



Università
Ca' Foscari
Venezia

**Scuola Dottorale di Ateneo
Graduate School**

**Dottorato di ricerca
in Lingue, Culture e Società
Ciclo XXVI
Anno di discussione A.A. 2014/15**

***L'Uomo con dodici ore di troppo
Psichiatria, antipsichiatria, pratiche e discorso sulla
salute mentale nella Cina contemporanea***

**SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE DI AFFERENZA: L-OR/21
Tesi di Dottorato di Tobia Maschio, matricola 955786**

Coordinatore del Dottorato

Prof. Federico Squarcini

Tutore del Dottorando

Prof. Marco Ceresa

Indice

Introduzione	p. 3
Capitolo 1 - Un discorso, più discorsi: la malattia mentale nella medicina tradizionale cinese sino all'introduzione della psichiatria in Cina	p. 7
1.1 La medicina tradizionale cinese come sistema medico e la sua capacità di produrre «discorsi di verità»	p. 8
1.2 Fondamenti del sistema medico della medicina tradizionale cinese. Il corpo umano come oggetto di speculazione medica	p. 11
1.3 Il rapporto tra psiche e corpo e la localizzazione degli spiriti nell'organismo	p. 19
1.4 Eziologia e nosografia delle malattie dello spirito fino al XV secolo	p. 25
1.5 La categorizzazione delle emozioni e degli stati d'animo dal XV al XVIII secolo e l'introduzione della psichiatria nel XIX secolo in territorio cinese	p. 31
Capitolo 2 - La psichiatria e l'istituzione dell'ospedale psichiatrico in Cina tra il XIX e il XXI secolo	p. 36
2.1 La malattia mentale in Cina nel contesto sociale e legale fino alla fine del XIX secolo	p. 38
2.2 L'istituzione degli ospedali psichiatrici e la nascita della clinica in Cina nella prima metà del XX secolo	p. 42
2.3 Il cambio di paradigmi scientifici e l'annullamento degli stessi dalla fondazione della Repubblica Popolare Cinese al 1979	p. 48
2.4 L'abuso della diagnosi psichiatrica in Cina dal periodo delle riforme sino al XXI secolo	p. 54
Capitolo 3 - Il discorso legale sulla malattia mentale nella Cina contemporanea	p. 59

3.1 La stigmatizzazione del malato mentale e l'abuso della diagnosi psichiatrica	p. 61
3.2 La normativa legale sull'individuo affetto da malattia mentale I: le leggi dal 1979 al 1986	p. 67
3.3 La normativa legale sull'individuo affetto da malattia mentale II: <i>Legge della Repubblica Popolare Cinese sulla salute mentale</i>	p. 75
3.4 Prospettive future sulla gestione della malattia mentale tra produzione di discorsi e istanze problematiche	p. 85
Capitolo 4 - Una rivoluzione silenziosa? Nuovi tipi di discorso e nuove pratiche di prevenzione e di assistenza psichiatrica nella Cina contemporanea	p. 89
4.1 Teoria e pratica sui modelli di presa in cura del paziente nella seconda metà del XXI secolo	p. 90
4.2 Associazioni italiane per la tutela dei diritti del malato mentale e prodromi ai progetti di collaborazione scientifica con la Cina	p. 101
4.3 Strutture sperimentali di prevenzione, servizio alla comunità e presa in cura dei pazienti nel contesto della municipalità di Pechino	p. 105
Conclusioni	p. 116
Bibliografia	p. 119

Introduzione

Il titolo di questa tesi di dottorato, «L'Uomo con dodici ore di troppo», prende spunto da un'espressione gergale diffusa nel contesto urbano di Shanghai e in seguito utilizzata in tutto il territorio della Repubblica Popolare Cinese: *shisandian zhong ren* 十三点钟人 o *shisandian ren* 十三点人, letteralmente 'uomo delle ore tredici'. Il campo semantico a cui si fa riferimento è quello delle convenzioni linguistiche che determinano la maniera che viene considerata più o meno 'corretta' per dare le indicazioni sull'orario. L'una del pomeriggio, nel contesto della lingua parlata, viene comunemente definita con la locuzione 一点钟 *yidian zhong* o, qualora non fossero eventualmente desumibili dal contesto le coordinate cronologiche di 'pomeriggio' o 'notte', con la più precisa locuzione *yidian zhong xiawu* 一点钟下午. La formula 'ore tredici' viene dunque considerata eccentrica ed eccessivamente originale e, per associazione, può essere utilizzata per connotare la stranezza, la peculiarità e la 'non normalità' di un individuo.

Dietro una denominazione fondamentalmente faceta si cela un contesto di generale connotazione negativa della non aderenza alla norma da parte della persona. La tendenza a connotare negativamente o con accondiscendenza l'anormalità è diffusa in molte culture e ambiti sociali e pur sembrando nella maggior parte dei casi una pratica innocua e faceta può essere intesa come la manifestazione in superficie di un processo di produzione di significati che può avere risvolti più seri e drammatici.

Uno degli obiettivi principali che mi sono posto nella scrittura di questa tesi è stato quello di produrre una relazione sulle produzioni di significato riguardanti la malattia mentale nella Cina continentale

contemporanea. Seguendo la lezione di Michel Foucault e dei *Cultural Studies*, è possibile identificare alla base della produzione di conoscenza e significati un intreccio di dinamiche sociali e di potere molto fitto, strutturato e strutturante per ciò che riguarda la percezione della realtà intersoggettivamente condivisa. In questo contesto teorico è possibile identificare degli enunciatori di tale tipo di discorsi ed analizzare in seguito quali sono le conseguenze concrete della costruzione dei concetti che stanno alla base della definizione dell'identità di una determinata categoria o gruppo sociale.

L'obiettivo di questo lavoro può dunque essere inteso come la definizione della 'storia dei discorsi' che sono stati prodotti riguardo alla malattia mentale nella Cina del XX e del XXI secolo. Al fine di perseguire tale scopo mi servito della cornice teorica fornita dall'antropologia medica e dai *Cultural Studies*. Tali discipline permettono di enucleare i concetti fondamentali che stanno alla base della connotazione del fenomeno della follia che ha storicamente impegnato differenti categorie di esperti. Tale problematica è stata affrontata da diverse angolazioni e sono state prodotte conoscenze teorie e pratiche in seno a diversi campi normativi e del sapere.

Nel primo capitolo di questa tesi affronterò dunque quale è stato l'esito della produzione di significati attorno al concetto di malattia dell'animo nell'ambito del sistema medico della medicina tradizionale cinese. Questa pratica terapeutica può vantare un periodo di sviluppo estremamente ampio e, a dispetto dell'introduzione e dell'attecchimento delle pratiche e delle conoscenze proprie della biomedicina nel contesto della Cina continentale da quasi due secoli, viene ritenuta ancora un modello esplicativo valido che può fornire soluzioni curative efficaci. Lo studio eziologico delle manifestazioni della malattia mentale ha prodotto un corredo nosografico molto complesso e strutturato. Alcune delle definizioni mediche adottate per questo genere di disturbo sono ancor oggi utilizzate

sia nel generico contesto della produzione di significati culturalmente e socialmente formati, sia nel più specifico campo medico.

Nel secondo capitolo descriverò quali sono stati i cambiamenti nella produzione di discorsi riguardanti la malattia mentale dalla fine del XIX secolo alla fine del XX secolo. Nel contesto della Cina continentale, nel corso di soli cent'anni, si è assistito all'avvicendamento di diversi tipi di figure ritenute 'autoritarie' per quanto riguarda l'enunciazione di discorsi percepiti come 'naturali' e 'veri'. L'introduzione della psichiatria di stampo europeo e statunitense in un secondo momento e russo in un secondo periodo ha contribuito alla modifica degli equilibri di potere che avevano influenzato sino a prima il rapporto tra categoria medica e tutori dell'ordine nella gestione del malato mentale. Si assiste all'istituzionalizzazione dell'ospedale psichiatrico e ai prodromi della costituzione della diagnosi psichiatrica utilizzabile come 'regola normativa' al di fuori del contesto medico e terapeutico. Questo genere di avvenimenti, interpretabili come manifestazioni concrete del 'potere psichiatrico', hanno generato una reazione diametralmente opposta che ha portato all'adozione di contromisure definibili come 'antipsichiatriche'.

Nel terzo capitolo di questo elaborato propongo un'analisi storica del discorso legale prodotto intorno alla malattia mentale e alla costruzione della percezione della stessa in quanto 'deviazione' potenzialmente pericolosa. La produzione di norme che criminalizzano il malato in quanto tale contribuisce all'instaurazione di un processo di stigmatizzazione e di conseguente allontanamento dello stesso dal tessuto sociale nel quale era precedentemente inserito. Lo sfruttamento della diagnosi psichiatrica da parte delle autorità produce inoltre una modalità di delegittimazione delle istanze sociali e politiche avanzate dall'individuo. La produzione e l'applicazione della nuova legge sulla salute mentale è interpretabile come

una presa di posizione esplicita della compagine statutale della Repubblica Popolare Cinese nei confronti di questo genere di abuso medico e politico.

Il quarto capitolo di questa tesi è dedicato alla descrizione di alcune strutture mediche sperimentali che sono state inaugurate nel contesto del distretto Haidian della municipalità di Pechino. L'istituzione di questo genere di servizio sanitario è stata resa possibile grazie alla collaborazione e allo scambio scientifico tra l'Ospedale Universitario Numero 6 di Pechino e alcune realtà italiane operative nella promozione dello spirito del movimento culturale antipsichiatrico e nella sua applicazione pratica nel contesto della presa in cura del malato di mente e del suo successivo reinserimento sociale. Questa sezione del mio lavoro è stata prodotta anche sulla base dei dati raccolti e delle esperienze fatte durante un periodo di ricerca sul campo effettuato tra il 2011 e il 2012 con il permesso ottenuto dal Centro di Sviluppo Risorse Umane Sanitarie del Ministero della Salute della Repubblica Popolare Cinese.

Capitolo 1

Un discorso, più discorsi: la malattia mentale nella medicina tradizionale cinese sino all'introduzione della psichiatria in Cina¹

Nel primo capitolo di questo elaborato mi propongo di indagare quale sia stata la produzione di significato da parte della medicina tradizionale cinese riguardo alla problematica della malattia mentale o, per meglio dire, alla problematica *posta* dalla malattia mentale (Foucault 2006a).² Per proporre un'analisi efficace dal punto di vista scientifico della questione ho ritenuto necessario adottare gli strumenti teorici ed analitici offerti dai *Cultural Studies* e dall'antropologia medica. Un'analisi dei testi canonici che hanno permesso la formazione e il consolidamento della tradizione medica cinese verrà accompagnata da considerazioni di carattere sociologico e antropologico. Seguendo questo proponimento sarà possibile fornire una lettura del discorso prodotto intorno alla malattia mentale nel contesto del sistema di cura tradizionale cinese. Tale lettura verrà arricchita

¹ Con il termine 'Cina' nel presente elaborato farò riferimento a diverse entità geografiche e territoriali. Per quanto riguarda in particolare la trattazione del primo e del secondo capitolo, dove verrà proposta un'indagine antropologica e storica inerente alla medicina tradizionale cinese e alla costruzione del concetto di malattia mentale in seno alla stessa, si farà in particolare riferimento, dove non diversamente indicato, alla zona del Jiangnan. La regione geografica situata a sud del fiume Yangtze, infatti, in una prospettiva storica, si è dimostrata una dei territori economicamente e politicamente più sviluppati nel XVI e XVII secolo. Tale condizione ha reso possibile la nascita e lo sviluppo della riproduzione a stampa e del commercio di libri, permettendo la trasmissione (tra gli altri) di testi di medicina (Furth 1999, p. 157; Chen 2003, p. 54). Nel terzo e quarto capitolo con il termine 'Cina' si farà invece riferimento alla compagine statale politicamente riconosciuta in epoca contemporanea come 'Repubblica Popolare Cinese'.

² Michel Foucault parla di «materializzazione della follia» e di «istanza della follia» in seno alla società europea in un contesto cronologico che si estende dal XVI al XVIII secolo. Tale periodo viene caratterizzato da una crescente industrializzazione e da una conseguente tendenza a rivalutare come forza lavoro gli individui prima relegati alla categoria sociale dei «marginali». Si assiste durante questo periodo ad una nuova presa di coscienza da parte della società della problematica posta dal malato di mente, unico marginale non utilizzabile nella produzione nei settori primario e secondario e alla conseguente nascita della psichiatria moderna, intesa come specializzazione medica deputata alla ricerca di una soluzione al «problema» della follia. La presa di coscienza da parte di un sistema medico (definizione sulla quale mi soffermerò successivamente) delle problematiche legate alla follia può essere decontestualizzata e riutilizzata senza forzature anche in differenti epoche storiche e contesti sociali.

da osservazioni che renderanno possibile la contestualizzazione delle concezioni mediche senza che queste debbano essere ritenute valide *per se*.

Dopo una serie di premesse di carattere generale, necessarie per definire con più precisione la cornice teorica all'interno della quale intendo inserire il corpus di conoscenze della medicina tradizionale cinese, analizzerò le caratteristiche peculiari di tale sistema medico che forniscono una descrizione eziologica e nosografica del complesso insieme di manifestazioni che in diversi contesti storici e sociali (e quindi medici) sono state definite anche con il termine «malattia mentale»³. Sulla scorta dei dati presentati e delle peculiarità del sistema medico descritto, tenterò di stabilire se si sia sviluppata in seno alla medicina tradizionale cinese una forma di studio delle malattie dell'animo, o protopsichiatria, intesa come specializzazione medica indipendente (Maschio 2012). Cercherò inoltre di determinare in quale misura questo insieme di conoscenze abbia reso possibile l'attecchimento in Cina della psichiatria sviluppatasi in Europa e negli Stati Uniti dal XIX secolo in poi.

1.1 La medicina tradizionale cinese come sistema medico e la sua capacità di produrre «discorsi di verità»

La medicina tradizionale cinese, all'interno di questo lavoro, viene identificata come il corpus di conoscenze basato su fonti scritte la cui origine viene fatta risalire al V secolo a. C. (Unschuld 2003, p.1) e la cui continua rielaborazione e applicazione ha subito non un arresto ma una deviazione imposta dall'introduzione in Cina nel XIX secolo della biomedicina⁴ ad opera di medici e missionari europei e statunitensi (Spence

³ L'apparente ambiguità di questa affermazione sarà risolta nelle successive sezioni di questo lavoro.

⁴ La definizione qui utilizzata di 'biomedicina' è quella propria dei *Cultural Studies*. Il termine *biomedicine* è universalmente intendibile come crasi di *biologically based medicine*, il sistema medico principale condiviso dalla maggior parte dei paesi occidentali. La biomedicina, nel

1969). Gli studiosi sono giunti alla conclusione che non è possibile stabilire una datazione univoca per quanto riguarda la produzione delle concezioni che formano l'insieme di conoscenze caratterizzanti della disciplina medica. Nel corso dei secoli si è assistito da un lato alla canonizzazione di alcune fonti mediche che creano la struttura teorica e pratica portante della medicina tradizionale cinese, quali lo *Huangdi neijing* 黃帝內經 (*Il classico interno dell'Imperatore Giallo*) nelle sue sezioni *Suwen* 素問 (*Domande semplici*) e *Lingshu* 靈樞 (*Il pilastro spirituale*) durante l'XI secolo d. C. (Unschuld 2003, p.66), dall'altro alla nascita di differenti concezioni inerenti la stessa problematica di carattere medico. Nella Cina dei secoli che vanno dal XVI al XVIII secolo d. C. viene documentata la presenza di diverse correnti di pensiero per quanto riguarda sia i principi basilari della scienza medica sia le questioni più pratiche che interessavano la diagnosi, l'eziologia, la nosografia e le pratiche terapeutiche (Chen 2003, p.50-57). La motivazione dell'affascinante 'fluidità' delle conoscenze in campo medico della medicina tradizionale cinese e la fioritura di diverse interpretazioni in seno a una conoscenza può essere attribuita alla possibilità di una continua ridefinizione dei principi filosofici e cosmografici che costituiscono la base di tale sistema medico. Questo concetto contravviene al principio che definisce univocamente le concezioni mediche secondo standard scientifici (Porkert 1974, p.1-8).

La medicina tradizionale cinese verrà altresì definita come «sistema medico», nell'accezione del termine che viene utilizzata nel contesto dell'antropologia medica e specificatamente dalla Scuola di Harvard⁵. Un

contesto degli studi di antropologia medica, è caratterizzata da una forte tendenza riduzionistica, concependo essa il corpo umano come un'entità caratterizzata dalla suddivisione dicotomica tra mente e corpo e caratterizzata da necessità universali che esistono a priori del retroterra culturale (Barker 2012, pp.121-122; Pizza 2005, p. 125-131)

⁵ Con il termine 'Scuola di Harvard' si fa riferimento al gruppo di antropologi che condividono le idee e le vedute sulla caratterizzazione del concetto di 'stato di malattia' e 'stato di salute' esposto e utilizzato, tra gli altri, da Arthur Kleinman e Byron Good, entrambi docenti di antropologia presso la Harvard Medical School (Pizza 2005, pp. 85-86).

sistema medico risulta essere un insieme di pratiche o conoscenze che viene sintetizzato e trasmesso in forma orale o scritta e che viene ritenuto valido intersoggettivamente da un insieme di individui più o meno ampio. Le pratiche e le conoscenze proprie di un sistema medico sono possedute nella maggior parte dei casi da una figura a cui viene deputato il compito di somministrare le cure come strumento in grado di produrre dei «dispositivi di efficacia» (Pizza 2005, pp.204-206). La produzione di tali dispositivi può essere intesa a due livelli. In un primo momento alla figura del terapeuta viene chiesto di produrre un'interpretazione, o modello esplicativo, ritenuta valida dal nucleo sociale che lo ha investito del ruolo che ricopre, riguardante quello che viene definito «stato di malattia» del paziente, in antitesi a un precedente «stato di salute». In seconda istanza sarà compito del terapeuta proporre un metodo (una terapia) che riporti l'assistito allo «stato di salute» iniziale. La costituzione di un sistema medico si fonda dunque su basi, oltre che empiriche, anche culturali: affinché la figura dello specialista possa essere investito dai poteri e dalle responsabilità previsti dal suo ruolo e i rimedi da esso proposti possano continuare a possedere il loro status di validità è necessario che il primo produca un modello esplicativo che venga ritenuto valido e coerente con le coordinate culturali del gruppo in cui esso si trova ad operare (Kleinman 2006, p. 7). Differenti sistemi medici possono coesistere all'interno di uno stesso gruppo sociale senza che uno di essi comprometta la 'verità' dell'altro.

Nel momento in cui la validità di un sistema medico viene confermata, esso diventa un modello di interpretazione della realtà e viene utilizzato per fornire delle descrizioni di fenomeni che sono ritenute plausibili e 'vere', quindi naturali. Il detentore di un sapere di tipo scientifico possiede il

potere di produrre «discorsi di verità»⁶ che non saranno sottoposti allo scrutinio del gruppo sociale all'interno del quale saranno enunciati. Se un sistema medico ha la sua ragione d'essere nella risoluzione di problemi legati all'idea di salute condivisa intersoggettivamente, altre questioni possono essere sollevate in virtù della coesione del gruppo sociale che attribuisce la categoria di naturalità e verità ai discorsi prodotti. Ogni sistema medico, includendo in questa definizione anche la biomedicina (Pizza, 2005, pp. 126-131), possiede caratteristiche che vanno al di là delle capacità curative che ad esso e ai suoi specialisti vengono attribuite. In virtù della forte connotazione culturale di un sistema medico è possibile affermare che ogni tipo di medicina possiede anche un forte potere patogenetico e patoplastico. Seguendo le coordinate non solamente scientifiche in virtù delle quali gli stratagemmi curativi vengono messi in atto, un sistema medico può connotare negativamente alcuni stati dell'essere in virtù di un'istanza di autoconservazione (percepita o reale che essa sia) del gruppo sociale del quale esso è posto a servizio (Kleinman 1980). I procedimenti di stigmatizzazione e di esclusione di alcuni individui attraverso la diagnosi medica sono una delle caratteristiche delle quali sarà necessario in seguito tenere conto anche in questo lavoro.

1.2 Fondamenti del sistema medico della medicina tradizionale cinese.

Il corpo umano come oggetto di speculazione medica

⁶ Il termine 'discorso' viene in questo contesto utilizzato con l'accezione che al termine viene attribuita dalla disciplina dei *Cultural Studies*. Nel contesto delle teorie post-strutturaliste e anti-essenzialiste prodotte da Jacques Derrida e Michel Foucault, con il termine si identifica la pratica di formazione di enunciati che tendono a definire un concetto (come ad esempio quello di 'pazzia') da parte di un'autorità costituita. Il principio che sta alla base all'enunciazione di un discorso è che questo possa costituire, definire e in ultima istanza produrre una conoscenza dell'oggetto tale da essere definita come vera e intellegibile, escludendo altre possibili definizioni dello stesso oggetto. Se teoricamente la pratica discorsiva presenta manifestamente i propri limiti, nella sua applicazione pratica presenta una potenzialità molto forte della produzione di significati e nella diffusione e accettazione degli stessi da parte di un contesto sociale definito (Foucault 2009, p.29-54; Barker 2012, pp. 89-93).

La medicina tradizionale cinese può essere descritta come un sistema medico coerente: essa è formata da una serie di conoscenze teoriche e pratiche che consentono lo studio delle cause che producono lo stato di malattia permettendo allo specialista di produrre una diagnosi. In seguito egli potrà prevedere un decorso della malattia e sarà in grado di operare una scelta riguardante la terapia più efficace da proporre al paziente (Kleinman 2006, p. 11). La medicina tradizionale cinese può dunque essere intesa come un metodo di approccio olistico e funzionale alla patologia (Lin 1980, p. 101) e basandosi su criteri di analisi induttivi e sintetici crea un modello esplicativo le cui connotazioni principali sono l'analisi della sincronicità e della deduzione correlativa (Porkert 1974, pp. 1-2). La complessità dei rapporti di causa/effetto considerati dalla medicina tradizionale cinese e la vastità dei campi in cui tali rapporti hanno luogo sono tali da determinare una unione biunivoca tra microcosmo e macrocosmo in un sistema di corrispondenze: essere umano e ambiente che lo circonda (Granet 1995, p.293).

1.2.1 La suddivisione del corpo umano tra parti *yin* e parti *yang*

Il sistema binario costituito dalla coppia di principi⁷ *yin* 陰 e *yang* 陽 rappresenta sia uno dei fondamenti principali della cosmogonia e del pensiero cinese sia una delle basi del sistema medico della medicina tradizionale cinese. Il dualismo *yinyang* 陰陽 si rivela un ottimo strumento interpretativo anche per la descrizione delle ripartizioni di base dell'organismo; proprio in questo contesto, infatti, subisce una ulteriore declinazione che fosse funzionale alla sua applicazione in campo medico. Il corpo umano risulta dunque suddiviso come segue: una parte interna *yin* e

⁷ Sulla scelta della definizione di *yin* e *yang* come 'principi' sulla base di una sintesi delle considerazioni di Granet (1995), Porkert (1974) e Unschuld (2003) rimando a (Maschio 2010, pp 17-18; 2012, p 252).

una parte esterna *yang*; una parte posteriore *yang* (la schiena) e una parte anteriore *yin* (l'addome).

La distribuzione degli organi interni ed esterni, che come vedremo non si esimono dal ricevere una loro polarizzazione *yinyang*, dà adito a una ulteriore categorizzazione. Un organo *yin* situato nella parte *yang* o nella corrispondente parte *yin* darà forma a una minore o maggiore concentrazione di *yin*: *shaoyin* 少陰 (*yin* minore) e *taiyin* 太陰 (*yin* maggiore) sono il risultato del verificarsi di questa evenienza. Analogamente la presenza di un organo *yang* in una parte del corpo classificata come *yin* o come *yang* formerà una concentrazione differente di *yang*: *shaoyang* 少陽 (*yang* minore) e *taiyang* 太陽 (*yang* maggiore) (Zhang, Sun 2008, I, p. 21, 25; Unschuld 2003, pp. 89-96).

Come postulato da Porkert (1974, pp. 34-35) e Unschuld (2003, pp. 92-94), all'interno del sistema medico della medicina tradizionale cinese si registra un'ulteriore categorizzazione di polarità *yin* e *yang* a fini sia di rispetto della simmetria del sistema di corrispondenze tra organi interni e canali attraversati dall'energia *qi* 氣 sia di maggiore specificità nell'ambito della produzione di diagnosi: *jueyin* 厥陰 (*yin* ridotto) e *yangming* 陽明 (splendore dello *yang*).

1.2.2 Le cinque fasi evolutive

La dottrina delle cinque fasi evolutive⁸ *wuxing* 五行 rappresenta un'altra componente del corpus di conoscenze e di strumenti descrittivi della medicina tradizionale cinese utilizzato per tracciare un sistema di corrispondenze tra microcosmo e macrocosmo mutuato dal corpus concettuale del pensiero cinese. Come nel caso della dottrina *yinyang*,

⁸ Anche in questo caso ho operato una scelta lessicale sulla base delle differenti categorizzazioni proposte da Granet (1995), Porkert (1974) e Unschuld (2003). Una trattazione estesa sulle motivazioni della scelta del termine 'fasi evolutive' è proposta in (Maschio 2010, pp. 21-25).

anche l'inserimento della concezione delle cinque fasi evolutive in ambito medico ha portato a delle modifiche funzionali allo scopo di istituire un modello esplicativo valido l'occorrenza di uno stato patologico nell'organismo umano (Veith 1972, p. 20). Gli elementi che formano la sequenza di produzione sono terra *tu* 土 (non intesa, in campo medico, come elemento neutrale), metallo *jin* 金, acqua *shui* 水, legno *mu* 木 e fuoco *huo* 火, mentre nel caso in cui un elemento debba intervenire nel contrastare un altro si osserverà la sequenza: legno, terra, acqua, fuoco, metallo⁹. Ad ognuno di questi elementi viene associata una serie di parti del corpo suddivise tra organi interni ed esterni, così come essi corrispondono a uno stato emotivo e a un'esternazione dello stesso, a una stagione dell'anno (con l'inserimento della tarda estate, *jixia* 季夏) e ad un agente atmosferico preciso (Unschuld 2003, p.110-112). La produzione di una sequenza non aderente a quelle appena descritte andrà ad influenzare la funzionalità di uno degli organi o parti del corpo a cui l'agente viene associato, ingenerando uno stato patologico che viene suddiviso nelle categorie di insufficienza o di ritenzione energetica (Lin 1980, pp. 97-100).

1.2.3 L'anatomia e gli organi interni

Lo studio tassonomico del corpo umano e degli organi interni nella loro natura fisica e funzionale è stato attestato nel sistema medico della medicina tradizionale cinese in un periodo che spazia dal I secolo a. C. al I secolo d. C. (Unschuld 1988). Tuttavia, in virtù del sistema di

⁹ Per quanto riguarda la descrizione delle sequenze di successione dei cinque agenti si è fatto qui riferimento a quanto riportato nello *Huangdi neijing* (Zhang, Sun 2008), tralasciando le speculazioni moderne che analizzano le declinazioni contemporanee della dottrina dei cinque elementi. Tale tipo di produzione scientifica e medica si offre ad applicazioni pratiche ma presenta delle varianti 'non ortodosse' di quanto riportato nei testi classici (Lehmann 2012).

corrispondenze proprio della medicina tradizionale cinese, ad ogni organo identificato come tale¹⁰ viene attribuita una polarità *yin* o *yang*.

Tale distinzione ha dato forma alla suddivisione in organi *yin* definiti *zang* 臟, in visceri *yang* definiti *fu* 腑 e in organi definiti come *paraorgani* (Porkert 1974, p. 161) o organi straordinari *yin* nominati *qihengzhifu* 奇恒之腑 (Zhang, Sun 2008, I, p. 70). Gli organi *zang* (fegato - *gan* 肝, cuore - *xin* 心, pericardio - *xinbaoluo* 心包絡¹¹, milza - *pi* 脾, polmoni - *fei* 肺, reni - *shen* 腎) sono deputati alla raccolta dei diversi tipi di energie che fluiscono all'interno del corpo umano. La trasformazione e l'eliminazione dell'energia è assegnata ai visceri *fu* (cistifellea - *dan* 膽, intestino tenue - *xiaochang* 小腸, intestino crasso - *dachang* 大腸, stomaco - *wei* 胃, vescica - *panguang* 膀胱, triplice riscaldatore - *sanjiao* 三焦¹²).

Ai paraorgani (cervello - *nao* 腦, midollo - *sui* 髓, ossa - *gu* 骨, vasi sanguinei - *mai* 脈, cistifellea - *dan* 膽¹³, utero - *nizibao* 女子胞) era invece deputata la funzione di contenitori temporanei di energie nel caso in cui l'organismo si trovasse a dover affrontare uno stato di eccessiva pienezza o scarsità, condizioni che vengono entrambe considerate patogene. Nel sistema medico preso in esame, come vedremo in seguito, gli organi sono ritenuti essere la sede di differenti tipi di energie e 'spiriti' che vanno a formare ciò che è definibile come 'psiche' dell'individuo in contesto biomedico.

¹⁰ Sarà reso chiaro in seguito come alcune delle componenti interne del corpo umano non rivestissero simbolicamente, all'interno del modello esplicativo proposto dal sistema medico della medicina tradizionale cinese, le stesse funzioni ad esse attribuite nel contesto biomedico pur essendo esse riconosciute parzialmente o totalmente sul piano anatomico.

¹¹ Si confronti (Maschio 2010, p.27-28) per maggiori informazioni riguardanti l'inclusione a fini simmetrici e numerologici del pericardio nel novero degli organi *zang*.

¹² Per una trattazione esaustiva sulla natura del triplice riscaldatore e sulla sua storia nel contesto della medicina tradizionale cinese si confronti (Porkert 1974, pp. 158-162).

¹³ L'inserimento della cistifellea sia nella categoria degli organi *zang* sia nella categoria dei paraorgani *qihengzhifu* è dovuta alla sua funzione di organo partecipe nel processo digestivo pur non incamerando al proprio interno liquidi o solidi (quindi energia) durante il processo di trasformazione (Porkert 1978, pp. 152-153)

1.2.4 Canali energetici, *qi* e sangue.

Nel sistema descrittivo del corpo umano offerto dalla medicina tradizionale cinese organi, visceri, paraorgani e parti esterne dell'organismo sono connessi da un fitto sistema di canali. All'interno dei canali definiti come *jingluo* 经络 scorre l'energia *qi*, mentre la struttura dei canali *jingmai* 经脉 ospita il flusso del sangue *xue* 血. La suddivisione e la descrizione tassonomica dei canali energetici e dei vasi sanguinei è aderente alla struttura simmetrica e numerologica imposta dall'organizzazione simbolica del corpo umano in parti *yin* e *yang*, dalla presenza di un numero stabilito di organi e visceri all'interno di questo e dall'associazione di questi ultimi a una precisa fase evolutiva.

