

Aus dem Horst-Görtz-Stiftungsinstitut für Theorie, Geschichte und Ethik  
Chinesischer Lebenswissenschaften  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Wissenschaftshistorische Untersuchung zur Entwicklung der  
Psychiatrie in China – Zwei chinesische Lehrbücher im Vergleich

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Nina Li

aus Berlin

Gutachter/in:      1. Prof. Dr. P. Unschuld  
                             2. Prof. Dr. W. Schiefenhövel  
                             3. Prof. Dr. Dr. h. c. M. Leutner

Datum der Promotion: 30.11.2012

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einführung</b> .....	5
1.1 Fragestellung und aktueller Stand der Forschung .....	5
1.2 Methoden und Materialien.....	7
<b>2. Kurze geschichtliche Zusammenfassung über die Entwicklung der Psychiatrie in China bis zum Ende der Kulturrevolution (1976)</b> .....	11
2.1 Medizinhistorische Anfänge .....	11
2.2 Einzug „westlicher“ Medizinkonzepte .....	12
2.3 Psychiatrische Konzepte zur Republikzeit (1912-1949) .....	12
2.4 Die Psychiatrie von 1949-1958 unter sowjetischem Einfluss.....	13
2.5 Die Psychiatrie von 1958-1976 unter maoistischem Einfluss .....	14
<b>3. Neuanfang (1976-2008): Zwei Lehrbücher im Vergleich</b> .....	15
3.1 Schwerpunktgebiete – Unterschiede im Überblick .....	16
3.1.1 Grundlagen der Psychiatrie.....	17
3.1.2 Klinik verschiedener psychischer Störungen .....	19
3.1.3 Therapie und Prävention.....	21
3.2 Begrifflichkeiten .....	23
3.2.1 Traditionelle Medizinkonstrukte .....	23
3.2.2 „Jingshen bingxue“ (精神病学 – Lehre von den Krankheiten des Geistes) versus „Jingshen yixue“ (精神医学 – Lehre für die Medizin des Geistes).....	24
3.2.3 Neurasthenie .....	27
3.3 Pathogenese .....	35
3.3.1 Biologische Faktoren.....	37
3.3.2 Psychologische und gesellschaftliche Faktoren .....	40
3.4 Klassifikation .....	42
3.4.1 Die Chinesische Klassifikation mentaler Erkrankungen (CCMD).....	42
3.4.2 Kulturgebundene mentale Störungen (CCMD-3: 42).....	47
3.4.3 Neurasthenie (Shenjing shuairuo, 神经衰弱) (CCMD-3: 43) .....	51
3.4.4 Psychosexuelle Störungen (sexuelle Perversionen) (CCMD-3: 62).....	52
3.5 Symptomatologie .....	53
3.6 Diagnostik.....	56
3.6.1 Anamnese und psychopathologischer Befund .....	56
3.6.2 Körperliche und spezielle Untersuchungen .....	58
3.6.3 Anforderungen an die Diagnostik im Wandel psychiatrischer Entwicklungen .....	61
3.7 Behandlungsmethoden .....	64

3.7.1 Arzneimitteltherapie .....	65
3.7.2 Elektrokonvulsionstherapie.....	69
3.7.3 Psychotherapie .....	70
3.7.4 Weitere Behandlungsmethoden .....	73
3.8 Prävention und Rehabilitation psychischer Störungen .....	75
3.8.1 Prävention psychischer Störungen .....	75
3.8.2 Psychiatrische Rehabilitation .....	77
3.9 Beispiel Schizophrenie .....	85
3.9.1 Definition.....	86
3.9.2 Inzidenz und Prävalenz.....	86
3.9.3 Pathogenese .....	89
3.9.4 Klinik.....	94
3.9.5 Diagnostik und Klassifikation.....	99
3.9.6 Verlauf und Prognose .....	101
3.9.7 Therapie .....	102
3.9.8 Rehabilitation.....	110
<b>4. Diskussion und Ausblick.....</b>	<b>112</b>
4.1 Kulturelle Besonderheiten .....	113
4.2 Herausforderungen an die Psychiatrie in China.....	114
4.2.1 Ressourcenmangel in der psychiatrischen Versorgung .....	115
4.2.2 Absatzmarkt Medizin versus fehlende soziale Absicherung.....	120
4.3 Forensische Psychiatrie .....	121
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>124</b>
<b>6. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>126</b>
6.1 Primärliteratur.....	126
6.2 Sekundärliteratur.....	143

# 1. Einführung

## 1.1 Fragestellung und aktueller Stand der Forschung

Die Psychiatrie in China liefert ein Beispiel dafür, dass sich der Umgang mit und die Haltung zu psychischen Erkrankungen interkulturell unterscheidet (Zhang, Shen, Li, et al., 1998) und die Implementierung internationaler Psychiatriestandards im Widerspruch zu traditionellen chinesischen Krankheitsvorstellungen steht.

Vor Beginn des westlichen Einflusses existierte in China keine eigenständige medizinische Fachrichtung Psychiatrie. Die „westliche“ Medizin, als Sinnbild des Fortschrittes, setzte neue Maßstäbe, an denen sich die zur Republikzeit und nach Gründung der Volksrepublik China geschwächte, aber seit der Öffnungs- und Reformpolitik aufstrebende Nation orientierte.

Seit der politischen Distanzierung zur ehemaligen Sowjetunion und deren Einflussnahme auf Wissenschaft und Forschung Ende 1958 wurde ein eigenes chinesisches Medizinsystem entworfen, in dem „westliche“ und „traditionelle“ Medizin miteinander kombiniert wurden, um bei limitierten Ressourcen eine flächendeckende medizinische Versorgung der chinesischen Bevölkerung zu garantieren (Unschuld, 1980).

Äquivalent dazu fand dieses Konzept im Fachbereich Psychiatrie Anwendung. Im Einklang der politischen Direktiven *Mao Zedongs* wurden psychiatrische Krankenhäuser im späteren Verlauf zu Heil- und Umerziehungsstätten transformiert und anerkannte „westliche“ Behandlungsmethoden mussten kommunistischen Schulungsmaßnahmen weichen (Bermann, 1973, 211-212). Höhepunkt dieser Entwicklung war die Kulturrevolution (1966-1976), in der jegliche wissenschaftliche Forschung stillstand. Erst nach dem Sturz der politisch einflussreichen Führungsgruppe <sup>1</sup> (1976) erlebten Wissenschaft und Kultur, dem Psychiatrielehrbuch des „*Medizinischen Krankenhauses Peking*“ (1982) zufolge, die „zweite Befreiung“ nach 1950.

Zusammenfassend stellte die Psychiatrieentwicklung in China bis 1976 ein Konglomerat aus chinesischen volksheilkundlichen Ansätzen, kommunistischen Ideologien und wissenschaftlichen Einflüssen aus dem Westen und der ehemaligen Sowjetunion dar, die diesen Fachbereich maßgeblich prägten.

---

<sup>1</sup> Die sog. „Viererbande“ (Si ren bang, 四人帮) war eine Gruppe von Führungskräften aus dem linken Flügel der Kommunistischen Partei Chinas, die vor und kurz nach *Mao Zedongs* Tod 1976 maßgeblichen Einfluss auf den Verlauf der Kulturrevolution hatte. Sie bestand, wie ihre Bezeichnung besagt, aus hauptsächlich vier Mitgliedern (*Jiang Qing*, der Frau von *Mao Zedong*, *Zhang Chunqiao*, *Yao Wenyuan* und *Wang Hongwen*).

Diesbezügliche detaillierte medizinhistorische Aufarbeitungen liegen zumindest bis Ende der Kulturrevolution vor. So untersuchte etwa *Messner* (2000) in ihrer wissenschaftlichen Arbeit „Medizinische Diskurse zu Irresein in China (1600-1930)“ die ersten chinesischen Aufzeichnungen zu Geisteskrankheiten. Auch Autoren wie *Wang XL* (1994), der in seiner Dissertation „Psychische Erkrankungen in China – Gegenüberstellung zur Psychiatrie in Deutschland“ innerhalb der chinesischen Psychiatrie bestehende Konzepte der Volksheilkunde vorstellte, oder *Riedel* (2001), der mit seiner Promotion „Wissenschaftshistorische Untersuchung zur Entwicklungsgeschichte mentaler Erkrankungen in China“ ein ausführliches medizinhistorisches Kompendium zur Psychiatrie von den Anfängen (1949) bis in die jüngste Vergangenheit (2000) vorlegte, arbeiteten detailliert medizinhistorische Aspekte der Psychiatrie im China des 20. Jahrhunderts heraus.

Zur aktuellen Entwicklung der Psychiatrie in der VR China seit 1976 existieren jedoch eher lückenhafte medizinhistorische Darstellungen: Die drei Jahrzehnte der rasanten Entwicklung in Wissenschaft und Forschung, die der unter *Deng Xiaoping* eingeleiteten Öffnungspolitik („Zweiter Neuanfang“) folgten, werden in der Literatur meist vernachlässigt. Wie sich dieser wissenschaftliche „Neuanfang“ im Bereich der Psychiatrie in China bis heute gestaltet, soll Thema dieser Arbeit sein.

Darüber hinaus wird in der chinesischen Psychiatrie die unausweichliche Vermischung von traditionellen chinesischen Krankheitsvorstellungen mit modernen Wissenschaftstheorien deutlich. Vor allem der amerikanische Psychiater und Medizinanthropologe *A. Kleinman* (1975, 1980) gab mit seinen Studien von Taiwan Wissenschaftlern weltweit den entscheidenden Anstoß, unterschiedliche Verhaltens- und Therapiemuster in der chinesischen Kultur mit westlichem Verständnis psychiatrischer Probleme aufzuzeigen und mit Blick auf die historische Genese und Gegenwart zu analysieren.

Im Zeitalter der Globalisierung und des weltweiten Wissenstransfers im Bereich Wissenschaft und Forschung können international anerkannte Psychiatriekonzepte nicht spurlos an der VR China vorübergehen, jedoch stehen traditionelle Krankheitsvorstellungen der chinesischen Bevölkerung im Konflikt mit internationalen Psychiatriestandards. Wie moderne Psychiatriekonzepte konkret in die psychiatrische Versorgung in China integriert und im Hinblick auf ihre gesellschaftliche, kulturelle und politische Einbettung angepasst werden sowie welche Herausforderungen und Probleme sich daraus ergeben, gilt es angesichts der Tatsache, dass in Zukunft eine immer engere personelle Verflechtung und Zusammenarbeit westlicher und chinesischer Forscher stattfinden wird, zu erläutern. Es handelt sich daher nicht um den Blick

von außen auf eine „exotische“ Besonderheit, sondern vielmehr um einen dringend erforderlichen Beitrag zu einem tieferen interkulturellen Verständnis des Zugangs zu Kranksein und Gesundheit. Das trifft in unserer heutigen „modernen Leistungsgesellschaft“ in besonderem Maße auch für den Umgang mit in der Prävalenz steigenden psychischen Leiden zu.

Somit ist das Ergebnis dieser Arbeit darauf gerichtet, einen wirkungsvollen Beitrag für ein besseres Verständnis der medizinischen Entwicklungen in China zu leisten und eine fruchtbare Grundlage für den zukünftigen internationalen medizinwissenschaftlichen Erfahrungsaustausch zu schaffen.

Durch den Vergleich zweier chinesischer Lehrbücher für Psychiatrie – bei dem einen handelt es sich um eine Lehrbuchreihe aus den Jahren 1981, 1984, 1986 und bei dem anderen um ein aktuelles Lehrbuch von 2008 – sollen diese konkreten, neuzeitlichen Entwicklungslinien aufgezeigt werden.

## **1.2 Methoden und Materialien**

Die Lehrbuchrecherche erfolgte unter Zuhilfenahme der bibliothekarischen Online-Datenbank der Universität Peking, bei der es sich um eine der führenden chinesischen Eliteuniversitäten handelt.

In die Suchmaske wurde einheitlich der Suchbegriff „精神病学“ (Jingshen bingxue, Psychiatrie) eingesetzt und mithilfe der erweiterten Suchfunktion die Erscheinungsjahre auf 1970 bis 1979 bzw. 2008 eingeschränkt.

Die Einschlusskriterien waren für beide Lehrbücher die folgenden:

- 1) Chinesisches medizinisches Lehrbuch für Psychiatrie (Jingshen bingxue, 精神病学) mit chinesischen Autoren und chinesischem Verlag,
- 2) Vorhandensein eines Literaturverzeichnisses bzw. von Quellenangaben,<sup>2</sup>
- 3) Quelle 1 sollte kurz nach Ende der Kulturrevolution (1976) von einem renommierten chinesischen Verlag veröffentlicht worden sein und die zeitgenössische Psychiatrie in der VR China umfassend abdecken,
- 4) Quelle 2 sollte möglichst aus dem Jahr 2008<sup>3</sup> stammen, von einem renommierten chinesischen Verlag publiziert worden sein sowie breiten Einsatz in der medizinischen Lehre finden.

---

<sup>2</sup> Insbesondere in den kurz nach 1976 erschienenen Lehrbüchern fehlten größtenteils Quellenangaben und Verweise, die wenigsten Bücher besaßen einen Index.

<sup>3</sup> Beginn der Promotion. Der Vergleich aktuellerer Auflagen ergab keine wesentlichen inhaltlichen Unterschiede.

Für Quelle 1 ergab sich Folgendes:

Aufgrund mangelnder Publikationen nach Ende der Kulturrevolution (1976) ließ sich bis 1979 kein Lehrbuch für Psychiatrie finden. Die Änderung der Erscheinungsjahre auf 1980-1981 erbrachte sieben Ergebnisse, von denen nur eines die oben genannten Einschlusskriterien erfüllte. Es handelt sich um den ersten Band einer dreibändigen<sup>4</sup> Lehrbuchreihe für Psychiatrie bzw. Psychologische Medizin<sup>5</sup> aus den Jahren 1981, 1984 und 1986:

Medizinisches Krankenhaus Hunan. Grundlagen der Psychiatrie. Psychologische Medizin Buchreihe. 1. Band, Changsha (Provinz Hunan), 1981 (湖南医学院: 精神病学基础 精神医学丛书, 长沙 1981 年 1 卷) [*Chinesisch*];

Erstes Krankenhaus Shanghai, Städtisches Krankenhaus für Prävention und Therapie von psychiatrischen Krankheiten Shanghai, Krankenhaus für Prävention und Therapie neuropsychiatrischer Krankheiten Nanjing. Klinische Psychologische Medizin. Psychologische Medizin Buchreihe. 2. Band, Changsha (Provinz Hunan), 1984 (上海第一院、上海市精神病防治院、南京神经病神病防治院: 临床精神医学 精神医学丛书, 长沙 1984 年 2 卷) [*Chinesisch*];

Medizinische Universität Peking. Psychologische Medizin und diesbezügliche Fragen. Psychologische Medizin Buchreihe. 3. Band, Changsha (Provinz Hunan), 1986 (北京医科大学: 精神医学与相关问题 精神医学丛书, 长沙 1986 年 3 卷) [*Chinesisch*].

Bedeutsamer für das dritte Einschlusskriterium ist, dass die Grundideen dieser Lehrbuchreihe bereits 1977 entstanden. Mit dem Ziel, die Lehre im psychiatrischen Fachbereich nach Ende der Kulturrevolution neu zu organisieren, wurden unter Leitung des „*Medizinischen Krankenhauses Hunan*“ nationale Informationen zur Veröffentlichung der Lehrbuchreihe gesammelt und 1978

---

<sup>4</sup> Ursprünglich bestand die Buchreihe aus vier Bänden: 1. Band „Grundlagen der Psychiatrie“ (Jingshen bingxue jichu, 精神病学基础), 2. Band „Klinik der Psychiatrie (1.Teil) – Organische Psychische Erkrankungen“ (Jingshen bingxue de linchuang (shang) – Qizhixing jingshenbing, 精神病学的临床 (上) - 器质性精神病), 3. Band „Klinik der Psychiatrie (2.Teil) – Funktionelle Psychische Erkrankungen“ (Jingshen bingxue de linchuang (xia) – Gongnengxing jingshenbing, 精神病学的临床 (下) - 功能性精神病) und 4. Band „Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen und weiteres“ (Jingshenbing de fangzhi ji qita, 精神病的防治及其它).

Laut der „*Medizinischen Universität Peking*“ (1986) führte die klinische Unterteilung in organisch und funktionell bedingte psychische Erkrankungen zu Missverständnissen, sodass der zweite und dritte Band im Jahre 1978 zu „Klinik der Psychologischen Medizin“ (Linchuang jingshen yixue, 临床精神医学) zusammengefasst wurden. Der vorerst 4. Band wurde somit zum 3. Band und in „Psychologische Medizin und diesbezügliche Fragen“ (Jingshen yixue yu xiangguan wenti, 精神医学与相关问题) umbenannt.

<sup>5</sup> Bezüglich der unterschiedlichen Terminologie siehe Kapitel 3.3.2. „Jingshen bingxue“ (精神病学 – Lehre von den Krankheiten des Geistes) versus „Jingshen yixue“ (精神医学 – Lehre für die Medizin des Geistes).



auf einer nationalen Fachtagung in Daqing (Provinz Heilongjiang) Vereinbarungen über die Kompilation und den Verlag getroffen.

In Chengdu (Provinz Sichuan) im selben Jahr fand sich die Redaktionskommission der Lehrbuchreihe zusammen. Das „*Medizinische Krankenhaus Sichuan*“ bekam die Funktion des Hauptherausgebers zugesprochen, die Edition der einzelnen Bände wurde auf das „*Medizinische Krankenhaus Hunan*“, das „*Städtisches Krankenhaus für Prävention und Therapie von psychiatrischen Krankheiten Shanghai*“, das „*Krankenhaus für Prävention und Therapie neuropsychiatrischer Krankheiten Nanjing*“ und die „*Medizinische Universität Peking*“ verteilt. Wie die Anzahl und Namen der Herausgeber widerspiegeln, handelt es sich hierbei um ein groß angelegtes, chinesisches Unterfangen, welches die damalige Situation der Psychiatrie in der VR China ausreichend repräsentiert und zur vergleichenden Darstellung neuzeitlicher Entwicklungstendenzen der Psychiatrie in China herangezogen werden kann.

Nachfolgend wird die Lehrbuchreihe, dabei den einheitlichen Verlagsnamen (Hunan Wissenschaft und Technik Verlag) zugrunde legend, wie folgt abgekürzt: *HKJC* (**H**unan **K**exue **J**ishu **C**hubanshe) plus Erscheinungsjahr.

Für Quelle 2 konnte folgender Treffer erzielt werden:

Hao W. Psychiatrie. Lehrmaterial der landesweiten Hochschule. Für den Gebrauch der Fächer Grundlagen, Klinik, Prävention und Stomatologie. Beijing, 2008 (郝伟: 精神病学全国高等学校教材 供基础、临床、预防、口腔医学类专业用, 北京 2008 年 6 版) [*Chinesisch*].

Es handelt sich gegenwärtig um eines der aktuellsten Lehrbücher für Psychiatrie in der VR China. Es stellt landesweit das medizinische Standardlehrwerk für Hochschulen dar. Der Verlag ist der renommierte Pekinger „*Volkshygiene Verlag*“ (Renmin weisheng chubanshe, 人民卫生出版社) und die Ausgabe „Psychiatrie“ (Jingshen bingxue, 精神病学) besteht bereits seit 1980. Der chinesische Autor *Hao* ist seit der 4. Auflage (2001) Hauptherausgeber des Lehrbuches und hat die führenden Positionen verschiedener chinesischer Forschungsinstitutionen und medizinischen Gesellschaften inne.<sup>6</sup> Er ist Spezialist für Substanzmissbrauch, Neurosen und Psychotherapie und zuständig für Klinik, Lehre und Recherchen (im Bereich Psychiatrie und

---

<sup>6</sup> U.a. Direktor der „Medizinischen Forschungseinrichtung für Verhaltensmedizin des Forschungsinstitutes für Mentale Gesundheit“, Direktor der „Unterabteilung für Verhaltensmedizin der Medizinischen Gesellschaft Hunan“, Mitglied der „Chinesischen Gesellschaft für Psychiatrie“, Senator der „Medizinischen Assoziation der Provinz Hunan“ und der „Chinesischen Assoziation für Toxikologie“, stellvertretender Chefredakteur der Zeitschrift „Chinese Journal of Drug Dependence“ (Zhongguo yaowu yilaixing zazhi, 中国药物依赖性杂志), Mitglied der „Internationalen Gesellschaft für Substanzmissbrauch“, des internationalen Konsultationskomitees der Zeitschrift „The Drug and Alcohol Professional“ etc. (Stand 2009).

Mentale Gesundheit) an der „*Zhongnan Universität*“ der Provinz Hunan. Dieser Umstand belegt nicht nur die Seriosität und Kompetenz des Autors, sondern ermöglicht zugleich eine präzise Einordnung der Quelle 2. Nachfolgend wird das Psychiatrielehrbuch von 2008 mit *Hao W.* (2008) abgekürzt.

Die vergleichende inhaltliche Analyse der beiden Lehrbücher konzentriert sich auf die Gegenüberstellung von Schwerpunktgebieten, Begrifflichkeiten, allgemeinen psychiatrischen Konzepten zur Pathogenese, Symptomatologie, Diagnostik, Klassifikation, Therapie, Prävention und Rehabilitation, da sie einen Anhaltspunkt für die Entwicklungstendenzen in Wissenschaft und Forschung im Bereich der Psychiatrie bietet. Auf einzelne Spezialbereiche der Neurologie und Alters-, Kinder- und Jugendpsychiatrie soll nicht detailliert eingegangen werden, da diese heutzutage z.T. getrennten Fachrichtungen angehören. Als anschauliches Beispiel soll der Vergleich der Kapitel zur Schizophrenie dienen, einer psychischen Erkrankung, die aufgrund ihrer Schwere und Komplexität einen Überblick über die Charakteristika und Herausforderungen einer Psychiatrie in China liefern kann (*Zhang*, 1989; *Xia, Xu, Zhang, et al.*, 1989, 1-3).

Da es sich um die Analyse und vergleichende Gegenüberstellung von Lehrmaterial handelt, sollen die Lehrbücher für Psychiatrie – in Anlehnung an das Modell der drei Ebenen in der Schulbuchanalyse (*Stein & Schallenberger*, 1981)<sup>7</sup> – auf gesellschaftspolitische Ansätze hin untersucht werden, um auf diese Weise zu objektivieren, wie stark sie die Lehrmeinung über psychische Krankheitsbilder prägen und welche gesellschaftspolitische Stellung die Psychiatrie in China einnimmt. Denn nach Meinung des „*Georg-Eckert-Instituts*“ zur Schulbuchforschung (2011)<sup>8</sup>

„[...] definieren [Schulbücher] nicht nur „legitimes Wissen“ und wünschenswerte Kompetenzen, sondern vermitteln auch staatlich bzw. gesellschaftlich präferierte Identitätsangebote. Sie sind deshalb immer auch ein Politikum und verweisen auf die Kontexte, in denen sie hergestellt, genutzt und verhandelt werden.“

„Schulbücher können ethnische, kulturelle, religiöse oder politische Konflikte auslösen oder abbilden, zugleich aber auch als Mittel der Konfliktbewältigung und Verständigung dienen.“

---

<sup>7</sup> *Stein* weist auf die Mehrdimensionalität des Schulbuches hin, wonach ihm folgende drei Funktionen zugeschrieben werden: Informatorium, Politicum und Paedagogicum (*Stein & Schallenberger*, 1981).

<sup>8</sup> In Deutschland beschäftigt sich seit mehr als 30 Jahren das „*Georg-Eckert-Institut*“ in Braunschweig mit internationaler Schulbuchforschung ([www.gei.de](http://www.gei.de)).

In einer abschließenden Diskussion gilt es mittels der Ergebnisse aus der vergleichenden Lehrbuchanalyse und unter Einbeziehung ergänzender Literatur auf einzelne Besonderheiten und Problempunkte neuzeitlicher Entwicklungstendenzen der Psychiatrie in China aufmerksam zu machen.

## **2. Kurze geschichtliche Zusammenfassung über die Entwicklung der Psychiatrie in China bis zum Ende der Kulturrevolution (1976)**

### **2.1 Medizinhistorische Anfänge**

Bis ins 19. Jh. wurde die Medizin in China von der Dämonenheilkunde und Entsprechungsmedizin maßgeblich geprägt (*Messner*, 2000): Im „Nanjing“<sup>9</sup> (ca. 1. Jh. n. Chr.) wurde beispielsweise der „Dämonen-Wahnsinn“<sup>10</sup> beschrieben, bei dem nach damaliger Auffassung Dämonen in den Körper eindringen, wenn entsprechungsmedizinisch eine Leere durch Verlust an „Yang“ (阳) bzw. Zunahme an „Yin“ (阴) eintritt. Autoren wie *Wang XL* (1994), *Messner* (2000) und *Liu* (2000) verwiesen auf begriffliche Heterogenitäten, die im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen in medizinhistorischen Quellen zu finden seien.<sup>11</sup>

Um 1900 wurde angenommen, dass die Pathophysiologie psychischer Symptome entsprechungsmedizinisch auf Dysfunktionen des Herzens, der Nieren oder der Milz zurückzuführen und von den „fünf Wandlungsphasen“ (Wu xing, 五行) abhängig sind (*Messner*, 2000). Über die Einordnung und Wertigkeit des Gehirns bestand keine Einigkeit, denn es fehlte die Vorstellung, dass das Denken im Gehirn stattfindet. Stattdessen wurde es dem Herzen zugesprochen.

---

<sup>9</sup> „Nanjing“ (难经), der „Klassiker schwieriger Fragen“, wird als ein Klassiker der chinesischen Heilkunde verstanden.

<sup>10</sup> Es ist anzumerken, dass nicht-medizinische Glaubenskonzepte, die u.a. auf der Annahme von der „Existenz böser Geister“ beruhen, sich früher keineswegs auf niedere oder etwa ungebildete Volksschichten beschränkten. In zahlreichen Werken gehobener medizinischer Literatur bis Ende der Ming-Dynastie (1644) bildete die Beschwörungskunde einen offiziellen medizinischen Fachbereich am Kaiserhof und an den Akademien (*Unschuld*, 1980). Die Ursprünge dessen führt das *HKJC* (1981) auf Einflüsse des indischen Buddhismus zurück.

<sup>11</sup> Das „Huangdi Neijing“ (黄帝内经), der „Interne Klassiker des Gelben Thearchen“ (2. Jh. v. Chr.-9. Jh. n. Chr.), gilt als ein Klassiker der chinesischen Heilkunde. Laut *Messner* (2000) fand dort der Begriff „Kuang“ (狂), der zum einen Irresein, zum anderen das Schrumpfen der Geschlechtsteile bezeichnet, Erwähnung. In einer Enzyklopädie des 18. Jh. trugen die Zeichen „中风“ (Zhongfeng) die Bedeutung „vom Wind getroffen sein“, wie es bei einer Erkältung, einem Schlaganfall oder Irresein der Fall war (*Messner*, 2000).

Die Vorstellungen zur Krankheitsursache richteten sich nach der jeweils dominierenden Lehrmeinung und den regionalen kulturellen Einflüssen. Die erwähnten Beispiele demonstrieren, dass bereits im chinesischen Altertum eine Fülle an Theorien und Bezeichnungen für psychische Symptome existierten, die zwar keinem einheitlichen Konzept folgten, jedoch Überlieferungen der chinesischen Volksheilkunde entlehnt waren.

## **2.2 Einzug „westlicher“ Medizinkonzepte**

Mit dem Einzug westlicher Missionare nach China (Ende des 19. Jh.) fand eine zunehmende Auseinandersetzung mit „westlichen“ Medizinkonzepten und deren Integration in die medizinische Versorgung der chinesischen Bevölkerung statt – infolgedessen entstand etwa mithilfe des westlichen Missionars *John G. Kerr* 1889 in Guangzhou (Kanton) Chinas erstes Krankenhaus für psychische Erkrankungen (*Messner*, 2000). Psychiatrische Einrichtungen folgten in Beijing (1906), Suzhou (1929), Shanghai (1935) und später Nanjing (1947), in denen v.a. Opiumabhängigkeit, Syphilis, Landstreicherei und Konkubinat als die damals „üblichen Ursachen“ von psychischen Krankheiten therapiert wurden (*Munro*, 2000, 11).

Insbesondere nach der Jahrhundertwende wuchs auf chinesischer Seite das Interesse an psychiatrischen Institutionen, da sie als sog. „Rettungsanker“ versprachen, die großen sozialen Missstände jener Zeit bekämpfen zu können (*Messner*, 2000, 241-242). Gegen gesellschaftliche Normen handelnde Mitglieder der Gesellschaft wurden als „in Wirklichkeit Verrückte“ entlarvt und in psychiatrischen Einrichtungen verwahrt (*Munro*, 2000).

## **2.3 Psychiatrische Konzepte zur Republikzeit (1912-1949)**

Die meisten Lehrer für Psychiatrie in China waren zu der Zeit ausländische Neuropsychiater mit organischem Fokus und meist der deutschen Psychiatrieschule zugehörig. Bis zu Beginn des Nationalsozialismus absolvierten chinesische Psychiater häufig in Deutschland ihre Ausbildung (orientiert an *Kraepelin*), ab 1933 vornehmlich an amerikanischen Hochschulen, die eher eine psychoanalytische und psychobiologische Richtung einschlugen (*Xu*, 1998). Einen großen Beitrag zur Verbreitung der Psychiatrie in China leistete beispielsweise die österreichische Ärztin *Dr. F. Halpern*, die in den 1930er-Jahren in Shanghai verstärkt Bemühungen zur Versorgung psychisch Kranker zeigte (*Bermann*, 1973, 12).

Zum ersten Mal integrierten in der Republikzeit zwei umfassende medizinische Werke das Nervensystem in die Anatomie. Doch anstatt dem Gehirn zentrale übergeordnete Funktionen zuzusprechen, wurde die Vorstellung der sich wechselseitig bedingenden Organsysteme

beibehalten; 1931 erschien das erste chinesische Sammelwerk zu „Geistes- und Lebenskraftkrankheiten“ (Jingshenbing guangyi, 精神病广义) von *Zhou Qiyin* (周岐隐), welches versuchte, Aussagen zu Irresein aus chinesischen Klassikern und westlichen Konzepten zu verbinden (*Messner*, 2000, 251).

Nennenswert sind im Zusammenhang mit kulturell unterschiedlichen Körperkonzepten auch die zwei psychischen Krankheiten „Saobing“ (Körpergeruch als Krankheit) und „Koro“ (*Bermann*, 1973, 36-37), die den chinesischen Vitalitätsbegriff aufgriffen.<sup>12</sup> In den 1930er-Jahren stand die Neurasthenie (Jingshen shuairuo, 精神衰弱) im Mittelpunkt psychiatrischen Interesses (*Messner*, 2000, 253).

## **2.4 Die Psychiatrie von 1949-1958 unter sowjetischem Einfluss**

Nach *Bermann* (1973, 16) spielte der Fachbereich Psychiatrie bis 1949 nur eine untergeordnete Rolle und bildete zur Zeit der Machtübernahme durch die Kommunisten (1949) das schwächste Glied im chinesischen Gesundheitswesen. *Bermann* machte für die nur rudimentäre Versorgung psychischer Erkrankungen vor der Gründung der VR China insbesondere den Mangel an Ressourcen verantwortlich: In ganz China seien zu dieser Zeit nur vier psychiatrische Krankenhäuser mit insgesamt rund 1000 Betten vorhanden gewesen (*Ho*, 1974; *Xu*, 1998). In den 1950er-Jahren wurden seitens der chinesischen Ziviladministration verstärkt psychiatrische Einrichtungen errichtet, die laut *Liu* (2000) v.a. der Aufnahme Obdachloser dienten. Die Bettenanzahl verzehnfachte sich auf ca. 11.000 (*Xu*, 1998).

Nach der 1950 einsetzenden Abschottung gegenüber dem Westen standen die wenigen psychiatrischen Einrichtungen unter Supervision der ersten Generation jung ausgebildeter, wenig erfahrener chinesischer Psychiater (*Liu*, 2000, 119-132). Aufgrund des zunehmenden Einflusses der UdSSR (*Gernet*, 1997, 550) wurde vorwiegend nach den Lehren *Pawlow*s gearbeitet. Das Lehrbuch von *Gilyarowski*, das ein grundlegendes Werk der sowjetischen Psychiatrie ist, wurde ins Chinesische übersetzt und an den Universitäten unterrichtet (*Bermann*, 1973, 40). Aspekte westlicher Psychologie und Psychotherapie wie *Freuds* Psychoanalyse und *A. Meyers* Psychobiologie wurden als reaktionär (*Liu*, 2000, 119-132) bzw. aufgrund gesellschaftskritischer Ansätze als politisch „gefährlich“ betrachtet (*Pearson & Phillips*, 1994).

---

<sup>12</sup> Es heißt, dass die Krankheit „Saobing“ (瘙病) in den chinesischen Provinzen Gansu und Qinghai vorkomme. Mit dem Begriff werde ein als äußerst unangenehm empfundener Körpergeruch bei sonst voller Gesundheit verstanden, der vererbt oder bei engem Kontakt mit einer erkrankten Person übertragen werde. Erkrankte erführen daraufhin gesellschaftliche Ächtung (*Bermann*, 1973, 36-37). Für „Koro“ siehe Kapitel 3.4.2.

Auch in der Forensischen Psychiatrie, die seit 1932 in China bestand (*Bermann, 1973, 12*), war nach *Munro (2000, 9-14)* sowjetischer Einfluss deutlich spürbar. Es heißt, dass, ähnlich wie die Sowjetunion in den 1970er-Jahren, die Psychiatrie in China nach *Maos* Tod insgesamt in den Verruf des politischen Missbrauches geraten war: „Pseudodiagnosen“ wie die „Sluggish Schizophrenia“<sup>13</sup> oder die „paranoide Psychose“ wurden zu Diagnosen der Wahl, in deren Gefolge einerseits psychisch Kranke inhaftiert wurden, andererseits mental Gesunde aufgrund kritischer Äußerungen zum Regime als „politisch Verrückte“ (*Zhengzhi fengzi, 政治疯子*) diffamiert wurden (*Munro, 2000, 24*).

## **2.5 Die Psychiatrie von 1958-1976 unter maoistischem Einfluss**

Seit der politischen Distanzierung zur UdSSR ab 1958 waren in der VR China Bemühungen zu erkennen, Wissenschaft und Forschung mittels eigener Konzepte ein nationales Gepräge zu geben und deren Entwicklung eigenständig voranzutreiben.

Im Rahmen der von *Mao Zedong* initiierten chinesischen Gesundheitsreform<sup>14</sup> breiteten sich auch die psychiatrischen Einrichtungen aus, sodass nach *Walls, et al. (1975)* in den 1970er-Jahren 30 Krankenhäuser mit insgesamt 60.000 Betten und rund 3.600 Fachärzten für Psychiatrie gezählt werden konnten. Abgesehen vom Vorhandensein externer Beratungsstellen (*Bermann, 1973, 226*) gab es zur damaligen Zeit keine ambulanten Einrichtungen für psychisch Kranke, jedoch sollen bereits an Krankenhäuser angebundene Nachsorgeprogramme existiert haben (*Visher & Visher, 1979*).

Die Gesundheitsreformen basierten auf dem neuen Konzept der sog. „Traditionellen Chinesischen Medizin“ (TCM), bei der „westliche“ Methoden mit „traditionellen chinesischen“ kombiniert wurden, denn es galt, für eine kosteneffiziente und flächendeckende medizinische Versorgung der chinesischen Bevölkerung die Zusammenarbeit zwischen traditionellen und modernen Ärzten so eng wie möglich zu gestalten (*Bermann, 1973, 127; Unschuld, 1980*). Ein ähnliches Vorgehen findet sich im Bereich der Psychiatrie (*Visher & Visher, 1977*).

---

<sup>13</sup> Bei der „Sluggish Schizophrenia“ (schleichende Schizophrenie) handelt es sich um eine langsam progredient verlaufende Form der Schizophrenie, bei der die Patienten im sozialen Rahmen normal funktionieren können. Die Symptome ähneln denen einer Neurose oder nehmen paranoide Züge an.

<sup>14</sup> Bei der Gesundheitsreform, für deren Umsetzung die chinesische Armee zuständig war, wurden die „Vier Sauberkeiten“ und „Fünf Vernichtungen“ propagiert (*Bermann, 1973, 124*), was entsprechende Rückschlüsse auf den medizinischen Entwicklungsgrad Chinas zulässt. Die „Vier Sauberkeiten“ umfassten das Sauberwerden von Nahrungsmitteln und Küchen, Toiletten und Ställen, Kleidung und Bettwäsche, Straßen, Häusern und Höfen. Die „Fünf Vernichtungen“ hatten Fliegen, Moskitos, Flöhe, Wanzen und Ratten zum Ziel.

Im Rahmen der ersten nationalen Konferenz zur Prävention und Therapie psychischer Störungen in Nanjing (1958) wurde neben allgemeinen Humanisierungsprogrammen in psychiatrischen Einrichtungen und in Anlehnung an internationale Standards ein erster chinesischer Klassifikationsversuch mentaler Erkrankungen unternommen.

Während in den späten 1950er-Jahren noch westliche Psychopharmaka Einsatz in der chinesischen Psychiatrie fanden und eine neue Ära anzubrechen schien (*Liu*, 2000, 119-132), wurden diese Entwicklungstendenzen von kommunistischen Ideologen zerschlagen (*Bermann*, 1973, 203; *Ho*, 1974). Das Studium der Werke *Maos* avancierte zum festen Bestandteil der Behandlung psychischer Erkrankungen, da mentale Störungen als „ideologisches Problem“ propagiert wurden (*Bermann*, 1973).

Ausgehend von seinen Erfahrungen in einem der renommiertesten Krankenhäuser für Psychiatrie in Shanghai 1967 bestätigte *Bermann* (1973), dass im Bereich Wissenschaft und Forschung biochemische und immunologische Theorien zugunsten von *Mao*-Doktrinen zurückgestellt wurden: Den Gipfel dieser Entwicklung markierte die Kulturrevolution (1966-1976) (*Bermann*, 1973, 211-212).

### **3. Neuanfang (1976-2008): Zwei Lehrbücher im Vergleich**

Mit dem Ende der Kulturrevolution und dem Tod *Maos* begann ein neuer Abschnitt in der chinesischen Psychiatriegeschichte, dem sich die vorliegende Arbeit im Folgenden widmet.

Die Öffnungspolitik unter *Deng Xiaoping* ab den 1980er-Jahren versprach auch im wissenschaftlichen Bereich eine Orientierung nach außen. Graduierte Medizinstudenten und junge Psychiater wurden wieder zum Studium ins Ausland entsendet, um nach ihrer Rückkehr mit modernen Techniken und entsprechendem Know-how die Entwicklung der Psychiatrie in China voranzutreiben. Seit den 1990er-Jahren entstanden viele psychiatrische Forschungsgruppen z.T. mit internationalem Austausch; chinesische Pharmafirmen betraten den Markt, Rehabilitationsprogramme, Psychotherapie und psychologische Seelsorge fanden Anklang (*Liu*, 2000, 119-132).

Anhand der Gegenüberstellung und vergleichenden Analyse zweier chinesischer Psychiatrielehrbücher vom Beginn der 1980er-Jahre bzw. von 2008 sollen nachfolgend diese neuzeitlichen Entwicklungstendenzen der Psychiatrie in China unter Berücksichtigung einzelner wesentlicher Aspekte konkret aufgezeigt werden.

### 3.1 Schwerpunktgebiete – Unterschiede im Überblick

Der Vergleich der Inhaltsverzeichnisse beider Lehrbücher für Psychiatrie verschafft einen Überblick über die jeweiligen Schwerpunktgebiete sowie mögliche Unterschiede im Gebrauch von Fachtermini, sodass ein erster Gesamteindruck medizinhistorischer Entwicklungstendenzen der Fachrichtung Psychiatrie in China von 1976 bis heute entstehen kann.

Die Besonderheit, dass es sich bei dem *HKJC* um eine Lehrbuchreihe handelt, kann nur bedingt die Ausführlichkeit einzelner Abschnitte und Kapitel erklären. Vielmehr ist dieses groß angelegte, kompilatorische Unterfangen als eines der ersten chinesischen Lehrmaterialien zur Psychiatrie nach Ende der Kulturrevolution zu verstehen. Es kann als erster Versuch eines Neuanfanges der Psychiatrie in China angesehen werden, auf dessen Basis sich zukünftige Forschung und Lehre beziehen sollen.

Im ersten Band des *HKJC* (1981) finden sich grundlegende Themen wie die Geschichte der Psychiatrie (S. 1-32), neurologische und biologische Grundlagen psychischer Erkrankungen und die experimentelle Psychiatrie (S. 33-201), die Vererbungslehre psychischer Erkrankungen und Grundlagen der Immunologie (S. 202-245), die Pathogenese psychischer Erkrankungen und deren Klassifikation (S. 246-274), die Symptomatologie und Diagnostik psychischer Erkrankungen (S. 275-468), die Vorstellung psychologischer Tests (S. 469-534) und die Lehre psychischer Erkrankungen in der „Chinesischen Medizin“ (S. 535-611).

Inhalt des zweiten Bandes (1984) sind einzelne psychische Erkrankungen wie organisch bedingte psychische Erkrankungen<sup>15</sup>, innere Ursachen psychischer Erkrankungen<sup>16</sup>, reaktive psychische Erkrankungen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Die Psychosomatik, Kinderpsychiatrie und psychische Entwicklungsretardierungen sind ebenfalls Bestandteil des zweiten Bandes (1984).

Der dritte Band (1986) thematisiert die Therapie, Pflege, Prävention und das Management von psychischen Erkrankungen. Des Weiteren werden allgemeine Fragen zum Thema Gesundheitsversorgung von psychisch Kranken berücksichtigt, die von Bauplänen eines psychiatrischen Krankenhauses bis hin zu Institutionen auf kommunaler Ebene in Form der „Mentalen Gesundheit“ (Jingshen weisheng, 精神卫生) bzw. „Gemeindepsychiatrie“ (Shehui jingshen bingxue, 社会精神病学) reichen. Abschließend werden psychische Störungen zu

---

<sup>15</sup> Hierunter werden hirnorganisch oder organisch bedingte Veränderungen gezählt, die psychische Symptome hervorrufen können (u.a. somatische Erkrankungen, Anfallsleiden, Intoxikation, Altersdegeneration).

<sup>16</sup> Hierunter fallen psychiatrische Erkrankungen.



Kriegszeiten, die Forensische Psychiatrie, ein Abriss zur Verhaltensmedizin sowie Hauptschulen der heutigen Psychiatrie besprochen.

Analog zur Dreiteilung, wie sie strukturell in Form der drei Bände im *HKJC* (1981, 1984, 1986) besteht, lassen sich bei *Hao W.* (2008) in kompakterer Form Abschnitte zu allgemeinen Grundlagen und zur Klinik, Therapie und Prävention verschiedener psychischer Erkrankungen finden. Die einzelnen Unterschiede sollen nachfolgend entsprechend der thematischen Dreiteilung vorgestellt werden.

### **3.1.1 Grundlagen der Psychiatrie**

Der thematische Schwerpunkt wird im *HKJC* (1981) auf die Grundlagen der Pathogenese (insbesondere neurologische, biologische und genetische pathogene Faktoren), die Klassifikation und die Symptomatologie gelegt, wie der Umfang der diesbezüglichen Kapitel demonstriert.

Bei *Hao W.* (2008) werden einleitend Grundlagen der Psychiatrie, psychischer Störungen und der mit der Fachrichtung Psychiatrie vergesellschafteten Fachrichtungen (z.B. medizinische Psychologie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik) vorgestellt (S. 1-3). Allgemeine Prinzipien der psychischen Aktivität, die Pathogenese und Klassifizierung psychischer Störungen mit ihren diagnostischen Kriterien (S. 3-21) und ihrer Symptomatologie (S. 22-36) sowie Untersuchungsmethoden und die Diagnostik (S. 37-50) werden kurz erläutert.

Ein Grund für die ausführliche Darstellung psychiatrischer Grundlagen im *HKJC* kann durch die zwei folgenden vordergründigen Bestrebungen der Psychiatrie in China nach Ende der Kulturrevolution erklärt werden. Erstens: Der Beginn nationaler Forschung und eines internationalen Wissenstransfers setzt eine solide theoretische Basis für weitere Entwicklungen voraus. Zweitens: Zum Ausgleich des damals vorherrschenden Fachkräftemangels in der Psychiatrie musste die Ausbildung gefördert und die Lehre verbessert werden (*Ho*, 1974, 620-635). Hierbei richtet sich das *HKJC* (1981, 1984, 1986) sowohl an psychiatrische Fachkräfte als auch an Medizinstudenten, um die Anzahl von Fachkräften zu erhöhen und das mangelnde Wissen über psychische Erkrankungen im Allgemeinen zu korrigieren.<sup>17</sup> Zielgruppe bei *Hao W.* (2008) sind vorrangig Medizinstudenten mit solidem medizinischen Basiswissen, weshalb prinzipielle Mechanismen vermutlich keiner näheren Erläuterungen bedürfen.

---

<sup>17</sup> Erst nach Ende der Kulturrevolution (ab 1977) war die Zulassungsprüfung zur Universität wieder möglich.

Im Vergleich zum *HKJC* (1981, 1984, 1986) finden die Geschichte der Psychiatrie und die historische chinesische Medizin keine Erwähnung bei *Hao W.* (2008), was unter Berücksichtigung medizinhistorischer Hintergründe folgende Gründe vermuten lässt:

1.) Das Projekt der Lehrbuchreihe, dessen Grundidee ein Jahr nach Ende des wissenschaftlichen Stillstandes (1977) reifte, stellt als Quelle eines wissenschaftlichen „Neuanfanges“ eines der ersten chinesischen Psychiatrielehrbücher der damaligen Zeit dar, sodass der Anspruch auf Vollständigkeit und der Erschaffung einer wissenschaftlichen Ausgangsbasis für die weitere Psychiatrieentwicklung in China in Form des historischen Rückblickes und des Kapitels „Chinesische Medizin“ als traditionelle, chinesische und medizinische Wurzel nachvollziehbar erscheint.

2.) Die Aufarbeitung und das Bemühen um Verständnis der Geschichte, auch der Medizingeschichte, helfen komplexe gesellschaftspolitische Zusammenhänge, die zu einem gewissen Ergebnis geführt haben, kritisch zu bewerten und mit den gewonnenen Schlussfolgerungen zukünftige Entwicklungen zu beeinflussen. In diesem Kontext handelte es sich Ende der Kulturrevolution um die Frage der Identität und Entwicklungsbestrebungen in der Zukunft.

3.) Während die Psychiatrie heute in China, ähnlich wie in anderen Ländern, eine Fachrichtung der modernen Medizin darstellt, wurden Konzepte der „westlichen“ Medizin unter der von *Mao* initiierten Gesundheitspolitik mit Entwürfen chinesischer Volksheilkunde in der Absicht vereint, eine „neue Medizin“ zu erschaffen (*Unschuld, 1980*). Diese Reformen, die hauptsächlich der Überbrückung der Ressourcenknappheit dienten (*Unschuld, 1980*), betrafen auch die Psychiatrie, sodass entsprechende „Reliquien“ noch bis Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre im *HKJC* zu finden waren. Die heutige Psychiatrie hat sich weit von solchen Konzepten entfernt, jedoch ist nicht zu negieren, dass die historische chinesische Medizin für den Großteil der chinesischen Bevölkerung weiterhin eine wichtige Rolle im alltäglichen Leben spielt.

In diesem Sinne fungieren beide Lehrbücher als Informatorium, da sie Informationen über die Grundlagen der Psychiatrie liefern. Das *HKJC* beinhaltet darüber hinaus pädagogische Elemente, die historische, kulturelle und zukünftige Erwartungen und Aufgaben einer Psychiatrie in China thematisieren.

### 3.1.2 Klinik verschiedener psychischer Störungen

Die Lehrbuchfunktion „Informatorium“ wird im zweiten Abschnitt bei beiden Psychiatriebüchern weitgehend fortgeführt.

Ähnlich wie im zweiten Band des *HKJC* (1984) stehen im Hauptteil bei *Hao W.* (2008) die verschiedenen psychischen Störungen im Vordergrund. Prinzipiell lassen sich „organisch bedingte psychische Erkrankungen“ und „psychische Erkrankungen aufgrund innerer Ursache“ differenzieren.<sup>18</sup>

Während der erste Probeentwurf einer chinesischen Krankheitseinteilung mentaler Störungen von 1958 dem *HKJC* ein strukturelles Vorbild bietet, werden bei *Hao W.* (2008) die einzelnen Erkrankungen systematisch äquivalent zur aktuellen chinesischen Klassifikation (CCMD-3, 2001) aufgeführt.

Zu den organisch bedingten psychischen Erkrankungen zählt das *HKJC* (1984) hirnrorganische und durch körperliche Erkrankungen bedingte psychische Störungen, psychische Störungen aufgrund von Intoxikation, Epilepsie und anderen Anfallsleiden sowie psychische Erkrankungen des Alters.

#### Hirnrorganisch bedingte psychische Erkrankungen:

Hirnrorganisch bedingte psychische Erkrankungen können durch Infektionen, Hirntraumata und -tumore, zerebrovaskuläre Erkrankungen und gelegentlich weitere Erkrankungen wie Hydrozephalus, hepatischer Kernikterus oder Multiple Sklerose hervorgerufen werden. Infektionen des Gehirns und seiner Meningen können purulenter, viraler, tuberkulöser oder bakterieller Genese sein (*HKJC*, 1984; *Hao W.*, 2008). Gesondert werden im *HKJC* (1984) die Neurosyphilis, die zerebrale Parasitose und die rheumatische Enzephalopathie betrachtet, während *Hao W.* (2008) neben der Neurosyphilis auf HIV-bedingte psychische Erkrankungen eingeht.

#### Systemerkrankungen mit psychischer Beteiligung:

Körperliche Erkrankungen idiopathischer, postoperativer, posttraumatischer oder anderer Genese wie hepatische, pulmonale, nephrologische, kardiologische oder hormonelle Funktionsstörungen, akute systemische Infektionen oder Bindegewebs- und Stoffwechselerkrankungen können zum Auftreten von psychischen Symptomen führen (*HKJC*, 1984; *Hao W.*, 2008).

---

<sup>18</sup> Zur Erklärung siehe Fußnoten 15 und 16, S. 16.

### Intoxikationsbedingte psychische Erkrankungen:

Unter „Intoxikationsbedingte psychische Erkrankungen“ unterscheidet das *HKJC* (1984) berufsbedingte, medikamentöse und nahrungsbedingte Vergiftungsformen sowie den Substanzmissbrauch. Die allgemein gehaltene Formulierung „nahrungsbedingte Vergiftungsformen“, hinter der sich der Substanzmissbrauch von Alkohol, Pilzen, Marihuana und weiterer psychodelisch wirkender Naturprodukte<sup>19</sup> verbirgt, macht auf gesellschaftlich tabuisierte Themen aufmerksam, die insbesondere seit dem ersten und zweiten Opiumkrieg (1839-1942, 1856-1860) in China vorzufinden waren (*Riedel*, 2001). Im Kapitel zum Substanzabusus werden im *HKJC* (1984) Betäubungs- und Beruhigungsmittel (z.B. Barbiturate) sowie Psychoenergizer (Amphetamin, Kokain) genannt, Opium findet keinerlei Erwähnung. Anders hingegen bei *Hao W.* (2008), bei dem unter dem Begriff „psychische Störungen durch psychotrope Substanzen“ an erster Stelle Opium genannt wird. Es folgen ebenfalls der Missbrauch von Alkohol, Marihuana, Tranquilizern und Psychoenergizern, zusätzlich werden Anxiolytika, Nikotin und Ketamin aufgeführt.

### Anfallsleiden und psychische Erkrankungen des Alters:

Ein weiterer Aspekt ist die weltweit fachliche Trennung der Neurologie von der Psychiatrie. Die Epilepsie war, zumindest bis zur CCMD-1 (1978), ein fester Bestandteil der Psychiatrie in China, heute wird sie der Neurologie zugeordnet. Parallel dazu verhält es sich mit psychischen Erkrankungen des Alters wie Parkinson, Alzheimer und andere Demenzformen, die sich im *HKJC* (1984) in Anlehnung an das erste chinesische Klassifikationskonzept von 1958 finden, während diese seit der CCMD-1 (1978) aus der Einteilung mentaler Erkrankungen herausgenommen wurden.

Bei *Hao W.* (2008) erfolgt eine klare Trennung beider Fachrichtungen, sodass neurologische Erkrankungen und solche aus der Gerontopsychiatrie nicht aufgeführt werden.

Wie am Beispiel Substanzmissbrauch und ZNS-Infektionen vergleichend gezeigt werden konnte, wird die Fachrichtung Psychiatrie im Rahmen des gesellschaftspolitischen Wandels in Richtung westlicher Modernisierung vor eine sich verändernde Problematik gestellt, der sie gerecht

---

<sup>19</sup> Zum Beispiel werden u.a. Semen Myristicae (Roudoukou, 肉豆蔻), Leguminosae (Douke 豆科), Acerola (Jinhuwei, 金虎尾), Cactaceae (Xianrenzhang, 仙人掌科), Oleander (Jiazhutao, 夹竹桃), Convolvulaceae (Xuanhua, 旋花科), Herba Rostellulariae (Juechuang, 爵床科), Rubiaceae (Xicao, 茜草科), Solanaceae (Qieke, 茄科), wilde Litchikerne (Ye lizhi guoren, 野荔枝果仁), Illicium anisatum (Mangcao, 莽草), Vigna vexillata (Leguminosae) (Ye jiangdou, 野豇豆), Ahorn (Xiangzi, 橡子) und Gingkosamen (Baiguo, 白果) aufgeführt (*HKJC*, 1984).

werden muss. An dieser Stelle wird die Lehrbuchfunktion als „Politicum“ deutlich, durch die Inhalte der Psychiatrielehrbücher beeinflusst werden.

