

Medizinische Fakultät
der
Universität Essen

Aus dem Institut für Anatomie

Wissenschaftshistorische Untersuchungen zur
Entwicklungsgeschichte mentaler Erkrankungen in China

In a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizinwissenschaften
durch die Medizinische Fakultät
der Universität Essen

Vorgelegt von
Hans Christian Riedel
aus Dresden
2001

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. H. Grosse-Wilde
1. Gutachter: Prof. Dr. Manfred Blank
2. Gutachter: Prv.-Doz. Dr. med. U. Bonnet

Tag der mündlichen Prüfung: 17. Juli 2002

Danksagung und Widmung

Danksagen möchte ich in erster Linie Prof. Tilemann Grimm, Prof. Nils Birbaumer und der Graduiertenförderung des Landes Baden-Württemberg, ohne die ich die Arbeit nicht hätte beginnen können, sowie Prof. Manfred Blank, ohne den ich die Arbeit nicht hätte zum Abschluß bringen können. Mein Dank gilt ferner allen Bibliotheken in Deutschland und China, die mir ihr Material zur Verfügung gestellt haben.

Widmen möchte ich die Arbeit meinen Eltern für ihre Geduld.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	5
2	Kurzer Überblick über die Entwicklung der traditionellen chinesischen Medizin bis zur Republik-Zeit.....	7
3	Die Anfänge moderner Psychologie und Psychiatrie bis 1949.....	10
4	Die Reorganisation von Psychologie und Psychiatrie in der VRCh (1949-1956).....	16
5	Anfänge einer eigenständig chinesischen Psychologie und Psychiatrie (1957-1966)	21
6	Psychologie und Psychiatrie im Zeichen der Kulturrevolution (1964-1978)	38
7	Neuanfang (1976-2000)	49
7.1	Klassifikation.....	54
7.2	Diagnostik	59
7.2.1	<i>Schizophrenie</i>	60
7.2.2	<i>Manisch-depressive Krankheit</i>	62
7.2.3	<i>Neurosen</i>	65
7.3	Epidemiologische Untersuchungen	69
7.3.1	<i>Schizophrenie</i>	71
7.3.2	<i>Affektive Psychosen</i>	72
7.3.3	<i>Neurosen</i>	73
7.3.4	<i>Geistige Retardierung und hyperkinetisches Syndrom</i>	75
7.3.5	<i>Alkoholismus und Suchtmittelabhängigkeit</i>	76
7.3.6	<i>Suizid</i>	77
7.3.7	<i>Psychische Störungen im Alter</i>	78
7.3.8	<i>Psychische Störungen in ethnischen Minderheiten</i>	78
7.3.9	<i>Epidemiologische Untersuchungen in Taiwan</i>	79
7.4	Psychiatrische Versorgung	79
7.5	Therapie.....	89
7.5.1	<i>Somatische Therapien</i>	89
7.5.2	<i>Psychotherapie</i>	91
8	Die Zukunft der Psychiatrie in der sozialistischen Marktwirtschaft	99
9	Zusammenfassung.....	102
10	Bibliographie.....	103

1 Einführung

Das Interesse im Westen am Umgang mit psychischen Störungen in der Volksrepublik China (VRCh) entstand im Gefolge der „Großen Proletarischen Kulturrevolution“ (1966-1969), die mit der vorgeblichen Weiterentwicklung der VRCh zu einer wahrhaft sozialistischen Gesellschaft auch Forderungen der Psychiatrie-Reformbewegungen im Westen nach humanerem Umgang mit psychisch Kranken - in einer humaneren Gesellschaft - zu verwirklichen schien. Gleichzeitig schien die im Vergleich zu westlichen Industrieländern extrem geringe Häufigkeit psychischer Störungen die Richtigkeit der Thesen der Reformbewegung überzeugend zu belegen. Ein weiterer Grund für das westliche Interesse ging auf die Entwicklung der Akupunkturanaästhesie in den sechziger Jahren zurück, die für die Anwendung traditioneller chinesischer Verfahren zur Behandlung psychischer Störungen auf ähnlich frappierende Ergebnisse hoffen ließ.

Nach Beendigung der Kulturrevolution in engerem Sinne im Jahr 1969 und verstärkt nach der Entspannung der Beziehungen zwischen den USA und der VRCh im Jahre 1972 erhielt eine Vielzahl ausländischer Psychologen und Psychiater Gelegenheit, psychiatrische Krankenhäuser zu besuchen und sich vor Ort über die Situation psychisch Kranker zu informieren. Die darüber entstandenen „Reiseberichte“ gaben jedoch lediglich die Erfahrungen der Autoren beziehungsweise die Erfahrungen, die man sie machen ließ, wieder. Auch nach 1978/79, als erstmals seit Beginn der Kulturrevolution wieder Fachzeitschriften für Psychologie und Psychiatrie erschienen und Lehrbücher und Monographien in nennenswertem Umfang veröffentlicht wurden, wurde chinesischsprachige Literatur mit wenigen Ausnahmen nicht einbezogen. Nachdem eine Vielzahl von Reiseberichten erschienen waren, ohne noch nennenswert Neues berichten zu können, und auch deutlich geworden war, daß sich die in die chinesische Psychiatrie und Gesellschaft gesetzten Erwartungen nicht erfüllten, normalisierte sich das Interesse an chinesischer Psychologie und Psychiatrie. Heute schreibt nicht mehr jeder Psychologe oder Psychiater, der China besucht hat, einen Artikel über seine Erfahrungen; statt dessen werden häufiger Forschungsarbeiten chinesischer Wissenschaftler in westlichen Fachzeitschriften veröffentlicht. Auch in der politischen Wertung der chinesischen Psychiatrie hat ein Wandel stattgefunden. Während in den siebziger Jahren die Psychiatrie dazu benutzt wurde, die Überlegenheit des politischen Systems in der VRCh zu belegen, scheint es heute modisch zu werden, die Psychiatrie in China wegen der nach wie vor herrschenden Kommunistischen Partei einseitig negativ darzustellen.¹

Volksrepublikanische Autoren beschäftigen sich nur selten und meist wenig detailliert mit

¹Ein Beispiel für die ideologisch verzerrte Darstellung der chinesischen Psychiatrie ist Jürgen Kremb (1992): Wie ein Tier am Pfahl. In: Der Spiegel 46, Nr.32, 140-146.

der Geschichte und gegenwärtigen Situation ihrer Wissenschaften. Die Gründe dafür sind vielfältiger Art:

1. Wissenschaftsgeschichte ist in jeder Wissenschaft in jedem Land von untergeordneter Bedeutung.

2. Während der Kulturrevolution war die Psychologie verboten, und in der Psychiatrie war Forschung nur unter politischen Vorgaben möglich. In beiden Wissenschaften konnten aus heutiger chinesischer Sicht kaum wissenschaftlich relevante Leistungen erbracht werden, auf die sich ein Rückblick lohnen würde.

3. Seit Gründung der VRCh haben die jeweils führenden Gruppierungen in Partei und Staat entscheidenden Einfluß auf die Aufgabenstellung und Grundorientierung der hier behandelten Wissenschaften ausgeübt. Äußerungen zur Geschichte dieser Disziplinen beinhalten daher immer auch politische Stellungnahmen zur Geschichte der VRCh und machen eine Rücksichtnahme auf die zum jeweiligen Zeitpunkt der Veröffentlichung gültigen offiziellen Sprachregelungen für die verschiedenen Geschichtsperioden erforderlich.

4. Umgekehrt ergeben sich aus der engen Verbindung zwischen politischer und wissenschaftlicher Entwicklung auch persönliche Verstrickungen, über die alle Beteiligten (einschließlich der überlebenden Opfer) in einem unausgesprochenen Einverständnis den Mantel des Schweigens breiten. Allgemeine Sprachregelung ist, die Kulturrevolution undifferenziert als „zehnjähriges Chaos“ darzustellen, in der alles schlecht war und für die einzig und allein Lin Biao und die „Viererbande“ verantwortlich waren.

Zurückhaltung findet sich auch bei veröffentlichten Auseinandersetzungen mit der gegenwärtigen Situation. Sie sind selten und beschäftigen sich fast ausschließlich mit der Zusammenfassung von Forschungsergebnissen oder der Darstellung unterschiedlicher Standpunkte in wissenschaftlichen Fragen. Die tatsächlichen Verhältnisse und Probleme in der Praxis lassen sich häufig nur aus Randbemerkungen in der Forschungsliteratur erschließen.

Die vorliegende Arbeit stützt sich - neben den bereits angesprochenen westlichen Studien - vorwiegend auf chinesische Publikationen. Unter Zugrundelegung dieser Materialien wird in der vorliegenden Arbeit der Versuch gemacht, einen Überblick über Geschichte und gegenwärtigen Stand der Psychiatrie und in gewissem Umfang auch der Psychologie in der VRCh zu geben. Da dabei nicht alle Bereiche erschöpfend behandelt werden können, wird der Schwerpunkt auf die Entwicklungsgeschichte moderner klassifikatorischer Systeme und diagnostischer Kriterien, die Häufigkeit der einzelnen psychischen Störungen, die Therapie psychischer Störungen (insbesondere Psychotherapie) sowie die psychiatrischen Versorgung gesetzt. Den Abschluß bildet ein Ausblick auf die vermutliche zukünftige Entwicklung.

2 Kurzer Überblick über die Entwicklung der traditionellen chinesischen Medizin bis zur Republik-Zeit

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit psychischen Störungen führte bis Ende des 19. Jahrhunderts, als die „westliche“ Psychiatrie in China Eingang fand, nicht zur Etablierung einer spezialisierten Fachdisziplin, sondern blieb Teil der allgemeinen Medizin. Daher ist die Geschichte der chinesischen „Psychiatrie“ nicht von der Geschichte der traditionellen chinesischen Medizin zu trennen.

Die frühesten schriftlichen Zeugnisse über Krankheiten und ihre Behandlung stammen aus der Shang-Zeit (ca. 17.-11.Jh.v.u.Z.). Für die Shang bestand eine Existenzgemeinschaft der Lebenden und der Verstorbenen, die in gegenseitiger Abhängigkeit standen. Die Ahnen bestimmten das Schicksal der Lebenden, waren jedoch auf Nahrungszufuhr durch die Lebenden angewiesen. Erfüllten die Lebenden ihre Pflichten gegenüber den Ahnen nicht, mußten sie mit Konsequenzen rechnen: Mißerfolg bei der Ernte oder im Krieg, aber auch Krankheit. Als weitere, wenn auch untergeordnete Ursachen für Krankheit galten natürliche Einflüsse, wie „unheilvoller“ Wind oder Schnee. Die Behandlung bestand in Beschwörung und Versöhnung der Ahnen durch Opfergaben. Arzneimittel fanden offenbar keine Anwendung.^[107:18-26]

Während der Zhou-Dynastie (11.-3.Jh.v.u.Z.) schwächte sich die Bedeutung dieser „Ahnenheilkunde“ allmählich ab, und sie wurde durch die „Dämonenmedizin“ ersetzt. Ihr liegt die Annahme zugrunde, daß bezuglose Seelen, Geister und Dämonen grundsätzlich böswillig und für das tagtägliche Mißgeschick, einschließlich des Krankseins, verantwortlich sind. Zur Behandlung davon betroffener Menschen mußten sogenannte *wu*-Praktiker ihren Einfluß auf höher gestellte Gottheiten geltend machen, um die Dämonen in ihre Schranken zu weisen. Eine andere Möglichkeit zur Austreibung bössartiger Dämonen bestand in direkten, physischen Maßnahmen, in der Anwendung von stark wirkenden Arzneidrogen und Akupunktur.^[107:33-45]

Die Dämonenmedizin wurde später vom Taoismus übernommen und mit buddhistischen Vorstellungen vermischt:

Krankheit, insbesondere Geisteskrankheiten werden auf Besessenheit zurückgeführt. Daher werden z.B. in Hang-chou [Hangzhou] Irrsinnige in ein Zimmer eingesperrt, an dessen Wände bildliche Darstellungen der Höllenstrafen aufgehängt sind, während draußen auf dem Hofe Opfergeld verbrannt wird, um die Krankheitsdämonen durch das Feuer zu beschwichtigen. Papiere, mit mystischen Zeichen beschrieben, die niemand außer den Eingeweihten zu deuten vermag, werden als Talismane am Dachbalken des Hauses angeklebt, um böse Einflüsse fernzuhalten, oder man verbrennt sie und gibt die Asche, in Wasser aufgelöst, Kranken zu trinken, um den Krankheitsdämon aus dem Körper zu vertreiben, u. dgl. m.^[25:115]

Noch während der ausgehenden Zhou-Zeit entstand die Medizin der systematischen Entsprechungen, unter der die Medizin der Entsprechungsmagie und die Medizin des Entsprechungssystems zusammengefaßt werden, wobei die Medizin der Entsprechungsmagie als Vorläufer der Medizin des Entsprechungssystems angesehen werden kann. Nach Unschuld liegt beiden gemeinsam:

[...] ein Paradigma zugrunde, demzufolge die Phänomene der sichtbaren und unsichtbaren Umwelt durch ihre Zugehörigkeit zu bestimmten Entsprechungsreihen in gegenseitiger Abhängigkeit stehen. Die Wissenschaft der Entsprechungen schließt daraus, daß man mit Hilfe der Manipulation eines Gliedes einer je bestimmten Entsprechungsreihe andere Glieder derselben Reihe beeinflussen kann. Die Entsprechungsreihen der Entsprechungsmagie sind in der Regel voneinander abgegrenzt und ohne systematische gegenseitige Beeinflussung. Demgegenüber sind in der Wissenschaft des Entsprechungssystems, in einer Fortentwicklung der magischen Konzepte und unter Einbeziehung der yin-yang-Lehre und der Theorien von den Fünf Wandlungsphasen, alle Entsprechungsreihen in ein detailliertes System gegenseitiger Korrespondenz gefaßt worden.^[107:48-49]

Mit der Ausbreitung des Buddhismus in China fand auch eine Rezeption indischer Medizin statt, deren Einfluß jedoch nur vorübergehender Natur war. Lediglich die buddhistische Orakelmedizin blieb erhalten, bei welcher der Gläubige eines aus einer Vielzahl von nummerierten Holzstäbchen, die in den Tempeln in Gefäßen aufbewahrt werden, unbesehen herausgreift. Die Nummer des gezogenen Stäbchens verweist auf eine ebenfalls in den Tempeln verwahrte Rezeptvorschrift, die als Anweisung der Göttin Guanyin, der chinesischen Adaptionform des Bodhisattva Avalokitesvara, zu befolgen ist.^[107:103-114] Eine vergleichbare „Orakelmedizin“ wurde zumindest bis in die Republik-Zeit hinein auch in den Tempeln des Lü Dongbin, einem der Acht Unsterblichen des Taoismus, praktiziert.^[25:107-108]

Die Medizin des Entsprechungssystems blieb bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts die bestimmende Form der Heilkunde in China, neben der allerdings, entsprechend einer eher pragmatisch als theoretisch orientierten Wissenschaftsauffassung, die übrigen, vorgenannten Strömungen in der chinesischen Medizin erhalten blieben und sich insbesondere bei den breiten Massen großer Beliebtheit erfreuten. Die Geschichte der westlichen Medizin in China begann mit der Ankunft der Portugiesen in Macao im Jahre 1504. Ihr Einfluß blieb jedoch lange Zeit minimal, da die westliche Medizin zur damaligen Zeit der chinesischen nur in wenigen Bereichen überlegen war und die chinesischen Autoritäten in den Ausländern meist eine größere Gefahr sahen als in den Krankheiten, die sie möglicherweise heilen konnten. Eine weitere Verbreitung war erst nach der Öffnung Chinas durch die Verträge von Nanjing (1842) und Tianjin (1858) möglich und stellte von Beginn an eine Domäne christlicher Missionstätigkeit dar. Die dadurch entstandene Verbindung mit der nationalen Schmach der „ungleichen Verträge“ und mit der Missionierungstätigkeit für die „Religion der Imperialisten“ ließ die westliche Medizin als weiteren Eingriff in die chinesische Gesellschaft zur Zerstörung der nationalen kulturellen Identität erscheinen und erwies sich zunächst als ein Hemmschuh für ihre Akzeptierung. Nach dem Sturz der Qing-Dynastie im Jahre 1911 wandelte sich die Beurteilung der traditionellen und der westlichen Medizin radikal. Die traditionelle Medizin wurde nun in Verbindung mit der alten Herrschaftsordnung gebracht und als Teil all dessen angesehen, was in China rückständig und damit für die Erniedrigung Chinas vor der Welt verantwortlich war. In den Anfangsjahren der Republik entging sie nur knapp dem Verbot^[149:390] und wurde noch 1941 von dem Marxisten Tan Zhuang als „jahrtausendealter Misthaufen“ bezeichnet.^[107:208] Unter dem Druck der westlichen Medizin und Mediziner, die in den Gesund-

heitsministerien der Republik wie später der Volksrepublik dominierten, bemühten sich die traditionellen Ärzte, die chinesische Medizin in eine Form zu bringen, die vor den Ansprüchen westlicher Wissenschaftsvorstellungen bestehen konnte. Alle „abergläubischen“ Elemente - die Ahnenheilkunde, die Dämonenmedizin, die Orakelmedizin und die Entsprechungsmagie - wurden ausgeschlossen, und auch die einzig übrigbleibende Medizin des Entsprechungssystems erfuhr eine bis dahin beispiellose Systematisierung.^[107:206-209] Trotz aller Anstrengungen wurde diese neue traditionelle Medizin bis in die fünfziger Jahre hinein lediglich als unvermeidlich, da für die Versorgung insbesondere der Landbevölkerung unverzichtbar, hingenommen, nicht aber als ernst zu nehmender Partner der westlichen Medizin akzeptiert.

3 Die Anfänge moderner Psychologie und Psychiatrie bis 1949

Ebensowenig wie eine formale Psychiatrie gab es im traditionellen China psychiatrische Krankenhäuser oder sonstige Einrichtungen für psychisch Kranke. Aufgrund der Funktion der Familie als „Staat im Staat“ gehörte es zum Selbstverständnis der Familie, alles für die Heilung eines kranken Familienmitglieds zu tun oder, falls keine Aussicht auf Heilung bestand, ihm einen angemessenen Platz innerhalb der Familie zu sichern. Angehörige mit bizarrem oder aggressiven Verhalten wurden dagegen als Schande für die Familie angesehen und vor der Außenwelt verborgen. Sie wurden häufig an einen Pfosten oder schweren Stein im Haus angekettet oder in einen engen, dunklen Raum ohne Türen und Fenster mit nur einer kleinen Öffnung für Nahrung usw. eingemauert.^[37:19-23] Neben der Familie übten auch andere soziale Agenturen einen Einfluß auf abweichendes Verhalten aus: Arbeitsorganisationen, Gilden, ein System von Betriebsgarantien, die Polizei und das Büro für öffentliche Sicherheit, der traditionelle chinesische Arzt und Zufluchtsstätten, wie buddhistische Tempel und katholische Einrichtungen.^[65] In dem in der zweiten Hälfte des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von Krieg, Bürgerkrieg, Naturkatastrophen und Hungersnöten heimgesuchten China entfiel für viele dieser Kranken der Schutz der Familie. Sie mußten ihr Leben als Land- bzw. Stadtstreicher fristen, wurden in der Öffentlichkeit verspottet und von den Behörden häufig wie Kriminelle behandelt und eingesperrt.^[69:620] So ist es kaum verwunderlich, daß das erste psychiatrische Krankenhaus Chinas 1897 von einem christlichen Missionar gegründet wurde (*Canton Asylum for the Insane*, später nach seinem Gründer in *John Kerr Refuge for the Insane* umbenannt).^[37:19-37] Dieser Einrichtung folgten später weitere in Beijing (1906, 1914), Shenyang (1919), Suzhou (1923), Dalian (1932), Shanghai (1935), Harbin (1936), Siping (1937), Chengdu (1944) und Nanjing (1947).^{[126][146]} McCartney beschrieb den Stand der psychiatrischen Versorgung im Jahr 1926 wie folgt:

Up to date there are no government hospitals for the insane in China. In Peking there is a place which is sometimes called a hospital for the insane, but it is nothing more than a prison where psychopaths are confined and sometimes put in chains. [...] Also, in Canton there is a Municipal Insane Asylum in which two or three hundred patients are „herded“ together. Christian Missions are doing a little more for these unfortunates. There is a small Roman Catholic hospital in Shanghai for twenty patients, and two or three hospitals of Protestant missions set aside a ward for mental cases. So far, the only large institution devoted wholly to the care of psychiatric cases and conducted with a scientific outlook is the John G. Kerr Hospital in Canton, which has a capacity of a few over seven hundred patients, and has always been favorably reported on. Soochow boasts of a small „Insane Asylum“ outside the city under the charge of the Presbyterian Mission, but this institution has been rather unfavorably reported on, because of its lack of scientific care. The Peking Union Medical College does not admit of any separate accommodation for mental cases [...]. As for the care of foreign psychopaths in Shanghai, Shanghai offers a very limited ward for a few acute cases; Hongkong has a Government Lunatic Asylum; and the Hankow International Hospital has one room for mental cases; but unfortunately these places have very inadequate facilities for proper psychiatric care.^[69:618]

Neben dem *John Kerr Refuge for the Insane* soll auch das 1935 gegründete *Mercy Hospital*

in Shanghai höchstem internationalem Niveau entsprochen haben. Doch als Folge des chinesisch-japanischen Krieges und des daran anschließenden Bürgerkrieges scheinen sich auch diese beiden Anstalten gegen Ende der Republik-Zeit durch mehrfache Überbelegung und kaum noch vorhandene ärztliche und pflegerische Versorgung in einem katastrophalen Zustand befunden zu haben.^[98] Bei Gründung der Volksrepublik im Jahr 1949 sollen in ganz China 1.000 - 1.100 Betten für psychiatrische Patienten vorhanden und 50 - 60 Psychiater tätig gewesen sein.^[28]

Ausländer spielten auch in der allmählich einsetzenden Forschungs- und Lehrtätigkeit eine führende Rolle. Bereits 1905 wurde Psychiatrie am *College of Medicine* in Hongkong gelehrt. Im Jahre 1910 begann Dr. Andrew Woods, in Guangzhou Vorlesungen über Psychiatrie zu halten. 1919 wurde er als erster Professor Chinas für Neurologie und Psychiatrie an das von der *Rockefeller Foundation* gegründete und finanzierte *Peking Union Medical College* (PUMC) berufen.^[37:38] 1922 wurde erstmals ein formeller Kursus in Psychiatrie eingerichtet.^[74:9] Neben Beijing entwickelte sich Shanghai mit dem *National Medical College of Shanghai* und dem *St. John Medical College*, an denen Dr. Richard S. Lyman vom *John Hopkins Hospital* von 1931 bis 1932 und Dr. Fanny G. Halpern von der *Universität Wien* von 1933 bis 1939 tätig waren, zum zweiten Zentrum psychiatrischer Forschung und Lehre.^[146] Als prägend für die weitere Entwicklung der Psychiatrie in China bis zumindest in die sechziger Jahre hinein erwies sich jedoch die Berufung von Lyman als Nachfolger von Woods an das PUMC im Jahre 1932. Im selben Jahr wurde das psychiatrische Asyl als Gemeinschaftsprojekt von Stadtverwaltung und PUMC übernommen und ein erster Ausbildungsgang zum Facharzt für Psychiatrie eingerichtet. Psychiatrie wurde hier ausschließlich in englischer Sprache gelehrt, da die entsprechende Terminologie im Chinesischen noch nicht vorhanden war.^[65]

Lyman, Mitarbeiter Adolf Meyers und Pavlovs, lehrte als Vertreter der psychobiologischen Schule Meyers eine eklektische interaktionistische Psychiatrie, in der neben der wesentlich neurobiologischen Fundiertheit psychischer Krankheiten auch psychischen (psychoanalytischen), sozialen und kulturellen Faktoren Bedeutung beigemessen wurde.¹ Entsprechend dieser Orientierung ermutigte er unter anderem Forschungen auf den Gebieten der Neurologie, Psychoanalyse und Soziologie, die 1939 im einzigen Werk chinesischer Forschung vor 1949 veröffentlicht wurden.² Obwohl Lyman China nach dem Ausbruch des chinesisch-japanischen Krieges im Jahr 1937 bereits wieder verließ, erhielten viele der später führenden chinesischen

¹Im Zusammenhang mit dem Einfluß der sowjetischen Psychiatrie in China in den fünfziger und sechziger Jahren mag vielleicht von Bedeutung sein, daß Meyer im Jahr 1933 die Sowjetunion besuchte und auch in der Folgezeit eine grundsätzlich positive Einstellung gegenüber der sowjetischen Psychiatrie beibehielt.

²Lyman, R.S., Maeker, V., Liang, P. (Eds.) (1939): *Social and Psychological Studies in Neuropsychiatry in China*. Peking: Henri Vetch.

Psychiater bei ihm ihre Ausbildung. Zu ihnen gehörten Ling Mingyou, Su Zonghua, Xu Yingkui, Huang Youqi und Cheng Yulin.^[39:6-8]

Cheng Yulin (1905-1993) schloß 1927 sein Studium am PUMC ab und arbeitete danach als Stationsarzt in der neuropsychiatrischen Abteilung des *Peking Union Hospital*, wo er eine systematische Weiterbildung durch Prof. Woods erhielt. Er setzte seine Studien bei Spegal in Deutschland (Neuropathologie) und Adolf Meyer in den USA (Psychobiologie) fort. Nach seiner Rückkehr setzte er seine Tätigkeit am *Peking Union Hospital* fort und berief 1931 zusammen mit Ernest de Vrise die Gründungskonferenz der *Chinesischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie* ein. Nach Ausbruch des Chinesisch-japanischen Krieges ging er zunächst nach Guiyang, dann nach Chengdu und lehrte dort Psychiatrie am *West China Christian Union Medical College* (der heutigen *Medizinischen Universität Sichuan*). Zu seinen damaligen Studenten gehörten Wang Weizeng, Wu Zhengyi, Tao Guotai und Chen Xueshi. 1947 gründete er die Neuropsychiatrische Abteilung im *Zentralkrankenhaus Nanjing* und richtete Unterabteilungen für Psychologie und Sozialarbeit ein, in denen eine ganze Reihe der später führenden Psychologen der VRCh arbeiteten. Dazu gehörten u.a. Ding Zan, Xu Shulian, Wang Jinghuo, Fu Ling und Duan Shuzhen. Anfang 1949 baute er das *Neuropsychiatrische Krankenhaus Nanjing* und die Abteilung für Psychiatrie an der *Medizinischen Hochschule Nanjing* auf, in denen das medizinische Personal fast ausschließlich aus seinen ehemaligen Studenten bestand und die Nanjing zum führenden Zentrum der Psychiatrie Chinas in den fünfziger Jahren machten. Nach Gründung der VRCh ging er zunächst nach Taiwan, arbeitete kurze Zeit bei der WHO und setzte schließlich in den USA seine Karriere fort.^[27]

Su Zonghua (1904-1970), Absolvent der *Staatlichen Medizinischen Hochschule Shanghai* (der heutigen *Medizinischen Universität Shanghai*), ging zunächst in die USA und beendete seine Studien bei Adolf Meyer am *John Hopkins Hospital*. Nach seiner Rückkehr nach China trat er die Nachfolge von Halpern an und machte Shanghai zum Zentrum der Psychobiologie in China. Zu Beginn der Kulturrevolution 1966 wurde er als „reaktionäre wissenschaftliche Autorität“ verfolgt und durfte seinen Beruf nicht mehr ausüben.

Ling Mingyou (1902-1991), Absolvent des *Yale-in-China Medical College* (seit 1953 *Medizinische Hochschule Hunan*) in Changsha, kehrte 1934 an seine Heimatuniversität zurück, richtete dort einen neuropsychiatrischen Dienst ein und hielt Vorlesungen in Psychiatrie. Aufgrund des Einmarsches japanischer Truppen in Hunan im Jahr 1938 wurde das *Medical College* zunächst in die Provinz Guizhou verlegt, wo die neuropsychiatrische Abteilung 1940 durch Huang Youqi verstärkt wurde, und mußte Ende 1944 nach Chongqing (Provinz Sichuan) umsiedeln. Als das *College* 1945 nach Changsha zurückkehrte, waren sämtliche Einrichtungen niedergebrannt.^[39:6-8] Ling Minyou wurde 1948 Leiter der *Medizinische Hochschule Hunan* und blieb es bis 1958, als er als „Rechtsabweichler“ kritisiert wurde und seinen Posten verlor. 1978 wurde er im Alter von 76 Jahren offiziell rehabilitiert. Zu seinen bekanntesten Schülern gehört Yang Desen (1929-).

Xu Yingkui (1905-1966) wurde Vorsitzender der 1931 gegründeten *Chinesischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie*.^[37:39] 1951 wurde er erneut Vorsitzender der wiedergegründeten *Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie* und 1955 Leiter des Redaktionsausschusses der neu gegründeten *Chinesischen Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie*. Wie andere führende Persönlichkeiten, die schon während der Republik-Zeit aktiv waren, wurde er Opfer politischer Kampagnen und beging 1966 Selbstmord.

Der Ausbruch des chinesisch-japanischen Krieges bedeutete, wie in einigen Beispielen schon angedeutet, einen Rückschlag für die Entwicklung der an Psychobiologie und Psychoanalyse orientierten „amerikanischen“ Psychiatrie. Ling Mingyou schrieb dazu im Jahr 1946:

Then all the rudimentary physical set-ups for mental patients, which China had had only for a short time along the sea coast, were either destroyed by or lost to the enemy. During the eight years of war, there was only routine undergraduate teaching of psychiatry, carried on by a few young psychiatrists in a few refugee medical schools, but there was practically no hospital service, and no postgraduate training or research to speak of.^[58:145-146]

Andererseits führten die Japaner in der bereits seit 1927 von ihnen besetzten Mandschurei die in Japan adaptierte „deutsche“ Psychiatrie (ausgehend von Kraepelin) ein, die an den medizinischen Hochschulen von Shenyang und Dalian gelehrt wurde.^[126]

In ihrer theoretischen Ausrichtung war die chinesische Psychiatrie somit ausschließlich von ausländischen Schulen geprägt: der Nordosten Chinas von der „deutsch-japanischen Schule“, Shanghai und Changsha von der Psychobiologie, und Nanjing, Beijing und Chengdu von der Psychoanalyse.^[126]

Im Gegensatz zur humanitär-missionarischen Intention ausländischer Einzelpersonen und Organisationen ging die Beschäftigung mit und die Institutionalisierung von Psychologie von chinesischen Intellektuellen aus, die sich angesichts der Schwäche Chinas gegenüber ausländischen Mächten genötigt sahen, sich mit deren materiellen und kulturellen Grundlagen auseinanderzusetzen und darin Anstöße für die Schaffung eines neuen Chinas zu suchen. Den ersten und auch für die Folgezeit wesentlichsten Ausgangspunkt bildeten die Übersetzung von Standardwerken westlicher Psychologie und entsprechende Kompilationen. Zwischen 1889 und 1911 wurden 36 Bücher publiziert, überwiegend Übersetzungen aus dem Japanischen, aber auch aus dem Englischen, Amerikanischen und Deutschen. 1917 wurde an der *Universität Beijing* ein erster Kurs in Psychologie angeboten und das erste psychologische Forschungslaboratorium durch Chen Daqi (1886-1983) eingerichtet, der im folgenden Jahr auch das erste Lehrbuch der Psychologie zum Unterricht an Universitäten veröffentlichte. 1920 etablierte sich Psychologie als erstmalig eigenständiger Fachbereich unter Leitung von Lu Zhiwei (1894-1970) und Chen Haoqian (1892-1982) an der *Pädagogischen Hochschule Nanjing*, dem in den nächsten Jahren Beijing (*Qinghua- und Yanjing-Universität*), Shanghai (*Fudan-Universität*), Tianjin, Wuchang, Xiamen und Guangzhou folgten.^[80:52] 1921 gründete Zhang Yaoxiang (1893-1964) die *Chinesische Gesellschaft für Psychologie* und 1922 die erste fachwissenschaftliche Zeitschrift (*Psyche*), die allerdings bereits 1927 ihre Aktivitäten

wieder einstellten. 1928 wurde unter Leitung von Tang Yue (1891-1987) das *Institut für Psychologie* an der *Academia Sinica*, 1931 die *Chinesische Gesellschaft für Tests* durch Chen Heqin (1892-1982), 1936 die *Chinesische Gesellschaft für geistige Gesundheit* gegründet. Nach mehrjähriger Vorbereitung wurde die *Chinesische Gesellschaft für Psychologie* 1937 neu gegründet. Ebenfalls in den dreißiger Jahren entstand die *Chinesische Gesellschaft für Psychoanalyse*,^[97] und wurde eine ganze Reihe psychologischer Laboratorien mit zum Teil modernsten Geräten und großen technischen Möglichkeiten eingerichtet.^[80:53]

Durch den Ausbruch des chinesisch-japanischen Krieges im Jahre 1937 kam die Entwicklung zunächst zum Stillstand: wissenschaftliche Gesellschaften konnten ihre Aktivitäten nicht mehr fortsetzen, Zeitschriften stellten ihr Erscheinen ein, zahlreiche Universitäten und Institute wurden auf provisorischer Basis in die unbesetzten Gebiete verlegt. Viele Psychologen und Psychiater folgten diesen Einrichtungen, andere gingen ins Ausland.^[80:54] Erst als sich die Lage in den besetzten wie unbesetzten Gebieten etwas stabilisiert hatte, konnte praktische und wissenschaftliche Arbeit in geringerem Umfang wieder aufgenommen werden. Einige Zeitschriften und Bücher wurden publiziert. 1942 richtete das *Zentrale Hygiene-Laboratorium* eine Abteilung für geistige Gesundheit ein, in der Beratung, Forschung und Psychotherapie stattfand. Um diese Zeit gab es auch am *Peking Union Medical College* (Hirnabteilung) und am *Psychiatrischen Krankenhaus Nanjing* Psychologen, die sich mit klinischer Arbeit beschäftigten. Ihre Arbeit bestand hauptsächlich in klinischen psychologischen Tests, Psychohygiene und Psychotherapie.^[109:48]

Während dieser Zeit kann von einer eigenständigen chinesischen Psychologie nicht gesprochen werden. Die meisten führenden chinesischen Psychologen hatten im Ausland, vorwiegend in den USA, studiert und die an ihrem jeweiligen Studienort vorherrschende Lehrmeinung übernommen.^[80:52] Vertreten waren unter anderem Strukturalismus, Funktionalismus, Gestaltpsychologie, Behaviorismus und Psychoanalyse, von denen vor allem die drei erstgenannten einen nachhaltigen Einfluß auf die chinesische Psychologie ausübten.^[11:6-9] Der Behaviorismus wurde durch Guo Renyuan (1898-1970) eingeführt, der sich auch international durch seinen radikalen Behaviorismus und sein „bescheidenes“ Auftreten einen Namen machte. Daneben fand aber auch eine erste Rezeption der Ansätze zu einer dialektisch-materialistischen Psychologie sowjetischer Wissenschaftler statt.^[79:61] Forschungsschwerpunkte bildeten das Erkennen chinesischer Zeichen, Entwicklungs- und Kinderpsychologie, Tierpsychologie und psychologische Tests.^[18] Ferner wurden erste Anfänge in Sozialpsychologie, klinischer Psychologie und tayloristischer Arbeitspsychologie gemacht.^[80:51] Insgesamt wurden zwischen 1922 und 1945 elf Zeitschriften gegründet und zwischen 1920 und 1940 371 Bücher publiziert, von denen sich allerdings nur 9% mit klinischer Psychologie befaßten.

Nach Gründung der Volksrepublik China wurde die bis dahin geleistete Arbeit fast durchweg negativ beurteilt. So hieß es beispielsweise über die klinische Psychologie:

Innerhalb dieser Arbeit wurde ein Teil direkt unter Anleitung durch imperialistische Kultur

und Ideologie (wie am Union Medical College) durchgeführt, ein weiterer großer Teil spiegelte deutlich wider, daß er unter dem üblen Einfluß der amerikanisch-englischen reaktionären Psychoanalyse und Testwissenschaft stand. Ferner gab es noch einen kleinen Teil, einen äußerst kleinen Teil, der deutlich den Kampf gegen diese üblen Einflüsse widerspiegelte und darauf hinwies, daß das reaktionäre Gesellschaftssystem die Hauptursache für gewisse krankhafte Seelenzustände sei.^[109:48]

Als Vertreter dieser kleinen Gruppe wurden Cao Richang und Ding Zan genannt.

4 Die Reorganisation von Psychologie und Psychiatrie in der VRCh (1949-1956)

Nach Gründung der VRCh wurden die Richtlinien für Psychologie und Psychiatrie von der jeweils vorherrschenden politischen Linie in Partei und Staat festgelegt. Dementsprechend läßt sich für beide Bereiche eine weitgehend parallele Entwicklung feststellen, so daß sich umgekehrt aus der für die Anfangsjahre der VRCh sehr viel besser dokumentierten Geschichte der Psychologie Rückschlüsse auf entsprechende Entwicklungen in der Psychiatrie ziehen lassen.

Die Jahre 1950 bis 1952 lassen sich als Übergangsphase zwischen der westlich orientierten Republikzeit und der zwangsweisen Sowjetisierung ab 1953 ansehen. Zwar dürfte den meisten Psychologen und Psychiatern bewußt gewesen sein, daß mit der Machtübernahme der KPCh auch eine Änderung der Grundorientierung ihrer Wissenschaften verbunden sein mußte, noch aber war die Hinwendung zum Marxismus-Leninismus eine chinesische Angelegenheit, über deren konkrete Ausformung diskutiert werden konnte. Noch etwa durften Psychologen in psychiatrischen Krankenhäusern arbeiten, und konnte medizinische Psychologie an medizinischen Hochschulen gelehrt werden.^{[70:11][159:8]}

Wang Jinghuo et al. gaben 1958 die folgende, notwendigerweise geschönte Darstellung der Entwicklungen der ersten Jahre in der Psychologie:

In der Anfangsphase waren die meisten Psychologen von der Leidenschaft erfüllt, einen Beitrag für den Aufbau der neuen Gesellschaft zu leisten; da ihr Denken aber nach wie vor vom Kapitalismus bestimmt wurde, konnten ihre Forschungsarbeiten nicht die für den Aufbau des Sozialismus erforderlichen Ergebnisse erzielen. Sowohl die in dieser Zeit publizierten Artikel wie auch die Lehrinhalte waren überwiegend von der bürgerlich-idealistischen Psychologie geprägt.

Angesichts dieser Situation empfand es die überwiegende Mehrzahl der Psychologen als dringend erforderlich, sich ideologisch zu wandeln und den Einfluß der kapitalistischen Ideologie in der Wissenschaft abzuschütteln. [...] Gleichzeitig mit der ideologischen Kritik wurden die reaktionärsten Standpunkte in der bürgerlichen Psychologie, wie die in psychologischen Techniken, Handelspsychologie, Psychoanalyse, Psychohygiene, Intelligenztests usw. zum Ausdruck kommenden reaktionären Ansichten, schonungslos bloßgelegt und kritisiert. Durch diese ideologische Kritik konnte die große Mehrheit der psychologischen Kreise Chinas in unterschiedlichem Ausmaß beginnen, eine sich am Marxismus orientierende Ideologie zu entwickeln und das in der bürgerlichen Psychologie enthaltene antiwissenschaftliche, reaktionäre Wesen zu erkennen und zu erkennen, daß die alte Psychologie grundlegend umgewandelt werden muß.^[109:3]

Als Vorbild diente ab 1953 die sowjetische Psychologie, für die seit 1950, ebenso wie für Biologie und Medizin (und damit auch Psychiatrie), die Pavlov'sche Theorie des bedingten Reflexes und der höheren Nerventätigkeit Dogma wissenschaftlicher Forschung war; westliche Psychologie galt ihr als bürgerlich und idealistisch, psychologische Tests und Sozialpsychologie als reaktionär.^[18] Die chinesischen Psychologen beschäftigten sich dementsprechend in den ersten Jahren nach Gründung der Volksrepublik bis etwa 1956 hauptsächlich damit, einerseits den Marxismus-Leninismus zu studieren, sich mit den Grundpositionen sowjetischer

Psychologie vertraut zu machen und psychologische Lehrbücher sowjetischer Autoren zu übersetzen,^[11:21] andererseits die bisher in China einflußreichen Schulen und Theorien vom neu erworbenen marxistisch-leninistischen Standpunkt aus zu kritisieren.^[18] Unterstützt wurden sie dabei von sowjetischen Psychologen, die ab 1952 auf Bitte des chinesischen Bildungsministeriums in China lehrten.^[109:5]

Letztendlich waren jedoch die chinesischen Psychologen nicht bereit, die „Pavlov'schen Lehren“ zur ausschließlichen Grundlage ihrer Arbeit zu machen. Zwar wurden auf dem „Sommerseminar für das Studium von Pavlov“ im Jahr 1953, an dem Vertreter des Gesundheitsministeriums, der *Academia Sinica*, des *Ärzteverbandes* und des *Allchinesischen Wissenschaftlerverbandes* sowie zwanzig führende Psychologen teilnahmen, Pavlovs Theorien als verbindlich für Biologie, Medizin und Psychologie festgelegt,^[11:21-22] im Vorfeld der I. Delegiertenkonferenz der *Chinesischen Gesellschaft für Psychologie* im Jahr 1955 wurden die unterschiedlichen Positionen jedoch erneut diskutiert:

Zu Beginn gab es zwischen den Ansichten der Psychologen erhebliche Unterschiede. Es gab zwei extreme Ansichten. Der eine Standpunkt vertrat die Ansicht, daß die höhere Nerventätigkeit alles sei, daß es zwischen der psychischen Aktivität des Menschen und der Aktivität der Speichelsekretion des Hundes keinen grundlegenden Unterschied gebe; der andere Standpunkt betonte dagegen, daß mit der höheren Nerventätigkeit die noch höheren Phänomene der psychischen Aktivität nicht erklärt werden können, und leugnete daher die wesentliche Rolle der Theorien Pavlovs bei der Umwandlung und der Etablierung der Psychologie. [...] Die Mehrheit kritisierte in der Diskussion die falsche Tendenz, die psychische Aktivität mit der höheren Nerventätigkeit gleichzusetzen und für die Abschaffung der Psychologie einzutreten, kritisierte aber auch den Fehler, psychische Aktivität und höhere Nerventätigkeit als Gegensatz zu betrachten, wodurch die psychische Aktivität von der materiellen Basis getrennt und ein Dualismus herbeigeführt würde. Die Ansicht der Mehrheit bestand darin, daß die psychischen Phänomene bzw. die menschliche psychische Aktivität höhere Nerventätigkeit sei, die in der Entwicklung vom Tier zum Menschen ein hochgradig komplexes Niveau erreicht hat und eine spezifische neue Qualität besitzt. [...] Die Psyche des Menschen ist eine Funktion des menschlichen Gehirns, ist eine Widerspiegelung der objektiven Realität (Gesellschaft und Natur).^[109:6]

Ähnliche Schwierigkeiten hatten die sowjetischen Berater bei der Durchsetzung ihrer methodischen Vorstellungen. Während die chinesischen Psychologen streng naturwissenschaftlich-empirisch orientiert waren, handelte es sich bei den sowjetischen Beratern um Philosophen, die aus einer deduktiv-dogmatischen Sicht des Marxismus Vorschriften und Leitlinien für die psychologische Arbeit festlegen wollten.^[79:11]

Den Abschluß dieser Phase der Reorganisation bildete die Institutionalisierung der Psychologie auf nationaler Ebene, die nicht zuletzt durch die Rehabilitierung der Psychologie in der UdSSR möglich gemacht wurde.^[79:13-14] 1955 wurde die *Chinesische Gesellschaft für Psychologie* (ChGP) wiedergegründet.^[11:39] Im folgenden Jahr begann die ChGP mit der Herausgabe der *Zeitschrift für Psychologie*, der - nach dem vorübergehenden Erscheinen der *Psychologischen Nachrichten* (1953-54) - ersten wissenschaftlichen Zeitschrift für Psychologie. Im Dezember 1956 wurde das *Institut für Psychologie der Academia Sinica* formell wiedergegründet und der Abteilung für Biologie zugeordnet.^[80:59]

Wie in der Psychologie waren bereits ab 1950 Gesellschaften für Neurologie und Psychiatrie auf lokaler Ebene entstanden.^[98] Ebenfalls 1950 wurde auf der 16. Delegiertenkonferenz der *Chinesischen Gesellschaft für Medizin* ein vorbereitender Ausschuß zur Neugründung der *Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie* eingerichtet, die dann am 1.8.1951 in Beijing gegründet wurde. Vorsitzender wurde erneut Xu Yingkui.^[66]

Auch die Reorganisation der Psychiatrie erfolgte nach dem Vorbild der Sowjetunion. Chinesische Psychiater lernten Russisch und übersetzten sowjetische Forschungsliteratur und Lehrbücher.^[126] Unter diesen übte V.A. Giljarovskijs Werk *Psychiatrie* den größten Einfluß aus, in dem sich nach Ansicht von Xu Taoyuan die Schwierigkeiten auch der sowjetischen Psychiatrie mit dem politisch verordneten Pavlovianismus widerspiegelte, da die Theorien Pavlovs zwanghaft in die traditionell von der klassischen deutschen und französischen Psychiatrie geprägten Grundkonzeption der sowjetischen Psychiatrie inkorporiert worden seien.^[129] Die chinesische Psychiatrie wurde auf diesen Pavlovianismus verpflichtet, und die bisher vorherrschenden westlichen Schulen kritisiert.^[126] Aus diesem Grund wurde wohl auch die *Chinesische Gesellschaft für geistige Gesundheit* 1953 aufgelöst. Wie in der Psychologie wurden die chinesischen Psychiater bei der Neuorientierung von sowjetischen Fachleuten unterstützt.

Mit der Gründung der von der *Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie* herausgegebenen ersten fachwissenschaftlichen Zeitschrift *Chinesische Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie* im Jahr 1955 und der allgemein bedauerten Trennung von Psychiatrie und Neurologie nach dem Vorbild der Sowjetunion im Jahr 1956 fand die Reorganisation ihren Abschluß.

Bereits 1950 wurde die Lehre an den medizinischen Hochschulen wieder aufgenommen.^[71:31] Auf der 1. und 2. Nationalen Konferenz für Gesundheit (1950 bzw. 1952) wurden die Grundprinzipien der neuen Gesundheitsversorgung festgelegt: (1) Die medizinische Versorgung muß primär den Arbeitern, Bauern und Soldaten zugute kommen; (2) Betonung der Prävention; (3) Integration von traditioneller chinesischer und westlicher Medizin; (4) Verbindung von „Gesundheitsarbeit“ und Massenbewegungen.^[149:438-439] In den folgenden Jahren wurden die bestehenden, häufig privaten psychiatrischen Einrichtungen „auf Verlangen der Bevölkerung“ von den jeweiligen städtischen Gesundheitsbüros übernommen, ausgebaut und, sofern mehrere in einer Stadt vorhanden waren, zusammengefaßt.^[98] Trotz erheblicher Anstrengungen bei der Neugründung psychiatrischer Krankenhäuser konnte bei einer Ausgangsbasis von nur neun psychiatrischen Krankenhäusern in der gesamten VRCh im Jahr 1950 in den nächsten Jahren nur erreicht werden, daß jede Provinz und autonome Region (außer Tibet) über zumindest ein Krankenhaus verfügte.

In der Übergangsphase der Jahre 1949 bis 1952 wurden im therapeutischen Bereich die bereits vor 1949 verbreiteten Verfahren, wie Insulintherapie, Elektroschocktherapie, Fiebertherapie und Leukotomie, zunächst beibehalten.^{[71:30][62:70]} An einigen Krankenhäusern waren weiterhin medizinische Psychologen in der Psychodiagnostik, Psychotherapie und Beratung

tätig.^[70:11] Andererseits wurde damit begonnen, die Psychotherapie auf eine dialektisch-materialistische Grundlage zu stellen. Ferner wurden Schlaf- und Hypnotherapie (1950 bzw. 1951) aus der Sowjetunion eingeführt.^[118:164] Erst die politisch erzwungene Ausrichtung von Psychologie und Psychiatrie am sowjetischen Vorbild im Jahr 1953 sorgte für einen grundlegenden Wandel: Die bislang das Feld beherrschenden westlichen Schulen wurden als „bürgerlich“, „idealistisch“ usw. verworfen, und die Psychiatrie auf die zunächst rein neurophysiologisch begriffenen Theorien Pavlovs verpflichtet. Die medizinische Psychologie verlor dadurch ihre Existenzberechtigung, so daß in der Folge die medizinischen Psychologen, die sich noch dazu mit „bürgerlicher“ Psychodiagnostik (Tests) und Psychotherapie beschäftigt hatten, aus der Psychiatrie entfernt wurden.^[70:11] Bei Psychosen wurden neben den bereits genannten Verfahren (vor allem Insulin- und Elektroschocktherapie) Hydergin und ab 1955 die Neuroleptika Reserpin und Chlorpromazin, ab 1957 Frenquel, Promazin und Acetylpromazin sowie seit 1958 künstliche Hibernation bei Schizophrenie aber auch anderen Psychosen verwandt. Obwohl präfrontale Leukotomie bereits 1950 in der Sowjetunion abgeschafft worden war, da sie nicht mit den Theorien Pavlovs in Übereinstimmung gebracht werden konnte, wurde sie in der VRCh zumindest bis 1958 weiterhin praktiziert. 1957 befaßte sich allerdings erstmals ein Artikel mit dieser Therapie und forderte, sie nicht weiter in der klinischen Praxis zu verwenden, da sie den Theorien Pavlovs widerspräche, spontane Remissionen beeinträchtige, andere Therapieformen ausschliesse und schwere Nebenwirkungen für die Patienten zeitige.^[147]

In der Behandlung von Neurosen wurden die auf der Pavlov'schen Neurosenlehre beruhenden Therapien aus der Sowjetunion getestet. 1953 erzielte die Psychohygienegruppe des *Forschungsinstituts für Psychologie* und die *Medizinische Hochschule Beijing* bei 43 neurasthenischen Studenten ausschließlich mit gruppenpsychotherapeutischen Vorträgen entsprechend der Theorie Pavlovs, bei einer kleinen Anzahl auch mit Einzeltherapie, bei Patienten mit deutlichen Angstsymptomen und psychischen Ursachen eine deutliche Besserung.^[109:49] Am *Sowjetischen Rotkreuzkrankenhaus Beijing*^{[166][72]} und am *Neuropsychiatrischen Krankenhaus Nanjing*^[10] wurde dagegen seit 1953 bzw. 1954 eine in der Sowjetunion entwickelte Kombinationstherapie mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von drei Monaten erprobt. Sie bestand aus somatischen Verfahren (Hydrotherapie, Elektrotherapie), medikamentöser Behandlung (verschiedene Medikamente wie „Pavlovs Mischung“ (Natriumbromat und Coffein) und Novocain, aber auch traditionelle chinesische Heilmittel), rationaler Psychotherapie und gegebenenfalls Hypnose und Suggestion, alle mit dem Ziel, das Ungleichgewicht zwischen exzitatorischen und inhibitorischen Prozessen im Gehirn zu beseitigen. Zhu Yonglian faßte die Grundlagen dieser Psychotherapie in drei Punkten zusammen:

1. Neurosen müssen als Krankheit und dürfen nicht als Ausdruck oder Folge ideologischer Probleme behandelt werden. Auch der Patient selbst muß respektiert werden; nur so kann man sein Vertrauen und damit seine Bereitschaft erlangen, freimütig über Probleme zu reden und offen für die Ansichten des Therapeuten zu sein.

