

„Irresein“ in China



Einblick in Diagnostik und Behandlung

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	3
II. Autochthone Konzepte von Irresein	4
II.I. Dämonenmedizinische Modelle	7
II.II. Entsprechungsmedizinische Modelle	11
II.II.I. <i>yinyang</i> Dimension	12
II.II.II. 5 Wandlungsphasen	13
II.II.II.I. Die vier Formen von <i>kuang</i> nach Chen	14
II.II.II.II. Die fünf Formen von <i>dian</i> nach Chen	16
III. Diskurs über westliche medizinische Konzepte in China	17
III.I. Gehirn	19
III.II. Psychiatrie	21
III.II.I. Diagnostik	23
III.IV. Psychotherapie	24
IV. Traditionelle Chinesische Medizin im deutschsprachigen Raum	28
V. Fazit	29
VI. Literaturverzeichnis	32

I. Einleitung

„Irresein“ ist in der westlichen Denktradition kein rezenter Begriff zur Behandlung des Themas „psychischer Erkrankung“. Und doch habe ich diesen Titel gewählt, da der Begriff „psychische Erkrankung“ bereits festlegt, dass es sich um etwas „Psychisches“ handelt und damit eine ethnozentrische Bias grundgelegt wäre. Es würde voraussetzen, dass auch in China die „Psyche“ ein seit jeher gängiges Konzept im Verständnis um innere Dynamiken wäre, im pathologischen wie nicht-pathologischen Sinne. Darum möchte ich in dieser Arbeit folgenden Fragestellungen nachgehen:

- Welche autochthonen Konzepte von „Irresein“ gibt es auch heute noch in China?
- Welche Ursachen und Behandlungsmethoden wurden aus diesen Konzepten abgeleitet?
- Wie wurde der Diskurs über westliche Konzepte von „Irresein“ in China geführt und welche Folgen hat dies für die Diagnose und Behandlung?
- Hat das Konzept Einfluss auf die Symptomerscheinungen „psychisch erkrankter“ Menschen und wo suchen diese Menschen Hilfe?

Diesen Fragen möchte ich vorausschicken, dass ich den Raum Chinas behandeln möchte, der sich als Volksrepublik formiert hat. Taiwan und Hongkong habe ich bewusst nicht in die Betrachtung miteinbezogen. Außerdem ist zu erwähnen, dass es fast blasphemisch wäre, in einer Arbeit dieser Kürze eine Übersicht über das „Irresein“ in China geben zu wollen, angesichts der Größe dieses Staates und der damit verbundenen Vielfachheit an kulturellen, sozialen, sprachlichen, bildungsrelevanten und ökonomischen Unterschieden. Im Bewusstsein dieser Tatsache möchte ich jedoch trotz alledem versuchen, einen Einblick und ein Verstehen für die Konzepte und Diagnosen mit ihren Behandlungsmethoden in China zu geben und halte mich dabei an die grobe Einteilung von Messner (2000) mit exemplarischen Darstellungen durch Vertreter der jeweiligen Denk- und Behandlungstraditionen. Ich habe mich einer Interpretation der Symptome auf Basis der Diagnostik des ICD-10 enthalten, da dies eine weitere thematische Vertiefung erfordern würde. Dieser Arbeit liegt aber kein komparatistischer Gedanke zugrunde.

Im zweiten Teil der Arbeit liegt mein Schwerpunkt vor allem in der Betrachtung des in China geführten Diskurses über die westlichen Denkmodelle der Biomedizin, im speziellen ausgelöst durch die Psychiatrie und Psychotherapie. Von der Verwendung chinesischer Schriftzeichen habe ich Abstand genommen, da diese in der rezipierten Literatur nicht immer

angeführt wurden und die Lesbarkeit in diesem Kontext durch die zitierte Lautschrift (in Folge kursiv dargestellt) besser gewährleistet ist. Aufgrund der Tatsache, dass ich keiner der chinesischen Sprachen mächtig bin, musste ich mich bzgl. der chinesischen Werke auf Sekundärliteratur beschränken und habe dies durch Angabe der deutschen oder englischen Quellen verdeutlicht. Zuletzt wäre noch anzuführen, dass sich diese Seminararbeit aus zeitlichen wie finanziellen Gründen nur auf Literaturrecherchen bezieht, und damit der kultur- und sozialanthropologischen Arbeitsweise mit einschließender Feldforschung nicht entsprochen werden konnte. Von einer gendergerechten Schreibweise muss ich aufgrund der verwendeten Literatur Abstand nehmen, da diese Quellen keine Unterscheidungen von Geschlecht trafen, weder im Rahmen der Professionen, noch im Rahmen der PatientInnen und ich damit nur spekulativ vorgehen hätte können.

II. Autochtone Konzepte von Irresein

Bereits im *Zhouli*, den Riten der *Zhou*, entstanden im 4. bis 3. vorchristlichen Jahrhundert, wurde auf die Humanität und damit auch Nachsichtigkeit bei Rechtssprechungen im Falle von Menschen hohen Alters, Kindheit sowie körperlicher Behinderung und Irresein verwiesen. In der Öffentlichkeit wurden Menschen, die an Irresein leiden akzeptiert oder immerhin geduldet. Als spezielles Problem wurden sie aber nicht wahrgenommen (vgl. Messner 2000:75).

kuang und dian

kuang und *dian* sind in China neben *xian* und *feng* signifikante Begriffe für Irresein in der späten Kaiserzeit. Für *kuang* gibt es verschiedene Zeichenprinzipien wie:

kuangxiao (nach Lust und Laune oder wie verrückt lachen)

kuangdang (ausschweifend, ohne Schranken)

kuangyan (irre reden)

kuangtong (verrückter Kerl)

dian zieht seine Bedeutung aus den Zeichen:

dianfu (etwas gewaltsam umstürzen, herabfallen, Notlage, Erschöpfung)

dianwei (Untergang, Debakel, Zusammenfallen)

dianpei (Umstürzen, Zugrundegehen, Sterben)

diando (Verwirrung, Konfusion, etwas auf den Kopf stellen)

(vgl. Messner 2000:84).

Im ‚Klassiker des Gelben Kaisers‘ *Huangdi Neijing* (2. vorchr. – 8. nachchr. Jahrhundert) herrschen **heterogene Krankheitsbilder von Irresein** vor und *kuang* wird hier häufig in Verbindung mit Verben wie „verrückt reden – verrückt lachen“ genannt, austauschbar mit *wang* (widersinnig, absurd) – einen vorübergehenden Zustand bezeichnend. Jedoch wird *kuang* niemals isoliert oder eindeutig abgegrenzt erscheinen, sondern immer konstitutiver Teil eines weiten, variablen Krankheitsbildes sein. So geht *kuang* ebenso mit dem Schrumpfen der Geschlechtsteile und Vergesslichkeit als auch mit trockener Haut einher. Diese Heterogenität gilt auch für das Krankheitsbild *dian* (vgl. Messner 2000:123f).

Im *Najing* hingegen werden die heterogenen Sicht- und Erklärungsformen von Irresein in eine **einzige systematische Form** gebracht, die bis in die späte Kaiserzeit seine Gültigkeit behält. So führt eine Verdoppelung bzw. Vermehrung (*chong*) des *yang* zu *kuang* und eine Verdoppelung von *yin* zu *dian*. Der Verlust von *yang* fördert das Sehen von Dämonen (*gui*) und der Verlust von *yin* führt zur Blindheit. (vgl. Messner 2000:124)

An einer anderen Stelle des *Najing* ist die gleiche Differenz nicht am Ursprung sondern an der Manifestation des Irreseins festgemacht: *„Bei Beginn des kuang-Ausbruches legt sich [der Betroffene] kaum jemals nieder und fühlt sich nicht hungrig. Er erhebt sich selbst zum Weisen, auch meint er im Besitze besonderen Wissens zu sein und hält sich für eine erhabene Person. Er lacht widersinnig und liebt es, zu singen und Musik zu machen, er bewegt sich widersinnig, ohne auszuruhen. Bei Beginn des Ausbruchs von dian sind seine Gedanken (yi) freudlos. Sein Blick ist starr, er wird steif und fällt hin. [...] Der an kuang Leidende erhebt sich über seine Mitmenschen, denn er hält sich für eine erhabene Person bzw. für einen Weisen. Der an dian Erkrankte wiederum manifestiert das Nach-unten-Gerichtetsein als sozialen Rückzug in Freud- und Ambitionslosigkeit.“* (Messner 2000:125; Unschuld 1986:527)

Im *yinyang*-Konzept korrespondiert *kuang* mit einer geistigen Unruhe und die körperliche Bewegung geht nach oben bzw. nach außen. Im Falle von *dian* richtet sich die körperliche Bewegung nach unten hin aus und äußert sich in einem Zusammensinken bzw. als ein Hinfallen. Bewegung (*yang*) und Bewegungslosigkeit (*yin*) verstehen sich als die beiden „Gesichter“ von Irresein. *„Diese beiden Gesichter von Irresein sind gleichzeitig als die beiden Gesichter von Normalität zu begreifen: Engung und Weitung. Der Arzt sollte die beiden Gesichter differenzieren und dementsprechend handeln, m.a.W. die extreme Ausformung wieder zurückführen in die normale, harmonische Ausgewogenheit von yinyang. Eine*

gewaltsame Rückführung in die harmonische Ausgewogenheit aber schien genauso falsch wie die Verknennung der Zeichen.“ (Messner 2000:125)

Nancy N. Chen unterscheidet in Anlehnung an Ng (1990:33) und Kao (1979) die beiden wichtigsten Kategorien von „madness“ – *dian* (insanity) und *kuang* (violent, wild behavior) wie folgt: „*Kuang, where a person experienced an ‘uncontrollable desire to climb up high places, to chant, to sing, to disrobe in public, and to curse people,’ was attributed to excessive yang. In contrast, dian was the condition where a person was very quiet, almost catatonic, and was associated with excessive yin. Most mental illnesses were associated with excessive emotions and the imbalance caused by such excess or deficiency in the internal organs of the body rather than solely located as mental disorders. Emotions were thought to have a powerful physical impact on the qi of a person, such as making qi rise, decline, leak, contract, or dissipate.*“ (Chen 2003:123)

Heise spricht, bezogen auf den im Abschnitt *Lingshu* (Kap. 22) des *Huangdi Neijing* beschriebenen *kuang*-Zustand, von einer Ähnlichkeit mit einer paranoid halluzinatorischen Psychose und erkennt im *dian*-Zustand die Erscheinungsform von Anfallsleiden. Riedel sieht unter *dian* verschiedene Krankheitsbilder zusammengefasst und *kuang* weist für ihn Ähnlichkeiten zur Manie, zu akuten reaktiven Psychosen und zu akuter, insbesondere paranoider Schizophrenie auf (vgl. Heise 1997:94f).

