



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Für Körper, Geist und Staat – Eine Archäologie der japanischen Psychiatrie am Beginn der Moderne“

Verfasser

Bernhard Leitner, BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 843

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Japanologie

Betreuerin / Betreuer:

Dr. Ingrid Getreuer-Kargl, Ao. Univ. Prof.

Für F.NGA²

Vorwort

„Es gibt keine genaue Grenze
zwischen dem, was gesund ist,
und dem, was krank ist [...].“

Fleck 2011:41

Was ist eine Krankheit? Eine Krankheit, so könnte man meinen, steht im Gegensatz zur Gesundheit. Aber lässt sich hier wirklich eine Grenze ziehen? Eine Krankheit ist per definitionem ein Ausnahmezustand, der Fall der eintritt, wenn der regelmäßige, „normale“ Lauf der Dinge alterniert. Die Medizin hat es, im Gegensatz zu den Naturwissenschaften, nicht mit typischen, normalen Phänomenen zu tun, sondern mit atypischen, anormalen Zuständen (Fleck 2011:41). Wenn der Ausnahmezustand die Regel bestimmt, dann werden wir ebenso durch unsere Krankheiten definiert. Folgen wir der Psychoanalyse so müssen wir uns eingestehen, dass eine Krankheit auch eine produktive Erscheinung ist, die uns hilft dem eigenen Ich Konsistenz zu verleihen, was die auf den ersten Blick klare Trennung zwischen dem Normalen und dem Pathologischen weiter verwischt. Und bei diesem Gedanken haben wir noch gar nicht angefangen darüber nachzudenken, was sogenannte psychopathologische Syndrome im Stande sind hervorzubringen: neue Formen des Denkens und der Kunst. Hören wir nicht auf diese Äußerungen des „Abnormen“, dann laufen wir Gefahr einen blinden Fleck zu bewahren. Ein Fleck, der möglicherweise zeigen könnte, welche Gefahren die Gesundheit birgt, wie destruktiv das „Normale“ sein kann. Krankheit ist auch Kritik. Deshalb möchte ich meine Arbeit als eine Art Krankheit verstehen. Sie verhält sich zur Psychiatrie und insbesondere zu ihrer Geschichtsschreibung, ähnlich wie eine Krankheit, oder ein Fleck...

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	9
2. Aufbruch der Geschichte	13
2.1. Generalstände der Forschung.....	13
2.2. Wider die Geschichte	17
2.3. Macht und Gesellschaft.....	19
2.3.1. Souveränitätsmacht.....	21
2.3.2. Disziplinarmacht	22
2.3.3. <i>Panopticon</i> und Disziplinargesellschaft	23
3. Archäologie der japanischen Psychiatrie.....	27
3.1. Begriffslagen	27
3.2. vorpsychiatrische Medizin bis zur Edo-Zeit.....	32
3.3. Psychiatrie ab der Meiji-Restauration.....	36
3.3.1. Psychiatrie aus Österreich und Deutschland.....	37
3.3.2. Moderne Psychiatrie in Japan	42
3.4. Mäeutik für eine japanische Psychiatrie.....	51
3.4.1. Bilder der Psychiatriegeschichtsschreibung	52
3.4.2. Iwakura in der Welt.....	57
3.4.3. <i>Dementia praecox</i> und <i>alopecanthropia</i>	60
4. Das Recht der Psychiatrie	66
4.1. Geburt eines japanischen Rechtssystems	66
4.1.1. Die ungleichen Verträge	67
4.1.2. Das moderne Recht.....	68
4.2. Die juristische Form der Psychiatrie.....	71
4.3. Notwendigkeit einer forensischen Psychiatrie.....	76
5. Die disziplinarische Ordnung der psychiatrischen Macht.....	81
5.1. Das Gesetz zur Obhut von Geisteskranken (1900).....	81

5.2. Das Gesetz für psychiatrische Krankenhäuser (1919).....	82
6. Schlussbetrachtung.....	87
7. Verzeichnisse.....	89
7.1. Abbildungsverzeichnis.....	89
7.2. Bibliographie.....	90
7.3. Bibliographie (japanisch).....	104
8. Anhang.....	107
8.1. Gesetzestexte.....	107
8.1.1. Das Gesetz zur Obhut von Geisteskranken.....	107
8.1.2. Das Gesetz für psychiatrische Krankenhäuser.....	113
8.2. Gesetztestexte (japanisch).....	115
8.2.1. Das Gesetz zur Obhut von Geisteskranken.....	115
8.2.2. Das Gesetz für psychiatrische Krankenhäuser.....	118
8.3. Abstract.....	120
8.4. English abstract.....	121
8.5. Curriculum vitae.....	122

Bei japanischen Eigennamen wird, nach Konvention des Japanischen, zuerst der Familiennamen und dann der Vorname angeführt.

Die Transkription japanischer Namen und Termini folgt dem modifizierten Hepburn-System.

Deutsche Übersetzungen aus lateinisch-, englisch- und japanischsprachigen Quellen wurden von mir [BL] angefertigt.

1. Einleitung

Wann begann man in Japan über den Wahnsinn zu sprechen, anstatt ihm möglicherweise noch zuzuhören? Über den Wahnsinn nicht als magisch-religiöses Phänomen, sondern als pathologische Form, die sogenannte Geisteskrankheit? Welches diskursive Umfeld begünstigte die Genese der Psychiatrie? Und welche anderen Diskurse verknüpfen sich mit der jungen europäisch geprägten Medizin in der Geburtsstunde der japanischen Psychiatrie? Wie gestaltet sich zum Beispiel die Liaison der psychiatrischen mit der juristischen Macht? Welche Konflikte ergeben sich mit althergebrachten Interpretationsmodellen zu abweichenden psychischen Verhaltensweisen? Auf diese und angrenzende Fragen eine Antwort zu geben, verschuldet sich meine Forschung zur Entstehung der japanischen Psychiatrie am Beginn der Meiji-Zeit und seiner Etablierung als wissenschaftliche Disziplin bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts.

Der erste energische Auftritt der Psychiatrie als geeinte wissenschaftliche Autorität auf der Bühne des japanischen Diskurses ereignete sich im Jahre 1919 in Form des *Seishin Byōin-hō*, des Gesetzes für psychiatrische Krankenhäuser, das zum ersten Mal die Diagnose und Therapie geistiger Krankheiten aus der spirituell-religiösen Deutungshoheit herauslöste und dem analytischen Blick der Ärzte übergab. Mit dem 19 Jahre zuvor verabschiedeten *Seishin Byōsha Kango-hō*, dem Gesetz zur Obhut von Geisteskranken, wurde zwar zum ersten Mal der Umgang mit Geisteskranken gesetzlich kodifiziert, jedoch handelte es sich um eine gänzlich anders geartete Rationalität. Ich möchte zeigen, dass diese beiden Gesetze, aufgrund eines theoretisch-diskursiven Bruchs jeweils ganz eigenen Logiken folgen. Das Gesetz von 1900 entstand innerhalb einer polizeilichen Ordnung, die die administrative Rolle zur Erhaltung der öffentlichen Sicherheit durch eine Souveränitätsmacht figurierte. Das Gesetz von 1919 hingegen repräsentiert eine medizinisch-disziplinarische Macht, die ununterbrochen auf den Körper des Subjektes zugreifen muss, um die Wahrheit über die Gefahren dieser unsichtbaren Krankheiten finden zu können. Die totale medizinische Überwachung in der Anstalt legitimiert sich also durch das wissenschaftlich gestützte Risikomanagement für den Gesellschaftskörper, installiert aber im selben Schritt eine funktional höchst effektive

disziplinarische Regulierung in den Subjekten selbst. Mit anderen Worten entfaltet sie das paradigmatische Machtdispositiv einer Disziplinargesellschaft.

Um den intensiven Ausbau der psychiatrischen Institutionen in Japan zu legitimieren, unternimmt der Psychiater Kure Shūzō eine Feldforschung, die 1918 in der Publikation der berühmten Studie über die private Internierung namens *Seishinbyōsha shitaku kanchi no jikkyō oyobi sono tōkeiteki kansatsu [Der Zustand der privaten Obhut von Geisteskranken und seine statistische Betrachtung]* (Kure/Kashida 2009) mündet. Mit diesem Bericht beginnt der Aufbau der Psychiatrie als soziale Institution in Japan. Kure geht nicht um sonst, obwohl er nicht der erste Psychiater seines Landes war, als Vater der japanischen Psychiatrie in die Geschichte ein (Kitanaka 2010:16). Aber was in Europa seit dem 17. Jahrhundert herangewachsen ist, konnte in Japan nicht von einem Tag auf den anderen nachgebaut werden. Nicht nur die monetären Ressourcen waren unzureichend, vor allem die ländlichen Bewohner leisteten dem neuen Machtarm empfindlichen Widerstand. Zwar hat die Idee einer Disziplinarmacht in Japan mit den Gefängnisreformen, Arbeitshäusern bis eben zur Psychiatrie schon seit dem Beginn der Meiji-Zeit breiten Konsens gefunden (Vgl. Botsman 2005), aber eine „Disziplinargesellschaft“ ist eben noch keine „disziplinierte Gesellschaft“ (Foucault 2005b:20).

Es ist jedoch beachtlich, dass der psychiatrische Diskurs nichtsdestoweniger schon zu einem international geachteten Theoriegebäude gereift war¹, auch wenn die institutionelle Praxis noch in den Kinderschuhen steckte, denn die große Internierungswelle wie etwa im Frankreich des 17. Jahrhunderts musste ausbleiben (Porter 2002:93). Während die ländlichen Regionen noch in andere Strukturen eingebettet zu sein schienen, befanden sich die einzigen psychiatrischen Anstalten dieser Zeit in der Stadt, was auch dem modernen medizinischem Konzept der Klinik entsprechen sollte.

Es drängt sich nun die zentrale Frage auf, ob und wie die japanische Psychiatrie als disziplinarische Struktur angesehen werden kann und durch welchen spezifischen Apparat an Machttechniken die psychiatrische Wissenschaft in Japan zur Formierung einer Disziplinargesellschaft beigetragen hat um damit gleichzeitig die Frage nach dem diskursiven Bruch aufzuwerfen, der sich in dieser Neugestaltung

¹ Ab 1899 gibt es bereits Publikationen japanischer Mediziner in westlichen psychiatrischen Journalen, ab 1920 sogar regelmäßig im *Centralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, einem der einflussreichsten Fachorgane seiner Zeit.

der Machtausübung ereignet haben muss. Also werde ich zuerst versuchen zu zeigen, dass die japanische Gesellschaft im genannten Zeitraum als Disziplinargesellschaft² angesehen werden kann und mich dann der Analyse der entstehenden Psychiatrie und ihrem Einfluss auf die Gesetzgebung und den öffentlichen Diskurs widmen. Der zeitliche Rahmen von der Meiji-Zeit bis vor Ausbruch des Zweiten Weltkrieges ergibt sich aus drei Gründen: Die Psychiatrie beginnt sich, wie die gesamte westlich orientierte Medizin, erst ab der Meiji-Restauration nachhaltig institutionell zu etablieren; die Kriegszeit mit ihrem Ultrationalismus stellt einen eigenen Diskurs mit medizinischen Versuchen, Verbrechen und Euthanasie-Diskursen dar, der zu umfangreich ist, um an dieser Stelle adäquat behandelt werden zu können; und nach Ende des Krieges wandte sich die Psychiatrie von ihren Wurzeln in Europa zu Gunsten einer Neuorientierung in Richtung USA ab, was wiederum ein ganz neues Kapitel der Psychiatriegeschichte Japans eröffnet hat. Diese Grenzen sind naturgemäß als Richtlinien zu betrachten und werden, wenn es die Analyse des Diskurses verlangt, hin und wieder überschritten werden müssen.

„Historische Studien“ betreiben, ohne die „Arbeit eines Historikers“ (Deleuze 2005:231) zu leisten ist das Ziel der vorliegenden Arbeit. Zwei methodische Prämissen, eine soziologische sowie eine historische, sind für den theoretischen Unterbau maßgebend. Erstens: Die gesellschaftliche Macht zur Organisation von Individuen geht nicht nur von den offensichtlichen Staatsapparaten wie der Exekutive aus, sondern sie manifestiert sich auch durch den wissenschaftlichen Diskurs und seine Praktiken, die von Machttechniken durchzogen sind. Bei dieser Betrachtung rücken oft marginalisierte diskursive Systeme wie eben das der Psychiatrie, aber auch der Rechtswissenschaft ins Zentrum des Interesses. Die zweite These betrifft die Auffassung von Geschichte. Der oben genannte Spruch über das Historische ohne den Historiker meint den Versuch, historische Ereignisse in ihrer Einzigartigkeit zu fassen, ohne sie in einen gezwungen kontinuierlichen Zusammenhang mit einer historischen Entwicklung zu bringen. Man beginnt sich für die Brüche in einem historischen Gefüge zu interessieren und nicht für die Sinntotalität einer konsistenten Historie. Damit wird aus einem entwicklungsgeschichtlichen Narrativ eine Schichtung historischer Formationen. Daher rührt auch die Bezeichnung dieses Unternehmens als Archäologie (Vgl. Foucault 1981), denn es geht darum, in den

² Nach Konzeption von Michel Foucault (Vgl. Foucault 2005a)

„Gesteinsschichten“ der japanischen Psychiatriegeschichte Bruchlinien freizulegen um die darunter verschütteten Fragmente zu analysieren. Die Analyse soll eben nicht wieder zur hierarchischen Auf- oder Abwertung der einen oder anderen, früheren oder älteren Schichte führen. Eher lässt sich dieses Projekt im Sinne einer „Dialektik der Aufklärung“ (Horkheimer und Adorno 2004) der Psychiatrie in Japan verstehen.

Nach dieser Einleitung wird im zweiten Kapitel dreierlei geschildert: Erst werde ich einen Überblick zum Forschungsstand der relevanten psychiatriegeschichtlichen Literatur geben, danach möchte ich ausführlicher sowohl auf das methodische als auch auf das theoretische Fundament der Analyse zu sprechen kommen. Dabei soll das Begriffspaar Souveränitätsmacht – Disziplinarmacht erörtert, sowie die hierzu relevante Forschung kurz diskutiert werden. Den Abschluss und Übergang zum dritten Kapitel bildet ein Unterpunkt, der bereits konkret auf die Situation Japans eingeht. Es handelt sich um die Klärung der Frage nach der Existenz einer japanischen Disziplinargesellschaft im ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das dritte Kapitel ist dann voll und ganz der Psychiatriegeschichte Japans allgemein, aber auch der vormodernen, prä-psychiatrischen Praxis und der Entstehung und Herkunft des psychiatrischen Wissens der Moderne gewidmet. Zusätzlich befindet sich in diesem Abschnitt noch eine detaillierte Schilderung von Form und Aufbau der japanischen Psychiatriegeschichtsschreibung, die schon mit der Ausbildung der Psychiatrie selbst ihren Anfang nimmt. Im vierten Kapitel werden das moderne japanische Rechtssystem und seine diskursiven Verbindungen zur Psychiatrie behandelt. Es soll gezeigt werden, dass moderne Medizin und Jurisprudenz nicht nur Wahlverwandtschaften eingegangen sind, sondern sogar existenziell notwendig voneinander abhängig zu sein scheinen. Dem bisher aufgearbeiteten Material folgend werde ich im fünften Kapitel die Analyse des diskursiven Bruches durch die psychiatrische Macht in Japan präsentieren, um anschließend zur Schlussbetrachtung zu gelangen.

Alle Fragen, die sich im Zuge dieser Einleitung gestellt haben, kulminieren in der einen für dieses gesamte Unternehmen wesentlichen Frage: Hat die japanische Psychiatrie als Agent eines diskursiven Bruches zur Formierung der modernen Meiji-Disziplinargesellschaft beigetragen und mit welchen Techniken hat sie dies erreicht?

2. Aufbruch der Geschichte

„Die Schichten [*strates*] sind historische Formationen, Positivitäten oder Empirizitäten. Sie sind ‚sedimentäre Überlagerungen‘, gebildet aus Dingen und Wörtern, aus Sehen und Sprechen, Sichtbarem und Sagbarem, Zonen der Sichtbarkeit und Feldern der Lesbarkeit, Inhalten und Ausdrücken.“
Deleuze 1992:69

2.1. Generalstände der Forschung

Die japanische Psychiatriegeschichtsschreibung ging lange Zeit hauptsächlich von der Psychiatrie selber aus und war ausschließlich an einer Aufarbeitung aus eigener Sicht interessiert. Sie zeigte zwar Interesse an wissenschaftssoziologischer Kritik, jedoch bleibt der Diskurs meist in den Schranken der eigenen wissenschaftlichen Disziplin. Dies kann man vor allem daran erkennen, dass ausschließlich alle Artikel, die zu diesem Thema auffindbar waren, in medizinischen oder psychiatrischen Fachzeitschriften wie *American Journal Of Psychiatry*, *History Of Psychiatry*, *Psychiatric Bulletin* und *Seishin Shinkeigaku Zasshi* (= *Psychiatria et Neurologica Japonica*) publiziert wurden. Kritische Stimmen merken dazu an, dass „bis jetzt viele Arbeiten von praktizierenden Psychiatern, nicht aber von professionellen Historikern, geschrieben wurden [...]“ (Suzuki 2003b:338). Einige dieser Arbeiten konzentrieren sich zwar auf die Darstellung vormoderner Zeiten, aber eben aus der Sicht der zeitgenössischen Psychiatrie und müssen daher eher als medizinische Untersuchungen gelten (Hiruta 2002 und Hayashi 2003b).

Im Zuge der Recherche, war außerdem festzustellen, dass es im Wesentlichen nur zwei unterschiedliche Standpunkte im medizinischen Diskurs vorherrschen. Der erste Standpunkt, dem etwa die Arbeiten von Totsuka Etsurō, Kumasaka Yoshino und Yoshioka Shinji entsprechen, spricht im allgemeinen Konsens der westlichen Kritik von der Rückständigkeit der japanischen Psychiatrie im 20. Jahrhundert (vgl. Stieda 1906: 514-522) und kritisiert die Abwesenheit struktureller Maßnahmen im Umgang mit Geisteskranken (vgl. Totsuka 1990 und Kumasaka/Yoshioka 1968). Dieser Vorwurf der Unterentwicklung in der frühen

japanischen Modernisierung ruft auch in vielen anderen Wissenschaftsbereichen eine gewisse Gegenkritik hervor, die versucht in Japan Elemente einer alternativen, genuin japanischen, Modernisierung, die sich vom westlichen Paradigma abhebt, freizulegen (vgl. *nihonbunkaron*). So versuchen einige Autoren, wie zum Beispiel Suzuki Akihito und Nakatani Yōji in der japanischen Psychiatriegeschichte, dieses Bild der Rückständigkeit einer Revision zu unterziehen (vgl. Suzuki 2003a:193-225 und Nakatani 2003:194-198). Als positiver Effekt dieser dipolaren Positionierung lässt sich im Überblick des gesamten Diskurses ein relativ differenziertes Bild der Psychiatrie herauskristallisieren, das weder chauvinistisch herab gespielt noch übertrieben romantisiert erscheint.

Der erste japanische Wissenschaftler, der sich mit der Sozialgeschichte der Psychiatrie in Japan auseinandersetzte war der Mediziner Okada Yasuo. Er hatte in den 1970er Jahren den Grundstein für die soziologisch orientierte Psychiatriegeschichte gesetzt. Er ist nicht nur der Autor der legendären Fallstudie über eine der größten privaten Anstalten Tōkyōs, die als erste detaillierte Studie ihrer Art Daten für viele folgende Arbeiten liefern sollte (Suzuki 2003b:337), sondern auch als erstmaliger Herausgeber gesammelter Schriften Kure Shūzōs und Initiator der Gesellschaft zur Forschung der Geschichte der Psychiatrie in Japan unerlässlich für die Entwicklung der Psychiatriegeschichte in Japan. Mit seinem in englischer Sprache erschienenen Text „110 years of psychiatric care in Japan“ (Okada 1982), der aus einem internationalem Symposium zur Geschichte der Psychiatrie im Osten und Westen hervorging, suchte er auch den Austausch mit der westlichen Forschung.

In den letzten Jahren stieg zwar das Interesse an psychiatrischen Diskursen im Lichte epistemologischer Ansätze, allerdings beschränkt sich der Output auf wenige ausgewählte Wissenschaftler. Der japanische Soziologe Serizawa Kazuya etwa hat sich bemüht, die unter anderem von Michel Foucault in den 1970er Jahren angestoßenen Analysen von sozial-diskursiven Machtmechanismen in Japan anzuwenden³ (Serizawa 2001 und 2007). Trotzdem stellen die Versuche Serizawas historisch noch sehr allgemeine Konzeptionen dar und setzen ihren Fokus auf die Nachkriegszeit oder die Gegenwart (Serizawa 2005, 2006 und 2007)⁴, sodass mir eine Analyse der spezifischeren eingangs genannten Fragestellungen in ihrem

³ Obwohl man hier kritisch anmerken könnte, dass er in der Angabe von Verweisen zur Foucaultschen Theorie stellenweise sehr unpräzise vorgeht.

⁴ Mit Ausnahme eines Buches über Macht und Gesetz in der Taishō-Zeit, in dem auch die Psychiatrie angesprochen wird (Serizawa 2001).

zeitlichem Rahmen äußerst fruchtbar erscheint. Die Publikation von Hashimoto Akira aus dem Jahre 2010, die sich mit psychiatrischer Pflege in der Peripherie auseinandersetzt zeugt auch in Japan von neuem Interesse an nicht aufgearbeiteten Bereichen der Wissenschaftsgeschichte der Psychiatrie (Hashimoto 2010a), genauso wie die seit 2000 sich im Gang befindliche erstmalige Neuauflage der wichtigsten Werke Kure Shūzōs (Kure 2002, 2003a, 2003b, 2009). Diese neue Aufmerksamkeit für historische Aspekte der Psychiatrie drückt sich auch durch zwei weitere Werke aus. Zum einen handelt es sich um eine Sozialgeschichte einiger psychiatrischer Anstalten in und um Tōkyō (Kanekawa/Hori 2009), zum anderen um eine Studie über die Transformation des Phänomens von Besessenheit unter dem Einfluss der Psychiatrie (Hyōdō 2008).

Für den japanischsprachigen Forschungsstand seien abschließend noch die Arbeiten von Omata Waichirō genannt. Er hat zusammenfassende Monographien über die Entstehung der Psychiatrie und psychiatrischer Anstalten in Europa und Japan verfasst (Omata 1998, 2002 und 2005). Die Auseinandersetzung mit der Psychiatriegeschichte des studierten Mediziners Omata begann ebenfalls durch die Lektüre von Foucault (Omata 1998). Obwohl er als Mediziner anscheinend kaum in den Sozialwissenschaften rezipiert wurde⁵, muss man ihm auf jeden Fall zu Gute halten, dass er es war, der die medizinischen Verbrechen der Nationalsozialisten in Deutschland, sowie der Ultrationalisten in Japan für den japanischsprachigen Diskurs thematisiert hat (Omata 1997)⁶.

Im englischen Sprachraum sind sozialwissenschaftliche Publikationen zur japanischen Psychiatriegeschichte kaum auffindbar, im deutschsprachigen gar gänzlich abwesend. Von Seiten der Geschichtswissenschaft ist lediglich Suzuki Akihito bekannt für seine englischsprachigen Publikationen in psychiatriehistorischen Journalen, die sich neben der britischen auch mit japanischer Psychiatrie beschäftigen (Suzuki 2003b). Es gab aber sowohl innerhalb als auch außerhalb Europas Versuche, die Foucaultsche soziohistorische Kritik der psychiatrischen Wissenschaften international aufzunehmen und die Episoden einer Geschichte ihrer Machtverhältnisse nachzuzeichnen. Exemplarisch hierfür steht das von dem berühmten Medizinhistoriker Roy Porter herausgegebene Werk *The confinement of*

⁵ In der oben erwähnten Fachliteratur finden sich zum Beispiel keine Verweise auf Omatas Werk.

⁶ Trotzdem der ausgesprochen polemische Stil in *Seishinigaku to nachizumu [Psychiatrie und Nazismus]* (Omata 1997) nicht zu übersehen ist, muss es als wichtiger Anstoß einer Debatte gesehen werden.

the insane. International perspectives, 1800-1965 (Porter/Wright 2003). In Bezug auf Psychiatrie in Japan waren bis circa 2010 nur wenige Arbeiten zu diesem Thema ausfindig zu machen. Ein Beitrag von Suzuki Akihito in dem genannten Buch (Suzuki 2003a:193-225) beschäftigt sich zwar mit der japanischen Psychiatrie im Zeitraum um 1900, aber es kommt dabei zu keiner Auseinandersetzung mit dem Machtdiskurs von Foucault. Aus diesen Gründen scheint es mir abermals angemessen, eine Analyse der Entwicklung des psychiatrischen Diskurses in Japan unter anderen theoretischen und methodischen Gesichtspunkten zu wagen.

Besondere Hervorhebung gebührt der bahnbrechenden Textsammlung *Transnational psychiatries: Social and cultural histories of psychiatry in comparative perspective, c. 1800-2000* (Ernst/Mueller 2010). Ähnlich wie der Band von Roy Porter geht es auch hier um die internationale Betrachtung von Psychiatriegeschichte. Wo allerdings in ersterem Werk die internationalen Analysen zum Vergleich nebeneinanderstehen, werden sie im zweiten transnational verknüpft. Drei der insgesamt elf Beiträge handeln von Japan, zwei davon wurden von den bereits erwähnten Autoren Hashimoto und Suzuki verfasst. Die Bezüge zu Foucault sind zwar auch in diesem Buch vorhanden, grundsätzliche Theoreme werden geteilt, aber es kommt an einigen Stellen auch zur kritischen Auseinandersetzungen (Ernst/Müller 2010:200-203)⁷.

Zwei Publikationen der Universität Wien sollen zum Schluss, jedoch nicht zuletzt noch Erwähnung finden. Die Dissertation von Ingrid Getreuer-Kargl zur Situation internierter psychiatrischer Patienten in Japan, die als erste und einzige Veröffentlichung zur Psychiatrie in der deutschsprachigen Japanologie eine Vorreiterrolle einnimmt, sich aber in einem späteren historischen Rahmen bewegt (Kargl 1987) und die von Sabine Frühstück über die Genese der Sexualwissenschaft in Japan (Frühstück 1997), beide Beispiele der fruchtbaren Anwendung Foucaultscher Konzepte in der Japanologie.

Nach diesem Abriss über die bisherige Forschung zum Themenkomplex Psychiatriegeschichte Japans, komme ich im nächsten Punkt auf die Fragen der Methode, der Quellenauswahl und der dem Unternehmen zu Grunde liegenden Theorie zu sprechen.

⁷ Diese Kritik wird im 5.Kapitel aufgegriffen und diskutiert werden.

2.2. Wider die Geschichte

„Die Vorliegende Untersuchung will also bewußt historisch und kritisch zugleich sein, da es ihr darum geht, ohne jede wertende Intention die Bedingungen der Möglichkeiten der medizinischen Erfahrung [...] zu bestimmen. [...] [Sie] ist weder für eine Medizin gegen eine andere geschrieben, noch gegen die Medizin für ein Nichtvorhandensein der Medizin. Es handelt sich hier – wie auch in anderen Arbeiten – um eine Studie, die versucht, in den Schichten des Diskurses die Bedingungen seiner Geschichte bloßzulegen.“

Foucault 2002a:17

Viel wurde schon zur Geschichte der Psychiatrie in Japan geschrieben, aber vielleicht nicht gerade vieles. Beim Großteil der im Forschungsstand geschilderten Literatur handelt es sich um den Versuch einer Rekonstruktion ihrer Geschichte als Entwicklungsgedanke, als konsistente Reihe historischer Fakten (Vgl. Munslow 2006:39-41). So gesehen stellt die vorliegende Arbeit keinen Teil dieser Geschichte dar. Sie ist gar nicht erst an der (Re-)Konstruktion derselben interessiert. Viel eher möchte sie die Möglichkeitsbedingungen der Emergenz der Psychiatrie als Diskurs analysieren, um die Bruchstellen der Geschichte sichtbar zu machen.

Die Entstehung eines neuen Diskurses, die Transmission eines Diskurses in eine neue Umwelt oder die Verankerung eines Diskurses im Umfeld erfordern die Verbindung, Verknüpfung und Überlappung mit anderen Diskursen. Damit ergibt sich aus einer Diskursanalyse der Psychiatrie, die sich beispielsweise mit dem Rechtsdiskurs, der industriellen Produktivität und einer, mit dem modernen medizinischen Denken insgesamt im Zusammenhang stehenden, sozialen Epidemiologie auseinandersetzen muss, die Untersuchung eines ganzen Diskursgeflechts. An den Grenzflächen der Diskurse werden die Formationen wahrnehmbar, die die Charakteristika der Diskurse ausmachen, indem sie verschiedene Elemente miteinander in Beziehung setzen, andere ausschließen (Foucault 1981:43). Das ist nichts anderes als eine Art Kombinatorik. Das Aufkommen psychiatrischer Anstalten kann man etwa strukturell im Gefüge Recht – Anstalt, Produktivität – Überwachung und Medizin – Klinik verorten. Ist das Feld für die Analyse einmal aufgespannt wird die Ordnung der Elemente lesbar. Teilt man diese Elemente exemplarisch in Dinge und Worte ein, spricht Elemente der Wahrnehmung und Elemente der Aussage, so gestaltet sich die Grenzfläche der Anstalt in der Kombination des Asyls, also der klassischen Einrichtung zur

Internierung aller unerwünschten sozialen „Problemfälle“, mit der Medizin folgendermaßen: „das Asyl als Ort der Sichtbarkeit und die Medizin der Geisteskrankheit als Feld der Aussagen“ (Deleuze 2005:232).

Wenn Ludwik Fleck die Abhängigkeit der Wissensproduktion in der Pathologie von statistischen Berechnungen feststellt, da die mannigfaltigen pathologischen Zustände in ihren sich ständig vervielfältigenden Derivaten keine homogene Systematisierung *qua* Identität eines Krankheitsphänomens zulassen, dann erkennt man darin auch die Möglichkeitsbedingungen des medizinischen Diskurses in einer Formation, die außerhalb der Medizin selbst liegt. Denn eine Krankheit tritt nie in den exakt gleichen Weisen auf. Es gibt zwar Symptome, die sich unter einem pathologischen Begriff einer speziellen Krankheit subsumieren lassen, aber die Pathologie bleibt immer mit der ungeheuren Vielfalt der Emergenz ähnlicher Phänomene und der Schwierigkeit diese kohärent zu fassen konfrontiert. Also ist die Medizin auf das Mittel der Statistik angewiesen, um diese verstreuten Phänomene überhaupt erst ordnen zu können (Fleck 2011:42). Dieses konstitutive heterogene Element eines Diskurses gilt es zu demaskieren, um seine Möglichkeitsbedingungen zu entbergen. Der Diskurs selbst versucht nämlich seine Identität mit marginalen Verweisen auf dieses „Supplement“ (Derrida 1983:244) zu konstruieren ohne sich dabei dessen absolute Identitätsstiftende Funktion einzugestehen, beziehungsweise ringt er sogar darum jeden aufkeimenden Verdacht über diese Funktion zu unterdrücken (Vgl.Derrida 1983:244-282). Pathologie ist natürlich nicht einfach nur Statistik, aber die abgrenzende Verbindung mit anderen Diskursen, zum Beispiel dem der Statistik, erlaubt ihr erst ihre eigene Identität zu begründen. Sucht man also im Zentrum eines Diskurses nach dessen letzten Gründen, dann landet man bei einem Verweis auf andere Diskurse. Im Innersten des Diskurses stößt man wider Erwarten auf sein Außen (Derrida 1976:424). Gleichzeitig muss der Diskurs in seiner Einzigartigkeit erfasst werden. „[M]an muß zeigen, warum er nicht anders sein konnte als er war, worin er gegenüber jedem anderen exklusiv ist, wie er inmitten der anderen und in Beziehung zu ihnen einen Platz einnimmt, den kein anderer besetzen könnte“ (Foucault 1981:43).

Mit dieser Schilderung wird der methodische Rahmen der vorliegenden Studie sichtbar. Es kommt das Instrument der Diskursanalyse zum Einsatz, jedoch wird

dieses durch Anleihen der Dekonstruktion modifiziert⁸ (Vgl. Munslow 2006:3). Die Marginalien des Systems sollen in den Mittelpunkt der Analyse gerückt werden, um scheinbar lineare historische Narrative aufzubrechen und den Ereignischarakter eines diskursiven Bruches zum Vorschein kommen zu lassen, indem die Möglichkeitsbedingung der diskursiven Konstellation beleuchtet wird. Dadurch wird die Forschungsfrage nach der Diskontinuität in der Geschichte durch die Psychiatrie in Japan erst beantwortet werden können. Denn wenn ein neuer Diskurs mit einer anderen Rationalität, etwa einer medizinisch-psychiatrischen, auftaucht, kann mit dessen Auftritt auch der Einschnitt in der Technik der Machtausübung erklärt werden. Die veränderten diskursiven Ordnungen bedingen auch andere Machtverhältnisse. Bis dato gibt es aber keine ausführlichen Untersuchungen der theoretisch-diskursiven Landschaft psychiatrischer Schriften in Japan. In der Literatur findet zum Beispiel Kure Shūzō zahlreiche Erwähnung, jedoch kommt es nie zur intensiven Auseinandersetzung mit den hinterlassenen Publikationen. Dadurch wurden potentiell konstitutive Randnotizen, Vorworte oder schlicht unbekannte Texte im Werk der klassischen Autoren der japanischen Psychiatrie bisher kaum aufgearbeitet. Darin sehe ich die besondere Relevanz dieser Arbeit für die Forschung begründet.

Im folgenden Unterpunkt sollen die theoretischen Überlegungen, die das Rückgrat der Analyse bilden, eingehend besprochen werden.

2.3. Macht und Gesellschaft

„Nicht weil sie alles umfaßt,
sondern weil sie von überall kommt,
ist die Macht überall.“
Foucault 1983:94

Was ist ein Vektorfeld? Ein Vektorfeld ist eine Funktion. Es entsteht aus der Zuordnung eines Vektors zu jedem Punkt eines gegebenen Raumes. Ein Vektor besitzt einen Betrag und eine Richtung, eine Kraft. Demnach könnte man Macht als Vektorfeld verstehen, das sich aus der Gesamtheit aller gerichteten Kräfte der

⁸ Zu Feinheiten der methodischen Problematik, die aus der Begegnung Derrida – Foucault insbesondere in der Sozialwissenschaft hervorgehen, hier aber nicht weiter ausgeführt werden können, sei noch auf den Beitrag „Zur Methodologisierung der Foucaultschen Diskursanalyse“ (Diaz-Bone 2006) verwiesen.

Prozesse im gesellschaftlichen Raum ergibt. Jeder Punkt hat einen Vektor, jeder Prozess hat eine Kraft, wirkt also irgendwie im Machtfeld. Die Konsequenz aus dieser Anschauung ist: Diskursen als Prozessen im sozialen Gefüge, wissenschaftlichen, wie öffentlichen oder populären, ist die Macht immanent (Vgl. Foucault 1983:94-95). Macht ist damit keine Konsequenz des Handelns von Individuen, im Gegenteil wird die Intention einer Handlung oder Aussage im diskursiven Raum durch Machtverhältnisse erst erklärbar (Berger 2009:18-19). Macht und Wissensproduktion sind wechselseitig miteinander verbunden (Foucault 1977:39). Das heißt, „daß es keine Machtbeziehung gibt, ohne daß sich ein entsprechendes Wissensfeld konstituiert, und kein Wissen, das nicht gleichzeitig Machtbeziehungen voraussetzt und konstituiert“ (Foucault 1977:39).