2. Der Arzt darf sich nicht auf die Erfragung der Krankengeschichte beschränken, sondern muß sich auch für Arbeit, Studium und Privatleben des Patienten interessieren.

3. Die Aufgabe der Psychotherapie besteht darin, daß der Patient ein korrektes Verständnis der Krankheit erhält, von ihrer Heilbarkeit überzeugt ist und sich aktiv an der Behandlung beteiligt. Deshalb ist verbal wie non-verbal alles zu vermeiden, was den Patienten beunruhigen könnte. Auch die Diagnose sollte dem Patienten nicht mitgeteilt werden, sondern durch Symptome ersetzt werden, die entsprechend der Pavlov'schen Neurosenlehre erläutert werden.^[166]

In einem abschließenden Artikel kam Meng Jiamei allerdings zu dem Ergebnis, daß Psychotherapie in der gegebenen Form nur bei wenigen Patienten sinnvoll sei, da die verfügbare Zeit zu knapp bemessen sei. Auch Gruppenpsychotherapie in Vortragsform sei keine Lösung, da allgemeine Erläuterungen bei den Patienten häufig nur dazu führten, daß sie sich nicht verstanden fühlen.^[72]

Dagegen wurden im *Neuropsychiatrischen Krankenhaus Nanjing* mit einer solchen Gruppenpsychotherapie bei Neurasthenie gute Ergebnisse erzielt. Die Therapie bestand aus zwei Vorträgen von jeweils eineinhalb Stunden Dauer im Abstand von einer Woche:

1. Erste [Sitzung]: Der Inhalt wurde in leichtverständlicher Sprache dargestellt: 1. Organische Beziehung von Organismus und Umwelt, die führende Rolle des Nervensystems insbesondere des Großhirns. 2. Die physiologischen Gesetze Pavlovs der höheren Nerventätigkeit. 3. Probleme von Schlaf und Traum. 4. Fragen der Nerventypen (Charakter). 5. Was ist Neurasthenie und was ist ihr Entstehungsmechanismus. 6. Erklärung von funktionellen Krankheiten. 7. Frage der Krankheitsursache (entsprechend der Krankengeschichte der an der Behandlung teilnehmenden Patienten) sowie Fragen des Entstehungsmechanismus der einzelnen Symptome und die Bildung krankhafter Kreisläufe.

2. Zweite [Sitzung]: Inhalt: 1. Grundprinzipien der Behandlung von Neurasthenie (beinhalten: das Wesen der Krankheit zu erkennen, sich nicht übermäßig wegen der Symptome zu sorgen, die pathogenen Faktoren zu suchen und zu beseitigen, den bloßen Medikamentenstandpunkt zu überwinden und ein korrektes Selbsterholungssystem zu schaffen). 2. die Wichtigkeit der Begründung eines rationalen Gebrauchs des Gehirns, rationaler Erholung (Betonung der Bedeutung von Sport und Kultur), rationaler Ordnung des Alltagslebens, der Selbstkultivierung des Charakters und des Geistes revolutionären Optimismus. 3. Fragen des Umgangs mit Schlaflosigkeit (Schlaf-Hygiene). 4. Frage, ob eine Unterbrechung der Arbeit oder des Studiums erforderlich ist. 5. Vorstellung der Brom-Coffein-Therapie und Vorstellung der Schlaftherapie und der Gewebetherapie. 6. Vorstellung erfolgreicher Beispiele der Behandlung usw.^[10:105]

Insgesamt spielte Psychotherapie bis Mitte 1958 kaum eine Rolle, und in der anschließenden Phase des Großen Sprungs nach vorn wurden diese ersten Versuche eher negativ beurteilt.^[109:49-50]

Ebenfalls nach sowjetischem Vorbild wurde die forensische Psychiatrie eingeführt. Es wurden sowjetische Lehrbücher übersetzt und in den juristischen Abteilungen vieler Universitäten Kurse in forensischer Psychiatrie eingerichtet. Fälle, bei denen die Behörden eine psychische Krankheit vermuteten, wurden psychiatrischen Krankenhäusern zur Begutachtung überstellt und deren Urteil zur Grundlage der weiteren Behandlung der Fälle gemacht.^[118] Es ist allerdings nicht anzunehmen, daß die Behörden sehr oft solche Vermutungen hegten.

5 Anfänge einer eigenständig chinesischen Psychologie und Psychiatrie (1957-1966)

1957 wurden zunächst in der Anti-Rechts-Kampagne „bürgerliche rechte Elemente“ in der Psychologie kritisiert, die während der vorangegangenen „Hundert-Blumen-“ bzw. „Ausrichtungsbewegung“ die Aufforderung der Partei zu Kritik zu wörtlich genommen hatten:

Diese rechten Elemente nutzten die Gelegenheit der Ausrichtung aus und beabsichtigten, die Führung der Partei in Wissenschaft und Ausbildung zu stürzen, versuchten die Bedeutung des Lernens von der Sowjetunion herunterzuspielen, widersetzten sich der grundlegenden Umwandlung der bürgerlichen Psychologie und leugneten die Errungenschaften der psychologischen Arbeit seit der Befreiung. Diese absurden Behauptungen enthüllten durch Massendiskussionen und -widerlegungen vollständig ihr gegen die Partei, gegen das Volk und gegen den Sozialismus gerichtetes reaktionäres Antlitz.^[109:8]

Gleichzeitig begannen Psychologie und Psychiatrie, sich allmählich von einer allzu starken Bevormundung durch den einseitig biologischen Pavlovianismus zu befreien und sich einer mehr praxisorientierten Forschung zuzuwenden. Bereits 1956 war die Prävention und Behandlung der Neurasthenie zum Forschungsschwerpunkt im Wissenschaftsplan Chinas gemacht worden. 1958 wurde dies vom *Forschungsinstitut für Psychologie* ebenfalls zu einem Hauptgegenstand der medizinisch-psychologischen Forschung erhoben. Durch den Großen Sprung „erkannten“ die Psychologen, daß im Zwölfjahresplan die Verbindung mit der Praxis nicht genügend berücksichtigt worden war, weshalb der Vorstand der ChGP im März 1958 die Losung ausgab: „Durch drei Jahre harter Arbeit eine neue Situation schaffen“. In der Losung wurde Als unterstes „Kampfziel“ sollten innerhalb von drei Jahren deutliche Resultate bei der Beseitigung der dringlichsten und weitverbreitetsten psychologischen Probleme in Produktion und Erziehung erzielt werden. Im März 1958 veranstaltete das *Forschungsinstitut für Psychologie* eine Diskussionsveranstaltung zur Frage der Praxisrelevanz der Psychologie. Auf der Veranstaltung wurden im wesentlichen zwei Positionen vertreten. Ein Teil der Psychologen war der Meinung, daß die Phase der Umwandlung noch nicht abgeschlossen und vor der Hinwendung zu praktischen Fragen eine solide grundlagentheoretische Basis zu schaffen sei, da andernfalls Fehlentwicklungen nicht zu vermeiden seien. Wie aber in der damaligen politischen Situation nicht anders zu erwarten war, setzte sich die Auffassung durch, daß die Psychologie nur durch die Verbindung mit der Praxis eine marxistische Wissenschaft werden und gleichzeitig einen Beitrag für die sozialistische Gesellschaft leisten könne.^[109:8-9]

Diese Bemühungen konnten jedoch nicht verhindern, daß ein Teil der Lehrer und Studenten der *Pädagogischen Hochschule Beijing* - angeregt durch „ultralinke“ Kräfte in der Parteiführung und die Dynamik des „Großen Sprungs nach vorn“ (1958 und 1959) - im August 1958 eine Kampagne zur Kritik bürgerlichen Denkens in Gang setzten, die sich rasch auf andere Lehr- und Forschungseinrichtungen in Beijing, Tianjin, Shanghai, Wuhan, Guangzhou, Xi'an, Kunming, Hangzhou usw. ausbreitete. In dieser Bewegung wurden Lehre und Forschung seit 1949 nach bürgerlichem Denken durchforscht.^[109:9-10] Der Psychologie wurde ein „Fehlen der

Klassenanalyse“, „biologischer Reduktionismus“, „Abstraktionismus“ und „andere kapitalistische Standpunkte und Tendenzen, die von der Parteiführung abweichen“ sowie die „ Vernachlässigung der Massen und ihrer konkreten Probleme“ vorgeworfen.^[11:50-59] Die Stoßrichtung konzentrierte sich somit auf zwei Punkte: Einerseits wurde der vorher politisch verordnete Pavlovianismus kritisiert, andererseits wurde führenden Psychologen vorgehalten, sie hätten zwar die bürgerlichen Theorien kritisiert, sich aber nicht mit ihrer eigenen, von eben diesen Theorien bestimmten Vergangenheit auseinandergesetzt. Sie würden unter der Façade einer marxistisch-leninistisch-maoistischen Diktion weiter das alte Denken propagieren. Statt dessen wurde eine neue Psychologie gefordert, die sich primär als Sozialwissenschaft versteht und mittels der Klassenanalyse (statt experimententeller Methodik) die Klassengesetze (statt allgemeinemenschlicher Gesetze) der menschlichen Psyche erforscht. In der Folge wandelte sich die Psychologie „von einem Laboratorium-zentrierten, Pavlov-inspirierten Typ akademischer Wissenschaft in ein problemorientiertes Aktionsprogramm im Geiste des Großen Sprunges.“^[11:59] Psychologen gingen in Schulen, Betriebe und Krankenhäuser, um vor Ort konkrete Lösungen für konkrete Probleme zu finden. Die strikte Trennung zwischen Psychologie und angrenzenden Wissenschaften wurde aufgegeben, und interdisziplinäre Teams wurden gebildet, die sich mit Arbeitspsychologie, medizinischer Psychologie und pädagogischer Psychologie befaßten.^[11:59]

Zur Übertragung der Politik des „Großen Sprunges nach vorn“ auf die Psychiatrie wurde im Juni 1958 unter Federführung des Gesundheitsministeriums die I. Nationale Konferenz für Prävention und Behandlung psychischer Krankheiten in Nanjing abgehalten. Auch wenn der Große Sprung nach vorn generell als Zeit radikal maoistischer Politik gilt, war davon zu Beginn noch nicht viel zu spüren. Zwar wurde auf dieser Konferenz ein deutlicher Wandel in der Ausrichtung der Psychiatrie beschlossen, tatsächlich wurden aber nur Veränderungen zur offiziellen Politik erhoben, die sich schon ab 1956 angedeutet hatten und mit denen entsprechende Veränderungen in der Sowjetunion nachvollzogen wurden. Schließlich hatte die chinesische Psychiatrie nach der Phase der Reorganisation einen Stand erreicht, um sich neue Ziele zu setzen.

Auf der Konferenz wurde der erste moderne, nicht der traditionellen chinesischen Medizin entstammende Entwurf einer Klassifikation psychischer Störungen vorgestellt. Nach eigener Aussage in der Erläuterung zu diesem Entwurf „[...] diente die Klassifikation in dem von Giljarovskij herausgegebenen sowjetischen Lehrbuch *Psychiatrie* als Vorbild und die Ätiologie als Grundlage der Klassifikation.“^[130:258] Daher stellte sie nur eine modifizierte Fassung der sowjetischen Klassifikation dar, die wiederum stark von der klassischen deutschen und französischen Psychiatrie beeinflusst war.^[130] Bedingt durch das sich radikalisierende politische Klima wurde der Entwurf allerdings nie formell veröffentlicht, und die Arbeit an einer

verbindlichen Fassung zunächst eingestellt.¹

Den Schwerpunkt der Konferenz bildete aber eine Bestandsaufnahme und Neuorientierung der praktischen psychiatrischen Arbeit. Einerseits wurde das bisher Erreichte gewürdigt: Durch die Einführung des sozialistischen Gesellschaftssystems würde, wie der stellvertretende Gesundheitsminister He Biao in seiner Eröffnungsrede der Konferenz erklärte, psychischen Störungen weitgehend der Boden entzogen.²

In unserem Land führen die Menschen dagegen [im Vergleich zu kapitalistischen Staaten] ein friedliches und glückliches Leben, haben sich von alten Denkschemata befreit, fühlen sich wohl, widmen sich lebhaft dem Aufbau des Sozialismus und schaffen [sich dadurch] ein noch glücklicheres Leben; dies reduziert in hohem Maße die Wahrscheinlichkeit des Entstehens von psychischen Krankheiten.^[28:344]

Auch das psychiatrische Versorgungssystem war deutlich ausgebaut worden: Die Zahl psychiatrischer Krankenhäuser war von 1950 bis Ende 1957 von 9 auf 51 gestiegen, die Bettenkapazität von 1.100 auf 11.000 erhöht worden, die Zahl der in der Psychiatrie tätigen Ärzte ver-sechzehnfacht (5.700, darunter 900 hochqualifizierte Psychiater³) und die Zahl psychiatrischer Krankenschwestern verzwanzigfacht worden.^{[28][126]}

Andererseits wurde jedoch festgestellt, daß selbst bei einer angenommenen reduzierten Häufigkeit psychischer Krankheiten der Bedarf die institutionellen und personellen Möglichkeiten bei weitem überstieg und diese Unterversorgung durch die bisherigen, vom Ausland übernommenen Maßnahmen (Einrichtung gut ausgestatteter, aber weniger psychiatrischer Krankenhäuser; Ausbildung hochqualifizierter, aber weniger Psychiater) nicht beseitigt werden könnten. Als ausschlaggebend für die Beseitigung dieser Mängel und der Verwirklichung einer sozialistischen Psychiatrie innerhalb weniger Jahre wurde eine Neuorientierung in Denken und Arbeit angesehen, die in drei Slogans zusammengefaßt wurde: „Zerschlagung des Individualismus und Etablierung des Kollektivismus“, „Mit dem Aberglauben [an die Überlegenheit ausländischer Methoden und Theorien] brechen und auf sich selbst vertrauen“ und „Beseitigung der mechanistischen Theorie und Etablierung des dialektischen Materialismus“.^[85] Deshalb wurde ein „Nationaler Plan für die Arbeit der Prävention psychischer Krankheiten (1958-1962)“ mit neuen Zielsetzungen in der psychiatrischen Versorgung ausgearbeitet.^[75]

1. Die regionale Gesamtplanung wird einer dreiköpfigen Koordinierungsgruppe bestehend

¹Eine modifizierte, erweiterte Fassung der Klassifikation von 1958 wurde 1960 vom *Neuropsychiatrischen Krankenhaus Nanjing* veröffentlicht ^[74:56-59].

²Daß psychogenen Krankheiten in der VRCh dennoch nicht verschwunden waren, wurde damit erklärt, daß sich China noch in einer Übergangsphase zum Sozialismus befindet, in der Feudalismus und Kapitalismus zwar weitgehend ihre ökonomische Basis verloren haben, ideologisch aber immer noch in der Lage sind, die Gesellschaft zu beeinflussen, und auch in der Bevölkerung das Bewußtsein zum Teil hinter den Veränderungen der Gesellschaft hinterherhinkt.^[112]

³Unter hochqualifizierten Psychiatern sind vermutlich Psychiater mit abgeschlossenem Universitätsstudium zu verstehen, während der Rest durch Weiterbildung aus weniger qualifizierten medizinischen Berufen rekrutiert wurde.

aus je einem Vertreter der Büros für Zivilangelegenheiten, für öffentliche Ordnung und für Gesundheit übertragen.

2. Das psychiatrische Stadtkrankenhaus übernimmt die fachliche Planung und Leitung der psychiatrischen Versorgung in dem ihm zugewiesenen Einzugsgebiet.

3. Ausbau der regulären psychiatrischen Versorgung durch die Neugründung psychiatrischer Krankenhäuser und die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern.

4. Zur Linderung der personellen Engpässe wurde die psychiatrische Ausbildung regional zentralisiert, indem die psychiatrischen Krankenhäuser und/oder Abteilungen für Psychiatrie an den medizinischen Hochschulen in Beijing, Shanghai, Nanjing, Chengdu und Changsha zu Ausbildungszentren für jeweils mehrere Provinzen aufgewertet wurden.^[75:153] Allein mit regulär ausgebildeten Psychiatern ließ sich jedoch eine auch nur rudimentäre Versorgung der Bevölkerung nicht sicherstellen. Daher sollte vor allem die Ausbildung von mittelmäßig qualifiziertem, und damit relativ schnell verfügbarem psychiatrischem Personal vorangetrieben werden. Ferner wurde das medizinische Personal in psychiatrischen Krankenhäusern durch Ärzte der traditionellen Medizin und Heilpraktiker ergänzt, und diese durch eine interne Ausbildung an ihren neuen Aufgabenbereich herangeführt. Durch die Einbeziehung von traditionellen Ärzten in die psychiatrische Versorgung konnte nicht nur das personelle Kontingent erheblich vergrößert werden, ihre Methoden entsprachen auch der Forderung nach einfacher, das vor Ort Vorhandene nutzender und somit wenig kostenaufwendiger Diagnostik und Therapie.^[118:166-167]

5. Effektivere Nutzung der begrenzten stationären Kapazitäten psychiatrischer Krankenhäuser durch Beschränkung auf akute, behandelbare Störungen; Einrichtung von ambulanten Stationen in psychiatrischen Krankenhäusern, so daß leichtere Fälle und ein Teil der chronischen Patienten so weit als möglich in ihren Familien verbleiben können, rekonvaleszente Patienten früher nach Hause entlassen werden können und dort durch medizinisches Personal versorgt werden. Für chronische Patienten, die nicht von Verwandten versorgt werden können, sollten psychiatrische Genesungsheime und –siedlungen, Besserungsanstalten und Asyle eingerichtet werden, wobei die beiden letzteren hauptsächlich für Patienten gedacht waren, die „die öffentliche Ordnung der Gesellschaft in schwerwiegendem Maße gefährden“.^[4:259] Soweit solche Einrichtungen noch nicht verfügbar waren, sollten sie in ländliche Gebiete mit geeigneten Arbeitsmöglichkeiten geschickt werden.

6. Zur möglichst frühzeitigen Erkennung und Behandlung wurden von den psychiatrischen Krankenhäusern erstmalig in China epidemiologische Untersuchungen durchgeführt, in deren Rahmen psychiatrische Grundkenntnisse in der Bevölkerung verbreitet, in den Städten die Zusammenarbeit mit den Arbeitseinheiten und den Nachbarschaftskomitees verstärkt, parapsychiatrisches Personal ausgebildet und psychiatrische Dispensaires auf Stadtteilebene eingerichtet wurden, die künftig die Arbeit der Aufklärung, Früherkennung, Nachsorge und

Rückfallprophylaxe übernehmen sollten. Bei leichteren Fällen wurde die Behandlung vor Ort eingeleitet, schwerere Fälle wurden in psychiatrische Krankenhäuser überwiesen. Zur Ausweitung der bis dahin weitgehend auf die Großstädte konzentrierten psychiatrischen Versorgung wurden mobile Teams auch in ländlichen Gebiete gesandt. Sie sollten dort dieselben Aufgaben wahrnehmen wie in der Stadt und, wo immer möglich, eine ländliche Versorgungsstruktur aufbauen.^[127]

Das Gebiet, das zwischen 1958 und 1959 untersucht wurde, umfaßte die Provinz Hunan, eine Reihe von Großstädten - unter anderem Shanghai, Tianjin, Nanjing, Hangzhou und Chengdu - sowie zahlreiche Landkreise mit einer Gesamtbevölkerung von zirka 18 Millionen Menschen. Dabei ergaben sich für Psychosen eine Gesamtprävalenz von 1 - 2%, für Schizophrenie von 0,8 - 1,3%, für Epilepsie von 0,5 - 0,8% und für geistige Retardierung von 0,6 - 1,2%.^[71:31] Diese Ergebnisse sind allerdings - nicht nur aus methodischen Gründen^[141] - wenig glaubwürdig. Die Untersuchungen fanden in einer Zeit statt, als zum Teil chaotische gesellschaftliche Zustände herrschten, die eine sorgfältige Untersuchung unmöglich gemacht haben dürften. Als weitere Fehlerquelle ist das Bestreben weiter Kreise während des Großen Sprungs anzusehen, die Überlegenheit des sozialistischen Gesellschaftssystems chinesischer Prägung auch in einer möglichst geringen Häufigkeit psychischer Störungen zu dokumentieren. Und schließlich waren zum damaligen Zeitpunkt weder die institutionellen noch personellen Voraussetzungen vorhanden, um eine so exorbitant große Anzahl von Personen adäquat zu untersuchen. So eindrucksvoll die Zahl der untersuchten Personen auch klingen mag, tatsächlich beschränkte sich diese Arbeit auf den Ausbau der „alten“ Zentren der Psychiatrie, wie Shanghai, Beijing und Nanjing, und ihres ländlichen Einzugsgebiets, auf ein paar winzige Punkte in einem ansonsten von psychiatrischer Versorgung unberührten Land. Auch die Maßnahmen selbst entsprangen weniger dem Geist des Großen Sprungs nach vorn, sondern sind - mit Ausnahme der Einbeziehung traditioneller Ärzte und Therapieverfahren - als weitere Annäherung an das sowjetische Vorbild zu verstehen (etwa die Einführung der Dispensairebetreuung und psychiatrischer Sanatorien). Gleichzeitig erfolgte aber auch eine stärkere Anpassung an die spezifischen Verhältnisse und Möglichkeiten der VRCh, beispielsweise durch die Einbindung traditioneller Ärzte und Therapieverfahren.

Zweites Hauptziel der Reformen bildete die Humanisierung der psychiatrischen Krankenhäuser. Entsprechend dem Slogan „Kein Schreien in den Erwachsenenstationen, kein Weinen in den Kinderstationen“ sollten Behandlungsmethoden, die den Patienten Schmerzen zufügen oder sie verängstigen, aufgegeben oder auf das unbedingt nötige Maß reduziert werden; Hirnchirurgie, insbesondere Leukotomie, als therapeutische Maßnahme wurde geächtet.^[62:70] Aus demselben Grund sollten das „Binden“ und „Einsperren“ von Patienten abgeschafft werden. Ärzte und Pflegepersonal sollten ihr oftmals distanzierendes Verhalten gegenüber den Patienten aufgeben, das Leben der Patienten teilen und ihnen Mitgefühl und Zuneigung entgegenbringen, um sie dadurch auf den Weg der Besserung zu bringen. Das neue Denken stieß allerdings

nicht überall auf ungeteilte Zustimmung. Oft bedurfte es eingehender Überzeugungsarbeit, bis die neue Politik von allen getragen wurde oder getragen werden mußte.^[83]

Um die Patienten wirksamer behandeln zu können, sollte eine Kombination aus vier Therapien verwandt werden: 1. Kombinierte Therapie mit traditionellen und westlichen Medikamenten sowie somatischen Verfahren; 2. Arbeitstherapie (zum Beispiel Feldarbeit, Aufforstung und kunsthandwerkliche Arbeit); 3. Therapie durch sportliche und kulturelle Unterhaltungsaktivitäten und 4. Erziehungstherapie (politische Erziehung anhand in- und ausländischer Ereignisse und der konkreten Lage beim Großen Sprung nach vorn).^[28]

Wie bei Klassifikation und psychiatrischer Versorgung begann damit auch innerhalb der Therapie mit viel maoistischer Rhetorik eine zweite Phase der „Sowjetisierung“, die nun auch in stärkerem Maße sowjetische Psychotherapie (rationale Psychotherapie, pathogenetische Psychotherapie nach Mjasišev), Arbeits- und Beschäftigungstherapie (Giljarovskijs Prinzip der „Psycho-Orthopädie“) einbezog. Neben einigen übersetzten Artikeln in der *Zeitschrift für Psychologie in Übersetzungen* stammten die Informationen über Psychotherapie in der Sowjetunion hauptsächlich aus einem auch in China erschienenen Sammelband von Beiträgen auf dem 1. Nationalen Kongreß für Psychotherapie in Moskau im Jahr 1956, der einen umfassenden Überblick über die unterschiedlichen Verfahren und Ansätze der Psychotherapie in der Sowjetunion gab. Gleichzeitig wurde - gemäß dem Ausspruch Maos: „Die chinesische Medizin und Pharmakologie stellen eine reiche Schatzkammer dar, um deren Ausgrabung und Weiterentwicklung man sich bemühen sollte“ - damit begonnen, Behandlungsmethoden der traditionellen chinesischen Medizin (Akupunktur, Moxibustion und Arzneimittel) und der Volksheilkunde ebenso wie die traditionelle „Heilgymnastik“ (Qigong und Taijiquan) auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen und zum Teil weiterzuentwickeln. Wie in der Sowjetunion wurden diese „neuen“ Therapien in ein physiologisch-psychosoziales Gesamtkonzept der Behandlung integriert.^[48:87]

Die neuen Ansätze sorgten für einen grundlegenden Wandel in der psychiatrischen Praxis und fanden ihren konzentrierten Ausdruck in der Entwicklung der „schnellen Kombinations-therapie“, die ihr Entstehen der erstmaligen Zusammenarbeit von Psychologen und Psychiatern verdankte. Im Geiste des Großen Sprungs nach vorn hatten die Lehr- und Forschungsgruppe der *Medizinischen Hochschule Beijing*, die Gruppe für medizinische Psychologie am *Forschungsinstitut für Psychologie* und die Sanitätsabteilung der *Universität Beijing* eine Zusammenarbeit beschlossen und die Losung ausgegeben: „Bezwingung der Neurasthenie in zwei Jahren.“^[52] Innerhalb von 10 Tagen wurden an der *Universität Beijing* fast 8.000 Studenten untersucht, danach ein provisorisches Krankenhaus auf dem Universitätsgelände eingerichtet und entsprechend den Losungen „Die Politik führt das Kommando, ideologische und praktische Arbeit wird gleichzeitig geleistet, alle [Patienten] bringen die Krankheit unter Kontrolle, Gesundheit und Forschung machen beide einen Sprung nach vorn“ und „Die Krankheit behandeln und sich um den [gesamten] Menschen kümmern, durch die gemeinsa-

me Anwendung von traditioneller chinesischer und westlicher [Medizin] mehr, schneller, besser und wirtschaftlicher [Ergebnisse] erzielen, medizinische Behandlung und Prävention miteinander verbinden“ mit der Behandlung begonnen (6.8. - 2.9.1958).

Ätiopathogenetische Grundlage der neuen Therapie bildete die Annahme, daß psychogene Krankheiten funktionelle physio-psychoziale Störungen darstellen, die durch physische und / oder psychosoziale Lebensereignisse ausgelöst, aber nicht zwangsläufig bedingt werden. Gemäß dem Diktum Maos, daß „[...] äußere Ursachen die Bedingung von Veränderung sind, innere Ursachen die Grundlage von Veränderung sind, und die äußeren Ursachen ihre Wirkung durch die inneren Ursachen zur Entfaltung bringen“,^[68:277] treffen sie im Gehirn auf eine bestimmte Konstellation von Erregungs- und Hemmungsprozessen („Persönlichkeit“) und werden durch die „Erkenntnisaktivität“ analysiert und bewertet. Das Ergebnis der Ereignisbewertung - ihre korrekte oder verzerrte Widerspiegelung - hängt weniger vom Ereignis selbst als vom Kenntnis- und (politischen) Bewußtseinsstand des Menschen ab. Eine korrekte Widerspiegelung ist die Voraussetzung für eine angemessene emotionale und verhaltensmäßige Reaktion. Durch sie ist der Mensch in der Lage, unter Berücksichtigung des objektiv Möglichen Konflikte aktiv zu lösen, indem er entweder die Umwelt oder sich selbst verändert, sich in die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten fügt und das Unabänderliche akzeptiert. Eine stark negative und daher meist unangemessene (kognitive) Bewertung führt dagegen zu psychischen Konflikten, die sich auf neurophysiologischer Ebene als Überbelastung kortikaler Erregungs- und Hemmungsprozesse äußern. Diese wiederum bewirken eine Schwächung und Störung der kortikalen Funktion, die sich auf subkortikale Strukturen (Emotionen, Antrieb) und das vegetative Nervensystem (physische Symptome) auswirken und sich durch Rückwirkung auf die kortikalen Prozesse weiter verstärken. Hat die Schwächung der kortikalen Funktion ein gewisses Ausmaß erreicht, entsteht Neurasthenie (oder die für die Psychotherapie relevanten psychogenen Anteile von ansonsten organisch bedingten Krankheiten), was sich auf psychischer Ebene einerseits als die für Neurasthenie typischen Symptome, andererseits als Niedergeschlagenheit über die „Krankheit“, als mangelnde Zuversicht in die „Heilbarkeit“ der Krankheit und als fehlende Motivation, gegen die Krankheit zu „kämpfen“, d.h. als Beeinträchtigung der „bewußten“ oder „subjektiven Initiative“ der Patienten, äußert.^[22]

Konkret bestand die Behandlung in einer „organischen Verbindung“ von Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, medikamentösen und somatischen Therapien der traditionellen und westlichen Medizin und traditioneller „Heilgymnastik“ (Qigong, Taijiquan).^[57] Die Behandlung wurde auf insgesamt 3 - 4 Wochen beschränkt und fand ausschließlich in der Freizeit der Patienten statt. Unmittelbar nach der Aufnahme wurden die Patienten „organisiert“. Es wurde ein „Arbeitsausschuß der Rekonvaleszenten“ zur Selbstverwaltung gegründet, ein Gruppenleitersystem für die einzelnen Krankenzimmer eingerichtet und „provisorische Zweigzellen der Partei und des Jugendverbandes“ geschaffen.^[52]

Innerhalb der schnellen Kombinationstherapie nahm die Psychotherapie eine zentrale Stel-

lung ein. Nach Wang Jinghuo, der an ihrer Entwicklung maßgeblich beteiligt war, gründet sie auf einem Abschnitt aus Maos Schrift „Über den verlängerten Krieg“ aus dem Jahr 1938, wonach sich der Mensch durch das Merkmal der „bewußten Initiative“ vom Tier unterscheidet:

Psychotherapie ist eine Methode, bei der die Therapie genau auf Grundlage dieses Merkmals des Menschen durchgeführt wird. Daher ist die Entfaltung der bewußten Initiative der Patienten zur Erreichung der Behandlungsziele der grundlegende Ausgangspunkt der Psychotherapie innerhalb der schnellen Kombinationstherapie. [...] Ausgehend von der bewußten Initiative erzeugt die Psychotherapie innerhalb der schnellen Kombinationstherapie durch korrekte Kenntnisse der Patienten über das Wesen der Krankheit, die Gesetzmäßigkeiten ihres Entstehens und ihrer Entwicklung, sowie über die Merkmale der schnellen Kombinationstherapie und die konkreten therapeutischen Maßnahmen eine entsprechend positive Gemütsverfassung und bewußte Handlungen, [durch die die Patienten] aktiv ihren Krankheitszustand verändern, um ein [optimales] Behandlungsergebnis zu erlangen.

Entsprechend dem oben Dargestellten hat die Psychotherapie die folgenden vier Grundinhalte: (I) Vermittlung von Kenntnissen an die Patienten über das Wesen ihrer Krankheit und Beseitigung von Befürchtungen der Patienten gegenüber der Krankheit; (II) Aufklärung der Patienten über Methoden, aktiv gegen bestimmte eigene Symptome zu kämpfen; (III) Zusammenfassung des eigenen Krankheitsverlaufs der Patienten und gemeinsame Analyse der Rolle psychischer Faktoren bei Entstehung und Entwicklung ihrer Krankheiten mit den Patienten, wodurch ihre Erkenntnis und Einstellung zu psychogenen Faktoren verändert wird, und positive umfassende Vorstellung von Maßnahmen und Plänen zur Erhöhung und Konsolidierung der Behandlungsergebnisse; (IV) Unterstützung und Förderung der Wirkung der anderen therapeutischen Maßnahmen in der Kombinationstherapie.^[110:45]

Die Psychotherapie bestand aus Versammlungen, Vorträgen, Gruppensprachen und Einzelgesprächen, die - bei einer Regeldauer von vier Wochen - in vier einwöchigen Phasen mit jeweils unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten unterteilt wurden. Jede Phase wurde von einem Vortrag eingeleitet, in dem die jeweiligen Schwerpunkte dargestellt wurden. Da die Vorträge relativ kurz (30 - 40 Minuten) und inhaltlich einfach gehalten wurden, um keinen Patienten zu überfordern, wurden nach den Vorträgen unter Leitung eines Arztes Gruppendiskussionen organisiert, um die Vorträge durchzusprechen.^[22] Schließlich wurden sie in Einzelgesprächen nochmals besprochen und auf die konkreten Probleme jedes einzelnen Patienten angewandt. Durch das mitfühlende Eingehen des Arztes auf die persönlichen Probleme der Patienten vertiefte sich die positive Beziehung zwischen Arzt und Patient.^{[22][52]}

In der ersten Woche diente die Psychotherapie hauptsächlich dazu, Befürchtungen gegenüber der Krankheit und der Behandlung zu beseitigen und Zuversicht in die Heilbarkeit der Krankheit zu erzeugen. Am ersten Tag der Behandlung wurde eine „Vollversammlung zur Verteidigung der gegen die Neurasthenie vorrückenden Truppen“ mit allen Patienten und Mitarbeitern veranstaltet. Die Ärzte brachten ihren „glühenden Enthusiasmus“ und ihre Entschlossenheit zum Ausdruck, die Krankheit in Zusammenarbeit mit den Patienten zu heilen, und gaben ihr „Plansoll“ bekannt (100% Besserung, zumindest 70 - 80% deutliche Besserung oder Heilung). Die Prinzipien der schnellen Kombinationstherapie und ihrer einzelnen Behandlungsmethoden wurden erläutert. Es wurde darauf hingewiesen, daß durch die Kombination einzelner, an sich schon sehr effektiver Methoden unter Anleitung durch den Marxismus-Leninismus und die Mao Zedong-Gedanken ein Sprung nach vorn in der Behandlung von

Neurasthenie gemacht worden sei, der einen sehr hohen Behandlungserfolg sicherstellen würde. Neurasthenie sei keine chronische, unheilbare Krankheit, sondern eine funktionale, reversible Störung, ein „Papiertiger“ (wie die Atombombe), der bei entschlossener Mitarbeit der Patienten schnell überwunden werden könne. Dazu sei aber auch erforderlich, daß die Patienten nicht ihren privaten Interessen und Problemen verhaftet bleiben:

Um bewußt einen hartnäckigen Kampf gegen die Krankheit zu führen, ist gewaltige Motivation erforderlich; nur das Pflichtgefühl gegenüber der Sache des Sozialismus [kann] unversiegbare Quelle für eine solche Motivation sein.^[22:21]

Am Ende der ersten Woche wurde eine „Versammlung zum großen Sprung nach vorn in der Gesundheit“ abgehalten, auf der besonders erfolgreiche Patienten berichteten, wie sich ihre Einstellung zur Krankheit geändert, wie ihre Kenntnisse über sie zugenommen, wie sich ihr Glaube an die Heilung gefestigt und wie sie schließlich die Krankheit unter Kontrolle gebracht hatten. Die übrigen Patienten sollten von diesen Vorbildern lernen und erkennen, daß auch für sie solche Fortschritte möglich seien.

In der zweiten Woche wurden die Patienten mit Grundkenntnissen über Neurasthenie vertraut gemacht. In ein bis zwei Vorträgen wurden einerseits die neurophysiologischen Prozesse bei der Entstehung von Neurasthenie beschrieben, andererseits die Lebensereignisse (Arbeits- und Studienprobleme und physische Krankheiten), die Neurasthenie auslösen können, und der Einfluß von Lebensanschauung, Denkweise und Einstellungen auf Entstehung und Heilung von Neurasthenie dargestellt:

Bei der Erläuterung betonen wir, daß es bei Entstehung und Entwicklung der Neurasthenie bestimmte Gesetzmäßigkeiten gibt, daß die Patienten, wenn sie diese Gesetzmäßigkeiten beherrschen, subjektive Initiative entwickeln, die Krankheit aktiv bekämpfen und die Krankheit überwinden können und nicht weiter passiv Leid Ertragende sein [müssen]. Wir erkennen einerseits die Bedeutung von Umweltfaktoren und von Lebens-, Arbeits- und Studienbedingungen für die Ätiologie an, weisen [aber] andererseits darauf hin, daß die Patienten imstande sind, die Umwelt zu verändern, daß sie auch imstande sind, die Wirkung von Umwelt und objektiven Faktoren auf sich selbst zu ändern.^[22:22]

Wie am Ende der ersten Woche wurde auch am Ende der zweiten Woche eine „Versammlung zur Siegesmeldung der Kampferfolge gegen die Neurasthenie“ abgehalten, auf der das bisher Erreichte gebührend herausgestellt und die Patienten zu weiteren Anstrengungen ermutigt werden sollten.

In der dritten Woche befaßte sich die Psychotherapie damit, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen aktiver Erholung, körperlicher und geistiger Arbeit herzustellen. Die Patienten wurden aufgefordert, realistische Arbeitspläne auszuarbeiten, in denen sich körperliche Betätigung und geistige Arbeit einander abwechseln und die Dauer jeder Aktivität so festgelegt wird, daß keine Symptome auftreten. Diese Arbeitspläne sollten alle drei bis fünf Tage überarbeitet werden, um sie an das neue, höhere Leistungsvermögen anzupassen.

Durch die Psychotherapie der ersten drei Wochen wurden durch „Mobilisierung aller positiver Faktoren“ die Voraussetzungen dafür geschaffen, daß sich die Patienten selbst heilen:

Die Mobilisierung aller positiver Faktoren [...] besteht hauptsächlich in der Mobilisierung

der Patienten, bewußt gegen die eigene Krankheit „das Feuer zu eröffnen“, und in der Hilfe für die Patienten, subjektive und objektive Faktoren zu analysieren, die die Besserung der eigenen Krankheit beeinflussen. Die Patienten werden ermuntert, aus eigener Initiative Mittel und Wege zu finden, um ungünstige Faktoren zu meiden oder um „negative Faktoren in positive Faktoren zu verwandeln“, sich aktiv [von negativen Faktoren] zu befreien und nach günstigen Faktoren zu streben (beispielsweise aktiv geeignete Regelungen für die körperliche und geistige Arbeit sowie das Alltagsleben zu treffen).^[22:20]

Um dies zu erreichen, wurden die Patienten aufgefordert, auch untereinander „Psychotherapie“ zu betreiben („Alle werden zu Propagandisten“). Ferner wurden, falls nötig, Arbeitskollegen, Freunde und Familienangehörige der Patienten in die Behandlung einbezogen, um gemeinsam mit Ärzten und Patienten Lösungen für Probleme der Patienten zu finden.

In der vierten und letzten Woche wurde auf die möglichen Probleme im Genesungsprozeß nach Beendigung der Behandlung eingegangen. Die Patienten wurden darauf hingewiesen, daß es Verschlechterungen und sogar Rückfälle geben könne, die jedoch kein ernsthaftes Problem darstellten, da die Patienten inzwischen die „Gesetzmäßigkeiten“ der Neurasthenie erkannt hätten und in der Lage seien, angemessen auf Probleme zu reagieren.

Obwohl der ideologischen Arbeit und der Erweckung eines „revolutionären Optimismus“ der Patienten im Kampf gegen die Krankheit im Geiste des Großen Sprungs nach vorn eine überragende Bedeutung beigemessen wurde, fehlte es andererseits aber auch nicht an Warnungen vor ihrer Überbewertung.^[22]

Wie vor allem in den Arbeiten aus den sechziger Jahren deutlich wird, handelte es sich bei der Psychotherapie der schnellen Kombinationstherapie ausschließlich um Information, Persuasion und Suggestion. Sie entsprach damit weitgehend der sowjetischen rationalen Psychotherapie, von der sie sich nur insofern unterschied, als der Bezug zu politisch-ideologischer Erziehung und zu gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen noch größere Bedeutung erhielt.

Ein weiteres Element der schnellen Kombinationstherapie bestand in der Einführung von Arbeits- und Beschäftigungstherapie nach sowjetischem Vorbild:

The mental patients were assisted [...] to organize themselves for collective cultural and physical activities such as chorus, dance, and evening parties, which greatly enriched the life of the patients. They were also organized to learn about political science and current affairs. They made reports, held meetings, and discussed various subjects. [...] This measure caused the patients to feel that although they were inside a hospital, they were every bit linked with the whole socialist construction, and were thus greatly encouraged. They recovered faster and better.^[118:157-158]

Zusätzlich war in Untersuchungen über die Ursachen der Erkrankung an Neurasthenie festgestellt worden, daß Berufsgruppen, die mit geistiger Arbeit oder komplizierter, verantwortungsvoller körperlicher Arbeit beschäftigt sind, besonders anfällig für Neurasthenie sind, während Berufsgruppen mit einfacher, schwerer körperlicher Arbeit kaum an Neurasthenie erkranken.^{[53][112]} Daraus wurde geschlossen, daß schwere körperliche Anstrengung neurophysiologischer Überbelastung entgegenwirkt. Durch die gemeinsamen Aktivitäten der Patienten sollte auch der Kollektivismus (das Zusammengehörigkeitsgefühl) und eine fröhliche Stimmung in den Krankenabteilungen gefördert werden.

Eine Mittelstellung zwischen Psychotherapie und somatischen Therapien nahm die traditionelle Heilgymnastik ein. Während Taijiquan eher als unspezifisches Beiwerk der schnellen Kombinationstherapie anzusehen ist, das der „Harmonisierung der Körperfunktion“ dienen sollte, gehörte die Qigong-Therapie bei Neurasthenie und psychosomatischen Krankheiten zu den Schwerpunkten der Behandlung. Durch eine meditationsähnliche Variante des Qigong sollten die Patienten einen Zustand der „Stille“ erreichen, in dem durch bewußte Regulierung der Atmung und durch Autosuggestion die „unwillkürliche pathologische physiologische Aktivität“ reguliert werden sollte. Nach klinischer Erfahrung stand die Tiefe des Zustandes der „Stille“ in direktem Zusammenhang zum Behandlungserfolg. Um die Übungsdauer bis zur Beherrschung der Technik zu verkürzen (im allgemeinen 2 Wochen bis mehrere Monate), wurde die „schnelle induzierte Qigong-Therapie“ entwickelt, bei der Qigong durch Suggestion und Autosuggestion ähnlich dem autogenen Training ergänzt wurde. Dadurch verkürzte sich die Übungsdauer auf wenige Tage.^[110] Nach Wang Jingxiang leistete Qigong jedoch keinen Beitrag zu den schnellen Erfolgen der Kombinationstherapie, da seine Wirkung nur mittel- bis langfristig zur Entfaltung kommt.^[113]

Für die medikamentöse und somatische Behandlung wurden nach den Kriterien einer hohen Effektivität, einfacher, sicherer Anwendung und großer Wirtschaftlichkeit Novocain, Insulin-Hypoglykämie-Therapie, Pflaumenblüten-Akupunktur, Elektrostimulation und Elektroschlaf für die erste Erprobung an der *Universität Beijing* ausgewählt. Aufgrund klinischer Erfahrung wurden die Therapien in vier Kategorien eingeteilt und ihnen die Patienten entsprechend der Symptomatik zugewiesen:

1. Elektroschlaf (jeden Tag eine Behandlung), [...] Patienten mit ausschließlich Schlafstörungen.
2. Elektrostimulation (jeden Tag eine Behandlung) + Novocain (eine Injektion pro Tag mit 0,5% - 1% je nach Lage, Dosis 10 - 15 - 20ml), [...] Patienten mit hauptsächlich Symptomen von Kopfschmerz und Schlafstörungen.
3. Insulin-Hypoglykämie (die Höchstdosis pro Tag überstieg jeweils 40 Einheiten nicht) + Pflaumenblüten-Akupunktur (eine Behandlung pro Tag), [...] Patienten mit hauptsächlich Symptomen von Kraftlosigkeit und Angst.
4. Novocain (Verfahren und Dosis wie oben) + Pflaumenblüten-Akupunktur (Verfahren wie oben), [...], Patienten mit hauptsächlich Schlafstörungssymptomen.^[52:354]

Später wurden auch intravenöse Injektion von 10% Natriumbromid-Lösung, Injektion von Vitamin B1 in Akupunkturpunkte, Akupunktur und Moxibustion und verschiedene traditionelle Medikamente verwandt (durchschnittlich 2 - 4 Therapien pro Patient).^[22] Bei einigen Patienten wurde auch die sogenannte „medikamentöse Psychotherapie“ eingesetzt, bei der mit Plazebos gute Erfolge erzielt wurden.^[110] Nach der Hälfte der Behandlungsdauer wurden die bisherigen Ergebnisse beurteilt und die Behandlung eventuell modifiziert.

Die abschließende Bewertung der Behandlungsergebnisse folgte ebenfalls der Masselinie. Nach einer Selbsteinschätzung der Patienten diskutierten Ärzte und Patienten gemeinsam die erreichten Fortschritte jedes Patienten. Neben den üblichen Kriterien der Symptomverände-

nung und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit wurden die erworbenen Kenntnisse über die Krankheit, das Ausmaß des revolutionären Optimismus und die Fähigkeit, Probleme zu bewältigen, in die Beurteilung einbezogen.^[110]

Nach Beendigung der Behandlung äußerten die Patienten einmütig:

Unter dem Schein des Glanzes der Generallinie [des Großen Sprungs nach vorn] braucht man nur die Politik das Kommando führen lassen und der Massenlinie folgen, dann kann man sehr viele außergewöhnliche Leistungen vollbringen!^[52:356]

Nachdem sich die schnelle Kombinationstherapie an der *Universität Beijing* bewährt hatte, wurden entsprechende epidemiologische Untersuchungen und anschließende Behandlung der aufgefundenen Fälle in anderen Einheiten Beijings vorgenommen, und wurde eine ambulante Abteilung der *Medizinischen Hochschule Beijing* für die reguläre Behandlungsarbeit in der Innenstadt Beijings eingerichtet. Durch die nach wie vor positiven Ergebnisse gewann die schnelle Kombinationstherapie schnell Modell-Charakter. Die Abschaffung alter therapeutischer Maßnahmen und die Einführung der schnellen Kombinationstherapie war allerdings mit „heftigen ideologischen Kämpfen“ innerhalb der Psychiatrie verbunden.^[83] Gegen die neue Therapie und ihre theoretische Grundlage wurde eingewendet, daß Neurasthenie eine chronische Krankheit sei, die nicht schnell geheilt werden könne, daß ihre Ätiologie komplex sei und nicht in kurzer Zeit geklärt werden könne und daß äußere Faktoren bei der Entstehung von Neurasthenie entscheidend seien. Hinzu kam, daß sich einige Ärzte weiterhin auf die ausschließlich medizinische Behandlung beschränken und nicht den gesamten Menschen in die Behandlung einbeziehen wollten. Ihnen wurde vorgeworfen, sie würden ihre Autorität als Fachmann ausspielen, blindes Vertrauen von den Patienten verlangen, sie für Tölpel halten und nach Belieben herumkommandieren. Während die „Fraktion der Skeptiker“ durch die angeblich außergewöhnlich positiven Behandlungsergebnisse relativ schnell überzeugt werden konnte, zog die „Fraktion der Buchhalter“ das wissenschaftlich einwandfreie Zustandekommen dieser Ergebnisse in Zweifel: Sie seien das Ergebnis von politischem Druck gewesen, unter dem sich die Patienten nicht getraut hätten zu sagen, daß sich ihre Krankheit nicht gebessert habe. Aber schließlich blieb auch ihnen nichts anderes übrig, als sich überzeugen zu lassen.^[22] Dementsprechend wurde sie bald überall im Land praktiziert. Ab 1959 wurde sie auch bei Bluthochdruck^[111] und Geschwüren und ab 1961 bei Schizophrenie eingesetzt. Der Behandlungserfolg wurde für durchgängig höher als bei den bisherigen Behandlungsmethoden befunden. In den frühen sechziger Jahren wurde sie in Beijing mit scheinbar gutem Erfolg bei der Behandlung von mehr als siebzig chronischen Krankheiten, darunter Diabetes, chronische Beckeninfektionen, Blutvergiftung während der Schwangerschaft, Rheumatismus und grüner Star, eingesetzt und löste damit die Kampagne zur „schnellen Heilung chronischer Krankheiten“ aus.^[57]

Als das wissenschaftliche Klima nach dem Scheitern des Großen Sprungs nach vorn freier wurde und die Rezeption auch westlicher Literatur erlaubte, wurde der Psychotherapiebegriff

enger gefaßt und die Psychotherapie der schnellen Kombinationstherapie durch Elemente aus verschiedenen Psychotherapieschulen ergänzt.^[70:11] Beispiel dafür ist die von Li Xintian und Mitarbeitern entwickelte schnelle Kombinationstherapie der Schizophrenie, die auf den neurophysiologischen Theorien Pavlovs, biologischen Theorien der Schizophrenie und vor allem der Persönlichkeitstheorie von Mjasišev^[48:75-77] beruhte, in bis dahin beispiellosem Umfang westliche Literatur einbezog und gänzlich ohne maoistische Diktion auskam.^[55] Danach bilden schizophrene Patienten in ihrer Kindheit durch die biologisch bedingte Störung physiologischer und biochemischer kortikaler Prozesse in Interaktion mit der Umwelt ein spezifisches System „selektiver Verbindungen“ (*otnošenija*: Bedürfnisse, Interessen, Emotionen, Werteinstellungen, moralische Ansprüche, Überzeugungen usw.) aus. Dieses System ist neurophysiologisch durch eine gestörte kortikale Funktion, psychologisch durch schizophrene Persönlichkeitsmerkmale und psychosozial durch gestörte Beziehungen zur Umwelt gekennzeichnet. Personen mit schizophrenen Persönlichkeitsmerkmalen erkranken nicht notwendigerweise an Schizophrenie. Dazu ist eine weitere Verschärfung der biologischen Störung oder der psychosozialen Beziehungen erforderlich. Bei akuter Schizophrenie stehen die pathologischen biologischen Prozesse im Vordergrund, die aber durch medikamentöse Behandlung sehr schnell unter Kontrolle gebracht werden können. Bei chronischer Schizophrenie können sich diese Prozesse auch spontan normalisieren. In beiden Fällen bedeutet dies aber nicht, daß sich dadurch auch die „schizophrenen Beziehungen“ zur Umwelt (Symptome) automatisch normalisieren. Zur Veränderung der schizophrenen Persönlichkeitsmerkmale ist eine Psychotherapie erforderlich, mit der bereits in der akuten Phase der Erkrankung begonnen werden kann.^[55]

Bei einer Erprobung an Patienten mit chronischer paranoider Schizophrenie (Krankheitsdauer über 2 Jahren) wurde die aus medikamentöser Therapie, Psychotherapie und Arbeitstherapie bestehende Kombinationstherapie in drei Phasen eingeteilt: „Phase des floriden Wahns“ (3 Wochen), „Phase des wankenden Wahns“ (5 Wochen) und „Phase des verschwindenden Wahns“ (8 Wochen). Von Beginn der Behandlung an wurde für die Patienten ein der jeweiligen Phase angepaßter Tagesplan festgelegt, in dem die drei Therapieformen integriert wurden.