Tali sostanze, quando correttamente distribuite ed equilibrate, garantiscono lo stato di salute del corpo umano. Contrariamente, episodi di blocco, ristagno e presenza di quantità eccessivamente alte o basse di tali fluidi ingenerano stati patologici dell'organismo (Unschuld 2003, p. 145). Storicamente lo studio e la categorizzazione dell'energia *qi* ha subito una raffinazione e un approfondimento superiore in seno alla medicina tradizionale cinese, tanto da arrivare a considerare lo stesso sangue *xue* come una derivazione particolare dell'energia, definita come *xueqi* 血氣. (Porkert 1978, pp. 168-173). Sono presenti all'interno dell'organismo sia forme di *qi* benefiche che regolano il sistema immunitario, il metabolismo e la crescita e il mantenimento del corpo, sia forme patogene di *qi* che possono essere di natura endogena ed esogena. La presenza di alcuni tipi di *qi* patogeno, come il *duqi* 毒氣, sono identificabili con l'inoculamento di sostanze tossiche o velenose; altre forme di *qi* malevole, come lo *xieqi* 邪氣 vedono la propria genesi in seguito a una condotta dell'individuo ritenuta non conforme alle norme etiche e morali (Veith 1972, p. 49).

Nella successiva sezione mi occuperò di descrivere quali avvenimenti indipendenti dalla volontà del paziente e quali comportamenti dell'individuo sono identificati come causa di squilibrio energetico in seno al sistema medico della medicina tradizionale cinese. Come già precedentemente accennato, si potrà affermare con maggiore sicurezza come tutte le particolarità proprie di un sistema medico, soprattutto quelle di natura culturale nella sua declinazione etica e morale, siano riscontrabili anche in questo contesto.

1.2.5 Agenti patogeni esterni ed interni.

Il corpo umano, descritto come microcosmo oggetto di influenze macrocosmiche all'interno del modello interpretativo fornito dalla medicina tradizionale cinese, può presentare una alterazione del proprio 'stato di salute' verso uno 'stato di malattia' sotto l'influsso di due tipologie differenti di avvenimenti. Nel contesto preso in esame lo 'stato di malattia' viene causato da uno squilibrio delle energie, che fluiscono altrimenti armoniosamente attraverso i canali verso organi, visceri e paraorgani, alterandone la funzione e compromettendo l'integrità fisica dell'individuo. Le cause che sono alla base di questi avvenimenti possono essere attribuite ad agenti patogeni di natura endogena ed esogena.

Per quanto riguarda la categoria degli agenti patogeni interni, è necessario fare principalmente riferimento alla dottrina delle cinque fasi evolutive e all'organizzazione interna degli organi e dei visceri precedentemente illustrate. Nella concezione olistica che vede gli avvenimenti esterni all'essere umano ripercuotersi sugli equilibri interni di quest'ultimo, è utile considerare quanto viene riportato nel quinto capitolo dello *Huangdi neijing* (Zhang, Sun 2008, I, pp.28-29). Il susseguirsi delle stagioni e delle fasi evolutive si riflette nell'essere umano con la

generazione di cinque differenti stati d'animo, definiti come *zhi* 志: gioia - *xi* 喜, rabbia - *nu* 怒, dolore - *bei* 悲, angoscia - *you* 憂 e paura - *kong* 恐. La teoria che sta alla base della connessione tra gli organi e i diversi *zhi*, a cui si fa riferimento con il termine *xingzhi* 形志 (disposizioni d'animo), viene enucleata all'interno del ventiquattresimo capitolo dello *Huangdi neijing* (Zhang, Sun 2008, I, pp.144-145) e descrive i cinque tipi di combinazioni possibili tra stati d'animo e corpo: gioia/cuore; rabbia/fegato; dolore/polmoni; angoscia/milza; paura/reni. Gli stati d'animo non sono considerati come dannosi di per sé, né è possibile registrare una classificazione qualitativa o morale degli stessi: si auspica un equilibrio emotivo tale da non permettere il danneggiamento di un organo in seguito all'indulgenza da parte dell'individuo in uno degli stati sopra menzionati. Tuttavia è possibile che si verifichi anche il procedimento contrario: l'esposizione dell'individuo a un agente patogeno esterno può portare allo squilibrio dell'assetto *yin* o *yang* di un organo interno e tra le possibilità sintomatologiche previste è registrata l'esternalizzazione eccessiva di uno dei sopracitati stati d'animo (Unschuld 2003, pp.227-228).

La classificazione e l'osservazione degli agenti patogeni esterni ha a sua volta come fondamento imprescindibile la teorizzazione dei rapporti di corrispondenza tra l'essere umano e l'ambiente circostante nelle sue manifestazioni climatiche e meteorologiche. Gli agenti patogeni esterni, così come sono riportati nei testi classici e in particolare nello *Huangdi neijing suwen* (Zhang, Sun 2008, I, pp.529-530) risultano essere: calore - *re* 熱, umidità - *shi* 濕, siccità - *zao* 燥, freddo - *han* 寒 e vento - *feng* 風. Ognuno di questi agenti atmosferici può, in determinate condizioni, compromettere il corretto funzionamento di un organo. Il sistema di corrispondenza che determina quali condizioni climatiche riescano a colpire con maggiore forza una specifica parte del corpo è teorizzato come

segue: calore/pomoni; umidità/reni; siccità/fegato; freddo/cuore; vento/milza.

Nella produzione letteraria medica tradizionale l'agente patogeno del vento *feng* ha ricevuto un'attenzione particolare: l'intero quarantaduesimo capitolo dello *Huangdi neijing suwen*, recante il titolo *fenglun* 風論 (teoria sul vento) è dedicato agli effetti negativi dell'influenza del vento sull'organismo. La sua capacità di compromettere lo stato di salute del paziente è tale da valergli in titolo di *Bai bing zhi zhang* 百病之長 (Signore delle cento malattie) e di *Bai bing zhi shou* 百病之首 (Capo delle cento malattie) (Zhang, Sun 2008, I, pp. 229-233; Unschuld 2003, p. 183; Chen 2003, p.125).

La natura del vento tuttavia, come nel caso degli stati d'animo *zhi*, non viene caratterizzata come aprioristicamente negativa: si trovano riferimenti a un vento di natura positiva, il *zhengfeng* 正風 al quale si contrappongono lo *xufeng* 虛風 (traducibile come 'vento vuoto' (Chen 2003, p.126; Sivin 1987, p. 102) e lo *xiefeng* 邪風, (che può essere definito 'vento patogeno' (Unschuld 1985, pp. 67-68)). Il vento, inteso come agente atmosferico, poteva non sortire alcun effetto di sorta sull'equilibrio della salute del corpo: quest'ultimo diventava vulnerabile alle influenze esterne ed interne degli agenti patogeni all'occorrere di un'insufficienza del sistema immunitario normalmente garantita dall'equilibrio delle energie interne (Kuriyama 1994, p. 33 in Chen 2003, p. 124).

1.3 Il rapporto tra psiche e corpo e la localizzazione degli spiriti nell'organismo

Una delle caratteristiche della biomedicina, nella sua specializzazione psichiatrica, è quella di attribuire, dal XIX secolo in poi, la causa

dell'insorgere del disturbo mentale unicamente al funzionamento problematico del cervello, ritenuto la sede della psiche, e di quello che è possibile definire più ampiamente «corpo neurologico» (Foucault 2006, pp. 252-254). Pur volendo ricordare la critica principale dell'antropologia medica e dei *Cultural Studies* che attribuiscono alla biomedicina una cifra riduzionista (Barker, 2012, p. 121), non sembra dunque corretto affermare che essa applichi una forma quasi astratta e 'filosofica' di separazione dualistica tra mente e corpo (Pizza 2005, pp. 51-53). L'identificazione dei 'luoghi della follia' con il cervello e con il sistema nervoso centrale ha, in una certa misura, creato il presupposto scientifico per lo sviluppo della psichiatria come specializzazione medica indipendente. In questo lavoro ho ritenuto necessario approfondire quale fosse la localizzazione delle zone dell'organismo il cui funzionamento problematico dà come sintomo un tipo specifico di esternazione emotiva e psicologica nella prospettiva di comprendere quali siano le manifestazioni della malattia mentale nel contesto cinese sia culturale sia scientifico.

Appare innanzitutto necessario precisare che, secondo una 'anatomia dell'animo' proposta dal sistema medico della medicina tradizionale cinese, i luoghi in cui risiedono i centri psicologici dell'individuo sono molteplici e corrispondono a differenti parti del corpo, in netto contrasto da quanto suggerito dal sistema medico della biomedicina. Ognuna delle categorie dello spirito che andrò a descrivere di seguito va intesa come una declinazione particolare dell'energia *qi* presente nell'organismo (Petrini 1997/1998, p. 57). In quanto tale, essa risulta sensibile all'influenza degli agenti patogeni precedentemente presentati e, più generalmente, è soggetta all'insorgere di stati alterati e non funzionali alla salute dell'organismo in virtù del sistema di corrispondenze delineato dalla medicina tradizionale cinese.

1.3.1 Lo spirito *shen* e lo spirito *jing*

La descrizione del ‘centro etico’ sopracitato dell’individuo data dalla medicina tradizionale cinese ha un’ulteriore particolarità: la dettagliata tassonomia attraverso la quale le diverse funzioni cognitive e di pensiero vengono localizzate all’interno della struttura anatomica.

Lo spirito *shen* 神, insieme allo spirito *jing* 精, viene considerato come la componente più importante della psiche dell’individuo: da questi vengono generati gli altri spiriti, i quali a loro volta configurano l’assetto psicologico e la personalità dell’individuo (Porkert 1974, pp. 191-193), oltre a garantirne la salute sia fisica sia spirituale (Veith 1972, p. 154). Lo *shen*, che presenta una polarità di tipo *yang*, dimora nel cuore, organo *yin*, e da esso intercede una fitta serie di relazioni in primo luogo con il midollo spinale e con il cervello (che ricordiamo essere inclusi nel novero dei paraorgani) e in secondo luogo con gli altri organi di tipo *yin*. L’importanza e la preponderanza sulle altre manifestazioni dell’animo attribuite a questo spirito vengono ribadite nella codificazione delle conoscenze mediche dello *Huangdi neijing lingshu* (Zhang, Sun 2008, II, pp. 58-61).

È interessante osservare come il cervello, considerato dalla biomedicina il centro principale dell’attività psicofisica dell’individuo, mantenga anche nella medicina tradizionale cinese un ruolo importante, seppur non principale. Anche nel sistema medico cinese il cuore, responsabile della diffusione del sangue e quindi del *qi* dall’interno verso l’esterno, viene considerato il motore dell’organismo. Il suo collegamento con il sistema di orifizi esterni che regola l’entrata di informazioni e stimoli esterni e la sua caratterizzazione come sede dello *shen* permette di tracciare un’interessante analogia con la concezione biomedica del sistema nervoso centrale e delle sue funzioni di elaborazione (Petrini 1997/1998, pp. 60-62).

Nella descrizione anatomica fornita dal sistema medico della medicina tradizionale cinese il cuore, sede principale dello *shen*, viene posto in stretta relazione con un altro organo di configurazione *yin*: i reni. Questi sono a loro volta considerati il ricettacolo dello spirito *jing*, di configurazione *yin*, che essendo complementare con il primo spirito citato forma con esso un binomio inscindibile e di particolare importanza per quanto riguarda l'equilibrio psicofisico dell'individuo (Porkert 1974, pp. 176-178). Il rapporto tra reni e muscolo cardiaco viene investito di una particolare importanza anche nel contesto della medicina tradizionale cinese. I reni sono i responsabili della formazione del midollo spinale e rivestono un ruolo fondamentale per quanto riguarda la produzione e la filtrazione del sangue *xue*.

Lo spirito *jing* risulta dunque un elemento importante nella costituzione fisica dell'individuo ancor prima che nella determinazione della sua configurazione psicologica. La combinazione dei due spiriti *jing* e *shen* dà come risultato l'energia *jingshen* 精神¹⁴, che può essere definita «energia fisiologica» (Porkert 1974, p. 196). Il ruolo che tale tipo di energia o forza combinata ricopre nei confronti dell'organismo è di massima importanza: la presenza di energia *jingshen*, infatti, garantisce il flusso di forza vitale e la funzionalità dell'organismo sotto ogni altro aspetto, anche psicologico. (Porkert 1974, pp. 193).

Dalla condizione dello spirito *jingsheng* dipende la vitalità dell'uomo e la sua caratterizzazione a tutto tondo come individuo. Ricordando che sia lo spirito *shen* che lo spirito *jing* vengono

¹⁴ In epoca moderna il binomio *jingshen* ha acquisito una sinonimicità con il concetto di 'psiche'. Questo termine, nella sua accezione contemporanea, è stato utilizzato composti, per indicare la malattia mentale *tout-court* con il termine *jingshenbing* 精神病 o *jingshenjibing* 精神疾病 (Jia, Hou 2002). Parimenti il termine 'psichiatria' viene reso con il composto la cui traduzione letterale è 'studio della malattia/delle malattie della psiche', ovvero *jingshenbingxue* 精神病学 (Porkert 1974, p. 193; Maschio 2010, p. 51).

interpretati come forme particolari di energia *qi*, è possibile considerare quali siano le loro declinazioni particolari che determinano aspetti specifici del funzionamento delle facoltà mentali dell'essere umano.

1.3.2 Lo spirito *hun* e lo spirito *po*.

Nella suddivisione della psiche offerta dal modello interpretativo della medicina tradizionale cinese non sono presenti differenziazioni tese soltanto a una gerarchizzazione degli spiriti. In virtù del sistema di corrispondenze vigenti tra macrocosmo e microcosmo gli spiriti *shen* e *jing*, con riferimento particolare a quest'ultimo, vengono definiti come la *conditio sine qua non* per la formazione etica, morale e psicologica dell'individuo in una scala generale e valida per una descrizione oggettivante dell'essere umano come il risultato di una coazione di energie e spiriti. L'uomo è definito in quanto tale in virtù della presenza all'interno del suo sé dei sopracitati spiriti, ma ciò che differenzia ogni individuo da un altro sono le declinazioni particolari che *shen* e *jing* assumono sotto forma di spiriti *hun* 魂 e spiriti *po* 魄 (Porkert 1974, pp. 184-185).

Lo spirito *hun* viene identificato come derivazione diretta dello spirito *shen* e in quanto tale è connotato da una polarità di tipo *yang*: la sua presenza contribuisce a connotare la tendenza alla spiritualità, l'intelligenza, la capacità di raziocinare e pianificare, la sensibilità e la fantasia dell'individuo. La sede dello *hun* è identificata con il fegato. La sua analogia con lo spirito *shen* e il campo semantico al quale quest'ultimo appartiene caratterizza lo *hun* come il responsabile dell'aspetto più squisitamente psicologico e cognitivo delle funzioni proprie della mente umana (*ibid.*, p. 195).

Lo spirito *po* è a sua volta identificato come declinazione particolare e individuale dello spirito *jing* e viene caratterizzato dall'appartenenza al novero degli spiriti *yin*. La sede dello spirito *po* è locata nei polmoni

(Petrini 1997/1998, p.70) e la sua funzione è quella di determinare la ricettività sensoriale, le facoltà motorie e la propriocezione. Questa tipologia di spirito intesse dunque un tipo di relazione particolarmente forte con il corpo in cui è ospitato in virtù della natura dello spirito *jing* (dal quale esso deriva), definibile come principio strutturante tanto nella dimensione macrocosmica quanto in quella microcosmica (Porkert 1974, p. 193). Nel tentativo di delineare un paragone con la concezione biomedica dell'organismo, è possibile affermare che il *po* ha un ruolo principe nella strutturazione dell'aspetto neurologico delle funzioni deputate al cervello e al sistema nervoso.

Data la collocazione fisica degli spiriti *hun* e *po* all'interno dell'organismo e la loro configurazione all'interno del sistema *yinyang* e delle cinque fasi evolutive, attacchi di agenti patogeni interni o esterni possono determinare uno squilibrio, emotivo oltre che fisico. Le esternazioni di uno sbilanciamento del fegato possono portare a accrescimento estremo della necessità dell'uomo di esternare i propri stati d'animo con conseguenze estreme come atti di violenza. Un episodio di blocco o ritenzione energetica che interessi invece la zona polmonare può portare ad un'acuta introversione, con sintomi comportamentali molto simili a quelli che la biomedicina potrebbe accomunare a disordini neurologici o depressivi (Petrini 1997/1998, pp. 73-74).

La presenza nell'individuo degli spiriti *shen* e *jing* come garanti universali della sua connotazione sia spirituale sia fisica e la produzione da parte di questi ultimi di forme particolari di *hun* e *po* determinano una declinazione ulteriore dell'energia *qi* sotto forma di altre tipologie particolari di spiriti che sono responsabili di funzioni altrettanto specifiche del razioicinio e delle facoltà mentali dell'uomo.

1.3.3 Gli spiriti *yi*, *si*, *zhi* e *lü*

Lo spirito *yi* 意 ha la propria sede nella milza e con esso si fa riferimento al tipo di attività cerebrale accostabile alla produzione di propositi o ispirazioni intesa come risultato della capacità di organizzazione dei dati ottenuti da stimoli esterni e rielaborazione degli stessi. Lo spirito *yi* sovrintende dunque ad attività cognitive complesse come lo studio e la memorizzazione. L'esito positivo dell'azione di questo tipo di facoltà intellettuale è subordinato all'accettazione dei prodotti dello spirito *yi* da parte dello spirito *shen*, che funge da filtro tra gli intenti che risulteranno dannosi o svantaggiosi per l'individuo. Lo spirito *si* 思, anch'esso situato nella milza, è ciò con cui viene identificato il concetto di pensiero inteso come rielaborazione del proposito o dell'ispirazione. La produzione dell'intento ad opera dello spirito *yi*, in seguito allo scrutinio da parte dello spirito *shen*, ottiene una formalizzazione e resa intellegibile e pratica grazie all'intervento dello spirito *si*.

Lo spirito *zhi* 志 e lo spirito *lü* 慮, rispettivamente situati nei reni e nel fegato, rivestono ruoli fondamentali in seguito al compimento dei processi deputati agli spiriti *yi* e *si*. Nel momento in cui gli intenti e le ispirazioni dell'individuo vengono processati e raggiungono la forma di pensiero compiuto, è necessario che la forza di volontà garantita dallo spirito *zhi* funga da supporto nel tentativo di portare a termine quanto pianificato. Le facoltà di astrazione mentale e di pianificazione necessarie per portare a termine le operazioni più complesse prodotte dallo spirito *yi* e *si* e sostenute dallo spirito *zhi* verranno garantite dall'intervento dello spirito *lü* (Petrini 1997/1998, pp. 74-79).

1.4 Eziologia e nosografia delle malattie dello spirito fino al XV secolo

Nella sezione precedente di questo capitolo sono state delineate le caratteristiche generali del sistema medico della medicina tradizionale cinese. Ho ritenuto necessario presentare quali siano le concezioni culturalmente informate che determinano la tassonomia dell'organismo e che soprattutto collocano l'individuo, nel ruolo di componente microcosmica, all'interno di un sistema di corrispondenze con un macrocosmo le cui leggi sono dettate dalla presenza di forze e agenti che influenzano l'insorgere dello 'stato di malattia' come conseguenza dell'impossibilità di mantenere lo 'stato di salute'. Si è rivelato utile ai fini dell'esposizione indicare quali conformazioni particolari le energie macrocosmiche (e specialmente il *qi*) assumano all'interno dell'organismo nel modello esplicativo fornito dal sistema medico preso in esame per creare una 'anatomia dell'animo' che potesse descrivere il funzionamento della psiche e il particolareggiato ventaglio di capacità inseribili nel campo semantico delle facoltà mentali dell'uomo. L'integrità di tali capacità viene messa a repentaglio dall'influsso di agenti patogeni esterni o da condotte non conformi alle norme etiche e morali.

Il modello esplicativo della medicina tradizionale cinese offre una dettagliata nosografia dei disturbi che vanno a influenzare il corretto andamento delle operazioni deputate agli spiriti che risiedono negli organi e nei visceri che ne formano il ricettacolo fisico. La terminologia medica a cui farò riferimento nella presente sezione di questo lavoro è tratta principalmente dall'analisi di testi che appartengono a tre differenti periodi storici collocabili in una linea temporale al periodo precedente e antecedente al lasso di tempo in cui è stato codificato nella sua forma canonica lo *Huangdi neijing suwen*, dalle fonti scritte ritrovate a *Mawangdui* (Chen 2005) fino alle ultime definizioni mediche in uso nel XIX secolo d. C.

La ricorrenza più antica del termine *kuang* 狂 viene attestata nel XII secolo a. C. all'interno dello *Shujing* 書經, il *Classico dei documenti* (Liu 1981 in T'ien 1985, p. 68). La descrizione della malattia fa la sua prima comparsa nei testi medici, quale il *Wushier bing fang* 五十二病方, nel II secolo a. C.. In questo testo lo studio eziologico della malattia *kuang* la identifica come la condizione insorta nel paziente in seguito al morso di un cane rabbioso (Harper 1998, pp.234-235 in Chen 2003, p. 101). L'eziologia della malattia ha uno sviluppo ulteriore e più ricco nel corpus di testi che vanno a costituire lo *Huangdi neijing suwen* e lo *Huangdi neijing lingshu*. Le cause della malattia vengono inserite nel sistema di corrispondenze prodotto in seno al modello esplicativo proposto dalla medicina tradizionale cinese: i disturbi di tipo *kuang* sono legati a una disarmonia riguardante l'energia *yang*, soprattutto nella zona di polmoni e fegato, sedi degli spiriti *hun* e *po* (Zhang, Sun 2008, II, pp. 144-148). Risalendo all'origine degli spiriti *hun* e *po*, è possibile affermare che il disturbo *kuang* si presenta in caso di squilibrio tra le energie *jing* e *shen*, con una preponderanza di quest'ultimo nei confronti del primo (Guo 1991, p.142). Le manifestazioni del disturbo *kuang* possono essere di varia natura e sono tutte caratterizzate da una componente di estemporaneità, aggressività e violenza. Con i termini *kuangwang* 狂妄, *wangxiang* 妄想 e *wangxiangkuang* 妄想狂, ricorrenti all'interno dello *Huangdi neijing suwen* (Zhang, Sun, 2008, I, p. 404) si fa riferimento a forme di delirio che nel lessico psichiatrico contemporaneo vengono associate alla megalomania e al delirio paranoico. I composti *kuangxiao* 狂笑 e *yuangyan* 狂言 fanno invece riferimento ai sintomi legati a episodi febbrili molto intensi e descrivono la risata e il discorso non coerenti (Guo 1991, p. 441).

Una delle prime ricorrenze del termine *dian* 癲 viene attestata nell'VIII secolo a. C. nello *Shijing* 詩經, il *classico delle odi* (Liu 1981 in

T'ien 1985, p. 68) nel quale ne veniva descritta sommariamente la sintomatologia. Contrariamente al disturbo *kuang*, la malattia di tipo *dian*, che viene causata da un disturbo dell'equilibrio dell'energia *yin*, lascia l'individuo apparentemente privo di forze, soggetto a perdita di conoscenza, incline all'introversione o all'esternazione del proprio stato d'animo attraverso episodi di grida e pianto. I disturbi di tipo *dian* vengono descritti come passivi, in contrasto con la connotazione attiva di quelli di tipo *kuang* (Chen 2003, p. 103). Si ritiene che la causa del disturbo di tipo *dian* sia ereditaria e che questo si verifichi attraverso lo sviluppo di uno stato di malattia del feto (*taibing* 胎病) in seguito all'incorrere di uno stato d'animo di paura molto forte provato dalla madre durante la gravidanza che ha temporaneamente impedito la giusta distribuzione delle energie *yin* e *yang* all'interno dell'organismo (Chen 2003, pp. 94-96). Nel quarantasettesimo capitolo dello *Huangdi neijing suwen* (Zhang, Sun, 2008, I, pp.253-258) la malattia *dian* viene inserita nel novero delle *qibing* 奇病 (malattie rare e portentose). In questo contesto il disturbo veniva connotato da sintomi e esternazioni come convulsioni e perdita di conoscenza ad occhi aperti, tutti segni che in epoca contemporanea fanno pensare alla possibilità di un eventuale cambio di campo semantico per quanto riguarda la collocazione della malattia *dian* dalla psichiatria alla neurologia. Con il termine *dianxian* 癲癇 viene descritta una malattia dello spirito con sintomi e decorso molto simili a quelli del disturbo neurologico che la biomedicina definisce epilessia (Guo 1991, pp. 971-972).

Il tipo di disturbo definito con il termine *xian* 癲 ha un'eziologia e un corredo sintomatologico simile al disturbo di tipo *dian*. Tuttavia, sulla base del corpus della letteratura medica che forma la base del sistema medico definito come medicina tradizionale cinese è possibile tracciare una differenziazione sostanziale tra i due tipi di malattia su basi sia anatomiche

sia sintomatiche. Nel caso del disturbo *dian*, le parti dell'organismo che sono coinvolte negli squilibri yinyang che determinano l'occorrenza della condizione sono identificate con la testa e con i canali energetici ad essa correlati. Il disturbo *xian*, contrariamente, trova una collocazione nel corpo del paziente a livello di cuore, fegato e polmoni. In occasione di un eccessivo accumulo di energia nel cuore o contrariamente di una mancanza patologica di *qi* in reni e fegato si possono verificare i sintomi descritti nello *Huangdi neijing suwen* come *xianchijinluan* 癲癎筋攣, ovvero convulsioni di tipo *xian* e spasmi tendinei (Chen, 2003, p. 97). Il disturbo *xian*, dunque, viene caratterizzato come squisitamente neurologico e privo di sintomi che riguardino l'assetto emotivo del paziente. Un'altra differenza sostanziale è quella che prevede l'ereditarietà o comunque la determinazione in stato prenatale del disturbo *dian*, caratteristiche che non sono attribuite a *xian*, nonostante il corredo sintomatologico molto simile tra i due tipi di disturbo.

Il termine *feng* 瘋, contrariamente a quelli sopra citati, ha una genesi relativamente recente, pur affondando le radici lessicali del termine nella patografia classica del sistema medico della medicina tradizionale cinese. Il carattere *feng* è formato dall'unione del radicale *ni* 疒 accostato al carattere utilizzato per indicare il vento, *feng* 風. L'importanza del vento nel sistema esplicativo degli agenti patogeni esterni è già stata resa esplicita nella sezione pertinente di questo capitolo, tuttavia un'ulteriore digressione risulta necessaria per comprendere la genesi del carattere 瘋 e la sua collocazione nel contesto medico. È possibile trovare riferimenti a diversi tipi di malattia causati dall'intervento dell'agente patogeno: con il termine *zhongfen* 中風, letteralmente 'colpo' o 'paralisi' dovuti al vento, nel II e III secolo d. C. si faceva riferimento all'intero campo semantico delle patologie legate al vento come le vertigini e i mancamenti *fengxuan* 風眩 o

toufeng 頭風 derivati da un'esposizione a una corrente non benigna. L'azione di disturbo del vento poteva causare, in ultima istanza, anche disturbi di tipo *kuang* e *dian*, classificati con i termini *fengkuang* 風狂 e *fengdian* 風癲 (Chen 2003, pp. 125-128). L'utilizzo del carattere *feng* 瘋 contestualmente alla letteratura medica si attesta con maggiore frequenza durante il periodo della dinastia Qing, nel XIX secolo, dando forma ai termini ancora oggi utilizzati per fare riferimento al campo semantico della malattia mentale, quali *fengkuang* 瘋狂, *fengdian* 瘋癲 e *fengbing* 瘋病 (Chen 2003, p. 123).

Alla luce delle nozioni finora esposte, è possibile trarre alcune conclusioni preliminari riguardanti lo studio di manifestazioni patologiche e di disturbi ascrivibili nel contesto biomedico alla categoria delle malattie mentali o neurologiche. La medicina tradizionale cinese si costituisce come un sistema medico funzionale alla descrizione di stati di salute e di malattia e alla produzione di modelli esplicativi e di dispositivi di efficacia nell'evenienza in cui questo secondo stato venga posto in essere da quelli che vengono definiti «agenti patogeni» esterni ed interni. Una delle caratteristiche principali della medicina tradizionale cinese, ovvero la sua impostazione di tipo olistico, non rende possibile l'individuazione di una specializzazione medica dedicata all'individuazione e alla cura della malattia mentale.

Le fonti mediche permettono di affermare che all'interno del sistema medico perso in esame fosse presente una componente definibile come 'protopsichiatria' (Maschio 2012, pp. 264-265), ma che essa non abbia mai costituito le basi per una scissione tra la 'medicina del corpo' e la 'medicina della mente'. Un sistema medico, per definirsi tale, deve essere fondato su concezioni culturali condivise dalla comunità che ad esso si

rivolge ma al contempo è possibile osservare come lo stesso sistema medico, soprattutto nel caso preso in esame, formi la coscienza e la definizione del corpo da parte dell'individuo. La medicina tradizionale cinese, come si è visto, non applica una netta distinzione tra mente e corpo, al punto tale di determinare un assetto psicosomatico di interpretazione di molti disturbi altrimenti destinati a venir inclusi nella sfera dei disturbi psicologici o psichiatrici (Uschuld 2003, p. 227).

La ricerca antropologica in epoca contemporanea contribuisce ulteriormente al rafforzamento delle osservazioni fatte sulla base dell'analisi dei testi medici e genera al contempo un ribaltamento di carattere lessicale ed epistemologico. Non soltanto il modello esplicativo della medicina tradizionale cinese genera un rapporto psicosomatico tra disturbo fisico e disturbo dell'animo, ma al contempo crea i presupposti grazie ai quali è possibile parlare di rapporto *somatopsichico* tra i due tipi di malessere (Kleinman 1980, pp. 77-78).

La psichiatria storicamente si è configurata tuttavia come 'potere accessorio'¹⁵ oltre al campo di intervento di uno Stato costituito attraverso due passaggi fondamentali: da un lato la creazione di una 'categoria' scientifica o di un campo del sapere sui quali essa si è arrogata il diritto di assumere il ruolo di unica disciplina autorevole; in un secondo momento alla psichiatria è stata attribuita l'autorevolezza e la facoltà di produrre nuovi paradigmi attraverso l'applicazione dei quali è stato possibile indicizzare una scala di 'pericolosità' e di 'nocività' alternativa ma accostabile a quella già vigente (Foucault 1998, p. 37).

¹⁵ La nozione di 'potere psichiatrico' è teorizzata come declinazione del 'potere disciplinare' nell'opera di Michel Foucault. Come sarà reso esplicito in seguito all'interno di questo lavoro, alla psichiatria sono stati delegati compiti differenti da quelli attribuiti a una disciplina medica ed è stata utilizzata come strumento attraverso il quale è stato possibile istituire dispositivi disciplinari e forme di gestione dell'autorità più sottili e agire al di là delle possibilità garantite a chi determina e amministra la legge e le norme costituite. A tale riguardo si faccia riferimento in particolar modo a (Foucault 1998, pp. 28-42).