Behandlung

Das Irresein wurde in China von Schamanen und Ärzten behandelt. Heute finden wir in China auch Psychiater, Psychotherapeuten und Biomediziner. In der späten Kaiserzeit gab es eine Vielfalt an Ärzteguppen, wodurch auch die Konzepte und Behandlungsmethoden ein breites Spektrum aufwiesen. So vielfältig wie die Zugänge sind und waren, so vielfältig sind und waren auch die Überschneidungen. Darauf begründet lassen sich in der späten Kaiserzeit die verschiedensten Ärzteguppen ausmachen, ohne im Rahmen dieser Arbeit näher auf diese eingehen zu können:

<i>ruyi</i>	Gelehrten-Ärzte
<i>yongyi</i>	gewöhnliche Ärzte
<i>lingyi</i>	Wanderärzte, wörtlich Schellenärzte
<i>caozeyi</i>	Landärzte
<i>zou fangyi</i>	Wander-Rezept-Ärzte
<i>raiyi</i>	herausragende Ärzte oder Palastärzte
<i>shiyi</i>	Marktflecken-Ärzte (Arzt aus Familientradition)
<i>wu</i>	Schamanen-Heiler

(Messner 2000:81)

Die vermehrte Zuwendung zur Medizin lag auch im Dynastienwechsel und der politischen Verweigerung einiger Ming-loyalen Gelehrten begründet, die sich zurückzogen und sich medizinischen Fragen widmeten (vgl. Messner 2000:85). Für all jene, die in der Yuanzeit (1278-1368) die Beamtenprüfungen nicht bestanden hatten, sich jedoch trotzdem die Chance auf einen Beamtenstatus sichern wollten, sahen in der Wahl des Arztberufes auf dem Ausbildungsniveau von Gelehrten-Ärzten eine Alternative. Das Kaiserliche Medizinalamt *taiyiquan* wurde erstmals 1076 als selbständiges Amt und Ausbildungsstätte für 300 Studenten eingerichtet, 1166 n. Chr. wieder aufgelöst und 1285 erneut aufgebaut. In der späten Qingzeit (1644-1912) hatte dieses kaum noch eine institutionelle Funktion nach außen. Jedoch wurden die Ärzte von Zeit zu Zeit mit der Kompilation medizinischer Sammelwerke beauftragt (vgl. Messner 2000:83).

Heute gibt es in der Volksrepublik China grundsätzlich vier medizinische Gruppen. Jene, die sich nach der westlichen Schulmedizin orientieren und nur minimale TCM-Kenntnisse besitzen; jene Schulmediziner, die anschließend meist ein- bis zweijährige TCM-Ausbildungen absolvieren; traditionelle Ärzte, die ein spezifisches Studium der TCM (Spezialisierung auf Akupunktur, traditionelle Pharmaka oder manuelle Techniken) absolvierten mit einer vorklinisch-schulmedizinischen Basisausbildung. Als vierte Gruppe sind die älteren traditionellen Ärzte zu sehen, die noch in TCM in einem Meister-Schüler-System unterrichtet wurden, ohne jegliches biomedizinisches Wissen (vgl. Heise 2002:373).

Wie sich in den nachfolgenden Ausführungen zeigen wird, ist in den autochthonen Modellen eine Dichotomisierung von Geist bzw. Psyche und Körper im Sinne des cartesianischen Dualismus weder denkbar noch wieder zu finden. Trotzdem werde ich besonders die „psychischen Aspekte“, entsprechend einem westlichen Verständnis, in der Betrachtung der Behandlungskonzepte hervorheben.

Als Hilfskonstrukte möchte ich nachfolgend zwei große Traditionsstränge in Anlehnung an Messner behandeln, die sich eigentlich unaufhörlich durchdringen, nämlich die dämonenmedizinischen und die entsprechungsmedizinischen Modelle.

II.I. Dämonenmedizinische Modelle

Dass Geister und Dämonen Menschen befallen und Krankheiten verursachen können, wurde im offiziellen Diskurs Chinas bereits vor der ersten Jahrtausendwende von der Entsprechungsmedizin abgelöst und doch existiert die dämonenmedizinische Konzeption in

ihr weiter als eine „systematische Weiterentwicklung der magisch-sympathetischen Entsprechungsmagie“ (Messner 2000:78).

Der Gelehrtenmediziner (*ruyi*) Li Guanxian (frühes 19. Jhdt.) aus Shanghai, betrachtet in seinem Werk *Shangyu yicao* aus dem Jahre 1835 (gedruckt 1887) den Wahnsinn „durchwegs als Zustand bzw. eine Gruppe von Zuständen, in welchem/n der jeweils Betroffene (*fengren*) die Symptome einer – vermeintlichen oder tatsächlichen – Besessenheit durch Geister und Dämonen manifestiert. Die Manifestation des Wahnsinns wird ... mit dem Wind und seinen Eigenschaften gleichgesetzt. ... „Das Zeichen *feng* hat seine Erscheinung vom Wind (*feng*). Deshalb ist der Wahnsinn entweder schwer oder leicht. Gleich wie der Wind ist er entweder groß oder klein. Der Ausbruch des Wahnsinns erfolgt plötzlich, und genauso plötzlich kommt er zum Stillstand. Gleich wie der Wind kommt er manchmal plötzlich auf, und manchmal endet er [ebenso] plötzlich wieder. Die Üblen Geister (*xiesui*) dringen in den Menschen ein und bilden den Wahnsinn. [Der Wahnsinn] hängt auf jeden Fall von der Kraft (*li*) des Windes im Menschen (*renshen*) ab und vom Rütteln in der Leber. Weil das Holz den Wind hervorbringt und weil der Wind das Feuer hervorbringt, und weil das Feuer den Schleim (*tan*) hervorbringt und Feuer und Schleim gegenseitig übereinander herfallen, entsteht die übermäßige Körperkraft [des Betroffenen]. Deshalb geraten *hun*, *po* sowie die Klarheit des *shen* (*shenming*) des Menschen durcheinander, und sie können sich nicht selbst schützen. ...“ (Messner 2000:95; Li Guanxian 1990:11)

„Li Guanxian beschreibt also – vom durch Gefühle bedingten Irresein einmal abgesehen – drei mögliche Ursachenfelder für Wahnsinn: Erstens die Dämonen, die im Gefolge des Windes eindringen oder sich in der Leere an der Gallenblasen-Leitbahn „einnisten“; zweitens die Besessenheit durch Dämonenmonster; drittens die Drei Kadaver, die als innere Regungsherde Wahnsinn hervorrufen.“ (Messner 2000:98f)

Hierbei wird sichtbar wie sowohl Wind und Dämonen in den Diskurs der Fünf-Wandlungsphasen, also in das Entsprechungsmedizinische Modell, eingebunden werden. Als Behandlung wurde die Einnahme einer „Zehn-Geschmäcker-Gallenblasensuppe“ empfohlen, damit die Üblen Geister nicht in Ruhe wohnen können, Herz und Feuer klärt werden und sich der Schleim löst. Dies verhindert, dass sich die Üblen Geister anlehnen können. „Die Sicht, daß der Wind als Krankheitsursache wesentliches Kennzeichen der Shang-Yin-Medizin (16.-11. Jh. v. Chr.) war und später in der Han Zeit (206 v. Chr. bis 220 n.Chr.) durch das *qi*-

Konzept abgelöst wurde, darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß der Wind „bis in unsere Gegenwart das wichtigste nichtmetaphysische ätiologische Prinzip“ in der traditionellen Medizin blieb.“ (Messner 2000:95)

Auch wenn Xu Dachun, ein Entsprechungsmediziner besonderen Rufes ist, so wurden Fallgeschichten von ihm überliefert, die die „*dämonische Konzeption von Besessenheit in Reinform veranschaulichen*“ (Messner 2000:100). Ich möchte hier eine seiner Fallgeschichten anführen, da diese sehr deutlich das zugrunde liegende Denkkonzept, die Diagnose sowie die Behandlungsmethoden einer dämonenmedizinischen Konzeption aufzeigt:

„Die Frau des Torhüters im Hause Zhou in der Jinjia-Gasse hat sich aufgehängt. Sie wurde gerettet und kam wieder zu sich. Ich hielt mich zu diesem Zeitpunkt bei der Familie Zhou auf. Alle waren zum [Tatort] gerannt, um sie zu sehen. Eilig habe ich [die Arznei] Zijin geschlagen und ihr die Splitterchen mit Wasser versetzt eingeflößt, und sie ist aufgewacht. Am darauffolgenden Tag hat sie sich erneut aufgehängt und ist wieder gerettet worden. Und ich habe ihr wieder dieselbe Arznei zubereitet. Ich fragte sie, warum sie sich umbringen wolle. Daraufhin sagte sie: `Ich leide sehr stark an Herzschmerzen (xinteng). Eine alte Frau hat mir geraten, den Strick um den Hals zu binden, dann würde der Schmerz weggehen. Daher habe [ich ihren Rat] befolgt. Ich suchte nicht den Tod. Ich sagte: ,Wo ist die alte Frau jetzt?` Sie sagte: ,Sie ist im Bett. `Sie sah zum Bett, aber da war niemand. Ich sagte: `Dies ist der Dämon einer durch den Strick Verstorbenen! Dein Schmerz wurde auch von diesem bösen Geist sui verursacht. Wenn [der Dämon] heute wiederkommt, dann nimm meine Arznei, zerkleinere sie im Mund und spucke auf [die Alte]. `Die Frau tat wie ich ihr gesagt hatte. Die Alte kam wieder und fragte: `Was hast du im Mund? Willst du mir schaden? `Sie schimpfte und fluchte und ging davon. Dies hat mir die Frau selbst erzählt. Ihre [Heilung] ist der Beweis dafür, dass Zijin-Pillen auf wunderbar wirksame Weise Üble Geister austreiben (bixieshen), wie in diesem Fall geschehen.“ (Messner 2000:100f)

Dämonen sind es, die in Menschengestalt den Betroffenen in eine schwierige bis lebensgefährliche Situation bringen. Xu Dachun Diagnostik erhebt sehr genau um welche Art von Dämon es sich handelt. Sein für chinesische Verhältnisse durchaus übliches autoritäres Gehabe fließt ebenfalls als wesentlicher Behandlungsfaktor mit ein (vgl. Messner 2000:101).

Ge Hong spricht in seinen Rezeptvorschriften, dem *Zhouhou beiji fang* (entstanden ca. 340), von vier Arten des Irreseins:

1. plötzlicher Ausbruch von *kuang*
2. plötzlicher Ausbruch von *dian* bzw. Wind-*dian* (*fengdian*) – zeigt sich in Form von Besessenheit durch Dämonen, wobei der Betroffene unter anderem in Dämonensprache spricht (*yan guiyu*)
3. Besessenheit durch Ungeheuer (*xie mei*)
4. Verkehr mit Üblen Wesen (*xiewu*)

Für Ge Hong besteht die Behandlung in der Anwendung von dämonenmedizinischen Mitteln wie: autoritärem und angsteinflößendem Arzthabitus, ernster Stimme, Arzneien aus Ingredienzien wie z.B. Seidenraupen, Skorpione, Moschus sowie entsprechungsmethodischen Mitteln wie Akupunktur, Moxa und Seidenraupen-Papier (*canzhi*). Aus dem Bereich der Entsprechungsmagie stammt seine Anwendung von Substanzen von Tieren wie z.B. das Blut eines weißen Hundes, symbolisierten Gegenständen (Strick mit dem sich jemand erhängt hat) und pflanzlichen Substanzen (vgl. Messner 2000:102ff).