Selbstverständlich sind damit auch der medizinische Diskurs im Ganzen und der psychiatrische im Speziellen nicht von diesen Machtbeziehungen ausgeschlossen. Mit dem umstrittenen Werk *Wahnsinn und Gesellschaft* (Foucault 1973) legte Michel Foucault im Jahre 1961 zum ersten Mal eine Studie vor, die das gesellschaftlich marginalisierte Phänomen des Wahnsinns in seiner Beziehung zur philosophischen Norm der Vernunft untersuchte und stieß dabei auf Veränderungen im Machtzugriff auf so genannte geistig Abnorme unter der augenscheinlich befreienden Bewegung der reformierten Psychiatrie im ausgehenden 18. Jahrhundert fest, die unter dem Einfluss von Philippe Pinel gegen die in der Irrenbehandlung vorherrschenden Zwangsmaßnahmen vorging. Die These lautete: Mit der Befreiung der Geisteskranken von den Ketten wurde deshalb trotzdem die psychiatrische Macht als solches noch nicht ausgeschaltet, sondern lediglich in der Art der Kontrolle, die sie ausübt, transformiert (Foucault 1973:501-505).

Dieses Denken hatte eine nicht abzuschätzende Auswirkung auf die Psychiatriegeschichtsschreibung, die bis heute anhält (z.B.: Roberts 2005), aber auch einiges an Kritik auf den Plan rief⁹. Ein Problem bei der Anwendung dieser Theorie¹⁰ stellt ein gewisser intrinsischer Frankozentrismus dar. Die Analysen befassen sich Großteils mit französischen Quellen und beziehen sich nur sporadisch auf Ereignisse außerhalb Frankreichs (vgl. Foucault 1973). Durch den Anspruch einer allgemeinen Theorie der Genese der Psychiatrie kommt es dann aber zur Verwischung von Unterschieden der Entwicklungen schon innerhalb Europas, etwa

⁹ Weswegen auch 1992 ein Sammelband zur kritischen Neubewertung und Verteidigung der zentralen Thesen Foucaults erschien (Still/Velody 1992).

¹⁰ Zum Beispiel in der Japanologie

in Deutschland oder Großbritannien. Auf dieses Problem hat unter anderem Klaus Dörner hingewiesen (Dörner 1975:25). Allerdings scheint es mir gerechtfertigt die Theorie zu extrahieren, um sie mit der Situation Japans zu konfrontieren und damit auch zu testen. Gerade weil die japanische und die französische Psychatriegeschichte sehr wenige Berührungspunkte aufweisen, da sich die japanische Psychiatrie in erster Linie an deutschsprachigen Schulen orientierte (Totsuka 1990:193-194), sollte sich eine allgemeine Theorie am speziellen Fall verifizieren lassen.

Entscheidend an dieser Stelle ist jedenfalls, dass, so wie es unterschiedlich funktionierende Vektorfelder wie Magnetfelder oder Gravitationsfelder gibt, auch verschiedene Machtmechanismen auftauchen können. So sind zwei wesentliche Typen von Macht zu differenzieren, die sich in ihrer spezifischen Funktionsweise auch in der Begegnung mit dem Wahnsinn manifestieren: Souveränitätsmacht und Disziplinarmacht (Foucault 2005a:49-50).

2.3.1. Souveränitätsmacht

Die Souveränitätsmacht ist jener Typ, der vor allem in postfeudalen und vorindustriellen Staatsformen auftritt. Sie ist eine frontale öffentliche Gewaltbeziehung und im Bereich der Makrophysik der Macht zu verorten (Foucault 2005a:49-52). Makrophysik soll heißen, dass sie an der Oberfläche, gewissermaßen in der Öffentlichkeit der sozialen Prozesse erkennbar ist. Sie ist offensichtlich; versucht ihre Machtausübung durch physische Gewalt nicht zu maskieren, sondern stellt diese im Gegenteil öffentlich zur Schau. Es ist die Macht des feudalen Souverän, der öffentlichen Marterung und des Prangers. Die Souveränitätsmachtbeziehungen innerhalb einer Gesellschaft können zwar trotzdem vielschichtig sein, aber sie konvergieren immer in einem Punkt, eben dem Souverän. Der ultimative Souverän ist beispielsweise der König, dazwischen stehen aber viele andere Souveränitätsbeziehungen, so zwischen Lehen und Lehensherr oder Bauer und Sklave¹¹. Dieser Machttypus verbindet Souverän und Untertanen in einer asymmetrischen Relation. Auf der einen Seite steht Verausgabung, auf der anderen

¹¹ Sie ist grundsätzlich heterogen, also innerhalb des sozialen Raumes verschieden geartet (Foucault 2005a:73).

Seite Einbehaltung. Die Souveränitätsbeziehung gründet auf einem legitimen Gründungsakt, etwa einem göttlichem Recht oder einem Recht des Blutes, also einer letztbegründbaren Verwandtschaft, die durch Rituale oder Zeremonien aktualisiert werden kann. Die Vorderseite bedeutet Schutz und eventuell Geschenk in Form von Festen, die Rückseite Gewalt und Bestrafung (Foucault 2005a:71-73).

Diese Machtbeziehung ist aber noch auf eine andere Weise asymmetrisch: Und zwar indem sie die Verbindung eines Subjektes mit dem Körper des Souveräns als Ausgangspunkt herstellt, das Ende jedoch durch Abwesenheit einer individuellen Entität gekennzeichnet ist. Am Ende der Beziehung muss kein einzelnes Subjekt stehen, die Souveränitätsmacht interessiert sich nicht für das Subjekt als Individuum, nicht für sein Leben, seinen Körper oder dergleichen. Das andere Ende kann genauso ein ganzes Lehen mit all seinen Subjekten und Körpern sein. Man könnte sagen: Der Souverän ist mit einem Ort verbunden, der von Individuen besetzt ist, deren Individualitäten aber keinen Interessenswert *per se* für ihn darstellen (Foucault 2005a:74-76).

2.3.2. Disziplinarmacht

Demgegenüber steht ein zweiter anders ausgebildeter Typ von Macht, nämlich die Mikrophysik der Disziplinarmacht. Sie tritt in Europa etwa zu Beginn des 19. Jahrhundert auf. Diese Machtform ist fast anonym, „ohne Namen, ohne Gesicht“ (Foucault 2005a:42), sie ist auf verschiedene Personen aufgeteilt. Sie ist eine stumme Macht, die ihr Reglement dem Subjekt gegenüber nicht offen zum Ausdruck bringt. Die Kanäle der Machtausübung verlaufen unter der Oberfläche, versteckt, sie unterliegen einer Mikrophysik (Foucault 2005a:42-49). Ganz im Gegensatz zur Form der Souveränitätsmacht interessiert sich die Disziplinarmacht für ihre Subjekt-Individuen, für ihre verschiedenartigen Körper. Sie ist eine politische Macht, die die Körper berührt, sie angreift, ja in sie eindringt, Gesten und Verhaltensweisen, Gewohnheiten und Redeweisen genauestens beobachtet (Foucault 2005a:68). Sie fordert keine einfache Einbehaltung eines quantifizierbaren Vertragszolls, sondern eine totale Vereinnahmung des Körpers, seiner ganzen Lebenszeit; ein allumfassenden Zugriff, der als „panoptischen Charakter der

disziplinarischen Macht“ (Foucault 2005a:85) beschrieben werden könnte¹². Die Disziplinarmacht blickt aber nicht nur auf die momentane Situation, sondern sie ist vor allem auf die Zukunft gerichtet, auf die kommende Disziplin, die zur Gewohnheit des Subjektes verinnerlicht werden soll (Foucault 2005a:77-78). Bei ihr geht es um die Verankerung von Dispositiven im sozialen Raum. In der Disziplinargesellschaft wird damit nicht so sehr das tatsächlich gegenwärtige Handeln zum Problem, sondern immer mehr das mögliche Handeln; das Potential zu einer Tat wird mithin Gegenstand der Kontrolle (Foucault 2003:83).

Mit den präzisen Beobachtungen durch disziplinarische Strukturen entsteht naturgemäß ein gewaltiger Datenkorpus. Die Macht ist nicht einfach eine unterdrückende Gewalt, sondern sie ist in ihrem Kern sehr produktiv. Das Wissen, das sie hervorbringt, ist aber einer gewissen Dialektik unterworfen. Die Disziplinarmacht erlaubt eine rege Wissensakkumulation; das gewonnen Wissen auf der anderen Seite fließt in Form der Steigerung der Effizienz der Kontrollmechanismen wieder in das System ein (Roberts 2005:35).

Wie sieht nun eine Gesellschaft aus, in der sich die Disziplinarmacht als Form der Machtausübung etabliert hat? Mit anderen Worten: Was ist eine Disziplinargesellschaft? Wann tritt die Disziplinarmacht in Europa auf und wann beginnen ihre Diskurse auch auf anderen Orten der Welt zu gedeihen? Welcher Wind ist es, der die ersten Keime der disziplinarischen Ordnung nach Japan verweht? Durch diese letzte theoretische Reise über die diskursive Landschaft der Macht, werden wir zum ersten Mal die feste Erde des jungen modernisierten japanischen Staates betreten.

2.3.3. *Panopticon* und Disziplinargesellschaft

Anfang des 19. Jahrhundert kommt es in Europa zu einer massiven Verbreitung des Gefängnisses als Strafpraxis, obwohl es in theoretischen Überlegungen zur Strafrechtsreform im 18. Jahrhundert kaum Erwähnung fand. Diskutiert wurden eher Formen der Deportation und der Zwangsarbeit als nützliche Wiedergutmachung. Trotzdem setzte sich das Gefängnis durch. Statt auf Schutz durch Einschüchterung

¹² Diese Form der Macht hat auch der amerikanische Soziologe Erving Goffman im Auge, wenn er ihre Entfaltung in „totalen Institutionen“ analysiert (Goffman 1973).

oder Nutzen konzentrierte sich das Strafsystem immer stärker auf die Kontrolle und die psychische und moralische Verbesserung des Einzelnen. Man fragt sich immer mehr, wozu Menschen fähig sein können (Foucault 2003:82-85).

„So war der zentrale Begriff der Kriminologie und des ganzen Strafsystems Ende des 19. Jahrhunderts der rechtstheoretische Begriff der Gefährlichkeit. Er besagt, dass der Einzelne von der Gesellschaft nicht auf der Ebene des tatsächlichen, sondern des potentiellen Verhaltens betrachtet werden sollte; nicht auf der Ebene tatsächlicher Verstöße gegen vorhandene Gesetze, sondern auf der Ebene möglichen Verhaltens.“

Foucault 2003:84

Diese Aufgabe kann nicht mehr von der Justiz allein bewältigt werden. Somit kommt es zur Etablierung verschiedener Institutionen, die der Überwachung und Erziehung dienen, wie zum Beispiel Polizei, Schulen, Krankenhäuser, psychiatrische Anstalten, die zum ersten Mal in der Geschichte als zentralisierte Institutionen auftauchen und den gesamten Gesellschaftskorpus überschauen können. Diesen Gesellschaftstyp nennt Foucault Disziplinargesellschaft im Unterschied zur Strafgesellschaft. Die Transformationen gehen zum Großteil auf die Schriften des englischen Utilitaristen Jeremy Bentham zurück. Als Paradigma dieser Machtform könnte man seine berühmte Utopie des *panopticons* ansehen. Am Ende des 18. Jahrhunderts formulierte er in einer Serie von Briefen ein wirkmächtiges Gedankenexperiment. Das *panopticon* ist eine architektonische Struktur, die es wenigen Beobachtern ermöglichen soll, eine Vielzahl von Individuen überwachen zu können. Es besteht aus einem kreuz- oder kreisförmigen Hauptgebäude mit einem Turm als Zentrum, dem Überwachungsturm. Bentham sah in dieser Struktur aber keineswegs bloß das ideale Gefängnis, sondern seine Vision war es, diese Architektur auf alle sozialen Institutionen anzuwenden: auf Schulen, Fabriken, Anstalten, Krankenhäuser und so weiter (Foucault 2003:84-86). Entscheidend bei Benthams Entwurf ist auch die ontologische Konzeption von Realem und Fiktion hinter der Fassade. Demnach sind nämlich Fiktionen, also nicht reale Entitäten, dazu im Stande, sehr viel effektiver auf die Realität einzuwirken, als man annehmen würde (Bentham 1995:117-158). Auf das *panopticon* bezogen bedeutet das, dass nicht die reale Überwachung seitens des Aufsehers die Möglichkeit der totalen Überwachung realisiert, vielmehr beruht die Effektivität des Systems darauf, dass der Beobachtete lediglich den Eindruck der permanenten Observierung erhält. Die Fiktion der totalen

Überwachung aktualisiert die virtuelle Überwachung im Subjekt selbst und verinnerlicht die Disziplinierung, sodass sich das Subjekt zum Objekt seiner eigenen Überwachung macht (Bentham 1995:29-95). Das ist der Einzug des Imaginären als disziplinarische Machttechnik in die Gesellschaft.

In Japan zeichnet sich diese Bewegung schon kurz nach der Meiji-Restauration ab. Bereits 1871 wurde eine kaiserliche Delegation nach Hong Kong und Singapur geschickt, um die britischen Disziplinierungstechniken zu studieren. Ōhara Shigechika legte nach seiner Rückkehr den Grundstein zur Modernisierung des Strafwesens, der Gefängnisse und der Institutionsarchitektur nach westlichem Vorbild. 1872 veröffentlichte er eine Schrift mit dem Titel *Gefängnis-Regeln (Kangokusoku)*, die ein neues Gefängnisssystem¹³ etablieren sollten und auch viele Ideen zu Disziplinartechniken artikulierten. Die Schrift, die von Benthams Theorien durchzogen ist, verbreitete sich schnell innerhalb der Meiji-Eliten und die Schaffung von modernen Bürger-Subjekten stand in Aussicht. Im Übrigen geht der modern-japanische Ausdruck für Gefängnis *kangoku*, der von Ōhara eingeführt wurde, nicht zufällig auf Bentham zurück, heißt es doch wörtlich übersetzt Überwachungs-Gefängnis (Botsman 2005:149-151). Durch diesen theoretischen Anstoß kam es 1873 zur Revision des Strafgesetzes, bei der die „seit dem Altertum [...] vorhandenen fünf Kategorien *chi* (Auspeitschung), *jō* (schwere Auspeitschung), *zu* (Schwerarbeit von ein bis drei Jahren), *rū* (Exil) und *shi* (Tod) [...] durch Haftstrafe mit Zwangsarbeit (*chōeki*) sowie die Todesstrafe ersetzt“ wurden (Vogler 2003:37-39).

Schon 1870 gab es die ersten Pläne für die lückenlose disziplinarische Erziehung von Yamagata Aritomo, einem einflussreichen Militärführer und Bürokraten: Schule von sechs bis 19 Jahren mit direkt anschließendem Militärdienst für junge Männer und junge Frauen sollten dann weiter zu Krankenschwestern ausgebildet werden. 1880 wurden dann die, Frauengefängnissen¹⁴ nicht unähnlichen, Textilmanufakturen eingeführt, die die erste Generation der japanischen Arbeiterklasse rekrutierten (Botsman 2005:165-166). Ab 1890 wurden tausende Arbeiter in Arbeitshäuser gesteckt, die vormals als Gefängnisse konzipiert worden waren. Dort waren sie ständiger Überwachung ausgesetzt, denn die Struktur war ja schon vorhanden (Botsman 2005:204). Die Utopie Benthams und auch Ōharas

¹³ Obwohl es schon vor der Restauration in Japan Gefängnisse gegeben hat, so war die Haft, die eher selten zur Anwendung kam, nur eine unter vielen Formen der Bestrafung wie Folter oder spektakuläre öffentliche Hinrichtungen (Vogler 2003:17).

¹⁴ Auch bei diesen Manufakturen hatte sich die Idee der universalen Form des *panopticon* bereits manifestiert.

fasste in Japan erstaunlich schnell Fuß und etablierte eine Disziplinarmacht, auf die die europäischen Bürokraten hätten neidisch sein können. Diese allgemeinen Entwicklungen zur Disziplinierung blieben natürlich nicht bei der Strafgesetzgebung stehen, sondern können als maßgeblich beeinflussende Faktoren für weitere Gesetze gelten. 1900 etwa wurde das Polizeigesetz zur öffentlichen Sicherheit (*Chian Keisatsu-hō*) verabschiedet, welches präventive Maßnahmen und die Festnahme von potentiell Gefährlichen legalisierte. Das umfasste auch und sogar im Besonderen Geisteskranke (Kumasaka/Yoshioka 1968:215). Nun stellt sich die Frage, wie und warum bietet diese soziale Realität den Nährboden, oder strenger formuliert vielleicht sogar die Notwendigkeit, zur Entstehung eines psychiatrischen Diskurses, einer psychiatrischen Machtform? Dazu ist es nötig einen Blick auf die Geschichte der japanischen Psychiatrie und ihre Vorgänger zu werfen. Diese Geschichte wird zeigen, aus welchem epistemischen Schichten sie entstand, welche Praktiken sie versuchte umfassend einzuführen und welche Brüche sich mit traditionellen Anschauungen ergeben mussten.

3. Archäologie der japanischen Psychiatrie

Diese Kapitel bildet, mit seiner Darstellung der Genese der Psychiatrie in Japan, ihrer Theorie, diskursiven Abstammungslinien, Begrifflichkeit und nicht zuletzt der historischen Zäsur, aufgrund der sich die japanische Geschichte in ein vorpsychiatrisches und ein psychiatrisches Zeitalter unterteilen lässt, das Herzstück des Materials der vorliegenden Analyse. Die Psychiatrie nimmt vielleicht eine ähnliche Sonderstellung innerhalb der Medizin ein, wie die Medizin unter den anderen Naturwissenschaften. Insofern nicht nur ihre Form und Definition, sondern überhaupt ihre Wissenschaftlichkeit immer wieder kontrovers diskutiert werden, bedarf sie einer seismographisch sensiblen Betrachtung (Vgl. Dörner 1996). Deshalb sollte man, bevor über die Theorie und Geschichte einer Psychiatrie nachgedacht wird, zuerst dem Begriff Psychiatrie auf die Spur zu kommen. Denn unter diesem Begriff werden erstaunlich diverse Konzepte subsumiert und da es sich hier um eine japanologische Arbeit handelt, wird durch den Tatbestand der Übersetzung solch kritischer Termini in eine andere Sprache die Sache noch zusätzlich verkompliziert, sodass eine vorbereitende Klärung der Begrifflichkeit unabdingbar erscheint.

3.1. Begriffslagen

„Psychiatrie ist die Lehre
von den psychischen Krankheiten
und deren Behandlung.“
Kraepelin 1887:1

„Psychiatrie ist die Lehre,
die die psychischen Störungen
und deren Behandlung erforscht.“
Kure 2002:1

In Anbetracht dieser beiden Zitate, das erste vom Vater der modernen deutschen, das zweite von dem der modernen japanischen Psychiatrie, scheint es, als ob man sich im 19. Jahrhundert im Großen und Ganzen darüber einig war, was die Psychiatrie sei. Auch im 20. und 21. Jahrhundert, ob in Deutschland oder Japan,

scheint es auf den ersten Blick wenig Interpretationsspielraum zu geben. So definiert der in der Lehre verbreitete Psychiatricleitfaden von Hans-Jürgen Möller die Psychiatrie kurz und bündig folgendermaßen: „Die Psychiatrie umfaßt die Erforschung, Diagnostik und Therapie psychischer Krankheiten des Menschen“ (Möller 1994:13). Analog fasst ein japanischsprachiges psychiatrisch-sozialmedizinisches Wörterbuch Psychiatrie als die „Erforschung und praktische Therapie der krankhaften psychischen Zustände von Menschen“ (Shōmura 2006:306). Egal zu welcher Zeit man wo hinblickt, es scheint keine Diskussion darüber zu geben, was die Psychiatrie und ihre Aufgaben seien. Der Konsens gibt also vor, dass die Psychiatrie schon immer mit der Untersuchung und Behandlung psychischer Krankheiten beschäftigt ist. Aber natürlich liegt der Teufel im Detail. Es mag zwar tatsächlich wenig Diskussionsbedarf darüber geben was die Psychiatrie sei, aber fragt man nach dem Gegenstand der Psychiatrie, dem, was die Psychiatrie ihrerseits definiert, nämlich die psychischen Krankheiten oder Störungen, dann stoßen wir auf den eigentlichen Kern des Problems. Die Frage, an der sich Psychiater seit dem Anfang des 19. Jahrhundert abarbeiten ist: Was sind psychische Krankheiten und woher kommen sie¹⁵. Gerade durch dieses Problem der Herkunft entfaltet sich die ganze Variationsbandbreite der verschiedensten psychiatrischen Schulen. Sind es Erkrankungen der Seele, des Geistes, des Kopfes, des Gehirns, oder sind sie überhaupt allein in der Hirnrinde zu finden? Sind sie rein psychisch bedingt, Ausdrucksformen somatischer Anomalien, ein komplexes Wechselspiel beider Sphären, oder droht die Trennung Leib-Seele im Angesicht dieses Dilemmas erneut zu kollabieren, wie in der Philosophie? Aus dieser Streitfrage ergibt sich nicht zuletzt der Abgrenzungskonflikt, oder auch die Liaison zwischen Psychiatrie und Neurologie. Ist die Psychiatrie als Behandlung psychischer Krankheiten vielleicht sogar nur ein Teilgebiet der Neurologie, die alle Ursachen im Nervensystem entdeckt. Zweifellos hat die Neurologie als anfangs anatomisch-physiologische Methode zur Untersuchung des Gehirns den Werdegang der Psychiatrie in der Mitte des 19. Jahrhunderts in völlig neue Bahnen gelenkt¹⁶. Die Frage nach den Ursprüngen von Geisteskrankheiten begrenzt zugleich den Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten. Die Wahl zwischen psychischen oder physischen Heilverfahren als Leitmethode wirkt

¹⁵ Und dabei hat man noch gar nicht nach anderen verwandten Problemen, wie den psychosomatischen Krankheiten, den Auswirkungen rein organischer Erkrankungen auf die Psyche etc. zu fragen begonnen.

¹⁶ Für eine genauere Darstellung dieser Entwicklung siehe Kapitel 3.3.1.

sich reziprok wiederum auf die Definition der Psychiatrie selber aus. Betrachtet man erneut die beiden Zitate vom Anfang dieses Abschnitts, scheint der *Modus der Behandlung* zur Crux des psychiatrischen Selbstverständnisses zu werden. Man sieht also schon bei dieser einführenden Betrachtung, welche Schwierigkeiten sich durch das Phänomen psychischer Anomalien ergeben. Dadurch, dass sich die vorliegende Arbeit eben im Bereich der begleitenden Schwierigkeiten einer adäquaten Fassung dieser Phänomene und deren Kontingenz bewegt, gerade in der wissenschaftlichen Herangehensweise, möchte ich keine fixierte Definition psychischer Krankheiten formulieren. Zumal mir ein solches Unternehmen *a priori* unmöglich erscheint. Das Offenlassen dieser psychiatrischen Basiskategorie ist keine Schwäche, sondern ermöglicht erst die kritische Beobachtung der Verschiebungen in der Begriffsgeschichte psychischer Krankheiten in einem Raum, der sich vielleicht einer zentralen Definitionsmacht entzieht. Um aber zumindest den Rahmen, allerdings in einer größtmöglich abstrahierten Form, abzustecken würde es mir am adäquatesten erscheinen, sich Anleihen bei der systemtheoretischen Konzeption der Psychopathologie von Ludwig von Bertalanffy zu holen. So gesehen beschränkt sich die Frage ob ein psychischer Zustand in einem sozialen Raum als pathogen beurteilt wird, auf die Entscheidung, ob die Person „ein integriertes Universum besitzt, das in einem gegebenen kulturellen Bezugssystem konsistent“ (Bertalanffy 1974:1108) erscheint, oder eben nicht. Das heißt ganz allgemein, ob die Weise, wie Wahrnehmung, Erkenntnis und die psychischen Operationen eines Subjekts prozessiert werden, in das psychische System des sozialen Gefüges, integrierbar ist ohne Irritationen zu verursachen.

Zunächst aber zurück zum Begriff der Psychiatrie. Eine weitere wichtige Frage, die vorab begrifflicher Klärung verlangt, ist eine historische. Ab wann kann man denn von Psychiatrie sprechen? Gab es Psychiatrie schon immer, oder erst als Disziplin der Medizin? Edward Shorter, ein Apologet der wissenschaftlichen Psychiatrie und Michel Foucault, ein scharfer Kritiker derselben, waren sich zumindest in dem Punkt einig, dass man vor dem Ende des 18. Jahrhundert im engeren Sinne nicht von einer Psychiatrie sprechen kann, da das medizinische Paradigma dieser Zeit sich vollkommen davon abgrenzt, was es vielleicht davor hieß Medizin, oder vielmehr Heilkunst, zu betreiben (Shorter 1999:13, Foucault 2002b:164-165). Die medizinische Spezialisierung in Fachbereiche, und die Schaffung einer kohärenten Identität der unterschiedlichen Fachärzteschaften mit ihren Bereichen ist eindeutig

„ein Phänomen des 19. Jahrhunderts“ (Shorter 1999:13). Abgesehen davon verstand sich die Medizin bis ungefähr 1800 weitgehend als philosophische Disziplin (Dörner/Plog 1996:473). Damit fällt die Geburt der Psychiatrie als medizinische Disziplin formell auch mit dem Jahr der Schöpfung des Begriffs Psychiatrie zusammen. 1808 schrieb der deutsche Arzt Johann Christian Reil in Halle ein Werk über psychische Kurmethoden worin zum ersten Mal das Wort „Psychiaterie“ gebraucht wurde, das wenig später zu „Psychiatrie“ verkürzt wurde (Marneros 2008:1). Er vollzog zugleich die Abgrenzung gegen andere Lehren indem er festsetzte, dass Psychiatrie eine „rein medizinische Spezialität“ (Marneros 2008:3) sei, in der weder Philosophen noch Psychologen Deutungsrecht besäßen (Marneros 2008:3). Da die japanische Psychiatrie konzeptionell aus Europa übernommen wurde, gilt alles Gesagte den Begriff Psychiatrie betreffend analog auch für die japanische Medizin, beziehungsweise die japanische Psychiatrie. Aus diesen Gründen ziehe ich es vor, zum Beispiel bei Umgangsweisen mit psychisch auffälligen Personen im 16. Jahrhundert, nicht von Psychiatrie zu sprechen, obwohl dies in der frühen wie jetzigen Fachliteratur, speziell in der medizinischen, sehr wohl der Fall ist. So gibt es etwa im Klassiker *American Handbook of Psychiatry* (Arieti 1974) ein Kapitel namens „Die Psychiatrie von der Antike bis zur Moderne“ (Arieti 1974:3-27), oder im medizingeschichtlichen Standardwerk Japans der Meiji-Zeit ein Kapitel über die „Psychiatrie der Tokugawa-Zeit“ (Fujikawa 1904:663-667). Ein weiteres Beispiel wäre der Artikel „Japanese psychiatry in the Edo period (1600-1868)“ (Hiruta 2002).

Am Ende des 19. Jahrhunderts, als die Psychiatrie in Japan Fuß fasste verwendete man im Wesentlichen zwei Begriffe als Übersetzung für Psychiatrie im Japanischen. *Seishin* galt allgemein als begriffliches Äquivalent für Psyche. Demzufolge wurde Psychiatrie entweder mit *seishin-byō-ka* oder sehr viel häufiger mit *seishin-byō-gaku* bezeichnet. Wobei *byō* Krankheit, *ka* Fach und *gaku* Lehre oder Wissenschaft bedeutet. Ergo war die Übersetzung für psychische Krankheit *seishin-byō*. Die heutzutage geläufigen Termini lauten *seishin-igaku*, das *gaku* wurde durch *igaku*, Medizin, ersetzt und psychische Krankheiten werden in Einklang mit dem medizinisch-diagnostischen Standard ICD-10 als *seishin-shōgai*, also psychische Störungen bezeichnet (Vgl. Shōmura 2006:316-317). Geisteskranke wurden bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges analog mit *seishin-byō-sha* und heute mit *seishin-shōgai-sha* bezeichnet. Dabei steht das Wort *sha* für Person, das einfach an den Ausdruck für psychische Störung angehängt wird. Mit dieser Terminologie

differenzierte sich die Psychiatrie in ihrer Entstehungszeit in Japan von althergebrachten und volkstümlich gebräuchlichen Bezeichnungen wie Verrücktheit, für die es natürlich auch im Japanischen mit *kurutta*¹⁷ oder *kyōki*¹⁸ Entsprechungen gab. Diese Differenzierung der Psychiatrie nach außen hin geht aber auch Hand in Hand mit einer gewissen internen Differenzierung.

Mit der bereits erwähnten Differenzierung des medizinischen Systems in der Moderne, setzt gleichzeitig die Differenzierung der Psychiatrie selbst ein¹⁹. Es entstehen verschiedene Zweige und Schulen mit verschiedenen Ansprüchen, so etwa die mit praktischen Problemen der Therapie, aber auch des Alltags beschäftigte Anstaltspsychiatrie, die mehr an Forschung interessierte Universitätspsychiatrie, die neurologisch, organisch-biologisch und psychologisch orientierten Zweige und so weiter. Dabei ist es bemerkenswert festzustellen, dass die japanische Psychiatrie von Anfang an eine stark neurologisch-biologische Ausrichtung hatte. Dies lässt sich zum Beispiel sehr schön am Namen der ersten 1902 gegründeten psychiatrischen Vereinigung Japans erkennen, denn diese hieß wider Erwarten nicht Japanische Gesellschaft für Psychiatrie, sondern: Nihon-Shinkei-Gakkai²⁰, übersetzt: Japanische Gesellschaft für Neurologie (Inoue 2010:10). Sie war das erste gemeinsame Organ japanischer Psychiater, die sich oft als Neurologen und *vice versa* sahen. Sie wurde erst nach 30 jährigem Bestehen in Nihon-Seishin-Shinkei-Gakkai, also Japanische Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, wo auch mit dem Term *seishin* dem Begriff Psychiatrie Rechnung getragen wird, umbenannt.

Woher kommt diese besondere Konstellation der Psychiatrie in Japan? Kann ihre spezifische interne Differenzierung auf ihre Herkunft zurückgeführt werden? Oder auf Konflikte mit traditionellen nicht-medizinischen Konzepten? Um diese Fragen zu beantworten, werden im nächsten Kapitel nun endlich die Vorhänge gelüftet, durch die die Geschichte der Psychiatrie in Japan, die schon längst die Bühne betreten hat, ins Zentrum des Geschehens rücken wird.

¹⁷ Vergangenheitsform von *kuruu* (verrückt werden); bedeutet verrückt, als Verb eigentlich: Verrückt geworden.

¹⁸ Kompositum aus der sino-japanischen Lesung von *kuruu* und *ki*, ein zentraler Begriff im Japanischen, der diverse Bedeutungen wie Wesen, Charakter, Emotion, Bewusstsein, Geist, Lebenskraft etc. trägt.

¹⁹ Dieser Prozess der zunehmenden Spezialisierung und Differenzierung ist im 19. Jahrhundert nicht nur in der Medizin, sondern in den Wissenschaften generell zu beobachten. Dies versuchte zum Beispiel auch Niklas Luhmann mit dem Begriff der Ausdifferenzierung von Systemen zu fassen (Vgl. Luhmann 1992:446-448).

²⁰ *Nihon* bedeutet Japan, *shinkei* Nerven und *gakkai* wissenschaftliche Gesellschaft. Demnach heißt Neurologie auf Japanisch *shinkei-gaku*.

3.2. vorpsychiatrische Medizin bis zur Edo-Zeit

Die antike japanische Medizin, die natürlich keine spezielle Psychiatrie kannte, war vollständig von der klassischen chinesischen Medizin übernommen. Anfang des fünften Jahrhunderts begann die medizinische Überlieferung, zuerst noch vermittelt über Korea, von wo aus im selben Jahrhundert die ersten Ärzte auf Einladung des Kaisers des Yamato-Hofes nach Japan kamen. Ab diesen Zeitpunkt, speziell ab dem sechsten Jahrhundert, wird die chinesische Medizin direkt den maßgeblichsten Einfluss auf die japanische Medizin bis zur umfassenden Institutionalisierung der westlichen Medizin im 19. Jahrhundert haben (Hiruta 2002:131-132). Die übliche physiologische Anschauung von psychischen, somatischen oder psychosomatischen Symptomen war die einer Stagnation des *ki*, der Energie oder eines fehlerhaften Energieflusses, das so genannte *ki-chigai*. Durch das holistische Konzept der klassisch-chinesischen Medizin unterschied sie nicht klar zwischen somatischen und psychischen Krankheiten. Von der pathologischen Terminologie aus kann man die Konzepte des *ten* und des *kyō* als den überlieferten Rahmen der Klassifikation schlechthin betrachten. Aus der Perspektive der modernen Psychiatrie sieht man in dieser Einteilung eine frühe Beschreibung der Gruppe von Epilepsien (*ten*) und Psychosen (*kyō*). Als Beleg dafür dient der antike Gesetzestext *Ritsuryō* der frühen Heian-Zeit (Hayashi 2003b). Allerdings merkt Kure Shūzō, der berühmte Begründer der modernen japanischen Psychiatrie, ebenso wie der Medizinhistoriker Fujikawa Yū an, dass diese beiden Begriffe nicht rigoros unterschieden wurden und im Begriff *ten-kyō* für Geisteskrankheit vereint waren, der noch bis ins 20. Jahrhundert statt des modernen Begriffs für Geisteskrankheit *seishinbyō* benutzt wurde (Kure 1903:2, Fujikawa 1904:664). Beispielsweise kennt auch das *Ishin-hō*, eines der ersten, von chinesisch-medizinischen Klassikern im 10. Jahrhundert abgeleitetes, noch erhaltenes medizinisches Werk Japans, die Begrifflichkeiten des *ten* und *kyō*, aber sie finden keine gesonderte Erwähnung in einer speziellen Psychopathologie, sondern sind in der allgemeinen Krankheitslehre integriert (Fujikawa 1904:664).

Ein berühmtes frühes Zeugnis von Geisteskrankheiten lässt sich in keinem geringeren Werk als dem *Genji Monogatari* finden, dem ersten Roman Japans mit psychologischen Motiven, der zwischen dem 10. und 11. Jahrhundert von der Hofdame Murasaki Shikibu geschrieben wurde. Der Psychopathologe Hayashi Yoshirō meint im *Genji Monogatari* sogar eine historische psychiatrische Quelle

gefunden zu haben (Hayashi 2003a:197-200). Hier findet sich die damals in Japan gängige Auffassung, dass Geisteskrankheiten von Monstern, Dämonen (*mononoke*) oder Füchsen (*kitsune*), die vom menschlichen Körper Besitz ergreifen, verursacht werden. *Mononoke* konnte zum Beispiel die zornige eifersüchtige Seele jemandes anderen sein, die das Opfer heimsucht. *Kitsune* wurden auch oft als Boten der Dämonen und Götter betrachtet. Zur Heilung konsultierte man meistens Priester, sowie Schamanen, die in Tempeln und anderen heilig-kultischen Stätten die besetzende Macht anhörten, um in Folge zum einen durch Gebete die Geister auszutreiben, zum anderen die höhere Macht durch rituelle Besänftigung milde zu stimmen (Kure 1903:12-13). Anhand dieser Konzeption kann man sehr schön erkennen, wie sich dieser Zugang zum Wahnsinn gestaltet. In der wahnsinnig gewordenen Person sieht man eine Möglichkeit, mit höheren Gewalten zu kommunizieren, sie ist gewissermaßen ein Sprachrohr aus dem eine höhere Wahrheit spricht. Das Wichtigste dabei ist, dass man den Wahnsinnigen zuhört und ihn sprechen lässt und das Gesprochene durchaus ernst nimmt, ja sogar zum Anlass religiös-ritueller Handlungen macht (vgl. Foucault 1973).