Aufgrund der politischen Abgrenzung gegenüber dem Westen und gesellschaftspolitischer Unruhen verzögerte sich in China die Trennung der Fachrichtungen Neurologie und Psychiatrie, die weltweit seit Mitte des 20. Jh. vorstättenging. Gleiches gilt für die Etablierung der Gerontopsychiatrie seit den 1970er-/1980er-Jahren.

Zu den „psychischen Erkrankungen innerer Ursache“ rechnet das *HKJC* (1984) die Schizophrenie, Wahnpsychosen, schizoid-affektive bzw. affektive Störungen. Reaktive psychische Erkrankungen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, die Psychosomatik, Kinderpsychiatrie und psychische Entwicklungsretardierung werden gesondert betrachtet.

Zusätzlich zur Schizophrenie sowie zu psychotischen, affektiven und dissoziativen Störungen werden bei *Hao W.* (2008) Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, stressbedingte, psychophysiologische und sexualpsychologische Störungen thematisiert. Psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters wird ein gesondertes Kapitel gewidmet. Die Fachtermini und Themenauswahl der Krankheitsabhandlungen sind bis auf die stressbedingten und sexualpsychologischen Störungen beinahe deckungsgleich.

Im Rahmen der politischen Öffnung und des gesellschaftlichen Wandels in der heutigen Psychiatrie in China werden zunehmend auch gesellschaftskritische und psychologische Konzepte (z.B. das Stressmodell von *Selye*) akzeptiert und in die Krankheitskonzepte integriert. Ähnlich verhält es sich mit gesellschaftlichen Tabuthemen wie sexualpsychologischen Störungen oder mentalen Störungen aufgrund von Drogenabusus (*Riedel*, 2001), mit denen man sich heutzutage in China im wissenschaftlich-medizinischen Bereich graduell auseinandersetzt.

### **3.1.3 Therapie und Prävention**

Der letzte Abschnitt beider Lehrbücher beschäftigt sich mit der Therapie und Prävention von mentalen Erkrankungen sowie der Pflege, dem Management und der Rehabilitation der Betroffenen (*HKJC*, 1986; *Hao W.*, 2008).

Mit dem Vorhaben, die gesundheitliche Versorgung psychisch Kranker zu verbessern und die zumindest bis 1949 stiefmütterlich behandelte Fachrichtung Psychiatrie (*Bermann*, 1973, 16; *Munro*, 2002) nach Ende der Kulturrevolution (1976) nach westlichem Vorbild neu auszubauen, werden im *HKJC* (1986) grundlegende Fragen zum Thema der allgemeinen

Gesundheitsversorgung von psychisch Kranken in konkreter Form von Bauplänen für psychiatrische Institutionen und Etablierung ambulanter Versorgungsstationen behandelt. Gesondert werden im *HKJC* (1986) psychische Störungen zu Kriegszeiten thematisiert. Ein Exkurs zu den Hauptschulen der heutigen Psychiatrie mit dem Hauptvertreter der Verhaltensmedizin wird unternommen.

Im Gegensatz dazu wird bei *Hao W.* (2008) in Anbetracht der in der Prävalenz steigenden Suizide in China (*Erling, 2007*) auf Kriseninterventionen bei Suizidgefahr eingegangen. Außerdem wird die Disziplin „Konsiliarpsychiatrie“ (Huizhen - lianluo jingshen bingxue 会诊 - 联络精神病学) vorgestellt.

Abschließend wird in beiden Lehrbüchern auf die Forensische Psychiatrie aufmerksam gemacht (*HKJC, 1986; Hao W., 2008*).

Insgesamt reflektieren die Themengebiete des dritten Schwerpunktgebietes beider Lehrbücher die Nöte und Kernbereiche einer Psychiatrie mit jeweils unterschiedlichem Entwicklungsgrad.

Hervorzuheben ist bezüglich der grundsätzlich einheitlich verwendeten Terminologie, dass *Hao W.* (2008) zu dem Ausdruck „Krankheit“ (Bing, 病), wie er im *HKJC* (1981, 1984, 1986) verwendet wird, durchgehend Abstand nimmt. Stattdessen wird heute die neutralere Bezeichnung „Störungen“ (Zhang'ai, 障碍) gewählt. Dieses Phänomen ist seit der *WHO*-Charta 1980 und der im Rahmen des Entwurfes des *DSM-III* stattgefundenen Diskussionen zum einen auf den internationalen Konsens darüber zurückzuführen, dass stigmatisierende Bezeichnungen aus der Psychiatrie zu streichen oder umzubenennen seien, zum anderen hat sich im Kontext chinesischer Krankheitsvorstellungen zu mentalen Störungen der unkritische Gebrauch westlicher Termini als problematisch erwiesen, wie im folgenden Kapitel erörtert werden soll.

Zusammenfassend können bezüglich der Schwerpunktgebiete folgende Unterschiede festgehalten werden:

#### Ziel und Zielgruppe:

Das *HKJC* (1981, 1984, 1986) hat die Aufklärung chinesischer psychiatrischer Fachkräfte zum Ziel. Im Mittelpunkt steht dabei das Vorhaben, eine solide wissenschaftliche Ausgangsbasis zu schaffen, die auch medizinhistorische und kulturelle Aspekte beleuchtet. Umfangreich werden allgemeine Grundlagen der Psychiatrie erörtert. Im Rahmen einer Identitätsfindung und Neuorientierung der Psychiatrie in China nach Ende der Kulturrevolution (1976) ist die historische chinesische Medizin Bestandteil des *HKJC*. Politische Beweggründe bei weiterhin

bestehendem Ressourcenmangel im Gesundheitswesen sind ebenfalls zu berücksichtigen. Bei *Hao W. (2008)* werden allgemeine Grundlagen aufgrund des fortgeschrittenen wissenschaftlichen Kenntnisstandes der Psychiatrie in China kurz gehalten. Ziel ist es hier, internationale Richtlinien chinesischen Medizinstudenten zu vermitteln.

#### Wissenschaftlicher Kenntnisstand:

Während im *HKJC* (1981, 1984, 1986) die Klassifikation psychischer Erkrankungen von 1958 den Bezugsrahmen für die Klassifikation, Symptomatologie, Diagnose und die Begrifflichkeiten darstellt, bezieht sich *Hao W. (2008)* auf die CCMD-3 (2001).

#### Internationaler Einfluss:

Anhand der Themengebiete ließ sich ablesen, dass im *HKJC* (1981, 1984, 1986) vor der Öffnungspolitik gesellschaftliche Tabuisierungen im Fachbereich der Psychiatrie vorliegen, die bei *Hao W. (2008)* nicht mehr vorhanden sind. Wie die begrifflichen Unterschiede gezeigt haben, orientiert sich *Hao W. (2008)* deutlich an internationalen Vorgaben.

### **3.2 Begrifflichkeiten**

Vor dem medizinhistorischen Hintergrund, dass die Fachrichtung Psychiatrie vor der Einführung durch den Westen in China nicht existent war, wohl aber der Begriff „Psyche“ sowie mentale Störungen früh in der chinesischen Medizineliteratur aufgeführt wurden (*Messner, 2000*), ist die Frage berechtigt, wie „westliche“ Termini psychischer Erkrankungen ins Chinesische übertragen und angewandt werden.

#### **3.2.1 Traditionelle Medizinkonstrukte**

Aufgrund einer markanten Symptomatik (z.B. in Gestalt einer plötzlichen Wesensveränderung) oder eines störenden oder von der Öffentlichkeit als „gefährlich“ wahrgenommenen Verhaltens (*Angermeyer, Link, Majcher-Angermeyer, 1987*) wurden psychisch Kranke bezichtigt, infolge moralischer Vergehen oder einer Ahnenschändung von Dämonen und Geistern aufgesucht worden zu sein (*Yang & Kleinman, 2008*).

In der Entsprechungsmedizin wurden Erkrankungen mit psychischen Symptomen generell in die zwei großen Kategorien Dian (癲) und Kuang (狂) unterteilt, wobei körperliche Erkrankungen

nicht gesondert von mentalen betrachtet wurden (Messner, 2000).<sup>20</sup> In frühen medizinischen Aufzeichnungen ist die Rede von „Shen“ (神), übersetzt mit „Geist“ oder „Seele“ – es handelt sich hierbei um einen abstrakten Sammelbegriff, der sämtliche Körperfunktionen wie das Bewusstsein, die geistige Aktivität, das Denken, aber auch viele entsprechendesmedizinische Vorstellungen einschließt (Wang XL, 1994, 27-28).

In der chinesischen Gesellschaft überdauern bis heute nicht-medizinische Glaubenskonzepte – oftmals unabhängig vom Bildungs- und Modernisierungsgrad der Bevölkerung. Sie tragen dazu bei, dass psychische Erkrankungen nicht in gleichem Maße wie somatische Störungen akzeptiert sowie Betroffene und deren Familien zum Ziel gesellschaftlicher Stigmatisierungen werden (Phillips, Pearson, Li, et al., 2002).

### 3.2.2 „Jingshen bingxue“ (精神病学 – Lehre von den Krankheiten des Geistes) versus „Jingshen yixue“ (精神医学 – Lehre für die Medizin des Geistes)

Trotz der Präexistenz von traditionellen Glaubenskonzepten bezüglich mentaler Störungen gab es weder einheitliche Vorstellungen noch konkrete Bezeichnungen, geschweige denn Klassifizierungssysteme von psychischen Erkrankungen, wie sie in der „westlichen“ Psychiatrie der Fall sind. Aus diesem Grund wurde das Psychiatriekonzept inklusive seiner westlichen Terminologie als Ergänzung zu den bereits etablierten Fachrichtungen der modernen Medizin in China beinahe unverändert übernommen.

Der Begriff Psychiatrie (griech. „Psyche“ – „Seele“ und „iatrós“ – „Arzt“), sprich „Seelenheilkunde“, wurde etymologisch<sup>21</sup> ins Chinesische mit „Jingshen bingxue“ (精神病学) übersetzt: Der Begriff „Jing“ (精) kann, ebenso wie „Shen“ (神), „Geist“ oder

---

<sup>20</sup> Das HKJC (1981) differenziert in seinen Ausführungen zur „Chinesischen Medizin“ drei Formen des Irreseins: Dian (癲), Kuang (狂) und Xian (癩). „Dian“ (癲) stelle dabei im Vergleich zu „Kuang“ (狂) die leisere Form von Irresein mit komplizierten Inhalten dar, „Kuang“ (狂) die laute, aktive Form. Während sich die damaligen Gelehrten bezüglich der Entstehung von „Kuang“ (狂) einig waren, nämlich dass hauptsächlich „Schleim“ und „Hitze“ dafür verantwortlich seien, herrschte bezüglich „Dian“ (癲) Uneinigkeit. Darüber hinaus sollen sich die beiden Formen gegenseitig hervorbringen können. Auch „Dian“ (癲) und „Xian“ (癩) ließen sich in ihrer Bedeutung anfangs nicht deutlich voneinander trennen. Generell wurde der Begriff „Dian“ (癲) sowohl mit Konvulsionen als auch mit psychischen Erkrankungen in Verbindung gesetzt, der Begriff „Xian“ (癩) hingegen allein mit neurologischen Symptomen. Weniger geläufig seien Begriffe wie „Daibing“ (呆病, „Blödkrankheit“), „Huadian“ (花癲, „blumiges Irresein“), „Xinfeng“ (心风, „Herzwind“), „Fengxie“ (风邪, „pathogener Wind“), aber auch Begriffe, die im Zusammenhang mit nicht-medizinischen Konzepten wie der Dämonenmedizin stehen, etwa „Xiesui“ (邪祟), „Zhonghe“ (中恶), „Guixie“ (鬼邪), „Guimei“ (鬼魅) oder „Guijiaotong“ (鬼交通) (HKJC, 1981).

<sup>21</sup> Die meisten aus dem Lateinischen stammenden Medizinbegriffe werden etymologisch oder deskriptiv ins Chinesische übersetzt. Selten werden eigene traditionelle Begriffe aus der chinesischen Volksheilkunde verwendet.



„Essenz“ bedeuten, sodass der zusammengesetzte Begriff mit „(Essenz des) Geistes/der Seele“ übersetzt werden kann. „Bing“ (病) ist die Bezeichnung für Erkrankungen im Allgemeinen, „Xue“ (学) bedeutet die Lehre, das Fachgebiet oder als Verb benutzt „lernen, studieren“. Zusammen kann „Bingxue“ (病学) mit „Erkrankungslehre“ übersetzt werden.

Ausgehend von der „*American Psychiatry Association*“ (APA) und der WHO-Charta begann 1980 im Rahmen des Entwurfes des DSM-III eine Diskussion über den Terminus „Psychiatry“, die sich in der chinesischen Fachwelt fortsetzte.

Wie *Hao W.* (2008) im einleitenden Kapitel ausführt, wurde die Forderung erhoben, den chinesischen Begriff „Jingshen bingxue“ (精神病学 – Lehre von den Krankheiten des Geistes) in „Jingshen yixue“ (精神医学 – Lehre für die Medizin des Geistes) umzubenennen.<sup>22</sup> Die Analyse beider Begriffe zeigt, dass sie sich lediglich um ein chinesisches Schriftzeichen unterscheiden, nämlich „Yi“ (医 – Medizin oder Behandlung) anstatt „Bing“ (病 – Krankheit). Diese weiter gefasste Bezeichnung ist als Überbegriff für eine Medizin zu verstehen, die sich gesondert mit der Psyche beschäftigt. Somit wird der Fokus, der zuvor allein auf Erkrankungen gerichtet war, auf eine „neutralere“ Ebene verschoben und kann dazu beitragen, Missverständnisse und Diskriminierungen von psychisch Kranken zu reduzieren (*Hao W.*, 2008). Richtet sich der Fokus medizinischer Interventionen hauptsächlich auf die Krankheit bzw. das Defizit, plagen den Patienten offenbar verstärkt Gefühle von Krankheit und Behinderung (*Lindsey*, 1996). *Xia, Xu, Xu* (1988, 1) definierten den neuen Begriff wie folgt:

„Jingshen yixue [精神医学 – Psychologische Medizin] ist ein Zweig der klinischen Medizin mit zwei Aufgaben: 1. Studium der Krankheitsursachen, Entstehungsmechanismen, klinischer Symptome, Therapie und Prävention von verschiedenen psychischen Erkrankungen; 2. Studium psychologischer Gesellschaftsfaktoren, die auf die körperliche Gesundheit und Erkrankung Einfluss haben. Der Inhalt der Psychologischen Medizin beinhaltet traditionelle „Jingshen bingxue“ (精神病学 – Psychiatrie) und weitgehend „Jingshen weisheng“ (精神卫生 – Mentale Gesundheit).“

---

<sup>22</sup> In neuzeitlichen medizinischen Wörterbüchern findet man für „Jingshen bingxue“ (精神病学) die Übersetzung „Psychiatrie“, für „Jingshen yixue“ (精神医学) „psychologische Medizin“ (*Zhu, Xu, Huang, et al.*, 1998).

Dies erklärt, warum im *HKJC* (1981, 1984, 1986) die einzelnen Krankheitsbezeichnungen durchgehend mit dem chinesischen Zeichen für Krankheit (Bing, 病) enden, während bei *Hao W.* (2008) die neutralere Formulierung „Störung“ (Zhang'ai, 障碍) gewählt wird.

Eine Ausnahme bilden die Buchtitel des zweiten und dritten Bandes des *HKJC* (1984, 1986), die ebenfalls den Begriff „Jingshen yixue“ (精神医学) tragen. Selbst in der zusätzlichen Erläuterung des ersten Bandes (1981), dass es sich um eine Lehrbuchreihe handelt, wird diese Formulierung gewählt. Aus dem Vorwort des dritten Bandes geht jedoch deutlich hervor, dass den anfänglich vier Bänden der Lehrbuchreihe ursprünglich einheitlich der Begriff „Jingshen bingxue“ (精神病学) gemein war (*HKJC*, 1986). Es ist daher anzunehmen, dass erst nach 1980 die Änderung des Terminus vorgenommen wurde. Trotzdem stößt man bei dem Vergleich der Vorwörter der einzelnen Bände des *HKJC* (1981, 1984, 1986) auf eine anscheinend beliebige Verwendung beider Begrifflichkeiten, was die allgemeine Unübersichtlichkeit der Psychiatrie nach dem Ende der Kulturrevolution widerspiegelt.

Zur Zeit der Industrialisierung und Modernisierung in China Anfang des 20. Jh. war die Kapazität der wenigen psychiatrischen Einrichtungen beschränkt, sodass nur schwerwiegende psychische Erkrankungen Beachtung fanden (*Zhang*, 1989). Außerdem führte eine allgemeine Unübersichtlichkeit über Umfang und Anforderungen der Fachrichtung Psychiatrie dazu, dass psychische Erkrankungen automatisch mit der schweren psychischen Erkrankung Schizophrenie gleichgesetzt wurden (*Xia, Xu, Zhang, et al.*, 1989, 1-3). Der Terminus Psychiatrie wurde daher von *Xia, Xu, Xu* (1988) als nicht mehr zeitgemäß erachtet, da er auf schwerwiegende psychische Erkrankungen beschränkt sei, während zahlenmäßig häufigere psychische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Krankheiten vernachlässigt würden.

Es mag an einem Mangel an Aufklärung, Kapazität, Verbreitung oder dem damaligen Forschungsstand gelegen haben, dass der Begriff „Jingshen bingxue“ (精神病学 – Psychiatrie) nach dessen Einführung in China zu Missverständnissen, Fehldeutungen und Widersprüchen führte bzw. den Bedürfnissen der chinesischen Gesellschaft mit ihren traditionellen Konzepten nicht entsprach (*Xia, Xu, Zhang, et al.*, 1989, 1-3).

Die Psychologische Medizin erfüllt den Anspruch, auch Menschen mit leichten psychischen Auffälligkeiten, Persönlichkeits-, Adaptations- oder Verhaltensstörungen Hilfsangebote auf kommunaler Ebene, abseits von psychiatrischen Einrichtungen, zu liefern. Sie trägt außerdem dem Umstand Rechnung, so die Autoren, dass bei chinesischen Patienten mit einem psychischen Problem aus Angst vor gesellschaftlichen Stigmatisierungen die Tendenz dazu besteht,

zuerst Allgemeinkrankenhäuser, rudimentäre Gesundheitszentren oder traditionelle Heiler statt psychiatrische Einrichtungen aufzusuchen (Xia, Xu, Xu, 1988; Xia, Xu, Zhang, et al., 1989).

Hinter medizinischen Begriffen verbergen sich konkrete Krankheitsvorstellungen, die in Fachkreisen auf studiengestützten pathogenetischen Theorien basieren oder in der Gesellschaft mit soziokulturellen Assoziationen konnotiert werden. Da medizinische Fachtermini die Aufgabe haben sollten, Krankheitsphänomene angepasst an den wissenschaftlichen Bedarf eines Zeitalters, den allgemeinen Anforderungen einer Gesellschaft, einer Bevölkerungsgruppe etc. zu beschreiben, muss bei deren Implementierung der wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Wandel stets mit berücksichtigt werden. Vor dem Hintergrund der Globalisierung und des internationalen Wissenstransfers stellen einheitliche medizinische Begriffe und Klassifikationssysteme zwar die linguistische Basis dar, Anwendung und Bedeutung sind jedoch nur in dem jeweiligen soziokulturellen und gesellschaftspolitischen Kontext zu verstehen.

Wie westliche Termini der Psychiatrie in die chinesische Gesellschaft integriert werden und welchen Wandel sie vor gesellschaftspolitischen Veränderungen erfahren können, soll nachfolgend exemplarisch anhand der Neurasthenie veranschaulicht werden.

### **3.2.3 Neurasthenie**

Die Neurasthenie ist eine diagnostische Entität der ICD-10 (WHO, 1992), die im klinischen Alltag in China, Japan und einigen anderen asiatischen Ländern bis heute in Gebrauch ist (Lee, 1994). Seit dem DSM-III von 1979 wurde die Neurasthenie hingegen aus der amerikanischen psychiatrischen Nosologie gestrichen (Yan, 1989, 139; Young, 1989, 138).

Das Konzept der Neurasthenie wurde Anfang des 20. Jh. (Lee, 1998) auch in China unter dem Begriff „Shenjing shuairuo“ (神经衰弱 – Nervenschwäche) eingeführt. In einer Zeit des großen gesellschaftspolitischen Umbruchs und der Bestrebung, mittels Modernisierung und Industrialisierung den Anschluss zu den westlichen Nationen zu finden, fiel das Konzept, ähnlich wie in Europa während der letzten Jahrhundertwende, auf fruchtbaren Boden.

Der erste chinesische Artikel von Song M.T. über Neurasthenie erschien 1936 im „Tong Ji Medical Journal“. Die dort beschriebenen Symptome glichen denen der in China bereits seit Einführung der Fachrichtung Psychiatrie bekannten Hysterie, Obsession, Angst und Hypochondrie. Im späteren Verlauf erfreute sich das Konzept solcher Beliebtheit, dass es neben den Hauptsymptomen Insomnie und Amnesie (Yan, 1989, 140; Zhang, 1989, 155) zunehmend auf allgemeinere Symptome (u.a. Potenzstörungen etc.) ausgeweitet wurde und eine

Transformation in somatoforme Subtypen stattfand (*Sicherman, 1977 & Drinka, 1984*, zitiert von *Lin, 1989*). Als Beispiel seien „abdominal neurasthenia“ und „sexual neurasthenia“<sup>23</sup> genannt, wie sie im „Englisch-Chinesischen Glossar zur Psychiatrie“ von 1981, publiziert in Beijing, unter dem Eintrag Neurasthenie zu finden sind (*Xia 1981*, zitiert von *Cheung, 1989, 227*).

Das Konzept der Nervenschwäche gewann auf der Ebene der medizinischen Grundversorgung in China, die damals auf der traditionellen Volksheilkunde basierte, an Popularität (*Lin, 1989*).

„Since Western physicians were few in number and engaged in developing modern medical services for combating infectious diseases and other life-threatening medical problems, neurotic, psycho-physiological or depressive conditions were largely left to the traditional Chinese medicine physicians. The term and concept of neurasthenia found ready acceptance among the Chinese medical practitioners who were then dominating the medical world in China.“ (*Zhang, 1989, 156-157*).

Obwohl sich der Ausdruck „Neurose“ oder „Neurasthenie“ nicht in traditionellen chinesischen Aufzeichnungen fand, wurde der Integrationsschritt vermutlich durch ähnliche Symptombeschreibungen in traditionellen Schriften (*Liu, 1989, 169*) erleichtert. Unter anderen Bezeichnungen wie z.B. „Baihebing“ (百合病 – Lilienkrankheit)<sup>24</sup> und „Guinüe“ (鬼虐 – durch Dämonen verursachte Malaria) konnten parallele Symptombeschreibungen gefunden werden (*Cheung, 1989, 227*). Außerdem trug die breite Akzeptanz der Neurasthenie seitens der chinesischen Bevölkerung dazu bei, dass die Diagnose in die traditionellen holistischen Konzepte von Gesundheit und Krankheit integriert wurde (*Rin & Huang, 1989; Cheung, 1989, 236*).

---

<sup>23</sup> Für den chinesischen Begriff „sexuelle Neurasthenie“ wird häufig auch „Shenkui“ (肾亏) verwendet. Es handelt sich um ein an den chinesischen Kulturkreis gebundenes Syndrom, das charakterisiert ist durch Schwäche, Ermüdbarkeit, Insomnie, Angst und Hypochondrie. Es wird geglaubt, dass es durch exzessive Masturbation, nächtlichen Samenerguss oder Geschlechtsverkehr ausgelöst werden kann (*Lin, 1983*). Zu den kulturgebundenen Syndromen zählen des Weiteren Koro und die Frigophobie. Allen Syndromen gemein ist die Somatisierung von Angst. *Lin (1983)* wies darauf hin, dass traditionelle chinesische Medizinkonzepte (z.B. Yin-Yang-Theorie) eine essentielle Rolle in der Manifestation, Perzeption und Interpretation der oben genannten Zustände spielten.

<sup>24</sup> „Baihe“ (百合) bedeutet zum einen „hundert Kombinationen“, zum anderen ist es mit dem Wort für „Lilie“ identisch. Die Erkrankung wurde daher im Englischen meist mit „lily disease“ übersetzt. Es handelt sich um eine mentale Erkrankung mit einer Vielzahl verschiedener Krankheitssymptome. In der Behandlung wurde meist die Lilienpflanze verwendet (*Unschuld, 2012, in Vorbereitung*).

Wie die chinesische Übersetzung von „Shenjing shuairuo“ (神经 – Nerven, 衰弱 – Schwäche) besagt, handelt es sich um eine Nervenschwäche (*Rin & Huang, 1989*), die in das traditionelle Konzept „Xu“ (虚 – Leere) der Entsprechungsmedizin passte (*Zhang, 1989*). Die Kardinalsymptome der Neurasthenie wie Insomnie und Amnesie korrespondierten dementsprechend mit „Nierenleere“ (Shen xu, 肾虚) (*Yan, 1989, 140*) oder „Herzleere“ (Xin xu, 心虚) (*Zhang, 1989, 156-157*). Des Weiteren wurden vier Subformen definiert: der erregte Typ, der asthenische Typ, der ruhelose Typ und der Yang-Überfluss-Typ (*Yan, 1989, 140*).

In den 1940er- und 1950er-Jahren lag der Begriff Neurasthenie in aller Munde: Sobald Schüler oder Studenten unter Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Appetitmangel litten, war der Verdacht bestätigt (*Yan, 1989*). Dabei habe die Mehrzahl der Patienten auf Befragung angegeben, Schwierigkeiten bei der Adaptation an die politischen und sozialen Umstände zu haben; die Neurasthenie wurde somit Ende der 1950er-Jahre in der chinesischen Gesellschaft zum Vehikel, um politischen, sozialen und physischen Unmut auszudrücken (*Lin, 1989*). In den Folgejahren wurde sie zur wichtigsten Erkrankungsentität der Psychiatrie erklärt. Zahlreiche psychiatrische Studien folgten, die aufgrund des wissenschaftlichen Einflusses der Sowjetunion *Pawlowschen* Theorien entlehnt waren (*Yan, 1989, 140*). In chinesischen Studien zur Neurose und Neurasthenie wurde gefordert, die Symptome des westlichen Konzeptes durch folgende zu ergänzen: Melancholie, Hypoaktivität, Kopfschmerzen, Schwindel, Insomnie, Hyposomnie, Palpitation (verursacht durch Angst), schwere Herzpalpitation, Amnesie, spontanes Schwitzen, Nachtschweiß, nächtlicher Samenerguss, Impotenz etc. (*Hunan Medical College, 1981, zitiert von Liu, 1989, 171*).

Zur Eindämmung der „Neurasthenie-Epidemie“, die sich insbesondere unter den sog. „Kopfarbeitern“ wie Bürokraten, Büroarbeitern, Lehrern, Studenten etc. über ganz China auszubreiten und damit die nationale Produktivität zu bremsen schien, wurde im Rahmen des Fünf-Jahres-Plans (1958-1962) eine nationale Kampagne gegen sie initiiert (*Editorial, Chinese Journal of Neurology and Psychiatry 1966, zitiert von Lin, 1989*). Trotzdem war die Neurasthenie zwischen 1955 und 1970 offenbar die häufigste Diagnose neurotischer Erkrankungen in China: Rund 50 Prozent der ambulanten Patienten erhielten die übergeordnete Diagnose „Neurose“, 60 bis 80 Prozent davon die Diagnose Neurasthenie (*Liu, 1989, 169*). Ähnliche Zahlen decken sich mit Statistiken medizinischer und neurologischer Spezialkliniken der 1950er- und 1960er-Jahre (*Sichuan Medical College 1960, zitiert von Yan, 1989, 140; Lin, 1989*).

Statistiken des „*Psychiatrischen Krankenhauses Shanghai*“ registrierten eine sinkende Prävalenz während der zehn Jahre andauernden Kulturrevolution, die zum einen als Resultat der aufs Land in Arbeitslager verschickten Intellektuellen interpretiert und zum anderen auf die Denunziationsangst der in den Städten gebliebenen Intellektuellen zurückgeführt wurde. Mit dem Beginn der Öffnungspolitik Anfang der 1980er-Jahre kam es v.a. in Kliniken der Universitäten und Hochschulen erneut zu einem starken Anstieg der Diagnose Neurasthenie (Yan, 1989, 141).

Einer Untersuchung der „*Psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Hunan*“ von 1982 zufolge lagen neurotische Erkrankungen im ambulanten Bereich, von denen die Neurasthenie die häufigste Erkrankungsentität darstellte, in der Regel bei 50 Prozent (HKJC, 1984, 455 & 473). Bei Hao W. (2008, 129) wird im Abschnitt über die Neurasthenie keine Statistik präsentiert.

Bezüglich der Symptomatik bezieht sich das HKJC auf den Amerikaner *George Miller Beard*, der 1869 den Neurasthenie-Begriff einführte; häufig anzutreffende klinische Präsentationen seien Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, Merkstörungen, Dysfunktionen des autonomen Nervensystems, Schwäche, Dyskinesien etc. (HKJC, 1984, 474). Insbesondere hinter dem Überbegriff „autonome Dysfunktionen“ verbirgt sich eine breite Variation verschiedenster Symptome inklusive sexueller Funktionsstörungen, welche die Autoren des HKJC (1984) tabuisieren.

Auf konkretere Beschreibungen trifft man bei Hao W. (2008, 130), der folgende zwei Diagnosekriterien anbietet: 1. Das Gefühl starker Ermüdbarkeit nach Kopfarbeit oder das Gefühl schneller körperlicher Ermüdbarkeit nach körperlicher Belastung mit Leidensdruck sowie 2. Muskelschmerzen, Schwindel, Spannungskopfschmerz, Schlafstörungen, Unfähigkeit zu entspannen, Schreckhaftigkeit, Verdauungsprobleme. Diagnosekriterien 1 und 2 müssen erfüllt sein. Für das Diagnosekriterium 2 müssen mindestens zwei der aufgelisteten Symptome bestehen.

Infolge des wissenschaftlichen Stillstands während der Kulturrevolution rückten Angststörungen und sog. „maskierte Depressionen“, die seit den 1970er-Jahren international Aufsehen erregten, erst mit Beginn der 1980er-Jahre in den Mittelpunkt psychiatrischer Diskussionen in China. Eine Studie von Kleinman (1982) belegte, dass unter Verwendung der DSM-III-Kriterien 40 Prozent der zuvor als Neurasthenie diagnostizierten Patienten unter die Diagnose Depression fielen. Das gute Ansprechen auf Antidepressiva (Wang, 1983) bestärkte den Verdacht, dass einige Patienten mit anderen Diagnosen fälschlicherweise unter die Kategorie Neurasthenie subsummiert worden waren (Yan, 1989, 142).

In beiden Lehrbüchern für Psychiatrie wird daher explizit darauf hingewiesen, dass vor der Diagnosestellung „Neurasthenie“ Angststörungen und Depression auszuschließen sind (*HKJC*, 1984, 476; *Hao W.*, 2008, 130).

Obwohl sich die Neurasthenie bis heute in der internationalen Klassifikation (ICD-10) unter der Kategorie „other neurotic disorders“ hält, wird sie, außer in einigen asiatischen Ländern, nicht mehr verwendet; stattdessen werden die Diagnosen „major depressive disorder“, „anxiety disorders“ und/oder „somatoform disorders“ bevorzugt (*Liu*, 1989, 165). Trotz der wissenschaftlichen Unzulänglichkeit dieses Begriffes wurde auf einer Konferenz führender Psychiater und Psychologen in Chengdu (Sichuan Provinz, China) 1982 beschlossen, die Neurasthenie weiterhin als Diagnose in der klinischen Psychiatrie zu führen (*HKJC*, 1984, 455; *Liu*, 1989).

In der chinesischen Klassifikation von 1978, die als Bezugsrahmen des *HKJC* (1984, 455) fungiert, wird die Neurasthenie als eine der sieben Subkategorien neurotischer Störungen aufgelistet.

Bei *Hao W.* (2008, 113) wird die Klassifikation neurotischer Störungen der ICD-10 der Chinesischen tabellarisch gegenübergestellt, jedoch explizit auf die internationale Einteilungsform Bezug genommen. Nach *Hao W.* (2008) lehnt die junge Ärztegeneration allgemeiner und neuropsychiatrischer Disziplinen heute den Terminus als Diagnose ab, wie folgendes Zitat belegt:

„Viele Wissenschaftler meines Landes sind der Meinung, dass die Neurasthenie existiert, aber in der klinischen Diagnose sollte eine Expansion [dieses Begriffes] verhindert werden“ (*Hao W.*, 2008, 129).

Laut *Rin & Huang* (1989, 215) und *Zhang* (1989, 159) wird der Begriff Neurasthenie von ca. einem Drittel der Neuropsychiater und rund 40 Prozent der Allgemeinmediziner verwendet, um die Kommunikation, die Compliance und folglich den Behandlungserfolg des Patienten zu verbessern, auch wenn der Terminus nicht als formale Diagnose notiert werde. Wie wichtig die Krankheitsvorstellung für die Compliance eines Patienten ist, zeigte *Albus* (1995): Vorstellungen biologischer Erkrankungsursachen (bei der z.B. die Schizophrenie auf metabolische Funktionsstörung beruht) könne die Compliance der Medikamenteneinnahme erhöhen, während psychosoziale Vorstellungen (bei der die Schizophrenie als Konsequenz moralischer Vergehen angesehen wird) die Compliance reduzierten (zitiert von *Kao, et al.*, 2011).

Das Konzept der Neurasthenie stellt in der chinesischen Psychiatrie ein nosologisches Dilemma dar (*Rin & Huang*, 1989, 215):

„The general public and patients use the term as a diagnostic label which includes many ill-defined physical symptoms and mental dysfunctions, regardless of their organic or functional origin. All types of neurosis, psycho-physiologic discomfort and even some psychoses are often included in this category.”

Insbesondere in Taiwan erfreut sich die historische chinesische Medizin dank der Neurasthenie kommerzieller Erfolge (*Lin*, 1989, 116). Das medizinische und nicht-medizinische Behandlungsangebot erstreckte sich von chinesischen Arzneien, Stärkungs- und Hausmitteln, Aufsuchen westlicher Ärzte, Volksheilern bis hin zu Gebeten und Opfern in Tempeln; in chinesischen Buchhandlungen seien Gesundheitsratgeber zum populären Thema „Nervenschwäche“ zu finden (*Rin & Huang*, 1989). Die Gründe seien allgemein und multiple; populistische Literatur schlage Lebensstiländerung, Stressbewältigung, Persönlichkeitsveränderung etc. vor (*Cheung*, 1989, 232-233).

Neben volksheilkundlichen Behandlungsverfahren (z.B. Akupunktur, Tuina-Massage, Taijiquan) werden im *HKJC* (1984, 476-478) hauptsächlich psychopharmakologische und physikalische Therapiemaßnahmen empfohlen.

Bei *Hao W.* (2008, 130) werden Antianxiolytika und Antidepressiva neben Verhaltens-, Psycho- und Physiotherapie verordnet.

„[The neurasthenia] is a broad and all-inclusive term which may refer to a symptom or syndrome, a disease, or a causal explanation” (*Cheung*, 1989, 228).

Der Neurasthenie-Begriff lässt dem Patienten Raum, seine Erkrankung gemäß gesellschaftlich akzeptierten Konzepten zu interpretieren. Die Assoziation der Neurasthenie mit einem allgemeinen Gesundheitsstatus erlaube die Distanzierung von psychischen Erkrankungen und bewahre den Betroffenen somit vor Stigmatisierungen (*Cheung*, 1989, 232). Das Fehlen von negativen Assoziationen sei auf die chinesische Interpretation des Begriffes zurückzuführen, wonach die Erkrankung durch eine physiologische und psychologische Disproportionalität hervorgerufen werde, anstatt allein psychischer Natur zu sein (*Lin*, 1983). Diese Vorstellung deckt sich mit traditionellen Krankheitskonzepten der chinesischen Volksheilkunde, wonach Körper und Geist nicht voneinander getrennt betrachtet werden.



Die Diagnose Neurasthenie ver helfe im Gegenteil sogar zu einem positiven Krankheitsgewinn, denn mit ihr seien Attribute wie Überarbeitung, körperliche Erschöpfung, Stress und Rationalität verbunden (*Cheung, 1989*).

Als Krankheitsursachen werden im *HKJC* (1984, 473-374) Überarbeitung und psychosoziale Faktoren genannt, im Mittelpunkt stehen aber insbesondere die Genetik und biochemische Veränderungen in Anlehnung an die ehemalige Sowjetschule.

Bei *Hao W.* (2008, 129) sind diesbezüglich keine sowjetischen Spuren zu finden. Hier konzentriert sich die Erklärung zur Pathogenese der Neurasthenie auf psychosoziale Faktoren.

Die Gegenüberstellung unterschiedlicher Vorstellungen zur Pathogenese psychischer Erkrankungen kann am Beispiel der Neurasthenie veranschaulichen, dass Krankheitsvorstellungen der chinesischen Bevölkerung anscheinend nicht an westliche Lehrmeinungen geknüpft sind und eigene traditionelle Konzepte in größerem Maße Anklang finden.

Laut *Zhang* (1989, 158) werden psychiatrische Diagnosen wie z.B. Depression oder Schizophrenie seitens chinesischer Patienten zum Teil schwer akzeptiert, da sie mit kulturell negativen Vorurteilen behaftet sind; die Diagnose Neurasthenie werde dagegen stark favorisiert, da sie auch eine bessere Prognose verspreche. Viele psychiatrische Patienten beschrieben ihre Erkrankung in China daher als Neurasthenie (*Kleinman, 1982*).

Der Gebrauch der Neurasthenie als Camouflage für schwere psychische Erkrankungen wie der Schizophrenie oder anderer psychotischer Zustände sei im asiatischen Kulturkreis weit verbreitet (*Lin, 1989, 124*), da das Label „Neurasthenie“ den Patienten sein Gesicht wahren lasse und ihn gleichzeitig dazu privilegiere, größere Aufmerksamkeit von der Familie, vom Arbeitsplatz und der Gemeinde zu erhalten (*Zhang, 1989, 158*). Außerdem biete der Terminus „Neurasthenie“ Hilfestellung, auf diskrete Weise für eine Vielzahl gesellschaftlich kaum akzeptierter Symptome (etwa bei psychischen Erkrankungen oder sexuellen Störungen) medizinischen Rat zu suchen, ohne der Gefahr von Diskriminierungen ausgesetzt zu sein (*Cheung, 1989*). Dass sich verschiedene Aspekte und Krankheitsphänomene nicht unbedingt ausschließen, sondern zu einer Entität anscheinend widerspruchlos zusammengefasst werden können, zählte *Rin* (1975, zitiert von *Rin & Huang, 1989, 224*) zu den charakteristischen chinesischen Fähigkeiten:

„Many patients, therefore, utilize different systems of medicine and medical treatments simultaneously, experiencing a kind of therapeutic mosaic with no problem of conflict”  
(*Rin & Huang*, 1989, 224).

Anhand der Bedeutung der Neurasthenie in China konnte demonstriert werden, dass Stigmata die Folge von Krankheitsbegriffen sein können (*Sartorius*, 2007).<sup>25</sup> Westliche Klassifikationen und Fachtermini sind im Rahmen eines internationalen wissenschaftlichen Austausches von Relevanz, können aber im klinischen Alltag auf Ablehnung oder negative Konnotation seitens der Bevölkerung stoßen (*Cheung*, 1989, 238-239). Eine vollständige Integration „fremder“ Fachbegriffe in andere Kulturkreise erscheint fragwürdig, da sich die Patientenvorstellungen von den pathophysiologischen Krankheitsmodellen des Psychiaters unterscheiden können (*Kleinman*, 1980). Die Diskrepanz unterschiedlicher Krankheitsvorstellungen zwischen Arzt und Patient verbirgt sich hinter der unreflektierten Verwendung westlicher Psychiatriekonzepte einschließlich ihrer Terminologie, wodurch die Behandlung psychisch Kranker in China erschwert wird.

Angesichts dieses Sachverhalts kann das Festhalten an der Diagnose Neurasthenie im *HKJC* (1984) – trotz der seit dem DSM-III (1979) stattfindenden internationalen Kontroversen – als chinesischer Versuch angesehen werden, interkulturell und von „westlichen“ Psychiatriekonzepten divergierende Krankheitsvorstellungen zu überwinden. Die Tatsache, dass im Fall dieses diagnostischen Sammelbegriffs, der eine Vielzahl schwerer und leichter psychischer Störungen sowohl gesellschaftlich tabuisierter physischer Beschwerden einschließt, der Anspruch auf wissenschaftliche Objektivierbarkeit fehlschlägt, erklärt die distanzierte Haltung zur Neurasthenie bei *Hao W.* (2008). Im Kapitel zur Neurasthenie wird eine Abkehr von dieser Diagnose gefordert.

Terminologische Veränderungen wie „Jingshen yixue“ (精神医学 – Lehre für die Medizin des Geistes) anstatt „Jingshen bingxue“ (精神病学 – Lehre von den Krankheiten des Geistes) stellen erste Versuche dar, in China bestehende soziokulturelle Vorurteile bezüglich mentaler Störungen abzubauen. Wie *Kao, et al.* (2011) mit ihrer Studie zum Einsatz der taiwanesischen Version der

---

<sup>25</sup> Im Rahmen einer Konferenz der *APA* (*American Psychiatric Association*) und der *WHO*: „The Future of Psychiatric Diagnosis: Refining the Research Agenda”. Genua, 2007. Siehe hierzu: *APA* (2007) und *Sartorius* (2007).

„Illness Concept Scale“ (ICS)<sup>26</sup> belegten, könnten begriffliche soziokulturelle Adaptationen helfen, eine Brücke zwischen westlichen und östlichen Krankheitskonzepten zu schlagen.

### 3.3 Pathogenese

Konzepte der Krankheitsentstehung müssen im Kontext des historischen und gesellschaftspolitischen Wandels gedeutet werden, eines Wandels, der wiederum ihre Akzeptanz und weitere Forschungsbemühungen beeinflussen kann. Dies wird am Beispiel der Psychiatrie in China anhand des Lehrbuchvergleiches deutlich.

Aufgrund der Tatsache, dass die VR China bis zur Einführung durch den Westen über keine psychiatrische Fachrichtung verfügte, ist es von medizinhistorischem Interesse, die Integration und Adaptation „westlicher“ Konzepte in das chinesische Medizinsystem zu untersuchen. Da es sich um „fremde“ Krankheitsvorstellungen handelt, ist der Umgang mit diesen in besonderem Maße äußeren gesellschaftspolitischen Einflüssen ausgesetzt.

Das *HKJC* (1981, 246) definiert die Pathogenese wie folgt:

„Die Pathogenese hat als Ziel die Gründe, die zur Entstehung einer Krankheit führen, aufzudecken. Dies beinhaltet zwei Aspekte: Erstens, die Suche innerhalb des Körpers nach pathologischen Veränderungen [...] und zweitens, die Suche außerhalb des Körpers nach krankheitsverursachenden Faktoren in der Umwelt.“

Als Beispiel für „psychische Erkrankungen innerer Ursache“ werden die Schizophrenie und bipolare Störungen und für „psychische Erkrankungen äußerer Ursache“ organisch bedingte psychische Erkrankungen (z.B. die Neurosyphilis) genannt (*HKJC*, 1981).

Die Pathogenese psychischer Störungen wird dabei im *HKJC*, im Gegensatz zu *Hao W.* (2008, 5), in Anlehnung an die Infektionslehre mit den entsprechenden drei Krankheitsfaktoren Wirt (Suzhu, 宿主), Umwelt (Huanjing, 环境) und Agens (Dongyin, 动因) verstanden (*HKJC*, 1981, 247-248, 295). Davon zeugt auch das Kapitel zu Grundlagen der Immunologie (*HKJC*, 1981, 202-245), wie beim Vergleich der Schwerpunktgebiete beider Lehrbücher bereits aufgefallen ist. Dieser Aspekt ist erwähnenswert, da dadurch die medizinhistorische Frage nach dem Grund ihrer Übertragung auf die Pathogenese psychischer Erkrankungen Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre aufgeworfen wird. Die folgenden drei Gründe sind hierfür denkbar:

1.) Die Infektionslehre, im 19. Jh. durch westliche Missionare in China eingeführt, wurde der chinesischen Vorstellung von Krankheitsentstehung in solchem Maße einverleibt, dass sie sich

---

<sup>26</sup> Hierfür wurde anfangs geprüft, ob die Übersetzung der englischen Version des ICS ins Taiwanische bei den taiwanesischen Patienten auf ähnliches Verständnis traf wie in westlichen Kulturkreisen.

nicht nur zur anerkannten Lehrmeinung herauskristallisiert hat, sondern aufgrund ihrer einfachen Verständlichkeit als Vorbild vieler Krankheitsmechanismen, z.B. im Bereich der Psychiatrie in China zumindest bis Mitte der 1980er-Jahre, herangezogen wurde.

2.) Das Krankheitskonzept ähnelt Theorien der chinesischen Volksheilkunde, da es versucht, allgemein gültige Ursachen von Krankheitssymptomen psychischer sowie somatischer Art ausfindig zu machen. Daher werden im *HKJC* (1981) entsprechendes medizinische Begriffe verwendet – Begriffe wie äußere und innere pathogene Faktoren sowie die körpereigene Abwehrkraft „Wei“ (卫). Es wird angenommen, dass sich die Faktoren gegenseitig bedingen, sodass aus einem Überwiegen äußerer pathogener Faktoren und dem Überwinden der körpereigenen Abwehrkraft „Wei“ Krankheit resultiert.

3.) Infektionskrankheiten, die hirnorganische Symptome hervorrufen, waren zu der Zeit in China eventuell häufig bzw. häufiger als „psychische Störungen innerer Ursache“. Insbesondere sei auf die sexuell übertragbaren Erkrankungen wie Syphilis und HIV hingewiesen, die, laut *Tucker, Chen, Peeling* (2010), seit den 1980er-Jahren in China einen erneuten Anstieg zu verzeichnen haben. Wie *Munro* (2000) und *Messner* (2000) bereits hervorgehoben haben, verbargen sich hinter psychiatrischen Institutionen Anfang des 20. Jh. Verwahrungsanstalten für gesellschaftlich tabuisierte Erkrankungen (u.a. Syphilis).

Bezüglich der dritten Hypothese sind keine genauen Daten verfügbar. Aus der ersten und zweiten der oben genannten Überlegungen kann jedoch gefolgert werden, dass „traditionelle“ Krankheitskonzepte zumindest bruchstückhaft bis kurz nach Ende der Kulturrevolution in chinesischen Vorstellungen zur Entstehung psychischer Erkrankungen enthalten waren.

Der sowjetische Einfluss auf die Psychiatrie in China, wo bis zur politischen Distanzierung Ende der 1960er-Jahre die Lehren *Pawlows* dominierten (*Bermann*, 1973; *Gernet*, 1997, 550; *Lavretsky*, 1998), wird auch im *HKJC*-Abschnitt zur Pathogenese offensichtlich: Betont werden hier vor allem biologische und verhaltensmedizinische Ansätze.

Abweichend von den Theorien *Pawlows* wird heute in der Psychiatrie in China die Auffassung vertreten, dass die Biologie zwar ein hauptverantwortlicher Faktor vieler psychischer Erkrankungen sei, sie jedoch nicht den kompletten Vorgang der Krankheitsentstehung und -entwicklung erklären könne (*Hao W.*, 2008). Obwohl die Krankheitsursache von mentalen Erkrankungen bis heute nicht gänzlich verstanden wird, geht *Hao W.* (2008, 5) davon aus, dass der Großteil psychischer Störungen, ähnlich wie die somatischen, auf biologische, psychologische und gesellschaftlich-kulturelle Faktoren zurückzuführen sei und sich die

einzelnen Faktoren gegenseitig bedingen. In diesem Zusammenhang wird beispielsweise auf das amerikanische Bio-Psycho-Sozialmodell verwiesen (*Hao W.*, 2008, 7-8), das seit Ende der 1970er-Jahre mit dem reduktionistischen, biomedizinischen Modell konkurriert.

Zur Abgrenzung biologischer von psychologisch-gesellschaftlichen Faktoren werden – wie im *HKJC* (1981) – zwar ebenfalls die Begriffe innere (biologische) und äußere (psychisch-gesellschaftliche) Faktoren verwendet (*Hao W.*, 2008, 9), jedoch unterscheidet sich deren Wertigkeit in der Vorstellung zur Krankheitsentstehung psychischer Erkrankungen.

Mit der nach dem Ende der Kulturrevolution beginnenden wirtschaftlichen und politischen Öffnung Richtung Westen vollzog sich innerhalb der chinesischen Psychiatrie eine Richtungsänderung, die im Folgenden mittels einer vergleichenden Analyse der Lehrbuchabschnitte zur Pathogenese psychischer Erkrankungen anhand einzelner Faktoren verdeutlicht werden soll.

### **3.3.1 Biologische Faktoren**

Genetische Faktoren:

Die Genetik stellt unumstritten in beiden Lehrbüchern die Basis der Pathogenese psychischer Erkrankungen dar (*HKJC*, 1981; *Hao W.*, 2008). Zwillings-, Familien- und Adoptionsstudien haben weltweit auf die Relevanz genetischer Faktoren bei der Entstehung insbesondere funktioneller psychischer Störungen wie Schizophrenie, Emotionsstörungen, Autismus, Anorexia nervosa, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Angststörungen etc. aufmerksam gemacht (*Neill*, 1990; *Fabisch, Kroisel, Fabisch*, 2005; *Dellava, Kendler, Neale*, 2011; *Betancur*, 2011).

Seit den 1950er-/1960er-Jahren standen neben klinischen Studien zur Genetik insbesondere biochemische Modelle im Mittelpunkt der Forschung. Dabei wurde angenommen, dass Charaktermerkmale und psychische Phänomene auf neurobiochemischen Prozessen basieren, welche wiederum genetisch bestimmt seien.

Damit wurden sowohl das Konzept von *Hippokrates* als auch das der Entsprechungsmedizin bezüglich der verschiedenen Charaktere von chinesischer Seite in einen harten Kontrast zu den wissenschaftlichen Theorien der Moderne gesetzt:

„Die grundsätzlichen Besonderheiten des menschlichen Charakters sind mit nichts anderem verbunden als mit der exzitatorischen oder inhibitorischen Freisetzung von Neurotransmittern an den Synapsen, die abhängig sind von der Geschwindigkeit, der

Erschöpfbarkeit sowie vom Grad der Sensitivität der postsynaptischen Membran [...]“ (*HKJC*, 1984, 301).

Die Frage neurobiochemischer Prozesse und der Plastizität des Nervensystems in Verbindung mit der Pathophysiologie psychischer Erkrankungen wird zwar im *HKJC* (1981) berücksichtigt, doch die Frage, welche konkreten Zusammenhänge mit einzelnen psychischen Erkrankungen bestehen, wird nicht tiefergehend diskutiert.

Während die Chromosomenforschung in den 1980er-Jahren noch in den Anfängen steckte, tritt Jahrzehnte später *Hao W.* (2008) für den Anspruch auf Gendetektion zur Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen ein. Einige Chromosomenlokalisationen, Rezeptoren und Gene konnten bereits in Bezug auf mentale Störungen ermittelt werden, jedoch ist, so *Hao W.* (2008, 6-7), weitere Forschung zur Wirkung und Funktion erforderlich. Viele Neurotransmitter (wie Serotonin bei Depression) und deren Funktion sind mittlerweile bekannt, dennoch ist *Hao W.* (2008, 6) zufolge weltweit weitere Forschung notwendig, um die Krankheitsentstehung psychischer Störungen gänzlich zu verstehen.

*Hao W.* (2008, 6) geht von polygenen Erbgängen aus, bei denen Umweltfaktoren (gesellschaftspsychologische Faktoren, Ernährung, Gesundheitspflege etc.) ausschlaggebend sind. Beispielsweise habe die Anzahl der Schizophrenie-Erkrankungen um ein Doppeltes höher bei denen gelegen, die zu Zeiten der großen Hungersnot in China (1959-1961) geboren wurden, als bei denen, die außerhalb der Nahrungsknappheit auf die Welt kamen (*Hao W.*, 2008, 6).

Bei *Hao W.* (2008) fällt außerdem das Schlagwort „Plastizität des ZNS“, ein essentieller Begriff in der Pathogenese psychischer Störungen:

„Das Gehirn darf nicht von der Psyche getrennt werden, denn das Gehirn ist das Organ, das psychische Aktivität entstehen lässt [...] Aufgrund der Formbarkeit des Nervensystems durchlaufen psychologische, gesellschaftliche und kulturelle Einflüsse das Gedächtnis, wie es sich u.a. an unserem Großhirn beim Lernen zeigt. Während dieses Vorganges erfahren Struktur, Chemie und neurologische Aktivität unseres Großhirns Veränderungen“ (*Hao W.*, 2008, 9).

Dass der wissenschaftliche Kenntnisstand in China nach 30 Jahren nationaler Forschung und des internationalem Austauschs nicht mit dem der 1980er-Jahre zu vergleichen ist, ist offensichtlich. Einen kursorischen Überblick über den aktuellen Forschungsstand der Psychiatrie in China soll das nachfolgende Kapitel zur Schizophrenie geben.

### Hirnorganische Faktoren:

Zu den hirnorganischen Krankheitsfaktoren, die mit psychischen Symptomen zusammenhängen können, zählen neurologische Entwicklungsstörungen, Infektionen, Kopfverletzungen, Vergiftungen, metabolische Störungen, Mangelernährung, Degeneration, Hirntumore, Vaskulopathien etc. (*HKJC*, 1981; *Hao W.*, 2008).

Dieser Abschnitt wird im *HKJC* (1981, 248-253) allgemein gehalten, sodass beispielsweise im Abschnitt zu infektionsbedingten mentalen Störungen keine konkreten Erkrankungen oder Erreger genannt werden, sondern das Thema auf Fieber und toxische Erregerstoffe begrenzt bleibt (*HKJC*, 1981, 249-250).