Zhang Jiebin plädierte in seinem *Zhangshi leijing* (1624) für die Wiedereinführung der verpönten Beschwörungsheilkunde, die ohne Arzneien und Akupunktur auskomme. Sein Modell beruht auf der Aussage, dass sämtliche Dämonen im Herz entstehen und damit ein Produkt extremer Gefühlregungen seien und nicht Wesen, die den Menschen befallen. Alle sieben Gefühlsregungen (*qiqing*) entspringen für ihn aus Zuneigung (*hao*) oder Abscheu (*wu*). Durch Zusammenballung oder Unterdrückung von Zuneigung oder Abscheu gerät das Gemüt (*shenzhi*) ins Ungleichgewicht und das Übel (*xie*) kann sich einnisten. So können Dämonen (*gui*) im Herzen entstehen. Die fünf Arten der Dämonen unterscheiden sich für ihn in den Farben und welches *yin*-Organsystem sie angreifen, so z.B.: rot (Lunge), grün (Milz), gelb (Niere), weiß (Leber) und schwarz (Herz).

Zhang Jiebin beschreibt dies so: „Birgt das Herz [Gedanken an] Glück und Unglück, so erfaßt es der Dämon der magischen Wirkkraft (*linggui*); birgt das Herz [Gedanken an] Mann oder Frau, so erfaßt es der Dämon der Wollust (*yingui*); birgt das Herz [Gedanken an] Finsternis und Trauer, so erfaßt es der Dämon des Versinkens (*chengui*); birgt das Herz [Gedanken an] Verfolgung und Flucht, so erfaßt es der Dämon des Wahnsinns (*kuanggui*).“ (Steininger 1953:84; Messner 2000:106)

Die dämonenmedizinischen Modelle, mit all ihren Austreibungsmethoden, Schriftzeichenamuletten und Bannsprüchen waren in China bis Ende des 19. Jahrhunderts durchaus populär (vgl. Messner 2000:107). Trotzdem blieb das Konzept nicht ohne Kritik. Xie Xinghuan (1796-1857) legte im *Dexin ji yi'an* seine kritischen Anmerkungen zu schamanistischen Praktiken dar und er verweist darauf, dass die betroffenen Familien jede Art der Behandlung akzeptieren würden, wichtig wäre ihnen nur, dass der Arzt eine Heilung herbeiführen könne (vgl. Messner 2000:112). Auch in den Gesetzestexten zu Irresein wird die Existenz von Dämonen negiert und schon in der Tangzeit lassen sich Gesetze gegen „Schamanen-Heiler“ (*wu*), „Daoisten“ und gewöhnliche Ärzte (*yongyi*) finden, die „*nicht gemäß 'grundlegender Methoden/Praktiken (benfang)' behandelten und infolgedessen Krankheit, Tod oder auch Verzauberung zu Wahnsinn willentlich oder unwillentlich herbeiführten.*“ (Messner 2000:115)

II.II. Entsprechungsmedizinische Modelle

In diesem Abschnitt möchte ich nun näher auf zwei Lehren, die *yinyang*-Lehre und die Lehre der Fünf-Wandlungsphasen eingehen, zumal sie auch in der TCM die Grundlage der Diagnostik darstellen. Die Denktradition der entsprechungssystematischen Medizin begründet sich im Wesentlichen „*in der früheren Entsprechungsmagie, welcher die Vorstellung innewohnte, daß einer Gleichgeartetheit immer auch eine Gleichheit entspreche. Folgerichtig war „Krankheit“ – als etwas dem Körper Fremdartiges – immer auch etwas vom Körper unabhängig Existentes, welches lediglich von außen in diesen eindrang. „Krankheit“ charakterisierte sich insofern entweder personalisiert als „Übel“, „Dämon“ oder aber substantialisiert als „Übler Einfluß“ (wie z.B. Kälte, Hitze, Wind). Zu dieser ontologisch gefassten Krankheitskonzeption gesellten sich seit ungefähr 200 v. Chr. Nach und nach Konzeptionen, die im allgemeinen als „naturalistisch“ bewertet werden –so die yinyang-Lehre, nach der alle sicht- und unsichtbaren Phänomene yang oder yin zugeordnet sind, und auch die fünf-Wandlungsphasen-Lehre (*wuxing*), nach der alle Phänomene einer Fünfer-Reihe aus Holz, Feuer, Erde, Metall und Wasser zugehören. [...] Grundlage beider Anschauungen ist die Lehre vom qi ... Makro- und Mikrokosmos sind Ausdruck der Wandlungen des qi zwischen Zerstreung (Leere) und Verdichtung (Fülle).*“ (Messner 2000:119)

II.II.I. *yinyang* Dimension

Dieses Konzept basiert auf der Annahme von komplementären Gegensätzen auf mikro- wie makrokosmischer Ebene. Alle Phänomene sind den beiden Polen *yin* (Nacht) und *yang* (Tag) zuordenbar. *„Gleiches gilt also auch für den menschlichen Leib: Die Vorderseite ist yin, die Rückseite yang, die äußeren Teile sind mehr yang und die inneren Teile mehr yin, die obere Hälfte ist im Verhältnis zur unteren yang. Immer muß das Verhältnis gesehen werden ...Ein weiteres Merkmal dieser Theorie ist die Betonung der ständigen Bewegung allen Seins, ...“* (Messner 2000:118f). In der Medizin wurden besonders die Disharmonien Leere und Fülle, sowie Hitze bzw. Wärme und Kälte für das Verständnis der inneren, der leiblichen Dynamik herangezogen.

Autoren die sich mit der *yinyang*-Disharmonie beschäftigten und diese in der einen oder anderen Form auch als Ursache von Irresein aufzeigten sind unter anderem: Ye Tianshi (1667-1746), Wu Qian (1723-1795), Zhang Bilu (1843), Liu Mo (späteres 17. Jh.) und Zhao Lian (späteres 19. Jh.) (vgl. Messner 2000:126).

Als einen der vielen Vertreter dieses Modells möchte ich Zhao Lian mit seinem Werk *Yimen buyao* (1897) besonders erwähnen, da er nicht von generellen Maßstäben ausgeht, sondern die jeweilige individuelle Ausgangsposition eines Menschen besonders beachtet. Für ihn ist selbst die „normale“ Gefühlsregung von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Somit muss im Einzelfall erhoben werden, ob jemand plötzlich widersprüchlich zu seinem gewohnten Verhalten agiert oder nicht, um ihn als „irre“ diagnostizieren zu können. So lautet es im *Yimen buyao*: *„Wenn das Wesen (suxing) eines Menschen ruhig ist und sich plötzlich hin zu großem Zorn und häufiger [unruhiger] Bewegung verändert, so bedeutet dies, daß das yin bereits aufgebraucht ist, das yang hingegen stark ist. Bewegt sich ein Mensch aber normalerweise gerne und verlangt plötzlich nach Ruhe, [weit davon] entfernt zornig zu werden, so ist [dies ein Zeichen dafür], daß das yang nicht ausreicht und das yin in Überfluß vorhanden ist. Normalerweise sind die sieben Gemütsbewegungen, [z.B.] Freude (xi), Angst (ju), Liebe (ai) und Haß (zeng), seit eh und je [bei den einzelnen Menschen] nicht gleichartig; [dasselbe gilt] auch für das Wohnen, Sich-Kleiden, Essen und Trinken sowie für die Unterhaltung. Sobald aber ein Mensch beginnt, sich seinem Glück entgegen zu setzen (xiangfan), so ist [die plötzliche Veränderung] ein Zeichen für Krankheit. Seine Mitmenschen können nur [eines tun, nämlich] ihm alle seine Wünsche erfüllen, langsam und freundlich mit*

ihm sprechen, sie dürfen ihn nicht bedrängen, sonst verschlimmert sich seine Situation.“
(Messner 2000:129)

II.II.II. 5 Wandlungsphasen (*wuxing*)

Bereits im 3. Jahrhundert vor Christus wurde dieses Konzept innerhalb der Entsprechungsmedizin zur Kategorisierung von prozesshaften Abläufen im Menschen eingeführt. Fünf Grundfaktoren stehen in einer Wechselbeziehung gegenseitiger Hervorbringung oder Stärkung, sowie Hemmung und Kontrolle. Zur Veranschaulichung des Konzepts der Fünf Wandlungsphasen möchte ich den, aus Shanyin (heutige Provinz Zhejiang) stammenden Medizin-Gelehrten Chen Shiduo und sein sehr vielschichtiges Konzept innerhalb der 5-Wandlungsphasen vorstellen, wohl wissend, dass es nur eine von vielen Auslegungen des Phasenmodells ist. Chen Shiduo differenzierte immerhin vierzehn verschiedene Form des Irreseins, wobei sich einige davon auch überschneiden. Bezeichnend für Chen ist seine Differenziertheit sowohl im Diagnostischen wie in der Behandlung (vor allem abführende, ergänzende und ausgleichende Arzneimittel). Die dämonenmedizinische Konzeption lehnt er ab, ebenso wie jegliche Moralisierung. Wichtig ist ihm der entsprechungsmedizinische Ansatz, basierend auf funktionssystematischen Erklärungsmustern des Phasenmodells (vgl. Messner 2000:147).

Chen selbst studierte in Beijing Medizin nachdem er zuvor mehrmals die Beamtenprüfung nicht bestanden hatte. 1687 kehrte er zurück in seine Heimatprovinz und verfasste das *Shishimilu* und das *Bianzheng qiwen*, die hier als Grundlage der Betrachtung dienen sollen. Seine Perspektive ist von den 5 Wandlungsphasen geprägt, ohne dabei die Lehre von *yinyang*-Disharmonien außer Acht zu lassen.

Chen Shidou legte bei der Behandlung einer bestimmten Form von Irresein großen Wert darauf, dass man nicht das *shen* des Herzens, sondern das *shen* der Milz, nämlich *yi* (die Gedanken), beachtet. Sein Wandlungsphasen-Konzept lässt sich vereinfacht wie folgt darstellen:

<i>wuxing</i>	<i>wushen</i>	Yin-Organsysteme	Yang-Organsysteme	
Holz	<i>hun</i>	Leber	Gallenblase	Zorn
Feuer	<i>shen</i>	Herz	Dünndarm	Freude
Erde	<i>yi</i>	Milz	Magen	Betrübnis
Metall	<i>po</i>	Lunge	Dickdarm	Trauer
Wasser	<i>zhi</i>	Niere	Blase	Angst

(vgl. Messner 2000:149)

Das *shen* wird dem Herzen zugeordnet, aber es darf nicht auf eine „Seele“ oder auf einen Ort reduziert werden, da es den ganzen Körper gleichzeitig durchflutet. Es kann auch nicht vom Körper abstrahiert, als „reiner“ Geist verstanden werden (vgl. Messner 2000:151).