Bei der medikamentösen Behandlung wurde in der ersten Phase nur Chlorpromazin verwandt (Anfangsdosis 75mg pro Tag, schnelle Steigerung auf 300 - 800mg, meist 500 - 600mg). Wenn keine Besserung eintrat, wurde Elektrokonvulsion, Insulin usw. in Betracht gezogen. Bei Besserung der Symptome wurde die zu diesem Zeitpunkt erreichte Höchstdosis für zumindest 2 - 4 Wochen beibehalten. In der zweiten Phase wurde die Dosis entsprechend dem Krankheitszustand reduziert, in der dritten Phase bei den Genesenen auf Erhaltungsdosis umgestellt (bis zu 200mg).^[56]

Wie bei der Therapie von Neurasthenie und psychosomatischen Krankheiten wurde die Psychotherapie in Form von Vollversammlungen, Vorträgen, Diskussionen, kollektiven Krankenvisiten, gemeinsame Beurteilung der Behandlungsergebnisse, Arbeits- und Beschäftigungstherapie und Einzelgesprächen durchgeführt, die inhaltlich dem jeweiligen Zustand der

Patienten angepaßt wurden. In der Anfangsphase, in der nur „sehr geringe normale psychische Aktivität“ bei den Patienten vorhanden ist, galt es, eine positive Beziehung zwischen Arzt und Patient zu entwickeln, bei der zunächst die schizophrenen Symptome ausgeklammert wurden. Dieser Beziehung wurde entscheidende Bedeutung bei der Beseitigung der psychischen Aspekte der Schizophrenie beigemessen:

In der Anfangsphase der Behandlung kann das verbale und non-verbale Verhalten des Therapeuten die Wiederherstellung normaler psychischer Prozesse beim Patienten fördern; der Patient etabliert durch die Beziehung mit dem Therapeuten eine korrekte Widerspiegelung der medizinischen Aktivitäten und erzeugt in diesem Bereich einen normalen psychischen Zustand und normale Empfindungen; danach dehnt er [diese Normalisierung] auf seine verschiedenen Lebensbereiche aus und etabliert eine korrekte Widerspiegelung der objektiven Realität. Je mehr sich der psychische Zustand und die Empfindungen des Patienten normalisieren, desto mehr gehen der pathologische psychische Zustand und die pathologischen Empfindungen zurück. Daher bildet der Patient unter ständiger Anleitung durch den Therapeuten allmählich ein System neuer Beziehungen zu den Personen seiner Umgebung aus.^[55:61]

In den Versammlungen und Vorträgen der ersten Phase wurde den Patienten Ziel und Programm der Therapie und die Notwendigkeit von Hospitalisierung, Medikamenteneinnahme und Einhaltung der Krankenhausordnung dargelegt. In den Gruppensprachen sollten sich die Patienten zunächst nur mit dem Gehörten beschäftigen und ihre Ansichten dazu äußern. In der zweiten Phase wurde ihnen erklärt, worin die psychische Aktivität des normalen Menschen besteht, und sie analysierten auf dieser Grundlage ihre eigene kranke Psyche. In der dritten Phase wurde ihnen die Rolle von Persönlichkeitsmerkmalen bei Entstehung und Entwicklung der Krankheit und bei Rückfallprophylaxe erläutert. In der ersten Hälfte dieser Phase, in der die Patienten noch stationär behandelt wurden, analysierten die Patienten mit Hilfe der Ärzte und der anderen Patienten ihren eigenen Krankheitsverlauf. In der zweiten Hälfte, in der sie probeweise aus dem Krankenhaus entlassen wurden, wurde ihre Situation am Arbeitsplatz und im Privatleben besprochen und nach Lösungen für Schwierigkeiten gesucht, für die den Patienten oft keine Bewältigungsmechanismen zur Verfügung stehen.

In der ersten Phase bestand die Arbeitstherapie aus gewöhnlicher kollektiver Arbeit, wie Reinigung der Krankenzimmer und Gartenarbeit. In der zweiten Phase erfolgte eine quantitative und qualitative Steigerung der Arbeit mit dem Ziel einer Annäherung an den früheren Beruf. Während der probeweisen Entlassung in der dritten Phase bestand sie aus Hausarbeit oder beruflicher Arbeit in geeignetem Umfang.^[56]

Interessanterweise stammen fast alle Artikel zur schnellen Kombinationstherapie von Autoren aus Beijing, kein einziger aus Shanghai, obwohl Shanghai zweites, zumindest gleich bedeutendes Zentrum der Psychiatrie in China ist. In Shanghai hatte man bei neurasthenischen Patienten, die zum Arbeitseinsatz in ländliche Gebiete geschickt worden waren, gefunden, daß ohne jegliche medizinische Behandlung 57% geheilt und weitere 14% fast geheilt waren oder deutliche Besserung aufwiesen. Als Konsequenz wurde eine Kombinationstherapie vorgeschlagen, die sich primär auf Arbeitstherapie stützt. Als Mindestdauer der Therapie wurden

fünf bis sechs Monate angesetzt.^[49] Offensichtlich handelte es sich bei der Shanghaier Kombinationstherapie jedoch um ein regionales Phänomen, das allein durch die lange Behandlungsdauer nicht in das Klima des Großen Sprungs paßte.

In der Praxis wurden nach dem Scheitern des Großen Sprungs psychosoziale Maßnahmen aufgrund ihres hohen personellen und persönlichen Aufwandes wieder zurückgenommen.^[57] Hinzu kam, daß die schnelle Kombinationstherapie in der Kampagne zur „schnellen Heilung chronischer Krankheiten“ uniform und ohne Anpassung an die einzelnen Krankheiten angewandt und allzu großes Gewicht auf die Erzielung von Resultaten in möglichst kurzer Zeit gelegt wurde, so daß die Bewegung bald scheiterte. Danach wurde sie nur noch von wenigen psychiatrischen Einrichtungen bei Neurasthenie eingesetzt.^[57] Dennoch bildete der „Große Sprung“ den Ausgangspunkt für eine neue eigenständige Psychologie und Psychiatrie. Die traditionelle chinesische Medizin war als wertvolles nationales Erbe akzeptiert, medizinische Psychologie als Teilbereich der Psychologie wieder eingeführt, Psychologie und Psychiatrie waren aus den Fesseln des dogmatisierten „Pavlovianismus“ befreit, und psychische Faktoren als relevant für die Entstehung und Behandlung psychischer Störungen erkannt. Gleichzeitig wurden durch die Verschiebung der Machtverhältnisse innerhalb der Kommunistischen Partei Chinas als Folge der katastrophalen Ergebnisse des „Großen Sprungs“ die ideologischen Beschränkungen für die Beschäftigung mit „imperialistischer“ Psychologie und Psychiatrie gelockert. Durch die Veröffentlichung des Werkes *Clinical Psychiatry* von Mayer-Gross, Roth und Slater im Jahr 1963 wurde die klassische deutsche Psychiatrie und Psychopathologie in die chinesische Psychiatrie eingeführt, mit dem Ergebnis, daß „[...] sich die chinesische Psychiatrie dahingehend wandelte, der klinischen Arbeit, einschließlich Krankengeschichte, psychische Untersuchung, Symptomanalyse usw., mehr Aufmerksamkeit zu schenken.“^[126:280] Selbst das Experimentieren mit einer auf der Psychoanalyse beruhenden Psychotherapie war möglich.^[164:9] Doch weder die Befreiung vom Dogma des „Pavlovianismus“ noch die stärkere Berücksichtigung westlicher Autoren können als eine Abkehr von sowjetischen Vorbildern gewertet werden, da damit nur genau diese Entwicklung in der Sowjetunion nachvollzogen wurde. In der psychiatrischen Forschung wurden hauptsächlich klinische Untersuchungen durchgeführt, daneben aber auch mit experimenteller biologischer Forschung begonnen. Schwerpunkt bildete die Erforschung von Neurasthenie und Schizophrenie.^[126] In der ätiologischen Erforschung der Schizophrenie wurden zytogenetische, und heredofamiliäre Studien sowie Untersuchungen zum Protein-, Aminosäuren- und Kohlehydratstoffwechsel durchgeführt, und große Anstrengungen in der Psychopharmaka-Forschung und in der wissenschaftlichen Untersuchung der Wirksamkeit von Behandlungsmethoden der traditionellen chinesischen Medizin und Volksheilkunde unternommen.^[71:31] Durch die technische Fähigkeit der VRCh, eine Vielzahl von Psychopharmaka industriell herstellen zu können (u.a. Chlorpromazin, Taractan, Perphenazin, Trifluoperazin, Haloperidol, Imipramin, Phenelzin, Chlordiazepoxid und Diazepam), entwickelte sich die Psychopharmakatherapie bis Mitte der sechziger

Jahre zur häufigsten Methode zur Behandlung von Psychosen.^[71:30]

In zwei programmatischen Artikeln setzte sich Xia Zhenyi, damals gerade neu gewählter Vorsitzender der *Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie*, 1963 mit diesen neuen Entwicklungen auseinander. Seiner Meinung nach konzentrierte sich die Ätiologieforschung zu sehr auf biologische „hochmoderne Laborforschung“, die Diagnose zu sehr auf psychische Symptome, die Therapie zu sehr auf Psychopharmaka.¹ Er befürwortete statt dessen ein bio-psycho-soziales Modell psychischer Krankheiten, in dem er Ansätze der Psychobiologie Adolf Meyers² und der Psychopathologie von Mayer-Gross in die Grundposition der chinesischen Psychologie und Psychiatrie zum Wesen psychischer Aktivität integrierte:

Normale wie pathologische psychische Aktivität ist sowohl eine Funktion des menschlichen Gehirns als auch eine Reflektion der objektiven Wirklichkeit. Organische und psychische Faktoren stellen bei der Verursachung, Auslösung, Ausformung, dem Verlauf und der Behandlung psychischer Krankheiten eine dialektische Einheit dar. Da auch die Reflektion der objektiven Wirklichkeit auf physiologischer Ebene stattfindet, dürfen die Ergebnisse biologischer Ätiologieforschung nicht ausschließlich biologisch interpretiert werden. Selbst bei organisch bedingten psychischen Krankheiten können akzessorische Symptome oder Rückfälle sehr wohl psychisch verursacht oder ausgelöst sein; auch die konkrete Ausformung organisch bedingter Symptome kann durch Nationalität, Kultur, Lebensgewohnheiten und Lebenserfahrungen beeinflusst werden. Diese Faktoren sind insbesondere bei psychische Krankheiten, deren Ätiologie noch nicht geklärt ist, zu berücksichtigen, da ihre Verursachung (wie etwa bei Schizophrenie) möglicherweise auf das Zusammenspiel mehrerer Faktoren zurückzuführen ist. Aus dieser Grundorientierung heraus darf die Diagnose nicht nur auf psychischen Symptomen beruhen, sondern muß auch die Krankengeschichte (einschließlich der Lebensgeschichte) und die Ergebnisse allgemeiner physischer und neurologischer Untersuchungen einbeziehen. Die Aufklärung der individuellen Wechselbeziehung zwischen organischen und psychischen Faktoren ist die Grundlage für eine individuelle Therapie, bei der somatische Therapien und Psychotherapie quantitativ und qualitativ auf den Einzelfall abgestimmt werden müssen. Die damit vollzogene stärkere Berücksichtigung von Psychopathologie und Psychotherapie dürfe nicht mit Idealismus gleichgesetzt werden, auch wenn dies eine unter Psychiatern weitverbreitete Ansicht sei. Darüber hinaus befürwortete er eine Einschränkung des diagnostischen Konzepts der Schizophrenie und eine wissenschaftlichere Beschäftigung

¹Xia Zhenyi wandte sich keinesfalls grundsätzlich gegen biologische Ätiologieforschung und Psychopharmaka. Er hatte in den fünfziger Jahren maßgeblichen Anteil daran, daß Neuroleptika auf ihre Wirksamkeit untersucht und anschließend in Shanghai produziert wurden. Zu Beginn der sechziger Jahre richtete er zusammen mit Ji Ming ein Laboratorium im *Psychiatrischen Krankenhaus Shanghai* ein, in dem biochemische und genetische Studien betrieben wurden ^[123:7].

²Xia Zhenyi war von 1946 bis 1947 zur klinischen Weiterbildung an der *Payne Whitney Clinic* der *Cornell University* in New York, deren damaliger Leiter Oskar Diethelm ein Protégé von Adolf Meyer war.

mit der traditionellen Medizin. Die traditionelle Medizin dürfe weder zwanghaft „verwestlicht“ werden, noch dürfe die Beurteilung der Effektivität ihrer Behandlungsmethoden auf Einzelfällen oder Kombinationen mit „westlichen“ Medikamenten beruhen.^{[119][120]}

Die biologische Ätiologie- und Therapieforschung, neue Ansätze in der Psychotherapie wie auch die Positionen Xia Zhenyis deuten an, welche Entwicklung die Psychiatrie in der VRCh ohne die Kulturrevolution hätte nehmen können. Vieles erscheint aus heutiger Sicht überraschend modern. Es zeigt sich auch, daß die meisten der nach 1976 erkannten Fehlentwicklungen bereits in den sechziger Jahren erkannt waren¹ und viele „neue“ Entwicklungen nach 1976 an Forschungen und Positionen der sechziger Jahren anknüpften. Im Bewußtsein des bis zur Kulturrevolution Erreichten und durch diese dann wieder Verlorenen gibt Jing Qicheng, 1984 - 1988 Vorsitzender der ChGP, eine fast wehmütige Schilderung dieser Jahre für den Bereich der Psychologie, die in gleichem Maße Gültigkeit für die Psychiatrie hat:

[...] research work in this period developed in a more independent atmosphere, freely borrowing useful ideas from both East and West. Some of the studies of this period, the selection of problems, and the approaches to problems were truly international and of rather high standards. Thus, on the eve of the Cultural Revolution in 1966, after fifteen years of toil, psychology at last had a strong foothold in the ranks of science. During the early 1960s, psychology flourished and was well supported, and it developed more strongly than at any other time in Chinese history.^[18:216]

¹Überdiagnostizierung der Schizophrenie und methodische Mängel bei der Untersuchung traditioneller Verfahren,^{[119][120]} methodische Probleme bei epidemiologischen Untersuchungen.^[141]

6 Psychologie und Psychiatrie im Zeichen der Kulturrevolution (1964-1978)

Ab 1964 sahen sich Psychologie und Psychiatrie erneut heftiger werdenden Angriffen der wieder erstarkenden maoistischen Linken ausgesetzt, die im wesentlichen als Fortsetzung der Kritikbewegung des Jahres 1958 eine „Revolutionierung“ der Psychologie und Psychiatrie forderten. Die „Revolutionierung“ der Psychologie begann mit der Forderung nach einer Veränderung der Lehre unter dem Motto „weniger, aber von besserer Qualität“ und weitete sich zunehmend auf alle Bereiche der Psychologie aus. Ab Ende 1964 wurde auf einer Reihe von Diskussionsveranstaltungen (unter anderem in Beijing, Shanghai, Guangzhou, Chengdu und Harbin) versucht, die neue Linie durchzusetzen. An der bisherigen Lehre wurde kritisiert, sie sei mit Fachbegriffen und Theorien überfrachtet und vernachlässige gleichzeitig die Klassenziehung als „Hauptkettenglied in der Heranbildung revolutionärer Nachfolger“. Die Forschung würde „aus der Literatur für die Literatur“ betrieben, statt Probleme aus der Praxis aufzugreifen. Forschung und Lehre stünden unter dem Einfluß bürgerlicher Theorien, während der Klassencharakter psychologischer Phänomene außer acht gelassen würde. Während hier also ein radikaler Kurswechsel gefordert wurde, sah die Mehrheit der Psychologen die bestehenden Unzulänglichkeiten als unvermeidliche Konsequenz der noch jungen Geschichte der Psychologie in der VRCh an, die aber unter der „weiterhin korrekten Führung durch die Partei“ ausgemerzt werden könnten.^[101]

Einen Höhepunkt erreichten die Angriffe mit einem Aufsatz von Yao Wenyuan - einem Mitglied der später so bezeichneten „Viererbande“ -, der unter dem Pseudonym „Ge Mingren“ [lautgleich mit „Revolutionär“] im Oktober 1965 in der *Guangming Ribao* veröffentlicht wurde. Darin setzte er sich mit einem Artikel von Chen Li und Wang Ansheng über experimentelle Untersuchungen von Farb- und Formpräferenzen auseinander und nahm diesen zum Anlaß für eine Kritik an der Psychologie - indirekt auch an der Psychiatrie – insgesamt.

Yao argued that there is no abstract color and form devoid of concrete objects and that preferences are always related to political attitude, ideological inclination, and the class to which the observer belongs. [...] there are no common psychological laws for the whole human race; rather, people from different social classes have different laws for their mental activities, and psychological problems should be approached exclusively by the method of social class analysis.^[18:216-217]

Als weiterer, wenn auch nicht offen geäußelter Mangel der Psychologie, und in gewissem Umfang auch der Psychiatrie, wurde in der Zurückführung von Verhalten auf ihre Determinanten gesehen, wobei oftmals ein Fehlen von „sozialistischem Realismus“ zu beklagen war. Nicht ohne Ironie verdeutlicht Jing Qicheng die damalige Argumentation am Beispiel der pädagogischen Psychologie:

Psychology is to serve socialist construction and is to be responsible for the education of the young generation. One of its main tasks is to educate children to live up to socialist ethical and moral standards. But if behavior is explained in terms of human needs, drives, or Pavlovian conditioning, then socially undesirable behaviors are simply natural consequences of physiological or environmental [sic] determinants. In this way the social role of psychology

runs contrary to the principles of socialist education.^[19:59-60]

Während die Diskussionen in den 1964 gegründeten *Informationen über psychologische Wissenschaften* relativ offen und ausführlich dargestellt wurden, fand die Kritik zunächst kaum Eingang in die *Zeitschrift für Psychologie*, das offizielle Organ der *Chinesischen Gesellschaft für Psychologie*. Die Autoren bestanden vielmehr weiterhin auf einer politisch unabhängigen experimentellen Methodik und weigerten sich, psychische Phänomene ausschließlich aufgrund ihres Klassencharakters zu untersuchen. Erst zu Beginn des Jahres 1966 gelang es der kulturrevolutionären Linie, die ideologische Führung in der *Zeitschrift für Psychologie* zu übernehmen. Allerdings fand sich keiner der führenden Psychologen dazu bereit, die bisherigen Standpunkte und die für diese Positionen stehenden Psychologen zu kritisieren, so daß dazu auf Personen aus dem dritten oder vierten Glied zurückgegriffen werden mußte. Noch in der letzten Ausgabe gaben die Herausgeber der *Zeitschrift für Psychologie* unter Verweis auf die Direktive Mao Zedongs, „hundert Blumen blühen und hundert Schulen miteinander wetteifern zu lassen“, der Hoffnung auf methodischen und theoretischen Pluralismus und rein wissenschaftliche Auseinandersetzung Ausdruck. Doch Mitte 1966 war die Zeit der Blumen endgültig vorbei, und die Psychologie wurde verboten: Die psychologischen Zeitschriften stellten ihr Erscheinen ein, Forschung und Lehre an den Universitäten wurde verboten, das *Institut für Psychologie* an der *Academia Sinica* geschlossen, und das Gebäude des Instituts sicherheitshalber gleich abgerissen. Die Psychologen wurden zunächst zur Umerziehung in 7. *Mai-Kaderschulen* geschickt oder unter Hausarrest gestellt, später anderen Arbeiten zugeteilt. Einige wechselten in die Physiologie über, andere mußten dagegen ihren Lebensunterhalt als einfache Arbeiter verdienen. Eine nicht genannte Zahl von Psychologen beging Selbstmord.^{[79:27][19]}

Im Bereich der veröffentlichten Psychiatrie machte sich die Sozialistische Erziehungsbeziehung unter dem Schlagwort der „Revolutionierung“ erstmals im Mai 1965 bemerkbar, als Li Congpei eine „weitere Revolutionierung der Ideologie des medizinischen Personals“ forderte.^[53] Einen Monat später griff Mao selbst in die Gesundheitsdebatte ein. In seiner „Direktive zur öffentlichen Gesundheit“ vom 26. Juni 1965 erhob er die gleichen Vorwürfe gegen die Medizin wie 1957/58 und legte damit gleichzeitig die Grundzüge der kulturrevolutionären Gesundheitspolitik fest:

1. Die medizinische Versorgung ist nur für die städtische Bevölkerung verfügbar, während mehr als 500 Millionen Menschen in den ländlichen Gebieten mit „Quacksalbern und Medizinmännern“ auszukommen haben.

2. Zur medizinischen Ausbildung werden nur Absolventen von Mittelschulen zugelassen, wodurch der Bedarf an Ärzten nicht gedeckt werden kann; diese ohnehin zu wenigen künftigen Ärzte werden zu hochqualifizierten Wissenschaftlern ausgebildet, die sich die Landbevölkerung finanziell nicht leisten kann und die zur Anwendung des Gelernten eines diagnostischen und therapeutischen Instrumentariums bedürfen, das auf dem Land nicht vorhanden ist.

3. In der Forschung wird allzu großer personeller und materieller Aufwand auf das Studium seltener, nahezu ausschließlich für die Grundlagenforschung relevanter Krankheiten verwandt, während die Verbesserung der Prävention und Behandlung häufig auftretender Krankheiten vernachlässigt wird.

4. Ärzte verhalten sich gegenüber den Patienten elitär.^[67]

Anders als in der Psychologie wurde die Auseinandersetzung um die künftige Ausrichtung auch innerhalb der Führung der Psychiatrie ausgetragen, wobei insbesondere die *Medizinische Hochschule Beijing* die politisch verordnete Revolutionierung der Psychiatrie propagierte. Dazu gehörte, daß die *Medizinische Hochschule Beijing* zu Beginn des Jahres 1965 unter den Slogans „Bei der mobilen medizinischen Betreuung die Politik in den Vordergrund stellen“, „Die Arbeit der medizinischen Betreuung, Ausbildung und Forschung in den städtischen Krankenhäusern bedarf der Revolutionierung“ und „Die Prinzipien der Hinwendung zum Land und des Dienstes für die Mehrheit“ wieder mobile Ärzteteams in die ländlichen Gebiete schickte.^[93] Wie in der Psychologie wurde in der Lehre der Psychiatrie innerhalb des Medizinstudiums das Prinzip „weniger, aber von besserer Qualität“ eingeführt. An der bisherigen Lehre wurde kritisiert, daß sie im Streben nach umfassender Darstellung den Lehrstoff mit überflüssigen Details, „fremdartigen“ Fachbegriffen und abstrakten Konzeptionen überladen und damit die Studenten überfordert hätte, während die in der Praxis erforderlichen, eher elementaren Fertigkeiten kaum gelehrt würden. Daher wurde durch Streichung angeblich unnötiger Inhalte die Zahl der Unterrichtsstunden von 36 auf 19, die Zahl der besprochenen Symptome von 54 auf 17, und die Zahl der Krankheiten von 16 auf 9 reduziert. Besonderes Gewicht wurde auf Schizophrenie gelegt, da sie die wichtigste psychische Krankheit sei und ihre Symptome fast alle Symptome der Symptomlehre umfassen würden. Daher sei die Diagnose der Schizophrenie der Schlüssel zur Diagnose aller anderen psychischen Krankheiten.^[50] Schließlich konnte auch das *Anding-Krankenhaus Beijing*, damals als führendes psychiatrisches Krankenhaus in Beijing aufs engste mit der Abteilung für Psychiatrie der *Medizinischen Hochschule* verbunden, über seine Erfahrungen bei der „Revolutionierung“ der Arbeit in sechs Krankenstationen für chronisch psychisch Kranke seit 1962, insbesondere aber seit 1965 berichten:

1965 gaben die 6 Krankenstationen erneut der Politik den Vorrang, studierten verstärkt die Werke des Vorsitzenden Mao, hielten an den „Vier Ersten“ [Vorrang des menschlichen Faktors, der politischen Arbeit, der ideologischen Arbeit und des flexiblen Denkens] fest, hielten daran fest, daß die Politik das Kommando führt, etablierten das revolutionäre Denken, mit Leib und Seele den Arbeitern, Bauern und Soldaten zu dienen, veranstalteten Wettbewerbe mit dem Hauptinhalt, sich an den Fortgeschrittenen zu messen, um zu erreichen, daß unaufhörlich neue Menschen, neue Taten und neue Leistungen in den 6 Krankenstationen erstehen.^[2]

Wie immer, wenn ein Schlagwort an das nächste gereiht wird, konnten solche Veränderungen nur von Erfolg gekrönt sein.

Dagegen versuchte Xia Zhenyi noch zu Beginn des Jahres 1966, die Psychiatrie vor der

völligen Vereinnahmung durch die Politik zu retten. Dazu gab er dem inzwischen unvermeidlich gewordenen Begriff der „Revolutionierung“ eine neue Stoßrichtung, indem er unter Verwendung einer Vielzahl von Schlagworten hauptsächlich die Revolutionierung einer - im Sinne seiner oben dargestellten Ausführungen aus dem Jahr 1963 - „schlampigen“ klinischen Arbeit forderte.^[121]

In den letzten beiden Ausgaben der *Chinesischen Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie* übte der Redaktionsausschuß dieser Zeitschrift Selbstkritik und dokumentierte gleichzeitig die Bereitschaft der Psychiater, den geänderten politischen Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen und der neuen revolutionären Politik zu folgen.

Die vorkulturrevolutionären Veränderungen in der Psychiatrie zwischen 1964 und Sommer 1966 dokumentieren einen kontinuierlichen Prozeß der Anpassung an die Positionen der folgenden Kulturrevolution. Die Bewertung im Zusammenhang mit diesen Positionen zeigt aber auch, daß die Anhänger der neuen Politik keine Mehrheit in der Führung der Psychiatrie hatten und sich nur in dem Maße durchsetzen konnten, in dem der Mehrheit nichts anderes übrig blieb, als ihnen zu folgen. Der Ausgang der Auseinandersetzung zwischen den unterschiedlichen Gruppierungen wurde somit nicht innerhalb der Psychiatrie, sondern durch das Ergebnis des Machtkampfes innerhalb der Kommunistischen Partei entschieden.

Nach Beginn der Kulturrevolution wurden die medizinischen Schulen und Hochschulen geschlossen, und die Dozenten und Studenten zur Umerziehung aufs Land geschickt. Im Sommer 1966 stellten die *Chinesische Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie* sowie die in Shanghai seit 1960 veröffentlichten *Internen Referenzmaterialien für Psychiatrie* ihr Erscheinen ein. Psychiater, die sich im Vorfeld der Kulturrevolution nicht der neuen politischen Linie angepaßt hatten, wurden bestenfalls „degradiert“ und einer neuen Arbeitsstelle als Arzt zugewiesen. Andere wurden zunächst unter Hausarrest gestellt und mußten später niedrigste Arbeiten verrichten. Zu den bekanntesten Opfern gehörten Su Zonghua (1904-1970), der maßgeblich zum Aufbau der Psychiatrie in Shanghai beigetragen hatte, sowie Xu Yingkui (1905-1966) und Wang Weizeng (1909-1966), Schüler und Nachfolger Cheng Yulins als Leiter des *Neuropsychiatrischen Krankenhauses Nanjing* und Professor an der *Medizinischen Hochschule Nanjing*, die Selbstmord begingen.

Zentral für die kulturrevolutionäre Psychiatrie war - neben den in Maos Direktive genannten Punkten - eine an extreme Positionen während des Großen Sprungs nach vorn anknüpfende „neue“ Sichtweise der Ursachen psychischer Krankheit. Im ersten nach Beginn der Kulturrevolution erschienen psychiatrischen Artikel aus dem Jahr 1972 hieß es dazu:

Der Vorsitzende Mao lehrt uns: „Die Grundursache für die Entwicklung von Dingen liegt nicht außerhalb der Dinge, sondern in den Dingen, besteht im Widerspruch in den Dingen.“ [...] Bestimmte objektive Dinge werden im Gehirn eines Menschen reflektiert; wenn die Weltanschauung dieses Menschen nicht gut umerzogen ist, das Zeichen „privat“ Unheil angeht oder die ideologische Methodik zur Behandlung von Widersprüchen nicht richtig ist, verschärft sich der Kampf zwischen den ideologischen Widersprüchen und führt zu einem funktionellen physiologischen Ungleichgewicht in einem Teil des Großhirns, d.h. er

ruft eine Reihe psychischer Symptome hervor - psychische Krankheit. Daher ist das Entstehen psychischer Krankheit durchaus nicht so, wie die bürgerlichen Wissenschaftler sagen, ein „klassenübergreifendes, bloß physiologisches Phänomen“, sondern aufs engste mit dem Klassenkampf und dem Kampf zwischen den beiden Weltanschauungen verbunden.^[82:12-13]

Obwohl nicht ausgeschlossen wurde, daß bei einer absoluten Minderheit der Patienten organische Ursachen (Traumata, Infektionen usw.) für psychische Krankheit verantwortlich sind, wurden die Hauptursachen oder genauer gesagt Hauptauslöser in Problemen mit Arbeitskollegen oder Nachbarn, Unzufriedenheit mit der zugewiesenen Arbeit, Problemen in Liebe und Ehe usw. sowie in Schicksalsschlägen, wie schwere Krankheit oder Tod eines engen Familienangehörigen, gesehen. Diese psychosozialen Faktoren sind individuelle, „private“ Probleme, die ihre Relevanz verlieren, wenn sich das Individuum als Teil des Ganzen sieht und erkennt, daß die individuellen Interessen im kollektiven Interesse aufgehoben sind.¹ Sie können also nur dann ihre pathogene Wirkung entfalten, wenn die davon betroffenen Personen nicht in der Lage sind, korrekt mit den Problemen umzugehen, ihnen die korrekte, proletarische Einstellung fehlt. Durch das Zusammenwirken von „äußeren“ Lebensereignissen und „inneren“ falschen kognitiven und verhaltensmäßigen Bewältigungsmechanismen entsteht ein funktionelles Ungleichgewicht im Gehirn, das sich in schweren Fällen zu einer psychischen Krankheit entwickeln kann.^[31] Aufgrund der grundsätzlich gleichen Ätiopathogenese psychischer Krankheiten wurde die bis dahin gültige Diagnostik und Klassifikation abgeschafft, und wurden alle psychotischen Krankheiten als eine Krankheit angesehen, die lediglich entsprechend der klinischen Symptomatik - die wiederum Ausdruck einer unterschiedlichen prämorbidem Ideologie ist - in unterschiedliche Formen eingeteilt wurde. Da psychische Krankheit primär durch eine falsche Ideologie der Patienten verursacht ist und eine enge Beziehung zum aktuellen Klassenkampf und zum Klassenstatus der Patienten aufweist,^[26:66] gehen biologische Therapien ebenso am „wahren“ Wesen psychischer Krankheit vorbei wie Psychotherapie im traditionellen Sinn. Deshalb war die bis dahin übliche Herangehensweise nicht einfach nur falsch, sondern reflektierte eine falsche, pseudowissenschaftlich-bürgerliche Ideologie in der Psychiatrie, die es zu bekämpfen galt. Aus diesem Grund und auch wegen ihrer Nebenwirkungen wurden Chlorpromazin, Elektro- und Insulinschock als die „Drei Großen Geheimwaffen zur Massakrierung der werktätigen Bevölkerung“^[26:66] oder auch als „Folterinstrumente zur Zerrüttung der Patienten“ bezeichnet. Grundsätzlich wurde von der Heilbarkeit psychischer Krankheit ausgegangen. Von dieser Interpretation psychischer Krankheit war es nur ein kleiner Schritt, sie als rein „politische Krankheit“ oder „ideologische Krankheit“ zu betrachten.^[129:8] In einigen Krankenhäusern wurden deshalb die Kranken, vor allem bei „kriminellen Verhalten politischer Natur“, für ihr krankhaftes, aber letztendlich konterrevolutionäres Verhalten zur Verantwortung gezogen, und auch deren Familienangehörigen wurde eine Mitver-

¹Tatsächlich ist das Ideal dieser Zeit jedoch eher der kommunistische Märtyrer, der sich selbstlos im Dienst an seinen Klassengenossen aufopfert.

antwortung zugeschrieben.^{[26:66][138]}

Da diese Ansichten nicht überall auf begeisterte Unterstützung trafen, wurde der Klassenkampf auch in die psychiatrischen Krankenhäuser getragen. Der bisherigen Psychiatrie wurde vorgeworfen, von einer Minderheit bürgerlicher „Spezialisten“ und „Autoritäten“ beherrscht worden zu sein, die als Vertreter einer „Sklavenphilosophie gegenüber dem Ausland“, des „Kriechertums“ und des „nationalen Nihilismus“ versucht hätten, die „konterrevolutionäre, revisionistische Linie des Renegaten, Agenten fremder Mächte und Arbeiterverrätters Liu Shaoqi“ durchzusetzen.^[26:1] Sie „leugneten den Klassencharakter psychisch Kranker, verwischten den Klassenkampf, nahmen keine konkrete Analyse des Verhaltens psychisch Kranker vor, die die Diktatur des Proletariats unterminieren“, und folgten damit der revisionistischen Linie des „Verlöschens des Klassenkampfes“ im Sozialismus, sie behaupteten, psychische Krankheiten wie Schizophrenie seien unheilbar, und vertraten damit die „These der Stagnation, des Pessimismus und der Untätigkeit“, sie behandelten die Krankheit, vernachlässigten aber die Umgestaltung der Weltanschauung, nutzten nicht die „subjektive Initiative“ der Patienten.^[26:66-67] Die bisherigen Hauptbehandlungsmethoden (Chlorpromazin, Elektro- und Insulinschock) wurden als die „Drei Großen Geheimwaffen zur Massakrierung der werktätigen Bevölkerung“ gebrandmarkt.^[129] Zeitweilig wurden die psychisch Kranken aufgefordert, sich zur „Rebellion“ zu erheben. Es wurde behauptet, die psychisch Kranken seien die „von der neuen Ära Besessenen“, die der Verfolgung durch die psychiatrischen Krankenhäuser ausgesetzt seien, und dem medizinischen Personal wurde vorgeworfen, es würde gegenüber den Patienten die „Diktatur der Bourgeoisie“ praktizieren.^[138] Im Rahmen dieser Auseinandersetzungen wurden einige Krankenhäuser geschlossen.

Nachdem die Kulturrevolution (im engeren Sinne) auf Maos Geheiß 1969 durch die Zerschlagung der Roten Garden durch die Armee zwangsweise beendet worden war, normalisierten sich auch im medizinischen Bereich die Verhältnisse in gewissem Umfang. Die medizinischen Schulen und Hochschulen nahmen allmählich wieder den Betrieb auf. Ebenso wie in anderen universitären Einrichtungen wurde auf Zulassungsprüfungen verzichtet und statt dessen Bewerber mit korrekter ideologischer Einstellung ohne Berücksichtigung von Vorkenntnissen bevorzugt (sogenannte Arbeiter-, Bauern-, Soldatenstudenten). Ihre Leitung wurde wie auch in den Krankenhäusern von „Revolutionskomitees“ übernommen. Statt allgemeinem Klassenkampf, der die Funktion der auch in der Kulturrevolution erforderlichen fachlichen Versorgung psychisch Kranker gefährdete, wurde der Kreis der am vorkulturrevolutionären Zustand der Psychiatrie Schuldigen auf eine „Minderheit angeblicher Autoritäten“ beschränkt, welche die Psychiatrie beherrscht und sich „tollwütig der Gesundheitslinie des Vorsitzenden Mao widersetzt“ hätten:

Da [die Psychiatrie] [...] der Sabotage durch die konterrevolutionäre, revisionistische Linie des Renegaten, Agenten fremder Mächte und Arbeiterverrätters Liu Shaoqi ausgesetzt war und bürgerliche wissenschaftliche „Autoritäten“ die Macht [...] monopolisierten, führten sie heimlich [...] feudalistische, kapitalistische und revisionistische Schmutzware ein. Sie

setzten alles daran, der „Sklavenphilosophie gegenüber dem Ausland“ und dem „Kriechertum“ zu folgen, propagierten die reaktionären Standpunkte der Metaphysik und beabsichtigten, die medizinische Wissenschaft auf die revisionistische Linie der Abkopplung von den Drei Großen Revolutionären Kampagnen [Klassenkampf, Produktionskampf und wissenschaftliches Experimentieren] umzudirigieren.^[26:1]

Entsprechend den Forderungen Maos aus der „Direktive zur öffentlichen Gesundheit“ wurde „der Schwerpunkt der Arbeit in Medizin und Hygiene auf das Land gelegt“, und die Ärzte städtischer Krankenhäuser in Rotation für 3 bis 12 Monate in ländliche Gebiete geschickt, so daß etwa ein Drittel aller städtischen Ärzte sich jeweils auf dem Land befand.^[96] Entsprechend der Politik der „Krankenhausbetreuung der offenen Tür“ wurden auch von psychiatrischen Krankenhäusern wieder Ärzteteams in ländliche Gebiete entsandt, die die Bevölkerung vor Ort untersuchten, Ärzten aus Kommunekrankenhäusern und Barfußärzten elementare psychiatrische Kenntnisse vermittelten und, wo möglich, psychiatrische Abteilungen und Familienkrankenbetten einrichteten.^[51] Ab 1971 wurde in Shanghai mit der betrieblichen Versorgung psychisch Kranker begonnen, und ab 1973 psychiatrische Arbeitstherapie- und Pflegegruppen durch Nachbarschaftskomitees gegründet und psychiatrische Abteilungen in Nachbarschaftskrankenhäusern eingerichtet. In diesen neuen Einrichtungen waren hauptsächlich pensionierte Arbeiter und Angestellte tätig, wodurch der maoistischen Forderung nach Einbeziehung der Massen Rechnung getragen wurde.

Während in chinesischen Selbstdarstellungen während der Kulturrevolution immer wieder der grundlegende Wandel in der Psychiatrie durch die Kulturrevolution betont wurde, brachte sie - mit Ausnahme der Zerschlagung der Psychologie - kaum wirklich Neues hervor. Der angebliche Wandel bestand letztendlich lediglich in der Fortsetzung der während des Großen Sprungs eingeführten Neuerungen und unterschied sich von diesen nur insofern, als sich politisch-ideologische Einflüsse als noch bestimmender erwiesen. Lediglich der Schwerpunkt der Therapie änderte sich. Waren die therapeutischen Anstrengungen während des Großen Sprungs nach vorn hauptsächlich gegen Neurasthenie gerichtet, beschäftigten sich die „neuen“ Therapien vorwiegend mit Schizophrenie.

Statt der bisherigen Therapieformen wurde eine modifizierte Form der schnellen Kombinationstherapie zur einzig legitimen Behandlungsform erhoben. Diese „Dreier-Integrations-therapie“ bestand aus der „Integration von traditioneller chinesischer und westlicher Medizin“, aus „ideologischer Erziehung“ („Psychotherapie“) und der als Variante der ideologischen Erziehung begriffenen Arbeitstherapie, wobei den biologischen Behandlungsmethoden nur unterstützende Funktion beigemessen wurde.^[99] Chlorpromazin bzw. Medikamente insgesamt wurden zwar nicht grundsätzlich abgelehnt, ihnen aber nur eine unterstützende Funktion beigemessen. Deshalb wurde bei der Dosierung eine „Liniengrenze“ gezogen, wobei eine niedrige Dosierung der proletarischen „Linie“ und eine hohe Dosierung der bürgerlichen „Linie“ zugeordnet wurde. Dagegen wurde die weitere Anwendung von Elektro- und Insulinschock - wenn auch nicht überall - per Verwaltungsdekret unterbunden und gleichzeitig die

verstärkte Anwendung von Akupunktur und traditionellen Medikamenten als Ersatz für oder zur Reduzierung von Psychopharmaka zur Pflicht gemacht.^[138] Da angenommen wurde, daß der biologische Aspekt der Krankheit durch die somatische Behandlung relativ schnell unter Kontrolle gebracht werden kann, nahm die biologische Behandlung nur in der akuten Phase der Erkrankung eine dominierende Stellung ein.^[157] Auch Qigong wurde wieder eingesetzt.

Die Grundlagen der neuen Psychotherapie bzw. ideologischen Erziehung waren bereits 1965 formuliert worden:

„Psychotherapie“ ist eine Form der ideologischen Erziehung und gründet auf der Erziehung zu einer revolutionären Lebensanschauung; sie unterscheidet sich aber von der allgemeinen politisch-ideologischen Erziehung. Sie besteht hauptsächlich darin, die im Zusammenhang mit der Krankheit stehenden Probleme der ideologischen Erkenntnis zu beseitigen, um die Heilung der Krankheit zu fördern. Ferner muß man sich darüber im klaren sein, daß sich die krankhaften Veränderungen im psychischen Zustand bei Neurasthenie und Schizophrenie unterscheiden, weshalb man bei den therapeutischen Methoden nicht alles über einen Leisten scheren darf.^[86:95-96]

Konkret wurden unter die ideologische Erziehung fünf Bereiche gefaßt:

1. Ärzte und Krankenschwestern kümmerten sich fürsorglich um ihre „Klassenbrüder und -schwestern“, arbeiteten und studierten gemeinsam mit ihnen die Werke Maos, achteten sie und behandelten sie als Genossen. Dies sollte an sich schon die Heilung fördern und zusätzlich eine weitergehende Behandlung der psychischen Probleme in freimütigen, persönlichen Gesprächen erleichtern sollte.

2. Alte, ehemals arme Arbeiter oder Bauern wurden eingeladen, um über ihre Erfahrungen in der alten Gesellschaft zu berichten, falls nicht ohnehin ein Patient zu diesem Personenkreis gehörte. Ferner wurde den Patienten die miserable Situation psychisch Kranker vor Gründung der VRCh geschildert. Und um die Patienten nicht von der gesellschaftlichen Entwicklung zu isolieren, wurden sie über die aktuelle Lage des Landes informiert (beispielsweise durch gemeinsame Zeitungslektüre) und angehalten, sich an politischen Kampagnen zu beteiligen.^[99]

3. Die Patienten wurden über häufige Symptome, Entstehung, Verlauf und Behandlung ihrer Krankheit unterrichtet. Durch das gemeinsame Studium diverser Schriften Maos, gemeinsame Diskussion und Anwendung auf die eigenen Probleme sollten ihnen einerseits die theoretischen Mittel an die Hand gegeben werden, ihre Krankheit und deren Beziehung zu „falschem“ Denken zu analysieren und ihr Denken dementsprechend zu verändern, andererseits sollte ihnen vermittelt werden, daß ihre Krankheit trotz aller Schwierigkeiten heilbar sei, wenn sie sich nur hinreichend bemühten, daß es ihre revolutionäre Pflicht sei, ihre Krankheit zu überwinden, um dann als gesunde Menschen wieder am Aufbau des Sozialismus mitzuwirken, und daß Konflikte zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen zugunsten der gesellschaftlichen Interessen zu lösen seien.

4. „Erziehung zur Heranbildung von Arbeits- und Alltagsinteressen, Verstärkung des revolutionären Willens und des sozialen Verantwortungsgefühls“:

Wir führten in den Arbeitstherapiestationen der späteren Phase eine völlig offene Pflege

durch, organisierten die Patienten, ließen die Patienten sich selbst verwalten, brachten die Rolle ihrer subjektiven Initiative vollständig zur Entfaltung, bildeten ihre Organisationsfähigkeit und kollektivistischen Geist heran, gründeten provisorische Partei- und Jugendverbandszellen und arbeiteten Regelungen für Studium, Beurteilen und Vergleichen, Arbeit und Erholung, militärisches Training, Ausgang, Verwandtenbesuche, kulturelle und sportliche Aktivitäten und Arbeitspraxis aus, damit die Rekonvaleszenten die Gewohnheit annehmen, Regelungen zu befolgen. Ferner nutzten wir die Fähigkeiten [der Patienten], so daß die Rekonvaleszenten jeweils für bestimmte Aufgaben verantwortlich waren, um ihr Verantwortungsgefühl und ihren Initiativgeist zu stärken; [...].^[99:82]

5. Weitere ideologische Erziehung und Behandlung nach der Entlassung.^[99]

Arbeitstherapie, der dritte Bestandteil der „Dreier-Integrationstherapie“, wurde entsprechend einer Passage aus Maos „Über die Praxis“, wonach die Erkenntnis des Menschen hauptsächlich von der materiellen Produktionstätigkeit abhängt, als Variante der Psychotherapie betrachtet.^[99:83]

Hinter allem stand die Überzeugung, man könne „mit einer Nadel, einem Kraut und dem kostbaren Roten Buch“ alle Krankheiten behandeln.^[129:8] Diese Behandlung erfahrend erklärten die Patienten aus tiefer Überzeugung:

Die Ärzte heilen unsere Krankheit, das Mao Zedong-Denken erleuchtet unser Herz; wir müssen in einer Krankenstation leben, tragen das Vaterland im Herzen, behalten die ganze Welt im Auge und bekämpfen die Krankheit für die Revolution.^[26:67]

Nachdem durch den Ausschluß eines Teils der Führer der „extremen Linken“ und die Rehabilitierung und Wiedereinsetzung namhafter „Pragmatiker“ ein labiles Gleichgewicht zwischen „Linken“ und „Rechten“ in Partei- und Staatsführung entstanden war - ein Prozeß, der im wesentlichen mit dem X. Parteitag im Jahr 1973 abgeschlossen war -, konnte in begrenztem Umfang wieder geforscht und publiziert werden. Bereits 1971 wurde der vom Einfluß der „antirevolutionären und revisionistischen Linie Liu Shaoqis“ gereinigte Teilband über Neurologie und Psychiatrie der *Populärenzyklopädie der Medizin und Hygiene* wieder aufgelegt.^[26] 1972 stellten die *Medizinischen Hochschulen Beijing* und *Shanghai* jeweils eigene neue Unterrichtsmaterialien für Psychiatrie zusammen, und ebenfalls ab 1972 erschienen einzelne Beiträge zur Psychiatrie in der Zeitschrift *Die Neue Medizin*. 1974 wurde von den *Medizinischen Hochschulen Sichuan, Hunan* und *Chongqing* sowie dem *Psychiatrischen Krankenhaus Shanghai* gemeinsam ein Lehrbuch der Psychiatrie herausgegeben, und die Zeitschriften *Quellenmaterialien ausländischer Medizin - Teilband Psychiatrie* und *Sondersammlung übersetzter psychiatrischer Artikel* gegründet, die sich ausschließlich mit ausländischer Psychiatrie befaßten. Ebenfalls ab 1974 wurden von einzelnen Einrichtungen Artikelsammlungen zur Verbreitung eigener Forschungsarbeiten intern publiziert - eine Praxis, die bis in die achtziger Jahre hinein beibehalten wurde. 1975 erschien als erster Vorläufer einer offiziellen Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie *Die Neue Medizin - Beilage für Krankheiten des Nervensystems*. Durch diese Publikationen wurden erstmals seit Beginn der Kulturrevolution wieder Informationen über den Entwicklungsstand der internationalen Psychiatrie verfügbar, wenn auch sicher nur für wenige, und wissenschaftlicher Austausch auf nationaler Ebene wieder

möglich.

In dem sich ändernden politischen Klima konnte vorübergehend auch der Versuch gemacht werden, einen Teil der kulturrevolutionären Ideologie zurückzudrängen. Dazu erschienen 1973 zwei Artikel in der Zeitschrift *Die neue Medizin*, die sich kritisch mit den oben zitierten ätiologischen Ansichten auseinandersetzten. Es wurde bezweifelt, daß ideologische Gründe die Hauptursache für psychische Krankheit seien. Vielmehr würden psychische Krankheiten, sofern deren Ätiologie überhaupt bekannt sei, neben den auch im kritisierten Artikel genannten physischen Krankheiten hauptsächlich durch psychische Traumata oder genetische Faktoren verursacht, und auch bei Schizophrenie seien eher biochemische Ursachen anzunehmen. Dementsprechend müßten biologische Therapieverfahren sehr viel stärker berücksichtigt werden und auch auf Schocktherapien könne nicht verzichtet werden. Schließlich wurde auch die rein auf dem klinischen Bild beruhende Klassifikation als zu simpel zurückgewiesen.^{[81][54]} Aber auch wenn sich das politische Klima etwas verändert hatte, waren solche Ansichten nicht durchsetzbar und tauchten erst gegen Ende der Kulturrevolution wieder auf.^[137]

Die Forschungstätigkeit selbst blieb lokal beschränkt, ihr Gegenstand war politisch vorgegeben (was nicht ausschließt, daß „private“ Forschung auch andere Wege ging), und ausländische Literatur war offiziell nicht bekannt. Die biologisch-experimentelle Forschung durfte nicht weitergeführt werden.^[71:31] Wie die Inhaltsanalysen der *Populärenzyklopädie der Medizin und Hygiene* von 1971 und den *Materialien zum Austausch in Psychiatrie* von 1974-1975 zeigen, fand eine radikale Änderung des Schwerpunkts der Arbeit statt. Stand theoretisch seit 1956 und praktisch seit 1958 die Neurasthenie im Mittelpunkt der Forschung, wurde sie nun nicht einmal mehr der Erwähnung wert befunden. Schizophrenie ersetzte sie nicht nur, sondern wurde zum ausschließlich legitimen Forschungsgegenstand. War bis 1966 die Untersuchung der Effektivität verschiedener Neuroleptika in der Behandlung von Schizophrenie vorherrschend, so wurden nun diverse Heilverfahren der traditionellen chinesischen Medizin sowie unterschiedlichste Kombinationen mit Psychopharmaka erprobt. Dies alles geschah natürlich unter dem Primat der Politik und der ideologischen Umerziehung der Patienten. Daneben wurden in den Jahren 1973 bis 1976 breitangelegte epidemiologische Untersuchungen durchgeführt, in deren Verlauf Gebiete mit mehr als 30 Millionen Einwohnern untersucht wurden. Nach Ansicht chinesischer Autoren wurden diese Untersuchungen gründlicher und sorgfältiger als die vorgenannten durchgeführt und ergaben für Psychosen eine Prävalenz von 2 - 5%, für Schizophrenie von 1 - 3%, für Epilepsie von 1 - 3% und für geistige Retardierung von 3 - 5%.^[71:31] Für diese Untersuchungen scheinen die Hauptfehlerquellen der Untersuchungen Ende der fünfziger Jahre weniger zuzutreffen. Dafür machte sich mangelndes Methodenbewußtsein umso stärker bemerkbar,^[126] obwohl die wesentlichen methodischen Probleme bei epidemiologischen Untersuchungen bereits in den sechziger Jahren erkannt worden waren.^[141] Die Untersuchungen unterschieden sich teilweise in den untersuchten Störungen, den diagnostischen Kriterien und den angewandten Siebverfahren. Die Barfußärzte, die die Siebung

hauptsächlich durchführten, erhielten lediglich eine Kurzausbildung, Siebtests wurden nicht verwandt.