Dass Infektionen das ZNS befallen und entweder akute, subakute oder chronische psychische Veränderungen hervorrufen können, ist jedoch nicht nur seit der ersten Syphilisepidemie Anfang des 20. Jh. in China bekannt. Im Zusammenhang mit dem erneuten Anstieg sexuell übertragbarer Erkrankungen seit den 1980er-Jahren (*Tucker, Chen, Peeling*, 2010) werden bei *Hao W.* (2008, 7) HIV und Syphilis an erster Stelle genannt.

Am Beispiel des gesonderten Abschnitts zu hirnorganischen und körperlichen Faktoren, die im *HKJC* (1981, 248-253) – im Unterschied zu *Hao W.* (2008) – neben den anderen allgemeinen pathologischen Faktoren aufgeführt werden, lassen sich bezüglich des medizinhistorischen Entwicklungsstandes psychiatrischer Krankheitsvorstellungen und Einteilungen in China folgende Rückschlüsse ziehen:

- 1.) Die Pathologie und die Klassifikation psychischer Erkrankungen werden nicht gesondert betrachtet. Das Verständnis über ihren engen Zusammenhang hält sich bis heute im Vergleich zur ICD-10 bzw. DSM-IV als chinesische Besonderheit in der Chinesischen Klassifikation. Im Rahmen der Annäherung an westliche Einteilungssysteme wird heute hingegen zumindest eine strukturelle Trennung vorgenommen.
- 2.) Auffällig ist die Tabuisierung gewisser gesellschaftspolitischer Probleme, wie dies insbesondere in den ersten Versuchen einer chinesischen Klassifikation üblich war (*Riedel*, 2001): Der Alkohol- und Drogenmissbrauch wird der Unterkategorie von Vergiftungen zugeordnet. Die sexuell übertragbaren Erkrankungen (wie Syphilis und HIV) werden nicht aufgeführt. Mit der zunehmenden gesellschaftspolitischen Öffnung und Modernisierung wurde in späteren Klassifikationen zumindest teilweise mit Tabuthemen gebrochen.

### 3.3.2 Psychologische und gesellschaftliche Faktoren

Anhand der Vorstellungen zu psychologischen und gesellschaftlichen Krankheitsfaktoren lassen sich im Falle Chinas besonders deutlich gesellschaftspolitische Einflüsse im medizinhistorischen Kontext ablesen, da deren Konzepte im Vergleich zu den oben genannten wissenschaftlich belegbaren biologischen Faktoren nur bedingt Allgemeingültigkeit besitzen. Sie versprechen keine politische Neutralität (*Pearson & Phillips, 1994*) und sind somit dem soziokulturellen Wandel stark ausgesetzt.

Obwohl sich die VR China seit Ende der 1960er-Jahren von der Sowjetunion politisch distanzierte und deren Einfluss auf die Psychiatrie folglich abnahm, wurden, wie sich am *HKJC* (1981) zeigt, nach Ende der wissenschaftlichen Stagnation (1976) die verhaltensmedizinischen Theorien *Pawlovs* erneut als Grundlage eines chinesischen „Neuanfanges“ herangezogen. Detailliert wird der physiologische Ablauf der Sinneswahrnehmung und Verarbeitung mit seinen Hemmungs- und Erregungsmechanismen des Nervensystems vorgestellt (*HKJC, 1981, 255*).

Außer der *Pawlovschen* Lerntheorie werden im *HKJC* (1981) weitere ausländische Lehrmeinungen zum Thema „Reize und deren Einfluss auf die mentale Gesundheit“ wie die von *Selye, Levine & Scotch* oder *Holmes & Rahe* entwickelten der Vollständigkeit halber vorgestellt, jedoch ihnen gegenüber eine deutlich distanzierte Haltung eingenommen.

Anders verhält es sich 30 Jahre später bei *Hao W.* (2008): Die sowjetischen Konzepte werden durch amerikanische bzw. europäische psychologische Konzepte abgelöst. Detailliert beschreibt *Hao W.* (2008), hierbei das Stressmodell von *Selye* zugrunde legend, welcher Zusammenhang zwischen Stress und psychischen Störungen besteht.

Die Zurückhaltung gegenüber westlichen Konzepten (v.a. gegenüber solchen, die sich auf psychologische Modelle stützten) wird vor dem Hintergrund des Kalten Krieges (1945-1991) und den Ängsten des Zusammenbruches der gerade erst gegründeten Volksrepublik (1949) sowie den traumatisierenden gesellschaftspolitischen Unruhen in den Jahren der Kulturrevolution (1967-1976) nachvollziehbar.

Obwohl der Vorsatz zur Öffnung gegenüber dem Westen in China Anfang der 1980er-Jahre bestand, vollzog sich der Prozess langsam und vorsichtig, indem der wirtschaftliche Sektor Vorrang erhielt. Dass das *HKJC* (1981) trotz „Neuanfang“ und wissenschaftlicher Ausrichtung gen Westen an Theorien *Pawlovs* festhält, lässt zwei Begründungen zu:

1.) Biomedizinische Modelle sind seit den 1950er-/1960er-Jahren in China bekannt und im Vergleich zu psychologischen Konzepten wissenschaftlich klar nachvollziehbar. Sie bieten eine



solide und „politisch stabile“ Basis für weitere Forschungsbemühungen zur Pathophysiologie psychischer Erkrankungen (*Pearson & Phillips, 1994*).

2.) Die Nachwirkungen der „Joint Session“<sup>27</sup>, des dunkelsten Ereignisses russisch-sowjetischer Psychiatriegeschichte im Oktober 1951 (*Popov & Lichko, 1991*), erstreckten sich in der Sowjetunion bis weit in die 1970er-Jahre (*Lavretsky, 1998*). Trotz politischer, nicht jedoch unbedingt ideologischer Distanzierung zur UdSSR ist eine Einflussnahme auf chinesische Glaubenskonzepte in der Psychiatrie nicht auszuschließen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nach dem Ende der Kulturrevolution ebenso wie heute feststand, dass die Pathogenese in der Psychiatrie ein komplexes, multifaktorielles Geschehen ist, welches noch nicht gänzlich verstanden wird und weiterer Forschung bedarf. Unumstritten ist, dass genetische Faktoren eine entscheidende Rolle spielen, die durch weitere Einflüsse moduliert werden können.

Neben der Genetik bilden im *HKJC* biologische Faktoren in Anlehnung an sowjetische Theorien die Basis der Pathogenese psychischer Erkrankungen, auf der weitere wissenschaftliche Diskussionen unter Einbeziehung westlicher Psychiatriekonzepte stattfinden. Obwohl sich die neuzeitliche Psychiatrie in China nun deutlich an „westlichen“ Lehrmeinungen orientiert und eine größere Akzeptanz gesellschaftspsychologischer Modelle vorzufinden ist, existiert kein einheitliches richtungsweisendes Konzept; eigene chinesische Krankheitskonzepte bestehen nicht.

Bei der vergleichenden Analyse der Abschnitte zur Pathologie lassen sich vier entwicklungsmedizinische Unterschiede resümieren, die die Vorstellungen zur Krankheitsentstehung mentaler Störungen in China von 1976 bis heute lenken: 1. Ein unterschiedlicher Entwicklungsstand von Wissenschaft und Forschung von 30 Jahren, 2. Annäherung an gesellschaftspolitische Tabuthemen, 3. ein Umdenken von biologischen, verhaltensmedizinischen Theorien der Sowjetschule hin zu gesellschaftspsychologischen,

---

<sup>27</sup> Während der Versammlung von der „*Academy of Medical Sciences of the U.S.S.R.*“ und „*Board of the All-Union Neurologic and Psychiatric Association*“, der sog. „Joint Session“, die unter der Fahne Pawlowscher Theorien gehalten wurde, wurden führende Psychiater und Neurowissenschaftler (z.B. *Gurevich, Shmaryan, Golant, Gilyarovsky, Sukhareva*) beschuldigt, „anti-Pawlowianische, anti-Marxistische, idealistisch, reaktionäre“ Wissenschaft zu betreiben, die der sowjetischen Psychiatrie Schaden zufügt. Infolgedessen mussten die Angeklagten öffentlich ihre Fehler und falschen Glaubenskonzepte gestehen und einen Eid ablegen, zukünftig nur noch gemäß den Lehren *Pawlows* ihren Beruf auszuüben (*Popov & Lichko, 1991*). Es folgte eine Ära der Denunziation und Destruktion der sowjetischen Wissenschaft. Ähnlich wie während der Kulturrevolution in China wurden Wissenschaftler inhaftiert oder in Arbeitslager geschickt, Universitätsstudenten spionierten ihre Professoren aus.

westlichen Ansätzen und 4. ein enger Bezug der Pathogenese zur Klassifikation psychischer Erkrankungen als Charakteristikum der chinesischen Einteilungsform.

### 3.4 Klassifikation

Erste Versuche psychische Symptome in China zu klassifizieren, gingen auf das „Huangdi Neijing“ (2. Jh. v. Chr.-9. Jh. n. Chr.) zurück, in dem „Dian“ (癲), „Kuang“ (狂) und „Xian“ (癩)<sup>28</sup> unterschieden wurden (HKJC, 1981; Hao W., 2008). Es ist jedoch zu betonen, dass es sich nicht um ein einheitliches Psychiatriekonzept mit entsprechendem Klassifizierungssystem und diagnostischen Kriterien, wie es in der heutigen Psychiatrie zu finden ist, handelt. Vielmehr sind diese Kriterien als allgemeine Bezeichnungen mentaler Krankheitsphänomene in Anlehnung an entsprechende Schulen zu verstehen, sodass die Nosologie der chinesischen Volksheilkunde nicht Bestandteil dieses Kapitels sein soll.

Obwohl die ICD-10 und das DSM-IV international anerkannte Klassifikationen der Psychiatrie darstellen (WHO, 1992; APA, 1994), koexistieren regionale diagnostische Einteilungssysteme, wie dies am Beispiel der Chinesischen Klassifikation mentaler Erkrankungen (CCMD) zu beobachten ist.

#### 3.4.1 Die Chinesische Klassifikation mentaler Erkrankungen (CCMD)

Als Beginn eines sog. „Neuanfanges“ der Fachrichtung Psychiatrie in China nach Ende der gesellschaftspolitischen Unruhen und des wissenschaftlichen Stillstands wurde ab 1978 die Ausarbeitung einer chinesischen Klassifikation für psychische Erkrankungen mit national einheitlichen, diagnostischen Kriterien als vordringliche wissenschaftliche Aufgabe in der Psychiatrie angesehen. Sie hatte das Ziel, die bis dato in China anzutreffende Heterogenität diagnostischer Kriterien und Klassifikationen zu vereinheitlichen und spezifische Eigenheiten psychischer Erkrankungen in China zu berücksichtigen (Riedel, 2001, 55). Als Vorbild dienten internationale Klassifizierungssysteme wie das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und die ICD (International Classification of Diseases), welche sukzessiv übersetzt und veröffentlicht wurden.

---

<sup>28</sup> Laut HKJC (1981) stellt „Dian“ (癲) im Vergleich zu „Kuang“ (狂) eine leisere Form von Irresein mit komplizierten Inhalten dar, „Kuang“ (狂) eine laute, aktive Form; beide Formen können sich gegenseitig hervorbringen. Auch „Dian“ (癲) und „Xian“ (癩) ließen sich laut HKJC (1981) in ihrer Bedeutung anfangs nicht deutlich voneinander trennen; generell wurde der Begriff „Dian“ (癲) sowohl mit Konvulsionen als auch mit psychischen Erkrankungen in Verbindung gesetzt, der Begriff „Xian“ (癩) hingegen allein mit den neurologischen Symptomen der Epilepsie (HKJC, 1981, 535).

Obwohl 1958 bereits auf der I. Nationalen Konferenz zur Prävention und Therapie von psychischen Erkrankungen in Nanjing ein Probeentwurf einer chinesischen Klassifikation für mentale Störungen verabschiedet wurde (HKJC, 1981, 262), begann die Zeitrechnung der CCMD erst 1978 mit der II. Nationalen Konferenz für Neurologie und Psychiatrie in Nanjing (Chinese Medical Association, 1979). Ständige Revisionen folgten in den Jahren 1981, 1984, 1989, 1995 und 2001 (Chinese Medical Association, 1982 & 1985; Chinese Medical Association & Nanjing Medical University, 1995; Lee, 1996; Chinese Society of Psychiatry, 2001). Die Häufigkeit der Überarbeitungen in relativ kurzen zeitlichen Abständen macht auf die Schwierigkeit aufmerksam, ein einheitliches chinesisches Konzept auszuarbeiten. Dafür lassen sich drei Gründe finden:

- 1.) Bei der Fachrichtung Psychiatrie handelt es sich um ein „westliches“ Konzept, das vor der Einführung Anfang des 20. Jh. in China nicht existierte.
- 2.) Für eine Annäherung an zwei unterschiedliche ausländische Klassifizierungssysteme wird eine gemeinsame Schnittmenge benötigt.
- 3.) Die ausgewählte Schnittmenge muss den chinesischen Anforderungen entsprechen.

Riedel (2001) sieht die Problematik darin begründet, dass internationale Krankheitseinteilungen inhaltlich und strukturell von grundlegenden klassifikatorischen Vorstellungen, wie sie sich nach 1949 in China herausgebildet hatten, abwichen. Inhaltlich wurden „modernere“ Störungen wie „akute Stressreaktion“ (308), „Anpassungsreaktion“ (309) und „nicht anderweitig klassifizierte Verhaltensstörungen“ (312) der ICD-9 nicht in der CCMD übernommen; die Abschaffung der diagnostischen Kategorien Neurose, Neurasthenie und Schizophrenia simplex sowie die Neueinteilung neurotischer Störungen, wie sie in dem DSM-III vorgeschlagen wurden, sei für die Mehrheit chinesischer Psychiater undenkbar gewesen (Tao & Yan, 1983, zitiert von Riedel, 2001, 56-57).

Während anfangs Tendenzen hin zu der eher als konservativ geltenden ICD-9 bestanden, wurde diese durch das DSM-III als Bezugsrahmen für die Entwicklung einer chinesischen Klassifikation im weiteren Verlauf durch zunehmende Kontakte mit amerikanischen Wissenschaftlern und DSM-III-geprägter Forschungsliteratur abgelöst (Riedel, 2001, 58). Durch die Veröffentlichung des DSM-III (1980) wurde die Konsensfindung für die Erarbeitung einer chinesischen Klassifikation jedoch dadurch erschwert, dass auch strukturelle Einschnitte in die bisherige Klassifizierung stattfanden: Die multiaxiale Einteilung und die Loslösung von Ätiologie und Theorie der neuen Version wich von der bis dahin in China üblichen Vorstellung einer mehrdimensionalen Diagnostik ab, wie sie, ausgelöst durch die Veröffentlichung des

Werkes „Clinical Psychiatry“ von *Mayer-Gross, Slater* und *Roth* in den 1960er-Jahren, benutzt wurde (*Xia & Zhang*, 1988; *Riedel*, 2001, 55).

Um die kontroversen Diskussionen zwischen den „Traditionalisten“ und „Modernisten“ einzudämmen und die Ausarbeitung eines chinesischen Einteilungssystems voranzutreiben, wurde 1986 auf der III. Nationalen Konferenz der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie ein Arbeitsausschuss unter der Leitung von *Yang Desen* (杨德森)<sup>29</sup> gebildet (*Riedel*, 2001, 55-56).

Die Annäherung an westliche Klassifikationssysteme für die Psychiatrie in China stellt prinzipiell eine Gratwanderung zwischen der Bewahrung „chinesischer Werte und Traditionen“ einerseits und der Öffnung gegenüber „westlicher Modernisierung“ andererseits dar. Anders als *Riedel* (2001, 58) in seiner wissenschaftlichen Arbeit behauptete, bestanden weniger Kontroversen darüber, ob die „aus langjähriger klinischer Erfahrung entstandene klassifikatorische Tradition in China oder die Anpassung an moderne, internationale Klassifikationen“ höher zu bewerten sei, vielmehr wurde die Psychiatrie Schauplatz der allgemeinen politischen Frage in den 1980er-Jahren: Öffnung ja, aber inwieweit und wie schnell? Es ist deutlich zu betonen, dass die Psychiatrie in China zumindest bis Ende der 1970er-Jahre keine eigene Tradition<sup>30</sup> besaß, sondern eine junge „westliche“ Disziplin verkörperte, die mehr dem gesellschaftspolitischen Wandel und wechselnden politischen Einflüssen unterworfen war, als dass eine kontinuierliche Linie zu erkennen gewesen wäre.

Die Zurückhaltung gegenüber der Adaptation ausländischer Konzepte führte *Lee* (2001) auf die Biographien der für die chinesische Klassifikation verantwortlichen chinesischen Psychiater zurück, die, wie *Yang Desen*, ihre Schulung durch das russische System erhielten und einige traumatisierende Perioden der chinesischen Geschichte durchlebt hatten (*Munro*, 2000).

Nachdem China an einer Feldstudie der *WHO* zur Erprobung der vorläufigen ICD-10 teilgenommen hatte, folgte in Anlehnung dazu 1989 die CCMD-2 (*Yang*, 1989). Als Ausdruck eines politisch freizügigeren Klimas fanden politisch und kulturell bisher tabuisierte Störungen wie die durch Alkohol- und sonstigen Drogenmissbrauch sowie psychische (psychosexuelle)

---

<sup>29</sup> *Yang Desen* (auch bekannt unter *Young Derson*) war bis 2002 Leiter der psychiatrischen Abteilung des „*Hunan Medical College*“. Nach *Maos* Tod war er einer von Chinas führenden Psychiatern, der den Grundstein für die heutige Entwicklung der Psychiatrie in China mit Ausrichtung an internationalen Vorgaben und ethischen Standards legte (*Munro*, 2002).

<sup>30</sup> Inwieweit das Konzept von Tradition (lat. tradere – weitergeben, bewahren) mit der Bedeutung „an dem Vorherigen festhalten“ für die Anfangsjahre der Psychiatrie in China zutreffend ist, gilt es unter Berücksichtigung des medizinhistorischen Hintergrunds zu fragen. Seit der Einführung durch den Westen hat die neue Fachrichtung in China, abhängig vom jeweiligen politischen Einfluss, viele Phasen des Wandels durchlaufen, die keinem einheitlichen Konzept folgten.

Faktoren hervorgerufenen physiologischen Funktionsstörungen in der CCMD-2 (1989) Erwähnung (*Riedel, 2001, 56*).

Wie an der CCMD-3 (2001) ersichtlich wird, bewegt sie sich, die zwei internationalen Klassifikationen (aktuell ICD-10 und DSM-IV) als Vorbild nehmend, nach wie vor zwischen beiden Systemen. Der Vorschlag einer zweidimensionalen Diagnose von *Yang* (1980), bei der die erste Dimension die Ätiologie und die zweite Dimension die Symptomatologie definiert, hat sich bis heute in der CCMD-3 gehalten (*Lee, 2001*). Die Grundlage hierfür bildet – wie im Abschnitt zur Pathogenese bereits beschrieben wurde – die Annahme, dass interne und externe Ursachen psychische Veränderungen in Form einer biologischen Reaktion hervorrufen (*HKJC, 1981*), die die Symptomatik, den Verlauf und die Prognose mentaler Erkrankungen wesentlich bestimmen (*Lee, 2001*).

Die Bedeutung des engen Zusammenhangs zwischen der Pathogenese und der chinesischen Klassifikation wird auch strukturell durch das Zusammenfassen beider Themen zu einem Kapitel, wie es im *HKJC* (1981) der Fall ist, deutlich.

Hingegen nimmt *Hao W.* (2008, 11) aufgrund einer kritischen Einstellung gegenüber der zweidimensionalen Einteilung eine Trennung vor, da in nur ca. zehn Prozent der Fälle mentaler Störungen die Krankheitsursache bekannt sei und deshalb eine Klassifizierung entsprechend der Pathogenese fragwürdig erscheine; außerdem stelle eine symptomorientierte Diagnose nur eine Momentaufnahme dar und die gleiche Symptomatik könne bei verschiedenen Krankheiten auftreten.

Die CCMD-3 wird im klinischen Alltag der Psychiatrie heutzutage in ganz China verwendet. Viele chinesische Psychiater seien der Meinung, dass die CCMD-3 folgende Vorteile aufweise (*Lee, 2001*):

„ [...] Simplicity, continuity, the inclusion of culture-distinctive categories, and the exclusion of irrelevant Western diagnostic categories.“

Die CCMD-3 versucht, sich nach den Vorgaben der ICD-10 zu orientieren, zugleich aber auch, die Nosologie mit Charakteristika aus der chinesischen Kultur beizubehalten. Dabei zitiert sie direkt aus dem Glossar der ICD-10, nur vereinzelt wurden Veränderungen oder Ergänzungen vorgenommen (*Chen, 2002*).

Im *HKJC* (1981, 271) wird bezüglich der chinesischen Klassifikation folgende Stellung bezogen:

„Von der Klinik aus betrachtet, wirkt unsere Einteilung überaus einfach und kann als nicht völlig gut empfunden werden, so dass sie weiter überarbeitet werden muss [...] [Die Klassifikation] muss der Lage unserer Nation entsprechen, d.h. das in unserem Land häufig Gesehene und unseren traditionellen Gewohnheiten Entsprechende betonen [...] [und gleichzeitig] den internationalen Trend widerspiegeln.“

Das *HKJC* (1981) bezieht sich beinahe ausschließlich auf die Entstehungsgeschichte und Inhalte der chinesischen Klassifikation. Es werden die ersten Anfänge von 1958 und die CCMD-1 (1979) vorgestellt; im Anhang erscheint zusätzlich der Bezugsrahmen der CCMD-1 in Form der ICD-9 (1977) in chinesischer und z.T. englischer Übersetzung (*HKJC*, 1981, 262-263 & 271-274). Betont wird die Unzulänglichkeit des alleinigen Gebrauches internationaler Klassifikationen, die Kontroversen provozierten; die Berücksichtigung internationaler Krankheitseinteilungen und Definitionen psychischer Störungen erfolge auf chinesischer Seite allein zur Förderung eines besseren wissenschaftlichen Austausches (*HKJC*, 1981, 270-271).

Die zunehmende Bedeutung des internationalen wissenschaftlichen Austausches für die Psychiatrie in China scheint bei *Hao W.* (2008) Vorrang vor der Berücksichtigung chinesischer kultureller Besonderheiten zu haben, wie nachfolgendes Zitat belegt:

„Ziel einer Klassifikation psychischer Störungen ist es, die vielen unterschiedlichen Erkrankungen gemäß ihren Besonderheiten und ihrer Herkunft in Beziehung zueinander zu setzen [...] Sie ist förderlich für den [fachlichen] Austausch, eine rationale Therapie und Prävention und kann eine klarere Aussage über die Prognose von Erkrankungen treffen“ (*Hao W.*, 2008, 11).

Obwohl in der Psychiatrie in China bis heute die chinesische Krankheitseinteilung eine wichtige Funktion einnimmt, sieht *Hao W.* den Gebrauch der ICD-10 als essentiell an, da sie die internationale Anschlussfindung der Psychiatrie in China fördere (*Hao W.*, 2008, 16). Aus diesem Grund findet sich bei *Hao W.* (2008, 16-21) auf insgesamt sechs Seiten die gesamte ICD-10 in chinesischer Übersetzung. Die 17 Kategorien des DSM-IV und die zehn der CCMD-3 werden auf den vorangehenden Seiten der Vollständigkeit halber beschrieben (*Hao W.*, 2008, 13-14).

Auf kulturspezifische Besonderheiten wird in beiden Lehrbüchern kein Bezug genommen, obwohl das *HKJC* diese als Legitimation des Fortbestehens der chinesischen Klassifikation

anführt (HKJC, 1981, 271). Im Rahmen eines kurzen Überblickes sollen daher nachfolgend die markantesten kulturspezifischen Besonderheiten vorgestellt werden.<sup>31</sup>

### 3.4.2 Kulturgebundene mentale Störungen (CCMD-3: 42)

Kulturgebundene Syndrome repräsentieren in China ein gängiges Argument gegen die Verwendung internationaler Klassifikationen, da das DSM-IV und die ICD-10 keine Sonderrubrik dieser Krankheitsphänomene offerieren. Stattdessen schließt die CCMD-3 eine Vielzahl kulturgebundener mentaler Störungen ein (Lee, 2001) – etwa „Mentale Störungen verursacht durch Qigong“ (42.1), „Mentale Störungen verursacht durch Magie“ (42.2), „Koro“ (42.3) und „Weitere unspezifische kulturgebundene mentale Störungen“ (42.9) (*Chinese Society of Psychiatry*, 2011).

Kulturgebundene Syndrome werden nach Chen (2002) wie folgt charakterisiert: 1. Sie werden von einer bestimmten Kultur oder Subkultur verstanden und akzeptiert. 2. Pathologische Ursachen repräsentieren und symbolisieren wesentliche Implikationen und Verhaltensmuster einer bestimmten Kultur. 3. Die Diagnose ist abhängig vom Wissen und der Begriffsbildung einer Kultur. 4. Der Erfolg einer Therapie ist abhängig vom Teilnehmer eines bestimmten kulturellen Umkreises. Insbesondere bei mentalen Störungen, induziert durch Qigong oder Koro, sind diese Charakteristika von Belang, weshalb sie nachfolgend kurz vorgestellt werden sollen.

#### Qigong-induzierte mentale Störungen (42.1):

Fester Bestandteil der chinesischen Kultur sowie eine der fünf tragenden Säulen der sog. Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) ist Qigong (气功), eine Methode zur Erhaltung von Gesundheit und einem langen Leben, zur Krankheitsbehandlung und zur moralischen Selbstkultivierung (Lee, 2001), die aus meditativen körperlichen Bewegungen unterschiedlichen Stils, geistiger Konzentration, Entspannung und regulierter Atmung besteht. Die psychologische Suggestion basiert dabei auf dem Konzept von Qi (气).<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Bei der Vorstellung sei auf die Homepage der *Chinese Society of Psychiatry* (2011) verwiesen, die die CCMD-3 online stellt. Siehe auch den Artikel von Chen (2002), der die CCMD-3 als Versuch einer richtungweisenden Annäherung an die ICD versteht.

<sup>32</sup> Der Begriff „Qi“ wird heutzutage aufgrund seiner verschiedenen Bedeutungsebenen nicht mehr übersetzt. Zum Verständnis der multiplen Bedeutungen sei auf die Arbeit von *Manfred Kubny* (1995) hingewiesen.

Erst seit Anfang der 1980er-Jahre sei ein Wiederaufleben von Qigong in China zu beobachten (Zhu & Benjamin, 1994, zitiert von Munro, 2002); heute werde es von mindestens fünf Prozent der chinesischen Bevölkerung praktiziert (Lee, 2001).

Doch obwohl Qigong ein kollektives Gesundheitsbewusstsein reflektieren mag, wird es von chinesischer Seite als nicht vollkommen harmlos erachtet. In der chinesischen Fachliteratur<sup>33</sup> und der CCMD-3 (2001) heißt es, dass Qigong, an den chinesischen Kulturkreis gebunden, psychopathologische Symptome induzieren könne. Es wird befürchtet, dass der exzessiv Praktizierende im Zustand der Qigong-Übungen verharret und daraus Gedanken- und Verhaltensstörungen, affektive Störungen sowie ein Verlust der Selbstkontrolle resultieren. Als Indikator gilt weiterhin, dass die Symptome direkt durch Qigong verursacht und eng mit dem Inhalt von Qigong-Literatur verbunden sein müssen. Der Patient zeige wiederholt und kontinuierlich psychopathologische Symptome mit Kontrollverlust, die sein Funktionieren in der Gesellschaft stark beeinträchtigten.

Laut CCMD-3 muss mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt sein: psychotische Symptome (v.a. akustische Halluzinationen), Delusionen, histerieähnliche und/oder neuroseähnliche Symptome; diagnostische Ausschlusskriterien sind: 1. Das beabsichtigte Vortäuschen ähnlicher Symptomatik, 2. selbstinduzierte oder selbstterminierende Symptomatik, 3. andere Störungen (z.B. traumabedingte Hysterie oder traumatische Belastungsstörung). Die Symptome seien transient, d.h. der Patient erhole sich spontan nach Beendigung der Übungen und Einleitung einer gezielten Behandlung.

In der westlichen Literatur werden Qigong-induzierte mentale Störungen kontrovers diskutiert. Insbesondere Munro (2000 & 2002) sah dahinter den politischen Missbrauch der Psychiatrie

---

<sup>33</sup> Das Phänomen Qi-bezogener Störungen hat das Forschungsinteresse einer Vielzahl chinesischer Psychiater geweckt (Shan, et al., 1987), da es sich aufgrund der abweichenden Symptomatik gegenüber Hysterie oder Schizophrenie um eine eigene Krankheitsentität handele. In der Studie von Shan, et al. (2000) wiesen 58 Prozent der untersuchten Patienten Symptome wie Halluzinationen, Wahngedanken und Verhaltensstörungen auf. Die Wahnhalte standen größtenteils mit abergläubischen Inhalten des „Falun-Gong“-Konzeptes in engem Zusammenhang. Es heißt, dass sich die akustischen Halluzinationen stark von denen bei Schizophrenie-Patienten unterschieden. Ähnliche Probleme in meditativen Praktiken anderer Kulturen (z.B. Yoga) werden deutlich weniger häufig beschrieben (Prince, 1988). Shan, et al. (2000) verstehen „Falun-Gong“ als psychologischen Krankheitsfaktor, dessen Praktizieren aufgrund mangelnder Tradition chinesischer Medizintheorien nicht nur ungerechtfertigt sei, sondern durch seine Angewohnheit, „geheimnisvolle Effekte zu akzentuieren und eigenartige psychologische Effekte anzustreben“, in China heute als Irrlehre bezeichnet werde. Insbesondere das Praktizieren von „Falun-Gong“ ohne Anleitung wird von der CCMD-3 als gesundheitliche Gefährdung betrachtet (Chinese Society of Psychiatry, 2011).



seitens der chinesischen Regierung zur Ruhigstellung politischer Dissidenten.<sup>34</sup> Lee (2001) hingegen war der Ansicht, dass Qigong-induzierte mentale Störungen bereits vor den Anschuldigungen gegen die Psychiatrie in China<sup>35</sup> bekannt gewesen seien. Inwieweit bezüglich der Aussagen genannter chinesischer Autoren politische Abwehrmaßnahmen hineinspielen, muss selbstverständlich kritisch berücksichtigt werden.

Koro (Kongsuo zheng, 恐缩症, 42.3):

Der Begriff „Koro“ stammt ursprünglich aus dem Malaiisch-Indonesischen und wurde erstmals 1895 durch *Dr. J.C. Blonk*, damaliger Gesundheitsoffizier im heutigen Indonesien, für die westliche Medizineliteratur zugänglich.<sup>36</sup> „Koro“ beschreibt eine psychische Erkrankung, die heutzutage in Südchina anzutreffen ist (*Jilek & Jilek-Aall*, 1985; *Chowdhury*, 1998).

Die erste „Koro-Epidemie“ wurde 1967 in Singapur dokumentiert, bei der über 500 Menschen (davon ca. 95 Prozent männliche Chinesen) für über zwei Wochen betroffen waren (*Jilek & Jilek-Aall*, 1985). Weitere Koro- (bzw. Koro-ähnliche) Epidemien folgten: Thailand (1982), Ostindien (1982), Südchina (Provinz Guangdong, 1985-1987), Afrika (Nigeria, 1988) (*Chowdhury*, 1998).

In chinesischen Aufzeichnungen wie dem „Neijing“ (2. Jh. v. Chr.-9. Jh. n.Chr.) finden sich unter Verwendung der Bezeichnung „Suoyang zheng“ (缩阳症) entsprechende Referenzen (*Gwee*, 1968). Analysiert man den chinesischen Begriff, so steht „Yang“ (阳) zum einen für das männliche Prinzip (im Gegensatz zum weiblichen Yin), zum anderen kann es im übertragenden Sinne als männliches Genital gelten. „Suo“ (缩) bedeutet „Schrumpfen“ oder „Zurückziehen“, sodass die Übersetzung dieser Erkrankung folgenden Sinn ergibt: das Zurückziehen des männlichen Lebensprinzips, was sich in der Metapher des sich in den Körper zurückziehenden bzw. schrumpfenden Penis manifestiert und schließlich den Tod bedeutet (*Pfeiffer*, 1994). *Bao* (鮑) beschrieb in „New Collection of remedies of value“ (1834), Kapitel 14, die Entität mit folgenden Charakteristika:

---

<sup>34</sup> Hintergrund bildet die vom politischen Offizier *Li Hongzhi* in den 1980er-Jahren initiierte Qigong Bewegung „Falun-Gong“ (法轮功). Als Protest politischer Beschränkungsmaßnahmen seitens des staatlichen Sportbüros erfolgte im April 1999 in Beijing eine friedliche Massendemonstration der „Falun-Gong“-Anhänger, die, nach der auf dem Tian'anmen Platz von Mai 1989, als eine der größten gelten kann; Masseninhaftierungen und Zwangseinweisungen in die Forensische Psychiatrie folgten (*Munro*, 2002).

<sup>35</sup> Die Anschuldigungen beziehen sich auf den politischen Missbrauch der Psychiatrie in den 1970er-Jahren.

<sup>36</sup> Nach *Jilek & Jilek-Aall* (1985) sind erste Beschreibungen dieser Erkrankung bereits in Aufzeichnungen vor 1895 in der Provinz Guangdong in China sowie im „Dictionary of Buginese Language“ von *B.F. Matthes*, einem indonesischen Arzt in Süd-Sulawesi, 1874 zu finden.

„It followed intercourse, and might have precipitating factor of exposure or ingestion of cold or raw food, it manifested in the male with abdominal pain, retraction of scrotum or penis, and when severe, with spasm and cyanosis of limbs with trismus (牙紧) and death (气绝); and in the female with retraction of nipples, abdominal pain with the same dire results. This was in fact regarded as a serious emergency requiring immediate treatment” (übersetzt und zitiert von *Gwee*, 1968, 3).

Die CCMD-3 definiert „Kongsuo zheng“ (恐缩症 – Schrumpfangst-Syndrom) als eine mentale Erkrankung, bei der psychosoziale Faktoren krankheitsauslösenden Einfluss haben und die Angst besteht, dass das Geschlechtsteil, die Brust oder andere Körperteile in den Körper hinein schrumpfen und dies den Tod zur Folge hat. Klinisch manifestiert sich Koro durch eine plötzliche überwältigende Angst bezüglich der Sexualfunktion und ihrer Organe, was meist durch Palpitation, starkes Schwitzen, Übelkeit und Todesangst gekennzeichnet ist (*Pfeiffer*, 1994). Der Erkrankungsbeginn wird als akut beschrieben, der Verlauf als transient, häufig werden präventive Maßnahmen ergriffen (wie Traktion des Frenulums) (*CCMD-3*, 2001).

Während internationale Studien demonstrierten, dass Koro bis in die 1960er-Jahre als kulturgebundenen Syndrom verstanden wurde,<sup>37</sup> geht man heute im Westen eher von einer „monosymptomatischen hypochondrischen Psychose“ (*Fernando*, 1988), „Körperstörung“ (*Goetz & Price*, 1994) oder „Penis-Dysmorphophobie“ (*Chowdhury*, 1993) aus. Weder das Modell der ödipalen Kastrationsangst noch das der kulturspezifischen Pathogenität, welche häufig in der Psychiatrie und ethnologischen Literatur verwendet werden, können dieses Phänomen erklären (*Jilek & Jilek-Aall*, 1985), sodass gegenwärtig eine Tendenz in Richtung Störung der sozialen Kognition, des Körperschemas und sexueller Somatisierungen beobachtbar ist (*Chowdhury*, 1998).

Wie die Beispiele demonstrieren konnten, befinden sich die Konzepte zu kulturgebundenen psychischen Störungen im Wandel. Insgesamt muss die Legitimation kulturgebundener mentaler Störungen der chinesischen Klassifikation gemäß dem heutigen Kenntnisstand in Wissenschaft

---

<sup>37</sup> Siehe hierzu *Gwee, et al.* (1969). Beispielsweise schlussfolgerte das „Koro Study Team“, dass es sich bei Koro um ein Paniksyndrom, verbunden mit kultureller Indoktrination, handele, und kulturelle Überzeugungen im Krankheitskonzept Koro als pathogenetischer Faktor von entscheidender Relevanz seien (*Gwee, et al.*, 1969, 240 & 266).

und Forschung kritisch hinterfragt werden, da nicht-medizinische Konzepte wie beispielsweise „durch Magie verursachte mentale Störungen“ wissenschaftlich nicht zu rechtfertigen sind. Ähnlich ambivalent können die „Qigong-induzierten mentalen Störungen“ aufgefasst werden, da hier die Frage gestellt werden muss, ob es sich um traditionelle kulturspezifische Krankheitsvorstellungen handelt oder dem Ausdruck von politischer Einflussnahme auf die chinesische Krankheitsklassifikation.

### **3.4.3 Neurasthenie (Shenjing shuairuo, 神经衰弱) (CCMD-3: 43)**

Die Neurasthenie wurde bereits im vorherigen Kapitel zum Thema „Begrifflichkeiten“ ausführlich erläutert, sodass die Hintergründe vorausgesetzt werden und an dieser Stelle lediglich gesondert auf die Klassifikation eingegangen werden soll.

In der chinesischen Klassifikation stellt sie unter der Kategorie „Neurosen“ (43) – anders als in den internationalen bzw. amerikanischen Konzepten – einen festen Bestandteil dar und nimmt in der Versorgung psychisch Kranker in China eine zentrale Stellung ein.

Die Hauptmerkmale sind demzufolge Funktionsstörungen von Gehirn und Körper, welche sich v.a. durch die Abnahme der mentalen und körperlichen Kapazität auszeichnen. Des Weiteren müssen gemäß der CCMD-3 (2001) mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllt sein: 1. affektive Symptome (wie übermäßige Besorgtheit, Nervosität, Irritabilität usw.), die mit realistischen Alltagskonflikten zusammenhängen, Symptome von Angst und Depression sind möglich, stehen aber nicht im Vordergrund, 2. Exzitationssyndrom (d.h. leichte psychische Erregbarkeit mit Kontrollverlust), 3. muskulärer Verspannungsschmerz oder Schwindel, 4. Schlafstörungen, 5. weitere psychophysiologische Störungen wie Schwindel, Tinnitus, Palpitation, Angina pectoris, Dyspepsie, Impotenz, Menstruationsstörungen etc. In schweren Fällen der Neurasthenie können die Symptome stark alltagseinschränkend sein, sodass vom Patienten meist aktiv eine Therapie gefordert wird. Die Symptome müssen für mindestens drei Monate bestehen. Ausschlusskriterien sind andere Unterformen der Neurose, Schizophrenie oder Depression; des Weiteren müssen hirnrorganische und körperliche Erkrankungen ausgeschlossen werden (CCMD-3, 2001).

Konkrete Diagnosekriterien für die Neurasthenie fehlen im *HKJC*, was die damalige Unübersichtlichkeit der Psychiatrie einschließlich ihres Klassifikationssystems für psychische Erkrankungen widerspiegelt.

Die im Kapitel zur Neurasthenie bereits beschriebenen Diagnosekriterien bei *Hao W.* (2008, 130) decken sich größtenteils mit denen der CCMD-3. In diesem Fall stellt die CCMD-3 den Bezugsrahmen bei *Hao W.* (2008) dar.

#### **3.4.4 Psychosexuelle Störungen (sexuelle Perversionen) (CCMD-3: 62)**

Seit der CCMD-2 (1989) wird erstmals mit gesellschaftlichen Tabuthemen (wie psychosexuelle Störungen) gebrochen und eine Annäherung an internationale Konzepte (ICD-10 & DSM-IV) versucht (*Riedel, 2001*). In der CCMD-3 (2001) fallen sie unter die diagnostische Kategorie „Persönlichkeitsstörungen, Verhaltens- und Impulskontrollstörungen, Sexualpsychologie“ (*Chinese Society of Psychiatry, 2011*).

Psychosexuelle Störungen (62) werden unterteilt in Störungen der Geschlechtsidentität, der sexuellen Präferenz und der sexuellen Orientierung. Zu den Störungen der Geschlechtsidentität wird u.a. die Transsexualität gezählt. Bei den sexuellen Präferenzen werden Perversionen, das „Syndrom des sich anders Kleidens“ (Yizhuang zheng, 异装症), Exhibitionismus (Luyin zheng, 露阴症), Voyeurismus (Kuiyin zheng, 窥阴症), Frotteurismus (Moca zheng, 摩擦症), Masochismus (Xingshilüe xing shoulüezheng, 性施虐性受虐症) und gemischte sexuelle Präferenzen unterschieden. Unter Perversionen versteht die CCMD-3 den Gebrauch von Gegenständen zur sexuellen Befriedigung. Gegenüber der ICD bzw. dem DSM fehlen die Unterkategorien Pädophilie und Zoophilie.

Obwohl im Beschluss der „Chinesischen Psychiatriegesellschaft“ von *Munro* (2002) Tendenzen beobachtet wurden, die Homosexualität aus der CCMD zu streichen, bleibt sie zusammen mit der Bisexualität bis auf Weiteres der Kategorie „sexuelle Orientierung“ als Bestandteil der dritten Version der Chinesischen Klassifikation mentaler Erkrankungen zugeordnet.

Die Studie kulturspezifischer Kategorien wie Neurasthenie, Qigong-induzierte psychische Störungen, psychosexuelle Störungen etc. beleuchtet soziomoralische Prozesse der sich verändernden Volksrepublik (*Lee, 2001*) und verdeutlicht, dass Krankheitsvorstellungen und deren Einteilung jeweils vom gesellschaftlichen Entwicklungsstand und politischen Öffnungsgrad abhängig sind.

In der aktuellen Chinesischen Klassifikation mentaler Störungen sind zwar kulturgebundene Besonderheiten und die Homosexualität noch zu finden, jedoch wirft der Transformationsprozess der letzten 30 Jahre die Frage auf, inwieweit die Entwicklung und Veränderung der chinesischen

Gesellschaft und Politik im Rahmen der Modernisierung und Globalisierung in Zukunft eine vollständige Adaptation an internationale Krankheitskonzepte und deren Einteilung bewirken werden. Erste Ansätze von Tendenzen, die das Aufgeben der CCMD und stattdessen das Annehmen internationaler Klassifikationen in Aussicht stellen, konnten im Lehrbuchvergleich demonstriert werden.

### 3.5 Symptomatologie

Wie im vorherigen Kapitel zur Klassifikation bereits erwähnt wurde, stützt sich die chinesische Klassifikation mentaler Störungen neben der Pathogenese auf die Symptomatologie. Aus diesem Grund soll diese zum besseren Verständnis chinesischer Besonderheiten in der Psychiatrie nachfolgend thematisiert werden und diesbezügliche Entwicklungsströmungen im Lehrbuchvergleich aufgezeigt werden.

Das Kapitel Symptomatologie des *HKJC* (1981) veranschaulicht die Mehrdimensionalität des Schul-/bzw. Lehrbuches, da es die drei von *Stein, et al.* (1981) beschriebenen Funktionen umfasst. Traditionelle chinesische Konzepte der Volksheilkunde, sozialistische und philosophische Weltanschauungen sowie sowjetische und westliche Wissenschaftstheorien sind Bestandteil dieses Kapitels.

Eingangs findet beispielsweise eine Erörterung zur „Natur psychischer Aktivität und ihrer Symptome“ statt, anhand derer ein kurzer Abriss zur Entstehung der menschlichen Existenz unternommen wird: Gemäß der Sowjetschule wird das menschliche Gehirn mit seinen höheren Funktionen mit dem ZNS von Tieren verglichen sowie auf die Komplexität und Besonderheiten psychischer Aktivitäten beim Menschen aufmerksam gemacht (*HKJC*, 1981, 275).

Wie deutlich der politische Einfluss durch die Sowjetunion bzw. kommunistische Glaubenskonzepte in der Psychiatrie nach 1976 noch in China spürbar war, lässt sich u.a. auch an den Zitaten von *Engel*<sup>38</sup>, *Lenin*<sup>39</sup>, *Marx*<sup>40</sup> sowie Konzepten von *Pawlow* aufzeigen (*HKJC*, 1981, 275-327).

Einen philosophischen Charakter weisen auch die Kommentare zu den Persönlichkeitsstörungen auf, denen die Prämisse „Die Natur des Menschen ist grundsätzlich gut“ (*Ren zhi chu, xing ben*

---

<sup>38</sup> Verwiesen wird auf *Engels* „Dialektik der Natur“, die 1971 vom Volksverlag (Renmin chubanshe, 人民出版社) in der chinesischen Ausgabe „自然辩证法“ (*Ziran bianzhengfa*) veröffentlicht wurde (S. 53 und S. 226).

<sup>39</sup> Verwiesen wird auf *Lenins* gesammelte Schriften in chinesischer Übersetzung (*Liening xuanji*, 列宁选集), 2. Band, S. 42, 1972 und 38. Band, S. 144, 1972

<sup>40</sup> Zitiert wird hier von *Yang D.S.* aus der chinesischen Übersetzung von „Marx und Lenins gesammelte Werke“ (*Makesi engesi quanji*, 马克思恩格斯全集), 3. Band, S. 34, herausgegeben vom Volksverlag (Renmin chubanshe, 人民出版社), 1960.

shan, 人之初, 性本善) von *Mengzi* (孟子) zugrunde gelegt wird; Annahmen zur schlechten Wesensnatur des Menschen von *Xunzi* (荀子) und *Gaozi* (告子) folgen (*HKJC*, 1981, 335-343). Traditionelle chinesische Vorstellungen zum menschlichen Charakter<sup>41</sup> werden im *HKJC* (1981, 337) der „Vier-Säfte-Lehre“ der hippokratischen Schule gegenübergestellt. Neben *Pawlow*schen Theorien zur Persönlichkeit werden als „westliches“ Pendant u.a. *Gall*, *Kretschmer* (1924), *Berman* (1928), *Sheldon* (1940), *Eppinger & Hess* (1909), *Freud & Jung* vorgestellt (*HKJC*, 1981, 337-339).

Interessanterweise stammt das Kapitel zur Symptomatologie von *Yang Desen* (杨德森), welcher 1986 auf der III. Nationalen Konferenz der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie die Leitung zur Ausarbeitung der chinesischen Klassifikation übernahm (*Riedel*, 2001, 55-56). Dieser Vorgang verdeutlicht den zuvor besprochenen engen Zusammenhang der Chinesischen Klassifikation mentaler Erkrankungen mit der Symptomatologie. Außerdem wird durch diesen Sachverhalt die Aussage von *Lee* (2001) unterstrichen, dass die Psychiatrie in China nach dem Ende der Kulturrevolution maßgeblich von den am „Neuanfang“ beteiligten chinesischen Psychiatern durch das russische System beeinflusst wurde. Inwieweit das Festhalten an kommunistischen Ideologien unter Verwendung des Sinnbildes *Pawlow*scher Theorien lediglich als Ausdruck politischer Konformität führender chinesischer Psychiater zu verstehen ist, die sich wie *Yang Desen* während der Kulturrevolution politischen Denunziationen (*Munro*, 2000) stellen mussten, gilt es zu hinterfragen. Das *HKJC* übt in diesem Fall in Anlehnung an die verschiedenen Schulbuchfunktionen die Rolle des „Politicians“ aus.

Als „Informatorium“ fungierend werden nachfolgend einzelne Symptome vorgestellt, die bis auf Aufmerksamkeitsstörungen äquivalent bei *Hao W.* (2008) zu finden sind. Die Wissensvermittlung steht hier im Vordergrund. Zusätzlich werden die eingangs unter Aspekten verschiedener Weltanschauungen bereits erläuterten Persönlichkeitsstörungen vorgestellt; Symptomgruppen bzw. somatische Syndrome mit psychischer Beteiligung werden ebenfalls erörtert.

Zu den Symptomgruppen gehören z.B. das Androgenitale Syndrom, Parkinsonismus, das Korsakoff-Syndrom, das Horner-Syndrom, Chorea etc., d.h. eine Vielzahl somatischer Syndrome,

---

<sup>41</sup> Laut *HKJC* (1981) werden im „Huangdi Neijing“ gemäß der „Yin- und Yang“-Schule fünf Charaktere unterschieden: Taiyang-Typ (太阳), Taiyin-Typ (太阴), Shaoyang-Typ (少阳), Shaoyin-Typ (少阴), ausgeglichener Yin-Yang-Typ (阴阳和平).

die ähnlich wie die kulturgebundenen Symptomgruppen Amok<sup>42</sup>, Koro, Kuru<sup>43</sup> und Latah<sup>44</sup> mit psychischer Beteiligung einhergehen können (*HKJC*, 1981, 344-347). Die Aufführung von Symptomgruppen ist z.T. durch die unvollständige Trennung der Neurologie und Psychiatrie in den 1970er-/1980er-Jahren in China zu erklären, andererseits werden auch Syndrome aus der Inneren Medizin bzw. Endokrinologie genannt, sodass dies eher dem Anspruch auf Vollständigkeit zuzuschreiben ist. Deutlich wird im *HKJC* (1981) die kulturelle Akzentuierung.

Äquivalent zum vorherigen Kapitel der Pathogenese bilden im *HKJC* auch hier biologische und genetische Theorien die Grundlage der Krankheitskonzepte mentaler Erkrankungen. Trotzdem üben dem *HKJC* (1981, 278-280) zufolge soziopsychologische Faktoren wie der gesellschaftliche Entwicklungsstand, politische, religiöse, kulturelle und nicht-medizinische Glaubenskonzepte einen starken Einfluss auf die Manifestation der Symptome und deren Inhalte aus. Daraus resultiert die Schwierigkeit einer einheitlichen Symptomatologie:

„Ein und dasselbe Symptom kann von unterschiedlichen Gelehrten unterschiedlicher Länder und unterschiedlicher Generationen mit einem anderen Begriff besetzt und verstanden werden, [...] was Auswirkungen auf die Klassifikation hat“ (*HKJC*, 1981, 280).

Diese Problematik ausblendend orientiert sich *Hao W.* (2008) an den Vorgaben und Definitionen internationaler Psychiatriekonzepte, er hat in diesem Fall ausschließlich die Funktion des „Informatoriums“ inne. Es werden die häufigsten psychischen Symptome mit Fallbeispielen vorgestellt, wobei es sich um Wahrnehmungsstörungen (z.B. Illusionen, Halluzinationen, psychosensorische Missempfindungen), Empfindungsstörungen, Gedankenstörungen (unterschieden werden formale Denkstörungen von denen des Denkinhaltes), Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen der Merkfähigkeit, Intelligenzstörungen, Beeinträchtigung der Orientierung, Affektionen (wie Veränderung des emotionalen Charakters und Kohärenz, emotionale Fluktuationen), Willens-, Bewegungs- und Verhaltensstörungen

---

<sup>42</sup> Amok ist eine in Malaysia und bei afrikanischen Minderheiten vorzufindende, psychische Erkrankung, die mit einer depressiven Phase beginnt und von einem manischen Drang zu töten begleitet wird.

<sup>43</sup> Kuru ist eine bei einem Teil der Minderheiten von Neuguinea anzutreffende, psychische Erkrankung von meist Kindern oder jungen Frauen. Dabei handelt es sich um eine langsam progressive ZNS-Infektion durch Prionen, die nach Manifestation erster Symptome wie Paralyse, Ataxie, visuelle Störungen etc. innerhalb von wenigen Monaten fatal endet. Vermutet wird ein Zusammenhang mit Kannibalismus im Rahmen von rituellen Beerdigungen.

<sup>44</sup> Latah ist eine psychische Erkrankung, die häufig bei malaysischen Frauen vorzufinden ist. Nach psychischem Stress kommt es zu neurotischen Verhaltensstörungen – etwa zur Imitation von anderen mittels Gestik, Mimik und Sprache.

(psychomotorische Exzitation bzw. Inhibition), Bewusstseinsstörungen sowie Beeinträchtigung des Einsichtsvermögens handelt (*Hao W.*, 2008, 22-36).

Gemäß der CCMD-3 (2001) werden heute im Vergleich zur Chinesischen Einteilung mentaler Erkrankungen von 1958 auch Hyperaktivitätsstörungen in der Kindheit und Jugend klassifiziert, wodurch die besondere Abhandlung von Aufmerksamkeitsstörungen bei *Hao W.* (2008) erklärbar wird. Der enge Zusammenhang zwischen Klassifikation, Pathogenese und Symptomatologie wird auch an dieser Stelle erneut offensichtlich.

Der Lehrbuchvergleich zum Thema Symptomatologie konnte veranschaulichen, dass in China nach Ende der Kulturrevolution kein einheitliches Psychiatriekonzept existierte; vielmehr war die Psychiatrie aus verschiedenen Fragmenten gesellschaftspolitischer Einflussnahmen zusammengesetzt. In der aktuellen Psychiatrie orientiert man sich größtenteils an internationalen Standards, wodurch ein eher einheitliches Gefüge entsteht.

Vor dem Hintergrund der Etablierung einer eigenen chinesischen Krankheitsklassifikation mit entsprechenden Charakteristika stellt die Symptomatologie einen der Bezugspunkte einer zweidimensionalen Achse dar, die parallel dazu dem medizinhistorischen Wandel unterworfen ist.

### **3.6 Diagnostik**

Aufgrund der allgemeinen Problematik mangelhafter Diagnosestandards in der Psychiatrie ist die klinische Diagnostik abhängig von den Informationen, die aus Anamnese und psychopathologischem Befund gezogen werden können. Zusätzlich können körperliche und spezielle Untersuchungsmethoden angewandt werden, um die Diagnose zu bestätigen bzw. andere somatische oder neurologische Erkrankungen auszuschließen (*HKJC*, 1981; *Hao W.*, 2008). Welche Diagnosestandards und Untersuchungstechniken in der Psychiatrie in China heute und in den 1980er-Jahren angewandt wurden, soll Thema dieses Kapitels sein.

#### **3.6.1 Anamnese und psychopathologischer Befund**

Die Anamnese dient der Gewinnung von Informationen zur Patientengeschichte (*HKJC*, 1981), einem ganzheitlichen Verständnis des Patienten und seines sozialen Umfeldes, Aufklärung des Patienten über seine Krankheit sowie der Schaffung einer guten Arzt-Patientenbeziehung (*Hao W.*, 2008, 38-43).