In seinen Ausführungen von Irresein verwendet er die Begriffe *dian*, *kuang*, *dianxian* sowie *huadian* und *dai*, nicht aber *feng* (war zu seiner Zeit noch nicht etabliert). „Innerhalb von *kuang* unterscheidet er vier voneinander abgegrenzte Formen, von denen drei mit Feuer bzw. Hitze und eine mit Kälte verknüpft sind; bei *dian* differenziert er fünf verschiedene Krankheitsbilder.“ (Messner 2000:136)

II.II.II.I. Die vier Formen von *kuang* nach Chen

1. Feuer als Ursache für die Erkrankung an einer der zwölf Hauptleitbahnen (z.B. Fuß- oder Magen-Leitbahn)

Beispiel für Symptome und Diagnose: „[Wenn] ein Mensch extreme Hitze [hat], bricht *kuang* aus, [der Betroffene] steigt in Höhen und schreit laut, er entledigt sich der Kleider und geht [nackt], er ringt nach Luft und schwitzt, als würde es regnen. [...] Dies ist das Feuer der *yangming*-Magen-Leitbahn. [...] Das Wesen des Feuers ist es, nach oben zu lodern, das innere Feuer ist glühend heiß, folglich steigt der Mensch (*shen*) von selbst empor; die Hitze staut sich (*yu*) im Brustkorb, er muß herausschreien und das *qi* (hier: die Atemluft) entweicht; daher reißt er sich die Kleider vom Leibe (*ti*), [wenn] innen das Feuer in voller Blüte ist (*sheng*), ...“ (Messner 2000:137) Da das *shen* (*yang*) entweicht weil zu wenig *yin* (Körperflüssigkeit, Blut) vorhanden ist, empfiehlt Chen als Behandlung das Herz-*shen* zu beruhigen.

2. Form des *kuang*-Irreseins, die auf Hunger und Überarbeitung und damit auf eine Disharmonie in Milz und Magen zurückzuführen ist

Beispiel für Symptome und Diagnose: „[Wenn] ein Mensch Hunger leidet und zuviel arbeiten [muß], kann plötzlich *kuang*-Irresein [begleitet von] zerzaustem Haar und Nacktheit ausbrechen; er kennt keine Scham und weiß nicht mehr um [Gut und] Böse. Die Menschen denken, dass es eine Herz-Verlust-Krankheit (*shixin*) sei. Wer weiß schon, daß es sich um eine Verletzung des Magens handelt, [wodurch] das Feuer in Bewegung gerät ...“ (Messner 2000:138).

Bei der Behandlungsmethode „soll man nicht das shen des Herzens beruhigen [sondern] das [shen] der Milz (yi) respektieren, und [wenn] man fortfährt, das vorhandene Magen-qi zu retten, dann wird der an kuang [Leidende] von selbst gefestigt werden. Allerdings muß bei der Rettung des Magen-qi die Magen-Erde gerettet werden; aber die Magen-Erde retten zu wollen [bedeutet], viel Magen-Feuer zu töten, folglich kann man das Magen-qi auch nicht alleine bewahren.“ (Messner 2000:139)

3. kuang-Manifestation ist auf „Feuer in der Herzhülle (xin-bao)“ zurückzuführen

Beispiel für Symptome: „Bei Hitze im menschlichen Leibe bricht kuang aus. Das was [der Betroffene] sagt, ist nichts als exzessiv wirres Gerede. Er mag nur Dinge, die erfreulich und unterhaltsam sind. Sobald man seinen Worten widerspricht und sich seinen Anliegen widersetzt, bricht folglich ganz plötzlich und unvermittelt Überheblichkeit und Arroganz aus (kuangwang). Er sieht Geister und Dämonen (shengui).“ (Messner 2000:140)

Für Chen liegt die Ursache in der Hitze der Herz-Hülle. Eine genaue „Klärung der Hitze und der Kälte“ durch den Arzt ist erforderlich. Chen verwendet hier zur Veranschaulichung der Leib-Krankheitsdynamik die Analogie von Staat und Aufruhr. Neben Herz- und Magen-Hitze sowie Herzhüllen-Hitze unterscheidet Chen auch noch Wut-Hitze (Leere-Hitze) und die Fülle-Hitze, diese ist durch äußere belastende Einflüsse bedingt und erfordern andere Behandlungsweisen (vgl. Messner 2000:141f).

4. kann kuang-Irresein vor allem gegen Jahresende hin durch Kälte-Verletzungen entstehen

Beispiel für Symptome und Diagnose: Hier „sei der Betreffende darauf aus, ein Messer zu ergreifen, um Menschen zu töten; er kenne die eigenen Verwandten und [sogar die eigenen] Kinder nicht mehr; beim Anblick von Wasser [yin] freue er sich sehr, beim Anblick von Essen gerate er in großen Zorn. Dies alles rühre von einer Herz-qi-Leere her sowie von Hitze-Übel, das sich [daraufhin] einnistet und von Schleim, der [ebenfalls] eindringt; ...“ (Messner 2000:142)

II.II.II.II. Die fünf Formen von *dian* nach Chen

1. Schleimkrankheit in Verbindung mit Kälte und Leere

Beispiel von Symptomen und der entsprechenden Diagnose dazu: *„Wenn ein Mensch in den besten Jahren, dessen Schleim-qi überschäumt, plötzlich zu Boden fällt und Rinder- und Pferdelaute hervorstößt, so redet alle Welt von Rinder- und Pferde-dian. In Wirklichkeit handelt es sich um eine Manifestation von Leere, Kälte und Eindringen von Schleim in die Herzhülle (xinbaoluo). Herz und Hülle gehören zum Feuer. Das Herz mag Kälte, die Hülle mag Wärme. Sobald also Kälte in die Herzhülle eindringt, läuft dies dem Wesen der Herzhülle zuwider; überdies fällt Schleim-qi ein. So groß sind die Schmerzen, daß sie bei den Lauten nicht wählerisch sind. Zwar ist es angebracht, das Herz zu retten, aber noch wichtiger ist es [in diesem Fall], eiligst die Herzhülle zu retten.“* (Messner 2000:142f)

Damit interessiert sich Chen nicht nur für die äußerlichen, sondern auch innerlichen Phänomene der Erkrankung bzw. Disharmonie.

2. übermäßiges Grübeln, welches zum Verlust der Willenstrebung (*shizhi*) führt

Symptome und Theorie beschreibt Chen wie folgt: *„Bei übermäßigem Grübeln werden Herz und Blut geschädigt; entweder lacht [der Betroffene] oder er weint; er geht nackt umher und spricht mit geschlossenen Augen zu sich selbst und murmelt ohne Unterlaß. Die Menschen nehmen an, es handle sich um huadian. Wer weiß schon, daß es sich um Verlust des Wissensbestrebungs-dian handelt? [Übermäßiges] Denken und Grübeln schädigen die Milz. Ist das Milz-qi beeinträchtigt, so kann es nicht mehr die Essenz (jing) an die Lunge weitergeben. Das Lungen-qi wird geschädigt und jeglicher Befehl [seitens der Lunge], andere Krankheiten zu verhindern, mißlingt. Daher wird das Milz-qi noch mehr geschädigt. Die Milz ist das Kind des Herzens. Ist die Milz krank, so muß das Herz kommen, um zu helfen. Sobald das Herz sieht, daß die Milz [bereits] verletzt ist, [verhält es sich wie eine zutiefst erschrockene Mutter]. So kommt es, daß im Herzen die Willensbestrebung verloren geht und keine Kontrolle mehr herrscht. ...“* (Messner 2000:143). Aufgrund dieser Symptombeschreibung wäre man hier sicherlich sehr versucht, in Anwendung der ICD-10-Klassifikation, eine „depressive Episode“ zu diagnostizieren.

3. Disharmonie in den *yin*-Organsystemen Leber (Holz) und Niere (Wasser)

„Wenn bei einer Frau dian ausbricht, kennt sie keine Scham. Sieht sie einen Mann, so ist sie wie Zucker; sieht sie eine Frau, so ist sie äußerst wütend. Ist es ernst, so kommt es soweit, daß sie sich nackt auszieht. Dies bedeutet, dass das Leber-Feuer lodert: Sie denkt an einen Mann

und kann ihn nicht bekommen; [das qi] staut und verknotet (yujie) sich, und es kommt zu dian. Bei ‚Denken-an-einen Mann-und-ihn-nicht-bekommen‘ ist die Niere üppig. ... Die Behandlungsmethode besteht darin, das Leber-Holz abzuführen, das Nieren-Wasser zu ergänzen und gleichzeitig das gestaute (yu) qi zu entfalten.“ (Messner 2000:144)

Aus dieser Darstellung Chen's geht sowohl Symptom, Diagnose und Behandlung hervor.

4. huadian

Chen ist der Einzige unter den spätkaiserlichen Autoren, der diese Form des Irreseins anführt. Im *Shishimilu* aus dem Jahre 1687 (Chen 1991:295) führt er an: *„Bei huadian denkt eine Frau an ihren Liebsten (qiren), und dies verdirbt (xie) ihr Herz; es kommt daher, daß Milz- und Magenkälte herrschen und das Übel eindringt.“* (Messner 2000:145) Damit verweist Chen auf das gesellschaftlich tabuisierte maßlose Sehnen im Gegensatz zum ausgewogenen, gesellschaftlich erwarteten Wünschen.

5. chidian

Hierbei handelt es sich um Schwachsinn-*dian* (*chidian*) als einer Form der Gallenblasen-Disharmonie. Durch das überschüssige *qi* der Leber wird fortwährend Gallensaft produziert. Der Gallenblase sind die Gefühlstätigkeiten Mut und Feigheit oder Schüchternheit zugeordnet. Analog ergibt sich durch das „Nach-unten-Sinken“ der Gallenblase ein Schwinden des Muts (vgl. Messner 2000:145f).

III. Diskurs über westliche medizinische Konzepte in China

Der Diskurs über westliche medizinische Konzepte hat in China spätestens mit der Tätigkeit von christlichen Missionaren und den Handelsbeziehungen begonnen. Wenngleich diese Konzepte damals keine wirkliche Verbreitung fanden, so wurden sie doch von dem einen oder anderen Gelehrten-Arzt aufgegriffen und in den autochthonen Konzepten bruchstückhaft integriert. Erst nach der Jahrhundertwende, und hier im Speziellen nach der Gründung der chinesischen Republik im Jahre 1911/12, verstärkte sich die Auseinandersetzung mit westlichen Konzepten der Medizin zusehends. Nicht zuletzt auch aus der Tatsache geboren, dass bis 1925 bereits mehrere Tausend junge chinesische Intellektuelle im Ausland (z.B. Paris, Deutschland, USA, Japan) studiert hatten (Ch'en 1979:151ff; Messner 2000:218).