Zu den Untersuchungen der siebziger Jahre wie auch schon der fünfziger Jahre ist allerdings grundsätzlich anzumerken, daß ihr Hauptziel in der Identifizierung von zu behandelnden Patienten im Rahmen des Aufbaus von Versorgungsstrukturen während des Großen Sprungs nach vorn und der Kulturrevolution bestand und nicht in der Gewinnung wissenschaftlich-epidemiologischer Daten. Epidemiologische Daten fielen gewissermaßen nur als Nebenprodukt der praxisorientierten Arbeit an und wurden aus ideologischen Gründen erst nach dem Sturz der „Viererbande“ veröffentlicht.

Die Abkapselung von der internationalen Forschung, die Erschwerung des nationalen Informationsflusses und ideologische Zwänge während der Kulturrevolution führten paradoxerweise zur Erhaltung vorkulturrevolutionärer klassifikatorischer und diagnostischer Vorstellungen, gleichzeitig aber auch zu einer weiteren Erosion ihrer Einheitlichkeit, so daß häufig nicht nur in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen, sondern auch innerhalb ein und derselben Einrichtung unterschiedliche Kriterien verwandt wurden. Als Folge nahm der Anteil von Schizophrenie unter der Gesamtheit hospitalisierter Patienten von 42,5 - 51,7% in Untersuchungen der fünfziger Jahre auf 83,7 - 91,6% in den siebziger Jahren zu,^[7] so daß schließlich die Begriffe „psychische Krankheit“, „Psychose“ und „Schizophrenie“ nahezu synonym verwandt wurden.^[40:332] Dies führte in den siebziger Jahren schließlich dazu, daß Klassifikation wie Diagnostik immer mehr von der individuellen klinischen Erfahrung bestimmt wurden.^[71:262] Um dieser Tendenz entgegenzuwirken, wurde seit 1970 in einigen Einrichtungen die Klassifikation psychischer Krankheiten innerhalb der 8. und später 9. Revision der *International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (ICD-8 bzw. ICD-9) der WHO, teilweise auch die 2. Auflage des amerikanischen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II) verwandt.^[130] Dies konnte in dieser Zeit natürlich nicht offen geschehen, und es ist auch anzunehmen, daß nur eine Minderheit Zugang zu solchen Informationen besaß.

Gegen Ende der Kulturrevolution änderte sich das politische Klima erneut. Zwar erschienen auch weiterhin Artikel, die die feudalistische, kapitalistische und revisionistische Linie Liu Shaoqis und in dessen Nachfolge Deng Xiaopings kritisierten und die Ersetzung der „drei großen Therapien“ durch integrierte Therapien der traditionellen chinesischen und westlichen Medizin sowie die „Krankenhausbetreuung der offenen Tür“ befürworteten, andererseits konnten aber auch neue Neuroleptika in China eingeführt werden und ausländische Literatur durfte wieder offiziell zitiert werden. Kurz vor dem Sturz der „Viererbande“ konnte unter Wiederaufnahme der Politik der „hundert Blumen“ in der Wissenschaft sogar die Bewertung von psychischer Krankheit als „ideologische Krankheit“ kritisiert werden.^[137] Ausländischen Psychologen und Psychiatern wurde allerdings noch bis 1978 die ungebrochene Kontinuität der Kulturrevolution vorgespiegelt.

7 Neuanfang (1976-2000)

Im Herbst 1976 wurden die politischen Hindernisse für die Rehabilitierung der Psychologie durch den Sturz der sogenannten „Viererbande“ beseitigt, und bereits Anfang 1977 wurde auf der „Nationalversammlung für die Förderung von Wissenschaft und Technologie“ ein Entwurf für den Wiederaufbau der Psychologie erarbeitet. Im August desselben Jahres nahm die *Chinesische Gesellschaft für Psychologie* (ChGP) ihre Aktivität wieder auf, und fand in Beijing eine erste nationale Konferenz zur Diskussion der weiteren Entwicklung statt. Auf der 3. Nationalen Konferenz der ChGP in Hangzhou im Mai 1978 berichteten die Repräsentanten fast aller Provinzen über ihre aktuellen Projekte in Forschung und Lehre sowie über Pläne für die weitere Entwicklung. Dabei wurde besonders die Bedeutung von Entwicklungspsychologie und pädagogischer Psychologie für die Rekonstruktion des Erziehungswesens nach der „Viererbande“ betont.^[18] Im Herbst 1978 konnte der Studiengang Psychologie an der *Universität Beijing* eingerichtet werden, dem bald weitere an der *Pädagogischen Hochschule Shanghai*, an der *Universität Hangzhou* und an der *Pädagogischen Hochschule Beijing* folgten.^[80:72] Ebenfalls 1978 wurde das *Institut für Psychologie* an der *Academia Sinica* wiedereröffnet.^[80:49] Im Dezember 1978 wurde die II. Jahreskonferenz der ChGP in Baoding abgehalten, auf der Pan Shu (1897-1988), alter und neuer Vorsitzender der ChGP, programmatisch eine „Modernisierung der Psychologie“ forderte, deren Ziel:

[...] eine spezifisch sozialistische Psychologie sein [muß], die den Anschauungen des dialektischen Materialismus folgt, die alle wesentlichen Resultate der alten wie der neuen, der in- wie ausländischen Psychologie verarbeitet hat, die moderne Techniken verwendet, den Anforderungen der vier Modernisierungen in unserem Land entspricht und ein eigenes theoretisches System besitzt.^[78:A22]

Ferner befürwortete er in der praktischen Forschung den „Wettstreit“ vielfältiger methodischer und inhaltlicher Ansätze, deren Wert sich in der Praxis erweisen müsse, während gleichzeitig die Erarbeitung einer psychologischen Grundlagentheorie vorangetrieben werden müsse, in welcher der dialektische Materialismus seine für die Psychologie relevante Konkretisierung erfährt, so daß die Psychologie „in ihrer Theorie und in ihren grundlegenden Anschauungen einen eindeutig sozialistischen Charakter besitzt.“^[78:A24]

Im August 1979 nahm die *Zeitschrift für Psychologie*, und 1981 die *Informationen über psychologische Wissenschaften* ihr Erscheinen wieder auf. In der Folge wurden in einem bis dahin beispiellosen Ausmaß weitere Zeitschriften mit unterschiedlichen Aufgabenstellungen gegründet.

Seit 1979 wird der Neuaufbau der Psychologie von zahlreichen, primär westlichen Auslandskontakten begleitet. Ihre bisherigen Höhepunkte erreichten diese Bemühungen um Integration in die internationale Forschungsgemeinde mit der Aufnahme der ChGP in die *International Union of Psychological Science* (IUPS) auf deren 22. Kongreß in Leipzig 1980,^[80:49] der Wahl Jing Qichengs in den Vorstand der IUPS auf dem 23. Kongreß in Acapulco 1984

und seiner Wahl zum stellvertretenden Vorsitzenden der IUPS auf dem 25. Kongreß in Brüssel 1992.

Im Juni 1979 fand in Beijing ein erstes Symposium für medizinische Psychologie statt, deren Bedeutung auf der Jahreskonferenz der ChGP im Dezember 1979 in Tianjin durch die Bildung eines Ausschusses für medizinische Psychologie betont wurde.^[70:11] Li Xintian, damaliger Vorsitzender dieses Ausschusses, und Koautoren formulierten 1980 die Aufgaben der medizinischen Psychologie in der VRCh:

[Die medizinische Psychologie muß] ausgehend von Patienten mit funktionellen Störungen des Gehirns die Frage der Wechselbeziehung zwischen Psyche und Physiologie erforschen, die Merkmale der auf der Grundlage der Schrift und Sprache unseres Landes geformten psychischen Störungen der Wahrnehmung, des Gedächtnisses und des Denkens untersuchen und einen Satz der Situation unseres Landes entsprechender psychologischer Untersuchungsitems ausarbeiten; [sie muß] vom Aspekt des Abnormen aus wissenschaftliche Daten über das Wesen und die Gesetze der Aktivität der Psyche liefern. Ferner muß [sie] in den verschiedenen Disziplinen der medizinischen Klinik Forschungen über die Wechselwirkung von Psyche und Krankheiten [...] entfalten, um die pathogene und therapeutische Rolle psychischer Faktoren (insbesondere von Emotionen) [...] herauszuarbeiten. Im Bereich der Psychotherapie muß [sie] für die Verbreitung verschiedener Verfahren, wie zum Beispiel Verhaltenstherapie, sorgen und mit vorhandenen effektiven medizinischen Verfahren kombinieren. Im Bereich der geistigen Gesundheit muß [sie] schrittweise ambulante Dienste für psychologische Beratung in Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern einrichten und insbesondere bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und zum Umweltschutz [...] systematisch geistige Gesundheitserziehung leisten, so daß die psychische und physische Gesundheit der Bevölkerung die gebührende Gewährleistung und Fürsorge erfährt.^[57]

Die meisten der obengenannten Projekte wurden in den folgenden Jahren in Angriff genommen, insgesamt betrachtet stellte (und stellt) die medizinische Psychologie jedoch nur einen untergeordneten Zweig der Psychologie dar. In dieser Situation sind medizinische Psychologen fast ausschließlich in Forschung und Lehre tätig.^[88] Nur wenige psychiatrische Krankenhäuser verfügen über klinische Psychologen, so daß ihre Aufgaben hauptsächlich von Psychiatern und anderen klinischen Ärzten wahrgenommen werden müssen.^{[61][122]}

In der Psychiatrie stellten die Jahre 1976 bis 1978 eine Phase des Übergangs und der Reinstitutionalisierung dar. Noch vor dem Sturz der „Viererbande“ wurde ein Artikel von Yang Desen veröffentlicht, in dem er zwar den Einfluß des gesellschaftlichen Umfelds auf Form und Inhalt von Wahn bekräftigte, sich aber strikt gegen die Behauptung wandte, Wahnform und -inhalt schlossen sich unmittelbar an die individuelle prämorbidide Ideologie des Kranken an.^[137] 1977 erschien eine Erwiderung auf diesen Artikel von Jia Rubao, in der er bis in die Formulierungen hinein die Positionen des vorher zitierten Artikels des *Psychiatrischen Krankenhauses Chenzhou* aus dem Jahr 1972 wiederholte.^[31] Den Abschluß dieser Diskussion bildeten zwei Artikel von Yan Shanming und wiederum Yang Desen im Jahr 1978, in denen sie sich in scharfer Form gegen „die pseudo„linke“, in Wirklichkeit rechte, reaktionäre politische Linie“ Lin Biaos und der „Viererbande“ in der Psychiatrie wandten.^{[134][138]} Ursprünglich war von der Redaktion der *Neuen Medizin*, in der diese Artikel erschienen waren, eine Fortsetzung der Diskussion im Rahmen der Politik der „hundert Blumen“ vorgesehen, aber nachdem die

politischen Machtverhältnisse (zumindest in Bezug auf die Kulturrevolution) geklärt waren, erübrigte sich eine freie Aussprache über dieses Thema. Ebenfalls 1978 fand mit der II. Nationalen Konferenz für Neurologie und Psychiatrie der *Chinesischen Gesellschaft für Medizin* in Nanjing die erste wissenschaftliche Konferenz seit Beginn der Kulturrevolution statt,^[71:32] durften die *Chinesische Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie* sowie die *Internen Referenzmaterialien für Psychiatrie* wieder erscheinen, und wurden erste Auslandskontakte, beispielsweise zur *Division of Mental Health* der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO), zur *American Psychiatric Association* und zum *US National Institute of Mental Health*, aufgenommen.^[126:281-282]

Als der politisch-ideologische Druck auf die Psychiatrie allmählich nachließ, wissenschaftlicher Austausch auf nationaler Ebene auf Kongressen und in Fachzeitschriften wieder möglich wurde, und Forschung in nennenswertem Umfang wieder aufgenommen wurde, zeigten sich die verheerenden Folgen der Kulturrevolution: wenige, schlecht ausgebildete junge Psychiater, unzulängliche Rezeption der Fortschritte in der internationalen Forschung sowie Rückstände in Forschung und praktischer Arbeit in fast allen Teilbereichen der Psychiatrie. Die Folgen der Kulturrevolution machten sich auch im Bereich der Voraussetzungen wissenschaftlicher Forschung bemerkbar. Es fehlten modern eingerichtete Laboratorien für experimentelle Forschung, es fehlte an Erfahrung in der Planung, Durchführung und Auswertung von Untersuchungen, zum Teil schienen selbst die elementarsten Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens unbekannt zu sein.^[125] Noch bei einer Analyse der 1986 in der *Chinesischen Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie* erschienenen psychiatrischen Forschungsberichte wurden bei 27% Fehler in der statistischen Auswertung festgestellt.^[29]

Bei der Überwindung dieser Schwierigkeiten spielte die WHO eine wesentliche Rolle. Gemeinsam mit der WHO wurde ab 1980 eine Vielzahl von Seminaren unter Beteiligung namhafter westlicher Wissenschaftler durchgeführt. Ebenfalls mit Hilfe der WHO wurden drei bestehende Einrichtungen in Beijing (1982), Shanghai (1982) und in Nanjing (1986) zu Forschungs- und Ausbildungszentren für geistige Gesundheit ausgebaut, in Nanjing mit der Spezialisierung auf geistige Gesundheit bei Kindern. Neben der Lehre von geistiger Gesundheit in den jeweils zugehörigen medizinischen Hochschulen, psychologischer Beratung und ambulanten psychiatrischen Diensten haben die Zentren folgende Aufgaben: Planung, Koordination und Durchführung nationaler Forschungsprojekte, Beteiligung an Forschungsprojekten der WHO oder Kooperation mit einzelnen ausländischen Einrichtungen, Organisation von nationalen Seminaren und Kongressen, Mitorganisation von Seminaren der WHO in China, Mitarbeit in der WHO und dem Westpazifik-Büro der WHO, Förderung des Informationsflusses zwischen China und der WHO und Ausbildung von Postgraduierten. In diesem Sinne wurde 1989 zur Beschleunigung der Ausbildung von hochqualifiziertem Fachpersonal an der *Medizinischen Hochschule Beijing* eine Abteilung für geistige Gesundheit mit einem entsprechenden Studiengang eingerichtet.^[6]

Andererseits kündigte sich - ausgelöst durch den neuen Gesundheitsbegriff der WHO, aber durchaus auch im Anschluß an die vorkulturrevolutionären Positionen Xia Zhenyi - bereits 1979 ein grundlegender Wandel in der Konzeption der Psychiatrie an, der durch die zunehmende Rezeption ausländischer, hauptsächlich englischsprachiger Literatur, vor allem aber durch die Seminare der WHO unterstützt wurde. Auf dem Seminar für Psychiatrie in der medizinischen Ausbildung im Juni 1981 wurde von chinesischen wie ausländischen Wissenschaftlern zur Umsetzung des neuen Gesundheitsbegriffs vorgeschlagen, an medizinischen Schulen und Hochschulen Kurse in medizinischer Psychologie einzurichten, den Schwerpunkt in der Lehre der Psychiatrie von Psychosen auf Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Krankheiten zu verlagern, in Allgemeinkrankenhäusern psychiatrische Abteilungen einzurichten, die psychologischen Beratungsdienste auszuweiten und schließlich, um die Veränderung auch äußerlich zu dokumentieren, „Psychiatrie“ in „psychologische Medizin“ umzubenennen.^[124] Xia Zhenyi, damaliger Vorsitzender der *Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie*,¹ führte dazu in einem Aufsatz von 1985 aus:

Psychologische Medizin ist ein Zweig der klinischen Medizin, und ihre Grundaufgaben liegen in zwei Bereichen: Der erste ist die Erforschung der Ätiologie, Pathogenese, klinischen Manifestation, Behandlung und Prävention aller psychischer Krankheiten. Der zweite ist die Erforschung der Funktion und Wirkung psychischer Faktoren, einschließlich psychosozialer Faktoren, auf Gesundheit und Krankheit des menschlichen Körpers. Man kann sagen, daß der Inhalt der psychologischen Medizin die beiden Bereiche der traditionellen Psychiatrie und der geistigen Gesundheit im weiten Sinne umfaßt. Die Konzeption der modernen psychologischen Medizin entwickelte sich auf der Grundlage der Psychiatrie. [...] Im Verlauf psychiatrischer Praxis traten jedoch falsche Tendenzen auf: Einerseits beschränkte sich der Forschungsgegenstand der Psychiatrie immer mehr auf schwere psychische Krankheiten wie Schizophrenie und vernachlässigte die zahlenmäßig häufigeren Neurosen und psychosomatischen Krankheiten, andererseits beschränkte sich der Arbeitsbereich der Psychiatrie immer mehr auf das psychiatrische Krankenhaus; sie richtete ihr Augenmerk lediglich auf Diagnose und Behandlung, vernachlässigte die Rolle von Milieu und Gemeinde in der psychologischen Medizin und übersah ebenfalls die Wechselbeziehung zwischen psychologischer Medizin und anderen klinischen Disziplinen.^[122:48]

Medizinische Psychologie war bereits im Frühjahr 1979 wurde auf Anordnung des Gesundheitsministeriums in den Lehrplan für medizinische Berufe aufgenommen worden, da Patienten mit nicht-psychotischen Störungen zumeist nicht in psychiatrische Krankenhäuser gelangen, sondern von Ärzten anderer Disziplinen in Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden, deren Qualifikation für eine solche Arbeit nur ungenügend ist. Aufgrund des notori-

¹1985 zog sich Xia Zhenyi aus nationalen Spitzenpositionen zurück und wurde 1986 auf der III. Konferenz für Neurologie und Psychiatrie der ChGM in Chongqing zum Ehrenvorsitzenden und Chen Xueshi zum neuen Vorsitzenden gewählt. Zu Stellvertretern wurden Shen Yucun und Zhou Xiaoda bestimmt. Die Wahl von Chen Xueshi (Jahrgang 1917) konnte dabei nur als Kompromiß und Übergangslösung gewertet werden, um einerseits die Wahl von Shen Yucun (Jahrgang 1924) zu verhindern, die als Vertreterin Chinas in der *Division of Mental Health* der WHO und Leiterin der Beratungskommission für geistige Gesundheit im Gesundheitsministerium an erster Stelle der möglichen Kandidaten hätte stehen müssen, und andererseits um Zhang Mingyuan als künftigen Vorsitzenden aufzubauen. Tatsächlich wurde Zhang Mingyuan auf der I. Nationalen Konferenz der neu gegründeten *Gesellschaft für Psychiatrie* im Mai 1994 zum Vorsitzenden gewählt, Chen Xueshi wurde neuer Ehrenvorsitzender, Xia Zhenyi rückte in den Beraterstab auf.

schen Mangels an Lehrkräften konnten bis Februar 1985 jedoch lediglich an etwa einem Drittel der medizinischen Hochschulen und an zwei Fünfteln der mittleren Sanitäts- und Krankenschwesternschulen entsprechende Kurse abgehalten werden.^[88:337] Auch nicht-psychotische Störungen fanden in der Folgezeit größere Beachtung. In den Jahren 1982 und 1985 fanden Fachkongresse für Neurosen statt, die sich schwerpunktmäßig mit Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, traditioneller chinesischer Medizin und psychologischer Beratung befaßten. Daneben gewannen auch psychosomatische Krankheiten und - in geringerem Umfang - psychische Störungen als direkte oder indirekte Folgen innerer Erkrankungen eine gewisse Bedeutung in der medizinischen Psychologie.^[70:11-12] Schließlich wurden seit Beginn der achtziger Jahre allmählich psychologische Beratungsstellen in den ambulanten Abteilungen psychiatrischer Einrichtungen und in Allgemeinkrankenhäusern eingeführt. Wie jedoch auch das späte Erscheinen des Artikels von Xia Zhenyi zeigt, vergingen einige Jahre, bis sich die neue Orientierung wirklich durchsetzen konnte. Erst mit der Neugründung der *Chinesischen Gesellschaft für geistige Gesundheit* im Jahr 1985 und der von ihr seit 1987 herausgegebenen *Chinesischen Zeitschrift für geistige Gesundheit* erhielten diese neuen Bereiche eine eigene Organisation und Fachzeitschrift, wodurch zum einen deren gewachsene Bedeutung dokumentiert und zum anderen deren Entwicklung weiter gefördert wurde. Die sich ändernden gesellschaftlichen Bedingungen (Teilprivatisierung der Wirtschaft, Privatisierung der individuellen Interessen, höherer Lebensstandard, höhere Lebenserwartung, allmähliche Auflösung der Großfamilie in den Städten, Pensionssystem, Geburtenkontrolle) und die sich daraus ergebenden medizinischen und psychosozialen Konsequenzen eröffneten neue Betätigungsfelder bzw. neue Schwerpunkte, wie die Zunahme von Altersdemenz und anderen psychischen Störungen als Folge der höheren Lebenserwartung und der Einführung des Pensionssystems, von psychischen und Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen, von psychosomatischen Krankheiten sowie von Alkohol- und Drogenabhängigkeit.^[95] Die Ausweitung des Gegenstandes der psychologischen Medizin geht nach dem Verständnis einiger Psychiater inzwischen schon so weit, daß nahezu alle gesellschaftlichen Probleme als der psychiatrischen Intervention bedürftig angesehen werden:

Nachdem sich der materielle Lebensstandard erhöht hat, darf man nicht zulassen, daß Aberglauben, Glücksspiel, pornographische Magazine sowie Prostitution und andere kapitalistisch-degenerierte Lebensformen psychologisch wieder die Herrschaft übernehmen und das Volk versklaven; man darf auch nicht zulassen, daß unmäßiges Trinken, Drogeneinnahme, Rauchen, Suizid, Geldheirat, Jugendkriminalität und anderes, für die psychosomatische Gesundheit schädliches Verhalten sich mit jedem Tag ausbreiten. In den Prozessen der Gesamtverwaltung der Gesellschaft muß auch medizinische Intervention enthalten sein, und Psychiater tragen eine große Verantwortung.^[9]

Um den neuen Aufgaben gerecht zu werden, sieht sich die Psychiatrie immer mehr als Grenzwissenschaft zwischen Medizin, Neurologie und anderen Naturwissenschaften einerseits und den Sozial- und Verhaltenswissenschaften andererseits. Diese Ausweitung des Gegenstandes der Psychiatrie führt im wissenschaftlichen Bereich allmählich zu einer Speziali-

sierung der Forschung (im Gegensatz zum bisherigen „Universalforscher“), bei den allermeisten praktisch tätigen Psychiatern handelt es sich aber nach wie vor um „Allgemeinpsychiater“ ohne fachliche Spezialisierung. Eine weitere Konsequenz ist das Bestreben, die seit langem bestehende Isolierung der Psychiatrie innerhalb der Medizin und die Trennung von psychiatrischen Krankenhäusern und anderen Krankenhäusern zu überwinden.^[152]

Dennoch gibt es nach wie vor eine Gegenbewegung namhafter Psychiater gegen diese Entwicklung. Ihrer Meinung nach sind die Schwerpunkte der letzten Jahre (epidemiologische Untersuchungen, Ausarbeitung diagnostischer Kriterien und Tests, Beschäftigung mit nicht-psychotischen Störungen und psychologischer Beratung) zwar an sich wichtig, aufgrund der geringen finanziellen und personellen Ausstattung der Psychiatrie hätten sie jedoch zu einer Verzettlung der Kräfte angesichts der eigentlichen Aufgaben der Psychiatrie geführt, nämlich der Prävention und Behandlung von Psychosen und vor allem der Rückfallprävention von Schizophrenie.^{[9][148]}

Als Folge der Fortschritte in der Psychiatrie, des Wandel des sozio-ökonomischen Systems mit all den daraus resultierenden Problemen und der großen Zunahme bei der Quantität und Qualität der Psychiater wurde 1996 die formale Trennung von Neurologie und Psychiatrie vollzogen. Die *Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie* spaltete sich in die *Gesellschaft für Psychiatrie* und die *Gesellschaft für Neurologie*, die seitdem auch eigene Zeitschriften herausgeben.

Von der *Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie* wurden ab 1980 verschiedene Schwerpunkte für die Arbeit auf nationaler Ebene festgelegt:

1. Ausarbeitung einer national einheitlichen Klassifikation und diagnostischer Kriterien;
2. Durchführung epidemiologischer Untersuchungen;
3. Anschluß an die internationale Forschung v.a. in den Bereichen der Ätiopathogenese und der Therapie sowie deren Umsetzung in der Praxis;
4. Umsetzung des neuen Krankheitsbegriffs der WHO, Erweiterung der Psychiatrie um den Bereich der geistigen Gesundheit;
5. Schaffung eines nachfrageorientierten Leistungskatalogs psychiatrischer Krankenhäuser, um dem gesellschaftlichen Wandel Rechnung zu tragen;
6. Etablierung der forensischen Psychiatrie als wesentliches neues Aufgabengebiet der Psychiatrie: Begutachtung Straffälliger auf mögliche psychische Krankheiten, die die Straffähigkeit einschränken oder ausschließen.

Einige der vorgenannten Schwerpunkte sollen im folgenden näher behandelt werden.

7.1 Klassifikation

Da das Fehlen einer nationalen Organisation und sonstiger Möglichkeiten zum wissenschaftlichen Austausch dazu geführt hatte, daß sich Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen in starkem Maße an der subjektiv-persönlichen Erfahrung der einzelnen Psychiater

orientierten,^[151] wurde ab 1978 die Ausarbeitung einer national einheitlichen Klassifikation psychischer Krankheiten und national einheitlicher diagnostischer Kriterien als vordringliche wissenschaftliche Aufgaben angesehen und von der sukzessiven Veröffentlichung von Übersetzungen ausländischer Klassifikationen und diagnostischer Kriterien begleitet. Das Ziel bestand darin, die heterogenen klassifikatorischen und diagnostischen Gewohnheiten in der klinischen Praxis zu vereinheitlichen und unter Berücksichtigung der spezifischen Eigenheiten psychischer Krankheiten in China eine Angleichung an internationale Klassifikationen und Kriterien zu erreichen. Durch die Veröffentlichung des DSM-III im Jahr 1980 wurde diese Arbeit noch erheblich erschwert, da diese einerseits als modernste und fortschrittlichste Klassifikation galt, andererseits in vielen Punkten sehr weit von den bis dahin in China üblichen Vorstellungen abwich. Das Problem stellte sich von da an weniger als eine Vereinheitlichung der bisher bestehenden klassifikatorischen und diagnostischen Konzeptionen, sondern eher als eine Auseinandersetzung zwischen „Modernisten“, die mehr oder weniger das DSM-III übernehmen wollten, und „Traditionalisten“, die das Grundschema der bislang nicht umstrittenen Klassifikation psychischer Krankheiten nicht verändern wollten, dar. Zwar bezweifelten auch die „Traditionalisten“ nicht die Notwendigkeit, eine Kompatibilität der chinesischen Klassifikation zu internationalen Klassifikationen herzustellen, doch gingen Ende der siebziger Jahre die Ansichten zu sehr auseinander, als daß inhaltlich weitreichende Veränderungen durchgesetzt werden konnten. Unter diesen Bedingungen konnte sich eine Annäherung nur als Prozeß gestalten, bei dem den jeweils gefundenen Kompromißlösungen nicht die geforderte „relative Stabilität“ zugestanden werden konnten.

Als erster Versuch wurde 1978 die „Klassifikation psychischer Krankheiten (Probeentwurf)“ auf der II. Nationalen Konferenz für Neurologie und Psychiatrie in Nanjing verabschiedet.^[12] Dieser Entwurf wurde auf der 1. Nationalen Konferenz der Koordinierungsgruppe für die epidemiologische Untersuchung psychischer Krankheiten 1979, auf dem Symposium für Schizophrenie der *Chinesischen Gesellschaft für Medizin* in Suzhou im Jahr 1981^[13] und auf dem Symposium für affektive Psychosen in Huangshan im Jahr 1984^[15] überarbeitet, wobei zumindest von dem Symposium für Schizophrenie bekannt ist, daß es über die Frage der Klassifikation zu heftigen Auseinandersetzungen kam.^[125]

Auf der III. Nationalen Konferenz der *Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie* im Jahr 1986 wurde die Gründung des Arbeitsausschusses für Klassifikation und diagnostische Kriterien psychischer Krankheiten unter Leitung von Yang Desen beschlossen, mit der Aufgabe, innerhalb von drei Jahren diagnostische Kriterien für alle psychische Krankheiten auszuarbeiten. Durch die Einrichtung dieses Koordinations- und Entscheidungsgremiums konnte nicht nur die Arbeit effizienter gestaltet werden, eine wesentliche Funktion bestand auch in der Beseitigung des unerwünschten Einflusses von Konferenzen auf die endgültige Formulierung von Klassifikation und diagnostischen Kriterien.^[140] Anfang 1988 war der erste Entwurf der „Chinesischen Klassifikation und diagnostischen Kriterien psychischer Krankheiten“

(CCMD) fertiggestellt. An der anschließenden praktischen Erprobung der Klassifikation und diagnostischen Kriterien von Schizophrenie, affektiven psychischen Störungen und Neurosen nahmen landesweit insgesamt 77 Einheiten teil.^[140] Der zweite Entwurf (CCMD-2) wurde 1988 ebenfalls einem umfangreichen Test unterworfen, bevor er auf einer Konferenz des erweiterten ständigen Vorstandes für Psychiatrie der *Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie* im April 1989 schließlich als offizielles Dokument gebilligt und im Oktober 1989 zusammen mit kommentierten Fallbeispielen und Glossar veröffentlicht wurde.^[139]

Beim Vergleich der Klassifikationen von 1958 bis 1989 fällt zunächst die erhebliche Zunahme der Anzahl von Kategorien durch stärkere Differenzierung auf, die nicht zuletzt auf die allmähliche Annäherung der unterschiedlichen Standpunkte innerhalb der chinesischen Psychiatrie seit 1978 zurückzuführen sein dürfte. Inhaltlich sind sicherlich die Veränderungen zwischen den Klassifikationen von 1958 und 1978 am augenfälligsten, als die verschiedenen Kategorien organisch bedingter psychischer Krankheiten von 1958 in den beiden Hauptkategorien „hirnorganische psychische Störungen“ und „psychische Störungen als Begleiterscheinung somatischer Krankheiten“ zusammengefaßt, die „psychogenen psychischen Krankheiten“ in „reaktive Psychosen“ und „Neurosen“ differenziert wurden und eine zusätzliche Kategorie für „psychische Krankheiten der Kindheit“ eingeführt wurde. Die bemerkenswerteren Veränderungen finden sich allerdings beim Vergleich zwischen den Klassifikationen von 1978 bis 1984, da hier durch Alkohol- und sonstigen Drogenmißbrauch hervorgerufene psychische Störungen, psychosexuelle Störungen und durch psychische Faktoren hervorgerufene physiologische Funktionsstörungen, die bis dahin politisch oder kulturell tabuisiert waren,¹ eine prominente Stellung erhielten, wenngleich auch die psychosexuellen Störungen auf die zumeist weniger „perverse“ Formen beschränkt wurden.² Dies war einerseits als Ausdruck eines politisch freizügigeren Klimas, andererseits als Bemühen um eine allmähliche Annäherung der nationalen Klassifikation an die international führenden Klassifikationssysteme (damals ICD-9 und DSM-III) anzusehen, wie es sich auch in der zunehmenden Übernahme der Krankheits- bzw. Störungsbezeichnungen widerspiegelte.^[15] Diese Annäherung war allerdings auf Bereiche beschränkt, die die grundlegenden klassifikatorischen Vorstellungen, wie sie sich nach 1949 in der VRCh ausgebildet hatten, weitgehend unangetastet ließen. Obwohl als Hauptvorbild ohnehin die im Vergleich zum DSM-III eher konservative ICD-9 gewählt wurde, fanden „modernere“ Störungen, wie „akute Streßreaktion“ (308), „Anpassungsreaktion“

¹Noch 1975 wurde einem westlichen Besucher mitgeteilt: „We never see any cases of homosexuals anymore because we educate the people from the time they are very young in communist theory.“^[62:124]

²In der Klassifikation von 1984 fehlen gegenüber der ICD-9 die Unterkategorien „Sodomie“, „Pädophilie“ und „Störungen der psychosexuellen Identität“, gegenüber dem DSM-III „Zoophilie“, „Pädophilie“, „sexueller Masochismus“ und „sexueller Sadismus“. Sodomie bzw. Zoophilie, Pädophilie und Störungen der psychosexuellen Identität wurden auch explizit nicht in die Kategorie „sonstige“ aufgenommen wurden.

(309) und „nicht anderweitig klassifizierte Verhaltensstörungen“ (312) keine Berücksichtigung. Eine darüber weit hinausgehende Abschaffung der Neurosen, der Neurasthenie und der Schizophrenia simplex als diagnostische Kategorien sowie die Neueinteilung neurotischer Störungen, wie sie das DSM-III vorschlägt, war für die absolute Mehrheit der chinesischen Psychiater undenkbar.^[104] Statt dessen blieb die „traditionelle“ Einteilung in Schizophrenie, affektive, paranoide und reaktive Psychosen, sowie Neurosen und Persönlichkeitsstörungen erhalten, wenn auch ihre Bezeichnungen teilweise modifiziert wurden. Dennoch waren die ohnehin begrenzten Neuerungen, die in der Klassifikation von 1981 eingeführt worden waren, umstritten. Um diesem Problem Rechnung zu tragen und damit gleichzeitig die Akzeptanz der Klassifikation zu erhöhen, wurde in der Klassifikation von 1984 gegenüber der Fassung von 1981 die Zahl der Klassifikationsebenen von vier auf drei reduziert und durchgängig die Kategorie „sonstige“ eingeführt, wodurch größerer Spielraum für abweichende Vorstellungen geschaffen werden sollte.^[104] Als Kompromiß war auch der erneute Ausschluß der in der ICD-9 unter der Kategorie 316 genannten „anderweitig klassifizierten Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen (psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne)“ zu verstehen, obwohl gerade diese Erkrankungen von führenden Persönlichkeiten der chinesischen Psychiatrie und medizinischen Psychologie als wesentliches Betätigungsfeld angesehen werden. Darüber hinaus wurden die Neurosen von der „modernen“ Streßreaktion gereinigt.

1987 nahm China an den Feldstudien der WHO zur Erprobung einer vorläufigen Version der ICD-10 teil. Dieser Entwurf diente auch als Hauptreferenz bei der Klassifikation für die 1989 verabschiedete CCMD-2. Mit ihr setzte sich der Trend hin zu den internationalen Klassifikationen fort. In Übereinstimmung mit diesem Entwurf wurde die Zahl der Hauptkategorien von 14 auf 10 reduziert. Wie in der ICD-10 und dem DSM-III wurden die bisherigen Kategorien der „Hirnorganischen psychischen Störungen“ und der „Psychischen Störungen bei somatischen Krankheiten“ zusammengefaßt. Nahezu gleichlautend wurde die Kategorie 10 der ICD-10 übernommen („Durch psychoaktive Substanzen verursachte psychische Störungen“), und damit der Begriff der „Intoxikation“ aufgegeben. Ebenfalls in Annäherung der Klassifikation an die ICD-10 wurden die vermutlich psychogenen Störungen in einer Kategorie zusammengefaßt und Neurosen als eigenständige Kategorie aufgelöst (Kategorie 50), ferner Persönlichkeitsstörungen und psychosexuelle Störungen in einer Kategorie zusammengefaßt (Kategorie 60). Die „psychischen Störungen in der Kindheit“ wurden um die psychischen Störungen in der Jugend erweitert. Erstmals wurden auch einige, für die forensisch-psychiatrische Begutachtung relevante Unterkategorien eingeführt. Andererseits bestehen aber nach wie vor deutliche Unterschiede: In der Kategorie der „Durch psychoaktive Substanzen verursachten psychischen Störungen“ werden Abhängigkeit von und organische Schäden durch psychoaktive Substanzen zusammengefaßt, letztere also nicht den organischen psychischen Störungen zugeordnet. Depressive Neurose wird nicht zu den affektiven Störungen gerechnet, sondern verbleibt bei den übrigen Neurosen in der Kategorie 50. In die gleiche Kategorie

wurden auch die psychophysiologischen Störungen integriert. Schließlich erhielten die Entwicklungsstörungen keine eigene Kategorie.

Wie nicht anders zu erwarten, war auch die CCMD-2 nicht unumstritten. Dabei handelte es sich teils um Formalien und Inkonsistenzen, im Vordergrund standen aber vor allem inhaltliche Fragen. Neben Diskussionen von Einzelfragen, die zu sehr ins Detail gehen, um sie hier darstellen zu können, bestand nach wie vor Uneinigkeit darüber, was höher zu bewerten ist: die aus langjähriger klinischer Erfahrung entstandene klassifikatorische Tradition in China oder die Anpassung an moderne, internationale Klassifikationen. Während Xu Taoyuan, Mitglied des Arbeitsausschusses für Klassifikation und diagnostische Kriterien psychischer Krankheiten und Direktor des chinesischen Koordinationszentrums für die Feldstudien zur ICD-10, die CCMD-2 als Übergangserscheinung auf dem Weg zur Übernahme einer künftigen Revision der Klassifikation der WHO betrachtete und in jüngster Zeit für eine Übernahme auch schon der ICD-10 plädiert, kritisierte eine nicht unbedeutende Gruppe von Psychiatern genau diese Tendenz. Für sie wurde in der CCMD-2 eine Reihe neuer Bezeichnungen für psychische Störungen (z.B. „Stimmungsstörungen“) eingeführt, ohne daß dies durch inhaltliche Veränderungen zwingend erforderlich gewesen wäre, und inhaltliche Änderungen vorgenommen, die der traditionellen Konzeption widersprächen, nur um sich internationalen Klassifikationen anzugleichen.^[33] Vorläufig dürfte sich mit der inzwischen intern veröffentlichten Revision der CCMD-2 (CCMD-2-R) die chinesische Klassifikation weiter der ICD-10 annähern. Die dritte Revision der CCMD (CCMD-3) befindet sich seit 1996 in Vorbereitung.

Zusätzlich zu den Problemen bei der Schaffung einer national akzeptablen Klassifikation entstand durch die allmähliche Ablösung der ICD-9 durch das DSM-III als Bezugsrahmen für die Entwicklung chinesischer diagnostischer Kriterien und durch die zunehmenden Kontakte mit amerikanischen Wissenschaftlern und DSM-III-geprägter Forschungsliteratur ein gewisser Rechtfertigungszwang für vom DSM-III abweichende Positionen. Diese beziehen sich hauptsächlich auf das Ordnungsprinzip diagnostisch relevanter Daten und die später zu besprechende nosologische Stellung von Neurosen.

Das DSM-III benutzt ein mehrachsiges System zur Darstellung der im diagnostischen Prozeß gewonnenen Daten. Insgesamt werden fünf „Achsen“ verwendet, von denen die ersten drei obligatorisch und die beiden übrigen Achsen optional sind. Auf Achse II werden Persönlichkeitsstörungen und spezifische Entwicklungsstörungen, auf Achse I alle sonstigen psychischen Störungen und auf Achse III physische Störungen und Zustände registriert. Die Achsen IV und V (Schwere psychosozialer Stressoren und höchstes Niveau adaptiven Funktionierens im letzten Jahr) enthalten zusätzliche Informationen, die für die Therapieplanung und Prognose relevant sein können. Die Daten werden somit nicht zu einer linearen, auf die momentane Störung bzw. die momentanen Störungen bezogenen individualgeschichtlichen Kette zusammengefügt, es werden auch keine Angaben über die Beziehung zwischen den einzelnen Achsen gemacht.^[1:23-30]

In der VRCh wird dagegen seit den sechziger Jahren - ausgelöst durch die Veröffentlichung des Werkes *Clinical Psychiatry* von Mayer-Gross, Slater und Roth - die mehrdimensionale Diagnostik verwandt.^[126] An dieser Bevorzugung hat sich bis heute nichts geändert, und es steht auch nicht zu erwarten, daß sie in naher Zukunft von einer mehrachsigen Diagnostik nach dem Vorbild des DSM-III abgelöst wird.

Yang Desen schlägt statt dessen eine zweidimensionale Diagnose wie in der dänischen Klassifikation von 1952 vor:

The first diagnosis defines the nature of the disease, while the second diagnosis defines the state of symptom development.^[145:22]

Grundlage für diese Diagnoseform bildet die Annahme, daß interne oder externe Ursachen bestimmte anatomische oder physiologische Veränderungen bewirken, die je nach Akuität und Intensität (etwa bei Schadstoffen oder Streß), Wirkungsweise (primär anatomisch oder physiologisch) und Wirkungsort (Hirnbereich) Symptomatik, Verlauf, Prognose (und Therapieaktion) wesentlich bestimmen. Die biologische Reaktion ist jedoch kein rein mechanischer Prozeß, sondern wird durch individuelles Lebensalter, Lebenserfahrung, Persönlichkeitsstruktur, Konstitution und genetische Faktoren modifiziert:

The same etiological factor may cause different symptoms in different individuals due to different internal conditions, while different etiological factors may cause the same symptoms [...].^[145:20]

Der Vielzahl möglicher Ursachen steht nur eine begrenzte Anzahl von Reaktionsmöglichkeiten zur Verfügung, wodurch unterschiedliche Krankheiten gemeinsame pathogenetische Teilstrecken aufweisen können. Damit kommt der psychiatrischen Symptomatik - insbesondere bei exogenen Psychosen - eine gewisse Unspezifität zu, so daß sie eher den Schweregrad einer Krankheit bzw. des momentanen Stadiums einer Krankheit wiedergibt, als eine Differenzierung zwischen verschiedenen Krankheiten zu ermöglichen. Bei der Konzeption und Diagnose psychischer Krankheiten sind daher so weit als möglich pathogenetische und ätiologische Erkenntnisse einzubeziehen, nicht zuletzt um auch wissenschaftlich unbegründete, rein modische Veränderungen in Klassifikation und Diagnostik zu verhindern, wie sie Yang Desen unter anderem der Behandlung der Neurosen im DSM-III vorwirft (s. S.67).

7.2 Diagnostik

Als sich die chinesischen Psychiater Ende der siebziger Jahre wieder offiziell mit der internationalen Forschung befassen durften und Probleme beim Austausch von Forschungsergebnissen mit ausländischen Kollegen zutage traten, wurden die Fehlentwicklungen im eigenen Land deutlich. Im diagnostischen Bereich wurde dabei die Abgrenzung zwischen Schizophrenie und manisch-depressiver Krankheit einerseits und zwischen depressiver Form der manisch-depressiven Krankheit, depressiver Neurose und Neurasthenie andererseits als wesentliche Problemfelder erkannt. Tragischerweise handelte es sich hier um Probleme, die weitgehend bereits in den sechziger Jahren bekannt waren, durch den Beginn der Kulturrevolution

aber nicht gelöst werden konnten. Der erste Schritt zur Beseitigung dieser Mängel mußte somit in der schrittweisen Ausarbeitung national einheitlicher Kriterien bestehen. Wie bei der Klassifikation wurde an die Formulierung diagnostischer Kriterien drei Anforderungen gestellt: Anknüpfung an die diagnostischen Gewohnheiten in der klinischen Praxis einschließlich der Berücksichtigung chinesischer Eigenheiten, Herstellung von Vergleichbarkeit zu internationalen Kriterien und Bewahrung relativer Stabilität einmal ausgearbeiteter chinesischer Kriterien. Ebenfalls wie bei der Klassifikation bedurfte es einiger Jahre, bis sich die klinischen Gewohnheiten geändert hatten.

7.2.1 Schizophrenie

Einen recht guten Einblick in die Heterogenität der Schizophrenie-Konzeption und der als diagnostisch relevant erachteten Symptome zwischen Ende der siebziger und Mitte der achtziger Jahre gibt eine Untersuchung von Zhang Mingyuan^[151] aus dem Jahr 1980, in der er erfahrene Psychiater nach ihren persönlichen diagnostischen Kriterien befragte. Die Untersuchung dokumentierte, neben der Heterogenität der Ansichten an sich, den überragenden Einfluß der „traditionellen“ Konzeptionen von Kraepelin, E. Bleuler und Schneider, während neuere Forschungsergebnisse offenkundig nur einer Minderheit bekannt waren oder zumindest nur von einer Minderheit akzeptiert wurden. Als diagnostisch relevant erwies sich vor allem die im Vergleich zu modernen diagnostischen Kriterien mangelnde Differentialdiagnostik, die in mehreren Untersuchungen als hauptverantwortlich für die extensive Weite des chinesischen Schizophrenie-Konzepts erkannt wurde:^[160]

Chinese clinicians tend to consider Schizophreniform Disorder, Schizoaffective Disorder and Atypical Psychoses variants of Schizophrenia, not distinct entities. This difference is magnified by the fact that Chinese clinicians tend to minimize the importance of time criteria in diagnosis and to disregard affective symptoms if the psychotic symptoms are pronounced. Thus patients with clear psychotic symptoms in the absence of a severe affective disturbance would tend to be diagnosed as Schizophrenia regardless of the duration of symptoms or the fact that there might be significant (but secondary) affective symptoms.^[161:32]

Die ersten chinesischen diagnostischen Kriterien für Schizophrenie wurden von Xu Youxin entwickelt^[131] und im Jahr 1980 als national verbindliche Kriterien der Schizophrenie bei epidemiologischen Untersuchungen festgelegt. Explizit geäußerte Zielsetzung Xu Youxins war es, einen Beitrag zur Vergleichbarkeit wissenschaftlicher Ergebnisse zu leisten und der chinesischen Psychiatrie und medizinischen Psychologie durch eine Angleichung der chinesischen Kriterien an die international, d.h. hauptsächlich in den USA favorisierten Kriterien zu ermöglichen, auf rückständigen Gebieten Forschungsergebnisse zu übernehmen, auf anderen Gebieten eigene Ergebnisse mit diesen zu vergleichen und schließlich innerhalb der internationalen Forschungsgemeinschaft einen eigenen Beitrag zu leisten. Zu diesem Zweck setzte er sich mit den meisten wichtigen operationalen Definitionen der Schizophrenie auseinander und entwickelte einen eigenen Satz von Kriterien, die im wesentlichen aus DSM-III, ICD-9 und den „Symptomen ersten Ranges“ von Schneider stammten.^[131]

Für das Symposium für Schizophrenie, das 1981 in Suzhou stattfand, stand unter anderem die Verabschiedung national einheitlicher Kriterien für Schizophrenie auf der Tagesordnung. Sehr wahrscheinlich war geplant, die Kriterien Xu Youxins in mehr oder weniger unveränderter Form anzunehmen. Auf der Veranstaltung selbst war man zwar auch „allgemein der Ansicht, daß einheitliche Kriterien notwendig sind, über die Konzeption der Schizophrenie und die konkreten diagnostischen Kriterien gab es jedoch heftige Kontroversen.“^[125:58] So ließ sich letztendlich nur ein Kompromiß auf unterster Ebene erreichen: „Die diagnostischen Referenzkriterien der Schizophrenie der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie der Chinesischen Gesellschaft für Medizin“ (Suzhou-Kriterien).^[14]

Bei den Suzhou-Kriterien handelt es sich um einen Kompromiß zwischen den Kriterien Xu Youxins und den weitgehend auf klinischer Erfahrung beruhenden „traditionellen“ Kriterien, wie sie sich in der Phase der Kulturrevolution herausgebildet hatten. Zusätzlich verwässert wurden die Suzhou-Kriterien durch fehlende Konkretisierung insbesondere des symptomatologischen Kriteriums, die inhaltlich weit voneinander abweichende Interpretationen zuließ. Zur Weite des Schizophrenie-Konzepts der Suzhou-Kriterien wurden mehrere Untersuchungen vorgenommen, die allerdings jeweils konkretisierte Fassungen des symptomatologischen Kriteriums verwandten. Dabei ergab sich, daß mit den Suzhou-Kriterien zwar deutlich weniger Patienten als schizophren diagnostiziert wurden als mit traditionellen Kriterien, aber immer noch signifikant mehr als mit denen des DSM-III. In der Diskussion der Ergebnisse wurde, neben dem sehr allgemein gefaßten symptomatologischen Kriterium, das Kriterium der Krankheitsdauer als besonders verbesserungsbedürftig angesehen, da hier dem Praktiker für Fälle, die ausschließlich dieses Kriterium nicht erfüllen, eine Diagnose und Behandlungsstrategie genommen würde, ohne gleichzeitig eine Alternative anzubieten. Es wurde daher vorgeschlagen, in Bezug auf die Krankheitsdauer unterschiedliche diagnostische Kriterien für die Praxis und die Forschung auszuarbeiten oder eine eigene Kategorie für Fälle zu schaffen, die lediglich das Kriterium der Krankheitsdauer nicht erfüllen.^[7] Eine erforderliche Krankheitsdauer von zumindest 6 Monaten wie im DSM-III oder bei Xu Youxin wurde von allen Autoren grundsätzlich abgelehnt.

Im Oktober 1984 wurden die Suzhou-Kriterien auf dem Symposium für affektive Psychosen in Huangshan revidiert, und die „Diagnostischen Kriterien der Schizophrenie für die klinische Arbeit“ angenommen.^[16] Hiermit hat sich das Gleichgewicht zwischen traditionellen und modernen diagnostischen Kriterien eindeutig zugunsten der modernen Kriterien verschoben, wobei einerseits weitere Teile der Kriterien Xu Youxins (etwa bei der Definition des Kriteriums der Schwere) und andererseits Vorschläge aus den Untersuchungen der Suzhou-Kriterien (unterschiedliche Kriterien für Praxis und Forschung, Aufgabe der Sekundärsymptome usw.) Berücksichtigung fanden. Zusätzlich wurden das symptomatologische Kriterium und das Kriterium der Dauer schärfer gefaßt. Statt eines eindeutig und typisch vorhandenen Symptoms bzw. zweier Symptome, falls dies nicht der Fall ist, wurden nun zwei bzw. drei Symptome für

notwendig befunden. Beim Kriterium der Krankheitsdauer wurde zwar die Gesamtkrankheitsdauer nicht verändert, aber als weitere Bedingung eine zumindest einmonatige Dauer der „psychotischen Phase“ hinzugefügt. In Vergleichen zu internationalen Kriterien (DSM-III-R und ICD-10) zeigte sich, daß die Huangshan-Kriterien nahezu identische Ergebnisse lieferten.

Mit den Huangshan-Kriterien fand die Diskussion über die „richtigen“ Kriterien allerdings keinen Abschluß. Alle zu diesem Thema veröffentlichten Berichte enthielten Verbesserungsvorschläge: Aufnahme weiterer, als diagnostisch relevant erachteter Symptome, Erweiterung des differentialdiagnostischen Kriteriums um affektive, schizoaffektive und paranoide Psychosen, Modifikation der erforderlichen Krankheitsdauer. Insbesondere das Kriterium der Krankheitsdauer wurde weiterhin als unbefriedigend empfunden, und teilweise für seine Abschaffung plädiert.