1.5 La categorizzazione delle emozioni e degli stati d'animo dal XV al XVIII secolo e l'introduzione della psichiatria nel XIX secolo in territorio cinese

Nonostante la validità di quanto affermato nel paragrafo precedente, ovvero che non sia possibile definire in seno al sistema medico della medicina tradizionale cinese una distinzione netta tra mente e corpo, è pur necessario riconoscere l'esistenza di una forma *in nuce* di concezione della psiche intesa sia nella sua dimensione spirituale e etica sia all'interno di un sistema tassonomico di descrizione dei suoi disturbi anche nel contesto preso in esame. Il lavoro di raccolta ed esegesi dei testi antichi e di produzione di nuovi trattati medici nel periodo che va dal XV al XVIII secolo ha determinato una notevole raffinazione della concezione degli stati d'animo e della coscienza dell'individuo in seno alla medicina tradizionale cinese (Chen 2003, pp. 39-40). Precedentemente al XVI secolo le emozioni, *qingzhi* 情志, e gli 'stati dell'animo' *shenzhi* 神志, non avevano ancora subito un processo di suddivisione o categorizzazione tale da renderle un aspetto della salute dell'individuo tale da essere considerato e studiato separatamente all'interno del vasto panorama della conoscenza medica contenuta nel corpus di testi della medicina tradizionale cinese (Chen 2003, p. 66).

La figura di Wang Kentang 王肯堂, medico e letterato vissuto a cavallo tra il XVI e il XVII secolo¹⁶, si rivela di estrema importanza per quanto riguarda la sintesi delle conoscenze prodotte nelle epoche precedenti, la loro sistematizzazione e la produzione di nozioni mediche

¹⁶ Le date di nascita e di morte di Wang Ketang fornite da Chen sono 1549-1613, per quanto una datazione certa per quanto riguarda sia la nascita sia la morte del medico non sia resa possibile data l'eterogeneità delle informazioni riportate nelle fonti (2003, p. 40).

originali inerenti alla categorizzazione delle malattie dell'animo. L'opera di Wang Kentang a cui è necessario fare riferimento è lo *Zhengzhi zhunsheng* 證治準繩 (*Manuale per la diagnosi e la terapia*) del 1602, contenente il trattato sulla categorizzazione degli stati dell'animo, lo *Shenzhi men* 神志門 (Chen 2003, p. 68).

Nell'organizzazione proposta da Wang Kentang gli stati dell'animo *shenzhi* sono suddivisibili in tre distinte sottocategorie:

- *diankuangxian* 癲狂, che riassume le tipologie di disturbo dell'animo precedentemente utilizzate a fini tassonomici: *dian*, *kuang* e *xian*;
- *fanzhao* 煩躁, che include differenti possibili disposizioni d'animo suscitate da uno stato di estrema preoccupazione o agitazione: *xufan* 虛煩, interpretabile come insonnia o, più generalmente, ansia; *zao* 躁, irritabilità; *zhanwang* 譫妄, accostabile alle categorie del delirio e della paranoia; *xun yi mo chuang* 循衣摸床, paragonabile allo stato di confusione mentale o, letteralmente 'accostarsi al letto indossando i vestiti'; *xixiao buxiu* 喜笑不休, intendibile come risata isterica o, nella resa letterale 'risata incessante'; *nu* 怒, rabbia; *shan taixi* 善太息, sospiri continui; *bei* 悲, cordoglio;
- *jingjikong* 驚悸恐, costituita dai tre stati d'animo: *jing* 驚, stato di allarme o sorpresa; *ji* 悸, palpitazione; *kong* 恐 paura.

L'organizzazione tassonomica dei disturbi dell'animo presente nello *Zhengzhi zhunsheng* rappresenta lo stato dell'arte per quanto riguarda lo studio delle malattie dell'animo in seno alla medicina tradizionale cinese. Tale categorizzazione è stata generata in una temperie culturale e storica in cui i contemporanei di Wang Kentang hanno potuto attingere all'intero

corpus dei testi classici utilizzandoli sia come riferimento per un'ulteriore cristallizzazione e particolarizzazione delle definizioni mediche, sia come base per la teorizzazione e la messa in pratica di alcune intuizioni mediche che hanno introdotto innovazioni ed evoluzioni notevoli. Il medico Wu Kun 吳崑 (1552-1620), autore dello *Yifang kao* 醫方考 (*Ricerca sui rimedi medici*), contemporaneamente ad altri colleghi vissuti tra il XVI e il XVIII secolo era giunto a ideare una forma di terapia basata sul contrasto delle emozioni e degli stati d'animo presenti nel paziente attraverso stimoli di natura verbale o fisica che suscitassero una reazione che causasse l'insorgere dell'emozione o dello stato d'animo diametralmente opposto (Sivin 1995b, pp. 3-6).

Alla luce di quanto fino ad ora esposto è possibile fare alcune considerazioni riguardo la formazione di una specializzazione medica che si occupasse dei disturbi dell'animo in seno al sistema medico della medicina tradizionale cinese. È altresì osservabile come questa specializzazione medica non abbia assunto, a parità di ricchezza di corredi eziologici e nosografici, lo stesso ruolo per quanto riguarda la produzione di discorsi e pratiche nella storia della Cina sino all'epoca moderna che la psichiatria ha assunto in Europa e conseguentemente negli Stati Uniti.

Non è possibile affermare che gli specialisti in campo medico negassero l'esistenza della mente e della manifestazione delle sue facoltà. Tuttavia, in ottemperanza all'applicazione del sistema di corrispondenze che sta alla base della medicina tradizionale cinese, i modelli esplicativi prodotti erano funzionali alla dimostrazione di un'interazione di tipo psicosomatico e somatopsichico tra le componenti 'mente' e 'corpo' ritenute invece indipendenti dalla biomedicina. È quindi possibile affermare che la psichiatria moderna, intesa come studio delle facoltà mentali e delle problematiche riscontrabili nel loro funzionamento

ascrivibili al concetto di 'stato di malattia' sia un'invenzione europea (Sivin 2005b, p. 1). Al di là delle concezioni epistemologiche che vanno a formare il sistema medico della medicina tradizionale cinese, la nascita della specializzazione medica definibile come psichiatria è avvenuta in virtù dell'influenza esterna di una serie di processi storici, sociali ed economici ben definiti (Foucault 2006a, pp. 324-326).

Sarà oggetto di discussione nel seguente capitolo la determinazione del momento storico e della modalità la quale la psichiatria sia stata di fatto introdotta all'interno dei sistemi non solo medico ma anche governativo, giuridico e sociale cinesi; inoltre risulterà interessante approfondire quali siano stati gli attori sociali che resero efficace il suo attecchimento e la sua applicazione all'interno di istanze e problematiche ingenerate nel contesto della Cina tra la fine del XIX e il corso del XX secolo (Spence 1969; Diamant 1993).

Capitolo 2

La psichiatria e l'istituzione dell'ospedale psichiatrico in Cina tra il XIX e il XXI secolo

In questo capitolo propongo un'analisi storica della diffusione della psichiatria di concezione europea e statunitense e del suo sviluppo originale in Cina. Il periodo storico oggetto di studio in questa sezione del mio lavoro è di circa un secolo e va dagli ultimi decenni della dinastia Qing (1644 – 1912) fino al contesto storico contemporaneo, dal 1912 fino ai primi anni del XXI secolo. Il periodo che ha visto l'applicazione delle prime riforme varate da Deng Xiaoping e la trasformazione della società e dell'economia cinesi può essere interpretato come un 'punto di arrivo ideale' per quanto riguarda la storia della specializzazione medica della psichiatria nella Repubblica Popolare Cinese. Questa scelta è stata operata nella convinzione che nel periodo che va dalla fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80 l'assetto sociale della Cina continentale abbia posto nuove problematiche sociali prima non riscontrabili. Di conseguenza, si è configurato un nuovo contesto sia per lo sviluppo delle concezioni mediche riguardanti la malattia mentale, sia per l'evoluzione ulteriore che la psichiatria ha avuto in Cina fino all'inizio del XXI secolo.

Fornirò innanzitutto una introduzione per quanto riguarda la situazione storica antecedente al 1898. Tale data può essere ritenuta cronologicamente importante per via dell'istituzione della prima struttura deputata unicamente all'accoglienza delle persone affette da disturbi di tipo psichiatrico. È importante considerare anche il periodo precedente a questo avvenimento: è qui infatti che si situa la costituzione di un apparato di regole finalizzate alla gestione della problematica della malattia mentale

nel contesto sociale in grado di condizionare la legislazione in tema fino all'epoca contemporanea.

Successivamente ritengo necessario approfondire lo sviluppo dello studio della malattia mentale in Cina dal punto di vista scientifico dalla fine del XIX secolo sino alla fine del periodo definito della 'Cina repubblicana' (1912-1949). Lo sviluppo dello studio clinico della malattia mentale nel contesto delle scuole mediche e delle università cinesi si rivela interessante non soltanto dal punto di vista della storia della medicina. L'istituzione di un modello di presa in cura dell'individuo affetto da malattia mentale che produca al contempo una conoscenza scientifica eziologica e nosografica presenta dei risvolti sociali e culturali specifici. La «nascita della clinica»¹ o, per meglio dire, l'adozione del modello clinico europeo e statunitense di produzione del sapere scientifico in territorio cinese, ha contribuito a una riconfigurazione del potere disciplinare e ha determinato lo sviluppo di nuovi dispositivi di controllo della popolazione.

Il rinnovamento dell'ordinamento interno, la risoluzione dei conflitti intestini e il sostanziale rinnovamento delle politiche estere della Repubblica Popolare Cinese nel periodo che va dalla sua fondazione fino alla fine degli anni '70 ha determinato una altrettanto importante rivoluzione scientifica per quanto riguarda lo sviluppo delle concezioni mediche riguardanti la malattia mentale. È possibile applicare un'ulteriore suddivisione tra il periodo che va dal 1949 al 1960 e il periodo che comprende gli anni '60 fino al 1979. In questa pur limitata porzione di tempo le modifiche non solo scientifiche ma anche culturali e ideologiche

¹ Il termine è mutuato dal titolo dell'opera di Michel Foucault *Naissance de la clinique* (1967), nella quale viene proposto un modello teorico di indagine che non attribuisce alla produzione di sapere scientifico una connotazione solamente medica. La trattazione dell'opera analizza questo tipo di dinamica in seno alla civiltà europea dal XVIII al XIX secolo, tuttavia si ritiene che tale cornice teorica si dimostri applicabile anche ad altri contesti storici e culturali (Diamant 1993, pp. 3-6).

hanno portato a un profondo mutamento delle concezioni alla base del modello interpretativo principale delle malattie psichiatriche.

In egual misura, l'ultimo periodo storico che andrò a descrivere in questo capitolo ha determinato delle modifiche sostanziali e delle correzioni di rotta per quanto riguarda la costituzione della specializzazione medica psichiatrica. I profondi cambiamenti della società cinese che hanno caratterizzato la fine del XX secolo e che ancora oggi determinano un assetto culturale e sociale la cui definizione e stabilizzazione sono ancora *in fieri* producono delle variabili importanti per la definizione del ruolo dell'individuo, sia esso interessato da uno stato di malattia o sia esso considerato sano.

2.1 La malattia mentale in Cina nel contesto sociale e legale fino alla fine del XIX secolo

Un'analisi del contesto storico e legale antecedente alla costituzione di strutture preposte alla pratica di isolamento del malato di mente alla fine del XIX secolo si rivela interessante dal punto di vista della costruzione dei discorsi intorno alla malattia mentale. Durante il regno della dinastia Qing, nel XVIII secolo, si assiste a una vera e propria produzione di discorsi sulla malattia mentale e soprattutto sull'individuo che ne era affetto che non ha precedenti storici nella Cina imperiale. Si assiste infatti in questo periodo alla 'criminalizzazione' del malato di mente e alla sua connotazione come elemento 'deviante' e quindi 'pericoloso' per la società (Ng 1990).

La figura della persona affetta da 'malattie dello spirito'² ha ricevuto particolare attenzione da parte dei legislatori fino dai codici scritti risalenti

² La scelta del termine «malattia dello spirito» rispetto al precedentemente utilizzato «malattia mentale» si giustifica in questo paragrafo e nei successivi attraverso una considerazione lessicale di carattere storico. Nei codici legali antichi ai quali farò riferimento si determinano categorie particolari di individui che, sulla base di una serie di considerazioni, venivano definiti come

agli Zhou Occidentali (1046 a. C. – 771 d. C.). L'individuo affetto da disturbi dell'animo, qualora commettesse un atto criminale, veniva inclusa nel novero delle *sanshe* 三赦, letteralmente 'tre amnistie'. Le *sanshe* erano riconosciute come casi particolari in cui chi commettesse un reato poteva essere considerato parzialmente responsabile e quindi ricevere una esenzione dalla pena o una riduzione della stessa rispetto a quanto stabilito dalla legge sulla base di uno stato d'essere considerabile come un'attenuante (Cavalieri 1999, p. 33). Tali stati particolari erano applicabili a persone molto giovani o estremamente anziane, oppure a individui incapaci di intendere e di volere, vale a dire *chunyu* 蠢愚. In epoca Han (206 a. C. – 220 d. C.) la legislazione prevedeva una riduzione, escludendo la possibilità di non scontare almeno parzialmente la pena) per le persone che risultassero alla categoria *kuang* 狂. In epoca Tang (618 – 907) veniva considerata la possibilità di esenzione o riduzione della pena nel caso in cui il reato fosse commesso da una persona nello stato definito come *diankuang* 癡狂, inserito all'interno dei disturbi gravi *duji* 篤疾 (Li Chiu 1980, pp.76-78).

La consuetudine di applicare riduzioni nella somministrazione delle pene o la loro conversione in sanzioni di tipo pecuniario, così come la frequente esenzione dalle condanne a morte sulla considerazione di uno stato spirituale non equilibrato durò fino alla fine della dinastia Ming (1368 – 1644). La legiferazione sotto il regno della dinastia Qing fu invece caratterizzata da una istanza di controllo della popolazione superiore alle precedenti epoche storiche. Tale tendenza venne dettata dalla sempre maggiore ingerenza da parte di potenze straniere nella costituzione di

'parzialmente o totalmente non responsabili delle proprie azioni'. Risulterebbe perciò anacronistico e scorretto, essendo in questo caso il sistema medico di riferimento quello della medicina tradizionale cinese, utilizzare definizioni afferenti al campo semantico della diagnosi prodotta in seno alla concezione biomedica dei disturbi descritti.

nuove problematiche sociali prima sconosciute o considerabili come marginali all'interno della società della Cina imperiale. Uno degli esempi più rappresentativi di questo genere di tensione sociale è stato il presentarsi di problematiche sociali generate in seguito alla crescente dipendenza da oppio da parte di esponenti di ogni classe sociale (Ng 1990, p.23). Questo genere di «patologia sociale» avrebbe determinato fino alla prima metà del XX secolo l'inserimento della «psicosi da oppio» nelle statistiche epidemiologiche dei centri di medicina psichiatrica presenti sul territorio cinese (Bermann 1972, pp. 63-64).

L'istanza di controllo della popolazione da parte delle autorità locali nella prima metà del XVIII secolo in poi portò alla produzione di una serie di disposizioni che resero più restrittiva e severa la regolamentazione della mutua responsabilità da parte dei nuclei familiari e nei singoli distretti abitativi, definita con il termine *baojia* 保甲. Ogni nucleo abitativo doveva recare all'esterno una targa che riportasse l'elenco delle persone che occupavano l'edificio ed era obbligatoria la registrazione presso le autorità distrettuali dei componenti della famiglia che soffrissero di malattie considerate come 'potenzialmente pericolose', tra cui la malattia mentale. Questo tipo di provvedimenti veniva adottato nel tentativo di porre rimedio alla problematica posta dal crescente numero di persone senza tetto che venivano prelevate dalle autorità e trattenute all'interno delle carceri (Ng 1990, pp. 63-66).

Nella seconda metà del XVIII secolo si assistette alla recrudescenza delle normative riguardanti la custodia dei malati di mente da parte degli altri membri del nucleo familiare di appartenenza. La cura nei confronti del congiunto che presentasse sintomi di malattie dello spirito che le autorità locali pretendevano da parte degli altri membri della famiglia sfociavano di fatto nella comminazione di una pena di arresto domiciliare. Era previsto

che le famiglie disponessero di un locale della propria abitazione adibito esclusivamente alla contenzione del familiare con ogni mezzo necessario per impedirne la circolazione non soltanto all'esterno dell'edificio ma negli ambienti dello stesso. Le famiglie che non avevano i mezzi pratici o economici per ottemperare a tale regolamentazione ricevevano gli strumenti di contenzione necessari direttamente dalle autorità locali (Ng 1990, p. 67).

La registrazione e la conseguente segregazione dei cittadini malati di mente in quanto considerati *a priori* come elementi pericolosi per la sicurezza incontrarono una costante opposizione omertosa da parte degli stessi nuclei familiari e dei comitati abitativi. Nella prima metà del XIX secolo tale tipo di contravvenzione alle richieste di collaborazione con le forze dell'ordine sino a quel momento volontaria portò le autorità a inasprire le regolamentazioni riguardanti la riduzione delle pene nel caso di crimini commessi da un individuo malato di mente (Munro 2000, p. 15). Le esenzioni e le riduzioni potevano essere applicate solamente se il colpevole risultava già iscritto nei registri locali, in caso contrario la pena prevista veniva applicata nella sua interezza. Tale accorgimento rese di fatto obbligatoria la collaborazione con le autorità costituite da parte delle famiglie di individui malati di mente (Ng 1990, p. 104).

La seconda metà del XIX secolo venne caratterizzata da un sostanziale fallimento delle politiche di controllo demografico intraprese dalle autorità imperiali. Il tentativo di garantire l'ordine pubblico attraverso il confinamento domestico o la segregazione carceraria degli elementi 'marginali' della popolazione continuò a non sortire gli effetti desiderati, nonostante la produzione di discorsi atti ad emarginare la figura del malato di mente in quanto elemento potenzialmente pericoloso. Questi presupposti resero possibile un'inedita collaborazione tra le autorità governative e una serie di attori sociali presenti sul territorio che fino a quel momento non

avevano goduto di particolare credito o popolarità agli occhi dell'ordine costituito. La necessità di esercitare un controllo maggiore sugli elementi 'devianti' della popolazione e una sostanziale incapacità di perseguire con efficacia tale scopo costituirono i prodromi per l'istituzione delle prime strutture deputate alla presa in cura dei malati di mente ad opera di missionari e operatori sanitari europei e statunitensi (Diamant 1993, pp. 6-8).

2.2 L'istituzione degli ospedali psichiatrici e la nascita della clinica in Cina nella prima metà del XX secolo

La presenza di missionari europei, e in seguito statunitensi, in Cina viene attestata sin dal XVII secolo. Nell'ottica di un progetto di scambio culturale e scientifico è possibile stabilire che le scienze dure e la medicina ebbero una diffusione progressivamente più capillare nel territorio governato dalla dinastia Ming e Qing soprattutto in virtù della percepita utilità delle conoscenze trasmesse. Nel più circostanziato ambito medico, le specializzazioni che ebbero un riscontro maggiore furono quelle che proponevano un apporto e un arricchimento tangibili alla pratica medica come veniva concepita in seno al sistema medico cinese vigente. La chirurgia e lo studio dei tessuti che sarebbero stati alla base della moderna biomedicina riscossero una notevole popolarità in virtù della loro applicazione pratica e delle notevoli migliorie che apportarono nel contesto della cura degli stati di malattia percepiti come tali (Spence, 1969, pp. 29-31).

La psichiatria non ebbe inizialmente una diffusione e una accettazione da parte dei praticanti e dei curatori attivi in territorio cinese per almeno due motivi: in prima istanza non veniva percepita, all'atto pratico, come una specializzazione medica che potesse produrre un

miglioramento terapeutico sostanziale al tipo di cure già presenti nell'insieme di pratiche sviluppatasi in seno alla medicina tradizionale cinese; in secondo luogo la forte caratterizzazione culturale che era alla base della psichiatria entrava in netto contrasto con il sistema descrittivo olistico di corrispondenze altrettanto culturalmente informato ritenuto intersoggettivamente valido. Una divisione netta tra medicina della mente e medicina del corpo contravveniva al modello esplicativo vigente che intesseva rapporti somatopsichici e psicosomatici tra gli stati dell'animo e le condizioni fisiche del paziente (Pearson 1995, pp. 10-11).

La costituzione delle prime strutture deputate alla presa in cura degli individui malati di mente fu resa possibile in virtù di istanze differenti da quelle dell'accrescimento e dell'approfondimento delle conoscenze medico/scientifiche. Le istanze delle forze dell'ordine di potenziare il controllo della popolazione ritenuta 'criminaloide' o 'deviante', gli interessi delle *élite* dei commercianti e dei mercanti e la conseguente nuova possibilità di instaurare presidi medici presentatisi alla categoria dei medici e dei missionari statunitensi ed europei crearono il retroterra istituzionale e sociale che permise la fondazione dei primi ospedali psichiatrici in territorio cinese (Diamant 1993, pp. 8-9).

La prima istituzione dedicata alla presa in cura degli individui affetti da malattie mentali fu il Kerr's Refuge for the Insane, fondato nella periferia di Guangzhou nell'anno 1889. La struttura venne aperta in seguito all'iniziativa del medico oftalmico John Kerr che in seguito all'assunzione della carica di presidente della Medical Missionary Society e a un iter burocratico iniziato nel 1874 (Bermann 1972, p. 58) riuscì a convogliare una quantità sufficiente di fondi per l'edificazione del rifugio, un progetto precedentemente ritenuto troppo oneroso dal Board of Presbyterian Church che aveva già contribuito alla costruzione dell'ospedale civile di Guangzhou (Pearson 1995, pp. 9-10). La costituzione del centro fu resa

possibile grazie alla collaborazione di tre entità differenti che a vario titolo reputarono di avere degli interessi nella fondazione di questo genere di presidio. Le forze dell'ordine della municipalità di Guangzhou videro nella istituzione del Kerr's Refuge for the insane un'occasione notevole per intensificare e delegare ad altra autorità il controllo e la presa in consegna degli individui percepiti come potenzialmente pericolosi sulla base delle disposizioni vigenti. Le società mercantili e di commercio di Guangzhou colsero l'occasione di finanziare l'edificazione del centro come una opportunità di estendere il raggio della propria influenza sulla determinazione delle politiche gestionali territoriali al di fuori della sfera squisitamente economica. Lo stesso John Kerr poté istituire una struttura allo scopo di migliorare le condizioni di vita dei malati di mente che all'epoca venivano percepite dalla comunità dei medici-missionari come estremamente dure e potenzialmente mortali. Dalla data della sua fondazione la struttura offriva la possibilità alle famiglie di offrire ai congiunti un tipo di cure mediche e di condizioni di vita migliori rispetto a quanto era possibile fare in precedenza con la segregazione domestica coatta. Dopo il 1904 la struttura venne utilizzata dalle forze di polizia locali che, a proprie spese, avevano l'opportunità di far internare i malati di mente privi di una fissa dimora, destinati altrimenti a vivere per le strade della cittadina. Al di là della possibilità di diffondere la concezione medica della malattia mentale di stampo europeo e statunitense, il Kerr's Refuge for the Insane introdusse nel contesto medico e in seguito carcerario cinese il concetto di ergoterapia. Sconosciuto e non applicato sia dalle forze dell'ordine sia dai medici praticanti, tale metodo aveva l'obiettivo di migliorare l'efficacia delle cure dispensate al fine di promuovere un eventuale reinserimento del paziente nel tessuto sociale (Diamant 1993, p. 10-12).

In seguito alla fondazione di questa prima struttura psichiatrica gestita secondo le convinzioni scientifiche prodotte in Europa e negli Stati Uniti dal XVIII secolo in poi, vennero istituiti in altri centri urbani cinesi centri simili che unirono la diffusione della terapia psichiatrica alla risposta ad istanze di ordine sociale. Vennero aperti ospedali psichiatrici a Pechino nel 1906, a Suzhou nel 1929, a Shanghai nel 1935 e a Nanchino nel 1947. Le caratteristiche principali di questi centri erano le medesime del Refuge di Guangzhou: alla semplice interpretazione della presa in cura del malato come una forma alternativa alla detenzione preventiva, misura in virtù della quale le forze dell'ordine sostenevano la costituzione delle strutture, venivano offerte ai malati cure mediche con uno spirito fondamentalmente 'umanitario. Questi venivano sottratti a condizioni di vita non accettabili e ricevevano al contempo l'attribuzione di uno status differente da quello criminale, meno dequalificante all'interno del contesto sociale di appartenenza (Pearson 1995, p.10; Munro 2000, p.17).

La seconda funzione delle strutture psichiatriche presenti sul territorio cinese fu quella di introdurre nell'ambiente accademico l'idea della bontà e della necessità dell'istituzione di corsi di specializzazione in neurologia e psichiatria nelle maggiori università mediche cinesi. Nel 1905 venne istituito un corso di psichiatria presso il Collegio di Medicina di Hong Kong; nel 1910 corsi di neurologia e psichiatria vennero istituiti a Canton dagli stessi medici-missionari che istituirono nel 1919 corsi della medesima natura a Pechino. Nel 1931 venne istituita a Shanghai la Chinese Society for Neurology and Psychiatry, mentre a Pechino nel 1932 venne potenziato l'insegnamento della psichiatria con l'apporto dell'introduzione di corsi di sociologia improntati al lavoro sociale sul campo (Bermann 1972, p. 59; Pearson 1995, pp.10-12).

L'introduzione dello studio della malattia mentale basato sulle concezioni sviluppatesi in Europa e negli Stati Uniti apportò sostanziali

miglioramenti dal punto di vista terapeutico e sociale alla condizione degli individui affetti da disturbi mentali nella Cina della prima metà del XX secolo. Tuttavia, è interessante considerare quali furono gli ‘effetti collaterali’ derivati da questo tipo di esposizione scientifica e culturale che non suscitò un tipo di cambiamento solamente scientifico o politico in senso stretto. È possibile descrivere la natura di tali processi sintetizzandoli in due punti fondamentali:

1. Nascita della clinica nel contesto medico e scientifico cinese;
2. Creazione dei presupposti per lo sviluppo del dialogo e dell’interazione tra potere disciplinare e potere medico/psichiatrico³.

Con il concetto di produzione di sapere clinico si definisce una pratica precisa che ha le sue basi nei processi storici ed economici fondativi della seconda rivoluzione industriale europea. Il passaggio dalla presa in cura degli individui interessati a un particolare stato di malattia alla produzione di conoscenze sulla base delle esperienze terapeutiche e sperimentali nel contesto medico segna la costituzione dell’idea di ‘clinica’ come luogo dove non viene curato il paziente ma dove viene generata conoscenza. Si tratta di una riorganizzazione «formale e in profondità» dell’organizzazione

³ Questo genere di categorizzazione, che verrà esposto in maniera più esaustiva in seguito, è mutuata dal lavoro di analisi di Michel Foucault. Nell’analisi delle forme di potere esercitate dall’autorità costituita nei confronti dell’individuo si può definire come ‘potere disciplinare’ l’insieme di pratiche atte a creare l’interiorizzazione dei dispositivi disciplinari stessi. Questo genere di controllo rende possibile la spersonalizzazione del potere propriamente detto, rendendolo di fatto un’entità non materiale impossibile da identificare con un referente preciso (Foucault 1979, 2010). La declinazione del potere disciplinare in ambito medico prende invece il nome di ‘potere psichiatrico’. Tale costrutto teorico prevede la delega di alcune facoltà normative in precedenza appannaggio degli esecutori del potere disciplinare ad altre categorie capaci di esercitare la facoltà di produzione di ‘discorsi di verità’, come ad esempio la classe medica. Il rapporto di mutua collaborazione tra l’autorità costituita e l’autorità medica porta alla generazione di nuovi dispositivi normativi che producono un maggiore controllo potenziale nella costituzione e nella definizione dell’identità e della libertà dell’individuo (Foucault 1998b, 2006b; Galzigna 2008).

delle strutture deputate alla presa in cura del malato (Foucault 1979, p. 3-13).

Si assiste in questo contesto a una svolta epistemologica per quanto riguarda la definizione di due entità precise: il corpo del malato e lo spazio adibito alla sua accoglienza e alla sua cura. Il corpo del malato subisce un processo di oggettivazione e non appartiene più all'individuo in quanto tale. La concezione del «corpo medico» del paziente prevede che questo diventi oggetto di analisi e sperimentazione e di conseguente produzione di conoscenza scientifica. Il corpo del paziente è il campo su cui è possibile plasmare il concetto di stato di malattia e di stato di salute e di conseguenza diventa uno degli strumenti necessari alla produzione dell'idea stessa di normalità e di devianza. (Pizza 2005, pp.72-74; Foucault 2000, p. 52).

Lo stesso tipo di procedimento di trasformazione si applica alla concezione stessa dello spazio in cui avviene il processo curativo. Come si è detto in precedenza, la definizione di 'ospedale' non appare più valida e si arriva alla ridefinizione dello spazio come luogo di produzione di conoscenza. La differenziazione del concetto di 'spazio' e 'luogo' occupa nella cornice teorica dei *Cultural Studies* una posizione di primaria importanza. La definizione di uno spazio fisico come 'luogo' determina una maggiore caratterizzazione dello stesso da parte degli attori sociali e delle autorità che detengono il potere di definirlo attraverso un procedimento discorsivo. Un luogo, dunque, non è più identificabile attraverso un insieme di coordinate semplicemente culturali o funzionali ma viene arricchito di altri significati non per forza intellegibili per il gruppo sociale all'interno del quale la definizione viene prodotta. La clinica risulta essere dunque un luogo di produzione di discorsi e di coordinate sociali, oltre che mediche e scientifiche *tout court*, e si presta ad essere il terreno ideale per l'interazione di diverse figure in grado di esercitare diversi tipi di potere (Barker 2012, pp. 393-399; Foucault 1979, pp. 51-65).

La potenzialità normativa della definizione medica e scientifica si estende all'esterno del contesto medico e determina un tipo di capacità decisionale che si interseca con altri aspetti della gestione del corpo dell'individuo. La diagnosi, soprattutto in campo psichiatrico, implica l'evocazione di una serie di concezioni che vanno al di là della conoscenza medica ma che affondano le proprie radici nel substrato culturale del gruppo sociale all'interno del quale viene prodotta. Si delega dunque alla psichiatria un ruolo che va oltre quello medico: essa viene investita di un letterale potere di veto nei confronti dell'individuo (Foucault 2006b, pp. 47-50). Questo costrutto teorico, prodotto in seguito a una rigorosa ricerca storica e utilizzato con successo nel tentativo di fornire una descrizione della realtà medica e disciplinare europea alla fine del XIX secolo, si può applicare con la medesima efficacia nell'osservazione del potere conferito alla diagnosi medica nella Cina nella seconda metà del XX secolo. I processi storici che hanno portato alla possibile applicazione della cornice teorica che determina il passaggio dal 'potere di sovranità' al 'potere disciplinare' nella Cina contemporanea hanno avuto retroterra ed esiti sicuramente differenti rispetto alla temperie culturale in cui sono stati postulati. Tuttavia è osservabile come le stesse autorità che in passato avevano considerato come liminale ai processi decisionali la categoria medica (Ng 1990, pp. 166-167) abbiano in seguito iniziato a fare un uso strumentale della diagnosi psichiatrica per poter perseguire fini specifici (Munro 2000, p.49).

