

## IV. L'ISTITUZIONE DELLE CLINICHE PSICHIATRICHE IN CINA

“Sulle fibre molli del cervello è fondata la  
base incrollabile dei più saldi imperi”  
Joseph Michel Antoine Servant<sup>1</sup>

### 4.1. L'ospedale psichiatrico: un arrotondamento per difetto.

Nelle pagine precedenti abbiamo delineato le caratteristiche peculiari delle dinamiche di sviluppo del potere disciplinare, e quindi del potere psichiatrico, in virtù di alcune particolari circostanze sociali e politiche che si sono verificate in contesto europeo tra la fine del diciassettesimo secolo e l'inizio del diciannovesimo secolo. La sola considerazione degli eventi storici e dei nuovi assetti sociali non risulta tuttavia sufficiente per comprendere la nascita di questo genere di strutture specifiche. Tali luoghi, vedremo in seguito, si prestano a una serie di caratterizzazioni che vanno oltre la sfera medica e terapeutica, alle quali sono ascrivibili ad un primo approccio. La questione della nascita dell'ospedale psichiatrico merita un allargamento della prospettiva di indagine, allo scopo di includere componenti di natura economica, apparentemente poco compatibili con il campo del sapere del quale si sta tentando di delineare le peculiarità basilari.

Tale approfondimento, nella quale sarà preponderante la menzione di eventi e considerazioni manifestamente legati al contesto europeo, risulterà in seguito necessaria per comprendere ciò che sottende alle dinamiche inerenti allo scenario cinese della istituzione e fondazione delle prime strutture psichiatriche.

---

<sup>1</sup> Citazione tratta da *Discours sur l'administration de la justice criminelle*, in Michel FOUCAULT, *Il potere psichiatrico: corso al College de France (1973–1974)*, Milano, Feltrinelli, 2004, p.315.

Ancor prima di considerare le motivazioni che portarono direttamente e su base volontaria alla creazione di luoghi deputati esclusivamente al contenimento dei malati di mente, risulta necessario capire quali furono i fattori che contribuirono indirettamente alla separazione dei folli dal resto delle altre categorie sociali considerate, unitamente agli insensati<sup>2</sup>, come componenti marginali della società.

Quale cambiamento così radicale ha portato a una distinzione tanto netta tra malati di mente e infermi, libertini, anziani indigenti e orfani, tutte tipologie umane un tempo confinate indistintamente negli stessi luoghi? Alcune delle ragioni di tale nuova distinzione e di un primo tipo di isolamento attuato per esclusione del malato di mente da altre frange di popolazione relegate ai margini della società vanno ricercate nel nuovo assetto economico e nelle conseguenti modalità di produzione che furono ideate durante il diciottesimo secolo.

Tali misure vennero da un lato applicate come reazione alla depressione economica, dall'altro come soluzione allo squilibrio produttivo causato dalla crescita industriale registrata inizialmente soltanto in alcuni paesi europei. La crisi economica si rivelò per molti aspetti decisiva nel determinare la separazione dei malati di mente dalle altre categorie marginali. L'istituzione delle *workhouses* in Inghilterra e la conseguente applicazione di provvedimenti analoghi nel resto d'Europa, ovvero l'impiego, nella maggior parte dei casi coatto, di chiunque potesse ancora essere inserito nei sistemi produttivi rappresentarono una componente decisiva nel processo di identificazione e di attribuzione di uno *status* particolare e privilegiato alla follia<sup>3</sup>. Le economie nazionali poterono disporre di una quantità considerevole di nuovi individui utilizzabili come mano d'opera a basso costo nei contesti in cui più

---

<sup>2</sup> La scelta del termine “insensati” non è meramente stilistica. La distinzione tra insensati e folli, come quella attuata tra *deraison* e *folie*, si basa su presupposti storici precisi. Si inizia a parlare di “follia” propriamente detta con la nascita della psichiatria; la “sragione” fa invece riferimento al campo semantico a cui venivano ricondotte anche altre forme comportamentali considerate devianti.

<sup>3</sup> Michel FOUCAULT, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 1978, pp. 340-345.

raramente era possibile collocare dei lavoratori: le catene di montaggio. Le classi “inferiori” diventarono la preziosa materia che sta alla base dei processi di produzione che assicurano l'esistenza stessa della ricchezza. Mentre nel medioevo la povertà era vista come la giustificazione della ricchezza, dagli inizi del diciottesimo secolo i poveri videro diminuire le probabilità di venir destinati alla reclusione, sinonimo di emarginazione, pratica alla quale erano precedentemente soggetti. *Il ricco non si santifica più per merito del povero; campa*<sup>4</sup>.

La sola malattia e in senso lato l'impossibilità di lavorare diventarono perciò la nuova caratteristica la cui attribuzione comportò un processo di marginalizzazione. Il “povero e malato”, nuova figura negativa in quanto non produttiva, si vide tuttavia esonerato dal processo di internamento in grandi strutture ospedaliere. In Inghilterra, sin dal periodo precedente alla rivoluzione industriale, furono promosse forme di assistenza a domicilio, rispetto alla prassi che in passato era ritenuta la misura più efficace nella gestione delle masse malate, vale a dire l'ospedalizzazione. Le ragioni di questo tipo di svolta furono di natura squisitamente economica<sup>5</sup>.

A causa della sua inevitabile esclusione, attribuibile all'impossibilità di impiego nei processi di produzione industriale, la categoria del malato di mente si trovò per la prima volta formalmente isolata. In tale senso parteciparono all'isolamento anche altre istanze di natura e carattere differente. L'internamento dei folli con altri tipi di malati e criminali divenne inaccettabile sotto diversi punti di vista: l'avvicinamento di un criminale o di un malato a un “insensato” dequalificava pesantemente il già basso stato sociale attribuito ai primi. Tale pratica assunse, nella percezione sia dei carcerati sia dei funzionari carcerari, l'aspetto di un castigo supplementare, severo fino all'eccesso<sup>6</sup>. La dichiarazione dei diritti dell'uomo del 1789 sancì in seguito

---

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 348.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 351.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 336.

definitivamente la separazione dei folli non soltanto dai comuni criminali, o da certi tipi di criminale, ma da chiunque si vedesse attribuire l'appartenenza a un'altra categoria identificabile con la figura del malato; tutto ciò avvenne sì all'insegna della tutela del malato di mente, ma anche in virtù della difesa della popolazione carceraria o ospedaliera dalle minacce delle quali esso era foriero<sup>7</sup>.