Angehörige können dabei helfen, intrafamiliäre Beziehungsstrukturen und Hintergründe zur psychischen Erkrankung offenzulegen; aufgrund der zentralen Stellung der Familie in China, haben Angehörige außerdem entscheidenden Einfluss auf die Compliance und den Therapieerfolg (*Hao W.*, 2008, 37).

Beide Lehrbücher (*HKJC*, 1981; *Hao W.*, 2008, 38-39) leiten den Leser detailliert an, wie er in einzelnen Schritten bei der Anamnese vorzugehen habe. Um einen konkreteren Eindruck über die Vorgehensweise auf einer psychiatrischen Station in China zu erhalten, und festzustellen, dass sie theoretisch vergleichbar ist mit internationalen Standards, sollen die drei vom Autor *Hao W.* (2008, 38-39) vorgeschlagenen Schritte dargelegt werden:

„Anfang: Da der Patient mit einer Vielzahl von Ängsten, Zwängen und gesellschaftlichen Vorurteilen, ‚eine schändliche Erkrankung zu haben‘, beladen ist, wird geraten, zu Beginn des Interviews für Entspannung zu sorgen [...] In einer ungestörten Atmosphäre beginnt ein vertrauensvolles Gespräch unter vier Augen mit Vorstellung der eigenen Person, des sozialen Hintergrundes und der Erwartungen [...] Bei Besorgnis des Patienten, dass Informationen aus diesem Gespräch nach außen getragen werden, kann die Schweigepflicht versprochen werden. Verhaltensauffälligkeiten können schon hier Hinweise für die Diagnose liefern. Sollte der Zustand des Patienten eine Anamnese temporär nicht ermöglichen, kann mit der Erhebung des psychischen Status begonnen werden.“

„Vertiefung: In der Vertiefung sollen psychische Symptome mittels folgender Techniken herausgearbeitet werden: 1. Mit offenen Fragen beginnen; 2. Sich auf den Patienten und seine Bedürfnisse einstellen; 3. Nonverbale Kommunikation. Es geht während der Vertiefung darum, den Entwicklungsprozess des Verhaltens und der Äußerungen zu beobachten und die Bedürfnisse des Patienten zu entdecken.“

„Ende: Die normalerweise vorgesehene Zeit für ein Interview beträgt 20-45 Minuten. Am Ende erfolgt eine Zusammenfassung, und Raum für dringende Fragen des Patienten wird eingeräumt.“

Die Krankengeschichte beinhaltet allgemeine Informationen (Name, Geschlecht, Alter, Familienstand, Nationalität, Geburtsort, Beruf, Bildungsstand, Adresse, Aufnahmedatum,

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung etc.), die aktuelle Anamnese mit Erhebung von pathogenen Einflussfaktoren (biopsychosoziale Faktoren, Infektionen, Drogen, psychosomatische Störungen etc.), Akut- und Frühsymptome der Erkrankung, Krankheitsverlauf, Evaluation von Eigen- bzw. Fremdgefährdung, Einschränkung im Alltag und Vorgeschichte des Patienten (Vorerkrankungen, Medikation) sowie die Sozial- und Familienanamnese (*HKJC*, 1981, 349-352; *Hao W.*, 2008, 41-43).

Außerdem sei es zur Vermeidung von Fehlinterpretationen wichtig, den grundsätzlichen Wissens- und Bildungsstand, den sozialen Status und die Religion des Patienten zu berücksichtigen (*HKJC*, 1981, 352).

Vor diesem Hintergrund betont *Hao W.* (2008, 37) „die Kunstfertigkeit der Kommunikation als Basis jeder medizinischen Praxis“, da das Feststellen psychischer Symptome eines Patienten neben der Untersuchungstechnik zu einem nicht unwesentlichen Anteil von der Arzt-Patienten-Beziehung abhinge.

Der psychopathologische Befund sollte nach *HKJC* (1981, 354-358) und *Hao W.* (2008, 43-45) folgende Inhalte abdecken: die äußere Erscheinung und das Verhalten, Sprache und Gedanken, den emotionalen Status, Perzeption, die kognitive Funktion (Orientierungs-, Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeit, Bewusstsein, Intelligenz) und das Einsichtsvermögen. Die Erhebung des psychischen Status könne dadurch erschwert werden, dass eine Zusammenarbeit mit dem Patienten nicht möglich ist, eine Bewusstseinsstörung vorliegt und oder Eigen- oder Fremdgefährdung besteht (*HKJC*, 1981, 358-364; *Hao W.*, 2008, 44-45).

Prinzipiell bestehen bezüglich der Anamnese und des psychopathologischen Befundes im Lehrbuchvergleich keine signifikanten theoretischen Unterschiede. Bei *Hao W.* (2008) wird darüber hinaus die Notwendigkeit einer guten Interaktion mit dem Patienten und seiner Familienmitglieder unterstrichen.

### **3.6.2 Körperliche und spezielle Untersuchungen**

Die körperliche Untersuchung und der neurologische Status dienen dem Ausschluss anderer Erkrankungen mit psychischer Begleitsymptomatik. Dies kann durch laborchemische Untersuchungen unterstützt werden. Des Weiteren kann der Nachweis psychoaktiver Substanzen bzw. Drogen im Blut bzw. Urin Hinweise auf die Genese einiger psychischer Phänomene geben; die Liquoruntersuchung dient dem Ausschluss von ZNS-Infektionen (*HKJC*, 1981; *Hao W.*, 2008, 45).

Inwieweit laborchemische Untersuchungen als diagnostische Marker in der Psychiatrie eingesetzt werden können, erörtert *Hao W.* (2008) in Anlehnung an allgemeine Diskussionen zum DSM-V:

„Obwohl für den Großteil psychischer Störungen bis heute angenommen wird, dass es sich um Erkrankungen des Großhirns handelt, können wir keine entsprechenden neurobiologischen Marker determinieren [...] Gegenwärtig beziehen sich Klassifikationssysteme psychischer Erkrankungen im In- und Ausland auf klinische Symptome, aber vielleicht werden in Zukunft Laborparameter als diagnostischer Standard herangezogen, wodurch die Diagnose psychischer Erkrankungen sachlicher und objektivierbarer werden wird [...]“ (*Hao W.*, 2008, 45-46).

Die unklare Trennung der Fächer Neurologie und Psychiatrie bis Ende der 1970er- bzw. Anfang der 1980er-Jahre in China wird auch anhand der Auswahl bildgebender Verfahren deutlich.

Das *HKJC* (1981) schlägt neben allgemeinen Untersuchungen struktureller Veränderungen (kraniale CT oder MRT) und neurobiologischer Veränderungen (fMRI, SPECT oder PET) das kraniale Röntgenbild, die Luftenzephalo- und Ventrikulographie, die Zerebrangiographie, die Echo- und Rheoenzephalographie, das kraniale Radioisotopen-Scanning sowie die Elektroenzephalographie vor, d.h. diagnostische Maßnahmen, die heute eher in der Neurologie angesiedelt sind.

Im Fall von *Hao W.* (2008, 45) ist anhand der ausgewählten Untersuchungen eine klare Trennung der beiden Fachrichtung zu erkennen.

Die neuropsychologische Diagnostik verwendet standardisierte psychologische Tests und Bewertungsskalen zur Untersuchung der Psyche. Während diese aus der Psychologie stammenden Untersuchungen bis zur Veröffentlichung des *HKJC* (1981, 1984, 1986) keinen bzw. wenig Einsatz fanden (*HKJC*, 1981, 469-473), stellen sie heute gängiges Inventar der Psychiatrie und Institutionen der Mentalen Gesundheit in China dar.

Das *HKJC* (1981, 352) bezieht sich lediglich auf die von *J.K. Wing, et al.* entwickelte PSE (Present State Examination) und rechtfertigt die mangelnde Verwendung psychologischer Tests mit dem Argument, dass für eine allgemeingültige Aussage zwischen den Patienten zu große Unterschiede (Kultur, Sprache, Bildungsstand) bestehen.

Die versäumte Integration bzw. politische Verbannung psychologischer Konzepte in die „klassische“ Psychiatrie Chinas Anfang des 20. Jh. (*Pearson & Phillips*, 1994) mag neben

kulturellen Gesichtspunkten die ablehnende Haltung gegenüber psychologischen Tests im *HKJC* (1981) erklären.

Laut *Hao W.* (2008, 48) werden Bewertungsskalen weltweit immer wichtiger, denn sie haben den Vorteil, dass sie von verschiedenen Untersuchern und Patienten verschiedener soziokultureller Hintergründe eingesetzt werden können. Gegenwärtig häufig in der Psychiatrie in China verwendete Instrumente seien CIDI (Composite International Diagnostic Interview-Core Version), das sich sowohl auf die ICD-10 und das DSM-IV stützt, sowie SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), das sich allein auf das DSM-IV bezieht (*Hao W.*, 2008, 47-48).

Da Patientendaten unterschiedlich gesammelt werden, interkulturell ein anderes Verständnis bezüglich der Fachbegriffe besteht und die anamnestischen Methoden sowie die diagnostische Klassifikation und Einteilung der Erkrankungen verschieden sind, machte die *WHO* (1992) beim Einsatz von Bewertungsskalen auf kulturelle Unterschiede aufmerksam: Demnach falle die Diagnose psychischer Störungen unter Umständen verschieden aus.

Außerdem ist unabhängig vom kulturellen Raum der Einsatzort der einzelnen Bewertungsskalen zu berücksichtigen: Einige werden ausschließlich auf der Ebene kommunaler Versorgung, andere hingegen nur im stationären psychiatrischen Bereich verwendet (*Hao W.*, 2008, 48-49).

Im Bereich der Mentalen Gesundheit in China werden laut *Hao W.* (2008, 48-49) folgende Skalen verwendet: SCL-90 (Symptoms Checklist 90), Generic Quality of Life Inventory-74, MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) und MMSE (Mini-Mental State Examination), im Fachbereich der Psychiatrie kommen „Hamilton Rating Scale for Depression“, „Hamilton Rating Scale for Anxiety“, BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) und PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale) zum Einsatz.

Auch bei *Hao W.* (2008) wird zumindest indirekt die Problematik deutlich, internationale Bewertungsskalen in der Psychiatrie in China einzusetzen, da deren Verständnis, Auslegung und Einsatzbereich sowohl aufseiten des Patienten als auch des Psychiaters divergieren können. So heißt es etwa bei *Hao W.* (2008, 48), dass der MMSE, außer zur Objektivierung der Merk- und Gedächtnisfähigkeit bei alten Menschen mit Verdacht auf Demenzerkrankungen, auch zur Beurteilung des Wissens- und Bildungsniveaus von Kindern in China eingesetzt werde. Den Einsatz westlicher Messinstrumente gilt es daher kritisch zu hinterfragen und ihre Anwendbarkeit in anderen Kulturkreisen zu prüfen (*Kao, Liu, Chou, et al.*, 2011).

### 3.6.3 Anforderungen an die Diagnostik im Wandel psychiatrischer Entwicklungen

Der medizinhistorische Entwicklungsunterschied beider Lehrbücher ist beachtenswert, was die zuvor thematisierten, veränderten Anforderungen an die Diagnostik im Lehrbuchvergleich darlegen. Der Wandel resultiert dabei v.a. aus Verbesserungen in Wissenschaft und Forschung, der Stärkung gesellschaftspolitischer Öffnungspolitik sowie der Behebung psychiatrischer Missstände.

Vor dem Hintergrund gesellschaftspolitischer Unruhen und politischer Verfolgungen zu Zeiten der Kulturrevolution erhebt das *HKJC* (1981, 364) an die Diagnostik den Anspruch der Objektivität und Einheitlichkeit. Darauf aufbauend wurden chinesische und internationale diagnostische Schlussfolgerungen miteinander verglichen und Aussagen über die Therapie und Prävention einzelner psychischer Erkrankungen getroffen. Eine vollständige Diagnose sollte demzufolge in der Lage sein, Antworten auf Fragen bezüglich der Ätiologie, Physiologie, Biochemie und Pathologie einer jeden Erkrankung und deren Veränderungen zu geben (*HKJC*, 1981, 354 & 364). Auf der einen Seite spricht aus dieser an biologischen/biochemischen Modellen orientierten Betrachtungsweise der Reduktionismus der Sowjetschule, der politische Souveränität versprach (*Pearson & Phillips*, 1994), auf der anderen Seite sind dies legitime wissenschaftliche Forderungen.

Seit Einführung der Psychologie in China Ende des 20. Jh. scheint der Einsatz internationaler, standardisierter psychologischer Tests und Bewertungsskalen selbstverständlich geworden zu sein (*Hao W.*, 2008). Dies bedeutet auf der einen Seite die Abkehr von der alleinigen Verwendung sowjetischer Modelle, auf der anderen Seite die Zuwendung zu neuen, internationalen Herangehensweisen. Dies wird im Abschnitt zur Diagnostik deutlich, in dem *Hao W.* (2008, 46-47) beispielsweise den mehrdimensionalen Diagnoseprozess in der Psychiatrie unterstreicht. Unterschieden wird der horizontale vom vertikalen Diagnoseprozess: Der horizontale Diagnoseprozess beziehe sich auf die Untersuchung der aktuellen Symptomatik und die Dynamik der psychischen Aktivität unter Berücksichtigung der Schwankungen in den verschiedensten Situationen, während der vertikale Diagnoseprozess die allgemeinen Patienteninformationen, die Vorgeschichte, die Sozial- und Familienanamnese umfasse. Im Diagnoseprozess verändere sich die Diagnose, sie könne bisweilen sogar verworfen werden (*Hao W.*, 2008, 46-47).

Die Anforderungen an die Diagnostik im *HKJC* (1981) sind in dem Kontext einer „allgemeinen Unübersichtlichkeit“ (*Xia, Xu, Zhang, et al.*, 1989, 1-3) und Rückschrittlichkeit der chinesischen

Psychiatrie Ende der 1970er- bzw. Anfang der 1980er-Jahre zu sehen. Um welche Dimensionen es sich handelt, belegt folgende kritische Aussage des *HKJC* (1981, 364):

„Einige Psychiater behaupten, dass der Einfluss [der Diagnose] auf die Therapie nicht groß sei, da ein und dieselbe Therapie für viele Arten psychischer Erkrankungen angewandt werden könne. Einige verwerfen sogar [gänzlich] das diagnostische Ziel, was natürlich rückschrittlich ist.“

Hinter dieser Äußerung verbergen sich eine mangelnde Qualität der Fachkräfte, mangelnde diagnostische und therapeutische Möglichkeiten und das Fehlen einheitlicher wissenschaftlicher Standards, wodurch das schlechte Image der Psychiatrie in China Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre gekennzeichnet war (*HKJC*, 1981, 373). Aufgrund von Unklarheiten über Umfang und Anforderungen der Psychiatrie sind zugunsten der Schizophrenie ausfallende Fehldiagnosen keine Seltenheit gewesen (*Xia, Xu, Zhang, et al.*, 1989, 1-3; *Zhang*, 1989). Mangelndes Wissen über psychische Erkrankungen seitens der Bevölkerung führte zu Fehlinterpretationen der Anamnese, wobei Familienangehörige aufgrund gesellschaftlicher Stigmata oftmals eine nicht kooperative Haltung einnahmen oder Krankengeschichten erfanden (*HKJC*, 1981, 373-374). Die Kritikpunkte des *HKJC* (1981) gelten den Missständen der Psychiatrie nach 1976, die prinzipiell mit denen Anfang des 20. Jh. vergleichbar sind.

Die Einführung und fortwährende Überarbeitung der CCMD, die sich mit ihren diagnostischen Kriterien an internationalen Standards (ICD, DSM) orientiert, mögen dazu geführt haben, dass chinesische Uneinigigkeiten bezüglich der Psychiatrie größtenteils beseitigt werden konnten (*Riedel*, 2001) und heute keine wesentliche Rolle mehr im klinischen Alltag spielen.

Durch die Öffnungspolitik und den internationalen Wissensaustausch konnte die Ausbildung psychiatrischer Fachkräfte gefördert und die Aufklärung der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu den 1980er-Jahren verbessert werden. Obwohl sich die Psychiatrie in China weiterhin Herausforderungen stellen muss, die im abschließenden Diskussionsteil ausführlicher erörtert werden sollen, konzentriert sich *Hao W.* (2008, 37) auf Schwierigkeiten höherer Ordnung, wie beispielsweise die Arzt-Patienten-Beziehung und das Einbeziehen von Familienangehörigen zur Verbesserung der Compliance. Im Gegensatz zum *HKJC* (1981, 348), bei dem die Aussagen der Angehörigen lediglich der vollständigen Informationserhebung bei mangelnder Kooperation des psychisch Kranken dienen, handelt es sich bei *Hao W.* (2008) um neuzeitliche Psychiatriekonzepte. Hier wird der Arzt selbst zum Instrument von Diagnostik und Therapie

(Hao W., 2008), da ein gutes Verhältnis zwischen Arzt und Patient für die Compliance und den damit verbundenen Therapieerfolg die Voraussetzung ist (Weng, Zhang, Chai, et al., 1994).

Zur Veranschaulichung neuzeitlicher Anforderungen im Umgang mit psychiatrischen Patienten werden die bei der Teilversammlung der chinesischen Ärztegesellschaft für Psychiatrie (Zhongguo yishi xiehui jingshen yike yishi fenhui, 中国医师协会精神医科医师分会) im Juli 2005 in zehn Punkten zusammengefassten, moralischen und ethischen Standards im Hao W. (2008, 37) aufgeführt:

„Der Psychiater sollte 1. ...die grundsätzlichen Menschenrechte und die Würde jedes einzelnen Patienten respektieren; 2. ...darf seine besondere Position während sowie außerhalb therapeutischer Gesprächsinterventionen nicht gebrauchen, um den Patienten zu benutzen und auszubeuten; 3. ...bezüglich der Patientendaten Schweigepflicht bewahren; 4. ...vor Anwendung eines jeden Eingriffes oder Therapie eine Einverständniserklärung des aufgeklärten Patienten erheben; 5. ...sein eigenes berufliches Wissen und seine Fertigkeiten nicht dazu missbrauchen, außerhalb medizinischer Behandlungen Dienstleistungen anzubieten; 6. ...den Patienten ganzheitlich betrachten und allen weiteren medizinischen Problemen mit Verantwortung begegnen; 7. ...bei Forschungsarbeiten allgemein anerkannte ethische Kriterien befolgen; 8. ...Patienten, innerhalb des für sie möglichen Umfangs, die besten Dienstleistungen bieten; 9. ...fortwährend danach streben, sein eigenes berufliches Niveau zu verbessern und mit Kollegen zu teilen; 10. ...sich engagieren, die Qualität der psychiatrischen Gesundheitsversorgung zu reformieren, bis zum äußersten zu verbessern, die medizinischen Ressourcen gerecht zu verteilen sowie die Aufklärung der Gesellschaft bezüglich der Mentalen Gesundheit und psychischen Erkrankungen im Allgemeinen zu beschleunigen.“

Die „Chinesische Ärztegesellschaft für Psychiatrie“ (2005) beruft sich zum einen auf grundsätzliche Normen der Medizin wie Menschenrechte und Ethik, zum anderen betont sie die ganzheitliche Betrachtungsweise eines Patienten mit psychischen Erkrankungen. Letztgenannter Aspekt deckt sich durchaus auch mit traditionellen chinesischen Konzepten. Im Rahmen des Möglichen für Patient und Arzt wird eine optimale, nicht korrupte medizinische Versorgung gefordert, was als indirekter Aufruf gegen Missstände in der chinesischen Gesundheitsversorgung verstanden werden kann.

Die mangelnde Aufklärung der chinesischen Bevölkerung gegenüber psychischen Erkrankungen, die sich bis heute v.a. in ländlichen Regionen Chinas hält (HKJC, 1981; Wang, Gong, Niu, 1994;

*Yip, 2006; Chinesisches Gesundheitsministerium, et al., 2008*), schränkt den Umfang der Behandlungsmöglichkeiten entscheidend ein. Als eine Art „Kampfansage“ an oben genannte Entwicklungsrückstände appelliert der Leitfaden ethischer und moralischer Standards in Punkt 9 und 10 an die chinesischen Psychiater, sich für die Entwicklung und den Fortschritt der Wissenschaft im Bereich der Psychiatrie einzusetzen.

Die Ausführungen präsentieren nicht nur grundsätzliche Richtlinien für Psychiater, sondern ermöglichen einen Einblick in die aktuelle Situation einer Psychiatrie in China, inklusive ihrer Problematik, welche in nachfolgenden Abschnitten dieser Arbeit tangiert werden soll.

### **3.7 Behandlungsmethoden**

Bevor im nachfolgenden Kapitel am Beispiel der Schizophrenie konkrete Behandlungspfade im medizinhistorischen Vergleich aufgezeigt werden sollen, gilt es in diesem Abschnitt, allgemeine Entwicklungstendenzen bezüglich der psychiatrischen Therapie in China anhand der zwei Lehrbücher (*HKJC, 1986; Hao W., 2008*) zu analysieren.

Obwohl der Pathomechanismus und damit die Angriffspunkte einer Behandlung von einer Vielzahl psychischer Erkrankungen bis heute nicht gänzlich verstanden werden, konnten in den letzten 30 Jahren deutlich Fortschritte in Wissenschaft und Forschung im Bereich der Psychiatrie verzeichnet werden. Dass der wissenschaftliche Kenntnisstand daher in beiden Lehrbüchern der Psychiatrie ein anderer ist, liegt auf der Hand.

Unter Berücksichtigung der Aussage von *Liu (2000)*, dass zwischen basalen Charakteristika mentaler Störungen zwar weltweit keine Unterschiede bestehen, jedoch Abweichungen bezüglich der Ätiologie, Pathogenese und Therapie stets abhängig von Kultur und Ideologie seien, muss im Rahmen der Untersuchung chinesischer Psychiatriegeschichte die Frage gestellt werden, inwieweit sich die Psychiatrie in China an international gültigen „westlichen“ und oder kulturell „traditionellen“ Medizinkonzepten orientiert. Im Kapitel zur Klassifikation mentaler Erkrankungen konnte anhand der chinesischen Klassifikation bereits demonstriert werden, dass in Anlehnung an internationale Vorgaben, aber angepasst an die kulturellen Besonderheiten und Krankheitsvorstellungen, ein eigenes chinesisches Konzept ausgearbeitet wurde. Inwieweit es sich bei der psychiatrischen Therapie in China um einen Spagat zwischen internationalen Richtlinien und Bedarfsdeckung bzw. Umsetzbarkeit in der chinesischen Gesellschaft handelt, gilt es zu erläutern.

Neben soziokulturellen Unterschieden wird in der medizinwissenschaftlichen Literatur auf interindividuelle und ethnisch divergierende Genvariationen aufmerksam gemacht. Daraus



resultierten Veränderungen der Modulation und Mediation von Neurotransmittern und ihrer Angriffspunkte, wie sie von Psychopharmaka üblicherweise benutzt werden (*Lin, Smith, Ortiz, 2001*). Die Wirkungsweise und das Einsatzgebiet von Psychopharmaka müssen daher auch unter Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes und der Ethnizität evaluiert werden.

Das Kapitel zur Pathogenese mentaler Störungen konnte zeigen, dass zumindest von 1956 bis 1976 biologische Erklärungen psychischer Symptome zwar „sowjetischen“ Vorstellungen entsprangen, aber größtenteils in China akzeptiert und im Gegensatz zu psychosozialen Vorstellungen präferiert wurden (*Pearson & Phillips, 1994*). Dass sich dieses Phänomen auf die Behandlungsschwerpunkte auswirkt, ist ansatzweise anhand der strukturellen Gliederung des therapeutischen Abschnittes beider Lehrbücher im Vergleich abzulesen: Im *HKJC* (1986) erscheint die Psychotherapie als vorletzte Abhandlung auf zehn Seiten, während den vorher genannten körperlichen Behandlungsverfahren wie Insulinschocktherapie, Elektrokonvulsionstherapie, Psychochirurgie und Psychopharmakologie rund 130 Seiten eingeräumt werden; die Arzneimitteltherapie erhält dabei den größten Anteil.

Bei *Hao W.* (2008) wird eine gleichwertige Trennung der Psychotherapie (Xinli zhiliao, 心理治疗) und der Somatotherapie (Shenti zhiliao, 身体治疗) vorgenommen; zu der „Somatotherapie“ werden die Arzneimittel- und Elektrokonvulsionstherapie gezählt.

Therapeutische Säulen der mentalen Gesundheitsversorgung in China umfassen heute die Arzneimitteltherapie, Elektrokonvulsionstherapie und Psychotherapie. Sie sollen nachfolgend im Hinblick auf kulturelle Besonderheiten und Entwicklungstendenzen vorgestellt werden.

### **3.7.1 Arzneimitteltherapie**

Als sog. „psychopharmacological revolution“ (*López-Muñoz, Alamo, Cuenca, et al., 2005*) beschrieben, stellen die Psychopharmaka seit der Einführung von Chlorpromazin in den 1950er-Jahren weltweit die wichtigste und grundlegendste Maßnahme für schwere psychische Störungen dar (*HKJC, 1984; Hao W., 2008, 209*). Diesem Sachverhalt Rechnung tragend sei der Fokus der vergleichenden Lehrbuchanalyse auf die Frage gerichtet, welche Substanzklassen verwendet und wie diese eingesetzt werden.

Die pharmakologische Entwicklung der Jahre 1976-2008 widerspiegelnd werden Moodstabilizer, Psychostimulanzien und Nootropika als neuzeitliche Begrifflichkeiten bzw. Substanzklassen im *HKJC* (1986) nicht namentlich erwähnt; lediglich werden Lithiumsalze als Hauptstellvertreter der heutigen Moodstabilizer aufgeführt (*HKJC, 1986, 72-85*). Im *HKJC* (1986) werden

Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika, Lithiumsalze und Beruhigungsmittel genannt, bei *Hao W.* (2008, 209-225) zusätzlich Psychostimulanzien, Moodstabilizer und nootropische Medikamente.

Die Einteilung und die Vorstellung des Wirkungsprinzips von Psychopharmaka in China decken sich im Lehrbuchvergleich mit internationalen Vorgaben (*HKJC*, 1986; *Hao W.*, 2008). Bei diesem Sachverhalt handelt es sich um das Resultat eines Entwicklungsprozesses, auf den *Hao W.* (2008, 211) in einem medizinhistorischen Abspann hinweist: Beispielhaft wird das trizyklische Antidepressivum Imipramin aufgegriffen, welches in China anfangs zur Behandlung von Schizophrenie versuchsweise eingesetzt wurde, bis es 1957 Bestandteil der klinischen Therapie von Depression wurde.

Wie bereits im vorherigen Kapitel zur Diagnostik erwähnt wurde, konzentrierte sich die psychiatrische Therapie bis Ende der Kulturrevolution auf akute, schwere Krankheitsbilder wie das der Schizophrenie. Mittel der Wahl war Chlorpromazin (*HKJC*, 1986, 34-55). Die anderen Substanzklassen werden im *HKJC* (1986) lediglich der Vollständigkeit halber vorgestellt.

Bei *Hao W.* (2008, 209-217) sind Chlorpromazin und Haloperidol klassische Stellvertreter der Antipsychotika. Im Unterschied zu den 1980er-Jahren fällt das Spektrum psychiatrischer Diagnosen heute jedoch insgesamt vielfältiger aus, sodass detailliert auf die Indikationen und Kontraindikationen der einzelnen Psychopharmaka eingegangen wird (*Hao W.*, 2008, 209-225).

Gesondert sei auf die Anxiolytika hingewiesen, von denen die Gruppe der Benzodiazepine den breitesten Einsatz finden und im Zusammenhang mit der in China populären Diagnose Neurasthenie stehen (*HKJC*, 1986; *Hao W.*, 2008).

*Lin, et al.* (2001) wiesen auf die ethnische Besonderheit von Ostasiaten hin und betonten, dass bis zu 20 Prozent (vs. drei bis fünf Prozent bei Kaukasiern) Niedrig-Metabolisierer des Enzyms CYP2C19 seien, wodurch sie extrem empfindlich auf Diazepam, Imipramin und Citalopram ansprechen. Zurückzuführen sei dies auf die höhere Prävalenz der Allelvariation CYP2C19-2 und einem zusätzlichen Allel CYP2C19-3, welches allein bei Asiaten zu finden sei (*Eisenberg, Davis, Ettner, et al.*, 1998). Die daraus resultierende Gefahr der Überdosierung sowie des häufig missbräuchlichen Einsatzes als Schlafmedikation stelle in China ein ernst zu nehmendes Problem dar, welches v.a. Neurasthenie-Patienten betreffe; Politoxikomanie sei bei diesen Patienten nicht selten (*Hao W.*, 2008, 223-225).

In den 1980er-Jahren wurden Psychopharmaka in China einzeln, meist kombiniert oder bei schweren Formen zusätzlich zur Elektrokonvulsion und/oder Akupunktur angewandt (*HKJC*, 1984). Heutzutage gilt, dass die medikamentöse Therapie stets die erste Maßnahme sein sollte, begleitend können EKT, Patientenschulungen, Arbeits- und Freizeittherapie und psychologisch-soziale Interventionen angeboten werden (*Hao W.*, 2008, 98).

Psychopharmaka sind seit ihrer Einführung in China in den 1950er-Jahren die tragende Säule der Behandlung, Präventionsprophylaxe und Rehabilitation psychischer Erkrankungen (*HKJC*, 1986; *Pearson & Phillips*, 1994; *Hao W.*, 2008). Obwohl deren Effektivität unbestritten im Vordergrund steht, gilt es einige kulturspezifische Besonderheiten beim Einsatz „westlicher“ Pharmaka in China zu berücksichtigen, die biologische, psychologische, kulturelle und ökonomische Faktoren umfassen.

Biologisch betrachtet konnten genetische Variationen von Arzneimittel-metabolisierenden Enzymen in verschiedenen ethnischen Gruppen weltweit nachgewiesen werden (*Lin, et al.*, 2001). Des Weiteren können nicht genetische, äußere und innere Faktoren, die im kulturellen Kontext divergierender Lebensgewohnheiten stehen, die genetische Expression der Enzyme modifizieren (*Lin, et al.*, 2001). Dazu zählen die Ernährung (z.B. protein- bzw. kohlenhydratreiche Diät), pflanzliche Produkte, Steroidhormone etc. (*Allen, et al.*, 1977, zitiert von *Lin, et al.*, 2001; *Anderson, et al.*, 1987 & 1991; *Bolt*, 1994).

Psychopharmaka haben zwar in China im Fachbereich der Psychiatrie traditionelle chinesische Behandlungsverfahren größtenteils abgelöst (*HKJC*, 1984), von der chinesischen Bevölkerung werden jedoch häufig chinesische Arzneimittel mit denen der modernen Medizin kombiniert eingenommen (*Lin, et al.*, 2001). Das ist im Wesentlichen auf zwei Gründe zurückzuführen:

- 1.) Chinesische Arzneien basieren auf traditionellen Krankheitskonzepten wie die von „Yin & Yang“ oder „Wärme- und Kälteerkrankungen“, die sich bis heute trotz Entwicklungsfortschritt und starkem Einfluss der modernen Medizin gehalten haben (*Lin*, 1980, zitiert von *Lin, et al.*, 2001).
- 2.) Fälschlicherweise wird von der Bevölkerung größtenteils angenommen, dass chinesische Arzneien nebenwirkungsarm bzw. -frei sind. Treten z.B. bei der kombinierten Anwendung chinesischer und „westlicher“ Pharmaka, die meist ohne Wissen des praktizierenden Arztes der modernen Medizin vonstattengeht, Nebenwirkungen auf, würden sie üblicherweise dem Präparat der modernen Medizin zugeschrieben werden anstatt dem frei in der Apotheke erhältlichen oder vom traditionellen Arzt verschriebenen Mittel (*Eisenberg, Kessler, Foster*, 1993; *Smith, Lin*,

*Mendoza*, 1993, zitiert von *Lin, et al.*, 2001; *Eisenberg, Davis, Ettner, et al.*, 1998). Tatsächlich modifizieren viele pflanzliche Präparate durch Inhibition oder Induktion die Expression der Arzneimittel-metabolisierenden Enzyme (*Liu*, 1991).

Obwohl die biologischen Effekte der verordneten Arzneimittel (therapeutisch oder ungewollt als Nebenwirkungen) interkulturell ähnlich seien, könne ihre Bewertung signifikant durch die Kultur beeinflusst werden, da die Pharmakotherapie primär und fundamental als Prozess der wechselseitigen sozialen Beziehung zu verstehen sei und ihr Erfolg maßgeblich durch die Interaktion zwischen Arzt und Patient geprägt werde (*Lin, et al.*, 2001). Entscheidende Aspekte der Interaktion seien die Wissensvermittlung durch den Arzt (Aufklärung über die Wirkung und die korrekte Einnahme des Pharmakons) sowie das Verständnis, die Akzeptanz und die Umsetzbarkeit auf Seiten des Patienten entsprechend seines soziokulturellen und finanziellen Hintergrundes (*Lin, Inui, Kleinman, et al.*, 1982; *Kinzie, et al.*, 1987). Dabei können große Divergenzen zwischen dem Erwartungseffekt des Patienten und des Psychiaters auftreten. Die Erwartungen des Patienten umfassen auf der einen Seite die Sicherheit und Effektivität der therapeutischen Intervention, auf der anderen Seite sind sie geprägt von soziokulturellen Krankheitsvorstellungen, traditionellen Medizinkonzepten und idiosynkratischen Erfahrungen des Patienten (*Lin, et al.*, 2001).

Im Gegensatz zu der Annahme, dass im Rahmen der Globalisierung, kulturellen Diffusion und wissenschaftlichen Dissemination Krankheitsvorstellungen interkulturell zunehmend homogen werden (*Lin, et al.*, 2001), belegen viele Studien, dass traditionelle Medizinkonzepte und deren Praxis weltweit weiterhin einflussreich sind (*Lin*, 1980; *Lim & Lin*, 1996; *Okpaku*, 1998). Wie interkulturell unterschiedlich beispielsweise der Umgang mit Nebenwirkungen ist, mit deren Auftreten oftmals in der Praxis die Compliance und der Therapieerfolg stehen oder fallen, zeigte eine Hongkonger Studie über bipolare Patienten während der Lithiumtherapie: Obwohl unter der Therapie Nebenwirkungen auftraten wie die in der westlichen Literatur beschriebenen, empfanden die Patienten in Hongkong v.a. die arbeitseinschränkende Müdigkeit als störend, während die Polydipsie und Polyurie, anders als im Westen, als positive Zeichen der Therapie gewertet wurden, durch die schädliche Elemente, wie in traditionellen chinesischen Konzepten beschrieben, aus dem Körper ausgeschieden würden (*Lee, Wing, Wong*, 1992).

Des Weiteren spielen im Entwicklungsland China (*WHO*, 1992) gerade im Gesundheitssystem strukturelle Barrieren wie Kosten und Transport eine entscheidende Rolle, wobei teure High-Tech-Medizin im Kontrast zum nicht versicherten Selbstzahler steht bzw. eine psychiatrische

Versorgung nicht flächendeckend zugänglich ist (*Lin, et al., 2001*). Parallel zu den allgemeinen ökonomischen Entwicklungstendenzen seit den Öffnungsreformen in China dominieren wirtschaftliche Faktoren nicht zuletzt den Gesundheitssektor: Nach Reduktion staatlicher Subventionen wird von staatlichen Krankenhäusern die eigenständige Steigerung der Effizienz (*Pearson & Phillips, 1994*) bei zunehmender Konkurrenz mit Privatkliniken erwartet. Die Kombination Monopolstellung der Pharmaindustrie (*Zhang, 2006*)<sup>45</sup> und finanzielle Bonussysteme für Ärzte<sup>46</sup> bei wirtschaftlich vorteilhaftem Therapiemanagement erklärt nicht nur die praktizierte Polypharmazie (*Pearson & Phillips, 1994*), sondern sie erschafft eine profitorientierte Symbiose, dessen Leidtragender der kostentragende Patient und seine Familie ist. Neben einer prolongierten Hospitalisation und dem Einsatz invasiverer Behandlungsmaßnahmen (z.B. Elektrokonvulsionstherapie) haben sich die Arzneimittelkombination mit teuren chinesischen Arzneien oder intravenösen Verabreichungsformen als profitabel herausgestellt (*Phillips, 1994*).

Dass trotz effektiver Arzneimitteltherapie unter diesen Umständen der Behandlungserfolg insgesamt in Mitleidenschaft gezogen wird, ist offensichtlich (*Becker & Maiman, 1980; Becker, 1985; Chen, 1991*). Ende des 20. Jh. fanden diese Aspekte wenig Berücksichtigung, da es vordergründig um die Neuordnung der maroden, unklaren psychiatrischen Versorgung der chinesischen Bevölkerung ging. Nach einem Entwicklungsprozess von 30 Jahren mit Orientierung an internationalen Standards ist sich *Hao W. (2008)* dieser Einflussfaktoren bewusst, sodass neben dem alleinigen Einsatz der Psychopharmaka psychosoziale Interventionen und Schulungen zunehmend in den Vordergrund der Therapie rücken.

### **3.7.2 Elektrokonvulsionstherapie**

Seit ihrer Einführung durch die Sowjetunion Ende der 1950er-/Anfang der 1960er-Jahre wird die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in China praktiziert (*Munro, 2002*) und wird neben der psychopharmakologischen Therapie insbesondere in der Akuttherapie psychischer Störungen

---

<sup>45</sup> Die Monopolstellung der Pharmaindustrie erlaubt die beliebige Festsetzung der Preise. Zur Erhöhung des Profitgewinnes werden nach Möglichkeit teure, neuartige Produkte produziert und vermarktet, während ältere, preiswertere Präparate aus der Produktion herausgenommen werden und in China nicht erhältlich sind.

<sup>46</sup> Ärzte staatlicher Institutionen erhalten ein Basisgehalt vom Staat. Bis zu 50 Prozent ihres Gesamteinkommens stellen zusätzliche individuelle oder gemeinnützige Boni für eine gewisse Krankenhausabteilung dar (meist in Form von Wertgutscheinen, z.B. für Buchhandlungen, Supermarkt, Shopping-Malls etc., geldliche Entschädigung bei besonders hoher Patientenzahl oder gut geführter medizinischer Abteilung), deren Summe abhängig ist vom Beitrag zur Steigerung der Krankenhauseinnahmen (*Pearson & Phillips, 1994*).

appliziert; Indikationen und Kontraindikationen entsprechen dabei den internationalen Richtlinien (HKJC, 1986, 17-27; Hao W., 2008, 209).

Während in den 1980er-Jahren aufgrund limitierter Therapiemöglichkeiten und Erfahrungen eine anscheinend beliebige Kombinationen der EKT mit/ohne Psychopharmaka, mit/ohne Akupunktur etc. bei Arzneimitteltherapie-refraktären oder Arzneimitteltherapie-kontraindizierten Fällen in Betracht kam (HKJC, 1981, 1986), ist die Elektrokonvulsion bei Hao W. (2008) als Alternative bzw. Ersatz der Psychopharmakotherapie indiziert. Gleichzeitig macht er auf die mangelnde Akzeptanz der EKT in der chinesischen Gesellschaft aufmerksam, die am invasiven und nebenwirkungsbehafteten Behandlungsverfahren an sich liege (Hao W., 2008, 225) und zudem mit hohen Kosten verbunden sei (Pearson & Phillips, 1994). Aufgrund des zuerst genannten Aspekts werde heutzutage in China versucht, eine Elektrotherapie ohne Konvulsion durchzuführen, welche zum einen die von den Angehörigen schlecht akzeptierte Konvulsion ausspare und zum anderen über ein vergleichsweise begrenztes Nebenwirkungsprofil verfüge (Hao W., 2008, 225).

### 3.7.3 Psychotherapie

Bei der Psychotherapie handelt es sich um eine für China vergleichsweise neue Disziplin. Vor Gründung der chinesischen Volksrepublik (1949) arbeitete zwar eine kleine wachsende Anzahl Sozialarbeiter und Psychologen mit psychisch Kranken (Lyman, 1937), doch wurde der Ansatz psychotherapeutischer bzw. psychosozialer Konzepte Mitte der 1950er-Jahre durch ein Verbot der Sozialwissenschaften im Keim erstickt (Chin & Chin, 1969, zitiert bei Pearson & Phillips, 1994; Wong, 1992).

Laut HKJC (1981) ist die psychologische Konsultation, medizinhistorisch betrachtet, als eine der ältesten Therapieformen in China zu verstehen. Ansätze einer Psychotherapie seien in klassischen Aufzeichnungen der chinesischen Volksheilkunde wie dem „Neijing“, „Lingshu“ und „Suwen“ (HKJC, 1986, 129) oder in Form der sog. „Huotao“-Therapie (活套疗法)<sup>47</sup>, die zu Zeiten der Yuan-Dynastie (1271-1368) vom Arzt „Zhu Zhenxiang (朱震亨)“<sup>48</sup> im Zusammenhang mit seelischen Leiden angewandt wurde, zu finden. Deren Wurzeln beziehen sich dabei auf traditionelle nicht-medizinische Konzepte, worin Hao W. (2008) die Ursache heutiger Missverständnisse bezüglich des Terminus Psychotherapie in China begründet sieht:

---

<sup>47</sup> Auf der Theorie der fünf Wandlungsphasen basierend, d.h. des gegenseitigen Hervorbringens und Kontrollierens, sollen bei der „Huotao“-Therapie die Emotionen, die diesem Muster folgen, therapeutisch beeinflusst werden können (HKJC, 1981, 596).

<sup>48</sup> Vermutlich handelt es sich bei diesem Namen um einen Schreibfehler aufseiten des HKJC (1986). Gemeint ist hier wohl Zhu Zhenheng (朱震亨).

„Einerseits wird die Psychotherapie als mystisch betrachtet, andererseits hat sie Ähnlichkeit mit allgemeiner zwischenmenschlicher [Kommunikation] [...] Manche missbrauchen die Psychotherapie zugunsten von nicht-wissenschaftlichen Konzepten und geben ihr [somit] ein schlechtes Image [...] [Dies hat] großen Einfluss auf die Entwicklung der Psychotherapie [in China]“ (*Hao W.*, 2008, 228-229).

Die traditionelle enge Verbindung psychischer Belange mit nicht-medizinischen Konzepten (*Lin*, 1989) und dem Aufsuchen sog. Heiler habe dazu geführt, dass die Psychotherapie lange Zeit nicht als wissenschaftliche medizinische Behandlung angesehen worden sei (*HKJC*, 1986, 128). Laut *HKJC* (1986, 128-129) wurde die Entwicklung der Psychotherapie in China, nachdem durch *Freud* Ende 19./Anfang 20. Jh. der Grundstein gelegt wurde, maßgeblich durch zwei Faktoren vorangetrieben: einmal durch die Fortschritte der Neurobiologie und Neuroendokrinologie in den 1970er-Jahren, die die Effektivität traditioneller chinesischer Gesunderhaltungsverfahren (*Yangsheng*, 养生) und „religiöser Bewegungsübungen“ (*Lian gong*, 练功) zur Prävention und Behandlung von Erkrankungen nachgewiesen haben sollen, zum anderen durch nationale Förderprogramme zur Rehabilitation von Behinderten und Hilfebedürftigen aufgrund der Verbesserung des Gemeindeservices (*Pearson & Phillips*, 1994) Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre sowie durch die Familientherapie.<sup>49</sup>

Im *HKJC* (1986, 127-129) wird auf eine detaillierte Betrachtung der einzelnen „westlichen“ psychologischen Schulen verzichtet. Folgende Vorstellungen und Ziele einer Psychotherapie stehen im Mittelpunkt: 1. Erlangen von Vertrauen und Mitarbeit des Patienten, 2. Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung, ihm die Angst nehmen und ihm Zuspruch geben, 3. Anvertrauen des Patienten an den Arzt, 4. Erleichterung des seelischen und körperlichen Schmerzes, 5. Vermeidung psychologischer Krankheitsfaktoren, 6. allgemeine Krankheitsprävention. Prinzipiell wird eine Zweiteilung zwischen einer Verhaltenstherapie bei Zwangs- und Angststörungen auf der einen Seite und einer physiopsychologischen Therapie bei psychosomatischen Störungen auf der anderen Seite vorgenommen (*HKJC*, 1986, 131).

Insbesondere in der Zeit kurz nach Beginn der Öffnungsreformen fanden in China neue psychotherapeutische Behandlungs- und Entspannungsverfahren (z.B. experimentelle Therapie mit Musik und Kunst, Biofeedback-Therapie mit *Qigong*) in der Psychiatrie Anklang (*HKJC*, 1986, 129).

---

<sup>49</sup> Das *HKJC* (1986) verweist in diesem Zusammenhang auf *Adolf Meyer* (1866-1950), der das Konzept der Psychobiologie entwickelte. Er prägte Anfang des 20. Jh. maßgeblich die Entwicklung der Psychiatrie in China, obwohl einige Abänderungen vorgenommen wurden (*Lyman*, 1937).

„Die Psychotherapie ist als eine Art zwischenmenschlicher Prozess der professionellen Interaktion zu verstehen mit dem Ziel, Menschen zu helfen [...] Der Therapeut versucht, mittels verbaler und nonverbaler Methoden den Patienten oder Hilfesuchenden so zu beeinflussen, dass die psychologischen und somatischen Funktionen einen positiven Wandel erfahren, die Heilung der Erkrankung erreicht und das Ziel der Rehabilitation gefördert wird [...]“ (*Hao W.*, 2008, 228).

*Hao W.* (2008) versteht die Psychotherapie als eine ergänzende Behandlungsmethode zur psychopharmakologischen mit dem Ziel der erfolgreichen Reintegration des Patienten in die Gesellschaft. Diese Vorstellung deckt sich prinzipiell mit den Grundsätzen des *HKJC*.

Neben der stationären Psychotherapie für psychiatrische Patienten unterscheidet *Hao W.* (2008) die psychologische Konsultation im ambulanten Bereich für „normale bzw. allgemeine Klienten“ (*Putong zike*, 普通咨客). Dabei handelt es sich jeweils um „westliche“ Konzepte:

„[...] bei der die Trennung der beiden [im chinesischen Kontext] nicht leicht fällt [...], und die Grenze zwischen Patient und Klient absichtlich unscharf gehalten werde“ (*Hao W.*, 2008, 228).

Ganz gleich, ob Psychotherapie oder psychologische Konsultation: Große soziokulturelle Unterschiede mit Besonderheiten der Kommunikation, der Glaubenskonzepte und Verhaltensmuster zeichnen offenbar die Problematik der mangelnden gesellschaftlichen Akzeptanz und den Entwicklungsrückstand der Psychotherapie in China (*Chen & Liu*, 2001).

Das Konzept des „Bio-Psycho-Sozialmodells“ ist laut *Hao W.* (2008, 229) tief in die gesundheitliche Versorgung in China eingegangen. Mit einem Appell an Medizinstudenten beginnend bemüht sich *Hao W.* (2008, 229-245) – im Unterschied zum *HKJC* (1986) – darum, einen ausführlichen Überblick über eine wissenschaftliche Psychotherapie zu vermitteln.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich in China zwar in Anlehnung an den Westen eine Psychotherapie und psychologische Konsultationen herausgebildet haben, diese jedoch im stationären und ambulanten Bereich relativ wenig Anklang finden. Verantwortlich hierfür sind gesellschaftliche Stigmata sowohl gegenüber psychischen Erkrankungen als auch der Psychotherapie an sich. Prinzipiell handelt es sich um ein Aufklärungsproblem der chinesischen Bevölkerung bei einem gleichzeitigen Mangel an Psychologen (*Tan*, 2005). Seit der



Öffnungspolitik wird zwar versucht, diesen Problemen entgegenzuwirken, jedoch bedarf es zukünftig weiterer politischer Förderungen.

#### **3.7.4 Weitere Behandlungsmethoden**

Weitere Behandlungsmethoden wie die Insulinschocktherapie, Schlaftherapie, Atropin- und Skopolamin-Therapie und die psychochirurgische Therapie wurden Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre sehr selten angewendet (*HKJC*, 1984). Die einzelnen Verfahren werden im *HKJC* (1984 & 1986) trotz ihres geringen Einsatzes kurz vorgestellt.

Bei *Hao W.* (2008, 209) wird keine der soeben erwähnten Behandlungsmethoden gesondert thematisiert, woraus gefolgert werden kann, dass diese Verfahren heute nicht mehr in der chinesischen Psychiatrie Anwendung finden.

Nachfolgend soll deshalb auf das *HKJC* (1986) Bezug genommen werden.

##### Insulinschocktherapie:

Die Insulinschocktherapie (Insulin Coma Therapy, ICT), von *M. Sakel* 1933 eingeführt, war weltweit für ca. 20 Jahre (1935-1955) in der Psychiatrie eine anerkannte und verbreitete Behandlungsform bei Schizophrenie und Depression. Den Höhepunkt ihrer Beliebtheit in China erreichte sie Ende der 1950er-/Anfang der 1960er-Jahre, nachdem das Verfahren durch die Sowjetunion eingeführt wurde (*Munro*, 2002). Aufgrund fehlender bzw. vergleichsweise geringer Wirkungen, irreversibler Schädigungen des ZNS und eines – im Vergleich zur Elektrokrampftherapie – häufigeren Todes des Patienten wurde sie in China zu Zeiten der Veröffentlichung des *HKJC* (1986) nicht mehr eingesetzt.

##### Schlaftherapie:

Seit Einführung der protektiven Inhibitionstheorie von *Pawlow* kam die Schlaftherapie auch in China umfassender zum Einsatz, im *HKJC* (1984, 366) wird sie allerdings nur kurz erwähnt.

##### Atropin- und Skopolamin-Therapie:

Bei der Atropintherapie handelt es sich um eine 1951 von *Forrer* eingeführte Behandlungsmethode, die der Vollständigkeit halber im *HKJC* (1984) genannt wird, aber sehr selten in China benutzt wurde. Gleiches gilt für die 1967 von *Glodner* entwickelte Skopolamin-Schlaftherapie.

### Psychochirurgie:

Die Psychochirurgie in Form der präfrontalen Lobotomie wurde in China insbesondere von 1949-1955 in Tianjin, Nanjing, Shanghai, Beijing und Xi'an durchgeführt; bis in die 1980er-Jahre wurde sie nicht mehr praktiziert. *Munro* (2002) setzte diesen Sachverhalt zu den Entwicklungen in der Sowjetunion seit Mitte der 1950er-Jahre in Beziehung: Damals wurde die Psychochirurgie in der Sowjetunion als widersprüchlich zur *Pawlowschen* Schule angesehen und deshalb verbannt.

Obwohl dieses Behandlungsverfahren heute weltweit nicht mehr angewendet wird, beschrieb *Pearson* (1996), dass in den 1990er-Jahren in großen psychiatrischen Zentren Chinas (Guangzhou, Beijing, Nanjing) erneut experimentelle minimal-invasive Operationen durchgeführt wurden. Diese Beobachtung wird durch einige chinesische Studien aus dieser Zeit gestützt (*Wen, et al.*, 1992; *Wu, et al.*, 1992). Andere Studien datieren das Wiederaufleben der Psychochirurgie auf die Zeitspanne vor Ablauf der 1980er-Jahre (*Wang, et al.*, 1989; *Munro*, 2002).

### Historische chinesische Medizin:

Therapieverfahren der historischen chinesischen Medizin, wie die (Elektro-) Akupunktur, werden ausführlich im *HKJC* (1981, 578-611) erläutert, auch wenn ihnen gegenüber eine distanzierte Haltung eingenommen wird. Dem *HKJC* (1981) zufolge ist die moderne Medizin im Bereich der Psychiatrie (v.a. bei schweren psychotischen Zuständen) den traditionellen Behandlungsverfahren zweifelsfrei überlegen.

Aufgrund prinzipiell verschiedener Theoriekonzepte und geringer klinischer Relevanz<sup>50</sup> setzt sich diese Arbeit nicht ausführlicher mit Behandlungsverfahren der chinesischen Volksheilkunde

---

<sup>50</sup> Heutzutage wird der Einsatz einzelner volksheilkundlicher Verfahren in der Psychiatrie in China auf die Reduktion von Nebenwirkungen bei der Therapie mit Psychopharmaka begrenzt (z.B. Obstipation und Mundtrockenheit bei Antidepressiva und Neuroleptika), ggf. werden sie als Ergänzungsmethode zur Behandlung einiger psychischer Erkrankungen (z.B. Schizophrenie, Depression, Neurosen) eingesetzt (*Luo, Tang, Yu*, 1988; *Wang JH*, 1993; *Wang XL*, 1994; *Luo, et al.*, 2003).

In westlichen Kreisen wurde die TCM und deren Einsatzmöglichkeit in der Psychiatrie seit einigen Jahren als sog. „dritter therapeutischer Weg“ neben der Psychotherapie und Pharmakotherapie diskutiert (*Yang, et al.*, 1994; *Shwartz, et al.*, 1999; *Röschke, et al.*, 2000; *Eich, et al.*, 2000). Das sog. NADA-Protokoll, das sich weltweit an einigen Kliniken in der Suchtbehandlung etabliert hat, ist ein weiteres Beispiel; die Wirksamkeit ist jedoch umstritten (*Bullock, et al.*, 2002).

Vom wissenschaftlichen Gesichtspunkt aus bleiben der Einsatz und die Anwendbarkeit der chinesischen Heilkunde in der Psychiatrie fragwürdig. Von den zahlreichen Studien (u.a. *Palós*, 1984; *Luo, Tang, Yu*, 1988; *Wang JH*, 1993; *Wang XL*, 1994; *Zhang, et al.*, 1994; *Yang, et al.*, 1994; *Shwartz, et al.*, 1999; *Röschke, et al.*, 2000; *Eich, et al.*, 2000; *Luo, et al.*, 2003), die die Position der chinesischen Heilkunde als gleichberechtigtes Pendant bzw. als Teil des Konzepts der Psychiatrie untermauern sollen, konnten bisher nur wenige als „evidenced-based“ klassifiziert werden. Das *HKJC* (1981, 578) führt dies auf die große Ergebnisbreite in Diagnostik und Therapie zurück.

auseinander. Im Kapitel zur Schizophrenie sollen nachfolgend lediglich einige Beispiele gegeben werden.