In der CCMD-2^[139] wurde die Reihenfolge, in der die Formen der Schizophrenie aufgeführt sind, geändert und als zusätzliche Unterkategorie die „atypische Schizophrenie“ eingeführt, in der die bisher den atypischen Psychosen zugeordnete schizophreniforme Psychose sowie die postschizophrene Depression zusammengefaßt werden. Die Unterkategorie der „einfachen Schizophrenie“ wurde beibehalten. Während das symptomatologische Kriterium weitgehend unverändert von den Huangshan-Kriterien übernommen wurde, wurden die übrigen Kriterien weniger eng gefaßt. Im Kriterium des Schweregrades ist der gestörte Bezug zur Realität nicht mehr aufgeführt, und im Gegensatz zu den bisherigen diagnostischen Kriterien genügt die Erfüllung eines Punktes. Die erforderliche Krankheitsdauer verbleibt bei 3 Monaten, eine Mindestdauer der „psychotischen Phase“, während derer das symptomatologische Kriterium und das Kriterium des Schweregrades erfüllt sein müssen, ist nicht mehr erforderlich. Von den Huangshan-Kriterien wurden beim differentialdiagnostischen Kriterium „hirnorganische und durch physische Krankheiten verursachte Störungen“ sowie „affektive Störungen“ übernommen, „schizoaffektive Psychose“, „paranoide Psychosen“ und „reaktive psychische Störungen“ dagegen nicht mehr erwähnt. Hinzu gekommen sind „durch psychoaktive Substanzen verursachte psychische Störungen“. Erstmals wurde darauf hingewiesen, daß das Vorhandensein einer der im differentialdiagnostischen Kriterium genannten Störungen nicht notwendigerweise die Diagnose Schizophrenie ausschließt, und wurden Regeln für solche Fälle festgelegt. Erstmals wurden auch diagnostische Kriterien für die einzelnen Formen der Schizophrenie vorgelegt.

7.2.2 Manisch-depressive Krankheit

In der VRCh war bis in die achtziger Jahre das Vorhandensein der „drei großen Symptome“ bzw. der „typischen drei Hochs und Tiefs“ für die Diagnose von manisch-depressiver Krankheit unabdingbar.^[103] Für Manie handelte es sich um Euphorie, Ideenflucht und Hyperbulie, für Depression um Dysphorie bzw. Niedergeschlagenheit, Verlangsamung des Denkens und Hypobulie. Als wesentlichstes Ausschlußkriterium diente in Übereinstimmung mit E. Bleuler

die Existenz „schizophrener Symptome“, wie Halluzinationen, Wahn, verbale Inkohärenz und Assoziationslockerung.^[160] In Überspitzung dieser Anschauung wurde vielfach „schon beim geringsten Anzeichen von Schizophrenie [...] Schizophrenie diagnostiziert.“^[136] Die zu Beginn der achtziger Jahre einsetzende Beschäftigung mit westlicher Psychiatrie machte bewußt, daß Prävalenz und Hospitalisierungsrate von manisch-depressiver Krankheit in der VRCh um ein Vielfaches geringer als im Westen und auch als in früheren Jahrzehnten in China selbst waren. Als Folge wurde eine Vielzahl von Untersuchungen zur Klärung des chinesischen Standpunktes durchgeführt. Die experimentelle Verwendung ausländischer diagnostischer Kriterien und Tests machte deutlich, daß ein wesentlicher Grund dafür in der unterschiedlichen diagnostischen Konzeption der manisch-depressiven Krankheit bestand.^[136] Die erfolgreiche Behandlung der nach ausländischen Kriterien zusätzlich diagnostizierten, bis dahin häufig therapieresistenten Fälle mit trizyklischen Antidepressiva oder Lithium zeigte, daß manisch-depressive Krankheit tatsächlich unterdiagnostiziert worden war.^{[92][136]} Zahlreiche Analysen allgemeiner klinischer Daten, Untersuchungen zur Symptomatik und spezielle Analysen der Ursachen für Fehldiagnosen machten den nach traditionellem Verständnis notwendigen Ausschluß „schizophrener“ Symptome als Hauptursache für diese Fehlentwicklung verantwortlich. Die entsprechenden Fälle waren demnach nach „traditionellen“ Kriterien meist als Schizophrenie, aber auch als schizoaffektive Psychose, reaktive Psychose, nicht weiter differenzierte Neurose, Hysterie, Neurasthenie, Angstneurose usw. diagnostiziert worden.^[92] Als weiterer Grund wurde verbreitet mangelnde fachliche Kompetenz festgestellt, vor allem bei Psychiatern in Einrichtungen auf unterer Ebene und bei jungen Psychiatern.

Wie schon bei Schizophrenie wurden die ersten offiziellen diagnostischen Kriterien für die manisch-depressive Krankheit von der Kooperationsgruppe für die epidemiologische Untersuchung psychischer Krankheiten formuliert. Nach den Ergebnissen einer ersten Untersuchung waren die Unterschiede zu internationalen Kriterien jedoch noch beträchtlich. Nach Vorarbeiten durch die *Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie der Provinz Jiangsu* wurden auf dem Symposium für affektive Krankheiten im Oktober 1984 die „Diagnostischen Kriterien der manisch-depressiven Krankheit für die klinische Arbeit“ verabschiedet.^[17]

Die „Arbeitskriterien“ wiesen große Ähnlichkeiten zu den Kriterien der entsprechenden Störungen im DSM-III auf. Wie im DSM-III wurde das Schwergewicht auf die Diagnose von manischen und depressiven Episoden gelegt, die dann erst in einem zweiten Schritt - unter Einbeziehung weiterer Kriterien - einer affektiven Störung zugeordnet wurden. Auch die einzelnen Kriterien der manischen und depressiven Episoden entsprachen einander weitgehend. Unterschiede bestanden bei der manischen Episoden in einer längeren Mindestdauer (zwei Wochen gegenüber einer Woche im DSM-III), in der Hinzufügung eines achten Symptoms (gesteigertes Vitalgefühl), wodurch das Vorhandensein eines weiteren, vierten bzw. fünften Symptoms zur Erfüllung dieses Punktes für erforderlich erachtet wurde. Zusätzlich wurde für manische wie depressive Episoden ein notwendiges Mindestmaß der Schwere der Symptome

in die Kriterien aufgenommen. Als weitere Kategorien wurden in die Arbeitskriterien „leichte manische und leichte depressive Episoden“ aufgenommen, die zwar das symptomatologische und differentialdiagnostische Kriterium erfüllen, nicht aber das Kriterium des Ausmaßes der Schwere. Anders als im DSM-III, wo nur noch zwischen bipolarer und depressiver Störung unterschieden wird, folgten die Arbeitskriterien der traditionellen Einteilung in manische, depressive, manisch-depressive und sonstige Formen. Hauptkriterium für die Zuordnung zur manischen oder depressiven Form war das ausschließliche, zumindest dreimalige Auftreten von leichten oder normalen manischen oder depressiven Episoden. Da bei dieser Zuordnung nicht zwischen leichten und normalen Episoden unterschieden wurde, stellte sich zum einen die Frage nach dem Sinn der im ersten Teil der Kriterien getroffenen Unterscheidung, zum anderen waren die Probleme bei der Differenzierung zwischen manisch-depressiver Krankheit einerseits und depressiver Neurose und der in der Klassifikation psychischer Krankheiten von 1984 nicht explizit aufgeführten zyklischen Störung andererseits kaum zu lösen.

Die Festlegung verbindlicher diagnostischer Kriterien änderte aber nur bedingt das diagnostische Verhalten in der Praxis. Nach einer Untersuchung aus dem Jahr 1986 hatten sich die „Arbeitskriterien“ selbst in psychiatrischen Einrichtungen auf Provinzebene nicht völlig gegen die „traditionellen“ Kriterien durchgesetzt.^[64] Untersuchungen zur Kompatibilität der Arbeitskriterien mit internationalen Kriterien wurden nicht veröffentlicht.

In der CCMD-2 sind im Vergleich zu den Kriterien von 1984 bei der manischen Episode nur noch 3 statt 4 bzw. 5 Symptome erforderlich. Die Mindestdauer wurde auf eine statt zwei Wochen reduziert, gilt jetzt aber für alle Episoden und nicht nur für die erste. Neu hinzugekommen ist die deutliche Überfunktion der Sexualität als relevantes Symptom. Bei der depressiven Episode ist die Mindestdauer und die Zahl der erforderlichen Symptome gleichgeblieben, die Mindestdauer gilt aber jetzt auch wie bei der manischen Episode für jede Episode. Parallel zur manischen Episode ist die deutliche Reduzierung der Sexualität als relevantes Symptom hinzugekommen. Im Gegensatz zur bisherigen Praxis kann Manie - wie inzwischen international üblich - nur noch bei der ersten manischen Episode diagnostiziert werden (bisher mindestens 3 Episoden erforderlich), ab der zweiten Episode wird die Diagnose in bipolare affektive Störung geändert. Involutionsmelancholie wurde als diagnostische Kategorie abgeschafft.^[139:531-535]

Parallel zur Ausarbeitung diagnostischer Kriterien wurde eine ganze Reihe westlicher psychodiagnostischer Tests übersetzt, zum Teil dem chinesischen Verbalisierungsstil emotionaler Inhalte angepaßt, und ihre Nützlichkeit bei der Differentialdiagnose insbesondere von Depression, neurotischer Depression und Neurasthenie erprobt. Daneben wurden auch biologische Tests (v.a. Dexamethason-Test) erprobt. Die im wissenschaftlichen Bereich nahezu einmütig befürwortete Einführung von Tests in die praktische klinische Arbeit zielt nicht nur auf eine über die diagnostischen Kriterien hinausreichende Vereinheitlichung und Objektivierung der Diagnostik ab, sondern soll mit Sicherheit auch der Ausschaltung der oben angesprochenen

„klinischen Erfahrung“ mangelhaft ausgebildeter Psychiater dienen. Aufgrund der Erfahrungen mit den „Arbeitskriterien“ darf jedoch bezweifelt werden, daß sich ohne begleitende „pädagogische“ Maßnahmen (etwa durch Weiterbildungszwang) die Situation in der praktischen Arbeit grundsätzlich ändert. Andererseits ist seit Anfang der achtziger Jahre eine deutliche, kontinuierliche Steigerung der Hospitalisierungsrate affektiver Störungen bei gleichzeitigem Rückgang der Rate von Schizophrenie in psychiatrischen Krankenhäusern feststellbar, so daß zumindest in den Krankenhäusern der höheren Ebenen ein Wandel eingesetzt hat.

7.2.3 Neurosen

In der VRCh wurden Neurosen in den fünfziger und sechziger Jahren entsprechend der sowjetischen Psychiatrie und der Theorie Pavlovs als Störung der höheren Nerventätigkeit angesehen, die durch psychogene Überbeanspruchung exzitativer und inhibitorischer kortikaler Prozesse entsteht, und in die Formen Neurasthenie, Hysterie und Psychasthenie (Zwangsneurose) unterteilt.^[8] Angstneurose, Hypochondrie und depressive Neurose wurden nicht als eigenständige Neurosenformen geführt, da ihre Symptome bei allen Neurosen angetroffen werden könnten; Phobien wurden der Zwangsneurose zugerechnet.^[48:46-48,164-167] Nach 1976 erfolgte der allmähliche Übergang der Einteilung der Neurosen entsprechend der ICD-8 bzw. ICD-9. In der Klassifikation von 1978 wurden die Neurosen in acht Formen unterteilt, wobei ihre Reihenfolge offensichtlich der klinischen Häufigkeit entsprach: Neurasthenie, Angstneurose, Hysterie, Zwangsneurose, Phobie, Hypochondrie, Organneurose und Sonstige Neurosen. In der Fassung von 1981 wurde „Organneurose“ gestrichen und „Depressive Neurose“ und „Streßreaktion“ als zusätzliche Kategorien eingeführt. In der Klassifikation von 1984 wurde „Streßreaktion“ wieder aufgegeben und - mit Ausnahme der Zwangsneurose - die Reihenfolge der Neurosenformen in der ICD-9 übernommen.

Der Prozeß der Ausarbeitung diagnostischer Kriterien wurde wesentlich durch die Auseinandersetzung mit der Neukonzeption der Neurosen im DSM-III und mit den Untersuchungen Kleinmans in der VRCh und seiner Deutung der Ergebnisse geprägt:

Im DSM-III wurde die diagnostische Klasse der Neurosen aufgelöst, und die einzelnen Neurosen wurden den Klassen der Affektiven, Somatoformen und Dissoziativen Störungen zugeordnet. Die bis dahin übliche Bezeichnung der einzelnen Neurosen wurde nur noch als Nebeneintrag genannt und statt dessen der Begriff „Neurose“ durch „Störung“ ersetzt oder eine völlig andere Bezeichnung gewählt. Teilweise wurde die ursprüngliche Neurosenform in mehrere eigenständige Kategorien aufgeteilt, teilweise ihre Konzeption eingeschränkt und durch „neue“ Störungen ergänzt. Im Gegensatz zu den übrigen Neurosen, die in der einen oder anderen Form beibehalten wurden, wurde Neurasthenie ersatzlos gestrichen. Grundlage für diese Veränderungen bildete der fehlende Konsens, wie der Begriff „Neurose“ zu definieren sei, der deskriptive Ansatz, bei dem Störungen ohne bekannte Ätiologie oder bekannten pathophysiologischen Prozeß auf der Basis gemeinsamer klinischer Erscheinungsformen zu-

sammengefaßt werden, und Untersuchungsergebnisse über wichtige diagnostische Korrelate, wie klinischer Verlauf, Prognose, Familiengeschichte und Therapiereaktion.

Nach Darstellung von Zhang Yalin et al. „lösten [diese Veränderungen] in den Kreisen der psychologischen Medizin unseres Landes einen heftigen Sturm aus.“^[156:314] Für weitere Verunsicherung sorgten Untersuchungen von Arthur Kleinman in China, der 1980 bei der Rediagnose von 100 von chinesischen Psychiatern als Neurasthenie diagnostizierten Fällen feststellte, daß 87% die DSM-III-Kriterien für schwere Depression erfüllten (ein Prozentsatz, der sich bei durchschnittlich 2,5 Diagnosen pro Patient allerdings etwas relativiert), und dieses Ergebnis auf die „Somatisierung“ depressiver Symptomatik zurückführte,^[38] wobei er Somatisierung als normativen Ausdruck persönlichen und sozialen Leidens in einem Idiom körperlicher Beschwerden und medizinischen Hilfesuchens definierte.^[39:2]

Als Folge dieser Erschütterungen des Neurosen-Begriffs und insbesondere der Neurasthenie, die die häufigste psychiatrische Diagnose überhaupt in der VRCh darstellte, beschäftigten sich zahlreiche chinesische Psychiater mit den Fragen, ob Neurose eine Krankheitseinheit darstellt oder ihre einzelnen Formen heterogenen Ursprungs sind und ob Neurasthenie abgeschafft werden muß oder in welchem Umfang sie beibehalten werden kann. Tatsächlich wurde in zwei Untersuchungen in der ersten Hälfte der achtziger Jahre auch festgestellt, daß bei nach traditionellen Kriterien diagnostizierter Neurasthenie bei einer Zweitdiagnose nach den Kriterien der ICD-9 nur 22,5 bzw. 69,0% aller Fälle erneut als Neurasthenie diagnostiziert werden konnten. Statt dessen wurde bei 32,5 bzw. 17,2% depressive Neurose und bei 20,0 bzw. 3,5% Angstneurose diagnostiziert. In fünf Untersuchungen, die sich mit der Rediagnose entsprechend den Kriterien des DSM-III befaßten, wurden die meisten Fälle der Depression, der dysthymen Störung, der generalisierten Angststörung und der Anpassungsstörung zugeordnet, allerdings mit sehr stark variierenden Anteilen zwischen den Untersuchungen.

Zur Konzeption der Neurosen lassen sich momentan drei Standpunkte ausmachen:

1) Yang Desen, Leiter der Abteilung für Psychiatrie an der *Medizinischen Universität Hunan*, vertritt einen Standpunkt, der an die Neurosen-Theorie Pavlovs und deren Weiterentwicklung in der sowjetischen Psychiatrie anknüpft. Danach sind Neurosen eine homogene, primär psychogene Krankheit. Auf der Grundlage einer genetischen Disposition bewirken Umweltfaktoren (Streß, Lebensereignisse) eine funktionelle Störung exzitatorischer und/oder inhibitorischer Prozesse im Gehirn. Intensität und Dauer der Umweltfaktoren bestimmen zusammen mit der prämorbidem Persönlichkeit, auf die sie treffen, die Art der funktionellen Störung und damit die Form der Neurose. Er akzeptiert zwar den Begriff der „Somatisierung“, jedoch nur als Äquivalent der „hysterischen Konversion“, nicht aber als Grundlage für die Beseitigung der diagnostischen Kategorie der Neurasthenie. Neurasthenie basiert vielmehr auf streßbedingter „Asthenie der kortikalen Funktion und Labilität der diencephalischen Funktion.“^[146:435] Mit der Beseitigung von Streß verschwinden die neurotischen Symptome. Die Rangfolge der einzelnen Neurosen sollte dem Schädigungsausmaß der Hirnfunktion fol-

gen.^[156]

Mit diesen Ansichten steht Yang Desen im Gegensatz zur Konzeption der Neurosen im DSM-III und scheut sich auch nicht, scharfe Kritik an dieser zu üben:

With some psychiatrists always eager to find new terms to replace standard diagnostic categories, and following the tradition that has been set by selecting a dominant symptom for the diagnostic terminology regarding neurosis, we might reasonably predict that phobia may well be the next preferred label for such neurotic states in which there is mixed and multiple symptomatology.^[146:436]

2) In Anlehnung an den Standpunkt von Mayer-Gross vertreten Liu Xiehe und die von ihm geleitete Forschungsgruppe an der *Medizinischen Universität Sichuan* die Ansicht, daß es sich bei Neurosen lediglich um eine „klinische Entität“ handelt, die sich zwar von anderen psychischen Krankheiten unterscheidet, nach Ätiologie, pathogenetischem Prinzip, klinischer Manifestation, Krankheitsverlauf und Prognose jedoch unterschiedliche Krankheiten umfaßt. Neurosen weisen zwar meist einen Zusammenhang mit psychischen Faktoren auf, bei einem Teil der Fälle von Zwangsneurose, Phobie, Angstneurose und Hypochondrie scheinen jedoch genetische und andere biologische Faktoren im Vordergrund zu stehen. Im Gegensatz zu den meisten chinesischen Wissenschaftlern akzeptiert Liu Xiehe die Konzeption der Depression in RDC und DSM-III, d.h. die quantitative Unterscheidung von schwerer Depression und dysthymen Störung bzw. neurotischer Depression und die Bedeutung physischer Symptome für deren Diagnose. In Anlehnung an Kleinman bezeichnet er letztere als „Manifestationen von Somatisierung bei Depression“. Damit befürwortet er gleichzeitig den Ausschluß dieser Störungen aus der „traditionellen“ Neurasthenie, da nur so die Neurasthenie beibehalten werden könne.^[143]

3) Eine dritte Richtung vertritt Xu Youxin von der *Medizinischen Universität Beijing*. Er ist der Ansicht, daß die unterschiedlichen Standpunkte zur Ätiopathogenese der Neurosen vermutlich darauf zurückzuführen sind, daß sie sich nicht auf den selben Gegenstand beziehen. Daher sei erst nach der Festlegung verbindlicher, rein deskriptiver Definitionen eine sinnvolle Diskussion möglich.^[156] Er definiert Neurosen als:

[...] eine Form psychischer Störung, die sich hauptsächlich in langanhaltenden psychischen Konflikten manifestiert; der Kranke ist sich dieser Konflikte bewußt und empfindet darüber tiefen Schmerz, für den es jedoch keinerlei verifizierbare organische Grundlage gibt.^[133:236]

Aufgrund dieser Definition schließt er Hysterie und Depersonalisation von den Neurosen aus, ohne ihnen allerdings einen neuen Platz zuweisen zu können. Er befürwortet eine diagnostische Rangordnung der einzelnen Neurosen entsprechend der Spezifität ihrer Symptome und plädiert für eine Beibehaltung der Neurasthenie als diagnostische Kategorie, da sie sich auch dann noch als sinnvoll erweist, wenn ihr der niedrigste Platz in der Rangordnung der Neurosen zugewiesen wird. Er lehnt die Deutung physischer Symptome als Ergebnis der „Somatisierung“ von Depression und somit als deren Äquivalent ab, da sie keine deskriptiven Termini darstellen und deshalb nicht zur Begründung einer Diagnose dienen dürfen.^[132]

Die ersten chinesischen Kriterien für Neurosen wurden 1980 für epidemiologische Unter-

suchungen entworfen und sind inhaltlich nahezu identisch mit der Definition der Neurosen in der ICD-9.^[30] Um auch für die Praxis und die nicht-epidemiologische Forschung national einheitliche Kriterien zu schaffen, wurden Xu Youxin und Zhong Youbin auf der Konferenz für Neurosen in Chengdu im Oktober 1982 damit beauftragt, einen Entwurf für die diagnostische Kriterien einiger Neurosen auszuarbeiten. Ihre Vorschläge, die 1983 veröffentlicht wurden, bezogen sich allerdings lediglich auf Neurasthenie, Angstneurose, depressive Neurose und hypochondrische Neurose.^[133] Zwangsneurose und phobische Neurose wurden nicht abgehandelt, da ihre Kriterien als bereits relativ einheitlich angesehen wurden. Andere Störungen, wie Hysterie und Depersonalisation, wurden ebenfalls ausgeschlossen, da „über deren nosologische Stellung und diagnostische Kriterien die Ansichten allzu sehr auseinandergehen [...]“.^[133:236] Auf der Grundlage dieser Kriterien und der entsprechenden Items in der *Present State Examination* (PSE) entwickelte Xu Youxin in der Folge zusammen mit anderen Wissenschaftlern an der *Medizinischen Universität Beijing* einen differentialdiagnostischen Test.^[132] Weitere Entwürfe diagnostischer Kriterien wurden von der *Shanghaier Zweiggeseellschaft für Psychiatrie*, an der *Medizinischen Universität Sichuan* unter Liu Xiehe und an der *4. Medizinischen Hochschule der Volksbefreiungsarmee* (Xi'an) unter Yu Qinghan ausgearbeitet. Unter Zugrundelegung dieser Entwürfe wurden im Oktober 1985 die „Diagnostischen Kriterien der Neurosen für die klinische Arbeit“ auf dem Symposium für Neurosen in Guiyang verabschiedet.^[87] In diesen Kriterien wurde im wesentlichen die klassische Einteilung der Neurosen in Hysterie, depressive Neurose, Phobie, Zwangsneurose, Angstneurose, Hypochondrie und Neurasthenie beibehalten, also im Gegensatz zum DSM-III weder Neurasthenie abgeschafft, noch depressive Neurose den affektiven Störungen zugeordnet. Offensichtlich bestand das Hauptziel der Kriterien darin, der bis dahin üblichen Überdiagnostizierung von Neurasthenie einen Riegel vorzuschieben. Dementsprechend wurde Neurasthenie genauer gefaßt, und eine Rangfolge der Neurosen erstellt, bei der Neurasthenie an letzter Stelle rangierte.

In der Klassifikation der Neurosen in der CCMD-2 von 1989 ist dagegen ein allmähliches Abgehen von der klassischen Konzeption erkennbar, obwohl Neurasthenie beibehalten und depressive Neurose weiterhin den Neurosen zugeordnet wird. Neurosen werden nicht mehr als Hauptkategorie geführt, sondern wie in der ICD-10 einer neu geschaffenen Kategorie mehr oder weniger psychisch bedingter Störungen eingegliedert. Gleichzeitig wurde durch die Einteilung der Neurosen in hysterische Neurose, verschiedene Angstneurosen und Neurosen sonstiger Kategorien die bisherige Gleichstellung der verschiedenen Formen der Neurosen aufgegeben. Zwangsneurose wird, ähnlich wie im DSM-III(-R) und im Gegensatz zur ICD-10, den „verschiedenen Angstneurosen“ zugeordnet. Insgesamt gehen die Veränderungen aber noch nicht so weit wie in der ICD-10 oder gar dem DSM-III(-R), sondern sind vielmehr als Kompromiß zwischen den Kriterien von 1985 und der ICD-10 anzusehen. Die diagnostischen Kriterien selbst sind zwar überarbeitet, aber nicht wesentlich verändert worden.^[139:547-557]

Betrachtet man die Entwicklung der chinesischen Klassifikationen und diagnostischen Kriterien seit 1978, so ist deutlich erkennbar, daß die Tendenz immer mehr hin zu einer Angleichung an internationale Vorbilder geht. Zwar wird immer betont, daß die Klassifikation und die diagnostischen Kriterien die Besonderheiten Chinas, d.h. die gewachsenen Traditionen der chinesischen Psychiatrie, berücksichtigen müßten, durch ihre ständige Veränderung verändern sich aber auch diese Traditionen. Zu berücksichtigen ist auch, daß inzwischen mehr als drei Viertel aller Psychiater ihre Ausbildung nach 1978 erhalten haben und damit den „gewachsenen Traditionen“ sehr viel weniger verbunden sind als viele der „alten“ Psychiater, die noch den Haupteinfluß in den entscheidenden Gremien haben. Somit erscheint es nicht unwahrscheinlich, daß die chinesischen Klassifikationen und diagnostischen Kriterien nur eine Übergangserscheinung auf dem Weg zur Übernahme einer künftigen Version der *International Classification* der WHO sind. Darauf weist auch heute schon die geringe Verwendung chinesischer Kriterien in der Forschung und als Grundlage für Diagnose-Inventars hin. Statt dessen werden häufig ausländische Kriterien (DSM-III-R oder ICD-10) benutzt. Offensichtlich besteht zumindest bei einem Teil der Psychiater im universitären Bereich vielleicht auch wegen der fehlenden internationalen Vergleichbarkeit wenig Akzeptanz für die nationalen Kriterien, und sie ziehen das Vorbild dem nationalen Kompromiß vor.

Andererseits hat die zunehmende Standardisierung der Diagnose nicht nur Befürworter. Nach Ansicht einiger Psychiater hat sie auch die negative Tendenz mit sich gebracht, daß insbesondere jüngere Psychiater die klinische Arbeit vernachlässigen, d.h. das diagnostische Gespräch auf ein formalisiertes Abfragen von Symptomen und Krankheitsverlauf beschränken, „auf eine Frage eine Antwort lieben“ und auf eine eingehende Beobachtung der Patienten verzichten.^[148]

7.3 Epidemiologische Untersuchungen

Anfang der achtziger Jahre wurde die dritte nationale Untersuchung in Angriff genommen. Im Juni 1980 wurde auf Beschluß des Gesundheitsministeriums eine Kooperationsgruppe für die epidemiologische Untersuchung psychischer Krankheiten eingesetzt. Ihre Aufgabe in dieser Phase bestand in der Ausarbeitung des methodischen Instrumentariums für die Durchführung einer national einheitlichen Untersuchung. Dazu wurde unter Federführung der *Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie* die Arbeit an der Klassifikation und den diagnostische Kriterien psychischer Krankheiten vorangetrieben und epidemiologische Siebttests entwickelt. Ihren Abschluß fand diese Phase im Juli 1982 mit der Veröffentlichung des *Handbuchs für die epidemiologische Untersuchung psychischer Krankheiten*. Von April bis Juni 1982 erhielten alle Teilnehmer an der Untersuchung eine etwa einmonatige Ausbildung auf der Grundlage des „Handbuchs“. Darüber hinaus wählte jede der zwölf Einheiten in einem dreistufigen Verfahren jeweils fünfzig Haushalte (für Neurosen zehn Haushalte) in jeweils zehn städtischen Nachbarschaften und zehn ländlichen Produktionsbrigaden aus, die möglichst repräsentativ

für das Gesamtgebiet sein sollten. Insgesamt wurden von den zwölf Untersuchungseinheiten 12.000 Haushalte mit 51.982 Personen ausgewählt, die eine Bevölkerung von 2.313.473 Personen repräsentieren sollten. Die eigentliche Untersuchung begann in allen Regionen am 1. Juli 1982 und dauerte im allgemeinen drei Monate. Untersucht wurden alle Personen im Alter von 15 und mehr Jahren. Zur ersten Siebung wurde ein zehn Items umfassender Test verwandt, mit dem potentielle Fälle hirnormischer psychischer Störungen, funktioneller Psychosen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, mittlerer und schwerer Oligophrenie und Persönlichkeitsstörungen ermittelt werden sollten. Da davon ausgegangen wurde, daß manche Familienangehörige nicht zur Zusammenarbeit bereit sind, wurden sowohl eine Hinweis- als auch eine Haushaltssiebung vorgenommen. Bei den durch die Siebung als positiv festgestellten Fällen wurde entsprechend der vermuteten Diagnose weitere Daten der Krankengeschichte erhoben und eine Untersuchung des psychischen Zustandes vorgenommen. Danach wurden alle Fälle entsprechend der diagnostischen Kriterien für epidemiologische Untersuchungen diagnostiziert.^[30]

Die Methodik der nationalen Untersuchung stellte zunächst einen einheitlichen Standard für weitere epidemiologische Untersuchungen dar. Da sie aber nicht durch Einbeziehung neuerer nationaler wie internationaler Entwicklungen weiterentwickelt wurde, kamen in neueren Untersuchungen jeweils eigene Kombinationen aus den alten Richtlinien der 12 Einheiten und neueren Screening-Methoden und diagnostischen Kriterien zur Anwendung, wodurch die Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse wieder in Frage gestellt ist. Seit 1989 werden zwar meist die *Chinesische Klassifikation und diagnostischen Kriterien psychischer Krankheiten (2. Aufl.)* in epidemiologischen Untersuchungen verwandt, die Siebmethoden sind aber weiterhin sehr uneinheitlich. 1993 wurde diese Untersuchung von sieben der ursprünglich dreizehn Einheiten mit der gleichen Stichprobe (so weit dies möglich war) und der gleichen Methodik wiederholt.^[154]

Neben diesen Untersuchungen, die sich vorwiegend mit der (Han-chinesischen) Gesamtbevölkerung und dem Gesamtspektrum psychischer Störungen befaßten, wurden seit 1978 auch eine Reihe von epidemiologischen Studien bei einzelnen, zum Teil bis dahin nicht erfaßten Störungen (u.a. Neurosen, Alkoholismus, Drogenabhängigkeit) und unter bestimmten Bevölkerungsgruppen (nationale Minderheiten, Kinder, Studenten, Alte) durchgeführt. Im folgenden werden die Ergebnisse der bisher veröffentlichten Untersuchungen für die wichtigsten Störungen zusammengefaßt und mit entsprechenden Ergebnissen für westliche Industrieländer verglichen.¹

¹Da Siebverfahren und diagnostische Kriterien wesentlichen Einfluß auf die Ergebnisse haben, sollen durch den Vergleich mit westlichen Industrieländern lediglich Bezugspunkte zur Einordnung der chinesischen Daten gegeben werden. Unter anderem aus diesem Grund kann über die Ursachen für Gleichheit oder Differenz der verglichenen Daten beim gegenwärtigen Wissensstand nur spekuliert werden, weshalb auf eine entsprechende Diskussion weitgehend verzichtet wird. Aufgrund der formalen Beschränkungen der Arbeit mußte auf eine ausführlichere Darstellung der Einzelergebnisse und der eigentlich erforderlichen

7.3.1 Schizophrenie

Für westliche Industrieländer lassen sich, obwohl die Ergebnisse zum Teil erheblich variieren, folgende Aussagen treffen: Die Prävalenz beträgt 2 - 4%, die Inzidenz 0,15 - 0,35%, das Morbiditätsrisiko zirka 8,5%. Die Erkrankungshäufigkeit bei Männern und Frauen ist in etwa gleich, Unterschiede ergeben sich allerdings bei der Erstmanifestationsperiode und dem durchschnittlichen Erkrankungsalter. Die Erstmanifestationsperiode beginnt bei Männern um das 17. bis 18. Lebensjahr und reicht bis zirka zum 45. Lebensjahr. Bei Frauen beginnt sie bei etwa 20 - 25 Jahren und endet bei ungefähr 50 Jahren. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei Männern bei 30 Jahren, bei Frauen bei 36 Jahren. Schizophrenie tritt unter Ledigen viermal so häufig auf wie unter Verheirateten. Die Wahrscheinlichkeit, an Schizophrenie zu erkranken, ist um so höher, je geringer die praktische und/oder theoretische Ausbildung, das Sozialprestige des ausgeübten Berufs und die Stellung innerhalb des Berufs ist.^[89:411-412] Schließlich ist die Prävalenz in städtischen Gebieten deutlich höher als in ländlichen Gebieten (Verhältnis zirka 1,8 : 1).^[47:24]

In den Untersuchungen der fünfziger und sechziger Jahre betrug die Prävalenz von Schizophrenie 0,58 - 2,80‰ (Mittelwert±Standardabweichung: 1,07±0,65‰)¹, in Untersuchungen der siebziger Jahre (ohne die Untersuchungen speziell von Industriebetrieben) 0,61 - 5,7‰ (2,17±0,96‰), in den neueren Untersuchungen nach den Richtlinien der „Kooperationsgruppe der 12 Regionen“ 1,18 - 6,31‰ (3,84±1,60‰). Die Inzidenz betrug 0,04 - 0,35‰ (0,15±0,08‰), das Morbiditätsrisiko 3,17 - 12,1‰ (6,26±2,62‰). In allen Untersuchungen war die Prävalenz in städtischen Gebieten (4,82±2,27‰) höher als in ländlichen Gebieten (2,90±1,47‰), bei Frauen (3,58±1,83‰) meist höher als bei Männern (2,81±1,22‰). Das Erkrankungsalter betrug zumeist 15 - 34 Jahre. Die Prävalenz in den verschiedenen Altersgruppen zeigte kein ganz einheitliches Bild. Während sie bei Männern einen Höhepunkt bei den Altersgruppen von 25 - 29 bzw. 30 - 34 Jahren erreichte, gab es bei Frauen in einer Untersuchung zwei Höhepunkte bei den Altersgruppen von 25 - 29 und 50 - 54 Jahren, in einer anderen bei der Altersgruppe von 45 - 49 Jahren. In beiden Untersuchungen lag das durchschnittliche Krankheitsalter bei Männern deutlich unter dem von Frauen. Die Prävalenz scheint in Familien in guten finanziellen Verhältnissen niedriger als in Familien in schlechten finanziellen Verhältnissen, in Großfamilien niedriger als in Kernfamilien und „Mittelfamilien“,^[42] bei Berufstätigen niedriger als bei Nicht-Berufstätigen und bei Ledigen niedriger als bei Verheirateten zu sein. Die Prävalenz bei Geschiedenen war extrem hoch, in der überwiegenden

derlichen Literaturangaben verzichtet werden.

¹Da sich die einzelnen Untersuchungen methodisch oft erheblich unterscheiden, ist die Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichungen problematisch. Die folgenden Angaben sollen deshalb keine im statistischen Sinne exakten Werte, sondern lediglich eine Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse darstellen.

Mehrzahl der Fälle war die Scheidung jedoch Folge nicht Ursache der Erkrankung.^[84] Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis der Untersuchungen bestand in dem hohen Anteil nicht behandelter oder zumindest nicht psychiatrisch behandelter Fälle, mit einem deutlichen Stadt-Land-Gefälle.

Im Vergleich zu westlichen Industrieländern bewegen sich die Werte für Prävalenz, Inzidenz und Morbiditätsrisiko in entsprechendem Rahmen. Auch die übrigen Ergebnisse stimmen weitgehend mit den Angaben für Industrieländer überein. Unterschiede bestehen jedoch bei der höheren Prävalenz bei Frauen als bei Männern und bei Verheirateten als bei Ledigen, deren Ursache allerdings noch nicht geklärt ist. Es ist allerdings zu vermuten, daß die höhere Prävalenz bei Verheirateten mit dem sozialen Druck, zu heiraten und sich nicht scheiden zu lassen, zusammenhängt.

7.3.2 Affektive Psychosen

Für westliche Industrieländer wird die Prävalenz affektiver Psychosen auf 0,5 - 3,0‰, die Inzidenz auf 0,1 - 0,6‰ und das Morbiditätsrisiko auf 0,5 - 2% geschätzt. Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten wurden bisher nicht eindeutig festgestellt. Inzidenz und Prävalenz sind bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern. Die vorherrschende Erstmanifestationsperiode liegt bei Depression bei 40 - 59 Jahren, für Männer bei etwa 50 - 59 Jahren und für Frauen bei 30 - 39 und über 60 Jahren. Bei bipolarer Störung liegt sie für beide Geschlechter bei 20 - 30 Jahren. Hinsichtlich des Ehestandes bestehen keine signifikanten Unterschiede, wenn auch eine gewisse Erhöhung bei Ledigen und Geschiedenen zu verzeichnen ist. Ähnliches gilt für soziale Schicht und Prävalenz. Sie ist bei finanziell und bildungsmäßig Bessergestellten leicht höher, aber unterhalb des Niveaus statistischer Signifikanz.^[47:20-24] Bei ungefähr 60% aller Fälle treten nur depressive Phasen auf, bei 30% sowohl manische als auch depressive Phasen und bei 5% nur manische Phasen.^[3:274]

In Untersuchungen der VRCh aus den siebziger Jahren betrug die Prävalenz affektiver Psychosen 0,03 - 0,17‰ ($0,10 \pm 0,06$ ‰), in den neueren Untersuchungen nach den Richtlinien der Kooperationsgruppe 0,22 - 0,89‰ ($0,54 \pm 0,21$ ‰). Inzidenz und Morbiditätsrisiko wurden nur in einer Untersuchung ermittelt und betragen 0,06‰ bzw. 3,27‰.^[45] Die Prävalenz scheint in städtischen und ländlichen Gebieten annähernd gleich, bei Frauen ($0,79 \pm 0,42$ ‰) höher als bei Männern ($0,58 \pm 0,43$ ‰) zu sein. Die Ergebnisse zum Zusammenhang von Prävalenz und Alter sind wegen der geringen Fallzahlen in den einzelnen Untersuchungen schwer zu interpretieren. Es spricht aber einiges dafür, daß affektive Psychosen unter 25 Jahren selten sind und ihren Höhepunkt bei über Vierzigjährigen erreichen. Die Prävalenz ist bei Verheirateten durchweg höher als bei Ledigen (Verhältnis 1 : 1,4 bis 1 : 3,3). Die Ergebnisse sprechen für eine höhere Prävalenz bei Personen mit geringer Ausbildung, möglicherweise auch bei Personen mit hoher Ausbildung. Die Prävalenz scheint bei Berufstätigen und Nicht-Berufstätigen annähernd gleich, in Berufen mit höherem sozialen Ansehen gering, bei im

Handel Tätigen und bei sonstiger Berufstätigkeit am höchsten und bei Bauern deutlich höher als bei Arbeitern zu sein. Rechnet man die Ergebnisse für Involutionmelancholie und depressive Form der manisch-depressiven Krankheit zusammen, so kommen manische, depressive und bipolare Form der manisch-depressiven Krankheit annähernd gleich häufig vor (30,6%, 36,7% bzw. 32,7%).

Die Prävalenz von affektiven Psychosen in der VRCh befindet sich am unteren Ende des für westliche Industrieländer angegebenen Prävalenzbereichs, Inzidenz und Morbiditätsrisiko scheinen deutlich niedriger zu sein. Die Prävalenz ist bei Ledigen deutlich niedriger als bei Verheirateten und scheint bei wirtschaftlich und bildungsmäßig schlechter Gestellten höher zu sein. Depression tritt erheblich seltener, Manie deutlich häufiger auf. Die übrigen Ergebnisse entsprechen annähernd den Angaben für westliche Industrieländer.

7.3.3 Neurosen

In 24 bedeutenden Feldstudien aus Nordamerika und Europa nach 1949 ergab sich für Neurosen eine Prävalenz von 0,28 - 53,51% mit einem Mittelwert von 9,38%. In der Mannheimer Kohorten-Feldstudie wurde eine Prävalenz von 7,17% gefunden. Generell ist die Prävalenz bei Frauen höher als bei Männern. Das vorherrschende Manifestationsalter liegt zwischen 20 und 50 Jahren, die Erstmanifestation weist einen Gipfel im dritten Lebensjahrzehnt auf. Ob ein Zusammenhang zwischen Prävalenz und sozialer Schicht besteht, ist noch unklar.^[90:10-20]

Bis in die siebziger Jahre wurden in epidemiologischen Untersuchungen in der VRCh meist nur Störungen einbezogen, die für die Hospitalisierung in psychiatrische Krankenhäuser relevant sind. Neurosen wurden daher - bis auf Hysterie - kaum untersucht. In den neueren Untersuchungen, die sich auch mit Neurosen befaßten, betrug ihre Prävalenz 0 - 70,64% (24,51±21,30‰); schließt man drei Untersuchungen aus, die eine wenig glaubwürdige Prävalenz von unter 5‰ berichten, so ergibt sich ein Mittelwert von 31,86±19,46‰. Trotz der großen Streubreite, die nicht zuletzt auf unterschiedliche Methodik und diagnostische Kriterien zurückzuführen sein dürfte, liegen die Werte insgesamt doch deutlich niedriger als in den vorgenannten Feldstudien. Vergleichende Untersuchungen in ländlichen und städtischen Gebieten ergaben ein uneinheitliches Bild; während drei Untersuchungen eine annähernd gleiche Prävalenz ergaben, wurde in zwei Untersuchung eine deutlich höhere Prävalenz im ländlichen und in einer Untersuchung im städtischen Gebiet gefunden. Allen Untersuchungen gemeinsam war jedoch eine um ein Vielfaches höhere Prävalenz bei Frauen (42,57±29,67‰) als bei Männern (10,59±9,18‰). Die Prävalenz erreichte ihre Höchstwerte bei den Altersgruppen von 40 - 54 Jahren, in der Untersuchung in Tianjin, die als einzige auch Personen über 60 Jahren untersuchte, ergab sich ein zweiter Höhepunkt bei der Gruppe von 65 - 69 Jahren. Ähnlich verhielt sich das Erstmanifestationsalter. In der nationalen Studie und der Untersuchung in Mudanjiang erfolgte die Erkrankung meist im Alter von 20 - 39 Jahren, in der Untersuchung in Tianjin dagegen überwiegend erst im Alter von 30 - 49 Jahren. Die Prävalenz war bei Le-

digen im Vergleich zu Verheirateten extrem niedrig, bei Verwitweten und bedingt auch bei Geschiedenen noch einmal deutlich höher als bei Verheirateten. Neurosen scheinen in finanziell und bildungsmäßig schlechter gestellten Schichten deutlich häufiger zu sein, wobei aber zumindest Neurasthenie bei Studenten ebenfalls häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vorkommt. Erhebliche Unterschiede zu westlichen Industrieländern zeigten sich auch in den Prävalenzen der einzelnen Neurosen, wobei Neurosen mit vorwiegend somatischer Symptomatik vorherrschten.

Die vergleichsweise niedrige Prävalenz wird auf das Wirken traditioneller wie sozialistischer Werte zurückgeführt. Entsprechend traditioneller Werte spielt das Beziehungsgeflecht von Bekannten und Freunden eine große Bedeutung, und besteht eine enge Beziehung zwischen Eltern und Kindern und unter den Geschwistern, die auch dann aufrechterhalten wird, wenn die Angehörigen getrennt leben. Bei Schwierigkeiten gibt es somit im Regelfall immer Bekannte, Freunde und Familienangehörige, die dem davon Betroffenen (unter Umständen auch gegen seinen Willen) mit Rat und Tat zur Seite stehen. Probleme führen dadurch viel seltener in eine persönliche Krise als in westlichen Industrieländern. Durch die sozialistische Erziehung und die Erziehung in traditioneller Moral sind die Familien relativ stabil, Scheidungen (noch) selten; auch wenn der materielle Lebensstandard nicht hoch ist, so ist die Familie doch ein Hort der Harmonie.

Die hohe Prävalenz bei Frauen hängt möglicherweise mit der traditionellen Funktion der Frau zusammen. Auf dem Land nehmen die Frauen nicht nur an der schweren physischen Arbeit teil, sie sind auch für die Hausarbeit zuständig, müssen die (Schwieger-)Eltern versorgen, sich um jüngere Geschwister und ihre eigenen Kinder kümmern. Ihr Bildungsniveau ist meist niedrig; da ihre sozialen Kontakte gering sind, ist ihr geistiger Horizont relativ beschränkt. In der Stadt üben die Frauen ebenso wie die Männer einen Beruf aus, auf ihren Schultern lasten aber auch die familiären Pflichten. Bei finanziellen Schwierigkeiten und Konflikten in der Familie sind vor allem Frauen betroffen. Nach Ansicht von Liu Tiebang und Yang Desen scheint auch ein Zusammenhang zu „gewissen Populationsmerkmalen der psychologischen Veranlagung der Frau, wie der relativ mangelhaften emotionalen Stabilität“, zu bestehen.^[60:4]

Die hohe Prävalenz im mittleren Erwachsenenalter wird darauf zurückgeführt, daß dieser Personenkreis, neben möglichen physischen Beschwerden, dreifache Verantwortung zu tragen hat: Verantwortung für die Erziehung der Kinder und Sorge um ihr schulisches und berufliches Vorankommen, finanzielle Verpflichtungen gegenüber den Eltern und für deren Betreuung, im beruflichen Bereich ruht häufig die größte Arbeitsbelastung auf ihnen (meist ohne angemessene Bezahlung und Aufstiegschancen). Hinzu kommt in dieser Generation das Gefühl, als Folge der verpaßten Bildungsmöglichkeiten während der Kulturrevolution und der späteren geringeren Berufschancen zu einer „verlorenen Generation“ zu gehören.

Zu den Ergebnissen bezüglich des Ehestandes ist anzumerken, daß es in der VRCh ab einem Alter von Mitte bis Ende zwanzig Jahren nahezu zwingend ist, verheiratet zu sein. Die

geringe Prävalenz bei Ledigen dürfte daher weniger auf den Faktor Ehestand zurückzuführen sein, als vielmehr die Prävalenz in den einzelnen Altersgruppen widerspiegeln. Auch die Ergebnisse bei Verwitweten und Geschiedenen können nur mit Vorsicht interpretiert werden. Verwitwete sind in der meist untersuchten Altersgruppe von 15 - 59 Jahren naturgemäß nicht sehr zahlreich, und Geschiedene sind bzw. waren eher noch seltener. Die teilweise sehr hohen oder auch sehr niedrigen Werte beziehen sich also nur auf einen sehr geringen Personenkreis.

Obwohl Neurosen in China immer noch seltener als in westlichen Industriestaaten sind, wurde in fast allen neueren Untersuchungen ein deutlicher Anstieg der Prävalenz gegenüber früheren Jahrzehnten festgestellt. Die Gründe dafür werden in der Reform des Wirtschafts- und Gesellschaftssystems gesehen, die in allen Bereichen der Gesellschaft zu großen Veränderungen geführt hat und - so positiv die Veränderungen auch grundsätzlich bewertet werden - einen gesteigerten Anpassungsdruck auf den Einzelnen ausüben und eben auch Schattenseiten mit sich gebracht haben (Beschleunigung des Lebensrhythmus, Konkurrenz im beruflichen Bereich, allmähliche Ersetzung traditioneller und sozialistischer Werte durch westliche Lebensvorstellungen).

7.3.4 Geistige Retardierung und hyperkinetisches Syndrom

Die Prävalenz von geistiger Retardierung wird für westliche Industrieländer auf ungefähr 1% geschätzt, wovon die leichte Form etwa 80%, die mäßige Form 12%, die schwere Form 7% und die sehr schwere Form 1% ausmachen.^[1:38-39]

In der VRCh betrug die Prävalenz von geistiger Retardierung in den Untersuchungen der siebziger Jahre 1,13 - 5,0‰ (2,65±1,58‰), in den neueren Untersuchungen allein für mittlere und schwere geistige Retardierung 1,30 - 4,49‰ (2,48±0,94‰). Die Prävalenz war in ländlichen Gebieten (4,12±1,22‰) höher als in städtischen Gebieten (2,02±0,80‰), bei Männern (3,47±1,50‰) höher als bei Frauen (2,58±0,94‰). Untersuchungen bei Kindern zeigten hinsichtlich des Geschlechts keine eindeutige Tendenz, bestätigten aber die wesentlich höhere Prävalenz in ländlichen Gebieten. In Kern- und Großfamilien (3,21‰ bzw. 2,74‰) war die Prävalenz niedriger als in „Mittelfamilien“ (6,54‰), in Familien in guten und mittleren finanziellen Verhältnissen (2,23‰ bzw. 2,99‰) erheblich niedriger als in Familien in schlechten finanziellen Verhältnissen (7,65‰).^[44] In der Bevölkerung über 40 Jahren nahm die Prävalenz deutlich ab, was auf eine niedrigere Lebenserwartung geistig Retardierter hinweisen könnte. Nach dem Schweregrad aufgeschlüsselt war leichte geistige Retardierung erheblich seltener als in westlichen Industrieländern (1,17‰ gegenüber 8 - 9‰), die Prävalenz von mäßiger geistiger Retardierung deutlich höher (1,69‰ gegenüber 0,6 - 1,2‰), und die Prävalenz schwerer geistiger Retardierung annähernd gleich (0,41‰ gegenüber 0,4 - 0,8‰). Neuere Untersuchungen bei Kindern ergaben jedoch einen wesentlich höheren Anteil leichter geistiger Retardierung, weshalb anzunehmen ist, daß die geringen Werte in früheren Untersuchungen auf methodische Probleme zurückzuführen sind.

Die Prävalenz des hyperkinetisches Syndroms betrug bei Grundschulkindern (Regelalter 7 - 13 Jahre) 4,34 - 5,78‰ und war bei Jungen signifikant höher als bei Mädchen.