2.3 Il cambio di paradigmi scientifici e l'annullamento degli stessi dalla fondazione della Repubblica Popolare Cinese al 1979

La fondazione della Repubblica Popolare Cinese nell'anno 1949 e la sostanziale modifica dell'assetto della politica estera del paese hanno avuto una risonanza anche nello sviluppo dello studio della malattia mentale.

Da un punto di vista squisitamente logistico, dal 1949 in poi vi è stato un notevole impegno del governo del Partito Comunista Cinese nella fondazione di strutture adibite alla presa in cura degli individui affetti da malattie mentali. Si stima che dal 1949 al 1958 in Cina vennero edificate sessantadue nuove strutture ospedaliere e che il Piano Quinquennale 1958-1962 prevedesse un potenziamento ulteriore sia delle strutture sia della preparazione professionale del personale medico (Pearson 1995, pp. 14-16).

Le problematiche inerenti alla costituzione del sapere scientifico e più specificatamente psichiatrico in Cina furono di natura ideologica e politica. In seguito alla Liberazione ogni forma di produzione intellettuale di matrice 'Occidentale' venne bandita e considerata reazionaria. Non fecero eccezione sia gli istituti medici sia le concezioni scientifiche stesse. In seguito all'alleanza con l'Unione Sovietica negli anni '50 si assisté a un repentino cambio di concezioni mediche riguardanti lo studio della malattia mentale. Dalle dottrine mediche europee e statunitensi si passò alla concezione pavloviana della psichiatria nella sua declinazione dello studio dei comportamenti e dei riflessi condizionati dell'individuo (Munro 2000, p.18-21). Questo tipo di riconversione estemporanea di tutto il corpus della conoscenza psichiatrica fino a quel momento acquisito rappresentò una battuta di arresto notevole per quanto riguarda sia il progresso della ricerca scientifica sia la concreta necessità da parte di medici e operatori sanitari di modificare il proprio *modus operandi*. (Pearson 1995, p. 13-19).

L'atteggiamento del personale medico dovette ricominciare ad essere basato sulla concezione del paziente come membro della comunità al servizio del quale si esercitava la propria professione (Bermann 1972, pp. 71-74), tuttavia le manifeste difficoltà rilevabili per quanto riguarda l'influenza ideologica nella determinazione delle politiche mediche segnò una retrocessione del progresso scientifico: la pratica psicoterapica venne

bandita in quanto considerata con sospetto per la sua tendenza ad accentuare le differenze individuali (Pearson 1995, p. 13).

Si conformò dunque negli anni '50 a una connotazione estremamente politica non soltanto della psichiatria intesa come scienza culturalmente formata ma dell'utilizzo strumentale della diagnosi psichiatrica per definire con maggiore forza e attendibilità differenti tipi di reato ideologico. L'influenza scientifica dell'Unione Sovietica fu notevole anche per quanto riguarda la formalizzazione definitiva del ruolo della diagnosi psichiatria nel contesto extra-medico forense (Munro 2000, pp. 22-25). Questa tendenza, come sarà possibile constatare in seguito, non sembra essere in svanita.

Il successivo raffreddamento e la rottura delle relazioni internazionali con l'Unione Sovietica portarono a modifiche sostanziali e drammatiche della concezione della scienza psichiatrica nella Repubblica Popolare Cinese. La concezione della malattia mentale e delle possibili terapie applicabili per la risoluzione di questo particolare stato di malattia subirono nel decennio della Rivoluzione Culturale un'ulteriore svolta ideologica che non permise l'avanzamento scientifico o l'effettivo miglioramento delle condizioni mediche dei pazienti (Pearson 1995, pp. 19-27). Il modello di 'autarchia scientifica' proposto dalla fine degli anni '50 alla fine degli anni '70 ha catturato l'interesse di molti osservatori diretti e vale la pena di riportare alcune delle considerazioni fatte all'epoca, corredandole con riferimenti dovuti a un apparato critico prodotto successivamente. Oltre alla convinzione estrema della possibilità di non dipendere dalla comunità internazionale per quanto riguarda il progresso scientifico e, nel contesto specifico preso in esame, psichiatrico, è opportuno ricordare anche la generale tendenza allo screditamento di molte figure professionali in quanto depositarie di saperi particolari e di conseguenza elitari, anacronistici e reazionari. Il «livellamento regressivo» (Bermann 1972, p.

316) ottenuto portò di fatto all'annullamento del sottile confine tra la malattia mentale e il crimine di natura politica favorendo una sovrapposizione sostanziale dei due concetti (Munro 2000, pp. 32-34).

Per comprendere a pieno la portata di questo fenomeno riporterò di seguito in forma sintetica il contenuto di un resoconto diretto risalente al febbraio 1967 prodotto dallo psichiatra Gregorio Bermann (1972, pp. 317-329) in seguito a una visita presso l'Ospedale Psichiatrico Numero 1 di Shanghai. È altresì opportuno ricordare come la grande maggioranza dei reportage ad opera degli osservatori stranieri prodotti dal 1966 al 1976 faccia riferimento esclusivamente al sopracitato ospedale di Shanghai o all'Ospedale Universitario Numero 3 di Pechino (Pearson 1995, p. 21).

La situazione descritta risulta interessante ai fini di questa discussione per quanto riguarda due caratteristiche fondamentali: la composizione dell'organico del personale medico dell'ospedale psichiatrico e la particolarità delle terapie sviluppate nel contesto storico specifico. L'ospedale viene descritto come in buone condizioni strutturali ed igieniche e poteva ospitare fino ad un massimo di 600 pazienti.

La «caricatura della Rivoluzione Culturale» (Bermann 1972, p. 315) alla quale assiste lo psichiatra prevede che all'interno della struttura psichiatrica tutto il personale prima in carica fosse stato sostituito da esponenti del comitato rivoluzionario che l'aveva presa in gestione. La direzione dell'ospedale era stata dunque organizzata secondo un modello collettivo orizzontale e tra i suoi componenti figurava solamente un giovane medico. Il personale medico era stato destituito dai propri incarichi sulla base della convinzione che non fosse possibile amministrare una struttura pubblica mirando prima che al benessere della popolazione ospedaliera al profitto dell'istituzione o al prestigio individuale dei medici psichiatri che nella struttura lavoravano (Bermann 1972, pp. 316-18).

Questo tipo di episodi è collocabile nel contesto più ampio che prevedeva la definizione della quasi totalità dei medici specializzati in psichiatria come ‘autorità accademiche borghesi’. È possibile affermare che l’intera categoria del campo delle conoscenze prodotte dalla psichiatria e dalla psicologia vennero ripudiate per essere sostituite dalla convinzione universalista che una ‘corretta ideologia politica’ non fosse soltanto base fondamentale per la sopravvivenza e il conseguente sviluppo della società ma di fatto sinonimo di ‘salute mentale’ e viceversa, rendendo dunque superflua l’intera categoria medica (Munro 2000, p. 34). Sulla base di queste convinzioni si sviluppò una peculiare e unilaterale concezione delle cure mediche somministrabili ai pazienti affetti da disturbi mentali.

La costituzione di un modello socialista di psichiatria aveva alla propria base alcuni punti ideologici fondamentali. La malattia mentale veniva interpretata come un sintomo di un male che si manifestava nell’individuo ma che affliggeva l’intera società. I sentimenti dell’individuo dovevano essere subordinati alle necessità del gruppo del quale questi faceva parte: la famiglia, la classe, l’unità di produzione, la comune e in senso lato l’intera società. La cura della malattia mentale, dunque, poteva essere resa possibile attraverso un intervento diretto sulle problematiche ingenerate nel sistema sociale dal vecchio ordinamento politico. (Pearson 1995, pp. 22-23).

In seconda istanza, la malattia mentale veniva interpretata come un rifiuto individuale delle istanze sollevate dal contesto sociale del quale l’individuo faceva parte. La dimensione personale del disagio psichico veniva dunque proiettata su scala più ampia e la terapia veniva interpretata come un processo di liberazione dalle pastoie imposte da un pensiero di antico e controrivoluzionario (Pearson 1995, p.23). Nel contesto specifico dell’Ospedale Psichiatrico Numero 1 di Shanghai, Bermann assiste a delle sedute terapeutiche di gruppo in cui i malati erano invitati a leggere e

commentare citazioni tratti da scritti e discorsi di Mao Zedong, aiutati nel compito di esegesi dalle guardie rivoluzionarie che avevano assunto il ruolo di personale medico (1972, p. 319). Questi esempi di ‘terapia ideologica’ sono ampiamente documentati anche in altre fonti (Bonfantini, Macciò 1974) e rientrano in un disegno più ampio definibile a posteriori in termini psichiatrici come un tentativo di terapia cognitiva i cui contenuti erano squisitamente appartenenti a un retroterra culturale e sociale specifico. L’efficacia terapeutica di questo tipo di operazione è opinabile, tuttavia risulta valida se analizzata nel contesto storico come tentativo di riabilitazione sociale dell’individuo (Pearson 1995, p.24).

Il periodo storico che va dall’inizio degli anni ’60 alla fine degli anni ’70 ha rappresentato un’eccezione notevole nel contesto dello studio del discorso sulla malattia mentale e sull’utilizzo di quest’ultimo funzionale al perseguimento di scopi differenti da quello medico. Per quasi un ventennio la psichiatria non è stata direttamente utilizzata come strumento per connotare negativamente l’individuo affetto da malattia mentale e per definire il suo ruolo all’interno della società. Questa tendenza non ha tuttavia impedito l’utilizzo di altri strumenti culturali e ideologici allo scopo di costituire categorie ‘devianti’ in un disegno funzionale all’applicazione di dispositivi di controllo nel contesto dell’imposizione di una forma di potere disciplinare di natura ben precisa (Phillips 1998, p. 2).

La negazione aprioristica di natura politica di ogni tipo di concezione scientifica della malattia mentale fu un fenomeno che si verificò sino alla fine degli anni ’70, generando in seguito una situazione problematica di vuoto di conoscenze e di figure professionali (Phillips 1998, p. 17-20). L’obiettivo della ‘ricostruzione’ di un servizio sanitario psichiatrico sul territorio della Repubblica Popolare Cinese ha incontrato dal 1978 in poi difficoltà di tipo strutturale e di organico (Pearson 1995, pp. 76-79). Va inoltre osservato che, nonostante lo sforzo profuso dalle personalità ancora

attive in campo medico anche durante il periodo della Rivoluzione Culturale (Yang 1976, 1978; Munro 2002), sia le problematiche inerenti la connotazione politica della malattia mentale da un lato, sia la connotazione psichiatrica della dissidenza politica dall'altro hanno continuato a riproporsi in modalità differenti dal punto di vista teorico e pratico fino ad oggi (Munro 2000, pp. 26).

2.4 L'abuso della diagnosi psichiatrica in Cina dal periodo delle riforme sino al XXI secolo

Il periodo successivo alla Rivoluzione Culturale ha portato a una sostanziale riorganizzazione del sistema medico psichiatrico nel territorio della Repubblica Popolare Cinese. Le differenze più evidenti dal punto di vista del servizio medico di base offerto alla popolazione si sono concretizzate in una parziale privatizzazione del sistema sanitario e a una netta distinzione tra necessità mediche definite 'di base' e altri tipi di intervento sanitario sottoposti invece a un sistema di previdenza assicurativa privato (Phillips 1998, pp. 19-21). Nel successivo capitolo di questa tesi andrò ad analizzare quali siano le misure adottate in epoca contemporanea dal Governo Centrale della Repubblica Popolare Cinese al fine di poter garantire anche l'assistenza psichiatrica alle fasce meno abbienti della popolazione. Tuttavia, dal 1978 sino alla contemporaneità, le problematiche legate all'esercizio della pratica medica psichiatrica si sono evolute in nuove forme di utilizzo strumentale della diagnosi e di conseguente abuso nei confronti del cittadino da parte dello Stato (Pearson 1995, pp. 58-59).

Gli episodi di abuso psichiatrico a sfondo politico possono essere inseriti all'interno delle macro categorie teorizzate da Robin che tendono a descrivere lo svolgimento delle possibili dinamiche di utilizzo non etico

della disciplina medica. Tale categorizzazione è stata prodotta nel tentativo di fornire una descrizione degli episodi verificatisi dalla seconda metà del XX secolo fino alla contemporaneità. Nel primo caso è possibile parlare di «ipo-diagnosi» medica. Questo genere di episodio si verifica nel momento in cui nel contesto di accertamenti forensi da parte del personale medico non vengano considerati validi sintomi manifesti di discorso o azione non coerenti in quanto contenenti argomentazioni di carattere politico e anti-governativo. Le affermazioni o gli atti osservati vengono considerati come il prodotto di un processo intellettuale conscio e l'individuo malato di mente subisce un iter legale e detentivo che non comprende in alcun momento l'assistenza psichiatrica necessaria (Munro 2000, pp. 26-27).

In un secondo tipo di categoria rilevante stilata sulla base dello studio condotto da Munro, si assiste alla procedura opposta a quella precedentemente descritta. Si produce una «iper-diagnosi» psichiatrica nei confronti di individui impegnati in manifestazioni di carattere politico. Attraverso l'attribuzione dello status di 'malato di mente' nei confronti dell'individuo si ottengono differenti risultati. L'internamento diventa possibile da parte delle autorità anche nel caso in cui la manifestazione di dissenso da parte del cittadino non fosse di natura pericolosa o violenta, come a norma di legge è previsto per costituire l'istanza di atto criminoso nel *Codice penale della Repubblica Popolare Cinese (Zhonghua Renmin Gongheguo Gong'an Bu 1979)*.⁴ In seconda istanza si applica una procedura di delegittimazione delle posizioni che avevano portato all'organizzazione dell'atto di protesta stesso, derubricandolo a manifestazione patologica di una malattia di tipo psichiatrico (Munro 2000, p. 26; Mu 2008).

⁴ Per una trattazione più esaustiva di questo aspetto rimando al terzo capitolo di questo elaborato.

Questo genere di utilizzo non etico e specioso della diagnosi psichiatrica nella Cina contemporanea si traduce nella costituzione di particolari strutture di detenzione: l'ospedale psichiatrico criminale, definito *ankang yiyuan* 安康医院 o semplicemente *ankang* 安康. Questo genere di struttura è stato formalmente istituito in seguito alla Seconda Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale, organizzata con la collaborazione congiunta del Ministero della Sanità, del Ministero degli Affari Civili e del Ministero di Pubblica Sicurezza della Repubblica Popolare Cinese tenutasi nel 1986. Nell'aprile del 1987, allo scopo di fornire alle forze dell'ordine una alternativa alla detenzione carceraria nel caso in cui all'individuo ritenuto colpevole di atti criminali venisse diagnosticata una forma di disturbo mentale che non rendesse possibile la reclusione in una prigione, è stata stabilita l'edificazione di 16 ospedali *ankang* (Munro 2000, pp.72-73).

L'istituzione dello *ankang* non è interpretabile come un avvenimento negativo per quanto riguarda la violazione dei diritti dell'individuo di per sé. La carenza di strutture in seguito al periodo della Rivoluzione Culturale aveva reso critica la situazione degli ospedali psichiatrici, incapaci di offrire i servizi sanitari necessari alla popolazione affetta da disturbi mentali e al contempo di rispondere alle istanze sollevate dalle forze dell'ordine per quanto riguardava la necessità di internare elementi effettivamente pericolosi per l'incolumità propria e altrui e necessitanti di cure mediche per alleviare tale condizione. Nel 1993 gli *ankang* in funzione presenti sul territorio erano effettivamente 14 e il personale medico auspicava all'edificazione di ulteriori strutture (Tang, Li, Zhao 1996, pp. 248-249). Nel 2010, stando al rapporto più recente del Ministero di Pubblica Sicurezza, i centri di questo tipo attivi sul territorio della Repubblica Popolare Cinese erano venti ed è prevista l'edificazione di altre strutture al fine di soddisfare la necessità di luoghi che possano unire la

necessità della somministrazione di cure psichiatriche a seguito del compimento di atti criminali (Zhonghua Renmin Gongheguo Gong'an Bu 2010).

La problematica che viene sollevata riguardo l'utilizzo della struttura dell'ospedale *ankang* riguarda ancora una volta la motivazione alla base degli arresti e le modalità di produzione di diagnosi psichiatrica che permettono alle forze dell'ordine di delegare a questo tipo di strutture la presa in consegna dell'individuo. La documentazione prodotta dal 1978 al 1989 attesta in molti casi l'effettiva non gravità o pericolosità degli atti commessi dagli individui internati in questo genere di struttura (Luo, Li, Tang 1996) e permette di formulare l'ipotesi della produzione di diagnosi psichiatriche funzionali ad istanze differenti da quella medica. In tempi ancora più recenti sono state prodotte testimonianze riguardanti l'internamento in strutture psichiatriche di cittadini aderenti a movimenti spirituali o religiosi di natura non dichiaratamente politica, come ad esempio il *Falun gong* 法轮功 o *Falun dafa* 法轮大法 (Munro 2002, 98-104). In questo caso, data anche la dimensione raggiunta dal fenomeno dalla prima metà degli anni '90 in poi, è stato fatto un utilizzo della scienza medica a più ampio raggio, non soltanto per mezzo di diagnosi psichiatriche che rendessero possibile l'internamento dei cittadini ma attraverso la produzione di articoli medici che rendessero legittimo il discorso sulla pericolosità per la salute sia fisica sia mentale di determinate pratiche meditative (Shen, Gong 2000) e di esercizio fisico (Xu 1994).

L'utilizzo non etico delle potenzialità di 'discorso di verità' insita nella diagnosi psichiatrica e più generalmente nel discorso medico ha avuto nel contesto della società cinese uno sviluppo storico apparentemente recente. Come ho cercato di dimostrare, il processo di stigmatizzazione del malato di mente al fine di garantire un maggiore controllo della

popolazione è riscontrabile in Cina almeno dal XVIII secolo. Nel corso dei cambiamenti dell'assetto della compagine statale al potere sono cambiate le tecniche di produzione di discorso funzionali all'esercizio del potere disciplinare da parte dell'autorità. Conseguentemente, sono variati gli interlocutori e i dispositivi di produzione di significato che hanno reso possibile questo tipo di dinamica.

Nel prossimo capitolo intendo proporre un'analisi di alcuni articoli tratti dal *Codice penale della Repubblica Popolare Cinese*, dai *Principi generali di diritto civile della Repubblica Popolare Cinese* e dalla recente *Legge della Repubblica Popolare Cinese sulla salute mentale* allo scopo di documentare quali siano stati gli sviluppi dal punto di vista legale, medico e sociale della costruzione dell'identità del malato di mente in Cina (Human Rights Watch 2013).

Capitolo 3

Il discorso legale sulla malattia mentale nella Cina contemporanea

Nel presente capitolo presenterò un'analisi di quali siano stati i risultati della produzione di discorsi sulla malattia mentale e sull'individuo affetto da disturbi psichiatrici nel contesto della Cina contemporanea. L'ambito ristretto che mi appresto ad analizzare è quello del discorso medico-legale. Questo tipo di approfondimento verrà sviluppato tramite l'utilizzo della *boîte à outils*¹ fornita dalle strutture teoriche dei *Cultural Studies*, dall'antropologia medica e dal corpus di testi che forma il pensiero del movimento antipsichiatrico².

Il periodo che andrò ad analizzare in questa sezione del mio lavoro sarà quello compreso tra il 1979 e il 2013. La scelta di questo lasso di tempo di circa trent'anni è stata operata in virtù di alcuni precisi momenti di legiferazione da parte del Comitato permanente del Congresso Nazionale

¹ Con il termine *boîte à outils* (letteralmente 'cassetta degli attrezzi') nel contesto degli studi sull'opera di Michel Foucault si tende ad identificare la serie di strumenti teorici utilizzati all'interno della sua opera per analizzare le dinamiche che hanno portato lo studioso a teorizzare l'istituzione di una forma di controllo e di governo definita come «biopolitica» o «biopotere», uno stato avanzato delle strategie e pratiche di gestione del potere che come ossatura mantengono il potere disciplinare (Foucault 2005, pp. 69). La formazione teorica di tali insiemi di dispositivi disciplinari è strumentale alla descrizione delle dinamiche di controllo e influenza da parte di una compagine statale riconosciuta nei confronti del corpo dell'individuo, in una accezione «microfisica» dell'esercizio del potere. (Foucault 1976, pp. 150-151). In un'ottica più ampia, è doveroso ricordare l'accezione di «strumento» che alle parole veniva attribuita dal filosofo Ludwig Wittgenstein, che con la metafora in seguito adottata da Michel Foucault determinava l'importanza delle parole nel contesto della costituzione di significati al di là del semplice contesto intellettuale e teorico (Barker 2012, p. 108).

² Con il termine «antipsichiatria», utilizzato per la prima volta nel 1967, si tende a identificare il movimento scientifico e politico teorizzato alla fine degli anni '60 dallo psichiatra David Cooper (1931-1986). Tra gli scopi principali dell'antipsichiatria ci sono quello di perorare la causa della re-istituzione (e della restituzione) della psichiatria come scienza medica al servizio del benessere dell'individuo. Il movimento antipsichiatrico inoltre si pone in contrasto con la convinzione alimentata tanto dai pazienti quanto dai praticanti dell'esistenza di una potenzialità extra-medica con declinazioni spirituali attribuibile alla specializzazione e l'accezione di psichiatria accostata al concetto di *instrumentum regni* utilizzabile per legittimare scelte e operazioni illegittime portate a termine da uno Stato o dall'autorità da esso costituita (Cooper 1969, pp. 10-11).

del Popolo della Repubblica Popolare Cinese e del Ministero di Pubblica Sicurezza della Repubblica Popolare Cinese in tre differenti istanze: luglio 1979 (Zhonghua Renmin Gongheguo Gong'an Bu 1979): *Codice penale della Repubblica Popolare Cinese*; aprile 1986 (Zhonghua Renmin Gongheguo Zhongyang Renmin Zhengfu 1986): *Principi generali di diritto civile della Repubblica Popolare Cinese*; 26 ottobre 2012 (Zhonghua Renmin Gongheguo Zhongyang Renmin Zhengfu 2012): *Legge della Repubblica Popolare Cinese sulla salute mentale*. Nei paragrafi successivi di questo capitolo fornirò una contestualizzazione per queste date e verrà reso esplicito il motivo per il quale, ai fini della trattazione, esse sono ritenute di primaria importanza.

L'analisi testuale che propongo non è dunque legata allo studio degli articoli di legge come materia a sé stante, non essendo io in possesso del bagaglio teorico necessario per affrontare una trattazione ascrivibile alla disciplina degli studi legali³ *tout court*. La 'storia dei discorsi' che tenterò di presentare nelle prossime pagine è basata sulle considerazioni che è possibile fare nel tentativo di identificare quali siano state le peculiarità dell'«alleanza originaria tra psichiatria e giustizia» (Basaglia, Basaglia Ongaro 1971, p. 20) nel contesto della Cina contemporanea. La reificazione del singolare rapporto intessuto tra la scienza medica e la compagine statale che permette e promuove l'esercizio del potere definito come «psichiatrico» ha tra i suoi esempi più lampanti la produzione di regolamenti e leggi scritte. Attraverso l'oggettivazione di tali norme si determina quale sia la profondità raggiungibile dallo Stato all'interno della sfera della vita del cittadino. Tale tipo di intervento esterno influenza in maniera preponderante l'effettiva capacità dell'individuo di negoziare

³ Per una trattazione più esaustiva riguardo l'ordinamento legale della Repubblica Popolare Cinese e la sua organizzazione in prospettiva storica rimando a (Cavaliere 1999). Per quanto riguarda l'assetto organizzativo contemporaneo e le sue particolarità farò riferimento a (Cavaliere 2008).

indipendentemente il proprio ruolo all'interno della società di cui esso fa parte. A questo vengono precluse a priori alcune possibilità, sulla base della produzione di una diagnosi medica che lo identifica come elemento «deviante» e «anormale» (Goffman 1971, p. 156). Si presenta quindi un nuovo ventaglio di possibili limitazioni imposte allo scopo di garantire la sicurezza della società dalla quale egli è stato separato (Foucault 2000, p. 104). Questa strutturazione teorica trova la sua verifica nel contesto della Cina contemporanea. È possibile infatti rilevare una commistione di coordinate di natura culturale, produzione e applicazione di norme legali e un retroterra di processi storici ben definiti portano a una particolare messa in scena dei processi di stigmatizzazione funzionale all'esclusione tendenzialmente definitiva del paziente affetto da malattia mentale (Guo, Kleinman 2011).

3.1 La stigmatizzazione del malato mentale e l'abuso della diagnosi psichiatrica

La problematica della figura del malato di mente e della sua presenza all'interno della società affonda le proprie radici in tempi molto anteriori rispetto all'epoca a cui si farà riferimento nella presente sezione di questo lavoro. Non è tuttavia possibile ignorare questo tipo di produzione di discorso in virtù di una prospettiva squisitamente cronologica. Tra le letture culturalmente informate della malattia mentale nel contesto della storia del pensiero cinese è doveroso citarne alcune che fanno riferimento a diverse concezioni sociali e in senso lato filosofiche. Tali convinzioni costituiscono ancor oggi la spina dorsale della sfaccettata configurazione etica e morale anche nel contesto contemporaneo e contribuiscono alla costruzione del concetto di normalità e di devianza.

L'idea di una cifra di ereditarietà della malattia mentale e della sua trasmissibilità attraverso il contatto fisico con il malato trova fondamento nella concezione spirituale che costituisce il culto dei defunti e degli antenati. In virtù di questo assetto culturale la malattia mentale può essere interpretata come conseguenza di un atto contro la norma compiuto da un parente o da un avo del malato. Sino agli anni '80 si attesta nelle zone rurali della Repubblica Popolare Cinese il costume sociale in ottemperanza del quale risulta sconveniente o controproducente unirsi in vincolo matrimoniale con individui la cui famiglia rechi nella propria storia medica episodi di malattia mentale (Lin, Lin 1980, p.390). La dottrina religiosa buddhista non presenta un'interpretazione meno invalidante per l'individuo della malattia mentale. Il sistema della retribuzione dei peccati alla base della determinazione delle possibili modalità di rinascita dell'uomo all'interno del ciclo che si può concludere unicamente il seguito al raggiungimento dell'illuminazione. La malattia mentale in questo caso rappresenterebbe un contrappasso attribuito nella vita 'presente' al malato alla luce di una condotta criminosa o contro natura mantenuta in una delle rinascite precedenti. Nel caso specifico il disturbo assume una forma 'personale' di punizione che si riflette nella dimensione morale e spirituale individuale del soggetto (Ng 1990, pp. 51). Come già ho potuto segnalare nel primo capitolo di questa tesi, la stessa medicina tradizionale cinese determinava una connotazione morale della malattia mentale nel caso in cui uno stile di vita dissennato da parte del paziente facesse in modo che questi si trovasse più facilmente in contatto con agenti patogeni esterni sotto forma di emanazioni malevole di energia *qi*. Tali convinzioni costituiscono ancor oggi la spina dorsale della sfaccettata configurazione etica e morale anche nel contesto contemporaneo e contribuiscono alla costruzione del concetto di 'normalità' e di 'devianza' (Veith 1972, p. 49).

Di conseguenza, in tempi più recenti la produzione di discorsi sulla malattia mentale non ha contribuito a migliorare l'assetto di accezioni e caratterizzazioni attribuite all'individuo. Forme particolari di psicosi e di devianza comportamentale, durante il periodo della Rivoluzione Culturale, ricevevano una lettura politicamente informata. Tale tipo di interpretazione non concorreva al miglioramento delle condizioni né sociali né mediche della persona e anzi ne pregiudicava l'auspicabile somministrazione di cure e il reinserimento nel contesto dal quale era stato enucleato. L'attaccamento a oggetti fisici e il rifiuto di separarsene o la distruzione degli stessi in seguito ad episodi specifici di malattia mentale venivano considerati come una forma estremizzata di tentativo di contravvenire a un tipo di concezione politica che prevedeva la regolamentazione della vita anche nei suoi aspetti più minuti e materiali (Bonfantini, Macciò 1974, pp. 86-91). In linea più generale, la malattia mentale durante il decennio 1966-1976 venne caratterizzata con una forte connotazione politica. Come altre cifre comportamentali ascritte al campo semantico della devianza, la malattia mentale venne definita come una forma di errore ideologico nel quale l'individuo poteva incorrere sotto l'influsso di idee generate da un pensiero di tipo revisionistico o borghese (Yang 1976, pp. 213-214; Jia 1977, p. 216-218; Munro 2000, p. 32). La stessa struttura deputata alla presa in cura del paziente, l'ospedale psichiatrico, e il personale medico che vi operava furono oggetto di una forma differente di stigmatizzazione (Phillips 1998, p. 2).

Nel periodo successivo alle riforme del 1978 si assiste a un cambio di paradigma: la tendenza alla stigmatizzazione della malattia mentale viene fortificata attraverso la produzione di discorsi e la costituzione di un determinato apparato di idee. Le cause di tale processo possono essere riassunte in due tipi di problematica.

In prima istanza la rinnovata istituzione del funzionamento sia delle strutture di cura sia dei centri di studio clinico delle malattie mentali hanno creato un 'vuoto scientifico' che è stato colmato solamente in tempi relativamente recenti. Gli studenti di medicina si sono visti attribuire per scelta coatta la specializzazione in campo psichiatrico, non offrendo essa prospettive retributive particolarmente attraenti. Tale tendenza ha costituito i presupposti, soprattutto nella prima metà degli anni '80, per la produzione di convinzioni basate su pregiudizi non scientifici diffusi drammaticamente anche tra il personale medico e ospedaliero. Sulla base di questo tipo di preparazione teorica e pratica inerente le problematiche scientifiche poste dallo studio della malattia mentale una serie di pregiudizi hanno potuto attecchire senza particolari ostacoli dalla prima metà degli anni '80 in poi (Phillips 1998, p. 19).