### **3.8 Prävention und Rehabilitation psychischer Störungen**

„Die Prävention und Rehabilitation ist besonders in der Psychiatrie ein wichtiges Bindeglied, das manchmal sogar noch wichtiger ist als die Therapie“ (*Hao W.*, 2008, 246).

Insbesondere Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen (z.B. Schizophrenie) erfahren in China und im Westen wiederholt Rückfälle, Rehospitalisierungen und lebenseinschränkende Behinderungen. Hochgradige, in der chinesischen Kultur und Gesellschaft verankerte Stigmata bezüglich mentaler Erkrankungen sind ernst zu nehmende Barrieren, die die Integration in die Familie und in das gesellschaftliche Leben behindern und lange kontraproduktive Hospitalisierungen zur Folge haben können (*Weng, Xiang, Liberman*, 2005). Welche Problemlösungen die beiden Lehrbücher in Bezug auf Prävention und Rehabilitation psychischer Störungen vorschlagen, soll nachfolgend vergleichend dargestellt werden.

#### **3.8.1 Prävention psychischer Störungen**

Anhand des Kapitels zum Thema Prävention psychischer Erkrankungen des *HKJC* (1986, 179-198) lässt sich im Vergleich zu *Hao W.* (2008) ablesen, dass sich die Psychiatrie der 1980er-Jahre erst am Anfang der Etablierung erster Präventionsmaßnahmen befand. Einige Ansätze zur Installation präventiver Maßnahmen werden erörtert, die sich v.a. auf die Rückfallprophylaxe von schweren chronischen Erkrankungen (v.a. Schizophrenie) beziehen.

Aufgrund eines fortschrittlicheren Entwicklungsstandes sieht *Hao W.* (2008) die Prävention psychischer Leiden als Kernaufgabe psychiatrischer Versorgung:

„[...] Mentale Störungen stellen nicht nur eine enorme psychologische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Belastung dar, sondern setzen den Betroffenen einer großen gesundheitlichen Gefährdung aus, [...] die durch präventive Maßnahmen und öffentliche gesundheitspolitische Strategien in positive Verlaufsrichtungen gelenkt werden kann“ (*Hao W.*, 2008, 246).

Aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungsgrade mit entsprechend anderen Ansprüchen an die Fachrichtung Psychiatrie sei zum Thema Prävention nachfolgend verstärkt auf *Hao W.* (2008) verwiesen.

Angepasst an die verschiedenen sozialen und kulturellen Besonderheiten Chinas übernehmen beide Lehrbücher für Psychiatrie (*HKJC*, 1986; *Hao W.*, 2008) das Modell der drei Präventionsstufen von *Caplan* (1964).

In der primären Prävention geht es darum, Krankheitsfaktoren, die zu psychischen Störungen führen können, zu minimieren oder auszuschalten. Sie beinhaltet (nach *Hao W.*, 2008, 246): 1. Etablierung von Arbeitsschutzmaßnahmen für die Öffentlichkeit, Wissensförderung über die Mentale Gesundheit, Angebot „richtiger“ psychologischer Konsultation,<sup>51</sup> 2. genetische Beratung und Familienplanung, 3. psychologische Interventionsmaßnahmen für Hochrisikogefährdete, 4. epidemiologische Untersuchungen national und im internationalen Vergleich.

In den 1980er-Jahren mag die Primärversorgung in China im Vergleich zu heute nicht sonderlich ausgereift gewesen sein, dennoch kann das oben genannte Zitat von *Hao W.* (2008) verwendet werden, um auf das allgemein gültige Hauptproblem der Früherkennung mentaler Störungen im 20. und 21. Jh. aufmerksam zu machen: Demnach handelt es sich insgesamt um ein Aufklärungsproblem sowohl der chinesischen Bevölkerung als auch medizinischer Fachkräfte bzw. volksheilkundlicher Heiler (*Luo & Yu*, 1994).

Der Schwerpunkt der Sekundärprävention liegt auf der Früherkennung und raschen Behandlungsintervention mit Prognose verbessernden und den Rückfall vermeidenden Absichten. Für das chinesische Phänomen, dass Patienten mit psychischer Erkrankung im Vergleich zum Westen erst relativ spät fachärztliche Hilfe aufsuchen, lassen sich in der Literatur viele Erklärungen finden: *Hao W.* (2008, 247) ist der Auffassung, dass psychische Störungen aufgrund ihres chronischen oder subakuten Charakters meist rechtzeitiger Interventionen seitens der Gesellschaft entgingen, während *Lin, et al.* (2001) die Problematik auf kulturell bedingte Verständigungsprobleme bezieht. Auch Aspekte kulturgebundener unterschiedlicher Krankheitspräsentationen wie z.B. in Form von Somatisierungen (*Kleinman*, 1982), die Frage des „Gesichtsverlustes“ und das daraus resultierende Verschweigen (*Pearson*, 2004) sowie das bevorzugte Aufsuchen von nicht-medizinischen Einrichtungen der Primärversorgung (*Yang, Li, Jiang, et al.*, 1992) stehen zur Diskussion. Das *HKJC* (1986, 167) betrachtet die Prävention nicht nur als Aufgabe des Gesundheitsamtes, sondern auch der Gesellschaft.

Die Sekundärprävention nimmt aufgrund der oben angeführten kulturellen Besonderheiten in China eine zentrale Stellung ein. Sie beinhaltet laut *Hao W.* (2008, 246-247): 1. Aufklärung der Öffentlichkeit über mentale Störungen und Förderung ihrer Früherkennung durch die

---

<sup>51</sup> Die in der chinesischen Gesellschaft bis heute anzutreffenden Vorurteile und Missverständnisse bezüglich psychologischer Konsultationen und Psychotherapie wurden bereits im Kapitel „Behandlungsmethoden“ unter dem Abschnitt „Psychotherapie“ erörtert.

Bevölkerung bei gleichzeitigem Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken, 2. bei bereits bekannter psychischer Erkrankung sollten Aufklärung und Anleitung des Betroffenen und seiner Familienangehörigen bezüglich des Umganges, der Arzneimittel- und der psychosozialen Therapie zur Verbesserung der Prognose und Vermeidung von Rückfällen erfolgen, 3. Ausbau der Konsiliarpsychiatrie in allgemeinen Krankenhäusern, um nicht-psychiatrischen Ärzten bei der Früherkennung und einem zeitigen Therapiebeginn bei psychischen Erkrankungen behilflich zu sein.

Die tertiäre Prävention befasst sich mit der Rückfallprophylaxe, die maßgeblich durch rehabilitatorische Schulungsmaßnahmen zur Reintegration in die Gesellschaft, Minimierung funktioneller Behinderungen, Verzögerung des psychischen Zerfalls und Steigerung der Lebensqualität gestützt wird.

Sie beinhaltet laut *Hao W.* (2008, 247): 1. politische Unterstützung und Förderung von Rehabilitationsarbeit sowie deren Koordination im Gesundheitssystem, 2. „richtige“ Aufklärung und Konfrontation des Patienten mit der Realität zur besseren Problembewältigung und Reintegration in die Gesellschaft, 3. Installierung von Arbeits- und Rekreationstherapie oder jeglicher Art von Rehabilitationstraining bei gleichzeitigen Gesundheitsbildungs- und Krankheitsberatungsprogrammen zur frühen Wiedereingliederung ins Familienleben und Wiedererlangen sozialer Fähigkeiten, 4. klare Behandlungsinstruktionen an den Patienten sowie seine Familienangehörigen bzw. seinen Betreuer bei der stationären Entlassung bezüglich der Alltagsstrukturierung, allgemeiner Unterstützungsmaßnahmen und rehabilitatorischer Aktivitäten, 5. Unterstützung bei der Problembewältigung psychischer und gesellschaftlicher Einflussfaktoren wie z.B. Arbeit oder Ausbildung.

Es ist ablesbar, dass insbesondere für die dritte Stufe der Prävention gesundheitspolitische Fragen bei der Umsetzung von Belang sind, die in den 1980er-Jahren nicht vorzufinden waren. Die Tertiärprävention konzentrierte sich allein auf die Rückfallprophylaxe von Schizophrenen, der damaligen „Hauptdiagnose“ neben wenigen anderen. Doch selbst heute ist in China die psychiatrische Versorgung im oben genannten idealen Sinne nicht vorzufinden.

### **3.8.2 Psychiatrische Rehabilitation**

Die psychiatrische Rehabilitation ist in China eine relativ neuartige Disziplin, die erst seit der Reformära 1978 an Legitimation und Popularität gewonnen hat (*Pearson & Phillips*, 1994). Obwohl Ansätze allgemeiner Rehabilitationsmaßnahmen seit der chinesischen

Republikgründung (1912) in Form von „Asylheimen“<sup>52</sup> präexistierten (Yip, 2006), waren unter der politischen Führung von *Mao Zedong* jegliche Programme untersagt, die Raum für politische Interpretationen ließen. Dies war etwa bei psychosozialen Einrichtungen der Fall (Pearson & Phillips, 1994).

Nach Gründung der Volksrepublik (1949) wurden die ca. 451 Wohlfahrtsinstitutionen westlicher Missionare im Rahmen auslandspolitischer Abgrenzung unter Leitung des Innenministeriums zu sog. „Wohlfahrtshäusern“ v.a. für alte Menschen zusammengefasst (Meng & Wang, 1986, zitiert von Tian, Pearson, Wang, et al., 1994; Wong, 1990; Tian, Pearson, Wang, et al., 1994). Für psychisch Kranke in den bedürftigen ländlichen Regionen Chinas fand die Behandlung und Nachsorge zu Hause unter Betreuung von sog. „Barfußärzten“ statt (Chin & Chin, 1969; Ho, 1974; Shen, 1985; Pearson, 1995).

Erste Ansätze zur Prävention und Behandlung mentaler Störungen in China wurden 1958 auf der I. Nationalen Versammlung beschlossen (Luo & Yu, 1994; Hao W., 2008). Ergebnis waren Therapie- und Präventionsinstitutionen mit erstmals psychiatrischem Fokus in Beijing, Shanghai, Hunan, Sichuan und Nanjing (Hao W., 2008, 250). Es galt, psychisch Kranke, insbesondere solche mit Schizophrenie und mentaler Retardierung (Zhang, Yan, Phillips, 1994), nach stationärer Entlassung in ein Nachsorgeprogramm auf Ebene der Kommune anzuschließen.

Nachdem jedoch ersichtlich wurde, dass die öffentlichen Gesundheitsämter einzelner Distrikte Chinas nicht in der Lage waren, eine adäquate Gemeindeversorgung für psychisch Kranke zu liefern (Wang, Gong, Niu, 1994), wurde Anfang der 1970er-Jahre für die Organisation und Verwaltung eine sog. „Führungsgruppe für die Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen“ (Jingshen jibing fangzhi lingdao xiaozu, 精神疾病防治领导小组) etabliert; sie besteht bis heute und ist aus den drei Verwaltungseinheiten Gesundheitsamt (Weisheng bumen, 卫生部门), Zivilverwaltung (Minzheng bumen, 民政部门) und Ministerium für die öffentliche Sicherheit (Gong'an bumen, 公安部门) zusammengesetzt (Hao W., 2008, 250).

Unter dieser Führung hatten sich erfolgversprechende Modelle einer kommunalen Rehabilitationspolitik für psychisch Kranke entwickelt, die, wie es hieß, adaptiert waren an die chinesischen Erfordernisse und Möglichkeiten einer allgemeinen Gesundheitsversorgung im Bereich der Psychiatrie (Luo & Yu, 1994).

Der Abbruch dieser Entwicklungstendenzen ist der fortschreitenden Kulturrevolution (1966-1976) zuzuschreiben; oben genannte Wohlfahrtshäuser und Versorgungssysteme erfuhren

---

<sup>52</sup> Die durch westliche Missionare geführten Asylheime in China boten hauptsächlich behinderten Personen Unterkunft und Versorgung, denn ihnen war jeglicher Zugang zu Bildung oder Arbeit bei gleichzeitig starker gesellschaftlicher Diskriminierung versagt (Tian, Person, Wang, et al., 1994).

Zerstörung, wurden aufgegeben oder für andere Zwecke verwendet (*Chan & Chow, 1992*, zitiert von *Tian, Pearson, Wang, et al., 1994*). Wenn Rehabilitation betrieben wurde, dann sei sie im Allgemeinen auf die Arbeitstherapie für chronisch hospitalisierte Patienten beschränkt gewesen, um die Patienten durch politische Erziehung (*Lin, 1985; Shen, 1985*) zur „Teilnahme am Aufbau des Sozialismus“ zu ermutigen (*Pearson & Phillips, 1994*) bzw. die „pathologischen politischen Ideen“ auszutreiben (*Pearson, 1995*).

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass der Rehabilitation im *HKJC* (1986) kein gesondertes Kapitel gewidmet wird. Einzig im Abschnitt zur Prävention und zum Management psychischer Erkrankungen wird das Thema tangiert; Ziel der Rehabilitation sei nach Meinung des *HKJC* (1986, 166-198):

„[...] eine zufriedenstellende therapeutische Betreuung, adäquate Versorgung und rationale Unterbringung des Patienten sowie die gleichzeitige Ergründung der Ursachen, der Entstehung, der Entwicklung und der Gesetzmäßigkeiten von mentalen Erkrankungen“ (*HKJC, 1986, 166*).

Außerdem fungiere die psychiatrische Rehabilitation in China als politisches Instrument, um gesellschaftliche Unruheherde, die oftmals als von psychisch Kranken ausgehend gedeutet werden, zu kontrollieren (*Yip, 2006 & 2007*). Die Sensitivität gegenüber allgemeinen Störfeldern in der Gesellschaft, die verstärkt in der ersten Zeit nach der Kulturrevolution zu spüren war, spiegelt sich in diesem Zusammenhang auch im *HKJC* (1986, 167) wider.

Bei *Hao W.* (2008) hingegen ist die Rehabilitation zusammen mit der Prävention mentaler Störungen Inhalt eines eigenständigen Kapitels. Im Vergleich zum *HKJC* (1986) liefert *Hao W.* (2008, 248) folgende Begriffsbeschreibung einer Rehabilitation:

„Die Rehabilitation umfasst nach heutigem medizinischen Kenntnisstand im Allgemeinen die Wiedererlangung der physiologischen, psychologischen und beruflichen Funktionen...“ (*Hao W., 2008, 248*).

Darunter versteht er den Auftrag, soziale Fertigkeiten durch spezielle Trainingsprogramme wieder zu erlangen, die Medikamentenschulung und die Anleitung zum eigenständigen Management der Erkrankung unter Mithilfe der Familie (*Hao W., 2008, 248*).

Bei der Gegenüberstellung des Rehabilitationsbegriffes zeigen sich im Kontext ungleicher medizinischer Entwicklungsgrade deutliche Unterschiede der an die psychiatrische Rehabilitation gerichteten Ansprüche.

Für die Entwicklung von rehabilitatorischen Programmen im Allgemeinen sind in den Folgejahren der Kulturrevolution der „*China Welfare Fund for the Disabled*“ (gegründet 1984), die „*China Disabled Persons' Federation*“ (gegründet 1988) und *Deng Pufang* (ältester Sohn von *Deng Xiaoping*) verantwortlich gewesen (*Tian, Pearson, Wang, et al., 1994*).<sup>53</sup> Erste Vorstöße in Richtung nicht-biologischer Erklärungen psychischer Erkrankungen wurden gewagt und „Rehabilitation“ wurde zum Leitspruch der chinesischen Gesundheitsversorgung (*Pearson & Phillips, 1994*). Von ausschlaggebender Bedeutung für die Förderung psychiatrischer bzw. allgemeiner Rehabilitation in China ist nach *Pearson & Phillips (1994)* jedoch die politische Unterstützung, die sich erst ab Mitte/Ende der 1980er-Jahre abzeichnete. Dieser Hinweis könnte die Antwort auf die Frage liefern, warum die Rehabilitation kein thematischer Bestandteil des *HKJC* ist.

Mit Beginn der Reformära (1978) wurde in Anbetracht der medizinischen Versorgungsnotwendigkeiten die rehabilitatorische Versorgung durch die Gemeinde populär (*Xia, 1985; Yan & Zhang, 1990; Pearson & Phillips, 1994; Tian, Pearson, Wang, et al., 1994*). Von den vorherigen Rehabilitationsmodellen konnten lediglich das „Shanghai“- und „Daqing“-Modell wiederbelebt werden (*Hao W., 2008, 250*).<sup>54</sup> Bis in die 1990er-Jahre waren sie für die ersten Etablierungsversuche von Rehabilitationsprogrammen in China zuständig, auch wenn diese bei weitem nicht vermochten, eine flächendeckende Versorgung psychisch Kranker (v.a. der ländlichen Regionen) zu garantieren.

Entwicklungsprogramme seitens der *WHO*, des „*World Rehabilitation Fund*“ und weiterer internationaler Organisationen schlossen sich in ländlichen Regionen Chinas dem Ausbau psychiatrischer Versorgungsdienste an (*Wang, Gong, Niu, 1994*). Seit Verabschiedung der *CCMD-3* auf der III. Nationalen Versammlung zur mentalen Gesundheitsarbeit (2001) gilt es, die mentale Gesundheitsarbeit in China verstärkt voranzutreiben. Zusätzlichen Nachdruck

---

<sup>53</sup> Nachdem *Deng Pufang* zu Zeiten der Kulturrevolution von Rotgardisten aus dem Fenster im dritten Stock eines Gebäudes geworfen wurde (sein Vater wurde zu jener Zeit als Kapitalist beschuldigt und in ein ländliches Arbeitslager verschickt) und infolgedessen paraplegisch an den Rollstuhl gebunden war, hat er später die politische Macht seines Vaters, der 1978 wieder an die Macht kam, genutzt, um die Belange von Behinderten auf die nationale Agenda zu setzen (*Tian, Pearson, Wang, et al., 1994*). Er wurde zum Leiter des Zivilamtes, welchem der „*China Welfare Fund*“ und die „*China Disabled Persons' Federation*“ angehängt waren (*Wong, 1990*).

<sup>54</sup> Für ein besseres Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen dieser Rehabilitationsprogramme sei für das „Shanghai Modell“ auf *Zhang, Yan, Phillips (1994)* verwiesen.



verlieh dieser Arbeit die Volksgesundheits-Agenda (April 2002), die detaillierte Pläne zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung psychisch Kranker mit folgenden Zielen aufstellte (zitiert von *Hao W.*, 2008, 250): 1. Etablierung organisierter Kooperationen zwischen psychiatrischen Einrichtungen und kommunalen Netzwerken, 2. Verfassen spezieller Gesetze und Ausarbeitung eines Krankenversicherungssystems zur Förderung von psychisch Kranken, 3. Aufklärung der Bevölkerung bezüglich psychischer Erkrankungen, 4. Qualitätssteigerung der mentalen Gesundheitsversorgung auf fachlicher Ebene.

Folgende Institutionen stehen aktuell für rehabilitatorische Maßnahmen in der VR China zur Verfügung (nach *Hao W.*, 2008, 251-252): 1. die oben bereits erwähnte Führungsgruppe mentaler Gesundheitsarbeit, bestehend aus Gesundheits-, Zivilamt und dem Amt für öffentliche Sicherheit, 2. Arbeitseinheiten bzw. kommunale Gesundheitsschutzorganisationen (Danwei, 单位 bzw. Shequ baojian jigou, 社区保健机构), 3. betriebsärztliche Versorgung und Wohlfahrtswerke (Gongliao zhan, 工疗站 und Fuli gongchang, 福利工场), 4. psychiatrische Krankenhäuser, 5. Allgemeinkrankenhäuser mit Fachabteilung für „Mentale Gesundheit“, 6. weitere Institutionen wie Nachbarschaftskomitees, Tages- und Nachtkliniken, Langzeitpflegestationen, Konsiliarier, Schulung für Familien etc.

Die Rehabilitation findet in China im stationären und ambulanten Bereich statt, d.h. in psychiatrischen Kliniken und auf kommunaler Ebene; detaillierte Beschreibungen finden sich bei *Hao W.* (2008, 248-255): Der Großteil der Therapie und Rehabilitation entfällt demzufolge auf die psychiatrischen Krankenhäuser oder Sanatorien, was dadurch erklärt werden kann, dass die Familienmitglieder oder die für den Betroffenen verantwortliche Arbeitseinheit (Danwei, 单位) oftmals nicht wagen, den psychisch Kranken zu Hause bzw. in die Arbeitseinheit aufzunehmen (*Luo & Yu*, 1994; *Hao W.*, 2008, 248). Psychisch Kranke verbleiben fernab von ihren Familien und der Gesellschaft für lange Zeit in psychiatrischen Einrichtungen, was den fortschreitenden psychischen Zerfall zur Folge hat (*Weng, Xiang, Liberman*, 2005). Ziel ist es daher, bereits während des stationären Aufenthaltes mit rehabilitatorischen Maßnahmen wie der sog. „Arbeits- und Erfrischungstherapie“ (Gongyu zhiliao, 工娱治疗) zu beginnen, um diesem Circulus vitiosus entgegen zu wirken (*Hao W.*, 2008, 248).

Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen stationär oder ambulant und beinhalten aktive und passive Musiktherapie, Tanz-, Lese-, Fernseh- und Sporttherapie, Gartenarbeit, einfaches Aufgabentraining in Anlehnung an den ausgeübten Beruf oder den Ausbildungsstand, Ergotherapie, Berufstraining (z.B. Handhabung des Computers) etc., die durch Ärzte,

Pflegekräfte und Sozialarbeiter begleitet werden; die stationären Maßnahmen umfassen im Wesentlichen das Training des Alltagsverhaltens (Körperpflege, soziale Kommunikation, Freizeitaktivitäten), des Lernverhaltens (Unterricht in Klassen oder Selbststudium) und des Arbeitsverhaltens (Arbeitstherapie) (Hao W., 2008, 254).

Um das Konzept der poststationären kommunalen Rehabilitation (Shequ kangfu, 社区康复)<sup>55</sup> vorzustellen, wird bei Hao W. (2008, 249) auf die Definition der WHO verwiesen. Mit dem Schwerpunkt, moderne Modelle der Gemeindeversorgung zu schaffen, habe man sich im Falle Chinas von den eigenen verabschiedet und nach ausführlichem internationalen Vergleich für das „Viktorianische Modell“ (Melbourne, Australien) entschieden (Hao W., 2008, 250). Das im September 2004 etablierte „686“-Programm stellt eine Kooperation zwischen „Asia Australia Mental Health“ (AAMH) und ihren Partnern<sup>56</sup> dar. Finanziert werde das Programm laut Hao W. (2008, 250) mit einer Förderungssumme von rund 6,9 Mio. RMB (~ 690 Tausend Euro) vom chinesischen Gesundheitsministerium (MOH), während das „Institut für Mentale Gesundheit“ der Pekinger Universität und das „Mental Health Centre of China“ (CDC) für die Entwicklung und das Management verantwortlich seien; seit 2005 wurden in China 60 solcher Modell-Regionen etabliert (AAMH, 2009).

Um das Arbeitskräftepotenzial zu erhöhen, wurde ein dreiteiliges Trainingsprogramm initiiert, in das „Asia Australia Mental Health“, „Institute of Mental Health, Peking University“ und „Chinese University of Hong Kong“ involviert wurden. Bis 2007 wurden Trainingssitzungen für Psychiater, Gemeindeärzte, Polizisten, Verantwortliche der Gemeinde und Familienangehörige von Patienten geführt und Systeme der Patienteninformation ausgebaut; die Kosten für diese Programme lagen laut Hao W. (2008, 250) 2006 bei > 10 Mio. RMB (~ 1 Mio. Euro), 2007 15 Mio. RMB (~ 1,5 Mio. Euro) und 2008 rund 27 Mio. RMB (~ 2,7 Mio. Euro).

Wichtige Inhalte dieses neuen Systems der mentalen Gesundheitsversorgung sind die Registrierung schwerer psychisch Kranker sowie der Versuch, ihnen eine kostenfreie stationäre Behandlung zu ermöglichen. Laut Ma, Liu, Yu, et al. (2009) konnten somit bis Oktober 2007 81.441 akute psychische Erkrankungen registriert werden, 30.261 Patienten sind regelmäßig zur

---

<sup>55</sup> „Community-based rehabilitation“ (CBR) wurde durch die „World Health Organisation“, der Deklaration der Alma-Ata 1978 folgend, begründet, deren Strategie darauf basiert, den Zugang zu Rehabilitationsmöglichkeiten für sozial schwache Menschen mit Behinderungen in Ländern mittleren Einkommens zu verbessern, indem lokale Ressourcen optimal genutzt werden – siehe WHO (2004).

<sup>56</sup> Partner sind u.a. auf australischer Seite „Beyond Blue“, „The Mental Illness Fellowship“, DFAT, „The Victorian“, „Commonwealth Departments of Health“ und auf chinesischer Seite „Mental Health Centre of China“ (Zhongguo jibing yufang kongzhi zhongxin, 中国疾病预防控制中心, CDC), das chinesische Gesundheitsministerium (MOH) und das „Institut für Mentale Gesundheit“ der Universität Peking.

Nachsorge gekommen bzw. haben an einem Rehabilitationsprogramm teilgenommen, 11.641 Patienten erhielten frei Medikamente und 2.083 eine kostenlose Behandlung.

Bestandteil der kommunalen Versorgung in China ist des Weiteren das sog. „Case-Management“ (Ge`an guanli, 个案管理),<sup>57</sup> das sich, international gesehen, aufgrund einer Reduktion hospitalisierungsbedürftiger psychisch Kranker und einer erhöhten kommunalen Gesundheitsversorgung bei gleichbleibenden oder niedrigeren Kosten profiliert hat (*Hao W.*, 2008, 251).<sup>58</sup> Anders als in entwickelten Ländern sind die Grundvoraussetzungen für den Erfolg des „Case Management“ in China jedoch nicht gegeben. Hier stellen hauptsächlich die große Bevölkerungszahl und der Personalmangel in der Psychiatrie die psychiatrische Versorgung in China vor Schwierigkeiten (*Zhang, Yan, Phillips*, 1994; *Yip*, 2007). Lösungsansätze, das Problem der großen chinesischen Population im Gesundheitswesen zu kompensieren, zielen in China, wie Mitte des 20. Jh., auf die Gemeindeversorgung. Die Umsetzbarkeit des „neuen“ Mottos der kommunalen psychiatrischen Rehabilitation „Anpassung an die Erfordernisse von Individuen, Ganzheitlichkeit und Nachhaltigkeit“ (Gexinghua, zhengtihua, changqihua, 个性化、整体化、长期化) (*Hao W.*, 2008, 249) muss aus diesem Grund zum aktuellen Zeitpunkt kritisch hinterfragt werden. Ob sich der Begriff „Ganzheitlichkeit“ in diesem Rahmen auf traditionelle Konzepte der chinesischen Volksheilkunde bezieht, geht bei *Hao W.* (2008) nicht deutlich genug hervor.

Obwohl eine deutliche Ausrichtung nach internationalen Standards seit den 1980er-Jahren verzeichnet werden konnte, ist die psychiatrische Rehabilitation bis heute weitgehend auf die Medikamentenschulung, Registrierung für Nachsorgeprogramme und Arbeitstherapie beschränkt. Neben dem Aspekt limitierter Ressourcen herrscht im psychiatrischen Bereich auf chinesischer Seite laut *Pearson & Phillips* (1994) Uneinigkeit über die professionelle Definition der Rehabilitation. *Zhang, Yan, Phillips* (1994) führten dies auf zwei limitierende Faktoren zurück: 1. auf inadäquate Einrichtungen und Fachkräftemangel, die den Bedarf der vielen psychiatrischen Patienten nicht zu decken vermögen und 2. auf die in der Bevölkerung herrschenden verzerrten Vorstellungen von mentalen Erkrankungen aufgrund eines oberflächlichen Verständnisses,

---

<sup>57</sup> Vorbild ist das amerikanische Modell, das in den 1970er-Jahren entwickelt wurde.

<sup>58</sup> Im Rahmen des „Case-Management“ wird jedem psychisch Kranken ein verantwortlicher „Case-Manager“ zugeteilt, der sich, als Vermittler zwischen den Versorgungsinstitutionen, dem Patienten und seiner Familie fungierend, um die sozialen und gesundheitlichen Belange des Patienten kümmert. Zusammen mit dem Patienten und seiner Familie wird ein „individueller Serviceplan“ (Getihua de fuwu jihua, 个体化的服务计划) abgestimmt, der Behandlungsmaßnahmen, Präventionsprogramme, Motivationsstrategien etc. beinhaltet sowie allgemeine soziale Hintergründe des Patienten dokumentiert und mindestens alle sechs Monate neu evaluiert wird. Die Beschreibung bezieht sich auf *Hao W.* (2008, 251).

sodass die Notwendigkeit von rehabilitatorischen Maßnahmen für Patienten mit mentaler Invalidität bezweifelt wird. Außerdem sind die meisten Rehabilitationsprogramme selbstversorgend, d.h. der Kostenträger ist der Patient, der sich diesen „Luxus der Rehabilitation“ oftmals nicht leisten kann (Yip, 2007).

Mit der tendenziellen Verlagerung von akut kranken, stationären Patienten zu den poststationären mit chronischen psychischen Erkrankungen (Luo & Yu, 1994) erweitert sich das Betätigungsfeld des mentalen Gesundheitservices, womit sich das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen gestellt sieht.

Anders als in westlichen Ländern ist die Unterstützung und Partizipation gemeindebasierter Wohlfahrtsdienste aufgrund fehlender unabhängiger oder religiöser Organisationen in China Aufgabe der chinesischen Regierung (Zhang, Yan, Phillips, 1994). Die Rehabilitation und Prävention psychischer Störungen setzt daher eine enge Zusammenarbeit mit der Regierung und den sozialen Einrichtungen voraus (Pearson & Phillips, 1994; Hao W., 2008, 251). Ob diese Voraussetzungen momentan in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung gewährleistet sind, kann an dieser Stelle nur kritisch hinterfragt werden.

Zusammenfassend kann bezüglich der Prävention und Rehabilitation psychischer Störungen im Lehrbuchvergleich festgehalten werden, dass sie sich im *HKJC* (1986) in den Anfängen befanden. Unausgereifte Konzepte, die sich hauptsächlich auf die Rückfallprophylaxe schwerer psychiatrischer Krankheitsbilder wie der Schizophrenie konzentrieren, sind kennzeichnend für eine Psychiatrie kurz nach Ende der Kulturrevolution.

Wie das Zitat von Hao W. (2008) am Anfang dieses Kapitels treffend beschreibt, werden die Prävention und Rehabilitation als Kernaufgabe und Hauptherausforderung der heutigen psychiatrischen Versorgung in China angesehen. Entsprechende Maßnahmen und Förderungsprogramme mit internationaler Hilfe wurden mittlerweile etabliert. Vor dem Hintergrund eines bis heute nicht abgeschlossenen Entwicklungsprozesses Chinas, dem auch das chinesische Gesundheitssystem und die Psychiatrie unterworfen sind, bleibt der Langzeiterfolg und weitere Werdegang präventiver und rehabilitatorischer Maßnahmen für mentale Störungen abzuwarten.

### 3.9 Beispiel Schizophrenie

Die Schizophrenie ist eine schwere psychische Erkrankung. Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität sind kennzeichnend für diese endogene Psychose, die unbehandelt zu starken Beeinträchtigungen des täglichen Lebens und sozialen Umfeldes führt. Im stationären Bereich der Psychiatrie in China ist sie mit dem Symptom Psychose (z.B. Shanghai 80,9 Prozent, Nanjing 81,9 Prozent)<sup>59</sup> eine der am häufigsten gestellten Diagnosen (Wang XL, 1994).

Schizophrenien kommen in allen Kulturen der Welt mit gleicher Häufigkeit vor, das jeweilige Erscheinungsbild wechselt jedoch mit den soziokulturellen Gegebenheiten. So findet man beispielsweise den Subtyp Katatonie in Industrieländern viel seltener als in Entwicklungs- und Schwellenländern bzw. fast gar nicht mehr (Chandrasena, 1986; Ungvari, et al., 2007). Die Inzidenz für Schizophrenie variiert zwischen 0,1 bis 0,4 pro 1000 Erwachsene einer Population pro Jahr (Jablensky, et al., 1992), weltweit sind rund 29 Millionen Menschen betroffen, wovon 20 Millionen auf Entwicklungsländer oder wenig entwickelte Länder fielen (Barbato, 2011).

Mit zunehmender Urbanisierung und damit einhergehender kultureller Isolation (Faris, 1934) im Zuge eines westlichen Lebensstils (Jablensky & Sartorius, 1975) sind die Zahlen weiter ansteigend. Lag die Zeitpunktprävalenz für Schizophrenie in Peking 1982 noch bei 5,69 Prozent, hat sie 1991 7,12 Prozent erreicht (Guo, Zhu, Huang, 1994).

Die *Weltgesundheitsorganisation* (2011) stuft die Schizophrenie neben den großen Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus oder koronare Herzkrankheit als eine der weltweit teuersten Krankheiten ein; die Gründe sind ihre Häufigkeit, Chronizität und Beeinträchtigung im Alltag. Die Pathophysiologie ist bis heute nicht eindeutig geklärt, sodass derzeit nur eine rein symptomatische Therapie existiert; 50 Prozent der Schizophrenen erhielten keine adäquate Versorgung (WHO, 2011).

Dass die Diskussion über die sich verändernden Konzepte der Schizophrenie und deren Effekte zur Abschätzung der jeweiligen Folgen relevant geworden ist (Andreasen, 1994), demonstriert das Beispiel China, wo Schizophrenie-Kranke selbst unter Einsatz moderner Psychopharmaka und internationaler Behandlungsrichtlinien kein befriedigendes Resultat verzeichneten (Xiang, Li, Weng, et al., 2004).

Aufgrund der oben genannten Komplexität dieser Erkrankung und ihrer Auswirkungen auf die in China propagierte „harmonische Gesellschaft“ (Hexie shehui, 和谐社会) stellt die frühe

---

<sup>59</sup> Daten sind aus einer epidemiologischen Untersuchung über psychische Krankheiten in China 1982 (Wang XL, 1994).

Diagnose und Therapie mit anschließender Rehabilitation und Nachsorge in besonderem Maße eine Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung dar. Aus diesem Grund sollen im Folgenden am Beispiel der Schizophrenie die besondere Problematik der medizinischen Versorgung von psychisch Kranken in China erörtert und durch den Vergleich zweier Lehrbücher konkrete medizinhistorische Entwicklungstendenzen beispielhaft aufgezeigt werden.

### 3.9.1 Definition

Die Terminologie „Schizophrenie“ wird im Chinesischen mit „Jingshen fenlie zheng“ (精神分裂症) übersetzt und bedeutet, ähnlich wie die altgriechische Ableitung „s'chizein“ (σχίζειν) „abspalten“ und „phrēn“ (φρήν) „Seele/ Zwerchfell“, „das Syndrom des gespaltenen Geistes“. Seit Einführung der Fachrichtung Psychiatrie in das chinesische Gesundheitssystem hat der Begriff bis heute keine Veränderung erfahren, sondern wurde eins zu eins von „westlichen“ Aufzeichnungen übertragen.

Die Grundlage bilden dabei die Theorien von *Kraepelin* (1893) und *Bleuler* (1911), die in beiden chinesischen Lehrbüchern für Psychiatrie in einem kurzen medizinhistorischen Rückblick Erwähnung finden (*HKJC*, 1984, 293-295; *Hao W.*, 2008, 89). Einigung besteht auch darüber, dass es sich bei der Schizophrenie um eine eigene Krankheitsentität handelt (*HKJC*, 1984, 295; *Hao W.*, 2008, 89).

Bei *Hao W.* (2008, 89) ist folgende Definition zu finden:

„[Die Schizophrenie] ist eine Erkrankung [bestehend aus] einer Gruppe unklarer Krankheitsursachen, die meist im Jugendalter auftritt und häufig durch eine Störung der Perzeption, des Denkens, der Emotionen, des Verhaltens usw. sowie einer Disharmonie der psychischen Aktivität [gekennzeichnet ist]. In der Regel [geht sie] ohne Bewusstseinsstörungen oder deutliche Intelligenzminderung [einher] und ist von langwierigem Verlauf.“

Diese Definition wird im *HKJC* (1984, 295) um den Integritätsverlust psychologischer Prozesse und den psychosozialen Zerfall ergänzt.

### 3.9.2 Inzidenz und Prävalenz

Nach Ende der Kulturrevolution (1976) ist die Schizophrenie in China die meist gesehene Erkrankung in der Psychiatrie; mehr als 80 Prozent der Patienten, die aufgrund psychischer

Erkrankung stationär behandelt werden, tragen die Diagnose Schizophrenie (*HKJC*, 1984). Aktuellere Daten schätzen, dass in China rund 4,25 Mio. Menschen an Schizophrenie erkrankt sind (*Phillips, Yang, Li, et al.*, 2004). Die Prävalenz für Schizophrenie bei Erwachsenen beträgt international ca. ein Prozent, in China liegt sie deutlich höher (*Hao W.*, 2008).<sup>60</sup>

Die Gründe dafür sind unbekannt, obwohl Vermutungen geäußert werden können, dass der ehemalige sowjetische Einfluss mit seiner missbräuchlichen politischen Instrumentalisierung der Psychiatrie in China zumindest bis Ende des 20. Jh. nachwirkte, in dessen Gefolge die Diagnose Schizophrenie (bzw. die sog. „Sluggish schizophrenia“) verwendet wurde (*Munro*, 2002).

Zwischen 1982 und 1993 hat die Lebensprävalenz für Schizophrenie in China im Mittelwert beinahe konstant bei 6,12 Prozent (1982 bei 5,69 Prozent, 1993 bei 6,55 Prozent) gelegen (*Hao W.*, 2008, 89-90). Aktuellere Daten beziehen sich auf einzelne Provinzen, die jedoch keine allgemein gültigen Aussagen treffen können, da die Prävalenz der Schizophrenie in einem engen Zusammenhang mit wirtschaftlichen Faktoren steht und sich die Entwicklungsstandards von Provinz zu Provinz stark unterscheiden (*Hao W.*, 2008).<sup>61</sup>

„Die Prävalenz für Schizophrenie und affektive Störungen scheint nicht von sozialen Veränderungen beeinflusst zu werden“ (*Liu*, 2000, 127).

Jedoch entscheidet der Entwicklungsstand der medizinischen Versorgung und Krankheitsaufklärung der Bevölkerung darüber, inwieweit psychische Auffälligkeiten erkannt und zur Diagnose Schizophrenie führen. Ebenso könnte das Phänomen der höheren Prävalenz für Schizophrenie in der Stadt (1982 6,06 Prozent) als auf dem Land (3,42 Prozent) (*Shen*, 1990) auf eine höhere Todesrate der Hochrisikopatienten auf dem Land zurückzuführen sein, bei denen die Erkrankung noch nicht diagnostiziert wurde (*Phillips, Yang, Li, et al.*, 2004).

Einzigartig im Vergleich zu internationalen Statistiken verhält sich in China die Prävalenz hinsichtlich der Geschlechterverteilung: Frauen seien häufiger betroffen als Männer (*HKJC*,

---

<sup>60</sup> *Hao W.* (2008) erläutert hier nicht näher, ob es sich um Zahlen aus Wohlstandsländern handelt, die weltweit Gültigkeit besitzen. Bis heute werden in der medizinischen Fachwelt vergleichende Unterschiede zwischen „Osten“ und „Westen“ und zwischen Entwicklungs-/Schwellenland und Wohlstandsland angestellt.

<sup>61</sup> Die Lebensprävalenz habe z.B. in der Provinz Hebei 2004 bei 6,62 Prozent gelegen, die Point-Prävalenz bei 5,46 Prozent, in der Provinz Zhejiang habe die Point-Prävalenz 2001 bei 3,01 Prozent gelegen (*Hao W.*, 2008).

1984; *Hao W.*, 2008). Methodologische Erklärungen wurden diesbezüglich in der Studie von *Phillips, et al.* (2004) verneint. Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen könnte in der Tatsache der kulturell unterschiedlichen Krankheitspräsentation begründet liegen, wonach beim männlichen Geschlecht signifikant häufiger unspezifische Symptome zu finden seien im Vergleich zu „positiven“ Symptomen bei Frauen (*Jin, Shi, Xu, et al.*, 1997). Demnach ist anzunehmen, dass weibliche Schizophrenie-Patienten aufgrund prägnanter Symptomatik womöglich eher detektiert werden können, während bei männlichen chinesischen Patienten eher die Gefahr besteht, durch das diagnostische Raster zu fallen.

Auf die Problematik des Einsatzes westlicher Messinstrumente für die Diagnose psychischer Erkrankungen im asiatischen Kulturkreis machte *Kleinman* bereits in den 1970er-Jahren aufmerksam. Kulturelle, soziale und ökonomische Besonderheiten einer Gesellschaft können das komplexe Zusammenspiel zwischen Risiko- und protektiven Faktoren für Schizophrenie modulieren (*DeLeo*, 2003).

Das durchschnittliche Erkrankungsalter der Schizophrenie liegt in China zwischen dem 15. und dem 25. Lebensjahr, wobei Frauen, anders als das männliche Geschlecht, oftmals einen zweiten Erkrankungsgipfel nach dem 31. Lebensjahr aufweisen (*HKJC*, 1984). Im Vergleich zu den Jahren nach der Öffnungsreform (1970er- bis 1990er-Jahre) ist das Erkrankungseintrittsalter gesunken, was auf das stärkere Bewusstsein der Bevölkerung mit der Möglichkeit der Früherkennung zurückzuführen ist (*Shi, Wang, Xu, et al.* 1997).

Nach *Hao W.* (2008, 89-90) ist die Schizophrenie nicht nur aufgrund ihres frühen Auftretens, ihrer starken funktionellen Einschränkung, des chronischen Verlaufs sowie der extremen Belastung für den Patienten und dessen Familie eine ernst zu nehmende Erkrankung, sondern sie zieht auch weitere Gefährdungen wie z.B. die Entwicklung von Substanzmissbrauch (Nikotin 90 Prozent) und Suizid (50 Prozent Suizidversuche, ~ 10 Prozent Suizid mit Erfolg) nach sich; die Lebensverkürzung beträgt rund 20 Prozent. Die hohe jährliche Suizidrate von Schizophrenen (von jährlich insgesamt 284.614 Suiziden in China seien 28.737 Schizophrenen zuzuschreiben) stellt ein großes Problem in der öffentlichen Gesundheitspolitik in China dar (*Phillips, Yang, Li, et al.*, 2004).

Die Untersuchung von *Chen, Shen, Zhang, et al.* (1998) beobachtete im Rahmen der beschleunigten wirtschaftlichen Entwicklung Chinas von 1982 bis 1993 einen sozialen Verschiebungsprozess hin zu negativen sozialen Lebensbedingungen von Schizophrenen; der soziale Abstieg mit Ausschluss aus der Gesellschaft, Isolation und erhöhter Rückfallneigung setze einen Teufelskreis in Gang, der dem Staat finanziell Schaden zufüge und das



Gesundheitssystem vor wachsende Herausforderungen stelle. Nach *Chen, Shen, Zhang, et al.* (1998) müssten den Schizophrenen in der öffentlichen Gesundheitsplanung Chinas größere Aufmerksamkeit entgegengebracht und spezielle Präventionsprogramme für suizidale Schizophrenie entwickelt werden (*Phillips, Yang, Li, et al.*, 2004).

### **3.9.3 Pathogenese**

Trotz weltweiter Forschungsbemühungen seit den 1950er-/1960er-Jahren ist die Pathogenese der Schizophrenie bis heute nicht gänzlich verstanden und bedarf weiterer Forschung. Konsens besteht allgemein darüber, dass es sich um ein multifaktorielles Geschehen handelt, wobei insbesondere genetische und biologische Faktoren eine Rolle spielen (*Fabisch, Kroisel, Fabisch*, 2005). Neurologische Entwicklungsstörungen und psychologisch-gesellschaftliche Faktoren werden in den chinesischen Lehrbüchern lediglich entfernt diskutiert. Dies zeigt, dass soziopsychologische Aspekte in der Psychiatrie in China im Allgemeinen bis heute ein mehr oder minder problematisches Thema im Vergleich zu den rein wissenschaftlichen genetischen und biologischen Ansätzen darstellt (*Pearson & Phillips*, 1994).

Obwohl zwischen den basalen Charakteristika mentaler Störungen keine Unterschiede bestehen (*Liu*, 2000), zeigte sich u.a. am Beispiel der Schizophrenie, dass geographische, (inter-)kulturelle und gesellschaftliche Abweichungen existieren können. Als noch gravierender könne jedoch der uneinheitliche Gebrauch von Diagnosestandards sowie der gesellschaftliche Umgang mit schizophrenen Patienten angesehen werden (*Hao W.*, 2008, 89). Aufgrund der Fortschritte im wissenschaftlichen Bereich in den letzten 30 Jahren ist verständlich, dass sich der unterschiedliche Entwicklungsstand der Forschung auch bezüglich der Schizophrenie in beiden Psychiatrielehrbüchern widerspiegelt. Dies soll im Nachfolgenden anhand der unterschiedlichen pathogenen (genetischen, biologischen, umweltbedingten und psychosozialen) Faktoren demonstriert werden.

#### Genetische und biochemische Faktoren der Schizophrenie:

Zwillings-, Familien- und Adoptionsstudien haben weltweit auf die Relevanz genetischer Faktoren bei der Entstehung von Schizophrenie aufmerksam gemacht; außerdem handelt es sich um einen polygenen Erbgang (*HKJC*, 1984; *Hao W.*, 2008).

Das *HKJC* (1984) verweist in diesem Zusammenhang neben internationalen Studien auf eine Vielzahl chinesischer Zwillingsstudien; aber auch innovative Studien zur Chromosomenforschung und Detektion genetischer Marker wie die Identifikation von

Thrombozyten-Monoaminoxidase, Humane Leukozyten-Antigene (HLA) sowie Studien zur Dermatoglyphenlehre, deren Resultate zum Zeitpunkt der Lehrbuch-Publikation noch ausstanden, werden genannt.

Als Versuch, genetische Studien mit der bei Schizophrenie häufig unterschiedlich anzutreffenden klinischen Symptompräsentation zu kombinieren, führte *Man Tian* (满田, 1963<sup>62</sup>, zitiert von *HKJC*, 1984, 299) in Anlehnung an die vier *Mendelschen* Erbgänge vom dominanten, rezessiven, intermediären und kombinierten Typ folgende vier pathogenetische Einteilungsformen für Schizophrenie ein: „Klassischer Typ“ (Dian xing, 典型), „Intermediärer Typ“ (Zhongjian xing, 中间型), „Atypischer Typ“ (Feidian xing, 非典型) und „Paraphrenie“ (Wangxiang chidai, 妄想痴呆). Tabellarisch wird im *HKJC* (1984, 299) veranschaulicht, dass der „Klassische Typ“ (72,5 Prozent) mit der rezessiven Vererbungsform vergesellschaftet sei, die „Paraphrenie“ (86,6 Prozent) mit der dominanten und der „Atypische Typ“ zu gleichen Anteilen von 42,2 Prozent mit der dominanten und rezessiven.

Seit den 1950er-/1960er-Jahren standen neben klinischen Studien zur Genetik weltweit biochemische Modelle im Mittelpunkt der Forschung. Es existierten Forschungsgruppen mit Hypothesen zu Epinephrin, Serotonin, Dopamin-Hyperaktivität, Endorphin, Methyltransferase, Mono-Kohlenstoffatomring, Absorption von Tryptophan, Defekt des Tryptosol-Metabolismus, Histamin etc. (*HKJC*, 1984). Die Frage neurobiochemischer Prozesse und der Plastizität des Nervensystems im Zusammenhang mit der Pathophysiologie der Schizophrenie wird zwar im *HKJC* (1984) berücksichtigt – welche konkreten Zusammenhänge jedoch bestehen, bleibt, im Gegensatz zu der genetischen Hypothese, aufgrund des limitierten wissenschaftlichen Kenntnisstandes unklar.

Der Forschungsstand von 2008 erlaubt *Hao W.* (2008, 90) konkrete Chromosomenlokalisationen<sup>63</sup> und Gene<sup>64</sup> zu benennen, deren genaue Funktionen und Wirkungen jedoch bis dato noch unklar seien, da man „von einer genetischen Diagnostik und Therapie noch weit entfernt“ sei (*Yang, Ji, Bai*, 2001). Laut *Hao W.* (2008, 90) bedarf es zukünftiger Forschung und der Entwicklung von Genchips, wodurch Untersuchungen zur Genexpression bei Schizophrenie beschleunigt sowie ein wichtiger Anstoß für die Entwicklung neuer Medikamente gegeben werden könnte (*Cui & Jiang*, 2004).

---

<sup>62</sup> Keine genaueren Angaben verfügbar.

<sup>63</sup> Als Chromosomenlokalisationen werden bei *Hao W.* (2008, 90) u.a. folgende genannt: 1q21-22, 6p22-24, 6p21-22, 8p21-22, 10p11-15, 13q14-32, 15q13-15, 22q11-13.

<sup>64</sup> Als Gene werden bei *Hao W.* (2008) u.a.  $\alpha$ -7-Nikotinrezeptor, DISC1, GRM3, Dysbindin, COMT, NRG1, RGS1, RGS4 und G72 aufgeführt.

Außerdem werden bei *Hao W.* (2008, 91) die drei gängigsten neurobiochemischen Hypothesen präsentiert: die Dopamin-, die 5-HT- und die Glutamat-Hypothese. An der Dopaminhypothese wurde bereits seit den 1960er-Jahren geforscht, sodass sie auch im *HKJC* (1984) Erwähnung findet; ein Zusammenhang mit Histamin und seinem Rezeptor 5-HT wurde ebenfalls früh, jedoch eher randständig untersucht. Ein zentraler Mangel des Neurotransmitters Glutamat, v.a. im mittleren Temporallappen, wird bei *Hao W.* (2008, 90-91) als dritte Ursache der Schizophrenie genannt. *Hao W.* (2008) macht außerdem darauf aufmerksam, dass neben den oben genannten drei weitere Neurotransmitter – z.B. GABA, Neuropeptide, der Epinephrin-Rezeptor, Acetylcholin oder Secondmessenger – in der Pathogenese der Schizophrenie eine Rolle spielten.

#### Biologische und umweltbedingte Faktoren der Schizophrenie:

Trotz vieler anatomischer Studien äußert sich das *HKJC* (1984, 332) zurückhaltend bezüglich struktureller pathologischer Veränderungen bei Schizophrenen:

„Die Schizophrenie lässt noch keine einheitlichen, charakteristischen großen anatomischen Veränderungen erkennen, ebenso kann die Histologie nicht zeigen, dass sie in jedem Fall besondere pathologische Veränderungen besitzt [...] Im Vergleich zur Kontrollgruppe [bestehen] keine direkten Unterschiede.“

Metabolische Funktionsstörungen im Bereich des Diencephalons werden im *HKJC* (1984) lokalisierten vaskulären Störungen zugeschrieben.

Auf zwei weitere biologische Phänomene wird im *HKJC* (1984) aufmerksam gemacht, die in der Pathogenese der Schizophrenie von Relevanz seien: das Alter und hormonelle Veränderungen. Hormonveränderungen könnten möglicherweise den bereits erwähnten zweiten Erkrankungsgipfel bei Frauen nach dem 30. Lebensjahr erklären.

*Hao W.* (2008, 90) zufolge konnten bei Obduktionen schizophrener Patienten hirmorphologische Veränderungen makro- und mikroskopischer Art nachgewiesen werden: Mikroskopisch ist eine gestörte Zytoarchitektonik in einzelnen paralimbischen Regionen erkennbar, makroskopisch im Bereich des limbischen Systems und der Temporallappen Atrophie und Asymmetrie; in der zerebralen Bildgebung fallen Erweiterungen der Seitenventrikel und des dritten Ventrikels sowie eine Atrophie des zerebralen Kortex auf. Diese anatomischen Veränderungen bestehen laut *Hao W.* (2008, 90) bereits vor Erkrankungsbeginn, sie sind durch

eine medikamentöse Therapie nicht beeinflussbar. Daraus folgert der Autor, dass die Veränderungen auf genetische Ursachen zurückzuführen seien. In der Klinik fielen diese Patienten durch angeborene Anomalitäten und Adaptationsstörungen sowie besondere Charaktereigenschaften auf (*Hao W.*, 2008, 90).

Als neurophysiologische Veränderungen werden bei *Hao W.* (2008, 90-91) Störungen der langsamen Augenfolgebewegungen, statistische Auffälligkeiten evozierter Potenziale (P 300) und weitere diverse neurophysiologische Abweichungen, die nur bei einem Teil der Patienten, aber auch bei deren gesunden Angehörigen zu finden seien, benannt.

Des Weiteren werden neurologische Entwicklungsstörungen erwähnt, die zur Entstehung von Schizophrenie beitragen können. Dazu gehören Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt wie Grippeviruskrankungen, maternale Deprivation, Rhesusfaktor-Inkompatibilität oder die Geburt im Winter usw. (*Hao W.*, 2008, 90), d.h. Einflüsse, die die vulnerable Phase der Neokortexentwicklung stören und infolgedessen zu Entwicklungsstörungen führen.