7.3.5 Alkoholismus und Suchtmittelabhängigkeit

Die Prävalenz von Alkoholismus wird für die BRD auf 2 - 3% geschätzt,^[3:15] Suchtmittelabhängigkeit (ohne Alkohol und Nikotin) auf 0,3 - 1,3%.^[20:99] Im Gegensatz dazu ergab sich in der VRCh in der nationalen Untersuchung von 1982 für Alkoholismus ein Wert von 0,18‰ und für Suchtmittelabhängigkeit von 0,39‰. Seitdem hat die Prävalenz von Alkoholabhängigkeit und Alkoholismus jedoch drastisch zugenommen; in zwei neueren Untersuchungen, die in den Jahren 1989-1990 durchgeführt wurden, ergaben sich sogar Spitzenwerte von 23,61 und 37,27‰. Für die Zunahme von Alkoholismus seit Ende der siebziger Jahren sprechen auch die Statistiken psychiatrischer Krankenhäuser, in die Ende der siebziger Jahre bis Mitte der achtziger Jahre mehr, zum Teil ein Vielfaches mehr an Patienten aufgenommen wurden als im gesamten Zeitraum seit Gründung der Krankenhäuser in den fünfziger Jahren. Die Zunahme wird hauptsächlich als Nebeneffekt der Wirtschaftsreform in China gesehen: Die Produktion und Verfügbarkeit von Bier und harten Alkoholika haben seit Beginn der achtziger Jahre ständig zugenommen, der Lebensstandard hat sich erhöht und das Sozialverhalten sich verändert, so daß Alkoholgenuß zumindest bei Männern immer mehr zum normalen Bestandteil des Alltagslebens geworden ist. Hinzu kommt, daß Alkoholgenuß bei einigen nationalen Minderheiten zum traditionellen Bestandteil ihrer Kultur gehört, der sich durch die Steigerung des Lebensstandards auch bei ihnen noch weiter verstärkt hat.^[94] Bei einer multifaktoriellen Analyse der Ergebnisse der Studie der „Kooperationsgruppe für die Untersuchung von Alkoholabhängigkeit und damit zusammenhängenden Fragen“ zeigten sich Geschlecht, Alter, Ehestand, Nationalität (kulturelle Faktoren, Aldehyddehydrogenase-Aktivität), Kultur, finanzielle Situation und Beruf als relevante Faktoren. Wie in allen anderen Untersuchungen ist das Geschlecht der mit Abstand wichtigste Faktor. Im konkreten Fall befanden sich unter den 1.674 Fällen von Alkoholabhängigkeit nur vier Frauen.^[46]

Auch die Medikamentenabhängigkeit hat deutlich zugenommen, wenn auch nicht in gleichem Umfang wie die Alkoholabhängigkeit. In einer Untersuchung in Beijing 1987 wurde eine Momentanprävalenz von 3,09‰ festgestellt. In allen Fällen handelte es sich um legal oder auf Rezept erworbene Medikamente. Bei der großen Mehrheit der Fälle wurden die Medikamente wegen einer physischen Krankheit eingenommen, und führte deren unsachgemäße Anwendung zur Abhängigkeit. In der nationalen Untersuchung wie der Untersuchung in Beijing war die Prävalenz bei Frauen signifikant höher als bei Männern. In beiden Untersuchungen waren vor allem Ältere (ab 50 Jahren) medikamentenabhängig.^{[41][35]}

In der nationalen Untersuchung von 1982 war nur ein einziger Fall von Drogenabhängigkeit (0,03‰) festgestellt worden.^[43] Doch wie bei Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch hat mit der Wirtschaftsreform, zunehmendem Wohlstand und reduzierter sozialer Kontrolle auch

der Handel mit und Konsum von illegalen Drogen zugenommen. Betroffen sind hiervon vor allem Minderheiten bzw. Minderheitengebiete, in denen der Mißbrauch lokal üblicher Drogen wieder auflebt: Betel auf Hainan, Marihuana in Xinjiang und Opium bzw. Heroin in Yunnan. Vor allem die Provinz Yunnan dient durch ihre Nähe zum „Goldenen Dreieck“ als Transportweg für Opium und Heroin. Bewohner gleicher Volkszugehörigkeit auf beiden Seiten der Grenze, die nicht zum „Staatsvolk“ der Han gehören, und unübersichtliches, schwer zugängliches Gelände machen eine wirksame Kontrolle des Schmuggels nahezu unmöglich. Durch den Transport hat sich auch der Konsum wieder verstärkt. Waren zunächst nur die unmittelbaren Grenzregionen und die dort lebenden Minderheiten betroffen, so hat sich der Opium- bzw. Heroinmißbrauch allmählich auch in den zentralen und nördlichen Provinzen und damit in der Han-chinesischen Bevölkerung immer mehr ausgebreitet. Nach Angaben des *Nationalen Instituts für Drogenabhängigkeit* stieg die Zahl polizeilich registrierter Drogenabhängiger von 70.000 im Jahr 1990 auf 860.000 im Jahr 2000.^[73] Nach Ansicht von Fachleuten liegt die tatsächliche Zahl jedoch erheblich höher. Opium scheint vor allem in der älteren ländlichen Bevölkerung verbreitet zu sein und überwiegend als „Heilmittel“ eingesetzt zu werden, während Heroin hauptsächlich von städtischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen genommen wird, für die Heroin eine neue „Unterhaltung“ ist. Opium bzw. Heroin wird häufig in Kombination mit anderen psychoaktiven Substanzen - vor allem Coffein, Beruhigungs- und Kopfschmerzmitteln - eingenommen. In beiden Gruppen liegt der Anteil von Frauen (maximal 18,4%) signifikant unter dem von Männern. Aus neueren Untersuchungen läßt sich als Trend erkennen, daß das Durchschnittsalter immer niedriger wird, die Heroinsucht sehr viel stärker zunimmt als die Opiumsucht und Opium wie Heroin immer häufiger in Verbindung mit anderen Substanzen eingenommen werden.^[36:27] Wie in westlichen Industrieländern bestehen auch in China die Folgeprobleme der Drogenabhängigkeit: Beschaffungskriminalität (einschließlich Prostitution) und Verbreitung von AIDS.

7.3.6 Suizid

Die Untersuchungen von Suizid lassen sich in zwei Gruppen einteilen: Untersuchungen von Suizid bei psychisch Kranken (hauptsächlich Suizid während der Hospitalisierung, Hospitalisierung wegen versuchtem Suizid), die im folgenden nicht behandelt werden sollen, und Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. Letztere sind noch relativ selten und beziehen sich entweder auf ein bestimmtes Wohngebiet oder auf die Statistik eines bestimmten Krankenhauses. Nahezu allen Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung ist gemeinsam, daß nur die aufgefundenen Fälle analysiert werden (nach Geschlecht, Alter, Beruf usw.), diese Daten aber nicht in Relation zur Gesamtbevölkerung gesetzt werden. Dadurch wird der Aussagewert der Untersuchungen eingeschränkt, denn beispielsweise eine Analyse nach Altersgruppen ist nur dann wirklich sinnvoll, wenn die Altersstruktur der Bevölkerung berücksichtigt wird. Die Ursachen hierfür dürften teils auf mangelndes methodisches Bewußtsein, teils auf die politi-

sche Problematik dieses Themas zurückzuführen sein.

In den wenigen Untersuchungen, in denen Suizidraten genannt werden, betrug die Häufigkeit von vollendeten Suizid in Jinning in den Jahren 1981 bis 1986 0,091 - 0,285‰ pro Jahr (durchschnittlich 0,164‰), in Hohhot 1986 bis 1991 0,39‰^[117] und in Nord-Shaanxi 1990 0,303‰.^[59] In elf von dreizehn Untersuchungen war die Häufigkeit bei Frauen größer als bei Männern. Nach Altersgruppen aufgeschlüsselt, sind besonders die Einundzwanzig- bis Dreißigjährigen gefährdet, wobei allerdings auch gesellschaftspolitische Faktoren zu berücksichtigen sind. So wurde bei einer Untersuchung in Shanghai festgestellt, daß während der Kulturrevolution vor allem die Altersgruppe von 41 - 60 Jahren betroffen war. Gleiches gilt für die Häufigkeit pro Jahr. In Shanghai wurde der Höchstwert 1968, der Tiefstwert 1976 erreicht; danach stieg die Rate wieder kontinuierlich an.^[23] Dagegen wurde in einer Untersuchung in Nanjing festgestellt, daß die Häufigkeit von 1955 bis 1969 relativ konstant auf niedrigem Niveau war und dann bis 1980 kontinuierlich anstieg; 1981 und 1982 sank sie dagegen wieder.^[34] Generell scheint die Rate seit 1976 im Steigen begriffen zu sein. Wichtigster Grund für Suizid sind in allen Altersgruppen familiäre Streitigkeiten (24,1 - 73,3%, meist zirka 60%). An zweiter Stelle stehen bei jüngeren Erwachsenen (21 - 40 Jahre) Ehe- und Liebesprobleme, bei Älteren (über 60 Jahre) physische Krankheiten. Arbeitslose und Studenten sind überrepräsentiert. Die bei weitem häufigste Methode ist die Einnahme von Giften.

7.3.7 Psychische Störungen im Alter

Für westliche Industrieländer wird die Prävalenz von Alterspsychosen bei über Fünfundsechzigjährigen mit 2 - 4% angenommen.^[1:125] In der VRCh wurde in Untersuchungen seit den achtziger Jahre bei über Sechzigjährigen eine Prävalenz von 0,68 - 42,07‰ (10,33±14,07‰), in einer Untersuchung bei über Fünfundsechzigjährigen eine Prävalenz von 3,75‰ ermittelt. Ob ein Zusammenhang zwischen Prävalenz und Geschlecht besteht ist noch offen. Ebenfalls uneinheitlich sind die Ergebnisse zur Prävalenz in städtischen und ländlichen Gebieten. Daneben spielen zerebrale Gefäßkrankheiten und sonstige Krankheiten, die zu Demenz führen, eine wesentliche Rolle. Aufgeschlüsselt nach Erstmanifestationsalter vor bzw. nach 60 Jahren, ist die Häufigkeit von manisch-depressiver Krankheit und paranoider Psychose annähernd gleich. Alle anderen Störungen (mit Ausnahme altersspezifischer Störungen) beginnen dagegen signifikant häufiger im Alter von unter 60 Jahren. Bei Neurosen ist dies hauptsächlich auf die seltene Erstmanifestation von Neurasthenie zurückzuführen. Neurosen insgesamt sowie die Unterschiede der Prävalenzen zwischen Männern und Frauen scheinen mit zunehmendem Alter abzunehmen.

7.3.8 Psychische Störungen in ethnischen Minderheiten

Obwohl es seit 1979 eine Vielzahl epidemiologischer Untersuchungen bei ethnischen Minderheiten gegeben hat, lassen sich ihre Ergebnisse kaum verallgemeinern oder mit den Unter-

suchungen bei Han-Chinesen vergleichen, da für die meisten der untersuchten Minderheiten nur jeweils eine Studie vorliegt. Auffällig ist lediglich die hohe Prävalenz von geistiger Retardierung in einigen Untersuchungen, die aber wohl hauptsächlich auf mangelnde medizinische Versorgung zurückzuführen sein dürfte. Neben diesen allgemeinen Untersuchungen wurden entsprechend der Theorie der „Alkoholkultur“ einiger Minderheiten vor allem Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch untersucht. Tatsächlich wurde bei den Dai, Bai, Oroqen und Lisu eine deutlich höhere Prävalenz gefunden als in den Kernsiedlungsgebieten der Han-Chinesen, allerdings wird dabei von (Han-)chinesischer Seite manchmal übersehen, daß auch die Prävalenz bei Han-Chinesen in den Gebieten mit hohem Minderheitenanteil deutlich höher als im Landesdurchschnitt ist.

7.3.9 Epidemiologische Untersuchungen in Taiwan

In Taiwan wurden in den vierziger, sechziger und achtziger Jahren insgesamt drei epidemiologische Untersuchungen durchgeführt. Durch die geringe Anzahl von Untersuchungen, lassen sich nur bedingt Aussagen über die Gesamtbevölkerung treffen. Tendenziell läßt sich jedoch feststellen, daß sich die Prävalenzen psychischer Störungen in den vierziger und sechziger Jahren mit Ausnahme der Neurosen (Anstieg von 1,2 auf 7,8‰) nur wenig verändert haben. Zu Beginn der achtziger Jahre hatten sich jedoch die Prävalenzen einiger Störungen extrem erhöht, auch wenn - neben anderen methodischen Unterschieden - zu berücksichtigen ist, daß sich die Ergebnisse im Gegensatz zu den früheren Studien auf einen Gesamtzeitraum von einem Jahr bezogen: manisch-depressive Psychose war von 0,7 bzw. 0,5‰ auf 10,0‰, sonstige Psychosen von 0,7 bzw. 0,8‰ auf 10,0‰ allein für paranoide Störung und schizophreniforme Psychose, Neurosen von 1,2 bzw. 7,8‰ auf 60,0‰ und Alkoholismus von 0,1 auf 49,0‰ angestiegen. Bei all diesen Störungen sind die Prävalenzen um ein Vielfaches höher als die entsprechenden Mittelwerte aus den Untersuchungen in der VRCh.¹ Allerdings geht die Entwicklung bei Neurosen und Alkoholismus in eine ähnliche Richtung, wobei in Taiwan wie in der VRCh ein enger Zusammenhang zur wirtschaftlichen Entwicklung und deren sozialen Auswirkungen anzunehmen ist.

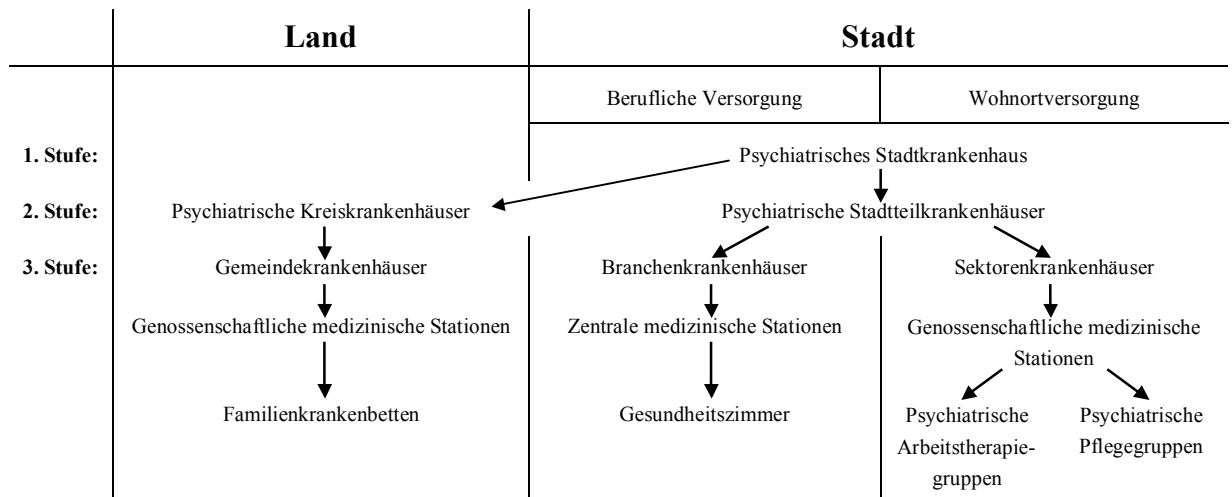
7.4 Psychiatrische Versorgung

Die wesentlichen Ziele des schon in der ersten Hälfte der siebziger Jahre entwickelten und auch heute noch gültigen Modells der dreistufigen Versorgungsstruktur bestehen in der Einbindung bestehender oder noch zu schaffender Einrichtungen in eine hierarchisch organisierte Struktur mit jeweils fest umschriebenen Aufgaben, in der Gründung psychiatrischer Krankenhäuser auf Kreis- und Stadtteilebene, in der Nutzung der Basiseinrichtungen der allgemein-

¹Wiederum gilt die Einschränkung, daß es sich bei den Ergebnissen der Studie in Taiwan um die Häufigkeitsrate innerhalb eines Jahres handelt, was bei den Untersuchungen in der VRCh nicht der Fall ist.

medizinischen Versorgung für psychiatrische Arbeit und in der Einbeziehung des sozialen Umfelds (Familie, Arbeitsstelle und Nachbarschaft) bei der weiteren Behandlung von entlassenen rekonvaleszenten und chronischen Patienten.

Graphisch läßt sich die dreistufige Versorgungsstruktur, wie sie Ende der siebziger Jahre in Shanghai entwickelt wurde, wie folgt darstellen:



Die Krankenhäuser der verschiedenen Ebenen sind jeweils für ein bestimmtes Gebiet zuständig. Ihnen obliegen der Aufbau untergeordneter Einrichtungen, die Ausbildung von psychiatrischem Personal in den ihnen untergeordneten Einrichtungen, die Planung der Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsarbeit sowie die Gewährleistung der Versorgung aller psychisch Kranker des jeweiligen Gebiets. Ziel ist, die Patienten auf möglichst unterer Ebene zu behandeln und die Versorgung rekonvaleszenter und chronischer Patienten in die Familien auszulagern, um so die Einrichtungen mit relativ guter Ausstattung und mit relativ hoch qualifiziertem Personal möglichst effektiv einzusetzen und von Arbeit zu entlasten, für die solche Qualifikationen nicht unbedingt erforderlich sind. Schwer behandelbare Patienten werden von unten nach oben überwiesen.

Die außerklinische Arbeit im großstädtischen Bereich, in Industrie und Bergbau ist von den Prinzipien der „Integration der Drei“ und der „Sicherstellung der Drei“ geleitet. Die „Integration der Drei“ bedeutet die Zusammenarbeit von psychiatrischen Krankenhäusern, den Gesundheitseinrichtungen der Arbeitsstätte und/oder der Nachbarschaften (gegebenenfalls der Arbeitskollegen und Nachbarn) und den Familienangehörigen. Bevor ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird, wird dieser Personenkreis vom Krankenhaus mit den relevanten Informationen über den Patienten vertraut gemacht, Verhaltensmaßregeln gegeben und die weiteren Behandlungsmaßnahmen vorgestellt. Mit der „Sicherstellung der Drei“ soll Problemen im privaten Bereich und bezüglich der Einstellung zur Krankheit, Problemen im Arbeitsbereich und Problemen bei der weiteren medizinischen Behandlung vorgebeugt werden, oder sie sollen möglichst frühzeitig erkannt und beseitigt werden. Ziel dieser Maßnahmen ist primär die Rückfallprävention durch Unterstützung und Kontrolle (etwa der Medikamentenein-

nahme) der Patienten durch ihr soziales Umfeld.^[115:150-155]

Diese Versorgungsstruktur, die die Entsendung von Spezialistenteams ersetzen sollte, befindet sich noch im Aufbau und wurde bisher nur in einigen Gebieten, wie Beijing, Shanghai, Nanjing, Tianjin, Yantai, Shenyang und Hangzhou, verwirklicht. Gleichzeitig ist als Folge der Wirtschaftsreform der Unterbau der dreistufigen Versorgungsstruktur zum Großteil weggebrochen.

Um psychiatrische Versorgung auch in Regionen zu gewährleisten, die bisher über kein psychiatrisches Krankenhaus verfügen, war schon während des Großen Sprungs die Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern gefordert worden. Anfang der achtziger Jahre wurde dann auch tatsächlich mit der Umsetzung dieser Forderung begonnen. Allgemeinkrankenhäuser sind auch ohne psychiatrische Abteilungen häufig erste „Anlaufstelle“ für Patienten mit psychischen Störungen, auch wenn ein psychiatrisches Krankenhaus in der näheren Umgebung vorhanden ist. In ihnen werden die Fälle diagnostiziert und behandelt, und erst dann an ein psychiatrisches Krankenhaus überwiesen, wenn die Behandlung fehlschlägt, obwohl die meisten Allgemeinkrankenhäuser kaum über Ärzte mit psychiatrischem Grundwissen verfügen. Diagnostizierte Neurotiker verbleiben zum Großteil zur Behandlung in Allgemeinkrankenhäusern, Neurosen mit überwiegend somatischer Symptomatik werden häufig nicht als solche erkannt, andererseits aber zum Teil selbst Psychosen als Neurosen fehldiagnostiziert.^[116] Neben der Beseitigung solcher Mißstände sollen die psychiatrischen Abteilungen aber auch der beschleunigten Durchsetzung der durch die Zusammenarbeit mit der WHO gewandelten Vorstellung von Krankheit als bio-psycho-soziales Phänomen dienen. Ihre Aufgabe besteht hier, neben der Behandlung psychosomatischer Krankheiten, in der Mitwirkung an der Behandlung auch von angeblich „rein biologischen Krankheiten“, bei denen aber psychosoziale Faktoren nicht auszuschließen sind, und in der Sorge um psychische Probleme als Folge von physischen Krankheiten.^[124] Bisher ist allerdings der Versuch, die Allgemeinkrankenhäuser in die psychiatrische Versorgung einzubeziehen, nicht sehr weit gediehen. In der Provinz Sichuan beispielsweise waren 1988 nur an 10 von 204 Kreiskrankenhäusern Betten für psychiatrische Patienten vorhanden.^[77] Dazu mögen auch die Vorurteile sowohl der Patienten als auch der Ärzte anderer Abteilungen gegenüber der Psychiatrie beigetragen haben.

Unabhängig von den Einrichtungen der dreistufigen Versorgungsstruktur sind in vielen mittleren und großen Städten psychiatrische Asyle bzw. Sanatorien vorhanden, in die chronische Patienten langfristig aufgenommen werden, falls weder Familie noch Nachbarschaft für sie sorgen können.^[61] Sie sind entweder Großbetrieben und Staatsindustrien angegliedert oder unterstehen den Büros für Zivilverwaltung.

Als dritte staatliche Instanz betreiben die Büros für öffentliche Sicherheit geschlossene Anstalten für straffällig gewordene psychisch Kranke („psychiatrische Sicherungsanstalten“, seit 1987 „Sicherheits- und Gesundheitskrankenhäuser“). 1998 bestanden 20 solcher Einrich-

tungen in 17 Provinzen, autonomen Gebieten und regierungsunmittelbaren Städten, 12 Provinzen verfügten noch über keine entsprechende Einrichtung. Zwischen 1988 und 1998 wurden 75.000 Aufnahmen vorgenommen und 24.000 psychiatrische Gutachten erstellt.^[105] Für die meisten Sicherheits- und Gesundheitskrankenhäuser bestehen ähnliche Probleme wie für die psychiatrischen Krankenhäuser, häufig allerdings in verschärfter Form: Sie liegen meist weit von den zugehörigen Städten entfernt; ihre Finanzierung ist unzureichend, da sie keinen formalen Status als Institution im Bereich der öffentlichen Sicherheit besitzen; als Folge davon ist die bauliche und medizinische Ausstattung oft primitiv und befindet sich zum Teil auf dem Niveau von Gemeindeförsitälern; daraus ergibt sich auch, daß die Entlohnung des Personals unzureichend und mit dieser Arbeit ein geringer gesellschaftlicher Status verbunden ist, so daß akuter Personalmangel besteht, Absolventen medizinischer Schulen und Hochschulen nicht bereit sind, in Sicherungsanstalten zu arbeiten, und generell die fachliche Kompetenz des medizinischen Personals ungenügend ist.^[102] Daneben bestehen aber auch Einrichtungen wie die Sicherungsanstalten in Beijing und Tianjin, die zumindest in China einen sehr guten Ruf haben.

Eine weitere Neuerung der achtziger Jahre ist die psychologische Beratung. Die erste Beratungsstelle wurde 1979 im *Neuropsychiatrischen Krankenhaus Fuzhou* eingerichtet. Sie beschäftigte sich jedoch hauptsächlich mit rekonvaleszenten psychiatrischen Patienten, um sie auf die Rückkehr ins „normale“ Leben vorzubereiten und damit Rückfällen vorzubeugen. Kurze Zeit später wurden auch in Shanghai, Beijing usw. ähnliche ambulante Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern eingerichtet. Die erste psychologische Beratungsstelle, die sich nicht nur an psychiatrische Patienten wandte, wurde Anfang 1982 im 1. Krankenhaus der *Medizinischen Hochschule Xi'an* gegründet. Im März 1983 wurde am 3. Krankenhaus der *Sun Yatsen-Universität für Medizin* in Guangzhou eine ähnliche Stelle eingerichtet, die erstmals auch briefliche Beratung durchführte. Die Erfahrungen der letztgenannten Einrichtung wurden auf der 3. Nationalen Konferenz für medizinische Psychologie in Hangzhou im November 1983 vorgestellt und erregten großes Interesse bei den Delegierten. Auf der 2. Nationalen Konferenz für geistige Gesundheitsarbeit im Oktober 1986 forderte der stellvertretende Gesundheitsminister He Jiesheng in seinem zusammenfassenden Bericht, daß jede Provinz, autonome Region und direkt der Zentrale unterstellte Stadt im Verlauf des Jahres 1987 jeweils ein bis zwei Krankenhäuser auswählt, um Erfahrungen zu gewinnen, und danach diesen Bereich schrittweise ausweitet.^[159:163] Zu diesem Zweck wurden Anfang 1987 in Guangzhou auf Provinzebene und kurze Zeit später auf nationaler Ebene in Beijing Lehrgänge für psychologische Beratung abgehalten. Im August 1987 wurde in Tianjin unter Leitung von Chen Zhongshun mit telefonischer Beratung begonnen, nach und nach ein 24 Stunden-Dienst eingerichtet sowie begleitend für soziale Unterstützung und persönliche Beratung gesorgt. Das *Chinesische Forschungsinstitut für Gesundheit* und das *Forschungsinstitut für Fitness und Schönheit* in Beijing richteten im Juli 1989 ebenfalls einen solchen Dienst ein.^[76] Inzwischen

wurden ähnliche Einrichtungen auch in Shanghai, Guangzhou, Nanjing, Hangzhou usw. geschaffen. Psychologische Beratungsstellen sind inzwischen auch in mittelgroßen Städten zu finden, zum Teil aber eher auf Amateur-Niveau. Bis 1990 gab es über 100 Beratungsstellen in Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Einrichtungen.^[159:163-164] Daneben wurden in zahlreichen Universitäten Beratungsstellen und Kurse zur Einführung in die Medizin unter besonderer Berücksichtigung der geistigen Gesundheit eingerichtet. Bis Ende 1986 wurde an über 30 Hochschulen mit der geistigen Gesundheitsarbeit begonnen. Neben den bereits angesprochenen Beratungsstellen in Allgemeinkrankenhäusern, psychiatrischen Krankenhäusern oder eigenständigen Einrichtungen, brieflicher oder telefonischer Beratung wird psychologische Beratung auch bei Vor-Ort-Aktionen, als Leserberatung in Zeitschriften, in allgemeiner Form in Massenmedien und wenn nötig auch bei Hausbesuchen durchgeführt.

Ambulante wie telefonische Beratung werden primär von Jugendlichen und jungen Erwachsenen genutzt. Beratungsstellen in psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern ist ein hoher Anteil von Neurosen (41,4% - 73,3%) sowie ein geringer Anteil von psychosomatischen Krankheiten und einfacher Beratung bei psychosozialen Problemen (3,7% - 12,5%) gemeinsam. Bei Beratungsstellen in psychiatrischen Krankenhäusern findet sich ein hoher Anteil von Psychosen. Zhao Gengyuan und Huang Duoxiang^[159] erklären dies damit, daß medizinisch-psychologische Kenntnisse in der Bevölkerung nur wenig verbreitet seien und Personen mit psychosozialen Problemen erst dann ein Krankenhaus bzw. die sich dort befindende Beratungsstelle aufsuchten, wenn sich ihre Probleme somatisiert und sie somit das Gefühl hätten, (physisch) krank zu sein. Daraus leiten sie ab, daß sich die psychologische Beratung chinesischer Prägung nicht wie im Westen primär an (mehr oder weniger) psychisch Gesunde mit psychosozialen Problemen wendet, sondern vorwiegend mit psychiatrischen Fällen zu tun hat, weshalb auch psychiatrische Diagnostik, Psychotherapie und in gewissem Umfang auch medikamentöse Therapie zu den wesentlichen Aufgaben gehören. Allerdings zeigen die Statistiken vor allem für telefonische Beratung ein anderes Bild. Hier stehen eindeutig psychosoziale Probleme im Vordergrund, und auch die Vielzahl an populärwissenschaftlichen Ratgebern zu psychischen Problemen der Kindheit, Jugend und des Alters, zu Sexualfragen und auch direkt zu psychischen Krankheiten zeigen, daß hier sehr wohl ein Bedarf für Beratung besteht. Es ist also wohl eher eine Frage davon, wo sich eine solche Beratungsstelle befindet, und weniger eine Frage des chinesischen Volkscharakters oder der Bildung der Bevölkerung. Im übrigen haben Beratungsstellen in Allgemeinkrankenhäusern nicht nur Schwierigkeiten mit mangelnden Kenntnissen in der Bevölkerung: Ärzte haben oft eine biologische Einstellung und glauben nicht an die Wirksamkeit von Beratung und Psychotherapie, setzen sie teilweise sogar mit ideologischer Erziehung gleich.^[128] Psychosoziale Beratung findet deshalb eher in eigenständigen Beratungsstellen und telefonisch statt. Beispielsweise gehören zu den Aufgaben des *Zentrums zur Anleitung zu psychischer und verhaltensmäßiger Gesundheit* in Beijing die Beratung bei psychischen Gefährdungen der Jugendzeit,

Berufswahl, Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, Neurosen, psychosexuellen Problemen (sexuelle Aufklärung von Jugendlichen, funktionelle Sexualstörungen, sexuelle Abweichung), Problemen in Liebe, Ehe und Familie, Familienerziehung (Sexualerziehung, Erziehungsprobleme, soziale Anpassung, Gesundheitsfürsorge, Persönlichkeitsstörungen, psychische Gesundheitsfürsorge bei Alten, Schlafstörungen usw.) und Einstellungstests für Unternehmen und öffentliche Einrichtungen. Die Statistik der „Hotline der Hoffnung“ in Beijing, nach der von den 3.214 Anrufen im ersten halben Jahr nach seiner Gründung knapp 400 aus 25 anderen Provinzen, autonomen Regionen und Städten kamen, weist ferner nicht nur allgemein auf einen großen Bedarf an psychosozialer Beratung, sondern auch auf einen großen Bedarf an anonymer Beratung hin.^[76] Die steigende Bedeutung der psychologischen Beratung dokumentierte sich in den letzten Jahren auch in einer Reihe von Konferenzen und der Einrichtung eines Ausschusses für Psychotherapie und psychologische Beratung durch die *Chinesische Gesellschaft für geistige Gesundheit* Anfang 1990.

Eine letzte Neuerung im staatlichen Bereich stellt die Gründung von „Behandlungs- und Rehabilitationszentren für Drogenabhängigkeit“ in den Kreiskrankenhäusern Ruili und Lancang sowie in Kunming (Yunnan) und des „Chinesischen Behandlungszentrums für Drogenabhängigkeit“ im *Anding-Krankenhaus* Beijing im August 1988 dar,^[36:28] die Ausdruck der zunehmenden Besorgnis über die im Vergleich zu den sechziger und siebziger Jahren stark steigende Zahl von Drogenabhängigen sind.

Trotz des permanenten Ausbaus der psychiatrischen Versorgung waren im Jahr 1978 lediglich mehr als 300 psychiatrische Oberärzte, mehr als 1.800 Anstaltsärzte, etwa 700 Ärzte mittleren Ausbildungsniveaus und über 6.000 Personen Pflegepersonal in insgesamt 270 psychiatrischen Einrichtungen tätig. Nach der selben Statistik betrug die Kapazität in den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und in psychiatrischen Krankenhäusern über 40.000 Betten, in den psychiatrischen Sanatorien und Asylen über 8.800 Betten und in Gemeindekrankenhäusern (bis als 1982 Kommunekrankenhäuser bezeichnet) und anderen Einrichtungen der untersten Versorgungsebene weniger als 2.000 einfach ausgestattete Krankenbetten.^[71:29] Nach neueren Angaben für das Jahr 1999 gibt es inzwischen zwar 575 psychiatrische Krankenhäuser verschiedener Kategorien mit 110.000 Betten, 13.000 psychiatrischem Ärzten und insgesamt 77.000 psychiatrischem Personal,^[144] ist damit aber immer noch weit von dem Ziel entfernt, daß in jedem Kreis bzw. Distrikt einer Großstadt zumindest ein Krankenhaus vorhanden ist. Im Vergleich mit der Bundesrepublik Deutschland wird die krasse Unterversorgung deutlich. Legt man für die VRCh die Zahlen von 1989 und die Ergebnisse der Volkszählung von 1982 (1,008 Mrd. Menschen) zugrunde, dann steht in der VRCh ein Bett für 8.836 Personen, in der BRD nach dem Bericht der Enquête-Kommission ein Bett für 496 Personen zur Verfügung. Ähnlich verhält es sich mit den in der Psychiatrie tätigen Ärzten. Da es in der VRCh keine niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und kaum klinische Psychologen gibt, ist ein Krankenhausarzt für die psychologische und psychiatrische

Versorgung von ungefähr 37.719 Personen zuständig. Berücksichtigt man nur die in der nationalen epidemiologischen Untersuchung von 1982 ermittelte Momentanprävalenz von „Psychosen“ (6,97%), die etwa 90% der Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern ausmachen, so ergibt sich daraus für die VRCh ein Krankenstand von 7.025.760 Personen. Bezogen auf die Anzahl der Betten und Ärzte, steht ein Bett für 138 „psychotische“ Patienten zur Verfügung, muß ein Arzt 2.509 Patienten versorgen. Zu dieser generellen Unterversorgung kommt die regional unterschiedliche Verteilung psychiatrischer Krankenhäuser, die teils historische Gründe hat, teils auf fehlende Planung auf nationaler und Provinzebene zurückzuführen ist. Die wohlhabenderen Küstenregionen verfügen im allgemeinen über mehr psychiatrische Einrichtungen als die Inlandsprovinzen, die direkt der Zentrale unterstellten Städte über mehr als die Provinzen und autonomen Regionen. So stehen Shanghai, Beijing und Tianjin mit 46, 36 bzw. 33 Betten pro 100.000 Einwohnern an der Spitze, während Gansu und Ningxia über lediglich 3 Betten pro 100.000 Einwohnern verfügen und für die 21,2 Mio. Einwohner Tibets nach wie vor kein einziges psychiatrisches Krankenhaus vorhanden ist. Diese ungleichmäßige Verteilung ist aber auch innerhalb der Provinzen anzutreffen, wo dem Überangebot an psychiatrischen Einrichtungen in einer Region die Unterversorgung in einer anderen gegenübersteht. Hinzu kommt, daß sich diese Einrichtungen hauptsächlich in Großstädten befinden, so daß der Landbevölkerung, das heißt etwa 80% der Gesamtbevölkerung, aus Gründen rein räumlicher Entfernung weitgehend der Zugang zu psychiatrischer Versorgung versperrt ist. Aber auch für Stadtbewohner ist es oft schwierig, als Hilfesuchende oder Angehörige von Patienten in die psychiatrischen Krankenhäuser zu gelangen, da die meisten Krankenhäuser zwanzig bis hundert Kilometer von den Städten entfernt sind.^[150] Als Folge können die meisten Patienten nur einmal im Monat Besuch von ihren Familienangehörigen erhalten, was für die Familienangehörigen zudem mit hohen finanziellen Opfern verbunden ist.^[77] Einige Krankenhäuser haben daraus schon die Konsequenz gezogen und sind in die Stadtgebiete umgezogen.^[150] Nach dem Untersuchungsbericht der WHO aus dem Jahr 1988 besteht ein weiteres Problem in der langen Hospitalisierungsdauer der Patienten. Sie werden häufig erst nach Remission der positiven Symptome, teils sogar erst nach Wiedererlangung der Einsicht, entlassen, da die meisten Gemeinden, Betriebe und Familienangehörigen vorher nicht bereit sind, sie wieder aufzunehmen. Ein Grund hierfür besteht auch in den zum Teil bedrängten Wohnverhältnissen in den Städten, die eine Rückkehr der noch nicht völlig genesenen Patienten zu einer großen Belastung für die Familie machen oder die bei langjährig Hospitalisierten auch bei völliger Genesung eine Rückkehr unmöglich machen, da der Wohnraum inzwischen anderweitig vergeben ist. Nach der Entlassung findet häufig kaum noch ein Kontakt zwischen Krankenhaus und Patienten statt, und die Patienten und Familienangehörigen bleiben sich selbst überlassen.^[77] Durch die mangelnde Kapazität psychiatrischer Einrichtungen irrt ein Teil der Patienten in den Städten umher, wodurch der Gesellschaft immer wieder Schaden entsteht.^[24]

Aus der Erkenntnis, daß der Staat alleine nicht in der Lage ist, die nicht nur in der Psychiatrie herrschende Unterversorgung der Bevölkerung zu beseitigen, wurde in den achtziger Jahren auch der Privatinitiative Raum in der medizinischen Versorgung gegeben. Seit 1980 können Ärzte, Hebammen und Zahnärzte, die - aus welchen Gründen auch immer - nicht in staatlichen oder kollektiven medizinischen Einrichtungen arbeiten oder bereits pensioniert sind, Lizenzen für die Eröffnung einer Privatpraxis beantragen, die allerdings nur bei „öffentlichem Interesse“ genehmigt werden. Durch die neue Politik der „Reform der Gesundheitsarbeit“ wurden ab 1985 auch nicht-staatliche Krankenhäuser zugelassen, die sich selbst finanzieren, dafür aber auch Gewinne (abzüglich Steuern) nicht an den Staat abführen müssen. Solche Krankenhäuser (oder auch nur zusätzliche Betten in einem bestehenden Krankenhaus) können von staatlichen Einrichtungen (Krankenhäusern, Betrieben usw.), Verwaltungsorganen unterer Ebene (Gemeinden, Nachbarschaften) oder Privatpersonen gegründet oder als Gemeinschaftsunternehmen der vorgenannten Gruppen betrieben werden.^[108] Die daraufhin entstandenen nicht-staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser konzentrieren sich hauptsächlich auf die Aufnahme von chronischen Patienten mit stabilem Krankheitszustand und entlasten damit die bestehenden staatlichen Einrichtungen. 1988 gab es allein in Shanghai einundzwanzig dieser Einrichtungen („Rehabilitationsstationen“) mit insgesamt 2.500 Betten (29,4% der Gesamtbettenkapazität).^[129]

Allerdings brachte die Diversifizierung bei den Betreibern psychiatrischer Einrichtungen auch Probleme mit sich. Für die staatlichen Einrichtungen gibt es weder national noch in den meisten Provinzen eine einheitliche Planung und Kooperation zwischen den von Gesundheitsbüros, Büros für Zivilverwaltung und öffentliche Sicherheit geleiteten Krankenhäusern und Sanatorien. Zwar wurde nach einer vorbereitenden Konferenz im Juli 1985 die interministerielle Nationale Koordinierungsgruppe für geistige Gesundheit nach dem Shanghaier Modell (ergänzt durch das Erziehungs- und Justizministerium) ins Leben zu rufen, und im Oktober 1986 wurden auf der 2. Nationalen Arbeitskonferenz für geistige Gesundheit solche Ausschüsse auch auf Provinzebene gefordert, ihr Wirken ist bisher allerdings noch kaum spürbar. Noch gravierender sind die Probleme bei den nicht-staatlichen Krankenhäusern. Mit ihrer Zulassung ist psychiatrische Versorgung zu einer Ware geworden, die lukrative Einkünfte verspricht, und da es für diese Einrichtungen noch keine ausreichenden gesetzlichen Regelungen und Kontrollmechanismen gibt, sind Mißstände unvermeidlich: Die Betreiber solcher Krankenhäuser verfügen zum Teil nicht über die erforderlichen Kenntnisse,^[9] neben einer geringen Anzahl pensionierter Psychiater besteht das medizinische und pflegerische Personal aus Basisgesundheitsarbeitern und Ärzten anderer Fachrichtungen, die ohne fundierte Ausbildung praktizieren.^[148] Offensichtlich haben selbst arbeitslose Arbeiter und Bauern Krankenhäuser gegründet. Die Folge davon ist, daß insbesondere ersterkrankte Patienten fehldiagnostiziert und dementsprechend fehlbehandelt werden, Medikamente zu niedrig oder zu hoch dosiert werden, die medikamentöse Behandlung nicht lange genug aufrechterhalten wird oder

zu viele Medikamente miteinander kombiniert werden.^[148] In diesem Zusammenhang wird der zuständigen Bürokratie vorgeworfen, daß sie keinen Handlungsbedarf sieht, solange die Patienten nur „verwahrt sind und nicht sterben, leben und keine Unordnung stiften.“^[9:3] Ein anderes Problem besteht in der fehlenden staatlich festgelegten Gebührenordnung, die die Betreiber einiger Krankenhäuser dazu veranlaßt hat, völlig überhöhte Gebühren zu verlangen.^[9] Schließlich haben die nicht-staatlichen Krankenhäuser in einigen Ballungszentren so zugenommen, daß aus der Unterversorgung eine Überversorgung geworden ist und selbst renommierte staatliche Einrichtungen sich gezwungen sehen, für sich Werbung zu machen und auf die zum Teil katastrophalen Zustände in nicht-staatlichen Krankenhäusern hinzuweisen.

Ein anderes Problem der Krankenhäuser im staatlichen Bereich besteht in der allgemeinen Finanzierung und der Bemessungsgrundlage der Finanzierung. Seit Beginn der achtziger Jahre bemühen sich mehr und mehr psychiatrische Krankenhäuser, im Vorfeld der traditionellen psychiatrischen Arbeit tätig zu werden (psychologische Beratung, präventive „Gemeindearbeit für geistige Gesundheit“). Die psychiatrischen Krankenhäuser tragen diese Dienste weitgehend eigenverantwortlich und werden dafür bisher nicht ausreichend finanziell von den Behörden unterstützt. Die Praxis der Verwaltung, die Zahlungen an psychiatrische Krankenhäuser nach der Zahl der ambulant behandelten Patienten und der Zahl der stationären Betten zu bemessen, entmutigt vielmehr psychiatrische Krankenhäuser, im Sinne der „regulären“ psychiatrischen Arbeit präventive Maßnahmen zu ergreifen, da sie damit nur ihre eigenen Einkünfte verringern.^[150] Insgesamt besteht das Problem, daß von amtlicher Seite der psychiatrischen Arbeit nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt wird und sie vielfach nur provisorisch oder mit Sondermitteln finanziert wird.^[9]

Ein weiterer Problembereich betrifft Quantität und Qualität der Lehre von Psychiatrie in der medizinischen Ausbildung sowie Quantität und Qualität der vorhandenen Psychiater. Nach dem Stand des Jahres 1988 werden nur an einem Drittel der 117 medizinischen Hochschulen Chinas Kurse in psychologischer Medizin angeboten, die Unterrichtsdauer beträgt lediglich 36 Stunden.^[77] Nur an elf medizinischen Hochschulen bestehen Lehr- und Forschungsabteilungen für psychologische Medizin.^[24] Zwischen 1987 und 1990 hat sich die Zahl der Psychiater durch zugewiesene Hochschulabsolventen zwar fast verdoppelt, dennoch ist in den meisten psychiatrischen Krankenhäusern ein deutlicher Mangel an qualifiziertem Personal spürbar. Für diese Situation lassen sich verschiedene Ursachen ausmachen:

1. Die „alte Garde“ der noch in der Republikzeit oder in den fünfziger und sechziger Jahren ausgebildeten hochqualifizierten Psychiater mit langjähriger Berufserfahrung befindet sich bereits im Ruhestand oder erreicht in absehbarer Zeit das Rentenalter oder hat Posten im administrativen Bereich übernommen und steht somit weder für die Lehre der psychologischen Medizin bzw. Psychiatrie an medizinischen Hochschulen noch für die Ausbildung angehender Psychiater in psychiatrischen Krankenhäusern zur Verfügung.

2. Vor den 80er Jahren stellten Psychiater, die nicht an einer medizinischen Universität

studiert hatten, die Mehrheit. Danach hat die Zahl der gut ausgebildeten Psychiater ständig zugenommen, es fehlt ihnen aber die klinische Erfahrung. Die älteren Ärzte verfügen zwar über Erfahrung, sie sind aber oft nicht auf dem Stand der Wissenschaft.

3. Die Leitung der Krankenhäuser ist häufig wenig an der Aus- und Weiterbildung ihrer Psychiater interessiert, da entsprechende Zentren nur in wenigen Städten vorhanden sind, Psychiater während der Weiterbildung somit für ihre Krankenhäuser nicht verfügbar sind. Die Krankenhäuser stellen deshalb häufig für diesen Zeitraum die Zahlung von Prämien, die einen wesentlichen Anteil des Gehalts ausmachen, ganz oder teilweise ein. Außerdem werden die bisher vorhandenen Aus- und Weiterbildungszentren dem Bedarf nicht gerecht.

4. Auch beim medizinischen Personal besteht ein regionales Ungleichgewicht: Während in einzelnen Regionen ein akuter Mangel besteht, sind gleichzeitig Hochschulabsolventen in psychologischer Medizin in anderen Regionen kaum zu vermitteln und müssen den Beruf zu wechseln.^{[9][150]}

Um neben der psychiatrischen Versorgung auch Lehre und Gesetzgebung auf nationaler Ebene interministeriell zu koordinieren, wurde deshalb 1985 auf einer Konferenz die Gründung der *Nationalen Koordinierungsgruppe für geistige Gesundheit* beschlossen und die *Nationale Beratungskommission für geistige Gesundheit* mit Fachgruppen für Prävention und Behandlung psychischer Krankheiten, Lehre von geistiger Gesundheit, geistige Gesundheit bei Kindern, geistige Gesundheit bei Alten, forensische Psychiatrie, psychosoziale Faktoren und geistige Gesundheit und Prävention sowie Behandlung von Epilepsie und Hirntraumas unter Leitung von Shen Yucun als Interessenvertretung der Psychiater gegründet. Seither finden alle zwei Jahre gemeinsame Konferenzen der beteiligten Ministerien statt. Erstes Ergebnis dieser Zusammenarbeit war die Erstellung eines gemeinsamen Papiers im April 1987, in dem ein düsteres Bild der psychiatrischen Versorgung in China gezeichnet wurde. Danach hat die staatliche Vernachlässigung der Psychiatrie dazu geführt, daß durchschnittlich für 1000 psychisch Kranke nur 6 Betten zur Verfügung stehen, 80% der Patienten keine Behandlung erhalten und mehr als 95% der Patienten nicht in ein Krankenhaus aufgenommen werden können, daß es durchschnittlich für 10.000 psychisch Kranke nur 6 Psychiater gibt und die fachliche Qualifikation des Personals in psychiatrischen Krankenhäusern mangelhaft ist. Zur Verbesserung der Situation wurden folgende Vorschläge gemacht: 1. Koordinierung und Leitung der Arbeit durch gemeinsame Ausschüsse der Regierungsstellen; 2. Aufnahme der geistigen Gesundheitsarbeit in die Kategorie des Aufbaus der sozialistischen geistigen Zivilisation (d.h. Aufnahme in den zentralen Aufgabenkatalog der Regierung); 3. Entwicklung vielfältiger Möglichkeiten der Ausbildung von Fachpersonal, vernünftige Regelungen für Beförderung und Entlohnung, Verstärkung der Forschung; 4. Ausarbeitung von Gesetzen für geistige Gesundheit, von gesetzlichen Regelungen für die Begutachtung und die Aufsichts- und Behandlungsarbeit, Einrichtung von geschlossenen Anstalten durch die Büros für öffentliche Sicherheit und von gemeinsamen Ausschüssen für forensische Begutachtung durch die Mini-

sterien für Justiz und Gesundheit; 5. Lockerung gesetzlicher Bestimmungen für geistige Gesundheitsarbeit (beispielsweise Steuerbefreiung für beschützte Betriebe und Werkstätten); 6. Popularisierung von Kenntnissen über geistige Gesundheit.^[24] In all diesen Bereichen werden nur langsam Fortschritte gemacht. Beispiel dafür sind die geforderten gesetzlichen Regelungen: Bisher wurden nur die „Verwaltungsmaßnahmen bei Psychopharmaka“ (November 1988) und die „forensisch-psychiatrischen Bestimmungen“ (Juli 1989) verabschiedet; ein umfassendes Gesetz für geistige Gesundheit, „Bestimmungen für Psychotherapeuten und psychologische Berater im Gesundheitssystem“ und „Fach-ethische Normen bei psychologischer Beratung und Therapie“ sind in Vorbereitung. Und so mußte der stellvertretende Gesundheitsminister Gu Yingqi 1991 auf der 4. Nationalen gemeinsamen Konferenz für geistige Gesundheitsarbeit als Resümee der Arbeit während des 7. Fünfjahresplanes (1986-1990) feststellen, daß die grundsätzlichen Probleme weiterbestehen.^[153] Trotz aller guter Vorsätze sind offensichtlich die zuständigen Behörden nur widerstrebend bereit, mehr Geld für die psychiatrische Versorgung aufzuwenden und die alleinige Verfügungsgewalt in ihrem Segment der Psychiatrie aufzugeben.

Grundsätzlich besteht das Hauptproblem in der psychiatrischen Versorgung in der auch für andere Bereiche der Verwaltung durchaus typischen Aufsplitterung der Zuständigkeiten zwischen mehreren Ministerien: Das Gesundheitsministerium bzw. die Gesundheitsbüros der untergeordneten Ebenen sind für allgemeine psychiatrische Krankenhäuser zuständig, das Ministerium (bzw. die Büros) für öffentliche Sicherheit für psychiatrische Sicherungsanstalten und das Ministerium für Zivilverwaltung für psychiatrische Sanatorien. Die schon seit 1958 immer wieder geforderte Zusammenarbeit zwischen diesen Regierungsorganen findet nach wie vor nur im Ausnahmefall statt. Gleiches gilt für Gesundheitsbüros auf gleicher Verwaltungsebene. Die psychiatrische Versorgung wird im Normalfall weder auf nationaler noch auf Provinzebene geplant oder wenigstens koordiniert. Dadurch kommt es zu großen Unterschieden in der Bettenzahl relativ zur Gesamtbevölkerung zwischen einzelnen Provinzen, sogar zwischen einzelnen Kreisen einer Provinz. Die auch im Vergleich zu anderen Krankenhäusern gleicher Ebene unzureichende finanzielle Unterstützung psychiatrischer Krankenhäuser hat dazu geführt, daß sich die bestehenden Einrichtungen oft in schlechtem baulichen Zustand befinden und ihre medizinische Ausstattung primitiv ist.