Es wäre eine verkürzte Darstellung, würde man behaupten, dass Geisteskrankheiten bis 1868 nur Gegenstand religiös-ritueller Handhabung waren. Mit dem *Ten-kan-kyō-keiken-hen* des *kanpō*-Praktikers²¹ Tsuchida Ken, das auf 1806 datiert ist, lag die erste Monographie in Japan vor, die sich speziell mit den *ten-kyō*-Syndromen auseinandersetzte. Es besteht im Grunde aus einer Fall-Sammlung mit entsprechenden Therapievorstellungen, die im Prinzip mit dem *ki*-System arbeitet. Die Behandlungsmethoden bleiben aber Großteils im Rahmen internistischer Interventionen durch Heilkräuter und Akupunktur, so gesehen ist es auch bei diesem Werk schwierig eine Abgrenzung zu sonstigen therapeutischen Methoden der traditionellen chinesischen Heilkunde auszumachen. Es fällt daher schwer sich dem Urteil Hiruta Genshirōs anzuschließen, der mit diesem Werk eine frühe psychiatrische Spezialisierung im *kanpō* der Tokugawa-Zeit entdeckt zu haben glaubt (Hiruta 2002:138-140). Obwohl die chinesisch-medizinische Behandlung von Geisteskranken dokumentiert ist, muss sie eher als eine Ausnahmeerscheinung denn die Regel betrachtet werden (Kargl 1987:16). Die Urbanisierung, die mit dem Ende der Tokugawa-Zeit bereits sehr fortgeschritten war, brachte zwar eine

²¹ Unter *kanpō* versteht man im Japanischen klassisch-chinesische Medizin (von *kan*: China und *hō*: Methode).

erhebliche Anzahl an Ärzten in den Städten mit sich, aber durch das Fehlen jeglicher Form von Versicherung, war ein finanziell aufwendiger Arztbesuch für die größten Teile der Gesellschaft auf Notfälle beschränkt. Außerdem stellte das System der Besessenheit durch Tiere und höhere Mächte nicht nur in der Bevölkerung, sondern insbesondere im Ärztestand selber eine schwerwiegende Konkurrenz zur psychiatrischen Theorie dar, weil auch viele Ärzte von der Möglichkeit der Besessenheit überzeugt waren (Hiruta 2002:146-147). Man kann insofern davon ausgehen, dass die Besessenheit später nicht einfach unter die Sphäre der Geisteskrankheiten universal assimiliert wurde, sondern sich dieses interpretative System mit seinen Behandlungsweisen bis lange nach dem Versuch der Medizinisierung durch die Psychiatrie gehalten hat. Dies veranlasst die Historikerin Hyōdō Akiko zur strikten phänomenalen Unterscheidung von Besessenheit als Mystik und der pathologischen Besessenheit als wissenschaftliche Erkenntnis, die beide im selben sozialen Gefüge, nicht konfliktfrei, aber dennoch lange Zeit koexistierten. Somit kann man mit Hyōdō nur unterstreichen, dass die oft in Tempel und Schreinen beheimateten Kurstätten keinesfalls als Vorformen von Irrenanstalten gesehen werden können, da sie aus einem völlig unterschiedlichen diskursiven Feld erwachsen sind (Hyōdō 2008:21-22).

Für geisteskrank befundene Personen wurden also bis zur späten Tokugawa-Zeit entweder gar nicht, in Tempeln oder in Schreinen behandelt. So zum Beispiel beim berühmten Daiun-Tempel in Iwakura²² (Kure 1903:12), der beispielsweise als frühe Form einer Irrenkolonie im 10. Jahrhundert mit der vieldiskutierten angeblichen Tradition einer psychiatrischen Familienpflege des ebenfalls antiken belgischen Wallfahrtsortes Gheel verglichen wird (vgl. Schmidt 1983:57). In der Tokugawa-Zeit wurden Geisteskranke fast ausschließlich bei den eigenen Familien untergebracht und im Falle von akuten Anfällen oder Raserei in hauseigene Gitterzellen, so genannten *zashiki-rō*, eingesperrt²³. Die Familie war für alle Handlungen und Schäden durch den geisteskranken Verwandten verantwortlich (Totsuka 1990:193). Daran kann man erkennen, dass die ganze Praxis der Irrenfürsorge nicht durch das Interesse an irgendeinem Individuum geleitet war. Es gab eine kleinste administrative

²² Die oft als Vorform einer psychiatrischen Anstalt beschriebene Kolonie in Iwakura und die Problematik dieser Abstammungslinie, die zur Psychiatrie führt wird in Kapitel 3.4.2. ausführlich behandelt.

²³ Diese Arrestzellen waren aber nicht der Absonderung von psychisch Kranken vorbehalten, sondern dienten der allgemeinen Sicherheitsverwahrung, wie zum Beispiel von Kriminellen oder durch diverse Ausschweifungen unliebsam aufgefallene Subjekte.

Einheit, zum Beispiel die Familie, oder im Fall der Steuereinhebung eine Gruppe von Haushalten, die für ihre Pflichten als Ganzes zur Verantwortung gezogen wurden. Ob ein einzelnes Subjekt für die umgebende Gesellschaft gefährlich war oder nicht, war daher belanglos solange die verantwortliche Gruppe die Gefahr im Bann gehalten hat. In diesem Muster der Macht, die sich um die Einhaltung eines Vertragssolls kümmert, jedoch nicht um die Konstellation der Vertragsverpflichteten, geschweige denn deren Lebenssituation, kommt eindeutig die im zweiten Kapitel geschilderte Souveränitätsmacht zum Ausdruck.

Auch wenn es noch keine spezialisierte Psychiatrie in der japanischen Vormoderne gegeben hat, muss trotzdem allgemein die Rolle der europäischen Medizin im Japan der Tokugawa-Zeit eingehende Betrachtung finden, da sie selbstverständlich als Bedingung für die Landung der Psychiatrie in Japan gelten muss.

Die Ausgangssituation war denkbar schwierig. Spätestens ab der Mitte des 17. Jahrhunderts war durch die vom Tokugawa-Shōgunat erlassene *sakoku*-Politik des Landesabschließens jeglicher unkontrollierter Kontakt mit dem westlichen Ausland strengstens verboten, was auch den Besitz westlicher Schriftstücke, sowie ihrer Lektüre miteinschloss. Erst ab den 1720er Jahren wurde dieses Verbot des Imports europäischer Bücher gelockert. Immer mehr japanische Gelehrte begannen sich für europäische Wissenschaft, insbesondere für Medizin zu interessieren (Beukers 1996:8). Holland war zu dieser Zeit das einzige europäische Land, das Beziehungen zu Japan unterhielt, allerdings in sehr eingeschränkter Form. Lediglich einer kleinen Gruppe von Gesandten der Niederländischen Ostindien-Kompanie war es gestattet sich auf einer eigens künstlich angelegten Insel namens Deshima²⁴ in der Bucht von Nagasaki aufzuhalten. Unter ihnen befand sich auch der deutsche Arzt Engelbert Kaempfer, der sich von 1690 bis 1692 dort aufhielt und das Japanbild Europas bis ins 19. Jahrhundert beeinflussen sollte. Da die Beschränkungen im Kontakt mit japanischen Kollegen zu dieser Zeit noch sehr streng ausfielen, war es für ihn kaum möglich einen wechselseitigen Wissenstransfer aufzubauen. Überhaupt begann die über die Niederlande vermittelte institutionalisierte Rezeption westlicher Wissenschaft erst in den 1780er Jahren mit der ersten Übersetzung eines anatomischen Werkes ins Japanische. Dies war der Anstoß für die Verbreitung des sogenannten *rangaku*, des holländischen Lernens. Diese erste Verarbeitung

²⁴ Deshima wird auch oft als Dejima gelesen.

europäischer Wissenschaft darf aber nicht als kommunikative Lehre angesehen werden, da die Angehörigen japanischer *rangaku*-Schulen nicht im direkten Austausch mit europäischen Wissenschaftlern standen, sondern nur aus schriftlich vorliegenden Werken lernten. Der erste direkte wissenschaftliche, und zwar nicht zufällig medizinische, Austausch war dem berühmten deutschen Mediziner und Japanforscher Philipp Franz von Siebold vorbehalten (Beukers 1996:8-10). Der Weg zu den Freiheiten des direkten Austausches mit Japanern war jedoch nicht Siebolds alleiniger Verdienst. Ihm gingen geschickte Ärzte wie Jan Frederik Feilke oder Nicolaas Tullingh voraus, die sich durch ihre erfolgreichen Behandlungen an teilweise hochrangigen Beamten des Shōgunats Vertrauen bei der japanischen Führung erarbeiteten (Beukers 1996:14). Aber Siebold hätte seinen Status nicht erlangen können, wenn er nicht selber viele medizinische Eingriffe, darunter für Japan einzigartige Tumoroperationen²⁵ und Pocken-Impfungen, durchgeführt hätte (Beukers 1996:15-24). Ein Status, der ihn schlussendlich sogar dazu befugte 1824 seine eigene private medizinische Lehrstätte einzurichten (Beukers 1996:36). Diese Institution legte den Grundstein für die Begründung der modernen westlichen Medizin im Japan der Meiji-Zeit, also auch für den Einzug der Medizin aus dem deutschsprachigen Raum in die japanischen Universitäten nach der Öffnung des Landes für den Westen durch die Meiji-Restauration.

3.3. Psychiatrie ab der Meiji-Restauration

Bis wohin soll man die Spuren der Genese des psychiatrischen Diskurses im modernen Japan zurückverfolgen? Wo und wann setzt man den Beginn, den Entwicklungspunkt dessen an, was eine japanische Psychiatrie genannt werden kann? Bei der Einrichtung des ersten Lehrstuhls für Psychiatrie an einer japanischen Universität? Bei der Berufung der ersten ordentlichen Professur für Psychiatrie? Bei der ersten psychiatrischen Vorlesung, die in Japan stattgefunden hat? Oder bereits früher, bei der ersten offiziellen psychiatrischen Vorlesung durch einen deutschen

²⁵ Überhaupt waren die japanischen Mediziner hauptsächlich an der Chirurgie interessiert, denn sie stellte für die japanische Medizin dieser Zeit ein völlig neuartiges Konzept dar. Wie der Medizinhistoriker Harmen Beukers treffend bemerkt, lagen die Auffassungen über die Funktion der inneren Medizin in Japan und Europa gar nicht so weit auseinander. Bei prinzipieller Betrachtung sah man bei beiden „Krankheiten als gestörte Harmonie zwischen entgegengesetzten Neigungen, die hauptsächlich durch pflanzliche Arzneien wiederhergestellt werden sollte“ (Beukers 1996:7).

Internisten, der selber kein spezialisierter Psychiater war? Wenn der Diskurs sich über geographische Grenzen hinwegsetzt, muss man dann nicht der diskursiven Logik folgen und etwa eine Geschichte der Psychiatrie in Japan nicht auch schon dort zu verfolgen beginnen, wo zumindest die paradigmatische Form auftritt, die sich dann, um die halbe Welt gereist, wieder da niederlassen sollte, von wo aus das eigentliche Abenteuer begonnen hat, das hier untersucht werden soll? Um die ganze Tragweite der Einnistung der Psychiatrie in Japan verstehen zu können, müssen wir zunächst klären, von wo aus in welcher Form sie nach Japan gereist ist. Dem Abschnitt über die Psychiatrie im deutschsprachigen Raum liegt die Behauptung zu Grunde, dass sie Teil der Psychiatriegeschichte Japans ist.

3.3.1. Psychiatrie aus Österreich und Deutschland

1869 verfügte die neue Meiji-Regierung die Einführung der deutschen Medizin als offizielle Schulmedizin Japans (Totsuka 1990:193). Diese Entscheidung geht zurück auf die zwei Regierungsbeamten Sagara Tomoyasu und Iwasa Jun. Nach Auffassung von Iwasa war es der pragmatischste Weg, denn zum einen war den meisten japanischen Ärzten die deutsche Medizin bereits vertraut, da die ersten medizinischen Lehrbücher aus den Niederlanden in der Tokugawa-Zeit vorwiegend auf deutschsprachiger Medizin basierten und zum anderen weil letztgenannte einen exzellenten Ruf in der medizinischen Fachwelt hatte (Ernst/Mueller 2010:147). Deutschland und, das darf man nicht vergessen, vor allem auch Österreich waren vom 19. zumindest bis zum 20. Jahrhundert die Zentren der Medizin schlechthin. Es wäre wenig sinnvoll, noch im Rahmen der vorliegenden Studie möglich, den gesamten psychiatrischen Kanal des medizinischen Diskurses in seiner Entwicklung im deutschsprachigen Raum an dieser Stelle adäquat nachzuzeichnen²⁶. Demnach liegt der Fokus in dieser Darstellung auf den psychiatrischen Konzeptionen, die den größten Einfluss auf die Gestaltung der Psychiatrie in Japan hatten. Wir überspringen also die Vorgeschichte der Psychiatrie, die Entstehung der

²⁶ Für detaillierte Abhandlungen zur Psychiatriegeschichte in Deutschland und Europa, insbesondere unter Berücksichtigung der Politik – und Sozialgeschichte verweise ich auf »Einfache Seelenstörung«. *Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945* (Blasius 1994) sowie auf *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie* (Dörner 1975), für Österreich auf das medizinischgeschichtliche Standardwerk *Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert* (Lesky 1965).

Zuchthäuser im 17. Jahrhundert, in denen Landstreicher, Bettler, Arme, Alkoholiker, Geisteskranke und ähnlich unerwünschte Subjekte von der emergierenden bürgerlichen Gesellschaft segregiert wurden. Diese Zuchthäuser, in denen „[...] gewissermaßen die Repressionstradition der Psychiatrie [...]“ (Blasius 1994:16) wurzelt. Wir überfliegen die Zeit, in der die ersten Irrenheil- und Pflegeanstalten, die noch überwiegend mit der Verwaltung des Wahnsinns beschäftigt waren und setzen direkt in einer Umbruchphase dieser Geschichte ein. Etwa in der Mitte des 19. Jahrhunderts begann die Psychiatrie eigentlich ihre umfassende Entfaltung als medizinische Disziplin, die ihre universitären Lehrstühle in Deutschland bis zum Ende des Jahrhunderts verachtfacht haben wird, womit der Aufstieg der wissenschaftlichen Psychiatrie begann (Blasius 1994:48). Würde man diesen Sprung zur naturwissenschaftlichen Fundierung der Psychiatrie in einem prägnanten Satz verdichten, dann in der revolutionären Feststellung des deutschen Psychiaters Wilhelm Griesinger, dass „in den psychischen Krankheiten jedesmal Erkrankungen des Gehirns zu erkennen“ (Griesinger 1892:1) sind. Diese Tendenz zur Lokalisierung der Seele, der psychischen, emotionalen und kognitiven Eigenschaften eines menschlichen Individuums in einem Organ, speziell dem Gehirn, die sich unter anderem aus der Phrenologie Franz Joseph Gall's speiste, ist nicht nur die psychiatrische, sondern die wissenschaftliche Sensation des 19. Jahrhunderts überhaupt (Hagner 2008:12). Die Verbreitung dieser Auffassung war nicht nur die Bedingung der Möglichkeit der Verbindung von Psychiatrie und Neurologie auf analytisch-diagnostischer Ebene, sondern auch der Antrieb für viele Psychiater den Beweis für diese These durch eine wirksame physische Therapie für psychische Krankheiten zu suchen²⁷. Diese Proklamation Griesingers „[...] war [...] für die Wiener Psychiater der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts zur Leitidee geworden“ (Leitner 1982:174). Dort gedieh diese neuartige Wissenschaft besonders bei zwei der wichtigsten Einflüsse auf die Psychiatrie ihrer Zeit: Theodor Meynerts hirnanatomischer Untersuchungen, und Richard von Krafft-Ebings klinischer Praktik (Lesky 1965:184).

In seinem Hauptwerk mit dem programmatischen Titel *Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns* (Meynert 1884) entwirft Meynert das erste in sich

²⁷ Der lange Weg dieser Suche führte die Psychiatrie schließlich zur ersten und einzigen Erlangung eines Nobelpreises 1927 durch Julius von Wagner-Jauregg. Er verlief von der ersten schriftlichen Formulierung der potentiellen Heilkraft von fieberhaften Erkrankungen 1887 bis zur erfolgreichen Therapie einer progressiven Paralyse durch Malariaimpfung um 1918 (Berner u.a. 1983:13).

geschlossen-einheitliche psychiatrische Theoriegebäude auf ausschließlich naturwissenschaftlichem Fundament. Die mit dieser Prägung ausgestattete wissenschaftliche Psychiatrie entwickelt sich immer weiter weg vom ursprünglichen Anspruch der Psychiatrie eine Seelenheilkunde zu sein, hin zu einer rein neurologisch erklärenden Wissenschaft. Sogar Meynert selber schreibt in seiner *Psychiatrie* (Meynert 1884), dass „der *historische* [Hervorhebung von mir - BL] Name *Psychiatrie* [Hervorhebung im Original] als ‚Seelenbehandlung‘ [das] verspricht [...], was nicht schlechtweg zu leisten ist, und fliegt über die Naturforschung hinweg“ (Meynert 1884:III). Was den Psychiatern dieser Richtung bei der neurologisch-anatomischen Analyse in Konfrontation mit der unglaublichen Komplexität des Nervensystems immer evidenter erschien ist, dass die Psychiatrie sehr beschränkte Mittel hat um in diesem System, das zwar wissenschaftlich expliziert werden kann, therapeutisch zu intervenieren. Die Psychiatrie sollte ihren medizinischen Blick schärfen (Vgl. Foucault 2002a) und theoriebildende Wissenschaft werden. Es kam unausweichlich zur tiefen Spaltung innerhalb der Psychiatrie, in das Lager der naturwissenschaftlichen und der um praktisch-therapeutische Behandlung in der Anstalt bemühten Psychiatrie: Dem historische Bruch zwischen Universitätspsychiatrie und Anstaltspsychiatrie, wie es Karl Jaspers einmal ausdrücken wird (Lesky 1965:379).

Genau in diesem heiklen Moment trat Richard von Krafft-Ebing auf, einer der mit Abstand einflussreichsten Psychiater der Geschichte der Psychiatrie. Bis heute bekannt durch seine 1886 erschienene, die Sexualforschung begründende *Psychopathia sexualis*²⁸ (Krafft-Ebing 1984), ist er eine der Schlüsselfiguren in der Überbrückung des Zwiespaltes in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. Krafft-Ebing hatte nämlich beide Richtungen sowohl intensiv studiert als auch praktiziert. So vertiefte er sich in die hirnanatomische Universitätspsychiatrie bei Griesinger und lernte den Anforderungen des psychiatrischen Anstaltsalltags in der 1842 gegründeten Irrenanstalt Illenau gerecht zu werden. In seinem unvergleichlich verbreitetem *Lehrbuch der Psychiatrie* (Krafft-Ebing 1897) stellte er zwar die psychischen Krankheiten als Teilgebiet der Hirnkrankheiten dar, ging auf ihre Erbllichkeit und biologischen Grundlagen ein, was ihn aber nicht daran hinderte ebenfalls psychische Einflussfaktoren für die Ursachen von Geisteskrankheiten

²⁸ Für die Rolle dieses Werkes in der Begründung der japanischen Sexualwissenschaft sei auf Frühstück 1997 verwiesen.

anzuführen (Krafft-Ebing 1897:V-VII). Daraus ergibt sich sein Programm für die Institutionalisierung einer klinischen Psychiatrie. Es galt zuerst das neurologisch-experimentelle Wissen aus den Labors, die oft noch fest in den Instituten der inneren Medizin verankert waren, in den psychiatrischen Universitätsunterricht zu transferieren sowie die Anstalten, speziell durch die Konzentration auf Universitätsspitäler, für die klinische Forschung fruchtbar zu machen, wovon im Endeffekt beide Disziplinen profitieren sollten. Die einen bekommen laufend neue Fälle für die Klinik, die anderen medizinisch geschultes Fachpersonal. Die logische Konsequenz dieses Planes ist eine Klinik für Psychiatrie und Neurologie. Krafft-Ebing wollte die Universitätspsychiatrie aus dem Elfenbeinturm einer theorieversunkenen erklärenden Wissenschaft eines Meynert befreien und auf das stabile Vehikel einer deskriptiven Psychiatrie stellen (Lesky 1965:381-383). Denn die abgehobene geschlossene Theorie der Hirnanatomen rief schon längst die Kritik eines weiteren Giganten der Psychiatrie auf den Plan. Der Vorwurf lautete, dass „diese Geschlossenheit vielfach um den Preis experimentell nicht erhärteter Hypothesen erkaufte wurde [...]“ (Lesky 1965:377).

Emil Kraepelin, der Schöpfer des Begriffs der *dementia praecox*²⁹ (vorzeitige Demenz) und Begründer des modernen Klassifizierungssystems psychischer Störungen, warnte davor „[...] das von Meynert luftig aufgeführte Gebäude nun auch gleich einrichten und bewohnen zu wollen, bevor nicht seine Grundlagen unerschütterlich festgelegt [...]“ (Kraepelin zitiert nach Lesky 1965:377) wurden. Kraepelins Ätiologie war fest im neurologischem Paradigma verwurzelt: „Die Psychiatrie ist [...] nur ein besonders entwickelter Zweig der Nervenpathologie, ihre Aufgabe die *Pathologie der Hirnrinde* [Hervorhebung im Original] [...]“ (Kraepelin 1887:2). Aber für ihn musste eine wahrhafte wissenschaftliche Psychiatrie von zwei unterschiedlichen Zweigen aus operieren, um zu brauchbaren Ergebnissen zu kommen: Sie müsse erstens die physischen Grundlagen psychischer Erkrankungen erforschen, aber andererseits mit empirisch-deskriptiven Methoden die Phänomene der Geisteskrankheiten untersuchen, da die Neurologie ganz einfach meilenweit davon entfernt zu sein schien, die Physiologie des Gehirns wirklich vollständig erklären zu können (Kraepelin 1887:3). Folglich bemühte sich Kraepelin um die systematische Beschreibung von psychischen Krankheiten. Die resultierende

²⁹ Mit diesem Krankheitsbild schuf Kraepelin die Grundlage zur Begriffsbildung der Schizophrenien durch Eugen Bleuler im frühen 20. Jahrhundert (Vgl. Bleuler 1923).

Klassifizierung in der Psychopathologie kann ohne Übertreibung als Grundlage für alle weiteren Versuche zur diagnostischen Einteilung von psychischen Störungen bis zum heutigen ICD³⁰ gesehen werden. Das bahnbrechende an Kraepelins Methode war, dass er nicht nur isolierte Symptome statistisch zu Krankheitsbildern gruppierte, sondern auch den Krankheitsverlauf klinisch genau beobachtete, wodurch es zum ersten Mal möglich war ein System von differenzierten Klassen von Krankheiten aufzustellen (Blasius 1994:124-125).

Dieser Überblick der Konzeption von Psychiatrie im deutschsprachigen Raum versetzt uns in die Lage, die diskursiven Prädispositionen der Psychiatrie in Japan zu erkennen, damit die Schilderungen des nächsten Kapitels verständlich werden. Der anfangs erwähnte Import der deutschsprachigen Medizin nach Japan schloss die Psychiatrie als Teilgebiet ein. So müssen zwei der eminentesten Vertreter dieser Psychiatrie, nämlich Krafft-Ebing und Kraepelin, neben Kure ebenfalls als Väter der Psychiatrie in Japan betrachtet werden. Es ist natürlich kein Zufall, dass die ersten beiden Namen, die in seinem dreibändigen Psychiatrielehrbuch *Seishinbyōgaku shūyō* (Kure 2002, 2003a, 2003b) fallen diejenigen Krafft-Ebings und Kraepelins sind, die er unter allen anderen als seine prägendsten Einflüsse anführt³¹ (Kure 2002:4). Die großen Drei der japanischen Psychiatrie, Sakaki Hajime, Kure Shūzō und Miyake Kōichi genossen Auslandsstudien in Deutschland und Österreich, standen also auf jeden Fall im direkten Wirkungsbereich von Krafft-Ebing und Kraepelin³², beziehungsweise waren sie sogar ihre persönlichen Schüler (Omata 2002:162-165). Dabei ist es für die Struktur der Psychiatrie Japans in ihren Anfängen wichtig festzuhalten, dass Krafft-Ebing um eine klinische Psychiatrie bemüht war, die in der Kombination von forschender Universitätspsychiatrie mit praktisch arbeitender

³⁰ *International statistical classification of diseases and related health problems [Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme]*

³¹ Der Vollständigkeit halber ist es erwähnenswert, dass auf Krafft-Ebing und Kraepelin noch ein dritter Name folgt, und zwar Theodor Ziehen. Das ist vor allem deshalb interessant, weil Ziehen zwar für seine Psychophysiologie (Ziehen 1915) Berühmtheit erlangte, aber in der Psychiatrie, bis auf sein pädiatrisch-psychiatrisches Grundlagenwerk (Ziehen 1902), keine große Beachtung fand. Heute ist Ziehen wenn überhaupt am ehesten noch als Psychiater von Friedrich Nietzsche in Erinnerung, wird aber in den meisten psychiatriegeschichtlichen Klassikern nicht berücksichtigt. Kures Verweis auf Ziehen könnte daher rühren, dass er ihn wahrscheinlich während seines Aufenthaltes am Berliner Charité kennengelernt hat. Daher vermute ich, dass die Anführung Ziehens eine persönliche Komponente enthält, der an dieser Stelle nicht weiter nachgegangen wird.

³² Omata bezeichnet diesen Prozess der starken Verwurzelung der japanischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Tradition als Germanisierung (*german-ka*) der Psychiatrie, in der er letzten Endes auch Ursachen für die Verbrechen der japanischen Psychiatrie während des Zweiten Weltkrieges sieht, die sich eben analog der deutschsprachigen Psychiatrie im Nationalsozialismus als Handlanger einer eugenischen Säuberungspolitik ihr wahres Gesicht gezeigt haben könnte (Omata 2002:162-174).

Anstaltspsychiatrie aufgehen sollte. Beide, sowohl Krafft-Ebing als auch Kraepelin, und das ist vielleicht einer der zentralsten Punkte, sahen die Aufgabe der Psychiatrie nur dann vollständig erfüllt, wenn sie ihre sozialmedizinische Verantwortung übernimmt. Sie sollte also nicht bloß Wissenschaft sein, sondern zum intervenierenden Agitator in der Gesellschaft werden³³. Die Psychiatrie habe demnach eine staatliche, oder umgekehrt der Staat eine psychiatrische Verpflichtung (Krafft-Ebing 1897:21-23, Kraepelin 1900). Wird dieser programmatische Keim der Psychiatrie auch in Japan gedeihen? Was macht die Psychiatrie überhaupt für den Staat so interessant?

3.3.2. Moderne Psychiatrie in Japan

„Die Hygiene ist eine wichtige Angelegenheit der Nation.
Ob ein Land stark oder schwach, arm oder reich ist,
hängt Großteils davon ab, wie gesund das Volk ist.
Gerade degenerative und erbliche Krankheiten zu vermeiden
ist das wichtigste für die Nation.“
Kure 2002:VIII

In der generellen politischen Praxis Japans an der Wende zum 20. Jahrhundert wird das Wegsperrn von Gefährlichem im Sinne der nationalen Sicherheit, Gesundheit und des Staatskörpers (*kokutai*) immer wichtiger. Verschiedene Krankheiten tauchen dabei im Diskurs als Bedrohung der Nation auf, eine davon ist die Geisteskrankheit. Die öffentliche Gesundheitsfrage wird schon vor der Industrialisierung durch bedrohliche Epidemien aus dem Westen zum Thema, während die Sozialmedizin im Westen erst als Effekt der Industrialisierung entstand war. Dadurch kam es zur umfassenden medizinischen Reform von 1868. Die moderne westliche Medizin wurde immer wichtiger. 1872 wird die erste ministeriale Abteilung für Medizin eröffnet. 1877 kam es zur zweiten Cholera-Epidemie und als Reaktion darauf zur Einführung von Quarantäne-Spitälern. Teilweise gab es sehr starken Widerstand der Bevölkerung gegen diese neuen Hygieneakte. Aber auch beim Umgang mit den psychisch Kranken gab es Widerstand gegen die versuchte Disziplinierung der

³³ Der Charakter dieser gesellschaftlichen Rolle der Psychiatrie wird sich in den nächsten Kapiteln herauskristallisieren.

Psychiatrie in Form der Beibehaltung der Praxis der familialen Pflege anstatt der Hospitalisierung in ein psychiatrisches Krankenhaus. Denn öffentliche psychiatrische Anstalten waren neu, ungewöhnlich und hatten in der Bevölkerung wenig Rückhalt (Burns 2000:18-27).

Nachdem die Regierung 1869 entschied, die deutsche medizinische Schule einzuführen, wurde 1886 mit Sakaki Hajime der erste japanische Professor für Psychiatrie ernannt. Er las daraufhin an der neugegründeten psychiatrischen Abteilung der Universität Tōkyō. 1883 ging Sakaki nach Deutschland, um Psychiatrie unter anderem bei Krafft-Ebing zu studieren. Bereits ein Jahr später veröffentlicht er seinen ersten eigenständigen wissenschaftlichen Beitrag „Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Degeneration der peripherischen Nerven“ (Sakaki 1884) im namhaften *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, das unter anderem von Theodor Meynert herausgegeben wurde. Die umfangreiche Fallstudie, die an der Nervenlinik der Charité in Berlin durchgeführt wurde, beinhaltet neben der neuropathologischen Analyse auch eine genau datierte Krankengeschichte der Patientin (Sakaki 1884:584-594). Nach seiner Rückkehr 1887 lehrte er die biologische Psychiatrie von Krafft-Ebing, der auch Masturbation, Homosexualität und ähnliches „abnormes“ Verhalten als Auslöser für Geisteskrankheiten beschrieb. Die Ursache von psychischen Krankheiten war aber in der biologischen Psychiatrie immer bei der physischen Konstitution zu suchen, vor allem im Nervensystem. Mit dem Begriff der Veranlagung, also die Prädisposition für die Ausbildung von Geisteskrankheiten war auch der Weg für eugenische Eingriffe der Psychiatrie im Gesellschaftskörper diskursiv geebnet. Die Darstellung von Geisteskrankheit als erblicher Degeneration machte aus ihr ein Problem der sozialen Gesundheitspolitik (Burns 2000:36-37). Der wichtige Verbund von biologisch fundierter Universitätspsychiatrie und gesellschaftlich wirksamer Anstaltspsychiatrie findet bei Sakaki gleich zwei Mal seinen unübersehbaren Ausdruck. Einmal 1887, kurz nach der Besetzung der ersten Psychiatrie an der Universität Tōkyō mit Sakaki, als die medizinische Autorität über das präfektoriale Asyl Tōkyōs³⁴ auf Dauer dem Professor für Psychiatrie übereignet wurde (Okada 1982:111). Zum zweiten Mal dann in einem fordernden Pamphlet von 1892. Die kleine, gerade einmal vier Seiten Text zählende,

³⁴ Das heute noch bestehende städtische Matsuzawa Hospital Tōkyō war die erste und Zeit seines Bestehens größte öffentliche Einrichtung für psychisch Kranke. Bei seiner Gründung 1874 hieß es noch Irrenasyl des Großverwaltungsbezirks Tōkyō, wurde dann in Sugamo Spital und später in Matsuzawa Spital umbenannt. Während seiner über hundertjährigen Geschichte wechselte es mehrmals die Standorte (Shōmura 2006:495).

Streitschrift mit dem unmissverständlichen Titel *Tenkyō-in setsuritsu no hitsuyō o ron-zu* [Erörterung zur Notwendigkeit für die Errichtung von Irrenanstalten] (Sakaki 1892) ist ein dringlicher Aufruf an die Öffentlichkeit, die Institutionen der Psychiatrie auszubauen. In drei Abschnitten führt er die Wichtigkeit der psychiatrischen Tätigkeit in der Bevölkerung vor Augen. Der erste handelt von den Funktionen der Psychiatrie für die kranken Individuen, die von der Unterbringung und professionellen Behandlung profitieren. Im zweiten geht es dann bereits um den Gewinn, den flächendeckende psychiatrische Versorgung für die Allgemeinheit hat. Denn die Psychiatrie kann nicht nur den Kranken vor sich selbst schützen, sondern darüber hinaus, und das ist vielleicht für die Legitimierung in einer angeblich überwiegend aus nicht geisteskranken Subjekten bestehenden Gesellschaft wesentlich wichtiger, ist sie in der Lage die Bevölkerung vor den Geisteskranken zu schützen. Außerdem, so wird im dritten Abschnitt festgehalten, ist nur die Psychiatrie im Stande diese Gefahr eindeutig zu detektieren. Die verlässliche Begutachtung von Geisteskranken soll von der Psychiatrie gewährleistet werden, die bei der bedrohlich steigenden Anzahl derselben nun einmal mehr Räumlichkeiten benötigt (Sakaki 1892:1-4). Es ist speziell das Konzept der Degeneration, das dieses Aufspüren der Geisteskranken im sozialen Gefüge einfordert. Sie macht den Geisteskranken nicht nur zur unmittelbaren Gefahr, sondern zur schleichenden Gefahr für die Gesundheit der ganzen Nation, die sich durch ihre Familienstammbäume zieht. In einem Sitzungsbericht der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten von 1885 beginnt Sasaki sein Referat gleich mit der Anamnese des Patienten, setzt diese aber schon bei dessen Eltern an, wo ihn die ersten neuropathologischen Spuren die Fährte aufnehmen lassen (Sakaki 1885:283). Im fortschreitenden Prozess der Degeneration wird die psychiatrische Hygiene des späten 19. Jahrhunderts ein wirkmächtiges Instrument finden, um die apokalyptische Vision einer durch Geistesranke vollständig korrumpierten Gesellschaft heraufzubeschwören (Burns 2000:36-37). Die immer lauter werdende Stimme für die Ausdehnung der psychiatrischen Bemühungen um die Gesundheit der Nation manifestierte sich wohl bei niemanden deutlicher als bei Kure Shūzō, Sakakis³⁵ Schüler und Nachfolger für die psychiatrische Professur an der Universität Tōkyō (Burns 2000:40).