Si rese manifesta l'istanza di protezione della società borghese dalla follia, la quale si vide conferire un nuovo statuto pubblico tale da richiedere *la definizione di uno spazio di confino che garantisca la società dai suoi pericoli*<sup>8</sup>.

la follia prese dunque letteralmente possesso dell'internamento, mentre questo si spogliava delle sue altre forme di utilità. Queste dinamiche resero possibile per la prima volta l'ascolto, da parte della categoria medica, delle precise domande e problematiche che la malattia mentale poté finalmente rendere esplicite. La percezione stessa del malato di mente, in precedenza caricata di significati spesso sintomatici dell'impossibilità o della non volontà di comprensione, subì una forte modificazione. Pur rimanendo un elemento liminale nel contesto sociale, dal quale veniva per l'appunto isolato, il pazzo non si vide più attribuire una potenza di negazione della realtà tanto forte quanto quella che ad esso veniva accostato nelle epoche passate:

*la sragione non ha più quel volto strano in cui il medioevo amava riconoscerla, ma la maschera impercettibile del familiare e dell'identico*<sup>9</sup>.

Non è corretto ipotizzare l'attribuzione di un livello di pericolosità percepito come minore rispetto a quanto non accadesse precedentemente: la follia si vede

---

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 357.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 361.

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. 291.

privata del forte potere simbolico con cui un tempo veniva investita, ma non perde molte delle caratteristiche fondamentali che le sono proprie. Nel corso del diciottesimo secolo il suo armamentario diventa più sottile: non passa più attraverso raffigurazioni irreali, grottesche e disperanti. È possibile affermare che dallo straniamento e dall'eterogeneità si passa ad una forte analogia con il normale: la follia diventa un fenomeno con connotazioni di tipo virale, silenzioso, in continua crescita<sup>10</sup>. Del compito di reinventare le caratteristiche della malattia mentale si fa volontariamente carico la categoria medica della psichiatria. Non assistiamo dunque a un'operazione compiuta nella direzione della normalizzazione della malattia tale da portare a una diminuzione del processo di produzione di idee preconcrete, quanto piuttosto a un cambiamento di lessico e di registro. È possibile infatti far risalire allo stesso periodo in cui si osserva la creazione dei primi ospedali psichiatrici anche la nascita della concezione della pratica medica come viene odiernamente intesa. La tendenza all'applicazione di un approccio scientifico all'ospedalizzazione e alla presa in cura dei pazienti nel contesto della malattia mentale non si discosta da quella che era la nuova tendenza in ogni campo del sapere alla fine del diciottesimo secolo. Il corpo del malato diventa letteralmente oggetto di un nuovo tipo di indagine approfondita. Il processo di creazione e definizione delle categorie non sono più basate sulla generalità astratta di natura enciclopedica e induttiva ma sulla particolarità concreta e sulla produzione di ragionamenti deduttivi basati sull'osservazione<sup>11</sup>. Nel caso specifico della malattia mentale il discorso si complica notevolmente: in molti frangenti assistiamo a una vera e propria operazione volontaria di iatrogenesi<sup>12</sup>, si pensi, a titolo di esempio, alla pratica ancor oggi molto

---

<sup>10</sup> *Ibid.*, p. 321.

<sup>11</sup> Michel FOUCAULT, *Nascita della clinica, una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi, 1969, pp. 24-25.

<sup>12</sup> Con il termine "iatrogenesi" si fa comunemente riferimento a peggioramenti e complicazioni dello stato di malattia imputabili a una scorretta applicazione delle terapie o a una imprecisa produzione di diagnosi.

diffusa di medicalizzazione degli stati d'animo<sup>13</sup>. Vedremo in seguito come allo sguardo medico verrà attribuita una serie di caratteristiche che lo renderanno strumento al contempo di guarigione e di controllo.

Si presentò dunque la necessità di sistematizzare l'internamento. In Europa furono due le modalità che maggiormente riscossero successo nell'ambito della costituzione di strutture atte alla contenzione dei folli.

Il modello francese prevedeva inizialmente la riconversione parziale o totale di strutture ospedaliere in grado di ospitare progressivamente un maggior numero di malati, processo a cui seguirà la costruzione *ex novo* di edifici deputati all'internamento e alla cura. Tale tipo di provvedimento, di natura statale, delegava poi alla scienza medica il compito di gestire la presa in cura, la scelta delle terapie la modalità e l'eventualità del rilascio dei pazienti in seguito all'avvenuta guarigione. È in questi luoghi che assistiamo per la prima volta alla sintesi concettuale tra l'alienazione internata e l'alienazione curata<sup>14</sup>. Il processo di normalizzazione del paziente avveniva attraverso la fiduciosa applicazione del trattamento morale<sup>15</sup>, in seguito coadiuvata da altre tecniche all'epoca ritenute efficaci. La minaccia della contenzione fisica, così come l'utilizzo di droghe quali laudano e oppio, etere, terapia elettrica, mesmerizzazione<sup>16</sup> e ipnotismo iniziarono a venir considerati strumenti utili sia all'indagine sulla natura intima della follia, sia allo smascheramento di ogni

---

Tuttavia con il lemma è possibile identificare anche un processo culturale o sociale di vera e propria *creazione della malattia* da parte della biomedicina: in un dato contesto è possibile che venga data una interpretazione di alcuni fenomeni tale da non richiedere un intervento medico, ritenuto invece necessario per motivi di ordine politico o economico.

<sup>13</sup> Si pensi alla problematica rappresentata dalla pubblicazione del DSM (acronimo per *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*). Questo manuale, pubblicato per la prima volta del 1952 dall'APA (*American Psychiatric Association*) e giunto ormai alla sua quarta edizione, sembra essere, secondo l'opinione di molte fonti critiche, il manifesto di questo genere di pratica.

<sup>14</sup> FOUCAULT, *Storia della follia...*, cit., pp. 365-366.

<sup>15</sup> A tale riguardo si consulti il terzo capitolo di questo lavoro, p. 70.

<sup>16</sup> Franz Anton Mesmer (1734 – 1815), medico e astronomo tedesco, fu il creatore della teoria del mesmerismo, formata da componenti di tipo medico/biologico e protopsichiatrico. La mesmerizzazione era una pratica terapeutica, utilizzata per la cura sia delle malattie mentali propriamente dette sia di varie forme di somatizzazione di origine psicologica, che ha gettato le basi per lo sviluppo dell'ipnosi.

tentativo di simulazione<sup>17</sup>.

In Gran Bretagna vennero invece incoraggiate le iniziative di tipo privato: il caso del Ritiro di York, istituzione fondata alla fine del diciottesimo secolo, risulta importante sotto diversi punti di vista. Il Ritiro venne fondato dalla comunità quacchera del luogo come struttura dedicata inizialmente all'accoglimento dei malati di mente che facessero parte della Società degli Amici<sup>18</sup>, offrendo in seguito asilo anche a chi non fosse direttamente legato alla confessione protestante. È un esempio eccellente di come organizzazioni di tipo religioso abbiano contribuito in maniera decisiva allo sviluppo della moderna psichiatria: le componenti di potere disciplinare insite nella gestione e nei regolamenti di tali comunità trovarono una applicazione funzionale nel contesto della cura della malattia mentale.

Samuel Tuke (1784–1857), figlio del fondatore del Ritiro, operò un ampliamento pionieristico e un arricchimento decisivo delle modalità di trattamento morale proposte da Philippe Pinel. Tale contributo si tramutò in seguito in base fondante delle terapie applicate nella cura dei malati di mente in tutta Europa e Stati Uniti. Tuke pose l'accento sulle funzioni svolte dal lavoro e dallo sguardo medico, attribuendo ad essi nuove proprietà: il primo sembrava conferire una ritrovata regolarità alle attività giornaliere del malato, controllandone e raddrizzandone gesto e pensiero; il secondo garantiva la conformazione a un determinato insieme di norme alle quali il paziente si doveva attenere, dispensando stima e plauso nel caso in cui la sua condotta fosse considerabile a norma e diventando sinonimo di certa punizione nel caso in cui i comportamenti non risultassero consoni alle regole imposte<sup>19</sup>.

Si assiste in questo contesto alla nascita dell'ergoterapia e delle sue

---

<sup>17</sup> Michel FOUCAULT, *Il potere psichiatrico: corso al College de France (1973–1974)*, Milano, Feltrinelli, 2004, pp. 245-249.

<sup>18</sup> La Società degli Amici è un appellativo che si riferisce alla confessione quacchera, utilizzato dai suoi stessi membri.

<sup>19</sup> FOUCAULT, *Storia della follia...*, cit., pp. 414-416.

applicazioni in campo psichiatrico e disciplinare. Le possibilità terapeutiche offerte da questo tipo di impiego del tempo del malato non hanno perso il valore attribuito loro e ancor oggi vengono ritenute uno strumento di cura efficace. Tuttavia, tale tipo di operazione svolta nei confronti del corpo del paziente apre un ventaglio di possibilità di analisi che esulano dalle semplici considerazioni di carattere medico. L'ergoterapia, così come l'obbligo del lavoro all'interno delle strutture carcerarie, rappresenta un assoggettamento indiretto a regole ritenute intersoggettivamente valide, sulle quali la società di basa. L'applicazione nel lavoro, la presa di coscienza dei benefici che da esso si possono trarre e da ultimo il progressivo reinserimento nella società che avviene attraverso l'apprendimento di un mestiere, rappresentano una forma di sottomissione individuale a un apparato di produzione, la costituzione di un rapporto di potere verticale che non viene però percepito sotto questo aspetto<sup>20</sup>. È questo un esempio eccellente di cosa si possa intendere per “potere di normalizzazione”<sup>21</sup>, una delle facoltà principali che la psichiatria si è potuta attribuire.

Se fino a questo punto si è fatto riferimento all'ospedale psichiatrico quasi come se fosse una entità di tipo astratto, si rivela ora necessario andare ad analizzare quale è la sua struttura fisica, o più propriamente architettonica. Le considerazioni presentate negli ultimi paragrafi rendono lecito il sospetto che alla base della istituzione dell'ospedale psichiatrico, giustificato dagli scopi nobili che la medicina si prefigge, vi siano concezioni che esulano da questo genere di classificazione e che in potenza possono essere applicate a più contesti contemporaneamente. In altre parole è possibile evidenziare gli aspetti non riconducibili direttamente a un contesto terapeutico.

In precedenza si è accennato a connotazioni attribuibili ad ogni sistema

---

<sup>20</sup> Michel FOUCAULT, *Sorvegliare e punire, Nascita della prigione*, Torino, Einaudi, 2006, p. 266.

<sup>21</sup> FOUCAULT, *Il potere psichiatrico...*, cit., pp. 183-184.



medico che rendono possibile ampliare il campo dei riferimenti a sfere che non riguardano la semplice produzione di modelli esplicativi ritenuti culturalmente e socialmente accettati e plausibili. In virtù di questi presupposti diventa possibile rilevare l'applicazione di molti stratagemmi peculiari del potere disciplinare, sia nella concezione ideale delle funzioni che il manicomio deve espletare, sia nell'aspetto concretamente fisico della struttura. Dati i presupposti che stanno alla loro base, di questi aspetti non è possibile cogliere la funzionalità dal punto di vista medico, ma piuttosto si rivelano concepibili e anzi necessari nel contesto dell'esercizio e del consolidamento di un potere, di un modello economico, e quindi di un tipo di società<sup>22</sup>.

#### **4.2. Il modello del *panopticon* applicato alla struttura ospedaliera.**

L'ordine si rivela essere uno dei prerequisiti fondamentali alla funzionalità dell'applicazione del potere disciplinare<sup>23</sup>. Affinché tale condizione d'ordine si verifichi è necessario esercitare un tipo di controllo che sia auspicabilmente costante e che permetta a chi lo esercita di conoscere in qualsiasi momento tutto ciò che accade nel contesto in cui opera. In che modo è possibile il raggiungimento di tale risultato, che ha come presupposti l'ubiquità e l'onniscenza? La risposta è parzialmente celata in quanto già è stato detto: la psichiatria ha innanzitutto approfittato della nuova condizione di isolamento della malattia mentale per posare su di essa il suo sguardo<sup>24</sup>, non più disturbata dalle interferenze rappresentate dalla condivisione coatta degli stessi spazi di detenzione. Le vecchie modalità di segregazione si sarebbero rivelate controproducenti all'osservazione costante: il soggetto chiuso in cella era nascosto alla vista e la sua pericolosità, vera o supposta,

---

<sup>22</sup> Neil DIAMANT, "China's Great Confinement. Missionaries, municipal elites and police in the establishment of Chinese Mental Hospitals", *Republican China*. 19, 1, pp. 3-6.

<sup>23</sup> FOUCAULT, *Sorvegliare e punire...*, cit., p. 215.

<sup>24</sup> FOUCAULT, *Storia della follia...*, cit., p. 375.

veniva annullata tramite la sottrazione fisica dell'individuo dalla società.

Le tecnologie di potere delle quali ci stiamo occupando agiscono non attraverso il rigetto, come accadeva anticamente, ma attraverso l'incorporazione della categoria che si intende governare; la redistribuzione degli elementi che ne fanno parte permette di esercitare su di essi il maggior controllo possibile e, dove possibile, trarne un profitto<sup>25</sup>. L'intensificazione e la ramificazione del potere passano attraverso la distribuzione, l'organizzazione, la classificazione. Queste operazioni risultano attuabili se si verifica innanzitutto ciò che è possibile definire sinteticamente "incasellamento disciplinare". Tale procedimento si basa sull'applicazione di distinzioni binarie tali da giustificare la presenza dell'individuo all'interno di un luogo circoscritto<sup>26</sup>. La suddivisione della popolazione in virtù dell'appartenenza o meno ad una categoria ritenuta pericolosa rende possibile l'esistenza dell'ospedale, dell'istituto psichiatrico, del penitenziario, della casa di correzione, della *workhouse*. L'estraneità reciproca, unica caratteristica che questi luoghi sembrano condividere, viene annullata se si analizzano le modalità di gestione della disciplina e dell'ordine al loro interno.

La formulazione teorica delle procedure applicate anche nel contesto dell'ospedale psichiatrico è attribuita alla figura del giurista, filosofo e riformatore inglese Jeremy Bentham (1748–1832). Il suo lavoro non si fermò però alla semplice teorizzazione di forme di controllo e disciplinamento atte, nei suoi propositi originali, alla diminuzione del ricorso alla violenza fisica. Allo scopo di garantire l'osservazione delle regole imposte in un dato luogo era possibile ricorrere alla più raffinata applicazione di espedienti disciplinari<sup>27</sup>. Si tratta forse di un esempio di eterogenesi

---

<sup>25</sup> Michel FOUCAULT, *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974–1975)*, Milano, Feltrinelli, 1999, pp.51-52.

<sup>26</sup> FOUCAULT, *Sorvegliare e punire...*, cit., pp. 216-217.

<sup>27</sup> *Ibid.*, p. 218.

dei fini? Gli intenti originari del riformatore sembravano essere imbevuti di uno spirito fortemente orientato al reale miglioramento delle condizioni di vita dell'individuo anche nel contesto della privazione più o meno parziale della libertà. Tuttavia l'evoluzione dei meccanismi di controllo ha portato più di uno studioso al rilevamento di una nuova forma, più raffinata e meno percepibile, di brutalità: è possibile definirla “violenza strutturale”<sup>28</sup>.

Alla fine del diciottesimo secolo, e più precisamente nell'arco di tempo che va dal 1787 al 1791, Bentham si dedicò alla progettazione a tutto tondo della struttura del *panopticon*, concezione teorica e architettonica grazie alla quale è popolarmente nota la sua figura. Come suggerisce l'etimologia stessa del nome, il *panopticon* permette di *osservare tutto*, senza al contempo essere visti. Il ricorso agli accorgimenti suggeriti da Bentham in materia di edilizia disciplinare è riscontrabile ancor oggi in molte strutture dove sia ritenuta necessaria una forma di controllo efficace<sup>29</sup>.

È possibile immaginare quali siano le caratteristiche concrete di tale edificio basandosi sulla sua descrizione. La struttura si sviluppa verticalmente su base circolare, ogni piano di tale struttura presenta una serie di celle con una finestra che guarda all'esterno e una grata che permette di sorvegliare l'ospite dall'interno dell'edificio. L'osservazione viene attuata da una torre posta al centro della struttura. Chi guarda non può essere scorto in nessun modo: la luce necessaria proviene dalle celle stesse, poste attorno alla struttura centrale, e le finestre da cui è possibile controllare la condotta dei soggetti sono schermate<sup>30</sup>. Con tale sistema, che consente

---

<sup>28</sup> La definizione di “violenza strutturale” attribuibile a Johan Galtung, tende a identificare la manifestazione di sofferenza e disagio indotte anche da forme di sorveglianza e disciplinamento tali da rendere impossibile all'individuo la soddisfazione delle proprie necessità primarie attraverso l'incorporazione dello stesso all'interno di un sistema sul quale non può esercitare alcun tipo di controllo. In proposito all'applicazione del concetto di violenza strutturale si confronti FARMER, Paul, “Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale”, in QUARANTA, Ivo (a cura di), *Antropologia medica – I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2006, pp. 265-269.

<sup>29</sup> *Ibid.*, p. 122-123.

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 218.

la “collezione di individualità separate” tramite l'isolamento e l'osservazione potenzialmente costante, è possibile prevenire tutte le eventualità non auspicabili che si presenterebbero nel tentativo di gestire una folla soggetta a minor controllo. Sedizione, influenze negative, contagio, violenza reciproca, incidenti sul lavoro, furti o copiatura in contesto scolastico sono accadimenti che rimangono legati alla sfera delle ipotesi. Ciò che viene indotto nella mente del detenuto è la consapevolezza di trovarsi in uno stato di costante visibilità. Il potere disciplinare subisce dunque la spersonalizzazione più estrema e conseguentemente si esprime al massimo delle proprie potenzialità: l'autorità è visibile ma non verificabile e i soggetti che ne subiscono l'azione ne diventano portatori. Non dovendo neppure più far ricorso alla presenza fisica si abolisce di conseguenza l'uso della forza per indurre il malato di mente alla quiete, il carcerato alla buona condotta, l'operaio all'alacrità, lo scolaro all'applicazione, il malato all'osservanza delle prescrizioni<sup>31</sup>.

Le funzionalità di base della strutturazione panottica applicata all'ospedale psichiatrico consentirono uno sviluppo ulteriore delle possibilità di sfruttamento di tale meccanismo di disciplinamento. Il *panopticon* si presta infatti alla funzione accessoria di *macchina per fare esperienze*<sup>32</sup>. È infatti in un contesto in cui vigono i presupposti appena descritti che si osserva il passaggio da ospedale a clinica. La non sinonimia dei due termini risiede nell'utilizzo sostanziale dell'ospedale e dell'istituto psichiatrico come strumento per la produzione di sapere scientifico, ottenibile attraverso la raccolta di esperienza. La redazione del “diario di asilo”, pratica antesignana alla compilazione della cartella clinica, è il primo passo verso la trasformazione in luogo di produzione di conoscenza della struttura ospedaliera<sup>33</sup>. La malattia mentale, tra le mura della clinica, non è più considerata un soggetto in grado

---

<sup>31</sup> *Ibid.*, pp. 219-221.

<sup>32</sup> *Ibid.*, p. 222.

<sup>33</sup> FOUCAULT, *Storia della follia...*, cit., p. 374.

di suscitare timore, ma viene dequalificata a oggetto di osservazione. Nasce di fatto da questi presupposti il manicomio nella sua accezione più completa e a noi più familiare. Il processo di oggettivazione della follia la depotenzia, privandola della componente inintelligibile che rappresentava, in ultima analisi, base e fondamento della sua capacità di esercitare soggezione e paura. Il ritiro acquisisce potere di guarigione in quanto riconduce la follia a una verità intelligibile, classificabile e riutilizzabile<sup>34</sup>.

*L'esperienza ospedaliera nella sua pratica quotidiana assume la forma generale di una pedagogia; [...] la verità si insegna da sé ed allo stesso modo allo sguardo dell'osservatore sperimentato e a quello dell'apprendista ingenuo<sup>35</sup>.*

La clinica diventa il presupposto fondamentale per la coerenza scientifica, l'utilità sociale e la purezza politica della nuova organizzazione medica. Si attua una identificazione del luogo con l'esercizio stesso della scienza medica, essendo essa l'espressione della necessità di osservare ai fini di un processo di cura del malato il più efficace possibile<sup>36</sup>.

L'osservazione clinica in manicomio è considerata possibile soltanto se alla sua base vige una distribuzione tattica del potere che conferisca al medico psichiatra la capacità di essere in ogni luogo e in ogni momento<sup>37</sup>. In virtù di questo tipo di esigenze si giustificò l'applicazione delle teorie e delle pratiche che sono proprie della concezione del *panopticon*, portando come risultato uno sviluppo circostanziato e originale dei costrutti teorici che stanno alla sua base.

L'ospedale, o per meglio dire la clinica, arriva a coincidere idealmente con il

---

<sup>34</sup> *Ibid.*, pp. 402-404.

<sup>35</sup> FOUCAULT, *Nascita della clinica*, cit., p. 81.

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 117.

<sup>37</sup> FOUCAULT, *Il potere psichiatrico...*, cit., p. 18.

corpo stesso del medico che vi opera<sup>38</sup>: egli è in grado di controllare tutto e da questa osservazione perpetua derivano i suoi poteri. La funzione terapeutica della clinica, inoltre, è garantita proprio dalla identificazione e dalla sintesi quasi fisica del luogo con chi lo dirige. Lo sguardo medico, come già è stato accennato, ha poteri taumaturgici e al tempo stesso è garanzia di disciplina. Dunque il manicomio rappresenta la sede dove sono possibili i processi di osservazione e produzione scientifica, ma al contempo è anche luogo di scontro tra la follia e la realtà, tra il paziente e il medico<sup>39</sup>.

Sino a questo punto si sono descritte le cause che hanno portato alla costituzione dell'ospedale psichiatrico in Europa tra la fine del diciottesimo e l'inizio del diciannovesimo secolo. È possibile parlare di due tipologie differenti di processi che hanno portato alla configurazione di tale luogo, dovuti a motivazioni di carattere interno ed esterno. Per quanto riguarda il primo insieme di cause, è lecito affermare che l'organizzazione della struttura manicomiale ha risentito pesantemente dell'esercizio del potere disciplinare al suo interno: ad esso deve la strutturazione delle sue caratteristiche di fondo. Nel novero delle cause esterne è necessario includere innanzi tutto i movimenti sociali, politici e culturali avvenuti alla fine del diciottesimo secolo e le modifiche degli assetti economici, collocabili cronologicamente agli inizi del diciannovesimo secolo. Tali accadimenti, oltre ad aver rappresentato il retroterra storico che ha permesso la conformazione stessa di modalità di potere alternative a quelle esercitate dal sovrano, hanno fatto sì che l'applicazione del potere disciplinare venisse considerata necessaria e giusta, in una prospettiva di paragone con quanto avveniva nelle precedenti epoche.

Sotto l'influenza più o meno diretta del lavoro di Michel Foucault, molti

---

<sup>38</sup> *Ibid.*, p. 172.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 289.

studiosi hanno guardato al risultato del concatenamento dei processi descritti sinteticamente in queste pagine come all'attuazione di uno strutturato piano di “confinamento di massa”<sup>40</sup> di una porzione considerevole di popolazione: nel caso specifico le persone affette da disturbi mentali. Tenendo presente quanto è stato fino ad ora esposto è possibile considerare come dati per acquisiti i presupposti e gli strumenti di analisi che ci consentiranno di volgere la nostra attenzione alla istituzione delle strutture deputate alla detenzione e al trattamento terapeutico dei malati di mente in contesto cinese.

### **4.3. Un fortunato caso di esportazione dall'occidente alla Cina.**

Nei capitoli precedenti abbiamo osservato come in Cina non si siano presentati spontaneamente, o almeno non in epoca moderna, i presupposti alla istituzione di ospedali o cliniche psichiatriche. Nonostante il sistema medico tradizionale cinese si distinguesse per una cospicua quantità di conoscenze e modelli interpretativi tali da dare una spiegazione culturalmente e scientificamente accettata della malattia mentale, non si assistette alla nascita di una vera e propria categoria medica specialistica. La psichiatria rimase una eventualità in potenza in seno alla scienza medica cinese. Alla luce delle considerazioni presentate nelle pagine precedenti<sup>41</sup> e sulla base dei fattori esposti in questo capitolo è possibile affermare che, pur potendo attribuire al sistema di governo cinese in età imperiale una componente di ibridazione tra potere di sovranità e potere disciplinare, non si sono verificati alcuni eventi di fondamentale importanza per il pieno sviluppo del potere psichiatrico e della conseguente istituzione del manicomio. Il non verificarsi di una rivoluzione industriale in Cina durante l'epoca Qing non ha essenzialmente reso necessaria l'ideazione di nuove forme di controllo, così come non ha causato la nascita di nuovi

---

<sup>40</sup> DIAMANT, “China's Great Confinement...”, cit., p. 3.

<sup>41</sup> Si confrontino pp. 53-54, 59, 68-69 e 87-91 di questo lavoro.

discriminanti sociali basati sulla nozione di “produttività” e la successiva redistribuzione della popolazione, sia nel contesto delle categorie ritenute marginali sia nella più ampia prospettiva di un incasellamento disciplinare il cui raggio d'azione fosse maggiormente esteso.

L'allargamento delle prospettive economiche in paesi come la Francia o l'Inghilterra ha spinto tali entità statuali a investire risorse ed energie nel tentativo di ampliare le maglie delle proprie reti di commercio. Il perseguimento di tali desideri ha spesso portato a conseguenze estreme: si pensi alle Guerre dell'Oppio (1839–1842 e 1856–1860) e alla conseguente redazione dei Trattati Ineguali. I rapporti tra impero cinese e potenze europee furono destinati a una progressiva intensificazione, i cui frutti non furono il semplice scambio di merci e beni materiali.

L'introduzione della scienza medica di matrice occidentale in Cina ha incontrato meno ostacoli di quanti non se ne fossero presentati innanzi a iniziative di tipo economico o politico<sup>42</sup>. La tendenza al sincretismo filosofico e teologico, condizione necessaria alla coesistenza e reciproca influenza di religioni e sistemi di pensiero sviluppatasi in contesto cinese o introdotti da paesi confinanti, ha subito una declinazione anche per quanto riguarda l'approccio alle materie e alle conoscenze scientifiche più caratterizzate e caratterizzanti dell'occidente. Questo processo di amalgama dei saperi era già in atto in Cina ed era dovuto alla progressiva introduzione di influenze in diverse discipline, derivanti dalla presenza dei padri gesuiti a partire dalla fine del sedicesimo secolo. È possibile affermare che lo sviluppo scientifico cinese ricevette nuova linfa dall'introduzione di concezioni mediche squisitamente occidentali dalla metà del diciannovesimo secolo in poi. Questo genere di tendenza trova una legittimazione teorica nel principio *zhongxue wei ti xixue wei yong* 中學為體西學為用, *dottrina cinese come sostanza, dottrina*

---

<sup>42</sup> Nathan SIVIN, “The history of Chinese medicine: now and Anon”, *Positions*, 6, 3, 1998, p.732.



*occidentale in funzione strumentale*<sup>43</sup>.

Il contesto preciso in cui la psichiatria trova tra il 1895 e il 1898 una prima concreta base di stanziamento in territorio cinese risulta essere la città di Guangzhou<sup>44</sup>. In questo stesso luogo la Medical Missionary Society, ivi istituita nel 1838, fu la responsabile della fondazione del primo ospedale occidentale, il Canton Ophthalmic Ospital<sup>45</sup>. Tale opera fu possibile grazie ai finanziamenti del Board of Missions of the American Presbyterian Church<sup>46</sup>. A causa una serie di motivi che in seguito analizzeremo più in dettaglio, la psichiatria, rispetto ad altre branche della medicina occidentale come la chirurgia, riscontrò una serie di difficoltà ulteriori nell'affermarsi come disciplina utile e necessaria<sup>47</sup>.

Nella stessa epoca si assiste alla fondazione di strutture psichiatriche anche in altre località: Beijing, Suzhou e Shanghai. Tuttavia ai fini di questo lavoro presteremo particolare attenzione alla nascita e allo sviluppo di una sola struttura, il John G. Kerr Hospital for the Insane, situato alla periferia di Guangzhou. Le motivazioni alla base di questa scelta sono di varia natura: l'ospedale psichiatrico di Guangzhou rappresenta sia cronologicamente sia nella pratica il primo e più efficace esempio di applicazione delle teorie e del *modus operandi* propri della psichiatria occidentale; in seconda istanza la documentazione più ricca risulta essere proprio quella che si riferisce e che è stata prodotta nel contesto di questa struttura ospedaliera.

John Glasgow Kerr (1824–1901), medico missionario statunitense già attivo all'interno del Canton Ophthalmic Ospital, al momento del suo ritiro dall'attività professionale acquistò del terreno nell'area rurale periferica alla città di Guangzhou,

---

<sup>43</sup> Filippo COCCIA, *Sulla Cina*, Napoli, Istituto Universitario Orientale, 1998, pp. 491-494.

<sup>44</sup> DIAMANT, "China's Great Confinement...", cit., p. 8-9.

<sup>45</sup> Pur utilizzando in questa trattazione la trascrizione *pinyin* per i toponimi si è preferito mantenere la dicitura presente nei testi consultati, facendo essi riferimento all'effettivo nome della struttura ospedaliera.