7.5 Therapie

7.5.1 Somatische Therapien

Ebenso wie bei der Ausarbeitung diagnostischer Kriterien beschäftigte sich die Forschung in der ersten Hälfte der achtziger Jahre zunächst schwerpunktmäßig mit Schizophrenie, dann mit manisch-depressiver Krankheit und schließlich mit Neurosen. Dadurch und durch die sich nur allmählich wandelnde politische Situation, die noch dazu eine Unsicherheit über die Grenzen

politisch erlaubter Forschung erzeugte,^[9:5] beschäftigte sich die Therapieforschung fast nur mit Psychopharmaka und knüpfte dabei an Tendenzen vor der Kulturrevolution an, die nach mehr als zehnjähriger Unterdrückung nun wieder zum Vorschein kamen. Die Kontinuität ging dabei zum Teil so weit, daß Forschungsprojekte aus den späten fünfziger und frühen sechziger Jahren wieder aufgenommen wurden. Die Forschung in diesem Bereich konzentriert sich auf die Auswahl von im Ausland bereits gebräuchlichen Medikamenten mit weniger schweren Nebenwirkungen, von Medikamenten, mit denen bislang therapieresistente Fälle behandelt werden können, und von Depotpräparaten, mit denen die Rückfallquote bei entlassenen Patienten reduziert werden soll, und auf die Überprüfung erstmals in der VRCh hergestellter Medikamente. Dementsprechend wurden auch in der Praxis fast ausschließlich Psychopharmaka verwandt. Insulin- und Elektroschockbehandlung wurden ebenso rehabilitiert wie stereotaktische Operationen und gehören seither wieder zum akzeptierten therapeutischen Instrumentarium, wenn auch beschränkt auf schwere, anderweitig therapieresistente Fälle.^[115:120-131]

Lithiumtherapie, die bereits zu Beginn der sechziger Jahre eingeführt worden war, wurde nach einer Umfrage aus dem Jahr 1980 lediglich in 58% der psychiatrischen Krankenhäuser angewandt. Als Indikationen für die Lithiumtherapie wurden von den Anwendern Manie (100% der Befragten), Depression (28,6%), schizoaffektive Psychose (82,9%) und Schizophrenie mit erhöhter psychomotorischer Aktivität (42,9%) genannt; zur Rückfallprophylaxe wurde Lithium nur bei 37,1% eingesetzt. Laboreinrichtungen zur Vornahme der notwendigen serologischen Untersuchungen waren nur in 31,4% der entsprechenden psychiatrischen Krankenhäuser vorhanden; dennoch wurde die Zahl der Vergiftungen als gering angegeben. Als Gründe für die Nichtanwendung wurden die Seltenheit von Manie (80%), Furcht vor der Toxizität (88%) und unzureichende Laboreinrichtungen (92%) angeführt.^[135]

Diese Untersuchung wies auf zwei grundlegende Probleme in der Psychopharmakabehandlung hin: In den meisten psychiatrischen Krankenhäusern fehlten die nicht nur für die Lithiumtherapie notwendigen Laboreinrichtungen, und es fehlt am notwendigen Wissen über die Indikation der jeweiligen Psychopharmaka. In diesem Sinne wurde etwa auf dem Symposium für Schizophrenie im Jahr 1981 „die gegenwärtig in vielen Regionen auftretende schädliche Tendenz diskutiert, im Streben nach schnellen Erfolgen in Situationen, in denen eine andere Indikation fehlt, Medikamente in hohen Dosierungen und in Kombination zu verwenden [...]“.^[125]

1986 wurde die Umfrage zur Lithiumtherapie in chinesischen Krankenhäusern wiederholt. Dabei zeigte es sich, daß inzwischen in 87% der sich beteiligenden Einrichtungen Lithiumtherapie verwandt wurde. Die Autoren führten diese Entwicklung hauptsächlich auf eine verbesserte Information über Lithium und eine veränderte Konzeption der manisch-depressiven Krankheit und eine dadurch bedingte Steigerung ihrer Diagnose zurück. Sie wiesen aber andererseits auch darauf hin, daß immerhin noch 13% der Krankenhäuser keine Lithiumtherapie und auch in den übrigen 87% nicht alle oder auch nur einige Psychiater Lithium verwandten.

Eine weitere Verbreitung hängt aber nicht nur von der Psychiatrie ab. Während Neuroleptika problemlos überall erhältlich sind, müssen Patienten aus dem ländlichen Raum zum Teil Hunderte von Kilometern fahren, um ihre Lithium-Rezepte einzulösen. Ein weiteres Problem besteht in dem gegenüber Neuroleptika hohen Preis von Lithium, den die nicht krankenversicherte Landbevölkerung selbst aufbringen muß.^[91]

Veränderungen sind auch in der Bewertung der traditionellen chinesischen Medizin feststellbar. Waren deren Behandlungsmethoden insbesondere seit der Kulturrevolution gewissermaßen als „Allheilmittel“ gepriesen und vor allem Akupunktur selbst bei schweren Psychosen wie Schizophrenie als Hauptbehandlungsmethode verwandt worden,^[37:131-134] so werden sie heute meist nur noch bei Neurasthenie und Hysterie als auch mögliche Behandlungsmethoden genannt.^[115:159] Dennoch wird nicht ausgeschlossen, daß die traditionelle Medizin bei sorgfältiger wissenschaftlicher Erforschung noch einen Beitrag zur modernen Psychiatrie liefern kann.

7.5.2 Psychotherapie

Zu Beginn der achtziger Jahre bestand die Zielsetzung von führenden, zumeist in Forschung und Lehre tätigen Vertretern der Gesellschaften für Psychologie und Psychiatrie in einer neuen, nicht von der maoistischen Ideologie geleiteten Integration von somatischer Therapie, Psychotherapie und „Milieuthherapie“, die in Ermangelung entsprechender Fachkräfte - in psychiatrischen Krankenhäusern sind bisher nur wenige Psychologen und kaum Sozialarbeiter tätig - kurz- und mittelfristig von Psychiatern und Pflegepersonal wahrgenommen und langfristig von interdisziplinären Teams durchgeführt werden sollte. Bei vielen Wissenschaftlern und vor allem Praktikern herrschte zunächst aber eine skeptische bis ablehnende Haltung gegenüber Psychotherapie vor, da sie einerseits im Verdacht einer engen Beziehung zu bürgerlicher Ideologie stand und andererseits als Fortsetzung der „ultralinken“ ideologischen Erziehung während der Kulturrevolution gesehen wurde. Eine deutliche Veränderung führte erst die Gründung der *Chinesischen Gesellschaft für geistige Gesundheit* im Jahr 1985 und die von ihr 1986 gegründete *Chinesische Zeitschrift für geistige Gesundheit* herbei, durch die die Psychotherapie ein organisatorisches und publizistisches Forum erhielt. Seitdem haben Forschungsberichte über Psychotherapie insgesamt deutlich zugenommen. Dies trifft allerdings nicht für die „klassischen“ Zeitschriften für Psychiatrie zu, was für eine zwar gestiegene, aber immer noch untergeordnete Rolle der Psychotherapie spricht.

Bei den Befürwortern der Psychotherapie existieren momentan drei unterschiedliche Ansichten über Form und Funktion von Psychotherapie:

1) Unterstützung der medizinischen Behandlung:

Das medizinische Personal vermittelt dem Patienten Kenntnisse über die Krankheit, analysiert die Krankheitsursache, räumt Sorgen aus und stärkt die Überzeugung, die Krankheit besiegen [zu können], um die Besserung der Krankheit zu fördern.^[21:134-135]

2) Psychotherapie als eigenständiges Behandlungsverfahren im weiteren Sinne, wonach:

[...] Psychotherapie als ein Instrument angesehen werden kann, mit dem auf vielfältige Weise der psychische Prozeß beeinflusst wird, als eine therapeutische Methode, mit der eine Besserung des Krankheitszustandes erreicht wird.^[114:41]

3) Psychotherapie als eigenständiges Behandlungsverfahren im engeren Sinne, bei der:

[...] es sich um psychologische Techniken [handelt], die von Klinikern bewußt mit dem Ziel eingesetzt werden, dringend erforderliche Veränderungen der Persönlichkeit oder des Verhaltens zu erreichen.^[114:41]

Gegenwärtig lassen sich die Aktivitäten in sechs Bereiche einteilen: 1) Weiterführung bisheriger Verfahren (unterstützende Psychotherapie); 2) Vorstellung ausländischer Therapien, ohne daß diese bisher angewandt werden (Psychoanalyse und Gesprächstherapie); 3) unveränderte Anwendung ausländischer Therapieformen (kognitive Therapien, Morita-Therapie, Verhaltenstherapie und Biofeedbacktherapie); 4) kombinierte Anwendung verschiedener Therapieformen (Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, systematische Desensibilisierung und trizyklische Antidepressiva zur Behandlung von Phobien); 5) Entwicklung neuer Therapieverfahren auf der Grundlage ausländischer Therapien (kognitive Einsichtspsychotherapie, chinesisch- taoistische kognitive Therapie, Musiktherapie); 6) Entwicklung von Therapieverfahren auf der Grundlage der traditionellen Medizin (Instruktionspsychotherapie). Einige dieser Verfahren sollen im folgenden genauer besprochen werden.

7.5.2.1 Unterstützende Psychotherapie

Diese momentan wohl verbreitetste Psychotherapieform ist weitgehend als Produkt der klinischen Erfahrung mit der Psychotherapie der schnellen Kombinationstherapie anzusehen, wobei der Einfluß maoistischen Gedankenguts (noch) nach wie vor evident ist. Dies dürfte auch einer der Gründe sein, weshalb sie von „einigen“ abgelehnt wird^[70:92] und in der Psychotherapieforschung keine Rolle spielt, obwohl langjährige Follow-up-Studien zu einer sehr günstigen Bewertung ihrer Effektivität kamen.^[63] Sie wird bei Neurasthenie, Angstneurose, depressiver Neurose, psychosomatischen Störungen und remittierenden Psychosen verwandt.

Konkret umfaßt diese Therapie, im folgenden an der Behandlung von psychosomatischen Störungen dargestellt, dreizehn Schritte:

1. Mitfühlendes, geduldiges und aufmerksames Anhören der Schilderungen der Patienten.
2. Schaffung einer angenehmen Umgebung und Atmosphäre.
3. Anleitung der Patienten, die Ursachen für die Entstehung und Veränderung der geschilderten Symptome zu klären.
4. Anleitung der Patienten, Stärken und Schwächen der eigenen Persönlichkeit zu erkennen.
5. Ausschluß einer organischen Verursachung, was auch die Grundlage bildet, um die Patienten vom psychogenen Ursprung ihrer Symptome zu überzeugen.
6. Die Patienten und ihre Familienangehörigen werden über Entstehung, Entwicklung und Symptome der Krankheit aufgeklärt; dabei soll ihnen die Überzeugung vermittelt werden, daß die Krankheit heilbar ist, wenn sie mit dem Arzt zusammenarbeiten und sich gemein-

sam anstrengen. Um die positive, aktive Einstellung der Patienten nicht zu gefährden, ist unter Umständen die Diagnose durch Symptombeschreibungen zu ersetzen.

7. Vor Beginn der Behandlung muß den Patienten und ihren Familienangehörigen die Notwendigkeit der Psychotherapie, ihre Prinzipien und ihre Beziehung zur medikamentösen Behandlung erläutert werden, da sie „Reden“ meist nicht als Behandlung ansehen.
8. Beseitigung lösbarer sozialer Probleme, Beseitigung falscher, unrealistischer Wünsche und Vorstellungen der Patienten und Verdeutlichung der Tatsache, daß Widersprüche zum Wesen aller Dinge gehören und es nur auf ihre korrekte Behandlung ankommt.
9. Anleitung der Patienten, die positiven Bestandteile ihrer Persönlichkeit zu entwickeln und die schädlichen Bestandteile zu überwinden.
10. Die Beziehung der Patienten zu ihren Angehörigen und sonstigen relevanten Personen ihrer Umgebung werden analysiert, Probleme beseitigt, und die Angehörigen und sonstigen Personen im korrekten Umgang mit den Patienten instruiert.
11. Aufklärung über die verwendeten Medikamente und Anleitung zu einem vernünftigen, geordneten Lebenswandel.
12. Beseitigung unrealistischer Vorstellungen über die Schnelligkeit, mit der sich Behandlungserfolge einstellen, und Vorbereitung auf mögliche Schwankungen im Krankheitszustand und Rückfälle.
13. Herausstellung von Fortschritten, um Zuversicht und Vertrauen der Patienten in Arzt und Behandlung zu stärken und damit die weitere Behandlung zu fördern.^[70:98-99]

Die ebenfalls in der Praxis häufig verwandte Instruktionspsychotherapie läßt sich als vereinfachte Variante der unterstützenden Therapie verstehen. Sie wird vor allem bei psychosomatischen Störungen - meist als Folge der Geburtenplanung (Sterilisation) - und funktionellen Sexualstörungen, bei Zwangsneurosen, Phobien und sexueller Abweichung angewandt und besteht in der Ausräumung von Ängsten, Befürchtungen und Ansprüchen des Patienten und/oder seiner Umwelt durch rationale oder auch suggestive Vermittlung von Informationen über alle mit der Störung zusammenhängende Aspekte. Ferner wird unterstützende Psychotherapie in Verbindung mit Medikamenten, Arbeits- und Beschäftigungstherapie bei chronischer Schizophrenie verwandt, und damit kombinierte Behandlungsformen aus den sechziger und siebziger Jahren fortgesetzt.

7.5.2.2 Psychoanalyse

Seit Gründung der VRCh wurde die Psychoanalyse als schändlichster Auswuchs bürgerlicher Psychologie und Psychotherapie gebrandmarkt.^[100] Der Verdacht, psychoanalytische Positionen zu vertreten, war in der Vergangenheit (Anti-Rechts-Bewegung und Kulturrevolution) vielfach Vorwand für politische Verfolgung und berufliche Existenzvernichtung. Lediglich in der kurzen Phase zwischen dem Scheitern des Großen Sprungs nach vorn und dem Beginn der

Kulturrevolution war eine nicht bereits durch die Partei vorgegebene Auseinandersetzung mit ihr möglich, die allerdings nur unterhalb der offiziellen Ebene stattfinden durfte. Durch diese Sinnbildfunktion der Psychoanalyse ist die kontroverse Diskussion, die seit Ende der siebziger Jahre stattfindet, nicht nur eine Auseinandersetzung über eine bestimmte Theorie, sondern steckt auch die Grenzen für die Beschäftigung mit „kapitalistischem Gedankengut“ insgesamt ab. Die Psychoanalyse stellt gewissermaßen den Prüfstein dar, ob Psychologie und Psychiatrie weiterhin dialektisch-materialistische Wissenschaften bleiben oder sich zu ideologisch „wertfreien“ Wissenschaften entwickeln.

Die Kritik an der Psychoanalyse läßt sich in drei Punkten zusammenfassen: 1) Sie erfüllt nicht die methodischen Anforderungen an eine „objektiven Psychologie“, ihre Theorien halten einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht stand; 2) die sozialen und gesellschaftlichen Determinanten menschlichen Verhaltens werden unzureichend berücksichtigt, so daß sie ein willkommenes Werkzeug der Bourgeoisie wurde, um die katastrophalen Folgen des kapitalistischen Systems zu verdecken; 3) sie ist geeignet, die geistige Gesundheit von Jugendlichen und labilen Erwachsenen zu gefährden, indem sie die Sexualmoral untergräbt und als Interpretationsgrundlage für die eigenen Erfahrungen zu schweren Konflikten führen kann.^[158] Überwiegend wird die Psychoanalyse jedoch differenzierter bewertet. Einige Autoren sehen die Psychoanalyse zwar als historisch überholt an, erkennen aber immerhin an, daß sie wertvolle Anstöße für die Entwicklung der Psychologie und Psychotherapie gegeben habe. Andere halten sie auch heute noch für relevant. Beispielhaft dafür ist Jia Yicheng, der sich in der ersten Hälfte der achtziger Jahre in mehreren Artikeln mit der Darstellung und Bewertung der Psychoanalyse befaßte. Er lehnt zwar die philosophische Grundlage der Psychoanalyse, die seiner Meinung nach auf irrationalem Idealismus beruht, ebenso wie die Kulturtheorie und den Pansexualismus ab, die Konzeption des Unbewußten, die psychodynamische Theorie, die Abwehrmechanismen, die psychoanalytische Therapie usw. hält er jedoch für Bestandteile der Psychoanalyse, die sehr wertvoll sind und Ausgangspunkt weiterer Forschung sein sollten. Ferner entsprächen einige Konzeptionen der Psychoanalyse, wie Bewußtsein und das Unbewußte, die psychosomatische Konversion, die entgegengesetzten, sich ergänzenden psychischen Mechanismen, Lust- und Realitätsprinzip, der Antagonismus von Über-Ich und Es, der Dialektik. Der Pansexualismus sei zwar abzulehnen, andererseits könne nicht geleugnet werden, daß Sexualität, Liebe und Ehe ein wesentlicher Faktor bei der Auslösung oder Verursachung psychischer Störungen seien. Die unkritische Verdammung der Psychoanalyse sah er als Fortsetzung der linksextremen Ideologie der „Viererbande“ und forderte statt dessen zu einer vorurteilsfreien, wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse auf.^[32] Mit der im Anschluß beschriebenen kognitiven Einsichtspsychotherapie, die von ihrem Gründer Zhong Youbin auch als „chinesische Psychoanalyse“ bezeichnet wird, hat die Psychoanalyse einen neuen Grad der Akzeptanz erreicht, ohne allerdings offiziell anerkannt zu werden. Die grundlegenden Werke Freuds wurden nach und nach veröffentlicht, kein Lehrbuch

der medizinischen bzw. klinischen Psychologie kommt ohne eine ausführliche Darstellung psychoanalytischer Theorien aus, Artikel über die „chinesische Psychoanalyse“, Forschungsberichte zu einzelnen Konzeptionen der Psychoanalyse, wie psychischen Abwehrmechanismen, sowie grundsätzlich positive Bewertungen der Psychoanalyse von (namhaften) Einzelpersonen können in nationalen Fachzeitschriften erscheinen, eine grundsätzliche, öffentliche Diskussion ist aber nach wie vor nicht erwünscht.

7.5.2.3 Die kognitive Einsichtspsychotherapie

Die kognitive Einsichtspsychotherapie wurde von Zhong Youbin und Mitarbeitern entwickelt und wird von ihm selbst als eine an die chinesischen Verhältnisse angepaßte Variante der Psychoanalyse gesehen.

Zhong Youbin war bis zur Kulturrevolution Mitarbeiter in der Abteilung für Psychiatrie der *Medizinischen Hochschule Beijing* und beschäftigte sich Ende der fünfziger und Anfang der sechziger Jahre mit den von Pavlov abgeleiteten sowjetischen Theorien und Therapien. Da diese seiner Meinung nach aber weder theoretisch noch praktisch befriedigende Ergebnisse lieferten, erprobte er zusammen mit Wang Jingxiang Elemente der Psychoanalyse innerhalb der Psychotherapie der schnellen Kombinationstherapie. Sie erklärten den Patienten, daß der Ursprung ihrer Krankheit in schrecklichen Erfahrungen in der Kindheit liegt, und forderten sie auf, sich so weit als möglich an Erlebnisse der Kindheit zu erinnern. Durch die damals unausweichliche Kürze der Behandlungsdauer konnte aber oft nur erreicht werden, daß sich die Stimmung der Patienten etwas beruhigte, weil sie meinten, eine Erklärung für ihre bislang unerklärlichen Symptome gefunden zu haben.^[164:218]

Zum damaligen Zeitpunkt konnten solche Erfahrungen jedoch nicht publiziert werden. Dafür betonte er in einem Artikel von 1964 die zentrale Rolle der Einsicht der Patienten in die psychische Verursachung der Neurasthenie bei der Behandlung und setzte sich damit in Widerspruch zur „linken“ Psychotherapie, denn - abgesehen vom politisch problematischen Begriff der „Einsicht“ - konnte Einsicht seiner Ansicht nach nicht durch summarische Gruppentherapie, „nicht durch bloße "Suggestion" oder "Aufklärung"“ erreicht werden, sondern erforderte eine intensive Erfragung und Analyse der individuellen Krankengeschichte; ferner hielt er es für möglich, daß objektive, d.h. nicht auf fehlender Einsicht und falscher Einstellung beruhende Faktoren bei einer Minderheit der Patienten zur Erkrankung geführt haben.^[162]

Durch eine „Arbeitsplatzversetzung“ in das Belegschaftskrankenhaus der *Hauptstädtischen Eisen- und Stahlgesellschaft* und den Beginn der Kulturrevolution mußte diese Arbeit eingestellt und konnte erst in der Spätphase der Kulturrevolution wieder aufgenommen werden. Nach dem Tod Wang Jingxiangs im Jahr 1975 setzte Zhong Youbin die psychodynamische Therapieforschung allein fort und beschäftigte sich daneben auch mit der Morita-Therapie. Daraus entwickelte er die kognitive Einsichtstherapie, die er erstmals 1979 auf dem Symposi-

um für medizinische Psychologie in Beijing vorstellte. Er erprobte sie bisher in jeweils modifizierter Form bei verschiedenen psychosexuellen Störungen, Phobien und Zwangsneurosen und entwickelte sie aus der klinischen Praxis heraus immer wieder weiter. Das Grundmuster der Einsichtspsychotherapie läßt sich wie folgt beschreiben:

Nach Klärung der Kranken- und Lebensgeschichte wird dem Patienten das Wesen seiner Störung erläutert. Danach sind neurotisches Verhalten und psychosexuelle Störungen immer kindliches Verhalten. Die momentane Störung geht auf ein psychisches Trauma (bei Zwangsneurose und Phobie) oder lustvolle sexuelle Erfahrungen (bei psychosexuellen Störungen) in der Kindheit zurück, die aber schon bald „vergessen“ wurden, im Gehirn jedoch Gedächtnis Spuren zurückließen. Bei starker psychischer Belastung durch politische, familiäre, sexuelle oder andere Probleme, die unlösbar erscheinen und deshalb zu Niedergeschlagenheit und/oder Angst führen, werden die „Spuren“ wiederbelebt. Als Folge findet eine Regression auf kindliche Erlebens- und Reaktionsweisen statt, die sich in einer Abspaltung des reaktivierten kindlichen Ichs vom erwachsenen Ich manifestiert. Dieses stellt sich zwar weitgehend als Fortsetzung des früheren kindlichen Ichs dar, nimmt aber bei der Symptomformierung auch Teile der seit der Kindheit eingetretenen psychischen und physischen Veränderungen auf.^[163] Das kindliche Ich reagiert auf die Probleme des Erwachsenen mit „kindlichen“ Verhaltensweisen und „kindlichen“ Vorstellungen, die das Handeln begründen und rechtfertigen. Der Zweck der „kindlichen“ Handlungen und Vorstellungen besteht in einer anderweitig als nicht realisierbar empfundenen, zumindest vorübergehenden Aufhebung von Angst und Niedergeschlagenheit. Das erwachsene Ich hegt meist unklare Zweifel an der Richtigkeit des Problemverhaltens, kann sich aber nicht davon befreien, da sich kindliches und erwachsenes Ich in einem ungeschiedenen Zustand befinden, so daß das erwachsene, rationale Ich nur bedingten Zugriff auf das kindliche Ich hat.

Das Ziel der Therapie besteht darin, dem Patienten die „Spaltung des Ichs“ bewußt und verständlich zu machen. Durch die Deutung des Problemverhaltens als Überbleibsel des kindlichen Ichs wird dessen Rechtfertigung der Anspruch der Rationalität entzogen und gleichzeitig beim Patienten in zweierlei Hinsicht Motivation erzeugt sich zu ändern. Einerseits ist kindliches Verhalten für einen Erwachsenen peinlich und unwürdig, andererseits verfügt er über weitaus bessere Möglichkeiten als ein Kind, Probleme zu bewältigen.

Allein durch Aufklärung kann die Einsicht des Patienten in das Wesen des neurotischen Verhaltens jedoch nicht erreicht werden. Dazu ist eine kritische Hinterfragung des Problemverhaltens und -denkens durch den Therapeuten erforderlich, der die Widersprüche im Denken des Patienten schonungslos offenlegt und ihn argumentativ so in die Enge treibt, daß schließlich die pseudorationale Façade des Problemverhaltens zusammenbricht.^[165]

Anfänglich war Zhong Youbin der Ansicht, daß die pathogenetischen Erklärungen, die den Patienten gegeben werden, keinerlei Realitätsgehalt besitzen und nur dazu dienen, die Interpretation neurotischen Verhaltens als kindliches Verhalten zu untermauern.^[163] In neueren

Arbeiten akzeptiert er jedoch eine Vielzahl psychoanalytischer Konzepte, wie die Strukturtheorie der Psyche, Abwehrmechanismen, primären und sekundären Krankheitsgewinn, Widerstand und Regression. Er erkennt damit an, daß Lebenserfahrungen und insbesondere traumatische Erfahrungen in der frühen Kindheit die Persönlichkeitsformierung des Menschen beeinflussen und zu Ursachen für psychische Krankheiten im Erwachsenenalter werden können, bezweifelt aber die Existenz frühkindlicher psychosexueller Komplexe und insbesondere des Ödipus-Komplexes als allgemeinmenschliches Phänomen. Ein wesentlicher Unterschied zur klassischen Psychoanalyse besteht auch in der wesentlich kürzeren Therapiedauer und der dadurch notwendigen direktiven Intervention des Therapeuten, die er durch die geringe Zahl von Psychotherapeuten in China, die beschränkten zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten der Patienten sowie deren Erwartungshaltung gegenüber einer „medizinischen“ Behandlung für erforderlich hält. Um dies auszugleichen, wird von den Patienten erwartet, daß sie sich schriftlich nochmals mit jeder Sitzung beschäftigen.^[164:239-242]

7.5.2.4 Die chinesisch-taoistische kognitive Therapie

Den Ausgangspunkt für diese Therapieform stellte die Überlegung dar, daß es wesentliche Unterschiede zwischen westlicher und chinesischer Gesellschaft und Kultur, Denk-, Ausdrucks- und Argumentationsweise gibt und diese Unterschiede in der Psychotherapie berücksichtigt werden sollten. Zu diesem Zweck entwickelte Zhang Yalin, Professor am *Forschungsinstitut für Geistige Gesundheit der Medizinischen Universität Hunan*, die chinesisch-taoistische kognitive Therapie, die eine Verbindung von philosophischem Taoismus und kognitiver Psychotherapie darstellen soll. Konkret beinhaltet sie fünf Schritte: Ermittlung des aktuellen psychischen Drucks des Patienten, Feststellung seiner Lebensanschauung und seines Wertesystems, Analyse seiner psychischen Konflikte und Bewältigungsmechanismen, Anleitung zu und praktische Umsetzung von taoistischem Denken, Evaluation und Verstärkung des Therapieerfolgs. Zentral für die Therapie ist die Anleitung des Patienten zu taoistischem Denken. Die ersten vier Schritte werden in 60-90 minütigen Einzel- oder Gruppensitzungen, zweimal pro Woche, vier Wochen lang durchgeführt. Daran schließt sich eine halbjährige Phase der Nachuntersuchung an, in der ein- bis zweimal pro Monat der Krankheitszustand ermittelt und die Therapie gegebenenfalls fortgesetzt wird.^[155]

7.5.2.5 Verhaltenstherapie und Biofeedbacktherapie

Verhaltens- und Biofeedbacktherapie werden seit 1978 von führenden Wissenschaftler in der medizinischen Psychologie und Psychiatrie als bevorzugte Psychotherapieformen angesehen,^[57] was sich auch in der relativen Häufigkeit allgemeiner Darstellungen und spezieller Anwendungen widerspiegelt. Die Gründe dafür sind vielfältig: Verhaltens- und Biofeedbacktherapie stellen eine zumindest theoretische Fortsetzung der „sowjetischen“ Phase bis 1966

dar, da die Verhaltenstherapie ausschließlich oder zumindest teilweise auf Pavlov zurückgeführt wird. Sie stehen daher weder im Ruch einer maoistischen noch einer allzu bürgerlichen Ideologie. Ferner entsprechen sie der chinesischen Vorstellung einer „objektiven“ und „(natur-)wissenschaftlichen“ Psychotherapie und gleichen in ihrer „Verabreichungsform“ am ehesten einer medizinischen Behandlung.

Verhaltenstherapie wird vorwiegend bei Neurosen (meist systematische Desensibilisierung) verwandt und dient in Form der Aversionstherapie als bevorzugte Behandlungsmethode bei sexuellen Abweichungen. In jüngerer Zeit wurde in Shanghai und Ürümqi (Provinz Xinjiang) Verhaltenstherapie (Verhaltensformung, *token economy*) mit Erfolg bei chronischer Schizophrenie erprobt. Biofeedbacktherapie wird dagegen bisher nur auf experimenteller Basis bei Spannungskopfschmerz, Migräne, spastischen Störungen, Neurosen und Prüfungsangst verwandt, meist in Verbindung mit progressiver Relaxation oder autogenem Training.

Andererseits bestehen aber auch Vorbehalte gegen die Verhaltenstherapie. In einem Lehrbuch der medizinischen Psychologie wird beispielsweise festgestellt:

Hinsichtlich der Bewertung der Verhaltenstherapie bestehen noch unterschiedliche Ansichten. Die engagierten Befürworter halten sie für einen „epochalen“ Fortschritt, die Vertreter kritischer Ansichten nehmen noch eine skeptische, abwartende Haltung ein. Gewisse konkrete Vorgehensweisen in der Verhaltenstherapie müssen von den tatsächlichen Bedingungen unseres Landes ausgehen, [dürfen] entsprechend den Bräuchen und Gewohnheiten der Gesellschaft unseres Landes [nur] selektiv übernommen und niemals unter Ignorierung der spezifischen Bedingungen mechanisch kopiert werden.^[70:95]

Geht man von der Anzahl der zu den einzelnen Psychotherapieformen veröffentlichten Artikeln aus, dann spielt Verhaltenstherapie eindeutig die größte Rolle, gefolgt von Einsichtspsychotherapie und unterstützender Psychotherapie, wovon aber nicht auf ihre relative Bedeutung in der Praxis geschlossen werden kann. Hier scheinen die neuen Therapieformen auf wenige, vor allem universitäre Einrichtungen beschränkt zu sein, während in den übrigen Krankenhäusern entweder keine oder nur eine unspezifische unterstützende Psychotherapie geboten wird. Ein wesentlicher Grund dafür wird in der weitgehend noch fehlenden Anpassung der ausländischen Therapien an die chinesischen Verhältnisse gesehen. Genau hierin liegt die Anziehungskraft der kognitiven Einsichtstherapie, da sie in China entwickelt wurde. Generell ist die Einstellung chinesischer Autoren zur Psychotherapie - wie zur Therapie insgesamt - aber weitgehend vom Pragmatismus geleitet:

[...] bei der Durchführung von Psychotherapie [sollten] die Schranken zwischen den [verschiedenen] wissenschaftlichen Richtungen niedergerissen, Voreingenommenheiten in den wissenschaftlichen Ansichten beseitigt, alle Therapieformen [zunächst] in Bausch und Bogen übernommen, mit den Vorzügen der einen die Mängel der anderen ausgeglichen werden und, was immer sich auch für die Patienten als nützlich erweisen [mag], sollte getan werden.^[142:103]

8 Die Zukunft der Psychiatrie in der sozialistischen Marktwirtschaft

Das Wirtschaftssystem im maoistischen China war auf ineffiziente Vollbeschäftigung ausgerichtet, in dem das Einkommen relativ gleichmäßig verteilt war, Konsum nur in bescheidenem Rahmen möglich war und sich der Staat um alle sozialen Belange kümmerte (nicht besonders gut, aber auch das relativ gleichmäßig verteilt). Unterschiede im Lebensstandard bestanden hauptsächlich zwischen Großstadt, Stadt und Dorf sowie zwischen verschiedenen Regionen, innerhalb der jeweiligen Lokalität war er für alle relativ gleich. Außerdem waren die Reismöglichkeiten beschränkt, so daß ein Bauer aus einer armen Provinz kaum einmal die Gelegenheit hatte, das Großstadtleben kennenzulernen.

Durch die Bevölkerungspolitik, den rapiden Wandel des Wirtschaftssystems und den sich daraus ergebenden Veränderungen haben sich die Gesellschaft, die Menschen und ihre Bedürfnisse und Anforderungen in den letzten Jahren drastisch geändert:

Ideologie und gesellschaftliche Ideale spielen (zumindest vorläufig) keine Rolle mehr, Patriotismus und Sorge um das Gemeinwohl wurden abgelöst von der Sorge um das Wohl der Kernfamilie, die eigene Karriere und die Zukunftsaussichten des eigenen Kindes. Was zählt, ist letztlich Geld und die Möglichkeiten mehr Geld zu verdienen. Konsequenz ist eine Leistungs- und Beziehungsgesellschaft, in der Leistung die Eintrittskarte und Beziehungen das sine qua non für Karriere (und Problemlösung in allen Lebenslagen) darstellen. Beziehungspflege und Korruption sind zu einem kaum noch zu trennenden Geflecht geworden. Die Leistungsgesellschaft beginnt schon im Kindergarten und setzt sich in Schule und Universität fort, denn bedingt durch die zunehmenden Qualitätsunterschiede bei Kindergärten, Schulen und Universitäten können nur die Besten die immer höheren Anforderungen bei den Aufnahmekriterien erfüllen, alle anderen müssen Studiengebühren in einer Höhe entrichten, die auch einen Mittelklassehaushalt vor Probleme stellt, oder sich mit einer weniger guten Ausbildung zufrieden geben. Durch die staatlich verordnete Ein-Kind-Ehe wird dieses Problem noch gesteigert. Die Leistungsgesellschaft hat auch zu einer Umkehrung der Bedeutung der Generationen geführt: Spielten früher die Eltern auch erwachsenen Kindern gegenüber eine wichtige Rolle als Wohnraumgeber und durch finanzielle Unterstützung, sind es heute die erwachsenen Kinder, die Karriere machen können und deren Einkommen häufig weit über dem der Eltern liegt, Ersparnisse aus früheren Zeiten spielen bei den Preissteigerungen der letzten Jahre und dem früheren Lohnniveau heute keine Rolle mehr. Die zunehmende Verfügbarkeit von Wohnraum führt zudem immer mehr zu Zwei-Generationen-Haushalten, also auch zu einer räumlichen Trennung von Eltern und Kindern. Eine weitere Veränderung betrifft das Ende der Politik der Vollbeschäftigung. Die Privatisierung von Landwirtschaft und eines immer größeren Teils von Industrie, Handel und Dienstleistung sowie die Gewinnorientierung auch im staatlichen Wirtschaftsbereich haben ein Millionenheer von Arbeitssuchenden geschaffen, das insbesondere vom Land in die boomenden Küstenregionen drängt: Entwurzelte, die von Ar-

beitslosigkeit bedroht sind, ohne soziale Unterstützung, ohne individuelle Absicherung, ohne Krankenversicherung usw., die sich gleichzeitig mit einem für sie ungeahnten und unerreichbaren Reichtum und Konsummöglichkeiten konfrontiert sehen.

Dies alles hat zu einer Zunahme der Spannungen in der Gesellschaft geführt: Spannungen bis hin zu Entfremdung zwischen erwachsenen Kindern und Eltern; Leistungsdruck im Beruf und Unzufriedenheit über die besseren Möglichkeiten anderer, sich durch Beziehungen oder andere Machenschaften Vorteile zu verschaffen (auch dies ist ein Bereich, in dem Leistung erbracht werden muß); Leistungsdruck für Kinder und Jugendliche vom Kindergarten bis zur Universität; Spannungen zwischen Ehepartnern, wenn die gegenseitigen Anforderungen an Einkommen und Karriere nicht erfüllt werden, und immer häufiger Scheidung; Arbeitslosigkeit und ein Heer von Wanderarbeitern; Kriminalität in allen Formen, Korruption und Prostitution als Einnahmequelle für all diejenigen, die keine ausreichende Möglichkeit haben, durch normale Arbeit am neuen Wohlstand zu partizipieren.

Als Konsequenz des gesellschaftlichen Wandels ist die Prävalenz psychischer Störungen deutlich angestiegen, und zwar nicht nur bei Störungen, die eine Hospitalisierung erforderlich machen, sondern vor allem im Bereich von psychischen Problemen, Verhaltensauffälligkeiten und „leichteren“ psychischen Störungen, bei denen eher Psychotherapie oder Beratung angebracht sind. Gleiches gilt für die drastische Zunahme von Alkohol- und Drogenmißbrauch, der bis Ende der siebziger Jahre praktisch nicht existent war, und ein deutlicher Anstieg der Häufigkeit psychischer Störungen des Alters durch die gestiegene Lebenserwartung. Und es ist davon auszugehen, daß dieser Trend mit Ausnahme der psychotischen Störungen anhalten wird.

Andererseits ist auch das Gesundheitswesen selbst von der Reform nicht ausgenommen, steigen die Kosten für die medizinische Behandlung, wird die medizinische Versorgung immer mehr zu einer profitablen Ware.¹ Hinzu kommt, daß die Versorgung von geistig Behinderten, entlassenen Patienten mit Schizophrenie und Altersstörungen und neuerdings auch Drogenabhängigen immer mehr zum Problem wird. Bislang war üblich, daß diese Aufgaben von der Familie und gegebenenfalls dem Nachbarschaftskomitee übernommen werden. Durch die immer stärker werdende Konzentration auf die Kernfamilie, die soziale und psychologische Erleichterung von Scheidung und die immer mehr abnehmende Bereitschaft, in Nachbarschaftskomitees mitzuarbeiten, nimmt der Bedarf an gemeindepsychiatrischen Diensten immer mehr zu, die dann aber auch bezahlt werden müssen. Gleichzeitig verlieren immer mehr Menschen die bisher in staatlichen Unternehmen garantierte nahezu kostenlose Gesundheitsversorgung und müssen deshalb ganz oder teilweise die immer weiter steigenden Kosten

¹Man sollte dabei aber nicht vergessen, daß die bisherigen relativ geringen Kosten im Gesundheitswesen mit zum Teil extremer Arbeitsbelastung und miserablen Lebensbedingungen (Lohn, Zuteilung von Wohnraum) des medizinischen Personals bezahlt wurden.

selbst tragen. An eine staatliche Subventionierung der Behandlung in staatlichen Krankenhäusern oder eine Kranken- und Pflegeversicherungspflicht für alle Berufstätigen ist nicht zu denken. Daher spielt der Kostenfaktor eine immer größere Rolle. Die staatlichen Krankenhäuser stehen hier im Konkurrenzkampf mit im weitesten Sinne privaten Einrichtungen, deren Niveau zwar im allgemeinen deutlich niedriger ist, die aber dafür ihre Leistungen billiger anbieten können. In vielen Regionen, insbesondere in den Großstädten, ist der Bedarf an stationärer Behandlung dadurch nahezu gedeckt. Zwischenzeitlich wird es auch von der Führung der *Gesellschaft für Psychiatrie* nicht ausgeschlossen, daß es zu einer Reform der Krankenhauspsychiatrie kommt, in deren Verlauf Großkrankenhäuser ihre Bettenzahl drastisch reduzieren müssen oder sogar ganz geschlossen werden.^[152] Da also das klassische Betätigungsfeld bestenfalls stagniert, müssen sich die psychiatrischen Krankenhäuser neu im „medizinischen Markt“ positionieren und zu psychosozialen Dienstleistungsunternehmen wandeln. Betätigungsfelder suchen, die durch die neuen Lebensverhältnisse entstanden sind. Neue Aufgabengebiete sind Neurosen, Kinderpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Suchtmittelabhängigkeit, Psychotherapie, psychologische Beratung und gemeindepsychiatrische Dienste. Eine weitere Einnahmequelle, die durch die allmähliche Einführung einer rechtsstaatlichen Justiz entsteht, ist die forensische Psychiatrie.

Für den Staat stellen sich künftig zwei Aufgabenbereiche:

Der erste Bereich betrifft die Planung, Koordinierung und Finanzierung der psychiatrischen Arbeit. Es muß eine Gesamtkonzeption der Psychiatrie entwickelt werden, die von allen beteiligten Ministerien getragen wird und die für deren Umsetzung (einschließlich Finanzierung) auch auf unterer Ebene sorgen. Dazu gehört der flächendeckende Ausbau der psychiatrischen Versorgung durch die Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und der Umbau der staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser zu psychosozialen Dienstleistungsunternehmen. Ferner müssen gesetzliche Regelungen für eine bedarfsorientierte Zulassung von privaten Krankenhäuser geschaffen und Mindeststandards festgelegt werden, die regelmäßig überprüft werden und bei Nichterfüllung Sanktionen nach sich ziehen. Des weiteren müssen Kriterien für die private Berufszulassung von Personen, die im Bereich der Psychotherapie, psychologischen Beratung und Pflege arbeiten, ausgearbeitet werden. Schließlich wäre es wünschenswert, wenn es national einheitliche Richtlinien für die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und eine Weiterbildungspflicht gäbe.

Der zweite, und vermutlich schwierigere Bereich betrifft die Finanzierung von Behandlung und Pflege. Momentan scheint weder eine generelle Krankenversicherungspflicht noch eine Subvention durch den Staat denkbar, aber im Selbstverständnis eines sozialistischen Staates muß eine Lösung gefunden werden. Sonst ist zu befürchten, daß die psychiatrische Versorgung für einige besser und für viele (noch) schlechter wird, oder in Anlehnung an einen Satz von Deng Xiaoping, daß nicht nur einige früher reich werden als andere, sondern viele auch früher sterben als andere.

9 Zusammenfassung

Ausgangspunkt der Arbeit bildeten die folgenden Fragen: Wie sind Psychologie und Psychiatrie in China entstanden, welche Entwicklung haben sie insgesamt und in einzelnen Teilbereichen genommen, welche Faktoren haben bei dieser Entwicklung eine Rolle gespielt, welche Ergebnisse haben sie erbracht, welche Ansichten werden vertreten.

In China sind Psychologie und Psychiatrie nicht als eigenständige Wissenschaft bzw. als eigenständiger Teilbereich einer Wissenschaft entwickelt. Während die Psychologie immerhin als Teil der geistigen Auseinandersetzung mit der westlichen Kultur von China selbst eingeführt wurde, wurde die Psychiatrie bis in die dreißiger Jahre des 20. Jahrhunderts von christlichen Missionaren und ausländischen Experten geprägt. Hauptsächlich durch die zahlreichen kriegerischen Auseinandersetzungen im Innern und den chinesisch-japanischen Krieg konnten in beiden Wissenschaften keine großen Fortschritte erzielt werden, andererseits erhielten viele der zum Teil bis heute führenden Wissenschaftler ihre Ausbildung in dieser Zeit und wurden durch diese Ausbildung geprägt. Nach dem Sieg der Kommunistischen Partei und der Gründung der VRCh im Jahr 1949 wurden beide Wissenschaften personell weiter geschwächt, da ein Teil die VRCh verließ und mit der Nationalregierung nach Taiwan oder in andere Länder ging. Gleichzeitig trat die Entwicklung beider Wissenschaften in eine neue Phase. Einerseits konnte ein halbwegs organisierter Aufbau und Ausbau erfolgen, andererseits gab die politische Führung sehr klare Vorgaben für die Grundorientierung von Forschung, Lehre und Praxis. Daß sich diese Vorgaben alle paar Jahre durch entsprechende Veränderungen in der politischen Führung änderten, erwies sich als nicht gerade förderlich. Hinzu kam, daß beide Wissenschaften durch ihren Gegenstand bevorzugtes Ziel der im weitesten Sinne maoistischen Linken wurden, für die das Bewußtsein des Menschen ein zentraler Faktor in der politischen Auseinandersetzung zwischen Kommunismus, Kapitalismus und Feudalismus war. Ihren Höhepunkt erreichten diese Auseinandersetzungen während der Kulturrevolution, als die Psychologie verboten wurde, sich die Psychologen im besten Fall andere Betätigungsfelder suchen mußten, und sich weniger glückliche Psychologen und Psychiater einer „Umerziehung durch die Massen“ unterziehen mußten. Nach Beendigung der Kulturrevolution und insbesondere ab 1978 konnte schrittweise eine Freiheit der Wissenschaft in relativ großzügig gestalteten Grenzen erreicht werden, die Quantität und Qualität der Psychologen und Psychiater, der psychiatrischen Einrichtungen und der Forschung sind sprunghaft angestiegen, an der unzulänglichen staatlichen Planung, Durchführung und Finanzierung in diesen Bereichen hat sich jedoch nur etwas, aber nicht sehr viel geändert. Hinzu kommen immer stärker hervortretende grundlegende Veränderungen der Gesellschaft und der medizinischen Versorgung, die eine weitgehende Neuorientierung erforderlich machen.

10 Bibliographie

Abkürzungsverzeichnis chinesischsprachiger Zeitschriften

<i>HQ</i>	红旗	Rote Fahne
<i>JSBXZL</i>	精神病学资料	Materialien für Psychiatrie
<i>JSKJLZL</i>	精神科交流资料	Materialien zum Austausch in Psychiatrie
<i>JSKLCZLHB</i>	精神科临床资料汇编	Sammlung von klinischen Materialien der Psychiatrie
<i>LCJSYXZZ</i>	临床精神医学杂志	Zeitschrift für klinische psychologische Medizin
<i>RMGAB</i>	人民公安报	Zeitung für öffentliche Volkssicherheit
<i>SHJSYX</i>	上海精神医学	Psychologische Medizin Shanghai
<i>XLKXTX</i>	心理科学通讯	Informationen über psychologische Wissenschaften
<i>XLXB</i>	心理学报	Zeitschrift für Psychologie
<i>XYX</i>	新医学	Die Neue Medizin
<i>XYXSJXTJBFK</i>	新医学: 神经系统疾病副刊	Die Neue Medizin: Beilage für Krankheiten des Nervensystems
<i>YXYZX</i>	医学与哲学	Medizin und Philosophie
<i>ZGSJSJBZZ</i>	中国神经精神疾病杂志	Chinesische Zeitschrift für nervöse und psychische Krankheiten
<i>ZGXLWSZZ</i>	中国心理卫生杂志	Chinesische Zeitschrift für geistige Gesundheit
<i>ZHJSKXZZ</i>	中华精神科杂志	Chinesische Zeitschrift für Psychiatrie
<i>ZHSJJSKZZ</i>	中华神经精神科杂志	Chinesische Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie

Literaturverzeichnis¹

- [1] American Psychiatric Association (Ed.) (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- [2] Anding-Krankenhaus Beijing (1966): Yi Mao Zedong sixiang guashuai, cujin jingshenbing liaoyang bingqu gongzuo geminghua 以毛泽东思想挂帅, 促进精神病疗养病区工作革命化 [Durch die Setzung des Mao Zedong-Denkens an die erste Stelle die Revolutionierung der Arbeit in den psychiatrischen Pflegestationen vorantreiben]. *ZHSJJSKZZ* 10, 1-2.
- [3] Battegay, R. (Hrsg.) (1984): Handwörterbuch der Psychiatrie, Stuttgart: Enke.
- [4] Besserungsanstalt Zutangshan (1958): Zutangshan jiaoyangyuan dui jingshen bingren shi zenyang jinxing guanli gongzuo de 祖堂山教养院对精神病人是怎样进行管理工作的 [Wie die Besserungsanstalt Zutangshan die Versorgungsarbeit bei psychisch Kranken durchführt]. *ZHSJJSKZZ* 4, 259-262.
- [5] Cao Wenyong 曹文庸 (1958): Jianjue guanche quanguo jingshenbing fangzhi gongzuo huiyi de jingshen 坚决贯彻全国精神病防治工作会议的精神 [Entschlossen den Geist der Nationalen Konferenz für die Präventions- und Behandlungsarbeit psychischer Krankheiten verwirklichen]. *ZHSJJSKZZ* 4, 257-258.

¹Die Abkürzung von Zeitschriftentiteln folgt so weit als möglich der *List of Journals Indexed in Index Medicus – 2001*. Da keine der verwendeten chinesischen Zeitschriften Aufnahme in die Liste gefunden hat, werden eigene Abkürzungen verwendet, die sich an der Pinyin-Umschrift der Titel orientieren (s.o.). Westlich-sprachige Titel, die nicht in der Liste aufgeführt sind, werden nicht abgekürzt. Im Gegensatz zur üblichen Zitierweise wird der Familienname chinesischer Autoren nicht durch Komma vom persönlichen Namen („Vornamen“) getrennt, da er ohnehin am Anfang steht. Der persönliche Name wird nicht abgekürzt, weil er sehr viel mehr als der Familienname die Person eindeutig kennzeichnet.

- [6] Chen Changhui 陈昌惠 (1990): WHO/Beijing Jingshen Weisheng Yanjiu He Peixun Hezuo Zhongxin WHO/北京精神卫生研究和培训合作中心 [Das WHO/Beijing Kooperationszentrum für Forschung und Ausbildung in Geistiger Gesundheit]. ZGXLWSZZ 4, 44-45.
- [7] Chen Deyi 陈德沂, Yan Shanming 严善明, Chao Yuzhen 巢玉珍 (1984): Wo guo jingshenfenliezheng zhenduan cankao biao zhun de linchuang shijian - yu Meiguo zhenduan biao zhun de bijiao 我国精神分裂症诊断参考标准的临床实践—与美国诊断标准的比较 [Die klinische Praxis der nationalen diagnostischen Referenzkriterien der Schizophrenie - ein Vergleich mit den diagnostischen Kriterien der USA]. ZHSJJSKZZ 17, 90-92.
- [8] Chen Xiangyi 陈向一 (1986): Jin sanshi nian lai wo guo xuezhe dui shenjingzheng renshi de gaikuang 近三十年来我国学者对神经症认识的概况 [Ein Überblick über das Verständnis der Wissenschaftler unseres Landes von Neurosen in den letzten dreißig Jahren]. ZGSJJSBZZ 12, 122-124.
- [9] Chen Xueshi 陈学诗, Shen Muci 沈慕慈, Gao Bailiang , Yang Desen 杨德森, Zhai Shutao 翟书涛, Zuo Chengye 左成业, Zhong Youbin 钟友彬, Xu Taoyuan 徐韬园 (1990): Jingshenke zhuanjia tan jingshenbingxue 精神科专家谈精神病学 [Psychiatrische Fachleute sprechen über Psychiatrie]. SHJSYX 2, 2-6.
- [10] Chen Zhongshun 陈钟舜 (1955): Nanjing Jingshenbing Fangzhiyuan dui shenjingshuairuo huanzhe kaizhan le jiti jingshen zhiliao huode chubu chengxiao 南京精神病防治院对神经衰弱患者开展了集体精神治疗获得初步成效 [Die vom Psychiatrischen Krankenhaus Nanjing begonnene Gruppenpsychotherapie bei Neurasthenikern erzielte erste Ergebnisse]. ZHSJJSKZZ 1, 104-106.
- [11] Chin, R., Chin, A. S. (1969): Psychological Research in Communist China: 1949-1966. Cambridge, Mass.: M.I.T. Press.
- [12] Chinesische Gesellschaft für Medizin (1979): Jingshen jibing fenlei (shixing cao'an) 精神疾病分类(试行草案) [Klassifikation psychischer Krankheiten (Probeentwurf)]. ZHSJJSKZZ 12, 257-258.
- [13] Chinesische Gesellschaft für Medizin (1982): Zhonghua Yi Xuehui jingshenbing fenlei - 1981 中华医学会精神病分类—1981 [Die Klassifikation psychischer Krankheiten der Chinesischen Gesellschaft für Medizin - 1981]. ZHSJJSKZZ 15, 63-64.
- [14] Chinesische Gesellschaft für Medizin (1984): Zhonghua Yi Xuehui shenjing jingshen kexue hui jingshenfenliezheng de zhenduan cankao biao zhun 中华医学会神经精神科学会精神分裂症的诊断参考标准 [Die diagnostischen Referenzkriterien der Schizophrenie der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie der Chinesischen Gesellschaft für Medizin]. ZHSJJSKZZ 17, 96.
- [15] Chinesische Gesellschaft für Medizin (1985): Zhonghua Yi Xuehui jingshen jibing fenlei - 1984 中华医学会精神疾病分类—1984 [Die Klassifikation psychischer Krankheiten der Chinesischen Gesellschaft für Medizin - 1984]. ZHSJJSKZZ 18, 314-315.
- [16] Chinesische Gesellschaft für Medizin (1985): Jingshenfenliezheng linchuang gongzuo zhenduan biao zhun (1984 nian 10 yue xiuding) 精神分裂症临床工作诊断标准(1984年10月修订) [Die diagnostischen Kriterien der Schizophrenie für die klinische Arbeit (Revision vom Oktober 1984)]. ZHSJJSKZZ 18, 317.
- [17] Chinesische Gesellschaft für Medizin (1985): Zaokuang-yiyuzheng (zaoyuzheng) linchuang gongzuo zhenduan biao zhun (1984 nian 10 yue zhiding) 躁狂抑郁症(躁郁症)临床工作诊断标准(1984年10月制订) [Die diagnostischen Kriterien der manisch-depressiven Krankheit für die klinische Arbeit (ausgearbeitet im Oktober 1984)]. ZHSJJSKZZ 18, 317-318.
- [18] Ching, C.C. [Jing Qicheng] (1983): Psychology in the People's Republic of China [1980]. In: Livingston, M., Lowinger, P.: The Minds of the Chinese People - Mental Health in New China. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, S. 211-222.
- [19] Ching, C.C. [Jing Qicheng] (1984): Psychology and the Four Modernizations in China. International Journal of Psychology 19, 57-63.
- [20] Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1987): Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren – 1987. Hamburg: Neuland.
- [21] Duan Shuzhen 段淑贞 (Hrsg.) (1982): Jingshenbingxue jianming cidian 精神病学简明辞典 [Konzises Wörterbuch der Psychiatrie], Beijing: Verlag des Wissens.
- [22] Forschungsgruppe für Prävention und Behandlung von Neurasthenie der Medizinischen Hochschule Beijing (1959): Shenjingshuairuo de kuaisu zonghe zhiliao 神经衰弱的快速综合治疗 [Die schnelle Kombinationstherapie von Neurasthenie]. ZHSJJSKZZ 5, 19-23.
- [23] Gao Zhixu 高之旭, Ren Fumin 任福民, Jin Dechu 金德初, Cai Neng 蔡能 (1983): Zisha de liuxingxue diaocha 自杀的流行病学调查 [Eine epidemiologische Untersuchung von Suizid]. SHJSYX 1, 30-34.
- [24] Gesundheitsministerium, Ministerium für Zivilverwaltung, Ministerium für öffentliche Sicherheit (1989): Guanyu jiaqiang jingshen weisheng gongzuo de yijian (zhaiyao) 关于加强精神卫生工作的意见(摘要) [Ansichten zur Verstärkung der geistigen Gesundheitsarbeit (Zusammenfassung)]. In: Redaktionsausschuß des „Chinesischen Jahrbuchs für Gesundheit“ (Hrsg.): Zhongguo weisheng nianjian 1988 中国卫生年鉴 1988 [Chinesisches Jahrbuch für Gesundheit 1988], Beijing, S. 45-46.