Die medizinischen Erklärungsmuster werden jedoch immer mehr *„zu Symbolen für politische Reminiszenzen gegen imperialistische Hegemonialbestrebungen. Manche Aussagen in den*

nachfolgend angeführten Werken aus der frühen bis mittleren Republikzeit während der 30er Jahre lassen keine klare Markierungslinie zwischen politischen und medizinischen Argumentationen erkennen. Beide Diskursfelder erscheinen aufs engste miteinander verwoben und voneinander abhängig.“ (Messner 2000:216f) Die Wissenschaftlichkeit wurde vorgeschoben, um die „veraltete chinesische Welt verschwinden“ zu lassen, indem den autochthonen medizinischen Modellen vorgeworfen wurde, keinerlei Kenntnisse der Anatomie zu besitzen und somit nutzlos zu sein. Damit zielten vor allem die Intellektuellen auf eine radikale Veränderung ab, die den chinesischen Menschen essentiell betraf, nämlich in seiner „Leiblichkeit“ selbst (vgl. Messner 2000:212).

Ab den 70ern des 19. Jahrhunderts wurde die Formel „*ti* (Substanz) *yong* (Anwendung)“ Ausdruck der Einsicht, der westlichen Herausforderung begegnen zu müssen aber auch der Angst, die eigenen moralischen Grundfesten zu verlieren. So wurden Chinas Lehren als die Substanz und die westlichen Lehrmeinungen für praktische Zwecke verwendet (vgl. Hao & Wang 1980:201)

Tan Sitong (1865-1898), ein Vertreter jener Gruppe, die den Westen als Rettungsanker für das zerstörte China sahen, deutete westliche Konzepte in das chinesische Denken um. Gerade bei ihm wird deutlich, welches Ausmaß der Diskurs mit biomedizinischen Konzepten (vor allem in Bezug auf Herz/Seele, Gehirn und Elektrizität) in China zur Jahrhundertwende angenommen hatte.

„Zwar wird behauptet, das Wissen (zhi) entspringe dem Herzen. Aber das Herz (xin) kontrolliert das Ein- und Aus[pumpen] des rot-purpurnen Blutes, wie kann man darin das vermuten, was man Wissen nennt?! Folglich muß [das Wissen] vom Gehirn (nao) kommen.“ (Sitong 1984:96; Messner 2000:211). Dies ist nur eine seiner Aussagen, die auf die Übernahme des dualistischen Körperkonzeptes Geist/Vernunft verweisen. Auch das Konzept der Elektrizität (*dian*) übernimmt Sitong und stellt es in den Mittelpunkt seiner Deutung von Irresein: *„Glaubt mir, das Gehirn ist Elektrizität; ... Wenn ein Gedanke aufsteigt, dann kommt es [unmittelbar] zu einem elektrischen Phänomen. Wenn die Gedanken nicht aufhören, dann hören auch die [elektrischen] Bewegungen nicht auf.“* (Sitong 1984:290)

Diese elektrischen Bewegungen stellen für ihn Bewegungen des Gehirn-*qi* dar, und *„Wahnsinn (fengdian) liegt dann vor, wenn die Bewegung der Gehirnströme in chaotischer*

Weise erfolgt. Um der Krankheit vorzubeugen, ginge es darum, die Gehirnströme vor absurden Bewegungen (wangdong) zu bewahren. ... Irresein ist hier zu einem „mechanistischen“ Durcheinander in der einzigen Kontrollinstanz im Menschen, dem Gehirn, „degeneriert“. Weder Gefühlsregungen noch Eingeweide, weder Schleim noch Feuer und Wind und schon gar nicht Dämonen oder Geister haben die geringste Entscheidungsmacht über Normalität oder Irresein, Harmonie oder Disharmonie.“ (Messner 2000:213f)

Verbunden mit dem scheinbaren wissenschaftlichen Erklärungsdefizit der autochthonen medizinischen Konzepte wurde in China ein Ausweg gegen die Überflutung westlicher Modelle darin gesucht, viele der „wissenschaftlichen Erkenntnisse“ als, schon seit jeher chinesisches Wissen darzustellen. Denn die westlichen „*Bilder vom Herzen als Pumpe und vom Gehirn als zentrale Schaltstelle der Körpermechanik suggerierten ein gänzlich neues Körper- und Leibempfinden*“ (Messner 2000:223), wodurch die alte Identität verloren ginge. So versuchte man aus dem entweder/oder ein drittes - eine Synthese, indem ein quasi neuer Leib entstand, der sowohl auf dem Boden der chinesischen Tradition fußt als auch um weitere Elemente bereichert wurde.

„Dabei kommt bei Irresein insbesondere der Verbindung zwischen Herz und Gehirn eine tragende Bedeutung zu. Zhang verwendet in seinen Ausführungen zu Irresein die Begriffe diankuang bzw. dian und kuang sowie fengkuang und xian (Epilepsie), und nebenbei noch jingxian (Krämpfe und Epilepsie) und shenhun (Verwirrtheit). ... Nach traditionell-chinesischer Denkweise müßte es sich eigentlich um eine Verstopfung durch Schleim oberhalb des Zwerchfells oder der Herzöffnungen handeln; auf der Grundlage des neuen Leibbildes aber schließt Zhang auf die Verstopfung der Verbindung zwischen Gehirn und Herz.“ (Messner 2000:223f)

III.I. Gehirn

Wenden wir uns hier, stellvertretend für alle anderen westlichen, in China diskutierten und umgedeuteten Konzepte, dem Gehirn zu. Ab dem 17. Jahrhundert wurde dieses in der westlich medizinischen Wissenschaft immer mehr als Ort aller kognitiven, gefühlsmäßigen und seelischen Zustände gesehen. Franz Joseph Gall (1758-1828) versuchte die Geistesfunktionen und -krankheiten im Gehirn zu lokalisieren, aufbauend auf der Erkenntnis der Grundlagenforschung des 18. Jahrhunderts, „*dass die Nerven und deren Tätigkeit zentrale*

Faktoren für „geistige Vorgänge“ seien. Damit ging die Begriffsbildung bzw. Krankheitsbezeichnung „Neurasthenia“ einher, die fortan bis ins 20. Jahrhundert eine gewaltige Breitenwirkung erlangte. Die zahllosen Debatten über „moralische“, „psychische“ oder „organische“ Ursprünge von Irresein führten schließlich gegen Ende des 19. Jahrhunderts zur Lokalisation des „Psychischen“ im Gehirn. [...] Im chinesischen medizinischen Denken fehlte diese Vorstellung, daß das Denken im Gehirn stattfindet. Die chinesische Tradition ordnete all das, was mit Bewußtsein, Geist und Lebenskraft umschrieben werden kann (*shen*) dem Herzen, die absichtsvollen Gedanken (*yi*) der Milz und die Willensbestrebung (*zhi*) der Niere zu, d.h. das Denken war verschiedenen leiblichen Inseln zugeordnet.“ (Messner 2000:199)

Das Gehirn hatte diesen zentralen Stellenwert in den chinesischen medizinischen Modellen also nicht und es herrschte auch keine einheitliche Sicht über Wertigkeit und Einordnung im Gesamtgefüge des Leibes. Im **Kontext der Lebenspflege** (*yangsheng*) Tradition „ist der Kopf der Ort, wo der Embryo der Unsterblichkeit angesiedelt ist, der durch bestimmte Leibübungen (Atemübungen, Gymnastik, Diätetik, Meditation) genährt werden kann.“ (Messner 2000:198). In der **daoistischen Tradition** halten sich die Götter (*shen*) [=Geist im Sinne einer numinosen Wesenheit] mit Vorliebe im Kopf auf, als dem höchsten Punkt des menschlichen Leibes und damit dem direktesten Zugang zur kosmischen Dimension. Die entsprechendes medizinische Tradition unterscheidet sich von den beiden zuvor genannten Traditionen in der Konnotation. Sie kennt nur die Konnotation von „Kopf und *shen*“ (vgl. Messner 2000:196f).

Zhang Xichun (1860-1933) und Zhou Qiyin hatten keine Probleme damit, das Gehirn einfach in die traditionelle Sichtweise zu integrieren bzw. beide Konzeptionen nebeneinander gelten zu lassen (vgl. Messner 2000:216), wengleich Zhang Xichun's Urteil über die westliche Medizin eher ernüchtert ausfällt: „Die Menschen glauben heutzutage an die westliche Medizin. Aber ich glaube, dass die westliche Medizin noch in den Kinderschuhen steckt.“ (Xichun 1995:504; Messner 2000:229).

Wang Qingren verwendet den alten chinesischen Begriff *lingji*, die Wirkkraft die aus dem Herzen hervorkommt (Lebenskraft und Bewusstsein – wobei das Herz für Mitte steht und nicht als das fleischliche Herz zu verstehen ist) und überträgt ihn auf die westliche Vorstellung von Bewusstseinskraft des Gehirns. Damit reduziert er sowohl die Wirkkraft von

shen auf ein lenkendes *qi*, als auch auf einen einzelnen Ort im Körper, dem Gehirn (vgl. Messner 2000:206). „Mit dem lenkenden *qi*, als einer vom Gehirn gesteuerten Instanz, ist das Prinzip der Selbstbewegung des *qi*, der einzelnen Organsysteme und deren Funktionen bzw. Regungen aufgehoben und ersetzt durch die Gehirn-Steuerung von außen: Das Prinzip der Außensteuerung durch das Gehirn wird zum grundlegenden Argumentationselement bei Wang Qingren. ... Nicht nur die Manifestations- und Erklärungsmuster von Irresein werden hier reduziert, sondern auch die damit zusammenhängende Vielfalt der Indikationen wie Leere, Fülle, yinyang-Disharmonien, Hitze oder Kälte und dergleichen verlieren hier ihre Bestimmungsgrundlage.“ (Messner 2000:207)

Neben Wang Qingren greift Kang Yingchen (aus der heutigen Provinz Hebei) an die hundert Jahre später ebenfalls zum Konzept der Außensteuerung durch das Gehirn (vgl. Messner 2000:208).

Fast als salomonische Lösung könnte Zang Xichuns Aussage im *Yixue* gesehen werden: „Manche Menschen fragen mich: `Im *Neijing* steht, daß die Milz das Denken kontrolliert; die Menschen aus dem Westen nehmen [jedoch] an, daß das Denken dem Gehirnbereich (*naobu*) entspringt. Und was sagst Du zu [der Sichtweise], daß das Denken im Herzen entsteht?` [Meine] Antwort lautet: `Wenn im *Neijing* von der Kontrolle über das Denken gesprochen wird, so heißt das nicht, daß die Milz von selbst denken kann. Die Milz ist der Erde zugehörig. Die Erde kontrolliert die Ruhe. Erst wenn der Mensch ruhig ist, kann er tief nachdenken.“ (Zang 1995:3)

Damit verbindet Zang alle drei potentiellen Orte des Denkens miteinander, die Milz, das Herz und das westliche Konzept vom Gehirn. Ihm geht es, entsprechend chinesischer medizinischer Tradition, um den funktionalen Zusammenhang (vgl. Messner 2000:220).