³⁵ Sakaki starb etwas verfrüht mit 40 Jahren im Jahre 1898. Noch im selben Jahr wurde Kure als Nachfolger bestimmt (Burns 2000:40)

Nachdem Kure die Möglichkeit wahrgenommen hatte von Sasaki schon in Japan vieles über die aktuellen Ereignisse der psychiatrischen Forschung in Europa aus zweiter Hand zu erfahren, führte ihn seine Ausbildung zum angesehensten Facharzt für Psychiatrie Japans zunächst von 1897 bis 1899 nach Österreich. Die restliche Zeit seiner Auslandsstudienaufenthalte verbrachte er bis zu seiner Heimreise nach Japan im Oktober 1901 in Deutschland (Hashimoto 2010b:161). In Wien arbeitete Kure im Laboratorium für Anatomie und Physiologie des Zentralnervensystems bei Heinrich Obersteiner. Obersteiner hatte mit dem Neurologischen Institut in Wien eine Forschungseinrichtung von internationalem Format geschaffen, die zu dieser Zeit ihres gleichen suchte. Von Süd- und Nordamerika über Russland bis nach Japan strömten junge Forscher aus aller Welt zu Obersteiner, der mit seinem zur Laborfibel avancierten Lehrbuch *Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande* (Obersteiner 1892) gleichzeitig den Leitfaden zur Arbeit an seinem Institut lieferte (Lesky 1965:386-388). An dieser Einrichtung erlangte Kure ein neuroanatomisches Handwerk, das am neusten Stand der Wissenschaft war. Im Vorwort zur zweiten Auflage seines Kompendiums wird er Obersteiners Buch unter seinen wichtigsten Einflüssen auflisten (Kure 2002:III). Die Früchte von Kures Tätigkeiten führten 1899 zur Publikation seines ersten wissenschaftlichen Artikels aus der Neurologie über „Die normale und pathologische Structur der Zellen an der cerebralen Wurzel des Nervus trigeminus [...]“ (Kure 1899), was als Zeichen der internationalen Anerkennung der wissenschaftlichen Gemeinschaft Wiens gesehen werden kann³⁶.

In Japan verschaffte sich Kure allerdings schon ein paar Jahre früher nationales Ansehen. 1894 veröffentlichte Kure den ersten Band seiner *Seishinbyōgaku shūyō [Kompendium für Psychiatrie]* (Kure 2002). Es wird bis heute als das Fundament der modernen Psychiatrie Japans bewertet (Takahashi 1997:35). Die bis 1895 erschienenen insgesamt drei Bände umfassende Schrift war ein tausendseitiges Kompendium für die wichtigsten psychiatrischen Lehren des Westens (Kure 2002, 2003a, 2003b, 2009). Es ist jedoch offensichtlich, dass dieses erste psychiatrische Lehrbuch Japans hauptsächlich auf den Werken von Kures Mentoren Krafft-Ebing und Kraepelin aufbaut (Takahashi 1997:35). Letzterer stand der erklärenden biologischen Psychiatrie ja eher kritisch gegenüber, also übernahm

³⁶ Beispielsweise ist im gesamten 18. Band der *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* außer Kures Beitrag keiner eines Nichteuropäers zu finden.

Kure von ihm die etablierte Klassifizierung der Geisteskrankheiten und blieb der biologischen Psychiatrie ideologisch voll und ganz verbunden (Burns 2000:40-41). Im Vorwort seines Lehrbuches stellte er die Wichtigkeit der Volksgesundheit in den Vordergrund, wie sein Vorbild Kraepelin diesem Anliegen und der damit verbundenen staatlichen Verpflichtung zur Psychiatrie etwas später eine eigene Monographie widmen wird (Vgl. Kraepelin 1900)³⁷. Geisteskrankheit war demnach eine ernsthafte Bedrohung für die Familie und die gesamte Nation, denn schließlich benötigt ein Land, das im globalen Wettbewerb der kapitalistischen Produktionsweise seinen Platz beanspruchen möchte eine gesunde arbeitstüchtige Bevölkerung. Als Schlüsselszenen im Spiel des Legitimierungsprozesses der Psychiatrie soll dieser Textstelle angemessen Platz geboten werden.

„Die Hygiene ist eine wichtige Angelegenheit der Nation. Ob ein Land stark oder schwach, arm oder reich ist, hängt Großteils davon ab, wie gesund das Volk ist. Gerade degenerative und erbliche Krankheiten zu vermeiden ist das wichtigste für die Nation. Man schätzt, dass in Ländern mit häufigen Geisteskrankheiten ein Mensch von 500 krank ist. Wenn das auf unser Land zutrifft, dann sind von den 40 000 000 Menschen 80 000 geisteskrank. Die Geisteskrankheit zerstört das Nervensystem, das der Sitz der mystischen Weisheit des Menschen ist³⁸. Sie degeneriert und oft wird sie an die Nachkommen vererbt. Wenn wir uns nicht Gedanken darüber machen, wie wir das sofort verhindern können, dann wird es von Jahr zu Jahr schlimmer. Dies hat folglich einen enorm großen Einfluss auf die Produktivität und Leistung des ganzen Landes.“

Kure 2002:VIII

In einer anderen Veröffentlichung der *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* von Kure, die noch während seines Aufenthaltes in Wien verfasst wurde, zeigt sich, dass die Bedrohung der verminderten Produktivität eines Staates durch Geisteskrankheiten alles andere als eine Nebensächlichkeits im Diskurs darstellt. Gleich auf der ersten Seite dieser Studie heißt es:

³⁷ Susan Burns kontrastiert in ihrer Darstellung des staatspsychiatrischen Diskurses von Kure die Einflüsse der biologischen Psychiatrie und Kraepelin. Dabei kommt es meiner Auffassung nach zu einem falschen Bild der Psychiatrie Kraepelins, wenn Burns behauptet Kraepelin hätte die biologische Psychiatrie allgemein kritisiert. Aus meinen Ausführungen zur theoretischen Konzeption Kraepelins des vorigen und dieses Kapitels geht aber eindeutig hervor, dass er nur dem alles erklärenden Anspruch von zum Beispiel Meynert skeptisch gegenüber stand, weil diese hirnanatomische Psychiatrie es, zumindest noch nicht, vermochte Geisteskrankheiten vollständig zu erklären. Trotzdem muss Kraepelin im Prinzip der biologischen Psychiatrie zugerechnet werden, weil er ja den Grundsatz der physischen Ursache aller Geisteskrankheiten teilt (Vgl. Kraepelin 1887:2).

³⁸ In diesem Satz drückt sich sogar die ganze Kraepelin'sche Ideologie aus. Geisteskrankheiten haben ihren Sitz ganz klar im Nervensystem, welches die kognitiven Eigenschaften des Menschen beherbergt, aber es bleibt bei einem mystischen Charakter der Psyche, die nicht vollständig neurologisch erklärbar zu sein scheint.

„Dass der Selbstmord nicht wenig die Productivität eines Staates beeinflusst und ein wichtiger Factor für die Bewegung der Bevölkerung ist, versteht sich von selbst. In diesem Sinne ist er in der Statistik der Bewegung der Bevölkerung, respective der Sterbefälle vielfach behandelt worden. Mancher betrachtet ihn als eine natürliche gsetzmässige Erscheinung und meint, der menschliche Wille sei auch hier dem Naturgesetze unterworfen; aber damit ist wohl nicht gemeint, dass der Selbstmord ganz und gar nicht abzuwenden, nicht zu verhüten sei.

Sowohl die Selbstmordstatistik Europas als auch die unseres Landes beweist, dass die meisten Selbstmörder durch Geisteskrankheiten zu ihrer That getrieben werden. Daher ist, wie ich meine, die wissenschaftliche Forschung des Selbstmordes für uns Aerzte sehr wichtig.“

Kure 1898:271

Am Ende dieses Artikels wird auch der Selbstmord mit der Erbllichkeit von Geisteskrankheiten in Zusammenhang gebracht. So wird festgestellt, dass zwar die relative Anzahl an Selbstmorden von Personen ohne hereditäre Vorbelastung mit 22,97% deutlich höher ist als 11,39% bei den Vorbelasteten, dies jedoch in Anbetracht der absoluten Zahlen demographisch nicht signifikant sei, da die Fälle von vererbten Geisteskrankheiten mit 887 zu 101 dermaßen überwiegen (Kure 1898:296-297). Der Text suggeriert damit nicht nur die Ernsthaftigkeit des Thema Selbstmordes, sondern überlagert einmal mehr die Erbllichkeit von Geisteskrankheiten mit der Gefahr für die Nation. Es kann deshalb auch kaum verwundern, dass Kure gleich nach seiner Rückkehr aus Deutschland intensiv für den Ausbau des Irrenanstaltswesens zu werben begann. Vor dem Einzug der Psychiatrie in Japan wurden psychisch Kranke im Falle der Störung der öffentlichen Ordnung eher eingesperrt, aber nicht unbedingt behandelt oder untersucht. Die Gefahr ging von einer Handlung aus, nicht von einer Person und schon gar nicht von einer degenerativen Genealogie. Man sah darin keine bedrohliche Krankheit. Mit der Geisteskrankheit als Gefahr schwenkt die Psychiatrie die Aufmerksamkeit des Diskurses auf die gesamte Seinsweise von Subjekten, aus der man die Gefährlichkeit für die Gesellschaft herauslesen können sollte (Foucault 2007:33). Das Problem der *Geisteskrankheit* tauchte erst mit der modernen Psychiatrie auf.

Allem voran scheint also die Psychiatrie im späten 19. Und frühen 20. Jahrhundert, neben ihrem humanistischen Auftrag zur Verbesserung der Situation der psychisch Kranken, eine sozialmedizinische Rolle zu spielen. Es ist speziell eine zentrale Frage, die sich jeder Sozialmedizin in Bezug auf welche Krankheit auch immer aufdrängt: Die Frage nach seiner Epidemiologie. Wie verbreiten sich

Geisteskrankheiten? Sie sind nicht ansteckend, aber erblich. Welche Zielgruppe muss in Anbetracht der Vererbung von Krankheiten notgedrungen interessant werden? Es gilt Kure zufolge der schleichende Ausbreitung über Generationen so schnell wie möglich Einhalt zu gebieten. Die logische Konsequenz ist, dass man bei den Nachkommen ansetzt, bei den Kindern. Die Kinder und Jugendlichen müssen untersucht werden, man muss die frühesten Anzeichen von Geisteskrankheiten finden, um diesen Prozess der Weitergabe zu unterbinden. Im zweiten Band der *Seishinbyōgaku shūyō* (Kure 2003a), der sich mit den Ursachen von psychischen Störungen beschäftigt, zitiert Kure eine alarmierende Graphik von Kraepelin, in der die Insassenzahl der psychiatrischen Anstalt in Heidelberg mit der psychisch gesunden Bevölkerung der Stadt Baden nach Altersgruppen kontrastiert wird. Es sticht sofort ins Auge, dass die Gruppe der 15 bis 20 jährigen, gemeinsam mit der Gruppe der 25 jährigen mit Abstand die höchsten Anteile an Geisteskranken aufweisen. Ihre Gesamtzahl ist natürlich höher, aber das macht für die Gesamtanzahl der Geisteskranken wenig Unterschied, wichtig ist nur, dass es Kraepelin und Kure anscheinend für erwähnenswert halten, dass die Zahl junger psychiatrischer Patienten in Heidelberg die Anzahl an gesunden jungen Erwachsenen in Baden übersteigt (Kure 2003a:338). Es folgt der Abschnitt über die Geisteskrankheiten der Pubertät, eine kritische Phase in der Entwicklung eines Menschen, da eine Fülle an Veränderungen im Körper und damit auch in der Psyche auftreten. Kure zitiert eine weitere empirische Studie aus der hervorgeht, dass der größte Anteil mit 42% von Geisteskranken ihre Symptome im Alter zwischen 16 und 20 ausbilden. Dass die Umbruchphase in der Entwicklung eines Individuums, zum Beispiel das Erwachen des Sexualtriebes, den Ausbruch von veranlagten Krankheiten begünstigt ist für Kure fast selbstverständlich (Kure 2003a:339). Die Psychiater müssen nun den Prozess der Entwicklung eines Menschen zu entschlüsseln lernen. Der Geist und der Körper eines Subjektes werden zu Serien von Zeichen, aus denen die pathogen signifikanten Zeichen herausgelesen werden müssen. Mit dem Begriff der Degenerationszeichen ist es gelungen Kriterien zur Detektion von pathogenen Keimen in der Ontogenese einer Person zu formulieren. Als Beispiele werden die Tendenz zu Halluzinationen, das Vorhandensein leichter Halluzinationen, Tendenz zu überschwänglicher Phantasie, Gefühlsschwankungen, abnormer Pessimismus oder Optimismus, Leichtgläubigkeit gegenüber Anderen, schlechte Angewohnheiten, Triebhaftigkeit, abnormer Geschlechtsdrang oder

Zwangsvorstellungen genannt. Alles in allem ein ziemlich umfassender und nicht gerade durch Präzision ausgezeichneter Kriterienkatalog (Kure 2003a:359). Vermutlich könnte so ziemlich jeder pubertierende Jugendliche ein oder sogar mehrere dieser Degenerationszeichen aufweisen. Es werden aber auch körperliche Degenerationszeichen aufgelistet, zu diesen zählen beispielsweise Infantilismus, Viraginitis bei Frauen und Feminismus beim Manne. Alle diese *stigmata hereditaria* treten laut Kure auch bei gesunden Personen auf, jedoch nicht in der Häufigkeit wie sie bei erblich belasteten Geisteskranken auftreten würden (Kure 2002:308). Kure wird ungefähr ein Jahrzehnt später noch ein eigenes Buch ausschließlich den psychischen Krankheiten von Kindern widmen (Takahashi 1997:34). Diese Konzentration auf Kinder und Jugendliche zur Früherkennung von pathologischen Veranlagungen findet wohl bei niemand anderen als Miyake Kōichi einen vergleichbaren Ausdruck. In seinem einflussreichen Psychiatrielehrbuch, dem 1932 erschienenem *Seishinbyōgaku teiyō [Abriss der Psychiatrie]* (Miyake 1938), ist die Liste der körperlichen Degenerationszeichen für Geisteskranke auf drei Seiten angeschwollen (Miyake 1938:85-87). Aber bei Miyake kristallisiert sich noch ein anderes Konzept zur Detektion von psychischen Störungen im Kindesalter heraus, das in engem Zusammenhang mit dem Begriff der Geistesschwäche steht (Takahashi 1997:36).

Miyake, dieser dritte im Bunde der drei Großen der japanischen Psychiatrie, ist wiederum der Nachfolger Kures am Lehrstuhl für Psychiatrie der Kaiserlichen Universität Tōkyō. Dem Rat Kures folgend ging auch er 1905 für zwei Jahre nach Deutschland und Österreich³⁹ zum Auslandsstudium, das er Großteils unter Kraepelin in München verbrachte. Von ihm übernahm er ebenfalls die Klassifizierung von Geisteskrankheiten, wo er unter anderem die Gruppe der psychischen Entwicklungshemmungen kennenlernte. Analog zum Lehrbuch Kraepelins bildet das Kapitel über die psychischen Entwicklungshemmungen den Abschluss der speziellen Psychopathologie Miyakes (Kraepelin 1887:507-532, Miyake 1938:395-421). Die Auswirkungen dieser Entwicklungsstörungen waren, je nach dem Stadium in dem sie

³⁹ Nebenbei bemerkt sind Kure und Miyake nicht nur die einzigen Japaner, sondern auch die einzigen Nichteuropäer, die im Mitgliederverzeichnis des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien im Jahr 1909 verzeichnet sind. Im selben Verein ist Kraepelin als korrespondierendes Mitglied aus München gelistet. Dass die Lokalmatadore Obersteiner und Wagner-Jauregg auch Mitglieder des Vereins waren versteht sich von selbst (Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien 1909:457-461). Miyakes Aufnahme in die wissenschaftliche Gemeinschaft könnte, wie bei Kure, mit der ersten wissenschaftlichen Publikation in einem wichtigen Organ der deutschsprachigen Psychiatrie 1907 markiert werden (Miyake 1907).

einsetzten, als verschieden starke Ausbildungen von Geistesschwäche, zum Beispiel der Idiotie als schwere Form, beschrieben. Die spezifische Problematik dieser Pathologien beim Kind war folgende: „Die krankmachende Ursache wirkt hier auf den Organismus ein zu einer Zeit, wo die psychische Persönlichkeit erst in ihrer Anlage vorhanden ist, und sie schafft ein Product, welches in allen wesentlichen Punkten das ganze spätere Leben hindurch unverändert und unheilbar fortbesteht“ (Kraepelin 1887:507). Dadurch wird es verständlich, warum Miyake sich diesem Problem annahm. Es war ein Rennen gegen die Zeit der kindlichen Ontogenese, wenn man der Verbreitung dieser Form von psychischer Störung entgegenwirken wollte. Mit der Erkenntnis dieser Gefahr geht die Ausarbeitung einer Methode zur Aufdeckung solcher Störungen unter Kindern einher. Miyake suchte nach einem Testverfahren, das es ermöglichen sollte die „normalen“ von den „anormalen“ Individuen zu differenzieren (Takahashi 1997:37). So kam es zur Publikation des ersten Intelligenztestes in einer japanischen medizinischen Zeitschrift durch Miyake und seinem Kollegen Ikeda Takanori (Miyake/Ikeda 1908). Es handelt sich um die Einführung eines Schemas, das durch die Prüfung von logischen Fähigkeiten, einen wissenschaftlich legitimierten Zugriff auf das soziale Gefüge erlaubt, der den kompletten Seinsmodus eines Subjektes durch die Kodierung normal-anormal definiert. Aber ist es überhaupt möglich nur mittels Evaluierung der syllogistischen Kompetenz das gesamte Profil eines Menschen adäquat zusammenzustellen? Sogar Miyake, die Gallionsfigur des Intelligenztestes, würde diese Frage mit nein beantworten. Der Intelligenztest allein kann nicht einmal verlässlich akkurat das Vorliegen einer Entwicklungsstörung anzeigen, selbst wenn der Zeiger mit der genauen Angabe des Intelligenzquotienten beispielsweise unter 50 bei einem Alter von 6 bis 13 Jahren auf Idiotie steht. Zur Feststellung der Normalität oder Abnormalität gehört die Erfassung der Totalität des Untersuchungsobjektes. Das schließt körperliche Symptome, Empfindsamkeit, Gemütsbewegungen, alltägliche Lebensweise, Verhalten und Ähnliches ein (Takahashi 1997:38). Natürlich determiniert das in weiterer Folge, ginge es nach den Wünschen der Psychiater, den Lebensraum der als anormal markierten Personen, denn Idioten gehören laut Miyake selbstverständlich von der Öffentlichkeit segregiert in einer Idiotenanstalt untergebracht (Miyake 1938:410). Keine dreißig Jahre später 1937, wird der von der Universität Tōkyō nach Nagoya abgewanderte Psychiater Sugita Naoki⁴⁰ eine eigens

⁴⁰ Auch Sugita genoss seine Ausbildung zum Teil 1913 in München bei Kraepelin, musste aber

einggerichtete Anstalt für abnorme und geistesschwache Jugendliche eröffnen. Er wird zahlreiche psychiatrische Erhebungen von Kindern in verschiedenen Präfekturen durchführen, um die Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie voranzutreiben. Für Takahashi Satoru, der 1997 eine Studie zum Begriff der Geistesschwäche im Japan der Vorkriegszeit vorlegte, war Sugita eine der wichtigsten Figuren, die dazu beigetragen haben den Diskurs über Geistesschwäche zum Diskurs eines sozialen Problems werden zu lassen (Takahashi 1997:39).

Entgegen dieser Bewegung des akademischen Diskurses, der mehr und mehr den privaten Raum der Bevölkerung zu infiltrieren drohte, wirkte allerdings ein öffentlich populärer Diskurs, der vor allem von kritischen Journalisten ausging. In der *Yomiuri Shinbun* wurden zahlreiche Artikel veröffentlicht, die entgegen den Ansichten der biologischen Psychiatrie psychische Krankheiten auf soziale Umstände zurückführten, und zwar speziell auf die schlechten sozialen Umstände durch die Industrialisierung oder Modernisierung, die vom Staat propagiert wurde (Burns 2000:40-45). Die *Yomiuri Shinbun* veröffentlichte außerdem 1901 einen Artikel über Fälle von Missbrauch und Korruption in sieben psychiatrischen Anstalten in Tōkyō (Suzuki 2003a:220). Aber warum wurde die Psychiatrie überhaupt wichtig, warum wurde sie, obwohl sie noch keinen nennenswerten Rückhalt hatte, ernst genommen? Wie konnte ein Diskurs wie der psychiatrische in relativ kurzer Zeit zum Akteur in der politischen Ordnung Japans werden, obwohl er ja gerade als etwas Fremdartiges wahrgenommen werden musste?

3.4. Mäeutik für eine japanische Psychiatrie

Die Mäeutik ist die Hebammenkunst, über die Platon Sokrates einst sagen ließ, dass er sie ebenso anwende wie eine Hebamme, nur als Geburtshilfe für Ideen, nicht für Menschen (Vgl. Platon 1966:113-116). Etwas ist schon im Kommen, aber es schafft es nicht ganz von selbst, es braucht einen Anstoß, eine Hilfeleistung damit es vollends aufgehen kann. In diesem Abschnitt sollen Beispiele für die Geburtshilfe dargestellt werden, die es der Psychiatrie in Japan ermöglichen sollte ihren Diskurs entfalten zu können. Der Einzug der Psychiatrie in Japan schuf einen regelrechten Bruch mit den theoretischen und praktischen Formen in der Handhabung von

aufgrund des sich anbahnenden Ersten Weltkrieges schon nach einem Jahr wieder heimkehren und verbrachte, als einer der ersten japanischen Psychiater, ab 1915 drei Jahre in den USA.

psychischen Störungen in der Gesellschaft. Die Frage die in diesem Kapitel beantwortet werden soll ist: Wie hat der Diskurs selbst versucht diesen diskursiven Bruch zu verwischen. Wie hat er versucht Traditionslinien zu konstruieren um das fremdartig anmutende Antlitz der neuen medizinischen Wissenschaft in Japan zu maskieren? Ohne diese Maske der Vertrautheit, die das Fremde zu verbergen im Stande ist, konnte es der Psychiatrie vielleicht gar nicht gelingen seine disziplinarischen Dispositive zu platzieren.

3.4.1. Bilder der Psychiatriegeschichtsschreibung

Die japanische Psychiatriegeschichtsschreibung beginnt, so wie die Psychiatriegeschichte, in Europa. Am 19. August 1874 unterschreibt ein junger Berliner Medizinalbeamter namens Albert Wernich einen Vertrag, der ihn zwei Jahre lang als Lehrer für Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie nach Japan an die medizinisch-chirurgische Akademie in Tōkyō binden sollte. Er wählte seinen Hinweg über Amerika mit Aufhalten in New York und San Francisco, am Rückweg unternahm er verschiedene Reisen, die ihn von Südchina, Singapur über Indonesien und Ceylon bis nach Ägypten führten. Das Ergebnis dieser Reise sind über 400 Seiten zählende *Geographisch-medicinische Studien nach den Erlebnissen einer Reise um die Erde* (Wernich 1878). Darin schildert er, neben allgemeinen geographisch-kulturellen Begebenheiten und Schilderungen über den Alltag am Schiff, jedesmal sehr ausführlich die medizinische Beschaffenheit seiner Reisestationen, einschließlich der Beschreibung der lokalen Institutionen. Mehr als die Hälfte des Werkes ist dem eigentlichen Reiseziel Japan gewidmet. Die umfangreiche medizinische Analyse enthält auch die erste Darstellung über Vorkommen und Handhabung von Geisteskrankheiten in Japan aus westlich-psychiatrischer Perspektive. Wernich zeichnet ein eher düsteres Bild der japanischen Anstaltsfürsorge, das an die frühere Kritik der Psychiater an den Irrenanstalten Europas erinnert: Vergitterte Zellen, mit Seilen und Ketten gefesselte dahinsiechende Gestalten, schlechte Belüftung, unzumutbare hygienische Bedingungen, Hunger, Kälte und Dunkelheit. Das betreffe jedoch nur die schwierigen Fälle von chronisch Tobsüchtigen, die ohnehin sehr selten vorkommen würden, wie ihm seine japanischen Begleiter versicherten. Die meisten der harmlosen Geisteskranken seien

mitunter gut integriert bei Familien untergebracht. Auch Wernich beschreibt die verbreitete Praxis der familialen Pflege, die im Falle eines akuten Anfalls mit Gefahr für Patienten oder Umwelt die vorübergehende Unterbringung in einer hauseigenen Arrestzelle vorsieht (Wernich 1878:225-226). Die Arten an Geisteskrankheiten, die in Japan auftreten, seien laut Wernich im Prinzip gleich denen, die man in Europa kennt, mit dem einzigen Unterschied ihres Verlaufes, in dem er eine japanische Eigenheit zu sehen vorgibt. Dadurch, dass er seine medizinischen Beobachtungen im Sinne eines holistischen Erklärungsansatzes mit seinen allgemeinen Feststellungen über den Geist der Japaner kontextualisiert, macht er die generell schwächliche Konstitution des Inselvolkes für den beschleunigten progressiven Verlauf einiger Krankheiten verantwortlich. So sei die Schwäche des Nervensystems der Grund für das rasche Eintreten des Endstadiums der Geistesschwäche der vielen Syphiliskranken, ein Prozess der bei europäischen Syphilispatienten über mehrere Stufen erst nach und nach zur geistigen Trübung führen sollte (Wernich 1878:227-228). Eine Parallele mit den aufgeklärten „Kulturvölkern“ sieht Wernich zwar in der mild-rationalen Behandlung der harmlosen Geisteskranken, jedoch bemerkt er das Desinteresse der Japaner an Therapien, da sie fast ausschließlich die Sicherheitsverwahrung, im engen Sinne also nicht einmal eine Art Psychiatrie betreiben, sondern lediglich abergläubische Heilungsversuche unternehmen (Wernich 1878:227). Nur vier Jahre später wird der deutsche Psychiater Karl von den Steinen nach seiner Asienreise über das Irrenwesen Neuseelands, Javas und Indiens vor der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten berichten: „Selbst in Japan ist noch wenig psychiatrisch Interessantes zu eruieren“ (Steinen 1882:287). Seine kurze Beschreibung endet ebenfalls in einem alles andere als positivem Bild der nahezu abwesenden Tradition der Psychiatrie in Japan. In einer von ihm besuchten Anstalt in Kyōto sieht er zwar die Bemühung am Werk, Psychiatrie nach europäischem Vorbild aufzubauen, muss aber gleichzeitig festhalten, dass das Fehlen gewisser kultureller Eigenschaften der Japaner, wie zum Beispiel der Empathie, das traditionslose Anknüpfen an europäischen Praxen korrumpieren lässt: „[Die Anstalt] [...], im Allgemeinen nach europäischem Plan eingerichtet, war von japanischen Aerzten geleitet, und bot mit ihrer einfachen Behaglichkeit in den sauberen Wohn-räumen und ihrer Verwahrlosung in den zahlreichen, abscheulichen Zellen ein eigentümliches Mischbild von guten europäischen Absichten und guter asiati-scher Indolenz“ (Steinen 1882:288).

Nun waren die japanischen Psychiater gefordert zweierlei dringliche Aufgaben zu erledigen, um Japan und seine Psychiatrie in ein besseres Licht zu rücken. Denn wie Kraepelin einst bemerkt wird, trägt die Psychiatriegeschichte wesentlich dazu bei, „[...] zum Schaden der Kranken immer noch zu sehr verbreitete Miß-trauen gegen Irrenanstalten und Irrenärzte zu bekämpfen“ (Kraepelin 1919a:I). Erstens musste die Psychiatrie tatsächlich immens ausgebaut werden, andererseits war es für das Bild der Unterentwickelten Japaner, die nur vom Westen übernehmen ohne originäre Ursprünge in der eigenen Geschichte, ganz besonders wichtig eine eigene Psychiatriegeschichte zu schreiben, die den Wurzeln einer japanischen Spielart der Psychiatrie nachspüren sollte. Es ging nicht darum die Neuartigkeit der europäischen Psychiatrie für Japan zu leugnen, sondern eher eine eigene Version der Geschichte, die zur ihrer Einführung führt zu schreiben oder sie einfach aus japanischer Sicht zu beschreiben. Auf der einen Seite den Bemühungen der traditionellen Irrenfürsorge Rechnung tragen, sie nicht allzu verteufelt, aber die absolute Wichtigkeit der Schaffung umfassender neuer Strukturen zu konstatieren war das Programm. Die Dringlichkeit dieser Aufgabe kann darin erahnt werden, dass alle drei der bereits eingeführten großen Psychiater Sakaki, Kure und Miyake ihren Beitrag dafür geleistet haben. Jeder hat seine eigene Darstellung der Psychiatrie Japans in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht (Sakaki 1886, Kure 1903, Miyake 1926). Allerdings hatten sie jeweils unterschiedliche Facetten.

Sakakis Beitrag, als erster eines Japaners, war um einen Überblick zur Geschichte und dem *status quo* bemüht. Er wollte die aus Unkenntnis der Materie entstandenen Vorurteile revidieren: „Von dem japanischen Irrenwesen weiss man in Europa so gut wie gar nichts. Es rührt dies offenbar davon her, dass 1) die japanische Sprache und besonders ihre Schriftart für die Fremden sehr schwer zu erlernen ist, 2) dass die europäischen Aerzte, die in Japan waren, im Allgemeinen kein oder nur sehr wenig Interesse dafür gehabt haben und 3) dass die Japaner selbst sich noch nicht in umfassender Weise damit beschäftigt haben“ (Sakaki 1886:144). Er fährt fort mit einer kurzen Geschichte der Diagnostik und Therapie-Methoden für Geisteskrankheiten von der Antike bis zur Meiji-Restauration. Dabei wird Sakaki nicht verschweigen, dass man in Japan die Kategorie der Psychosen schon seit dem frühen Altertum gekannt hatte. Auffallend ist andererseits die betonte Ähnlichkeit mit Europa und der restlichen Welt, wenn es zum Beispiel um die Verbreitung der Idee von Besessenheit in der Bevölkerung geht (Sakaki 1886:145).

Das Bild der Anstalt, hier etwa das, der psychiatrischen Abteilung der Universität Tōkyō als Klinik dienenden, städtischen Irrenheilanstalt wird in deutlich helleren Farben nachgezeichnet:

„Die Kranken, die sich in der Anstalt befinden, stammen fast sämtlich aus den ärmeren Klassen, während sich die Reichen meist in einer Privat-anstalt oder im eigenen Hause behandeln lassen. Dieselben tragen ohne den Unterschied des Geschlechts eine hellblaue, schlafrockähnliche Kleidung und *werden alle frei (non-restraint)* [Hervorhebung von mir - BL] behandelt. Nur die sehr unruhigen Kranken, welche die anderen stören, kommen in die Zelle. Zwangsjacke, -Stühle oder Ketten u.s.w. sieht man dort nicht [...]. Die Kranken haben im Allgemeinen keine Beschäftigung; sie unterhalten sich, lesen, rauchen u.s.w. Einige Frauen beschäftigen sich jedoch mit der Näherei und Aehnlichem. In der bestimmten Zeit werden alle Kranken durch Wärter nach dem Garten ge-führt und können 1-2 Stunden lang dort spazieren, natürlich mit Ausnahme der unruhigen oder körperlich kranken Personen.

Die Mahlzeit wird 3 mal am Tage gehalten. Die Patienten bekommen natürlich japanische Speise, al[s]o vor Allem Reis, dazu Fische, Fleisch und Gemüse. Nur die körperlich Heruntergekommenen können ausserdem noch besondere Speisen als Milch, Eier etc. bekommen.“

Sakaki 1886:148

Kure fokussiert in seinem Bild, das er dem interessierten Publikum vorlegt, auf die Vorformen der Psychiatrie in Japan. Er nennt es sogar „Geschichte der Psychiatrie in Japan“ (Kure 1903), lässt diese aber vor der Einführung der westlichen Medizin enden mit dem Verweis, dass er den Rest an anderer Stelle nachreichen werde (Kure 1903:17). Seine Ausführungen gehen der beeindruckend differenzierten Diagnostik und Therapie des Altertums auf die Spur, um dann seinen Ausklang in einer längeren Passage über die Tokugawa-Zeit zu finden (Kure 1903:1-6). Wie Sakaki geht er auf den Aberglauben der Bevölkerung zur Besessenheit ein, den er ebenfalls in allen Völkern der Weltgeschichte der Vormoderne am Werk sah (Kure 1903:12). In diesem Bericht wird auch der Name eines kleinen Ortes nördlich von Kyōto fallen, der seine Bedeutung in der japanischen Psychiatriegeschichtsschreibung erst in vollen Zügen entfalten wird. Er wird dazu dienen eine Traditionslinie für die Psychiatrie in Japan herzustellen, mit der es gelingen sollte zu zeigen, dass die Anstalt als Ort der Behandlung von Geisteskranken in Japan eine lange Geschichte hat, die nicht einmal im Widerspruch zur verbreiteten familialen Pflegepraxis zu stehen schien, sondern sogar aus dieser Tradition hervorgegangen ist (Kure 1903:12). Dieser Ort namens Iwakura wird im

besonderen Maße zur Revision der Psychiatriegeschichte im Westen und Osten beitragen.

Gut ein viertel Jahrhundert nach der Kritik Steinens erscheint ein umfassender Bericht zur Lage der Psychiatrie Japans in Form eines Artikels von Wilhelm Stieda. Ähnlich den Vorgegangenen, sieht auch er die japanische Psychiatrie noch in den Kinderschuhen: „Die wissenschaftliche Psychiatrie Japans ist noch verhältnismäßig jung; eine staatliche Irrenfürsorge gibt es in Japan noch gar nicht. Vor der staatlichen Umwälzung, die das Leben in Japan in neue Wege leitete, wurden Geisteskranke entweder in der Familie gehalten oder aber in Privatpflege gegeben. Die Psychiatrie lag in den Händen der Priesterschaft“ (Stieda 1906:514). Aber etwas hatte sich am althergebrachten Bild verändert. Zwar sind die schauerlichen Schilderungen von armen Irren in Ketten und Käfigen bei Stieda keineswegs abwesend, aber sie werden bereits in vergangene Zeiten und entlegene Orte projiziert. Stieda erfährt von seinem japanischen Kollegen Kure, der ihn auf seinen Erkundungen in Tōkyō begleitete, dass in vielen Gegenden Japans noch immer solche Zustände herrschen, was schlicht auf den Mangel an psychiatrischen Einrichtungen zurückzuführen sei. Stieda selbst bekommt jedoch Artefakte dieser inhumanen Methoden nur mehr im Museum zu Gesicht (Stieda 1906:515). In der Stieda'schen Komposition des Bildes der Psychiatrie Japans gibt es einen besonders augenscheinlichen Kontrast. Es handelt sich um den Kontrast Kyōto – Tōkyō, der tatsächlich einem hell – dunkel entspricht. Nachdem er eine private Anstalt in Kyōto, der er ein durchwegs positives Zeugnis ausstellte, und die private psychiatrische Anstalt in Iwakura, von dem er mit richtiggehender Begeisterung berichtet, besucht hatte, besichtigte er die von Kure geführte städtische Anstalt in Tōkyō: „Das Helle, Freundliche, das mich in den Anstalten in Kiosto^[41] so angenehm berührt hatte, fehlte hier fast ganz“ (Stieda 1906:520). In beiden städtischen Anstalten gab es noch vergitterte Zellenräume, die laut Auskunft der Anstaltsleiter nur selten benützt würden. In beiden Anstalten versuchte man diese Zellen abzubauen oder umzufunktionieren. In beiden waren Psychiater in der Leitung, die ausgesprochene Anhänger der zwanglosen Behandlung (*non-restraint*) waren. Allerdings ist in der Beschreibung Stiedas vieles in Kyōto bereits wirklich umgesetzt, was Kure in Tōkyō erst anstrebte. Kure hatte ja schon ein Konzept zum großzügigen Umbau der Anstalt ausgearbeitet, aber die Mittel die ihm die Stadt zur Verfügung stellten reichten erst nach und nach

⁴¹ Kyōto

aus (Stieda 1906:520). In Kyōto schien die private Pflege der staatlichen in Tōkyō voraus zu sein. Könnte man diesen Vorsprung nicht zum Vorteil für die japanische Psychiatriegeschichte instrumentalisieren? Wäre es möglich, dass die in hellfreundlichen Farbtönen beschriebene Anstalt in Iwakura an eine japanische Tradition anschließt, die es gestattet, weiter zu sein als eine moderne Anstalt in Tōkyō?