In Anlehnung an die Theorie der Dopamin-Hyperaktivität und des Phänomens des saisonalen Auftretens der Schizophrenie fanden *Su, Su, Zhang, et al.* (1996) heraus, dass die Dopaminkonzentration, ähnlich wie das Konzept von „Qi“ in der chinesischen Volksheilkunde, im Rahmen der vier Jahreszeiten physiologischen Schwankungen unterliegt: im Frühjahr und Sommer ist der Dopaminspiegel hoch, im Herbst und Winter niedrig.<sup>65</sup> Ähnliche Aussagen zur Häufigkeitsverteilung des Auftretens von Schizophrenie in Abhängigkeit der vier Jahreszeiten finden sich im *HKJC* (1984, 295). Dass zwischen Umwelteinflüssen und der Gesundheit bzw. Krankheit eines Menschen ein enger Zusammenhang besteht, wird vom *HKJC* (1984) an zweierlei Stelle aufgegriffen, nämlich in den Kapiteln „Chinesische Medizin“ und „Pathogenese psychischer Erkrankungen“. Der Bezug zu traditionellen chinesischen Konzepten, wie ihn das *HKJC* (1981, 1984, 1986) durchgehend aufrechterhält, wird auch am Beispiel der Schizophrenie deutlich und demonstriert die konzeptionelle Mehrdeutigkeit und Widersprüchlichkeit der Psychiatrie Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre. Obwohl Forschungsbemühungen im *HKJC* (1981, 1984, 1986) nach „westlichem“ Vorbild erkennbar sind, unterscheiden sich der medizinische Entwicklungsstand und die gegebenen Forschungsvoraussetzungen der beiden Lehrbücher deutlich voneinander.

---

<sup>65</sup> „Mit dem Frühlingsbeginn entstehe das kleine Yang-Qi, im Sommer sei das Yang-Qi am kraftvollsten und habe seinen Höhepunkt erreicht, im Herbst entstehe das Yin-Qi und im Winter sei das Yin-Qi am kleinsten“ (*Su, Su, Zhang, et al.*, 1996).

### Gesellschaftspsychologische Faktoren der Schizophrenie:

Als in den 1950er- und 1960er-Jahren im Westen Erkenntnisse über die biologischen und genetischen Faktoren der Schizophrenie gewonnen wurden, traten die psychologischen Theorien in den Hintergrund. Im Falle Chinas lassen sich zwei Erklärungen für die fehlende Berücksichtigung gesellschaftspsychologischer Ansätze finden:

- 1.) Der politische Verbund zur ehemaligen Sowjetunion in den 1950er-Jahren ließ China am weltweiten Entwicklungsprozess wissenschaftlicher Theorien zur Pathogenese mentaler Störungen (v.a. *Pawlowscher* biomedizinischer Modelle) partizipieren.
- 2.) Unter der Politik von *Mao Zedong* wurden Ansätze einer Sozialwissenschaft verbannt (*Chin & Chin*, 1969; *Wong*, 1992), während biologische Konzepte politische Unantastbarkeit versprachen (*Pearson & Phillips*, 1994).

Es ist daher nicht verwunderlich, dass sich das *HKJC* (1984) von der Annahme distanziert, dass psychologische und gesellschaftliche Faktoren in der Entstehung der Schizophrenie von entscheidender Relevanz sind; vielmehr werden sie:

„[...] als eine Art Prädisposition verstanden, die zur Ausprägung gewisser Symptome führen sowie den Schweregrad und die Prognose bestimmen können“ (*HKJC*, 1984, 319).

Krankheitsauslösende gesellschaftliche Faktoren werden im *HKJC* (1984) allgemein gehalten. Beispielsweise wird ähnlich wie bei *Faris* (1934) in diesem Zusammenhang die soziale Isolation erwähnt, die die höhere Inzidenz für Schizophrenie in der Großstadt als auf dem Land zu erklären versucht (*HKJC*, 1984, 322). Des Weiteren zählt das *HKJC* (1984) das familiäre Umfeld zu den Umweltfaktoren: Familiäre Einflussfaktoren seien bereits ab der späten Fetalphase, v.a. aber nach der Geburt vorhanden, wenn die Familienstruktur und die Erziehung maßgeblich prägten. Chinesische Studien fanden heraus, dass v.a. die Rolle der Mutter von Bedeutung ist: Leidet die Mutter eines Kindes an Schizophrenie ist die Erkrankungsrate unabhängig genetischer Aspekte höher als dann, wenn der Vater betroffen ist (*HKJC*, 1984).<sup>66</sup>

Wie in den bisherigen Kapiteln dieser Arbeit zu Behandlungsmethoden, Prävention und Rehabilitation aufgezeigt werden konnte, wurden vor dem Hintergrund der wachsenden politischen Öffnung seit den 1980er-Jahren soziopsychologische Konzepte im *HKJC* (1981, 1984, 1986) uneingeschränkter betrachtet, sie erfuhren tendenziell eine stärkere Gewichtung. Derartige Entwicklungen treffen hingegen nicht auf die Pathogenese der Schizophrenie zu.

---

<sup>66</sup> Dabei beziehen sich die chinesischen Studien auf die in den 1960er-Jahren populäre Familientheorie und die sog. Theorie der „schizophrenogenen Mutter“, die 1948 von *Fromm-Reichmann* aufgestellt wurde.

Auch bei *Hao W.* (2008) wird der Vollständigkeit halber kurz das Diathese-Stress-Modell von *Holmes & Rahe* vorgestellt. Ähnlich verhält es sich mit neuzeitlicheren chinesischen Studien, die, wie bei *Gao, Yu, Bai, et al.* (2003), ihren Fokus eher auf die Untersuchung umweltbedingter pathogenetischer Faktoren bei Schizophrenie richten (z.B. regional unterschiedliche Klimabedingungen) und sich somit eher traditionellen chinesischen Konzepten zur Krankheitsentstehung annähern.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Vorstellung zur Krankheitsentstehung der Schizophrenie in China vom Ende der Kulturrevolution bis heute in den Grundsätzen nicht geändert hat: Unumstritten basiert die multifaktorielle Erkrankung auf genetischen und biologischen Veränderungen. Inwieweit umweltbedingte und psychologisch-gesellschaftliche Einflüsse von Bedeutung sind, wird bis heute weltweit kontrovers diskutiert und scheint abhängig von verschiedenen Lehrmeinungen zu sein.

Fazit ist, dass in China heute wie in den 1980er-Jahren bezüglich der Krankheitsentstehung von Schizophrenie Konzepte der modernen Medizin vorherrschen, die dem zeitlichen Wandel internationaler Schizophrenie-Theorien folgen. Während in den 1960er-Jahren in Europa und Amerika rege Bemühungen zur Erforschung der Pathogenese der Schizophrenie stattfanden, beschäftigte sich China mit kommunistischen Theorien sowie der TCM. Mit dem Ehrgeiz eines Neuanfanges und der Anschlussfindung an den Westen wurden nach *Maos* Tod zunächst unselektiert Theorien übernommen und auf dieser Basis z.T. eigene Studien zur Analyse der chinesischen Datenlage durchgeführt. Erst später, nachdem die chinesische Wirtschaft Anschluss an den Weltmarkt gefunden hatte und der Entwicklungsabstand im wissenschaftlichen Bereich minimiert werden konnte, wurden Theorien zur Pathogenese der Schizophrenie im Einklang mit internationalen Standards vertreten und als Ansatzpunkte zukünftiger Forschungsbemühungen verwendet.

### **3.9.4 Klinik**

Die klinischen Erscheinungsformen der Schizophrenie sind sehr variabel. Generell müssen der Erkrankungsverlauf mit seinen Stadien und die verschiedenen Schizophrenie-Formen differenziert betrachtet werden, wie es in beiden Lehrbüchern geschieht (*HKJC*, 1984, 332-350; *Hao W.*, 2008, 92-96).

Der Verlauf der Schizophrenie ist charakterisiert durch eine Prodromal- und eine Akutphase und endet meist in der chronischen Form.

Beide Lehrbücher beschreiben, dass sich die Anfangsphase der Schizophrenie durch relativ unspezifische Veränderungen der Emotionen, Kognition und Perzeption gegenüber der eigenen Person bzw. der Außenwelt, des Verhaltens sowie der Körperfunktionen auszeichnet; diese Veränderungen werden häufig nur vom Betroffenen wahrgenommen (*HKJC*, 1984, 332; *Hao W.*, 2008, 92).

Erst in der Akutphase, dem eigentlichen Erkrankungsstadium, kommt es zur Ausprägung von Wahrnehmungsstörungen (insbesondere akustischen Halluzinationen) und Gedankenstörungen, die in dezenter Ausprägung bereits im Prodromalstadium vorbestehenden Emotions-, Willens- und Verhaltensstörungen werden nun für Nicht-Betroffene offensichtlich (*HKJC*, 1984; *Hao W.*, 2008).

Gedankenstörungen (inhaltlichen oder formalen Charakters), die trotz vollen Bewusstseins auftreten, werden von beiden Lehrbüchern übereinstimmend als klassisches Charakteristikum der Schizophrenie bezeichnet. Wahngedanken, als Beispiel inhaltlicher Gedankenstörungen, seien dabei am häufigsten und stünden in engem Zusammenhang mit dem individuellen Lebenslauf, der Schulbildung und dem soziokulturellen Hintergrund des Patienten (*Hao W.*, 2008, 93). Waren früher in der chinesischen Gesellschaft Bestien oder Geister Bestandteil einer Psychose, sind es in den 1970er-/1980er-Jahren häufig schnurlose Telefone, Laser usw. (*HKJC*, 1981, 257 & 278-279; *Zentrum für Mentale Gesundheit Shanghai, et al.*, 1989).

Gefühlsstörungen sind ebenso wie Gedankenstörungen ein wesentliches Merkmal der Schizophrenie. Dabei ist die emotionale Reaktion auf äußere Einflüsse oft abgeflacht oder inadäquat, in 25 Prozent der Fälle ist die Schizophrenie mit einer Depression vergesellschaftet (sog. postschizophrene Depression), was die hohe Suizidrate Schizophrener in China erklären könnte (*HKJC*, 1984, 333; *Phillips, Yang, Li*, 2004; *Hao W.*, 2008, 94).

Zu den Verhaltensstörungen gehören „Negativsymptome“ wie u.a. Autismus und Sprachverarmung (*HKJC*, 1984, 333; *Hao W.*, 2008, 93). Das *HKJC* (1984, 340) erwähnt in diesem Zusammenhang, dass im Vergleich zu Anfang der 1950er-Jahre der Stupor, ebenso wie *Flexibilitas cerea*, nur selten gesehen werden.<sup>67</sup> Bei *Hao W.* (2008) wird auf diese schwere Verlaufsform in diesem Zusammenhang nicht hingewiesen.

Die Orientierung in puncto Ort, Zeit und Person, das Bewusstsein sowie Gedächtnisleistungen sind meist normal, gelegentlich kann es aber zu leichten Einschränkungen kommen, die aber

---

<sup>67</sup> Worauf der Rückgang dieser schweren Verlaufsformen zurückzuführen ist, wird nicht näher erläutert. Denkbar wäre ein besseres Verständnis der Wirkungsweise von westlichen Psychopharmaka in den 1980er-Jahren, da die *Flexibilitates cerea* u.a. durch Neuroleptika verursacht werden kann.

nicht charakteristisch sind. Als problematisch erweist sich häufig die fehlende Krankheitseinsicht, da die Selbstbeobachtungsgabe gestört ist (*HKJC*, 1984, 333-334; *Hao W.*, 2008, 94).

Unterschiede finden sich bezüglich der chronischen Verlaufsform der Schizophrenie, die unter diesem Begriff allein im *HKJC* (1984, 341-346) zu finden ist. Das spricht für eine enge nosologische Bindung an *Kraepelin*.

Die chronische Verlaufsform der Schizophrenie muss über mindestens sechs Monate bestehen, Erkrankungen von kürzerer Dauer werden als akut bezeichnet (*HKJC*, 1984). Diese generelle Einteilung bei psychischen Erkrankungen erweist sich jedoch oft als sehr schwierig, da die meisten länger als ein halbes Jahr andauern. *Jaspers* (1913) zitierend erläutert das *HKJC* (1984), dass der Unterschied zwischen akuter und chronischer Erkrankung darin liege, dass akute Phänomene heilbar seien, chronische hingegen nicht. Der Schwerpunkt sei demnach auf die Phänomenologie zu legen, die den zeitlichen Verlauf und die klinische Dynamik der Erkrankung berücksichtige. Im *HKJC* (1984) heißt es:

„[...] Die Klinik der chronischen Phase ist gekennzeichnet durch das Abebben von akuten Symptomen, Stabilisierung des Erkrankungsstatus und den relativ suboptimalen Therapieerfolg [...] Tritt die Schizophrenie in ein chronisches Stadium über, ist dies nicht das Ende aller Tage. Eine kleine Anzahl von Patienten erfährt überraschenderweise eine Besserung oder kann sogar ganz genesen [...] Im chronischen Stadium gibt es verschiedene Schweregrade von leicht, den Alltag kaum beeinträchtigend bis schwer [mit Symptomen der Demenz], letzteres wird auch als schwere chronische Schizophrenie bezeichnet“ (*HKJC*, 1984, 342).

Für die klinische Einteilung der Schizophrenie-Formen verwenden beide Lehrbücher die klassische Subtypisierung von *Kraepelin*: die katatone, hebephrene und paranoide Form. Im *HKJC* (1984) werden außerdem in enger Anlehnung an *M. Bleuler* die späte Schizophrenie (Chifa xing jingshen fenlie zheng, 晚发型精神分裂症) und an *Kraepelin* die späte Paraphrenie (Chifa xing wangxiang chidai, 晚发型妄想痴呆) sowie fünf weitere Subtypen aufgeführt, wobei es sich um *Bleulers* Simplex-Typ (Danchun xing, 单纯型), eine affektive (Qinggan xing, 情感型), latente (Qianyin xing, 潜隐型), akute (Jingshen fenlie zheng ji xing fazuo, 精神分裂症急性发作) und residuale (Canliu xing, 残留型) Form handelt (*HKJC*, 1984, 346-349).

Im Zuge der Weiterentwicklung des Krankheitsbegriffes und empirischer Untersuchungen zur Schizophrenie werden bei *Hao W.* (2008, 94-96) folgende weitere Subtypisierungen



vorgeschlagen: die undifferenzierte Schizophrenie (Weifenhua xing, 未分化型), die postschizophrene Depression (Jingshen fenlie zheng hou yiyu, 精神分裂症后抑郁), das schizophrene Residuum (Canliu xing, 残留型) und die Schizophrenia simplex (Danchun xing, 单纯型). Dabei richtet sich *Hao W.* (2008) bei der Subtypisierung offensichtlich nach dem DSM-IV und der ICD-10.

Trotz z.T. unterschiedlicher Begrifflichkeiten können im inhaltlichen Vergleich der beiden Lehrbücher Parallelen der zusätzlichen Subtypen festgestellt werden: Die affektive Form des *HKJC* (1984) kann aufgrund ihrer Assoziation mit Depressionen der postschizophrenen Form bei *Hao W.* (2008) gegenübergestellt werden. Die nicht näher spezifizierbare Form der Schizophrenie bei *Hao W.* (2008), die undifferenzierte Form, deckt sich definitionsgemäß mit der latenten des *HKJC* (1984). Einzig der akute Subtyp des *HKJC* (1984) lässt sich im Vergleich nicht näher kategorisieren.

Unterschiedliche Meinungen bestehen bezüglich der letztgenannten Form (Danchun xing, 单纯型), die von *Hao W.* (2008) als selten (zwei Prozent) und 1984 als eine der häufigsten (ein bis vier Prozent) beschrieben wird (*HKJC*, 1984, 347; *Hao W.*, 2008, 94). Die Gründe für die unterschiedlich wahrgenommene Häufigkeitsverteilung werden an dieser Stelle nicht deutlich.

Zur Differenzierung und Bestimmung des Schweregrades der chronischen Verlaufsform bezieht sich das *HKJC* (1984) auf eine chinesische Einteilung, die auf Basis der oben genannten Typisierung von *Kraepelin* vom „*Städtischen Krankenhaus für Prävention und Therapie psychiatrischer Krankheiten Shanghai*“ (Shanghai shi jingshenbing fangzhi yuan, 上海市精神病防治院) 1981 anhand von 128 Krankheitsfällen vorgenommen wurde. Hier wurden folgende Formen unterschieden: einfache Form (Danchun xing, 单纯型), halluzinatorische Form (Huanjue xing, 幻觉型), monopsychotische Form (Piankuang xing, 偏狂型), konfuse Form (Cuoluan xing, 错乱型), naive Form (Youzhi xing, 幼稚型), impulsive Form (Chongdong xing, 冲动型) und manieristische Form (Zhuangxiang xing, 装相型).

Kritisch räumt der Autor des *HKJC* ein:

„[...] [dass] das nur ein anfänglicher Versuch einer [chinesischen] Einteilung ist, der in der Praxis kontinuierlich überarbeitet werden muss“ (*HKJC*, 1984, 346).

Die als erstes von *Manfred Bleuler* (1943) beschriebene Spätschizophrenie tritt, im Gegensatz zur juvenilen Form, erst nach dem 40. Lebensjahr auf; kommt es bei älteren Menschen über dem

60. Lebensjahr zur Entwicklung einer Schizophrenie, dann müsse man von einer späten Paraphrenie<sup>68</sup> in Anlehnung an *Kraepelin* (*HKJC*, 1984, 349-350) sprechen. Allerdings wird im *HKJC* (1984), abgesehen vom Erkrankungsalter, keine Differenzierung zwischen den beiden prinzipiell unterschiedlichen Konzepten vorgenommen, weshalb nachfolgende Statistiken hinsichtlich deren Inzidenz in China im Vergleich zum Westen nicht verwertbar sind.

Wiederholt verweist das *HKJC* (1984) in Bezug auf die späte Schizophrenie auf *Rosmowtschewa* (*Росмовцева*, 1973). Die Korrektheit der begrifflichen Trennung ist auch hier fraglich, der Bezug reflektiert jedoch die enge Verbundenheit Chinas zur ehemaligen Sowjetunion, die das Fundament der Psychiatrie in China maßgeblich formte.

Vor dem Hintergrund der Problematik, unterschiedliche Verhaltensmuster in der chinesischen Kultur nach westlichem Verständnis zu evaluieren (*Kleinman*, 1975), konnten im *HKJC* (1984, 332-333) wichtige, diese Aussage stützende Hinweise gefunden werden. Es wird beschrieben, dass die Schizophrenie in China, insbesondere in der Frühphase, neurotischen Störungen ähneln kann. Zur Veranschaulichung wird eine retrospektive Studie des „*Nanjinger Neuropsychiatrischen Krankenhauses für Prävention*“ (1979) vom *HKJC* (1984, 333) zitiert: Anhand 200 stationärer schizophrener Patienten konnten folgende Frühsymptome dokumentiert werden: Schlafstörungen (55 Prozent), Sensibilität und Misstrauen (26 Prozent), freudlose Schwere (26 Prozent), Angst (23,5 Prozent), Hitzköpfigkeit (22,5 Prozent), Entfremdung von den Geliebten (20 Prozent), Leistungsabfall beim Lernen oder bei der Arbeit (20 Prozent), Verhaltensstörungen (20 Prozent), Dysphorie (19,5 Prozent), Kopfschmerzen und Schwindel (19 Prozent), Teilnahmslosigkeit (15 Prozent), Trägheit (15 Prozent), Müdig- und Kraftlosigkeit (12,5 Prozent), inadäquates Verhalten (10,5 Prozent) usw.

Die genannten Frühsymptome machen auf die Problematik der mangelnden Abgrenzbarkeit der Neurasthenie von psychischen Störungen wie beispielsweise der Schizophrenie im asiatischen Kulturkreis aufmerksam (*Schwartz*, 2002). Bis sich aus einem neurasthenischen Syndrom Symptome einer Schizophrenie entwickeln, vergehen laut *HKJC* (1984, 334) ca. zwei bis max. zehn Jahre. Anders als bei der Neurasthenie drängten die Patienten nicht auf eine Therapie;

---

<sup>68</sup> Unter dem Begriff Paraphrenie verstand *Kraepelin* eine chronische psychotische Störung (ähnlich zur paranoiden Schizophrenie), aber mit leichterer Ausprägung von Emotions- und Willensstörungen. Sie wurde nicht in das DSM-IV oder die ICD-10 aufgenommen (*Pelizza & Bonazzi*, 2010). In der ICD-10 wird die Spätparaphrenie unter F22.0 „Wahnhaftige Störungen“ aufgeführt, welche durch eine z.T. lebenslang anhaltende Wahnsymptomatik charakterisiert ist, ohne dass eindeutige Halluzinationen, schizophrene Symptome oder eine eindeutige Hirnerkrankung vorliegen. Insbesondere in der Gerontopsychiatrie ist diese Diagnose anzutreffen.

solche, die sich zum Aufsuchen des Arztes veranlasst fühlen, nennen als Grund meistens körperliche Beschwerden (*HKJC*, 1984, 333).

Bezüglich der klinischen Einteilung unterschiedlicher Schizophrenie-Formen orientieren sich beide Lehrbücher grundsätzlich an anerkannten Vorgaben. Unstimmigkeiten der Subtypisierung sind vor dem Hintergrund allgemeiner wissenschaftlicher Kontroversen zu verstehen, die insbesondere am Ende des 20. Jh. international von Brisanz geprägt waren. Spuren dieser Begriffsentwicklung, die heutzutage den Vorgaben des DSM und der ICD folgen, konnten deutlich gemacht werden. Eigene Versuche einer Einteilung wurden von chinesischer Seite in den 1980er-Jahren unternommen, konnten sich aber nicht halten.

Kulturelle Unterschiede sind in der Klinik der Schizophrenie nicht von der Hand zu weisen, wie sich u.a. am Beispiel Neurasthenie-ähnlicher Symptome oder der Geschlechtsverteilung in China zeigt. Diesen Gedanken fortführend, soll im nachfolgenden Abschnitt zur Diagnose und Klassifikation der Schizophrenie diskutiert werden, inwieweit in China internationale Psychiatriekonzepte an chinesische Eigenheiten angepasst werden sollten bzw. werden.

### **3.9.5 Diagnostik und Klassifikation**

Bereits 1984 wurde im *HKJC* diskutiert, inwieweit die Schizophrenie eine Gruppe unterschiedlicher psychischer Erkrankungen darstellt:

„[...] Seit [der Einführung] moderner psychopharmakologischer Therapie vor über 30 Jahren ist die Grenze zwischen den einzelnen klinischen Formen der Schizophrenie sehr unscharf geworden, [...] die im Krankheitsprozess ineinander übergehen können [...]“ (*HKJC*, 1984, 346).

Auch bei *Hao W.* (2008, 96) heißt es, dass die Validität und Reliabilität der Diagnose Schizophrenie bis heute nicht eindeutig geklärt sei.

Die Therapie und die Prognose richten sich jedoch nach der jeweiligen Erkrankungsform, weshalb eine Klassifizierung notwendig ist. Ungeachtet der Unterschiede, die aufgrund verschiedener kultureller Hintergründe international bzw. auf chinesischer Seite bestehen, sind grundlegende Symptome wie Gedanken-, Emotions- und Verhaltensstörungen bei der Schizophrenie identisch, was den Gebrauch einer allgemein gültigen Klassifikation legitimiert (*Zentrum für Mentale Gesundheit Shanghai, Lu, Lu, et al.*, 1992). In China wird heutzutage neben der amerikanischen (DSM-IV) und der internationalen Krankheitsklassifikation (ICD-10) aus bereits erwähnten Gründen die chinesische (CCMD-3) verwendet.

Die diagnostischen Möglichkeiten sind bei der Schizophrenie begrenzt, da sie vom jeweiligen wissenschaftlichen Kenntnisstand abhängig sind. Entscheidende Bausteine der Diagnostik sind die Krankengeschichte, die klinischen Symptome, der Erkrankungsverlauf, körperliche und laborchemische Untersuchungen sowie bildgebende Verfahren, die in beiden Lehrbüchern essentiell sind (*HKJC*, 1984; *Hao W.*, 2008). Einzelne Divergenzen diagnostischer Möglichkeiten sind auf einen unterschiedlichen Wissensstand und Einflussbereich zurückzuführen.

Beispielsweise wurden funktionelle Tests wie Untersuchungen der Augenfolgebewegungen, ausgehend von der sowjetischen pathophysiologischen These funktioneller Störungen bei Schizophrenie (*Lavretsky*, 1998), in China seit den 1970er-Jahren durchgeführt (*HKJC*, 1984, 353). Während psychologische Tests wie Aufgaben zur visuellen Räumlichkeit (sog. Mapping), MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) etc. in den 1980er-Jahren eher selten benutzt wurden (*HKJC*, 1984, 352), finden sie heute regulär ihren Einsatz (*Hao W.*, 2008, 48). Laborchemische Messungen wie die von Dopamin, welches sich im Westen Mitte bis Ende des 20. Jh. in der Pathogenese der Schizophrenie als verantwortlicher Transmitter herauskristallisiert hat, werden auch heute noch nicht als Standarddiagnostik eingesetzt (*Hao W.*, 2008).

Das *HKJC* (1984, 352) orientiert sich bei der Diagnosestellung an den „vier großen A's“ von *E. Bleuler*: Assoziation, Affekt, Autismus und Ambivalenz. Bei *Hao W.* (2008, 96) werden die neun Diagnosekriterien gemäß der ICD-10 aufgelistet, wonach die Diagnose Schizophrenie erst dann gestellt werden kann, wenn die pathologischen Veränderungen seit mindestens einem Monat bestehen und die Kriterien 1 bis 4 erfüllt werden. Da die Schizophrenie eine Art Sonderstellung zwischen den anderen psychischen Erkrankungen einnimmt, müssen neben den neun Diagnosekriterien differentialdiagnostisch körperliche bzw. hirnorganische Erkrankungen, Arzneimittelnebenwirkungen, neurologische Erkrankungen, die manisch-depressive Psychose, paranoide Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen ausgeschlossen werden (*Hao W.*, 2008, 97).

Im Vergleich der beiden Lehrbücher wird offensichtlich, dass westliche Klassifikationskonzepte und klinische Einteilungsformen der Psychiatrie von chinesischer Seite seit der Öffnungsreform bis heute beinahe deckungsgleich übernommen wurden und zumindest im Falle der Schizophrenie nicht an kulturelle Besonderheiten angepasst wurden. Im Vordergrund der Entwicklungsunterschiede stehen ein anderer medizinischer Kenntnisstand sowie eine westliche Orientierung nach Ende der Kulturrevolution.

### 3.9.6 Verlauf und Prognose

Aufgrund des komplexen Krankheitsbildes und der noch fehlenden konkreten Kenntnisse über die pathogenetischen Faktoren der Schizophrenie sind der Krankheitsverlauf und die Prognose sowohl individuell unterschiedlich als auch wenig beeinflussbar.

Studien von *Kraepelin* und *Bleuler* zitierend macht das *HKJC* (1984, 356) auf den chronischen Verlauf der Schizophrenie und ihr hohes Rückfallrisiko aufmerksam. Die anfangs angenommene schlechte Prognose und Heilungschance der Schizophrenie habe sich laut *HKJC* (1984, 357) aufgrund besserer Heilungsmethoden wie z.B. der Elektrokonvulsionstherapie (seit den 1930er-Jahren), der Psychopharmaka-Therapie (seit den 1950er-Jahren) sowie der Verbesserung von Führung und Pflege der Erkrankten kontinuierlich verbessert.

Diese Aussage bestärkend werden chinesische Follow-Up-Studien aus den 1950er- und 1970er-Jahren vom *Ersten Krankenhaus Shanghai, Fu, et al.* (1958) und *Städtischen Krankenhaus für Prävention und Therapie von psychiatrischen Krankheiten Shanghai* (1979) präsentiert: Nach über zehn Jahren hätten sich ~ 13 Prozent vollständig erholt, ~ 16 Prozent Fortschritte gezeigt, 30 Prozent eine leichte Heilung und 41 Prozent keine Heilung erwiesen. Zehn Jahre später hätten sich ca. 26 Prozent in Remission der Erkrankung befunden, 33 Prozent hätten leichte Symptome, die aber das Alltagsleben nicht beeinflussen, 25 Prozent hätten trotz Symptomen Teile der Arbeit und des Alltags erledigen können, 16 Prozent hätten Symptome des Zerfalls gezeigt. Während die psychopharmakologische Therapie zum Zeitpunkt der ersten Folgeuntersuchung noch nicht eingesetzt wurde, wurden der Patientengruppe der zweiten Studie die EKT und psychopharmakologische Therapie zuteil (*HKJC*, 1984, 357).

„[...] Obwohl seit den Anfängen durch *Kraepelin* bis heute in den 1980er-Jahren Unklarheit über die Krankheitsursache der Schizophrenie und deren Therapie besteht, ist bezüglich der Prognose eine deutliche Besserung zu verzeichnen [...] Bei Eintritt ins Krankenhaus sind die Symptome [nun] meist weniger deutlich ausgeprägt und die Patienten können besser in die Gesellschaft reintegriert werden [...] Da [wir] momentan [nur] über eine empirische und symptomatische Therapie verfügen und eine Behandlung der Krankheitsursache fehlt, können zwar beim Großteil der Erkrankten die Symptome kontrolliert werden, nicht aber die Erkrankung insgesamt geheilt werden [...]“ (*HKJC*, 1984, 357-358).

*Hao W.* (2008, 98) nennt fünf klassische Verläufe: 1. einmaliges Auftreten der Erkrankung und vollständige Genesung, 2. einmaliges Auftreten und keine vollständige Genesung, 3. zweimaliges Auftreten und vollständige Genesung bzw. grundsätzlich Normalisierung, 4. zweimaliges Auftreten und teilweise persistierende Symptome, 5. seit dem ersten Erkrankungsbeginn Fortbestehen des psychotischen Zustandes (keine Genesung). Das Ergebnis erstreckt sich von vollständiger Genesung über Chronifizierung bis hin zum graduellen Zerfall. Als die Prognose im Allgemeinen günstig beeinflussende Faktoren gelten bei *Hao W.* (2008, 98): weibliches Geschlecht<sup>69</sup>, hoher kultureller Entwicklungsgrad, Heirat, höheres Erkrankungsalter, (sub-) akuter Erkrankungsbeginn, vor Erkrankungsbeginn aufgeschlossener kommunikationsfreudiger Charakter mit gutem sozialen Netzwerk und familiärer Unterstützung, hohe berufliche Qualifikation, Positivsymptomatik mit Überwiegen von emotionalen Symptomen, rascher Therapiebeginn etc.

Diese Gegenüberstellung verdeutlicht erneut den unterschiedlichen wissenschaftlichen Kenntnisstand der beiden Lehrbücher für Psychiatrie. Einzelne chinesische Statistiken zur Schizophrenie waren in den 1970er-/1980er-Jahre verfügbar. Deutlichen Zuwachs gewann die Datenbasis jedoch erst seit dem Fokus auf den wissenschaftlichen Fortschritt und mit dem Anspruch auf Wettbewerbsfähigkeit im internationalen Vergleich seit den Öffnungsreformen.

### **3.9.7 Therapie**

Psychopharmakologische Therapie bei Schizophrenie:

Seit den 1930er-Jahren konnte die Therapie der Schizophrenie in China große Fortschritte erzielen, deren Durchbruch nicht zuletzt der psychopharmakologischen Behandlung zuzuschreiben war. Die medikamentöse Therapie steht daher bei beiden Lehrbüchern an erster Stelle (*HKJC*, 1984; *Hao W.*, 2008), wie folgende Aussage verdeutlicht:

„Im Allgemeinen werden in der Akutphase der Erkrankung hauptsächlich Arzneimittel eingesetzt, um schnellstmöglich die psychotischen Symptome unter Kontrolle zu bringen [...] Nachdem sich der Erkrankungszustand beruhigt hat, kann zur Steigerung und Stabilisierung des Therapieeffektes eine psychologische Behandlung ergänzt werden [...]

---

<sup>69</sup> In China verhält sich die Häufigkeitsverteilung der Schizophrenie bezüglich des Geschlechtes anders als international: Frauen erkranken eher als Männer (*HKJC*, 1984; *Hao W.*, 2008, 90; *Phillips, et al.*, 2004). Protektiver Faktor ist hier folglich das männliche Geschlecht. Die Aussage von *Hao W.* (2008, 98) demonstriert an dieser Stelle eindrücklich, wie „westliche“ Ansätze z.T. unreflektiert übernommen werden.

In der chronischen Phase sollte der Kontakt zwischen Patient und Gesellschaft gefördert werden, um dem psychischen Zerfall vorzubeugen“ (HKJC, 1984, 359).

Psychopharmaka, als tragende Säule in der Behandlung von Schizophrenie, werden einzeln, kombiniert oder bei schweren Formen zusätzlich zur Elektrokonvulsion angewandt (Hao W., 2008, 88-89) bzw. zusätzlich zur EKT und/oder Akupunktur (HKJC, 1984, 367). Bei Hao W. 2008, 98) folgen der medikamentösen Therapie außerdem Patientenschulungen, Arbeits- und Freizeittherapie und psychologisch-soziale Interventionen.

Mittel der ersten Wahl in der Akuttherapie stellt dabei – nach deren Einführung als erstes Psychopharmakon 1952 – Chlorpromazin dar (HKJC, 1984). Beim Ausschluss von Suizidalität und mit weniger sedierenden Eigenschaften kann Trifluoperazin oder Haloperidol eingesetzt werden; für eine Langzeittherapie werden hochpotente Neuroleptika in niedriger Dosierung wie Perphenazin, Fluphenazin, Trifluoperazin oder Haloperidol empfohlen (HKJC, 1984, 359).

Bei Hao W. (2008, 99) werden klassische Antipsychotika wie Risperidon, Olanzapin und Quetiapin gegenüber Antipsychotika der 2. und 3. Generation (wie Clozapin) bevorzugt.

Die häufigsten Fehler bei der medikamentösen Behandlung der Schizophrenie in China um 1984 sind laut HKJC (1984, 361) unangemessene Dosierungen, gleichzeitige Verwendung vieler Sedativa, ein zu frühes bzw. zu spätes Wechseln der Medikamente sowie ein übertriebener Einsatz von Anti-Parkinsonika. Insbesondere wird auf die Problematik hingewiesen, dass chinesische Psychiater aufgrund relativer Unwissenheit über die Nebenwirkungen häufig nicht wagen, Neuroleptika in hohen Dosierungen zu verabreichen (HKJC, 1984, 361). Dieser Sachverhalt reflektiert eine gewisse Unbeholfenheit, die den Fachbereich Psychiatrie nach Ende der Kulturrevolution am treffendsten charakterisiert.

Neben der Berücksichtigung des Nebenwirkungsspektrums (insbesondere extrapyramidaler Symptome), der Berücksichtigung von Alter und Geschlecht sowie der Differenzierung zwischen Akut- und Langzeittherapie muss für eine effektive Behandlung mit guter Compliance des Patienten die Medikation individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden.

Hemmend für den Therapieerfolg sind für einen Großteil der chinesischen Patienten die Behandlungskosten; der bereits aufgrund der psychischen Erkrankung bestehende, intrafamiliäre Belastungsdruck steigt. Um der finanziellen Situation des Patienten bzw. seiner Familie bei der Auswahl des Psychopharmakons besser Rechnung tragen zu können, sollten laut Yu, Ding, Li (2002) die internationalen Therapierichtlinien gemäß den chinesischen Bedürfnissen in der Gesundheitsversorgung modifiziert werden: Statt der gängigen Neuroleptika ( $10.372,81 \pm 686,22$

RMB/Jahr) könnten beispielsweise kosteneffizientere und gleichwertig wirksame atypische Neuroleptika (5.196,40±451,64 RMB/Jahr) eingesetzt werden. Ob die marktbestimmende und gewinnorientierte chinesische Pharma-Lobby patientenorientiert produziert, sei jedoch dahingestellt.

Trotz der Notwendigkeit, die medikamentöse Behandlung nach Krankenhausentlassung fortzuführen, konnten Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre nach Angaben des *HKJC* (1984, 361) 40 bis 70 Prozent der schizophrenen Patienten die Therapie nicht fortführen, was neben ökonomischen Aspekten einer mangelnden Aufklärung der Patienten und ihrer Familienmitglieder zu zuschreiben ist. 40 bis 60 Prozent der Patienten erlitten innerhalb eines halben Jahres nach Absetzen der Medikation einen Rückfall (*HKJC*, 1984, 362).

Beide Lehrbücher unterscheiden sich bezüglich der Richtlinien für eine Erhaltungstherapie nach Ende der Akutbehandlung, welche in den 1980er-Jahren weniger streng gehandhabt wurde: Im Fall der Erstmanifestation mit vollständiger Stabilisierung innerhalb von zwei bis drei Monaten könne die Therapie abgesetzt bzw. bei Fortbestehen von Symptomen auf sechs Monate ausgeweitet werden. Im Fall der Zweitmanifestation wird eine Behandlungsdauer von einem Jahr empfohlen, bei > drei Rückfällen erfolgt eine lebenslange Therapie. Depotpräparate wie Penfluridol werden vorgeschlagen.

Demgegenüber wird aktuell folgendes Prozedere empfohlen (*Hao W.*, 2008, 98-99): 1. Akutbehandlung (min. sechs Wochen), 2. Konsolidierungstherapie (drei bis sechs Monate), 3. Erhaltungstherapie (> ein Jahr). Nur wenn es sich bei einem Patienten um die Erstmanifestation der Erkrankung handelt und es innerhalb der Erhaltungstherapie zu keinem erneuten Auftreten von positiven Symptomen bzw. zum Rückfall kommt, kann ein Absetzversuch der Arzneimitteltherapie unter Beobachtung nach einem Jahr vorgenommen werden, ansonsten wird eine lebenslange Erhaltungstherapie empfohlen. Eine Langzeittherapie ist von vornherein zu empfehlen, wenn es bereits mehrmals zum Krankheitsausbruch kam und die antipsychotische Therapie in der Lage ist, die Symptome ohne gravierende Nebenwirkungen gut zu kontrollieren (*Hao W.*, 2008, 99). Wenn bei einem Patienten parallel zu der Schizophrenie-Symptomatik Symptome von Angst, Depression etc. auftreten, können zusätzliche Arzneien (Benzodiazepine, Moodstabilizer, Antidepressiva etc.) und/oder die Elektrokonvulsionstherapie die Behandlung ergänzen (*Hao W.*, 2008, 99).

Nebenwirkungen der psychopharmakologischen Therapie finden in beiden Lehrbüchern Berücksichtigung (*HKJC*, 1984, 363-365; *Hao W.*, 2008, 99), wobei die jeweiligen



Gewichtungen divergieren: Während das *HKJC* (1984) das Nebenwirkungsspektrum erläutert, liegt bei *Hao W.* (2008) der Fokus auf Maßnahmen zu ihrer Früherkennung – zum Einsatz kommt etwa das Routinelabor zur Bestimmung der Leber-, Nieren- und Herzfunktion sowie des Blutzuckers vor Therapiebeginn und während des Verlaufs.

Die Erläuterungen zur psychopharmakologischen Behandlung bei Schizophrenie fallen im *HKJC* (1984) zwar umfangreicher aus, als therapeutischer Leitfaden dient hingegen eher *Hao W.* (2008).

#### Elektrokonvulsionstherapie bei Schizophrenie:

Die Elektrokonvulsionstherapie wird in beiden Lehrbüchern für Psychiatrie als Ergänzung zur psychopharmakologischen Behandlung empfohlen und folgt internationalen Vorgaben (*HKJC*, 1984; *Hao W.*, 2008). Generell habe sich die EKT bei Katatonie oder mangelndem Erfolg der Arzneimitteltherapie bewährt (*HKJC*, 1984; *Hao W.*, 2008).

#### Weitere Behandlungsverfahren bei Schizophrenie:

Weitere Behandlungsverfahren bei Schizophrenie umfassten Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre die im vorherigen, allgemein-therapeutischen Abschnitt bereits erwähnten Schlaf-, Atropin- und Skopolamin-Therapien, die heutzutage in China, ebenso wie die Maßnahmen der Psychochirurgie, nicht mehr angewandt werden. Die von *Moniz* (1936) entwickelte Lobotomie hat sich aufgrund der folgenschweren Nebenwirkungen gegenüber der effektiven medikamentösen Therapie bei der Schizophrenie nicht durchgesetzt; weitere Argumentationen gegen die Psychochirurgie bei Schizophrenie liefert folgendes Zitat des *HKJC* (1984):

„Psychochirurgische Behandlungsverfahren vermögen in keiner Weise die grundlegenden Symptome der Schizophrenie zu beseitigen. Sie können nur einige emotionale Reaktionen des Patienten reduzieren [...] Außerdem verstehen wir den Zusammenhang zwischen der Stellung des chirurgischen Sezierens und der Symptome aktuell noch nicht genug [...]“ (*HKJC*, 1984, 367- 368).

Indikationen für eine Insulinschocktherapie bei Schizophrenie sind laut *HKJC* (1984, 365): ein Krankheitsverlauf < zwei Jahre sowie Emotions- und Gedankenstörungen. Nach chinesischer Datenlage (Shanghai, Nanjing, Chengdu) (*HKJC*, 1984, 365) könne somit eine kurzfristige Besserung von 30 bis 50 Prozent und eine langfristige Besserung von ca. 30 Prozent erzielt werden, die Rückfallquote liege in einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren bei 60 Prozent. Um eine bessere Wirkung zu erzielen, könne die Insulin-Koma-Therapie mit der Elektrokrampftherapie kombiniert werden. Insgesamt äußert sich das *HKJC* (1984, 366) jedoch

zurückhaltend bezüglich dieser Behandlungsmethode, da sich der Nutzen im Verhältnis zu der effektiven und vergleichsweise einfachen Arzneimitteltherapie und EKT nicht mit den Kosten (lange Behandlungsdauer, starker personeller Aufwand und hohe Kosten) decke. Von irreversiblen Hirnschädigungen, weswegen die Insulinschocktherapie seit den 1950er-Jahren zumindest in den Industrieländern nicht mehr eingesetzt wird, ist hier nicht die Rede.

Eine Psychopharmaka- und EKT-ergänzende Behandlung mit traditionellen chinesischen Arzneimitteln und/oder mit (Elektro-)Akupunktur wird im Fall der Schizophrenie selbst im *HKJC* (1984, 366) kontrovers diskutiert.<sup>70</sup> Obwohl im ersten Band des *HKJC* (1981) auf die historische chinesische Medizin im Zusammenhang mit psychischen Leiden ausführlich hingewiesen wird, distanziert sich das *HKJC* (1984) auch im Kapitel zur Schizophrenie deutlich von diesem „rückschrittlichen“ Konzept, wie nachfolgendes Zitat belegt:

„[Die Zeit] der Chinesischen Medizin [in der Psychiatrie] ist vorbei und die Bezeichnung „Schizophrenie“ (Jingshen fenlie zheng, 精神分裂症) existiert [in der Chinesischen Medizin] nicht“ (*HKJC*, 1984, 366).

Mit der ersten Aussage des Satzes beruft sich das *HKJC* (1984) auf zwei medizinhistorische Umstände:

- 1.) Seit der Einführung von Psychopharmaka aus dem Westen, deren Effektivität bis heute die Behandlung psychischer Symptome dominiert, wurden alternative Behandlungsmethoden wie die der chinesischen Volksheilkunde verdrängt. Nach Ende der *Mao*-Ära und dem Beginn der politischen Öffnung wurde versucht, den Entwicklungsrückstand im Bereich der Medizin durch Orientierung an die entwickelten Länder (wie z.B. Amerika) aufzuholen, wobei traditionelle nicht-wissenschaftliche Konzepte keinen Platz hatten bzw. lediglich eine Übergangslösung aufgrund von Ressourcenknappheit darstellten.
- 2.) Die zweite Aussage des oben genannten Zitates macht darauf aufmerksam, dass es in der chinesischen Volksheilkunde weder die Fachrichtung Psychiatrie noch die Bezeichnung Schizophrenie gab. Es ist jedoch anzumerken, dass der von *Zhang Jingyue* (张景岳)<sup>71</sup> eingeführte Begriff „Daibing“ (呆病, sog. „Blödkrankheit“) mit einer Vielzahl psychischer

---

<sup>70</sup> Siehe hierzu auch *Rathbone & Xia* (2009).

<sup>71</sup> *Zhang Jingyue* (1583-1640 v.Chr.) war ein berühmter chinesischer Arzt der Ming-Dynastie. Er schuf Werke zur Pulsdiagnose, Gynäkologie, Pädiatrie, Chirurgie und wurde berühmt für seine Analyse des „Huangdi Neijings“, das sog. „Leijing“ (类经). Seine gesammelten Werke fanden sich im *Jingyue Quanshu* (景岳全书). Zur Behandlung der „Blödkrankheit“ schlug er folgende Rezepte vor: *Fumanjian* (服蛮煎), *Qifuyin* (七福饮), *Dabu yuanjian* (大补元煎). Die Rezepte stammen aus seinen gesammelten Werken (*Jingyue Quanshu*, 景岳全书).

Auffälligkeiten einhergehend, die heutzutage unter die Diagnose der Schizophrenie fallen könnten, wie z.B. Störungen der Sprache, der Gedanken, der Emotionen, des Verhaltens etc. (*HKJC*, 1984, 538-539).

Trotz der kritischen Haltung gegenüber der Anwendbarkeit der chinesischen Volksheilkunde in der Schizophrenie-Behandlung werden einige chinesische Arzneirezepte<sup>72</sup> und Akupunkturpunkte<sup>73</sup> vorgestellt, die sich ergänzend zu den modernen Behandlungsverfahren als vorteilhaft erwiesen haben, dabei aber nicht krankheitsspezifisch, sondern symptomatisch ausgerichtet sind (*HKJC*, 1984, 366-367).

#### Verhaltens- und Arbeitstherapie bei Schizophrenie:

Da die Schizophrenie nicht nur die Funktionsfähigkeit des Körpers und des Geistes beeinträchtigt, sondern tief in die Persönlichkeit, die Verhaltensweisen sowie das soziale Umfeld eines Patienten eingreift, genügt es nicht allein, die Symptome medikamentös zu beseitigen. Für die Reintegration in die Gesellschaft müssen die Arbeits- und Lernfähigkeit sowie ein stabiles Beziehungsnetzwerk wieder aufgebaut werden (*HKJC*, 1984; *Hao W.*, 2008). Beliebte Maßnahmen dafür waren in den 1980er-Jahren die Verhaltens- und Arbeitstherapie, 2008 die Verhaltenstherapie und Familieninterventionen. Eine Psychotherapie wird in beiden Lehrbüchern bei Schizophrenie nicht empfohlen (*HKJC*, 1984; *Hao W.*, 2008).

Mithilfe der Verhaltenstherapie soll der Patient lernen, zwischenmenschliche Kontakte zu ordnen, Probleme selbstständig zu bewältigen, mit Stress und negativen Emotionen umzugehen etc.

„Viele Studien meinen, dass diese Methode während der Hospitalisierung nur für wenig psychopathologische Symptome Erfolg versprechend sei. [Trotzdem] kann sie zur Aneignung einiger Fertigkeiten und gesellschaftlichen Adaptation von Nutzen sein“ (*Hao W.*, 2008, 99).

---

<sup>72</sup> Laut *HKJC* (1984, 366) haben sich parallel zu Sedativa z.B. folgende chinesische Arzneien bewährt: *Datura metal* (Yangjinhua, 洋金花), *Loranthus parasiticus* (l. merr. parasiting on (Masang jisheng, 马桑寄生) und *Coriarianepalensis* (Masang, 马桑), *Semen Strychni* (Maqianzi, 马钱子), *Radix Euphorbiae Pekinensis* (Jingdaji, 京大戟), *Radix Phytolaccae* (Shanglu, 商陆), *Flos Genkwa* (Yuanhua, 芫花), *Cornu Bubali* (Shuiniujiao, 水牛角), Halogenalkali (Lujian, 卤碱) etc.

<sup>73</sup> Bei akustischen Halluzinationen könnten laut *HKJC* (1984, 366-167), *Yifeng* (SJ17) (翳风), *Tinggong* (SI19) (听宫), *Tinghui* (GB2) (听会), *Zhongzhu* (SJ13) (中渚) gewählt werden, bei visuellen *Zanzhu* (BL2) (攒竹), *Jingming* (BL1) (睛明), *Qiuhou* (EX-HN7) (球后), bei Wahn *Baihui* (DU20) (百会) und *Toujie* (Extra-Akupunkturpunkt) (头颞), bei Stupor *Shaoshang* (LU11) (少商), *Shixuan* (EX-UE11) (十宣), *Shaoze* (SI1) (少泽), *Lidui* (ST45) (厉兑), *Yinbai* (SP1) (隐白), *Yongquan* (KI1) (涌泉), *Renzhong* (GV26) (人中), bei Spracharmut/-verlust *Yongquan* (KI1) (涌泉), *Yamen* (DU15) (哑门) und bei Essensverweigerung hätten sich *Hegu* (LI4) (合谷), *Zusanli* (ST36) (足三里), *Yongquan* (KI1) (涌泉), *Renzhong* (GV26) (人中), *Shaoshang* (LU11) (少商) bewährt.

Die Notwendigkeit einer Verhaltenstherapie zur gesellschaftlichen Reintegration steht im Widerspruch zur mangelnden Compliance des schizophrenen Patienten. Das *HKJC* (1984) schlägt in diesem Fall die „Token Economy“ nach *Ayllon* und *Azrin* vor, ein Motivationssystem für Therapie und Rehabilitation extrem inaktiver Schizophrener.<sup>74</sup> Für Autoren wie *Xu, Zhang, Li, et al.* (2007) sei das „Social Skills Training (SST)“ nach *Bellack* heute ein wichtiger Therapiebestandteil, insbesondere für Patienten mit chronischen Verläufen der Schizophrenie.

In der Psychiatrie in China hat sich die Arbeitstherapie als ergänzendes Behandlungsverfahren seit den ersten Rehabilitationsprogrammen zur Wiedereingliederung psychisch Kranker in die Gesellschaft etabliert, sodass sie auch im *HKJC* (1984) thematisiert wird. Die Arbeitstherapie kann stationär und ambulant erfolgen. Während der langen Hospitalisation könne das gruppenweise Ausüben von Handwerk und Gartenarbeit soziale Kompetenzen und Fertigkeiten für eine Reintegration in die Gesellschaft aufbauen sowie die charakteristische Angstsymptomatik bei Schizophrenen lindern (*Zhou, Wu, Bai, 2002*).

Dass die Arbeitstherapie bei *Hao W.* (2008) keine Erwähnung findet, mag daran liegen, dass der Terminus durch den fortschreitenden Ausbau von Rehabilitationsprogrammen durch den Begriff der Rehabilitation abgelöst wurde. Dieser ist allgemeiner gefasst, beinhaltet aber ebenfalls die berufliche Wiedereingliederung.

#### Familienintervention bei Schizophrenie:

In China leben über 90 Prozent der schizophrenen Patienten zusammen mit ihren Familien, sodass die Familienmitglieder die primäre Pflege der Schizophrenen übernehmen (*Phillips, 1993*). Sind das Umfeld und das Funktionieren der Familie gestört, steigt das Rückfallrisiko von Schizophrenen (*Liang, He, Sun, et al., 1999*). Die gute Zusammenarbeit mit der Familie stellt daher in China die zentrale Säule der Behandlung von Schizophreniepatienten dar.

Den Circulus vitiosus durchbrechende und zur Unterstützung der Familien beitragende Maßnahmen waren bis Ende des 20. Jh. wenig verfügbar. Die Annäherung mittels westlicher Psychoedukation für Familien mit Schizophrenen fand in China erst seit den 1990er-Jahren statt (*Zhang & Yan, 1993*), sodass sie kein Bestandteil des *HKJC* (1984) ist. Trotz der Schwierigkeit, westliche Interventionsinstrumente auf die chinesische Kultur zu übertragen (*Phillips, West,*

---

<sup>74</sup> Hierbei wird „gutes“ Verhalten mithilfe materieller Gutscheine, die für Nahrung, Getränke, Zigaretten, Einzelzimmer, Sondererlaubnis Fernzusehen etc. einlösbar sind, verstärkt; die Beurteilung des Verhaltens ist Aufgabe der Pflegekräfte, die aufgrund des Faktors Zeit in engerem Kontakt zu dem Patienten stehen als der behandelnde Psychiater (*Kazdin & Bootzin, 1972; Mitchell & Stoffelmayr, 1973*).

*Shen, et al., 1998*),<sup>75</sup> hat sich die Familienintervention in China, wie *Hao W. (2008)* betont, als eine preiswerte und effektive Maßnahme herausgestellt, die neben einer Entlastung des chinesischen Gesundheitssystems die Rückfallquote um 24 Prozent senken, die Compliance des Patienten erhöhen, die Re-Hospitalisierungszeit verkürzen, die Beschäftigung schizophrener Patienten verlängern sowie zur mentalen Gesundheit der pflegenden Familienmitglieder beitragen kann (*Weng, Zhang, Chai, et al., 1994; Xiong, Phillips, Hu, et al., 1994; Zhao, Shen, Shi, et al., 2000; Liu & Xu, 2000; Ran, Xiang, Huang, et al., 2001; Zhang, Yuan, Yao, et al., 2006*).

„Psychosoziale Bildung ist einfach durchzuführen, wird [von chinesischer Seite] gut akzeptiert und ist effektiv“ (*Zhang, Weng, Yan, et al., 1998*).

Sie beinhaltet psychologische Schulungen, Krisenmanagement, familiäre Unterstützung und Lösungsvorschläge für Verhaltensprobleme von schizophrenen Patienten. Die Familienkrisenintervention hilft, sowohl den Patienten als auch das chinesische Gesundheitssystem durch Einbeziehen der Familie zu entlasten und die Rückfallquote zu senken (*Hao W., 2008*).