La mancanza di una struttura teorica forte alla base della sensibilizzazione sociale riguardante la salute e la malattia mentale ha permesso la produzione di una serie di nuovi discorsi che hanno corroborato ulteriormente il processo di stigmatizzazione dell'individuo affetto da disturbi psichiatrici senza riuscire a invalidare convinzioni e teorie culturalmente formate. Tra le convinzioni erronee prodotte dalla cattiva informazione o dall'assenza della stessa riguardanti il malato di mente, è possibile menzionare, oltre al sopracitato supposto fattore di contagio, l'idea che tale individuo possa essere automaticamente considerabile come violento e quindi pericoloso per la propria incolumità; che esso si trovi nella propria condizione a seguito di una condotta immorale propria o del proprio nucleo familiare; che sia portatore di un marchio di 'cattiva sorte' tanto forte da influenzare non solamente il proprio destino ma da poter avere delle ricadute negative anche su quello di chi lo circonda (Phillips 1998, p. 10).

Il risultato finale del processo di stigmatizzazione basato sulla diagnosi medica positiva di una malattia mentale culmina nel processo di attribuzione dello status di *feiren* 非人, letteralmente ‘non-persona’ (Guo, Kleinman 2011, pp. 237-238). Lo stigma viene accompagnato da un generale processo di delegittimazione della persona che la priva di qualsiasi possibilità di appello nel contesto sia sociale in senso ampio sia più specificatamente politico, legale e giudiziario. Trattandosi del risultato di una analisi definita come scientifica, la diagnosi psichiatrica viene percepita come ‘naturalmente vera’. Il suo utilizzo pretestuoso in ambito giudiziario e nei processi di mantenimento della sicurezza sociale è servito anche nel contesto della Cina contemporanea alla costituzione di un dispositivo efficace di legittimazione di azioni e prese di posizione altrimenti difficilmente giustificabili. A titolo di esempio propongo ora due casi di abuso di potere psichiatrico. Il primo episodio tratta di un tentativo di estorsione eseguito attraverso la pratica del ricovero coatto; nel secondo esempio riportato si rende invece chiara la modalità di ricorso al potere psichiatrico da parte dell’ autorità nel contesto della risoluzione di disordine sociale.

Il giorno 20 dicembre 2005, riporta il quotidiano di Guanzhou *Yancheng Evening News*, il proprietario di quattro industrie chimiche He Jinrong è stato costretto al ricovero coatto da parte della moglie presso la struttura dell’ ospedale psichiatrico Guangzhou Naoke Yiyuan 广州脑科医院 (Guangzhou Brain Hospital). Nonostante le dichiarazioni sul proprio stato di salute, He Jinrong non sarebbe stato dimesso dalla struttura se non in seguito alla firma di un documento in cui autorizzava il trasferimento dei propri beni in favore della coniuge. A causa del suo rifiuto di sottostare a queste condizioni, l’ industriale fu costretto a trascorrere un mese

all'interno della struttura e soltanto il 20 gennaio 2006 è stato rilasciato sotto la tutela del fratello maggiore (Wang 2009).

Il giorno 8 dicembre 2008 il quotidiano *Beijing News* ha pubblicato un rapporto su fatti accaduti nella cittadina di Xintai, nella provincia dello Shandong, Cina nord-orientale. Almeno diciotto agricoltori intenzionati a spostarsi dalla provincia verso la capitale per rendere pubbliche le proprie istanze sono stati fermati e rinchiusi nella struttura dell'ospedale psichiatrico della città. Questi cittadini avevano promosso una petizione inerente a un caso cattiva gestione di un giacimento di carbone adiacente ai terreni dedicati all'attività agricola. L'inquinamento delle falde acquifere e lo smottamento dei terreni aveva reso impossibile l'attività lavorativa degli agricoltori e una politica di risarcimento poco efficace li ha spinti a unirsi nell'organizzazione di attività di protesta che erano culminate nella preparazione di una petizione, nella raccolta di firme e nel conseguente maturamento dell'intento di portare la documentazione alla sede del Governo Centrale della capitale. Per impedire agli agricoltori di perseguire i propri scopi sono state prodotte delle diagnosi psichiatriche che hanno legittimato il loro fermo altrimenti non formalizzabile da parte delle forze dell'ordine cittadine. Le vittime, rilasciate in seguito alla firma di una dichiarazione riguardante l'invalidità delle motivazioni della propria protesta, hanno denunciato percosse e somministrazione di psicofarmaci durante il periodo di permanenza all'interno della struttura ai fini di ottenere la sottoscrizione del documento (Jacobs 2008; Mu 2008).

Per comprendere il contesto legale nel quale si sono svolti incidenti riguardanti un utilizzo non deontologico della perizia psichiatrica propongo di seguito l'analisi degli articoli contenuti all'interno dei *Principi generali di diritto civile* e del *Codice penale* della Repubblica Popolare Cinese. Tali articoli possono essere utili a delineare il contesto amministrativo e legale in cui questo genere di episodi hanno avuto luogo.

3.2 La normativa legale sull'individuo affetto da malattia mentale I: le leggi dal 1979 al 1986

Nella presente sezione di questo capitolo propongo l'analisi di alcuni articoli contenuti nel codice dei *Principi generali di diritto civile della Repubblica Popolare Cinese*, stilato dal Governo Centrale della Repubblica Popolare Cinese e pubblicato nella sua prima stesura il 12 aprile 1986 e nel *Codice penale della Repubblica Popolare Cinese*, prodotto dal Ministero di Pubblica Sicurezza della Repubblica Popolare Cinese e pubblicato il primo luglio 1979. L'analisi di tali articoli è funzionale alla ricerca sulla tipologia di discorso che è stato prodotto dalle autorità riguardo l'individuo affetto da malattie mentali e la sua collocazione all'interno di un contesto di legislatura civile e penale. Tale tipo di contestualizzazione si rivela funzionale alla successiva analisi della legge sulla malattia mentale, alla quale verrà dato più ampio spazio nella sezione ad essa dedicata all'interno di questo lavoro, nel tentativo di determinare il contesto discorsivo descritto.

3.2.1 *Principi generali di diritto civile della Repubblica Popolare Cinese*

All'interno dei *Principi generali di diritto civile della Repubblica Popolare Cinese* sono contenute, nel secondo capitolo, alcune indicazioni interessanti riguardanti lo status del cittadino, *gongmin* 公民, inteso come persona fisica, ovvero *ziran ren* 自然人 (letteralmente «persona naturale»). Nello specifico è mia intenzione analizzare quale sia la definizione del cittadino qualora venga ad esso attribuito lo status di «malato di mente» e come questi sia messo nelle condizioni di agire all'interno del proprio

contesto sociale. Proporrò di seguito alcuni articoli tratti dal codice nella loro versione in lingua originale con una proposta di traduzione.⁴

第二章 - 公民（自然人）

Capitolo 2 – Il cittadino (persona fisica)

第一节 民事权利能力和民事行为能力

Prima sezione – Capacità giuridica sui diritti civili e capacità giuridica sulla condotta civile

[...]

第十三条 - 不能辨认自己行为的精神病人是无民事行为能力人，由他的法定代理人代理民事活动。

不能完全辨认自己行为的精神病人是限制民事行为能力人，可以进行与他的精神健康状况相适应的民事活动；其他民事活动由他的法定代理人代理，或者征得他的法定代理人的同意。

Articolo 13 - Una persona malata di mente non in grado di discernere riguardo la propria condotta civile verrà considerata come persona priva di capacità giuridica sulla condotta civile e in virtù di ciò sarà rappresentata in sede di istanza civile da un suo rappresentante legale *ad litem*.

Una persona malata di mente in grado di discernere parzialmente riguardo la propria condotta civile sarà considerata come persona con parziali capacità giuridiche e potrà intraprendere attività civili in virtù del proprio stato di salute mentale; nel contesto delle altre attività civili sarà rappresentata da un suo rappresentante legale *ad litem*, ovvero vi parteciperà con il consenso del suo rappresentante legale *ad litem*.

⁴ Le citazioni testuali che seguiranno sono tratte da (Zhonghua Renmin Gongheguo Zhongyang Renmin Zhengfu 1986) mentre le traduzioni sono da intendersi ad opera mia, con una dovuta menzione al testo in lingua inglese presente in (Cavalieri, Sempi 2006a)

第十四条 - 无民事行为能力人、限制民事行为能力人的监护人是他的法定代理人。

Articolo 14 – Il responsabile della persona non in grado di discernere riguardo la propria condotta civile o della persona in grado di discernere parzialmente riguardo la propria condotta civile sarà considerato suo rappresentante legale *ad litem*.

Nella sezione proposta viene reso chiaro come venga definito lo status del cittadino malato di mente. La sua capacità di negoziare il proprio ruolo si determina sulla base della sua riconosciuta parziale o totale incapacità di essere responsabile per la propria condotta civile. Nella Seconda sezione del secondo capitolo dei *Principi generali di diritto civile della Repubblica Popolare Cinese* si stabilisce una regolamentazione esaustiva riguardante la nomina di un tutore legale - o responsabile: *jianhu* 监护 - e vengono enumerati i diritti e i doveri di tale figura. Il malato di mente, come è possibile constatare, necessita obbligatoriamente della figura del proprio responsabile a garanzia dell'esercizio dei propri diritti civili.

第二节 - 监护

Seconda sezione – Il responsabile

第十七条 - 无民事行为能力或者限制民事行为能力的精神病人，由下列人员担任监护人：

- (一) 配偶；
- (二) 父母；
- (三) 成年子女；
- (四) 其他近亲属；
- (五) 关系密切的其他亲属、朋友愿意承担监护责任，经精神病人的

所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会同意的。

对担任监护人有争议的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起诉讼的，由人民法院裁决。

没有第一款规定的监护人的，由精神病人的所在单位或者住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。

Articolo 17 – Saranno considerate come responsabile della persona non in grado di discernere riguardo la propria condotta civile o della persona in grado di discernere parzialmente riguardo la propria condotta civile le persone appartenenti alle seguenti categorie:

- 1) Il coniuge;
- 2) I genitori;
- 3) Un figlio adulto;
- 4) Un altro parente stretto;
- 5) Un altro parente o conoscente legato da un rapporto stretto (alla persona) che desideri essere riconosciuto come responsabile, previa approvazione dell'unità di appartenenza della persona malata di mente, ovvero del Comitato di quartiere, ovvero del Comitato di villaggio in cui la persona malata di mente risiede.

In caso di contenzioso riguardo il riconoscimento del ruolo di responsabile, sarà compito dell'unità di appartenenza della persona malata di mente, ovvero del Comitato di quartiere, ovvero del Comitato di villaggio in cui la persona malata di mente risiede nominare un responsabile tra i suoi parenti stretti. Nel caso in cui il contenzioso generi una causa legale, questo verrà appianato dalla Corte del Popolo.

Nel caso in cui nessuna delle persone menzionate nel primo paragrafo di questo articolo possa ricoprire il ruolo di responsabile, l'unità di appartenenza della persona malata di mente, ovvero il Comitato di quartiere, ovvero il Comitato di villaggio in cui la persona malata di mente risiede ricoprirà il ruolo di responsabile.

第十八条 - 监护人应当履行监护职责，保护被监护人的人身、财产及其他合法权益，除为被监护人的利益外，不得处理被监护人的财产。

监护人依法履行监护的权利，受法律保护。

监护人不履行监护职责或者侵害被监护人的合法权益的，应当承担责任；给被监护人造成财产损失的，应当赔偿损失。人民法院可以根据有关人员或者有关单位的申请，撤销监护人的资格。

Articolo 18 – Il responsabile deve provvedere al proprio dovere tutelando la salute fisica, i beni e i diritti civili della persona assistita. I beni della persona assistita non possono essere gestiti dal responsabile se non nella misura in cui questa operazione risulti a beneficio dell'assistito.

I diritti del responsabile ad adempiere al proprio ruolo in ottemperanza alla legge sono protetti a norma di legge.

Il responsabile che non riesca ad adempiere al proprio ruolo o che interferisca con i diritti civili o con gli interessi dell'assistito sarà tenuto a rispondere delle proprie inadempienze; Il responsabile che causi una perdita di proprietà ai danni del proprio assistito sarà tenuto a risarcire tale perdita. La Corte del Popolo può revocare al responsabile il riconoscimento del proprio ruolo su richiesta di un individuo o di una unità amministrativa che abbia una connessione con il caso.

第十九条 - 精神病人的利害关系人，可以向人民法院申请宣告精神病人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人。

被人民法院宣告为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，根据他健康恢复的状况，经本人或者利害关系人申请，人民法院可以宣告他为限制民事行为能力人或者完全民事行为能力人。

Articolo 19 – Una persona che condivide interessi con la persona malata di mente può rivolgersi alla Corte Popolare per richiedere una dichiarazione attestante l'incapacità della persona malata di mente di discernere riguardo la propria condotta civile o l'incapacità parziale di discernere parzialmente riguardo la propria condotta civile.

Qualora migliori lo stato di salute della persona precedentemente dichiarata incapace di discernere riguardo la propria condotta civile o capace di discernere parzialmente riguardo la propria condotta civile, su richiesta del diretto interessato o di una persona che abbia una connessione con il caso, la Corte Popolare può dichiarare la persona capace di discernere parzialmente riguardo la propria condotta civile o capace di discernere completamente riguardo la propria condotta civile.

La figura del responsabile viene dunque investita di doveri e soprattutto poteri particolarmente ampi per quanto riguarda la gestione dell'individuo malato di mente. La persona che ricopre tale ruolo ha il compito sancito a norma di legge di garantire lo stato fisico di salute dell'assistito ma al contempo ha la capacità di disporre dei beni materiali di quest'ultimo e, in ultima analisi, deve decidere come amministrare diversi aspetti della vita dell'individuo. Da un lato questo tipo di delega di potere può comportare un ammontare di oneri e responsabilità insostenibili da parte del responsabile⁵, dall'altro permette a istituzioni o enti a cui venga attribuita la custodia dell'individuo di indulgere deliberatamente in pratiche che ledono la libertà e i diritti civili riconosciuti al malato, dai maltrattamenti alla vendita dei pazienti come forza lavoro (Franceschini 2010).

3.2.2 Codice penale della Repubblica Popolare Cinese

In questa sezione propongo l'analisi di due articoli contenuti all'interno del *Codice penale della Repubblica Popolare Cinese*. Nel primo articolo del quale propongo il testo originale e la rispettiva traduzione in

⁵ Come ho potuto constatare in prima persona durante il periodo di ricerca sul campo, molti familiari di persone affette da disturbi psichiatrici si ritrovano nella posizione di dover provvedere direttamente alle spese per le cure e le terapie degli assistiti. Una posizione che ho potuto riscontrare frequentemente è quella di insoddisfazione nei confronti del sistema sanitario sia per quanto riguarda il sostegno offerto sia per ciò che concerne l'efficacia stessa delle terapie somministrate. Questo genere di considerazioni verranno affrontate più ampiamente nel quarto capitolo di questo lavoro.

lingua italiana⁶ viene fornita la definizione stessa di ciò che viene inteso come atto criminale. Il successivo articolo del quale propongo l'analisi mostra invece quali siano i provvedimenti da applicarsi nel caso in cui l'autore del crimine sia una persona definita come 'malata di mente', letteralmente *jingshenbing ren* 精神病人.

第二章 - 犯罪

Capitolo secondo – Il crimine

第一节 - 犯罪和刑事责任

Prima sezione - Crimine e responsabilità dell'atto criminale

第十三条 - 一切危害国家主权、领土完整和安全，分裂国家、颠覆人民民主专政的政权和推翻社会主义制度，破坏社会秩序和经济秩序，侵犯国有财产或者劳动群众集体所有的财产，侵犯公民私人所有的财产，侵犯公民的人身权利、民主权利和其他权利，以及其他危害社会的行为，依照法律应当受刑罚处罚的，都是犯罪，但是情节显著轻微危害不大的，不认为是犯罪。

Articolo 13 – Si definisce come crimine ogni atto che metta a repentaglio la sovranità, l'integrità territoriale e la sicurezza dello Stato; [ogni atto che] mini all'unità dello Stato e sovverta il potere politico della Dittatura del Popolo e del Sistema Socialista; [ogni atto che] violi l'ordine sociale ed economico; [ogni atto che] violi la proprietà dello Stato o la proprietà collettiva dei Lavoratori; [ogni atto che] violi la proprietà privata del cittadino; [ogni atto che] violi i diritti civili, democratici e di ogni altro genere del cittadino; ogni altro atto che mini all'integrità della società e che sia punibile a norma di legge. Ogni altro atto che sia manifestamente di minore importanza e dannosità non sarà definito come crimine.

⁶ Le citazioni testuali che seguiranno sono tratte da (Zhonghua Renmin Gongheguo Gong'an Bu, 1979) mentre le traduzioni sono da intendersi ad opera mia, con una dovuta menzione al testo in lingua inglese presente in (Cavalieri, Sempi 2006b)

[...]

第十八条 精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害结果，经法定程序鉴定确认的，不负刑事责任，但是应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗；在必要的时候，由政府强制医疗。

间歇性的精神病人在精神正常的时候犯罪，应当负刑事责任。

尚未完全丧失辨认或者控制自己行为能力的精神病人犯罪的，应当负刑事责任，但是可以从轻或者减轻处罚。

醉酒的人犯罪，应当负刑事责任。

Articolo 18 – Una persona malata di mente non sarà considerata responsabile del crimine se commette un atto che potrebbe avere conseguenze pericolose nel momento in cui non è in possesso delle proprie facoltà di discernimento ovvero non è in grado di controllare le proprie azioni e se tale stato viene certificato attraverso una analisi di medicina forense; tuttavia, i familiari o il responsabile della persona saranno tenuti a sorvegliare l'individuo e a provvedere alla somministrazione di cure mediche; se necessario, lo Stato potrà provvedere alla somministrazione obbligata di cure mediche.

Una persona che si trovi in una condizione di malattia mentale intermittente che commetta un crimine nel momento in cui sia considerata nel pieno delle proprie mentali sarà considerata responsabile del crimine.

Se una persona malata di mente parzialmente non in possesso delle proprie facoltà di discernimento ovvero non in grado di controllare le proprie azioni commette un crimine, essa sarà considerata responsabile del crimine, ma la pena sarà diminuita o mitigata.

Se una persona intossicata da sostanze alcoliche commette un crimine, essa sarà ritenuta responsabile del crimine.

Quanto espresso dagli articoli numero 13 e 18 del *Codice penale della Repubblica Popolare Cinese* si presta ad alcune considerazioni che ritengo importanti. Tra le varie tipologie di comportamento descritte nel primo

articolo preso in esame, un atto che mini alla sicurezza e alla sovranità dello Stato può essere ritenuto un comportamento di natura criminale e quindi perseguibile a norma di legge. Tuttavia, nel secondo articolo, si definisce il grado di responsabilità di un individuo nel momento in cui questi commetta un atto ritenuto pericoloso e si stabilisce quale tipo di provvedimento debba essere preso nel caso in cui egli venga considerato non responsabile delle proprie azioni in seguito a una perizia medica. Viene inoltre stabilito che in casi di necessità le autorità stesse possano comminare un regime di terapia adeguata alle condizioni della persona ritenuta malata di mente. Questo tipo di regolamentazioni hanno reso possibile un utilizzo non deontologico della diagnosi psichiatrica ai fini di ottenere l'invalidamento delle posizioni prese da cittadini nei confronti di questioni che riguardassero problematiche di amministrazione della cosa pubblica. Questo genere di fenomeno è stato reso noto nell'ultimo decennio, come è stato dimostrato precedentemente, oltre che da privati cittadini attraverso il medium di blog e forum (Franceschini 2010), anche dalla stampa ufficiale nazionale (Mu 2008).

Tale situazione ha reso necessaria la produzione di ulteriori regolamentazioni per quanto riguarda la gestione dal punto di vista legale delle problematiche riguardanti la tutela dei diritti delle persone affette da disagi di tipo psicologico e psichiatrico. È interessante notare come anche la stampa nazionale si sia espressa sulla questione alla vigilia della pubblicazione del disegno di legge prodotto allo scopo di fornire uno strumento legale dettagliato e funzionale alla garanzia dei diritti civili del malato di mente (Yin 2011).

3.3 La normativa legale sull'individuo affetto da malattia mentale II: *Legge della Repubblica Popolare Cinese sulla salute mentale*

La *Legge della Repubblica Popolare Cinese sulla salute mentale* è stata approvata dall'Assemblea Nazionale del Popolo della Repubblica Popolare cinese il giorno 26 ottobre 2014 (Chen, Phillips, Cheng 2012) e, come riportato nel testo stesso della legge, è entrata in vigore dal giorno 1 maggio 2013. Il testo della legge è ricco di spunti di riflessione riguardanti la produzione di discorsi sul malato di mente ed è un documento che può essere ritenuto interessante anche alla luce di una analisi prodotta tenendo conto delle peculiarità del pensiero alla base del movimento antipsichiatrico e della cornice teorica utilizzata per questo lavoro.

Allo scopo di presentare il materiale sul quale sono basate le considerazioni che seguiranno all'interno di questa tesi, proporrò di seguito una selezione di articoli tratti dal testo della legge e ne fornirò una traduzione⁷.

第一章 - 总则

Capitolo primo – Principi generali

第一条 - 为了发展精神卫生事业，规范精神卫生服务，维护精神障碍患者的合法权益，制定本法。

Articolo 1 – Questa legge è stabilita allo scopo di sviluppare il settore dell'igiene mentale, standardizzare il servizio di igiene mentale e garantire i legittimi diritti ed interessi della persona affetta da disturbi mentali.

第二条 - 在中华人民共和国境内开展维护和增进公民心理健康、预防和治疗精神障碍、促进精神障碍患者康复的活动，适用本法。

Articolo 2 – Questa legge si applica all'interno del territorio della Repubblica Popolare Cinese allo scopo di promuovere attività finalizzate a garantire e promuovere il benessere psicologico dei cittadini, la prevenzione e il

⁷ Il testo in lingua cinese citato di seguito è tratto da (Zhonghua Renmin Gongheguo Zhongyang Renmin Zhengfu 2012), mentre la traduzione è da intendersi ad opera mia con una dovuta menzione alla traduzione in lingua inglese proposta da (Chen, Phillips, Cheng 2012).

trattamento dei disturbi mentali e a promuovere la riabilitazione della persona affetta da disturbi mentali.

第三条 - 精神卫生工作实行预防为主方针，坚持预防、治疗和康复相结合的原则。

Articolo 3 – Il lavoro sulla salute mentale, basato sul concetto di prevenzione come principio più importante, dovrà essere svolto nell’ottica di integrare il momento della prevenzione, del trattamento e della riabilitazione.

第二章 - 心理健康促进和精神障碍预防

Capitolo secondo – Promozione del benessere psicologico e prevenzione del disturbo mentale

第二十一条 - 家庭成员之间应当相互关爱，创造良好、和睦的家庭环境，提高精神障碍预防意识；发现家庭成员可能患有精神障碍的，应当帮助其及时就诊，照顾其生活，做好看护管理。

Articolo 21 – Si dovrà costituire all’interno del nucleo familiare un ambiente salubre ed armonioso e si dovrà promuovere la consapevolezza riguardo la prevenzione dei disturbi mentali. Se si verificasse l’eventualità in cui un membro del nucleo familiare sviluppi un disturbo mentale, gli altri membri della famiglia dovranno assicurarsi che questo riceva adeguate cure mediche, provvedere alle sue necessità ed assumersi la responsabilità riguardante il suo accudimento.

第三章 - 精神障碍的诊断和治疗

Capitolo terzo – Diagnosi e terapia del disturbo mentale

第二十七条 - 精神障碍的诊断应当以精神健康状况为依据。

除法律另有规定外，不得违背本人意志进行确定其是否患有精神障碍的医学检查。

Articolo 27 – La diagnosi di disturbo mentale si dovrà basare sulle effettive condizioni di salute mentale dell'individuo. Fatta eccezione per quanto diversamente stabilito a norma di legge, non è possibile sottoporre a una diagnosi di tipo psichiatrico un individuo contro la sua volontà.

第二十八条 - 除个人自行到医疗机构进行精神障碍诊断外，疑似精神障碍患者的近亲属可以将其送往医疗机构进行精神障碍诊断。对查找不到近亲属的流浪乞讨疑似精神障碍患者，由当地民政等有关部门按照职责分工，帮助送往医疗机构进行精神障碍诊断。

疑似精神障碍患者发生伤害自身、危害他人安全的行为，或者有伤害自身、危害他人安全的危险的，其近亲属、所在单位、当地公安机关应当立即采取措施予以制止，并将其送往医疗机构进行精神障碍诊断。

医疗机构接到送诊的疑似精神障碍患者，不得拒绝为其作出诊断。

Articolo 28 – Oltre a recarsi di propria iniziativa presso una struttura sanitaria al fine di ottenere una diagnosi psichiatrica, le persone con un sospetto disturbo mentale possono essere accompagnate presso la struttura medica da un membro del nucleo familiare ai fini di ottenere una diagnosi psichiatrica. Nel caso in cui la persona con un sospetto disturbo mentale sia un senzatetto o un mendicante del quale non sia reperibile un componente del nucleo familiare, sarà compito del distacco locale del Dipartimento degli Affari Civili o un altro Dipartimento si assumeranno la propria responsabilità nell'assicurare che la persona sia accompagnata presso una struttura medica al fine di ricevere una diagnosi psichiatrica.

Se la persona con un sospetto disturbo mentale ferisce se stesso o un'altra persona oppure mette a repentaglio la propria o altrui sicurezza, un rappresentante dei componenti del nucleo familiare, dell'unità amministrativa di residenza o delle forze dell'ordine locale dovrà immediatamente provvedere ad accompagnare la persona presso una struttura sanitaria al fine di ottenere una diagnosi psichiatrica.

La struttura che accoglierà la persona con un sospetto disturbo mentale non potrà rifiutarsi di produrre una diagnosi psichiatrica.

第三十条 精神障碍的住院治疗实行自愿原则。

诊断结论、病情评估表明，就诊者为严重精神障碍患者并有下列情形之一的，应当对其实施住院治疗：

- (一) 已经发生伤害自身的行为，或者有伤害自身的危险的；
- (二) 已经发生危害他人安全的行为，或者有危害他人安全的危险的。

Articolo 30 – L’ospedalizzazione ai fini di diagnosi e trattamento del disturbo mentale deve avvenire su base volontaria.

L’ospedalizzazione, in seguito a una diagnosi di disturbo mentale grave e sulla base delle effettive condizioni della persona, può essere imposta se la persona affetta da disturbo mentale rientra nelle seguenti categorie:

- 1) La persona ha già ferito se stessa o dimostra di poter rappresentare nell’immediato un pericolo per la propria incolumità;
- 2) La persona ha già ferito un altro individuo o dimostra di poter rappresentare nell’immediato un pericolo per l’altrui incolumità.

第四章 - 精神障碍的康复

Capitolo quarto – Riabilitazione del disturbo mentale

第五十六条 - 村民委员会、居民委员会应当为生活困难的精神障碍患者家庭提供帮助，并向所在地乡镇人民政府或者街道办事处以及县级人民政府有关部门反映患者及其家庭的情况和要求，帮助其解决实际困难，为患者融入社会创造条件。

Articolo 56 – I Comitati di villaggio e i Comitati di vicinato, con lo scopo di offrire il proprio aiuto al nucleo familiare della persona affetta da disturbi mentali nell’affrontare difficoltà di carattere economico e al contempo creare i

presupposti per il reinserimento della persona affetta da disturbi mentali nella società, dovranno fare rapporto alla sede locale del Governo, al Distretto Urbano, al Distretto di Contea o agli altri Distretti competenti in materia rendendo presenti le difficoltà di carattere pratico della persona affetta da disturbi mentali e del suo nucleo familiare e le richieste degli stessi.

第五章 - 保障措施

Capitolo Quinto – Misure necessarie per l'applicazione della legge

第六十三条 - 国家加强基层精神卫生服务体系建设，扶持贫困地区、边远地区的精神卫生工作，保障城市社区、农村基层精神卫生工作所需经费。

Articolo 63 – Lo Stato potenzierà lo sviluppo della rete di servizi inerenti alla salute mentale di base, promuoverà il lavoro sulla salute mentale nelle zone economicamente svantaggiate e distanti dai centri urbani e garantirà l'elargizione di fondi per lo sviluppo del lavoro sulla salute mentale sia nelle aree urbane, sia nelle aree rurali.

第六十八条 - 县级以上人民政府卫生行政部门应当组织医疗机构为严重精神障碍患者免费提供基本公共卫生服务。

精神障碍患者的医疗费用按照国家有关社会保险的规定由基本医疗保险基金支付。医疗保险经办机构应当按照国家有关规定将精神障碍患者纳入城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或者新型农村合作医疗的保障范围。县级人民政府应当按照国家有关规定对家庭经济困难的严重精神障碍患者参加基本医疗保险给予资助。人力资源社会保障、卫生、民政、财政等部门应当加强协调，简化程序，实现属于基本医疗保险基金支付的医疗费用由医疗机构与医疗保险经办机构直接结算。

精神障碍患者通过基本医疗保险支付医疗费用后仍有困难，或者不能通过基本医疗保险支付医疗费用的，民政部门应当优先给予医疗救助。

Articolo 68 – I Dipartimenti Amministrativi Sanitari di Contea e di livello superiore dovranno garantire la presenza di strutture mediche allo scopo di offrire assistenza medica gratuita alle persone affette da gravi disturbi mentali.

Le spese mediche riguardanti la persona affetta da disturbi mentali verranno sostenute utilizzando i fondi per le spese mediche di base come stabilito dalle regolamentazioni nazionali pertinenti concernenti la previdenza sociale. Come stabilito dalle regolamentazioni nazionali pertinenti le compagnie assicurative accetteranno l'iscrizione di persone affette da disturbi mentali nel sistema di base di assicurazione medica previsto per i lavoratori urbani, nel sistema di base di assicurazione medica previsto per i residenti urbani o nel nuovo sistema medico cooperativo previsto per le zone rurali. In ottemperanza alle regolamentazioni nazionali pertinenti, le sedi di Governo di Contea o equivalenti offriranno assistenza finanziaria per permettere che i nuclei familiari di persone affette da gravi disturbi mentali in difficoltà economiche possano iscriversi al sistema assicurativo sanitario di base. I Dipartimenti delle Risorse Umane, della Previdenza Sociale, degli Affari Civili, della Finanza e gli altri Dipartimenti Amministrativi promuoveranno la collaborazione interdipartimentale e semplificheranno le procedure amministrative per garantire che le modalità di pagamento per le spese mediche di base sia stipulata tra le strutture mediche e le compagnie assicurative mediche.

I Dipartimenti del Ministero degli Affari Civili provvederanno a fornire l'assistenza necessaria alle persone affette da disturbi mentali qualora queste si trovassero in difficoltà finanziarie in seguito alla copertura delle spese mediche da parte dell'assicurazione sanitaria di base o non potessero pagare le proprie spese mediche avvalendosi dell'assicurazione sanitaria di base.