III.II. Psychiatrie

Die Psychiatrie hat in China keine indigene Tradition, zumal die Diagnostik und die Behandlungsmethoden nicht auf eine Ausdifferenzierung von „Psychiatrie“ angewiesen waren. Die Einwirkung eines fremden Körper- und Leibverständnisses löste in China jedoch auf keinem anderen Gebiet eine so große Herausforderung aus, wie im „psychiatrischen“ Bereich. „Denn in diesem Bereich kumulierten im 19. Jahrhundert all die Bemühungen in den westlichen Industrienationen, die „soziale Frage“ zu lösen.“ (Messner 2000:217; Dörner/Plog 1992:466)

Es war John G. Kerr (1824-1901), der es sich zu seiner Lebensaufgabe machte, „Irrenasyle“ in China zu etablieren. Er behauptete, in China würde sich kein Mensch um die „Irren“ kümmern. Sie würden entweder angekettet werden in der eigenen Familie oder müssten im Gefängnis ihr Leben fristen und es wäre die einzige mögliche Form der Problemlösung der „sozialen Frage“ (vgl. Kerr 1898:177). *„Damit transportierten schließlich die Missionsärzte auch die ‚Praxis der Ausgrenzung‘ nach China, die in Europa und Nordamerika schon seit über hundert Jahren erprobt worden war.“* (Messner 2000:71)

Gegen alle Vorbehalte seiner Kollegen, wie z.B. Wenyon und entgegen aller offiziellen Absagen seitens der Chinesischen Regierung, sammelte Kerr Spendengelder und kaufte Land in Fangcun, jenseits des Kanals in Kanton wo er zwei Gebäude errichten ließ, die 30-40 Patienten Platz bieten sollten. *„Am 28. Februar 1898 wurde der erste Patient auf den Schultern eines Freundes durch das Tor getragen, und ‚das erste Mal in der chinesischen Geschichte‘ konnte ein geisteskranker (mind-diseased) Mensch spezielle Hilfe in einem Krankenhaus erfahren.“* (Selden 1937:708; Messner 2000:64)

1927 verordneten die Kommunisten die vorübergehende Schließung des Irrenhauses und in den dreißiger Jahren ging die Institution offiziell in chinesischen Besitz über (vgl. Messner 2000:64).

Wer kam in die „Irrenanstalt“ und welche Behandlungen waren vorherrschend?

In den ersten Jahrzehnten waren es vorwiegend Patienten aus christlich bekehrten Familien sowie deren Freunde, aber auch Chinesen mit Auslandserfahrung oder Menschen aus Hongkong, Annam, Malaysien, Macao, Philippinen, Borneo, Nord- und Südamerika. 1905 begann die Polizei Obdachlose und Vagabunden im „Irrenhaus“ abzuliefern, da sie in ihrem sozialen Auftrag, der Fürsorge entsprechend des konfuzianischen Selbstverständnisses verantwortlich waren für Arme, Waisen, Kranke und Behinderte, Witwer und Witwen, im Asylum eine willkommene Unterkunft für diese Menschen sahen. Diese „Entwurzelten“ wurden verstärkt mit christlicher Bekehrungsarbeit und Arbeitstherapie behandelt. Zu ihnen gesellten sich aber auch Patienten der oberen Gesellschaftsschichten hinzu, die ihre privaten Diener zu Betreuung mitbrachten, was durchaus zu dokumentierten Betreuungskonflikten führte (vgl. Messner 2000:65). Unter den Patienten gab es jedoch auch viele Studenten der westlichen Medizin (vgl. Selden 1905:12).

„Die Fälle der Hausangestellten, des Missionsgehilfen und der Studenten der chinesischen Medizin weisen stark darauf hin, daß die abrupte Ablösung eigener Vorstellungen durch fremde Deutungsmuster krisenhaft verlaufen konnte. Wenn die Ärzte eine solche Krise beispielsweise als Hysterie klassifizierten, so hatte ihre Anwesenheit im Grunde etwas provoziert, das sie gleichzeitig mit ihrem Etikett diagnostizieren konnten.“ (Messner 2000:61)

Kerr sah eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes seiner Patienten bereits in der Trennung von den „heidnischen Verwandten“, und sein Wunsch war es, dass das Kantonirrenasyl Modellinstitution für ganz China würde.

Die Behandlungsweisen spannten sich von der schon erwähnten Trennung von der Familie, gutem Essen, einer schönen Umgebung, gymnastischen Übungen im Garten, täglichen Bibelstunden, samstägigen Betstunden und einer sonntäglichen Bibelstunde bis hin zu Beruhigungsmitteln, feuchten Packungen bei manischen Patienten, heißen Bädern in Verbindung mit hypnotischen Mitteln gegen Alkoholdelirium. Ab ca. 1909 wurden auch Zwangsmethoden wie die Zwangsjacke und der Metallkäfig, der nur ein Umdrehen ermöglichte, eingesetzt. Damit entsprach das Konzept Kerr's der puritanisch-protestantischen Ethik von Arbeit, Sauberkeit, Ordnung, strengem Tagesablauf und christlicher Lebensführung (vgl. Messner 2000:66f).

Von der Kantonischen Irrenanstalt gingen auch einige der Kampagnen für „geistige Gesundheit“ aus. Mit diesen wurden jedoch auch rassistische Denkmodelle (wie z.B. Schädelmessungen) sowie moralisierende Konzepte der Rassenpflege und Volksgesundheit euro-amerikanischer Tradition transportiert. Während des kommunistischen Regimes in China wurde die psychiatrische Orientierung auf die UdSSR ausgerichtet (Tseng 2001:468).

III.II.I. Diagnostik

In der psychiatrischen Diagnostik hat sich durch den DSM (derzeit DSM IV) und den ICD (derzeit ICD-10) ein internationaler Codex durchgesetzt. Hierin wurde mehr oder weniger stark auf kulturelle Aspekte eingegangen. China hat auch in der Diagnostik, selbst westlicher Konzepte, 1981 eine eigene Kodifizierung entwickelt, die zwar in weiten Bereichen dem ICD entspricht, trotzdem einige wesentliche Unterschiede aufweist, nämlich den CCMD-3, Chinese Classification of Mental Disorders (seit 2001 Version 3). Von 114 Psychiatern aus 41 „Mental Health Centers“ und psychiatrischen Krankenhäusern wurde dieser Codex erarbeitet.

Die „Chinese Psychiatric Association“ beschloss den CCMD-3 landesweit in den Psychiatrien zur Anwendung zu bringen (vgl. Chen 2002).

Die derzeitigen Unterschiede ergeben sich wie folgt: Der CCMD-3 beinhaltet keine spezifischen Persönlichkeitsstörungen (wie z.B. dependente oder passiv-aggressiv) oder psychosomatische Störungen (dies widerspricht der holistischen Sichtweise in China, „Psyche“ und „Körper“ voneinander zu trennen). Außerdem wäre es sehr schwierig gewesen die populärste Diagnose „Neurasthenie“ in China zu rekategorisieren. Diese Diagnose wurde entsprechend der DSM-Kategorie für fast 1,3 Milliarden-Bevölkerung in Bezug auf eine „atypische somatoforme Störung“ angewandt. Daher blieb die Diagnosekategorie „Neurasthenie“ aufrecht. Diese Diagnose ist auch noch im ICD-10 zu finden, es wird jedoch empfohlen, Erscheinungsformen einer Neurasthenie besser unter Kategorien wie z.B. Angst- oder depressive Störungen zu klassifizieren) Ebenso wurden die Diagnosen „Neurose“, „Hysterie“ (im ICD-10 unter „dissoziative Störungen“ klassifiziert) und „Homosexualität“ (wird nicht mehr als Störung klassifiziert und scheint auch in China bereits stark diskutiert zu werden) aufrechterhalten. Hinzugefügt wurden Kategorien wie „Qigong“. Qigong wird als ein kurzzeitiger psychotischer Zustand nach der Praxis von Qigong, einem traditionellen Selbsttraining beruhend auf meditativer, körperlicher Erfahrung, diagnostiziert (vgl. Tseng 2001:468).

Auch der in der Psychologie häufig angewandte Persönlichkeitstest „Minnesota Multiphasic Personality Inventory“ (MMPI) wurde von Cheung & Song durch eine „Chinesische Version“ ersetzt, um eine objektive Persönlichkeits-Messung zu erhalten. Sie nannten dieses Instrument: „Chinese Personality Assessment Inventory“ (CPAI) (vgl. Tseng 2001:479).

III.IV. Psychotherapie

In der Zeit der Kulturrevolution wurde die auf Individualität fokussierende westliche Psychotherapie in China als „Produkt des Kapitalismus“ und als „nicht passend für ein sozialistisches Land“ kritisiert. Erst mit der Öffnung für westliche Ideen und Einflüsse wurden auch die Theorien und Praktiken der Psychotherapie in China schrittweise aufgenommen. Jedoch war es nötig den „Chinese mind“ zu verstehen und damit auch die psychotherapeutischen Methoden entsprechend zu modifizieren, besonders im Bereich des Selbst-Konzepts, der Ich-Grenzen und interpersonaler Beziehungen (vgl. Tseng 2001:565). Bücher der Psychoanalyse wurden bereits in den 1910 bis 1920ern ins Chinesische übersetzt,

und Cai Yuanpei, studierte bei Wundt in Deutschland um dann 1917 das erste Psychologische Institut in Beijing zu gründen. Die *Chinese Psychological Society* wurde 1921 in Shanghai gegründet. Diese zwei wichtigen Ereignisse unterstützen auch die Einführung der Idee der Psychotherapie aus westlichen Ländern nach China. In den 1930ern wurden auch Publikationen über die Analyse von psychischen Störungen im Rahmen der Verhaltenstherapie übersetzt. Der Amerikanische Wissenschaftler R. Lyman organisierte während seiner Lehrtätigkeit 1933 an der neurologischen und psychiatrischen Abteilung der Peking Union Medical College Hospital viele Trainings für die Ärzte, auch in Psychoanalyse. In der Zeit zwischen 1949 und 1965 gab es nur wenige, die die Psychotherapie anwandten. Huang Jiayin, ein Psychologe in Shanghai, publizierte einige Bücher und berichtete über die Anwendung verhaltenstherapeutischer Prinzipien in der Behandlung von Problemstellungen bei Kindern. Besonders einflussreich war in dieser Zeit die Entwicklung der „*Rapid Comprehensive Therapy*“ von chinesischen Psychologen und Psychiatern am Ende der 1950er, Beginn der 1960er. Diese Therapieform war eine Kurzzeittherapie und ursprünglich zur Behandlung von Neurasthenie gedacht. Sie bestand aus einer medikamentösen Behandlung, Körperübungen, Psychoedukation und Gruppengesprächen, wobei die Ursachen der Neurasthenie mittels der Pavlow'schen Theorie erklärt wurden. Die Patienten wurden mittels Deutung, Ermutigung, Hausaufgaben und unterstützenden Methoden behandelt. Die Therapie war sehr effizient und erlangte bald Aufmerksamkeit in den chinesischen Fachkreisen.