Da die Ergotherapie in beiden Lehrbüchern für Psychiatrie keine Berücksichtigung findet, kann angenommen werden, dass sie, anders als im Ausland, in China nicht bzw. wenig eingesetzt wird (*HKJC, 1984; Hao W., 2008*). Ein Grund dafür mag die Gefahr der Wahnsteigerung sein, die bei freier künstlerischer Entfaltung von schizophrenen Patienten, anders als bei neurotischen Patienten, die durch die Ergotherapie Entspannung erfahren können, gefürchtet wird (*HKJC, 1984, 368*). Außerdem ist der Auftrag rehabilitatorischer Maßnahmen in China allein zweckorientiert. Die Wiederherstellung eines funktionierenden Mitgliedes der Gesellschaft, das für sich und seine Familie sorgen kann, steht dabei im Mittelpunkt. Wie *Lin (1989, 124)* und

---

<sup>75</sup> Im Westen wird vor der Familienintervention zur Bestimmung der Ausgangssituation anhand des „Circumplex Modells“ von insgesamt 16 verschiedenen ein Familientyp ermittelt. Ein entsprechendes Äquivalent, angepasst an die Besonderheiten chinesischer Familienstrukturen, existiert bislang noch nicht. Die konfuzianischen Strukturen, die sich bis heute in den chinesischen Familien gehalten haben, sind in der Stadt im Vergleich zum Land aufgrund Modernisierung und Verwestlichung aufgelockerter. Trotzdem zeigen die chinesischen Versionen der „Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales“ (FACES-II-CV) und der „Family Environment Scales“ (FES-CV), wie unterschiedlich Rechte und Erwartungen der Familienmitglieder interkulturell ausfallen können. Vergleicht man die Antworten der FES-CV-Skala von chinesischen mit denen von amerikanischen Familien, fallen folgende Unterschiede auf: Zusammenhalt, Leistung, Moral und Organisation sind verbreiteter in chinesischen Familien, während Konflikt, Unabhängigkeit, Rekreation und Kontrolle Charakteristika amerikanischer Familien sind (*Phillips, West, Shen, et al., 1998*).

*Pearson* (1992) bereits hingewiesen haben, erfolgt die Definition der eigenen Person im Gefüge der Gesellschaft in ostasiatischen Ländern über die Arbeit und Leistungsfähigkeit, wodurch die bis heute bestehende Überlegenheit der Arbeitstherapie gegenüber der Ergo- oder Psychotherapie nachvollziehbar wird.

### **3.9.8 Rehabilitation**

Eine vergleichende Studie aus Hongkong zeigte auf, dass schizophrene Patienten (> 40 Prozent) signifikant häufiger gesellschaftlichen Stigmata ausgesetzt sind als Diabetes-Patienten (~ 15 Prozent) (*Lee, Lee, Chiu, et al., 2005*). Befragungen von Betroffenen ergaben, dass Stigmatisierungen in 60 Prozent der Fälle einen moderaten bis ernsten Effekt auf das Leben des Patienten sowie in 28 Prozent Auswirkungen auf die Gesundheit der Familienmitglieder haben (*Phillips, Pearson, Li, et al., 2002*). Die konfuzianische Vorstellung der Familien- und Gesellschaftsordnung bestimmt nach wie vor das chinesische Leben, sodass ein harmonisch funktionierendes Beziehungsnetzwerk (Familie, Freunde, Bekannte) von außerordentlicher Bedeutung ist.

Die Chronizität dieser Erkrankung mit langwierigen Verläufen erschwert der gesetzlich involvierten Familie, gegenüber den Mitmenschen das „Gesicht zu wahren“.

„Je länger die Erkrankungsdauer desto größer ist der Effekt von Stigmatisierungen auf die gesunden Familienmitglieder“ (*Phillips, Pearson, Li, et al., 2002*).

Insbesondere auf zwischenmenschlicher Ebene entstehen infolge der Erkrankung erhebliche Probleme für den Patienten und seine Familienmitglieder, etwa Ehe- und Familienkrisen<sup>76</sup>, Störungen des Sexualverhaltens („*Hui Long Guan*“ *Krankenhaus Peking, Guo, Weng, 1989*) etc. Familien von schizophrenen Patienten besitzen intrafamiliär ein höheres Konfliktpotenzial, einen geringeren Zusammenhalt, eine schlechtere Anpassungsfähigkeit und sind weniger in intellektuelle oder rekreative Aktivitäten involviert (*Phillips, West, Shen, et al., 1998*).

Um Schizophrenen die Reintegration in das gesellschaftliche Beziehungsgeflecht zu ermöglichen, sollten laut *Lee, Lee, Chiu, et al. (2005)* zeitig Programme entwickelt werden, die die Familie als Rehabilitations-Ressource etablieren. Gleichzeitig müsse der Ausbildung und der Wirkung von Stigmata in Form von speziellen Familienprogrammen, Selbsthilfegruppen etc. entgegengewirkt

---

<sup>76</sup> *Phillips* (1998) betont, dass es aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung des Ehepartners, für den Partner im Erkrankungsfall vorbehaltlos zu sorgen, in China eher nicht zur Scheidung komme.

werden; Aufklärungsmaßnahmen auf Ebene der Kommune seien nicht ausreichend (*Phillips, Pearson, Li, et al.*, 2002).

Während sich Rehabilitationsprogramme erst seit den 1980er-Jahren in China entwickelten, konnten laut *HJKC* (1984, 368) bereits erste Erfolge verzeichnet werden. Doch die Entwicklung vollzieht sich langsam: In einer Untersuchung zu rehabilitatorischen Maßnahmen in China von *Lü, Ren, Yang* (2002) hieß es, dass 99 Prozent der psychisch Kranken im gesellschaftlichen Leben keine effektive Behandlung erfahren, den Großteil davon bildeten schizophrene Patienten. Im Rahmen einer von *Chen, Zhang, Li, et al.* (1998) durchgeführten epidemiologischen Studie über die Effektivität von Neuroleptika bei der Behandlung von Schizophrenen in China zeigten von den 89 Schizophrenen 48 Prozent nach der Therapie mit modernen Neuroleptika ein befriedigendes Ergebnis, aber nur 40 Prozent erhielten eine regelmäßige Medikation. Trotz des Einsatzes moderner Psychopharmaka und leitliniengetreuer Behandlung in China sind die Therapieergebnisse von schizophrenen Patienten schlechter als im internationalen Vergleich (*Xiang, Li, Weng, et al.*, 2004). Ausschlaggebend für die Effektivität der Behandlung seien erstens die Medikamentenschulung des Patienten bzw. seiner pflegenden Angehörigen (*Xu, Weng, Hou, et al.*, 1999), zweitens – infolge des langanhaltenden Krankheitsgeschehens – der Umgang mit der Erkrankung im Alltag (sog. Coping) und drittens die regelmäßige professionelle Nachsorge. Sind die Coping-Strategien des Patienten schwach, sinkt die Compliance und selbst die beste Therapie wird ineffektiv.

Erst seit Beginn des 21. Jh. wachsen die Bemühungen zur Verbesserung der gesellschaftlichen Reintegration von Schizophrenen. Mithilfe von gesellschaftlichen Reintegrationsprogrammen und sozialer Unterstützung wird versucht, die Patienten wieder zügig in die Gesellschaft und die Familie zu integrieren, in der sie dauerhaft ein selbstständiges Leben mit beruflicher Beschäftigung führen können (*Xiang, Li, Weng, et al.*, 2004). Nach Meinung des *HKJC* (1984, 369) sollte noch während des Krankenhausaufenthaltes mit entsprechenden Programmen begonnen werden, da die Eingliederung in die Familie und Gesellschaft sowie die Rückkehr zur Arbeit umso schwerer falle, desto länger der Krankenhausaufenthalt sei.

*Hao W.* (2008, 99-100) betont in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit von bereits oben genannten Familienkriseninterventionen und von Gemeindediensten wie dem „Case Management“, der „Berufsrehabilitation“ und dem „Assertive Community Treatment“ (ACT), Rehabilitationsprogrammen, die dem Westen entlehnt sind.

Zusammenfassend kann am Beispiel der Schizophrenie im Lehrbuchvergleich konstatiert werden, dass diese schwere psychische Erkrankung nicht nur in den 1980er-Jahren die Hauptdiagnose der chinesischen Psychiatrie darstellte, sondern sie auch heute noch vor schwierige Herausforderungen stellt. Diese Situation ist nicht zuletzt auf die Grenzen des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes bezüglich der Pathogenese und Therapie der Schizophrenie zurückzuführen.

Konnten damalige Schwierigkeiten der psychiatrischen Versorgung schizophrener Patienten mit einem veralteten wissenschaftlichen Kenntnisstand, einer unübersichtlichen Lage der Fachrichtung Psychiatrie in der Zeit nach der Kulturrevolution und den Nachwehen der sowjetischen Einflussnahme erklärt werden, muss heute nach anderen Ursachen gefahndet werden.

Exemplarisch lässt sich anhand des komplexen Erkrankungsbildes der Schizophrenie veranschaulichen, dass sich die heutige Psychiatrie in China zwar an internationalen Vorgaben orientiert, jedoch an deren mangelnder Umsetzbarkeit scheitert. Wie im folgenden Diskussionsteil abschließend erörtert werden soll, sind kulturelle, ökonomische und politische Aspekte für die bisherige und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie in China von ausschlaggebender Bedeutung.

#### **4. Diskussion und Ausblick**

Mithilfe des Lehrbuchvergleiches konnten Entwicklungstendenzen der chinesischen Psychiatrie während der letzten 30 Jahre veranschaulicht werden, die maßgeblich durch sozioökonomische Reformen und den wissenschaftlichen Fortschritt vor dem Hintergrund eines rasanten Entwicklungs- und Modernisierungsprozesses beeinflusst wurden.

Bei der Analyse der beiden medizinischen Quellen, die die einzelnen Lücken neuzeitlicher Literatur systematisch miteinander zu verknüpfen suchte, wurde insbesondere in den Kapiteln Begrifflichkeiten, Pathogenese, Klassifikation, Behandlungsmethoden und Schizophrenie deutlich, dass die Implementierung internationaler Standards im Fall Chinas im Widerspruch zu soziokulturellen, politischen und historischen Besonderheiten steht.

Im Kontext von Globalisierung und dem Bemühen, weltweit einheitliche Wissenschaftsstandards zu schaffen, muss sich die Psychiatrie in China künftig weiteren Herausforderungen stellen. Tendenzen der Annäherung an und Übernahme von internationalen Vorgaben sind – anders als Ende der 1970er-Jahre – in der aktuellen Psychiatrie durchaus zu beobachten. Da es sich bei der



Implementierung internationaler Standards jedoch um ein komplexes Zusammenspiel vieler soziokultureller, wirtschaftlicher und politischer Faktoren handelt, wird verständlich, warum dieser Prozess selbst im aktuellen Lehrbuch für Psychiatrie noch nicht abgeschlossen ist (*Fang, 2004*).

Da seit der Veröffentlichung von *Hao W. (2008)* die Entwicklungen im medizinischen Bereich weiter vorangeschritten sind, seien zur vollständigen Darstellung neuzeitlicher Entwicklungstendenzen im Bereich der chinesischen Psychiatrie einzelne Problembereiche erörtert, die mit der momentanen Situation und zukünftigen Entwicklung der Psychiatrie in China in engem Zusammenhang stehen. Auch politische Kontroversen sollen für ein besseres Gesamtverständnis ebenfalls kurz Erwähnung finden. Wichtige Anhaltspunkte zu den Grundvoraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung internationaler Psychiatriestandards in China sollen geliefert und somit das interkulturelle Verständnis für eine bessere Zusammenarbeit westlicher und chinesischer Fachkräfte gefördert werden.

#### **4.1 Kulturelle Besonderheiten**

Nach *Selden (1937)* existieren weltweit grundsätzlich keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit einer mentalen Störung. Außerdem haben sich die grundlegenden Erscheinungsformen in den letzten 60 Jahren wenig verändert (*Liu, 2000, 125*), sodass diese Beobachtungen das theoretische Fundament für internationale Klassifikationen mit entsprechenden Behandlungsrichtlinien psychischer Erkrankungen bilden.

Trotzdem entwickelt jede Gesellschaft einen anderen Umgang mit psychischen Erkrankungen, welcher im jeweiligen kulturellen Rahmen zu verstehen ist; sozioökonomische Aspekte sind ebenfalls bedeutsam (*Pearson & Phillips, 1994*). Die Beurteilung von normalem oder abnormem Verhalten, normaler oder gestörter Persönlichkeit, körperlicher oder psychischer Störung etc. ist oftmals nicht eindeutig und kann nur abhängig vom jeweiligen Kulturkreis evaluiert und klassifiziert werden, zumal die Krankheitspräsentation interkulturell divergiert (*Kleinman, 1975 & 1980; Zhang MY, et al., 1998*).

Analog dazu konnte im Kapitel „Klassifikation“ im Rahmen eines medizinhistorischen Vergleichs der beiden chinesischen Psychiatrielehrbücher aufgezeigt werden, dass trotz Annäherung an internationale Vorgaben soziokulturelle Eigenheiten im Prozess der Etablierung und Ausbau der Psychiatrie in China bewahrt werden.

Überdies müssen in puncto Vorstellung und Bewertung psychischer Erkrankungen im Fall Chinas aufgrund seiner geographischen Dimensionen, sozioökonomischen Unterschiede und multikulturellen Komplexität<sup>77</sup> mehr Aspekte als die alleinigen Unterschiede zwischen westlichen und ostasiatischen Konzepten berücksichtigt werden. Anhand der Fülle transkultureller chinesischer Studien (u.a. „*Shihezi*“ Krankenhaus Xinjiang, Yang, Gu, et al., 1989; „*Drittes Krankenhaus Quanzhou*“, Xu, Weng, et al., 1991; Tian, Yan, Tang, et al., 1994; Zhang, Zheng, Tu, et al., 1997; Ji, 1997) lässt sich ablesen, dass die Berücksichtigung kultureller Unterschiede zwischen den einzelnen chinesischen Bevölkerungsgruppen in der Psychiatrie in China für den Ausbau einer flächendeckenden psychiatrischen Versorgung von Bedeutung ist. Das Wissen über kulturelle Unterschiede könnte stärker als in anderen medizinischen Fachbereichen bei der Behandlung psychisch Kranker genutzt werden, um eine an die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten angepasste Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Prävention anzubieten und damit auf lange Sicht das Gemeinwohl und die Lebensqualität der Bevölkerung zu stärken (Shahé & David, 1998). Die kulturbedingte Einzigartigkeit und Komplexität sind Aspekte, die bei der Integration internationaler Konzepte der mentalen Gesundheitsversorgung in den chinesisch-kulturellen Kontext berücksichtigt werden sollten (Liu, Ng, Ma, et al., 2008).

#### **4. 2 Herausforderungen an die Psychiatrie in China**

China muss der wachsenden Last psychischer Erkrankungen als Effekt der Globalisierung mit dem Aufbrechen traditioneller Familienstrukturen und dem Verlust von Coping-Mechanismen begegnen (Riedel, 2001). Laut Bericht der chinesischen Regierung 2003 (*Chinesisches Gesundheitsministerium*, 2003) litten in China rund 16 Mio. Menschen an einer ernsthaften psychischen Erkrankung, 30 Mio. Kinder und Jugendliche zeigten Emotions- und oder Verhaltensstörungen und die WHO befürchte, dass die finanzielle Last mentaler Störungen in China ein Viertel der Gesamtausgaben im Gesundheitssektor bis zum Jahr 2020 ausmachen wird (*Chinesisches Gesundheitsministerium, et al.*, 2008).

Nach der SARS-Epidemie 2003 und dem Wiederaufbau des chinesischen öffentlichen Gesundheitssystems wurde die „Mentale Gesundheit“ im September 2004 als einziges Programm nicht-infektiöser Erkrankungen als Ausdruck des akuten Handlungsbedarfes ins „Nationale Programm zur Öffentlichen Gesundheit“ aufgenommen, seither wird ihr vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt (Liu, Ng, Ma, et al., 2008). Für eine bessere Patientenversorgung und Reformierung des Gesundheitssystems engagiert sich China in vielen internationalen

---

<sup>77</sup> In China sind 70 anerkannte Nationalitäten sowie 20 nicht offiziell anerkannte ethnische Gruppen registriert.

Projekten,<sup>78</sup> von denen das bereits erwähnte australische „686 Programm“ seit 2004 im Einklang mit der Volksgesundheits-Agenda 2002<sup>79</sup> und sozioökonomischen chinesischen Voraussetzungen einen „Meilenstein“ für die Modernisierung der Gemeindeversorgung psychischer Störungen in China markiert.

Doch trotz positiver Entwicklungstendenzen (*Ma, Liu, Yu, et al.*, 2009) bleibt das Problem der Versorgung psychisch Kranker in China weiterhin ungelöst, was von *Yip* (2007) auf folgende drei Kernpunkte zurückgeführt wurde: 1. auf soziokulturell gefestigte Krankheitsvorstellungen bezüglich psychischer Erkrankungen, die denen der modernen Medizin bzw. Psychiatrie widersprechen, 2. auf extreme ökonomische, geographische und soziale Unterschiede und 3. auf den enormen Bedarf der mentalen Gesundheitsversorgung bei limitierten Ressourcen.

In der nachfolgenden Diskussion sollen diese Punkte intensiver beleuchtet werden und um Aspekte der Familie und der Gemeindedienste in der psychiatrischen Versorgung sowie des Umgangs mit leichten psychischen Störungen erweitert werden.

#### **4.2.1 Ressourcenmangel in der psychiatrischen Versorgung**

Psychiatrische Fachkräfte:

Obwohl ein deutlicher Zuwachs an Arbeitskräften im Bereich der mentalen Gesundheitsversorgung in den letzten 15 Jahren zu verzeichnen war (1990-2005 Anstieg um 65 Prozent), besteht weiterhin ein Fachkräftemangel mit regional unterschiedlicher Ausprägung (*Chinesisches Gesundheitsministerium, et al.*, 2008, 98). In den 1990er-Jahren konnten nur hoch entwickelte Städte wie Shanghai und Peking einen flächendeckenden mentalen Gesundheitsservice anbieten (*Luo & Yu*, 1994; *Wang X*, 1994; *Zhang, Wang, Li, et al.*, 1994; *Zhang, et al.*, 1994), während in vielen ländlichen Regionen die häusliche Pflege die einzige Alternative darstellte (*HKJC*, 1981; *Wang, Gong, Niu*, 1994; *Yip*, 2006).

Das Augenmerk gilt dabei besonders den ländlichen Regionen im zentralen Westen Chinas<sup>80</sup>, in denen jegliche klinische Versorgung im psychiatrischen Bereich fehlt (sog. „leere Region“,

---

<sup>78</sup> Als Beispiele können das „Asia Pacific Community Mental Health Development (APCMHD) Project“, das „AusAID funded Protecting Children in Disasters project“ und die „Australia's national Depression initiative“ genannt werden.

<sup>79</sup> In der Volksgesundheits-Agenda vom 10.04.2002 wurde ein detaillierter Plan für die Mentale Gesundheit aufgestellt, der folgende Ziele formuliert: 1. Etablierung organisierter Kooperationen psychiatrischer Einrichtungen und kommunaler Netzwerke, 2. Errichtung von speziellen Gesetzen und eines Krankenversicherungssystems für Patienten mit mentaler Erkrankung, 3. Aufklärung und Schulung der Gesellschaft über psychische Erkrankungen, 4. Qualitätssteigerung der mentalen Gesundheitsdienste und der Psychiater.

<sup>80</sup> Hierunter fallen Provinzen wie Tibet, Shanxi, Innere Mongolei, Heilongjiang, Anhui, Hubei, Guangxi, Yunnan, Gansu, Qinghai, Ningxia und Xinjiang.

Kongbai qu, 空白区)<sup>81</sup> (*Chinesisches Gesundheitsministerium, et al.*, 2008, 10-12). Das 1968 von Mao eingeführte, ländliche medizinische Versorgungssystem, bestehend aus „Barfußärzten“ und kooperativem Gesundheitsdienst, hatte den Bauern eine primäre medizinische Versorgung gewährleistet und galt als Vorbild für andere Entwicklungsländer; mit der Dekollektivierung der Landwirtschaft seit den 1980er-Jahren brach dieses System zusammen (*Zhang, 2006, 59*).

Die medizinische Versorgung auf dem Land zeichnet sich heute durch ein dreistufiges Netzwerk aus: 1. Stufe Gesundheitsstationen auf der Dorfebene, 2. Stufe Gesundheitsstationen auf der Gemeindeebene und 3. Stufe Krankenhäuser auf der Kreisebene. Die Dorfärzte sind normalerweise nur in den Bereichen Hygiene, Prävention und Behandlung einfacher Erkrankungen ausgebildet und tätig (*Zhang, 2006*). Außer bei leichten Erkrankungen werden die Patienten aufgrund eines besseren medizinischen Versorgungsniveaus meist direkt zum nächsten Kreiskrankenhaus überwiesen.

Die großen sozioökonomischen Unterschiede in China verdeutlichen die Komplexität und die damit verbundenen Schwierigkeiten der Implementierung und einheitlichen Entwicklung einer flächendeckenden mentalen Gesundheitsversorgung. Die Problematik der mangelnden Ressourcen in China bringt *Yip* (2006) wie folgt auf den Punkt:

„It is difficult to provide continuous and comprehensive mental health services to a population of 1.3 billion, when 75 % of them live in deprived and remote rural areas in China.“

#### Bettenbelegung:

Der Ressourcenmangel spiegelt sich auch in der Bettenbelegung in psychiatrischen Einrichtungen der Volksrepublik mit 86,73 Prozent wider. Damit liegt die Bettenbelegung höher als die von der WHO empfohlenen 85 Prozent (*Chinesisches Gesundheitsministerium, et al.*, 2008, 48). Die durchschnittliche psychiatrische Behandlungsdauer beträgt im chinesischen Krankenhaus 46 Tage (*Chinesisches Gesundheitsministerium, et al.*, 2008, 48); im Vergleich zu Deutschland ist dies mit 21 Tagen mehr als doppelt so lang (*Bundespsychotherapeuten Kammer, 2010*). Eine mangelhafte Ausschöpfung der Therapieoptionen, der hohe stationäre Anteil schwerer psychiatrischer Zustandsbilder (*Pearson & Phillips, 1994*) oder finanzielle

---

<sup>81</sup> Es handelt sich zum Großteil um Verwaltungsgebiete der chinesischen Regierung, die ca. ein Drittel von Chinas Gesamtfläche (3.110.000 m<sup>2</sup> Fläche) mit insgesamt 41.900.000 Einwohnern ausmachen (*Chinesisches Gesundheitsministerium, et al.*, 2008, 10-12).

Beweggründe aufseiten der chinesischen Krankenhäuser können für das Phänomen der prolongierten Hospitalisation in Betracht kommen (*Pearson & Phillips, 1994*).

#### Erkennung psychischer Erkrankungen in der medizinischen Grundversorgung:

Die Dunkelziffer psychisch Kranker in China ist trotz geschulter Ärzte und Aufklärung über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung beachtlich: Das ist einerseits auf eine mangelnde Qualität der Ausbildung im medizinischen Bereich zurückzuführen, aufgrund dessen nicht-psychiatrische Fachkräfte, selbst in medizinisch hochentwickelten Metropolen wie Shanghai, die Diagnosefindung verzögern bzw. die Diagnose nicht stellen (*Xiao, Yan, Lu, et al., 1997; Wei, Liu, He, et al., 2004*). Andererseits kann das Festhalten an traditionellen nicht-medizinischen Krankheitskonzepten in der Bevölkerung (*Yang & Kleinman, 2008*) für ein verspätetes Aufsuchen des Spezialisten verantwortlich gemacht werden (*Lin, Inui, Kleinman, et al., 1982*).

#### Die Rolle der Familie in der psychiatrischen Versorgung:

Aufgrund insuffizienter Ressourcen macht sich die chinesische Regierung das traditionelle Familienkonzept gesetzlich<sup>82</sup> (*Phillips, 1993; Yip, 2006*) zunutze, das in China seit altersher auf der Grundlage des konfuzianischen Ethiksystems eine zentrale Rolle eingenommen hat (*Gabrenya & Hwang, 1996*). Trotz heutiger Urbanisierung, Globalisierung und Modernisierung und dem schmälern Einfluss konfuzianischen Gedankengutes in der chinesischen Gesellschaft besteht die Familie weiterhin als dominante soziale Einheit (*Pearson & Phillips, 1994; Phillips, West, Shen, et al., 1998; Riedel, 2001*).

Über 90 Prozent der psychiatrischen Patienten lebt im Kreise ihrer Familien, die gemäß chinesischen Wertvorstellungen die moralische und legale Verantwortung für die Pflege des Patienten tragen (*Phillips, 1993; Zhang, Yan, Phillips, 1994; Pearson & Phillips, 1994*). Insbesondere aufgrund mangelnder Ressourcen in der psychiatrischen Versorgung übernehmen chinesische Familienmitglieder stärker als westliche Pendants die primäre, rehabilitatorische und häufig einzige Pflege für psychisch Kranke (*Pearson & Phillips, 1994; Lee, Lee, Chiu, et al., 2005*).

Die Familie als tragende Säule der psychiatrischen Versorgung in China kann zwar eine gewisse Ressourcenknappheit überwinden, sie vermag jedoch eine professionelle Betreuung nicht zu ersetzen. Die Kooperation seitens der Familie führt selten über die strenge Instruktion der regelmäßigen Medikamenteneinnahme hinaus; außerdem sind die meisten chinesischen

---

<sup>82</sup> Im Heiratsgesetz von 1980 heißt es in Artikel 14 und 15, dass der Ehegatte/die Ehegattin, die Eltern und Kinder zur gegenseitigen Unterstützung verpflichtet seien (*Pearson & Phillips, 1994*).

Psychiater hauptsächlich an biologischen Modellen anstatt an der Exploration der Familiendynamik interessiert (*Pearson & Phillips, 1994*). Eine Überforderung materieller, gesellschaftlicher und psychologischer Art ist in den betreuenden Familien keine Seltenheit und wird von professioneller Seite oftmals verkannt (*Luo & Yu, 1994; Hao W., 2008, 248*).

Waren die zur Unterstützung belasteter Familien beitragenden Maßnahmen (z.B. Familienprogramme, Selbsthilfegruppen) bis Ende des 20. Jh. aufgrund politischer Interpretation (*Pearson & Phillips, 1994*) wenig verfügbar, gewinnt seit den 1990er-Jahren die westliche Psychoedukation für Familien an Popularität (*Zhang & Yan 1993; Zhang, Yan, Phillips, 1994; Luo & Yu, 1994*). Aus diesen relativ jungen Verfahren ergeben sich zwei Probleme, die zum einen die Übertragung westlicher Interventionsinstrumente auf die chinesische Kultur und zum anderen die Qualifikation der ausführenden Organe betreffen. Obwohl heutzutage in China zwar Familieninterventionsprogramme nach westlichem Vorbild existieren, fehlen Maßstäbe, die systematisch das Funktionieren chinesischer Familien evaluieren (*Phillips, West, Shen, et al., 1998*), um die Maßnahmen noch kostengünstiger und effizienter zu gestalten (*Zhao, Shen, Shi, et al., 2000*).

Hinzu kommt, dass sich China zukünftig zunehmend dem demographischen Wandel als Folge der Ein-Kind-Politik stellen muss. Kann die Mehrheit psychisch Kranker heute noch von ihren Familien aufgefangen werden, sind zunehmend geriatrische Patienten mit mentalen Störungen auf die familienexterne Versorgung angewiesen (*Pearson, 1992*). Im Rahmen der Modernisierung und Verwestlichung werden traditionelle Gesellschafts- und Familienstrukturen aufgebrochen, sodass die Kompensation des Ressourcenmangels medizinischer Versorgung durch Gemeindedienste und Familie vom Zerfall bedroht sind (*Riedel, 2001, 100*).

#### Die Rolle der Gemeindedienste in der psychiatrischen Versorgung:

In der medizinischen Versorgung psychisch Kranker in China sind Rehabilitationsprogramme auf Gemeindebasis ein essentieller Bestandteil der Gesundheitspolitik, da sie sich preiswert und ressourcensparend ausnehmen (*Zhang, Yan, Phillips, 1994; Wang, Gong, Niu, 1994*). Obwohl die finanziellen Vorteile nicht von der Hand zu weisen sind (*Xiong, et al., 1994*), sehen die Betroffenen nach kostenintensiver stationärer Akuttherapie oft keine Notwendigkeit für weitere Präventions- und Rehabilitationsprogramme, zumal diese ebenfalls nicht kostenlos sind (*Pearson, 1996*).

Die Gemeindeversorgung etwa in Form der sog. Nachbarschaftskomitees kann helfen, den akuten Ressourcenmangel in der psychiatrischen Versorgung vorübergehend zu überbrücken. Die Qualität der Nachsorge und Rehabilitation bleibt im Vergleich zu professionellem Personal

jedoch fraglich, zumal Autoren wie *Yip* (2007 & 2006) und *Pearson* (1992 & 1996) ihre Funktion eher als politisches Werkzeug der Überwachung und Kontrolle von „Non-Konformisten“ zum Wohle einer „harmonischen Gesellschaft“ sehen.

#### Aufklärung der Bevölkerung:

Zu der allgemeinen, durch Krankheit bedingten Belastung addieren sich gesellschaftliche Stigmatisierungen, die auf traditionellen, nicht-medizinischen Krankheitskonzepten beruhen (*Yang & Kleinman, 2008; Yang, Phillips, Lo, et al., 2010*). Eine mentale Störung wird nicht als Krankheit, sondern als vererbte Charakterschwäche betrachtet (*Carter & Neufeld, 2000*). Diese „Veranlagung“ wird auf die Eltern zurückgeführt, wie folgende chinesische Redewendung ausdrückt: „Wenn ein Sohn nicht instruiert wird, ist das der Fehler des Vaters“ (Zi bu jiao, fu zhi guo, 子不教, 父之过). Folglich ziehen gesellschaftliche Stigmatisierungen auch die Gesundheit der Familienmitglieder in Mitleidenschaft (*Phillips, Pearson, Li, et al., 2002*). Nach *Yip* (2006) verfügt die Mehrheit der erwachsenen chinesischen Bevölkerung über kein Wissen bezüglich mentaler Erkrankungen, ihrer Behandlung oder Rehabilitation. Programme der Mentalen Gesundheit befinden sich somit im Dilemma zwischen traditionellen Krankheitsvorstellungen und Implementierung neuzeitlicher, internationaler Wissenschaftstheorien.

Die mangelnde Aufklärung der Bevölkerung bezüglich psychischer Störungen ist zu einem nicht unbedeutenden Teil auf den Ressourcenmangel im Bereich der mentalen Gesundheitsversorgung zurückzuführen. Darüber hinaus muss ein verzögerter gesellschaftlicher Transformationsprozess im Rahmen der Modernisierung und des wirtschaftlichen Aufschwungs berücksichtigt werden, der das Aufgeben bzw. Neudefinieren bestehender Traditionen und Werte bzw. die Adaptation an neue internationale Wissenschaftskonzepte beinhaltet.

Unter Berücksichtigung kulturbedingter ideologischer Besonderheiten (*Yip, 2007*) sind kommunale Aufklärungskampagnen der chinesischen Bevölkerung im Hinblick auf psychische Erkrankungen für die Früherkennung, die Rückfallprophylaxe und zum Entgegenwirken von Stigmata geboten (*Liang, He, Sun, et al., 1999; Phillips, Pearson, Li, et al., 2002*).

#### Leichte psychische Störungen:

Eine steigende Prävalenz leichterer psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten als Konsequenz des gesellschaftlichen Wandels konnte insbesondere bei Kindern und Jugendlichen dokumentiert werden (*Shi, Huang, Yun, et al., 1999; Medizinische Fakultät für chinesische und westliche Medizin (Abteilung für Psychiatrie), et al. 1999; Huang, Li, Liu, et al., 2000; Phillips, Li, Zhang, 2002; Wang & Zhao, 2005; Liu & Luo, 2009; Erling, 2007; Chinese Society of*

*Psychiatry*, 2010 & 2011). Damit wird die in der chinesischen mentalen Gesundheitsversorgung lange negierte Psychologie und Sozialarbeit in ein neues Licht gesetzt (*Pearson & Phillips*, 1994).

Mit zunehmender Verringerung der Ressourcenlücke ist ein Umdenken erforderlich, bei dem die Rolle der Psychiatrie nicht wie Anfang des 20. Jh. auf akute, schwere Zustandsbilder (z.B. Schizophrenie) beschränkt bleibt, sondern auch leichteren Störungen Beachtung geschenkt wird (*Phillips, Liu, Zhang*, 1999). Aufklärungen der Bevölkerung und Schulung des medizinischen Personals bezüglich leichter psychischer Störungen sind notwendig, da sie nicht unbedingt eine Hospitalisierung erforderlich machen, jedoch im ambulanten Bereich Psychotherapie oder Beratung erfordern (*Riedel*, 2001, 100).

#### Multidisziplinäre Versorgung:

Eine multidisziplinäre Versorgung, bei der geschultes Personal wie Sozialarbeiter, Psychologen und medizinisches Personal eng zusammenarbeiten, ist dringend geboten. Eine multidisziplinäre Zusammenarbeitsform, wie sie in der westlichen Gesundheitsversorgung üblich ist, ist für chinesische Verhältnisse relativ neu (*Yip*, 2006). Doch verfügt sie im Gegensatz zu den psychiatrischen Einrichtungen über das Potenzial, den Anforderungen bei leichteren psychischen Störungen im ambulanten Bereich eher gerecht zu werden (*Golombek, Marton, Stein, et al.*, 1986; *Pearson & Phillips*, 1994; *Riedel*, 2002, 100; *Sun & Ma*, 2006; *Erling*, 2007).

#### **4.2.2 Absatzmarkt Medizin versus fehlende soziale Absicherung**

Obwohl die Notwendigkeit einer Förderung der mentalen Gesundheitsversorgung vonseiten der chinesischen Regierung während der 1990er-Jahre erkannt wurde, wurden Finanzierungen für psychiatrische Krankenhäuser und angegliederte psychiatrische Gemeindegesundheitsdienste zurückgezogen, sodass sie fortan zu 50 Prozent auf Eigenfinanzierung angewiesen sind (*Yip*, 2006). Unter diesen Bedingungen, die nicht allein den Fachbereich der Psychiatrie betreffen, werde der Patient eher als Einnahmequelle anstatt als Therapie-, Pflege- und Rehabilitations-Suchender betrachtet (*Pearson*, 1992 & 1995; *Tian, et al.*, 1994). Stationäre Entlassungen werden hinausgezögert, es werde Polypharmazie betrieben und unnötige therapeutische Maßnahmen werden empfohlen (*Pearson & Phillips*, 1994; *Yip*, 2006). Medizin gerate zur Ware und der Patient zum profitablen Absatzmarkt (*Pearson*, 1992 & 1995; *Tian, Pearson, Wang, et al.*, 1994; *Riedel*, 2001).



Die Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen steht einer Vielzahl chinesischer Patienten mit unvollständigem Deckungsgrad bzw. keiner Krankenversicherung gegenüber (*Zhang, 2006, 54-55*). Nach *Yip (2006)* wirkt sich dieser Faktor limitierend auf den Therapieerfolg und die Prognose aus. *Phillips, Pearson, Li, et al. (2002)* konnten anhand schizophrener Patienten zeigen, dass die durchschnittliche Hospitalisation nicht versicherter Patienten signifikant kürzer verläuft als bei versicherten (73 Tage statt 112 Tage). Auch das verzögerte Aufsuchen des Arztes bei psychischen Symptomen lässt sich neben soziokulturellen Aspekten ebenfalls auf die Frage der finanziellen Absicherung zurückführen (*Pearson & Phillips, 1994*).

Obwohl in der Reformperiode 1990 bis 2002 seitens der chinesischen Regierung der Versuch unternommen wurde, die ansteigenden Gesundheitskosten zu tragen, gemeindebasierte Gesundheitsdienste auszubauen und eine abdeckende Krankenversicherung für Nicht-Versicherte zu ermöglichen, konnten nur wenige Erfolge erzielt werden (*Fang, 2004; Eggleston, Li, Meng, et al., 2008; Hougaard, Oesterdal, Yu, 2008*). Am Willen für Veränderungen, Modernisierung und Fortschritt im Sinne der Annäherung an internationale Standards mangelt es im aufstrebenden China kaum, während die Ausführung oftmals an unüberschaubaren Interessenskonflikten mit fehlenden Kontrollmaßnahmen, mangelnden Ressourcen und einer fehlenden Implementierung zentraler Richtlinien scheitert (*Zhe & Phillips, 2008*).

#### **4.3 Forensische Psychiatrie**

Im Hinblick auf den internationalen Wissenstransfer und weltweite Kooperationen und in der Absicht, ein möglichst vollständiges Gesamtbild der neuzeitlichen Entwicklungstendenzen und zukünftigen Herausforderungen der Fachrichtung Psychiatrie in China zu zeichnen, sei gegen Ende dieser Studie auf den Inhalt der politischen Kontroversen Bezug genommen.

Die Psychiatrie der VR China, insbesondere die forensische, muss sich mit der in den 1990er-Jahren einsetzenden Aufarbeitung der Psychiatriegeschichte der ehemaligen Sowjetunion verschiedenen Missbrauchsanschuldigungen stellen (*Munro, 2002*).<sup>83</sup> Die Anschuldigungen konzentrierten sich im Wesentlichen auf den Vorwurf der „Über- und Unterdiagnostizierung“ mentaler Störungen, d.h. einer exzessiven diagnostischen Etikettierung als geisteskrank und einer Verkennung dieser Erkrankung (*Munro, 2002*).

---

<sup>83</sup> Im Januar 2001 wurde laut *Munro (2000)* die erste detaillierte Studie zum politischen Missbrauch der Psychiatrie in der Volksrepublik als „Mittel der Ruhigstellung politischer Dissidenten“ veröffentlicht, während sie zuvor wenig akademische Aufmerksamkeit außerhalb Chinas erhielt (*Pearson, 1992; Bonnie, 2002*).

Der Gipfel der missbräuchlichen Verwendung der Psychiatrie in China fällt in die Zeit der Kulturrevolution (1966-1976), als psychisch Kranke fälschlicherweise als sog. „Konterrevolutionäre“ exekutiert oder inhaftiert wurden (*Yang, 1985*).

Obwohl politische Verfolgungen nach Ende der Kulturrevolution und trotz ihres partiellen „Wiederauflebens“ im Zusammenhang mit der Falun-Gong-Bewegung Ende der 1990er-Jahre insgesamt zurückgingen, bestehen laut Auffassung einiger Autoren (*Munro, 2002; Yip, 2004*) der Überwachungsstaat in Form politischer Erziehungsmaßnahmen und die Praxis der Bestrafung politischer Dissidenten in Krankenhäusern für Forensische Psychiatrie<sup>84</sup> fort.

Im Allgemeinen gehe die heutige Psychiatrie in China jedoch konform mit international akzeptierten Diagnose- und Therapieleitlinien (*Munro, 2002*), wie sich auch an der Definition zur Forensischen Psychiatrie bei *Hao W. (2008)* zeigt:

„Die Forensische Psychiatrie ist ein wissenschaftlicher Zweig der modernen Psychiatrie, der eine Schnittmenge aus Psychiatrie und der Rechtslehre darstellt. Wichtige Aufgaben sind das psychiatrische Fachwissen zu nutzen, um gesetzliche Probleme, die durch psychisch Kranke verursacht wurden, zu lösen [...]“ (*Hao W., 2008, 256*).

Laut *Hao W. (2008, 256)* stehen die in der psychiatrischen Klinik häufig anzutreffende Problematik der eingeschränkten Zurechnungsfähigkeit des psychisch Kranken und der gesetzlich erforderliche Schutz des Betroffenen und der Gesellschaft im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Schwierigkeiten wirft die Frage auf, welche Phänomene seitens der chinesischen Gesellschaft bzw. der Regierung als „sozial gefährlich“ eingestuft werden. Laut *Munro (2002)* wurde die „politische Gefährdung“ seit Gründung der Volksrepublik lange institutionalisiert, sie habe Eingang in das Konzept der „psychiatrischen Gefährlichkeit“ gefunden. *Pearson (1996)* erklärte dies mit der fehlenden chinesischen Gesetzeslage. Dass die Grenze in Bezug auf Äußerungen von Glaubenskonzepten politischen, religiösen oder anderen Inhalts zwischen psychisch „Normalen“ und psychisch Kranken unscharf verlaufen kann, ist allgemein bekannt. Gemäß den Menschenrechten stellen das Recht auf freie Meinungsäußerung und das auf ungehinderte

---

<sup>84</sup> Seit 1987 wurden in China ca. 20 polizeilich geführte Institutionen für kriminelle Geistesranke, die sog. „Ankang“-Krankenhäuser („Frieden und Gesundheit“, 安康), etabliert (*Munro, 2002*). Als Vorläufer dieser Institution können die in der frühen Republikzeit etablierten „psychopathischen Krankenhäuser“ gelten, in denen Opiumabhängigkeit, Syphilis, Vagabunderie und Konkubinat als die üblichen sozialen Ursachen mentaler Erkrankungen damaliger Zeit behandelt wurden, die aber auch als „Verwahrungsanstalten“ fungierten (*Munro, 2002*).

Ausübung des Glaubens Grundprinzipien demokratischer Länder dar, sodass nicht allein anhand der Glaubensinhalte über die Gefährlichkeit einer Person für die Öffentlichkeit entschieden werden kann (*Munro, 2002; Bonnie, 2002*).

Hinzu kommt die Tatsache, dass in der chinesischen Gesellschaft – konträr zu westlichen Vorstellungen und daher oft in Verbindung mit Menschenrechtsverletzungen diskutiert – die Betonung der Gemeinschaft, deren soziale Ordnung und Sicherheit über der individuellen Freiheit des Einzelnen steht (*Pearson, 1992*).

Der politische Missbrauch der Psychiatrie bzw. der Forensischen Psychiatrie ist in der chinesischen Psychiatriegeschichte nicht zu leugnen; inwiefern dieser Missbrauch auch heute noch aktuell ist, bleibt jedoch umstritten. Aktive Verfolgungen von Falun-Gong-Anhängern liegen mittlerweile mehr als zehn Jahre zurück, obwohl sich die „Qigong-induzierten mentalen Störungen“ bis heute in der CCMD-3 als „Relikt politischer Weltanschauung“ halten.

Während der vergangenen innenpolitischen Unruhen erlittene Traumatisierungen mögen der Grund für die Diskrepanz zwischen der Öffnungspolitik auf der einen und starker politischer Kontrolle der chinesischen Gesellschaft auf der anderen Seite sein. Doch im Zeitalter der Globalisierung und des internationalen Wissenstransfers wird die Transparenz nicht zuletzt auch im medizinischen Bereich zunehmen, sodass laut *Pearson (1992)* in China die Gefahr geringer wird, die Psychiatrie für politische Zwecke zu instrumentalisieren:

„There are other ways of dealing with political dissidents that do not require the inappropriate utilization of a scarce and expensive hospital bed“ (*Pearson, 1992*).

Letztlich geht es darum, Gesetzeslücken zu schließen, die einen Missbrauch der Psychiatrie ermöglichen sowie Gesetze zu installieren, die die individuelle Freiheit schützen.

## 5. Zusammenfassung

Bei der Psychiatrie in China handelt es sich um ein Konzept der modernen Medizin, das durch den Westen Anfang des 20. Jh. eingeführt wurde und seitdem einen Transformationsprozess durchläuft, der von gesellschaftspolitischen Einflüssen geprägt ist. Die Öffnungsreformen der 1980er-Jahre impulsieren die Psychiatrieentwicklung in China im entscheidenden Maße, sodass die sowjetischen Spuren allmählich verblassten und aufgrund der Modernisierung traditionelle Krankheitskonzepte allmählich abgelöst wurden.

Anhand der Chinesischen Krankheitsklassifikation mentaler Erkrankungen (CCMD-3, 2001) lässt sich veranschaulichen, dass man sich zwar an internationale Leitlinien (ICD-10, DSM-IV) orientiert, kulturelle Besonderheiten aber ebenfalls berücksichtigt werden (*Chen, 2002*). Wie die Analyse der beiden Psychiatrielehrbücher zeigte, trifft dies auch auf die chinesischen Vorstellungen zur Pathogenese, Symptomatologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Rehabilitation zu.

Als klassischer Vertreter kulturgebundener Phänomene mentaler Erkrankungen kann die Neurasthenie erachtet werden, die sich trotz ihrer unspezifischen Präsentation bis heute in der CCMD-3 hält, da sie auf der einen Seite die kulturell charakteristische Symptomatologie erfasst und auf der anderen Seite eine begriffliche Alternative zu der von der chinesischen Gesellschaft stigmatisierten psychiatrischen Diagnose bietet.

Auf chinesische Besonderheiten stößt man ebenfalls im Bereich der Prävention und Rehabilitation von mentalen Erkrankungen, für die die Familie zur Verantwortung gezogen wird. Dieser Umstand ist nicht nur auf kulturelle Werte und gesetzliche Regelungen zurückzuführen, sondern dient dem chinesischen Gesundheitssystem als Kompensation der Ressourcenknappheit und zur großflächigen Abdeckung der gesundheitlichen Versorgung.

War im 20. Jh. die TCM zur Überbrückung des medizinischen Ressourcenmangels zuständig, ist man heute dank des medizinischen Fortschritts und des Ausbaus des Gesundheitssystems größtenteils nicht mehr auf sie angewiesen – die chinesische Psychiatrie stützt sich heutzutage auf wissenschaftliche Psychiatriekonzepte gemäß den internationalen Standards.

Am Beispiel der Schizophrenie konnte gezeigt werden, welchen Schwierigkeiten sich die Psychiatrie in China seit den 1980er-Jahren konkret stellen musste. Obwohl *Pearson (1996)* bereits vor 15 Jahren auf den Ressourcenmangel und die Diskrepanz zwischen Angebot und Nutzen psychiatrischer bzw. psychologischer Betreuung aufmerksam machte, ist die mentale Gesundheitspolitik beinahe unverändert. Die Gründe dafür sind vielfältig.

Mangelnde Ressourcen im Gesundheitssektor prägen bis heute die Psychiatrie. Im Mittelpunkt stehen außerdem die Widersprüchlichkeit zwischen traditionellen soziokulturellen Vorstellungen der chinesischen Bevölkerung und der Implementierung „fremder“, international einheitlicher Psychiatriekonzepte. Künftig muss den neuen Herausforderungen der Prävention und der Behandlung leichter mentaler Störungen, die infolge des allgemeinen gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses im Zunehmen begriffen sind, wirkungsvoller begegnet werden.

Für die Überwindung dieser facettenreichen Problematik ist die politische Unterstützung der chinesischen Regierung erforderlich, um der Versorgung psychisch Kranker im chinesischen Gesundheitssystem größere Priorität einräumen zu können. Summa summarum: Die Psychiatrie in China stellt zwar einen besonders komplexen Schauplatz dar, ist jedoch Bestandteil einer Vielzahl allgemeiner Missstände des chinesischen Gesundheitssystems.