3.4.2. Iwakura in der Welt

Der Gründungsmythos der Pflege von Geisteskranken in Iwakura besagt, dass die Tochter des Kaisers Gosanjō, der von 1068 bis 1072 regierte, psychisch erkrankte und, einer religiösen Eingebung ihres Vaters folgend nach Iwakura zu einer heiligen Quelle beim Daiun-Tempel geschickt wurde, wo sie durch die Behandlung mit dem Quellwasser Heilung erfuhr. Daraufhin seien von überall her Leute nach Iwakura geströmt, die auf der Suche nach Heilung von Geisteskrankheiten waren (Hashimoto 2010b:143-144). Kure beschreibt Iwakura in einem Absatz seiner Psychiatriegeschichte mit den folgenden Worten:

„In ‚Iwakura‘ bei ‚Kioto‘ [...] ist ein kleiner Tempel, welcher dadurch in ganz Japan berühmt und bekannt wurde, daß die Irren sich dort sammelten und wohnten. Seit einigen Jahrhunderten glaubte man, daß die Gottheit in diesem Tempel die besondere Fähigkeit besitze, die Psy-chosen zur Heilung zu bringen und es kamen daher die Leute dort zusammen, beteten, beichteten und benutzten einen Wasser-fall bei dem Tempel, um für die körperliche und so auch für die geistige Reinheit zu sorgen und dadurch die Gebete am Altar des Gottes wirksamer zu machen. Diese herbeigekommenen Leute fanden Unterkunft in den Häusern der in der Nähe wohnenden Bauern; sie wohnten und schliefen mit deren Familien zusam-men, arbeiteten mit ihnen im Haus und auf dem Felde, gingen mit ihnen in die Berge, in die Wälder und auch nach der Stadt. Es war eine echte Kolonie, verbunden mit familiärer Pflege, natürlich ohne ärztliche Beaufsichtigung. Es mußten viele der Krankheiten dort einen günstigen Ausgang genommen haben, die die Irren werden heute noch dorthin geschickt und einzelne Familien behalten sie heimlich bei sich, da es jetzt polizeilich verboten ist, solche Kranke in Privatwohnungen aufzunehmen. Man findet jetzt dort eine Privatirrenanstalt.“

Kure 1903:12

Diese Privatanstalt findet wiederum seine Erwähnung bei Stieda, der schon bei der Anreise nach Iwakura von der „[...] wunderhübsche[n] Lage am Abhange eines [...] Bergzuges [...]“ (Stieda 1906:517) schwärmt. Zu dieser Zeit stand die Privatanstalt

schon unter einer ärztlichen Direktion. „Die Zeit der Gebetsheilungen ist für Iwakura vorüber, aber die Familien-pflege hat sich noch im Dorf erhalten, obgleich die Regierung in neuerer Zeit dieselbe verboten hat. Dieses Verbot ist ohne Mitwirkung Sachverständiger erfolgt und hervorgerufen durch angeblich oft vorgekommene Missbräuche der Pflegegewalt“ (Stieda 1906:518). Der modernen Psychiatrie kann es natürlich nicht um die religiösen Heilmethoden gehen, aber in der familiären Pflege von Geisteskranken konnte man eine Praxis sehen, die sich als traditionelle in der Bevölkerung verankerte Form mit psychiatrischen Therapien verbinden lassen könnte. Denn diese Art der Unterbringung schien den Ansprüchen der Psychiatrie auf humane zwangslöse Behandlung (*non-restraint*) gerecht zu werden. Bei der Besichtigung der Wohnanlagen war für Stieda „[v]on irgendwelchem Zwang, von Gewalt [...] nichts zu merken“ (Stieda 1906:518). Die japanische Psychiatrie musste bei ihrer Installierung darauf achten, dass sie Anknüpfungspunkte in den sozialen Praktiken der Bevölkerung fand. Auf anderen Feldern musste sie ja mit den Traditionen brechen, etwa bei der Transformation der Besessenheit in ein psychopathologisches Syndrom. Umso wichtiger war es die mit dem modernen psychiatrischen Diskurs kompatiblen Elemente mit der Psychiatrie zu verflechten, um die diskursiven Bruchlinien zu trüben und damit für Akzeptanz zu sorgen. Wenn die Gesellschaft eine Praktik trotz Verbot weiterverfolgt, wenn sie allem Anschein nach darauf beharrt, dann kann sich die Psychiatrie es nicht entgehen lassen, diese unter ihre Schirmherrschaft zu bringen. „Die japanischen Psychiater haben es fürs erste vergebens versucht, die Regierung dahin zu beeinflussen, dass sie die Familienpflege nicht verbietet, sondern sie nur neu organisiert und *unter fachmännische Kontrolle stellt* [Hervorhebung von mir – BL]. Es wäre zu bedauern, wenn in Japan die Einrichtung der kolonialen Irrenpflege, zu der die Ansätze ja schon vorhanden sind, vernichtet werden würde [...]“ (Stieda 1906:518).

Dabei ist es für die ansonsten gegenüber Traditionen kritische Psychiatrie anscheinend vollkommen gleichgültig ob es sich bei dieser über fast ein Jahrtausend erstreckende Geschichte Iwakuras nur um einen Mythos handelt. Faktisch legt die Forschung anhand der Beschreibungen des Tempels Daiun in Iwakura nahe, dass es sich um einen Mythos handelt, der zum Zwecke der Attraktion von Besuchern in der Tokugawa-Periode konstruiert wurde (Hashimoto 2010b:144). Hashimoto betitelt deshalb auch seinen Artikel über Iwakura „The Invention of a ‚Japanese Gheel‘ [...]“ (Hashimoto 2010b), nicht nur weil es sich um einen erfundenen

Gründungsakt handeln könnte, sondern auch wegen der von Psychiatern konstruierten Analogie zwischen dem Ort Gheel in Belgien und Iwakura in Japan⁴². Im belgischen Gheel befindet sich nämlich eine weltberühmte Irrenkolonie mit familialen Pflegeunterkünften, deren Legende als Wallfahrtsort für Geisteskranke sogar bis ins 6. Jahrhundert zurückreichen soll (Schmidt 1983:57). Die erste schriftlich festgehaltene Verbindung von Gheel und Iwakura tauchte bei niemand geringerem als Kure selbst auf. Er hatte vielleicht noch vor seinem Auslandsaufenthalt von Sakaki von den Diskussionen um die Familienpflege in Deutschland gehört und in seinem Psychatrielehrbuch umgesetzt. Deshalb nahm er auch die Mühen auf sich bei der Heimreise nach Japan im Sommer 1901 extra einen Zwischenstopp in Gheel einzurichten. Später, als er bereits medizinischer Direktor des Sugamo Hospitals war, spielte er sogar mit dem Gedanken die familiäre Pflege auch in dieser Anstalt einzuführen. Ein Plan der vermutlich lediglich an den finanziellen Hürden scheiterte (Hashimoto 2010b:160-163). Damit wird ganz klar warum Iwakura so wichtig war und im Diskurs immer wieder auftaucht, denn man konnte mit der Konstruktion eines original japanischen psychiatrischen Konzeptes, das noch dazu eine sensationelle Ähnlichkeit mit einer viel beachteten europäischen Institution⁴³ hatte gleich zwei Probleme auf einmal lösen: Zum einen konnte man eine nationale Traditionslinie für die Psychiatrie herstellen, und zum anderen konnte man dieses Juwel international präsentieren und zur Aufwertung der Psychiatriegeschichte Japans beitragen.

Der nächste umfangreiche Bericht über die japanische Psychiatrie im deutschsprachigen Raum, der auf 1933 datiert, entwirft nun endlich ein geradezu schwärmerisches Bild der Bemühungen in Japan (Weygandt 1933). Natürlich darf der Faktor der politischen Affinität des nationalsozialistischen Deutschlands zum ultranationalistischen japanischen Reich nicht außer Acht gelassen werden, durch den möglicherweise der deutsche Psychiater und überzeugte Rassenhygieniker Weygandt Japan schon auf der ersten Seite das bis dato westlichen Nationen vorbehaltene Prädikat Kulturland zuerkennt (Weygandt 1933:73). Trotzdem ist es auffällig, dass er seine Darstellung der japanischen Psychiatrie gleich mit der Gheel – Iwakura – Parallele beginnt: „Die Anfänge der japanischen Irrenfürsorge erinnern

⁴² „In diesem Dorfe – einem japanischen Gheel – werden schon seit mehreren Jahrhunderten Geisteskranke gepflegt“ (Stieda 1906:517).

⁴³ Zum Beispiel besuchte auch Krafft-Ebing die Kolonie in Gheel und schrieb einen Bericht darüber (Hashimoto 2010b:151).

geradezu verblüffend an die Entwicklung von Gheel [...]“ (Weygandt 1933:74). Sein durchwegs positives Zeugnis spiegelt auch den inzwischen gefruchteten Ausbau der psychiatrischen Institutionen wider. Das Fazit lautet wenig überraschend: „Zweifellos ist die Psychiatrie und Neurologie in Japan hinsichtlich Studium und Fürsorge in erfreulichem Emporstieg begriffen. Die öffentlichen Irrenanstalten, die der Landessitte gemäß weniger massiv gebaut und im Betrieb wohl einfacher als die Krankenhäuser sind, entsprechen doch den Lebensformen. Ihr Betrieb zeichnet sich durch Reinlichkeit, Ordnung und humanen Ton aus, was durch die ruhige Haltung und die gemessenen Umgangsformen auch seitens der Kranken erleichtert wird. [...]. Die Kliniken streben nach guten akademischen Leistungen und arbeiten mit reichlichen Mitteln, wenn auch etwas knappen Krankenmaterial“ (Weygandt 1933:83-84).

Nach der Darstellung dieser erfolgreichen Produktion einer national-internationalen Traditionslinie und seiner Verankerung im Diskurs, könnte man das diskursive Dickicht weiterhin nach Konstruktionen durchforsten, die der Geburtshilfe für die Psychiatrie in Japan dienlich waren. Könnte es zum Beispiel sein, dass sich die Psychiatrie in Japan national legitimiert, indem sie rein internationale Kontinuitäten produziert? Angenommen ihr würde es gelingen das im wundersamen Orient, der exotischen Antithese gegenüber Europa liegenden Japan, als dem Westen verwandt zu charakterisieren, würde die Psychiatrie dann nicht eine wichtige Funktion bei der Identitätskonstruktion eines modernen Japans erfüllen? Es ist eine heikle Gradwanderung, die die Identität Japans nicht verletzt, also seine Eigenheit nicht untergräbt, es aber gleichzeitig in ein westliches Kontinuum zu stellen vermag. Was kann die psychiatrische Terminologie dazu beitragen?

3.4.3. *Dementia praecox* und *alopecanthropia*

Die *dementia praecox*, die vorzeitige Demenz, war eine der wirkmächtigsten Begriffsschöpfungen der Psychiatrie im 20. Jahrhunderts, die von Kraepelin geprägt wurde. In seiner Nosologie konnten unter den Begriff *dementia praecox* einige bis dahin getrennt behandelte endogene⁴⁴ Krankheitsbilder versammelt werden, deren

⁴⁴ Endogen bedeutet in der Pathologie, dass die Ursachen der Krankheit nicht außerhalb, sondern im Inneren des Erkrankten zu finden sind. Der kritische Psychiater Dörner weißt in seinem Lehrbuch

Verlauf gewisse Ähnlichkeiten aufwiesen. Mit dem typischen Ausbruchsalter in der Jugend und der auffallend raschen Progression sollte diese Form der Demenz laut Kraepelin zu schweren Störungen der Integrität der Persönlichkeit⁴⁵ führen (Kraepelin 1919b:1-4). Seine unvergleichliche Aufmerksamkeit unter den Psychiatern verdiente die *dementia praecox* aufgrund seiner relativen Häufigkeit in Europa und Amerika: „Dementia praecox ist ohne Zweifel eine der häufigsten Formen der Geisteskrankheit von allen“ (Kraepelin 1919b:224).

Im psychiatrischen Diskurs Japans manifestierte sich dieser Begriff erstmals beim Kraepelin-Schüler Miyake (Vgl. Miyake 1938:234). Im *Japanese journal of neurology and psychiatry*, einem der ersten Publikationsorgane japanischer Psychiater, das auch im internationalen Diskurs Fuß fassen sollte, veröffentlichte Miyake seine Version einer psychiatrischen Verortung Japans. In der Schrift mit dem Titel „A psychiatric bird’s-eye view of Nippon“ (Miyake 1926) wurde unter exzessiver Verwendung von Statistiken eine Kartographie von Geisteskrankheiten in Japan entworfen. Dabei kommt der überproportionale Anteil der *dementia praecox* mit 4858 von insgesamt 13576 dokumentierten Fällen der Matsuzawa-Klinik zum Vorschein (Miyake 1926:9-10). Aber, und das ist der springende Punkt, erlaubte es die vergleichende Psychiatrie, mannigfaltig unterschiedliche Ausprägungen, nicht nur der *dementia praecox*, sondern von Psychosen allgemein unter den Völkern der Erde festzustellen.

Anfang des 20. Jahrhunderts unternahm Kraepelin eine Reise nach Java, wo er in der holländischen Irrenanstalt Buitenzorg eine Untersuchung zu Kultur- und Rassenspezifika von psychischen Krankheiten durchführte. Die daraus hervorgegangene schriftliche Abhandlung war das gleichnamige Gründungswerk der vergleichenden Psychiatrie (Kraepelin 1904). „Von denjenigen Krankheitsformen, für deren Entstehung wir, zu-nächst wenigstens, bestimmte äussere Ursachen nicht verantwortlich machen können, war die *Dementia praecox* [Hervorhebung im Original] in dem Sinne, wie wir sie heute umgrenzen, überaus häufig. Allerdings stehen wir hier vor der Frage, wie weit dieses Krankheitsbild eine klinische Einheit bildet. Es wäre möglich, dass sich bei der Auflösung desselben in kleinere Gruppen Unterschiede in der Morbidität der *Eingeborenen und der Europäer* [Hervorhebung

explizit darauf hin, dass endogene Ursachen in der Psychiatrie auch oft Ausdruck der Unkenntnis der Ursache sind und zur Brandmarkung als lebenslange unheilbare Fälle führen können (Dörner/Plog 1996:17).

⁴⁵ Wie bereits erwähnt entwickelte Bleuler in kritischer Auseinandersetzung mit der *dementia praecox* den Begriff der Schizophrenien (Vgl. Bleuler 1923).

von mir – BL] herausstellen [...]“ (Kraepelin 1904:435). Es geht also um die differenzierte Ausbildung der Syndrome, die eine Abgrenzung zwischen Selbst und Anderem ermöglicht, was in diesem Fall die nicht weiter differenzierte Einheit der Völker Europas und der indigenen Bevölkerung des kolonisierten Javas ausmacht. Kraepelin kommt zum Ergebnis, dass zum Beispiel die psychotischen Formen des *Látah* und des *Amok*⁴⁶, die auf Jawa sehr oft auftreten, zwar keine genuin neuen Klassen von psychischen Störungen darstellen, aber „[a]uf der anderen Seite [...] uns bekannt[e] Krankheitsbilder dort Abwandlungen, die wir mit einer gewissen Berechtigung auf Rasseneigentümlichkeiten der Erkrankten zurückführen dürfen“ (Kraepelin 1904:437) ausbilden.

Miyake wird nun gleich auf der ersten Seite seiner vogelperspektivischen Studie festhalten, indem er sich auf Kraepelins Beobachtungen aus Java bezieht, dass in Japan keine „rassenspezifischen“ Syndrome der Art *Amok* oder *Látah* vorkommen. Man kommt nicht umhin die Markierung „spezifisch“ in Bezug auf eine „Rasse“ hier als rassistische Zuschreibung der Rasse der Anderen aufzufassen. Interessanterweise gibt es nämlich eine Ausnahme: Die *Ainu*, denen die Ausbildung einer speziellen Art der Hysterie namens *imbakko* zugeschrieben wird (Miyake 1926:8). Das was Miyake vielleicht eigentlich sagen wollte, ist nicht, dass es in Japan keine rassenspezifischen Geisteskrankheiten gibt, sondern, dass sie nur bei Japanern nicht auftreten. Japan, das im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts bereits zur Kolonialmacht geworden war, reproduzierte die Gesten der imperialen Vorbilder aus Europa, indem es ebenfalls seine politisch-ökonomisch gestützte Definitionsmacht ausspielte. Denn Miyake setzte fort: „Als Beispiele von Geistesstörungen mit spezieller Abhängigkeit von territorialen Verteilungen seien die Fälle von Kretinismus und Opiumsüchtigen von Taiwan (Formosa) und die Eunuchen von Chosen (Korea) angeführt“ (Miyake 1926:9). Kure schrieb in seinem Kompendium, ebenso auf Kraepelins vergleichende Psychiatrie beziehend, vom *Amok* und *Látah* der Malaien im selben Atemzug wie vom *imbakko* der *Ainu* und dem Kretinismus Taiwans (Kure 2003a:328). Lassen sich an dieser Stelle nicht politische Effekte des psychiatrischen Diskurses herauslesen, die es Japan erlaubten den Westmächten „rassisch“ auf einer Augenhöhe zu begegnen? Nur ein Problem

⁴⁶ „Das *Látah* besteht wesentlich in der Auflösung von Nachahmungsautomatie mit Koproliale durch plötzliche gemütlche Erregung bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit. [...]. Dagegen ist das *Amok* keine einheitliche Krankheitsform, sondern die gemeinsame Bezeichnung für triebartige schwere Gewalttaten bei getrübttem Bewusstsein“ (Kraepelin 1904:436).

tauchte noch auf, nämlich die schon erwähnte auffällige Verbreitung von Phänomenen der Besessenheit in Japan. Diese Hürde wird Miyake aber mit Bravour überwinden.

Die Auseinandersetzung der Medizin mit der in Japan, aber auch China und Korea, oft anzutreffenden Besessenheit von Füchsen (*kitsune-tsuki*) und anderen Tieren hat eine lange Geschichte. Ab den 1870er Jahren, als die frühesten medizinischen Zeitschriften in Japan erschienen, wurde die Besessenheit (*monotsuki*) zu einem der eminentesten Probleme für die junge Psychiatrie. Ärzte diskutierten in den Fachjournalen ob es sich dabei um eine Form von Geisteskrankheit handelt oder nicht. Der deutsche Internist Erwin von Bälz, der 1879 als sogenannter *oyatoi gaikokujin*⁴⁷ die westliche Medizin in Japan zu etablieren half und die ersten Vorlesungen zur Psychiatrie in Japan hielt, sollte diese Debatte maßgeblich beeinflussen. 1885 wird er in einem Artikel, der in gleich drei japanischen medizinischen Zeitschriften publiziert wurde, eine vollständig psychiatrische Theorie über die Fuchs-Besessenheit vorlegen⁴⁸. Darin erklärte er das Phänomen der veränderten Sprache und spontan auftretende Persönlichkeitsspaltung der Besessenen mit einer vorübergehenden Störung, die die beiden Gehirnhälften unabhängig von einander operieren lässt (Burns 2000:37-39). Aber dieses Konzept der Besessenheit als Geisteskrankheit konnte sich nicht widerstandslos durchsetzen. Zu fest verankert schienen die traditionellen Vorstellungen von den göttlichen Füchsen, die zur Bestrafung oder aus Rache in die Körper ihrer Opfer fahren. So kam es, dass die Studenten der Psychiatrie unter Sakaki, darunter auch Kure, die in verschiedenste Gebiete geschickt wurden um Feldforschungen über Besessene anzustellen, beim Versuch diese neue Deutung eines alten Phänomens unters Volk zu bringen auf empfindlichen Widerstand stießen. Oft wurde den Psychiatern der Zugriff auf die Objekte des Interesses verweigert, oder die Angehörigen wollten weder Diagnose noch Therapievorschläge annehmen (Burns 2000:39-40). Dass Teile der Bevölkerung anstatt ihre Besessenen der Psychiatrie anzuvertrauen, lieber auf den Austreibungsritus zurückgriffen war auch in der Taishō-Zeit noch gang und gebe (Hyōdō 2008:22-23). Wie schon im Kapitel 3.2. festgestellt, bestanden die

⁴⁷ Ausländische Experten, die als Berater in der Modernisierung Japans fungieren sollten. Wörtlich übersetzt bedeutet es angestellte Ausländer.

⁴⁸ Nach seiner Rückkehr aus Japan wird er eine eigene Monographie mit dem Titel „Über Besessenheit und verwandte Zustände“ (Bälz 1907) veröffentlichen, die eine allgemeine Theorie bilden soll und sich mit den verschiedenen Formen der Besessenheit im Westen und Osten auseinandersetzt.

althergebrachten rituellen Praxen und die psychiatrische Methode lange Zeit nebeneinander, es wurde keineswegs einfach die eine durch die andere abgelöst.

Es drängt sich die Frage auf, wie das nun alles in das Konzept der psychiatrischen Analyse Miyakes von Japan passt? Fuchs-Besessenheit als kulturspezifisches Syndrom, das in Europa nur die von der Wissenschaft als Aberglaube verspottete Entsprechung des Teufels- und Dämonenglaube hatte? Miyakes Diskurs löst dieses Problem in zwei Schritten. Erstens, und das ist alles andere als nebensächlich, wird er die Fuchsbesessenheit mit einem medizinisch-wissenschaftlichen Begriff bezeichnen und verschiedene Formen unter die nosologischen Standardkategorien *dementia praecox*, manisch-depressive Psychose oder Hysterie subsumieren (Miyake 1926:9). Damit schafft er den Neologismus der Alopecanthropie⁴⁹, ein Begriff der nur in den Werken Miyakes auftaucht (Vgl. Miyake 1926:9, 1938:35). Während Kure in seinem Kompendium der Fuchsbesessenheit noch fast ganze drei Seiten widmete (Kure 2002:104-106), ist in Miyakes Lehrbuch der „Fuchsbesessenheitswahn“ (Miyake 1938:35) nur mehr ein gewöhnlicher Unterpunkt des Wahns unter vielen anderen wie dem Gesundheitswahn, dem Beeinflussungswahn, dem Unschuldswahn oder dem Begnadigungswahn, dem ein einziger Satz zukommt: „Die in unserem Land vorkommende Überzeugung von einem Fuchs besessen zu sein: Fuchsbesessenheit, Fuchsbesessenheitswahn Alopecanthropie [...]“ (Miyake 1938:35). Im zweiten Schritt projizierte er das Phänomen ganz einfach in die Vergangenheit. Er sagt ganz einfach: „Das Nippon von gestern hatte Fälle von *alopecanthropia* [...]“ (Miyake 1926:9). Immerhin befindet sich Japan im Prozess der Modernisierung, deshalb konnte er das Phänomen Besessenheit trotz seiner relativen Prävalenz zu einem historischen Problem machen, denn die Geisterheiler, Schamanen und fuchsaustreibenden Priester „[...] nehmen in der heutigen Zeit schrittweise ab, gerade proportional mit der Entwicklung der Kultur unter unseren Einwohnern“ (Miyake 1926:9).

Nachdem gezeigt wurde, wie sich die Psychiatrie im japanischen Diskurs entfaltete, wie sie sich durch die Konstruktion von Traditionslinien und Parallelen zum Westen als gewachsenes Kontinuum darstellte, das sich aus der Revision seiner Geschichte, einer Entdeckung der Universalität seiner Tradition und der Anschlussfähigkeit der professionellen terminologischen Klassifizierung speiste, wird das nächste Kapitel die rechtlichen Grundlagen durchleuchten, die es der Psychiatrie

⁴⁹ Das Wort setzt sich zusammen aus *alopex* und *anthropos*, altgriechisch für Fuchs und Mensch.

gestatteten ihre Macht in einer jungen japanischen Nation zu konstituieren. Dafür wird zuerst die moderne japanische Rechtsgeschichte rekonstruiert um im Anschluss die Rolle der Psychiatrie in diesem System zu veranschaulichen. Dabei gilt es die Evidenz der diskursiven Verstrickung von modernem bürgerlichen Recht und Psychiatrie, ihre gegenseitige Abhängigkeit zu durchleuchten.

4. Das Recht der Psychiatrie

„Das Rechtssystem einer Nation sollte zweifelsohne auf deren Rechtsgrundsätzen beruhen und an deren kulturellen Werten ausgerichtet sein. Zwangsläufig ergeben sich auf diese Weise zwischen den Rechtssystemen der einzelnen Nationen Unterschiede, obwohl sich durchaus auch Elemente in den Rechtsgrundsätzen finden lassen, die von allen Nationen anerkannt werden, da sie allgemeingültige Regelungen menschlichen Zusammenlebens darstellen.“

Nishihara 1997:18

Auf den ersten Blick scheint der Satz des japanischen Rechtstheoretikers Nishihara Haruo, der anlässlich einer Rede zur Verleihung der Ehrendoktorwürde der Universität Augsburg 1996 gefallen war, so einleuchtend wie fundamental zu sein. Und eigentlich würde es auch kein Problem dabei geben, wäre da nicht eine gewisse verschleppte Ahistorizität der Wörter Nation beziehungsweise kulturelle Werte. Hätte es überall auf der Welt schon immer Nationen mit inhärenten kulturellen Werten gegeben, die auf einem Gemeinplatz allgemeiner Regeln basieren, dann könnte man sich nicht weiter an der Formulierung stoßen. Aber was passiert mit dieser Behauptung, wollte man sie an einer Situation messen, in der eine Nation gerade erst dabei ist sich zu formieren oder vielleicht besser formiert zu werden. Die Gründungszeit einer Nation ist gleichzeitig der beste Beweis für die Tatsache, dass kulturelle Werte ein inhomogenes Set an Konstruktionen sind, die einem historischen Wandel unterliegen, der sich nicht so einfach in ein geographisches Gebiet einzäunen lässt. Auch nicht, wie im Falle Japans, wenn der fragliche Raum ausgerechnet von der rechtlichen Neutralität der See umgrenzt wird. Im Folgenden wird es klarer werden, was geschieht, wenn einem scheinbar gegen den Westen abgeschlossenen soziopolitischen System ein Rechtssystem mit eigenen Werten aufgepfropft wird.

4.1. Geburt eines japanischen Rechtssystems

Um der Kolonialisierung und dem unerwünschten Einfluss aus dem imperialistischen Westen zu entgehen, beschloss das Tokugawa-Shōgunat 1633 per Dekret die Abriegelung Japans gegenüber den Westmächten. Schon der Bau

hochseetauglicher Boote war unter Todesstrafe gestellt. Da Japan eine Insel ist, schien es relativ einfach diese historisch nahezu einzigartige Abschottung zu exekutieren. Aber gerade das umgebende Meer, das hierfür eine Garantie bieten sollte, war vielleicht auch derjenige völkerrechtlich diffuse Raum⁵⁰, der es dem Westen, allen voran den Vereinigten Staaten von Amerika, ermöglichte dieses Siegel zu brechen.

4.1.1. Die ungleichen Verträge

„Pirata minus delinquit, quia in mari delinquit“

Alciatus, zitiert nach Schmitt 1997:15

„Piraten vergehen sich am wenigsten, weil sie sich auf dem Meer vergehen“ (Schmitt 1997:15), oder: „Auf dem Meere gilt kein Gesetz“ (Schmitt 1997:15). Und so tauchten am 14. Juli 1853 die sogenannten schwarzen Schiffe in der Bucht von Uraga auf. Dabei handelte es sich um Kriegsschiffe unter Befehl des Amerikaners Commodore Matthew Perry, durch die die Öffnung des Landes, die Aufnahme diplomatischer Beziehungen und vor allem des Handels mit den USA, unter Androhung von Kanonenfeuer gefordert wurden. Ohne Aussicht auf einen militärischen Triumph gegen die Übermacht der modernen amerikanischen Marine, lenkte die japanische Führung ein. Japan unterzeichnete in weiterer Folge einen Vertrag mit den USA, der ihren Handelsreisenden in Japan den Status der Extraterritorialität sicherte, sowie einseitig niedrige Zölle für den Import ausländischer Waren. In den nächsten Jahren zogen die europäischen Großmächte nach und installierten ähnliche Verträge, die unter der Sammelbezeichnung ungleiche Verträge (*fubyōdō jōyaku*) die politisch-ökonomische Entwicklung Japans bis zur Meiji-Restauration maßgeblich beeinflussen sollten. Anders als China, das in einer ähnlichen Situation auf kriegerische Auseinandersetzungen einging und verheerende Verluste erlitt, ging Japan auf die Forderungen der westlichen Staaten ein, womit die Einschränkung zur Festlegung von Einfuhrzöllen und damit ein wichtiger Teil der

⁵⁰ Zur rechtlichen Eigenart des maritimen Raumes im Unterschied zur Souveränitätskonstituierenden Funktion des Festlandes im Rechtsdiskurs und seine Rolle im Völkerrecht des 19. Jahrhunderts siehe: „Das Recht als Einheit von Ordnung und Ortung“ (Schmitt 1997:13-20) in: *Der Nomos der Erde im Völkerrecht des Jus Publicum Europaeum* (Schmitt 1997).

Souveränität des japanischen Staates verschmerzt werden musste (Marutschke 1999:34). Das mit dieser neuen Situation konfrontierte Tokugawa-Shōgunat erwies sich als handlungsunfähig. Diese Schwäche wurde genutzt um die jahrhundertelange Regentschaft des Shōgunats zu beenden und offiziell die kaiserliche Macht zu restaurieren. Der resultierende politische Umbruch, also die Machtübergabe an den erst 15 jährigen *tennō* Mutsuhito von 1868, ist unter dem Namen Meiji-Restauration als vielleicht berühmteste Zäsur in die japanischen Geschichte eingegangen, die den Beginn der Meiji-Zeit markiert. Im unmittelbaren Anschluss hat man zwar zunächst versucht das Recht wieder nach klassischer chinesischer Rechtslehre zu kodifizieren, aber nicht zufällig sah es die neue Meiji-Regierung als eine ihrer dringlichsten Aufgaben das Rechtssystem Japans von Grund auf zu reformieren. Denn eine mögliche Revision der ungleichen Verträge, die als Voraussetzung der politischen und wirtschaftlichen Souveränität Japans gelten musste, konnte nur auf Basis einer mit den Westen kompatiblen modernen Rechtssystematik errungen werden (Marutschke 1999:35-36). Verträge als juristische Konstruktionen konnte man eben nur durch juristische Mittel modifizieren. Nur so konnte man dem Westen innerhalb kürzester Zeit auf gleicher Augenhöhe entgegentreten⁵¹. Gleichzeitig war die Schaffung eines modernen Rechtssystems ein Fundament zur Zentralisierung der Macht, die mit der Einführung der Grundsteuer auch dauerhafte innenpolitische Stabilität versprechen sollte (Marutschke 1999:36).

4.1.2. Das moderne Recht

Mit einer Schnelligkeit und Radikalität, die in der Weltgeschichte der Bildung von Nationen möglicherweise Ihresgleichen sucht, hat die Meiji-Führung ein modernes Rechtssystem etabliert. Gerade einmal 15 Jahre nach der Meiji-Restauration wurde ein am französischen orientierter Strafrechtskodex und 22 Jahre nach derselben die, an die preußische angelegte Meiji-Verfassung eingeführt, die bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges 1945 in Kraft blieb (Igeta 2006:28). Man muss sich, so wie Totsuka zu Recht anmerkt, vor Augen führen, welche Schwierigkeiten bei der Einführung eines Rechtssystems auftauchen, wenn das traditionelle Rechtsdenken

⁵¹ Das, und natürlich die Entwicklung eines umfassenden modernen Militärapparats können als Voraussetzungen gelten.

Japans viele basale Kategorien des europäischen Rechts, wie Menschenrechte, das Recht auf Freiheit, dem Recht auf freien Verkehr und überhaupt einem positivistischen Recht gar nicht kannte (Totsuka1990:194). Um eine Idee davon zu bekommen, welche möglichen Modelle der Ausprägung westlichen Rechts für Japan zur Verfügung standen, musste man diese zuerst einmal *in vivo* studieren. Ab 1872 begann daher die Mission eines Stabs hoher Regierungsbeamter unter der Führung von Iwakura Tomomi, genannt Iwakura-Mission, nach Amerika und Europa, die kein geringeres Ziel hatte als eine Art Bestandsaufnahme der Methoden westlicher Modernisierung. Dabei stand natürlich die Eignung westlicher Entwicklungsprozesse auf die Anwendung auf Japan im Vordergrund. Das Ergebnis war die Erkenntnis, dass eine schnellst mögliche Modernisierung Japans am besten durch die direkte Konsultierung ausländischer Berater erzielt werden konnte. So entstand das durch den französischen Juristen Gustave Boissonade verfasste, am französischen Code Pénal fußende, japanische Strafgesetzbuch, das zwischen 1880 und 1882 in Kraft trat. 1907 wurde es nach dem Muster vor allem des deutschen Strafgesetzbuches modifiziert⁵². Das Zivilrecht stand dagegen hauptsächlich unter dem Einfluss Deutschlands und stammte aus der Feder des ebenfalls nach Japan geholten, diesmal deutschen Juristen Hermann Roesler (Marutschke 1999:36-37).

Bereits 1894 trug diese Strategie ihre ersten Früchte, als die erfolgreiche Revision des ungleichen Vertrages mit Großbritannien durchgesetzt wurde, worauf nach und nach weitere Revisionen folgten, bis Japan 1911 seine Zollhoheit wiedererlangte. Die Folgen dieser von oben durchgeführten absolutistischen Revolution lasteten allerdings sowohl auf der Bevölkerung des eigenen Landes, sowie auf den benachbarten Regionen. Dies äußert sich etwa darin, dass Japan auch begann die imperialen Bemühungen seiner westlichen Vorbilder zu reproduzieren, indem es 1876 zum ersten ungleichen Vertrag zwischen Japan und Korea kam, diesmal mit Japan als bevorzugter Partei (Igeta 2006:30-31).