Vor der Chinesischen Revolution wurde Freuds Psychoanalyse als Pan-Sexualismus denunziert. Alle Psychologen lernten und verwendeten die Pavlow'sche Theorie, dem prosovjatischen akademischen Gedanken folgend. Während der Kulturrevolution (1966 bis 1977) wurde die Psychologie von der „Bande der Vier“ als entfremdete Wissenschaft bezeichnet und nicht an den Universitäten gelehrt. Die Psychologen mussten andere Tätigkeiten ausüben und die Psychotherapie war in einer noch schlechteren Position. Es durften keine Artikel oder Bücher in dieser Richtung publiziert werden.

In den Jahren 1978 – 1986, der Zeit der Reformation und Öffnungspolitik durch Deng Xiaoping wurde nur wenig publiziert, jedoch umso mehr Bücher der westlichen Psychotherapie übersetzt, wie z.B. von Freud, Jung und Fromm. Zahlreiche Workshops, Kurse und akademische Konferenzen wurden gehalten. Und eine Gruppe von engagierten

Gelehrten begann den Beruf der Beratung und Psychotherapie seit den 1980ern auszuüben. Auch einige psychologische Kliniken wurden eröffnet (vgl. Qian 2002:465f).

Die wirkliche Entwicklung der Psychotherapie setzte in China 1987 ein. Die Publikationen in den Journalen stiegen massiv, ebenso wie die Qualität. Die Psychotherapie wurde immer mehr angenommen und die angewandten Therapiekonzepte und -forschungen stiegen (vgl. Chen & Qian 1997) ebenfalls. Jedoch werfen Leung & Lee ein, dass chinesische Klienten Probleme haben, ihre Gedanken und starke Gefühle auszudrücken. Dadurch werden Beschwerden vor allem in körperlichen Symptomen oder Beschreibungen ausgedrückt. Dieses Verhalten läuft den Erwartungen einer Psychotherapie mit dem zugrunde liegenden Konzept von Offenheit, Introspektion und Selbstbewusstsein konträr. Selbstreflexion und Innenschau waren in den bisherigen Behandlungsmodellen des dämonen- und entsprechungsmedizinischen Ansatzes nicht nötig. Außerdem haben chinesische Klienten eine geringere Toleranz gegenüber Unklarheiten, aber einen größeren Respekt gegenüber Autoritäten und sie bevorzugen praktische sowie schnell wirkende Problemlösungen. Dies unterstreicht auch die Tatsache, dass die nicht-direktive der Rogerianer ursprünglich weniger Anklang fand als die besonders bevorzugte direktive „*rational-emotive therapy*“ von Ellis (vgl. Leung & Lee 1996:447).

Laut einer Statistik von Gong & Li wurden in einer Untersuchung von 1725 Behandlungen in 457 psychologischen Diensten folgende Therapien angewandt:

Verhaltenstherapie (29,1 %), Kognitive Therapie (20,0 %), stützende Psychotherapie (18,1 %), Psychoanalyse (11,3 %), Morita-Therapie (7,1 %), Biofeedback (4,6 %), Hypnose-Therapie (3,9 %), Klientenzentrierte Therapie (3,4 %), Zhong's cognitive insight therapy (2,7 %) (Gong & Li 1996).

Leung & Lee kritisieren auch die Forschungstätigkeit und orten eine Publikations-Bias, da ausschließlich Effektivitätsstudien vorgelegt wurden, die signifikant hohe Erfolgsraten (zwischen 62 - 93 %) bei Behandlungen mit westlichen Methoden aufwiesen. Über die potentiellen Konflikte zwischen den persönlichen Werten des chinesischen Therapeuten und den impliziten Werten der westlichen Psychotherapie lassen sich keine Studien finden (vgl. Leung & Lee 1996:449,451). Die Akzeptanz der Psychotherapie besteht am ehesten bei jüngeren, höher gebildeten Menschen, die zumeist verheiratet sind und Kinder haben, sowie Wissen über Psychotherapie besitzen und schneller bereit sind, Hilfe zu suchen. Das

Geschlecht stellt keinen Unterschied dar. Zirka die Hälfte der Klienten leidet an psychischen Erkrankungen, die anderen an zwischenmenschlichen, Ehe-, Familien und Gesundheits-Problemen (vgl. Leung & Lee 1996:448ff).

Die chinesischen Professionalisten entwickeln zusehends ihre eigenen Theorien und Modelle, basierend auf den Erfahrungen in den Kliniken und publizieren ihre eigenen Werke. Psychotherapie- und Beratungsambulanzen wurden grundsätzlich in Verbindung mit Universitäten und Allgemeinen Krankenhäusern in den Städten etabliert. 1990 wurde die Chinese Mental Health Association gegründet und 2001 die Chinese Psychology Society. Neben Seminaren und Konferenzen finden in China auch viele Interventionsgruppen statt.

Therapeuten wie Klienten hatten das Gefühl sie würden nicht helfen bzw. es würde ihnen nicht geholfen werden, wenn nicht eine Führung in Form von Ratschlägen und autoritären Vorgaben durch den Therapeuten erfolgen würden. Wodurch es der Klientenzentrierten Psychotherapie schwer fiel, in China Fuß zu fassen (Zeng 1997). Heute wandelt sich das Bild und es zeigt sich eine Tendenz hin zu weniger direktiven Methoden. Eine Studie aus dem Jahre 1993 zeigte, dass 68 % der Praktizierenden eklektisch arbeiteten (vgl. Qian & Chen 1993). Der holistische Ansatz in China, geprägt vom Konfuzianismus, dem Taoismus wie dem Buddhismus, spiegelt sich damit nicht nur im entsprechendem medizinischen Konzept sondern auch in der Psychotherapie wieder, wo die Probleme der Klienten von verschiedenen Seiten beleuchtet werden bevor ein Behandlungsplan erstellt wird.

Die ursprünglich in Japan entwickelte *Morita* Therapie fand ab Ende der 1980er auch in China großen Anklang. Sie fußt auf den Überlegungen des Taoismus, der sich hier vor allem in der Integrität von Natur und Mensch zeigt, und unterstützt alle Aktivitäten, die die emotionalen Spannungen verringern, wie z.B. *Qi Gong* und *Taiji*. Die Psychotherapeuten suchen aber auch nach dem Verhalten das nicht im Einklang mit den Gesetzen der Natur steht. Harmonische zwischenmenschliche Beziehungen zwischen Individuen und zu ihrer Umwelt, sowie zwischen Individuum und Natur werden fokussiert. Es wird weniger Wert auf den Kampf mit Symptomen und die Konkurrenz zwischen den Personen gelegt, als vielmehr darauf die persönlichen Wünsche zu reduzieren und sich selbst und andere zu akzeptieren. Die meisten der Konzepte und Anwendungen in der Psychotherapie stammen noch immer aus dem Westen aber China ist bestrebt die Veränderungen zugunsten der chinesischen Gegebenheiten und Klienten voranzutreiben.

Einige Praktizierende haben Theorien und Modelle entwickelt wie z.B. die besonders einflussreichen Modelle: Zhong Youbin's „*cognitive insight therapy*“ (eine Kurzzeittherapie mit psychodynamischer Orientierung, wobei Zhong seinen Schwerpunkt auf die Begleitung legt, die dem Klienten bei der Erkenntnis helfen soll, dass seine Symptome der Ausdruck eines Lösungsversuchs sind. Wobei das Problem als Erwachsener auf kindliche Art zu lösen versucht wird), und die „*Yang Desen's Taoist cognitive psychotherapy*“. Im Vergleich zu Zhong's *cognitive insight therapy* wird bei der *Taoist Cognitive Psychotherapy* (TCP), entwickelt von Zhang Yalin und Yang Desen (1998), die traditionelle chinesische Philosophie stärker integriert. Es ist knapp definiert, eine Kombination zwischen Taoismus und Kognitiver Therapie in 5 Stufen angewandt: Herausarbeitung des aktuellen Stressfaktors des Klienten, Verstehen seines Denksystems, Analyse seines Konflikt- und Copingverhaltens, die Ausrichtung nach taoistischen Vorstellungen und eine Evaluation sowie Verstärkung der Wirkung (Zang & Yang 1998).

Das Interesse an Psychotherapie wächst auch in der Bevölkerung. Im Shanghai Mental Health Center verzeichnet man ca. 10.000 Behandlungen im Jahr. Mingyi Qian schätzt die Zahl der Voll- und Teilzeitpraktizierenden Psychotherapeuten und Berater auf ca. 10000 bis 20000. Zumeist sind sie Lehrer, Ärzte, Psychiater, Psychologen und Sozialarbeiter, die vor allem in Spitälern und an Universitäten tätig sind. Das chinesische Ministerium für Gesundheit hat erlassen, dass alle erstklassigen Spitäler in China (seit den späten 1990ern) eine Ambulanz für Beratung und Psychotherapie zu führen haben. Heute haben darüber hinaus auch fast alle „*mental health hospitals*“ Services dieser Art, einige sogar Abteilungen für Klinische Psychologie. Inzwischen gibt es aber auch schon vereinzelt private Kliniken mit Genehmigung durch die Regierung, z.B. in Haerbin (Hauptstadt der Provinz Heilongjiang) und in Chengdu in der Provinz Sichuan (vgl. Qian 2002:477).

IV. Traditionelle Chinesische Medizin im deutschsprachigen Raum

Durchaus bekannt und in einzelnen Fällen auch schon von öffentlichen Trägern der Krankenkassen bezahlt, werden Behandlungen mittels Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM) in Europa durchgeführt. Die TCM basiert auf entsprechungsmedizinischen Konzepten mit Behandlungen, vor allem durch Akupunktur, Phytotherapie und Qigong. Zumeist beziehen sich diese Behandlungen in Europa jedoch auf den Bereich der physischen und psychosomatischen Erkrankungen. Studien über TCM in Verbindung mit psychischer Erkrankung sind kaum bekannt und doch gibt es sie bereits in Einzelfällen. So zeigte eine

Studie mit 60 Patienten, die mit leichten bis mittelschweren depressiven Episoden (ICD 10 F32.0, F32.1) oder generalisierter Angststörung (ICD10 F41.1) diagnostiziert wurden, im Vergleich zur Placebogruppe nach 10 Akupunktursitzungen signifikante Verbesserungen (60,7 % gegenüber 21,4 % bei der Placebogruppe). Als Erklärung für die Angstreduktion durch Akupunktur wurde der vegetativ ausgleichende Effekt erwogen, der zur Stressreduktion führt (vgl. Eich & Heise 2002:373-381). *„Aus traditionell chinesischer Sicht ergeben sich andere Aspekte. Krankheit bedeutet hier ein Ungleichgewicht zwischen Yin und Yang, welches ein freies Fließen der „Lebensenergie“ verhindert. Patienten mit Angststörungen klagen häufig über innere Unruhe, Herzrasen, Nervosität und ständige Gedanken an Angst. Innerlich (Yin) ist zuviel „Energie“ da. Nach außen hin (Yang) sind die Patienten meist antriebslos, gehemmt und müde. Es liegt somit eine Blockade von Innen nach Außen vor. Gelingt es durch die Akupunktur diese Blockade zu öffnen, so kann „Energie“ abfließen, die Patienten fühlen sich innerlich ruhiger und ausgeglichener, sie spüren mehr Kraft und Antrieb für Aktivitäten.“* (Eich & Heise 2002:378f)

Somit erscheint eine Vertiefung der Zusammenarbeit und Anwendung auf dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gebiet in Verbindung mit TCM auch hier in Europa, im engeren wie weiteren Kontext, durchaus wünschenswert – selbst bei aller Widersprüchlichkeit der Konzepte.

V. Fazit

Auf dem Hintergrund der autochthonen Konzepte von „Irresein“ und den damit verbundenen Ursachen und variierenden Behandlungsmethoden in China, wird der wechselseitige Globalisierungsprozess auch im Bereich der Diagnostik und Behandlung von „psychischen Erkrankungen“ verständlicher. So zeigt sich auch in China sehr deutlich, dass andere Konzepte, hier im Speziellen die westlichen Konzepte von „Psyche“ und „Psychiatrie“, auch aufgrund von ideologischen Strömungen abgelehnt, übernommen oder kreolisiert wurden und werden. In jedem Fall lösen Einflüsse anderer Denk- und Behandlungsschemata in diesem Bereich ein neues Leib- und Körperverständnis aus, egal wie sehr diese nun übernommen werden oder nicht.

Als Ergebnis dieser Arbeit stellt sich mir auch die Frage nach der tatsächlichen „Internationalität“ des ICD und DSM, wenn alleine ca. 1,3 Milliarden Menschen im Rahmen psychischer Erkrankung nicht nach dem ICD sondern nach dem CCMD diagnostiziert werden

(im Bewusstsein aller Ähnlichkeit dieser Diagnoseschemata). Aufzeigen konnte ich in aller Kürze, dass die Annahme bzw. Ablehnung von Diagnose- und Behandlungsmethoden auch von der unterschiedlichen Bildung und Zugehörigkeit zu einer Gesellschaftsschicht abhängig ist.

Wohin sich KlientInnen wenden und welche Behandlungen angeboten werden, hängt also zum einen vom jeweiligen kommunizierten Behandlungserfolg und zum anderen auch vom entsprechenden zeitlichen, lokalen, sozialen, ideologischen wie politischen Kontext ab. Ob und wann eine Behandlung indiziert ist und wie sie erfolgt, beruht auf der zugrunde liegenden impliziten wie expliziten Anthropologie des jeweiligen Modells und dieses darf nie ohne Relation zu den gesellschaftspolitischen Gegeben- und Gewordenheiten gesehen werden.

Nicht weiter eingehen konnte ich auf die Arten des „Tier-Verrücktseins“ sowie auf schamanische Austreibungsrituale sowie Beschwörungsheilkunde und die gesundheitspolitische Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in China. Durch die Beschäftigung mit dem Thema „Irresein in China“ haben sich für mich aber auch viele weitere Fragen eröffnet, wie zum Beispiel:

- *„Western psychiatry itself has never been homogeneous or uniform“* (Chen 2003:110) – Wie wird die Psychiatrie in China umgesetzt?
- Wodurch ist das Diagnosebild der „Neurasthenie“ in China auch heute noch so bedeutend? Welche Ressourcen können mit dieser Diagnose sozial und finanziell gebunden werden? Welche sozialpolitischen Bestrebungen beeinflussen die Diagnosestellung, sodass kein Diagnosenwandel entsprechend dem ICD hin zur Depression bzw. zu Angststörungen durchgeführt wurde?
- Inwieweit wird mit der Diagnose der „Neurasthenie“ auch ein Mittelweg gesucht, um den psychosomatischen Diagnosen doch indirekten Raum zu geben, der im CCMD-3 verwehrt scheint?
- Wie sieht die soziale Alltagsbewältigung für und mit Menschen in China jenseits einer westlich indizierten Ausgrenzung „psychisch kranker Menschen“ aus, die dem Erkrankungsbild von *dian* und *kuang* entsprechen? Was bedeuten diese Formen der Erkrankung für das Familienleben sowie für die Familie insgesamt im gesellschaftspolitischen Kontext?

Fragen, die sich unendlich fortsetzen ließen und damit aufzeigen, dass dieses Thema ein wesentlich weiteres ist, als hier behandelt werden kann. Trotzdem hoffe ich einen einführenden Einblick in die Themenstellung gegeben zu haben.

VI. Literaturverzeichnis

- Ch'en, Jerome** (1979): *China and the West. Society and Culture 1815-1937*, London, Hutchison
- Chen, Nancy N.** (2003): *Breathing Spaces. Qigong, psychiatry, and healing in China*, New York, Columbia University Press, ISBN 0-231-12805-3
- Chen, Shiduo** (1991): *Shishi milu [1687]*. Reprint der Xuanyongtang Ausgabe, Beijing, Zhongguo zhongyiyao chubanshe
- Chen, Shiduo** (1993): *Bianzheng qiwen*, Reprint der 1824er Ausgabe. In: Shoujiang, Wen [Hrsg.]: *Zhenben Yiji congkan*, Beijing, Zhongyi guji chubanshe
- Chen, Yan-Fang** (2002):
<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowAbstract&ProduktNr=224276&Ausgabe=228600&ArtikelNr=65140>, 15.5.2005
- Chen, Z.G. & M.Y. Qian** (1997): *Psychotherapy and counselling*. In: Wang, S.; Lin, Z.X. & O.C. Jin [Hrsg.]: *Psychological science in China*, Chang Chun, Jilin Education Press, Seite 932-965
- Dörner, Klaus & Ursula Plog** (1992): *Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie*, Bonn, Psychiatrie Verlag
- Eich, H. & Th. Heise** (2002): *Konzeptuelle Integration von traditioneller chinesischer Medizin im Rahmen stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung*. In: Heise, Thomas [Hrsg.]: *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*, Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Seite 373-381, ISBN 3-86135-138-2
- Ge Hong** (1955): *Zhouhou beiji fang*, Beijing, Renmin weisheng chubanshe
- Gong, Y.X. & Q.Z. Li** (1996): *The survey of current status on clinical psychological work in China and look into*. In: *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 4 (I), Seite 1-9
- Hao, Yen-P'ing & Erh-min Wang** (1980): *Changing Chinese views of Western relations, 1840-95*. In: *Cambridge History of China*, Vol. 11/ 2. Teil, Seite 142-202
- Heise, Thomas** (1997): *Psychiatrische Probleme der Traditionellen Chinesischen Medizin – in moderner Lehrweise und in klassischen Quellen*. In: Hoffmann, Klaus & Wielant Machleidt [Hrsg.]: *Psychiatrie im Kulturvergleich*, Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Seite 87-103
- Kao, John J.** (1979): *Three Millennia of Psychiatry*, New York, Institute for Advance Research in Asian Science and Medicine
- Kerr, John Glasgow** (1898): *The 'Refuge for the Insane'*, Canton. In: *The China Medical Missionary Journal* 12, 4/1898, Seite 177-178
- Leung, Patrick W.L. & Peter W.H. Lee** (1996): *Psychotherapy with the Chinese*. In: Bond, Michael Harris [Hrsg.]: *The Handbook of Chinese Psychology*, Hong Kong, Oxford University Press, Seite 441-456, ISBN 0-19-586598-7
- Li, Guanxian** (1990): *Shangyu yicao [1835]*. In: *Lidai zhongyi zhenben jicheng*, Bd. 34
- Messner, Angelika C.** (2000): *Medizinische Diskurse zu Irresein in China (1600-1930)*, Münchner ostasiatische Studien; Bd. 78, Stuttgart, Franz Steiner Verlag, ISBN 3-515-07548-8
- Ng, Vivien W.** (1990): *Madness in Late Imperial China: From Illness to Deviance*, Norman, University of Oklahoma Press
- Qian, Mingyi** (2002): *China*. In: Alfred Pritz [Hrsg.]: *Globalized Psychotherapy*, Vienna, Facultas, Seite 465-479, ISBN 3-85076-605-5
- Qian, M.Y. & Z.G. Chen** (1993): *An investigation of the situation of psychotherapy and counselling in China*. In Wang, Su [Hrsg.]: *Proceeding of the Second Afro-Asian Psychological Congress*, Beijing, Peking University Press, Seite 652-657
- Selden, Charles** (1905): *Work Among the Chinese Insane and Some of Its Results*. In: *The China Medical Missionary Journal*, 19/1, Seite 1-17

Selden, Charles (1937): The Story of the John G. Kerr Hospital for the Insane. In: The China Medical Journal 52, Nov. 1937, Seite 707-714

Sitong, Tan (1984): Renxue [1896]. In: An Exposition of Benevolence: The Jen-hsüeh of T'an Ssu-t'ung, Übers. von Chan Sin-wai, HongKong, The Chinese University Press

Steininger, Hans (1953): Hauch- und Körperseele und der Dämon bei Kuan Yin-tze, Leipzig, Otto Harrassowitz

Tseng, Wen-Shing (2001): Handbook of Cultural Psychiatry, California u.a., Academic Press, ISBN 0-12-701632-5

Unschuld, Paul (1986): Nan-ching: The Classic of Difficult Issues – With Commentaries by Chinese and Japanese Authors From the Third Through the Twentieth Century, Berkeley u.a., University of California Press

Xinghuan, Xie (1861): Dexinyi 'an. In: Zhenben yishu jicheng, Bd. 12

Yang, K.S. (1993): Why do we need an indigenous Chinese psychology? Indigenous Psychological Research in Chinese Societies (Taiwan), 1, Seite 6-88

Zang, Y.L. & D.S. Yang (1998): The development of cognitive psychotherapy according to Taoism. In: Chinese Mental Health Journal, 12 (3), Seite 188-190

Zang, Xichun (1995): Yixue zhongzhong can xilu [1918-34], Hebei, Kexuejishu chubanshe

Zeng, W.X. (1997): Psychotherapy for Chinese: A culture view. In: Zen W.X. [Hrsg.]: The Psychology and treatment of Chinese People, Beijing, The United Public House of Beijing Medical University and Chinese Xiehe Medical University, Seite 282-302

Nachschlagewerke:

Huangdi neijing cidian hrsg. von Guo Aichun u.a., Tianjin (1995): Tianjin kexuejishu chubanshe

Zhouli. In: Shisanjing zhushu. Komp. von Ruan Yuan [Photomechanischer Reprint des Holzplattendrucks von 1816]. Taibei: Xinwengfeng chuban gongsi, 1988

Das Bild des Titelseite entstammt dem URL: http://english.itcmedu.com/show/story_14.html
(23.5.2005)