## 6. Literaturverzeichnis

### 6.1 Primärliteratur

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV). Washington, DC, 1994

American Psychiatric Association. Public Health Implications of Changes in Psychiatric Classification (September 25-28, 2007). 2011. (Accessed on November 17, 2011, at <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/ConferenceSummaries/PublicHealthImplicationsofChangesinPsychiatricClassification.aspx>)

Anderson KE, Rosner W, Khan MS, et al. Diet-hormone interactions: Protein/carbohydrate ratio alters reciprocally the plasma levels of testosterone and cortisol and their respective binding globulins in man. *Life Sci* 1987;40(18):1761-8

Anderson KE, Kappas A. Dietary Regulation of Cytochrome P450. *Annu Rev Nutr* 1991;11:141-67

Andreasen NC. Changing concepts of schizophrenia and the historical fallacy. *Am J Psychiatry* 1994;151(10):1405-7

Angermeyer MC, Link BG, Majcher-Angermeyer A. Stigma perceived by patients attending modern treatment settings. Some unanticipated effects of community psychiatry reforms. *J Nerv Ment Dis.* 1987;175(1):4-11

Asia Australia Mental Health (AAMH). The 686 program. 2009. (Accessed on April 16, 2011, at [http://www.aamh.edu.au/special\\_projects/686\\_project](http://www.aamh.edu.au/special_projects/686_project))

Bai LD, Wang YX, Hou RH. Qigong induced mental disorders: follow-up study of 29 cases. *Chin Ment Health J* 1997;11(6):357 (白录东、王元勋、侯瑞华: 气功所致精神障碍 29 例随访 中国心理卫生杂志 1997 年 11 卷 06 期) [*Chinesisch*]

Barbato A. Schizophrenia and public health. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organisation. Geneva, 2011. (Accessed on March 9, 2011, at [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/))

Becker MH, Maiman LA. Strategies for enhancing patient compliance. *J Community Health* 1980;6(2):113-35

Becker MH. Patient Adherence to Prescribed Therapies. *Medical Care* 1985;23(5):539-55

Bermann G. Eine neue Medizin für die Massen – Sozialpsychiatrie in China. Frankfurt/M., 1973

Betancur C. Etiological heterogeneity in autism spectrum disorders: more than 100 genetic and genomic disorders and still counting. *Brain Res.* 2011;1380:42-77

Bolt HM. Interactions between Clinically Used Drugs and Oral Contraceptives. *Environ Health Perspect* 1994;102(Suppl.9):35-8

Bonnie RJ. Political Abuse of Psychiatry in the Soviet Union and in China: Complexities and Controversies. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002;30:136-44

Bullock ML, Kiresuk TJ, Sherman RE, et al. A large randomized placebo controlled study of auricular acupuncture for alcohol dependence. *J Substance Abuse Treatment* 2002;22(2):71-7

Bundespsychotherapeuten Kammer (BPtK): Wie finde ich das richtige Krankenhaus für meine psychische Erkrankung. 06.05.2010: BPtK veröffentlicht "Checkliste für Psychiatrie und Psychosomatik". 2010. (Accessed on May 20, 2011, at <http://www.bptk.de/aktuelles/presse/3546217.html>)

Caplan G, Caplan RB. The future of Primary Prevention. *J Prim Prev* 2000;21(2):131-6

Carter JR, Neufeld RWJ. Cultural Aspects of Understanding People with Schizophrenic Disorders. *Ethics, Culture, and Psychiatry. International Perspectives*. Washington, DC, 2000: 246-61

Chen A. Noncompliance in community psychiatry: A review of clinical interventions. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42(3):282-7

Chen CH, Shen YC, Zhang WX, et al. Epidemiological survey on schizophrenia in 7 areas of China. *Chin J Psychiatry* 1998;31(2):72-4 (陈昌惠、沈渔村、张维熙等: 中国七个地区精神分裂症流行病学调查 中华精神科杂志 1998年31卷2期) [*Chinesisch*]

Chen CH, Zhang CX, Li SR, et al. 12 year follow-up study on the course and outcome of schizophrenia. *Chin J Psychiatry* 1998;31(2):84-6 (陈昌惠、张维熙、李淑然等: 精神分裂症病程与结局十二年随访 中华精神科杂志 1998年5月31卷2期) [*Chinesisch*]

Chen XY, Liu TB. The survey of therapeutic relationship in psychotherapy. *Chin J Psychiatry* 2001;34(2):117-20 (陈向一、刘铁榜: 心理治疗中治疗关系利用状况的初步调查 中华精神科杂志 2001年5月34卷2期) [*Chinesisch*]

Chen YF. Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-3): Towards Integration in International Classification. *Psychopathology* 2002;35:171-5

Cheung FM. The indigenization of neurasthenia in Hong Kong. *Cult Med Psychiatry* 1989;13:227-41

Chinesisches Gesundheitsministerium (Behörde für Krankheitspräventionskontrolle), Qi XQ, Kong LZ, et al. Studien zur mentalen Gesundheitspolitik. *Berichtsammlung*. Beijing, 2008 (卫生部疾病预防控制局、齐小秋、孔灵芝等: 精神卫生政策研究报告汇编 人民卫生出版社, 北京 2008年9月第1版) [*Chinesisch*]

Chinese Medical Association. Klassifikation psychischer Erkrankungen (Probeentwurf). *Chin J Neurology and Psychiatry* 1979;12(4):257-8 (中华医学会: 精神疾病分类 (试行草案) 中华神经精神科杂志 1979年12卷4期) [*Chinesisch*]

Chinese Medical Association. Die Klassifikation psychischer Erkrankungen der Chinesischen Gesellschaft für Medizin. Chin J Neurology and Psychiatry 1982;15(1):63-4 (中华医学会: 中华医学学会精神疾病分类 – 1981 中华神经精神科杂志 1982 年 15 卷 1 期) [*Chinesisch*]

Chinese Medical Association. Die Klassifikation psychischer Erkrankungen der Chinesischen Gesellschaft für Medizin. Chin J Neurology and Psychiatry 1985;18(5):314-5 (中华医学会: 中华医学学会精神疾病分类 – 1984 中华神经精神科杂志 1984 年 18 卷 5 期) [*Chinesisch*]

Chinese Society of Psychiatry. 2011. (Accessed on May 22, 2011, at <http://www.21jk.com.cn/english/>)

Chinese Society of Psychiatry. Chinas Inzidenz mentaler Probleme bei Kindern und Jugendlichen überschreitet den internationalen Durchschnitt. Tageszeitung Beijing, 11.06.2010. (中华医学学会精神病学 中国儿童青少年精神问题患病率超国际均值 北京日报 2010-6-11) (Accessed on June 12, 2011, at <http://www.21jk.com.cn/common/Particle/articlecontent.asp?recordId=66461>) [*Chinesisch*]

Chinese Society of Psychiatry. Laut Spezialisten sind 30 Mio. Kinder und Jugendliche psychologisch auffällig. Volkstageszeitung, 28.01.2011. (中华医学学会精神病学 专家称中国有 3000 万青少年儿童心理亚健康 人民日报 2011.01.28) (Accessed on June 12, 2011, at <http://www.21jk.com.cn/common/Particle/articlecontent.asp?recordId=69466>) [*Chinesisch*]

Chowdhury AN. Hundred Years of Koro. The History of a Culture-bound Syndrome. Int J Soc Psychiatry 1998;44(3):181-8

Colorado Department of Public Health and Environment. New International Classification of Diseases (ICD-10): The History and Impact. Brief Health Statistics Section 2001;41

Cui DH, Jiang KD. Gebrauch und Entwicklung von Genchips in der Schizophrenie-Forschung. Chin J Psychiatry 2004;37(2):52-4 (崔东红、江开达: 基因芯片在精神分裂症研究中的应用进展 中华精神科杂志 2004 年 2 月 37 卷 1 期) [*Chinesisch*]

Dellava JE, Kendler KS, Neale MC. Generalized anxiety disorder and anorexia nervosa: evidence of shared genetic variation. Depress Anxiety 2011;28(8):728-33

D'Elia G, Perris C. Cerebral functional dominance and depression. An analysis of EEG amplitude in depressed patients. Acta psychiat. scand. 1973;49:191-7

Drittes Krankenhaus Quanzhou, Xu WL, Weng XH, et al. Analyse bezüglich der Inzidenz psychischer Erkrankungen und der kulturellen Hintergründe von den drei Minoritäten Yu, Hui und Mongolen. Chin J Neurology and Psychiatry 1991;24(2):87-9 (泉州市第三医院、许维森、翁信会: 畲、回、蒙三民族的文化与精神疾病 患病率分析 中华神经精神科杂志 1991 年 24 卷 2 期) [*Chinesisch*]

Eggleston K, Li L, Meng QY, et al. Health service delivery in China: a literature review. Health Econ 2008;17(2):149-65

Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, et al. Unconventional medicine in United States. Prevalence, Cost, and Patterns of Use. N Engl J Med 1993;328(4):246-52



Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: Results of a Follow-up National Survey. *JAMA* 1998;280(18):1569-75

Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36

Erling J. Zahl der Selbstmorde auf Rekordniveau. Welt online. Peking, 27.03.2007. (Accessed on June 14, 2011, at [http://www.welt.de/politik/article779739/Zahl\\_der\\_Selbstmorde\\_auf\\_Rekordniveau.html](http://www.welt.de/politik/article779739/Zahl_der_Selbstmorde_auf_Rekordniveau.html))

Erstes Krankenhaus Shanghai, Städtisches Krankenhaus für Prävention und Therapie von psychiatrischen Erkrankungen Shanghai, Krankenhaus für Prävention und Therapie von neuropsychiatrischen Erkrankungen Nanjing. *Klinische Psychiatrie. Psychologische Medizin Lehrbuchreihe*. Changsha (Provinz Hunan), 1984 (上海第一院, 上海市精神病防治院, 南京神经病神病防治院: 临床精神医学 精神医学丛书, 长沙 1984 年 2 卷) [*Chinesisch*]

Fabisch H, Kroisel PM, Fabisch K. Genetic risk factors in schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2005;73(Suppl.1):44-50

Fang J. Health Sector Reform and Reproductive Health Services in Poor Rural China. *Health Policy and Planning* 2004;19(Suppl.1):40-9

Faris REL. Cultural Isolation and the Schizophrenic Personality. *Am J Sociology* 1934;40(2):155-64

Fernando N. Monosymptomatic hypochondriasis treated with a tricyclic antidepressant. *Br J Psychiatry* 1988;152(6):851-2

Fu HP, Huo J, Yu JL, et al. Zusammenhang zwischen elterlicher Erziehungsmethode und internetabhängigem Verhalten von Kindern. *J Clin Psychiatry* 2004;14(5):278-9 (付慧鹏, 霍军, 于俊丽等: 父母教养方式与儿童网络成瘾行为的关系 临床精神医学杂志 2004 年 14 卷 5 期) [*Chinesisch*]

Gao SY, Phillips MR, Zhang YP, et al. Comparison of suicide characteristics in young rural females and males in China. *Chin J Psychiatry* 2004;71(4):232-5 (高士元、Phillips MR、张艳萍等: 我国 20 个地区农村青年女性与男性自杀死亡者特征的比较 中华精神科杂志 2004 年 11 月 37 卷 4 期) [*Chinesisch*]

Gao ZQ, Yu HY, Bai ZS, et al. Epidemiologische Daten von 1993 aus sieben verschiedenen Regionen Chinas zur Analyse von Klimafaktoren im Zusammenhang mit Schizophrenie. *Chin J Psychiatry* 2003;36(1):56 (高志勤、余海鹰、白战生等: 1993 年中国七个地区精神分裂症流行病学调查资料的气候因素再分析 中华精神科杂志 2003 年 2 月 36 卷 1 期) [*Chinesisch*]

Georg-Eckert-Institut für internationale Schulbuchforschung. Das Institut. Braunschweig, 14.07.2011. (Accessed on November 16, 2011 at <http://www.gei.de/das-institut.html>)

Gernet J. Die chinesische Welt. Frankfurt/M., 1997

Gesundheitsministerium, Ministerium für zivile Angelegenheiten, Ministerium für Öffentliche Sicherheit, et al. Chinas Arbeitsplan zur Mentalen Gesundheit (2002-2010). Shanghai Arch Psychiatry 2003;15(2):125-8 (卫生部、民政部、公安部、中国残疾人联合会: 中国精神卫生工作规划 (2002-2010年) 上海精神医学 2003年15卷2期) [*Chinesisch*]

Goetz KL, Price TRP. A Case of Koro: Treatment Response and Implications for Diagnostic Classification. J Nerv Ment Dis 1994;182(10):590-1

Golombek H, Marton P, Stein B, et al. Personality dysfunction and behavioral disturbance in early adolescence. J Am Acad Child Psychiatry 1986;25(5):697-703

Greenberg J. Mental Illness in China: A Contradiction among the People. Science News 1979;115(9):140-1

Guo HL, Zhu ZH, Huang LH. Present and future state of mental health in Beijing in 1990s – An epidemiologic investigation of mental disorders in Beijing in 1991. J Clin Psychol Med 1994;4(3):131-4 (郭红利、朱振华、黄良珩: 90年代首都精神卫生问题的现状与前瞻 临床精神医学杂志1994年4卷3期) [*Chinesisch*]

Gwee AL. Koro - its origin and nature as a disease entity. Singapore Med J 1968;9(1):3-6

Gwee AL, Koro Study Team. The Koro epidemic in Singapore. Singapore Med J 1969;10(4):234-42

Hambrecht M, Löffler W, Häfner H. Die Struktur der schizophrenen Symptomatik bis zum Höhepunkt der ersten Episode. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 1998;149(1):4-10

Hao W. Psychiatrie. Lehrmaterial der landesweiten Hochschule. Für den Gebrauch der Fächer Grundlagen, Klinik, Prävention und Stomatologie. Beijing, 2008 (郝伟: 精神病学. 全国高等学校教材 供基础、临床、预防、口腔医学类专业用 人民卫生出版社, 北京 2008年6版) [*Chinesisch*]

Hellkamp DT. History of the Division of Consulting Psychology: 1972-1992. Consult Psychol J 1993;45(1):1-8

Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res 1967;11(2):213-8

Hougaard JL, Oesterdal LP, Yu Y. The Chinese health care system: structure, problems and challenges. January, 2008. (Accessed on May 7, 2011, at <http://www.econ.ku.dk/Research/Publications/pink/2008/0801.pdf>)

Huang YQ, Li LM, Liu XF, et al. A cross-sectional study of personality disorder and related risk factors in freshman of a key science and engineering university. Chin J Psychiatry 2000;33(1):44-6 (黄悦勤、李立明、刘秀芬等: 理工科一年级大学生人格障碍及其危险因素的现况调查 中华精神科杂志 2000年2月33卷1期) [*Chinesisch*]

„Hui Long Guan“ Krankenhaus Peking, Guo GY, Weng YZ, et al. Klinische Untersuchung von 51 Fällen chronischer Schizophrenie mit Störungen der sexuellen Aktivität. *Chin J Neurology and Psychiatry* 1989;22(5):282-4 (北京回龙观医院、郭贵云、翁永振等: 5 1 例慢性精神分裂症性活动障碍的临床观察 *中华神经精神科杂志* 1989 年 22 卷 5 期) [*Chinesisch*]

Human Rights Watch and Geneva Initiative on Psychiatry. *Dangerous Minds. Political Psychiatry in China Today and its Origins in the Mao Era.* Geneva, 2002

Hunan Medical University (Department of Psychiatry and Mental Health), Yang DS. Einige grundlegende Fragen bei der Diagnose und Klassifikation psychischer Erkrankungen. *Chin J Neurology and Psychiatry* 1989;22(2):114-8 (湖南医科大学精神卫生系、杨德森: 精神疾病诊断与分类中的几个基本问题 *中华神经精神科杂志* 1989 年 22 卷 2 期) [*Chinesisch*]

Jablensky A, Sartorius N. Culture and Schizophrenia. *Psychol Med* 1975;5:113-24

Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different countries - A World Health Organization Ten Country Study. *Psychol Med* 1992;(Monograph Suppl.20):1-97

Ji SX. 5. Wissenschaftliche Fachtagung zur nationalen Ethik und Kultur in der Psychiatrie. *Chin J Psychiatry* 1997;30(2):116-7 (季胜先: 第五届全国民族文化精神病学学术会议纪要 *中华精神科杂志* 1997 年 5 月 30 卷 2 期) [*Chinesisch*]

Jiang CL, Zhao YX, Zhao XQ, et al. Characteristics of mental health services at 325 hospitals in Beijing. *Chin J Prev Med* 2005;39(4):241-4 (姜春玲、赵云霞、赵秀芹等: 北京地区 325 家综合医院心里卫生服务状况 *中华预防医学杂志* 2005 年 39 卷 4 期) [*Chinesisch*]

Jiang KD, Li SC, Luo XG, et al. Compliance in schizophrenic maintenance treatment. *Chin J Psychiatry* 1997;30:167-70 (江开达、李淑春、罗星光等: 精神分裂症病人维持治疗中的依从性研究 *中华精神科杂志* 1997 年八月 30 卷 3 期) [*Chinesisch*]

Jilek WG, Jilek-Aall L. The metamorphosis of culture-bound syndromes. *Soc Sci Med* 1985;21(2):205-10

Jin WD, Shi XX, Xu ZJ, et al. Preliminary study of effects of family history and gender on psychopathology of schizophrenia. *Chin J Psychiatry* 1997;30(4):225-7 (全卫东、史欣欣、徐助建等: 家族史和性别对精神分裂症精神病理学结构的影响 *中华精神科杂志* 1997 年 11 月 30 卷 4 期) [*Chinesisch*]

Kao YC, Liu YP, Chou MK, et al. Psychometric properties of the Taiwanese version of the Illness Concept Scale: relation of health beliefs to psychopathology and medication compliance. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;Mar 4

Kinzie JD, Leung P, Boehnlein J, et al. Tricyclic antidepressant plasma levels in Indochinese refugees: Clinical implication. *Nerv Ment Dis* 1987;175(8):480-5

Kleinman A. Social, Cultural and Historical Themes in the Study of Medicine in Chinese Societies: Problems and Prospects for the Comparative Study of Medicine and Psychiatry. In:

- Kleinman A, Kunstadter P, Alexander ER, et al., eds., *Medicine in Chinese Cultures: Comparative Studies of Health Care in Chinese and other Societies*. Washington, DC, 1975
- Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London, 1980
- Kleinman A. Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Cult Med Psychiatry* 1982;6:117-90
- Kleinman A, Kleinman J. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Cult Med Psychiatry* 1991;15(3):275-301
- Kubny M. *Qi – Lebenskraftkonzepte in China. Definitionen, Theorien und Grundlagen*. Heidelberg, 1995
- Lavretsky H. The Russian Concept of Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24(4):537-57
- Lee S. Neurasthenia and Chinese Psychiatry in the 1990s. *J Psychosom Res* 1994;38(6):487-91
- Lee S. Cultures in Psychiatric Nosology: The CCMD-2-R and International Classification of Mental Disorders. *Cult Med Psychiatry* 1996;20(4):421-72
- Lee S. Estranged Bodies, Simulated Harmony, and Misplaced Cultures: Neurasthenia in Contemporary Chinese Society. *Psychosomatic Medicine* 1998;60:448-57
- Lee S. From diversity to unity. The Classification of Mental Disorders in 21st-Century China. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24(3):421-31
- Lee S, Kleinman A. Psychiatry in its Political and Professional Contexts: A Response to Robin Munro. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002;30:120-5
- Lee S, Lee MTY, Chiu MYL, et al. Experience of Social Stigma by People with Schizophrenia in Hong Kong. *Br J Psychiatry* 2005;186:153-7
- Liang CS, He YY, Sun FC, et al. Familiäres Umfeld und depressive Gemütsverfassung bei schizophrenen Patienten auf dem Land als Faktoren für das erneute Auftreten der Erkrankung. *Chin J Psychiatry* 1999;32(3):173-5 (梁传山、贺游义、孙凤彩等: 农村精神分裂症患者的家庭环境和抑郁心境及复发的相关因素 中华精神科杂志1999年8月32卷3期) [*Chinesisch*]
- Li SR, Chen CH, Zhang WX. A computer analysis of multiple step regression for the possible factors contributing to the prognosis of schizophrenia. *Chin Ment Health J* 1987;1(4):180-2 (李淑然、陈昌惠、张维熙: 家庭照顾对精神分裂症预后的影响影响精神分裂症预后因素的多重逐步回归分析 中国心理卫生杂志 1987年1卷4期) [*Chinesisch*]
- Li XY, Phillips MR, Zhang YP, et al. The characteristics and risk factors for suicides with 15-24 years of age: A case-control study. *Chin J Psychiatry* 2005;38(4):231-5 (李献云、Phillips MR、张艳萍等: 15~24岁人群自杀特征及危险因素的病例对照研究 中华精神科杂志2005年11月38卷4期) [*Chinesisch*]

- Lim RF, Lin KM. Cultural formulation of psychiatric diagnosis. Case No. 03. Psychosis Following Qi-Gong in a Chinese Immigrant. *Cult Med Psychiatry* 1996;20(3):369-78
- Lin KM, Inui TS, Kleinman AM, et al. Sociocultural Determinants of the Help-seeking Behavior of Patients with Mental Illness. *Nerv Ment Dis* 1982;170(2):78-85
- Lin KM, Smith MW, Ortiz V. Culture and psychopharmacology. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24(3):523-38
- Lin TY. Psychiatry and Chinese Culture. *West J Med* 1983;139(6):862-7
- Lin TY. Mental diseases and psychology in Chinese culture: Characteristics, factors and major issues. In: Tseng WS, Wu DW, eds., *Chinese Culture and Mental Health*, Orlando, 1985:369-94
- Lin TY. Neurasthenia revisited: Its place in modern psychiatry. *Cult Med Psychiatry* 1989;13:105-29
- Lindsey E. Health within illness: experiences of chronically ill/disabled people. *J Adv Nurs* 1996;24(2):465-72
- Liu GT. Effects of Some Compounds Isolated from Chinese Medicinal Herbs on Hepatic Microsomal Cytochrome P-450 and Their Potential Biological Consequences. *Drug Metab Rev* 1991;23(3-4):439-65
- Liu LH, Luo JH. Forschung und Fortschritte zum Pathomechanismus von Internetabhängigkeit. *J Gannan Med University* 2009;29(2):318-20 (刘丽华、罗江洪: 网络成瘾的成因机制研究进展 赣南医学院学报 2009 年 4 月 29 卷 2 期) [*Chinesisch*]
- Liu NH, Xu QJ. A comparative study of strengthening insight training to prevent schizophrenia relapse. *Chin J Psychiatry* 2000;33(3):179-81 (刘宁汉、徐秋洁: 心理教育对预防精神分裂症复发意义的研究 中华精神科杂志 2000 年 8 月 33 卷 3 期) [*Chinesisch*]
- Liu SX. Neurasthenia in China: Modern and traditional criteria for its diagnosis. *Cult Med Psychiatry* 1989;13:163-86
- Liu TQ, Ng C, Ma H, et al. Comparing models of mental health service systems between Australia and China: Implications for the future development of Chinese mental health service. *Chin Med Health J* 2008;121(14):1331-8
- Liu XH. Ethics and Psychiatry in China. In: Okasha A, Arboleda-Florez J, Sartorius N, eds., *Ethics Culture and Psychiatry. International Perspectives*. Washington, DC, 2000:119-32
- Luo HC, Halbriech U, Shen YB, et al. Comparative Study of Electroacupuncture and Fluoxetine for Treatment of Depression. *Chin J Psychiatry* 2003;36(4):215-9 (罗和春、Ureil Halbriech、沈渔邦等: 电针与氟西汀治疗抑郁症疗效的对照研究 中国精神科杂志 2003 年 11 月 36 卷 4 期) [*Chinesisch*]
- Luo KL, Yu DS. Enterprise-Based Sheltered Workshops in Nanjing. A New Model for the Community Rehabilitation of Mentally Ill Workers. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl.24):89-95

- Lyman RS. Psychiatry in China. *Arch Neurol Psychiat* 1937;37(4):765-71
- Ma H, Liu J, Yu X, et al. National Mental Health Reform Program. *Asia Australia Mental Health (AAMH)*. 2009. (Accessed on April 4, 2011, at [http://www.aamh.edu.au/building\\_community/showcase/china\\_national\\_mental\\_health\\_reform\\_program](http://www.aamh.edu.au/building_community/showcase/china_national_mental_health_reform_program))
- Mayes R, von Horwitz A. DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness. *J Hist Behav Sci* 2005;41(3):249-67
- McClure GMG. Developments in Chinese psychiatry. Report from the People's Republic of China. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists* 1988;12(10):437-9
- Medizinische Fakultät für chinesische und westliche Medizin (Abteilung für Psychiatrie), Yang YC, Zhu ZH. Diskussion zum Psychopathomechanismus von (Internet-) spielsüchtigem Verhalten. *Chin Ment Health J* 1999;13(5):319-20 (华西医科大学附一院精神科、杨彦春、祝卓宏: 电子游戏成瘾行为的精神病理机制探讨 *中国心理卫生杂志* 1999年13卷5期) [*Chinesisch*]
- Medizinisches Krankenhaus Hunan. *Grundlagen der Psychiatrie. Psychologische Medizin Buchreihe*. Changsha (Provinz Hunan), 1981 (湖南医学院: 精神病学基础 精神医学丛书, 长沙 1981年1卷) [*Chinesisch*]
- Medizinisches Krankenhaus Peking. *Lehre der psychischen Erkrankungen*. Beijing, 1982 (北京医学院: 精神病学 人民卫生出版社, 北京 1982年1版) [*Chinesisch*]
- Medizinische Universität Peking. *Psychiatrie und diesbezügliche Fragen. Psychologische Medizin Buchreihe*. Changsha (Provinz Hunan), 1986 (北京医科大学: 精神医学与相关问题 精神医学丛书, 长沙1986年3卷) [*Chinesisch*]
- Messner AC. *Medizinische Diskurse zu Irresein in China (1600-1930)*. Stuttgart, 2000
- Mitchell WS, Stoffelmayr BE. Application of the premack principle to the behavioral control of extremely inactive schizophrenics. *J Appl Behav Anal* 1973;6:419-23
- Munro R. Judicial Psychiatry in China and its Political Abuses. *Columbia J Asian Law* 2000;14:1-128
- Munro R. On the Psychiatric Abuse of Falun Gong and Other Dissenters in China: A Reply to Stone, Hickling, Kleinman, and Lee. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002;30:266-74
- Munro R. Political Psychiatry in Post-Mao China and its Origins in the Cultural Revolution. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002;30:97-106
- Neill J. Whatever became of the schizophrenogenic mother? *Am J Psychother* 1990;44(4):400-505
- O'Connor KP, Shaw JC, Ongley CO. The EEG and Differential Diagnosis in Psychogeriatrics. *Br J Psychiatry* 1979;135:156-62

- Pan TT. Gegenmaßnahmen und Empfehlungen zur Prävention von Internetabhängigkeit. *Modern Education Science* 2007;6:43-4 (潘婷婷: 预防网络成瘾的对策与建议 现代教育科学 2007 年 6 期) [*Chinesisch*]
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet* 2007;369(9569):1302-13
- Pearson V. Law, Rights, and Psychiatry in the People's Republic of China. *Int J Law Psychiatry* 1992;15:409-23
- Pearson V. Community and Culture: a Chinese Model of Community Care for the Mentally Ill. *Int J Soc Psychiatry* 1992;38:163
- Pearson V, Phillips MR. The Social Context of Psychiatric Rehabilitation in China. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl.24):11-8
- Pearson V. The Chinese Equation in Mental Health Policy and Practice: Order plus Control Equal Stability. *Int J Law Psychiatry* 1996;9(3/4):437-58
- Pearson V, Tsang HWH. Duty, burden and ambivalence: Families of forensic psychiatric patients in Hong Kong. *Int J Law Psychiatry* 2004;27:361-74
- Pelizza L, Bonazzi F. Paraphrenia: the modernity of Emil Kraepelin's thinking. *Riv Psichiatr.* 2010;45(2):78-87 [*Italienisch*]
- Phillips MR, Lu SH, Wang RW. Economic Reforms and the Acute Inpatient Care of Schizophrenia: The Chinese Experience. *Am J Psychiatry* 1997;154:1228-34
- Phillips MR, West CL, Shen QJ, et al. Comparison of Schizophrenic Patients' Families and Normal Families in China. Using Chinese Versions of FACES-II and the Family Environment Scales. *Fam Proc* 1998;37:95-106
- Phillips MR. The Transformation of China's Mental Health Services. *The China J* 1998;39:1-36
- Phillips MR, Liu HQ, Zhang YP. Suicide a social change in China. *Cult Med Psychiatry* 1999;23:25-50
- Phillips MR, Pearson V, Li FF, et al. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *Br J Psychiatry* 2002;181:488-93
- Phillips MR, Li XY, Zhang YP. Suicide rates in China: 1995-1999. *The Lancet* 2002;359(9309):835-40
- Phillips MR, Yang GH, Li SR, et al. Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective observational study. *The Lancet* 2004;364(9439):1062-8
- Popov YV, Lichko AE. A somber page in the history of the Ail-Union Psychiatric Association. *Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology* 1991;3:116-20
- Porkert M. *Theoretische Grundlagen der chinesischen Medizin*. Wiesbaden, 1973

- Prince M, Patel V, Saxena S, et al. Global Mental Health: No health without mental health. *The Lancet* 2007;370(9590):859-77
- Prince R. Review of two papers on qigong induced mental disorders. *Transcult Psychiat Res Rev* 1988;25(4):299-304
- Qi XQ, Kong LZ, Zhang MY, et al. Studien zur Mentalen Gesundheitspolitik. Sammelbericht. Behörde für Krankheitspräventionskontrolle des Gesundheitsministeriums. Beijing, 2008:98 (齐小秋、孔灵芝、张明园等: 精神卫生政策研究报告汇编 卫生部疾病预防控制局 人民卫生出版社, 北京 2008 年) [*Chinesisch*]
- Ran MS, Xiang MZ, Huang MS, et al. A control study of psychoeducational family intervention for relatives of schizophrenics in a Chinese rural community. *Chin J Psychiatry* 2001;34(2):98-101 (冉茂盛、向孟泽、黄明生等: 农村社区精神分裂症患者家庭干预的对照研究 中华精神科杂志 2001 年 5 月 34 卷 2 期) [*Chinesisch*]
- Rathbone J, Xia J. Acupuncture for schizophrenia – Review. *The Cochrane Library Issue* 2009;2
- Ratnavale DN. Psychiatry in Shanghai, China: Observations in 1973. *Am J Psychiatry* 1973;130:1082-7
- Reich W. The spectrum concept of schizophrenia: Problems for diagnostic practice. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32(4):489-98
- Riedel HC. Wissenschaftshistorische Untersuchung zur Entwicklung mentaler Erkrankungen in China. Essen, 2001
- Rin H, Huang MG. Neurasthenia as nosological dilemma. *Cult Med Psychiatry* 1989;13:215-26
- Röschke J, Wolf C, Müller MJ, et al. The benefit from whole body acupuncture in major depression. *J Affect Disord* 2000;57:73-81
- Scharfetter C. Von Eugen zu Manfred Bleuler – der Wandel der Schizophrenie-Deutung. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2009;160:94-8
- Schwartz PY. Why is neurasthenia important in Asian cultures? *West J Med* 2002;176(4):257-8
- Shahé SK, David RE. *Cultural Clinical Psychology – Theory, Research, and Practice*. New York, 1998
- Shan HH, Yan HQ, Xu SH, et al. A study of clinical phenomenology on mental disorders caused by breathing exercise. *Chin J Nerv Ment Dis* 1987;13(5):266-9 (单怀海、严和骏、徐声汉等: 气功所致精神障碍的临床现象学研究 中国神经精神疾病杂志 1987 年 5 期) [*Chinesisch*]
- Shan HH, Tao MY, Yu YP, et al. A clinical study on mental disorder associated with "Falungong." *J Clin Psychol Med* 2000;10(6):345-7 (单怀海、陶明毅、虞一萍等: 法轮功相关精神障碍临床研究 临床精神医学杂志 2000 年 10 卷 6 期) [*Chinesisch*]



Shi F. Studienbericht zu Entwicklungen der chinesischen Jugend während des 10. Fünfjahresplans und Entwicklungstendenzen während des 11. Fünfjahresplans. Volkstageszeitung, Beijing, 13.01.2007 (施芳: “十五”期间中国青年发展状况与“十一五”期间中国青年发展趋势研究报告 人民日报, 北京13.01.2007) [*Chinesisch*]

„Shihezi“ Krankenhaus Xinjiang, Yang JC, Gu CP, et al. Epidemiologischer Untersuchungsbericht über psychische Erkrankungen bei Xinjiang-Uiguren. Chin J Nerv Ment Dis 1989;22(6):366-8 (新疆石河子精神病医院、扬景采、顾春佩等: 新疆维吾尔族精神疾病流行病学调查报告 中华神经精神科杂志 1989年22卷6期) [*Chinesisch*]

Shi LH, Huang YQ, Yun SM, et al. The distribution of personality dysfunction in middle school students in urban Beijing. Chin J Psychiatry 1999;32(2):109-11 (石立红、黄悦勤、云淑梅等: 北京市城区中学生人格障碍倾向的分布特点 中华精神科杂志 1999年5月32卷2期) [*Chinesisch*]

Shi ZA, Wang ZC, Xu HD, et al. Der Wandel des Erkrankungsalters der Schizophrenie in 50 Jahren. Chin J Psychiatry 1997;30(3):156 (施镇安、王祖承、徐鹤定等: 50年中精神分裂症初发年龄的变化 中华精神科杂志 1997年8月30卷3期) [*Chinesisch*]

Shwartz M, Saitz R, Mulvey K, et al. The value of acupuncture detoxification programs in a substance abuse treatment system. J Substance Abuse Treatment 1999;17:305-12

Staatliches Amt für Statistik der Volksrepublik China. Amtliche Mitteilung über die Basisdaten der 6. Nationalen Volkszählung [Chinas] 2010. 29.04.2011. (中华人民共和国国家统计局: 2010年第六次全国人口普查主要数据公报 中华人民共和国国家统计局 2011年4月29日) (Accessed on June 1, 2011, at [http://www.stats.gov.cn/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/t20110429\\_402722510.htm](http://www.stats.gov.cn/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/t20110429_402722510.htm)) [*Chinesisch*]

Städtisches Krankenhaus für Prävention und Therapie von psychiatrischen Krankheiten Shanghai. Klinik und Follow-Up-Data von 2000 Fällen Schizophrenie. J Neurology and Psychiatry 1979;5:244 (上海市精神病防治院: 2000例精神分裂症的临床及随访资料 神经精神疾病杂志 1979年5卷) [*Chinesisch*]

Stein G, Schallenberger H. Multiperspektivische Schulbuchforschung im Umriß. Blickpunkt Schulbuch 1981;24:20-2

Stockman R. Mental Health Care in Central Africa and China. Brother Stockman reports the experiences of a religious charity. Br J Psychiatry 1994;165(2):145-8

Su JM, Su J, Zhang PY, et al. Zusammenhang des jahreszeitlichen Wandels von Yin und Yang und dem saisonalen Auftreten von Schizophrenie. Chin J Psychiatry 1996;29(4):251 (苏建民、苏晶、张培琰等: 四时阴阳消长变化对精神分裂症季节性发病的影响 中华精神科杂志 1996年11月29卷4期) [*Chinesisch*]

Sun JQ, Ma J. The influence of comprehensive psychological intervention on video games dependence. J Clin Psychiatry 2006;16(4):231-2 (孙延强, 马记: 综合心理干预对电子游戏依赖的影响 临床精神医学杂志 2006年16卷4期) [*Chinesisch*]

- Tian ZL, Yan SM, Tang AP, et al. A transcultural comparison between clinical variables in schizophrenics of Uygur and Han nationalities. *Chin J Neurol Psychiatry* 1994;27(5):294-6 (田志龙、严善明、唐安平等: 维、汉两族精神分裂症有关临床变量的跨文化比较 中华神经精神科杂志1994年10月27卷5期) [*Chinesisch*]
- Tan SP. Chinese Mental Health Resource. Chinese Psychiatry Online, 2005. (Accessed on May 7, 2011 at <http://www.21jk.com/english/articlecontent.asp?articleId=27406>)
- Tucker JD, Chen XS, Peeling RW. Syphilis and Social Upheaval in China. *N Engl J Med* 2010;362(18):1658-61
- Ungvari GS, Goggins W, Leung SK, et al. Schizophrenia with prominent catatonic features ('catatonic schizophrenia'). II. Factor analysis of the catatonic syndrome. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2007;31:462-8
- Unschuld PU. *Medizin in China*. München, 1980
- Unschuld PU. *Was ist Medizin? Westliche und östliche Wege der Heilkunst*. München, 2003
- Unschuld PU. *Dictionary of the Ben cao gang mu. Vol. 2: Disease Terminology*. Leiden, 2012 [*in Vorbereitung*]
- Visher JS, Visher EB. Impressions of Psychiatric Problems and Their Management: China, 1977. *Am J Psychiatry* 1979;136(1):28-32
- Walls PD, Walls LCH, Langsley DG. Psychiatric Training and Practice in the People's Republic of China. *Am J Psychiatry* 1975;132(2):121-8
- Wang HL, Qu H, Wei JY, et al. Ein anfänglicher Bericht zu Operationsergebnissen bei chronischen mentalen Erkrankungen. *Chin J Neurol Psychiatry* 1989;22(4):240-1 (王惠利、屈鸿、魏洁有等: 慢性精神病手术治疗效果初步报告 中华神经精神科杂志 1989年22卷4期) [*Chinesisch*]
- Wang QT, Gong YZ, Niu KZ. The Yantai Model of Community Care for Rural Psychiatric Patients. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl.24):107-13
- Wang RF, Zhao H. Internetabhängigkeit und die physische und psychische Gesundheit Adoleszenter. *J Chin Physician* 2005(Sonderbeilage):454-5 (王瑞芳, 赵琥: 网络成瘾与青少年身心健康 中国医师杂志 2005年增刊) [*Chinesisch*]
- Wang XL. *Psychische Erkrankungen in China – Gegenüberstellung zur Psychiatrie in Deutschland*. Münster, 1994
- Wang X. An integrated system of community services for the rehabilitation of chronic psychiatric patients in Shenyang, China. *Br J Psychiatry* 1994;24(Suppl.):80-8
- Wei G, Liu XH, He X, et al. Einganguntersuchung zur aktuellen Situation der Mentalen Gesundheitsversorgung in Tibet. *Chin J Psychiatry* 2004;37(2):39-42 (魏赓、刘协和、何侠等: 西藏精神卫生服务现状的初步调查 中华精神科杂志 2004年5月37卷2期) [*Chinesisch*]

- Wen JL, Shi QF, Zhang AF, et al. Observations on the Effectiveness of Stereotactic Brain Surgery in Cases of Schizophrenia with Aggressive Behavior. *Chin J Neurol Psychiatr Dis* 1992;18(3):153-5 (文经伦、史庆丰、张安福等: 脑立体定向术治疗冲动攻击行为精神病疗效观察 *中国神经精神疾病杂志* 1992年18卷3期) [*Chinesisch*]
- Weng YZ, Xiang YQ, Liberman RP. Psychiatric Rehabilitation in a Chinese Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services* 2005;56(4):401-3
- Weng Z, Zhang JX, Chai XS, et al. A control study of effectiveness of family psychoeducation of schizophrenic patients in community. *Chin J Neurol Psychiatry* 1994;27(3):156-9 (翁正、张敬悬、柴新生等: 家庭教育对精神分裂症患者社区康复作用的对照研究 *中华神经精神科杂志* 1994年6月27卷3期) [*Chinesisch*]
- Wong L. Rehabilitation services in China: Policy and outcomes. *Asian Journal of Public Administration* 1990;12(2):196-213
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behaviour Disorders Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, 1992
- World Health Organization. mhGAP Mental Health Gap Action Program. Scaling up for mental, neurological and substance use disorders. Geneva, 2008
- World Health Organization. Mental Health. Schizophrenia. 2011. (Accessed on April 19, 2011, at [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/))
- World Health Organization. CBR. A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities. Joint Position Paper 2004. 2004. (Accessed on April 25, 2011, at [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592389_eng.pdf))
- Wu SL, Yi SY, Tang ZC, et al. A Follow-up Review of Stereotactic Brain Surgery in Cases of Chronic Schizophrenia. *Chin J Neurosurgery* 1992;8(4):263-5 (吴声伶、易声禹、唐值伦等: 脑立体定向术治疗慢性精神分裂症随访观察 *中华神经外科杂志* 1992年4期) [*Chinesisch*]
- Xia ZY, Shi HZ, Zhang FC, et al. Klinische Analyse und Follow-Up-Studie von 2000 Fällen Schizophrenie. *Chin J Neurol Psychiatry* 1958;4(2):89-94 (夏镇夷、史鸿章、张逢春等: 2000例精神分裂症的临床分析及随访研究 *中华神经精神科杂志* 1958年4卷2期) [*Chinesisch*]
- Xia ZY. The mental health delivery system in Shanghai. In: Tseng WS, Wu DYH, eds., *Chinese Culture and Mental Health*. Orlando, 1985:341-56
- Xia ZY, Xu TY, Xu SH. Fortbildungskurs zur Psychiatrie. Shanghai, 1988 (夏镇夷, 徐韬园, 徐声汉: 精神医学进修讲座 上海科学技术出版社, 上海 1988年) [*Chinesisch*]
- Xia ZY, Zhang M.Y. History and present status of modern psychiatry in China. *Int J Ment Health* 1988;16(3):22-9
- Xia ZY, Xu TY, Zhang MY. *Angewandte Psychiatrie*. Shanghai, 1989 (夏镇夷, 徐韬园, 张明圆: 实用精神病学 上海科学技术出版社, 上海 1989年1版) [*Chinesisch*]

Xiang YT, Li WY, Weng YZ, et al. Improvements of symptom and social function in outpatients with schizophrenia receiving community re-entry program: a 1-year follow-up study. *Chin J Psychiatry* 2004;37(1):37-40 (项玉涛、李文咏、翁永振等: 社区精神分裂症患者应用重返社会程式训练的一年随访研究 *中华精神科杂志* 2004年2月37卷1期) [*Chinesisch*]

Xiao SF, Yan HQ, Lu YF, et al. WHO Gemeinschaftsstudie über psychische Störungen in der medizinischen Grundversorgung, Ergebnisse aus Shanghai. *Chin J Psychiatry* 1997;30(2):27-31 (肖世富、严和亲、陆余芬等: 世界卫生组织初级卫生保健病人心理障碍合作研究的上海样本结果 *中华精神科杂志* 1997年30卷2期) [*Chinesisch*]

Xiong W, Phillips MR, Hu X, et al. Family-Based Intervention for Schizophrenic Patients in China. A Randomised Controlled Trial. *Br J Psychiatry* 1994;165:239-47

Xu TY. Psychiatry teaching in China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1998;52(Suppl.):259-60

Xu WW, Zhang ZJ, Li D, et al. Der Einfluss von Training sozialer Fertigkeiten auf die sozialen Fertigkeiten von chronischen Schizophreniepatienten. *Chin J Psychiatry* 2007;40(3):192 (徐文炜、张紫娟、李达等: 社会技能训练对慢性精神分裂症患者社会功能的影响 *中华精神科杂志* 2007年8月40卷3期) [*Chinesisch*]

Xu ZD, Weng YZ, Hou YZ, et al. Efficacy and follow-up research of medication-management module training for schizophrenic patients. *Chin J Psychiatry* 1999;32(2):96-9 (徐志达、翁永振、侯也之等: 药物自我处置模式训练对精神分裂症疗效的随访研究 *中华精神科杂志* 1999年5月32卷2期) [*Chinesisch*]

Yan HQ. The necessity of retaining the diagnostic concept of neurasthenia. *Cult Med Psychiatry* 1989;13(2):139-45

Yan HQ, Zhang MD. Mental Health Services in Shanghai. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(1):81-3

Yang (Young) DS. The relationship between etiology and symptomatology in psychiatry. *Cult Med Psychiatry* 1980;4(1):17-23

Yang (Young) DS. Neurasthenia and related problems. *Cult Med Psychiatry* 1989;13:131-8

Yang DS, Li LJ, Jiang YL, et al. Studie zu Methoden des Arzt-Aufsuchens bei schizophrenen Patienten sowie beeinflussende Faktoren. Studie der WHO in Kooperation mit Hunan zu den Methoden des Arzt-Aufsuchens bei schizophrenen Patienten. *Chin J Neurol Psychiatry* 1992;25(4):215-8 (杨德森、李凌江、姜远林等: 精神分裂症病人求医方式及其影响因素 WHO 精神病人求医方式研究湖南协作组 *中华神经精神科杂志* 1992年25卷4期) [*Chinesisch*]

Yang FD, Ji ZF, Bai JS. Gegenwart der genetischen Forschung zur Schizophrenie. *Chin J Psychiatry* 2001;34(1):47-8 (扬甫德、吉中孚、白京生: 精神分裂症基因研究的现状 *中华精神科杂志* 2001年2月34卷1期) [*Chinesisch*]

Yang LH. Application of Mental Illness Stigma Theory to Chinese Societies: Synthesis and New Directions. Singapore Med J 2007;48(11):977-85

Yang LH, Kleinman A. Face and the embodiment of stigma: the cases of AIDS and schizophrenia. Soc Sci Med 2008;67:398-408

Yang LH, Phillips MR, Lo G, et al. "Excessive Thinking" as Explanatory Model for Schizophrenia: Impacts on Stigma and "Moral" Status in Mainland China. Schizophrenia Bulletin 2010;36(4):836-45

Yang XJ, Liu X, Luo HC, et al. Clinical observation on needling extra-channel points in treating depression. J Trad Chin Med 1994;14(1):14-8 (杨秀娟、刘向、罗和春等: Clinical observation on needling extra-channel points in treating depression. 中医杂志1994年14卷1期)

Yap PM. Koro: A culture-bound depersonalization syndrome. Br J Psychiatry 1965;111(470):43-50

Yeung A, Kung WW, Chung H, et al. Integrating psychiatry and primary care improves acceptability to mental health services among Chinese Americans. General Hospital Psychiatry 2004;26:256-60

Yip KS. Political Dominance of Mental Health Services in the People's Republic of China. Administration of Policy in Mental Health 2004;31(6):495-502

Yip KS. Community Mental Health in the People's Republic of China: A Critical Analysis. Community Mental Health Journal 2006;42(1):41-51

Yip KS. Vocational Rehabilitation for Persons with Mental Illness in the People's Republic of China. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 2007;34(1):80-5

Yu GH, Ding GA, Li J. An economic burden comparison of typical and atypical antipsychotic therapies for schizophrenia. Chin J Psychiatry 2002;35(3):177-9 (余国汉、丁国安、李炬: 传统与新型抗精神病药治疗精神分裂症疗效及诊治费用的比较 中华精神科杂志 2002年8月35卷3期) [*Chinesisch*]

Zentrum für Mentale Gesundheit Shanghai, Zheng ZP, Cai ZJ, et al. Vergleich chinesisch japanischer Wahninhalte bei Schizophrenie (Studie zu Wahnformen der Gesellschaft und des kulturellen Hintergrundes). Chin J Neurol Psychiatry 1989;22(5):266-8 (上海市精神卫生中心、郑瞻培、蔡正杰等: 中日精神分裂症妄想内容的比较 (关于妄想形成的社会、文化背景研究) 中华神经精神科杂志 1989年22卷5期) [*Chinesisch*]

Zentrum für Mentale Gesundheit Shanghai, Lu MT, Lu LF, et al. Belegung häufiger Schizophrenie-Symptome sowie vergleichende Analyse von Epoche und kulturellen Hintergründen anhand von 2500 Fällen. Chin J Psychiatry 1992;25(5):291-5 (上海市精神卫生中心、陆明唐、陆林福等: 2500例精神分裂症的常见症状分布及时代文化背景对比分析 中华精神科杂志 1992年25卷5期) [*Chinesisch*]

Zhang DR, Zheng Y, Tu LH, et al. A psychological well-being study of minority nationalities and Han nationality college students in Guizhou Province and an analysis of their personality factors. *Chin J Psychiatry* 1997;30(2):103-5 (张地然、郑勇、屠礼红等: 贵州省少数民族和汉族大学生的心理健康及其个性因素分析 *中华精神科杂志* 1997年5月30卷2期)

[*Chinesisch*]

Zhang LD, Zhou G, Peng YF, et al. Biochemical study in dialectic typing standard of schizophrenia integrated traditional and western medicine. *Chin J Neurol Psychiatry* 1994;27(6):361-3 (张良栋、周刚、彭英芳等: 精神分裂症中西医结合辨证分型的生化研究 *中华神经精神科杂志* 1994年12月27卷6期) [*Chinesisch*]

Zhang ML, Yuan GZ, Yao JJ, et al. Studie zur systematischen Familientherapie von schizophrenen Patienten. *Chin J Psychiatry* 2006;39(2):84 (张明廉、袁国桢、姚建军等: 精神分裂症患者系统家庭治疗的研究 *中华精神科杂志* 2006年5月39卷2期) [*Chinesisch*]

Zhang MY. The diagnosis and phenomenology of neurasthenia. A Shanghai study. *Cult Med Psychiatry* 1989;13:147-61

Zhang MY, Yan HQ, Phillips MR. Community-Based Psychiatric Rehabilitation in Shanghai. Facilities, Services, Outcome and Culture-Specific Characteristics. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl.24):70-9

Zhang M, Wang M, Li J, et al. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl.24):96-102

Zhang MY, Jing YW, Zheng HS, et al. Two-year experience of psychosocial education for relatives of schizophrenics. *Chin J Psychiatry* 1998;31(2):90-3 (张明园、茎严翁、正和驶等: 精神分裂症家庭教育的二年前瞻性研究 *中华精神科杂志* 1998年31卷2期) [*Chinesisch*]

Zhang W. Soziale Sicherung in China. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, eds., *Soziale Sicherung in China*. Köln, 2006

Zhang WX, Shen Y, Li SR, et al. Epidemiological investigation on mental disorders in 7 areas of China. *Chin J Psychiatry* 1998;31(2):69-71 (张维熙、沈渔、李淑然等: 中国七个地区精神疾病流行病学调查 *中华精神科杂志* 1998年5月31卷2期) [*Chinesisch*]

Zhang XK, Zhang MY. Abriss zur Internetpsychiatrie. *Chin J Psychiatry* 2001;34(2):121-122 (张新凯、张明国: 网络精神病学简介 *中华精神科杂志* 2001年5月34卷2期) [*Chinesisch*]

Zhao BL, Shen JJ, Shi YB, et al. Three year follow-up study of community family intervention for schizophrenia. *Chin J Psychiatry* 2000;33(4):233-6 (赵宝龙、沈静静、施永斌等: 精神分裂症患者家庭干预的三年随访 *中华精神科杂志* 2000年11月33卷4期) [*Chinesisch*]

Zhe D, Phillips MR. Evolution of China's health-care system. *The Lancet* 2008;372(9651):1715-6

Zhou CD, Wu Y, Bai QY. Der Effekt von Handwerk und Gartenarbeit auf die Angstsymptomatik bei Schizophrenie. *Chin J Psychiatry* 2002;35(4):201 (周朝当、吴芸、白巧云: 手工、园艺种植活动对精神分裂症特质焦虑的作用 *中华精神科杂志* 2002年11月35卷4期) [*Chinesisch*]

Zhou GS, Hu JM, Ni SM. Klinische Psychiatrie in chinesischer und westlicher Medizin. Sammelreihe zur aktuellen Diagnostik und Therapie in der chinesischen und westlichen Medizin. Beijing, 1998 (周庚生、胡纪明、倪世美等: 中西医临床精神病学 现代中西医诊疗丛书中国中医药出版社, 北京 1998年1版) [*Chinesisch*]

Zhu C, Xu WB, Huang YC, et al.: Chinesisch-Deutsches Wörterbuch der Medizin. Beijing, 1998 (朱潮、许文博、黄永昌等: 汉德医学大词典 人民卫生出版社, 北京 1998年4月1版)

## 6.2 Sekundärliteratur

Albus M. Zum Problem der Medikamente – Compliance bei schizophrenen Patienten. *Psychiatr Prax* 1995;22:221-2

Allen JJ, Rack PH, Vaddadi KS. Differences in the effects of clomipramine on English and Asian volunteers: Preliminary report on a pilot study. *Postgrad Med J* 1977;53(Suppl.4):79-86

Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004;27(4):375-91

Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig & Wien, 1911

Chan CLW, Chow NWS. *More Welfare after Reform? Welfare Development in the People's Republic of China*. Hongkong, 1992

Chandrasena R. Catatonic schizophrenia: an international comparative study. *Can J Psychiatry* 1986;31(3):249-52

Chang DF, Kleinman A. Growing pains: mental health care in a developing China. *Yale-China Health Studies J* 2002;1:85-98

Cheng SD. *Lehrmaterial zum Neijing*. Shanghai, 1984 [*Chinesisch*]

China Encyclopedia of Public Security. Jilin, 1990:1964 (中国公安百科全书 吉林人民出版社 1990年2月) [*Chinesisch*]

Chin R, Chin ALS. *Psychological Research in Communist China: 1949-1966*. Cambridge, 1969

Chinese Medical Association, Psychiatry Association, Nanjing Medical University, et al. *Chinese Classification of Mental Disorders 2. Edition Revised (CCMD-2-R)*. Nanjing, 1995 (精神学会、南京医科大学等: 中国精神病分类方案与诊断标准 CCMD-2-R 南京, 1995年1月1版) [*Chinesisch*]

Chinese Society of Psychiatry. *The Chinese Classification of Mental Disorders, 3. Edition (CCMD-3)*. Shandong, 2001

- Chong MY, Cheng TA. Suicidal Behavior Observed in Taiwan: Trends over Four Decades. In: Lin TY, Tseng WS, Yeh EK, eds., Chinese Societies and Mental Health. Hongkong, 1995:209-18
- Chowdhury AN. Deviation of penis image. J of Sexual Health 1993;3:156-60
- DeLeo D. The interface of schizophrenia, culture and suicide. In: Vijayakumar L, eds., Suicide prevention: meeting the challenge together. Hyderabad, 2003:11-41
- Drinka GF. The Birth of Neurosis: Myth, Malady and the Victorians. New York, 1984
- Eich H, Agelink MW, Lehmann E, et al. Akupunktur bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden und Angststörungen. Fortschr Neurol Psychiatr 2000;68(3):137-44
- Gabrenya WK, Hwang KK. Chinese Social Interaction: Harmony and Hierarchy on the Good Earth. In: Bond MH, eds., The Handbook of Chinese Psychology. Hongkong, 1996:309-21
- Hermano T. Impulse control disorders: The return of Esquirol's instinctive monomania. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(Suppl.1):1-2 [*Portugiesisch*]
- Ho DYF. Prevention and treatment of mental illness in the People's Republic of China. Am J Orthopsychiatry 1974;44(4):620-35
- Kazdin AE, Bootzin RR. The token economy: an evaluative review. J Appl Behav Anal 1972;5(3):343-72
- Kleinman A, Lin TY. Normal and Abnormal Behavior in Chinese Culture. Dordrecht, 1980
- Kraepelin E. Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte. Leipzig, 1893
- Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig, 1909
- Lee S, Wing YK, Wong KC. Knowledge and Compliance towards Lithium Therapy among Chinese Psychiatric Patients in Hong Kong. Aust NZ J Psychiatry 1992;26:444-9
- Levine S, Scotch N. Social stress. Chicago, 1970
- Li PL, Lu XY, Xin R. The China Society Yearbook (2006). China's Social Development; Analysis and Forecast. 2007;1
- Lin KM. Traditional Chinese medical beliefs and their relevance for mental illness and psychiatry. In: Kleinman A, Lin TY, eds., Normal and Abnormal Behavior in Chinese Culture. Dordrecht, 1980:95-111
- López-Muñoz F, Alamo C, Cuenca E, et al. History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. Ann Clin Psychiatry 2005;17(3):113-35
- Luo HC, Tang PG, Yu L. Psychiatrie. Beijing, 1988 [*Chinesisch*]



- Lü JZ, Ren ZH, Yang SP. Studie über die Inspektion von Effekten sozialer Rehabilitation von schizophrenen Patienten für eine bestimmte Periode. Aus der Artikelsammlung der 5. Nationalen wissenschaftlichen Versammlung zur mentalen Rehabilitation. 2002 (吕建周、任朝晖、杨世平: 定期巡查对精神分裂症患者社区康复效果的研究 第五届全国精神康复学术会议论文汇编 2002 年) [*Chinesisch*]
- Meng CH, Wang MH. Chinese Civil Affairs Historical Records. Harbin, 1986 [*Chinesisch*]
- Okpaku SO. Clinical Methods in Transcultural Psychiatry. Washington, DC, 1998
- Palós S. Chinesische Heilkunst. Bern, München, Wien, 1984
- Pearson V. Mental health care in China: State policies, professional services and family responsibilities. London, 1995
- Pfeiffer WM. Transkulturelle Psychiatrie. Stuttgart, 1994
- Phillips MR, Xiong W, Zhao ZA. Issues involved in the use of scales for the assessment of negative and positive symptoms in psychiatric patients. Wuhan (Hubei), 1990:30-46 (精神病阴性阳性症状量表使用有关问题 湖北科学技术出版社 1990 年 1 版:30-46) [*Chinesisch*]
- Phillips MR. Strategies used by Chinese families coping with schizophrenia. In: Davis D, Harrell S, eds., Chinese families in the post-Mao era. Berkeley CA, 1993:277-306
- Phillips MR. The influence of social, political, and economic factors on the evolution of mental health services in China. Working Paper No. 20. Series on International Mental & Behavioral Health. Centre for the study of Culture and Medicine, Harvard University, Harvard, 1994
- Phillips MR, Pearson V. Future opportunities and challenges for the development of psychiatric rehabilitation in China. Br J Psychiatry 1994;165(Suppl.4):128-42
- Rin H. The Synthesizing Mind in Chinese Ethno-Cultural Adjustment. In: DeVos G, Romanucci-Ross L, eds., Ethnic Identity: Cultural Continuities and Change. Palo Alto, California, 1975
- Rubenstein C. Pawlow's Work and Its Clinical Possibilities. Medicine Today 1931:60-1
- Sartorius N. Stigma and mental health. The Lancet 2007;370(9590):810-1
- Schnorrenberger C, Kiang CL. Klassische Akupunktur Chinas. Stuttgart, 1974
- Selden CC. The story of the John G. Kerr Hospital for the insane. Chin Med J 1937;52:707-14
- Shen YC. Community mental health home care program: Haiden district in the suburb of Beijing. The State of Art of Epidemiology and Community Psychiatry 1985;7:423-8
- Shen YC. Lehrbuch der Psychiatrie. Beijing, 1990 (沈渔村: 精神病学 人民卫生出版社, 北京 1990 年 2 版) [*Chinesisch*]

- Sicherman B. The Uses of a Diagnosis: Doctors, Patients and Neurasthenia. *J Hist Med* 1977;32:33-54
- Smith M, Lin KM, Mendoza R. "Non-biological" issues affecting psychopharmacotherapy: Cultural considerations. In: Lin KM, Poland R, Nakasaki G, eds., *Psychopharmacology and Psychobiology of Ethnicity*. Washington, DC, 1993
- Tao GT, Yan SM. The Impact of DSM-III on Chinese Psychiatry. In: Spitzer RL, Williams JBW, Skodol AE, eds., *International Perspectives on DSM-III*. Washington, DC, 1983:235-42
- Tian WC, Pearson V, Wang RW, et al. A Brief History of the Development of Rehabilitative Services in China. *Br J Psychiatry* 1994;165(Suppl.24):19-27
- Wang JH. *Praktische Rezepte chinesischer Arzneimittel*. Nanjing, 1993 [*Chinesisch*]
- Wang XZ. Screening Massed Depression from Neurotic Patients. *Chin J Neurol Psychiatry* 1983;16:246-9 [*Chinesisch*]
- Wen H, Cheung S. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. *Asian J Med* 1973;9:138-41
- Wong L. *Social Welfare under Chinese Socialism – A Case Study of the Ministry of Civil Affaires*. London, 1992
- Xia ZY. *The English-Chinese Psychiatric Glossary*. Beijing, 1981 [*Chinesisch*]
- Xu L, Wang J, Wang Q, et al. Evaluation of persistent or interrupted treatment for schizophrenics. *Chin J Neurol Psychiatry* 1986;19:175-8 (中华神经精神科杂志 1986年19卷) [*Chinesisch*]
- Yang DS. On the Legal Responsibility of Mentally Ill Persons for Their Illegal Conduct. *Chin J Nerv Ment Dis* 1985;11(5):310-3 (杨德森: 精神病人违法行为的责任能力问题 中国神经精神疾病杂志 1985年5期) [*Chinesisch*]
- Yang DS. Die chinesischen diagnostischen Kriterien für psychische Krankheiten und Fallbeispiele. Changsha (Provinz Hunan), 1989 (杨德森: 中国精神疾病诊断标准与案例, 长沙 1989年) [*Chinesisch*]
- Zhang MY, Yan HQ. Effectiveness of psychoeducation of relatives of schizophrenic patients: A prospective cohort study in five cities of China. *Int J Ment Health* 1993;22:47-59
- Zhang MY, Zhu ZQ, He YL. Thinking about the mental health service strategies in China. *Shanghai Arch Psychiatry* 2002;14(Suppl.):50-2 (张明园、朱紫青、何燕玲: 关于我国精神卫生服务对策的思考 上海精神医学 2002年S1期) [*Chinesisch*]
- Zhu XY, Benjamin P. The Qigong Boom. *Chinese Sociology and Anthropology* 1994;27(1):1-94

## **Erklärung**

„Ich, Nina Li, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Wissenschaftshistorische Untersuchung zur Entwicklung der Psychiatrie in China – Zwei chinesische Lehrbücher im Vergleich selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

## **Lebenslauf**

"Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht."