

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di Laurea Magistrale in
PSICOLOGIA CLINICO – DINAMICA



Tesi di Laurea Magistrale in
**Credere nella Possessione: tra Consuetudine e Bisogno di
Trascendenza**

Believing in Possession: between Custom and Need of Transcendence

Relatrice:

Prof.ssa Ines Testoni

Correlatore:

Dott. Alex Vischio

Laureanda: Denise De Bona

Matricola: 2018816

Anno accademico 2021/2022

INDICE

Introduzione.....	5
1. FENOMENOLOGIA DELLA POSSESSIONE: APPROCCIO RELIGIOSO – CULTURALE.....	6
1.1. Definizione del fenomeno e tipologie di possessione.....	6
1.2. Radici storico-culturali.....	16
1.3. Dalla demonologia cristiana alla psicopatologia della possessione.....	20
2. PSICOPATOLOGIA DELLA POSSESSIONE: DALL'APPROCCIO PSICHIATRICO ALL'APPROCCIO INTEGRATO.....	25
2.1. Approccio psichiatrico e classificazioni diagnostiche.....	25
2.2. Lettura critica alle categorie diagnostiche.....	38
2.3. Approcci complementari alla cura psichiatrica: verso un approccio integrato.....	43
3. RICERCA APPLICATA SUL FENOMENO.....	50
3.1. Obiettivi della ricerca e ipotesi.....	50
3.2. Metodologia e strumenti.....	50
3.2.1. Il metodo quantitativo.....	52
3.2.2. Il metodo qualitativo.....	66
3.3. Partecipanti.....	72
3.4. Analisi dei dati e analisi tematica.....	75
3.4.1. Risultati quantitativi.....	75
3.4.2. Risultati qualitativi.....	89
3.5. Discussione.....	121
4. CONCLUSIONI.....	134

4.1. Punti di forza, imiti e prospettive future della ricerca.....	135
5. BIBLIOGRAFIA.....	137

INTRODUZIONE

Il motivo di questa ricerca trae origine dalla volontà di contribuire a colmare le lacune presenti in letteratura inerenti le credenze di possessione e le esperienze straordinarie in relazione alla necessità di assistenza spirituale – pastorale. Pertanto, l'utilità di questa ricerca risiede nel suo contributo a fornire ulteriori delucidazioni in merito al crescente e problematico fenomeno di 'pellegrinaggio' nella richiesta di cura. Il fenomeno menzionato allude all'ostinazione da parte delle persone di ricercare operatori alternativi alla cura psicologica (es. stregoni, medium, sciamani, esorcisti) di fronte all'insoddisfazione derivante delle tradizionali forme di supporto psicologico. Basti pensare che circa il 90% delle persone in Italia contatta abitualmente un esorcista per richiedere sostegno spirituale (Cerunzio, 2019) indicando presumibilmente, che vi sia un bisogno di trascendenza rimasto insoddisfatto; una ricerca di senso che possa dunque colmare il disagio psicologico esistenziale della persona. In tal senso, si necessita una maggiore considerazione e conoscenza di tale disagio così avvertito sul piano metafisico ed esoterico, per poter esercitare pienamente la professione di aiuto. A tal proposito non si avverte solo la necessità teoretica di studiare il fenomeno, ma anche una necessità pratica di dover consapevolizzarsi sulle ripercussioni nella prassi clinica individuando nuovi efficaci piani di assistenza. Infatti, questo studio consentirebbe di richiamare i professionisti della salute sulla doverosa esigenza di occuparsi delle necessità spirituali degli assistiti, ponendo fine alla negligenza che tutt'oggi demistifica tale bisogno, sia individuale che sociale, di essere considerati integralmente secondo un approccio olistico biopsicosociale-spirituale e culturale.

A tal proposito, nel primo capitolo il fenomeno della possessione verrà approfondito secondo la prospettiva religiosa – culturale; nel secondo capitolo sarà analizzato secondo l'approccio psichiatrico e l'approccio integrato; nel terzo capitolo, invece, verrà riportata la ricerca applicata sul fenomeno, la quale ha l'obiettivo di indagare il rapporto tra il disagio psicologico e quello spirituale tramite il metodo misto. In merito al metodo quantitativo i 9 questionari proposti sono stati compilati da 217 partecipanti, di cui 27 hanno anche fatto l'intervista semi strutturata.

CAPITOLO 1

FENOMENOLOGIA DELLA POSSESSIONE: APPROCCIO RELIGIOSO CULTURALE

1.1. Definizione del fenomeno e tipologie di possessione

Il fenomeno sociale delle credenze di possessione e di richiesta di assistenza spirituale esorcistica è molto più presente di quanto si voglia pensare. Basti pensare che negli Stati Uniti tra i primi anni '60 e la metà degli anni '70, secondo Malachi Martin (1992 citato in Betty, 2005), sia stato registrato un aumento del 750% di esorcismi effettuati. Pertanto, negli ultimi decenni, gli studiosi hanno assistito a una rinascita delle credenze nei demoni e delle pratiche relative all'esorcismo nelle società contemporanee (Martin 1992; Cuneo 2001; Laycock 2015 citati in Bauer & Doole, 2022). Una richiesta sociale che è stata riportata anche dai dati pubblicati da La Sicilia, riportando che dal 2012 i casi di siciliani ritenuti vittima di possessione e sottoposti a un esorcismo sono triplicati (Gabriele, 2019). A tal proposito, secondo le statistiche ogni anno in Italia mezzo milione di persone si rivolge a un esorcista che effettua sulla loro persona un rituale esorcistico (Baglio, 2009; citato in Giordan & Possamai, 2018); “fra queste, il 65% delle persone è costituito da donne di livello culturale medio-basso provenienti dalle regioni meridionali; inoltre, quasi la metà di tutti gli esorcisti cattolici sono italiani. Emerge dunque una realtà: nella penisola il numero di coloro che ritengono di essere posseduti dal demone è particolarmente alto” (Nicolotti, 2016, p. 7). Pertanto, le recenti statistiche mostrano che circa il 90% di persone in Italia contatta abitualmente un esorcista per richiedere sostegno spirituale (Cerunzio, 2019). Inoltre, questa continua esigenza di liberazione, sia essa per casi di possessione conclamati secondo la prospettiva religiosa – culturale, sia essa per difficoltà di ordine psicologico – spirituale, ha comportato la nascita di corsi di aggiornamento e formazione per la comunità degli esorcisti in Italia (Giordan & Possamai, 2016). Basti pensare alla fondazione dell'Associazione Internazionale degli Esorcisti (AIE) che ha sviluppato il corso di Esorcismo e Preghiera della Liberazione presso l'Università *Vaticana Regina Apostolorum* a Roma; e alle innumerevoli pubblicazioni divulgate dai rappresentanti cattolici, carismatici o evangelici, come

un'ulteriore testimonianza della rilevanza del tema esorcistico nel cristianesimo (Bauer & Doole, 2022). Tuttavia, bisogna precisare che la richiesta di assistenza spirituale spesso trae origine da credenze di influenze negative che a causa di malocchi, maledizioni o fatture, condannano l'esistenza della persona o dell'intera famiglia a spiacevoli sofferenze. Come sostenuto anche da Betty (2015) i casi di possessione 'pura' sono molto rari. A sostegno di ciò, dall'analisi sociologica dei dati raccolti in un periodo di 10 anni, è stato scoperto che solo il 5% delle consultazioni iniziali porta a un rituale di esorcismo e che un riavvicinamento con rituali di liberazione si trova per la gran maggioranza dei casi (Giordan & Possamai, 2018). Inoltre, gli Autori hanno appurato che nel 40% dei 55 casi di esorcismo registrati, la persona sembra riprendersi e sentirsi liberata denunciando di non avere più bisogno di esorcismi; tuttavia, ciò non significa necessariamente che il disagio psicologico sia risolto senza alcune possibili ricadute successive (Giordan & Possamai, 2018). Ad ogni modo, nonostante l'innunerevole richiesta, l'AIE riporta una notevole sproporzione tra i casi di richiesta di assistenza spirituale e la reale disponibilità da parte di esorcisti, appunto carenti nel territorio (309 preti esorcisti in Italia, circa 800 a livello internazionale secondo l'AIE). Nel caso italiano e dei Paesi cattolici è naturale che tale credenza sia diffusa, poiché sostenuta e favorita dall'ambiente culturale religioso di riferimento. Secondo quanto documentato dalla letteratura storica ed etnografica, la credenza nella possessione dello spirito è appunto antica e molto diffusa. Basti pensare che tale credenza è stata trovata nel 77% (di 488) società campione all'interno dello studio interculturale su larga scala di E. Bourguignon (1973). Ciò significa che la maggior parte delle società radica le proprie credenze nella concezione di un essere umano multidimensionale, cioè costituito dalla dimensione corporea, mentale, identitaria, di personalità e del sé, sino alla dimensione metafisica dell'anima (o delle anime) (Bourguignon, 2004). Ciò rende la possessione un tema ampio e particolarmente complesso, difficilmente circoscrivibile in un unico ambito (Centini, 2019). Le sue manifestazioni fenomenologiche, dunque, assumono diversi significati a seconda della prospettiva epistemologica scelta per la loro interpretazione, e a seconda dei diversi modelli socio – culturali di appartenenza. In generale, la possessione implica quella condizione psicofisica in cui si subisce l'invasione di forze estranee che dominano la

persona determinandone le parole e gli atti. Forze soprannaturali¹ che sopprimono momentaneamente la personalità dell'individuo invadendolo e comportandone una sensazione di impedimento. Il termine 'possessione' infatti (dal latino *potis*, padrone, e sedere, quindi possedere dentro, sedere al posto di)² indica quella manifestazione che segnala la presenza di un'entità "dentro" alla persona che ne diventa padrona (Centini, 2019). Si tratta di influssi esercitati sul corpo (Harper, 2022) tali da far 'perdere le redini' sulle proprie movenze, carattere, genere e voce. Una manifestazione che, sia a livello esperienziale che comportamentale, implica in alcuni momenti o periodi di tempo, l'impotenza di esercitare la propria libertà decisionale. Secondo la gran parte dell'opinione pubblica occidentale la possessione è 'diabolica', ovvero riconducibile esclusivamente al demonio e al potere, in linea con una retorica alimentata dalla tradizione cristiana, dalla fantasia e dai luoghi comuni (Centini, 2019). Tuttavia, cogliendo la trasversalità del fenomeno a livello culturale, vi sono possessioni che non sono riconducibili necessariamente a una dimensione malvagia o negativa. A tal proposito ci si riferisce ai culti di possessione che, secondo l'etnologia e l'antropologia religiosa, sono pratiche culturali esercitate nelle religioni estatiche. Esse prevedono processi ritualistici che inducono procedure magico-terapeutiche tramite l'ingresso nel proprio corpo dello spirito volutamente invocato (ad esempio tramite la danza o l'assunzione di sostanze). Ad ogni modo la possessione spirituale, sebbene sia convenzionalmente associata a fenomenologie affiliate unicamente a un fondamento esoterico e mistico, non si limitano solamente agli stati di trance (Keener, 2021). Secondo la definizione originaria dello psicologo tedesco T. K. Oesterreich in *The Obsession* (1921), quando vi è un'assoluta consapevolezza che vi sia un'entità estranea dentro di sé, non si tratta più di una possessione 'sonnambolica' (inconsapevole con conseguente amnesia post crisi), ma quanto piuttosto, di una possessione definita 'lucida' (Biunno, 2004). Oesterreich

¹ Secondo le tradizioni occulte riportate da A. Crabtree in *Multiple man: Explorations in possession and multiple personality* (1985), le entità che si presume possano possedere le persone sono di diverse forme e spaziano da entità personali/non personali ad entità umane/non umane.

- Le entità personali sono entità senzienti considerate immortali
- Le entità non personali sono 'forme pensiero' o 'atmosfera pensiero' prodotte da esseri intelligenti riconducibili all'assioma delle tradizioni occulte "i pensieri sono cose"
- Le entità umane possono essere persone viventi o disincarnate (morte)
- Le entità non umane sono generalmente spiriti, geni, esseri divini/semidivini, ed entità demoniache come demoni, diavoli, Satana ed angeliche/benevole come dèi, muse, angeli, lo Spirito Santo della tradizione Cristiana.

² Ibidem.

distingue anche tra forme di ossessione spontanea, che costituisce la stragrande maggioranza dei suoi racconti, e ossessione indotta, cioè sciamanesimo e spiritualismo come forma controllata e ritualizzata di ossessione per scopi principalmente profetici (Demmrich, 2020). Ciò significa che è possibile distinguere la possessione e il suo vasto spettro di espressioni fenomenologiche, in base al grado di volontarietà/involontarietà della persona, e in base al grado di consapevolezza/inconsapevolezza di essa (Crabtree, 1985). Inoltre, nonostante le manifestazioni comportamentali varino ampiamente, esse rientrano prevalentemente in due gruppi comportamentali: (1) nel primo rientrano i cambiamenti negativi o positivi a livello di salute fisica o comportamentale, (2) nel secondo invece rientrano gli stati alterati di coscienza e del comportamento. Secondo E. Bourguignon (1973) la prima tipologia consiste nella Possession (o Non-Trance Possession), e la seconda nella Possession Trance, la quale è significativamente legata alla partecipazione femminile³ e in particolar modo nelle società a struttura rigida. La trance (o dissociazione) può essere ricercata volontariamente o verificarsi spontaneamente. Quando non è collegata alle credenze di possesso (Non-Trance Possession) rientra nella ricerca di visioni ed esperienze carismatiche, mentre quando avviene involontariamente sarà la cornice culturale di appartenenza a fornire i criteri di valutazione ed interpretazione dell'esperienza (Bourguignon, 2004). Va sottolineato che se non è disponibile nella persona la convinzione e la credenza nell'esistenza della possessione non sarà possibile interpretare i cambiamenti fisici o comportamentali in tal misura. Ciò che è interessante, è che tali credenze nella possessione dello spirito sono state trovate nel 74% del campione mondiale (Bourguignon, 2004) e che il 90% delle società umane mostra forme istituzionalizzate di stati alterati di coscienza (Hughes, 1991). Pertanto, la nostra eredità psicobiologica sembra includere una capacità intrinseca di sperimentare la trance, i cui stati sono vissuti indipendentemente dal livello di organizzazione o complessità socioeconomica o sociopolitica (Winkelman, 1989)⁴ e il cui utilizzo, istituzionalizzazione e modello sono mediati culturalmente (Bourguignon,

³ Secondo autori come Raybeck et. al. (1989) la preferenza di soggetti femminili è spiegata anche in termini nutrizionali. Non sono solo le credenze adottate dalla persona ad influenzare lo stato di presunta possessione. Anche il contesto socioculturale, lo stress e l'ansia a livello psicologico, e il metabolismo del calcio possono influire sui cambiamenti fisiologici. Non tenendo conto delle differenze metaboliche tra uomini e donne, associano i sintomi da carenza di calcio (come vertigini, tremori, convulsioni e dissociazione) alla possessione spirituale.

⁴ Dureen J. Hughes (1991), *Blending with an other: An Analysis of Trance Channeling in the United States*. *Ethos*, pp. 161-184

1973). L'esperienza della trance è dunque culturalmente costruita nella misura in cui le credenze e le idee sugli stati di trance determinano il loro contenuto e i loro correlati fisiologici (Hughes, 1991). Infine, è possibile distinguere altri due tipi di possessione: a) quella diabolica, personale e/o collettiva, dovute a forze negative ingeneranti, malattie, distruzioni, catastrofi e morte, e b) quella culturale o aculturale per la sua connotazione rituale (vedi sciamanesimo) considerata come un fatto positivo (Di Nola, 1980). Procediamo ora a una spiegazione più dettagliata delle tipologie di possessione, secondo il livello antropologico – teologico⁵.

Per quanto riguarda la possessione volontaria, secondo le tradizioni occulte, può avvenire in diversi modi e con diversi propositi. Uno di questi consiste nella *possessione medianica*, ovvero nel farsi possedere intenzionalmente da spiriti umani disincarnati (es. antenati, defunti) o da altre entità incorporee per fungere da intermediario tra il mondo terreno e il mondo degli esseri spirituali. Proprio per questa funzione, chi decide di dedicarsi apertamente a questa prassi, viene chiamato *medium*. Quando quest'ultimo sceglie invece di darsi liberamente per ricevere Dio dentro di sé, allora si verifica la cosiddetta *invocazione magica*. A differenza della pratica mediatrice, questa viene ricercata con l'obiettivo di guadagnare conoscenza e potere oppure per promuovere la propria crescita personale. Un'altra esperienza volontaria di possessione è quella dell'*ispirazione creativa*, la quale consiste nel farsi possedere dagli spiriti "ispirazionali" (come muse, ninfe, sibille - rif. all'estasi oracolare) per raggiungere un'intuizione tale da disporsi ricettivamente per l'accoglimento di visioni e rivelazioni estatiche. Rivelazioni che possono essere raggiunte anche tramite la possessione divina agita dallo Spirito Santo secondo la tradizione protestante. Infatti, abbandonandosi alla voluttà dello Spirito di Dio o dello Spirito di Gesù, dal punto di vista religioso, si può raggiungere la beatitudine e l'estasi spirituale divina. All'interno di quest'ultime tipologie di possessione "ispirazionali" rientrano le possessioni come culto proprie delle "religioni estatiche" (sciamanesimo, vudù, zar); come accennato poco sopra, esse consistono in pratiche rituali

⁵ A livello antropologico la possessione è culturale e può essere benigna o maligna a seconda che abbia una funzione benevola/morale o maligna. A livello teologico cattolico rientra quella sonnambolica (richiedente assistenza esorcistica) e lucida. A livello psicologico la possessione può prevedere o meno lo stato di trance (e quindi di dissociazione), e quando questo si verifica può essere legata alle credenze di possesso (possession trance) oppure no (non-trance possession). Nell'ultimo caso è da distinguere ulteriormente la trance ricercata volontariamente (es. medium) e quella spontanea involontaria.

in cui, tramite la danza o l'ingestione di sostanze, si richiede di essere controllati da uno spirito per raggiungere lo stato di trance ai fini propiziatori, di guarigione o di liberazione. Per quanto concerne le istanze di possessioni involontarie, invece, sono quelle universalmente intese come l'essere vittima di possessioni demoniache (emblematiche nel cristianesimo), ovvero l'essere invasi coercitivamente da entità malvagie a intento sinistro. Secondo la tradizione cristiana, tali figure sono ricondotte a quella di Satana e a quella dei demoni inferiori i quali, al contrario delle possessioni volontarie, intrappolano improvvisamente la persona nei loro influssi diabolici con intento malefico. Le manifestazioni psicofisiche causate dal presunto demone/demonio possono concretizzarsi in due modi: tramite azioni ordinarie (cedere alle tentazioni del male) o con azioni straordinarie (da disturbi di carattere malefico alla possessione diabolica effettiva) (Biunno, 2004). Più specificatamente, secondo quanto citato da E. Biunno (2004) in 'Una ricerca sulla possessione diabolica', questa seconda categoria di azioni prevede: 1) disturbo fisico o esterno (es. infestazioni di case, oggetti, animali); 2) ossessione personale (pensieri o impulsi che gettano la persona in una disperazione tale da poter arrivare anche al suicidio); 3) vessazione diabolica (disturbi o malattie che implicano avversione per il sacro, malesseri saltuari); 4) possessione diabolica effettiva. E. Biunno (2004) riporta inoltre che vi sono quattro metodi tramite il quale il 'male' può entrare in una persona: 1) malefici/maledizioni ad opera di invidie e gelosie; 2) fare pratiche ritenute occulte, come sedute spiritiche o sedute sataniche, frequentare maghi, cartomanti e carismatici; 3) santi che vengono tentati da satana per farli rinunciare a Dio; e l'ultimo, il più raro, 4) la commissione di peccati gravissimi irreversibili. I criteri che solitamente vengono ricondotti alla possessione diabolica sono: a) stato di agitazione; b) reazioni fisiologiche parossistiche, ovvero di esasperazione corporea violenta che sfocia in una 'forza straordinaria'; c) mancanza di controllo corporeo e di xenoglossia (ie. parlare lingue morte/antiche o rivelare conoscenze prima estranee alla persona); d) discorsi volgari e scurrili; spesso con emissione di suoni gutturali e) emissione di forti odori zolferei f) avversione per il sacro riconoscibile di fronte a reazioni di angoscia rispetto all'acqua benedetta o alla figura di Cristo ad esempio g) chiaroveggenza, ovvero la capacità di prevedere eventi futuri. I criteri appena citati è doveroso che siano soggetti al discernimento rispetto a stati di suggestione o psicopatologici. Prima di eseguire il protocollo dell'esorcismo, l'esorcista è in dovere di valutare accuratamente il quadro

psichiatrico della persona distinguendo anche quando le sintomatologie sono subordinate a suggestioni religiose. In merito alla ‘forza straordinaria’ per esempio, potrebbe essere indotta dalla scarica di adrenalina per lo stato di agitazione, raggiungibile anche in altri stati patologici; in merito alla mancanza di controllo corporeo (linguaggio e nozioni estranee), invece, è possibile che la persona adotti un linguaggio privo di senso effetto di suggestione e perdita di senso critico; rispetto alla conoscenza di fatti remoti o futuri, può essere spiegato in psicologia come criptomnesia, ovvero al fatto di non ‘non ricordarsi di star ricordando’; infine, in merito all’avversione verso il sacro, come citato da E. Biunno (2004), si tratta di una recita inconscia implicata dall’identificazione con il ruolo di posseduto (Balducci, 1988). Inoltre, il paziente, caratterizzato da elevata suggestionabilità, impressionabilità e ipersensibilità, dall’esperienza irrealistica del mondo in cui vive, dalla marcata tendenza alla teatralizzazione e drammatizzazione degli avvenimenti, rende necessaria una differenziazione con l’isteria e/o con il disturbo istrionico di personalità (Balducci, 1974; Gildea, 1974). L’esorcista ha dunque un compito delicatissimo nel compiere questi accertamenti prima di compiere il rituale esorcistico così come previsto dal Rituale Romano e in seguito al permesso del Vescovo. Il rituale dell’esorcismo⁶ consiste nell’insieme di pratiche rituali ritenute efficaci in ambito religioso per liberare persone, oggetti, luoghi dalla presenza malefica (Perrotta, 2019). Specificatamente l’esorcismo prevede di raggiungere la purificazione tramite l’utilizzo di preghiere di liberazione, formule, gesti, simboli, icone, reliquie e oggetti ‘benedetti’ (Perrotta, 2019). Affinché si possa procedere con lo scongiuro, è imperativo ricordare che le preghiere da pronunciare devono essere esercitate pubblicamente da un sacerdote autorizzato dal Vescovo. Per di più, all’interno di tale percorso, il fedele deve diligentemente recitare una raccolta di preghiere nel suo privato per responsabilizzarsi della propria guarigione. È doveroso inoltre precisare due aspetti: (1) quando l’esorcista deve verificare se i fenomeni nascono da una causa malefica, le prime preghiere

⁶ L’esorcismo secondo la chiesa cattolica si distingue in ‘esorcismo semplice’ ed ‘esorcismo solenne o maggiore’. Il primo può essere eseguito anche da laici religiosi. Rappresenta una sorta di preghiera supplicativa per la liberazione dal potere del Maligno (Lüdicke 2019, p. 1172; citato in Bauer & Doole, 2022), che è diretta a Dio in forma deprecabile (ibid.). L’“esorcismo maggiore” fa parte dei cosiddetti “sacramentali”, diverse pratiche liturgiche che consistono in preghiere e rituali (Reinhardt 1999, p. 1014; citato in Bauer & Doole, 2022) al fine di espellere il demonio o demone/i dalla persona. In quest’ultimo caso, in cui l’esorcista tenta la comunicazione con l’ospite, si possono prevedere due differenti tipi di esorcismo: ‘esorcismo imprecatorio’ o ‘esorcismo deprecatorio’. Nel primo caso l’esorcismo ordina all’entità di lasciare il corpo dell’occupato, nel secondo caso avviene l’espulsione tramite la preghiera e altre pratiche religiose (Pree 2001, p. 418; Reißmeier 2020, pp. 426-29; citato in Bauer & Doole, 2022).

esorcistiche avranno valenza diagnostica anziché liberatrice e curativa; (2) per ricevere l'esorcismo la persona deve affermare il proprio credo e la propria fede secondo quanto esposto e dichiarato dalla dottrina cattolica. In altre parole, la persona che richiede l'esorcismo non può prescindere dal credere nell'esistenza di Dio, degli angeli, di Satana, di altri spiriti maligni e via dicendo. L'esorcismo effettivo è raro che venga condotto a causa di una possessione 'pura', è molto più probabile che la persona abbia bisogno di conversione piuttosto che di liberazione. Ciò significa che il compito dell'esorcista, oltre a valutare attentamente ciò che il caso richiede, è un uomo di ascolto che in primo luogo avvicina le persone alla fede, alla preghiera, all'istruzione religiosa e al perseguimento dei sacramenti. Un'altra funzione è di allenare al discernimento, distinguere quindi alle credenze verso cui fare affidamento e verso quali invece alimentano dubbi infondati e tossici per la persona. A proposito di rituali esorcistici, quello cattolico non è il solo ad occuparsi della emancipazione della persona dal dominio della presenza demoniaca. Secondo la cultura spiritista sciamanica, infatti, a differenza dell'esorcismo cristiano, il rapporto con le entità non è necessariamente dannoso ma anzi, può essere potenzialmente positivo e vantaggioso per la persona. La pratica dell'adorcismo (così nominata per la prima volta dall'antropologo Luc de Heusch, 1971) contempla perciò l'accoglienza e l'integrazione dell'entità nel sistema della persona, utilizzata talvolta, come un'iniziazione al culto spirituale e per raggiungere l'estasi sciamanica.

Come abbiamo potuto intuire, il vissuto che si può percepire dentro di sé quando si incorre in esperienze di possessione, differisce sensibilmente in base alla consapevolezza percepita e alla volontà di ricercare o meno tale esperienza. L'ampio spettro di vissuti possibili si può dunque racchiudere principalmente nello stato alterato di coscienza, ovvero a uno stato che si estende dal vissuto di estasi e trance, sino anche ai vissuti di depersonalizzazione e dissociazione psichica. Infatti, una caratteristica che è registrata trasversalmente a livello culturale rispetto alle diverse tipologie di alterazione, è proprio l'indebolimento della coscienza sino all'annullamento di essa, come nella trance (Centini, 2019). Come citato da M. Centini in *Posseduti* (2019) "i fenomeni paranormali o di ispirazione, si presentano in genere durante gli stati di trance (medianica o sciamanica), stati onirici, stati psichedelici, sonno sacro, stati di possessione, aure epilettiche, meditazioni, ecc." (p. 172). Per meglio comprendere tali aspetti, è opportuno partire dal vissuto dell'estasi, il quale viene primariamente ricercato nelle possessioni volontarie. Il

termine estasi deriva dal greco ekstasis (uscita)⁷ e indica non solo lo “stare fuori da se stessi” (Harper, 2022) ma anche il «delirio mistico» (Centini, 2019) tramite il quale raggiungere il ‘risveglio di coscienza’. Lo stato a carattere ispirato che viene volontariamente desiderato è ricercato dall’essere umano sin dall’antichità. Secondo la letteratura greca classica e la sua origine etimologica, s’intende quel raccogliersi in una manifestazione estatica che fa assaporare l’intensità e l’euforia della ‘follia divina’. Una follia in cui ci si lascia sopraffare interamente dalla cosiddetta ‘ebbrezza dionisiaca’ in cui nell’annullamento di sé, ci si può identificare con Dio o con l’‘Anima del mondo’ (rif. concetto platonico). È una sorta di sincronicità espansa che, similmente all’estasi oracolare, apre lo stato di trance all’esegesi dell’anima; si tratta dunque della *stasi* (‘stallo di forze’) che permette di sostare nell’orizzonte ermeneutico dei significati. Nello stato di estasi, essi sono quindi raggiungibili solo nello spazio del ‘tra’, a cavallo tra un mondo e l’altro, ovvero tra la dimensione terrena e quella ultraterrena. Secondo la teoria neoplatonica, infatti, l’estasi è la condizione che per eccellenza permette di fuoriuscire da se stessi, dalle limitazioni del corpo e della *psyche* permettendo l’accesso esclusivo all’*unio mystica* (rif. Plotino), ovvero l’unione con Dio. Il culmine delle possibilità umane trova in questa esperienza l’apice della trascendenza, la quale permette di andare oltre la mera immanenza dell’essere, al di là dell’ordine prettamente fisico, al di sopra della propria coscienza. Nel caso dell’estasi religiosa, infatti, le rivelazioni possono essere raggiunte anche tramite la possessione agita dallo Spirito Santo. Secondo la tradizione Cristiana, infatti, abbandonandosi alla voluttà dello Spirito di Dio o dello Spirito di Gesù, si può raggiungere la beatitudine e l’estasi spirituale divina. Questo è il caso delle ‘trance del sacro’ che non riconduce a uno stato di terrore (come nelle possessioni involontarie o demoniache) ma che asseconda il desiderio recondito di ricongiungimento, esplorazione

⁷ Online Etymology Dictionary: tardo 14c., *extasie* "euforia", dall'estaise francese antico "estasi, rapimento", dal tardo latino *extasis*, dal greco *ekstasis* "ingresso, stupore, follia; qualsiasi spostamento o rimozione dal posto giusto", nel Nuovo Testamento "una trance", da *existanai* "spostare, mettere fuori posto", anche "scacciare dalla propria mente" (*existanai phrenon*). La duplice radice *ex-* allude sia al “fuori da” che al “verso l’alto, completamente, privato di, senza”. È curioso, inoltre, come l’“essere portato via in una trance estatica” si colleghi alla radice con il verbo ‘rapire’, dal latino *raptus* "afferrare, portare via", in senso figurato, “portati in Cielo” (fisicamente o in sogno come in una visione). Lo stesso ‘rapire’ è analogamente connesso alla radice di ‘stupro’ che riconduce all’atto di “afferrare la preda; rapire, prendere e portare via con forza”. Ciò significa che la fenomenologia del vissuto della possessione, è un rapimento che sposta fuori da sé la persona privandola da se stessa, implicando l’annullamento da Sé. Un annullamento che nelle possessioni volute può portare ‘verso l’alto’, ma che nelle possessioni involontarie, ‘stupra’ l’essere della persona ‘portandola via [da se stessa] con la forza’. La stessa forza che corrode in una chiamata famelica verso l’angoscia e il terrore, che ritroviamo nell’analisi mitologica del mito di Pan di James Hillman.

e superamento di se stessi. Un superamento che secondo alcune filosofie orientali, per esempio quella buddhista, può condurre all'illuminazione. In questo momento sacro ci si apre alle possibilità della rivelazione, in cui il vero sé fiorisce nella concretizzazione del massimo delle proprie potenzialità. Come abbiamo potuto osservare, nel vissuto dell'estasi, si può incorrere in una duplice esperienza. La sua stessa radice etimologica "ex-" allude, infatti, al protrarsi "fuori da" e al protrarsi "verso l'alto", ovvero a fare un'esperienza di allontanamento, di fuoriuscita da sé, a un'esperienza di avvicinamento, e di privazione, di ascesa. A tale duplice tensione sottende la sensazione di trazione dell'essere rapiti, afferrati e portati via (vedi radice *raptus*), come se lo stato di trance stuprassse la volontà della persona sottomettendola a una forza soverchiante. A fronte di ciò, a livello fenomenologico, il vissuto della possessione può essere descritto come un rapimento che sposta fuori da sé la persona privandola da se stessa, implicando l'annullamento da Sé. Un annullamento che nelle possessioni volute può portare 'verso l'alto', ma che nelle possessioni involontarie, 'stupra' l'essere della persona 'portandola via [da se stessa] con la forza'. La stessa forza che corrode in una chiamata famelica verso l'angoscia e il terrore. Una caduta che costringe ad agire come se si fosse «in obbedienza a un comando divino» (Boisen, 1960), travolti in un profondo 'stato alterato di coscienza'⁸. Lo stato di costrizione a cui facciamo riferimento è la 'trance da possessione' e induce il posseduto ad una condizione di semicoscienza in cui si sperimenta il cedimento rispetto a tensioni soverchianti passando in un altro stato psichico. In questo "stato di estremo terrore o suspense"⁹ si avverte un'"insensibilità alle cose *mondane*" come se si fosse nel "passaggio dalla vita alla morte"¹⁰. L'etimologia della parola stessa, infatti, rievoca lo stato psicofisico corrispondente all'"essere intorpidito dalla paura"¹¹ nell'atto di "attraversare, andare oltre, passare sopra". È un terrore ipnotico che viene sofferto principalmente dalla vittima di possessione involontaria per il lacerante sforzo di lottare contro l'entità che si annida nelle profondità del suo essere. Lo stato di terrore è analogamente presentato anche sotto gli influssi di creazioni psichiche che, affiorando a consapevolezza in modo inaspettato, assoggettano la persona. In altre parole, la persona si trova in balia di parti di sé che emergono dall'inconscio provocando una dissociazione

⁸ Enciclopedia Treccani – Trance: dal fr. *transe*, propr. «estasi, rapimento», der. dal lat. *transire* «passare, trapassare»

⁹ Online Etymology Dictionary – Trance

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Ibidem.

psichica. Da questa frattura psichica riaffiorano creazioni intrapsichiche distruttive, forme pensiero – auto-attribuite o etero-attribuite – che sovrastano la persona dall'interno annientandola. Si parla infatti di *self-possession* ovvero quando la persona sente di 'essere posseduta' da sé stessa, di annegare appunto in un'istanza possessiva. All'interno di quest'ultima, il sé funge da teatro in cui i frammenti della psiche riemergono dall'oscurità dell'inconscio per possedere il sé cosciente. La prospettiva psicopatologica associa principalmente le caratteristiche di tale fenomeno al delirio di possessione, il quale si verifica maggiormente in soggetti considerati schizofrenici o paranoici, nella psicosi schizofrenica, nelle nevrosi isteriche, e nei deliri depressivi (Centini, 2019).