第六章 - 法律责任

Capitolo sesto – Responsabilità legali

第七十五条 - 医疗机构及其工作人员有下列行为之一的，由县级以上人民政府卫生行政部门责令改正，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予或者责令给予降低岗位等级或者撤职的处分；对有关医务人

员，暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，给予或者责令给予开除的处分，并吊销有关医务人员的执业证书：

- （一）违反本法规定实施约束、隔离等保护性医疗措施的；
- （二）违反本法规定，强迫精神障碍患者劳动的；
- （三）违反本法规定对精神障碍患者实施外科手术或者实验性临床医疗的；
- （四）违反本法规定，侵害精神障碍患者的通讯和会见探访者等权利的；
- （五）违反精神障碍诊断标准，将非精神障碍患者诊断为精神障碍患者的。

Articolo 75 – Qualora una struttura medica o il personale medico di data struttura dovesse commettere una delle violazioni di seguito indicate, il Dipartimento Amministrativo della Salute del Governo a livello di contea o superiore richiederà un chiarimento sulla situazione, somministrerà sanzioni disciplinari a norma di legge ai membri del personale medico direttamente responsabili attraverso una riduzione dello stipendio o applicherà le procedure per una retrocessione di ruolo. I privilegi associati all'esercizio della professione medica del personale direttamente responsabile verranno sospesi per un periodo di tempo che varierà dai sei mesi all'anno. Se la situazione risultasse essere grave, il personale medico direttamente responsabile verrà allontanato dalla struttura e ad esso verranno revocate le licenze professionali.

- 1) Violazione delle regolamentazioni previste dalla legge attraverso l'utilizzo non regolamentato di dispositivi di contenzione, isolamento e altre misure di protezione medica;
- 2) Violazione delle regolamentazioni previste dalla legge attraverso la costrizione forzata al lavoro nei confronti di persone affette da disturbi mentali;
- 3) Violazione delle regolamentazioni previste dalla legge attraverso la somministrazione alla persona affetta da disturbi mentali di interventi chirurgici o di terapie cliniche a scopo sperimentale;

- 4) Violazione delle regolamentazioni previste dalla legge attraverso la violazione dei diritti della persona affetta da disturbi mentali impedendo ad essa di comunicare con l'esterno e ricevere visite;
- 5) Violazione dei criteri diagnostici psichiatrici attraverso la diagnosi di disturbo mentale nei confronti di una persona non affetta da disturbi mentali.

第七十八条 - 违反本法规定，有下列情形之一，给精神障碍患者或者其他公民造成人身、财产或者其他损害的，依法承担赔偿责任：

（一）将非精神障碍患者故意作为精神障碍患者送入医疗机构治疗的；

（二）精神障碍患者的监护人遗弃患者，或者有不履行监护职责的其他情形的；

（三）歧视、侮辱、虐待精神障碍患者，侵害患者的人格尊严、人身安全的；

（四）非法限制精神障碍患者人身自由的；

（五）其他侵害精神障碍患者合法权益的情形。

Articolo 78 – Nel caso in cui una delle violazioni alla legge di seguito indicate abbia come risultato danni fisici, pecuniari o di altra natura che interessino la persona affetta da disturbi mentali o ad altri cittadini, le persone fisiche o le istituzioni ritenute direttamente responsabili saranno tenute ad emettere un risarcimento secondo le modalità previste dalla legge:

- 1) Trattamento della persona non affetta da disturbi mentali come se lo fosse e internamento di questa all'interno di una struttura medica;
- 2) Abbandono della persona affetta da disturbi mentali da parte del responsabile di detta persona o mancato adempimento ai doveri di responsabile in altre situazioni;
- 3) Violazione dei diritti umani o messa a repentaglio dell'incolumità della persona affetta da disturbi mentali attraverso stigmatizzazione, umiliazione e abusi nei confronti della stessa;

- 4) Restrizione illegale della libertà personale della persona affetta da disturbi mentali;
- 5) Qualsiasi altra situazione in cui si verifichi la violazione dei diritti legali e degli interessi della persona affetta da disturbi mentali.

第七章 - 附则

Capitolo settimo – Articoli supplementari

第八十三条 - 本法所称精神障碍，是指由各种原因引起的感知、情感和思维等精神活动的紊乱或者异常，导致患者明显的心理痛苦或者社会适应等功能损害。

本法所称严重精神障碍，是指疾病症状严重，导致患者社会适应等功能严重损害、对自身健康状况或者客观现实不能完整认识，或者不能处理自身事务的精神障碍。

本法所称精神障碍患者的监护人，是指依照民法通则的有关规定可以担任监护人的人。

Articolo 83 – La condizione definita in questa legge come disagio mentale è il risultato di una varietà di cause che possono dipendere da una disfunzione o da un funzionamento non nella norma delle facoltà percettive, dello stato emotivo o della capacità di discernimento, e che può portare la persona che ne è affetta a sofferenza psicologica, a difficoltà a di adattamento al contesto sociale o ad altri tipi di processi invalidanti.

La condizione definita in questa legge come disagio mentale grave è una condizione causata da una sintomatologia grave che porta la persona che ne soffre a sperimentare difficoltà gravi di adattamento al contesto sociale, a non essere in grado di discernere oggettivamente sul proprio stato di salute e a non poter perseguire i propri interessi.

Gli individui definiti in questa legge come responsabili della persona affetta da disagio mentale sono persone che possono assumere questo ruolo

in ottemperanza dei regolamenti pertinenti contenuti nei *Principi generali di diritto civile*.

3.4 Prospettive future sulla gestione della malattia mentale tra produzione di discorsi e istanze problematiche

Il contenuto degli 85 articoli che formano la nuova *Legge della Repubblica Popolare Cinese sulla salute mentale* rappresenta indubbiamente un deciso passo avanti per ciò che riguarda la produzione di discorsi sulla malattia mentale in Cina e sulla proposta di attuazione di politiche di sostegno nei confronti dei cittadini affetti da disturbi psichiatrici.

In Cina gli ultimi rilevamenti epidemiologici riguardanti le malattie mentali sono stati eseguiti nel 1982 e nel 1993 (Cooper, Sartorius 1996, pp. 2-4) e pochi mesi in seguito alla pubblicazione del testo della legge il rapporto tra malati di mente e medici psichiatri, stabilito su rilevazioni parziali, è attestato a 175 milioni di malati (di cui 158 non hanno ricevuto cure mediche) contro 20.000 operatori sanitari. (Xiang, Yu, Sartorius 2012). Le disposizioni contenute all'interno del testo si potrebbero dunque rivelare utili anche da un punto di vista pratico, oltre che teorico e di costruzione di significato attraverso la pratica discorsiva.

Analizzando la scelta lessicale applicata nel testo della legge notiamo come per fare riferimento al concetto di disturbo mentale, precedentemente indicato nei testi ufficiali con il termine *jingshenbing* 精神病, viene utilizzato il termine *jingzhen zhang'ai* 精神障碍, semanticamente meno diretto e duro. Lo stesso trattamento linguistico viene riservato alla «persona affetta da disturbi mentali» che viene definita come *jingshen*

zhang'a huanzhe 精神障碍患者 e non più con il più sintetico termine *jingshenbing ren* 精神病人. La tendenza all'utilizzo di un lessico meno invalidante per la definizione del ruolo della persona all'interno della letteratura giuridica e più generalmente dell'ambiente medico/ospedaliero ha avuto nel tempo una influenza positiva anche nell'utilizzo di termini meno classificanti nel contesto dei centri di riabilitazione o dei centri di salute mentale. Durante il periodo della mia ricerca sul campo ho potuto constatare come si tenti di sostituire i termini *bingren* 病人, *huanzhe* 患者 oppure *binghao* 病号, tutti sinonimi che definiscono il 'paziente', con il più neutrale *yonghu* 用户, 'utente'. L'utilizzo di una definizione neutrale della persona che si trova a vario titolo all'interno di una struttura psichiatrica può portare a un esito positivo nel tentativo di non conferire accezioni negative o invalidanti a uno status di per sé difficile da gestire da parte dell'individuo e dei congiunti in un generale contesto caratterizzato da processi di stigmatizzazione e isolamento sociale.

Una apporto della legge al processo di miglioramento dello studio clinico e dell'intervento della malattia mentale è la normalizzazione dell'istituzione di strutture adatte alla presa in cura degli individui affetti da malattie mentali e della gratuità delle cure psichiatriche. Una delle problematiche più diffuse all'interno dell'istituzione del sistema sanitario psichiatrico nel territorio della Repubblica Popolare Cinese è stata ingenerata in seguito alla parziale privatizzazione degli istituti ospedalieri e all'istituzione di un sistema di previdenza assicurativa sanitaria invalidante per la porzione a reddito più basso della popolazione, fosse essa residente o meno nelle aree urbane o rurali (Brombal 2014, pp. 99-102). La difficoltà o l'impossibilità di affrontare spese mediche ingenti e di non potere sottoscrivere una assicurazione medica da parte di una grossa fetta della popolazione in combinazione alla costruzione sociale discorsiva prodotta

sul concetto di malattia mentale hanno costituito la base per il delle condizioni sia economiche sia sociali del malato di mente e del suo nucleo familiare (Phillips 1998, pp. 20-21). Nel testo della legge viene stabilito a chiare lettere che l'assistenza medica psichiatrica deve essere equiparata all'assistenza medica di base, con tutto ciò che ne consegue anche dal punto di vista burocratico ed economico.

Sul fronte degli abusi politici e dell'uso strumentale della diagnosi psichiatrica al perseguimento di scopi differenti dalla terapia medica, la *Legge della Repubblica Popolare Cinese sulla salute mentale* stabilisce norme precise e sanzioni nei confronti sia del personale medico inadempiente o connivente sia di altri attori sociali fisici o istituzionali. Viene inoltre determinata l'impossibilità di ricorrere a strumenti di contenzione o di altro tipo che violino la dignità e i diritti fondamentali della persona. Cosa ancora più importante, viene condannata anche la produzione di discorsi invalidanti a livello sociale nei confronti degli individui colpiti da disturbi di tipo psichiatrico. Le pratiche di discriminazione, *qishi* 歧视, umiliazione, *wuru* 侮辱 e maltrattamento *nüedai* 虐待 sono messe al bando e sanzionate a norma di legge.

La connotazione stessa della malattia mentale e della malattia mentale grave che nel terzultimo articolo della legge viene fornita permette di intuire la volontà di assumere una posizione propositiva e informata dal punto di vista della difficoltà individuale e sociale che questo tipo di disturbo può comportare. Tale stato di malattia viene descritto non soltanto nella sua natura squisitamente sintomatica ma ne viene fornita una accezione anche civile e sociale, sottolineando le difficoltà di adattamento che tale stato dell'essere può comportare.

La produzione e l'applicazione di una legge che presenta una struttura normativa forte rappresenta indubbiamente un progresso notevole nel superamento di idiosincrasie e contraddizioni manifeste. Sia per quanto riguarda l'aspetto delle problematiche legate alla costruzione dell'identità dell'individuo affetto da malattia mentale, sia dal punto di vista pragmatico, economico e sociale nell'affrontare l'emergenza che la malattia mentale rappresenta nella società cinese contemporanea, la *Legge della Repubblica Popolare Cinese sulla salute mentale* è considerabile come un importante traguardo nel processo di normalizzazione delle pratiche mediche, amministrative e legali che ruotano attorno al rinnovato «problema» posto in essere dalla follia (Nesossi 2013). Non è possibile tuttavia ritenere che le problematiche legate sia ai processi di stigmatizzazione della malattia mentale sia all'utilizzo non etico e deontologico del potere psichiatrico possano essere risolte in un periodo di tempo breve e senza particolari difficoltà. All'interno delle strutture sanitarie sono ancora ospitati molte persone che a vario titolo hanno intrapreso azioni di protesta o di dissidenza politica nei confronti dell'ordinamento statale della Repubblica Popolare Cinese (Nylander 2014).

È tuttavia possibile constatare che, anche negli anni precedenti all'entrata in vigore della legge, alcuni miglioramenti nelle condizioni di vita di una buona parte della popolazione affetta da disturbi psichiatrici sono stati apportati (Kleinman 2011, p.21). L'analisi di un'entità vasta e complessa come quella del sistema sanitario della Repubblica Popolare Cinese non può basarsi soltanto sulla disamina di articoli legali e documentazione medica di studi epidemiologici. Tale lavoro va affrontato anche attraverso lo studio sul campo di situazioni particolari e specifiche, nell'ottica di produrre un contributo più specifico su un aspetto particolare di una situazione dalle sfaccettature potenzialmente infinite.

Capitolo 4

Una rivoluzione silenziosa? Nuovi tipi di discorso e nuove pratiche di prevenzione e di assistenza psichiatrica nella Cina contemporanea

In questo capitolo mi occuperò principalmente di descrivere alcune delle realtà presenti oggi nel territorio della Repubblica Popolare Cinese e più specificatamente nella municipalità di Pechino. Le osservazioni e i dati riportati di seguito sono stati ottenuti durante un periodo di una ricerca sul campo durato dalla seconda metà del 2010 alla prima metà 2012. Tale ricerca si basa principalmente sull'attività di osservazione partecipante¹ nel contesto di differenti strutture mediche e sulla conduzione di interviste semi-strutturate finalizzate alla produzione di una analisi qualitativa delle risposte ottenute.

Ho avuto la possibilità di condurre questo tipo di indagine grazie alla collaborazione di associazioni, enti pubblici, Aziende e Unità Locali Socio Sanitarie italiane e di sedi specifiche distretti sanitari della città di Pechino. Ognuna di queste entità riceverà un'adeguata descrizione nei prossimi paragrafi di questa sezione del mio lavoro. Sempre in questo contesto verrà esplicitata la motivazione per la quale ho ritenuto necessario includere nel novero delle fonti e degli informatori anche personale medico proveniente da ASL e USL presenti sul territorio italiano e più specificatamente dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento e dell'Unità Locale Socio Sanitaria di Feltre, in provincia di Belluno.

¹ La teorizzazione della necessità dell'osservazione partecipante nel contesto di un lavoro di produzione di conoscenze di carattere etnografico o antropologico va attribuita alla figura di Bronislaw Malinowski. Nel contesto teorico contemporaneo l'osservazione partecipata viene definita come una «*conditio sine qua non*» nel contesto della ricerca che può essere descritta come «una tecnica che richiede al ricercatore una prolungata compresenza con l'oggetto di studio prescelto e una partecipazione alla vita sociale che lo caratterizza» (Semi 2006, p.7).

L'insieme dei dati raccolti in questi due anni di ricerca si rivela utile allo scopo di fornire una descrizione di alcuni progetti di aggiornamento, miglioramento e ampliamento delle opzioni terapeutiche offerte dal servizio medico sanitario all'individuo affetto da disturbi mentali e ai suoi responsabili, ruolo ancor oggi attribuito nella maggior parte dei casi presi in esame ai familiari del malato.

Per definire questo genere di sperimentazione medica e sociale ho deciso di utilizzare il termine 'rivoluzione silenziosa'. Tale scelta lessicale è stata dettata dal fatto che l'inizio di questo genere di pratica si è affermato quasi una decina di anni prima dell'entrata in vigore della *Legge della Repubblica Popolare Cinese sulla salute mentale*. Non è chiaramente tra gli scopi di questo lavoro affermare che precedentemente lo Stato della Repubblica Popolare Cinese non prestasse attenzione alla situazione problematica in cui versano gli individui affetti da disturbi psichiatrici. Tuttavia è interessante constatare come la collaborazione internazionale tra diverse istituzioni sanitarie, naturalmente attuata con l'avvallo delle autorità competenti, abbia potuto portare a dei risultati positivi anche prima di una presa di posizione decisa e ufficiale da parte della Repubblica Popolare Cinese (Yang, Wu 2012).

4.1 Teoria e pratica sui modelli di presa in cura del paziente nella seconda metà del XXI secolo

La cornice teorica che sta alla base del contenuto di questo lavoro, e in particolare di questo capitolo, si fonda su alcuni principi mutuati da differenti discipline e movimenti culturali. Le principali modalità di indagine che ho applicato appartengono al corpus di conoscenze e di pratiche prodotte in seno a discipline come l'antropologia medica, l'etnopsichiatria e i Cultural Studies. Un apporto altrettanto fondamentale è

stato dato dai principi di carattere sociologico e politico che caratterizzano il movimento antipsichiatrico internazionale e nello specifico italiano. Il lavoro degli esponenti del movimento antipsichiatrico italiano ha portato all'approvazione del provvedimento di legge 180/78, conosciuto come 'Legge Basaglia' (Onnis, Lo russo 1980), che ha caratterizzato un punto di svolta su scala nazionale per quanto riguarda le politiche di gestione di molti aspetti che ruotano attorno alla figura del malato di mente. Non è possibile dunque prescindere da un approfondimento di questo tipo di produzione culturale e legislativa per affrontare la descrizione delle realtà sulle quali ho potuto fare dei rilevamenti in prima persona.

Questo tipo di progetti è stato plasmato attraverso un rapporto di collaborazione tra entità inserite nei contesti territoriali ed amministrativi della Repubblica Italiana e della Repubblica Popolare Cinese. È innegabile che le associazioni impegnate su territorio italiano abbiano operato con sorti alterne un tentativo di esportazione ed adattamento al contesto sociale e statale nel quale si trovano ad operare le controparti cinesi di alcune pratiche già sperimentate in un contesto differente. Sarà mio compito nella seconda parte di questa sezione fornire una descrizione delle associazioni e degli enti statali coinvolti nei progetti.

4.1.1 L'approccio etnopsichiatrico e antipsichiatrico allo studio della malattia mentale

Come è stato dimostrato nei capitoli precedenti, la produzione di discorso riguardo la malattia mentale ha prodotto storicamente diverse interpretazioni dell'individuo affetto da questo tipo di disturbo. Tali interpretazioni hanno conferito all'individuo un certo grado di capacità di determinare il proprio ruolo all'interno del gruppo sociale in cui esso si trova ad essere inserito. Alternativamente, queste stesse interpretazioni hanno negato questo tipo di possibilità in virtù di istanze di diversa natura.

Le entità che hanno avuto la possibilità di pronunciare discorsi intersoggettivamente ritenuti come ‘veri’ appartengono a differenti categorie in grado di amministrare e di servirsi di diversi tipi di potere. Tanto nel contesto storico della Cina tardo-imperiale quanto in quello del periodo repubblicano o della Repubblica Popolare, i tutori dell’ordine hanno potuto utilizzare una serie di dispositivi di controllo conferiti loro dal ‘potere disciplinare’ che ad essi è stato riconosciuto (Ng 1990).

In un secondo momento gli attori sociali detentori del ‘potere disciplinare’ hanno potuto delegare ad altre categorie la facoltà di pronunciare ‘discorsi di verità’ riguardo la malattia mentale. Dalla seconda metà del XX secolo è assistito in Cina all’istituzione di una forma di ‘potere psichiatrico’ che con un certo grado di similitudine è accostabile a quello sviluppatosi in Europa e negli Stati Uniti a partire dal XVIII secolo in poi (Foucault 2006b; Pearson 1995).

Una delle tendenze principalmente riscontrabili come risultato di questo genere di dinamiche di potere è la produzione in seno alla società cinese di un processo di stigmatizzazione sociale del malato mentale. Nel contesto della società cinese contemporanea i risultati del processo di stigmatizzazione nei confronti dell’individuo affetto da disturbi psichiatrici si possono sintetizzare in quattro punti (Phillips 1998, pp. 10-13)²:

- 1) In Cina, anche in epoca contemporanea, un individuo a cui sono stati diagnosticati disturbi psichici gravi deve affrontare enormi difficoltà durante il processo di reinserimento nel proprio contesto sociale. Nella maggior parte dei casi egli continua a dipendere significativamente dal proprio nucleo familiare o,

² Le considerazioni di Phillips riportate in seguito mantengono ancora un certo grado di validità. Tuttavia, pur rappresentando esse una buona schematizzazione della problematica legata al processo di stigmatizzazione della malattia mentale, sono state rielaborate ed implementate sulla base dei dati raccolti durante il periodo di ricerca sul campo e degli studi successivi.

dove questa opzione non si rivela praticabile, dalla struttura che ne ha assunto il ruolo di responsabile³.

- 2) Il ricorso a specialisti come psichiatri o psicologi in vista dell'insorgere di disturbi lievi di carattere psicologico o psichiatrico non è ancora una pratica diffusa in quanto il riconoscimento del disagio come 'di natura psicologica' o 'psichiatrica' porta con sé le difficoltà descritte nel punto precedente. Questa tendenza risulta ancora molto forte soprattutto nel contesto rurale della Cina contemporanea, tuttavia nei centri urbani il ricorso a specialisti psicologici o a personale medico di tipo psichiatrico è in costante aumento (Lee, Sing 2011, pp. 203-205).
- 3) Le famiglie di individui affetti da disturbi mentali tendono a rivolgersi a strutture mediche competenti per la presa in cura e la risoluzione dei problemi del congiunto il più tardi possibile, tentando di risolvere questo genere di soluzione indipendentemente. Questa tendenza è ancora riscontrabile anche nel contesto urbano della città di Pechino: qui, però, al timore delle conseguenze della stigmatizzazione si unisce anche una generale sfiducia nei confronti delle strutture mediche e dell'efficacia delle terapie da queste offerte.
- 4) La cifra di pericolosità che viene comunemente accostata al concetto di malattia mentale comporta un approccio alla problematica da parte delle istituzioni per quanto riguarda la gestione delle malattie mentali caratterizzato ancora da una forte istanza di mantenimento dell'ordine pubblico più che di garanzia dell'efficacia terapeutica. L'allocazione delle strutture

³ Sul ruolo e sulla definizione della figura del 'responsabile' dell'individuo affetto da disturbi psichiatrici rimando al terzo capitolo di questo lavoro.

di riabilitazione e di reinserimento sociale di pazienti dimessi da strutture psichiatriche nel contesto dei centri abitativi avviene ancora oggi con difficoltà: uno dei centri in cui ho svolto la maggior parte del mio lavoro di osservazione partecipante nel 2012 si trovava nella sua terza sede dalla fondazione nel 2009.

Un modello teorico efficace per lo studio di questo genere di problematiche è offerto dalla disciplina antropologico-etnografica definita come etnopsichiatria. Tale disciplina si costituisce come un approccio pluridisciplinare alla problematica della malattia mentale proponendo un'analisi di tipo etnologico affiancata a quella di tipo clinico e psichiatrico. La caratteristica più importante di questo tipo di analisi è quella di considerare le concezioni culturali alla base dell'interpretazione del fenomeno della follia nella determinazione del discorso generato all'interno di un determinato gruppo sociale (Laplantine 1974, pp. 19-22).

L'utilità di questo genere di approccio si manifesta nella possibilità di condurre un'indagine su quale sia la percezione culturalmente informata dello 'stato di malattia' determinato dal disturbo psichiatrico prodotta dagli individui che fanno parte del gruppo sociale studiato. Si presenta quindi l'opportunità di poter 'sovvertire' l'ordine del discorso gerarchicamente prodotto nel tentativo di fornire una lettura del fenomeno discorsivo in cui tutti gli elementi d una società sono partecipi nella produzione di significato (Laplantine 1974, pp. 77-78).

Nel caso della mia ricerca mi sono servito del modello proposto dal questionario *McGill Illness Narrative Interview* (MINI), per produrre una tipologia di intervista che mi permettesse di comprendere quali potessero essere i momenti costitutivi della costruzione della percezione della malattia mentale nel contesto di una metropoli come la città di Pechino. La caratteristica principale del questionario MINI è quella di suddividere la

conversazione con l'informatore in tre punti fondamentali, ognuno dei quali è funzionale alla produzione di una analisi qualitativa della percezione della malattia che può essere suddivisa in tre punti fondamentali. In prima istanza è possibile analizzare la narrazione dell'insorgere della malattia e di stilare quali possano essere state le cause che hanno portato allo stato patologico. In un secondo momento è possibile determinare quale tipo di elementi hanno influenzato l'interpretazione della malattia da parte dell'intervistato. Il discorso medico, l'opinione dei propri familiari o conoscenti e le informazioni diffuse da ogni tipo di mezzo di informazione disponibile all'intervistato concorrono alla costruzione della concezione della malattia mentale. La terza tipologia di informazioni che è possibile ottenere dal modello di intervista utilizzato sono quelle riguardanti le aspettative nutrite dall'intervistato riguardo la terapia scelta in termini di durata necessaria e successiva efficacia della stessa, deducendo quali siano i modelli esplicativi che l'intervistato ha fatto propri e come di conseguenza questi applichi un significato preciso e univoco alla malattia (Groleau, Young, Kirmayer, 2006, pp. 671-675).

Durante il periodo della mia ricerca ho potuto condurre interviste semi-strutturate con interlocutori appartenenti a tre macro-categorie: parenti e familiari di individui affetti da disturbi mentali; operatori sanitari e personale medico di strutture sanitarie; pazienti ed ex pazienti di strutture sanitarie. Ho potuto incontrare la maggior parte di questi interlocutori nel contesto di visite e periodi di osservazione partecipante in strutture mediche organizzate secondo le convinzioni di base dell'antipsichiatria. Tale forma di pensiero ha influenzato in maniera spesso decisiva la formazione e la modifica delle politiche che sottendono alla gestione delle strutture deputate alla presa in cura dei pazienti e la strategia terapeutica adottata nei confronti di questi ultimi.

Una delle problematiche fondamentali teorizzate dal movimento culturale antipsichiatrico è quella ingenerata dall' «istituzionalizzazione dell'ospedale psichiatrico» secondo l'accezione contemporanea del termine (Cooper 1969, p. 46). Come precedentemente osservato, l'ospedale psichiatrico e l'istituzione stessa della clinica possono essere interpretati come veri e propri dispositivi attraverso i quali vengono esercitati il 'potere disciplinare' e 'il potere psichiatrico' nei confronti dell'individuo. Questo tipo di dinamica di potere genera un tipo specifico di 'violenza strutturale' che si manifesta in ambito psichiatrico (Cooper 1969, pp. 41-45). La 'violenza strutturale' ha la sua manifestazione concreta della determinazione dei limiti posti alla capacità dell'individuo di negoziare il proprio ruolo nella società. Tale limitazione si produce sulla base di caratteristiche attribuite in virtù di concezioni scientifiche, culturali o morali determinate senza permettere all'individuo di influenzare tale produzione di significati (Pizza 2005, pp.99-102; Farmer 2006).

Queste considerazioni teoriche hanno avuto una applicazione pratica tesa a migliorare sostanzialmente l'organizzazione istituzionale dell'ospedale psichiatrico e della psichiatria in Italia (Basaglia, 1978, p. 4). Nell'economia di questo lavoro risulta interessante fornire una sintesi della *Legge 13 maggio 1978, n. 180* (Ministero della Sanità della Repubblica Italiana 1978), e dei due progetti normativi prodotti in seguito all'approvazione di tale legge e basati sullo spirito della stessa definiti rispettivamente Progetto Obiettivo 'Tutela della salute mentale 1994-1996' e Progetto Obiettivo 'Tutela della salute mentale 1998-2000' (DPR 7 aprile 1994; DPR 1 novembre 1999). Sulla base di tali leggi e progetti si sono costituite le strutture mediche e in seguito le associazioni che sono state tra le principali responsabili dell'avviamento di alcuni dei primi centri di medicina psichiatrica sperimentali presenti sul territorio della municipalità di Pechino.

4.1.2 Lo sviluppo della psichiatria di comunità e la riforma del sistema sanitario in Italia come modello per la sperimentazione a Pechino

La riforma del sistema sanitario italiano, e specificatamente di quello ospedaliero e psichiatrico, è stata formalmente avviata in seguito all'entrata in vigore della *Legge 13 maggio 1978, n. 180*, ma per il quale è stata necessaria, soprattutto sul piano concreto, l'approvazione dei due Progetti Obiettivo. Questo genere di percorso si è svolto su due piani differenti, quello normativo e legislativo e quello concreto ed esecutivo, e deve essere considerato a tutt'oggi come un processo *in fieri*. Le diverse realtà locali hanno potuto applicare con modalità e tempistiche differenti le richieste e le indicazioni avanzate dalle norme vigenti con risultati differenti (De Salvia, Crepet 1982; DPR 7 aprile 1994).

Le modifiche all'aspetto normativo della gestione dell'istituzione dell'ospedale psichiatrico che risultano interessanti in questo contesto possono essere sintetizzate in quattro punti:

- 1) Le modalità di comminazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)⁴ e in generale le cure somministrate obbligatoriamente all'individuo vengono poste sotto un regime di regolamentazione e controllo superiori, allo scopo di garantire la continuità della tutela della sicurezza e dei diritti del paziente oltre che della comunità.
- 2) Al fine di favorire il reinserimento dell'individuo in seguito alla guarigione, di contrastare la cronicizzazione della degenza

⁴ Il TSO è una modalità di presa in cura del paziente che prevede un intervento tempestivo, mirato e limitato nel tempo in seguito a episodi di manifestazione di sintomi psichiatrici considerati estremamente gravi e importanti. L'ordinamento vigente prevede che un TSO possa essere comminato soltanto attraverso la collaborazione tra più attori sociali ed entità pubbliche: una équipe medica che produca una diagnosi tale da comportare l'intervento delle forze dell'ordine al fine di produrre i presupposti amministrativi tali da consentire al Sindaco della città o del comune di residenza dell'individuo (Ministero della Sanità della Repubblica Italiana 1978).

ospedaliera manicomiale e di instaurare delle politiche di prevenzione psichiatrica è stata disposta la progressiva chiusura degli ospedali psichiatrici in favore dell'istituzione di servizi differenti di presa in cura e tutela del paziente.

- 3) Si è incoraggiata dunque la creazione di servizi medici basati sull'interazione con il territorio, allo scopo di garantire l'accesso agli individui affetti da disturbi mentali a un servizio basato sulla interdisciplinarietà degli interventi da parte di più figure professionali impegnate in diversi aspetti della gestione della problematica che la malattia comporta nella vita dell'individuo: da una azione terapeutica mirata ai sopracitati reinserimento e recupero.

I provvedimenti intrapresi al primo punto sono stati regolamentati dall'approvazione della *Legge 13 maggio 1978, n. 180* (Ministero della Sanità della Repubblica Italiana 1978); in particolare nei primi articoli si fa riferimento alla tutela della libertà di scelta dell'individuo:

Art. 1 - Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2 - Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale.

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel precedente comma.

La progressiva chiusura degli ospedali psichiatrici è invece stata sancita sulla base delle direttive contenute nell'*Approvazione del Progetto Obiettivo 'Tutela della salute mentale 1994-1996'* (DPR 7 aprile 1994) e in seguito nell'*Approvazione del Progetto Obiettivo 'Tutela della salute mentale 1998-2000'* (DPR 1 novembre 1999). Tali disposizioni sono atte a promuovere la progressiva istituzione di strutture alternative deputate alla presa in cura dell'individuo affetto da malattie mentali, quale il Centro di

Salute Mentale (CSM) che dipende amministrativamente dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'organizzazione territoriale competente (DPR 7 aprile 1994):

Il centro di salute mentale (CSM).

Il CSM costituisce la sede organizzativa dell'équipe degli operatori ed il punto di coordinamento dell'attività sul territorio.

Svolge attività psichiatrica ambulatoriale e domiciliare: visite specialistiche, consulenza e filtro per i ricoveri, programmazione terapeutica; garantisce inoltre un servizio specifico di informazione e di assistenza alle famiglie dei pazienti.

E' aperto almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni a settimana e garantisce l'assistenza sanitaria specialistica al paziente sia presso il proprio domicilio privato che presso il domicilio sociale.

In particolare il CSM assicura:

- L'assistenza ambulatoriale a tutti coloro che si rivolgono alle strutture di salute mentale, con interventi medici e psicologici, assistenziali, sociali, farmacologici, informativi, ecc.;
- L'intervento al domicilio delle persone stesse o dei familiari;
- I rapporti a fini terapeutici con nuclei familiari o con gruppi;
- L'organizzazione di incontri di soggetti assistiti tra loro ed altri soggetti nel quadro di attività terapeutiche, sociali e di educazione socio-sanitaria;
- La sensibilizzazione della popolazione sui temi della salute mentale, utilizzando gli strumenti informativi più adeguati;
- La collaborazione con i servizi distrettuali di base, sociali e sanitari;
- L'intervento sulla crisi psichiatrica a livello territoriale predisponendo piani di intervento per evitare il più possibile i ricoveri;
- La partecipazione ai programmi e alle iniziative di superamento delle strutture residue manicomiali di competenza, nell'ambito di specifici progetti regionali;
- La ricerca programmata di inserimenti formativi, lavorativi ed occupazionali per fasce di utenza giovani ed adulte, utilizzando sia cooperative integrate, sia esperienze lavorative di formazione presso enti appositi, sia inserimenti diretti;
- Il filtro ai ricoveri e il controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private;
- Adeguate modalità di rapporto con gli specialisti psichiatri convenzionati e di collegamento e collaborazione con i medici di base;
- La consulenza specialistica agli ospedali pubblici non dotati di servizio psichiatrico di diagnosi e cura;
- La promozione di programmi risocializzanti e riabilitativi anche integrati [...] per gruppi omogenei di utenti;
- L'assistenza per il riconoscimento dei diritti previdenziali ed assicurativi degli utenti aventi diritto. (DPR 7 aprile 1994).

Nell' *Approvazione del Progetto Obiettivo 'Tutela della salute mentale 1998-2000'* (DPR 1 novembre 1999) viene sancito un ulteriore apporto di migliorie al servizio sanitario psichiatrico territoriale, con un potenziamento ulteriore della rete costituita dai CSM e con una maggiore diffusione del servizio di *day hospital* nel contesto della presa in cura del paziente.

Ho proposto questo genere di considerazioni nel tentativo di contestualizzare il *modus operandi* delle unità sanitarie e delle associazioni che si sono rivelate di particolare importanza nell'istituzione di servizi sanitari psichiatrici costituiti come vedremo soprattutto sul calco della struttura del CSM. Nella successiva sezione di questo capitolo offrirò una descrizione delle sopracitate associazioni nel contesto dell'instaurazione di progetti di collaborazione scientifica nati nel primo decennio degli anni duemila e ancora attivi sul territorio della municipalità di Pechino.

4.2 Associazioni italiane per la tutela dei diritti del malato mentale e prodromi ai progetti di collaborazione scientifica con la Cina

Durante il mio periodo di ricerca sul campo ho avuto modo di entrare in contatto con alcune delle associazioni attive sul territorio italiano che sono impegnate nella applicazione dello spirito del movimento antipsichiatrico e delle norme previste dall'ordinamento dello Stato italiano in materia di rinnovamento del servizio medico dedicato alla malattia mentale.

Nel primo dei casi che andrò a descrivere ho potuto l'operato dell'Associazione Le Parole Ritrovate e dell'Associazione Fare Assieme di Trento, nate in seno alla gestione dei centri di presa in cura dei pazienti e di reinserimento degli stessi nel tessuto sociale in seguito alla somministrazione e al termine delle terapie. Dal giorno 21 giugno al giorno

7 luglio 2010 ho potuto seguire in qualità di osservatore esterno e di interprete il corso di aggiornamento dedicato al personale medico, ai pazienti e ai parenti dei pazienti provenienti da differenti realtà medico/sanitarie del distretto Haidian di Pechino.

Nel secondo caso presenterò l'Associazione Solidarietà e Servizio Onlus Ong di Viterbo. Con tale associazione non ho intrattenuto rapporti diretti ma ritengo necessario farne menzione in quanto responsabile di uno dei progetti più importanti di istituzione di una struttura nel contesto della realtà urbana di Pechino. In entrambi i casi le associazioni si sono interfacciate con il personale amministrativo e sanitario dell'Ospedale Universitario Numero 6 di Pechino che gestisce l'offerta e l'assistenza sanitarie nel distretto Haidian, dove ho svolto nella sua interezza la seconda parte della mia ricerca sul campo.

4.2.1 Trento: l'Associazione Le Parole Ritrovate e l'Associazione Fare Assieme

L'Associazione Le Parole Ritrovate è stata istituita nel 1993 a Trento allo scopo di coinvolgere familiari, pazienti operatori sanitari e medici che sono interessati a vario titolo nella gestione delle strutture del sistema medico ospedaliero della città. Lo spirito dell'associazione è stato quello di istituire una gestione di tipo orizzontale per quanto riguarda ogni aspetto della presa in cura del paziente e del suo successivo reintegro nel tessuto sociale. Le modalità di interazione proposte hanno fatto sì che altri esponenti del mondo medico/psichiatrico di altre realtà italiane si siano consorziati nella costituzione di sedi regionali dell'associazione. Dal 1993 al 2007 si sono costituite altre sedi associative in Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Campania Sicilia e Sardegna (Associazione Le Parole Ritrovate 2010).

La diffusione dell'associazione su scala nazionale e l'impegno dei membri nella diffusione del discorso antipsichiatrico e di collaborazione tra i vari attori sociali che sono coinvolti nel contesto della cura della malattia mentale ha portato a risultati concreti e tangibili. Nella cittadina di Trento l'Associazione Parole Ritrovate è riuscita a istituire una rete di collaborazione definita come Fare Assieme. Tale organizzazione dal 1999 gestisce la presa in cura del paziente all'interno dell'offerta terapeutica prodotta dal DSM cittadino garantendone ove possibile la domiciliazione come alternativa al ricovero. Il coinvolgimento sia degli utenti del servizio sanitario sia del nucleo familiare e del contesto sociale nel quale l'individuo è inserito ha portato alla costituzione della figura dell'Utente o Familiare Esperto (UFE). La figura dell'UFE si rivela di grande utilità nel contesto della gestione dell'erogazione dei servizi di cura psichiatrica soprattutto per quanto riguarda l'aspetto sociale e di supporto al paziente e ai familiari dello stesso. È importante ricordare che la figura dell'UFE, nel contesto trentino, è riconosciuta come un ruolo professionalmente riconosciuto e retribuito all'interno dell'organizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Trento (Fare Assieme 2014).

Per quanto riguarda uno dei progetti gestiti a livello nazionale dall'Associazione le Parole Ritrovate nel contesto di questo lavoro è opportuno menzionare l'operazione "Treno Speciale per Pechino" che ha avuto luogo nell'estate dell'anno 2007. Un totale di 208 membri dell'associazione, tra i quali erano presenti utenti del servizio psichiatrico, operatori sanitari, personale medico, familiari e simpatizzanti, hanno intrapreso un viaggio in treno e autobus partendo da Venezia l'8 agosto 2007 e arrivando a Pechino il 24 agosto 2007, attraversando le tappe intermedie di Budapest, Mosca, Irkutsk, Ulan Bator, Erliang e Datong. Lo scopo principale di questa attività è stato quello di dimostrare come sia possibile ridiscutere le dinamiche di presa in cura del paziente affetto da

disturbi mentali e come questi non rappresenti un elemento della società naturalmente pericoloso e dannoso (Le Parole Ritrovate 2010). La realizzazione di tale progetto è stata di particolare importanza nel contesto dell'inizio della collaborazione scientifica tra la ASL di Trento, nella figura del direttore dell'Unità Operativa Psichiatria 2: Distretto Centro Nord (Trento e Valle dei Laghi) Renzo De Stefani e il personale medico dell'Ospedale Universitario Numero 6 di Pechino (Orlandi 2012).

4.2.2 Viterbo: l'Associazione Solidarietà e Servizio Onlus Ong

L'Associazione Solidarietà e Servizio Onlus Ong di Viterbo è attiva nella sua costituzione contemporanea dal 1989 e si è costituita come Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale nel 2003. Nel 2007 ha ricevuto la definizione di Organizzazione Non Governativa da parte del Ministero degli Affari Esteri dello Stato Italiano. Questa associazione è stata istituita dalla congregazione delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù, fondata nel 1881 dal presbitero italiano dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio Benedetto Menni (1841-1914). Tale congregazione è stata istituita allo scopo di garantire cure e sostegno a infermi e malati, con una particolare attenzione alla condizione dei malati di mente (Orlandi 2012). Tra i principi che regolamentano l'attività dell'associazione è menzionato l'impegno a sostenere la diffusione, la difesa e il riconoscimento dei diritti umani attraverso opere di promozione delle risorse umane già presenti nei territori nei quali opera (Associazione 'Solidarietà e Servizio' 2014).

Nel contesto cinese l'associazione è attiva dal 2004 e ha promosso progetti sperimentali di presa in cura dei pazienti affetti da malattie mentali. Nel biennio 2010-2012 ha portato a termine il progetto *Community Based Psychiatry: Promoting the Integration of Mental Health Care into*

Primary Health Services in Three Districts Of China, con fondi stanziati dall'Unione Europea. I distretti che hanno beneficiato dell'attività dell'associazione sono stati: il distretto Haidian della municipalità di Pechino; il distretto Nanguan della municipalità di Changchun nella provincia di Jilin; il distretto Hunnan della municipalità di Shenyang nella provincia di Liaoning. (Orlandi 2012, Associazione 'Solidarietà e Servizio' 2014).

Nella prossima sezione di questo capitolo fornirò una descrizione delle caratteristiche dei centri di prevenzione, terapia, presa in cura e riabilitazione dei pazienti affetti da malattie mentali che ho potuto visitare durante la mia permanenza a Pechino. Tali strutture sono state istituite grazie alla collaborazione tra le associazioni di Trento e Viterbo e le autorità e il personale medico dell'Ospedale Universitario Numero 6 del distretto Haidian della municipalità di Pechino.

4.3 Strutture sperimentali di prevenzione, servizio alla comunità e presa in cura dei pazienti nel contesto della municipalità di Pechino

Dall'inizio del mese di ottobre 2011 sino alla fine del mese di marzo 2012 ho avuto la possibilità di trascorrere un periodo di ricerca sul campo nella municipalità di Pechino al fine di visitare principalmente la struttura del Centro di Salute Mentale Ba Li Zhuang del distretto Haidian. Questo periodo di ricerca è stato reso possibile grazie a un invito prodotto da Zhang Junhua, all'epoca Vice Direttore Generale del Centro di Sviluppo Risorse Umane Sanitarie del Ministero della Salute della Repubblica Popolare Cinese. La durata del mio permesso per il periodo di ricerca è stata altresì stabilita in questa sede.

卫生部人才交流服务中心

Health Human Resources Development Center, Ministry of Health, P. R. China

Health Human Resources Development Center
Ministry of Health,
3 Huoqiying Road, Haidian District
Beijing 100097
People's Republic of China
Tel: 86-10-59935347, Fax: 86-10-59935387

Tobia Maschio
Italy

August 18, 2011

Invitation Letter

Dear Mr. Tobia Maschio:

I have the pleasure to invite you to come to China to do your Ph.D. research at Ba Li Zhuang Community Hospital in Beijing of China. I understand that you are expecting a stay in China from October 1, 2011 to March 28, 2012.

This letter is provided to facilitate your visa application. Please find below your Passport information:

Name:	Tobia Maschio
Sex	M
Passport No.	YA2578921
Date of Birth	July 28, 1983
Place of Birth	Feltre
Country	Italy
Type of passport	P
Passport date of issue	27 July 2011
Passport date of expiry	26 July 2021
Period of Stay	October 1, 2011 to March 28, 2012

I understand that we are not affording any costs in China for your research. I look forward to seeing you in China

Yours sincerely



Junhua Zhang,
Assistant Director-General,
Health Human Resources Development Center
Ministry of Health,
P. R. China

1

Lo scopo principale di questo periodo di ricerca era quello di poter effettuare delle osservazioni dirette per quanto riguardava il funzionamento e il tipo di servizi alla comunità offerti da questa struttura. Ho maturato questo proponimento in seguito al primo periodo di ricerca sul campo

effettuato nella città di Trento dal giorno 21 giugno al giorno 7 luglio 2010 nel contesto del un corso di aggiornamento rivolto al personale medico cinese proveniente da differenti strutture situate nella municipalità di Pechino. In quella occasione ho potuto raccogliere i contatti dei membri del personale medico dell'Ospedale Universitario Numero 6 del distretto Haidian di Pechino e dello stesso Centro di Salute Mentale Ba Li Zhuang che sarebbero diventati i miei informatori ai fini di questa ricerca.

Nei primi due mesi trascorsi a Pechino ho potuto ottenere tutto il supporto necessario a formarmi un'idea completa delle peculiarità del Centro di Salute Mentale Ba Li Zhuang e ho avuto accesso alla struttura attraverso la mediazione del personale medico ivi operante. Tuttavia, in un fortunato caso di eterogenesi dei fini, i rapporti con il personale medico della struttura sono andati raffreddandosi a causa di un progressivo esacerbamento dei rapporti tra i rappresentanti del Centro in questione e quelli dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. Tale *impasse* mi ha messo nelle condizioni di cercare nuovi informatori e strutture sul territorio che mi consentissero una soddisfacente continuazione della ricerca del periodo prestabilito. Attraverso la figura del Dottor Pierluigi Cecchi, attivo nel contesto della collaborazione sanitaria tra Italia e Cina a Pechino sin dal 2004 presso l'Ospedale Pediatrico di Pechino e rappresentante dell'Associazione Solidarietà e Servizio Onlus Ong, ho avuto accesso alla struttura della Casa di auto-mutuo-aiuto Meigui Yuan.

Le informazioni riportate di seguito vanno dunque intese come il risultato delle interviste rivolte a informatori in un periodo che va dal 2010 al 2012, corroborate da un periodo di ricerca sul campo svolto tra l'anno 2011 e l'anno 2012.

4.3.1 Il Centro di Salute Mentale Ba Li Zhuang

Il Centro di Salute Mentale Ba Li Zhuang è stato formalmente inaugurato il giorno 20 gennaio 2010. La denominazione completa del centro è *Haidian Qu Shequ Jingshen Weisheng Zhongxin Ba Li Zhuang Fen Zhongxin* 海淀区社区精神卫生中心八里庄分中心 (Centro distaccato Ba Li Zhuang del Centro comunitario del distretto Haidian per la Salute Mentale) ed è ospitato al secondo piano della struttura polivalente Yuyuantan Community Health Service Center, *Yuyuantan Shequ Weisheng Zhongxin* 玉渊潭社区卫生服务中心, situata tra il terzo e il quarto anello urbano.

Il centro, nella sua struttura fisica, è composto da tre locali: un ufficio operativo per il personale medico, gli operatori sanitari e i collaboratori esterni operanti nella struttura in una modalità molto simile a quella degli UFE attivi nel territorio trentino; un ambulatorio medico attrezzato per le visite mediche generiche e per i rilevamenti specialistici psichiatrici; una sala all'interno della quale viene svolta la maggior parte delle attività rivolte alla comunità organizzate dal personale del centro.

Gli obiettivi generali che sottendono alla fondazione del centro sono stati quelli di introdurre nell'organizzazione nel contesto delle strutture che forniscono servizi di natura medico/ospedaliera un modello operativo che favorisca il superamento graduale dell'istituzione dell'ospedale psichiatrico e che al contempo promuova il coinvolgimento attivo dei pazienti/utenti della struttura, dei familiari di questi ultimi e della popolazione del distretto. L'impegno profuso in questo progetto non è quindi finalizzato solamente al miglioramento del servizio sanitario ma ha come traguardo ulteriore quello di contrastare la formazione di discorsi che rafforzino il processo di stigmatizzazione del malato di mente.

Al fine di perseguire questi obiettivi, i servizi offerti dal centro sono riassumibili in tre differenti funzioni:

- 1) Funzione di Centro di Salute Mentale;
- 2) Funzione di centro diurno/*day hospital*;
- 3) Funzione di informazione e sensibilizzazione della comunità riguardo la problematica della malattia mentale.

Il centro Ba Li Zhuang esercita la sua funzione di Centro di Salute Mentale offrendo attività di consultorio e sostegno per gli individui che reputino di essere interessati all'insorgere di problematiche di natura psicologica o psichiatrica e dei familiari degli utenti stessi. Questo genere di funzione veniva precedentemente delegata nella sua totalità alle strutture ospedaliere come l'ospedale psichiatrico o la divisione psichiatrica dell'ospedale di base. Un'ulteriore caratteristica del modello operativo del CSM italiano adottata in questo contesto si riscontra nella costituzione di una rete complessa di diversi attori sociali nel contesto della terapia. L'impegno da parte del personale medico della struttura è profuso nel coinvolgimento attivo dei familiari, della rete sociale personale dell'utente e dei servizi sanitari e sociali disponibili nella definizione del percorso di guarigione. A questo scopo, oltre alla somministrazione ambulatoriale di terapie farmacologiche, vengono organizzati servizi di sostegno psicologico individuali e di gruppo.

Il servizio di centro diurno viene garantito dall'apertura continuativa della struttura al pubblico cinque giorni alla settimana dal lunedì al venerdì nella fascia oraria che va dalle ore 9:00 alle ore 17:00. Viene comunque garantito un servizio di urgenza nei restanti giorni della settimana e nelle ore in cui non è garantito il normale accesso al pubblico, inteso come momento in cui possono essere erogati soprattutto i servizi di consultorio e di sportello informativo. Nella gestione dei casi di emergenza è prevista

una procedura che coinvolge sia il personale medico sia i collaboratori esterni che abbiano maturato esperienza diretta delle manifestazioni del disagio psicologico e psichiatrico. Nel caso in cui l'emergenza sia gestibile dalla struttura si opera la determinazione di un ciclo di visite e interventi su base di *day hospital* a regime di supporto sia psicologico sia farmacologico. Nell'evenienza di episodi acuti di disagio mentale la struttura ricorre all'ospedalizzazione dell'individuo presso una struttura adeguata, curando però ogni aspetto dell'operazione: la procedura viene seguita dal personale del centro dalla presa in cura del paziente sino alla sua dimissione, organizzando in seguito un ciclo di incontri e di visite finalizzati all'auspicato pieno recupero da parte dell'individuo.

Per quanto riguarda l'opera di informazione e sensibilizzazione della comunità riguardo la problematica della malattia mentale, il personale medico ed esterno a modello UFE del Centro di Salute Mentale Ba Li Zhuang si impegna nell'organizzazione di attività che coinvolgono non soltanto l'utente e la cerchia dei familiari dello stesso ma la comunità urbana situata nel contesto del distretto Haidian. All'interno della struttura dello Yuyuantan Community Health Service Center è stato ricavato uno spazio adibito ad attività di ergoterapia. Fuori dal centro, poi, vengono ciclicamente organizzate attività tese a coinvolgere non soltanto gli utenti ma anche la cittadinanza.

4.3.2 la Casa di auto-mutuo-aiuto Meigui Yuan

La Casa di auto-mutuo-aiuto Meigui Yuan, letteralmente 'Giardino delle rose', nasce in seguito alla collaborazione dell'Associazione Solidarietà e Servizio Onlus Ong e dell'Ospedale Universitario Numero 6 del distretto Haidian della municipalità di Pechino ed è stata ufficialmente inaugurata il giorno 1 settembre 2009. Il nome della casa fa riferimento alla prima struttura di questo genere istituita in Italia nel 1905 a Viterbo dalla

congregazione delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù, la Casa di Cura ‘Villa Rosa’. La denominazione completa della struttura è *Yuanwai bingfang* ‘Meigui Yuan’ 院外病房‘玫瑰园’ (Distaccamento ospedaliero ‘Giardino delle Rose’). La locazione attuale della casa di auto-mutuo-aiuto è nel quartiere Dong Mafang Cun 东马坊村, situato nella parte settentrionale del distretto Haidian, tra il quinto e il sesto anello urbano.

La particolarità di questa struttura è il tipo di edificio che è stato scelto per accoglierla. Nel 2012 la casa di auto-mutuo-aiuto era giunta ad occupare la terza struttura edilizia dal 2009 in seguito a due traslochi eseguiti per motivi di carenza di spazio offerto dalle strutture precedentemente occupate. L’impianto architettonico dei due edifici che ospitano la struttura è quello del modulo abitativo tradizionale della zona settentrionale della Cina, lo *siheyuan* 四合院. Questo genere di unità abitativa ha come caratteristica principale la distribuzione dei locali dell’abitazione sviluppata attorno a un giardino interno al quale è possibile accedere attraverso la porta di ingresso che è situata nel versante Sud dell’edificio.

La struttura principale ospita nel versante Nord della la sala comune ai lati della quale sono situati i due dormitori maschile (a Nord-Ovest) e femminile (A Nord-Est) che offrono la disponibilità totale di 24 posti letto. Nell’ala Ovest è presente una foresteria per provvedere alle esigenze dei familiari degli utenti in visita. L’ala Est è invece adibita a sala da pranzo e cucina. L’ala Sud, nei locali adiacenti all’ingresso principale, è occupata a Sud-Ovest dai servizi igienici e a Sud-Est dal vano caldaia e dalle altre centraline che garantiscono il servizio idrico ed elettrico all’abitazione. Il giardino centrale è pavimentato e coperto da una struttura in vetro e metallo che limita la dispersione di calore e protegge dagli agenti atmosferici.

La seconda struttura, analoga alla prima per quanto riguarda l'impianto architettonico, è composta da un giardino centrale pavimentato e coperto più ampio, ricavato dall'abbattimento delle mura dell'ala Est e Ovest, adibito a esercizio pubblico di vendita alimentari. L'ala Nord ospita invece gli alloggi del personale responsabile della casa di auto-mutuo-aiuto.

Nei mesi in cui ho potuto accedere alla struttura, (da dicembre 2011 a marzo 2012) il personale operativo era composto da sei volontarie che abitavano all'interno della struttura e da tre volontari esterni. La formazione del personale presenta delle caratteristiche comuni ed eterogenee: tutti i componenti hanno ricevuto una formazione medica e sociologica di base da parte dell'Ospedale Universitario Numero 6 del distretto Haidian della municipalità di Pechino; le sei volontarie residenti si sono formate a vario titolo presso la sede di Viterbo dell'Associazione Solidarietà e Servizio Onlus Ong; i tre volontari fanno parte del personale operativo che invece ha ricevuto la propria formazione a Trento. Gli utenti che risiedevano nella struttura erano undici e provenivano tutti da altre strutture psichiatriche gestite direttamente dall'Ospedale Universitario Numero 6. Nel periodo di festeggiamento del capodanno cinese il numero degli utenti si è ridotto a dieci: ad ogni individuo che ne abbia facoltà è permesso di ritornare presso il proprio nucleo familiare per periodi più o meno lunghi stabiliti di comune accordo dal personale operativo della struttura e del personale medico dell'Ospedale Numero 6.

La Casa di auto-mutuo-aiuto Meigui Yuan offre principalmente tre tipi di servizio:

- 1) Struttura riabilitativa e di reinserimento sociale per i pazienti provenienti dalle strutture dell'Ospedale Universitario Numero

- 6 che abbiano già ultimato un iter terapeutico presso una struttura psichiatrica;
- 2) Struttura di accoglienza per malati di mente cronici che a discrezione del personale medico dell'Ospedale Universitario Numero 6 non necessitano più di interventi psichiatrici intensivi ma che non hanno la possibilità materiale di fare ritorno al proprio nucleo abitativo e familiare;
 - 3) Centro di ergoterapia per entrambe le categorie di utenti sopraelencate.

L'attività all'interno della struttura è regolata a cadenza settimanale e prevede un impegno strutturato da parte degli utenti in mansioni prefissate durante la mattinata della maggior parte delle giornate, con sveglia alle ore 7:00 e riposo dalle ore 21:30.

- Il lunedì mattina è dedicato alla gestione dei lavori domestici e di manutenzione ordinaria dell'abitazione;
- Il martedì mattina è riservato a corsi di vario genere: durante il mio periodo di ricerca gli ospiti della struttura erano impegnati in un corso di lingua italiana tenuto dalle operatrici residenti nella struttura;
- Il mercoledì è diviso in due momenti specifici: la mattina è destinata alle visite dei parenti, mentre il pomeriggio è riservato agli accertamenti medici da parte del personale dell'Ospedale Universitario Numero 6. In questo contesto vengono consultate le cartelle cliniche degli utenti, tenute aggiornate dal personale residente della struttura, e viene stabilita per sei giorni successivi la terapia farmacologica da somministrare;

- Nella mattinata del giovedì gli utenti della struttura si recano presso il mercato di quartiere per l'acquisto di generi alimentari e di altri beni necessari;
- Il venerdì viene dedicato alle attività manuali o a giochi di società che promuovano la coordinazione in un contesto di lavoro di gruppo o di interazione;
- La mattinata del sabato è occupata da un corso di canto.

Nel periodo in cui ho potuto svolgere il mio periodo di ricerca all'interno della struttura il negozio di generi alimentari presente nel secondo edificio non era attivo, pur essendo completamente allestito e potenzialmente funzionante. Al di là delle attività di normale manutenzione previste per la gestione della casa di auto-mutuo-aiuto, quasi tutti gli utenti della struttura aveva deciso di prendersi carico di mansioni particolari e non previste dalla schematizzazione delle attività della casa, come la manutenzione del datato sistema di riscaldamento o l'abbellimento del giardino interno attraverso un costante impegno in attività di giardinaggio e di decoro della struttura.

L'introduzione sperimentale di nuove modalità di gestione della malattia mentale e di presa in cura del paziente nel contesto dell'offerta del servizio sanitario della Repubblica Popolare Cinese potrebbe rivelarsi uno strumento utile sotto diversi punti di vista. L'apporto di miglioramenti alla gestione delle strutture esistenti e l'istituzione di nuove realtà terapeutiche potrebbero portare al progressivo miglioramento delle condizioni di vita del malato e al suo successivo reinserimento parziale o totale nel tessuto sociale.

Lo studio teorico e la messa in pratica delle soluzioni adottate anche in altri paesi e la promozione della collaborazione scientifica internazionale si

sono rivelati fino a questo momento una scelta vincente per quello che riguarda l'attuazione dei principi contenuti della nuova *Legge della Repubblica Popolare Cinese sulla salute mentale*. Questo tipo di operazione prevede tuttavia un processo di realizzazione a lungo termine, nonostante l'impegno profuso dal movimento culturale antipsichiatrico e dagli altri enti che ne sposano i principi e che a diverso titolo perorano la causa della salvaguardia dei diritti del malato e tendono a contrastare la produzione di discorsi stigmatizzanti. Questo genere di considerazione si può produrre riguardo al contesto della condizione del malato di mente nel contesto di sviluppo *in fieri* di questo genere di politiche nel territorio della Repubblica Popolare Cinese, ma risulta tuttavia drammaticamente applicabile in ogni altro tipo di realtà sociale e statutale.

Conclusioni

La problematica della malattia mentale, nel contesto culturale e sociale cinese, è stata analizzata e definita attraverso una produzione di significati in differenti campi del sapere. Tale esercizio di enunciazione di discorsi ha storicamente portato alla creazione di diversi modelli interpretativi che hanno influenzato con esiti alterni la condizione dell'individuo affetto da disturbi dello spirito.

Nel primo capitolo di questa tesi ho proposto un'analisi della medicina tradizionale cinese in qualità di 'sistema medico', ovvero un insieme di conoscenze e pratiche ritenute intersoggettivamente valide nella definizione di uno 'stato di salute' e di uno 'stato di malattia' all'interno di una comunità. Nel contesto della produzione di un modello esplicativo riguardante la malattia mentale, la medicina tradizionale cinese ha proposto un'interpretazione della stessa tale da non produrre una categorizzazione a sé stante di questo tipo di disturbo. Nel sistema olistico di corrispondenze che sta alla base di questo tipo di medicina, ciò che noi interpretiamo come malattia mentale non viene separato nettamente da altri tipi di disfunzione dell'organismo. Questo genere di modello descrittivo ha prodotto un rapporto causa/effetto di natura sia psicosomatica sia somatopsichica che non ha prodotto la necessità di una specializzazione medica indipendente.

Ciò nonostante, il corpus di conoscenze inerente alle malattie dell'animo ha avuto uno sviluppo notevole e l'apparato nosografico della medicina tradizionale cinese si è sviluppato con precisione e ricchezza di particolari molto prima che in Europa. La categoria del terapeuta, tuttavia, non si è vista attribuire in Cina le facoltà e i poteri che sono stati ad essi delegati in altri contesti. Non è dunque possibile parlare di sviluppo di una forma di 'potere psichiatrico' fino alla fine del XIX secolo.

Come riportato nel secondo capitolo di questo elaborato, il riconoscimento dello studio della malattia mentale come disciplina medica indipendente è avvenuto nel territorio della Cina continentale solamente in seguito all'istituzione dell'ospedale psichiatrico e all'introduzione della psichiatria sviluppatasi in Europa e negli Stati Uniti. Questo avvenimento si è verificato sulla base del cambio di percezione da parte delle autorità nei confronti della figura del malato di mente e sulla criminalizzazione di quest'ultimo. Durante i primi decenni del XX secolo è cominciato il processo di sviluppo del dialogo e della collaborazione tra amministratori del 'potere disciplinare' e nuovi detentori di un potere di tipo 'medico' e 'psichiatrico'.

Questo tipo di rapporto si è rafforzato ulteriormente dalla seconda metà del XX secolo in poi, determinando un utilizzo strumentale della diagnosi medica e della definizione di 'malato di mente'. Fatta eccezione per il periodo della Rivoluzione Culturale, in cui viene semplicemente modificato il paradigma discorsivo che porta a un tipo di eziologia politica e non più medica della malattia mentale, questa tendenza è perdurata fino all'epoca contemporanea.

Nel terzo capitolo di questa tesi ho proposto un'analisi di alcuni degli articoli di legge contenuti nel *Codice penale* e nei *Principi generali di diritto civile della Repubblica Popolare Cinese*, al fine di presentare quale sia stato l'esito della produzione di significati nei confronti dell'individuo affetto da malattia mentale nella seconda metà del XX secolo. Una delle misure istituzionali adottate dal governo della Repubblica Popolare Cinese per garantire la tutela dei diritti dei cittadini malati di mente e limitare l'abuso della diagnosi psichiatrica è stata la produzione della *Legge sulla salute mentale*, entrata in vigore nel maggio del 2013. L'importanza di tale provvedimento non è limitata al riempimento di un 'vuoto normativo' riguardante la gestione legale della presa in cura del malato di mente: uno

degli aspetti più interessanti del contenuto del testo è quello della sostanziale modifica dei termini della produzione di discorso allo scopo di contrastare il processo di stigmatizzazione nei confronti del malato di mente in funzione di determinarne e garantirne il ruolo all'interno della società.