Für das Verhältnis von Psychiatrie und Rechtswissenschaft ist in erster Linie das Strafgesetz von Interesse, denn in diesem Bereich wird die Psychiatrie eine

⁵² Diesen Modus, wonach der bereits eingeführte französische Kodex nach Anleihen am deutschen Recht reformiert wurde, erklärt Igarashi Kiyoshi durch den besonderen zweiphasigen Aufbau der japanischen Rechtsrezeption. Die Kodizes wurden zwar oft direkt aus dem französischen Recht übernommen, aber gleichzeitig spricht man von einer eigenen Theorie-Rezeption. Nach dieser These war die Rechtswissenschaft fast ausschließlich aus dem deutschen Reich übernommen worden. So kommt es, dass das japanische Zivilgesetzbuch (ZGB) zwar keine Kopie des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) war, aber die japanische Zivilrechtswissenschaft einer Kopie der deutschen (Igarashi 1990:5-6).

besondere Funktion einnehmen und damit ihren Geltungsanspruch verfestigen. Schon kurz nach der Verabschiedung des ersten Strafgesetzes von 1880 wurden die legislatorischen Verhandlungen der zuständigen Expertenkommission wieder aufgenommen. Die an einer stringent logisch-deduktiven deutschen Rechtstheorie geschulten Theoretiker kritisierten die vielfache begrifflich-definitorische Unschärfe des Abkömmlings des französischen Code Pénal. Außerdem mussten die richtungsweisenden ideologischen Belange der konservativ-nationalistischen Verfassung stärker Eingang finden. Mehrere Entwürfe passierten von 1890 bis 1899 das Parlament, bis schließlich 1907 das neue Strafgesetzbuch erlassen wurde (Schenck 1997:315-318). Ein zentraler Einflussfaktor für die Entwicklung des japanischen Strafgesetzes war die sogenannte moderne Schule des deutschen Strafrechts, der zum Beispiel konkret eine Verschärfung des Strafausmaßes bei Wiederholungstätern bewirkte (Nishihara 1989:16-17). Der Grund dahinter: Die moderne Schule führte eine gänzlich neue Logik der Strafrechtsordnung ein, indem sie die Gefährlichkeit eines Täters zur Bemessungsgrundlage einer Sanktion zuzog, in der man wiederum eine Technik der sozialen Verteidigung sah, die außerdem zur ethischen Korrektur des Täters beitragen sollte (Fukuda 1989:57-58). Das sind ganz andersartige Probleme als die der alte japanische Rechtswissenschaft, die sich mit aus dem chinesischen Recht hergeleiteten Vorstellungen über die ewige Idee der Gerechtigkeit, die die bewusste Entscheidung jedes Subjektes zum Verbrechen, also die prinzipielle Fähigkeit zur Unterscheidung von Gut und Böse beschäftigte. In diesem System ist die Strafe tatsächlich der Versuch einer Vergeltung der Straftat. Die neue Schule des japanischen Rechts dagegen rückte das Recht immer mehr in die Nähe einer präventiven Intervention im sozialen Raum. Der Begriff des inneren Feindes der Gesellschaft, die dem sozialen Gefüge inhärent latente Gefahr, vor der es die Gesellschaft zu bewahren gilt bildet den völlig neuen Diskurs, der am Ende des 19. Jahrhunderts nicht nur in der Rechtswissenschaft auftritt (Serizawa 2001:23-33). Dieser Diskurs folgt nicht unbedingt der juridikalen Logik von Transgression und Sanktion, also der Logik der Souveränitätsmacht⁵³, die sich auf die Gefahr einer Tat konzentriert, sondern er richtet sein Interesse auf die Gefahr eines Subjekts. Was hier entsteht ist vielleicht treffender als Emergenz des Disziplinarischen innerhalb des juristischen Bereiches zu bezeichnen. Das Disziplinarische ist nicht auf das

⁵³ Siehe Kapitel 2.3.1.

Recht allein beschränkt, es konstituiert vielmehr eine andere Machtform⁵⁴, die zwar von rechtlichen Kategorien getragen werden, sich aber prinzipiell auch anderer Mittel bedienen kann und, wie wir sehen werden, sogar muss (Tadros 1998:78-90). Es konstituiert einen delokalisierten Machtmechanismus oder mit anderen Worten ein Dispositiv (Tadros 1998:95). Genau an dieser Schnittstelle des disziplinarischen Dispositivs findet die Verschränkung von Recht und Psychiatrie statt.

4.2. Die juristische Form der Psychiatrie

Bis zur Modernisierung des japanischen Rechts im Zuge der Meiji-Restauration gab es keine Gesetze, die den Umgang mit Geisteskranken in der Gesellschaft kodifizierten. Obwohl ein modifiziertes deutsch-französisches Rechtssystem eingeführt wurde gab es trotzdem keine Gesetze zum Umgang mit Geisteskranken (Totsuka 1990:193-194). Erst 1900 trat das *Seishin Byōsha Kango-hō* in Kraft, das Gesetz zur Obhut von Geisteskranken. Dieses Gesetz schien zunächst nichts anderes zu tun, als die bestehende Praxis der familialen Pflege zu reglementieren und unter polizeiliche Administration zu stellen, indem es eine offizielle Obhut in der Familie für die Geisteskranken vorsah und Kontrollen durch den örtlichen Beamtenapparat einführte (Suzuki 2003a:198-199). Nakatani macht darauf aufmerksam, dass durch die geschickte Einführung des Wortes *kango* für Obhut ein Schulterschluss zwischen zwei Problemen im Umgang mit Geisteskranken erzielt wurde. Denn die gesetzlich geregelte Obhut versprach Schutz und Unterkunft für den Kranken und gleichzeitig garantierte es mit der Internierung in privaten häuslichen Zellen im Falle eines Tobsuchtsanfalls den Schutz der anderen vor dem Patienten (Nakatani 2003:194). „Das Produkt dieses Kompromisses war es, den klugen Neologismus der „Obhut“ einzusetzen“ (Nakatani 2003:194).

Dieses Gesetz muss außerdem aus zwei Beweggründen heraus verstanden werden. Erstens war es der Versuch der japanischen Führung, sich unter dem Druck zur Modernisierung des Westens mit seinen ungleichen Verträgen, wie bereits angesprochen, durch umfassende Gesetzesnovellierungen Respekt im internationalen Raum zu schaffen. Dadurch dass der gesetzlich-polizeilich

⁵⁴ Genau diesen Prozess analysiert Serizawa, wenn er von der späten Meiji-Zeit bis zur Taishō-Periode beobachtet, wie sich die Macht vom Gesetz löst und eigene Formen der sozialen Kontrolle entwickelt (Serizawa 2001).

ungeregelte Umgang mit Geisteskranken in Japan den Westmächten Grund zur Diffamierung bot, musste schnell ein Gesetz geschaffen werden. Natürlich war es nicht möglich, so schnell ein Asylsystem nach europäischem Vorbild hervorzubringen und so schien dieses Gesetz eine gute Möglichkeit, die Situation pragmatisch unter Kontrolle zu bringen (Nakatani 2003:194). Aber das Gesetz versprach nicht nur die Lösung internationaler Konflikte, sondern, und das ist der zweite Beweggrund, gleichzeitig sorgte es auch für Ruhe im eigenen Land. Denn es war auch eine Reaktion auf die laufenden Proteste gegen den Missbrauch dieser Form der privaten Internierung. 1885 kam es zur Aufdeckung des so genannten Sōma-Skandals, der das ganze Land schockierte. Sōma Tomotane war ein ehemaliger *daimyō*, der unter der zweifelhaften Behauptung, er sei geisteskrank, jahrelang privat interniert wurde (Suzuki 2003a:198-199). Was den Fall so brisant werden ließ, dass er nicht nur in japanischen, sondern sogar in ausländischen Zeitungen heftig diskutiert wurde, war die unpräzise Gesetzeslage. Sōma wurde zunächst 1879 von seiner Familie in privates Gewahrsam genommen. Diese Internierung wurde von einem ergebenen Diener Sōmas als unrechtmäßig angeklagt. Trotz der Abweisung der Klage, wahrscheinlich um weitere Sabotagen der Verwahrung Sōmas zu unterbinden reichte die Familie eine offizielle Anfrage zur Sicherheitsverwahrung eines Geisteskranken ein, der von einem kaiserlich-ärztlichen Gutachten begleitet war. Daraufhin ließ die zuständige Polizeibehörde Sōma selbst medizinisch untersuchen und bestätigte zwar das Vorliegen einer psychischen Störung, sahen aber in der Diagnose keinen hinreichenden Grund für eine Internierung. Die private Verwahrung musste aufgelassen werden, woraufhin er, abermals von seiner Familie, in eine private Irrenanstalt eingewiesen wurde, um etwas später in die staatliche Anstalt Tōkyōs überwiesen zu werden. Nach erfolgreicher medizinischer Behandlung wurde er aus der Anstalt entlassen, allerdings schon ein Jahr darauf wieder eingewiesen. Nach einer durch seinen Diener geplanten Flucht, die jedoch scheiterte, wurde er zurück in die Universitätsklinik Sugamo unter Sakaki gebracht, der eine Diagnose von Manie erstellte, die Sicherheitsverwahrung aber aufließ. Bevor es 1892 zu einem Berufungsverfahren kommen sollte starb Sōma schließlich (Kargl 1987:19-21). Es war dieses hin und her, die ambivalente Sachlage, die gesetzlich nicht eindeutig geregelt war, die die öffentliche Aufmerksamkeit anfachte. Man könnte diese und ähnliche Fälle des Missbrauchs der privaten Internierung in die Nähe des Missbrauchs der *lettre de cachet* im Frankreich des 18. Jahrhunderts rücken. Dabei

handelt es sich um königliche Befehle zur Einschließung, die von Privatpersonen per Brief angefordert werden konnten. Beiden Praktiken ist gemeinsam, dass sie auch benutzt wurden, um unliebsame Personen unter dem Verdacht des Wahnsinns einsperren zu lassen (vgl. Suzuki 2003a:198-199 und Castel 1983:26-27).

Aus einer Erhebung von 1917 geht hervor, dass von 65.000 Geisteskranken ca. 4500 in häuslichen Zellen und rund 5000 in privaten und öffentlichen Anstalten untergebracht waren (Nakatani 2003:195). Als Sakakis Nachfolger prangerte Kure Shūzō, mittlerweile Professor für Psychiatrie der Universität Tōkyō, diese fatalen Zustände der Irrenpflege in Japan an. 1918 veröffentlichte er gemeinsam mit seinem Kollegen Kashida Gorō eine Studie zu den verheerenden Zuständen der privaten Internierung. Es handelt sich um das bereits in der Einleitung der vorliegenden Arbeit erwähnte *Seishinbyōsha shitaku kanchi no jikkyō oyobi sono tōkeiteki kansatsu [Der Zustand der privaten Obhut von Geisteskranken und seine statistische Betrachtung]* (Kure/Kashida 2009). Der unschätzbare Wert dieser Studie liegt nicht nur in der peniblen Auflistung von Fallstudien der Feldforschung, die insgesamt beeindruckende 115 beschriebene Fälle von privater Internierung zählt und in etwa die Hälfte des Buches einnehmen, sondern auch in der statistischen Auswertung der Fälle, die die zweite Hälfte des Werkes füllen. Aus der Statistik über die Gründe für die Internierung der vermeintlich Geisteskranken lassen sich interessante Einblicke über die Praxis des privaten Gewahrsams herauslesen. Die mit 27,7% häufigsten Gründe sind, kaum verwundernd, häusliche Akte der Gewalt gegen Familienmitglieder. Etwas unerwarteter fällt dann schon der mit 16,5% zweithäufigste Anstoß zur Einsperrung in eine Zelle aus: Zielloses Umherschweifen, insbesondere in entlegene Gebiete (Kure/Kashida 2009:109). Für Kure als Psychiater konnte es natürlich kaum eine zufriedenstellende Lösung sein, Leute, die sich aggressiv oder auch nur merkwürdig verhalten einfach in Haft zu nehmen, anstatt sie zu untersuchen oder behandeln, abgesehen davon, dass er in den Einzelfallschilderungen immer wieder die unmenschlichen Bedingungen in den häuslichen Zellen schildert (Kure/Kashida 2009:60-71). Kure konnte mit dieser Studie, durch wissenschaftlich anerkannte Methoden beweisen, in welchem ungünstigen Zustand sich dieses System befand. Und der Statistik kommt eine durchaus tragende Rolle im psychiatrischen Diskurs zu: Denn sie vermag es erst die mannigfaltigen Ausformungen von Krankheitsbildern, die bei jedem Patienten aufgrund seiner individuellen Anamnese und Konstitution immer etwas anders ausfallen können,

unter dem Dach einer einzigen pathologischen Kategorie zu vereinigen, was die allgemeine Bedingung für eine systematische medizinische Nosologie überhaupt ist (Vgl. Fleck 2011:42). Aber was hier gerade für die Psychiatrie entscheidend ist, speziell wenn sie wie bereits ausgeführt, als sozialmedizinischer Agitator auftritt: Sie ist von quasi-soziologischen statistischen Erhebungen abhängig, damit sie sich ein umfassendes Wissen über die Bevölkerung verschaffen kann. Nur durch Ordnung der schier unendlichen Datenstränge in einer Matrix, die es braucht um den Blick über das Ganze des sozialen Gefüges schwenken lassen zu können, ist es möglich, dass die Psychiatrie disziplinarische Zugriffsformen, wie zum Beispiel das Analysewerkzeug Epidemiologie und sein konjugiertes Instrument Psychohygiene, ausbilden kann. Die Dringlichkeit einer medizinischen Statistik für eine moderne Nation hatte Kure schon 1899 erkannt und eine japanische Übersetzung des ersten *Handbuch der medizinischen Statistik* (Oesterlen 1865) besorgt (Esuteruren 1899). Im Vorwort zur japanischen Ausgabe wird auch die von Oesterlen herausgegebene *Zeitschrift für Hygiene, medizinische Statistik und Sanitätspolizei* beworben (Esuteruren 1899:3).

Zunächst baute Kure mithilfe seiner Studie als Argument eine Lobby von Ministern auf, die tatsächlich eine Gesetzesreform durchsetzte. 1919 wurde daraufhin das *Seishin Byōin-hō*, das Gesetz für psychiatrische Krankenhäuser, erlassen, das die Unterbringung von Gewalttätigen, Gefährlichen und schwierigen Fällen endlich in psychiatrischen Anstalten vorschrieb. Der öffentliche Diskurs in Bezug auf Geisteskrankheiten war zu dieser Zeit geprägt von Anschauungen der Vererbbarkeit, Unverständlichkeit und immer mehr der Gefährlichkeit. Sie wurden zunehmend als fürchterliche Krankheiten dargestellt und der Aspekt der Gefahr für die öffentliche Sicherheit geriet zunehmend ins Zentrum des Diskurses (Totsuka 1990:194). Es zeigt sich sehr deutlich, wie das Dispositiv zur Gefährlichkeit auch in diesem Diskurs langsam an die Oberfläche kommt.

Neben der einflussreichen Studie von Kure, die übrigens in der damals bekanntesten medizinischen Zeitschrift Japans veröffentlicht wurde, kann auch eine Rede von Saitō Kiichi, einem Militäroffizier und Gründer des Aoyama Hospitals, angesehen werden, die er 1918 im Unterhaus des japanischen Parlaments hielt. In seiner Rede machte Saitō vehement auf die Gefahr aufmerksam, die von umherstreifenden irren Gewalttätern ausgeht. Auffällig dabei ist, dass er nicht das Bild des Wahnsinnigen als wildes Tier heraufbeschwört, sondern aus den

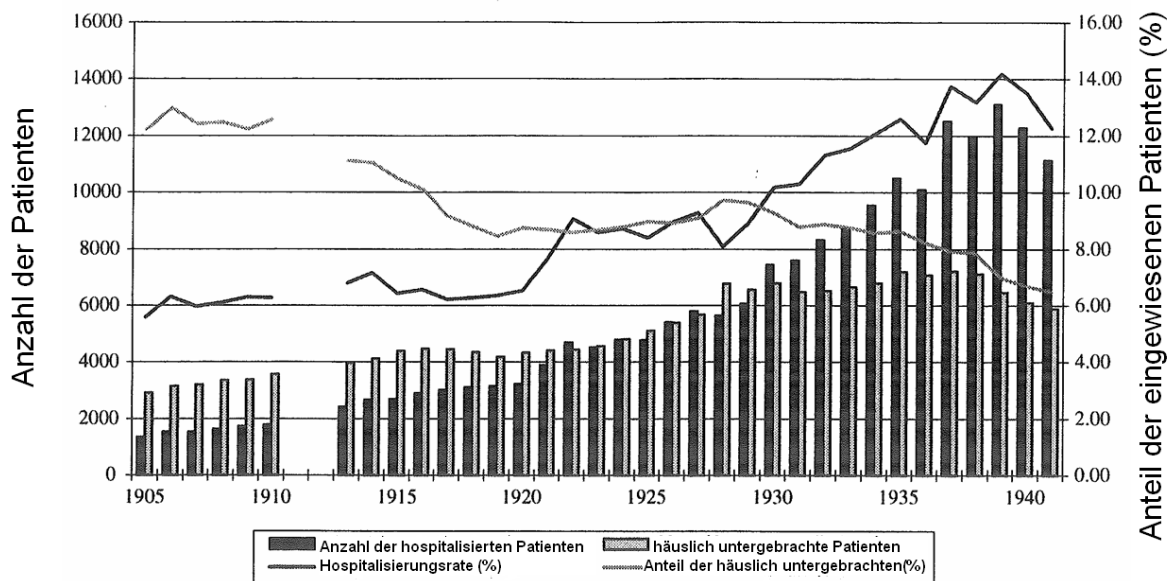
Geisteskranken ein viel diffizileres Problem macht. Das wahre Problem seien eben nicht die offensichtlichen wild-tobsüchtigen Geisteskranken, sondern zum Beispiel Monomanen, die eigentlich normal wirken, die man nicht als solches sofort erkennen konnte. Er beschuldigte die Regierung quasi der Fahrlässigkeit, dass sie solche Gefahrenpotentiale, Mörder, Vergewaltiger, Schläger und ähnliches frei herumlaufen lasse. Dieser Bruch im Diskurs ist sehr wichtig für die Legitimierung der jungen psychiatrischen Wissenschaft. Die Gefahr, die von Geisteskranken ausgeht, war schon immer ein Thema, schließlich waren die Geisteskranken in erster Linie ein Problem der polizeilichen Ordnung, aber jetzt, da die Gefahr nicht mehr sichtbar ist, da die Gefahr unsichtbar am Grund der Gesellschaft brodelt, war auch ein neuer Agitator nötig, der mit diesem Problem umgehen kann, der diese Gefahr mittels medizinischer Begutachtung auch wirklich sichtbar machen kann. Natürlich schloss er die Rede mit einer nachdrücklichen Forderung für den Ausbau des psychiatrischen Anstaltswesens als Lösung des Dilemmas (Suzuki 2003a:202).

Das besondere Anliegen der vorliegenden Studie ist es, auf den Bruch hinzuweisen, der zwischen den beiden Gesetzen stattfindet. Während das Gesetz von 1900 eine zumindest teilweise traditionelle Praxis versucht in einen gesetzlichen Rahmen zu setzen, schickt sich das Gesetz von 1919 dazu an, diese Praxis zu verändern und die Verbreitung von psychiatrischen Anstalten auch in Japan verstärkt durchzusetzen (Suzuki 2003a:202). Was dieser Bruch im Diskurs und in der Gesetzeslage in der realen Praxis bewirken konnte, soll die folgende Grafik veranschaulichen. Deutlich kann man die Trendwende zur Hospitalisierung in den dreißiger Jahren in Abbildung 1⁵⁵ sehen.

Nachdem nun die Entwicklung nachgezeichnet wurde, die zuerst das moderne Recht und dann den gemeinsamen Auftritt von Recht und Psychiatrie exemplarisch dargestellt hat, ist man erst in der Lage die diskursive Vernetzung von Recht und Psychiatrie im Knotenpunkt des disziplinarischen Dispositivs zu erkennen. Im Folgenden Kapitel werden sich also endlich die diskursiven Bedingungen dieser Konstellation erklären lassen.

⁵⁵ Abbildung 1 befindet sich auf der nächsten Seite.

Abbildung 1: Patienten in privater und öffentlicher Internierung



Quelle: Suzuki 2003a:206

4.3. Notwendigkeit einer forensischen Psychiatrie

Der französische Soziologe Robert Castel beschreibt die Genese der französischen Psychiatrie als Lösung eines juristischen Problems mit medizinischen Mitteln. Die Parallelen zur Überschneidung psychiatrischer und juristischer Problematiken, die sich in Frankreich ergaben, sind denen die wir im Falle der japanischen Geschichte beobachten konnten augenscheinlich analog. Wie in Frankreich, Deutschland, Europa und auch Amerika stand der Wahnsinn in vorpsychiatrischen Zeiten ja noch nicht in medizinischer Behandlung. Der Umgang mit den Geisteskranken beruhte auf der juristischen Intervention und dem Eingriff der Familie. Die Familie übernahm die Hauptverantwortung für die Geisteskranken, wie zum Beispiel bei der privaten Internierung, die in Japan praktiziert wurde. Die Überwachung und Legitimierung verlief über die Polizei, nicht über die Medizin. Wie schon erwähnt, kam es zu Vorwürfen der Willkür gegenüber dieser Praxis. Als Reaktion setzte man keine Änderung der Praktiken durch, sondern eine Änderung der Legitimierung. Die Ärzte gewannen bei der Feststellung von Geisteskrankheiten an Bedeutung. Das war der erste Schritt in Richtung Medizinisierung des Wahnsinns (Castel 1983:26-62). Aber dies war ein Versuch, die bestehende Ordnung der Souveränitätsmacht aufrecht zu

erhalten. Die Freiheit des Bürgers auf Privatbesitz und ökonomischen Tausch musste durch den Rechtsstaat der Meiji-Regierung gewährt werden. Darüber hinaus musste der japanische Staat nicht nur darauf achten die Bedingungen zur Möglichkeit des Warenverkehrs sicherzustellen, sondern als aufstrebende Macht auf der internationalen politisch-ökonomischen Bühne auch für die Produktivität seiner Bevölkerung sorgen. Der Gesellschaftsvertrag der modernen bürgerlichen Gesellschaft verspricht soziale Mobilität, im Gegensatz zum Feudalismus, und damit zumindest der Ideologie nach gleiche Voraussetzungen für alle, aber diese Freiheit kann es in dieser Produktionsweise nur geben, wenn eine bestimmte Grundvoraussetzung von allen Akteuren im sozialen Gefüge geteilt wird. Diese unbedingte Voraussetzung ist die Verpflichtung zur ökonomischen Produktivität. Eine Übertretung dieses Gesellschaftsvertrages musste sanktioniert werden. Bei Verbrechern geschah das durch die Justiz, die juristische Souveränitätsmacht. Wie man aber zum Beispiel mit den Geisteskranken verfahren sollte, die sich dieser Rolle im produktiven Prozess widersetzen war nicht geklärt (Castel 1983:37-42). Darum wird der Wahnsinn auch gefährlich, weil er die produktive Ordnung bedroht, so wie es auch Kure beschrieb. Der juristische Apparat ist unzulänglich für dieses Problem, weil der Wahnsinnige nicht gegen ein bestimmtes Gesetz verstößt. Unberechenbar wie er ist, irrt er in einem gesetzlichen Niemandsland umher (Castel 1983:51). In Japan wurde 1882 dann im Zuge der Strafrechtsverordnung ein, vom berühmten Artikel 64 des französischen Strafrechts von 1810 abgekupfertes, Gesetz verabschiedet, um diesem Problem Abhilfe zu verschaffen. Es besagte, dass „eine Person, die durch den Verlust der mentalen Wahrnehmung nicht zwischen Recht und Unrecht unterscheiden kann [...]“(Nakatani 2003:197) nicht bestraft werden darf (Nakatani 2003:197). Es gab also schon seit den 1880er Jahren ein Gesetz zur strafrechtlichen Unmündigkeit von Geisteskranken, aber die entscheidende Frage ist doch, wer diese Subjekte erkennen kann?

Hier meldete sich Anfang des 20. Jahrhunderts die japanische Psychiatrie zu Wort. Nur die psychiatrische Wissenschaft konnte diese Anforderungen erfüllen. Auch bei privaten Irrenhäusern wurde die Legitimierung der Diagnostik und Therapie durch Psychiater immer wichtiger. Als Komine Shigeyuki, der die beste medizinische Ausbildung seiner Zeit genoss und unter anderem in der städtischen psychiatrischen Anstalt Tōkyō gearbeitet hatte, 1908 die private Ōji Hirnklinik in Tōkyō übernahm, begann diese erst richtig zu florieren. Bereits kurz nach dem Hospitalisierungsgesetz

von 1919 war die Ōji Hirn Klinik eine der am stärksten frequentierten psychiatrischen Anstalten Japans (Suzuki 2003b:346-347). Die letzte Konsequenz dieser Bewegung und der formale Untergang der traditionellen Ordnung der privaten Internierung war juristisch gesehen das vom neuen psychiatrischen Diskurs durchgesetzte Hospitalisierungsgesetz. Es übergab den Geisteskranken nun endlich ganz in die Arme der Psychiatrie. Wo die Bestrafung selbst nicht wirksam werden konnte, musste die Psychiatrie eingreifen. Damit besetzt die Psychiatrie ein diskursives Feld, auf das die juristische Macht nur beschränkten Zugriff hat. Anstatt der Bestrafung trat die mitleidige Internierung in eine Anstalt auf. „Das Mitleid bezeichnet den Platz des Gesetzes dort, wo das Gesetz nicht in seiner eigentlichen Form auftreten kann. Es ist das Analogon des Gesetzes, seine Metapher, sein Supplement“ (Castel 1983:53). Entscheidend für den Legitimierungsprozess ist dabei die Geste des Humanitären, die im Gegensatz zur sanktionierenden Gesetzeskraft aus der Liebe zum Menschen handelt (Vgl. Tadros 1998:90). Kraepelin hat das einmal treffend so formuliert:

„Unter den Grossthaten menschlichen Mitleides, auf die unser Jahrhundert stolz sein kann, nimmt sicherlich die Entwicklung der Irrenfürsorge eine der ersten Stellen ein. Noch sind nicht einmal 90 Jahre verflossen, seitdem in Deutschland die erste wirkliche Irrenheilanstalt eröffnet wurde. Heute aber besitzen wir bereits über 260 öffentliche und private Anstalten für Geistesranke, eine Zahl, die von Jahr zu Jahr in raschem Wachsen begriffen ist. Diese gewaltige Entwicklung wäre nicht möglich gewesen, wenn sich nicht mehr und mehr die klare Erkenntnis Bahn gebrochen hätte, dass den Geistesstörungen eine weit über die erkrankte Person hinausreichende Tragweite zukommt und demnach das Irrenwesen eine öffentliche Angelegenheit darstellt, deren Gestaltung schliesslich das Wohl und Wehe jedes Einzelnen nahe berührt. Die Gründe dafür liegen klar auf der Hand. Einerseits bedeuten die Geisteskranken für sich selbst wie für ihre Umgebung nach den verschiedensten Richtungen hin eine Gefahr, deren Grösse sich im einzelnen Falle schwer abschätzen lässt. Allgemeine Massregeln zur Verhütung dieser Gefahr sind demnach gegen Geistesranke in entsprechender Weise nötig wie gegen Verbrecher oder, wenn man lieber will, wie gegen ansteckende Kranke. Auf der anderen Seite aber bedürfen sie eines Schutzes und einer Fürsorge, wie sie in einer sehr grossen Zahl von Fällen durchaus nicht von der einzelnen Familie, sondern nur von einer grösseren Gemeinschaft geboten werden können.“

Kraepelin 1900:1

Für die Detektion dieser Gefahr in der Gesellschaft kann nur die Psychiatrie herangezogen werden. Die Ausbildung einer forensischen Psychiatrie ist eine absolute Notwendigkeit, sowohl für die Legitimierung der Psychiatrie als Diskurs, als auch für die juristische Lösung des Problems der Geisteskrankheit, auf die die

juridische Macht nicht zugreifen kann, weil ihr eben die Mittel der Erkenntnis fehlen. Die Entwicklung einer Psychiatrie, die im Gericht, im juristischen Raum schlechthin operieren kann, geht mit der Entwicklung der Psychiatrie von Anfang an Hand in Hand. In seinem *Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie* (Krafft-Ebing 1892) von 1892 wird Krafft-Ebing die umfassende, nicht bloß theoretische, sondern durch klinisches Studium praktisch orientierte psychiatrische Ausbildung aller Gerichtsärzte fordern (Krafft-Ebing 1892:23). Um ein verlässliches psychiatrisches Gutachten abgeben zu können reicht die Expertise eines Subjektes im Gerichtssaal natürlich noch nicht aus. Ganz im Sinne des disziplinarischen Dispositivs muss die Gesamtheit der Person erfasst werden: „Die heutige forensische Psychopathologie dringt auf eine synthetische, das ganze Individuum in seinen leiblichen wie geistigen Beziehungen, seiner Vorgeschichte wie gegenwärtigen Existenz erfassende Beurtheilungs-weise [...]“ (Krafft-Ebing 1892:28). Ist der Arzt einmal in dieser professionellen Technik der totalen Erfassung geschult, wird man seine Unverzichtbarkeit bald feststellen müssen: „Auf diesem vorgeschrittenen wissenschaftlichen Standpunkt wird der Gerichtsarzt ein geschätzter Beistand des Richters sein und *seine Kompetenz nie mehr bestritten werden* [Hervorhebung von mir – BL]“ (Krafft-Ebing 1892:29). 1892, im selben Jahr als Krafft-Ebing sein Buch zur gerichtlichen Psychiatrie veröffentlicht, wird auch Sakaki in seinem Aufruf zum Ausbau der psychiatrischen Institutionen, denjenigen Einrichtungen die allein ein ungestörtes Beobachten und Analysieren eines Geisteskranken in seiner Totalität ermöglichen, auf die Wichtigkeit des psychiatrischen Gutachtens für das Justizsystem hinweisen (Sakaki 1892:3). Hier taucht unter anderem im Horizont der Gefährlichkeit die von Subjekten ausgeht, wieder das alte Problem der hereditären Vorbelastung auf. Der Feststellung Krafft-Ebings folgend, dass „[...] sich jedenfalls die Tatsache der Vererbung von Krankheiten und Krankheitsdispositionen [nirgends] so bedeutsam als auf dem Gebiet der Geisteskrankheiten [...]“ (Krafft-Ebing 1892:30) zeigt, interessiert sich auch Kure für den zum Verbrechen veranlagten Verbrechertypus (*hanzai-jin-teikei*) (Kure 2003a:360). Die erblich vorbelasteten oder organisch determinierten Geisteskranken und Kriminellen können eben nicht vom Richter, sondern nur vom Psychiater erkannt werden. Natürlich wird sich Kure auch schon in seinem Kompendium ausführlich mit dem psychiatrischen Gutachten auseinandergesetzt haben (Kure 2003b:789-866). Im Begriff des

Gutachtens findet man also das gesamte juristische Legitimierungsvorhaben der Psychiatrie verdichtet.

Also wurde die Psychiatrie aus einem juristischen Dilemma, einem blinden Fleck, mit dem die juridikale Macht nicht umgehen konnte heraus tatsächlich notwendig. Mit diesem Wissen im Hinterkopf kann es auch nicht weiter verwundern, dass der eminente Psychiater Yoshimasu Shūfu vom Hirnforschungsinstitut der Kaiserlichen Universität Tōkyō, die Kriminalbiologie als wichtigsten Zweig der Psychiatrie feiert. In dieser Kriminalbiologie, wie sie von Yoshimasu bezeichnet wird und die nichts anderes als biologisch fundierte forensische Psychiatrie ist, verdichtet sich der ganze Modus des psychiatrischen Diskurses als disziplinarischer Agent im sozialen Raum. In seinem Artikel aus dem *Seishin Shinkeigaku Zasshi*⁵⁶ von 1936 untersucht er die Rückfallraten von Straftätern aus psychiatrischer Perspektive und kommt wenig überraschend zu dem Schluss, dass von ihm als geisteskrank diagnostizierte Straftäter eine höhere Rückfallquote aufweisen als geistig gesunde Kriminelle (Yoshimasu 1936b:729-731). „Die einzig wichtige Aufgabe in der Kriminalbiologie heutzutage ist es, die soziale Prognose des Sträflings festzustellen.“ (Yoshimasu 1936b:728). Unter sozialer Prognose verstand er nichts anderes, als die zukünftigen Taten des Kriminellen, seine potentielle Gefährlichkeit festzustellen, die Wahrscheinlichkeit Rückfällig zu werden, seine Unheilbarkeit zu diagnostizieren, mit anderen Worten: Den Geisteskranken unter den Kriminellen herauszufiltern. Um die letzt genannte Aufgabe kümmert er sich auch in einem anderen Artikel desselben Jahres, in dem er speziell jugendliche Straftäter im städtischen Milieu auf ihr gesamtes Gefahrenpotential untersucht (Yoshimasu 1936a:717 - 727). Kurz, Yoshimasu repräsentiert das ganze oben beschriebene Paradigma der neuen disziplinarischen Macht, die sich durch die Psychiatrie konstituieren konnte.

⁵⁶ *Psychiatria et neurologica Japonica*

5. Die disziplinarische Ordnung der psychiatrischen Macht

Bei der Schlussfolgerung angelangt sollen nun die beiden zentralen Gesetze zum Umgang mit Geisteskranken in Kategorien der anfänglichen theoretischen Erörterungen zu den Formen der Macht, wie sie im zweiten Kapitel dargestellt und im Laufe der Arbeit entwickelt wurden, analysiert werden.

5.1. Das Gesetz zur Obhut von Geisteskranken (1900)

Das Gesetz zur Obhut von Geisteskranken von 1900 lässt sich somit als Akt einer Souveränitätsmacht definieren. Es ist ein polizeilich-administrativer Akt, der in erster Linie den Wirren einer nichtkodifizierten Praxis vorbeugen sollte. Der Souverän ist der verwandte Vormund, der auch die Sicherheitsverwahrung beziehungsweise die Bestrafung verordnen kann, ein Arzt scheint in diesem Prozess nicht von Nöten zu sein. Das traditionelle Modell der familialen Pflege sieht nur eine zeitweise Unterbringung in der Zelle im Haus oder eine privaten Institution vor. Nur in extremen Ausnahmensituationen kommt es zu einer vorübergehenden Einweisung in eine Anstalt. Diese Form hält trotz Reformen und Gesetzen an, vor allem in der Bevölkerung am Land, die administrativ schwieriger zu erfassen ist (Suzuki 2003a:223-224). Zur Veranschaulichung werden an dieser Stelle die ersten drei Paragraphen des Gesetzes⁵⁷ wiedergegeben:

§ 1 Die Pflicht zur Verwahrung eines Geisteskranken liegt bei dessen Vormund, Ehegatten, Verwandten bis zum vierten Grad oder beim Familienoberhaupt. Ausgenommen sind Personen, die laut Artikel 908 des Bürgerlichen Gesetzbuches die Vormundschaft nicht ausüben können. Sollten mehrere zur Verwahrung verpflichtete Personen (= *kangogimu-sha*) existieren, so ist die Reihenfolge der Personen, die diese Pflicht erfüllen müssen, wie untenstehend. Die Reihenfolge kann aber durch das gegenseitige Einverständnis der zur Verwahrung verpflichteten Person geändert werden.

- 1 Vormund
- 2 Ehegatte
- 3 elterliche Gewalt ausübende(r) Vater oder Mutter
- 4 Familienoberhaupt

⁵⁷ Der gesamte Text des Gesetzes zur Obhut von Geisteskranken befindet sich in Übersetzung und japanischem Original im Anhang der vorliegenden Arbeit.

5 eine andere als oben erwähnte Person, die vom Familienrat aus dem Kreis der Verwandten bis zum vierten Grad ausgewählt wurde.

§ 2 Eine andere als die zur Verwahrung verpflichtete Person darf einen Geisteskranken nicht verwahren.

§ 3 Wenn die Absicht besteht, einen Geisteskranken zu verwahren, muß die Erlaubnis des Verwaltungsamtes (*gyōsei-chō*) eingeholt werden.

Wenn aber dringende Umstände vorliegen, darf eine vorläufige Verwahrung vorgenommen werden: in diesem Fall muß dem Verwaltungsamt binnen 24 Stunden Bericht erstattet werden. Die Dauer einer vorläufigen Verwahrung darf sieben Tage nicht überschreiten.

Wenn die Absicht besteht, einen Geisteskranken, der mit Erlaubnis des Verwaltungsamtes verwahrt wurde, innerhalb von drei Jahren nach dessen Entlassung erneut zu verwahren, oder einen nach Artikel 922 des Bürgerlichen Gesetzbuches Entmündigten zu verwahren, muß dem Verwaltungsamt Bericht erstattet werden.

Quelle: Kargl 1987:317

Dieses Gesetz markiert den Wendepunkt von der Vormoderne zur Moderne. Aber es bleibt irgendwie in der Schwebe, denn das Gesetz ist weder ganz modern noch ganz vormodern. Eine sehr eigenartige Verknotung von Elementen verschiedener Ordnungen kommt in diesem Gesetz zum Vorschein, das sein Dasein direkt an der Schwelle des diskursiven Bruches zwischen Souveränitätsgesellschaft und Disziplinargesellschaft fristet. Es handelt sich bei dieser Verordnung nämlich um die Kodierung einer vormodernen Praxis, die durch eine moderne juristische Regelung exekutierte werden soll, aber ganz im Sinne der vormodernen Ordnung der Souveränitätsmacht agiert. Das heißt, obwohl sich das Gesetz natürlich der bereits vorhandenen Techniken des modernen Rechts bedient, ist es trotzdem zweifellos der Ausdruck einer Souveränitätsmacht.

5.2. Das Gesetz für psychiatrische Krankenhäuser (1919)

Das Gesetz für psychiatrische Krankenhäuser von 1919 hingegen, das unter dem Einfluss der Psychiatrie entstand, ist eindeutig der Akt einer Disziplinarmacht. In der psychiatrischen Anstalt ist die Macht nicht in einer Person verkörpert. Einmal verkörpert sie der Pfleger, einmal ein anderer Angestellter und einmal der

diagnostizierende und behandelnde Arzt. Außerhalb der Anstalt tritt sie dem Subjekt unter Einfluss des Gesetzes als Familienmitglied, das die Internierung beantragt, als Gouverneur, der sie anordnet, oder als Bürgermeister, der sie exekutieren lässt, entgegen. Aber in jedem Fall ist die medizinische Analyse notwendig, wie das Gesetz gleich im zweiten Paragraphen⁵⁸ festhält:

§ 2 Der Gouverneur kann einen Geisteskranken, auf den einer der folgenden Punkte zutrifft, in ein den Bestimmungen des vorigen Paragraphen gemäß errichtetes psychiatrisches Krankenhaus einweisen lassen:

- 1 Eine Person, die nach dem Gesetz zur Verwahrung von Geisteskranken vom Bürgermeister verwahrt werden muß
- 2 Eine Person die ein Verbrechen begangen hat und vom Gericht als besonders gefährlich befunden wird
- 3 Personen, die keinen Zugang zu medizinischer Pflege haben
- 4 Andere als die in obigen Punkten erwähnte Personen, für die der Gouverneur eine besondere Notwendigkeit für eine Einweisung erkennt

Zur Einweisung eines Geisteskranken gemäß den Bestimmungen der vorigen Absätze ist die Diagnose eines Arztes laut Verordnung notwendig.

Quelle: Kargl 1987:321

Die psychiatrische Macht ist außerdem sehr schweigsam. Sie spricht nicht mit dem Subjekt. Deshalb arbeitete Kure auch mit der Methode Kräpelins. Nach Kräpelins Auffassung ist nur die präzise Beobachtung des Verlaufs der Krankheit entscheidend. Er führte nur rudimentäre Patientengespräche und hielt es für wichtiger sie zu begutachten, anstatt mit ihnen zu sprechen (Burns 2000:40). Daher stammt auch die Praxis der japanischen Psychiater, keine ausführlichen Patientengespräche zu führen und ihre Notizen über die Beobachtungen der Patienten in wenigen deutschen Worten zu fassen. Deutsch war die medizinische Wissenschaftssprache in Japan. So wurden Wörter, die teilweise der deutschen Alltagssprache entnommen waren, als esoterisch-wissenschaftliche Begriffe benutzt (Doi 1973:14). Das Patientengespräch war nicht erheblich, denn wichtig war alleine die Erkenntnis des ärztlichen Blicks, die Kraepelin'sche Methode der Observierung des Krankheitsverlaufs. Aude Fauvel hat die auch an dieser Stelle beobachtete

⁵⁸ Der gesamte Text des Gesetzes für psychiatrische Krankenhäuser befindet sich in Übersetzung und japanischem Original im Anhang der vorliegenden Arbeit.

Verstummung des Geisteskranken im Angesicht der Psychiatrie, die Abwesenheit seines Diskurses als „[...] *a priori* der französischen Historiographie [...]“ (Fauvel 2010:200), die von den Arbeiten Foucaults ausgehen würde, kritisiert. Laut Fauvel habe es sehr wohl Diskurse von Geisteskranken gegeben, die auch rezipiert wurden. Es hätte durchaus die eine oder andere Patientenaussage gegeben, an denen auch Ärzte Interesse gezeigt haben, nur habe Foucault diese Beispiele bewusst nicht zitiert (Fauvel 2010:201). Wie dem auch in Frankreich gewesen sei, im Japan des ausgehenden 19. Bis Mitte des 20. Jahrhunderts, als die deutschsprachige biologisch-psychiatrische Schule Kraepelins und Krafft-Ebings praktiziert wurde, kann diese Behauptung jedenfalls nicht zutreffen. Patientengespräche oder die Aussagen von als geisteskrank diagnostizierten Patienten wurden fast völlig ignoriert. In keinem einzigen der in der vorliegenden Arbeit zitierten Werke japanische Psychiater sind Aussagen von Geisteskranken, die diskursiv relevant, also mit Wahrheitsanspruch, aufgenommen wurden zu finden⁵⁹.

Wie bereits festgestellt wurde, ist die psychiatrische Methode auf die Erfassung der Totalität eines Subjektes zur adäquaten Diagnose und Therapie angewiesen. Sie muss den Geisteskranken in eine Anstalt zur ständigen Observation unterbringen, für deren wissenschaftlichen Wert sie über möglichst lange Zeiträume Zugriff auf den Patienten haben muss, um zum Beispiel gegebenenfalls den Krankheitsverlauf entsprechend erfassen zu können. Der Versuch der Vereinnahmung langer Lebensabschnitte des Kranken durch die psychiatrische Macht zeigt sich in dieser Tabelle über die Aufenthaltszeiten von auf private und öffentliche Initiative internierten Patienten in einer psychiatrischen Anstalt im Vergleich.

Abbildung 2: Aufenthaltsdauer der Patienten der Ōji Hirnklinik 1927-1941

Zeitspanne	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.
	Privat in %	Privat in %	Öffentl. in %	Öffentl. in %
0-10 Tage	16	9	0	0
11-30 Tage	21	19	0	0
1-3 Monate	33	39	12	11

⁵⁹ Ein Umstand der japanischen Psychiatriegeschichte, der natürlich im besonderen Maße einem japanischen Psychoanalytiker auffallen musste (Vgl. Doi 1973:14).

3-9 Monate	15	15	6	33
6-9 Monate	4	4	6	0
9-12 Monate	3	3	12	0
1-2 Jahre	4	4	18	11
1-4 Jahre	2	4	29	33
Über 4 Jahre	1	3	18	11
Gesamt	100	100	100	100

Quelle: Suzuki 2003a:222

Während privat Eingewiesene sehr kurze Aufenthaltszeiten aufweisen, sieht man, dass die Zeiten bei den öffentlich eingewiesenen Patienten deutlich höher liegen und über mehrere Jahre gehen können. Der oftmals erwähnte Widerstand der breiten Bevölkerung gegen die Psychiatrisierung und Asylierung der Geisteskranken spiegelt sich auch in den Zahlen der Internierten in öffentlichen Anstalten wider. Zu Spitzenzeiten waren gerade einmal 30% der verzeichneten Irren in Anstalten untergebracht, eine sehr niedrige Quote in Anbetracht der Bemühungen der psychiatrischen Medizin (Suzuki 2003a:217). Die Disziplinarmacht versuchte ihr engmaschiges Netz aufzubauen, um ihre Fühler in alle Schlupfwinkel des sozialen Körpers zu strecken. Ein umfassendes System von psychiatrischen Einrichtungen hätte geschaffen werden müssen, um die flächendeckende sozialmedizinische Erfassung des Volkskörpers zu gewährleisten. Zur Erreichung dieses Ziels war es auch notwendig die Kompetenz zur Errichtung von psychiatrischen Anstalten in den Händen der Regierung zu konzentrieren, die diese für Verwaltungseinheiten anordnen können sollte, wie gleich der erste Paragraph des Gesetzestextes beweist.

§ 1 Der zuständige Minister kann den Befehl zur Errichtung von psychiatrischen Krankenhäusern in Hokkaido und den übrigen Präfekturen geben.

Quelle: Kargl 1987:321

Doch der Erfolg dieses großangelegten Unternehmens war keineswegs vorprogrammiert. Ein wichtiger Aspekt der Disziplinargesellschaften taucht gerade an dieser ungeahnten Stelle noch einmal auf: „Wenn [man] von der ‚Disziplinargesellschaft‘ spr[icht], dann darf man dies nicht im Sinne einer

„disziplinierten Gesellschaft' verstehen“ (Foucault 2005b:20). Somit kann auch die Gesellschaft im Japan des späten 19. bis 20. Jahrhunderts, wie in der vorliegenden Arbeit zu beobachten war, zwar als Disziplinargesellschaft charakterisiert werden, aber niemals als disziplinierte Gesellschaft.

6. Schlussbetrachtung

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, die Geschichte der japanischen Psychiatrie, im Lichte der Theorie der Disziplinargesellschaft von Michel Foucault, einer Neubewertung zu unterziehen. Als erster Schritt wurde anhand des Diskurses zur Gefängnispraxis sowie anderer sozialer Reformen die japanische Gesellschaft der angehenden Meiji-Periode als Disziplinargesellschaft bestimmt. Nach einer Rekapitulation der Psychiatriegeschichte widmete sich die Analyse den Formen der Macht, die die aufstrebende moderne Psychiatrie entfaltet hat und mittels welcher Techniken sie sich als Diskurs in Japan etablieren konnte. Damit wurde gleichzeitig am Beispiel Psychiatrie aufgezeigt, wie sich die Diskontinuität im Modus der Machtausübung zwischen der vormodernen Souveränitätsmacht und der modernen Disziplinarmacht manifestiert hat. Der Fluchtpunkt der Arbeit war, den diskursiven Bruch zwischen den zwei wichtigsten Gesetzen, die den Umgang mit Geisteskranken im sozialen Gefüge reglementierten, aufzuzeigen. Es handelt sich zum einen um das Gesetz zur Obhut von Geisteskranken von 1900 (*Seishin Byōsha Kango-hō*), zum anderen um das Gesetz für psychiatrische Krankenhäuser von 1919 (*Seishin Byōin-hō*), das maßgeblich durch den aufkommenden psychiatrischen Diskurs motiviert und geformt wurde. Während das Gesetz von 1900, das sich gänzlich administrativen Problemen annahm, versuchte die bestehende Praxis der familialen Pflege von Geisteskranken gesetzlich einzurahmen, zielte das Gesetz von 1919 auf eine Trendwende ab, die die Geisteskranken aus dem familiären Verband in die Hand der neuen medizinischen Wissenschaft übergeben sollte. Die Legitimierung der psychiatrischen Macht erfolgte hauptsächlich durch die im Diskurs betonte Gefährlichkeit von, für die Gesellschaft und ihre Institutionen unsichtbare, den produktiven Gesellschaftskörper korrumpierenden Geisteskranken. Die Notwendigkeit der Psychiatrie im Zeitalter der Modernisierung Japans ergab sich zudem aus einer juristischen Problemlage des neu eingeführten nationalstaatlichen Rechtssystems. Die Geisteskranken waren zwar gesetzlich strafimmun, was man aus der europäischen Gesetzgebung übernommen hatte, jedoch fehlte das wissenschaftlich legitimierte Organ, um Geisteskranke, zum Beispiel auch unter den „normalen“ Rechtsbrechern, zu detektieren. Die Psychiatrie musste mittels diskursiver Operationen die Gefahr der psychischen Krankheiten entdecken, um „abnorme“ Subjekte entsprechend internieren zu können und zum Gegenstand einer

neuen Wissenschaft zu machen. Eine Wissenschaft, die nicht nur versprach den blinden Fleck der juristischen Macht zu entschärfen, sondern in Verflechtung mit dem juristischen Diskurs im selben Zug dem Dispositiv der Gefährlichkeit zum Durchbruch zu verhelfen. Denn während die klassische Strafjustiz, etwa die der Souveränitätsmacht, nur Gesetzesübertretungen sanktionieren kann, erlaubt es der Begriff der Gefährlichkeit disziplinarisch gegen Potentiale oder Veranlagungen vorzugehen. Erst durch die Gefährlichkeit der Geisteskranken für die Nation wurde aus der Geisteskrankheit ein Problem der Krankheit des Gesellschaftskörpers und ihrer Epidemiologie. Anstatt dem Wahnsinnigen, aus dem eine höhere Macht sprechen könnte, zuzuhören, nahm man unter dem Einfluss der biologischen Psychiatrie die umfassende Beobachtung von Kranken auf, die alle nur erdenklichen Facetten des Lebens und der Genealogie des Patienten zu einem Datenkorpus, der die Evaluierung des Gefahrenpotentials des Individuums ermöglicht, zusammentragen sollte. Die japanische Psychiatrie der Meiji-, Taishō- und der frühen Shōwa-Zeit entpuppt sich somit als im diskursiven und sozialen Raum intervenierende Disziplinarmacht.

7. Verzeichnisse

7.1. Abbildungsverzeichnis

- 1 Patienten in privater und öffentlicher Internierung, Suzuki 2003a:206
- 2 Aufenthaltsdauer der Patienten der Ōji Hirnambulanz 1927-1941, Suzuki 2003a:222

7.2. Bibliographie

Arieti, Silvano (Hg.)

1974 *American handbook of psychiatry. Volume one. The foundations of psychiatry.* New York: Basic Books.

Bälz, Erwin von

1907 *Über Besessenheit und verwandte Zustände. Auf Grund eigener Beobachtungen.* Wien: Verlag von Moritz Perles.

Bentham, Jeremy

1995 *The panopticon writings.* London und New York: Verso.

Berger, Wilhelm

2009 *Macht. Grundbegriffe der europäischen Geistesgeschichte.* Hg. v. Konrad Paul Liessmann. Wien: Facultas.

Berner, Peter u.a.

1983 *Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Psychiatry in Vienna. Eine Bilddokumentation. An illustrated documentation.* Wien: Verlag Christian Brandstätter.

Bertalanffy, Ludwig von

1974 „General system theory and psychiatry“, Silvano Arieti (Hg.): *American handbook of psychiatry. Volume one. The foundations of psychiatry.* New York: Basic Books, 1095-1117.

Beukers, Harmen

1996 *The mission of Hippocrates in Japan: Philipp Franz von Siebold in his role as medical doctor.* Amsterdam: Foundation four centuries of Netherlands-Japan relations.

Blasius, Dirk

1994 »Einfache Seelenstörung«. *Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945*.
Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Bleuler, Eugen

1923 *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer Verlag.

Botsman, Daniel

2005 *Punishment and power in the making of modern Japan*. Princeton und Oxford:
Princeton University Press.

Burns, Susan L.

2000 „Constructing the national body: Public health and the nation in nineteenth-century Japan“, Timothy Brooks und Andre Schmid (Hg.): *Nation work. Asian elites and national identities*. Michigan: The University of Michigan Press, 17-49.

Castel, Robert

1983 *Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Deleuze, Gilles

2005 *Schizophrenie und Gesellschaft. Texte und Gespräche von 1975 bis 1995*.
Frankfurt am Main: Suhrkamp.

1992 *Foucault*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Derrida, Jacques

1983 *Grammatologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

1976 *Die Schrift und die Differenz*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Diaz-Bone, Rainer

2006 „Zur Methodologisierung der Foucaultschen Diskursanalyse“, *Historical social research*. 31, 243-274.

Doi Takeo

1955 *The anatomy of dependence*. Tōkyō, New York und San Francisco: Kodansha International.

Dörner, Klaus

1996 *Kieselsteine. Ausgewählte Schriften*. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis.

1975 *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.

Dörner, Klaus und Ursula Plog

1996 *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Ernst, Waltraud und Thomas Mueller (Hg.)

2010 *Transnational psychiatries: Social and cultural histories of psychiatry in comparative perspective, c. 1800-2000*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

Esuteruren

1899 *Igaku tōkei-ron sōron [Einführung in die medizinische Statistik]*. Tōkyō: Bunshōdō.

Fauvel, Aude

2010 „A world-famous lunatic: The ‚Seillière affair‘ (1887-1889) and the circulation of anti-alienists’ views in the nineteenth century“, Waltraud Ernst und Thomas Mueller (Hg.): *Transnational psychiatries: Social and cultural perspective, c. 1800-2000*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 200-228.

Fleck, Ludwik

2011 *Denkstile und Tatsachen. Gesammelte Schriften*. Berlin: Suhrkamp.

Foucault, Michel

2007 *Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1974-1975)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- 2005a *Die Macht der Psychiatrie. Vorlesung am Collège de France (1973-1974)*.
Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- 2005b *Dits et écrits. Band 4, 1980-1988. Schriften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- 2003 *Die Wahrheit und die juristischen Formen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- 2002a *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blickes*. Frankfurt am
Main: S. Fischer.
- 2002b *Dits et écrits. Band 2, 1970-1975. Schriften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- 1983 *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit. Erster Band*. Frankfurt am
Main: Suhrkamp.
- 1981 *Archäologie des Wissens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- 1997 *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main:
Suhrkamp.
- 1973 *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Frühstück, Sabine

- 1997 *Die Politik der Sexualwissenschaft. Zur Produktion und Popularisierung
sexologischen Wissens in Japan 1908-1941 (= Beiträge zur Japanologie Band
34)*. Wien: Institut für Japanologie der Universität Wien.

Fujikawa Yū

- 1904 *Nihon igaku-shi [Geschichte der Medizin in Japan]*. Tōkyō: Shōkabō.

Fukuda Taira

- 1989 „Die Beziehung zwischen der deutschen und der japanischen
Strafrechtswissenschaft. Eine historische Studie“, Hans Joachim Hirsch und
Thomas Weigend (Hg.): *Strafrecht und Kriminalpolitik in Japan und
Deutschland*. Berlin: Duncker und Humblot, 57-63.

Goffman, Erving

- 1973 *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer
Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Griesinger, Wilhelm

1892 *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende*. Berlin: Verlag von August Hirschwald.

Hagner, Michael

2008 *Homo cerebialis. Der Wandel vom Seelenorgan zum Gehirn*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hashimoto Akira

2010a *Chiryō no basho to seishiniryōshi [Der Ort der Kur und die Geschichte der psychiatrischen Behandlung]*. Tōkyō: Nihon Hyōronsha.

2010b „The invention of a ‚Japanese Gheel‘: Psychiatric family care from a historical and transnational perspective“, Waltraud Ernst und Thomas Mueller (Hg.): *Transnational psychiatries: Social and cultural perspective, c. 1800-2000*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 142-171.

Hayashi Yoshirō

2003a „Mental illness in the tale of Genji“, *Gifu daigaku igakubu kiyō (=Acta scholae medicinalis universitatis in Gifu)*. 51, 197-200.

2003b „The history of psychiatry in Japan. Notional changes before the modern ages“, *Gifu daigaku igakubu kiyō (=Acta scholae medicinalis universitatis in Gifu)*. 51, 245-248.

Hiruta Genshirō

2002 „Japanese psychiatry in the Edo period (1600-1868)“, *History of psychiatry*. 13, 131-151.

Horkheimer, Max und Theodor W. Adorno

2004 *Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente*. Frankfurt am Main: S. Fischer.

Hyōdō Akiko

2008 *Seishinbyō no nihon kindai. Tsuku shinshin kara yamu shinshin e [Japans Moderne der Geisteskrankheit. Vom besessenen Leib und Seele zum kranken Körper und Geist]*. Tōkyō: Seikyūsha.

Igarashi Kiyoshi

1990 *Einführung in das japanische Recht*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Igeta Ryōji

2006 „Reform of law in the Meiji restoration”, Hans-Peter Marutschke (Hg.): *Beiträge zur modernen japanischen Rechtsgeschichte*. Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag, 28-52.

Inoue Toshihiro

2010 *Kindai nihon no seishin-igaku to hō*. Kankin suru iryō no rekishi to mirai [Psychiatrie und Gesetz im modernen Japan. Medizinische Internierung in Vergangenheit und Zukunft]. Tōkyō: Gyōsei.

Kanekawa Hideo und Hori Miyuki

2009 *Seishinbyōin no shakaishi [Sozialgeschichte der psychiatrischen Anstalt]*. Tōkyō: Seikyūsha.

Kargl, Ingrid

1987 *Ausgestoßen – Eingeschlossen. Die Hospitalisierung psychisch Kranker in Japan (= Beiträge zur Japanologie Band 23)*. Wien: Institut für Japanologie der Universität Wien.

Kitanaka, Junko

2010 „Reading emotions in the body: Translating depression at the intersections of Japanese and Western medicines”, Waltraud Ernst und Thomas Mueller (Hg.): *Transnational psychiatries: Social and cultural perspective, c. 1800-2000*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 24-50.

Kraepelin, Emil

- 1919a „Hundert Jahre Psychiatrie“, *Arbeiten aus der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München*. 1, 1-115.
- 1919b *Dementia praecox and paraphrenia*. Chicago: Chicago Medical Book Co.
- 1904 „Vergleichende Psychiatrie“, *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. 27, 433-437.
- 1900 *Die psychiatrischen Aufgaben des Staates*. Jena: Verlag von Gustav Fischer.
- 1887 *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Leipzig: Verlag von Ambrosius Abel.

Krafft-Ebing, Richard von

- 1984 *Psychopathia sexualis. Mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. Eine medizinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen*. München: Matthes und Seitz Verlag.
- 1897 *Lehrbuch der Psychiatrie. Auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende*. Stuttgart: Verlag von Ferdinand Enke.
- 1892 *Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. Mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Österreich, Deutschland und Frankreich*. Stuttgart: Verlag von Ferdinand Enke.

Kumasaka Yoshino und Yoshioka Shinji

- 1968 „The law of private imprisonment: Fifty dark years for the mentally ill in Japan“, *American journal of psychiatry*. 125/2, 213-216.

Kure Shūzō

- 2003a *Seishinbyōgaku shūyō. Chūhen [Kompendium der Psychiatrie. Zweiter Band]*. Tōkyō: Sōzō Shuppan.
- 2003b *Seishinbyōgaku shūyō. Kōhen [Kompendium der Psychiatrie. Dritter Band]*. Tōkyō: Sōzō Shuppan.
- 2002 *Seishinbyōgaku shūyō. Zenpen [Kompendium der Psychiatrie. Erster Band]*. Tōkyō: Sōzō Shuppan.
- 1903 „Geschichte der Psychiatrie in Japan.“, *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*. 23, 1-17.

- 1899 „Die normale und pathologische Structur der Zellen an der cerebralen Wurzel des Nervus trigeminus, die Kreuzungsfrage der letzteren und der motorischen Trigeminiwurzel“, *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*. 18, 158-181.
- 1898 „Ueber Selbstmord und Selbstmordversuch bei Geisteskranken“, *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*. 17, 271-297.

Kure Shūzō und Kashida Gorō

- 2009 *Seishinbyōsha shitaku kanchi no jikkyō oyobi sono tōkeiteki kansatsu [Der Zustand der privaten Obhut von Geisteskranken und seine statistische Betrachtung]*. Tōkyō: Sōzō Shuppan.

Leitner, Helmut

- 1982 *Die jüdischen Ärzte in Österreich und ihr Beitrag zur medizinischen Wissenschaft. Sonderdruck aus 1000 Jahre österreichisches Judentum*. Eisenstadt: Roetzer.

Lesky, Erna

- 1965 *Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert*. Graz und Köln: Verlag Hermann Böhlau Nachfolger.

Luhmann, Niklas

- 1992 *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Marneros, Andreas

- 2008 „Psychiatry's 200th birthday“, *British journal of psychiatry*. 193, 1-3.

Marutschke, Hans-Peter

- 1999 *Einführung in das japanische Recht*. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.

Meynert, Theodor

- 1884 *Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns. Begründet auf dessen Bau, Leistung und Ernährung*. Wien: K und K Hof- und Universitätsbuchhändler Wilhelm Braumüller.

Miyake Kōichi

1938 *Seishinbyōgaku teiyō [Abriss der Psychiatrie]*. Kyōto und Tōkyō: Nankōdō.

1926 „A psychiatric bird's-eye view of Nippon. With five tables and one chart“, *The Japanese journal of neurology and psychiatry*. 2, 8-17.

1907 „Zur Frage der Abstinenzdelirien“, *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*. 28, 310-322.

Miyake Kōichi und Ikeda Takanori

1908 „Chiryoku-sokutei-hō [Methode zur Messung der Intelligenz]“, *Igaku-chūō-zasshi [Zentralblatt für Medizin]*. 66, 242-258.

Möller, Hans-Jürgen

1994 *Psychiatrie. Ein Leitfadens für Klinik und Praxis*. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.

Munslow, Alun

2006 *Deconstructing history*. New York: Routledge.

Nakano Makoto

2008a „Seishin Byōsha Kango-hō [Gesetz zur Obhut von Geisteskranken]“, *Nakano bunko. The Nakano library*. <http://www.geocities.jp/nakanolib/hou/hm33-38.htm> (zuletzt abgerufen am 25. November 2012).

2008b „Seishin Byōin-hō [Gesetz für psychiatrische Krankenhäuser]“, *Nakano bunko. The Nakano library*. <http://www.geocities.jp/nakanolib/hou/ht08-25.htm> (zuletzt abgerufen am 25. November 2012).

Nakatani Yōji

2003 „Nihon no seishin iryōshi to shokuhō seishin shōgaisha [Geschichte der Psychiatrie und die kriminellen Geisteskranken in Japan]“, *Seishin shinkeigaku zasshi (=Psychiatria et neurologica Japonica)*. 105/2, 194-199.

Nishihara Haruo

1997 *Die Idee des Lebens im japanischen Strafrechtsdenken. Vortrag und Ansprachen anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die*

Juristische Fakultät der Universität Augsburg am 2. Juli 1996. Augsburg:
Presse-Druck- und Verlags-GmbH.

- 1989 „Die Rezeption des deutschen Strafrechts durch Japan in historischer Sicht“,
Hans Joachim Hirsch und Thomas Weigend (Hg.): *Strafrecht und
Kriminalpolitik in Japan und Deutschland.* Berlin: Duncker und Humblot, 13-17.

Obersteiner, Heinrich

- 1892 *Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden
und kranken Zustande.* Leipzig und Wien: Franz Deuticke.

Oesterlen, Friedrich

- 1865 *Handbuch der medicinischen Statistik.* Tübingen: Verlag der H. Laupp'schen
Buchhandlung.

Okada Yasuo

- 1982 „110 years of psychiatric care in Japan“, Ogawa Teizō (Hg.): *History of
psychiatry. Mental illness and its treatments. Proceedings of the 4th
international symposium on the comperative history of medicine – east and
west.* Tōkyō: Saikon Publishing.

Omata Waichirō

- 2005 *Seishinigaku no rekishi [Geschichte der Psychiatrie].* Tōkyō: Daisanbunmeisha.
2002 *Kindai seishinigaku no seiritsu. ‚Kusari‘ kaihō kara nachizumu e [Die
Entstehung der modernen Psychiatrie. Von der ‚Befreiung aus den
Ketten‘ zum Nazismus].* Kyōto: Jinbun Shoin.
1998 *Seishinbyōin no kigen [Der Ursprung der psychiatrischen Anstalt].* Tōkyō: Ōta
Shuppan.
1997 *Seishinigaku to nachizumu. Sabakareru Yungu, Haidegaa [Psychiatrie und
Nazismus. Verurteilter Jung, Heidegger].* Tōkyō: Kōdansha.

Platon

- 1966 *Sämtliche Werke 4. Phaidros, Parmenides, Theaitetos, Sophistes.* Hamburg:
Rowohlt.

Porter, Roy

2002 *Madness. A brief history*. New York: Oxford University Press.

Porter, Roy und David Wright (Hg.)

2003 *The confinement of the insane. International perspectives, 1800-1965*.
Cambridge u.a.: Cambridge University Press.

Roberts, Marc

2005 „The production of the psychiatric subject: power, knowledge and Michel Foucault“, *Nursing philosophy*. 6, 33-42.

Sakaki Hajime

1892 *Tenkyō-in setsuritsu no hitsuyō o ron-zu. Kokka-igaku dai-ichi-gō. [Erörterung zur Notwendigkeit für die Errichtung von Irrenanstalten. Staatliche Medizin Nummer eins]*. Tōkyō: Tanaka Giichi.

1886 „Ueber das Irrenwesen in Japan. Nebst einer Karte der Irrenheilanstalt in Tokio“, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin*. 42, 144-153.

1885 „Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Sitzung vom 8. December 1884“, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 16, 283-286.

1884 „Aus der Nervenlinik der Charité (Prof. Westphal). Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Degeneration der peripherischen Nerven“, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 15, 584-594.

Schenck, Paul-Christian

1997 *Der deutsche Anteil an der Gestaltung des modernen japanischen Rechts- und Verfassungswesens. Deutsche Rechtsberater im Japan der Meiji-Zeit*.
Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Schmidt, Paul-Otto

1983 „Asylierung oder psychiatrische Familienpflege?“, *Psychiatrische Praxis*. 10, 56-59.

Schmitt, Carl

1997 *Der Nomos der Erde im Völkerrecht des Jus Publicum Europaeum*. Berlin: Duncker und Humblot.

Serizawa Kazuya

2007 *Jidai ga tsukuru ,kyōki'*. *Seishiniryō to shakai [Der vom Zeitalter erschaffene Wahnsinn. Psychiatrische Behandlung und Gesellschaft]*. Tōkyō: Asahi Shinbunsha.

2006 *Horaahausu-shakai. Hō o han shita ,shōnen' to ,ijōsha' tachi [Die Horrorhaus-Gesellschaft. ‚Jugendliche‘ und ‚Abnorme‘ Gesetzesbrecher]*. Tōkyō: Kōdansha.

2005 *Kyōki to hanzai. Naze nihon wa sekai'ichi no seishinbyō kokka ni natta no ka [Wahnsinn und Verbrechen. Warum Japan die Nummer eins der geisteskranken Staaten der Welt wurde]*. Tōkyō: Kōdansha.

2001 *,Hō' kara kaihō sareru kenryoku. Hanzai, kyōki, binkon, soshite taishō demokurashii [Die vom Gesetz befreite Macht. Verbrechen, Wahnsinn, Armut und die Taishō-Demokratie]*. Tōkyō: Shinyōsha.

Shōmura Takashi (Hg.)

2006 *Seishin hoken fukushi yōgo jiten [Wörterbuch für Ausdrücke der psychiatrischen Gesundheitspflege und Wohlfahrt]*. Tōkyō: Chūōhōki.

Shorter, Edward

1999 *Geschichte der Psychiatrie*. Berlin: Alexander Fest Verlag.

Steinen, Karl von den

1882 „Reisenotizen über einige Irren-Anstalten in Australien und Asien“, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 13, 285-288.

Stieda, Wilhelm

1906 „Ueber die Psychiatrie in Japan.“, *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. 29, 514-522.

Still, Arthur und Irving Velody (Hg.)

1992 *Rewriting the history of madness. Studies in Foucault's Histoire de la folie.*
London und New York: Routledge.

Suzuki Akihito

2003a „The state, family, and the insane in Japan, 1900-1945“, Roy Porter und David
Wright (Hg.): *The confinement of the insane. International perspectives, 1800-
1965.* Cambridge u.a.: Cambridge University Press, 193-225.

2003b „A brain hospital in Tokyo and its private and public patients, 1926-45“, *History
of psychiatry.* 14/3, 337-360.

Tadros, Victor

1998 „Between governance and discipline: The law and Michel Foucault“, *Oxford
journal of legal studies.* 18/1, 75-103.

Takahashi Satoru

1997 „Senzen no Seishinbyōgaku ni okeru ‚seishin-hakujaku‘ gainen no rironshi-
kenkyū [Studie über die Theoriegeschichte des Begriffs der
,Geistesschwäche‘ in der japanischen Psychiatrie der Vorkriegszeit]“,
Tokushu-kyōikugaku-kenkyū. 35, 33-43.

Totsuka Etsurō

1990 „The history of Japanese psychiatry and the rights of mental patients“,
Psychiatric bulletin. 14, 193-200.

Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien (Hg.)

1909 „Mitgliederverzeichnis“, *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie.* 29, 457-
464.

Vogler, Pia

2003 *Die vergessenen Pioniere. Der Arbeitseinsatz von Sträflingen im Kontext der
Kolonialisierung Hokkaidōs.* Dipl.Arb., Universität Wien.

Wernich, Albrecht

1878 *Geographisch-medicinische Studien nach den Erlebnissen einer Reise um die Erde*. Berlin: Verlag von August Hirschwald.

Weygandt, Wilhelm

1933 „Japanische Irrenfürsorge. Mit 12 Abbildungen auf 6 Tafeln“, *Zeitschrift für psychische Hygiene*. 6, 73-85.

Yoshimasu Shūfu

1936a „Toshi seishōnen hanzaisha no kenkyū. Sono ni. Jinkaku chōsa no kekka [Erforschung der jugendlichen Kriminellen in der Stadt. Teil zwei. Ergebnisse der Persönlichkeitsforschung]“, *Seishin shinkeigaku zasshi (=Psychiatria et neurologica Japonica)*. 40/9, 717-727.

1936b „Hanzaisha no shakai-teki yogo ni kan suru seishinbyōgaku-teki kenkyū [Die soziale Prognose der Strafgefangenen vom psychiatrischen Standpunkt aus]“, *Seishin shinkeigaku zasshi (=Psychiatria et neurologica Japonica)*. 40/9, 728-732.

Ziehen, Theodor

1915 *Die Grundlagen der Psychologie*. Berlin und Leipzig: B.G. Teubner Verlag.

1902 *Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters*. Berlin: Verlag von Reuther und Reichard.

7.3. Bibliographie (japanisch)

井上 俊宏

2010 『近代日本の精神医学と法. 監禁する医療の歴史と未来』. 東京: ぎょうせい.

エステルレン

1899 『医学統計論総論』. 東京: 文昌堂.

小俣 和一郎

2005 『精神医学の歴史』. 東京: 第三文明者.

2002 『近代精神医学の設立. 「鎖解放」からナチズムへ』. 京都: 人文書院.

1998 『精神病院の起源』. 東京: 太田出版.

1997 『精神医学とナチズム. 裁かれるユング、ハイデガー』. 東京: 講談社.

金川 英雄、堀 みゆき

2009 『精神病院の社会史』. 東京: 青弓社.

呉 秀三

2003a 『精神病学集要. 中編』. 東京: 創造出版.

2003b 『精神病学集要. 後編』. 東京: 創造出版.

2002 『精神病学集要. 前編』. 東京: 創造出版.

呉 秀三、櫻田 五郎

2009 『精神病者私宅監置ノ実況及ビ統計的観察』. 東京: 創造出版.

榊 俣

1892 『癲狂院設立必要ヲ論ス. 国家医学第一号』. 東京: 田中義一.