1.2. Radici storico-culturali: dal daimon greco al diavolo delle culture medioevali

L'ampiezza delle fenomenologie appena descritte immerge le sue radici storico – culturali nel concetto di demone e di come questo si sia diversificato nel corso del tempo e delle culture, cambiando significato e caratteristiche. La prospettiva religiosa che sicuramente è stata privilegiata negli innumerevoli contesti è certamente quella cristiano-cattolica della possessione diabolica, la quale ha esercitato un enorme peso nello snaturare la dimensione demonologica, riducendola a una visione limitata e controversa.

Tuttavia, prima di procedere in tal senso, è opportuno partire dall'origine del bisogno di trascendenza dell'essere umano per meglio comprendere da dove nasce l'esigenza di porsi al di là dell'esperienza sensibile. Sebbene ancora non siamo in grado di affermare quando si sia svegliata la coscienza personale – religiosa nell'uomo, è evidente che la profondità dell'interrogativo spirituale fiorisca già in epoche molto lontane in cui vigeva da tempo l'arcaica propensione a cogliere, ammirare e interpretare il cosmo e i fenomeni celesti. Solo con l'avvento del Paleolitico e della comparsa dell'*Homo sapiens* (Tanzella-Nitti, 2018) emergono le prime testimonianze del sacro e di un pensiero astratto ed estetico, un'esperienza del sacro ritenuta indissolubilmente legata allo sforzo fatto dall'uomo per costruire un mondo che abbia un senso (Elide, 1976; citato in Tanzella-Nitti, 2018). Basti pensare come progressivamente l'antico senso estetico espresso nella fabbricazione di utensili ed oggetti, si sia raffinato nel contesto delle sepolture e dell'arte parietale rupestre, sino alla comparsa di miti e di rappresentazioni della divinità, quale alterità (personale o impersonale) verso la quale il senso religioso si dirige e dal quale

trae significato (Tanzella-Nitti, 2018). Queste, sono tutte manifestazioni che alludono a credenze ultraterrene poi sviluppatesi in forme culturali sempre più complesse, come ad esempio quelle indo – europee, all’interno delle quali si è progressivamente formato un pensiero filosofico – religioso dell’idea di Dio. Un Dio posto in rapporto con attributi già tematizzati in epoche più arcaiche: Altro dall’uomo (trascendenza), Fondamento dell’essere e del divenire del mondo (onnipotenza), risposta alle domande cosmologiche ed esistenziali circa l’origine e il senso della vita umana e dell’intera realtà (onniscienza) (Tanzella-Nitti, 2018). Il culto delle divinità entra così progressivamente nelle città assistendo a religioni sempre più strutturate a partire dai sumeri sino ai babilonesi, in Mesopotamia e in Egitto, nel vicino Oriente e in India, sino alla tradizione ellenistica, dedicando loro monumenti e palazzi per l’adorazione, la celebrazione e il sacrificio. Pertanto, in merito al rapporto tra l’uomo e dio, approfondiamo la concezione di divinità e anche di demone a partire dalla filosofia religiosa greca politeista, secondo la quale, il termine demone deriva dal greco antico (δαίμων, dàimon) ossia «essere divino» (Dallas et al., 2020). Esso è inteso come un essere soprannaturale (o una divinità minore) che si intrapone tra ciò che è divino e ciò che è umano con l’intento di fungere da intermediario tra queste due dimensioni (Cresswell, 2014). Oltre ad essere una via di mezzo tra gli uomini e le divinità, secondo una prospettiva più individualistica, il dàimon assume anche il ruolo di colui che permette la connessione all’interno dell’individuo stesso, collegando la sua parte divina con quella umana. Esso ricongiungerebbe perciò, il corpo con l’anima, la carne con lo spirito, la dimensione mortale con quella immortale. All’interno della stessa filosofia greca vi sono comunque delle sfumature differenti in merito alla concezione del dàimon: secondo il culto orfico ad esempio il demone è l’essenza dell’anima intenta a liberarsi dal corpo in cui era imprigionata per una colpa compiuta; secondo Socrate (citato in Ries, 2007) invece consiste in una guida divina detta anche genio tutelare che orienta la coscienza nelle sue scelte; infine, secondo Plotino il dàimon funge da guida spirituale il cui obiettivo è accompagnare l’essere umano nel soprasensibile. Sono tutte declinazioni fenomenologiche che nell’antica Grecia classica, percepivano i dàimon come spiriti guardiani, o come spiriti buoni o cattivi, che cercavano di influenzare la psiche umana (Behringer, 2007). Tuttavia, nonostante i demoni fossero concepiti come entità spirituali, non sono mai stati associati esclusivamente a creature sinistre e malvagie come avvenne successivamente. Infatti, intorno al pre-cristianesimo

avvenne un cambiamento concettuale in cui gli “angeli custodi” di Esiodo, ovvero i demoni mandati da Zeus sulla terra per proteggere gli esseri umani, divennero gli “angeli caduti” di Dio. In altre parole, da questo periodo storico, il concetto di demone non venne più associato ad un essere divino, ma bensì al concetto di demònio come sinonimo di diavolo (ovvero “colui che ostacola e divide”¹²). La traduzione della parola dàimon in demone avvenne in modo analogo all’errore interpretativo commesso da san Girolamo nella traduzione dalla parola psyché per descrivere l’anima; uno slittamento di significato dal quale poi la demonologia cristiana è stata fortemente ispirata. Per quanto riguarda il concetto medioevale di demonologia, esso è stato plasmato dalla teologia di san Tommaso d’Aquino con il trattato della *Summa Theologiae* (1265 – 1274) basata sulla metafisica aristotelica. L’opera scritta fu composta in tre parti ognuna delle quali espone diversi aspetti della “sacra dottrina” mediante il metodo della *quaestio* e degli articoli di fede. Le questioni che poneva all’interno dei tre volumi erano essenzialmente riguardo a: Dio, il male, gli angeli, l’uomo e il cosmo nella prima parte; le azioni dell’uomo (i principi intrinseci ed estrinseci), relativamente alla beatitudine e alla grazia nella seconda parte; la cristologia e il significato del mistero salvifico dell’incarnazione nella terza. I nuclei principali esposti nell’opera ebbero dunque un ruolo decisivo nell’influenzare la filosofia e la teologia posteriore, tra cui quella cristiana. Pertanto, all’interno della teologia cristiana, il demone venne considerato come esclusivamente malvagio, il maestro dell’inganno contro il quale gli agenti di Dio e i suoi messaggeri devono operare (Behringer, 2007). In altre parole, dall’avvento della figura di Gesù Cristo e della Chiesa si è creata la ‘confusione’ interpretativa in cui lo spostamento semantico del termine ha introdotto, insieme alla nascente demonologia (ovvero alla scienza dei demoni), anche l’angelologia (ovvero la scienza degli angeli), rendendo necessaria la pratica del discernimento degli spiriti del XVI secolo. Quest’ultima pratica, relazionata ai cambiamenti sociali, culturali e religiosi, rendeva indispensabile distinguere gli spiriti benigni da quelli maligni, riconoscendo di conseguenza il fenomeno di mistico di origine divina da quello di origine demoniaca, tra cui la possessione diabolica (Coakley, 2007). Difatti, in seguito alla riforma protestante, alla fine del 1500 ebbe luogo il concilio di Trento da parte della chiesa cattolica. Annunciando una nuova direzione conservatrice anti-protestante, vennero fatti prevalere gli aspetti giuridico – istituzionali con l’ulteriore

¹² *diavolo*, in Treccani.it – *Vocabolario Treccani on line*, Istituto dell’Enciclopedia Italiana

finalità di regolamentare pratiche e riti fino ad allora utilizzati, tra cui le pratiche esorcistiche. In merito a queste, il *Rituale* (1614) fu considerato come l'unico testo legittimo (Coakley, 2007) con linee guida particolarmente stringenti in risposta alle diffuse credenze riguardanti fenomeni ispirazionali, di possessione spirituale o demoniaca. Nonostante la credenza negli esseri spirituali fosse universale, è dalla radicale prospettiva cristiana che la demonologia diviene una disciplina che ancora ad oggi si attribuisce il compito di affrontare i fenomeni "innaturali" spiegandoli per intervento divino o demoniaco. Tutto ciò ha comportato che alla fine del medioevo, fra il XVI e XVII secolo, si sviluppasse aspre politiche nei confronti delle "condotte blasfeme" secondo la dottrina cattolica. Pertanto, è in questo periodo che si accusano le forti influenze da parte dell'inquisizione spagnola (1478 – 1820), responsabile degli ingenti influssi persecutori verso qualsiasi forma di rito, culto, o dottrina pagana o non conforme alle norme imposte dalla chiesa. Il controllo e il potere attuati in questo periodo storico, vedono in parallelo il fenomeno della cosiddetta 'caccia alle streghe' (1450 – 1750) fomentata dai fanatismi dei preti protestanti derivanti dal nord Europa. Tali influssi inquisitori prevedevano l'identificazione delle streghe (ovvero donne e bambine) vittime dei peggiori soprusi poiché ingiustamente accusate dei crimini adoperati dal loro presunto patto col diavolo. Da questo momento in poi la stregoneria divenne l'obiettivo principale della demonologia in quanto si considerava questa l'espressione per eccellenza della sinistra cospirazione contro la società cristiana responsabile di interventi demoniaci. Tra i manuali più famosi che hanno strumentalizzato le teorie demonologiche per legittimare la persecuzione degli 'alleati del diavolo', ricordiamo il *Malleus maleficarum* (1486) di Heinrich Kramer, un attivo inquisitore pontificio leader della supremazia inquisitrice. Questo scritto aveva funzione pratica e di guida in cui sono stati racchiusi tutti gli atti considerati ispirati dai demoni che si declinavano in vizi e crimini da condannare, stilando inoltre il protocollo punitivo dei processi alle streghe. Da qui la folle impennata delle esecuzioni di massa effettuate in tutta l'Europa centrale ed alimentate dalla disperazione di questo fanatico credente nella stregoneria. Solo alla fine del 1500 cominciò a diffondersi una decisiva contro-argomentazione alle opinioni di Kramer da parte del medico Johann Weyer (1515–88), con la sua pubblicazione "The Deceits of the Devils"¹³.

¹³ Nonostante l'apparente costituzione liberale delle sue affermazioni, è doveroso precisare come Weyer ha contribuito a perpetuare convinzioni misogine di credulità, debolezza e stupidità associate alla figura

Egli fu il primo a precorrere un approccio psichiatrico utilizzando il termine ‘malato di mente’ o ‘malinconia’ riferito alle donne accusate di praticare la stregoneria dichiarando che “non dovrebbero essere considerate malvagie, ma pazze, e quindi fisicamente e mentalmente incapaci di assumersi qualsiasi responsabilità legale per le loro presunte azioni” (Behringer, 2007, p. 411). Questa fu la prima rivendicazione della competenza professionale medica a comprendere e curare le persone che tradizionalmente venivano ritenute streghe e/o possedute. Sottolineò inoltre l’estrema crudeltà del ricorrere alla pena capitale verso persone in realtà innocenti poiché soggette al complesso melanconico. I medici successivi a Weyer, come André du Laurens e Jourdain Guibelet, pur considerando anche la possibilità della possessione demoniaca, hanno preferito conferire maggiore importanza anche agli aspetti psicopatologici. Domandandosi in che misura si districasse il rapporto tra l’umore melanconico e lo stato possessorio, prende sempre maggiore spazio la considerazione della diagnosi melanconica come malattia sino a porre l’accento sull’umore melanconico come causa delle sintomatologie prima attribuite all’influsso malefico (Dessi, 2018).

1.3. Dalla demonologia cristiana alla psicopatologia della possessione

Come si è potuto osservare, l’ampiezza sintomatologica delle istanze possessorie non solo è strettamente vincolata al contesto socio-culturale della persona ma dipende anche della condizione psicologico e/o patologica di essa. Il contenuto di questa esperienza oltre ad essere determinato dalle credenze culturali, simbolizzazioni e valori personali (Peters & Price-Williams, 1983) è dunque anche determinato dal quadro psicopatologico dell’individuo, rendendo necessario comprendere la rilevanza e problematicità dei trattamenti della possessione all’interno della clinica medica e psicologica (Saraceno & Santonocito, 2017). Infatti, secondo la prospettiva psicopatologica (comprendete l’approccio psichiatrico e della psicologia clinica) le molteplici manifestazioni prima intese secondo l’ottica culturale-religiosa, possono trovare molteplici traduzioni clinico-psichiatriche; alcune di esse si sono disposte come una netta alternativa epistemologica

femminile (Clark, 1999). L’atto apparentemente demistificante delle credenze estremiste religiose era in realtà il passaggio legale del riconoscimento dell’inferiorità delle donne considerate, per la loro debole costituzione, vittime di prestigiose malizie demoniache (Clark, 1999). Rimane infatti indiscusso come gli influssi inquisitori siano stati sostituiti da influssi misogini in cui l’esonero delle donne dalla colpa del diabolismo è stato sostituito da crude considerazioni di inettitudine.

rispetto alla dimensione spirituale, mentre altre hanno tentato di instaurare una dialettica tra l'aspetto diagnostico e culturale, riconoscendo le radici culturali da cui trae origine il fenomeno.

Come è stato descritto poc'anzi, autori come Weyer, André du Laurens e Jourdain Guibelet, insieme alle opere di altri medici, hanno contribuito a naturalizzare i fenomeni demonopatici che nel XIX secolo erano protagonisti dell'epidemia psichica dello spiritismo. Secondo M. Declich (1962 citato in Zangari, 2022) i precursori dello studio psichiatrico su questo tema furono: a) P. Hecquet (1661-1737) con la prima proposta di una terapia psichiatrica sugli indemoniati; b) B. De Sauvage de Lacroix (1706-1767) che definì la demonomania come un delirio malinconico; c) Jean Etienne – Dominique Esquirol (1772-1840) che interpreta la possessione come una forma religiosa di malinconia; d) Richard von Kraft-Ebing (1840-1902) che segna la transizione con la psichiatria contemporanea riconoscendo il fenomeno come una mania di possessione presente nei soggetti paranoici, mettendo in primo piano le allucinazioni e le cenestesopatie. Successivamente possiamo notare il contributo verso il nascente approccio psichiatrico anche da parte di Jacques J. Lhermitte che classificava le pseudo-possessioni come attacchi epilettici, psiconevrosi o isteria (Gildea, 1974), quest'ultima, considerata anche da Charcot. In seguito, fu il pioniere della psicoanalisi ad approfondire l'istanza isterica del fenomeno possessorio, interpretandolo come frutto di una dinamica proiettiva in cui "spiriti e demoni non sono altro che proiezioni delle emozioni dell'uomo primitivo" (Perrotta, 2019, p.9). Secondo Freud la dislocazione all'esterno dei processi mentali interiori, causa il popolamento nel mondo di personificazioni corrispondenti alle proprie cariche affettive, similmente a quanto accade in un soggetto paranoico. Il diavolo è perciò la personificazione di pulsioni inconscie rimosse la cui natura ammaliante e seducente non permetteva altro che sfogare libertà proibite per il tempo storico di allora. Le forme epidemiche di stregoneria e possessione furono attribuite allora a un contagio psichico risultante da nevrosi 'demoniache' in cui la figura ambivalente del diavolo e dei demoni erano in realtà desideri cattivi ripudiati e rimossi. Questa ridefinizione ha dunque permesso di fornire una spiegazione alternativa a comportamenti antisociali, normalizzando e riducendo essi come conseguenza di forze endogene represses (Itzkowitz & Howell, 2020). Il contributo di questo autore segnò dunque la fine alla secolare battaglia tra il bene e il male, tra Dio e il Diavolo, fomentata sino a prima dall'egemonia

del credo religioso. In altre parole, le figure del male come i demoni o le streghe, hanno l'importante funzione di gestire l'ansia sociale prevalente in forma isterica e/o paranoica persecutoria (Itzkowitz & Howell, 2020).

Sempre all'intero dell'approccio psicoanalitico ritroviamo anche la figura di C. G. Jung che, allievo del padre della psicanalisi, ebbe il ruolo di cambiare molti aspetti del pensiero freudiano antecedente dal quale si è gradatamente discostato. Secondo G. Brondino (citato in Perrotta, 2019), infatti, si ritiene che il discostamento del pensiero junghiano da quello freudiano sia avvenuto in tre periodi: il periodo gnostico, il periodo agnostico e il periodo simbolico. Durante la fase gnostica Jung aderiva ancora alle asserzioni freudiane in merito ai meccanismi proiettivi e difensivi (ie. dio/diavolo come risultanti dell'operazione di proiezione dell'immagine del padre virtuoso/malvagio). Nel periodo agnostico (1912-1938) invece considera le proiezioni religiose come inconse avente funzione di sostituire le risposte a desideri inappagati. Tali proiezioni sono archetipiche e appartenenti all'inconscio collettivo con il potere inconscio di influenzare la coscienza. Nel terzo periodo, infine, Jung concepisce la religione come un'autentica esperienza del 'numinoso' in cui le immagini di questa scaturiscono spontaneamente dall'inconscio. In quest'ultima fase la concezione a-morale delle proiezioni religiose permette a Jung di risolvere il contrasto tra le due figure antitetiche di Dio e di Satana, integrando appunto le parti del bene e del male in unico 'tutto'. Focalizzandosi in particolar modo sul tema demoniaco, il Diavolo viene considerato come l'altro volto di Dio, il suo lato oscuro corrispondente psicologicamente all'Ombra. Quest'ultimo concetto si descrive quindi come l'insieme di impulsi, complessi, desideri vergognosi e/o non riconosciuti, di indulgenze verso se stessi e dell'essere schiavo dei propri istinti primitivi che altrimenti riconosciuto può comportare la mancata identificazione di sé (Semetsky & Delpech-Ramey, 2010; Perrotta, 2019). Contrariamente, anche la completa identificazione dell'Io con l'Ombra porta a gravi dissociazioni, ecco perché è importante integrare i contenuti inconsci nella parte cosciente. Quando avviene il mancato confronto con questo archetipo, esso ricade nelle profondità dell'inconscio prendendo le redini del nostro 'destino'. L'Ombra non è costituita esclusivamente dalle parti riprovevoli dell'uomo, perché ha anche lo scopo compensativo e di cooperare con la coscienza al fine del suo riuscito orientamento nel mondo della vita.

Tuttavia, oltre al pensiero freudiano e junghiano, nonostante anche K. Jaspers (1913) ritenesse la possessione una forma particolare di isteria, anche A. Adler (1909) ne ‘La storia del diavolo’ definisce la figura del demonio come una personificazione del rimosso. L’ambivalenza di tale figura verrà interpretata anche da E. Jones (1912) ne ‘La psicoanalisi dell’incubo’ come l’espletazione di un conflitto tra il desiderio di imitare il padre e quello di sfidarlo. Come il figlio imita il proprio genitore tra l’invidia e l’ammirazione, così fece Satana con Dio, rappresentando la nostra paura costante e angoscia paralizzante di guardare alla malvagità dell’uomo. Ma oltre alla rappresentazione del diavolo come la malvagità dell’uomo, esso fu anche associato all’“ultima emanazione religiosa della paura della morte” da parte di O. Rank (1914) nell’articolo ‘Il Doppio’. In altre parole, la persona si deresponsabilizza nell’accettazione dei propri sensi di colpa delegando a un doppio (ovvero a ombre, fantasmi, spiriti guardiani o a Satana (Einstein, 1966)) i propri sentimenti aggressivi. Il senso di colpa è così insostenibile che il soggetto è portato a temere una morte imminente che necessariamente proietta verso la figura esterna vista come appunto la morte o l’esecutore. Anche in questo caso, perciò, si tratta di un meccanismo di proiezione paranoica che ‘salva’ dai rimproveri altrimenti autoattribuiti verso il sé. La scienza psichiatrica è dunque nata grazie alla riconquista della medicina del trattamento delle cosiddette ‘malattie del diavolo’, in cui l’avvento dello spiritismo ha fornito indirettamente a psicologi e psicopatologi la possibilità di approcciarsi diversamente alla conoscenza delle mente. In campo psichiatrico, M. Declich (1967), concordando con l’opinione di J. Lhermitte (1956), definisce la possessione diabolica come un particolare stato psicopatologico in cui è in primo piano l’idea di una possessione morale, fisica o della personalità da parte del Diavolo. Tuttavia, come citato da M. Declich (1962) e G. Perrotta (2019), sono L. Gayral e J. Gayral (1944) a tracciare la classificazione più esaustiva dei deliri presenti nel possesso, riconoscendo cinque tipi di deliri: il primo è il delirio demonolatrico, connesso alla venerazione dei demoni; il secondo è il delirio dannofobico, caratterizzato dal timore della dannazione eterna; il terzo è il delirio demonopatico, a sua volta distinto in esterno e interno: nella prima variante, il Diavolo agisce dall’esterno attraverso i recettori sensoriali, mentre, nella seconda, il Diavolo agisce dall’interno attraverso un’azione cenestesopatica e psicologica; il quarto è il delirio demonoantropico, per cui la personalità normale dell’individuo è sostituita da quella del Diavolo; la quinta è la forma etica dei

deliri di possessione diabolica, caratterizzata da una crisi etica da parte dei colpiti. Anche secondo Jules Séglas si tratta di un delirio di possessione demoniaca, ritenuto confinante tra il delirio persecutorio e di malinconia, al di sotto del quale vige un meccanismo di scissione della personalità. Séglas specifica la possibilità del verificarsi di allucinazioni cenestesiche e di esperienze di trasformazione corporea (La Sagna, 2010). Più specificatamente l'Autore concettualizza tre possibili forme di possessione, quali: 1) demonopatia (definita come persecuzione interna o esterna del diavolo); 2) demonomania pura (per l'esperienza di trasformazione corporea nel diavolo); 3) demonolatria (per l'adorazione delle figure demoniache di cui è vittima) (Perrotta, 2019). Nel Dizionario di Psichiatria di L. E. Hinsie e R. J. Campbell (1970), gli Autori non considerano la possessione come un'entità psichiatrica, ma ammettono la possibilità patologia che un soggetto possa presentare 'idee di possessione' a carattere pervasivo, descritte come: "Convinzione delirante di essere posseduto da un altro ente che controlla gesti, parole e pensieri. Può essere chiamato in causa un demone (demonomania, demonopatia) o un animale (zoopatia, zooantropia; questi due termini sono usati anche per indicare le idee di trasformazione in un animale, p. e. la licantropia)" (Hinsie L. E., Campbell R. J., 1970, p. 557). Inoltre, gli autori inseriscono termini come demonofobia (ovvero la fobia dei fantasmi, degli spiriti e dei diavoli), demonolatria (ovvero la deviazione mentale in cui il paziente venera un demone o un diavolo) e demono-melanconia (come sinonimo di demonomania e di idee di possessione). Con lo sviluppo della psichiatria transculturale degli anni '60 e della psichiatria dinamica, emerge anche il contributo di H. Ellenberger (1970) che differenzia le manifestazioni cliniche della possessione diabolica in: 1) manifestazioni che rientrano nel quadro di una grave malattia mentale, generalmente schizofrenia o psicosi; 2) manifestazioni associate alla 'possessione latente' resa attiva mediante l'esorcismo; 3) manifestazioni associate a una possessione attiva e spontanea corrispondente a una forma di nevrosi isterica più o meno grave.

CAPITOLO 2

PSICOPATOLOGIA DELLA POSSESSIONE: DALL'APPROCCIO PSICHIATRICO ALL'APPROCCIO INTEGRATO

2.1. Approccio psichiatrico e classificazioni diagnostiche

Al fenomeno della possessione diabolica possono corrispondere molteplici categorie diagnostiche e processi psicologici. Da un punto di vista psichiatrico, a seconda dei sintomi osservati, questi individui possono essere diagnosticati come affetti da patologie mediche, psicotiche, dell'umore, somatoformi, d'ansia o da disturbo neurologico (Cardeña et al., 2009). Più specificatamente, i tentativi di patologizzare l'atipicità della possessione, si sono concretizzati nell'associazione delle sue varie sintomatologie nelle seguenti forme psicopatologiche indicate dal DSM: sindrome culturale caratterizzante (CBS) e disturbi dissociativi non altrimenti specificati (DDNOS) tra cui il disturbo dissociativo da trance (DTD), il fenomeno da trance di possessione (PTP) inserito nel DSM-V all'interno dei disturbi dissociativi dell'identità (DDI), disturbo di personalità multipla, disturbo istrionico di personalità, disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione, e delirio di possessione.

La prima categoria diagnostica che per tutto il XIX secolo è stata l'associazione preferenziale al fenomeno di possessione è l'isteria, ovvero l'attuale corrispondente del disturbo istrionico di personalità. Secondo il DSM-IV (1994) il disturbo istrionico di personalità coincide con un quadro pervasivo di emotività eccessiva e con un incessante bisogno di essere il centro dell'attenzione in cui spesso le emozioni appaiono superficiali e il loro comportamento seduttivo. Secondo C. Balducci (1974) l'elevata suggestione, l'impressionabilità e ipersensibilità, l'esperienza dell'irrealtà, la marcata tendenza alla teatralizzazione e alla drammatizzazione degli avvenimenti, sono tutte caratteristiche che possono essere interpretate come sintomatologie di possessione spiritica. Infatti, anche secondo Cianconi et al., le possessioni hanno strutturazione "teatrale" con cui i soggetti assumono modi e comportamenti delle personalità divine "incorporate". Più complesso è il ruolo della possessione cristiana, che a rigor di termini sarebbe rappresentata dal diavolo che entra nei corpi e, in forma diversa, dall'ispirazione

dello Spirito Santo. Il posseduto, perciò, può essere avvicinato anche alla categoria dei soggetti istrionici per la sua disposizione alla suggestionabilità, la sua tendenza a credere nell'esistenza della magia, nel suo fare drammatico e teatrale con forti espressioni sessualizzate. Ad ogni modo, uno dei primi studi che ha messo in relazione il nevroticismo e l'isteria alla possessione spiritica è quello condotto da C. Ward & M. H. Beaubrun nel 1981. Gli Autori hanno esaminato la possessione in una religione che considera la possessione un disturbo (ie. i pentecostali di Trinidad). Coloro che hanno sperimentato il possesso hanno ottenuto punteggi significativamente più alti nell'Eysenck Personality Inventory e nelle misure MMPI di nevroticismo e isteria rispetto al gruppo di controllo. Lo stesso studio di Ward & Beaubrun (1981) ha anche dimostrato rilevanze empiriche concordanti con altri casi di studio in merito all'osservazione di un più alto grado di somatizzazione tra i posseduti. Ritornando nuovamente sulle questioni riguardanti l'istrionismo, è stato rilevato come esso sia anche connesso al quadro psicologico riferito al disturbo somatoforme di conversione (o isteria di conversione). In questa condizione, il paziente sperimenta una conversione delle istanze più profonde in maniera più radicale, complessa e cronica, subendo una modificazione in tutto o in parte della sua personalità (Perrotta, 2019). L'egocentrismo diventa il perno fisso e il suo rapporto con la realtà viene compromesso e deteriorato, con il conseguente sviluppo di pensieri di tipo fantastico. Può manifestare anche atteggiamenti ossessivi compulsivi e/o manipolatori che possono alludere nel complesso a un disturbo 'fittizio' di possessione per la (in)consapevolezza di assumere un ruolo per attirare attenzione su di sé con diversi gradi di alterazione del reale (Perrotta, 2019). In merito all'aspetto ossessivo Oesterreich chiarisce che nell'ossessione non si impone un'altra personalità, ma che tali stati d'animo delle altre persone sono *immaginati dalla persona posseduta* stessa e quindi appartengono chiaramente a lui, l'individuo primario (Demmrich, 2020). Inoltre, nella diagnosi differenziale Oesterreich distingue l'ossessione per la schizofrenia allucinatoria, i sintomi dissociativi della psichestenia e le convulsioni isteriche, poiché nessuno di questi disturbi si concentra sull'idea di essere dominato da una potenza straniera (Demmrich, 2020).

Dal punto di vista culturale, il DSM-IV-TR (1994) inquadra la possessione spirituale tra le Sindromi Culturalmente Caratterizzate (Culture-Bound Syndrom, CBS), ovvero tra le espressioni culturali che si vorrebbe distinguere da specifici disturbi mentali. Ricordiamo

che in Italia sono presenti quattro Sindromi Culturalmente Caratterizzati: la possessione (Zar nel DSM IV-TR), la fuga dell'anima (Susto nel DSM IV-TR), il malocchio (Mal de ojo nel DSM IV-TR) e infine l'affatturazione (Rootwork nel DSM IV-TR, fattura, malocchio ecc.); inoltre, la possessione è un fenomeno presente nel continente africano, nelle culture della diaspora servile africana, in gran parte del mondo mediterraneo e mediorientale, nonché nelle varie culture di ambito cristiano, induista, animista e via dicendo (Cianconi et al., 2012). Nella quarta versione del manuale si nota perciò quanto sia importante il contesto etnico-culturale del soggetto nella valutazione del disturbo mentale, poiché il substrato culturale influisce radicalmente sull'individuazione, l'espressione e la forma del disagio dell'individuo. La sindrome culturale sottolinea perciò il peso attribuito alla parte religiosa e/o spirituale sul disagio psicologico, aspetto presentato anche nel DSM-5 nel quale si afferma che stati di personalità distinti all'interno del disturbo dissociativo dell'identità (DID) possono essere spiegati come un'esperienza di possesso in alcune culture. La CBS viene dunque descritta come la perdita o messa in discussione della fede, includendo le problematiche associate alla conversione religiosa con la messa in discussione anche di valori spirituali. Il DSM-IV-TR (1994) specifica la sindrome culturale come *modalità ricorrenti, caratteristiche di certe regioni, di comportamento aberrante e di esperienza disturbante che possono essere o meno collegabili a qualche particolare categoria diagnostica del DSM-IV. Molte di queste modalità sono considerate anche localmente "malattie", o per lo meno fastidi e molte hanno denominazioni locali. Le sindromi culturali sono spesso limitate a società ed aree culturali specifiche; rappresentano categorie diagnostiche popolari che attribuiscono significati coerenti e familiari a complessi di esperienze ripetitive strutturate e disturbanti* (p. 898). La problematica rispetto a come determinare la classificazione del disturbo (se dare maggior peso alla parte psicologica o a quella culturale-religiosa) è particolarmente centrale all'interesse dell'etnopsichiatria e della psichiatria transculturale. Pertanto, si ritiene che la difficoltà interpretativa sia superabile nella misura in cui si riconosce il potere, da parte dei sistemi culturali, di condizionare le varie sintomatologie. La possibile sovrapposizione tra malattie psichiatriche occidentali e l'ampia forma delle CBS può essere rappresentata a titolo d'esempio dal caso di un'immigrata afghana. Quest'ultima ha mostrato segni di psicosi transitoria, panico e sensazione di *globus hystericus* che nella sua etnia corrispondevano invece a una

variazione etnica del possesso da jinn o, discutibilmente, un idioma culturale di angoscia (IOD) descritto dai pazienti afghani come 'Peryan' (Cote & Mukherji, 2022). Essa è giunta in ospedale per soffocamento (si stringeva la gola con le proprie mani) e alterazione dello stato mentale con riferimento di avere allucinazioni franche. Il giorno dopo con l'arrivo della sua famiglia, i sintomi erano ormai ritirati. L'aspetto più interessante è che tali manifestazioni, attribuite come comportamenti autolesionisti e psicotici secondo l'approccio psichiatrico, erano invece ritenuti non preoccupanti dai familiari. Il caso illustrato evidenzia quindi la sovrapposizione tra esperienze culturalmente accettabili e la psicosi franca, evidenziando anche il grado di variabilità tra le presentazioni della CBS tra i gruppi etnici. Poiché c'erano differenze tra il possesso di "Peryan" e "Jinn", è chiaro che non è possibile definire universalmente 'anormale' una sintomatologia ritenuta problematica secondo il DSM. In altre parole, l'immutabilità delle CBS nel DSM ostacola l'adattamento delle sue categorie di pari passo alle variazioni idiomatiche di angoscia presenti nelle altre culture. La flessibilità degli idiomi culturali offre perciò un'ulteriore possibilità interpretativa delle sintomatologie diminuendo i rischi di valutazioni diagnostiche errate, o troppo riduttive, e la conseguente applicazione di trattamenti non interamente pertinenti al caso. Infatti, in merito ai trattamenti psichiatrici, talvolta può verificarsi una mancata risposta rispetto a quest'ultimi e una remissione dei sintomi tramite specifici rituali culturali di appartenenza della persona (Saki & Ahmadi, 2022). Adottare una prospettiva cross-culturale nella valutazione psicodiagnostica è imprescindibile se si vuole discernere tra patologia e 'normalità' (Buterin et al., 2020), e di conseguenza, discernere rispetto alla giusta modalità di trattamento a livello psicologico e psichiatrico. Questo significa che la mancata considerazione del background culturale, il mondo della vita, la descrizione dei sintomi, e i metodi di trattamento culturale, non è possibile approdare a un'accurata comprensione del fenomeno di possessione. Pertanto, le modalità con cui si manifestano i fenomeni di possessione a livello interculturale, sono spesso accomunate da passate esperienze traumatiche, a cui si aggiungono emozioni sociali di vergogna, senso di colpa e l'eventuale presenza o meno di supporto sociale come fattori determinanti. Ad esempio, lo stigma e, quindi, l'esclusione sociale a cui spesso sono condannati coloro che mostrano i segni di una possessione, è stato messo in relazione con un aggravamento dei danni psicofisici causati dal trauma (Hecker et al., 2015). Ad ogni modo, nonostante l'obiettivo

dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di un'assistenza sanitaria mentale culturalmente appropriata nel Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 e le raccomandazioni del Comitato permanente inter-agenzia di considerare gli idiomi locali di disagio e di collaborare con le risorse locali, questi aspetti rimangono ancora troppo poco considerati (Hecker et al., 2015). Secondo Hecker et al. (2015), potrebbe essere d'aiuto includere nelle categorie diagnostiche i disturbi localmente prevalenti, e riconoscibili come stati patologici di possessione spirituale, e interventi sensibili ai modelli di malattia locale e alle opzioni di trattamento.

Come si è potuto osservare, i disturbi di possessione compaiono per la prima volta all'interno del DSM-IV (1994) inseriti nella sezione delle sindromi culturalmente caratterizzanti. Nella stessa appendice sono stati raggruppati anche l'insieme dei criteri sperimentali inerenti le forme patologiche di trance e i fenomeni di possesso all'interno dei cosiddetti disturbi dissociativi non altrimenti specificati (DDNOS). All'interno di questa categoria viene inserito il disturbo dissociativo della trance (DTD) definito come una marcata alterazione della coscienza o perdita del solito senso di identità senza sostituzione con uno alternativo, accompagnato da un restringimento della consapevolezza dell'ambiente circostante e comportamenti o movimenti stereotipati che vengono vissuti come al di fuori del proprio controllo. Il carattere polisemico e vago di questa tassonomia assume un'implicita impostazione etnocentrica, associando indirettamente l'esperienza dello stato di trance a uno stato psicopatologico. A tal proposito, una revisione sistematica che ha analizzato 28 articoli e 402 casi di pazienti con trance dissociativa e disturbi del possesso in tutto il mondo, During et al. (2011) hanno concluso che la DTD è un disturbo diffuso che può essere inteso come un linguaggio globale di disagio (probabilmente sottodiagnosticato nei paesi occidentali a causa di pregiudizi culturali) la cui incidenza potrebbe aumentare dato il crescente flusso migratorio. Gli Autori proseguono affermando che una diagnosi accurata e una gestione appropriata dovrebbero risultare da una valutazione completa sia delle questioni socioculturali che idiosincratiche, tra le quali dovrebbero essere considerate sistematicamente le difficoltà di acculturazione, specialmente in contesti interculturali. Oltre al DTD, anche lo stato di trance con convinzioni di possessione è considerato il più delle volte patologico. A questo proposito ci si riferisce al disturbo da trance di possessione (Trance and Possession Disorder, PTD), il quale è generalmente sussunto

nella categoria dei disturbi dissociativi dell'identità (DID) (Dalenberg et al., 2012; Van Duijl et al. 2013, citati in Hecker et al., 2015). Tuttavia, secondo il DSM-V, qualora i criteri di DID non fossero interamente soddisfatti, il PTD può anche essere classificato come DDNOS, ad esempio, se non vi è amnesia o se l'interruzione dell'identità è inferiore a marcata. Ad ogni modo, secondo la quarta versione del DSM, il PTD viene definito come un disturbo derivante principalmente da una sostituzione identitaria. In altre parole, il consueto senso di identità viene sostituito da un'altra identità, la cui influenza viene attribuita ad uno spirito, al potere, a una divinità o a una persona. I comportamenti o i movimenti stereotipati e culturalmente determinati sono vissuti come controllati dall'agente di possesso, e c'è un'amnesia totale o parziale dell'evento. Il PTD differisce dal DTD appunto per la sostituzione identitaria, la quale a sua volta secondo Cardeña (1989) (citato in Cardeña et al., 2009) si può differenziare in tre tipologie: (1) stati di transizione in cui gli individui sono in uno stato cognitivamente disorganizzato mentre si muovono dal loro stato abituale di coscienza a uno stato o identità alternativo; (2) l'identità alternativa corrisponde a uno spirito culturalmente riconosciuto o un antenato (questa è la forma maggiormente associata al termine possessione spirituale); (3) stato trascendente e di non-ego in cui è presente un possesso spirituale. In quest'ultima possibilità, la persona può sperimentare un'unione mistica con il tutto, con una divinità o con un'identità diversa. Quando la PTD non fa parte di una pratica culturalmente accettata, e provoca una disfunzione e/o angoscia nella persona che vive lo stato di trance, allora si presenta in forma patologica (Cardeña et al., 2009). Oltre a provocare un *distress* clinicamente significativo con relativo disfunzionamento nelle aree più importanti della vita (es. area occupazionale, area sociale), diviene patologica quando lo stato di trance non si verifica esclusivamente nel corso di un disturbo psicotico o di dissociazione identitaria. Non può essere considerato patologico quando lo stato di trance da possessione viene ricercato volontariamente, o conseguente all'ingerimento o intossicazione di sostanze, come quelle psicotrope, e specialmente in seguito all'assunzione di sedativi (ie. alcol, benzodiazepine, barbiturici). Infine, la trance di possessione non può essere diagnosticata tale se causata causato da una generale condizione medica. Come citato da Dureen J. Hughes (1991), la trance da possessione è per definizione uno stato non normativo al quale è spesso associata l'amnesia dovuta agli aspetti dissociativi (Peters & Price-Williams, 1983). A fronte di ciò è spesso considerata

in termini patologici in cui implicitamente suggerisce una repressione sottostante o una patologia mentale incipiente (Hughes, 1991). Difatti, la trance da possessione che implica relazioni a lungo termine con uno o più spiriti comporta lo sviluppo di quelle che sembrano personalità secondarie o alternative (Bourguignon, 2004). Guardando anche agli aspetti benefici, gli stati di trance da possessione possono essere similmente associati a certe tecniche psicoterapeutiche come lo psicodramma e la terapia della Gestalt (Peters & Price-Williams, 1980), in cui la dissociazione può essere ‘al servizio del sé’ come un’esperienza a funzione catartica (Bourguignon, 1965). Secondo L.G. Peters e D. Price-Williams in *A Phenomenological Overview of Trance* (1983) le esperienze dissociative sono costituite dalla stessa dinamica, come se fosse un rito di passaggio dallo stato di panico (in cui vige il caos e la separazione) allo stato di insight (in cui vige il cosmo, la transizione) sino a comportare o uno stato di reintegrazione conclusivo o uno stato di disintegrazione. Essenzialmente, tutte queste esperienze, incluse quelle di insight psicotico, sono tentativi da parte dell’ego inibito di ricostituirsi e ricristallizzarsi in modo più adattivo (Peters & Price-Williams, 1980).

Tuttavia, al fine di comprendere in modo più esaustivo gli aspetti dissociativi sottostanti al DTD e al PTD, è necessario soffermarsi sulla definizione del disturbo dissociativo di identità. Esso viene definito dal DSM-IV (1994) come la presenza di due o più distinte identità, o stati di personalità, che in maniera ricorrente assumono il controllo del comportamento dell’individuo. Secondo il DSM-IV (1994), le identità alternative possono differire dalla normale identità nell’età, nel vocabolario, nelle conoscenze generali e negli affetti predominanti. Le diverse personalità appaiono alternativamente, e assumono il controllo del soggetto in sequenza. Questo aspetto sintomatologico corrisponde a quanto avviene similmente nello stato di possessione, infatti, per questa sovrapposizione, il DSM-V si è riguardato dall’esplicitare che la *disgregazione dell’identità caratterizzata da due o più stati di personalità distinti, in alcune culture può essere descritta come un’esperienza di possessione* (p. 292). È per questo che nella quinta versione del manuale sono state differenziate due possibili forme dissociative all’interno dei DID: la forma di non possessione e la forma di possessione. Anche in questo caso la forma dissociativa che include lo stato di possessione afferma che è patologica quando l’identità alternativa è indesiderata e si verifica involontariamente, provoca angoscia e considerevole handicap, e si manifesta in tempi e luoghi che violano le norme

culturali e/o religiose. Nel caso di identità multiple che prevedono la forma di ossessione, la nuova identità può essere quella di un'altra persona (spesso qualcuno che è morto, forse in modo drammatico) o quella di uno spirito sovrannaturale (spesso un demone o un dio), che possono richiedere la punizione per le azioni passate. L'evidenza di essere di fronte a una franca alterazione identitaria non avviene nel caso delle forme di non-possessione, in cui invece i pazienti si limitano a sperimentare sensazioni di depersonalizzazione. In questo caso è predominante il senso di irrealtà ed estraniamento, percependo un netto distacco dal proprio sé e dai propri processi fisici e mentali. Sempre secondo quanto riportato nel DSM-V, la sintomatologia dissociativa può includere allucinazioni che vengono associate dagli individui dissociati come provenienti dall'altra identità. Tutti questi aspetti possono facilmente confondere nelle diagnosi differenziali tra DID e gli altri disturbi mentali (come schizofrenia, altri disturbi psicotici, disturbo bipolare, a ciclo rapido, disturbi d'ansia, disturbi da somatizzazione e personalità multiple) a causa della sovrapposizione delle manifestazioni sintomatologiche. Ad esempio, in merito alla diagnosi differenziale con i disturbi psicotici, la presenza di più di una personalità potrebbe erroneamente essere interpretata per un'allucinazione, oppure, lo shift tra le identità potrebbe invece alludere a un disturbo ciclotimico o bipolare. La differenziale sta nell'osservare una chiara e nitida sintomatologia dissociativa tra gli stati identitari, in cui il carattere distintivo sta nella consistenza e persistenza identitaria dell'identità alternativa. Secondo il DSM-IV (1994), il disturbo dissociativo dell'identità riflette il fallimento dell'integrazione dei vari aspetti dell'identità, della memoria e della coscienza. I disturbi di personalità di tipo dissociativo, quindi, si verificano negli individui in cui la coscienza non si è definitivamente strutturata attorno all'io provocando oscillazioni transitorie o cronicizzate in situazioni traumatiche o di forte stress (Centini, 2019). Nel DSM-V viene infatti indicato che il venir meno del processo di integrazione della coscienza, della memoria e dell'identità sono ricondotti ad una dimensione traumatica. A tal proposito, un contributo importante viene affidato alla review di Hecker et al. (2015) nella quale hanno confermato la relazione esistente tra l'esposizione al trauma e i disturbi possessivi da trance, ovvero ai sintomi dissociativi. Gli Autori precisano che il 51% riporta un'esposizione ad eventi traumatici (es. abuso fisico o sessuale in età infantile, lutti, costrizione ad uccidere) e il 41% riporta esposizione a traumi da guerra. Queste considerazioni affermano che non si può prescindere da questa relazione nei programmi

di salute mentale e di intervento psicosociale. Un'altra evidenza empirica è stata riportata dalla ricerca su una popolazione ugandese in cui le persone con diagnosi di possessione hanno riportato un numero significativamente più alto di eventi traumatici, quali incidenti, esperienze vicino alla morte e gravi malattie (Van Duijl et al., 2010). Inoltre, lo studio di Nijenhuis e Van Duyl (2001) per esempio, evidenzia come il fenomeno della possessione in alcune culture possa essere associata a una dissociazione somatoforme. Gli Autori hanno infatti scoperto che i pazienti ugandesi con disturbo della possessione spirituale, un disturbo dissociativo correlato alla cultura, avevano punteggi al Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) molto più alti rispetto ai controlli mentalmente sani. Prendendo nuovamente in considerazione la dimensione traumatica e il suo contributo nella dissociazione psichica, il DSM-5 ha introdotto anche il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) come sottotipo del disturbo dissociativo, elencando la depersonalizzazione e la derealizzazione tra i suoi sintomi. In alcune culture, il sottotipo dissociativo di PTSD può anche coprire fenomeni di possesso (Sar et al., 2014; citato in Hecker et al., 2015). Un'altra possibilità di codificare le esperienze di possesso nel DSM-5 è la nuova categoria di reazione dissociativa acuta allo stress (durata inferiore a 1 mese). Poiché i fenomeni di possesso transitorio non possono essere classificati come DID o DDNOS (ad esempio, poiché per queste diagnosi, i sintomi devono essere cronici), possono essere classificati come reazione dissociativa acuta. Infatti, durante la fase del trauma acuto è molto comune che siano riferiti anche sintomi dissociativi come intorpidimento (Feinstein, 1989; Noyes et al., 1977, citati in Bryant, 2011) e una riduzione della consapevolezza del proprio ambiente (Berah et al., 1984; Hillman, 1981; Titchener & Kapp, 1976; citati in Bryant, 2011). Inoltre, può darsi che il trauma spinga gli individui a praticare ed elaborare il loro potenziale di assorbimento e fantasia come mezzo per affrontare eventi che non possono integrare (Nijenhuis, 2011).

È utile notare che sia i disturbi schizofrenici che dissociativi sono accomunati da un'esperienza traumatica, aspetto che diviene più evidente se si considerano i fenomeni di possessione. Le condizioni deliranti, infatti, possono rappresentare una forma di ricostruzione decontestualizzata dell'evento traumatico (Pietkiewicz et al., 2021). Pertanto, all'interno della psichiatria clinica generale, il disturbo psicotico è ritenuto una psicopatologia correlata al trauma con altre condizioni gravi tradizionali come la schizofrenia, la malattia maniaco-depressiva e i disturbi mentali organici. Concludono

che la DP potrebbe essere una manifestazione di un disturbo dissociativo (DID o DDNOS) più cronico e complesso (Sar & Öztürk, 2011), tant'è che in uno studio di Haugen e Castillo (1999) il 28% dei pazienti con psicosi hanno soddisfatto anche i criteri per la diagnosi di DID e DDNOS. Anche se a ciascuno dei soggetti psicotici di Haugen e Castillo è stata diagnosticata la schizofrenia o il disturbo schizoaffettivo, lo SCID-D ha anche identificato disturbi dissociativi in comorbidità diversi da DID o DDNOS, ad esempio disturbo di depersonalizzazione (8%), amnesia dissociativa (14%), e disturbo di trance dissociativo (35%) (Ross, 2011). Ritornando alla dimensione traumatica e le istanze di possessione, uno studio americano ha invece trovato una relazione tra trauma infantile, dissociazione e deliri di possessione tra pazienti con psicosi cronica (Goff et al., 1991, citato in Cardeña et al., 2009). Ci sono anche prove relative a rifugiati bhutanesi che hanno mostrato una malattia psicogena di massa (spiegata come possessione spirituale) che hanno avuto traumi più recenti e precoci rispetto a un gruppo di confronto (Van Ommeren et al., 2001, citato in Cardeña et al., 2009). La possibilità che via sia una correlazione diretta o indiretta (a livello tematico) dei sintomi psicotici con le esperienze traumatiche, emerge nel momento in cui la sintomatologia positiva non è chiaramente collegata al contesto di appartenenza della persona (Hardy et al., 2005; Corstens & Longden, 2013; McCarthy-Jones & Longden, 2015, citati in Pietkiewicz et al., 2021). I deliri di possessione, ad ogni modo, rientrano all'interno di una sottocategoria dei deliri religiosi nella psicosi. Taluni implicano una percezione distorta di avere i propri processi mentali o azioni controllate da demoni o spiriti associati alla religione locale. L'udito di voci, le sensazioni corporee incomprensibili e il controllo del pensiero sono attribuiti dalla persona a questa influenza (Pietkiewicz et al., 2021). In merito all'aspetto dissociativo, evidenze empiriche riportano che nella maggior parte dei pazienti con dissociazione vi sia uno stato di personalità persecutoria con tendenze ostili nei confronti della personalità ospitante ritenuta appunto minacciosa (Sar & Öztürk, 2011). Nella sua forma più lieve, il soggetto lamenta una sensazione come se "qualcuno fosse dietro di me", accompagnata da ansiosa aspettativa e preoccupazione, in particolare se lo stato di personalità che lo accompagna è persecutorio. Questa situazione può imitare un'idea di riferimento, e quindi una psicosi paranoica (Sar & Öztürk, 2011). Per quanto concerne la sintomatologia positiva, le allucinazioni e i deliri sono dunque le modalità preferenziali attraverso le quali si manifestano segni di 'possessione'. Oltre a queste modalità, è possibile ricondurre le

sintomatologiche psicotiche al fenomeno di possessione quando vige un'alterazione del comportamento e della coscienza (Van Duijl et al., 2013). Secondo gli Autori tali manifestazioni possono caratterizzarsi come: parlare con voce diversa, sensazione di paralisi, tremore, glossolalia o emettere versi di animali, fughe o "danze notturne". Le allucinazioni uditive invece, si manifestano sotto forma di voci che parlano in terza persona al paziente interpretate dal soggetto come entità (il diavolo, Satana, la Vergine Maria, Gesù, Lucifero) che hanno preso il controllo della sua coscienza. L'azione del demone si evince in maniera ancora più eloquente quando questi soggetti riportano di essere controllati da forze esterne o quando riportano che qualcuno immetta in loro pensieri che non gli appartengono (Irmak, 2014). Dal punto di vista clinico le allucinazioni uditive riportate attraverso la sintomatologia positiva, sono tra il 20-60% deliri schizofrenici a contenuto religioso. Ciò significa che è una modalità di espressione del conflitto spirituale vissuto dalla persona e che nel caso del credente cattolico, assume una forma persecutoria a tema di colpa e di peccato (Irmak, 2014).

Gli aspetti psicopatologici della schizofrenia, come delusioni e allucinazioni, possono essere influenzati dalle esperienze culturali e religiose dei pazienti (Ventriglio et al., 2018) (vedi Yip, 2003; Tateyama et al., 1998; citati in Koenig, 2009). Infatti, deliri e allucinazioni assumono comunemente temi a sfondo religioso o figure religiose (siano esse benevole o malefiche). Basti pensare che per quanto concerne i temi religiosi emersi sin dal XIX secolo nei molteplici quadri psichiatrici, sono stati individuati i seguenti temi di: rivelazione divina, redenzione, missione divina, rapporto privilegiato con l'onnipotente in psicosi croniche (come quella del famoso caso Schreber), dannazione per malinconia o colpa, di onnipotenza nel caso di nevrosi ossessive, ideali di asceti e possessione diabolica (Leguay, 2004). Uno degli studi più ampi e dettagliati della Gran Bretagna può confermare come la prevalenza dei deliri all'interno della schizofrenia siano proprio a carattere religioso (Siddle et al., 2014). Quello che è maggiormente preoccupante, però, è che rispetto ai pazienti che hanno la schizofrenia senza i deliri religiosi, avevano una sintomatologia più forte, 'funzionavano' meno bene, e venivano prescritti più farmaci rispetto a quelli che avevano altri tipi di deliri. Tuttavia, studi longitudinali suggeriscono che l'attività religiosa non psicotica può effettivamente migliorare la prognosi a lungo termine dei pazienti con disturbi psicotici (Koenig, 2009). Quando però le manie di possessione sono co-create dall'ambiente sociale all'interno del

quale si espletano, bisogna prestare attenzione al fatto che il coping religioso non diventi un fattore di rischio. Questo è il caso in cui le delusioni religiose sono integrate, incorporate e coincidenti con le credenze popolari che sostengono l'esistenza dell'influenza spiritica/maligna sulle cose del mondo. Ciò significa che quando le manie di possessione combaciano con le credenze culturali di appartenenza, oltre a fomentare l'uso del pensiero magico delirante, scoraggia dall'affidarsi a consultazioni diagnostiche influenzando negativamente anche sulla compliance (Pietkiewicz et al., 2021). Infatti, nonostante i pazienti provenienti da comunità caratterizzate da una maggiore tolleranza per i deliri religiosi possono essere meno stigmatizzati, dall'altra parte questa tolleranza può prolungare la durata della psicosi non trattata (Ventriglio et al., 2018). Il vantaggio di questa dinamica personale e sociale risiede nell'utilizzo del coping religioso come fattore protettivo, che quindi permette di alleggerire il peso dello stigma sociale aumentando l'accettazione sociale percepita a livello comunitario. Appartenere a una comunità spirituale e trovare etichette socialmente accettabili incrementa il senso di appartenenza, di inclusione sociale e di resilienza. Poiché l'adesione al trattamento può essere influenzata dalle credenze religiose, può essere utile educare i leader spirituali sulla malattia mentale per coinvolgerli nei servizi comunitari per ottimizzare l'assistenza e l'aderenza al trattamento (Connell et al., 2015). Nello studio di Wen (1998) è stato osservato che il 75,6% dei casi di schizofrenia del primo episodio a Taiwan ha chiesto aiuto a sciamani e sacerdoti taoisti, e il 25% di loro ha descritto di star vivendo esperienze di possessione spirituale. Secondo lo studio di Pietkiewicz et al. (2021), rivolgersi all'assistenza spirituale da parte dei sacerdoti può offrire sia supporto emotivo che aiuto nella gestione delle attività quotidiane. D'altra parte, affidarsi esclusivamente al coping religioso può talvolta comportare ritardo nella diagnosi e nel trattamento con il rischio di comportare esiti peggiori nelle persone con psicosi (Albert et al., 2017). La fede religiosa nelle psicosi può perciò fungere sia da fattore protettivo che da fattore di rischio.

Secondo Pietkiewicz et al. (2021), quando il contesto sociale non riesce a fornire buoni punti di riferimento, è necessario affidarsi ad altri sintomi psicopatologici per determinare la natura psicotica delle convinzioni delle persone: l'esistenza di altri deliri (messianici, grandiosi, persecutori) o allucinazioni uditive e tattili. I partecipanti allo studio hanno dato varie interpretazioni deliranti del mondo esterno e delle loro esperienze interne, come ad esempio: la convinzione di essere l'Angelo dell'Equilibrio, con la missione di salvare

gli spiriti, comunicare telepaticamente con animali ed esseri extraterrestri, essere controllata attraverso un chip nel cervello, o perseguitato da persone, animali e oggetti. In generale, tali sintomi non sono prevedibili in altri disturbi. Secondo lo studio di Kopeyko et al. (2018), le allucinazioni sono il fenomeno psicopatologico cruciale derivante dal delirio religioso con convinzioni di possessione. Quest'ultimo però può provocare altri disturbi deliranti come ad esempio: delirio di possesso o metamorfosi (reincarnazione in un demone), manie di deterioramento, stregoneria e delirio ipocondriaco. A livello dei comportamenti deliranti invece, possono presentarsi forme speciali di difesa, allucinazioni cenestesiche, disturbi affettivi (depressivi) ed attività suicide. Sempre secondo gli Autori, il tipo di decorso della malattia nella maggior parte dei casi è conforme allo sviluppo dello stereotipo della schizofrenia paranoica. Una caratteristica della malattia era la combinazione di disturbi psicopatologici, che rifletteva la natura continua della malattia endogena (deliri interpretativi, costruzioni religiose sopravvalutate) con disordini, più rappresentativi del decorso parossistico (i fenomeni delle delusioni sensuali acute, dei disturbi affettivi espressi), allo stadio manifesto della malattia.

Secondo le teorie biologiche, la manifestazione clinica della patologia di possessione avente origine organica può presentarsi come “disturbo epilettico del lobo temporale” o di una “sindrome del lobo parietale” o anche patologie neoplastiche cerebrali (Perrotta, 2019). I tumori del lobo temporale e frontale, infatti, possono dar luogo a sintomi molto simili alla possessione, così come deliri psicotici, dissociazioni della personalità e schizofrenia. Più precisamente queste condizioni possono indurre allucinazioni capaci di far vivere lucidamente un'esperienza possessoria o addirittura dare al paziente la sensazione di essere vittima di presenze paranormali, attraverso voci, suoni ed esperienze spaventose (Perrotta, 2019). A tal riguardo, nonostante un profilo neuropsicologico della PTP debba ancora emergere, vi sono certe prove che indicano il funzionamento delle strutture corticali frontali come responsabili dell'espressione di alcune sintomatologie. Ad esempio, uno studio SPECT su glossolalisti cristiani (Newberg et al., 2006, citato in Cardeña et al., 2009), ha riscontrato una diminuzione del flusso sanguigno cerebrale nelle cortece prefrontali dorsolaterali dopo la glossolalia, in contrasto con il canto regolare. I lobi frontali possono anche essere implicati nell'esecuzione di comportamenti stereotipati e culturalmente appropriati al di fuori della consapevolezza. Infatti, secondo lo studio neuropsicologico di Lhermitte (1986), i 75 pazienti con lesioni al lobo frontale

presentavano comportamenti di imitazione e di utilizzo dovuti all'esistenza di una sindrome frontale. I comportamenti osservati erano determinati dalla dipendenza verso gli ambienti sociali e fisici, e dalla perdita del controllo intellettuale (Lhermitte et al., 1986). Secondo lo studio di Patrick McNamara (2011), invece, il cambiamento di personalità tipico del DID in relazione al "possesso" dello spirito potrebbe essere ascritto all'inibizione bilaterale dell'ippocampo (Tsai et al., 1999). Ciò nonostante, non si vuole suggerire che la possessione spirituale sia associata alla disfunzione del lobo frontale, ma che queste esperienze possano essere correlate a una propensione al disaccoppiamento delle strutture del lobo frontale in condizioni particolari, come è stato riscontrato con individui altamente ipnotizzabili (Egner et al., 2005; Gruzelier, 2006; Jamieson & Woody, 2007; citati in Cardeña et al., 2009). La ricerca in merito all'esperienza di non sentirsi in controllo suggerisce anche che l'attenuazione dell'attività nella corteccia parietale inferiore, modulata dal cingolato anteriore e dalla corteccia prefrontale dorsolaterale, può anche essere rilevante per l'esperienza di possessione (Hohwy & Frith, 2004; Buterin et al., 2020). Sulla base di una valutazione dei fenomeni religiosi nell'epilessia, nelle esperienze di pre-morte, negli effetti allucinogeni, nei disturbi psicotici e nelle demenze, è stato ipotizzato che il sistema limbico possa produrre stati affettivi e cognitivi divergenti, come percezioni di gioia profonda e sentimenti noetici, tipici delle esperienze religiose e mistiche. Altre prove supportano l'iperattività temporolimbica come processo alla base dei fenomeni religiosi/psicotici. (Ventriglio et al., 2018). L'attività mesolimbica disfunzionale può generare percezioni alterate della realtà, tra cui senso del tempo distorto, depersonalizzazione, derealizzazione, e déjà-vu. La stimolazione diretta di queste aree può provocare eventi simili a quelli appena descritti (Persinger, 2001, citato in Ventriglio et al., 2018).

2.2. Lettura critica alle categorie diagnostiche

Una dimensione dell'attività umana che ha da sempre affascinato un piccolo ma dedicato gruppo di ricercatori all'interno della psichiatria, è quella della religione e della pratica religiosa (Bhugra 1996; Koenig, 2009, citati in Whitley, 2012). La religione e la psichiatria possono essere entrambe considerate due modi di spiegare l'ignoto, rispondere ad alcune domande sul senso della vita e sul portare guarigione (Ventriglio et al., 2018).

Così è importante comprendere le differenze culturali e religiose nell'approccio psichiatrico, in quanto esse influiscono notevolmente sul modo in cui i pazienti percepiscono e attribuiscono i sintomi. L'integrazione della religione e della spiritualità nella pratica clinica (ove pertinente) permetterebbe di addentrarsi con più destrezza nelle credenze culturali e religiose della persona e, di conseguenza, di proporre a questa una diagnosi e trattamenti più accurati (Cheng, 2017). La mancanza di tale integrazione comporta la tendenza a considerare automaticamente come deliranti gli aspetti legati alla possessione spirituale. Pertanto, nei casi in cui si presentano fenomeni di possessione, i professionisti della salute dovrebbero considerare la costituzione multidimensionale dell'essere umano e dell'identità, tenendo conto appunto dei fattori biopsicosociali, culturali e spirituali (Cheng, 2017). Ciò significa doversi predisporre all'ascolto della persona anche nella sua idiosincrasia, senza cedere a tendenze patologizzanti e riduzioniste che imprigionano l'unicità della persona in definizioni da manuale. Inoltre, sembra che non esistano criteri o linee guida universalmente accettati per distinguere tra espressioni di esperienza religiosa e credenze religiose adattive e disadattive. Esse, infatti, si distribuiscono lungo un continuum psicopatologico in cui si cede spesso alla sopravvalutazione di idee 'bizzarre' come deliri conclamati (Ventriglio et al., 2018). Pertanto, la letteratura recente raccomanda agli psichiatri di includere la valutazione delle credenze religiose e spirituali dei pazienti. Questo perché quando le credenze religiose – spirituali divengono clinicamente rilevanti, correlano con un peggior funzionamento globale e sono associate a una maggiore necessità di dosi più massicce di farmaci antipsicotici (Whitley, 2012). Ciò significa che la mancata considerazione di tali dimensioni a livello clinico, psicologico e diagnostico, implica una patologizzazione che ricade sul vissuto della persona aggravandone le condizioni. Da un certo punto di vista, questa inaccurata considerazione della multidimensionalità della persona, comporta la partecipazione indiretta da parte del professionista della salute nell'aggravamento della situazione psicologica della persona richiedente aiuto. Questo effetto collaterale trae origine da come sono stati inseriti i disturbi di possessione all'interno dei disturbi non altrimenti specificati (DDNOS) nel DSM-IV-TR (1994). Più specificatamente, il loro inserimento all'interno dell'appendice riservato alle sindromi culturalmente caratterizzanti (CBS). Questo inserimento tradisce gravi pregiudizi culturali, patologizzando a priori i casi di manifestazioni fenomenologiche atipiche e non

comprensibili per la nostra cultura occidentale. L'impostazione psichiatrica rende dunque anormale e clinicamente deviante ciò che non si limita ad esprimersi all'interno di contesti culturali e sociali 'autorizzati' (Salvati, 2006-2008). Ovvero, la possessione può essere ritenuta 'normale' solo nei contesti in cui la nostra prospettiva occidentale la ritiene appropriata. Infatti, nella definizione DSM-V la trance da possessione è tale se non è una parte 'normale' di una qualche pratica collettiva culturale o religiosa. Secondo anche Ventriglio et al. (2018) i criteri del DSM-V non sono in grado di affrontare con esaustività l'ambiguità delle sintomatologie da possessione, oltre al fatto, che il termine 'normale' in un manuale medico diagnostico non dovrebbe essere usato a prescindere. Rispetto all'appellativo usato, infatti, esso incentiva all'esclusione e allo stigma sociale, alla sterilizzazione di un relativismo culturale ormai esasperato, e alla deresponsabilizzazione da un'accurata definizione diagnostica. Con questa etichetta la comunità della biopsichiatria ha espresso il suo disinteresse verso l'indagine epistemologica della distinzione consapevole tra la normalità e la patologia (Szasz, 1961; Rosenhan, 1973; Kirk & Kutchins, 1992; Young, 1995; Dipaola, 2000; Martinez, 2000; citati in Salvati, 2006). Dovrebbe essere ormai consapevolizzato che il confronto tra le categorie diagnostiche occidentali con concetti locali rischia solo che di ampliare errori di categorizzazione. L'imposizione dei costrutti nosografici occidentali su culture differenti richiede necessariamente di verificare se tali costrutti sono validi in quelle culture. Ciò che è in questione qui è una confusione tra livelli di analisi etico ed emico, così come tra il comportamento e le credenze, ovvero le spiegazioni culturali ad esso associate (Bourguignon, 1983). Il livello etico non può imporsi su quello emico culturale, le nostre universalizzazioni non possono spogliare le credenze culturali all'improvviso sradicando ogni legame con la loro origine. La nostra tipicità di pensiero occidentale non può decontestualizzare il consueto modo di interpretare certe fenomenologie costringendo l'altro a guardarlo solo coi nostri occhi, solo con le sue prospettive. Epistemologicamente parlando, oltre ad incrementare l'omertà intellettuale, non farebbe altro che ostacolare lo sviluppo di nuove conoscenze e di nuovi paradigmi conoscitivi. Inoltre, la possessione non si limita solo al contesto culturale. Anzi, la letteratura antropologica citata in Salvati (2008) mette in luce come la relazione tra gli individui e gli spiriti sia continua e quotidiana, divenendo in alcuni frangenti, anche l'espressione dei rapporti di potere in una determinata società e cultura. Per quanto concerne il criterio C, invece, la definizione

“lo stato di trance o di trance da possessione causa disagio clinicamente significativo, oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti” (APA, 2004, citato in Salvati, 2006-2008) contiene implicazioni preoccupanti e non immediatamente evidenti. Infatti, sembra non prendere in considerazione quei casi, ampiamente documentati in letteratura (Ong, 1988, citato in Salvati 2006-2008), in cui la possessione, seppur manifestata attraverso il cosiddetto “disagio clinicamente significativo”, diventa, in realtà, un tentativo di rinegoziazione della realtà, un modo di esprimere un disagio o l'impossibilità di adattarsi ad un contesto culturale diverso dal proprio. Inoltre, secondo Lewis-Fernandez, consulente della Task Force sia per il Work Group sui Problemi Transculturali sia per le Patologie Psichiatriche di Confine (Disturbi Dissociativi, ecc.), riporta come “la struttura del DSM si dimostra intollerante verso i dati antropologici e s’interessa solo alle varianti cross-culturali nella fenomenologia psichiatrica. [...] L’ostilità mostrata verso i dati dell’antropologia psichiatrica limita l’utilità sociale e psicoterapeutica di queste categorie nosologiche» (Lewis-Fernández, 1998, citato in Salvati, 2006-2008). Come abbiamo potuto osservare, queste sono tutte conseguenze derivanti da un’inesattezza nosografica che poi si è resa ancora più esplicita con l’inserimento dei disturbi da trans di possessione come sottocategorie dei DID all’interno dei DSM-V. Le conseguenze di quest’inserimento possono essere esplicitate dalle rilevanze empiriche degli studi epidemiologici, i quali hanno evidenziato un tasso di DDNOS maggiormente comune rispetto a quello dei disturbi dissociativi. Il tasso delle persone dissociative diagnosticate a cui veniva diagnosticata la DDNOS era del 40%, una percentuale altissima. Quest’indebita proporzione di diagnosi non altrimenti specificate indica l’inesattezza nosografica dei disturbi dissociativi e/o dei criteri diagnostici, considerando appunto il fatto che la maggior parte dei disturbi dissociativi diagnosticati non soddisfa i criteri stabiliti per i disturbi dissociativi specifici (Dell, 2011). Le regole diagnostiche sono infatti sbilanciate, poiché la diagnosi di DDNOS viene pronunciata in tutti quei casi in cui non vi è il soddisfacimento dei criteri per uno specifico disturbo (Ross, 1985; citato in Dell, 2011). Tuttavia, il fatto che la DDNOS sia la diagnosi dissociativa più comune nelle cliniche psichiatriche e negli ospedali psichiatrici, può anche essere dovuta a una differenza di criteri diagnostici e di abitudini diagnostiche tra i ricercatori epidemiologici e i medici praticanti. Quest’ultima, evidenza comunque del fatto che non vi sia accordo e comunicazione transdisciplinare in ambito clinico e di

ricerca. Infine, è doveroso riportare anche le spiacevoli conseguenze della distinzione posta nel DSM-V tra forme dissociative di possessione e di non-possessione in base alla franchezza della sostituzione identitaria e all'accettazione della manifestazione a livello culturale. Affinché la forma dissociativa di possessione sia diagnosticata tale dovrebbe essere provata l'involontarietà, l'incontrollabilità e la sofferenza 'cl clinicamente significativa' causata alla persona dissociata. Tale aspetto però, non tiene conto di quali siano i criteri in base ai quali distinguere l'involontarietà o la volontarietà della manifestazione. Come è chiaro che in un primo momento entrambe le forme possono rassomigliarsi, è anche chiaro che non è detto che la forma dissociativa di possessione si debba manifestare necessariamente. Ma quest'ultima possibilità non viene presa in considerazione dal DSM-V, che invece riduce la possessione e la sua diagnosi alle sue manifestazioni esteriori. L'esclusione della considerazione delle 'manifestazioni interiori' è un'ulteriore dimostrazione di quanto poco ancora si conosca il fenomeno della possessione, specialmente nelle sue declinazioni transculturali e sociali. È per questo che è necessario invitare a istituire ricerche che comprendano tali coniugazioni con l'accompagnamento di una parallela appropriatezza nosografica e tassonomica. Pertanto, secondo Cardeña et al. (2009) l'accuratezza diagnostica desiderata potrebbe 1) facilitare il riconoscimento di questi disturbi da parte dei professionisti della salute mentale; 2) incoraggiare la ricerca sistematica su di essi; 3) aiutare a escogitare modi adeguati e culturalmente sensibili per assistere le persone affette (ad es. a guaritori, chiese o, se disponibili, terapeuti ben addestrati). In merito al primo punto sarebbe opportuno distinguere tra 'possessione spirituale' della prospettiva religiosa-emica (ie. stato alterati con sostituzione di identità), dalla prospettiva psicopatologica-etica in cui la possessione psicopatologica è frutto di convinzioni deliranti o come parte di una condizione psicologica più ampia. In aggiunta a questa raffinatezza di discernimento psicodiagnostico, sarebbe opportuno soddisfare anche la necessità di una ricerca sistematica sulla trance da possessione e sulla sua relazione con altre variabili psicologiche (Cardeña et al., 2009). La scarsità di studi psicologici e psichiatrici sistematici sulla possessione - un fenomeno che è stato descritto attraverso i secoli nella maggior parte delle culture - mostra quanto siamo lontani dall'avere una comprensione di base dell'esperienza umana (Cardeña et al., 2009). Pertanto, secondo Cardeña et al. (2009) sarebbe opportuno dover seguire molteplici linee di ricerca, tra cui: (1) valutazione

dell'affidabilità e della validità dei criteri proposti evitando la commissione di errori di categoria; (2) valutazione della relazione tra il vissuto di possesso disfunzionale e l'esperienza traumatica; (3) valutazione della relazione tra il vissuto di possesso volontario/controllato e le disfunzioni dell'attaccamento. Difatti in Cardeña et al. (2009) è stato riportato come un maggiore controllo sulle proprie capacità di possesso può caratterizzare il possesso non patologico; infine, (4) la valutazione dell'efficacia del trattamento proposto nei centri rituali rispetto a quello psichiatrico occidentale, dato che le persone si recano dai primi con più frequenza e con aspettative di cura. A tal proposito una rassegna sulla religione, la spiritualità e la salute mentale, riporta evidenze empiriche a sostegno del coping religioso. Esse hanno dimostrato come la religione e la spiritualità siano comportamenti di coping che consentono alle persone di dare un senso alla sofferenza, di percepire di avere controllo sulle situazioni, e di promuovere regole sociali che facilitano la vita comune, la cooperazione e il sostegno reciproco (Koenig, 2009). Infatti, questo spiega come molte persone che soffrono per il dolore di malattie mentali, problemi emotivi o difficoltà situazionali cercano rifugio nella religione per conforto, speranza e significato. La ricerca sistematica pubblicata sino ad oggi su soggetti in contesti diversi (come medico, psichiatrico e popolazione generale), di diversa estrazione etnica, in diversi gruppi di età e in luoghi diversi, trovano che il coinvolgimento religioso sia correlato a una migliore gestione dello stress e a una minore depressione, suicidio, ansia, e abuso di sostanze. Mentre le delusioni religiose possono essere comuni tra le persone con disturbi psicotici, le sane convinzioni e pratiche religiose normative sembrano stabilizzarsi e possono ridurre l'enorme isolamento, la paura e la perdita di controllo che sperimentano le persone con psicosi. I clinici devono quindi essere consapevoli delle attività religiose e spirituali dei loro pazienti, apprezzarne il valore come risorsa per un sano funzionamento mentale e sociale e riconoscere quando tali convinzioni sono distorte, limitanti e contribuiscono alla patologia piuttosto che alleviarla (Koenig, 2009).

2.3. Approcci complementari alla cura psichiatrica: verso un approccio integrato

La psichiatria e la religione spesso forniscono spiegazioni alternative per molti dei fenomeni più profondi e misteriosi della vita. Di conseguenza, c'è stata storicamente

tensione tra questi due domini di comprensione (Curlin, 2007). Lo scisma tra religione e assistenza sanitaria mentale è stato illustrato prima da Freud (citato in Scatolin, 2014), che equiparava la religione alla nevrosi isterica, e poi nel 1993 dal DSM-III-R. Pertanto, una revisione sistematica del contenuto religioso del DSM-III-R, ha rilevato che quasi un quarto di tutti i casi di malattia mentale è descritto utilizzando illustrazioni religiose (Koenig, Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications, 2012). Al fine di mettere in luce l'importanza delle esperienze religiose ed esistenziali nel processo di guarigione, e attirare l'attenzione degli operatori della salute mentale su queste dimensioni relative alla trascendenza, nel DSM-IV (1994) è stata aggiunta la categoria denominata 'problema religioso o spirituale' (Hall et al., 1994; citati in de Vries-Shot et al., 2008). Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, nella nomenclatura diagnostica questa nuova categoria non è patologica; essa può essere utilizzata solo se il focus del trattamento o della diagnosi è un problema psico-religioso o psico-spirituale che non può essere ascritto a un disturbo mentale (Lukoff et al., 1992; citati in de Vries-Shot et al., 2008). Nella quinta versione del manuale, infine, sono state ampliate le sezioni 'Età, Genere e Considerazioni Culturali' e 'Diagnosi Differenziali' per la maggior parte delle categorie dei disturbi mentali al fine di includere l'impatto dei fattori legati alla religione/spiritualità nelle fenomenologie, diagnosi differenziali, decorso, outcome e prognosi (Lukoff et al., 2010). Oltre a revisionare gli aspetti religiosi e spirituali per ogni categoria diagnostica e la sezione 'problema religioso o spirituale', è stato anche ribadita l'importanza a) del discernimento tra esperienze/pratiche spirituali e psicopatologia e b) dell'impatto dei fattori e credenze spirituali/religiosi nella salute psicofisica della persona (Lukoff et al., 2010). Così facendo la comunità psichiatrica ha cercato di promuovere e includere la dimensione spirituale-trascendentale nell'ambito della salute mentale, risultando come un'apparente diminuzione dell'antagonismo storicamente presente tra la psichiatria e la teologia. Ciò nonostante, i dibattiti sul ruolo della preghiera e della spiritualità nella pratica psichiatrica persistono tutt'ora (Poole & Cook, 2011). La divergenza tra religiosità/spiritualità e salute mentale ha infatti continuato a manifestarsi nel lavoro clinico di molti professionisti della salute mentale; tant'è che quest'ultimi hanno generalmente ignorato le risorse religiose dei pazienti o le hanno considerate come patologiche (Koenig, 2012; Elkonin et al., 2014). Si consideri che una recente indagine nazionale su psichiatri statunitensi ha rilevato che il 56% ha affermato di non indagare

mai, raramente o solo qualche volta questioni religiose/spirituali nei pazienti con depressione o ansia (Curlin, 2007). Dato scoraggiante visto che il 90% della popolazione si identifica in un'affiliazione religiosa di qualche sorte vivendo come centrale il rapporto con Dio (Hsu et al., 2007); infatti, dovrebbe essere inevitabile il confronto degli psicologi con la necessità di toccare aspetti della religione o delle credenze spirituali in terapia (Elkonin et al., 2014). A tal proposito il *Royal Collage of Psychiatrist's Spirituality and Psychiatry Special Interest Group* ritiene che gli psichiatri dovrebbero rispettare le convinzioni religiose e spirituali dei loro pazienti e che queste convinzioni dovrebbero essere prese in considerazione in modo ponderato e serio nell'ambiente clinico (Dein et al., 2010). Secondo William James (citato in Curlin et al., 2007) l'apprezzamento verso la spiritualità e la religiosità da parte degli psichiatri sembra radicarsi non tanto nel valore ontologico della religione stessa, ma negli effetti della religione. Effetti che secondo Koenig et al. (2012) aiutano ad affrontare un'ampia gamma di malattie o di situazioni stressanti, associandosi positivamente con la percezione di benessere/felicità, speranza, ottimismo e significato. Nonostante le dimensioni legate alla trascendenza possano essere usate con successo per far fronte a disturbi psicologici, prevenire comportamenti malsani e promuovere la resilienza (Elkonin et al., 2014), tutt'oggi vengono ancora trascurate nella formazione e nella pratica psicologica. Lo storico della psichiatria, difatti, si è sempre concentrato preferenzialmente sugli aspetti sintomatici e del funzionamento, sviluppando valutazioni elaborate, interviste standardizzate e scale di valutazione per documentare e monitorare la psicopatologia (Jacob, 2015). Pertanto, quest'ultima è stata approcciata focalizzandosi prevalentemente sul deficit della persona, sulle ri-cadute, sulle recidive, e sulla re-missione dei sintomi. Il modello psichiatrico si basa sull'assunto della guarigione e della medicalizzante, con i presupposti di trattare le sofferenze sottostanti ai disturbi mentali nello stesso modo di un malessere fisico. Assumendo un'ottica sostanzialmente endogena ed organicistica, il fenomeno della possessione è stato infatti prevalentemente considerato come essenzialmente patologico. L'attenzione esasperata alla somatogenesi di quest'ultimo ha portato la comunità psichiatrica a soffermarsi unicamente sugli aspetti eziologici di ordine biologico, e gli aspetti psicopatologici individuali, tralasciando così l'importanza dell'aspetto sociale-relazionale e spirituale-trascendentale. Questo ha comportato che ancora ad oggi i professionisti della salute mentale continuino ad accettare che vi sia una significativa percentuale di persone con

disturbi mentali con sintomi persistenti e invalidanti, anche al punto di non essere in grado di ritornare alle loro precedenti occupazioni e ruoli sociali (Jacob, 2015). Il mancato riconoscimento della religiosità nella professione della salute mentale pone quindi delle riflessioni notevoli su come gli psichiatri contemporanei vedono la relazione tra religione / spiritualità e salute. Basti pensare a come i risultati dei pazienti migliorano quando gli psichiatri integrano la terapia con le credenze religiose dei pazienti (Curlin, 2007).

Tuttavia, alla fine del XX secolo la società è stata protagonista di cambiamenti sia a livello sociale che a livello medico che hanno portato a una riflessione volta a riesaminare tali questioni. L'espressione di contraddizioni tra il consenso sociale e i valori individuali e, le divergenze tra i contesti istituzionali più pervasivi e le politiche sociali, hanno portato a un cambio di prospettiva necessario. L'emergere della psichiatria culturale, ad esempio, è stato un importante contributo al rafforzamento del dialogo tra la psichiatria e la religione. Questo perché è un'area della psichiatria che richiede l'integrazione delle scienze biologiche e sociali e delle scienze umane, comprese la religione e la spiritualità (Boehnlein, 2006). Infatti, la psichiatria culturale fa anche notare alcuni punti d'incontro tra la psichiatria e la religione, osservando, ad esempio, come entrambe siano interessate alla definizione dell'identità e a come questa sia influenzata dai processi interpersonali, sociali e culturali (Boehnlein, 2006). Entrambe possono essere quadri di riferimento paralleli e complementare per comprendere e descrivere l'esperienza umana e il comportamento umano (Boehnlein, 2006). Lo stesso Autore afferma che *pur ponendo diversi gradi di enfasi sull'importanza relativa di mente, corpo e spirito nella definizione della natura umana, le prospettive oggettive e soggettive della psichiatria e della religione possono essere integrate nella cura globale del paziente nella psichiatria culturale* (Boehnlein, 2006, p. 635). Per fortuna, oltre al contributo delle discipline etnopsicologiche e della psichiatria culturale alla fine del XX secolo, non furono le sole ad interessarsi all'integrazione spirituale nella dimensione della cura; anzi, le prospettive e gli approcci che sono nati dalle riflessioni sulla spiritualità e sulla religione, distaccandosi dagli approcci psichiatrici tradizionali, furono plurimi. Tra questi troviamo, ad esempio, il modello di recupero della malattia mentale di Jacob (2015), il quale adotta una visione olistica che presuppone di andare oltre la semplice valutazione sintomatologica della persona. Secondo la sua prospettiva, è doveroso non pretendere un necessario ritorno al livello di funzionamento premorboso o alla fase asintomatica della

persona. Difatti, l'Autore sostiene che vi sia una percentuale significativa di persone con gravi malattie mentali che non raggiunge il livello di funzionalità premorbo, che non è in grado di mantenere un lavoro e il cui funzionamento risiede molto al di sotto del loro potenziale precedente. L'Autore, più che imporre una progressione lineare al processo di cura, descrive questo modello come se fosse un viaggio in cui possono esserci degli alti e dei bassi verso la riappropriazione del sé. L'approccio di questo modello non si sofferma nel garantire sopravvivenza ed esistenza, quanto piuttosto, a fissare nuovi obiettivi di vita per sviluppare nuove relazioni che diano significato al loro vivere (Jacob, 2015). Si avvicina al disagio psicologico enfatizzando gli aspetti di resilienza e di controllo percepito sulla propria vita da parte della persona; l'obiettivo è incoraggiarla ad affrontare la situazione di disagio, e riconoscere, promuovere, le proprie capacità, interessi e sogni (Jacob, 2015). Opponendosi ai concetti tradizionali di malattia mentale e atteggiamenti sociali, ritiene importante realizzare il cambiamento come un'opportunità tramite cui approfondire la conoscenza di sé, sviluppando prospettive anche a livello culturale e spirituale. In aggiunta al modello di Jacob, un altro approccio adeguato ad affrontare l'atipicità e la vastità del fenomeno della schizofrenia, è quello olistico a carattere multidimensionale e multidisciplinare. L'approccio menzionato si basa su un'ottica sistemica – integrata che coinvolge ogni dimensione del soggetto, concependolo appunto non solo dal punto di vista psicologico ma bensì *esistenziale*. Pertanto, la prospettiva fenomenologica-esistenziale si declina in implicazioni pratiche ed etiche che mettono al centro la ricerca di significato da parte del soggetto. Il presupposto di prescindere da quadri teorici precostituiti si orienta verso il riconoscimento dell'altro per ciò che è e che non può essere altrimenti, accogliendolo nell'essenza che rivela, nel suo disvelamento. È un 'lasciar essere' che vede il disagio esistenziale libero di sentirsi a suo agio nel manifestarsi per ciò che è e non per ciò che vorremmo che sia, ovvero spiegato, definito, raccolto in categorie nosografiche troppo strette. Ciò significa posare uno sguardo sul fenomeno in modo tale da tendere verso una conoscenza pre-categoriale rispetto alla dimensione del senso e alle valenze esistenziali dei vissuti. L'accesso verso una comprensione per evidenza spoglia di precomprensioni, si raggiunge tramite l'*epoché*, ovvero la sospensione del giudizio, il 'mettere tra parentesi'. Così facendo si dà spazio alla relazione e al riconoscimento dell'alterità, spostandosi dal "morbus" dell'atteggiamento medico al "modus" dell'atteggiamento comprensivo. Pertanto, è

tramite il rigore dell'autocomprensione pre-riflessiva, che si approda al coglimento dell'autenticità dell'esperienza di disagio senza soffermarsi sulla sua apparente incomprendibilità. Questo principio epistemologico restituisce dignità alla persona in quanto consente di accogliere la datià immediata dell'essenza del fenomeno. L'approccio esistenziale, affonda le proprie radici nelle tradizioni filosofiche europee, e permette dunque di affrontare questioni profonde (che anche la religione deve affrontare) come il concetto di male (Prins, 1994; citato in Boehnlein, 2006) e il significato di perdita, morte e libertà (Boehnlein, 2006). Il precursore principale della corrente esistenzialista è sicuramente V. E. Frankl (citato in Costello, 2016) il quale ha sottolineato come in un modello integrale sia fondamentale tenere in considerazione la dimensione esistenziale, ovvero quella dimensione in cui l'essere umano realizza in toto se stesso, il proprio progetto di vita, tramite valori e significati trascendendo se stesso. Si tratta infatti di un bisogno di trascendenza, di una 'volontà di significato', che se inascoltata può comportare la mancanza di significato percepita nella propria vita e dunque l'emergere vuoto esistenziale e delle angosce interiori. Secondo la psicologia esistenziale la domanda di senso è dunque inevitabile, imprescindibile e necessaria, un bisogno esistenziale trasversale che finché non trova la sua completa soddisfazione, diventa una delle maggiori preoccupazioni dell'essere umano (Szadejko, 2020). Difatti, la domanda di senso è uno dei più importanti fattori legati alla salute mentale e all'agire dell'uomo, perché è presente in ogni sua dimensione: biologica, psicologica, sociale, culturale e spirituale (Szadejko, 2020). In un approccio multidimensionale completo, oltre alla considerazione della dimensione culturale ed esistenziale, è dunque necessario anche considerare la dimensione della spiritualità. Dimensione che è stata particolarmente considerata dal modello biopsicosociale – spirituale (BPSS) di G. Engel, modello che per eccellenza rappresenta la sfida di espansione del modello biomedico originatesi nella medicina psicosomatica. Esso è nato recentemente con la finalità di porsi al di fuori del modello medico e del riduzionismo, al di là del dualismo mente-corpo e al di là della mera considerazione della malattia (Taylor, 2006; citato in Elkonin et al. 2014). Il suo paradigma e framework concettuale consiste nell'inclusione della spiritualità nella formulazione di ipotesi e sviluppo di piani di trattamento e pratiche all'interno della terapia (Elkonin et al., 2014). A tal proposito, si ritiene che la spiritualità, ovvero la capacità di trascendere e trascendersi, abbia un impatto diretto sul benessere psicologico.

Infatti, le ricerche mostrano che esiste una correlazione positiva tra spiritualità e benessere psicologico (Foskett et al., 2004; citato in Szadejko, 2020). Inoltre, coloro che hanno credenze spirituali più forti, di qualsiasi tipo, mostrano un migliore adattamento alla soddisfazione della vita (Koenig, 2007, citato in Szadejko, 2020). È stato anche documentato che la spiritualità è clinicamente rilevante rispetto alla salute delle persone (Miller & Thoresen, 2003; Powell et al., 2003; citati in Szadejko, 2020). La valorizzazione dell'armonia interiore e del benessere psicologico raggiungibile tramite la spiritualità, è stato dunque permesso dall'approccio sistematico e dai presupposti di base del modello BPSS. Presupposti che prendono appunto in considerazione lo stato di disagio vissuto dalla persona come causato da molteplici fattori e non da singole evenienze; questo poiché l'essere umano stesso è multidimensionale nella sua costituzione, e dunque, intriso in plurime relazioni, siano esse sul piano biologico, psicologico, sociale e spirituale (Sulmasy, 2000; citato in Elkonin et al. 2014). Tale modello consente di umanizzare l'assistenza sanitaria valorizzando il ruolo della spiritualità come risorsa per affrontare meglio la malattia. In conclusione, non si ritiene che il modello biomedico e biopsicosociale-spirituale siano opposti e mutualmente esclusivi. Anzi, essi si integrano in modo complementare ai fini di un maggiore successo terapeutico. Pertanto, secondo quanto riportato dallo studio di Elena Klimenko del 2005 (citato in Szadejko, 2020), la maggior parte degli operatori sanitari combinano tra loro differenti modelli e definizioni della salute (oltre a quello biomedico prevalente) per una migliore comprensione dello stato di salute del paziente (Klimenko et al., 2006; citati in Szadejko, 2020). Infine, la visione integrale dell'essere umano consente di definire e contestualizzare con più precisione le declinazioni sociali e gli aspetti globali del vissuto della persona. L'inclusione della dimensione culturale, esistenziale e spirituale, sono dunque la chiave permette di rinnovare un'attenzione più consapevole nell'approccio verso le esperienze apparentemente più incomprensibili, come appunto, la possessione.

CAPITOLO 3

RICERCA APPLICATA SUL FENOMENO

3.1. Obiettivi della ricerca e ipotesi di ricerca

Il presente progetto di ricerca ha l'obiettivo di indagare se vi sia un'associazione tra il disagio psicologico e quello spirituale riportato dai partecipanti. Più specificatamente si ipotizza che all'aumentare del disagio psicologico riportato dai partecipanti ne consegua una diminuzione della qualità della vita spirituale. In tal senso si presuppone che all'aumentare del disagio psicologico, diminuisca la presenza di significato, di autotrascendenza e autodeterminazione. Inoltre, si ipotizza che all'aumentare della presenza di significato percepita nella propria vita ne consegua un aumento della rappresentazione ontologica della morte come passaggio. Infine, si prevede che tali associazioni siano ulteriormente contestualizzate tramite le narrazioni dei partecipanti. A tal proposito, l'obiettivo generale è quello di indagare i vissuti delle persone che hanno riferito credenze di possessione propria o altrui e testimonianze di esperienze straordinarie. Nello specifico si indaga in che modo si declina il loro rapporto con il disagio psicologico e con la dimensione spirituale, oltre che al loro rapporto con gli altri e con l'assistenza spirituale – pastorale.

3.2. Metodologia e strumenti

L'approccio metodologico scelto per il presente progetto di ricerca è il metodo misto, il quale prevede l'integrazione del metodo quantitativo col metodo qualitativo (Teestoni et al., 2018; Testoni et al., 2020; Viviek & Nanthagopan, 2021; Marchica et al., 2022); ciò comporta quindi l'utilizzo di tecniche di raccolta, analisi e interpretazione dei dati sia a livello quantitativo che a livello qualitativo. Nonostante manchi ancora una definizione ufficiale, una delle definizioni più recenti lo definisce *mixed methods involve combining or integration of qualitative and quantitative research and data in a research study* (Creswell, 2017, p. 14). I MM sono stati introdotti intorno la fine del XX° secolo consentendo di poter esplorare il fenomeno oggetto di ricerca nella sua complessità da

più prospettive secondo una visione globale ed integrata, cogliendo la sua parte poliedrica e cangiante (perché i MM comprendono l'uso di assunti filosofici e sia specifiche metodologie di ricerca (Paturzo, 2016)). I prerequisiti essenziali nella scelta della metodologia da usare nella raccolta e analisi dei dati, il come e quando usare l'approccio qualitativo piuttosto che quello quantitativo, è ciò che nella loro giusta combinazione permette di garantire e mantenere il rigore scientifico e di rimanere coerenti con gli assunti ontologici ed epistemologici premessi (Elizabeth, 2009). Creswell & Clark (2011) individuano 6 aspetti che potrebbero essere potenzialmente vantaggiosi come dannosi rispetto all'uso di approcci metodologici misti. Innanzitutto 1) i punti di forza di un approccio anche se possono colmare i punti deboli dell'altro non è detto che siano sempre sufficienti; 2) nonostante non possa sempre spiegare i risultati iniziali, una combinazione appropriata e correttamente bilanciata dei metodi può fornire prove più convincenti e più complete; 3) anche se vi possono essere delle difficoltà nella generalizzazione dei risultati esplorativi, l'approccio dei metodi misti permette di poter rispondere a certe questioni di ricerca che un approccio a metodo singolo non può; 4) utilizzando l'approccio integrato ne consegue una maggiore difficoltà a valorizzare studi con un secondo metodo, con il vantaggio però di incoraggiare massivamente la collaborazione interdisciplinare; 5) non è sempre adatto per impiegare al meglio una particolare posizione teorica, però consente di incoraggiare l'uso di molteplici paradigmi e prospettive; 6) nonostante l'obiettivo di ricerca sia possibile da comprendere attraverso più fasi di ricerca, i metodi misti sono pratici perché consentono l'utilizzo di una moltitudine di tecniche e di metodologie che si 'sposano' nel miglior modo possibile al fine di rispondere esaurientemente alla domanda di ricerca. Il disegno sperimentale a metodo misto permette dunque di superare il cosiddetto *Q divide*, ossia la contrapposizione tra metodi quantitativi e qualitativi. La rivoluzione del paradigma è avvenuta nel 1990, anno in cui Patton articola la *Methodological Appropriateness* (Cortini, 2014) la quale suggerisce quanto lo svantaggio attribuito a una tecnica di analisi piuttosto che a un'altra dipenda dalla natura dell'oggetto di indagine e non dall'imposizione dei limiti conoscitivi del ricercatore. Ciò significa che l'appropriatezza metodologica viene raggiunta scegliendo le tecniche di analisi più coerenti con la natura dell'oggetto di indagine. E questo è un punto a favore per l'integrazione di competenze metodologiche che promuovono la triangolazione (Smith, 1975) tra diversi ricercatori e scuole di ricerca. Questo fomenta l'avanzamento di

molteplici consapevolezze e delle scienze, siano esse naturali o sociali. D'altro canto, perpetuare le continue querelle tra metodi e tecniche quantitativi da un lato e metodi e tecniche qualitative dall'altro rischia di oscurare l'avanzamento delle scienze sociali (Sechrest & Sidani, 1995; Cortini, 2014). Nel presente progetto di ricerca si è scelto dunque di usare sia il metodo quantitativo che il metodo qualitativo in quanto: in primo luogo, l'approccio quantitativo permette una misura più accurata e misurabile delle variabili di interesse; in secondo luogo, l'approccio qualitativo agevola la contestualizzazione dei risultati preservando la complessità dell'analisi assumendo una prospettiva olistica che affronta il "perché" e il "come" dei risultati. Procediamo dunque ad osservare più nel dettaglio in che cosa consistono i due approcci scelti e da quali tecniche metodologiche di analisi sono costituiti.

3.2.1. *Il metodo quantitativo*

Per quanto concerne l'approccio quantitativo, esso permette l'espressione numerica di associazioni stabilite attraverso l'analisi statistica (Lakshman et al., 2000) consentendo un'elevata riproducibilità e qualità dei dati. L'indagine ha previsto la somministrazione di 9 questionari online, per una durata media complessiva di 40 min circa, con l'intento di indagare le corrispondenti aree di interesse. Pertanto, gli strumenti utilizzati sono: il *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ) per quanto concerne la presenza di significato percepita e la ricerca di significato; la *Testoni Death Representation Scale* (TDRS) per quanto riguarda la rappresentazione della morte, se come annientamento o come passaggio; il *World Health Organization's Quality of Life Measure* (WHOQOL) *for assessment of Spirituality, Religion and Personal Beliefs* (SRPB) per quanto riguarda il contributo della spiritualità, della religione e delle credenze personali nella qualità della vita; il *Creative Experience Questionnaire* (CEQ) per quanto riguarda la propensione alla fantasia; il *Heartland Forgiveness Scale* (HFS) per l'aspetto del perdono, sia verso di sé che verso gli altri e verso la situazione; la *Self-Determination Scale* (SDS) per l'aspetto dell'autodeterminazione; la *Self-Transcendence Scale* (STS) per quanto riguarda l'autotrascendenza; il *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures* (COREOM) per quanto concerne il disagio psicologico negli aspetti del benessere soggettivo, del funzionamento, delle problematicità e del rischio; e infine, l'*Impact of*

Event Scale – Revised (IES-R) per quanto concerne l’impatto dell’evento sulla persona; Provvediamo ora a spiegarli più accuratamente esponendo una breve analisi del costrutto che ognuno di questi misura e le sue proprietà psicometriche.

Per quanto concerne il costrutto relativo al significato della vita, esso ha ricevuto una rinnovata attenzione nel corso degli ultimi anni. Esso non ha una definizione univoca, può essere interpretato da diverse prospettive poiché profondamente carico di valori e profondamente denso di questioni esistenziali individuali e collettive (Negri, 2019). Nonostante la sua complessità concettuale possa spiegare la varietà di definizioni operative di significato sviluppate dai ricercatori, “non esiste un significato universale che possa adattarsi alla vita di tutti” (Frankl, 1965; citato in Steger et al., 2006, p. 80). È in virtù di ciò che l’essenza del significato la si ritrova nell’autenticità percepita della propria vita (Steger et al., 2006), includendo tra i vari aspetti quello dell’autotrascendenza e dell’autodeterminazione. Secondo Frankl (1963), ogni uomo essere umano è caratterizzato dalla “volontà di significato” ovvero da un’imprescindibile e necessaria spinta a ricercare il significato nella propria e altrui esistenza. Oltre a Frankl, le teorie eudemoniche sono quelle che riescono meglio a interpretare il significato della vita concentrandosi sugli aspetti della crescita personale, i punti di forza e le risorse interiori, e la realizzazione delle proprie potenzialità (vedi Deci & Ryan, 2000). Nonostante le molteplici differenze teoriche nella definizione del costrutto di senso, esso è comunque inevitabilmente una variabile positiva cruciale per il benessere. Pertanto, il significato è stato definito come un indicatore di benessere (Ryff, 1989; Steger & Frazier, 2005, citati in Pezirkianidis et al., 2016), un facilitatore del coping di adattamento (Park & Folkman, 1997) e come indicatore della crescita terapeutica (Crumbaugh & Maholick, 1964; Frankl, 1965, citati in Pezirkianidis et al., 2016). Il significato della vita, inoltre, svolge un fattore protettivo per quanto riguarda i comportamenti a rischio per la salute sia fisica che psicologica (Brassai et al., 2010). Nella teoria e nella ricerca sono emerse due dimensioni molto importanti relative al significato: la prima riguarda la ‘presenza di senso nella vita’, ovvero come la persona percepisce significativa la propria vita. La seconda riguarda la ‘ricerca di senso nella vita’, ovvero il grado in cui le persone si orientano verso la ricerca di senso nella loro esistenza (Pezirkianidis et al., 2016). Indagare il significato della propria vita, e quanto la persona desidera ricercarlo, ci permette di conoscere in che misura si espleta il disagio psicologico – esistenziale della persona, essendo quest’ultimo

l'espressione del mancato raggiungimento di senso. I risultati della ricerca indicano che percepire la presenza di significato nella propria vita è positivamente correlato alle emozioni positive, all'autostima, all'ottimismo, alla speranza, alla felicità, alla curiosità, all'interazione sociale positiva (Pezirkianidis et al., 2016; Reker & Chamberlain, 2000; Steger & Kashdan, 2007; Steger et al., 2008; Steger & Shin, 2010, citati in Pezirkianidis et al., 2016), alla soddisfazione per la vita (Bonebright et al., 2000), a migliore controllo sulla vita e maggiore impegno lavorativo (Lopez & Snyder, 2011). Inoltre, gli individui con alti livelli di significato nella vita tendono a sperimentare livelli più bassi di effetti negativi, idee suicide e abuso di sostanze (Steger et al., 2007, Steger & Kashdan, 2007; citati in Pezirkianidis et al., 2016). Per quanto concerne la ricerca di significato, però, queste correlazioni non si presentano in senso positivo. Infatti, secondo gli Autori Steger et al., (2006), la mancanza di significato, ovvero la mancanza della nostra motivazione fondamentale, è associata alla presenza di disagio psicologico. Riportando le loro stesse parole *avere meno significato nella vita è stato associato a un maggiore bisogno di terapia (Battista & Almond, 1973), depressione e ansia (p. es., Debats et al., 1993) e ideazione suicidaria e abuso di sostanze (p. es., Harlow et al., 1986), così come altre forme di sofferenza. Avere più significato è stato positivamente correlato al piacere del lavoro (Bonebright et al., 2000), alla soddisfazione per la vita (ad es. Chamberlain & Zika, 1988b) e alla felicità (Debats et al., 1993), tra le altre misure di salute funzionamento psicologico* (p. 81). Inoltre, coloro che hanno un maggiore significato alla propria vita, oltre ad essere più ottimisti e con più autostima, hanno anche più probabilità di essere *coinvolti personalmente nelle loro attività religiose* (Steger et al., 2006, p.89). Pertanto, è attraverso la fede e l'investimento in queste visioni del mondo che le persone trovano significato nella vita (Cozzolino et al., 2004). Queste due dimensioni inerenti la presenza percepita di significato nella propria vita, e la ricerca di un senso della propria vita, sono valutate all'interno dell'MLQ utilizzando 10 item formulati su una scala a sette punti che va da 'assolutamente vero' a 'assolutamente falso'. La sotto-scala della presenza (item 1, 4, 5, 6 e 9) valuta il grado in cui è percepita la vita come significativa (es. 'Comprendo il significato della mia vita'), quella della ricerca (item 2, 3, 7, 8 e 10) valuta la motivazione a scoprire il senso che si attribuisce alla propria esistenza (es. 'Sono alla ricerca di un significato nella mia vita') (Schulenberg et al., 2011). Il *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ) permette dunque di misurare la ricerca di significato e la presenza

di significato in modo indipendente, consentendo anche una maggiore flessibilità sia a livello teorico che a livello empirico. Rende possibile identificare orientativamente coloro che a) sentono la mancanza di senso e hanno l'intento di approfondirlo e di ricercarlo, e coloro che b) sono soddisfatti di come è significativa la loro vita senza sentire l'esigenza di ricercare un significato ulteriore. Steger e colleghi (2006) hanno infatti documentato correlazioni negative tra le scale con i dati degli studenti universitari raccolti in più periodi di tempo (con correlazioni che andavano da .19 a .30). Quest'evidenza interpreta tali correlazioni come il fatto che la percezione di significato sia associato a una minore necessità di scoprire un significato aggiuntivo (Steger et al., 2006). Le proprietà psicometriche del questionario prevedono alfa di Cronbach che variano tra .81 e .86 per Presenza di significato e .84 e .92 per Ricerca di significato. I punteggi su ciascuna sottoscala MLQ vanno da 5 a 35, con punteggi più alti che indicano una presenza e una ricerca più elevate (Schulenberg et al., 2011)

Ad ogni modo, il significato della vita è intersecamente connesso ai temi della morte e del morire, in particolar modo, alla rappresentazione ontologica di tali questioni. Come riportato dalle rilevanze empiriche precedenti (Steger et al., 2006), l'assenza di significato percepita è strettamente connessa a esperienze di sofferenza psicologica ed esistenziale in cui ci si orienta verso una ricerca di senso della propria vita. Nonostante la pervasività e l'importanza di questi aspetti, nelle società odierne occidentali, persiste l'offuscamento dei confini tra la vita e la morte da parte della tecnica medica (Testoni et al., 2015) contribuendo indirettamente a demistificare l'esigenza di conoscere gli aspetti legati alla morte e alla caducità della vita. Aspetti che sono di vitale importanza considerando il crescente evitamento sociale e individuale rispetto alla dimensione tanatologica. A tal proposito, le dinamiche legate a questi aspetti vengono esaurientemente espresse dalla *Terror Management Theory* (TMT) la quale sostiene che il comportamento umano sia largamente motivato da un inconscio terrore della mortalità (Testoni et al., 2013). Pertanto, la TMT riporta come l'incessante bisogno di ricercare il significato della propria esistenza sia in parte scaturito dal desiderio di proteggersi psicologicamente dalle preoccupazioni derivanti dalla consapevolezza della mortalità (Greenberg et al., 1986; citato in Burke et al., 2010). Una consapevolezza che una volta raggiunta pone l'essere umano a ricercare tracce di immortalità nella vita terrena, illudendosi che abbracciando ciò non potrà morire (Cozzolino et al., 2004). La salienza della mortalità (SM) e la

consapevolezza della morte sono dunque fattori fondamentali nella gestione delle relazioni interpersonali e sociali, i quali ci portano inconsapevolmente a determinate attitudini comportamentali e cognitive. Ad esempio, si è osservato che al fine di difendersi dalla potenziale ansia di morte, l'essere umano si mette nelle condizioni di credere che alcuni aspetti legati a se stesso potranno continuare dopo la cessazione del proprio corpo biologico; a livello letterale ponendo l'esistenza dell'immortalità facendo affidamento nell'aldilà, a livello simbolico assume la forma delle estensioni del sé (come, ad esempio, i figli) che continueranno ad esistere dopo la propria morte biologica (Martin, 1999; citato in Burke et al., 2010). Quando il bisogno di trascendenza non è soddisfatto o evitato, il terrore dell'annichilimento prende il sopravvento, rendendo l'ansia di morte soverchiante e insopportabile. La conseguente necessità di difendersi dalla SM viene spiegata dal TMT in un modello difensivo a doppio processo. La strategia psicologica utilizzata, si articola dunque in due tipi di difese principali: le difese distali, che comprendono l'intera gamma di reazioni individuali, e le difese prossimali, ovvero tutte le difese che sono inerenti ai sistemi culturali (Testoni, 2016). Lo strumento che ci consente di misurare e indagare il costrutto della rappresentazione della morte, è la *Testoni Death Representation Scale*, una nuova scala di valutazione della rappresentazione della morte validata in italiano da Testoni et al. (2015). Questa scala di autovalutazione mono-fattoriale è costituita da 6 item che prevedono una risposta tarata su una scala di tipo Likert a 5 punti (da 1 = sono totalmente in disaccordo a 5 = sono totalmente d'accordo). Essa è strutturata in modo tale da unire la dimensione psicologica a quella filosofica (Testoni et al., 2015), con la peculiarità di permettere di valutare anche la dimensione ontologica del costrutto, ovvero in che modo la persona si atteggia rispetto alla concezione ontologica della morte stessa. Pertanto, la scala considera sia l'ansia di morte che l'importanza dei fattori protettivi come la religiosità e la speranza nell'aldilà. Infatti, da un lato proiettare la propria auto-rappresentazione identitaria oltre la morte significa fornire di senso la propria vita, dall'altro, appoggiarsi alla spiritualità, consente di ridurre l'angoscia causata dalla rilevanza della mortalità seguendo valori che motivano a determinati atteggiamenti e comportamenti (Testoni, 2015; Testoni et al., 2018). L'assunto ipotetico di fondo consiste nel fatto che considerare la morte come annientamento assoluto (item: 2, 3, 4) sia la causa di una maggiore sofferenza, rispetto alla concezione della morte come passaggio tra le diverse dimensioni dell'esistenza o come una trasformazione della propria identità

personale (Testoni et al., 2015). All'origine di questo ragionamento, risiede l'interrogativo dicotomico indicato da DeSpelder e Strickland (1996, p.585) "L'esperienza della morte è un muro o una porta?" (citato da Testoni et al., 2015), al quale corrisponde il dubbio amletico "essere o non essere" scavando nelle profondità del problema ontologico fondamentale. Quest'ultima, perciò, può essere un fattore predittivo sia della disperazione come della resilienza, con una rilevanza importante dei fattori protettivi interni (ie. l'insieme di convinzioni positive su se stessi e la soddisfazione per la vita) (Testoni et al., 2015). Ciò significa che concepire la morte come annichilimento totale di sé e della propria identità personale, corrisponde alla mancanza di speranza verso il futuro o il cambiamento perdendo la capacità di resilienza. In altre parole, si perde il contatto con la propria dimensione esistenziale trascendentale in cui non si percepisce più la motivazione sostenibile ad affrontare le difficoltà e le sofferenze. Infine, punteggi più bassi indicano che l'individuo rappresenta la morte come un passaggio, mentre le persone con punteggi più alti rappresentano la morte come annientamento totale (Testoni, et al., 2018). Il punteggio di affidabilità totale della scala è buono (α di Cronbach = 0,86) (Testoni, et al., 2018)

Gli aspetti inerenti all'atteggiamento verso la morte e la sua rappresentazione, permettono di mettere in evidenza appunto come anche la spiritualità sia indispensabile per il benessere esistenziale della persona. Pertanto, le rilevanze empiriche di 101 studi esaminati da Koenig (2001) (citato in Shekhar, 2006) hanno osservato come il 65% di questi abbia riportato una significativa relazione positiva tra una misura del coinvolgimento religioso e tassi più bassi di depressione o sintomi depressivi (Shekhar, 2006). L'indagine della qualità della vita spirituale è stata affrontata tramite la misura della Qualità della vita dell'organizzazione mondiale della sanità per la valutazione della spiritualità, religione e credenze personali (*World Health Organization's Quality of Life Measure for assessment of Spirituality, Religion and Personal Beliefs*, WHOQOL-SRPB). Il WHOQOL-SRPB mette in evidenza l'importanza della religiosità e della spiritualità per la qualità della vita a livello transculturale e globale (Moreira-Almeida & Koenig, 2006), definendo questi costrutti come legati alla ricerca del sacro o del trascendente, includendo i concetti di Dio, di un potere superiore, di una realtà divina e/o ultima (Moreira-Almeida & Koenig, 2006). I 32 item che lo costituiscono (tarati su una scala da 1 = per niente a 5 = moltissimo) indagano la percezione individuale della propria

salute e del proprio benessere nelle ultime due settimane, interessandosi in particolar modo ai seguenti 8 domini: connessione spirituale, significato nella vita, esperienze di stupore e stupore, senso di completezza e integrazione, forza spirituale, pace interiore, speranza e ottimismo, credenze personali e fede. Il WHOQOL-SRPB affronta l'importanza della spiritualità, della religione e delle convinzioni personali per la qualità della vita, con maggiore peso attribuito alla forza spirituale, al significato della vita, all'integrità/integrazione e alla pace interiore (O'Connell & Skevington, 2005). L'alpha delle sfaccettature SRPB è forte, riportando una significatività da $\alpha = .77$ (per il significato e scopo nella vita) a un $\alpha = .95$ (per la fede), correlando in particolar modo con le qualità psicologiche e sociali (Shekhar, 2006). La prospettiva epistemologica di riferimento è racchiusa maggiormente all'interno del modello biopsicosociale-spirituale, il quale assume l'importanza di considerare la spiritualità, la religiosità e le preoccupazioni esistenziali come componenti correlate alla qualità della vita (Krägeloh et al., 2015). Infatti, le sfaccettature di WHOQOL-SRPB connesse, forza e fede erano altamente correlate tra loro così come con la sotto-scala del coping religioso del Brief COPE (Krägeloh et al., 2015). Pertanto, la filosofia che sottende allo sviluppo del WHOQOL-SRPB prevede che dal punto di vista della QOL, avere una convinzione profonda – religiosa o meno – potrebbe dare un significato trascendentale alla vita e alle attività quotidiane, lavorando come strategia di coping per affrontare la sofferenza umana e i dilemmi esistenziali (Fleck & Skevington, 2007). Allo stesso modo, anche le convinzioni personali possono funzionare come una strategia di coping, dando significato al comportamento umano e ipoteticamente influenzare la QOL (Fleck & Skevington, 2007). A proposito di convinzioni, un aspetto altrettanto importante che è stato considerato nel presente progetto di ricerca, è la propensione alla fantasia, la quale è stata descritta per la prima volta da Sheryl C. Wilson e Theodore X. Barber (1981) e studiata sistematicamente in quegli anni dagli psicologi Judith Rhue e Steven Jay Lynn. La propensione alla fantasia è stata descritta come una costellazione di attributi ed esperienze di personalità che convergono attorno a un profondo e lungo coinvolgimento con la fantasia e l'immaginazione (Sánchez-Bernardos et al., 2015). La personalità incline alla fantasia (FPP) è una disposizione o tratto di personalità in cui vi è un'“immaginazione iperattiva” o una propensione a vivere nel “mondo dei sogni”, vivido e ricco, che può rendere difficoltosa la distinzione tra la fantasia e la realtà sperimentando anche allucinazioni

(Merckelbach et al., 2001; Horselenberg et al., 2004; citato in Sánchez-Bernardos, et al., 2015). I costrutti psicologici correlati alla FPP includono sogni ad occhi aperti, assorbimento e memoria eidetica. Come citato in Sánchez-Bernardos, et al. (2015), gli individui inclini alla fantasia riferiscono di aver vissuto punizioni fisiche più frequenti e un senso di solitudine maggiore rispetto ai non 'fantasticatori' (Lynn & Rhue, 1986, 1988), di poter sperimentare sintomi fisici quando fantasticano a proposito di una malattia (Candel & Merckelbach, 2003) e che sono bravi come narratori di storie, avendo anche buone capacità di roleplay e di finizione (Merckelbach, 2004). Nonostante però la fantasia sia considerata un tratto benigno (Merckelbach et al., 2000) che può fungere da risorsa per il problem solving (Henderson et al., 1982) ed essere una caratteristica delle persone creative (McCrae & Costa, 1997; Sa'nchez-Bernardos & Avia, 2011), essa è stata ripetutamente associata a un cattivo adattamento psicologico (Sánchez-Bernardos et al., 2015). Si pensi ad esempio alla correlazione tra la propensione alla fantasia e all'intensità delle esperienze paranormali (Merckelbach et al., 2001), o alla correlazione con livelli di maggiore suscettibilità e produzione di pseudomemorie dettagliate (Merckelbach et al., 2001). Infine, un certo numero di studi ha trovato anche una sovrapposizione sostanziale tra i tratti di dissociazione e schizotipia con la propensione alla fantasia (Kihlstrom et al., 1994, Lynn & Rhue, 1988; citati in Merckelbach et al., 2001). Uno dei questionari che permette di indagare tali aspetti è il *Creative Experience Questionnaire* (CEQ). Esso è una breve misura di autovalutazione costituita da 25 item (si/no) avente una struttura mono-fattoriale e la cui valutazione deriva dal punteggio totale ottenuto dalla somma delle risposte 'Sì'. Quanto sarà più elevato sarà il punteggio ottenuto (intervallo: 0-25) e tanto maggiore sarà la propensione alla fantasia (Sánchez-Bernardos et al., 2015). Le proprietà psicometriche sono risultate soddisfacenti con livelli di affidabilità dell'alfa di circa .76 e punteggi medi tra 7,7 (S.D.= 4,7) e 7,1 (S.D.=4,5) (Merckelbach et al., 2001). Oltre ad avere un'adeguata affidabilità in termini di stabilità test-retest e coerenza interna, il CEQ mostra anche una validità predittiva verso alcune categorie di individui (come persone con esperienze paranormali) che mostrano punteggi più alti in questa scala. Infine, il CEQ dimostra la validità simultanea correlando con assorbimento, schizotipia e dissociatività (Merckelbach et al., 2001).

Oltre alla propensione alla fantasia appena descritta, è opportuno prendere in esame anche la dimensione disposizionale relativa al perdono. Tra le diverse definizioni dei ricercatori,

il perdono può essere definito come l'inquadramento di una trasgressione percepita in modo tale che le risposte alla trasgressione (e alle sue sequele) e al trasgressore si trasformino da negative a positive o neutre (Ikedo et al., 2020). L'oggetto del perdono (fonte di una trasgressione) può essere se stessi, un'altra persona o una situazione vista come al di fuori del controllo di chiunque (Thompson et al., 2005). La multidimensionalità di tale costrutto è stata indagata dalla *Heartland Forgiveness Scale* (HFS; Thompson et al., 2005), la quale permette di valutare l'interconnessione tra le tre dimensioni del perdono, ovvero il perdono rispetto a se stessi, agli altri e alle situazioni. Le tre sottoscale sono state racchiuse in 18 item (6 per ogni scala) distribuiti su una scala likert a 7 punti (1= quasi sempre falso di me a 7 = quasi sempre vero di me) con buone proprietà psicometriche (Thompson et al., 2005). Le tre dimensioni considerate dall'HFS valutano in modo più dettagliato: (A) il perdono del sé, ovvero gli aspetti legati alle emozioni negative legate a se stessi come la vergogna e il senso di colpa; (B) il perdono degli altri, ovvero perdonare gli atteggiamenti negativi nei confronti di un trasgressore come ad esempio la vendetta; (C) il perdono delle situazioni, in cui per situazione s'intende l'affrontare eventi incontrollabili come disastri naturali o il cancro (Consoli et al., 2020). Per quanto riguarda il punteggio esso va da 18 a 126, in cui un punteggio più alto riflette la maggiore volontà di un individuo di perdonare se stesso, gli altri e / o le situazioni e viceversa. In un follow-up di tre settimane, l'affidabilità test-retest per la scala totale è risultato di 0.83 con un range che andava da 0.72 a 0.77 per le sottoscale; gli alfa di Cronbach erano all'interno di un range tra 0.84 e 0.87 per il punteggio totale della scala e tra 0.71 a 0.83 per le sottoscale (Thompson & Snyder, 2003, citato in Ross et al., 2007). Per quanto concerne l'atto di perdonare, Thompson et al. (2005) hanno riferito che il perdono era positivamente correlato all'affetto positivo, alla flessibilità cognitiva e alla distrazione, correlando negativamente con l'ostilità, la ruminazione e la vendetta. Il perdono ha predetto quattro componenti del benessere psicologico: ansia, depressione, rabbia e soddisfazione per la vita (Thompson et al., 2005; Ikedo et al., 2020). Al contrario, quando la disposizione al perdono è bassa o assente può portare a una visione pessimistica del sé, degli altri e del mondo, innescando o peggiorando così i sentimenti depressivi (Beck, 1979; Hampes, 2016; Giuntoli et al., 2019; citati in Consoli, et al., 2020). Inoltre, la mancanza di perdono degli altri è accompagnata da punteggi di personalità e di salute generale che riflettono l'introversione sociale tra gli uomini (bassi punteggi di

estroversione) e la patologia sociale tra le donne (disfunzioni sociali, psicoticismo) (Maltby et al., 2001). Inoltre, il mancato perdono degli altri è accompagnato da punteggi di depressione più alti tra uomini e donne. I risultati suggeriscono che il concetto di perdono può essere correlato alla psicopatologia individuale e sociale (Maltby et al., 2001).

Un altro aspetto che influisce notevolmente sulla qualità della vita è l'autodeterminazione. Secondo la teoria dell'autodeterminazione (SDT), la soddisfazione dei bisogni di autonomia, competenza e relazione sono un requisito universale per il benessere psicologico (Church et al., 2012). Rispettivamente, al fine di raggiungere tale benessere e l'integrazione psicologica, è necessario: a) sperimentare il proprio comportamento come liberamente scelto e volitivo (piuttosto che come imposto da forze esterne); b) sentirsi capaci ed efficaci nelle proprie azioni; e c) soddisfare il proprio bisogno di appartenenza, intimità e connessione con gli altri (Church et al., 2012). A tal proposito, studi condotti nell'ambito della SDT, sono state rilevate relazioni positive tra la soddisfazione dei bisogni psicologici di base e le componenti di benessere soggettivo (felicità, vitalità, soddisfazione di vita, ecc.) (Cankaya & Denizli, 2020). Ad esempio, Ryan e Deci (2000a) hanno ottenuto alcuni risultati a sostegno del fatto che la soddisfazione dei tre bisogni psicologici di base ha aumentato il benessere soggettivo mentre l'inibizione di questi bisogni ha causato una diminuzione. D'altra parte, gli studi hanno dimostrato che una diminuzione della soddisfazione dei bisogni psicologici correlata alla difensiva, alla mancanza di fiducia in se stessi, al concetto di sé malsano e persino alla psicopatologia (Chen et al., 2015; Ryan & Deci, 2000b; Ryan et al., 2006; Vansteenkiste & Ryan, 2013; citati in Cankaya & Denizli, 2020). Infatti, quando l'ambiente o lo stile della personalità di un individuo non consente questo tipo di esperienze, la persona non riesce a prosperare (Filak & Sheldon, 2003). Inoltre, i bisogni sono additivi, quindi un individuo sta meglio quando sono presenti tutti e tre, e peggio se non è presente nessuno dei tre (Filak & Sheldon, 2003). La scala che è stata scelta per indagare il costrutto dell'autodeterminazione è la *Self-Determination Scale* (SDS). Essa è stata progettata per valutare le differenze individuali nella misura in cui le persone tendono a funzionare in modo autodeterminato (Sheldon, 1995; Sheldon et al., 1996; citati in Moller & Deci, 2010). È quindi considerato un aspetto relativamente duraturo della personalità delle persone che: (1) sono più consapevoli dei propri sentimenti e del proprio

senso di sé; e (2) provano un senso di scelta rispetto al proprio comportamento (Moller & Deci, 2010). Pertanto, essa misura la consapevolezza di sé e della propria presa decisionale costituita da 10 paia di item distribuiti in due sottoscale a 5 voci (Silva et al., 2010). La prima sottoscala è inerente alla consapevolezza di se stessi, la seconda invece, è la scelta percepita delle proprie azioni (Moller & Deci, 2010; Silva et al., 2010). Ogni item è composto da due affermazioni e ai partecipanti viene chiesto di valutare il grado in cui l'affermazione è più vera per loro su una scala a 7 punti alle cui estremità troviamo "solo A sembra vero" e "solo B sembra vero". Ad esempio, "A. *Mi sento sempre come se scelgo le cose che faccio*; B. *A volte sento che non sono proprio io a scegliere le cose che faccio*" (Scelta Percepita); e "A. *Le mie emozioni a volte mi sembrano estranee*; B. *Le mie emozioni sembrano sempre appartenermi*" (Consapevolezza). Il punteggio complessivo rientra in un intervallo 10-50 in cui maggiore è il punteggio e maggiore sarà l'autodeterminazione della persona. L'affidabilità interna di ciascuna sottoscala è accettabilmente alta e i livelli alfa di Cronbach sono .73 (Consapevolezza) e .77 (Scelta percepita) (Moller & Deci, 2010). I coefficienti alfa della scala intera variano da un range che va da .86 a .92 (Sheldon, 1995).

Oltre all'autodeterminazione, un'altra importante risorsa psicosociale e spirituale è l'autotrascendenza (*self-transcendence*, ST), ovvero la capacità di espandere i confini personali ed essere orientati verso prospettive, attività e scopi al di là del sé senza negare il valore del sé e del contesto attuale (Reed, 2018). Essa è una qualità inerente ogni essere umano e un processo dinamico che coinvolge l'adattamento al passato disagio fisico, emotivo e spirituale, e come tale un potente meccanismo di coping (Haugan et al., 2012). La ST può portare alla trasformazione personale, che può fornire un senso di benessere e una migliore qualità della vita (Teixera, 2008; citato in Haugan, et al., 2012). L'autotrascendenza può esprimersi attraverso vari comportamenti e prospettive, come ad esempio: condividere la saggezza con gli altri, integrare i cambiamenti fisici dell'invecchiamento, accettare la morte come parte della vita e trovare un significato nella vita (Reed, 1991b, 2008; citati in Haugan, et al., 2012). Secondo Haugan, et al. (2012) e Reed (2018), l'ST è un concetto multidimensionale che vede l'espansione del sé declinarsi in quattro possibili dimensioni: (a) a livello intrapersonale in cui l'espansione del sé avviene interiormente nelle attività introspettive (verso una maggiore consapevolezza della propria filosofia, dei valori e dei sogni); (b) a livello interpersonale

in cui l'espansione del sé avviene esteriormente attraverso le preoccupazioni per il benessere degli altri (per relazionarsi con gli altri e il proprio ambiente); (c) a livello temporale in cui le percezioni del proprio passato e futuro accrescono il presente in modo che quest'ultimo risulti percepito come significativo per la persona; e (d) a livello transpersonale attraverso connessioni con una dimensione superiore o al di là del mondo tipicamente distinguibile (Reed, 2018; Haugan et al., 2012). Tuttavia, vi sono anche ricerche precedenti che considerano la ST un costrutto unidimensionale (Coward & Kahn, 2005; Coward & Reed, 1996; Ellermann & Reed, 2001; Hunnibell et al., 2008; Reed, 1992; Runquist & Reed, 2007; citati in Haugan et al., 2012). Infine, secondo il costrutto di Frankl, utilizzato nel modello più contemporaneo di autotrascendenza, essa consiste in tre principali livelli ovvero: 1) ricercare il significato ultimo e degli ideali di bontà, verità e bellezza; 2) cercare un significato situazionale memore del momento presente; 3) ricercare la propria vocazione, ovvero perseguire uno scopo superiore per un bene più alto (Kitson et al., 2020). A fronte della complessità del costrutto menzionato, la scala considerata più appropriata ed esaustiva a tale fine è sicuramente la *Self-Transcendence Scale* (STS). Essa è una scala unidimensionale composta da 15 item complessivi relativi a comportamenti o prospettive che consentono un'espansione di sé da più punti di vista e in modi differenti, inclusi interiormente attraverso attività introspettive, esteriormente attraverso il coinvolgimento con gli altri e temporalmente da vivere nel presente o avere prospettive del passato e del futuro che migliorano il presente (Reed, 2018; Haugan et al., 2012). Le risposte si basano su una scala a 4 punti che va da 1 per "per niente" a 4 per "molto", e il punteggio finale riflette il livello generale di autotrascendenza tenendo conto delle differenze intraindividuali nelle esperienze di autotrascendenza; i punteggi possibili vanno da 15 a 60 dove i punteggi più alti indicano una maggiore autotrascendenza (Ellermann & Reed, 2001). Gli elementi sono stati sviluppati per misurare la capacità della persona di trarre un senso di benessere attraverso percorsi cognitivi, creativi, sociali, spirituali e introspettivi (Reed, 2018). La validità e l'affidabilità di costrutto della STS sono risultate accettabili e generalmente comprese in un range di valori che va da .80 a .94 (ad es. Bean & Wagner, 2006; Chen & Walsh, 2009; Coward, 1990; Coward, 1991; Reed, 1989; Reed, 1991; Thomas et al., 2010; citati in Reed, 2018). L'affidabilità stimata degli alfa di Cronbach citati in Ellermann & Reed (2001) rientrano in un range da .80 (Reed, 1989) a .88 (Coward, 1990).

Per quanto riguarda l'indagine relativa al 'cuore' del disagio percepito dalla persona, invece, è stata utilizzata la *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* (CORE OM; Evans et al., 2000), ovvero una misura di outcome recentemente sviluppata per la popolazione adulta attualmente ed ampiamente utilizzata nella valutazione delle terapie psicologiche nel Regno Unito (Barkham et al., 2001; Evans et al., 2000; citati in Barkham et al., 2005). Il CORE-OM è stato progettato per aiutare a evitare uno "stato di disordine, se non di caos" nella misurazione dei risultati in tali contesti (Froyd et al., 1996; citato in Barkham, et al., 2005). Il CORE-OM è un questionario autosomministrato (generico nella sua base teorica) di 34 item complessivi formulati su una scala a 5 punti che va da "Mai" a "Molto spesso o sempre". Gli item possono comprendere quattro domini principali: il benessere soggettivo (quattro elementi), i problemi / sintomi (dodici elementi), il funzionamento della vita (dodici elementi) e il dominio relativo al rischio, che comprende il rischio per se stessi e per gli altri (sei elementi) (Evans et al., 2002; Barkham et al., 2006). Più precisamente, per quanto riguarda il dominio relativo ai problemi sono inclusi quattro cluster relativi alla depressione, all'ansia, ai sintomi fisici e al trauma. Inoltre, per quanto riguarda il dominio del funzionamento, sono inclusi tre cluster relativi agli aspetti generali, sociali e più vicini al sé (Barkham et al., 2006). Ad ogni modo, questi domini non sono fattori lineari separati ma quanto piuttosto delle diverse aree di espressione di angoscia e disfunzione, come mostrato in Lyne et al. (2006) (citato in Palmieri et al., 2009). Punteggi più alti su tutti i domini indicano più problemi invertendo il punteggio su otto elementi con chiave positiva; il punteggio totale è stato riportato come media tra gli elementi completati (Palmieri et al., 2009). Ad ogni modo, tutti gli articoli pubblicati hanno costantemente riportato il punteggio medio degli item per tutti gli item e anche il punteggio medio degli item per tutti gli item non a rischio, fornendo così ai professionisti la possibilità di includere o escludere gli item di rischio. Inoltre, sono stati riportati anche i punteggi di dominio e, più recentemente, di cluster. Pertanto, la struttura del CORE-OM offre una gamma di opzioni ai professionisti in termini di livello di presentazione che desiderano utilizzare per il loro scopo particolare (Barkham et al., 2006). Per quanto concerne i punteggi del cut-off, Barkham, et al. (2006) hanno individuato 10 come limite inferiore del livello 'lieve', 15 per il livello moderato e 20 per il livello da moderato a severo. Un punteggio di 25 o più segna il livello severo (Barkham et al., 2006). Il CORE-OM e i suoi punteggi di dominio mostrano un'eccellente

coerenza interna in grandi campioni clinici e non clinici. Inoltre, ha un'adeguata affidabilità interna con un alfa di Cronbach tra .75 e .95 per tutti i domini (Evans et al., 2002; Barkham et al., 2006). Tuttavia, la stabilità del dominio di rischio risulta minore (.64) il che non sorprende considerata la piccola lunghezza e la natura situazionale e reattiva di questi elementi (Evans et al., 2002; Barkham et al., 2005).

Per quanto concerne l'ultimo aspetto indagato nella ricerca è stato l'impatto psicologico dell'evento e la valutazione dello stress traumatico misurato tramite l'*Impact of Event Scale – Revised* (IES-R). Essa è una scala auto-riferita composta da 22 item complessivi organizzati in tre sotto-scale con la finalità di indagare rispettivamente i costrutti fondamentali di: intrusione (item 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16 e 20), evitamento (item 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17 e 22) ed eccitazione (item 4, 10, 15, 18, 19 e 21) che caratterizzano lo stress traumatico (Madhu et al., 2022). Per quanto riguarda la presenza di risposte intrusive, esse sono caratterizzate da "pensieri e immagini non richiesti, sogni turbati, forti fitte o ondate di sentimenti e comportamenti ripetitivi" (Thewes et al., 2001, p. 459). Le risposte di evitamento sono invece caratterizzate da "costrizione ideazionale, negazione del significato e delle conseguenze dell'evento, sensazione attenuata e inibizione comportamentale o attività controfobica e consapevolezza del torpore emotivo" (Thewes et al., 2001, p.459). Gli elementi relativi all'ipereccitazione mirano al sonno, all'irritabilità, alla concentrazione, all'ipervigilanza, alla risposta allo startle e all'eccitazione fisiologica (Creamer et al., 2003).

I singoli elementi descrivono le difficoltà associate a eventi stressanti che li hanno posti in una condizione di sofferenza. Ai partecipanti è stato chiesto di indicare la misura in cui ogni elemento li ha angosciati o infastiditi negli ultimi 7 giorni utilizzando una scala Lickert a cinque punti dove 0 = per niente; 1 = un po'; 2 = moderatamente; 3 = parecchio; e 4 = estremamente (Lee et al., 2019; Aljaberi et al., 2022). Rispetto alla versione originale, la IES-R permette di cogliere meglio i criteri per il disturbo post traumatico da stress (PTSD) (Weiss & Marmar, 1997). Sebbene né l'IES né l'IES-R siano stati progettati per fare una diagnosi categorica, è comune che i punteggi di cut-off siano citati in letteratura (Creamer et al., 2003). Pertanto, la più alta potenza diagnostica complessiva (0,88) è stata raggiunta con un cut-off di 1,5 (equivalente a un punteggio totale di 33) sull'IES-R, fornendo una sensibilità di 0,91, una specificità di 0,82, un potere predittivo positivo di 0,90 e un potere predittivo negativo di 0,84 (Creamer et al., 2003). L'IES-R ha

mostrato un'elevata coerenza interna, con coefficienti alfa che vanno da 0,87 a 0,92 per l'intrusione, da 0,84 a 0,85 per l'evitamento e da 0,79 a 0,90 per l'ipereccitazione. I coefficienti di correlazione test-retest variavano da 0,57 a 0,94 per l'intrusione, da 0,51 a 0,89 per l'evitamento e da 0,59 a 0,92 per l'ipereccitazione (Creamer et al., 2003).

3.2.2. *Il metodo qualitativo*

A fronte della panoramica di strumenti esposti costituenti l'approccio quantitativo utilizzato nella ricerca, procediamo ora a spiegare anche in che misura è stato utilizzato l'approccio qualitativo (Testoni et al., 2020; Testoni et al., 2021). Innanzitutto, quest'ultimo, rispetto al metodo quantitativo, permette che i risultati relativi al singolo individuo, la sua peculiarità e unicità, non venga amalgamata nella generalità dei risultati medi relativi al gruppo. Inoltre, quest'ultimo rende possibile il monitoraggio del “come” si ha risposto alle domande dei questionari senza rischiare di incepparsi in una visione riduzionista troppo semplicistica (Lakshman et al., 2000). Infatti, è possibile che per quanto egregiamente sia strutturato il questionario, il partecipante possa comunque andare incontro a resistenze, fraintendimenti del testo, mentire intenzionalmente, sia per la desiderabilità sociale sia per il timore di una conseguenza negativa da parte di una risposta veritiera (Lakshman et al., 2000). Nella presente indagine, perciò, si è scelto di procedere con un metodo qualitativo esperienziale adottato tramite l'Analisi Interpretativa Fenomenologica (*Interpretative Phenomenological Analysis*, IPA) (Smith, 1991; Smith et al., 1999; citati in Shaw et al., 2009). Essa consiste in un approccio tematico qualitativo sviluppato all'interno della psicologia qualitativa che assume ci sia una connessione tra l'esperienza incarnata, il parlare di quell'esperienza e il senso e la reazione emotiva di un partecipante a quell'esperienza (Smith, 1996; citato in Smith, 2010). Pertanto, essa si radica nelle filosofie della fenomenologia, dell'ermeneutica e dell'idiografica, permettendo così di concentrarsi sulle esperienze vissute dai soggetti (Love, Vetere, & Davis, 2020). Per quanto riguarda i principi chiave relativi alla psicologia fenomenologica, essa è stata sviluppata da H. Husserl con il metodo eidetico che si occupa di prestare attenzione al modo in cui le cose appaiono agli individui nella loro esperienza (Pietkiewicz & Smith, 2014). Tramite il metodo della riduzione eidetica si cerca di non cedere all'uso di categorie predeterminate ma di riconoscere le componenti

essenziali di un dato fenomeno e di come esso è percepito dalla persona, lasciando che siano le pre-comprensioni a parlare per evidenza. In altre parole, i principi fenomenologici permettono di considerare le esperienze soggettive delle persone, i significati che attribuiscono al loro mondo vissuto e il modo in cui si relazionano ad esso (Langdridge, 2007; citato in Love et al., 2020). I presupposti dell'analisi fenomenologica interpretativa risiedono dunque nella concezione delle persone come "esseri auto-interpretanti" (Taylor, 1985; citato in Pietkiewicz & Smith, 2014), il che significa che sono attivamente impegnate nell'interpretazione degli eventi, degli oggetti e delle persone nelle loro vite. Per quanto concerne l'ermeneutica e la filosofia esistenziale, invece, è stata sviluppata principalmente da M. Heidegger occupandosi con dedizione alle questioni ontologiche dell'esistenza e delle sue interpretazioni. Secondo i principi dell'ermeneutica, l'esperienza non può essere colta direttamente, occorre riconoscersi, esser-ci con e nello sguardo dell'altro per potersi raggiungere e per poter raggiungere il significato. È dunque necessario comprendere la mentalità del partecipante e il suo linguaggio, in quanto quest'ultimo media le esperienze vissute relative al mondo consentendo di tradurre il suo messaggio (Libero, 2008; citato in Pietkiewicz & Smith, 2014). Pertanto, nell'IPA bisogna prestare attenzione a come viene interpretata l'esperienza del partecipante a partire dal linguaggio e dal testo, con l'obiettivo di dare un senso al suo vissuto e trovare in esso un significato. Appunto per questo bisogna destreggiarsi in un'attività interpretativa che possa rendere comprensibile il significato traducendolo proprio come Ermete tradusse il messaggio degli dèi agli uomini: rivelandone l'essenza. Ciò significa che lo studio dell'IPA è un processo dinamico (Smith, 1996; citato in Brocki & Wearden, 2006) in cui il ruolo del ricercatore è attivo e imbrigliato in un processo ermeneutico a doppio processo (o doppia interpretazione) poiché: in primo luogo, i partecipanti danno un significato al loro mondo e, in secondo luogo, il ricercatore cerca di decodificare quel significato per dare un senso al significato dei partecipanti (Smith e Osborn, 2008; citato in Pietkiewicz & Smith, 2014). In altre parole, il ricercatore che usa l'IPA cerca di dare un senso all'esperienza (oggetto o evento) dal punto di vista del partecipante e, allo stesso tempo, il partecipante cerca di dare senso a ciò che gli sta accadendo (Smith, 2010). Infine, rispetto al terzo orientamento teorico relativo alla parte idiografica, l'IPA consente di valorizzare l'esperienza del singolo soggetto facendone un'analisi dettagliata 'su misura' (Shaw et al., 2009). Gli assunti

idiografici consentono di disporsi verso un'analisi approfondita dei singoli casi esaminando le prospettive individuali di ogni partecipante nella loro unicità contestuale. Ciò consente di contrastare i principi nomotetici antepoendo affermazioni particolari a quelle generali ed universali (Smith et al., 1995; citato in Pietkiewicz & Smith, 2014). Il ricercatore inizia quindi da un'esaminazione individuale delle singole narrazioni per poi confrontarle e contrapporle nei loro aspetti più particolari. L'approfondimento mirato e dettagliato consente di comprendere più profondamente le esperienze vissute dai partecipanti generando descrizioni ricche ed esaurienti. A fronte di ciò, nel sintetizzare le idee che vanno dalla fenomenologia, all'ermeneutica all'idiografica, l'IPA risulta essere un metodo descrittivo; questo poiché: a) si avvale della comprensione per evidenza, ovvero nel lasciare che il fenomeno si esprima da sé; b) riconosce che non si può prescindere dall'interpretazione dei fenomeni essendo che sono sempre i nostri occhi a posare lo sguardo su di essi; pertanto l'interpretazione è necessaria (Josselson, 2004; citato in Khoshfetrat, Moore, & Kiernan, 2021); c) descrive in modo ricco e dettagliato l'idiosincrasia di ogni vissuto nel modo in cui è stato narrato ed esperito da ogni partecipante. Quindi, questo metodo di indagine cerca di indagare "cosa significano i dati, non cosa sono" (Chamberlain, 2011, p. 52, citato in Khoshfetrat et al., 2021). Appunto per questo, il processo analitico dell'IPA non riguarda solo un'analisi descrittiva ma riguarda anche un'analisi induttiva in cui la sospensione delle teorie, il mettere tra parentesi le teorie guida, consente ai temi di emergere dai dati riflettendo al meglio le esperienze dei partecipanti (Shaw et al., 2009). L'obiettivo dell'IPA è perciò quello di esplorare in dettaglio i processi attraverso i quali i partecipanti danno un senso alle proprie esperienze, osservando il resoconto dell'intervistato dei processi che hanno attraversato e cercando di utilizzare una presunta inclinazione universale esistente all'autoriflessione (Chapman & Smith, 2002; Smith et al., 1997; citati in Brocki & Wearden, 2006). Pertanto, la ricerca IPA tende a concentrarsi sull'esplorazione dell'esperienza, delle comprensioni, delle percezioni e dei punti di vista dei partecipanti (Reid et al., 2005; citati in Brocki & Wearden, 2006).

In virtù di ciò, nel presente studio è stato scelto di avvalersi delle interviste semi-strutturate, ovvero le più indicate per consentire al ricercatore e al partecipante di impegnarsi in un dialogo in tempo reale (Brocki & Wearden, 2006). Danno anche spazio e flessibilità sufficienti per far sorgere problemi originali e inaspettati, che il ricercatore

può approfondire con ulteriori domande (Pietkiewicz & Smith, 2014). Durante la raccolta dati le interviste sono state condotte online o in presenza a seconda delle esigenze dei partecipanti per una durata approssimativa di 50-60 min. Ogni intervista è stata condotta in presenza del supervisore adeguatamente formato, il Dott. Alex Vischio, ed integralmente audio registrate al fine di poter effettuare le trascrizioni su cui fare l'analisi tematica prevista. A fronte di ciò la trascrizione e l'analisi è avvenuta prima singolarmente e poi nel complesso al fine di consentire l'emergere dei temi unici per ogni persona e poi nell'insieme. In seguito, i temi emersi per ogni partecipante sono stati considerati interamente stilando un quadro integrato delle varie tematiche emerse. È stata scelta l'intervista semi – strutturata poiché rispetto all'intervista strutturata permette maggiore flessibilità nella comprensione degli aspetti di interesse senza però rinunciare al rigore della raccolta dati. Essendo che lo stile delle domande non è direttivo (Brocki & Wearden, 2006), permette di guidare la conversazione esplorando le aree che si è previsto di analizzare dando però maggior spazio al partecipante nell'esprimere il proprio vissuto di disagio, credenze e valori. Inoltre, secondo quanto citato in Kallio, Pietilä, Johnson, & Kangasniemi (2016) è la più indicata per studiare le percezioni e le opinioni delle persone o questioni complesse (Barriball & While 1994) o emotivamente sensibili (Barriball & While 1994, Åstedt-Kurki & Heikkinen 1994) come appunto le credenze di possessione e il bisogno di trascendenza. In merito alla progettazione dell'intervista semi-strutturata, le domande previste sono state concettualizzate con la finalità di sondare l'aspetto relazionale focalizzandosi principalmente su quattro aree di interesse: a) il rapporto con l'esperienza di disagio psicologico – esistenziale; b) il rapporto interpersonale con gli altri; c) il rapporto con Dio e la spiritualità/fede; d) il rapporto con il cambiamento e il futuro. Prima di indagare tali aree sono state poste delle domande introduttive per conoscere gli aspetti puramente motivazionali che hanno condotto la persona a ricercare supporto dall'esorcista, cercando di comprendere anche il come è giunta a tale percorso e dopo quanto tempo. Inoltre, in queste prime domande introduttive, si è cercato di comprendere sia quali spiegazioni si dà la persona in merito alla situazione vissuta, ovvero a quali cause (se ordinarie o non ordinarie) attribuisce l'origine della propria sofferenza, sia quali ripercussioni ha vissuto nel proprio quotidiano.

Per quanto concerne la prima area relativa alla relazione con se stessa/o nella situazione di disagio, le domande poste prevedevano di indagare come è costituito il mondo interiore

della persona sia a livello emotivo – psicologico che a livello metaforico – interpretativo. In quest'area è stato ritenuto essenziale comprendere l'aspetto della responsabilità percepita dal quale poter osservare se la persona si sentisse partecipe dell'andamento degli eventi o in balia di essi, indagando poi, anche l'aspetto dell'autotrascendenza e delle risorse messe in atto per 'volersi bene'. La seconda area di interesse, relativa agli aspetti interpersonali e alla relazione con gli altri, è stata indagata in termini di comprensione e amore percepiti da parte degli altri, cercando anche di stimolare una riflessione transpersonale – empatica di trascendenza verso di essi. Inoltre, in quest'area è stato ritenuto essenziale comprendere in che misura la figura dell'esorcista è risultata significativa per la persona e come è costituita all'interno del suo immaginario, osservando anche in che misura si presentano le aspettative di cura verso l'assistenza spirituale fornita da esso. La terza area di interesse relativa invece alla relazione con Dio, è stata indagata sia a livello emotivo – psicologico che a livello metaforico – interpretativo. Queste domande sono state progettate al fine di porre il partecipante nelle condizioni di esprimere in che modo si declina il proprio rapporto di fede e in che misura vive la propria dimensione spirituale e religiosa. Tali interrogativi permettono inoltre di comprendere come il coinvolgimento spirituale influisce nella vita del partecipante, cogliendo ad esempio come si svolge il colloquio con Dio o, se presente, come è vissuta l'eventuale crisi spirituale e di significato. Nella quarta area invece si è voluto indagare la relazione che la persona ha con l'esperienza vissuta in termini di cambiamento percepito a livello personale. Questo aspetto permette di comprendere se la persona concettualizza il cambiamento nella propria dimensione intrapersonale e situazionale, osservando anche se vi è propensione verso di esso (ovvero se è presente la volontà di cambiamento) o se invece vi è impossibilità di concettualizzarlo poiché invischiato in sentimenti di disperazione o impotenza. In quest'area ci si aspetta che emergano riflessioni inerenti desideri, bisogni, o sogni pensati dal partecipante, in modo da poter comprendere anche quali ambizioni o nostalgie sono presenti nel loro futuro (e nel loro presente). Infine, per terminare il colloquio con una nota positiva, è stato scelto di porre la riflessione su quale aspetto positivo importante, quale dono o risorsa può trovare nell'esperienza vissuta. Questo interrogativo permette alla persona di riflettere anche a posteriori su quali risorse può fare affidamento per fronteggiare le avversità del percorso,

cogliendo anche la possibilità di poter interpretare il proprio vissuto esperienziale anche da altri punti di vista.

Per quanto riguarda l'analisi qualitativa dei dati, in seguito a una preliminare analisi esplorativa, è stata scelta l'analisi qualitativa assistita da software, ovvero la *Computer – Aided Qualitative Data Analysis Software* (CAQDAS) (Soratto et al., 2020). Pertanto, il software scelto per questa ricerca è Atlas.ti (Muhr, 2004; citato in Hwang, 2008), il quale permette di gestire una grande quantità di dati offrendo la possibilità di centralizzare tutte le informazioni necessarie, garantendo così di organizzare il materiale raccolto in un unico posto. Le funzionalità di gestione del progetto sono raccolte in differenti modalità, dal raggruppamento di molteplici file nella stessa unità operativa a creazione di codici, commenti, citazioni, report e via dicendo. Per quanto riguarda l'analisi dei contenuti tematici (*Thematic Content Analysis*, TCA) è stata utilizzata la tecnica dell'analisi tematica (o categoriale). L'analisi del contenuto tematico descritta da Braun e Clark (2006; citato in Friese et al., 2018), vede questa come un metodo che permette di *identificare, analizzare e riportare i modelli (temi) all'interno dei dati. Organizza e descrive minimamente il set di dati in un (ricco) dettaglio. Tuttavia, spesso va oltre e interpreta vari aspetti del tema di ricerca* (p. 79). Sebbene l'analisi tematica consenta di essere impiegata in modo deduttivo ('top down'), in questo progetto di ricerca è stata utilizzata in modo induttivo ('bottom up') per consentire il metodo eidetico di pre-comprensione in linea con i presupposti fenomenologici – interpretativi indicati precedentemente. Tant'è, che come dicono Priya e Dalal (2015; citati in Friese et al., 2018): “[questo è] un metodo che funziona sia per riflettere la realtà, sia per disfare o svelare la superficie della 'realtà'” (p.212). Difatti, approcciandosi induttivamente alle narrazioni dei partecipanti, sono stati creati i codici sulla base delle loro risposte (Friese et al., 2018). Nonostante i temi individuati derivino da questi dati, ciò non significa che l'analisi di codifica (per quanto aperta) sia postulata in un vuoto epistemologico. Pertanto, ricordiamo che a livello epistemologico, il punto di vista è basato sull'IPA avente presupposti fenomenologici, ermeneutici e idiografici. Ad ogni modo, secondo Bardin (2011; citato in Friese et al., 2018) l'analisi del contenuto tematico è costituita principalmente da tre fasi: pre-analisi, esplorazione materiale e trattamento dei risultati, inferenza e interpretazione; infine, i dati grezzi sono stati elaborati in modo che potessero essere significativi e validi (Soratto et al., 2020). A tal proposito sono state create delle

associazioni e dei collegamenti tra le citazioni, i codici e le considerazioni annotate durante la second fase. In virtù di ciò, è stato utile ordinare i codici secondo una struttura gerarchica, cioè in codici di ordine superiore e di ordine minore allo scopo di organizzare e gestire i dati recuperando segmenti di dati in modo specifico. D'altro canto, ciò non significa che le categorie di ordine 'superiore' siano necessariamente più indicate a riflettere un tema; anzi, quest'ultimo può infatti essere rappresentato da più categorie o da più sottocodici di categorie (Soratto et al., 2020). Pertanto, è stato fondamentale essersi disposti in riletture attente dei vari segmenti di testo, ridefinendo e riordinando i codici per sviluppare una struttura coerente e dettagliata dei dati. Infine, una volta ottenuta quest'ultima, e chiarito ulteriormente cosa si intende per ogni codice, il passo successivo è ricercare i temi presenti. Avendo maturato una visione d'insieme, è ora possibile osservare tutte le tematiche emerse sia nei singoli casi che in una visione generale. Difatti, tenendo conto anche della visibilità e della frequenza dei vari codici (Code Manager), è stato possibile mappare le tematiche più centrali e quelle più periferiche, raggruppando i codici in uno schema significativo in relazione alla domanda di ricerca (Soratto, Pires, & Friese, 2020). Una volta create le famiglie di codici, osservando anche la quantità e la densità delle relazioni, si è potuto distinguere i temi più significativi da quelli più irrilevanti costituenti la matrice concettuale di ogni categoria centrale. In questa fase avviene la trasformazione di testo grezzo, ritagliato ed enumerato, in una rappresentazione del suo contenuto di significato e della sua espressione. Bisogna però precisare che il criterio di significatività dei codici non si verifica secondo la prevalenza numerica dei codici, ma secondo la rilevanza e la pertinenza all'oggetto di indagine della ricerca. Inoltre, i temi sono stati identificati tenendo conto sia del significato semantico (ie. codifica nominale) sia del significato 'latente' (ie. interpretazione al di là del dato). Ciò significa che oltre all'analisi descrittiva del testo, si è deciso di integrare anche gli aspetti di un'analisi interpretativa emersa dalle annotazioni del ricercatore.

3.3. Partecipanti

In questo studio i dati anagrafici sono stati confrontati con quelli raccolti tra il 2018 e il 2021 da una diocesi in merito alla richiesta di colloquio con l'esorcista, il sacerdote o il prete. I dati della diocesi hanno riportato che le persone richiedenti assistenza spirituale,

su un totale di 593 richieste, sono state effettuate prevalentemente da donne (70%) con un'età compresa tra i 18 e i 96 anni, concentrando la sua maggiore percentuale in un'età media di 45 anni (DS= 12,27). La maggior parte delle persone che hanno fatto domanda erano residenti in Veneto (66,1%), di cui il 40% a Padova, e prevalentemente con un livello d'istruzione medio – alto (77,2%), in cui circa il 50% ha conseguito le superiori e il 27,6% ha frequentato o una laurea triennale/quinquennale o una specialistica o una formazione post-laurea. Inoltre, la maggior parte delle persone (66%) risultano impiegate in una professione (sia essa come dipendente o come imprenditore, includendo anche la professione di studente e di religioso), rispetto alla minoranza che invece dichiara di essere disoccupato (13,2%) o attualmente in pensione (9,1%). Per quanto concerne lo stato civile, si osserva che il 49,8% delle persone dichiara di essere coinvolto in una relazione sentimentale affettiva o comunque in un legame relazionale (34,9% sposato/a, 7,6% è convivente, 0,2 vedovo/a convivente; 0,2% risposato/a; 6,4 è fidanzato/a; 0,2% è vedovo/a anche convivente e lo 0,5% è vedovo risposato/a). Il 49,3% invece dichiara di essere in una situazione di solitudine per il fatto non avere/non avere più un partner con cui convivere la propria quotidianità; ciò significa che in quest'ultima percentuale la maggior parte esprime di non vivere più una relazione e/o di star ricercando un legame affettivo sentimentale a livello personale (33,2% nubile/celibe; 7,3% divorziato/a; 6,4% separato/a). Per quanto riguarda l'atteggiamento religioso, invece, la popolazione di riferimento è quasi interamente credente raggiungendo la percentuale del 97,1% di fedeli. Per di più, la gran parte di questi si definisce come cattolico praticante (55,6%), ovvero credente nell'esistenza di Dio e partecipa alla vita religiosa della propria comunità. Per quanto concerne la persona per cui si fa richiesta di colloquio, la maggior parte (84,1%) ha fatto richiesta per sé (di cui il 32,5% ha fatto richiesta sia per sé che per un'altra persona) e solo il 15,9% ha fatto richiesta esclusivamente per un'altra persona. A proposito della motivazione che ha spinto le persone a chiedere supporto, la maggior parte dei richiedenti (63,6%) afferma di essere stato mosso da una valutazione personale circa la propria situazione. Il restante delle persone invece afferma di aver considerato l'opzione solo tramite il consiglio di altre persone come ad esempio: il parroco, il confessore o il padre spirituale (17,4%), conoscenti o amici (10,6%), “professionisti” dell'occulto (5,1%) e infine, professionisti della salute come medici, psichiatri, psicologi (3,4%). Infine, tra le persone che si sono interessate al supporto esorcistico (36,8%), la

maggior parte afferma di aver preso in considerazione tale dimensione per la prima volta (63,2%), fermo restando che la percentuale di persone che si sono già rivolte in passato ad almeno un esorcista rimane consistente (il 27,7% ha già parlato con uno, 9,1% con più di uno).

Nel presente studio di ricerca, in seguito alla sottoscrizione del consenso informato, le persone che in totale hanno partecipato su base volontaria alla compilazione dei questionari sono state 217. Coloro che li hanno compilati interamente sono 75, e coloro che hanno compilato tutta la sezione anagrafica¹⁴ inerente le proprie genericità sono circa il 50% (114/217). Confrontando i dati della sezione anagrafica di questo studio con il campione precedente rilevato dalla diocesi, è emerso che la maggior parte dei partecipanti erano donne (71,9%) con un'età compresa tra i 23 e i 68 anni, concentrando la sua percentuale in un'età media di 48 anni (DS = 9,72). Nel complesso si osserva che la maggior parte dei partecipanti possiede un livello di istruzione medio – alto (63,2%), in cui si considera il fatto di aver conseguito almeno il diploma di maturità (32,5%), la laurea (21,9%) o il dottorato/specializzazione (8,8%). Per quanto concerne lo stato civile, si osserva che il 36% dichiara di essere coinvolto in una relazione sentimentale affettiva, e il 43,8% in una situazione affettiva di 'solitudine' (nubile 26,3% e celibe 17,5%). In merito all'atteggiamento religioso e alla partecipazione religiosa, invece, la percentuale di partecipanti è quasi interamente credente raggiungendo il tasso del 99,1%. All'interno dei fedeli la maggior parte è di religione cristiana (95,6%) e attivamente coinvolta nelle pratiche religiose della propria comunità (64,9%). In questo campione di partecipanti la buona parte di essi afferma di essere già stato in un percorso di ascolto (70,2%) di cui il 50,6% è andato dallo psicologo, il 27,7% dallo psicoterapeuta, il 21,7% dallo psichiatra, il 41% dal prete e il 42% dall'esorcista. Coloro i quali hanno scelto di proseguire il percorso anche nel momento attuale sono solo il 21,9%, di cui il 40% è andato dallo psicologo, il 24% dallo psicoterapeuta, il 12% dallo psichiatra, il 28% dal prete e il 32% dall'esorcista. Il 78% ha quindi deciso di abbandonare il percorso di assistenza psicologica e/o spirituale.

Ciò che è interessante è l'emergere di una richiesta di assistenza spirituale quasi al pari della richiesta di assistenza psicologica. Infatti, nel campione di persone che hanno riferito di essersi appoggiati a un percorso di ascolto in passato il 50% ha fatto richiesta

¹⁴ È stato escluso un minorenne (15 anni) perché non pertinente.

di assistenza psicologica, e il 40% circa ha fatto richiesta di assistenza spirituale con il prete o con l'esorcistica. Anche nelle casistiche in cui il percorso di ascolto è stato mantenuto nel momento attuale, si nota un avvicinamento tra la percentuale di partecipanti che ha richiesto assistenza psicologica dallo psicologo (40%) e quella che ha chiesto assistenza spirituale esorcistica (32%).

3.4. Analisi dei dati

3.4.1. Risultati quantitativi

L'analisi quantitativa dei dati è stata condotta sui 75/217 partecipanti che hanno compilato interamente i 9 questionari. Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il pacchetto statistico per le scienze sociali (*Statistical Package for Social Science*, SPSS) in cui l'affidabilità interna è stata misurata utilizzando l'alfa di Cronbach e l'analisi correlazionale è stata eseguita con il coefficiente r di Pearson.

In merito al questionario *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ; Steger et al., 2006) relativamente alla presenza di significato (item 1, 4, 5, 6 e 9) e alla ricerca di significato (item 2, 3, 7, 8 e 10), sono emersi dati soddisfacenti. Coerentemente con i risultati presenti nella letteratura corrente (Schulenberg et al., 2011), il coefficiente alfa per la Presenza di significato è .83, mentre il coefficiente alfa per la Ricerca di significato è .88. Su un punteggio da 5 a 35 si nota che le medie (deviazioni standard) per la Presenza e Ricerca sono rispettivamente di 24,86 (DS = 6,45) e 23,12 (DS = 7,64). Il fatto che i punteggi della presenza sono maggiori di quelli della ricerca indicano che c'è una maggiore

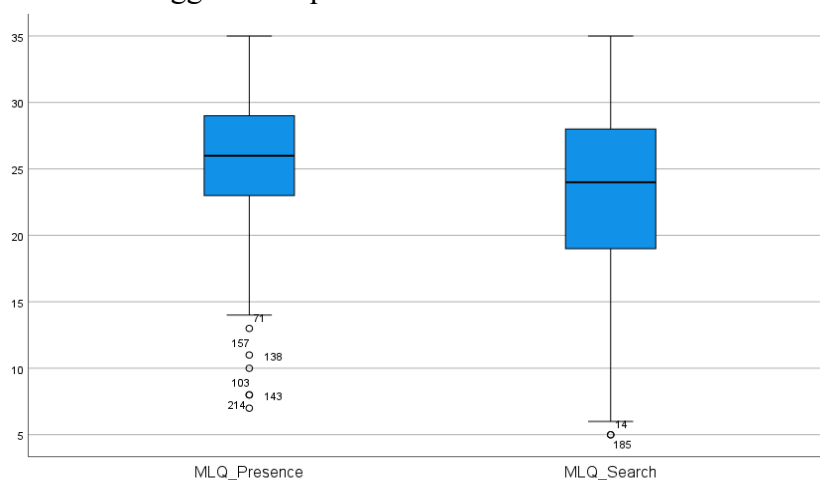


Figura 1: Guardando il box plot vediamo che non ci sono particolari anomalie e che i punteggi della presenza sono maggiori di quelli della ricerca.

propensione a percepire la propria vita come significativa senza sentire l'esigenza di ricercare un significato ulteriore. Tali risultati sono chiaramente rappresentati dal box plot sottostante (*Figura 1*).

Per quanto riguarda i risultati ottenuti dalla *Testoni Death Representation Scale* (TDRS; Testoni, Ancona, & Ronconi, 2015), relativamente alla rappresentazione ontologica della morte, il coefficiente alfa iniziale (.51) è risultato insufficiente. Il contenuto della scala o il tipo di soggetti deve aver influito nel modo di percepire la scala e in particolar modo l'item 6 (*“La morte è un cambiamento radicale. Dopo la mia morte farò esperienze che non avranno niente a che fare con la vita presente”*), che si è dimostrato non correlare con gli altri item raggiungendo un valore di $-0,070$. Pertanto, sembra che i partecipanti non abbiano percepito l'item come reverse – item dimostrando in questo caso, di non considerare la morte né come passaggio né come annientamento. Infatti, le risposte date all'item 6 non sono congruenti alle risposte date agli altri item inerenti la rappresentazione della morte come annientamento (item 2, 3, 4) e come passaggio (item 1, 5). A fronte di ciò, è stato deciso di eliminare l'item 6 raggiungendo così un livello di affidabilità adeguato di .65. Effettuato l'aggiustamento, su un punteggio da 6 a 30 la media e la deviazione standard sono rispettivamente 11,6 e 4,64. Ciò significa che il basso punteggio raggiunto indica una propensione a considerare la morte come passaggio tra le diverse dimensioni dell'esistenza o come una trasformazione della propria identità personale (Testoni, Ancona, & Ronconi, 2015). Questo aspetto è chiaramente rappresentato dal box plot sottostante (*figura 2*)

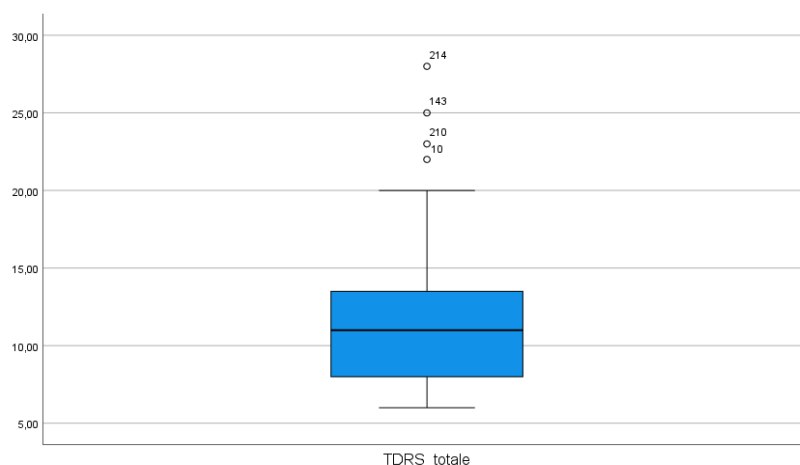


Figura 2: il box plot rappresenta il punteggio medio di 11,6 (DS = 4,64) che indica una maggiore propensione a vedere la morte come un passaggio piuttosto che come annientamento assoluto.

In merito all' *Heartland Forgiveness Scale* (HFS; Thompson et al., 2005), relativamente alla valutazione dell'interconnessione tra le tre dimensioni del perdono, ovvero il perdono rispetto a se stessi, agli altri e alle situazioni, è emersa una generale concordanza con i risultati trovati in letteratura (es. Thompson & Snyder, 2003, citato in Ross et al., 2007). Il coefficiente di affidabilità è risultato buono, con un valore alfa totale pari a .84. Su un punteggio da 18 a 126 la media e deviazione standard sono risultati rispettivamente 83 e DS = 17,05, riflettendo così una maggiore volontà da parte dei partecipanti di perdonare se stessi, gli altri e / o le situazioni. Effettuando invece un confronto tra le tre sottoscale sono emersi i seguenti risultati: per quanto concerne la scala del perdono di sé (item 1, 2, 3, 4, 5, 6) il coefficiente alfa è risultato basso con un valore di .59; per quanto concerne la sottoscala del perdono degli altri (item 7, 8, 9, 10, 11, 12) invece il coefficiente alfa è risultato buono ottenendo un valore di .77; infine, anche per la sottoscala del perdono delle situazioni (item 13, 14, 15, 16, 17, 18), il coefficiente alfa è risultato buono con un valore di .79; osservando le medie e deviazioni standard per ogni sottoscala vediamo rispettivamente i seguenti valori: media di 27,25 (DS = 6,33) per il perdono di sé; media di 28,92 (DS = 7,36) per il perdono degli altri e media di 26,89 (DS = 7,80) per il perdono delle situazioni. Tramite un'analisi più approfondita, si è potuto osservare anche tre ulteriori aspetti del perdono verso se stesso, gli altri e le situazioni: 1) quanto il partecipante non è solito perdonare; 2) quanto per il partecipante fosse indifferente perdonare o non perdonare; 3) quanto il partecipante è solito perdonare. In merito al primo aspetto relativo alla propensione di non perdonare, è emerso che le situazioni sono quelle con maggiore frequenza (14,7%) rispetto alla propensione di non perdonare se stessi (9,3%) o gli altri (8%); in merito al secondo aspetto relativo all'indifferenza tra il perdonare e il non perdonare, la frequenza è maggiore quando si tratta di se stessi (62,7%) o delle situazioni (46,7%), ma è meno indifferente quando si tratta degli altri (38,7%); in merito al terzo aspetto relativo all'essere soliti perdonare, la maggiore percentuale la troviamo nel caso del perdono verso gli altri (53,3%) e le situazioni (38,7%) rivelando quindi una maggiore difficoltà verso il perdono di sé (28%). Da notare come la maggior parte della percentuale concerne l'indifferenza rispetto al perdonare o meno se stessi (62,7%) e le situazioni (46,7%) e l'essere maggiormente propensi a perdonare gli altri (53,3%) piuttosto che noi stessi (28%).

Infatti, secondo una prospettiva più globale, le percentuali totali della scala confermano come i partecipanti affermino più spesso di essere indifferenti a perdonare o meno (58,7%), e quando sono soliti perdonare, affermano di perdonare con più frequenza gli altri (34,7%) rispetto a se stessi (6,7%). Tale dissonanza è ulteriormente confermata dal minore accordo della scala relativa al perdono di sé con le altre sottoscale. Tutti gli aspetti citati possono essere riassunti visivamente nella *figura 3* e nella *figura 4* sottostanti.

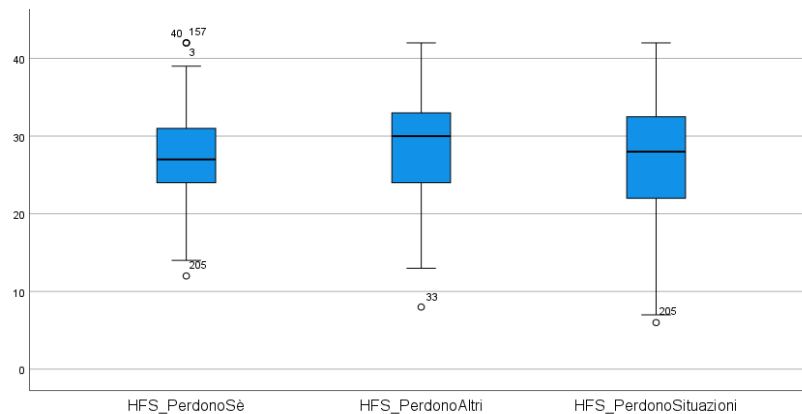


Figura 4: il box plot riassume visivamente l'andamento complessivo dei punteggi (83) indicando come in generale i partecipanti siano maggiormente propensi verso il perdono.

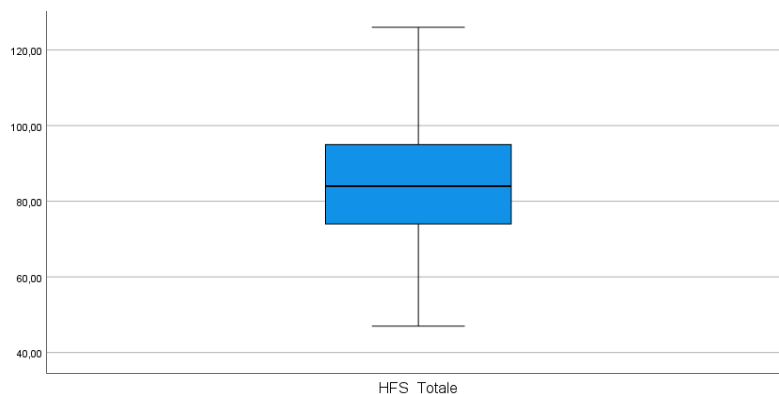


Figura 3: i tre box plot riassumono l'andamento dei punteggi del perdono di sé, degli altri e delle situazioni vedendo il perdono degli altri come maggiormente presente.

Per quanto riguarda il *Creative Experience Questionnaire* (CEQ) relativamente la propensione alla fantasia, è stata condotta una soluzione mono-fattoriale con una formula di arrotondamento eseguita su 18 dei 25 item totali previsti. Così facendo, nonostante i 7 item mancanti, si è potuto seguire le tracce della validazione originale ottenendo comunque un adeguato livello alpha di affidabilità per un valore di .77. Il punteggio ottenuto sul totale dei 18 item dalla somma di tutte le risposte 'si', e all'interno del range 0 – 25, è risultata una media di 8,51 (DS = 5).

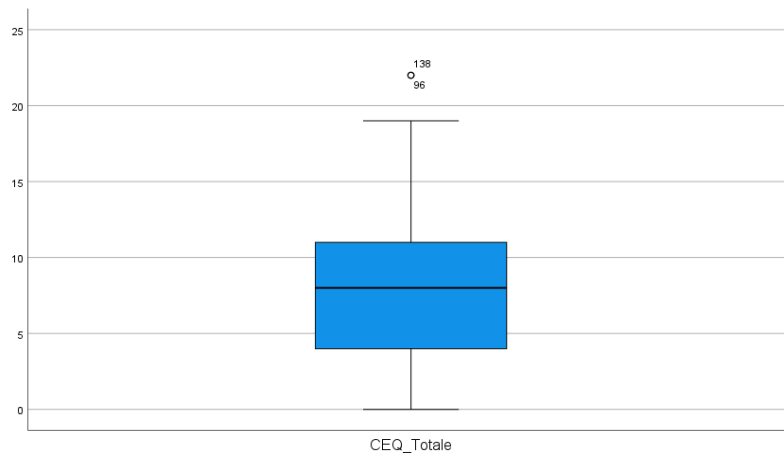


Figura 5: il box plot raffigura il punteggio medio di 8,51 (DS = 5) ottenuto dai partecipanti che, in un range da 0 – 25, indica un livello medio di propensione alla fantasia.

Per quanto concerne l'analisi descrittiva dell'*Impact of Event Scale – Revised* (IES – R) relativamente all'impatto psicologico dell'evento e la valutazione dello stress traumatico, ha mostrato un'elevata coerenza interna con un coefficiente alfa di 0.94 e media di 39,9 (DS = 20, 85) su un range di distribuzione totale da 0 a 86 (figura 7). In merito alle tre sottoscale di evitamento (item 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17 e 22), intrusività (item 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16 e 20) e iperarousal (item 4, 10, 15, 18, 19 e 21) notiamo invece rispettivamente i seguenti valori di affidabilità con alfa di .77, .92 e .90. Infine, la distribuzione delle tre sottoscale (figura 6) riporta le seguenti medie (DS): evitamento media 1,76 (DS = 0,86); intrusività media 1,95 (DS = 1,15) e iperarousal media 1,7 (DS = 1,26). Da questi risultati si nota che l'intrusività è molto maggiore rispetto all'evitamento e all'iperarousal, nonostante quest'ultima sottoscala abbia valori sopra il limite. Infatti, confrontando la sottoscala dell'iperarousal con il cut-off di 1,5 (equivalente a un punteggio totale maggiore di 33) (Creamer, Bell, & Failla, 2003), è emerso che il 60% dei partecipanti avrebbe il punteggio predittivo per il PTSD. A tal proposito, essendo che in questa scala la bassezza del punteggio indica minore impatto, il punteggio medio totale molto superiore a 33 indica la possibile presenza di PTSD nei partecipanti.

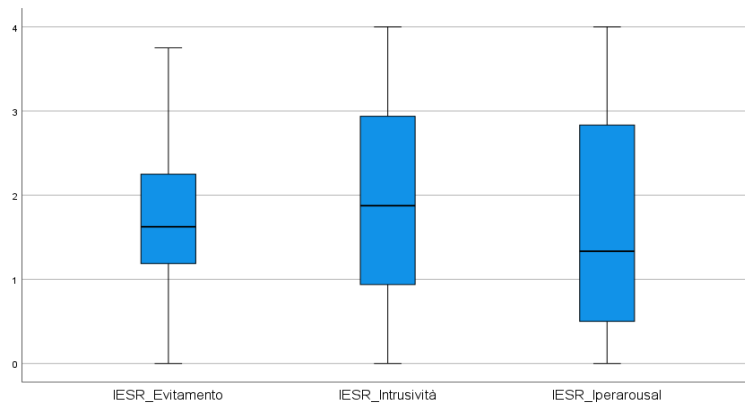


Figura 6: il box plot rappresenta i punteggi medi delle tre sottoscale evidenziando come l'intrusività sia maggiore dell'evitamento e dell'iperarousal.

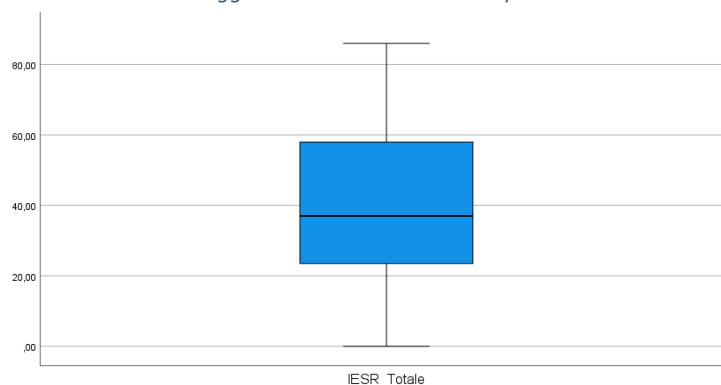


Figura 7: il box plot rappresenta il punteggio medio totale di 39,9 (DS = 20,85) molto superiore al cut-off di 33 per discriminare la presenza di PTSD.

In merito alla *World Health Organization's Quality of Life Measure for assessment of Spirituality, Religion and Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB) relativamente all'importanza della religiosità e della spiritualità per la qualità della vita i livelli alfa di affidabilità sono risultati molto buoni. Complessivamente l'alfa è risultato di .97 e in armonia con gli aspetti indagati dagli altri fattori (SRPB .87; connessione .92; significato .87; consapevolezza .80; integrità .78; forza .89; pace .86; speranza .84; fede .94). La media generale (DS) comprendente di tutti gli item è risultata 13,92 (DS=3,02) in un range da 0 – 20, mentre per gli altri fattori sono emersi i seguenti valori: SRPB 3,87 (DS=0,89); connessione 3,7 (DS=1,04); significato 3,73 (DS=0,97); consapevolezza 3,53 (DS=0,86); integrità 3,3 (DS=0,83); forza 3,63 (DS=0,92); pace 2,83 (DS=0,86); speranza 2,96 (DS=0,96); fede 3,77 (DS=0,97). I risultati indicano valori più alti rispetto all'SRPB, la connessione, la fede e il significato, e valori più bassi relativamente alla speranza e alla pace. I punteggi della scala e dei suoi domini sono appresentati dai box plot della *figura 8 e 9*.

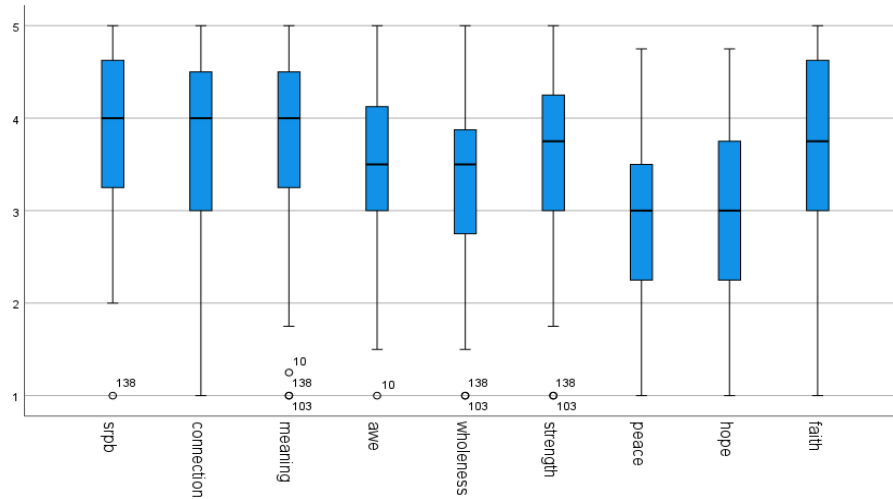


Figura 8: i vari box plot rappresentano le medie relative ad ogni aspetto indagato nella scala, dalla quale si evince maggiore propensione al SRPB e al significato rispetto alla speranza e alla pace.

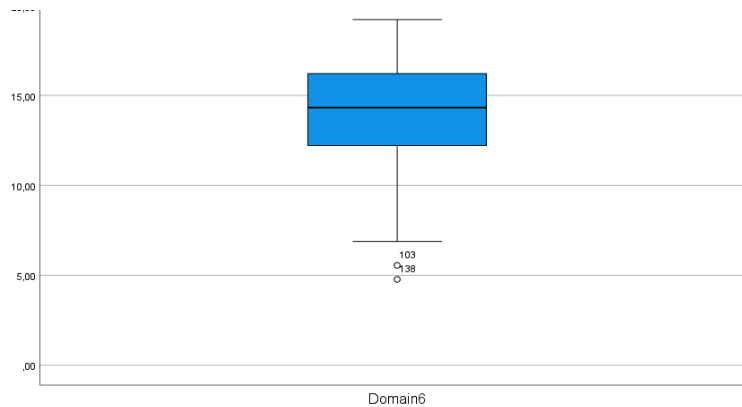


Figura 9: il box plot rappresenta la media di 13,92 (DS=3,02) del dominio 6.

Per quanto riguarda la *Self-Determination Scale* (SDS; Moller & Deci, 2010) relativamente al costrutto dell'autodeterminazione, il livello di affidabilità è .80 indicando un buon valore di coerenza interna e anche con le altre scale. Infatti, le due scale relative alla consapevolezza (item 1, 3, 5, 7, 9) e alla percezione di scegliere (item 2, 4, 6, 8, 10) sono rispettivamente con i valori di .74 e .79. Osservando i risultati della media (deviazione standard) relativa alle sottoscale (range: 5 – 25) sono 18,80 (DS=5,45) per la consapevolezza e 15,37 (DS=5,60) per la scelta percepita; la media complessiva della scala totale (range: 10 – 50) risulta di 34,17 (DS=9,18). Pertanto, i risultati indicano un livello generale di autodeterminazione presente in misura adeguata, con maggiore presenza di consapevolezza rispetto alla percezione di scegliere. Questi aspetti sono rappresentati figurativamente nei box plot sottostanti (*figura 10; figura 11*)

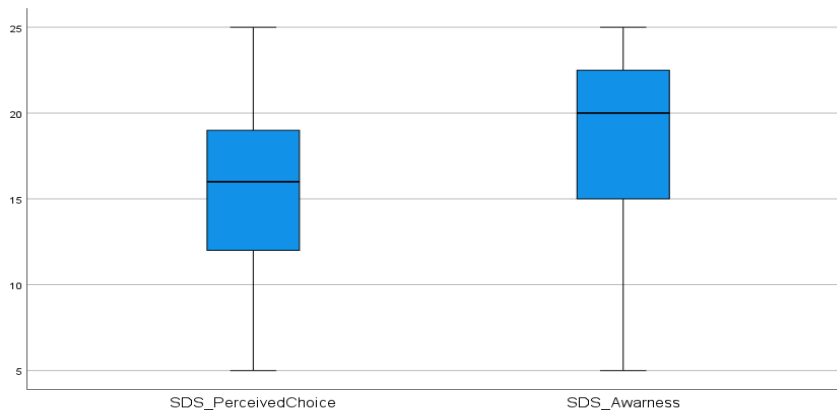


Figura 10: il box plot rappresenta l'incidenza della consapevolezza presente in maggior misura rispetto alla percezione di scegliere.

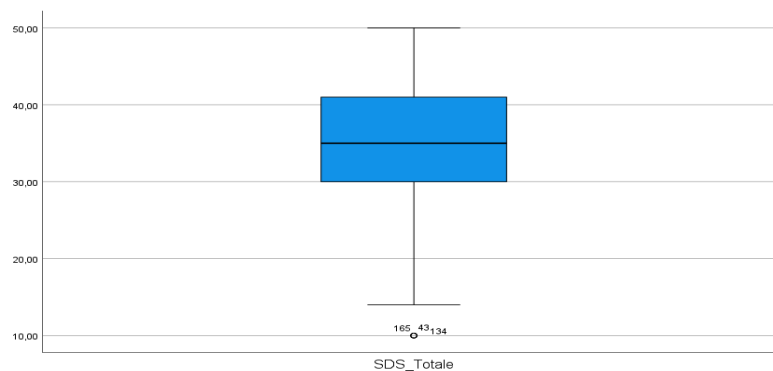


Figura 11: il box plot rappresenta la distribuzione dei punteggi con media totale di 34,17 (DS=9,18). Il livello di autodeterminazione generale è medio – alto.

Per quanto concerne la Self-Transcendence Scale (STS, Reed et al., 1989) relativamente all'autotrascendenza, il livello di affidabilità è coerente con la letteratura (vedi Ellermann & Reed, 2001) per un valore alfa di .86. Rispetto alla media (deviazione standard) è risultato un punteggio medio di 3,31 (DS = 0,47) all'interno di un range complessivo compreso tra 1.73 e 4.0. Essendo che il punteggio più alto indica una maggiore presenza di autotrascendenza, rispetto a quest'ultima sembra che i partecipanti abbiano un livello medio alto. Ciò è rappresentato visivamente dal box plot sottostante (figura 12).

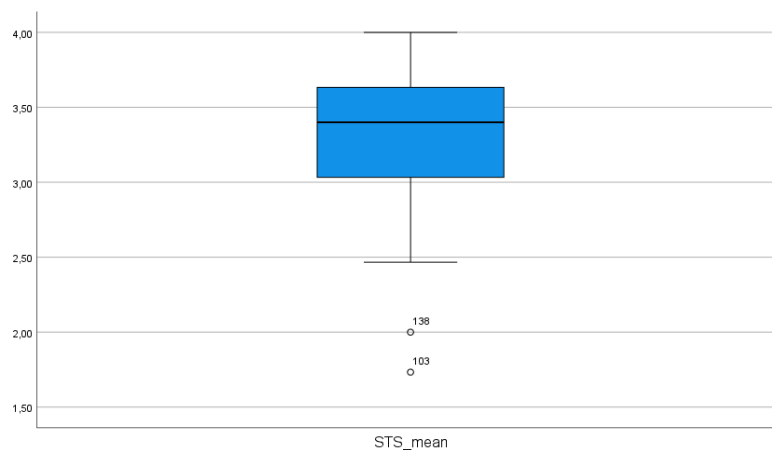


Figura 12: il box plot rappresenta il punteggio medio 3,31 (DS = 0,47) ottenuto dalla scala riportando livelli medio alti di autotrascendenza percepita.

Per quanto concerne la *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* (CORE OM) relativamente alla situazione di disagio psicologico percepito, il livello di coerenza interna è risultato complessivamente buono, sia nel totale (.95) che nei vari domini. Infatti, nei quattro domini principali è stata rilevata una buona affidabilità, osservando nel dettaglio un valore di .81 per il benessere soggettivo; .92 per il dominio relativo ai problemi, .85 per il funzionamento e .82 per il dominio relativo al rischio .82. È stato anche calcolato il coefficiente di affidabilità per il totale degli item escludendo quelli relativi al rischio (ie. item 28 su 34) in quanto il dominio del rischio ha una stabilità minore visto il numero di item e la natura situazionale e reattiva di questi elementi (Evans, et al., 2002; Barkham et al., 2005). Così facendo l’alfa è risultato comunque molto buono con un valore di .95. Per quanto riguarda i punteggi medi (range 0 – 40) per il totale, tutte le sottoscale e il totale degli item non a rischio, sono emersi i seguenti risultati: per il totale una media di 14,4 (DS=7,99); per il benessere soggettivo 18,32 (DS=10,80); per i problemi 17,18 (DS=9,94); per il funzionamento 15,64 (DS=7,93); per il rischio 4,16 (DS=6,79); e infine, per il totale senza rischio 16,64 (DS=8,85); I valori appena citati possono essere chiaramente rappresentati dalla figura 12 sottostante. Per quanto concerne la definizione della valutazione degli esiti, essa è stata condotta in base al punteggio sia per il totale che per le sottoscale. I livelli di valutazione del disagio psicologico per ogni scala/sottoscala sono essenzialmente sei: 1) salute psicologica; 2) basso livello di disagio; 3) lieve; 4) moderato; 5) moderatamente grave; 6) grave. Per quanto riguarda la scala totale è emerso che la maggiore percentuale (28%) è concentrata nel livello ‘lieve’; nei domini del benessere soggettivo e dei problemi la maggiore percentuale si concentra maggiormente nel livello grave (28% e 25%); nel dominio relativo al funzionamento la maggiore percentuale si concentra nel livello basso (25,3%); invece nel dominio del rischio la maggior percentuale (80%) si riferisce al livello della salute; il totale degli item senza la valutazione del rischio vede il 22,7% nel livello grave e il 21,3% nel livello basso. Questi risultati sono stati confrontati con i cut-off clinici in una valutazione a due livelli che, da una parte, ha unificato il livello della salute con il livello basso di disagio, e dall’altra parte, ha unificato tutti i livelli da ‘lieve’ a ‘grave’. Effettuata questa operazione che ha distinto i livelli nella norma da quelli sopra il cut-off clinico, è emerso che quasi tutti i domini sono al di sopra della norma. Pertanto, i valori al di sopra del limite clinico sono: il 64% sul totale, il 71% nel dominio del benessere soggettivo, il 68% nel dominio

relativo ai problemi, il 49% per il funzionamento e il 67% nel totale senza la valutazione del rischio. Nel dominio relativo al rischio solo 8 persone su 75 hanno riportato valori al di sopra del cut-off clinico. Anche in questo caso si possono osservare tali distribuzioni nella figura 13 sottostante.

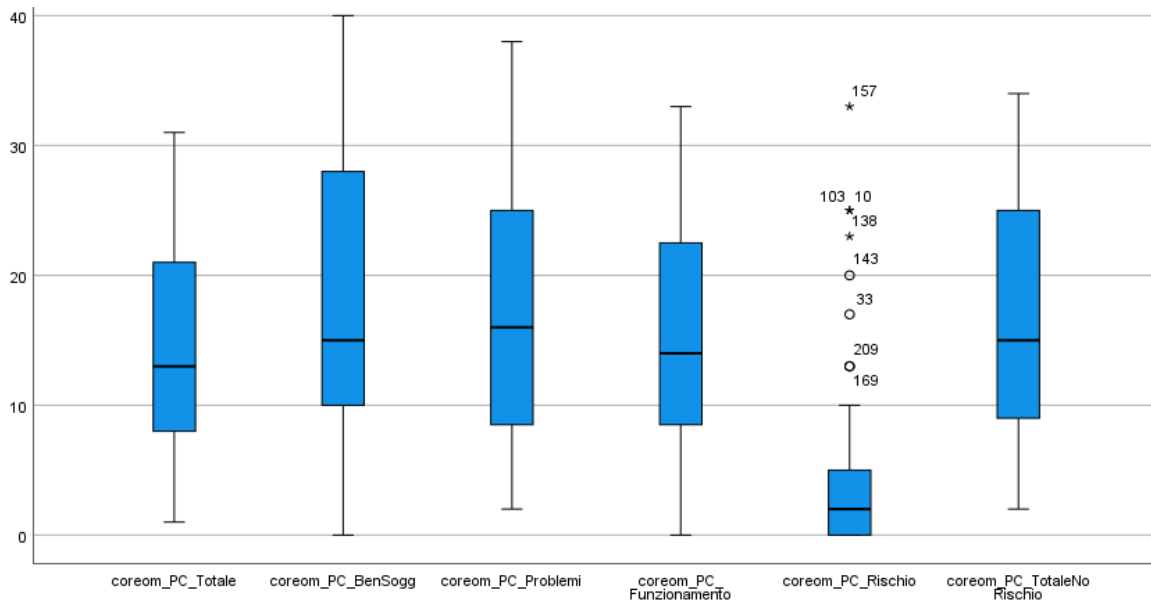


Figura 13: i vari box plot relativi al totale, ai 4 domini principali e al totale senza rischio, mostrano come i punteggi più alti siano presenti nel dominio del benessere soggettivo, dei problemi e del totale senza rischio.