L'impegno istituzionale riguardante il miglioramento delle condizioni degli utenti del servizio psichiatrico ha avuto un'ulteriore declinazione nell'avviamento di progetti di collaborazione scientifica internazionali. Nel quarto capitolo di questo lavoro offro un resoconto su due strutture situate a Pechino nel distretto Haidian, inaugurate grazie all'apporto di istituzioni mediche e associazioni italiane. Il tipo di supporto alla popolazione fornito da entrambe le istituzioni si configura sugli esempi di strutture extra-ospedaliere che sono attive in territorio italiano: il Centro di Salute Mentale e la casa di auto-mutuo-aiuto. Il principio che sta alla base del funzionamento di queste strutture è quello di agire localmente, di promuovere la prevenzione attraverso l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione riguardo la malattia mentale e di offrire una modalità di sostegno efficace che si sostituisca al ricovero psichiatrico nell'ottica di garantire non soltanto il superamento dello 'stato di malattia' ma l'effettivo reinserimento sociale dell'individuo.

Bibliografia

- Barker, Chris (2012). *Cultural studies, theory and practice. 4th Edition*. London; Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications.
- Baruk, Henri (1965). *Psicosi e nevrosi*. Milano: Aldo Garzanti Editore [ed. or. (1964). *Psychoses et névroses*. Paris: Presses Universitaires de France].
- Basaglia, Franco; Basaglia Ongaro, Franca (1971). *La maggioranza deviante*. Torino: Giulio Einaudi Editore.
- Basaglia, Franco (et al.) (1978). *Che cos'è la psichiatria*. Torino: Giulio Einaudi Editore.
- Berlincioni, Vanna; Petrella, Fausto (2008). «Michel Foucault e lo psichiatra. Osservazioni sulle lezioni al Collège de France 1973-1975. In: Galzigna, Mario (a cura di) (2008). *Foucault, oggi*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore.
- Bermann, Gregorio (1972). *La salute mentale in Cina*. Torino: Giulio Einaudi Editore [ed. or. (1970). *La salud mental en China*. Buenos Aires: Editorial Jorge Alvarez].
- Bonfantini, Massimo A.; Macciò, Marco (a cura di) (1974). *La filosofia della rivoluzione culturale. Antologia di testi cinesi*. Milano: Bompiani.
- Brombal, Daniele (2014). «Politiche sanitarie nella Cina contemporanea, Necessità sociali, interessi economici e dinamiche politiche». In: Bulfoni, Clara, Pozzi, Silvia (2014). *Atti del XIII Convegno dell'Associazione Italiana Studi Cinesi. Milano, 22-24 settembre 2011*. Milano: Franco Angeli, pp. 98-109.
- Bulfoni, Clara, Pozzi, Silvia (2014). *Atti del XIII Convegno dell'Associazione Italiana Studi Cinesi. Milano, 22-24 settembre 2011*. Milano: Franco Angeli.
- Cavaliere, Renzo (1999) *La legge e il rito, lineamenti di storia del diritto cinese*. Milano: Franco Angeli.

- Cavalieri, Renzo (2008). *Diritto dell'Asia Orientale*. Venezia: Libreria Editrice Cafoscarina.
- Cavalieri, Renzo; Sempi, Laura (a cura di) (2006a). «General Principles of Civil Law of the People's republic of China» [online].
http://www.leggcinesi.it/view_doc.asp?docID=4 [2014/10/18]
- Cavalieri, Renzo; Sempi, Laura (a cura di) (2006b). «Criminal Law of the People's Republic of China» [online].
http://www.leggcinesi.it/view_doc.asp?docID=34 [2014/10/18]
- Chen HH; Phillips MR; Cheng H (et alii) (2012). «Mental health law of the People's Republic of China (English translation with annotations)».
Shanghai Archives of Psychiatry, vol. 24, num. 6, pp. 305-321.
- Chen, Hsiu-Fen (2003). *Medicine, Society, and the Making of Madness in Imperial China* (tesi di dottorato). London: School of Oriental and African Studies, University Of London.
- Chen, Hsiu Fen (2005). «Wind Malady as Madness in Medieval China. Some Threads from the Dunhuang Medical Manuscript». In: Lo, Vivienne; Cullen, Cristopher (2005). *Medieval Chinese Medicine. The Dunhuang Medical Manuscripts*. London; New York: Routledge Curzon, pp. 345-362.
- Chiu, Martha Li (1980). «Insanity in imperial China: a legal case study». In: Kleinman, Arthur; Lin, Tsung-Yi (a cura di) (1980). *Normal and abnormal behaviour in Chinese culture*. Dordrecht: D. Reidel, pp. 75-94.
- Cooper, David (1969). *Psichiatria e antipsichiatria*. Roma: Armando Armando Editore. [ed. or. (1967). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Tavistock Publications].
- Cooper, John E.; Sartorius, Norman (1996) (a cura di). *Mental Disorders in China*. London: Gaskell; The Royal College of Psychiatrists.

- De Salvia, Domenico; Crepet, Paolo (a cura di) (1982). *Psichiatria senza manicomio. Epidemiologia critica della riforma*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore.
- Deadman, Peter; Al-Khafaji, Mazin (1994). «The Treatment of Psycho-Emotional Disturbance by Acupuncture with Particular Reference to the Du Mai». *Journal of Chinese Medicine* num. 46, pp. 30-34.
- Diamant, Neil (1993). «China's Great Confinement. Missionaries, municipal elites and police in the establishment of Chinese Mental Hospitals». *Republican China* vol. 19, num. 1, pp. 3-50.
- DPR 7 aprile 1994 – Decreto del Presidente della Repubblica (1994). «Approvazione del Progetto Obiettivo ‘Tutela della salute mentale 1994-1996’». *Gazzetta ufficiale*, num. 93.
- DPR 1 novembre 1999 – Decreto del Presidente della Repubblica (1999). «Approvazione del Progetto Obiettivo ‘Tutela della salute mentale 1998-2000’». *Gazzetta ufficiale*, num. 274.
- Farmer, Paul (2006). «Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale». In: Quaranta, Ivo (a cura di) (2006). *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 265-302.
- Foucault, Michel (1967). *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*. Milano: Rizzoli [ed. or. (1966). *Les mots et les choses*. Paris: Éditions Gallimard].
- Foucault, Michel (1976). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Torino: Giulio Einaudi Editore [ed. or. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Éditions Gallimard].
- Foucault, Michel (1997). *Malattia mentale e psicologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore [ed. or. (1954). *Maladie mentale et psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France].

- Foucault, Michel (1998a). *“Bisogna difendere la società”*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore [ed. or. (1997). *“Il faut défendre la société”*. Paris: Hautes Études Seuil-Gallimard].
- Foucault, Michel (1998b). *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*. Torino: Giulio Einaudi Editore [ed. or. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France].
- Foucault, Michel (2000). *Gli anormali. Corso al Collège de France 1974-1975*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore [ed. or. (1999). *Les anormaux. Cours au Collège de France 1974-1975*. Paris: Hautes Études Seuil-Gallimard].
- Foucault, Michel (2005). *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France 1978-1979*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore [ed. or. (2004). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*. Paris: Hautes Études Seuil-Gallimard].
- Foucault, Michel (2006a). *Storia della follia nell'età classica*. Milano: Rizzoli [ed. or. 1972. *Histoire de la folie à l'âge classique suivi de Mon corps, ce papier, ce feu et La folie, l'absence d'œuvre*. Paris: Éditions Gallimard].
- Foucault, Michel (2006b). *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France 1973-1974*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore [ed. or. (2003). *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974*. Paris: Hautes Études Seuil-Gallimard].
- Foucault, Michel (2009). *L'archeologia del sapere*. Milano: Rizzoli [ed. or. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris: Éditions Gallimard].
- Foucault, Michel (2010). *La società disciplinare* (a cura di Salvo Vaccaro). Milano; Udine: Mimesis Edizioni.
- Franceschini, Ivan (2010). «Kafka nei manicomi cinesi» [online]. <http://www.cineresie.info/kafka-nei-manicomi-cinesi/> [2014/10/19].

- Furth, Charlotte (1999). *A Flourishing Yin. Gender in China's Medical History, 960-1665*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press.
- Galzigna, Mario (2008). «La disciplina e la cura». In: Galzigna, Mario (a cura di) (2008). *Foucault, oggi*. Milano: Giangiaco Feltrinelli Editore.
- Galzigna, Mario (a cura di) (2008). *Foucault, oggi*. Milano: Giangiaco Feltrinelli Editore.
- Goffman, Erving (1968). *Asylums. Le istituzioni totali: I meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Giulio Einaudi Editore [ed. or. (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Vintage Anchor Publishing, Random House].
- Goffman, Erving (1971). *Il rituale dell'interazione*. Bologna: Società editrice Il Mulino [ed. or. (1967). *Interaction Ritual*. Garden City: Doubleday].
- Granet, Marcel (1995). *Il pensiero cinese*. Milano: Adelphi [ed. or. (1934). *La pensée chinoise*. Paris. Albin Michel].
- Greenhalgh, Susan (2005). *Governing China's Population. From Leninist to Neoliberal Biopolitics*. Stanford; Calif: Stanford University Press.
- Groleau, Danielle; Young, Allan; Kirmayer, Laurence J. (2006). «The McGill Illness Narrative Interview (MINI). An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience». *Transcultural Psychiatry*, num. 43, pp. 671-691.
- Guo Aichun 郭霽春 (a cura di) (1991). *Huangdi neijing cidian* 黃帝內經詞典 (Dizionario del classico interno dell'Imperatore Giallo). Tianjin 天津: Tianjin Kexue Jishu chubanshe, 天津科学技术出版社.
- Guo, Jinhua; Kleinman, Arthur (2011). «Stigma: HIV/AIDS, Mental Illness, and China's Nonpersons». In: Kleinman, Arthur (et al.) (2011). *Deep China. The Moral Life of the Person*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press, pp. 237-262.

- Harper, Donald J. (1998). *Early Chinese Medical Literature*. New York; London: Kegan Paul International.
- Human Rights Watch (2013). «China: End Arbitrary Detention in Mental Health Institutions. Rights Concerns Remain as First Mental Health Law Comes Into Effect» [online]. <http://www.hrw.org/news/2013/05/03/china-end-arbitrary-detention-mental-health-institutions> [2014/05/12].
- Human Rights Watch; Geneva Initiative on Psychiatry (2002). *Dangerous Minds. Political Psychiatry in China Today and its Origins in the Mao Era*. New York: Human Rights Watch.
- Jacobs, Andrew (2008). «Whistle-Blowers in Chinese City Sent to Mental Hospital» [online]. *The New York Times*. http://www.nytimes.com/2008/12/09/world/asia/09china.html?_r=0 [2014/10/18]
- Jia Peiqi 贾培旗; Hou Yezhi 侯也之 (2002). *Xinliweisheng yu jingshenjibing 心理卫生与精神疾病 (Salute mentale e malattia psichiatrica)*. Beijing 北京: Beijingshi weishen ju wei VII xiangmu bangongshi; Beijingshi jingshen weisheng baojiang suo 北京市卫生局卫 VII 项目办公室; 北京市精神卫生保健所.
- Jia, Rubao (1977). «More on the Essential Nature of Mental Illness». In: Human Rights Watch; Geneva Initiative on Psychiatry (2002). *Dangerous Minds. Political Psychiatry in China Today and its Origins in the Mao Era*. New York: Human Rights Watch, pp.215-220.
- Kety, Seymour S. (1976). «Psychiatric Concepts and Treatment in China». *The China Quarterly*, num. 66, pp. 315-323.
- Kipnis, Andrew (2006). «Suzhi: A Keyword Approach». *The China Quarterly*, num. 186, pp. 295-313.
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

- Kleinman, Arthur (2006). «Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali». In: Quaranta, Ivo (a cura di) (2006). *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 5-29.
- Kleinman, Arthur (2011). «Quests for Meaning». In: Kleinman, Arthur (et al.) (2011). *Deep China. The Moral Life of the Person*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press, pp. 263-290.
- Kleinman, Arthur; Kleinman, Joan (2006). «La sofferenza e la sua trasformazione professionale. Verso una etnografia dell'esperienza interpersonale». In: Quaranta, Ivo (a cura di) (2006). *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 199-234.
- Kleinman, Arthur; Lin, Tsung-Yi (a cura di) (1980). *Normal and abnormal behaviour in Chinese culture*. Dordrecht: D. Reidel.
- Kleinman, Arthur; Mechanic, David (1980). «Mental illness and psychosocial aspects of medical problems in China». In: Kleinman, Arthur; Lin, Tsung-Yi (a cura di) (1980). *Normal and abnormal behaviour in Chinese culture*. Dordrecht: D. Reidel, pp. 331-356.
- Kleinman, Arthur; Kleinman, Joan (2006). «La sofferenza e la sua trasformazione professionale. Verso una etnografia dell'esperienza interpersonale». In: Quaranta, Ivo (a cura di) (2006). *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 199-234.
- Kleinman, Arthur (et al.) (2011). *Deep China. The Moral Life of the Person*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press.
- Kleinman, Arthur (a cura di Chen Wen) (2011). «Changing Minds». *Beijing Review*, vol.54 num. 40, pp. 20-21.
- Kuriyama, Shigehisa (1994). «The Imagination of Winds and the Development of the Chinese Conception of the Body». In: Zito, Angela;

- Barlow, Tani (a cura di) (1994). *Body, Subject and Power in China*. Chicago: The University of Chicago Press, pp. 23-41.
- Lamb, Franklin P. (1976). «An Interview with Chinese Legal Officials». *The China Quarterly*, num. 66, pp. 323-327.
- Laplantine, François (1974). *L'ethnopsichiatria*. Roma: Tattilo Editrice [ed. or. (1973). *L'ethnopsichiatrie*. Paris: Éditions Universitaires].
- Lee, Sing (2011). «Depression: Coming of Age in China». In: Kleinman, Arthur (et al.) (2011). *Deep China. The Moral Life of the Person*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press, pp.177-212.
- Lehmann, Hanjo (2012). «A Western's Question About Chinese Traditional Medicine: are the Yingyang Concept and the Wuxing Concept of Equal Philosophical and Medical Rank?». *Journal of Chinese Integrative Medicine* vol. 10, num. 3, pp. 237-248.
- Lin, Keh-Ming (1980). «Traditonal Chinese Medical Beliefs and their Relevance for Mental Illness and Psychiatry». In: Kleinman, Arthur; Lin, Tsung-Yi (a cura di) (1980). *Normal and abnormal behaviour in Chinese culture*. Dordrecht: D. Reidel, pp. 95-111.
- Lin, Tsung-Yi (1983). «Psychiatry and Chinese Culture». *The Western Journal of Medicine*, vol. 6, num. 139, pp. 862-867.
- Lin, Tsung-Yi; Lin, Meicheng (1980). «Love Denial and Rejection: Responses of Chinese Families to Mental Illness. In: In: Kleinman, Arthur; Lin, Tsung-Yi (a cura di) (1980). *Normal and abnormal behaviour in Chinese culture*. Dordrecht: D. Reidel, pp. 387-401.
- Liu, Jin (et al.) (2011). «Mental Health System in China. History, Recent Service Reform and Future Challenges». *World Psychiatry*, vol. 3, num. 10, pp. 210-216.
- Liu, Xiehe (1981). «Psychiatry in Traditional Chinese Medicine ». *British Journal of Psychiatry*, num. 138, pp. 429-433.

- Lo, Vivienne; Cullen, Christopher (2005). *Medieval Chinese Medicine. The Dunhuang Medical Manuscripts*. London; New York: Routledge Curzon.
- Luo, Jiming; Li, Shenlu; Tang, Xiaofeng (1996). «An Analysis of Forty-One Mentally Ill People Involved in Cases of a Political Nature». In: Human Rights Watch; Geneva Initiative on Psychiatry (2002). *Dangerous Minds. Political Psychiatry in China Today and its Origins in the Mao Era*. New York: Human Rights Watch, pp. 253-256.
- Lupton, Deborah (2007) «Epidemiology as a sociocultural practice». *Critical Public Health*, vol. 7, num. 1-2, pp. 28-37.
- Maschio, Tobia (2010). «La malattia, il vento, il cane, il re. Ospedalizzazione dei malati di mente e potere psichiatrico in Cina in epoca moderna» [online]. *Psychiatry On Line Italia (sez. Epistemologia e storia)* <http://www.psychiatryonline.it/node/2137> [2014/10/04].
- Maschio, Tobia (2012). «Discorsi e pratiche sulle malattie dell'animo. La protopsichiatria nella medicina tradizionale cinese». *La torre di Babele. Rivista di letteratura e linguistica* (volume monografico dal titolo *Patologia e terapia tra scienza e letteratura*) num. 8, pp. 249-265.
- Ministero della Sanità della Repubblica Italiana (1978). *Legge 13 maggio 1978, n. 180. 'Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori'* [online]. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf [2014/10/27].
- Mu, Eric (2008). «Local Authorities in Shandong Put Petitioners in Mental Hospital» [online]. *Danwei. Chinese Media, Advertising, Urban Life* http://www.danwei.org/front_page_of_the_day/the_beijing_newsdecember_8_200.php [2014/10/18]
- Munro, Robin (2000). «Judicial Psychiatry in China and its Political Abuses». *Columbia Journal of Asian Law*. Vol.14, No.1, pp. 3-128.

- Munro, Robin (2002). «Political Psychiatry in Post-Mao China and its Origins in the Cultural Revolution». *Journal of American Academic Psychiatry and Law*, vol. 30, num. 1, pp. 97-106.
- Needham, Joseph (2000). *Science and Civilization in China* (a cura di Nathan Sivin), vol. VI. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nesossi, Elisa (2013). «The 2012 Mental Health Law 精神卫生法. An Interview with Guo Zhiyuan 郭志媛» [online].
<http://www.thechinastory.org/2013/01/the-2012-mental-health-law-%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E5%8D%AB%E7%94%9F%E6%B3%95-an-interview-with-guo-zhiyuan-%E9%83%AD%E5%BF%97%E5%AA%9B/> [2014/10/20].
- Ng, Vivien W. (1990). *Madness in Late Imperial China. From Illness to Deviance*. Norman; London: University of Oklahoma Press.
- Nylander, Johan (2014). «Dubious Shrinks, Political Prisoners Inside China's Mental Health Care System» [online].
<http://edition.cnn.com/2014/05/06/world/asia/china-mental-health/> [2014/20/10].
- Onnis Luigi; Lo Russo, Giuditta (A cura di) (1980). *Dove va la psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi dopo la nuova legge*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore.
- Orlandi, Michela (2012). *Intervista al dott. Cecchi Pierluigi. Venerdì 27 gennaio 2012*. Pechino: per gentile concessione dell'autrice.
- Pearson, Veronica (1995). *Mental health Care in China*. London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists.
- Petrini, Silvia (1997/1998). *Il concetto di shen (spirito) nella medicina tradizionale cinese e la sua applicazione allo studio della malattia mentale* (tesi di laurea non pubblicata). Venezia: Università degli studi di Venezia Ca' Foscari.

- Phillips, Michael R. (1998). «The Transformation of China's Mental Health Services». *The China Journal*, num. 39, pp. 1-36.
- Pizza, Giovanni (2005). *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci Editore.
- Porkert, Manfred (1974). *The theoretical foundations of Chinese medicine. Systems of correspondence*. Cambridge, Massachusetts; London: MIT Press.
- Quaranta, Ivo (a cura di) (2006). *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Quaranta, Ivo (2012). *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Rossi, Elisa; Caretto, Laura (2007). *Shen Psycho-Emotional Aspects of Chinese Medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone; Elsevier.
- Sabattini, Mario; Santangelo, Paolo (1986). *Storia della Cina*. Roma; Bari: Editori Laterza.
- Samarani, Guido (2004). *La Cina del Novecento*. Torino: Giulio Einaudi Editore.
- Semi, Giovanni (2006). «Nosing Around. L'etnografia urbana tra costruzione di un mito sociologico e istituzionalizzazione di una pratica di ricerca» [online]. http://www.sociol.unimi.it/papers/2006-02-22_Giovanni%20Semi.pdf [2012/10/21].
- Semi, Giovanni (2010). *Osservazione Partecipante. Una guida pratica*. Bologna: Il Mulino.
- Shen, Jun; Gong, Yantao (2000). «A First Look at the Forensic Psychiatric Evaluation of Falun Gong Classes». In: Human Rights Watch; Geneva Initiative on Psychiatry (2002). *Dangerous Minds. Political Psychiatry in China Today and its Origins in the Mao Era*. New York: Human Rights Watch, pp. 281-286.

- Sivin, Nathan (1987). *Traditional Medicine in Contemporary China*. Ann Arbor: Center for Chinese Studies, The University of Michigan.
- Sivin, Nathan (1995a). *Medicine, Philosophy, and Religion in Ancient China*, Part II. Hampshire: Variorium.
- Sivin, Nathan (1995b). «Emotional Counter-Therapy». In: *Medicine, Philosophy, and Religion in Ancient China*, Part II. Hampshire: Variorium, pp. 1-19.
- Sivin, Nathan (1998). «The History of Chinese Medicine: Now and Anon». *Positions*, vol. 6, num. 3, pp. 731-762.
- Spence, Jonathan (1969). *The China helpers. Western advisers in China, 1620-1960*. London: Bodley Head.
- Tang, Xiaofeng; Li, Shenlu; Zhao, Bencheng (1996). «A Survey of the Current State of China's Ankang Hospitals». In: Human Rights Watch; Geneva Initiative on Psychiatry (2002). *Dangerous Minds. Political Psychiatry in China Today and its Origins in the Mao Era*. New York: Human Rights Watch, pp. 248-252.
- T'ien, Ju-K'ang (1985). «Traditional Chinese Beliefs and Attitudes Toward Mental Illness». In: Tseng, Wen-Shing; Wu, David Y. H. (1985). *Chinese Culture and Mental Health*. London : Academic Press, pp. 67-79.
- Tseng, Wen-Shing; Wu, David Y. H. (1985). *Chinese Culture and Mental Health*. London : Academic Press.
- Unschuld, Paul (1979). *Medical Ethics in Imperial China, a Study in Historical Anthropology*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press.
- Unschuld, Paul (1985). *Medicine in China. A History of Ideas*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press
- Unschuld, Paul (1988). *Introductory Readings in Classical Chinese Medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic publishers.

- Unschuld, Paul (2003). *Huang Di Nei Jing Su Wen. Nature, Knowledge, Imagery in an Ancient Chinese Medical Text*. Berkeley: University of California Press.
- Unschuld, Paul; Zheng, Jinsheng (2005). «Manuscripts and Sources in the History of Chinese Medicine». In Lo, Vivienne; Cullen Christopher (2005). *Medieval Chinese Medicine. The Dunhuang Medical Manuscripts*. London; New York: Routledge Curzon, pp. 19-44.
- Veit, Ilza (1972). *The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Wang, Hairong (2011). «In the Shadow of Mental Illness». *Beijing Review*, vol.54 num. 40, pp. 22-23.
- Wang Xiaoyun 王晓云 (2009). «Qianwan fuweng bei qizi qiangxing bangru jingshenbingyuan. Caichan zao zhuanyi 千万富翁被妻子强行绑入精神病院 财产遭转移» (Milionario forzato al ricovero coatto dalla moglie. Beni trasferiti) [online]. *Yangcheng Wanbao 羊城晚报 (Yancheng Evening News)*.
<http://news.163.com/09/0414/14/56S9QEFV00011229.html#>
 [2014/10/18].
- Wu, Jing-Nuan (1993). *Ling Shu or The Spiritual Pivot*. Washington: The Taoist Center.
- Xiang, Yu-Tao; Yu, Xin; Sartorius, Norman (et alii) (2012). «Mental Health in China: Challenges and Progress». *The Lancet*, vol. 380, num. 9855, pp. 1715-1716.
- Xu, Shengnan (1994). «Psychophysiological Reactions Associated with Qigong Therapy». In: Human Rights Watch; Geneva Initiative on Psychiatry (2002). *Dangerous Minds. Political Psychiatry in China Today and its Origins in the Mao Era*. New York: Human Rights Watch, pp. 275-280.

- Yan, Yunxiang (2011). «The Changing Moral Landscape». In: Kleinman, Arthur (et al.) (2011). *Deep China. The Moral Life of the Person*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press, pp. 36-77.
- Yang, Desen (1976). «Mental Disease Cannot be regarded as an Ideological Defect. An Opinion on the Essential Nature of Mental Illness». In: Human Rights Watch; Geneva Initiative on Psychiatry (2002). *Dangerous Minds. Political Psychiatry in China Today and its Origins in the Mao Era*. New York: Human Rights Watch, pp. 209-214.
- Yang, Wanli; Wu, Wencong (2012). «Mental Healthcare Emerges from the Shadows» [online]. http://www.chinadaily.com.cn/beijing/2012-02/03/content_16001442.htm [2012/09/18].
- Yin, Pumin (2011). «A Mental Challenge. New Law in the Works to Improve Care for Mentally Ill Persons». *Beijing Review*, vol.54 num. 40, pp. 18-20.
- Zhang Dengben 张登本; Sun Lizhun 孙理军 (a cura di) (2008). *Quanzhu quanyi Huangdi neijing (shangxia) 全注全译黄帝内经(上下) (Il classico interno dell'Imperatore Giallo con note e traduzione complete (prima e seconda parte))*. Beijing 北京: Xinshijie chubanshe 新世界出版社.
- Zhonghua Renmin Gongheguo Gong'an Bu 中华人民共和国公安部 (Ministero di Pubblica Sicurezza della Repubblica Popolare Cinese) (1979). *Zhonghua Renmin Gongheguo xingfa 中华人民共和国刑法 (Codice penale della Repubblica Popolare Cinese)* [online]. <http://www.mps.gov.cn/n16/n1282/n3493/n3763/n493954/494322.html> [2014/10/18].
- Zhonghua Renmin Gongheguo Gong'an Bu 中华人民共和国公安部 (Ministero di Pubblica Sicurezza della Repubblica Popolare Cinese) (2010). *Qiangzhi geli jiedu suo, ankang yiyuan, jiedu kangfu suo de*

zianzhuang ji weilai 强制隔离戒毒所、安康医院、戒毒康复场所的现状 & 未来 (*Situazione attuale e prospettive future per le strutture di isolamento forzato, l'ospedale ankang e le strutture riabilitative da tossicodipendenza*). [online].

<http://www.mps.gov.cn/n16/n1976136/n2280587/2363078.html>

[2014/0512].

Zhonghua Renmin Gongheguo Zhongyang Renmin Zhengfu 中华人民共和国中央人民政府 (Governo Centrale della Repubblica Popolare Cinese) (1986). *Zhonghua Renmin Gongheguo minfa tongze* 中华人民共和国民法通则 (*Principi generali di diritto civile della Repubblica Popolare Cinese*) [online]. http://www.npc.gov.cn/wxzl/wxzl/2000-12/06/content_4470.htm [2014/10/16]

中华人民共和国中央人民政府 (Governo Centrale della Repubblica Popolare Cinese) (2012). *Zhonghua Renmin Gongheguo jingshen weisheng fa* 中华人民共和国精神卫生法 (*Legge della Repubblica Popolare Cinese sulla salute mentale*) [online]. http://www.gov.cn/flfg/2012-10/26/content_2253975.htm [2014/10/13]

Zito, Angela; Barlow, Tani (a cura di) (1994). *Body, Subject and Power in China*. Chicago: The University of Chicago Press.

Sitografia di riferimento

Associazione 'Le Parole Ritrovate' (2010).

<http://www.leparoleritrovate.com/> [2014/05/13].

Associazione 'Solidarietà e Servizio' (2014)

<http://www.solidarietaeservizio.it/ita/index.php> [2014/05/13].

Fare Assieme (2014). <http://www.fareassieme.it/> [2014/05/13].

Estratto per riassunto della tesi di dottorato

L'estratto (max. 1000 battute) deve essere redatto sia in lingua italiana che in lingua inglese e nella lingua straniera eventualmente indicata dal Collegio dei docenti.

L'estratto va firmato e rilegato come ultimo foglio della tesi.

Studente: **TOBIA MASCHIO** matricola: **955786**

Dottorato: **Li.Cu.So – Lingue Culture e Società (Curriculum Cina)**

Ciclo: **XXVI**

Titolo della tesi¹: **L'Uomo con dodici ore di troppo: Psichiatria, antipsichiatria, pratiche e discorso sulla salute mentale nella Cina contemporanea**

Abstract:

L'elaborato si propone di affrontare nella sua prima parte il 'problema della problematizzazione' della malattia mentale in seguito all'introduzione del potere psichiatrico (e conseguentemente dell'antipsichiatria) nella Cina continentale. Per perseguire tale scopo sono state utilizzate le cornici teoriche fornite dall'antropologia medica e dai *Cultural Studies*. Tali discipline si rivelano un valido strumento di analisi del contesto storico, culturale e sociale della Repubblica Popolare Cinese.

Nella seconda parte dell'elaborato vengono analizzate due delle manifestazioni che possono essere considerate frutto del contrasto tra potere psichiatrico e antipsichiatria: l'articolo di legge entrato in vigore a maggio 2013 che ridefinisce il ruolo del malato mentale nella società e ne rafforza i diritti fondamentali e l'apertura sperimentale di strutture deputate sia alla presa in cura del paziente sia alla prevenzione sul territorio. Tali centri vengono creati, organizzati e gestiti in virtù delle convinzioni che sono alla base del movimento antipsichiatrico.

In the first part of my dissertation I intend to address the theoretical issue of the cultural production of meaning about mental illness in Mainland China. The meaning production practice about mental illness has become an even deeper and multi-faceted theoretical problem since the introduction of psychiatry, psychiatric power, and anti-psychiatry. The theoretical framework will be the one provided by Medical Anthropology and Cultural Studies. These disciplines will help me framing the historical, cultural, and social context of mental illness-related meaning production issues in contemporary People's Republic of China.

In the second part of my dissertation I will analyze the aftermath of the productive conflict between psychiatric power and anti-psychiatry in Mainland China. I firstly submit an analysis of the 2013 *Mental Health Law of the People's Republic of China* based on my theoretical framework. This Law is of the utmost importance for its function in defining the role and the rights of the mentally ill in People's Republic of China contemporary society. I will secondly report my field-work based research on two experimental care-giving medical facilities opened in Beijing, Haidian District.

Firma dello studente

¹ Il titolo deve essere quello definitivo, uguale a quello che risulta stampato sulla copertina dell'elaborato consegnato.