荘村 多加志 (発行者)

2006 『精神保健福祉用語辞典』. 東京: 中央法規.

芹沢 一也

- 2007 『時代がつくる狂気. 精神医療と社会』. 東京: 朝日新聞社.
2006 『ホラーハウス社会. 法を犯した「少年」と「異常者」たち』. 東京: 講談社.
2005 『狂気と犯罪. なぜ日本は世界一の精神病国家になったのか』. 東京: 講談社.
2001 『法から解放される権力. 犯罪、狂気、貧困、そして大正デモクラシー』.
東京: 新曜社.

高橋 智

- 1997 「戦前の精神病学における「精神薄弱」概念の理論史研究」, 『特殊教育学
研究』. 35, 33-43.

中谷 陽二

- 2003 「日本の精神医療史と触法精神障害者」, 『精神神経学雑誌』. 105/2, 194-199.

中野 誠

- 2008a 「精神病者監護法」, 『中野文庫. *The Nakano Library*』.
<http://www.geocities.jp/nakanolib/hou/hm33-38.htm> (平成 24 年 11 月 25 日).
2008b 「精神病院法」, 『中野文庫 *The Nakano Library*』.
<http://www.geocities.jp/nakanolib/hou/ht08-25.htm> (平成 24 年 11 月 25 日).

橋本 明

- 2010a 『治療の場所と精神医療史』. 東京: 日本評論社.

兵頭 晶子

- 2008 『精神病の日本近代. 憑く心身から病む心身へ』. 東京: 青弓社.

富士川 游

- 1904 『日本医学史』. 東京: 裳華房.

三宅 敏一

- 1938 『精神病学提要』. 京都、東京: 南江堂.

三宅 敏一、池田 隆徳

1908 「知力測定法」, 『医学中央雑誌』. 66, 242-258.

吉益 脩夫

1936a 「都市青少年犯罪者ノ研究. 其ノ二. 人格調査ノ結果」, 『精神神経学雑誌』.
40/9, 717-727.

1936b 「犯罪者ノ社会的予後ニ関スル精神病学的研究」, 『精神神経学雑誌』. 40/9,
728-732.

8. Anhang

8.1. Gesetzestexte

8.1.1. Das Gesetz zur Obhut von Geisteskranken

Wortlaut des Gesetzes zur Verwahrung⁶⁰ von Geisteskranken (*Seishin Byōsha Kango-hō*. Gesetz Nummer 38 vom 10 März 1900) [in Übersetzung von Ingrid Getreuer-Kargl nach Kargl:1987:317-320]

§ 1 Die Pflicht zur Verwahrung eines Geisteskranken liegt bei dessen Vormund, Ehegatten, Verwandten bis zum vierten Grad oder beim Familienoberhaupt. Ausgenommen sind Personen, die laut Artikel 908 des Bürgerlichen Gesetzbuches die Vormundschaft nicht ausüben können. Sollten mehrere zur Verwahrung verpflichtete Personen (= *kangogimu-sha*) existieren, so ist die Reihenfolge der Personen, die diese Pflicht erfüllen müssen, wie untenstehend. Die Reihenfolge kann aber durch das gegenseitige Einverständnis der zur Verwahrung verpflichteten Person geändert werden.

6 Vormund

7 Ehegatte

8 elterliche Gewalt ausübende(r) Vater oder Mutter

9 Familienoberhaupt

10 eine andere als oben erwähnte Person, die vom Familienrat aus dem Kreis der Verwandten bis zum vierten Grad ausgewählt wurde.

§ 2 Eine andere als die zur Verwahrung verpflichtete Person darf einen Geisteskranken nicht verwahren.

§ 3 Wenn die Absicht besteht, einen Geisteskranken zu verwahren, muß die Erlaubnis des Verwaltungsamtes (*gyōsei-chō*) eingeholt werden.

⁶⁰ Der von mir [BL] mit „Obhut“ übersetzte Begriff *kango* wird von Getreuer-Kargl durchwegs mit „Verwahrung“ übersetzt.

Wenn aber dringende Umstände vorliegen, darf eine vorläufige Verwahrung vorgenommen werden: in diesem Fall muß dem Verwaltungsamt binnen 24 Stunden Bericht erstattet werden.

Die Dauer einer vorläufigen Verwahrung darf sieben Tage nicht überschreiten. Wenn die Absicht besteht, einen Geisteskranken, der mit Erlaubnis des Verwaltungsamtes verwahrt wurde, innerhalb von drei Jahren nach dessen Entlassung erneut zu verwahren, oder einen nach Artikel 922 des Bürgerlichen Gesetzbuches Entmündigten zu verwahren, muß dem Verwaltungsamt Bericht erstattet werden.

§ 4 Wenn die Art oder der Ort der Verwahrung eines Geisteskranken geändert worden ist, muß dem Verwaltungsamt binnen 24 Stunden Bericht erstattet werden.

§ 5 Wenn der verwahrte Geisteskranke geheilt ist, stirbt, abgängig ist, oder wenn die Verwahrung beendet worden ist, so ist dem Verwaltungsamt binnen sieben Tagen Bericht zu erstatten.

§ 6 Wenn die Notwendigkeit zur Verwahrung eines Geisteskranken besteht, aber keine zur Verwahrung verpflichtete Person vorhanden ist, oder wenn die zur Verwahrung verpflichtete Person dieser Pflicht nicht nachkommen kann, so muß der Bürgermeister des Wohnortes des Geisteskranken oder, wenn es keinen Wohnort gibt oder dieser unbekannt ist, dessen Aufenthaltsortes der Bestimmung einer Thronverordnung zufolge den Geisteskranken verwahren.

§ 7 Das Verwaltungsamt kann, wenn es eine solche Notwendigkeit hinsichtlich der Verwahrung eines Geisteskranken festgestellt hat, die Erlaubnis zur Verwahrung zurückziehen, die Beendigung der Verwahrung verfügen oder die Änderung der Art oder des Ortes der Verwahrung verfügen.

Wenn die Erlaubnis zur Verwahrung zurückgezogen wird, oder wenn die Person, der diese Beendigung befohlen worden ist, die Verwahrung nicht beendet, kann das Verwaltungsamt direkt die Verwahrung beenden.

§ 8 Wenn die Notwendigkeit zur Verwahrung eines Geisteskranken besteht oder die Verwahrung als unzureichend erkannt wird, kann das Verwaltungsamt eine zur Verwahrung verpflichtete Person bestimmen ohne die Reihenfolge von § 1, Abs.2 einzuhalten, und dieser die Verwahrung befehlen. Wenn aber dringende Umstände vorliegen, kann das Verwaltungsamt den Geisteskranken vorläufig verwahren, in welchem Fall die Bestimmung von § 3, Abs.2 entsprechend Anwendung finden.

Wenn die zur Verwahrung eines durch den Bürgermeister verwahrten geisteskranken verpflichtete Person gefunden wird, oder die zur Verwahrung verpflichtete Person die Fähigkeit erlangt hat, dieser Pflicht nachzukommen, aber, als die zur Verwahrung verpflichtete Person, der gemäß den Bestimmungen des vorigen Absatzes dieses Paragraphen die Verwahrung des Geisteskranken befohlen worden ist, diesem Befehl nicht nachkommt, so muß analog zu § 6 der Bürgermeister dieser Person verwahren.

Außer mit Erlaubnis des Verwaltungsamtes darf ein Geisteskranker, der gemäß den Bestimmungen dieses Paragraphen von der zur Verwahrung verpflichteten Person verwahrt worden ist, weder aus der Verwahrung entlassen werden, noch dürfen die Art oder der Ort seiner Verwahrung geändert werden.

§ 9 Außer mit Erlaubnis des Verwaltungsamtes dürfen keine privaten Verwahrungsräume, öffentliche oder private psychiatrische Krankenhäuser oder psychiatrische Abteilungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern benutzt werden. Die Bestimmungen bezüglich der baulichen Ausstattung und der Verwaltung von privaten Verwahrungsräumen, öffentlichen und privaten psychiatrischen Krankenhäusern oder psychiatrischen Abteilungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern werden durch Verordnung festgelegt.

§ 10 Die zur Verwahrung notwendigen Kosten werden von der verwahrten Person getragen. Wenn die verwahrte Person nicht dafür aufkommen kann, werden sie von der zu deren Unterhalt verpflichteten Person getragen.

Bei einer Verwahrung durch den Bürgermeister finden bezüglich der Abdeckung der dafür notwendigen Kosten und deren nachträglicher

Einhebung die Bestimmungen für reisende Patienten oder reisende Verstorbene entsprechend Anwendung.

- § 11 Wenn das Verwaltungsamt es als notwendig erkennt, kann es die Untersuchung des Geisteskranken durch einen bestellten Arzt durchführen lassen oder die hinsichtlich eines Geisteskranken notwendige Befragung durch einen Regierungsbeamten oder einen Arzt durchführen lassen; oder das Krankenhaus oder den anderen Ort, an dem sich der Geisteskranke aufhält, inspizieren lassen.
- § 12 Eine Person, deren Rechte durch eine ungesetzliche Verfügung des Verwaltungsamtes bei der Durchführung dieses Gesetzes oder von Verordnungen, die auf diesem Gesetz basieren, verletzt wurden, kann beim Verwaltungsgericht Klage einreichen.
- § 13 Eine Person, die mit einer Verfügung des Verwaltungsamtes bezüglich der Durchführung dieses Gesetzes oder von Verordnungen, die auf diesem Gesetz basieren, nicht einverstanden ist, kann Beschwerde einreichen.
- § 14 Ein Regierungs- oder ein öffentlicher Beamter, oder ein Arzt, der auf Befehl des Verwaltungsamtes sein Amt ausübt wird mit <Gefängnis mit harter Arbeit> bis zu drei Jahren <zusätzlicher Geldstrafe bis 100 Yen> bestraft, wenn er gegen dieses Gesetz verstößt.
- § 15 Ein Regierungs- oder ein öffentlicher Beamter, oder ein Arzt, der auf Befehl des Verwaltungsamtes sein Amt ausübt, wird analog zum Paragraph 286 des Strafgesetzes bestraft, wenn er bei der Ausübung dieses Gesetzes Bestechungsgelder annimmt oder der Annahme zugestimmt hat.
- § 16 Folgende Personen werden mit Gefängnis mit harter Arbeit bis zu einem Jahr und zusätzlicher Geldstrafe bis 100 Yen belegt:
- 1 Personen, die die Erlaubnis des Verwaltungsamtes durch Unwahrheiten erhalten oder einen Geisteskranken aufgrund eines falschen Berichts verwahrt oder das Ausmaß seiner Beschränkung vergrößert haben

2 Personen, die im Befund des Arztes über den Geisteskranken falsche Angaben gemacht, oder die selbst eine Diagnose gestellt und diese als Befund abgegeben haben.

Im ersten Fall wird für alle zehn Tage, die die Verwahrung oder Beschränkung dauert, ein Grad hinzugefügt.

§ 17 Folgende Personen werden mit Gefängnis mit harter Arbeit bis zu zwei Monaten und zusätzlicher Geldstrafe bis 20 Yen bestraft, oder mit einer Geldstrafe bis 100 Yen belegt, wobei aber für alle zehn Tage, die die Verwahrung oder Beschränkung dauert, ein Grad hinzugefügt wird:

1 Personen, die ohne Erlaubnis, ohne Bericht zu erstatten oder ohne Befehl eine geisteskranke Person verwahrt haben

2 Personen, die die Verwahrung nicht beenden, nachdem die Entmündigungserklärung oder die Erlaubnis zur Verwahrung zurückgezogen worden ist, oder der Befehl zur Beendigung der Verwahrung gegeben worden ist oder die Frist der vorläufigen Verwahrung abgelaufen ist.

3 Personen, die den Geisteskranken Beschränkungen unterworfen haben, die das Ausmaß, für das die Erlaubnis erhalten worden ist, oder das berichtet oder befohlen worden ist, überschreiten.

§ 18 Folgende Personen werden mit Gefängnis mit harter Arbeit bis zu einem Monat und mit einer zusätzlichen Geldstrafe bis zehn Yen oder mit einer Geldstrafe bis 50 Yen bestraft.

1 Personen, die dem Verwaltungsamt Ansuchen oder sonstige Schriftstücke mit falschen Angaben bezüglich der Verwahrung eines Geisteskranken vorgelegt haben

2 Personen, die ohne in der Reihenfolge der zur Ausübung der Verwahrung Verpflichteten zu stehen, oder die ohne Befehl oder Erlaubnis die Verwahrung aufheben oder die Art oder den Ort der Verwahrung ändern

3 Personen, die einen Inspektionsbesuch oder eine ärztliche Untersuchung eines Regierungsbeamten oder eines Arztes, der dazu die Weisung des Verwaltungsamtes hat, verhindern oder auf diese Befragung keine oder falsche Antworten geben.

- § 19 Folgende Personen werden mit einer Geldstrafe bis 100 Yen belegt:
- 1 Personen, die dem Befehl zur Änderung der Art oder des Ortes der Verwahrung nicht befolgen
 - 2 Personen, die als zur Verwahrung verpflichtete Personen den Befehl zur Verwahrung eines Geisteskranken nicht befolgen
 - 3 Personen, die § 8, Abs.4 oder § 9, Abs.1 zuwider gehandelt haben
- § 20 Personen, die dem § 4, Abs.5 zuwider gehandelt haben, werden mit einer Geldstrafe bis zehn Yen belegt

Anhang

- § 21 Dieses Gesetz tritt am 1. März 1900 in Kraft. Personen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes Geisteskranke verwahrt haben, müssen daher, wenn sie die Verwahrung fortsetzen wollen, gemäß den Bestimmungen von § 3 binnen zweier Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes die Erlaubnis einholen oder Bericht erstatten.
- Personen, die nicht gemäß § 3 Erlaubnis einholen oder Bericht erstatten und nach Ablauf der Frist des vorigen Absatzes die Verwahrung nicht aufheben, werden analog zu § 17 bestraft.
- Pflichten, die in diesem Gesetz dem Bürgermeister auferlegt werden, werden an Orten mit Stadtverwaltung von den Personen, die dem Bürgermeister entsprechen, ausgeübt.
- § 22 Die zur Verwahrung eines ausländischen Geisteskranken notwendigen speziellen Bestimmungen werden durch eine Thronverordnung geregelt.
- § 23 Die Bestimmungen dieses Gesetzes finden keine Anwendung, wenn ein Gericht nach § 50 oder § 60 des Familienrechts (*Jinji Soshō Tetsuzuki-hō*) eine zur Verwahrung eines Geisteskranken notwendige Verfügung getroffen hat.

8.1.2. Das Gesetz für psychiatrische Krankenhäuser

Wortlaut des Gesetzes für psychiatrische Krankenhäuser (*Seishin Byōin-hō*. Gesetz Nummer 25 vom 27. März 1919) [in Übersetzung von Ingrid Getreuer-Kargl nach Kargl:1987:321-322]

- § 1 Der zuständige Minister kann den Befehl zur Errichtung von psychiatrischen Krankenhäusern in Hokkaido und den übrigen Präfekturen geben.
- § 2 Der Gouverneur kann einen Geisteskranken, auf den einer der folgenden Punkte zutrifft, in ein den Bestimmungen des vorigen Paragraphen gemäß errichtetes psychiatrisches Krankenhaus einweisen lassen:
- 1 Eine Person, die nach dem Gesetz zur Verwahrung von Geisteskranken vom Bürgermeister verwahrt werden muß
 - 2 Eine Person die ein Verbrechen begangen hat und vom Gericht als besonders gefährlich befunden wird
 - 3 Personen, die keinen Zugang zu medizinischer Pflege haben
 - 4 Andere als die in obigen Punkten erwähnte Personen, für die der Gouverneur eine besondere Notwendigkeit für eine Einweisung erkennt
- Zur Einweisung eines Geisteskranken gemäß den Bestimmungen der vorigen Absätze ist die Diagnose eines Arztes laut Verordnung notwendig.
- § 3 Aufgrund einer Thronverordnung übernimmt die Staatskasse zwischen $\frac{1}{6}$ und $\frac{1}{2}$ der Ausgaben eines gemäß den Bestimmungen von § 1 errichteten psychiatrischen Krankenhauses.
- § 4 Der Direktor eines psychiatrischen Krankenhauses, das gemäß den Bestimmungen von § 1 errichtet worden ist, kann durch Beschluß des zuständigen Ministers den Eingewiesenen den für die Verwahrung notwendigen Maßnahmen unterwerfen.
- § 5 Der Gouverneur kann von einem Eingewiesenen die Kosten der Einweisung ganz oder teilweise einheben. Wenn erkannt wird, daß die Kosten vom eingewiesenen nicht eingehoben werden können, kann der Gouverneur diese

von der zu dessen Unterhalt verpflichteten Person einheben. Die Einhebungsweise für die vorhin erwähnten Kosten wird durch eine Thronverordnung festgelegt.

§ 6 Von einer Präfektur errichtete psychiatrische Krankenhäuser werden, wenn der zuständige Minister sie aufgrund eines Berichtes des Gouverneurs als geeignet befindet, als gemäß den Bestimmungen von § 1 errichtet betrachtet.

§ 7 Wenn der zuständige Minister es als notwendig erachtet, kann er einen Zeitraum bestimmen und den als geeignet befundenen privaten und öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern diese Zustimmung erteilen, woraufhin diese die gemäß den Bestimmungen von § 1 errichteten psychiatrischen Krankenhäuser ersetzen und die Bestimmungen von § 2 bis 5 Anwendung finden.

§ 8 Personen die eine Beschwerde gegen die Maßnahmen der Behörden bezüglich der Ausübung dieses Gesetzes oder der auf diesem Gesetz basierenden Verordnungen haben, können Einspruch erheben. Personen, die durch ungesetzliche Maßnahmen der Behörden Schaden an ihren rechten erlitten haben, können beim Verwaltungsgerichtshof Klage erheben.

Anhang

Der Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes wird für jeden Paragraphen durch eine Thronverordnung festgelegt.

8.2. Gesetztestexte (japanisch)

8.2.1. Das Gesetz zur Obhut von Geisteskranken

Textquelle: Nakano 2008a

精神病者監護法 (明治 33 年法律第 38 号)

第一条 精神病者ハ其ノ後見人配偶者四親等内ノ親族又ハ戸主ニ於テ之ヲ監護スルノ義務ヲ負フ但シ民法第九百八条ニ依リ後見人タルコトヲ得サル者ハ此ノ限ニ在ラス

2⁶¹ 監護義務者数人アル場合ニ於テ其ノ義務ヲ履行スヘキ者ノ順位ハ左ノ如シ但シ監護義務者相互ノ同意ヲ以テ順位ヲ変更スルコトヲ得

第一 後見人

第二 配偶者

第三 親権ヲ行フ父又ハ母

第四 戸主

第五 前各号ニ掲ケタル者ニ非サル四親等内ノ親族中ヨリ親族会ノ選任シタル者

第二条 監護義務者ニ非サレハ精神病者ヲ監置スルコトヲ得ス

第三条 精神病者ヲ監置セムトスルトキハ行政庁ノ許可ヲ受クヘシ但シ急迫ノ事情アルトキハ仮リニ之ヲ監置スルコトヲ得此ノ場合ニ於テハ二十四時間内ニ行政庁ニ届出ヘシ

2 前項仮監置ノ期間ハ七日ヲ超ユルコトヲ得ス

3 行政庁ノ許可ヲ受ケテ監置シタル精神病者ノ監置ヲ廃止シタル後三箇年内ニ更ニ之ヲ監置セムトスルトキ又ハ民法第九百二十二条ニ依リ禁治産者ヲ監置セムトスルトキハ行政庁ニ届出ヘシ

第四条 精神病者ノ監置ノ方法又ハ場所ヲ変更シタルトキハ二十四時間内ニ行政庁ニ届出ヘシ

第五条 監置シタル精神病者治癒シ死亡シ若ハ行方不明ト為リタルトキ又ハ其ノ監置ヲ廃止シタルトキハ七日内ニ行政庁ニ届出ヘシ

⁶¹ Die arabischen Zahlen im Text markieren Spaltenumbrüche innerhalb eines Paragraphen, da der Text ursprünglich der japanischen Schreibweise von oben nach unten und von rechts nach links folgte. Der Beginn der ersten Spalte ist evident und wurde nicht gekennzeichnet.

第六条 精神病者ヲ監置スルノ必要アルモ監護義務者ナキ場合又ハ監護義務者其ノ義務ヲ履行スルコト能ハサル事由アルトキハ精神病者ノ住所地、住所地ナキトキ又ハ不明ナルトキハ所在地市区町村長ハ勅令ノ定ムル所ニ從ヒ之ヲ監護スヘシ

第七条 行政庁ハ精神病者ノ監護ニ関シ必要ト認ムルトキハ監置ノ許可ヲ取消シ監置ノ廃止ヲ命シ又ハ監置ノ方法若ハ場所ノ変更ヲ命スルコトヲ得

2 監置ノ許可ヲ取消サレ又ハ其ノ廃止ヲ命セラレタル者監置ヲ廃止セサルトキハ行政庁ハ直接ニ監置ヲ廃止スルコトヲ得

第八条 精神病者監置ノ必要アルトキ又ハ監置不適當ト認ムルトキハ行政庁ハ第一条第二項ノ順位ニ拘ラス監護義務者ヲ指定シ之カ監置ヲ命スルコトヲ得但シ急迫ノ事情アルトキハ行政庁ハ仮リニ其ノ精神病者ヲ監置スルコトヲ得此ノ場合ニ於テハ第三条第二項ノ規定ヲ準用ス

2 市区町村長ニ於テ監護スル精神病者ノ監護義務者ヲ発見シ又ハ監護義務者其ノ義務ヲ履行シ得ルニ至リタルトキ亦前項ニ同シ

3 本条ニ依リ精神病者ノ監置ヲ命セラレタル監護義務者其ノ命ヲ履行セサルトキハ第六条ノ例ニ依リ市区町村長ニ於テ之ヲ監護スヘシ

4 本条ニ依リ監護義務者ノ監置シタル精神病者ニ関シテハ行政庁ノ許可ヲ受クルニ非サレハ其ノ監置ヲ廃止シ又ハ監置ノ方法若ハ場所ヲ変更スルコトヲ得ス

第九条 私宅監置室、公私立精神病院及公私立病院ノ精神病室ハ行政庁ノ許可ヲ受クルニ非サレハ之ヲ使用スルコトヲ得ス

2 私宅監置室、公私立精神病院及公私立病院ノ精神病室ノ構造設備及管理方法ニ關スル規定ハ命令ヲ以テ之ヲ定ム

第十条 監護ニ要シタル費用ハ被監護者ノ負担トシ被監護者ヨリ弁償ヲ得サルトキハ其ノ扶養義務者ノ負担トス

2 市町村長ニ於テ監護スル場合ニ於テ之カ為要スル費用ノ支弁方法及其ノ追徴方法ハ行旅病人及行旅死亡人取扱法ノ規定ヲ準用ス

第十一条 行政庁ハ必要ト認ムルトキハ其ノ指定シタル医師ヲシテ精神病者ノ検診ヲ為サシメ又ハ官吏若ハ医師ヲシテ精神病者ニ関シ必要ナル尋問ヲ為サシメ又ハ精神病者在ル家宅病院其ノ他ノ場所ニ臨檢セシムルコトヲ得

第十二条 本法又ハ本法ニ基ツキテ発スル命令ノ執行ニ関シ行政庁ノ違法処分ニ由リ權利ヲ傷害セラレタリトスル者ハ行政裁判所ニ出訴スルコトヲ得

第十三条 本法又ハ本法ニ基ツキテ発スル命令ノ執行ニ関スル行政庁ノ処分ニ不服アル者ハ訴願ヲ提起スルコトヲ得

第十四条 官吏公吏又ハ行政庁ノ命ヲ受ケテ公務ヲ行フ医師本法ノ執行ニ関シ不正ノ所為ヲ為シタル者ハ三年以下ノ重禁錮ニ処シ百円以下ノ罰金ヲ附加ス

第十五条 官吏公吏又ハ行政庁ノ命ヲ受ケテ公務ヲ行フ医師本法ノ執行ニ関シ賄賂ヲ收受シ又ハ之ヲ聴許シタル者ハ刑法第二百八十六条ノ例ニ照ラシテ処断ス

第十六条 左ニ掲クル者ハ一年以下ノ重禁錮ニ処シ百円以下ノ罰金ヲ附加ス

一 詐偽ノ所為ヲ以テ行政庁ノ許可ヲ受ケ若ハ虚偽ノ届出ヲ為シ精神病者ヲ監置シ又ハ拘束ノ程度ヲ加重シタル者

二 医師精神病者ノ診断書ニ虚偽ノ事実ヲ記載シ又ハ自ラ診断セスシテ診断書ヲ授与シタル者

2 前項第一号ノ場合ニ於テハ監置又ハ拘束ノ日数十日ヲ過クル毎ニ一等ヲ加フ

第十七条 左ニ掲クル者ハ二月以下ノ重禁錮ニ処シ二十円以下ノ罰金ヲ附加シ又ハ百円以下ノ罰金ニ処ス但シ監置又ハ拘束ノ日数十日ヲ過クル毎ニ一等ヲ加フ

一 許可ヲ受ケス又ハ届出ヲ為サス若ハ命ヲ受ケスシテ精神病者トシテ人ヲ監置シタル者

二 禁治産ノ宣告又ハ監置ノ許可ヲ取消サレ又ハ監置ノ廃止ヲ命セラレ若ハ仮監置ノ期間ヲ経過シタル後監置ヲ廃止セサル者

三 許可ヲ受ケ又ハ届出ヲ為シ若ハ命ヲ受ケタル程度ヲ超エテ精神病者ヲ拘束シタル者

第十八条 左ニ掲クル者ハ一月以下ノ重禁錮ニ処シ十円以下ノ罰金ヲ附加シ又ハ五十円以下ノ罰金ニ処ス

一 精神病者ノ監置ニ関シ虚偽ノ事実ヲ記載シタル願届其ノ他ノ書類ヲ行政庁ニ提出シタル者

二 監護義務ヲ履行スヘキ順位ニ在ラサル者ニシテ許可ヲ受ケス又ハ命ニ依ルニ非スシテ監置ヲ廃止シ又ハ監置ノ方法若ハ場所ヲ変更シタル者

三 官吏又ハ行政庁ノ指定シタル医師ノ臨検若ハ検診ヲ拒ミ又ハ其ノ尋問ニ対シ答弁ヲ為サス若ハ虚偽ノ答弁ヲ為シタル者

第十九条 左ニ掲クル者ハ百円以下ノ罰金ニ処ス

一 監置ノ方法若ハ場所ノ変更ヲ命セラレ其ノ命ヲ履行セサル者

二 監護義務者精神病者ノ監置ヲ命セラレ其ノ命ヲ履行セサル者

三 第八条第四項及第九条第一項ニ違背シタル者

第二十条 第四条及第五条ニ違背シタル者八十円以下ノ罰金ニ処ス

附 則

第二十一条 本法ハ明治三十三年七月一日ヨリ之ヲ施行ス

2 本法施行前ヨリ精神病者ヲ監置シタル者ニシテ仍之ヲ繼續セムトスルトキハ本法施行ノ日ヨリ二箇月内ニ第三条ノ許可ヲ受ケ又ハ届出ヲ為スヘシ

3 第三条ノ許可ヲ受ケス又ハ届出ヲ為サスシテ前項ノ期間ヲ経過シタル後監置ヲ廃止セサル者ハ第十七条ノ例ニ照シテ処断ス

4 本法中市区町村長ニ属スル職務ハ市制区制町村制ヲ施行セサル地ニ在リテハ市区町村長ニ準スヘキ者之ヲ行フ

第二十二条 外国人タル精神病者ノ監護ニ関シ別段ノ規定ヲ要スルモノハ勅令ヲ以テ之ヲ定ム

第二十三条 人事訴訟手続法第五十条又ハ第六十条ニ依リ裁判所ニ於テ精神病者ノ監護ニ付必要ナル処分ヲ命シタル場合ニ関シテハ本法ノ規定ヲ適用セス

8.2.2. Das Gesetz für psychiatrische Krankenhäuser

Textquelle: Nakano 2008b

精神病院法 (大正 8 年法律第 25 号)

第一条 主務大臣ハ北海道又ハ府県ニ対シ精神病院ノ設置ヲ命スルコトヲ得

第二条 地方長官ハ左ノ各号ノ一ニ該当スル精神病者ヲ前条ノ規定ニ依リ設置スル精神病院ニ入院セシムルコトヲ得

一 精神病者監護法ニ依リ市町村長ノ監護スヘキ者

二 罪ヲ犯シタル者ニシテ司法官庁特ニ危険ノ虞アリト認ムルモノ

三 療養ノ途ナキ者

四 前各号ニ掲クル者ノ外地方長官特ニ入院ヲ必要ト認ムル者

2⁶² 前項ノ規定ニ依リ精神病者ヲ入院セシムルニハ命令ノ定ムル所ニ依リ医師ノ診断アルコトヲ要ス

第三条 国庫ハ勅令ノ定ムル所ニ従ヒ第一条ノ規定ニ依リ設置スル精神病院ノ経費ニ対シ六分ノ一乃至二分ノ一ヲ補助ス

第四条 第一条ノ規定ニ依リ設置スル精神病院ノ長ハ主務大臣ノ定ムル所ニ依リ入院者ニ対シ監護上必要ナル処置ヲ行フコトヲ得

第五条 地方長官ハ入院者ヨリ入院費ノ全部又ハ一部ヲ徴収スルコトヲ得地方長官入院者ヨリ徴収スルコトヲ得スト認ムルトキハ其ノ扶養義務者ヨリ之ヲ徴収スルコトヲ得

2 前項費用ノ徴収方法ハ勅令ヲ以テ之ヲ定ム

第六条 道府県ニ於テ設置スル精神病院ニシテ地方長官ノ具申ニ依リ主務大臣ニ於テ適当ト認ムルモノハ第一条ノ規定ニ依リ設置スルモノト看做ス

第七条 主務大臣必要ト認ムルトキハ期間ヲ指定シ適当ト認ムル公私立精神病院ヲ其ノ承諾ヲ得テ第一条ノ規定ニ依リ設置スル精神病院ニ代用スルコトヲ得此ノ場合ニ於テハ第二条乃至第五条ノ規定ヲ準用ス

第八条 本法又ハ本法ニ基キテ発スル命令ノ執行ニ関シ行政官庁ノ処分ニ不服アル者ハ訴願スルコトヲ得行政官庁ノ違法処分ニ由リ権利ヲ傷害セラレタリトスル者ハ行政裁判所ニ出訴スルコトヲ得

附 則

本法施行ノ期日ハ勅令ノ定ムル所ニ依リ各条ニ付之ヲ定ム

⁶² Die arabischen Zahlen im Text markieren Spaltenumbrüche innerhalb eines Paragraphen, da der Text ursprünglich der japanischen Schreibweise von oben nach unten und von rechts nach links folgte. Der Beginn der ersten Spalte ist evident und wurde nicht gekennzeichnet.

8.3. Abstract

Die vorliegende Studie unternimmt eine Neubewertung der Geschichte der Psychiatrie in Japan durch die kritische Anwendung von Michel Foucaults Theorie der Disziplinarmacht. Zuerst wird die Gesellschaft der angehenden Meiji-Periode als Disziplinargesellschaft definiert, indem speziell auf Diskurse der Strafpraxis und der generellen sozialen Reformen im Zeitalter der Modernisierung Japans eingegangen wird. Nach einer Rekapitulation der Entstehungsgeschichte der Psychiatrie kommt es im zweiten Schritt zu einer dekonstruktiven Lektüre einiger zentraler Primärquellen aus der Phase der Formierung der japanischen Psychiatrie. In einem für die japanische Psychiatriegeschichtsschreibung neuartigen Zugang wird auf marginale Textstellen fokussiert, in denen sich deren speziell konstitutiver Charakter für die Etablierung eines psychiatrischen Diskurses in Japan herauskristallisiert. Es zeigt sich, dass diese Fragmente, die stark von der biologischen Psychiatrie des deutschsprachigen Raumes beeinflusst waren, im besonderen Maße die Gefährlichkeit geisteskranker Subjekte für die Nation hervorheben. Zusätzlich wird die Institutionalisierung der Psychiatrie aufgrund eines juristischen Dilemmas beschleunigt, das in der Einführung eines neuen Rechtssystems nach europäischem Vorbild wurzelt. Die verschiedenen Fäden der Analyse verknoten sich im diskursiven Bruch zwischen zwei Gesetzen, die den Umgang mit Geisteskranken in der japanischen Gesellschaft im 20. Jahrhundert kodifizierten. Es handelt sich um das *Gesetz zur Obhut von Geisteskranken* von 1900 und dem *Gesetz für psychiatrische Krankenhäuser* von 1919. Wo das Gesetz von 1900 in erster Linie um administrative Probleme bemüht war, versuchte das Gesetz von 1919, das seinen Anstoß bereits der Psychiatrie verdankte, neue Formen der Macht zu entfalten. Der psychiatrische Diskurs zielte auf eine Verfeinerung des disziplinarischen Netzwerks innerhalb des sozialen Gefüges ab, während er es gleichzeitig verstand den diskursiven Bruch zwischen psychiatrischen Techniken und traditionellen Praxen der Pflege psychisch Kranker permanent zu verwischen.

8.4. English abstract

This study attempts to reassess the history of psychiatry in Japan through critical application of Michel Foucault's theory of disciplinary power. First the society of the early Meiji-era will be defined as an example of a disciplinary society within the scope of discourses on the system of punishment and general social reforms in the age of modernization. After recapitulation of the historical framework, the second stage engages in a close reading of the central discursive figures and texts of Japanese psychiatry. In a unique account for the field of history of Japanese psychiatry, focusing on marginalized fragments of psychiatric texts, their constitutive character for the establishment of psychiatric discourses in Japan is revealed. It is shown, that these texts, rooting in German speaking biological psychiatry, heavily stress the hazard of the insane to the nation. Additionally drawing on juridical problems, which derive from the enactment of a European model of law, provides an explanation for the necessity of psychiatry as a social institution. The key argument asserts a discursive break between the two major legal acts dealing with modes of confinement of the mentally ill: The *Custody of the Mentally Ill Act* dating to 1900 and the *Mental Hospital Act* from 1919. The first dealing mainly with administrative issues, the latter being formed under tremendous influence of the emerging psychiatric power, psychiatry pursues to refine the disciplinary network operating in the social space, while constantly blurring the discursive crack between traditional forms of care and psychiatric techniques.

8.5. Curriculum vitae

11/2010-01/2013	Masterstudium der Japanologie an der Universität Wien
08/11/2010	Abschluss des Bakkalaureatsstudiums der Japanologie mit Auszeichnung; Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts
09/2009-08/2010:	Auslandsstudium durch ein Stipendium des Joint Study-Programms an der Tokyo Metropolitan University
03/2006-11/2010:	Bakkalaureatsstudium der Japanologie an der Universität Wien
03/2006-09/2009:	Studium der Philosophie im Nebenfach an der Universität Wien
10/2004-09/2005	Ableistung des ordentlichen Zivildienstes in der Justizanstalt Stein
09/2002-02/2006:	Studium der Technischen Chemie an der Technischen Universität Wien
31/05/2002	Ablegung der Matura
1998/99-2001/02:	Oberstufenrealgymnasium der Engl. Fräulein, 3500 Krems
1994/95-1997/98:	Bundesrealgymnasium Ringstrasse, 3500 Krems