<sup>46</sup> Jonathan SPENCE, *The China helpers: Western advisers in China, 1620–1960*, London, Bodley Head, 1969, pp.29-31

<sup>47</sup> Veronica PEARSON, *Mental Health Care in China: State Policies, Professional Services and Family Responsibilities*, London, Gaskell, Royal College of Psychiatrists, 1995, p. 9.

allo scopo di istituirci un rifugio per i malati di mente. Le convinzioni su cui fondò la scelta di edificare una struttura psichiatrica erano di molteplice natura: da un lato si era persuaso all'idea che andassero presi dei provvedimenti al fine di migliorare le condizioni di vita dei malati di mente; in seconda istanza riteneva fosse necessario uno sforzo ulteriore per diffondere in Cina il messaggio evangelico e al contempo la conoscenza della psichiatria, anche tramite l'espedito di mettere a parte la popolazione dei supposti pericoli rappresentati dagli individui affetti da disagi mentali<sup>48</sup>. L'ospedale prese infatti il nome con cui è oggi conosciuto soltanto tra il 1910 e il 1915: in precedenza era noto come John G. Kerr Refuge for the Insane. Vedremo in seguito come la scelta della sostituzione lessicale di *refuge* con *hospital* sia sintomatica delle trasformazioni, tanto nell'architettura quanto nella prassi medica, che la struttura subì nel corso degli anni<sup>49</sup>.

L'istituzione del rifugio per i malati di mente fu resa attuabile e venne mantenuta negli anni grazie allo sforzo congiunto di diversi gruppi interessati alla sua messa in opera: i già citati missionari medici, un gruppo di mercanti e il dipartimento di polizia della città di Guangzhou. Alla base di questo sforzo congiunto stava la necessità, sentita dagli ufficiali di polizia *in primis*, di deputare una struttura all'accoglienza dei malati di mente privi di familiari e lasciati perciò liberi di vagare per le vie cittadine rappresentando un potenziale pericolo per la popolazione e una costante componente di disturbo della quiete pubblica<sup>50</sup>.

La collaborazione tra il personale medico e le forze dell'ordine segna un primo passaggio importante nel processo di conferma della necessità del potere psichiatrico: come già è stato precedentemente esplicitato era avvenuto un processo di stigmatizzazione della malattia mentale atto a dipingere chi ne fosse affetto come un

---

<sup>48</sup> DIAMANT, "China's Great Confinement...", cit., p. 10.

<sup>49</sup> *Ibid.*, p.13.

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. 11.

elemento criminaloide. La delega della responsabilità della riabilitazione dell'individuo all'interno della società alla struttura psichiatrica segna un progresso notevole verso l'approvazione nei confronti dell'adozione di misure caratteristiche dei dispositivi di disciplina concepiti in Europa. Resta da capire quale fosse l'interesse nutrito da parte della categoria mercantile nei confronti dell'ospedale psichiatrico.

Tra le modalità curative tipiche della psichiatria dell'epoca, all'interno del Kerr Refuge si attribuì particolare validità alla già menzionata ergoterapia, con tutte le connotazioni che le sono proprie<sup>51</sup>. L'utilizzo dei pazienti in laboratori preposti alla produzione di corda era legittimato dai benefici terapeutici attribuiti a questo genere di impiego del tempo dell'ospite. Non si trattava di un tipo di attività fine a sé stessa: i proventi di questo genere di attività contribuivano notevolmente al mantenimento economico della struttura. I mercanti di Guangzhou sostennero di buon grado i progetti di Kerr, nella prospettiva di poter acquistare a prezzi inferiori prodotti semilavorati che venivano impiegati come materiali di base per la creazione di altri beni di consumo. La polizia stessa vedeva di buon occhio questo genere di attività mercantile in quanto i pazienti, una volta restituita loro la libertà, potevano essere considerati degli individui meno problematici e più facilmente reinseribili nel contesto sociale, possedendo essi nuove capacità che potevano rivelarsi loro utili nella ricerca di un lavoro<sup>52</sup>.

L'idea del riscatto e della rieducazione attraverso il lavoro, concezione considerabile come uno dei cardini dell'applicazione del potere disciplinare in contesto europeo, ha marcato profondamente il pensiero cinese. Tale pratica, in ossequio all'esempio occidentale, trovò applicazione anche nelle carceri cinesi, seppur in tempi relativamente recenti, dopo il 1903, diventando in seguito la norma. Nel

---

<sup>51</sup> Si confrontino pp. 98-99 di questo lavoro.

<sup>52</sup> DIAMANT, "China's Great Confinement...", cit., p. 12.

corso degli anni questo tipo di tendenza è stato oggetto di sviluppi originali: cambiarono i soggetti, le motivazioni di fondo, i luoghi e il contesto storico e sociale. Non è possibile non rilevare delle analogie tra l'utilizzo che venne fatto del lavoro negli ospedali psichiatrici e che sarebbe stato istituzionalizzato nei campi di rieducazione mezzo secolo dopo<sup>53</sup>.

Come già in precedenza si è accennato, il Refuge venne riconvertito non solo nominalmente in vero e proprio ospedale nel secondo decennio del novecento. Tale cambiamento avvenne sia in virtù delle progressive opere di ampliamento strutturale dell'edificio (all'epoca della sua fondazione poteva ospitare un massimo di venticinque degenti contro i cinquecento registrati nel 1933<sup>54</sup>), sia alla decisiva opera di panottizzazione dell'istituzione. La conversione del rifugio in ospedale clinico venne giustificata dalla rigidità sempre maggiore con cui al suo interno si producevano diagnosi, si applicavano espedienti terapeutici e si registravano i progressi operati dai pazienti, operando di fatto nella prospettiva della tesaurizzazione dell'esperienza medica. Erano previste visite di studenti e funzionari che frequentavano la scuola governativa di legge, così come studenti di missioni e istituzioni straniere che implementavano in tale maniera gli studi di sociologia e servizi sociali. Nel 1917 la struttura era diventata un polo didattico a tutti gli effetti<sup>55</sup>.

L'esempio del John G. Kerr Hospital for the Insane può essere utilizzato come riferimento per quanto riguarda la diffusione della psichiatria sia nella pratica medica sia nel contesto accademico in Cina. Si è notato come i presupposti iniziali dell'opera di Kerr non fossero di natura solamente scientifica: c'è stato bisogno di un ampio ventaglio di motivazioni per legittimare la costruzione e l'istituzione dell'ospedale. Analogamente, lo sviluppo della struttura in una forma pienamente identificabile con

---

<sup>53</sup> *Ibid.*, pp.33-34.

<sup>54</sup> PEARSON, *Mental Health Care...*, cit. p.10.