- [25] Grube, W. (1910): Religion und Kultus der Chinesen. Leipzig: Haupt.
- [26] Gruppe zur Überarbeitung der „Populärenzyklopädie der Medizin und Hygiene“ der Ersten Medizinischen Hochschule Shanghai (Hrsg.) (1971): Yixue weisheng puji quanshu: shenjingke jingshenke 医学卫生普及全书: 神经科 精神科 [Populärenzyklopädie der Medizin und Hygiene: Neurologie Psychiatrie], Shanghai: Volksverlag Shanghai.
- [27] Guo Shenchang 郭沈昌, Chen Xueshi 陈学诗, Wu Zhengyi 伍正谊, Xu Lüxi 许律西 (2000): Mianhuai qianbei kaituo weilai – yi wo guo shenjing-jingshenbingxue dianjiren Cheng Yulin jiaoshou 缅怀前辈开拓未来—忆我国神经精神病学奠基人程玉麟教授 [Gedenken an einen Vorgänger und Wegbereiter der Zukunft – Erinnerung an den Begründer der Neuropsychiatrie unseres Landes Professor Cheng Yulin]. LCJSYXZZ 10, 193-194.
- [28] He Biao 贺彪 (1958): Jiji jinxing jingshenbing de fangzhi gongzuo 积极进行精神病的防治工作 [Tatkräftig die Arbeit der Prävention und Behandlung psychischer Krankheiten durchführen]. ZHSJJSKZZ 4, 343-347.
- [29] He Wei 何为, Yang Yu 杨游 (1990): Jingshenke lunzhu zhong tongjixue chuli cunzai de wenti 精神科论著中统计学处理存在的问题 [Bei der statistischen Auswertung in psychiatrischen Artikeln bestehende Probleme]. ZHSJJSKZZ 23, 317.
- [30] Herausgeberausschuß des „Untersuchungshandbuchs“ (Hrsg.) (1985): Jingshen jibing liuxingxue diaocha shouce 精神疾病流行病学调查手册 [Handbuch der epidemiologischen Untersuchung psychischer Krankheiten], Beijing: Verlag für Volksgesundheit.
- [31] Jia Rubao 贾如宝 (1977): Ye tan dui jingshenbing benzhi de kanfa 也谈对精神病本质的看法 [Ebenfalls über die Ansichten zum Wesen psychischer Krankheiten diskutieren]. XYXSJXTJBFK 3, 142-143.
- [32] Jia Yicheng 贾谊诚 (1982): Fuluoyide jingshenfenxixue qianjie 弗洛伊德精神分析学浅介 [Einführung in die Psychoanalyse Freuds]. JSBXZL 2, 5-10,49-55,94-100,140-145.
- [33] Jia Yicheng 贾谊诚 (1991): Dui CCMD-2 de shangque 对CCMD-2的商榷 [Diskussion der CCMD-2]. SHJSYX 3, 139-141.
- [34] Jiang Gengliu 蒋耕六, Zhang Zhimin 张治民, Hu Ming 胡明 (1984): 216 li zishazhe zhuyuan bingli de chubu xiaojie 216例自杀者住病历的初步小结 [Erste Kurzzusammenfassung der Krankengeschichte während der Hospitalisierung bei 216 Suizidalen]. YXYZX 5, Nr.11, 33-34.
- [35] Jiang Zuoning 姜佐宁 et al. (1990): Beijing jumin renqun zhong de yaowu lanyong wenti 北京居民人群中的药物滥用问题 [Das Problem des Medikamentenmißbrauchs bei Einwohnern Beijings]. ZHSJJSKZZ 23, 66-68.
- [36] Jiang Zuoning 姜佐宁, Wan Wenpeng 万文鹏 (Hrsg.) (1992): Yaowu lanyong linchuang zhiliao jiance guanli 药物滥用临床、治疗、检测、管理 [Drogenmißbrauch: Klinik, Therapie, Ermittlung, Versorgung], Beijing.
- [37] Kao, J.J. (1979): Three Millennia of Chinese Psychiatry. New York: Institute for Advanced Research in Asian Science and Medicine.
- [38] Kleinman, A. (1982): Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. Cult Med Psychiatry 6, 117-190.
- [39] Kleinman, A. (1986): Social Origins of Distress and Disease - Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China. New Haven: Yale University.
- [40] Kleinman, A., Mechanic, D. (1981): Mental illness and psychosocial aspects of medical problems in China. In: Kleinman, A., Lin, T. (Eds.): Normal and Abnormal Behavior in Chinese Culture. Dordrecht: Reidel, S. 331-356.
- [41] Kooperationsgruppe der 12 Regionen für die epidemiologische Untersuchung psychischer Krankheiten (1986): Ge lei jingshenbing, yaowu yilai, jiu yilai ji renga zhang'ai de diaocha ziliao fenxi 各类精神病、药物依赖、酒依赖及人格障碍的调查资料分析 [Eine Analyse der Daten der Untersuchung aller Psychosen, von Drogenabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen]. ZHSJJSKZZ 19, 70-72.
- [42] Kooperationsgruppe der 12 Regionen für die epidemiologische Untersuchung psychischer Krankheiten (1986): Jingshenfenliezheng liuxingxue diaocha ziliao fenxi 精神分裂症流行病学调查资料分析 [Eine Analyse der Daten der epidemiologischen Untersuchung von Schizophrenie]. ZHSJJSKZZ 19, 73-76.
- [43] Kooperationsgruppe der 12 Regionen für die epidemiologische Untersuchung psychischer Krankheiten (1986): Qita jingshenbing liuxingxue diaocha ziliao fenxi 其他精神病流行病学调查资料分析 [Eine Analyse der Daten der epidemiologischen Untersuchung sonstiger Psychosen]. ZHSJJSKZZ 19, 77-79.
- [44] Kooperationsgruppe der 12 Regionen für die epidemiologische Untersuchung psychischer Krankheiten (1986): 12 diqu jingshenfayubuquan liuxingxue diaocha baogao 12地区精神发育不全流行病学调查报告 [Ein Bericht über die epidemiologische Untersuchung von geistiger Retardierung in 12 Regionen]. ZHSJJSKZZ 19, 83-86.

- [45] Kooperationsgruppe für die epidemiologische Untersuchung psychischer Krankheiten des Kreises Jiayang, Provinz Guangdong (1986): Jiayang xian qingganxing jingshenbing liuxingxue diaocha yanjiu 揭阳县情感性精神病流行病学调查研究 [Eine epidemiologische Untersuchung affektiver Psychosen im Kreis Jiayang]. ZHSJJSKZZ 19, 99-102.
- [46] Kooperationsgruppe für die Untersuchung von Alkoholabhängigkeit und damit zusammenhängenden Fragen (1993): Jiu yilai youguan yinsu de duo yinsu fenxi 酒依赖有关因素的多因素分析 [Eine multifaktorielle Analyse der relevanten Faktoren bei Alkoholabhängigkeit]. ZHSJJSKZZ 26, 3-5.
- [47] Krauthammer, C., Klerman, G.L. (1979): Epidemiology of mania. In: Shopsin, B. (Ed.): Manic Illness. S.11-28. New York: Raven Press.
- [48] Lauterbach, W. (1978): Psychotherapie in der Sowjetunion. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- [49] Lehr- und Forschungsgruppe für Psychiatrie der Ersten Medizinischen Hochschule Shanghai (1959): Tili laodong dui shenjingshuairuo de zhiliao jiazhi 体力劳动对神经衰弱的治疗价值 [Der therapeutische Wert von körperlicher Arbeit bei Neurasthenie]. ZHSJJSKZZ 5, 37-40.
- [50] Lehr- und Forschungsgruppe für Psychiatrie der Medizinischen Hochschule Beijing (1965): Zai jingshenbingxue jiaoxue zhong guanche „shao er jing“ yuanze de yixie tihui 在精神病学教学中贯彻“少而精”原则的一些体会 [Einige Erfahrungen bei der Umsetzung des Prinzips „weniger aber von besserer Qualität“ in der Lehre der Psychiatrie]. ZHSJJSKZZ 9, 291-293.
- [51] Lehr- und Forschungsgruppe für Psychiatrie des Dritten Krankenhauses der Medizinischen Hochschule Beijing (1975): Zouchu yiyuan damen, kaizhan nongcun jingshenbing de qun fang qun zhi 走出医院大门, 开展农村精神病的群防群治 [Die Krankenhäuser verlassen und die Massenprävention und Massenbehandlung psychischer Krankheiten auf dem Land entwickeln]. XYXSJXTJBFK 1, 6-7.
- [52] Li Chongpei 李崇培, Wang Mingde 王明德, Li Xintian 李心天, Xu Shulian 许淑莲, Wang Jinghuo 王景和, Zhang Zenghui 张增慧, Song Weizhen 宋维真, Zhang Yao 张瑶, Chen Zhonggeng 陈仲庚, Wang Ruzhang 王如璋, Liu Meilan 刘美兰, Tu Yinsong 涂荫松, Zhang Boyuan 张伯元, Gu Yuxiang 古裕祥, Feng Hengcan 冯恒灿, Chen Yongming 陈永明 (1958): Shenjingshuairuo de kuaisu zhiliao - Beijing Daxue shenjingshuairuo xuesheng (bashi ren) si zhou kuaisu zhiliao jingyan de jieshao 神经衰弱的快速治疗—北京大学神经衰弱学生(八十人)四周快速治疗经验的介绍 [Die schnelle Therapie der Neurasthenie - Eine Vorstellung der Erfahrungen bei der vierwöchigen schnellen Therapie von Studenten mit Neurasthenie der Universität Beijing (80 Personen)]. ZHSJJSKZZ 4, 351-356.
- [53] Li Congpei 李从培 (1965): Shenjingshuairuo fangzhi gongzuo zhong de ji ge wenti 神经衰弱防治工作中的几个问题 [Einige Fragen in der Präventions- und Behandlungsarbeit von Neurasthenie]. ZHSJJSKZZ 9, 89-90.
- [54] Li Shuncheng 李顺成 (1973): Guanyu „250 li jingshenbing diaocha fenxi“ de fenxi 关于“250例精神病调查分析”的分析 [Eine Analyse der „Analyse einer Untersuchung von 250 Fällen von psychischer Krankheit“]. XYX 3, Nr.3, U4.
- [55] Li Xintian 李心天 (1963): Xinli zhiliao zai manxing jingshenfenliezheng zhong de yingyong 心理治疗在慢性精神分裂症中的应用 [Die Anwendung von Psychotherapie bei chronischer Schizophrenie]. XLXB 8, 55-64.
- [56] Li Xintian 李心天, Song Weizhen 宋维真, Zhang Yao 张瑶, Feng Hengcan 冯恒灿, Zhang Jizhi 张继志, Liu Tiefeng 刘铁峰, Shi Wanhua 史婉华, Huang Liangheng 黄良珩, Du Jinchun 杜锦春, Shi Yaoxian 史耀先, Zhang Baozhu 张宝珠 (1963): Manxing jingshenfenliezheng zonghe zhiliao de yanjiu 慢性精神分裂症综合治疗的研究 [Eine Studie der Kombinationstherapie von chronischer Schizophrenie]. ZHSJJSKZZ 7, 138-142.
- [57] Li Xintian 李心天, Xu Shulian 许淑莲, Kuang Peizi 匡培梓 (1980): Yixue xinlixue sanshi nian 医学心理学三十年 [Dreißig Jahre medizinische Psychologie]. XLXB 12, 135-143.
- [58] Ling Ming-yu [Ling Mingyou] (1983): Psychiatry in China today. In: Livingston, M., Lowinger, P.: The Minds of the Chinese People - Mental Health in New China. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, S. 138-148.
- [59] Liu Jianbo 刘建伯, Luo Qifen 罗启芬, Zhang Hongwei 张宏卫, Qu Yongcai 屈永才, Liu Guangzhong 刘广忠 (1994): Shanbei diqu 150 wan renqun zisha qingkuang diaocha fenxi 陕北地区150万人群自杀情况调查分析 [Analyse einer Untersuchung der Suizid-Situation in der Bevölkerung von 1,5 Millionen in der Region Nord-Shaanxi]. ZGSJJSJBZZ 20, 366-367.
- [60] Liu Tiebang 刘铁榜, Yang Desen 杨德森 (1991): Cong liuxingxue tezheng ji huanzhe jiuyi xianzhuang kan dangqian nongcun shenjingzheng de fangzhi celue 从流行病学特征及患者就医现状看当前农村神经症的防治策略 [Die gegenwärtige Taktik der Prävention und Behandlung von Neurosen auf dem Land von den epidemiologischen Merkmalen und der momentanen Situation der Arztbesuche der Patienten aus betrachtet]. ZGXLWSZZ 5, 1-5,40.
- [61] Liu Xiehe (1980): Mental Health Work in Sichuan. Br J Psychiatry 137, 371-376.

- [62] Livingston, M., Lowinger, P. (1983): *The Minds of the Chinese People - Mental Health in New China*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- [63] Lu Mingkang 陆明康, Cai Dexing 蔡德兴, Yan Heqin 严和颀 (1983): Shenjingshuairuo jiti zonghe zhiliao yuanqi suifang 89 li baogao 神经衰弱集体综合治疗远期随访89例报告 [Bericht über eine langfristige Follow-up-Untersuchung bei 89 Fällen der umfassenden Gruppentherapie bei Neurasthenie]. ZGSJJSBZZ 9, 103-104.
- [64] Luo Hechun 罗和春, Wu Anren 吴安仁, Tan Dailin 谭代林, Liu Zaiyong 刘再庸, Xu Shiming 徐士明 (1987): 116 li zaoyuzheng wuzhen wei jingshenfenliezheng de linchuang fenxi 116例躁郁症误诊为精神分裂症的临床分析 [Eine klinische Analyse von 116 als Schizophrenie fehldiagnostizierten Fällen von manisch-depressiver Krankheit]. ZGSJJSBZZ 13, 230-231.
- [65] Lyman, R.S. (1937): *Psychiatry in China*. Archives of Neurology and Psychiatry 37, 765-771.
- [66] Ma Fengyun 马风云, Chen Xueshi 陈学诗 (o.J.): Zhonghua Yi Xuehui Jingshenbingxue Fenhui – huishi 中华医学会精神病学分会一会议史 [Zweiggesellschaft für Psychiatrie der Chinesischen Gesellschaft für Medizin – Geschichte der Gesellschaft]. In: http://www.21jk.com.cn/csp/csp_institution/history.asp.
- [67] Mao Tse-tung (1974): Directive on public health. In: Schram, S. (Ed.): *Mao Tse-tung Unrehearsed, Talks and Letters: 1956-71*. S. 232-233. Harmondsworth: Penguin.
- [68] Mao Zedong 毛泽东 (1966): Maodun lun 矛盾论 [Über den Widerspruch]. In: Mao Zedong 毛泽东, Mao Zedong xuanji 毛泽东选集 [Ausgewählte Werke Mao Zedongs]. Bd. 1; S. 277; Beijing: Volksverlag.
- [69] McCartney, J.L. (1926): Neuropsychiatry in China: a preliminary observation. *China Medical Journal* 40, 617-626.
- [70] Medizinische Hochschule Beijing et al. (Hrsg.) (1984): *Yixue xinlixue 医学心理学 [Medizinische Psychologie]*, Changzhou.
- [71] Medizinische Hochschule Hunan (Hrsg.) (1981): *Jingshen yixue jichu 精神医学基础 [Grundlagen der psychologischen Medizin]*. Buchreihe zur psychologischen Medizin Bd. 1. Changsha: Verlag für Wissenschaft und Technik Hunan.
- [72] Meng Jiamei 孟家眉 (1958): Shenjingzheng linchuang zhiliao de ji ge yibanxing wenti 神经症临床治疗的几个一般性问题 [Einige allgemeine Probleme bei der klinischen Behandlung von Neurosen]. In: Sowjetisches Rotkreuzkrankenhaus Beijing (Hrsg.): *Beijing Sulian Hongshizi Yiyuan kexue ji shiji gongzuo lunwen ji 北京苏联红十字医院科学及实际工作论文集 [Artikelsammlung zur wissenschaftlichen und praktischen Arbeit des Sowjetischen Rotkreuzkrankenhauses Beijing]*. S. 33-41. Beijing: Verlag für Volksgesundheit.
- [73] Nationales Institut für Drogenabhängigkeit (o.J.): Woguo xiduren shu 我国吸毒人数 [Die Zahl Drogenabhängiger unseres Landes]. In: <http://www.nidd.ac.cn/drugs/rens.htm>.
- [74] Neuropsychiatrisches Krankenhaus Nanjing (Hrsg.) (1960): *Jingshenbingxue 精神病学 [Psychiatrie]*, Nanjing: Volksverlag Jiangsu.
- [75] [O. Verf.] (1983): *The National Mental Illnesses Prevention Work Plan (1958-1962)*. In: Livingston, M., Lowinger, P.: *The Minds of the Chinese People - Mental Health in New China*. S. 149-154. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- [76] [O. Verf.] (1990): „Xiwang rexian“ dianhua xinli xingwei jiankang zixun yantaohui zai Beijing juxing “希望热线”电话心理行为健康咨询研讨会在北京举行 [Das Symposium für Beratung zur psychischen und verhaltensmäßigen Gesundheit [im Rahmen des] Telefons „Hotline der Hoffnung“ in Beijing abgehalten]. ZHSJJSKZZ 23, 64.
- [77] [O. Verf.] (1990): Zhongguo shequ jingshen weisheng gongzuo zheng zai fazhan zhong (1988 nian WHO diaocha baogao) 中国社区精神卫生工作正在发展中(1988年WHO调查报告) [Die Gemeindefür psychische Gesundheit Chinas entwickelt sich (Untersuchungsbericht der WHO 1988)]. SHJSYX 2, 112-113.
- [78] Pan Shu (1981): Die Psychologie in unserem Land angesichts der neuen Epoche. In: Petzold, M.: *Psychologische Forschung in China, Geschichte und gegenwärtige Entwicklungen*. Berichte des Bundesinstituts für ostwissenschaftliche und internationale Studien Nr. 9; S. A18-A34.
- [79] Petzold, M. (1981): *Psychologische Forschung in China, Geschichte und gegenwärtige Entwicklungen*. Berichte des Bundesinstituts für ostwissenschaftliche und internationale Studien Nr. 9.
- [80] Petzold, M. (1983): *Entwicklungspsychologie in der VR China*. Saarbrücken, Fort Lauderdale: Breitenbach.
- [81] Psychiatrisches Bezirkskrankenhaus Yichun, Jiangxi (1973): „250 li jingshenbing diaocha fenxi“ xuexi taolun jiyao “250例精神病调查分析”学习讨论纪要 [Notizen des Studiums und der Diskussion der „Analyse einer Untersuchung von 250 Fällen von psychischer Krankheit“]. XYX 3, 176-U4.
- [82] Psychiatrisches Krankenhaus Chenzhou, Hunan (1972): 250 li jingshenbing diaocha fenxi 250例精神病调查分析 [Analyse einer Untersuchung von 250 Fällen von psychischer Krankheit]. XYX 2, Nr.8, 12-16.
- [83] Psychiatrisches Krankenhaus Chongqing (1959): Wo yuan feichu „yueshu“, „geli“ zhidu jianli xin de xiuyangyuan zuzhi de jingyan jieshao 我院废除“约束”、“隔离”制度建立新的休养员组织的经验介绍

- [Eine Vorstellung der Erfahrungen unseres Krankenhauses bei der Abschaffung des Systems des „Bindens“ und der „Isolierung“ und bei der Einführung einer neuen Organisation der Rehabilitanten]. ZHSJJSKZZ 5, 124-125.
- [84] Psychiatrisches Provinzkrankenhaus Shandong, Psychiatrisches Krankenhaus der Region Yantai (1985): Shandong sheng Ye xian liang gongshe jingshenbing liuxingxue diaocha 山东省掖县两公社精神病流行病学调查 [Eine epidemiologische Untersuchung von Psychosen in zwei Kommunen des Kreises Ye in der Provinz Shandong]. ZHSJJSKZZ 18, 177-180.
- [85] Redaktionsausschuß der „Chinesischen Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie“ (1958): Wei jingshen-shenjingbing fangzhi gongzuo de geng da yuejin er nuli 为精神神经病防治工作的更大跃进而努力 [Anstrengungen für einen noch größeren Sprung nach vorn in der Präventions- und Behandlungsarbeit von psychischen und nervösen Krankheiten]. ZHSJJSKZZ 4, Nr.6, U2.
- [86] Redaktionsausschuß der „Chinesischen Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie“ (1966): Tuchu zheng-zhi, zou wo guo jingshenbing fangzhi gongzuo ziji de lu 突出政治、走我国精神病防治工作自己的路 [Die Politik in den Vordergrund stellen und in der Arbeit der Prävention und Behandlung psychischer Krankheiten in unserem Land einen eigenen Weg gehen]. ZHSJJSKZZ 10, 95-97.
- [87] Redaktionsausschuß der „Chinesischen Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie“ (1986): Shenjingzheng linchuang gongzuo zhenduan biao zhun 神经症临床工作诊断标准 [Die diagnostischen Kriterien der Neurosen für die klinische Arbeit]. ZHSJJSKZZ 19, 318-321.
- [88] Redaktionsausschuß der „Zeitschrift für Psychologie“ (1985): Xinlixuejia de qi wang - xinlixuejia yingchun zuotanhui jiyao 心理学家的期望 - 心理学家迎春座谈会纪要 [Die Erwartungen der Psychologen - Eine Zusammenfassung des Winterjasmin-Forums der Psychologen]. XLXB 17, 332-338.
- [89] Scharfetter, C. (1983): Epidemiologie der Schizophrenie. In: Peters, U.H. (Hrsg.): Psychiatrie. Bd.1; S. 411-415. Weinheim: Beltz.
- [90] Schepank, H. (1986): Epidemiologie psychogener Störungen. In: Kisker, K.P. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd.1: Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. 3. Aufl. S. 1-27. Berlin (usw.): Springer.
- [91] Shan-ming, Y. [Yan Shanming], Schou, M., Zhi-Hong, T. [Tian Zhihong] (1987): Lithium therapy in China: 6 years later. Acta Psychiatr Scand 76, 219-220.
- [92] Shen Qijie 沈其杰, Zhang Jitian 张吉田, Xie Guangrong 谢光荣 (1984): Zaoyuzheng 34 li wuzhen de fenxi 躁郁症34例误诊的分析 [Eine Analyse der Fehldiagnose bei 34 Fällen von manisch-depressiver Krankheit]. ZHSJJSKZZ 17, 231-235.
- [93] Shen Yucun 沈渔村 (1965): Tuchu zhengzhi gaohao xunhui yiliao cujin chengshi yiyuan de geminghua 突出政治 搞好巡回医疗 促进城市医院的革命化 [Die Politik in den Vordergrund stellen, die mobile medizinische Betreuung gut machen und die Revolutionierung der städtischen Krankenhäuser vorantreiben]. ZHSJJSKZZ 9, 285-287.
- [94] Shen Yucun 沈渔村 (1987): Jinnian lai guonei youguan jiu yilai he manxing jiu zhongdu de liuxingxue diaocha ziliao 近年来国内有关酒依赖和慢性酒中毒的流行病学调查资料 [Daten nationaler epidemiologischer Untersuchungen von Alkoholabhängigkeit und Alkoholismus in den letzten Jahren]. ZGXLWSZZ 1, 251-252,256.
- [95] Shen Yucun 沈渔村 (1990): Dui zhiding jingshen weisheng ba wu guihua de ji dian kaolu 对制定精神卫生八五规划的几点考虑 [Einige Überlegungen zur Ausarbeitung des achten Fünfjahresplanes für geistige Gesundheit]. ZGXLWSZZ 4, 193-196.
- [96] Sidel, R. (1972): Mental Diseases and Their Treatment. In: Quinn, J.R. (Ed.): Medicine and Public Health in the People's Republic of China. S. 289-305. Bethesda, Md.: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health.
- [97] Ständiger Vorstand der Chinesischen Gesellschaft für Psychologie (1982): Zhongguo xinlixue liushi nian de huigu yu zhanwang 中国心理学六十年的回顾与展望 [Rückblick auf sechzig Jahre chinesische Psychologie und Ausblick]. XLXB 14, 127-138.
- [98] Su Zonghua 粟宗华, Xia Zhenyi 夏镇夷 (1959): Shi nian lai Shanghai shi jingshenbing fangzhi gongzuo de fazhan gaikuang 十年来上海市精神病防治工作的发展概况 [Ein Überblick über die Entwicklung der Arbeit der Prävention und Behandlung psychischer Krankheiten in der Stadt Shanghai in den letzten zehn Jahren]. ZHSJJSKZZ 5, 308-309.
- [99] Sun Yaoxiang 孙耀祥 (1974): San jiehe zhiliao fangfa, zai jingshenfenliezheng huanjieqi de linchuang zhiliao he yufang fufa de zuofa he tihui 三结合治疗方法、在精神分裂症缓解期的临床治疗和预防复发的做法和体会 [Die Methode der Dreier-Integrationstherapie: Verfahren und Erfahrungen bei der klinischen Therapie und Rückfallprävention in der Remissionsphase der Schizophrenie]. JSKJLZL 1, 75-85.
- [100] Sun Ye 孙晔 (1959): Guoji xueshu jie fan Fuluoyidezhuoyi de douzheng 国际学术界反弗洛伊德主义的斗争 [Der Kampf internationaler wissenschaftlicher Kreise gegen den Freudianismus]. XLXB 4, 264-270.

- [101] Sun Ye 孙晔 (1965): Yong geming jingshen gaijin xinlixue jiaoxue he yanjiu gongzuo 用革命精神改进心理学教学和研究工作 [Mit revolutionärer Kraft die psychologische Lehr- und Forschungsarbeit verbessern]. XLKXTX 2, Nr.1, 1-4.
- [102] Sun Zhutian 孙祝天 (1988): Jingshenbing guanli zhiyuan zai shehui zhi'an guanli zhong de zuoyong (fu zhaohuo jingshenbingren 1,646 li fenxi) 精神病管理治院在社会治安中的作用(付肇祸精神病人1,646例分析) [Die Rolle der psychiatrischen Sicherheitskrankenhäuser im Management der öffentlichen Sicherheit der Gesellschaft (sowie eine Analyse von 1.646 psychisch Kranken, die Unglücke verursacht haben)]. SHJSYX 6, 37-39.
- [103] Tan Yuci 谭玉慈, Zhong Youbin 钟友彬 (1984): Zaokuang-yiyuxing jingshenbing wuzhen jingshenfenliezheng de linchuang fenxi 躁狂抑郁性精神病误诊精神分裂症的临床分析 [Eine klinische Analyse der Fehldiagnose von manisch-depressiver Psychose als Schizophrenie]. ZGSJJSBZZ 10, 111-112.
- [104] Tao Kuo-Tai [Tao Guotai], Yan Shan-Ming [Yan Shanming] (1983): The Impact of DSM-III on Chinese Psychiatry. In: Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Skodol, A.E. (Eds.): International Perspectives on DSM-III. S. 235-242. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- [105] Tian Jun 田军 (1999): Ankang zhi lu dai feng chun - lai zi quanguo gong'an jiguan jingshenbing guanzhi zhanxian de baodao 安康之路待逢春 - 来自全国公安机关精神病管治战线的报道 [Der Weg der „Sicherheit und Gesundheit“ erwartet den Frühling - Bericht von der Front der Verwaltung und Behandlung psychischer Krankheiten der Behörden für Öffentliche Sicherheit aus dem ganzen Land]. RMGAB 24.6.1999.
- [106] Tian Shouzhong 田寿彰 (1958): Shanghai shi jingshenbing fangzhiyuan zhiliao shenjingshuairuo de xin fangxiang 上海市精神病防治院治疗神经衰弱的新方向 [Eine neue Orientierung in der Behandlung von Neurasthenie im Psychiatrischen Krankenhaus Shanghai]. ZHSJJSKZZ 4, 416.
- [107] Unschuld, P.U. (1980): Medizin in China: Eine Ideengeschichte. München: Beck.
- [108] Wang Changhua 王昌华 (1986): Shanghai jingfang gongzuo ershiba nian lishi huigu 上海精防工作二十八年历史回顾 [Historischer Rückblick auf achtundzwanzig Jahre Präventions- und Behandlungsarbeit psychischer Krankheiten in Shanghai]. SHJSYX 4, 97-100.
- [109] Wang Jinghuo 王景和 (Hrsg.) (1959): Shi nian lai de Zhongguo kexue: xinlixue 1949 - 1959 十年来的中国科学: 心理学1949-1959 [Chinesische Wissenschaften in den letzten zehn Jahren: Psychologie 1949 - 1959], Beijing: Interne Materialien.
- [110] Wang Jinghuo 王景和 (1961): Xinli zhiliao zai manxing bing zonghe kuaisu zhiliao zhong de zuoyong 心理治疗在慢性病综合快速治疗中的作用 [Die Funktion der Psychotherapie bei der schnellen Kombinationstherapie chronischer Krankheiten]. XLXB 6, 44-50.
- [111] Wang Jinghuo 王景和 (1961): Xinli yinsu zai gaoxueyabing de fasheng, fazhan ji zonghe kuaisu zhiliao zhong de zuoyong 心理因素在高血压病的发生、发展及综合快速治疗中的作用 [Die Rolle psychischer Faktoren bei der Entstehung, Entwicklung und schnellen Kombinationstherapie von Bluthochdruck]. XLXB 6, 107-116.
- [112] Wang Jinghuo 王景和, Li Xintian 李心天 (1960): Shenjingshuairuo bingyin wenti de chubu tantao 神经衰弱病因问题的初步探讨 [Eine erste Sondierung der Frage der Ätiologie von Neurasthenie]. XLXB 5, 46-53.
- [113] Wang Jingxiang 王景祥 et al. (1964): Shenjingshuairuo zonghe zhiliao zhiliao yuanli de tantao 神经衰弱综合治疗治疗原理的探讨 [Eine Sondierung der therapeutischen Prinzipien der Kombinationstherapie von Neurasthenie]. ZHSJJSKZZ 8, 91-96.
- [114] Wang Meide 王美德 (1984): Huli xinlixue gailun 护理心理学概论 [Einführung in die Psychologie der Pflege], Beijing.
- [115] Wang Shancheng 王善澄 (Hrsg.) (1981): Jingshenke shouce 精神科手册 [Handbuch der Psychiatrie], Shanghai: Verlag für Wissenschaft und Technik Shanghai.
- [116] Wang Xiuzi 王秀姿, Huang Wencheng 黄文成 (1983): Shiyong liangbiao cong shenjingguannengzheng zhong shaixuan yinnixing yiyuzheng 试用量表从神经官能症中筛选隐匿性抑郁症 [Eine Erprobung von Tests zur Durchsiebung von Neurosen nach maskierter Depression]. ZHSJJSKZZ 16, 246-249.
- [117] Wang Yuting 王玉亭, Wang Ding 王鼎 (1994): Zisha siwang liuxingxue diaocha yu fenxi 自杀死亡流行病学调查与分析 [Eine epidemiologische Untersuchung und Analyse von vollendetem Suizid]. ZGSJJSBZZ 20, 357-359.
- [118] Wu Chen-i [Wu Zhengyi] (1983): New China's achievements in psychiatry. In: Livingston, M., Lowinger, P.: The Minds of the Chinese People - Mental Health in New China. S. 155-169. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- [119] Xia Zhenyi 夏镇夷 (1963): Jingshenbingxue keyan gongzuo zhong de ruogan wenti 精神病学科研究工作中的若干问题 [Einige Fragen in der psychiatrischen Forschungsarbeit]. ZHSJJSKZZ 7, 5-7.
- [120] Xia Zhenyi 夏镇夷 (1963): Jingshenbing de bingli xinli wenti 精神病的病理心理问题 [Die Frage der Pathopsychologie bei psychischen Krankheiten]. ZHSJJSKZZ 7, 169-170.

- [121] Xia Zhenyi 夏镇夷 (1966): Xuehui zai jingshenbing linchuang gongzuo zhong yunong weiwu bianzhengfa 学会在精神病临床工作中运用唯物辩证法 [Die Anwendung der materialistischen Dialektik in der psychiatrisch-klinischen Arbeit beherrschen]. ZHSJJSKZZ 10, 3-5.
- [122] Xia Zhenyi 夏镇夷 (1985): Jingshenbingxue yu jingshen yixue 精神病学与精神医学 [Psychiatrie und psychologische Medizin]. ZGSJJSJBZZ 11, 48-50.
- [123] Xia Zhenyi 夏镇夷 (1989): Huigu yu zhanwang 回顾与展望 [Rückblick und Perspektive]. In: Zentrum für geistige Gesundheit Shanghai, Forschungsinstitut für geistige Gesundheit Shanghai (Hrsg.): Qingzhu Xia Zhenyi jiaoshou cong yi zhi jiao wushi zhounian 庆祝夏镇夷教授从医执教五十周年 [Feierliche Begehung des fünfzigjährigen Jubiläums der Tätigkeit Professor Xia Zhenyis als Arzt und Lehrer]. S. 7-9. Shanghai.
- [124] Xia Zhenyi 夏镇夷 (1989): Zonghe yiyuan xu kaizhan jingshen weisheng fuwu 综合医院需开展精神卫生服务 [Allgemeinkrankenhäuser müssen geistige Gesundheitsdienste einrichten]. ZGXLWSZZ 3, 267-268.
- [125] Xia Zhenyi 夏镇夷, Xu Taoyuan 徐韬园 (1982): Zhonghua yixue hui jingshenfenliezheng zhuanxi xueshu huiyi gaikuang 中华医学会精神分裂症专题学术会议概况 [Ein Überblick über das Symposium für Schizophrenie der Chinesischen Gesellschaft für Medizin]. ZHSJJSKZZ 15, 58-59.
- [126] Xia Zhenyi, Zhang Mingyuan (1981): History and present status of modern psychiatry in China. Chin Med J 94, 277-282.
- [127] Xu Changlin 许昌麟 (1958): Shanghai shi jingshenbing fangzhizhan gongzuo yuejin gaikuang 上海市精神病防治站工作跃进概况 [Ein Überblick über den Sprung nach vorn bei der Arbeit der psychiatrischen Dispensarstationen in Shanghai]. ZHSJJSKZZ 4, 416-417.
- [128] Xu Junmian 徐俊冕, Zhang Lin 张琳, Jiang Kaida 江开达, Zhu Xin 朱新 (1988): Zonghexing yixuan zhong de yixue xinli zixun 综合性医院中的医学心理咨询 [Medizinisch-psychologische Beratung in einem Allgemeinkrankenhaus]. SHJSYX 6, 150-153.
- [129] Xu Taoyuan 徐韬园 (1989): Zhongguo jingshenbingxue sishi nian 中国精神病学四十年 [Vierzig Jahre chinesische Psychiatrie]. SHJSYX 1, 7-9,6.
- [130] Xu Taoyuan 徐韬园, Xia Zhenyi 夏镇夷 (1989): Zhongguo jingshen jibing fenlei de lishi yu xianzhuang 中国精神疾病分类的历史与现状 [Geschichte und gegenwärtige Situation der Klassifikation psychischer Krankheiten in China]. ZHSJJSKZZ 22, 257-260.
- [131] Xu Youxin 许又新 (1983): Jingshenfenliezheng zhenduan biao zhun de yi ge jianyi 精神分裂症诊断标准的一个建议 [Ein Vorschlag für diagnostische Kriterien der Schizophrenie]. ZHSJJSKZZ 16, 37-41.
- [132] Xu Youxin 许又新, Xu Di 许迪, Cui Yuhua 崔玉华, Han Yonghua 韩永华, Zhang Miaohua 张苗花 (1986): Si zhong shenjingzheng linchuang yanjiu de chubu baogao 四种神经症临床研究的初步报告 [Ein erster Bericht über die klinische Untersuchung von vier Neurosen]. ZHSJJSKZZ 19, 264-267.
- [133] Xu Youxin 许又新, Zhong Youbin 钟友彬 (1983): Ji zhong shenjingzheng de zhenduan biao zhun jianyi 几种神经症的诊断标准建议 [Ein Vorschlag für diagnostische Kriterien einiger Neurosen]. ZHSJJSKZZ 16, 236-238.
- [134] Yan Shanming 严善明 (1978): Guanyu jingshenbing benzhi wenti de tantao 关于精神病本质问题的探讨 [Eine Sondierung zur Frage des Wesens psychischer Krankheiten]. XYXSJXTJBFK 4, 109-110.
- [135] Yan Shanming (1981): Lithium therapy in China. Acta Psychiatr Scand 64, 270-272.
- [136] Yan Wenwei 颜文伟, Zhao Xueqing 赵雪庆, Min Chunsheng 闵春生, Weng Xiaofu 翁筱夫 (1985): Cong manxing jingshenbing li zhong shaichu zaoyuzheng 从慢性精神病例中筛出躁郁症 [Aus sieben von Manie aus Fällen chronischer psychischer Krankheiten]. ZHSJJSKZZ 18, 291-294.
- [137] Yang Desen 杨德森 (1976): Bu neng ba jingshen jibing shi wei sixiang maobing 不能把精神疾病视为思想毛病 [Psychische Krankheiten dürfen nicht als ideologische Fehler betrachtet werden]. XYXSJXTJBFK 2, 187-189.
- [138] Yang Desen 杨德森 (1978): Zhuguan yice bu neng daiti kexue yanjiu (lai gao zonghe) 主观臆测不能代替科学研究(来稿综合) [Subjektive Vermutungen dürfen wissenschaftliche Forschung nicht ersetzen (Zusammenfassung eingegangener Beiträge)]. XYXSJXTJBFK 4, 329-332.
- [139] Yang Desen 杨德森 (Hrsg.) (1989): Zhongguo jingshen jibing zhenduan biao zhun yu anli 中国精神疾病诊断标准与案例 [Die chinesischen diagnostischen Kriterien für psychische Krankheiten und Fallbeispiele], Changsha: Verlag der Universität Hunan.
- [140] Yang Desen 杨德森 (1989): Jingshen jibing zhenduan yu fenlei zhong de ji ge jiben wenti 精神疾病诊断与分类中的几个基本问题 [Einige Grundfragen bei der Diagnose und Klassifikation psychischer Krankheiten]. ZHSJJSKZZ 22, 114-118.
- [141] Yang Desen 杨德森, Chen Yongde 陈永德 (1963): Jingshenbing pucha gongzuo zhong de ji ge wenti 精神病普查工作中的几个问题 [Einige Probleme in der Arbeit der Allgemeinuntersuchung psychischer Krankheiten]. ZHSJJSKZZ 7, 159-162.

- [142] Yang Huayu 杨华渝 (1983): Kongbuzheng ji qi xinli zhiliao 恐怖症及其心理治疗 [Phobien und ihre Psychotherapie]. ZGSJJSJBZZ 9, 102-103.
- [143] Yang Quan 杨权, Du Rongyu 杜荣玉, Liu Xiehe 刘协和 (1984): Anzhao DSM-III dui 50 li shenjing-shuairuo zai zhenduan 按照DSM-III对50例神经衰弱再诊断 [Rediagnose von 50 Fällen von Neurasthenie entsprechend dem DSM-III]. ZGSJJSJBZZ 10, 69-70.
- [144] Yin Dakui 殷大奎 (2000): Zhongguo jingshen weisheng gongzuo de xianzhuang, wenti ji duice – Zai Zhongguo/ Shijie Weisheng Zuzhi jingshen weisheng gaoceng yantaohui shang de baogao 中国精神卫生工作的现状、问题及对策—在中国/世界卫生组织精神卫生高层研讨会上的报告 [Gegenwärtige Situation, Probleme und Gegenmaßnahmen der geistigen Gesundheitsarbeit Chinas – Bericht auf der hochrangigen Konferenz von China/ Weltgesundheitsorganisation für geistige Gesundheit]. ZGXLWSZZ 14, 4-5.
- [145] Young, D. [Yang Desen] (1980): The relationship between etiology and symptomatology in psychiatry. Cult Med Psychiatry 4, 15-23.
- [146] Young, D. [Yang Desen], Chang, M. [Zhang Mingyuan] (1983): Psychiatry in the People's Republic of China. Compr Psychiatry 24, 431-438.
- [147] Yu Qinghan 于清汉 (1957): Qian'e yeqie kaishu dui jingshenbing zhiliao de pingjia 前额叶切开术对精神病治疗的评价 [Eine Beurteilung der präfrontalen Leukotomie zur Therapie von Psychosen]. ZHSJJSKZZ 3, 198-202.
- [148] Yu Qinghan 于清汉, Xia Zhenyi 夏镇夷, Mo Ganming 莫淦明, Luo Weiwu 罗维武, Yang Lingling 杨玲玲, Zhang Jizhi 张继志, Kuang Peigui 邝培桂 (1990): Jingshenke zhuanjia tan jingshenbingxue 精神科专家谈精神病学 [Psychiatrische Fachleute sprechen über Psychiatrie]. SHJSYX 2, 50-52.
- [149] Yu Shenchu 俞慎初 (1983): Zhongguo yixue jian shi 中国医学简史 [Kurze Geschichte der chinesischen Medizin], Fuzhou: Verlag für Wissenschaft und Technik Fujian.
- [150] Zhang Guangqi 张广岐, Xu Sisun 徐嗣荪 (1990): Wo guo jingshenbing yiyuan de fazhan xianzhuang 我国精神病医院的发展现状 [Gegenwärtiger Entwicklungsstand der psychiatrischen Krankenhäuser unseres Landes]. SHJSYX 2, 196-198.
- [151] Zhang Mingyuan 张明园 (1981): Guanyu jingshenfenliezheng zhenduan biao zhun de diaocha 关于精神分裂症诊断标准的调查 [Eine Untersuchung über die diagnostischen Kriterien der Schizophrenie]. ZHSJJSKZZ 14, 176-178.
- [152] Zhang Mingyuan 张明园, Shen Yucun 沈渔村, Yang Xiaoxin 杨小昕 (1999): Yingjie 21 shiji tiaozhan de Zhongguo jingshenbingxue 迎接21世纪挑战的中国精神病学 [Die chinesische Psychiatrie geht der Herausforderung des 21. Jahrhunderts entgegen]. ZHJSKZZ 32, 197-198.
- [153] Zhang Weixi 张维熙 (1991): Disi ci quanguo jingshen weisheng gongzuo lianxi huiyi jiyao 第四次全国精神卫生工作联系会议纪要 [Notizen von der 4. Nationalen gemeinsamen Konferenz für geistige Gesundheitsarbeit]. ZGXLWSZZ 5, 257.
- [154] Zhang Weixi 张维熙, Shen Yucun 沈渔村, Li Shuran 李淑然, Chen Changhui 陈昌惠, Huang Yueqin 黄悦勤, Wang Jinrong 王金荣, Wang Deping 王德平, Tu Jian 涂健, Ning Zuoxi 宁佐喜, Fu Limu 付力牧, Ji Liping 纪丽萍, Liu Zhiguang 刘志广, Wu Huamin 吴化民, Luo Kailin 罗开林, Zhai Shutao 翟书涛, Yan Heqin 严和颀, Meng Guorong 孟国荣 (1998): Zhongguo qi ge diqu jingshen jibing liuxingbingxue diaocha 中国七个地区精神疾病流行病学调查 [Eine epidemiologische Untersuchung psychischer Krankheiten in sieben Regionen Chinas]. ZHJSKZZ 31, 69-71.
- [155] Zhang Yalin 张亚林, Yang Desen 杨德森, Xiao Zeping 肖泽萍, Feng Yongming 冯永铭, Zhang Honggen 张宏根, Zhou Hongxiang 周洪祥, Yu Suijuan 俞绥娟 (2000): Zhongguo dao jia renzhi liaofa zhiliao jiaolü zhang'ai 中国道家认知疗法治疗焦虑障碍 [Die Behandlung von Angststörungen mit der chinesisch-taoistischen kognitiven Therapie]. ZGXLWSZZ 14, 62-63.
- [156] Zhang Yalin 张亚林, Yang Desen 杨德森, Chen Xiangyi 陈向一 (1986): Dangqian dui shenjingzheng renshi you zhengyi de ji ge wenti 当前对神经症认识有争议的几个问题 [Einige gegenwärtig strittige Fragen im Verständnis von Neurosen]. ZHSJJSKZZ 19, 314-317.
- [157] Zhang Zhongchun 张仲春 (1975): Jiaqiang bingren sixiang jiaoyu juban ge zhong leixing Mao Zedong sixiang xuexiban de tihui 加强病人思想教育举办各种类型毛泽东思想学习班的体会 [Die ideologische Erziehung der Patienten verstärken, Erfahrungen bei der Durchführung verschiedener Studienklassen zum Mao Zedong-Denken]. JSKJLZL 2, 137-143.
- [158] Zhao Biru 赵璧如 (1983): Ping Fuluoyide de xinli fenxi xueshuo 评弗洛伊德的心理分析学说 [Eine Kritik der psychoanalytischen Theorie Freuds]. HQ 16, Nr. 16, 38-43, 48.
- [159] Zhao Gengyuan 赵耕源, Huang Duoxiang 黄戊香 (Hrsg.) (1991): Yixue xinlixue 医学心理学 [Medizinische Psychologie], Guangdong.

- [160]Zheng Hongxiang 郑洪骧, Xiang Tianwei 向天玮, Wu Guohui 吴国惠 (1984): Qingganxing jingshenbing wuzhen wei jingshenfenliezheng de yuanyin tantao 情感性精神病误诊为精神分裂症的原因探讨 [Eine Sondierung der Ursachen der Fehldiagnose von affektiver Psychose als Schizophrenie]. ZGSJJSJBZZ 10, 71-73.
- [161]Zheng, Y. [Zheng Yanping] et al. (1988): Reliability and Validity of a Chinese Computerized Diagnostic Instrument. Acta Psychiatr Scand 77, 32-37.
- [162]Zhong Youbin 钟友彬 (1964): Shenjingshuairuo bingren dui xinyin de fouben 神经衰弱病人对心因的否认 [Die Leugnung psychischer Ursachen bei Neurasthenikern]. ZHSJJSKZZ 8, 282-286.
- [163]Zhong Youbin 钟友彬 (1984): Zai qiangpodongzuo zheng de xinli zhiliao zhong „lingwu“ de benzhi he zuoyong 在强迫动作症的心理治疗中“领悟”的本质和作用 [Wesen und Funktion der „Einsicht“ in der Psychotherapie von Zwängen]. ZGSJJSJBZZ 10, 267-270.
- [164]Zhong Youbin 钟友彬 (1988): Zhongguo xinli fenxi - renshi lingwu xinli liaofa 中国心理分析—认识领悟心理疗法 [Chinesische Psychoanalyse - die kognitive Einsichtspsychotherapie], Shenyang: Volksverlag Liaoning.
- [165]Zhong Youbin 钟友彬 (1989): Qiangpozhen bingren dui qiangpo dongzuo de taidu he zai xinli zhiliao zhong de zukang 强迫症病人对强迫动作的态度和在心理治疗中的阻抗 [Die Einstellung von Zwangsneurotikern zu Zwangshandlungen und [ihre] Widerstände in der Psychotherapie]. ZGSJJSJBZZ 15, 65-67.
- [166]Zhu Yonglian 朱镛莲 (1957): Beijing Sulian Hongshizi Yiyuan shenjingke zhiliao shenjingguannengzheng de yixie jingyan 北京苏联红十字医院神经科治疗神经官能症的一些经验 [Einige Erfahrungen der neurologischen Abteilung des Sowjetischen Rotkreuzkrankenhauses Beijing bei der Behandlung von Neurosen]. In: Sowjetisches Rotkreuzkrankenhause Beijing (Hrsg.): Beijing Sulian Hongshizi Yiyuan kexue ji shiji gongzuo lunwen ji 北京苏联红十字医院科学及实际工作论文集 [Artikelsammlung zur wissenschaftlichen und praktischen Arbeit des Sowjetischen Rotkreuzkrankenhauses Beijing]. S. 45-51. Beijing: Verlag für Volksgesundheit.

Lebenslauf

- 30.1.1957 in Dresden geboren
- 1964-76 Schulbesuch in Heilbronn
- 1977 Beginn des Studiums der Sinologie (HF), Psychologie (NF) und Philosophie (NF) in Tübingen
- 1978 Beginn des Studiums der Psychologie (HF), Ersetzung der Philosophie durch Empirische Kulturwissenschaft als Nebenfach
- 1980 halbjähriger Studienaufenthalt in Taiwan
- 1988 Studienabschluß der Sinologie (Magister)
- 1989 Beginn der Arbeit an der Dissertation, Erhalt eines Stipendiums der Graduiertenförderung des Landes Baden-Württemberg
- 1990 halbjähriger Studienaufenthalt in der Volksrepublik China
- 1991-2000 diverse Studienaufenthalte in der Volksrepublik China, Beginn einer zweiten Arbeit über das chinesische Schattentheater