<sup>55</sup> DIAMANT, "China's Great Confinement...", cit., p. 17.

il modello della clinica psichiatrica richiese del tempo: i progressi delle controparti europee furono relativamente più rapidi e si verificarono almeno un secolo prima. Al di là delle motivazioni di tipo storico, che sono alla base dell'introduzione delle scienze in territorio cinese, sono altre le componenti dell'iniziale esitazione del mondo accademico cinese all'accettazione della psichiatria nel novero delle scienze propriamente dette.

Il plauso da parte delle organizzazioni mercantili, la costante opera di sensibilizzazione della popolazione e il beneplacito, se non la collaborazione diretta, delle forze dell'ordine hanno sicuramente contribuito alla diffusione dell'idea dell'opportunità e della necessità di una ospedalizzazione sistematica ed efficiente dei malati di mente. Risulta però necessario rammentare che la fondazione e lo sviluppo della clinica di Kerr, così come l'istituzione delle altre strutture psichiatriche menzionate, si rivela essere un'iniziativa delle singole municipalità o al limite estremo delle singole province, più che il frutto di una campagna statale. In questo senso il primo piano nazionale per la coordinazione degli ospedali psichiatrici avrà luogo soltanto nel 1930<sup>56</sup>.

Dal punto di vista scientifico è corretto ammettere che in un primo momento la varietà delle interpretazioni nosografiche proprie della psichiatria occidentale, o se non altro le sue componenti moralistiche e religiose molto forti, hanno combaciato con le interpretazioni fornite dalla medicina tradizionale cinese o basate su elementi culturalmente condivisi, creando i presupposti perché si instaurasse un dialogo tra i due sistemi medici. Alcune forme di delirio religioso, la mania di grandezza e diverse manifestazioni di quella che viene definita erotomania rappresentavano terreno comune per i due modelli interpretativi. La stessa convinzione che fosse possibile dedurre la somatizzazione del disagio mentale da alcune componenti di natura

---

<sup>56</sup> DIAMANT, "China's Great Confinement...", cit., p. 7.

esterna rappresentò un'ulteriore similitudine: era convinzione condivisa che il malato di mente si esibisse in inconsueti movimenti delle mani, del corpo, dei muscoli facciali<sup>57</sup>.

La concezione somatopsichica della fisiologia umana, uno dei tratti caratteristici della medicina tradizionale cinese, ha d'altro canto rappresentato un ostacolo dai tratti decisamente marcati nell'accettazione della psichiatria, e per traslato della neurologia, al di là delle possibili somiglianze tra modelli interpretativi. La Società Cinese di Neurologia e Psichiatria venne fondata a Beijing solamente nel 1931, in concomitanza con l'attivazione di corsi dedicati presso gli atenei di medicina<sup>58</sup>.

È opinione diffusa che durante la prima metà del ventesimo secolo la psichiatria non ebbe la diffusione auspicata in Cina, nonostante gli sforzi in questo senso siano stati notevoli. Tra le altre motivazioni adducibili è possibile menzionare le difficoltà di tipo linguistico riscontrabili anche nella trasmissione delle nozioni più basilari: la psichiatria ha legami e caratterizzazioni culturali molto più forti degli altri tipi di scienza medica. In secondo luogo è necessario considerare la scarsa credibilità di una branca della scienza ancora relativamente giovane che non aveva collezionato successi manifestamente eclatanti, come invece erano stati conseguiti in altri campi medici, primo tra tutti la chirurgia<sup>59</sup>. L'attecchimento in una cultura e in un contesto di pratica medica così stratificati non poteva che avvenire in tempi molto più lunghi<sup>60</sup>.

Le spinte filantropiche, che come abbiamo visto erano alla base degli intenti dei primi psichiatri che operarono in Cina, avevano una forte componente religiosa o più o meno umanitaria in senso lato. Tale tipo di discorsi era comunque spesso

---

<sup>57</sup> *Ibid.*, pp. 14-15.

<sup>58</sup> PEARSON, *Mental Health Care...*, cit. p.12.

<sup>59</sup> SPENCE, *The China helpers...*, cit. pp. 36-42.

<sup>60</sup> LIN, Tsung-Yi, "The Shaping of Chinese Psychiatry", in *mental health Planning for One Billion People; A Chinese Perspective*, Vancouver, University of British Columbia Press, 1985, p. 5.

pronunciato in funzione di strumento di legittimazione nel contesto più ampio dell'imperialismo di origine occidentale. In seguito alla nascita del nazionalismo di stampo rivoluzionario non sarebbero più state possibili per molto tempo forme di partecipazione e collaborazione così profonde da poter contare su un grande numero di personalità mediche eminenti e su una relativa ricchezza delle conoscenze condivise<sup>61</sup>.

È possibile affermare che in Cina, tra la seconda metà del diciannovesimo secolo e la prima metà del ventesimo secolo, lo sviluppo della psichiatria come è stata originariamente concepita in Europa e l'istituzione degli ospedali psichiatrici, concretizzazione tangibile del consolidamento del potere di tipo disciplinare e psichiatrico, ha subito sorti alterne.

La convinzione inerente alla opportunità della creazione di luoghi deputati alla segregazione e alla cura dei malati di mente era generalmente diffusa e trovò terreno fertile nel contesto delle amministrazioni locali e di differenti gruppi e corporazioni di cittadini muniti, in quantità più o meno ampie, di potere decisionale. I vantaggi in termini di sicurezza sociale e quelli di natura economica o educativa erano percepibili e contribuirono notevolmente ad incrementare sia le donazioni pecuniarie sia altre forme di supporto necessarie al sostentamento di un ospedale psichiatrico.

A livello di diffusione nazionale, tuttavia, la psichiatria faticò a trovare il consenso istituzionale e accademico, vedendosi dunque delegare molto tardi il potere e l'autorità che in occidente ottenne in tempi molto più brevi. Alla base di questo parziale e temporaneo insuccesso è possibile collocare da un lato una eterogeneità di fondo tra due sistemi medici fortemente caratterizzati dal proprio retroterra culturale, dall'altro la mancata analogia dei rispettivi scenari dal punto di vista storico, amministrativo, economico e, in ultima analisi, sociale.

---

<sup>61</sup> PEARSON, *Mental Health Care...*, cit. p.15.