Per quanto concerne la significatività delle correlazioni di Pearson (figura 14) tra i vari strumenti, sono emersi i seguenti rapporti con livelli di significatività 0.01 (**) e 0.05 (*). Partendo dalla TDRS, essa correla negativamente con la capacità di perdonare misurata dalla HFS (-,235*), e più nel dettaglio, con la sottoscala relativa al perdono degli altri (-,339**). Ciò significa che più la morte è rappresentata come annientamento e meno si ha la capacità di perdonare in generale, in modo particolare rispetto agli altri. Infatti, la TDRS correla negativamente anche con la sottoscala della MLQ_Presenza di significato (-,436**) indicando come all'aumentare della concezione della morte come annientamento, diminuisce la presenza di significato percepita nella propria vita. Inoltre, la morte come annientamento correla negativamente con il dominio 6 della WHOQOL-SRPB (-,390**) mettendo in evidenza la relazione inversa tra l'aumentare della percezione della morte come annientamento e la corrispondente riduzione di percezione di spiritualità nella propria vita. Entrando più nel dettaglio, tale relazione negativa si presenta con i seguenti valori per fattore singolo della WHOQOL-SRPB: -,375** per il dominio dell'SRPB; -,360** per il significato; -,331** per la consapevolezza; -,233* per l'integrità; -,337** per la forza; -,351** per la pace; -,275* per la speranza e -,368** per

la fede. Le correlazioni negative più salienti in queste sottoscale sono il dominio delle credenze spirituali e religiose personali, la percezione di significato (coerentemente con le correlazioni negative tra TDRS, HFS, MLQ) e la fede. Questi risultati sono coerenti anche con la correlazione negativa tra la TDRS e l'autotrascendenza, misurata dalla STS (-,253*), e tra la TDRS e l'autodeterminazione, misurata dalla SDS (-,229*). Ciò significa che non concepire la morte come passaggio prevede l'assenza di autotrascendenza, di autodeterminazione, e in particolar modo di consapevolezza (-,263*). Inoltre, è emersa una relazione associata al disagio psicologico provata dalla correlazione positiva tra TDRS e CORE-OM totale (,257*). Esaminando più da vicino gli aspetti le correlazioni tra TDRS e sottoscale del CORE-OM sono le seguenti: ,249* per il benessere soggettivo, ,233* per i problemi e ,285* per la componente del rischio.

In merito alla scala MLQ, è risultato che la MLQ_Presenza di significato correla negativamente con la capacità di integrare gli aspetti positivi degli eventi stressanti misurati dalla IES-R (-,421**), mettendo in evidenza come la disfunzionalità sia maggiormente presente al decrescere della percezione di significato nella propria vita. Infatti, al diminuire della presenza di senso accresce lo stato di evitamento (-,285*), di intrusività (-,373**) e di iperarousal in particolar misura (-,445**). Anche in relazione al disagio psicologico misurato con il CORE-OM risulta un'associazione negativa (-,597**) che, osservando più nello specifico, riporta una relazione: moderata con le sottoscale del funzionamento (-,588**), benessere soggettivo (-,561**) e problemi (-,460**); e più forte con la sottoscala relativa al rischio con un valore di -,665**. A fronte di ciò, si evince che una minore presenza di significato è associata a una maggiore presenza di disagio psicologico, in particolar modo verso i comportamenti a rischio. Nonostante ciò, l'MLQ_Presenza di significato correla positivamente con l'HFS (,441**), il dominio 6 (,647**), la STS (,579**) e la SDS (,254*). Guardando più nel dettaglio, rispetto alla capacità di perdonare, notiamo che l'MLQ_Presenza di significato correla positivamente in maggior misura con il perdono verso le situazioni (,428**) e verso gli altri (,336**) piuttosto che verso se stesso (,270*); in merito al dominio 6 della WHOQOL-SRPB, notiamo invece che l'MLQ instaura: relazioni più adeguate con la presenza di significato (,677**) e con il senso di integrità (,651**); relazioni moderate con speranza (,577**), pace (,550**), SRPB (,546**), e fede (,513**), e relazioni da moderate a lievi con la forza (,482**), la connessione (,444**) e la consapevolezza (,321**). Per quanto concerne

l'SDS, invece, risulta una relazione più forte con la sottoscala relativa alla percezione di scegliere ($.312^{**}$) piuttosto che con la scala totale ($.254^*$). A fronte di ciò, si evince che maggiore è la presenza di significato percepita, e maggiore è la capacità di perdonare (soprattutto le situazioni e gli altri), di avere una maggiore percezione di spiritualità (specialmente senso di significato e integrità), maggiore autotrascendenza e maggiore autodeterminazione (specie nella percezione di scegliere). In linea con questi risultati, anche la ricerca di significato ha raggiunto correlazioni simili. Pertanto, anch'essa correla positivamente con l'IES-R totale ($.273^*$) il CORE-OM totale ($.233^*$), indicando che quanto maggiore sarà l'esigenza di ricercare un significato, tanto maggiore sarà la presenza di disfunzionalità e di disagio psicologico. Anche in questo caso, troviamo nell'IES-R correlazioni con l'intrusività ($.233^*$) e l'iperarousal ($.275^*$) con valori leggermente maggiori. Mentre nel CORE-OM troviamo un'associazione positiva moderata con la sottoscala relativa al funzionamento ($.250^*$). Per quanto riguarda le correlazioni negative, notiamo che la ricerca di significato è associata negativamente con l'autodeterminazione ($-.248^*$) e in particolar modo con la sottoscala relativa alla percezione di scegliere ($-.258^*$). Ciò significa che maggiore è la ricerca di significato e minore sarà la percezione di essere autodeterminati, capaci di sentirsi in grado di scegliere con la propria volontà.

Per quanto concerne la capacità di perdonare misurata dall'HFS totale¹⁵, essa correla negativamente con la propensione alla fantasia della CEQ ($-.253^*$), con la disfunzionalità dell'IES-R totale ($-.455^{**}$) e con il disagio psicologico del CORE-OM totale ($-.528^{**}$). Ciò significa che maggiore è la capacità di perdonare, e minore è la propensione alla fantasia, l'incapacità di integrazione degli eventi stressanti e il disagio psicologico. Entrando più nel dettaglio delle associazioni tra HFS e IES-R e CORE-OM, la propensione al perdono correla negativamente con le sottoscale del: rischio ($-.344^{**}$), benessere soggettivo ($-.492^{**}$), funzionamento ($-.490^{**}$), problemi ($-.509^{**}$), intrusività ($-.475^{**}$) e iperarousal ($-.531^{**}$). Come si può notare da tali specifiche, una minore attitudine verso il perdono corrisponde a una maggiore condizione problematica e di iperarousal, incidendo sul funzionamento, il benessere e le componenti intrusive. Per quanto riguarda invece le relazioni positive, l'HFS, è positivamente correlata con il

¹⁵ Le correlazioni interne sono buone. Prevala la correlazione tra il perdono delle situazioni e il perdono degli altri ($.503^{**}$) con una significatività maggiore per il perdono delle situazioni ($.851^{**}$) rispetto alle altre due sottoscale.

dominio 6 (.530**), l'STS (.508**) e l'SDS (.258*). All'interno del dominio 6 troviamo associazioni più significative con le sottoscale relative al senso di integrità (.548**) e di pace (.636**), indicando come l'atto di perdonare sia in relazione al sentirsi completi e in pace.

Per quanto riguarda la propensione alla fantasia (CEQ) essa correla negativamente con l'autodeterminazione (-.261*) e positivamente con l'IES-R totale (.295*) e il CORE-OM totale (-.344**). In particolar modo: relativamente all'SDS presenta una correlazione negativa maggiore con la sottoscala della consapevolezza (-.319**); relativamente all'IES-R presenta un'associazione positiva con entrambe le sottoscale dell'intrusività e dell'iperarousal, intrattenendo però una relazione più forte con la prima (.289*) rispetto alla seconda (.278*), relativamente al CORE-OM, infine, correla con positivamente con tutte le sue sottoscale eccetto quella del rischio, risultando in particolar modo con i seguenti valori: benessere soggettivo (.304**), funzionamento (.335**) e problemi (.374**). Dai risultati relativi le correlazioni con la CEQ, si evince che: a) maggiore è la propensione alla fantasia e minore è l'autodeterminazione percepita (specialmente riguardo alla consapevolezza); b) maggiore è la propensione alla fantasia e maggiore è l'incapacità di integrazione degli eventi stressanti, associandosi con maggior forza alle componenti intrusive; c) maggiore è la propensione alla fantasia e maggiore è il disagio psicologico avvertito dalla persona, con particolare attenzione alle componenti problematiche.

Per quanto riguarda l'IES-R totale¹⁶, esso correla negativamente con l'autotrascendenza della STS (-.302**), l'autodeterminazione della SDS (-.349**) e con il dominio 6 della WHOQOL-SRPB (-.275*). In merito a quest'ultima, notiamo l'associazione negativa che si declina tra la sottoscala dell'iperarousal e i fattori del significato (-.280*), dell'integrità (-.489**), della speranza (-.520**) e della pace (-.637**) soprattutto. Ciò significa che maggiore è l'incapacità di integrare le esperienze stressanti e minore sarà la presenza di significato percepita nella propria vita, come minore sarà la percezione di integrità, speranza, e soprattutto di pace. Oltre a queste relazioni, troviamo anche una correlazione positiva forte (.728**) tra l'IES-R e il CORE-OM totale, in particolar modo da parte della sottoscala dell'IES-R relativa all'iperarousal (.784**). In merito alle correlazioni

¹⁶ Le correlazioni interne tra le sottoscale sono forti. Prevale la correlazione positiva tra l'IES-R totale e l'intrusività (.940**) rispetto all'iperarousal (.930**) e all'evitamento (.744**). Tra le sottoscale emerge in particolar modo la correlazione tra intrusività e iperarousal (.902**).

positive tra le sottoscale dell'IES-R e del CORE-OM, è emerso che la componente relativa all'iperarousal è quella che si pone in relazione positiva più forte con le sottoscale relative al rischio (.458**), al funzionamento (.688**), al benessere soggettivo (.735**) e soprattutto ai problemi (.823**).

Per quanto concerne la WHOQOL-SRPB¹⁷, essa correla negativamente con il CORE-OM (-.567**), all'interno del quale troviamo le seguenti associazioni con le sue sottoscale: -.491** per la componente di rischio; -.499** per la componente dei problemi; -.503** per la componente del funzionamento e -.594 per la componente del benessere soggettivo. Ciò significa che minore è la qualità della vita a livello spirituale e maggiori saranno le ripercussioni a livello di disagio psicologico, in particolar modo relativamente agli aspetti del benessere soggettivo e delle problematiche. Osservando più nel dettaglio come si relazionano queste quattro sottoscale con i singoli fattori della WHOQOL-SRPB troviamo che: la pace è il fattore che correla più negativamente con il totale del CORE-OM (-.708**) e con la sottoscala relativa ai problemi (-.685**); la speranza è il fattore che correla più negativamente con la sottoscala del benessere soggettivo (-.738**) e del funzionamento (-.655**); e l'integrità è il fattore che correla più negativamente con la componente di rischio (-.569**). Ciò significa che al diminuire del senso di pace accresce il disagio psicologico generale e relativo ai problemi, che al diminuire della speranza corrisponde un aumento del disagio percepito a livello di benessere soggettivo e di funzionamento, e che al diminuire del senso di integrità corrisponde un aumentare del disagio relativo alla componente di rischio. Nonostante ciò, la WHOQOL-SRPB correla positivamente con l'SDS (.288*) e l'STS (.730**), evidenziando come all'aumentare della qualità della vita spirituale aumenti anche il senso di autodeterminazione, di percezione di scelta (.302**) e di aut trascendenza. Infine, riportando le correlazioni relative alla STS, è emersa un'associazione negativa con il CORE-OM (-.528**) anche all'interno delle sue sottoscale (problemi -.433**; rischio -.498**; benessere soggettivo -.509**; funzionamento -.523**). In merito alle correlazioni positive, troviamo invece l'associazione tra STS e SDS (.392**), evidenziando maggiore relazione positiva con la percezione di scegliere (.350**) rispetto alla consapevolezza (.300**). Ciò significa che

¹⁷ Le correlazioni sono molto buone. Pertanto: l'SRPB correla positivamente in modo forte con il significato (.702**), la forza (.723**), la fede (.707**); la connessionoe con la fede (.778**); il significato con la forza (.804**) e la speranza (.710**); l'integrità con la forza (.758**), la pace (.704**) e la speranza (.742**); la forza con la speranza (.713**) e la fede (.809**); la pace con la speranza (.798**).

avere maggiori livelli di autotrascendenza corrisponde ad avere maggiori livelli di autodeterminazione. Infine, per quando riguarda il CORE-OM totale¹⁸ esso correla negativamente con l'SDS (-,532**) e più specificatamente con la sottoscala della percezione di scelta (,490**). A fronte di ciò, all'aumento del disagio psicologico corrisponde il diminuire dell'autodeterminazione, con particolare effetto sulla percezione di scegliere secondo le proprie volontà.

		TDRS_totale	MLQ_Presence	MLQ_Search	HFS_Totale	CEQ_Totale	IESR_Totale	Domain6	STS_mean	coreom_PC_Totale	SDS_Totale
TDRS_totale	Pearson Correlation	--									
MLQ_Presence	Pearson Correlation	-,436**	--								
	Sig. (2-tailed)	0,000									
MLQ_Search	Pearson Correlation	-0,088	-,201**	--							
	Sig. (2-tailed)	0,454	0,083								
HFS_Totale	Pearson Correlation	-,235**	,441**	-,0182	--						
	Sig. (2-tailed)	0,043	0,000	0,117							
CEQ_Totale	Pearson Correlation	0,051	-,105	0,091	-,253**	--					
	Sig. (2-tailed)	0,664	0,371	0,438	0,029						
IESR_Totale	Pearson Correlation	0,218	-,421**	,273*	-,455**	,295**	--				
	Sig. (2-tailed)	0,060	0,000	0,018	0,000	0,010					
Domain6	Pearson Correlation	-,390**	,647**	0,152	,530**	-,0134	-,275**	--			
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,000	0,192	0,000	0,251	0,017				
STS_mean	Pearson Correlation	-,253**	,579**	0,087	,508**	-,0131	-,302**	,730**	--		
	Sig. (2-tailed)	0,028	0,000	0,457	0,000	0,261	0,008	0,000			
coreom_PC_Totale	Pearson Correlation	,257**	-,597**	,233*	-,528**	,344**	,728**	-,567**	-,528**	--	
	Sig. (2-tailed)	0,026	0,000	0,044	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000		
SDS_Totale	Pearson Correlation	-,229**	,254*	-,248*	,258*	-,261*	-,349**	,288*	,392*	-,532**	--
	Sig. (2-tailed)	0,049	0,028	0,032	0,026	0,024	0,002	0,012	0,001	0,000	

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

c. Listwise N=75

Figura 14: la figura rappresenta le principali correlazioni tra i questionari utilizzati.

3.4.2. Risultati qualitativi

L'analisi qualitativa induttiva ha prodotto 2182 quotations, 595 codes. Le macroaree individuate riflettono le aree relazionali di interesse richieste dalle domande guida poste ai partecipanti. Pertanto, le aree tematiche principali riguardano la relazione con il disagio psicologico esistenziale, la relazione con gli altri, la relazione con dio e la fede, la relazione con il cambiamento e il futuro e il dono/aspetto importante dell'esperienza vissuta. Per ognuna di queste categorie sovraordinate rientrano delle aree tematiche minori sottostanti.

¹⁸ Le correlazioni interne sono forti. Complessivamente nel totale la correlazione più significativa si osserva nella componente relativa ai problemi (,948**), in relazione alla quale la componente relativa al benessere soggettivo trova maggiore significatività (,872**). Rispetto alla componente dei problemi invece, essa correla maggiormente con il funzionamento (,842**).

Nella prima area tematica relativa alla relazione con il disagio psicologico – esistenziale, troviamo alcune sotto-aree tematiche che riflettono gli aspetti inerenti: a) le motivazioni che hanno spinto i partecipanti a chiedere supporto; b) il mondo interiore della persona a livello psicologico – emotivo; c) gli aspetti inerenti la responsabilità percepita; d) le attribuzioni causali e le spiegazioni date alla situazione; e) la rappresentazione metaforica dell'esperienza centrale vissuta;

Per quanto concerne i motivi che hanno condotto i partecipanti a rivolgersi al servizio di assistenza spirituale con l'esorcista sono molteplici; secondo quanto emerso da una preliminare analisi esplorativa, inizialmente i partecipanti affermano di richiedere assistenza spirituale principalmente per far fronte a sofferenze di ordine relazionale vissute a livello personale e/o a livello familiare. A tal proposito Marco, 57 anni (bancario, credente cristiano non praticante), afferma di aver *avuto una vita abbastanza dolorosa per lutti e problemi familiari*, che hanno segnato la sua vita sin da giovane. Racconta infatti di un padre alcolizzato e di come ha dovuto accantonare l'università pur di occuparsi di lui sino al giorno della sua morte. Trascorsi di sofferenza che lo hanno portato ad avere crisi di panico per anni, specialmente dopo la neoplasia della madre e la morte della nonna a causa dell'Alzheimer. Anche Marianna, 50 anni (disoccupata, credente cristiana praticante), racconta che *non ho una bella storia di vita perché [...] la mia situazione familiare era.. molto.. come dire.. triste diciamo*. Parole che si riferiscono a un *padre dittatore dipendente dall'alcol* che a detta di Marianna si trasformò da angelo a *mostro che scaricava la sua violenza sugli animali*. Inoltre, racconta delle difficoltà vissute in seguito al lutto della morte per *leucemia fulminante*, che ha implicato la *catastrofe totale*; ossia la conflittualità familiari con la sorella e il padre costringendola a fuggire dall'ambiente di casa. Circostanza che le ha permesso di conoscere suo marito, che da *peggior nemico* divenne la persona su cui poter fare affidamento in seguito a un lungo percorso con l'esorcista. Un percorso intrapreso specialmente dopo che la figlia (4 anni) è *deceduta di un tumore fulminante incurabile* e i malefici effettuati dalle loro rispettive famiglie su di loro. Questi estratti fanno notare come l'ambiente, in particolar modo quello familiare disfunzionale, influenzi pesantemente sulla sofferenza personale percepita. Chiara, 56 anni (pensionata, credente cristiana praticante), racconta delle ripercussioni sulla propria salute mentale derivante anche dalla propria storia familiare; a tal proposito racconta che *venivo fuori da una storia, diciamo particolare di sofferenza*,

sia psicologica sia familiare, anche diciamo in ambito di amicizia, che.. non riesco a.. cioè stavo malissimo perché ho fatto anche diverse sedute dallo psichiatra e poi ho fatto anche dei ricoveri. Parole che traggono origine da un ambiente familiare in cui la madre era descritta come oppressiva e verso la quale prova molta rabbia essendo che ancora ad oggi, ritiene di aver vissuto delle ingiustizie che l'hanno messa nelle condizioni di non esprimersi, di temere il giudizio e di sentirsi sola.

Nelle esperienze narrate dai partecipanti emerge anche l'esigenza di comprendere ed elaborare il disagio scaturito da accadimenti di vita percepiti come traumatici o difficili. A tal proposito, Isabella, 52 anni (disoccupata, credente cristiana praticante), racconta di un'esperienza molto forte legata al suicidio del proprio cognato dicendo: *Si è sparato alla testa il giorno del compleanno di mia nipote, che è anche il giorno del compleanno di mia figlia, e andando a casa hanno sentito una musica altissima, sono entrati in casa e la madre e la figlia l'hanno trovato con brandelli di cervello in ogni dove. Quella è stata un'esperienza.. traumatica per tutti.* Un'altra esperienza molto toccante è stata descritta da Sonia, 46 anni (project manager, credente cristiana praticante), che racconta di come il proprio partner malato di sla, la mettesse talvolta in condizioni di forte stress emotivo, come in questo caso in cui racconta di uno degli episodi in cui gli ha salvato la vita: *Cioè anche salvare la vita a una persona: dopo ti viene la tremarella eh. Cioè quando la macchina comincia a suonare e quella persona vedi che diventa cianotica, diventa blu e non respira più, e tu le togli il tubo, aspiri la saliva dentro i polmoni, tiri fuori il catarro, ricomincia un po' a respirare, intanto arriva l'ambulanza.. cioè sono cose che poi dormiresti per tre giorni.* In merito alle esperienze difficili e ai casi di conflitti e disgrazie familiari, molte interviste sono state protagoniste di racconti connotati da esperienze di lutto, sia infantile che prenatale, suicidio, e crisi coniugale; piuttosto che da rotture relazionali, senso di isolamento, malesseri fisici senza riscontro o dall'impossibilità di trovare un significato, una direzione alla propria vita richiedendo di conseguenza l'affiancamento di una guida spirituale. In merito alle esperienze di lutto, anche prenatale e infantile, Laura (45 anni, commessa, credente cristiana praticante) racconta di come ha perso il primo figlio al secondo mese di gravidanza, dicendo che *non se n'era accorto nessuno. Ho avuto sta gravidanza che è andata avanti per un mese col bambino ormai che non c'era più [...] ho provato anni di sensi di colpa perché è arrivata il primo anno.* Oppure anche Marianna, 50 anni, sposata, racconta di aver avuto una

*bambina, che anche lei a quattro anni è deceduta di un tumore fulminante incurabile. Per quanto riguarda i lutti familiari e i dolori familiari è invece emblematico ciò che ritroviamo nelle parole di Giuditta, 48 anni (coniugata, credente cristiana praticante), che elenca i molteplici dolori che hanno toccato lei e la sua famiglia: *la mia [famiglia] è devastata da dai dolori, mia mamma perse i genitori quando avevo 17 anni [...] mia zia ha perso il marito; [...] nel giro di una decina d'anni mio cugino, 12 anni, leucemia; mia zia tumore, prima all'utero e poi alla tiroide; mio zio ictus, mia cugina leucemia cioè tutti e quattro. E l'altra mia zia tumore all'utero, adesso mia madre al pancreas, quindi.. Infine, anche le parole di Ottavio, 54 anni (celibe, credente cristiano non praticante), descrivono la situazione di instabilità e difficoltà vissuta sin dalla giovane età: *A 18 anni ero orfano di mamma, mio padre è come se non ce l'avessi, ho sempre vissuto in strada, esperienza di tossicodipendenza, esperienze carcerarie e... non è stato facile per me uscire.. uscire da da da... da quella situazione che vivevo. In merito alle esperienze di ideazioni suicidarie, tentati suicidi e suicidi (codici: *ideazione suicidaria; ideazione suicidaria (minore); desiderio di morte; tentato suicidio; tentato suicidio (minore); suicidio;*) riportiamo le parole di Roberta, 59 anni (assistente studio medico, credente cristiana praticante) che si affida all'aiuto dell'esorcista per un dolore cronico alla testa che l'ha portata per 15 anni a provare qualsiasi rimedio senza alcun riscontro: *Arrivo al lunedì mattina che ero sfinita dal dolore e prendo in mano il telefono e gli dico "senti fammi un piacere, dammi una benedizione perché io mi ammazzo". Oppure Ottavio, 54 anni, che ricorda la rabbia e la disperazione del periodo che ha vissuto quando rimase orfano senza l'appoggio di nessuno: *maledivo Dio perché al posto di quella persona non c'ero io. Giovanna, 48 anni (medico militare, credente cristiana praticante), invece, racconta due episodi particolarmente salienti in cui ha dovuto gestire il tentato suicidio del figlio minore qualche tempo prima dell'intervista e quello del fratello alcuni anni fa: *c'è stato un episodio, due episodi in cui mi diceva che voleva morire, si era posizionato la sedia in corrispondenza della finestra e voleva buttarsi. In prima/seconda elementare mi pare eccessiva questa cosa [...] mio fratello è morto all'età di 33 anni, ha anche tentato il suicidio 3000 volte, la dinamica della morte non si capisce se è un'overdose.. insomma, tante volte l'ho dovuto rianimare, in un'occasione addirittura ho avuto il pensiero: "dico basta, non rianimo, finiamola qua". Per me era un inferno, dipendeva da me. Infine, anche Tamara, 50 anni (operatrice sanitaria, credente cristiana non praticante),******

con alle spalle un vissuto di anoressia e depressione causato dalla morte della madre e dalle conseguenti manipolazioni subite all'interno dello spiritismo, riporta alcune delle sue ideazioni suicidarie e tentativi di suicidio: *avevo ste manie suicide, ci ho anche provato a tagliarmi le vene [...] dopo, un'altra volta ero a scuola e mi stavo per buttare dalla... scuola va beh dell'ospedale.. e stavo per buttarmi dalla stanza ma però ho detto, siccome andava tutto male, ho detto 'se mi butto non muoio però resto in carrozzina data la scarogna che ho'. Quando ero sul balcone, là forse ho avuto un momento di lucidità.* Oltre a questi vissuti di intensa sofferenza, alcune persone hanno raccontato anche esperienze di crisi coniugale o rottura coniugale in cui hanno provato intenso dolore e volontà di dimenticare. Si pensi ad esempio Sonia, 46 anni, che alla rottura col compagno descrive la sua afflizione *come un treno in corsa che ti spacca tutte le ossa*, oppure Beatrice (51 anni, infermiera professionale, credente cristiana non praticante) che afferma che *la rottura col mio compagno, cioè ho perso la gravidanza, la rottura col mio compagno del quale ero innamorata, e dopo si è ribaltato tutto sulla mia vita, volevo dimenticare tutto.* Infine, anche Marianna racconta il suo stupore nel momento in cui realizza che suo marito stava diventando *come suo padre, come sua madre, a vederlo mi sono detta "come posso finire i miei giorni con un personaggio così?"*. In tutto ciò, spesso raccontavano anche di forti condizioni ansiogene, di attacchi di panico e intensa disperazione, in condizioni talvolta depressive. I codici che rientrano in questi aspetti sono: *ansia; preoccupazione; attacchi di panico; disperazione; depressione; depressione adolescenziale; astenia; autosvalutazione; sensi di colpa; spossatezza; agitazione; inquietudine; angoscia.* A proposito degli stati depressivi riportiamo le parole di Isabella che in seguito all'esperienza traumatica del suicidio del cognato e dell'anoressia della figlia, scopre il tradimento del marito riferendo che *non avrei mai pensato di starci così male [...] vi dico francamente, sono sotto farmaci non ce la faccio più aggiungendo anche gli ho dato l'opportunità di continuare perché un divorzio non lo voglio.. però è molto difficile. Anche perché mi è venuta una depressione allucinante*, oppure Beatrice che afferma di essersi sentita *precipitare nella più folle depressione che non riuscivo a trovare rimedio*, o Laura, che descrive come il proprio marito, dipendente dalle sostanze e dal gioco d'azzardo, in una condizione familiare di debiti sempre più ingenti *era andato in depressione più totale, e niente, là mi sono rivolta veramente al signore.* Roberta, 59 anni, riporta invece le sue preoccupazioni inerenti il figlio adolescente che in seguito a

un'apparizione di satana, *ha cominciato ad avere incubi. Aveva momenti di panico, di depressione, cosa che lui vi assicuro che è lungi dall'essere un ragazzo depresso perché è un vulcano.* Per quanto concerne le esperienze di ansia, attacchi di panico e sensi di colpa riportiamo le parole di Chiara, 56 anni, che in seguito al lutto di un'amicizia importante e all'influenza di una madre oppressiva, dice *mi erano iniziati attacchi d'ansia molto forti, non dormivo* e Tania, 60 anni (libera professionista, credente cristiana non praticante), che in seguito a un compagno manipolatore (poi descritto come la personificazione di satana) ha vissuto una condizione di confusione ed isolamento: *sono stata affidata in psichiatria perché vivevo la paura, vivevo attacchi di panico, vivevo le crisi d'ansia*, uno status che ancora oggi a distanza di anni l'ha posta nelle condizioni di mettersi *sempre sotto una campana di vetro.* Sono vissuti che in alcuni casi rimangono ricordati con rancore, rimorso e senso di colpa, sino anche a non riuscire a perdonarsi. Elisa, 48 anni (insegnante, credente cristiana praticante) racconta il suo rancore verso la famiglia all'interno della quale *le sono state date delle responsabilità che non le hanno permesso di pensare a cosa avrei voluto fare, come andare avanti, perché sono sempre stata condizionata da una famiglia che ha capito poco, non ha voluto investire su di me, non mi ha appoggiato, non voleva e non vuole nemmeno adesso.* Per quanto riguarda il senso di rimorso Rosa, 61 anni (commessa, credente cristiana praticante) racconta di aver *trascinato suo figlio tardivo in una convivenza disastrosa per il quale si è sentita una grande egoista, e tutto questo mi ha ucciso [...] questo rimorso mi ha ucciso.* Relativamente al senso di colpa invece, Giorgia, 59 anni (disoccupata, credente cristiana praticante), racconta di come si è sentita in seguito al divorzio con un compagno che le ha *stravolto la vita* manipolandola e ingannandola. Essa afferma di sentirsi in colpa per quanto accaduto dicendo: *“non riesco a digerirlo di aver fatto una cosa così [...] di perdonarmi [...] non penso di riuscirci”.* Similmente anche Giuditta, 48 anni, dice di provare un senso di colpa *perché va tutto storto* in cui si attribuisce l'aver *fatto la scelta sbagliata*, l'essersi fatta *condizionare* quando *le cose non dovevano andare così.* Un senso di colpa che viene auto attribuito verso il sé anche nel caso di Arianna (37 anni, credente cristiana non praticante) che dice *le colpe che mi posso attribuire sono quelle della mancata azione* e poi *mi sento in difetto perché non è come vorrei o come l'ho vissuta in passato.* Riguardo alle esperienze di inquietudine, angoscia riportiamo invece le parole di Fabrizia (57 anni, impiegata, credente cristiana praticante) che riferisce questi

sentimenti come connaturati, dicendo: *è proprio per questa mia inquietudine che, da quando ho memoria, ricordo di avere avuto*, oppure Chiara, 56 anni che riferisce l'esigenza di comprendere, di chiarire il fatto che *qualche volta ho ancora queste angosce interne che non so come dirle.. perché.. non so spiegarle, non riuscirei mai a spiegarle*. Stati d'animo che talvolta sono sfociati in aggressività, rabbia e persino odio. Basti pensare all'esperienza di Beatrice che si è rivolta all'esorcista per aver pensato di uccidere i propri genitori, affermando che *mai mi sarebbe sfiorato un pensiero del genere.. è passata l'idea 'uccidili' e questa idea mi ha messo agitazione*. Anche Carla, 63 anni, riporta forti sentimenti di aggressività per un'amicizia finita dopo 18 anni in seguito a un episodio in cui riferisce di essere stata *umiliata e schernita* e che le *ha lasciato un vuoto.. una frustrazione.. uno status di isolamento.. e anche di arrabbiatura perché non avevo meriti di tutto ciò [...] è stata un'ingiustizia*. Infine, anche Tamara racconta dell'*odio micidiale* che ha provato per suo padre, specialmente dopo la morte della madre e l'entrata nel mondo dello spiritismo, dicendo che *con lui avevo l'odio micidiale, ma proprio odio, un odio di quelli estremi* spesso accentuato dalla medium di riferimento da cui andava e che le diceva *tua mamma è morta per colpa di tuo papà* oppure *che il papà mi faceva male, che lui mi faceva questo per farmi del male, è qua per vendicarsi.. quindi io accumulavo odio*. Ad ogni modo, rispetto alle motivazioni emerse e agli stati d'animo interiori di intensa sofferenza, quasi la totalità dei partecipanti ha conferito spiegazioni straordinarie a fatti ordinari. In altre parole, le vicissitudini della vita sono state interpretate secondo credenze considerate esoteriche/mistiche di ordine ritenuto magico e/o fatalista. Pertanto, i codici utilizzati per identificare questi aspetti sono stati i seguenti: *spiegazione per influenza metafisica* (intesa come malefica, sinistra, o per altre cause straordinarie); *credenze mistiche/esoteriche* (le quali includono credenze per malocchi/superstizioni/fatture e il pensiero magico del 'se... allora..'); *fato/coincidenze non casuali* (per quanto concerne il fatalismo); *karma*; *progetto divino*; *impedimento e condizionamento*. Queste influenze esterne particolari hanno influito su varie aree della vita, dalle cose più effimere come *l'infestazione della casa*; *la rottura del lavandino*; *l'invasione di blatte*; a *invidie, rovina economica e professionale*, sino anche ad attribuire loro la causa dei *lutti subiti*, delle *conflittualità familiari*, della *crisi coniugale* e via dicendo. In merito a tali spiegazioni straordinarie a fatti ordinari riportiamo le parole di Carla che dice: *notte a una certa ora alle 03:00 di notte sudorazione, malessere.. [...]*

con vari approfondimenti clinici, non si è rivelato più di tanto.. ma poi un pensiero in seguito a [...] una relazione andata estremamente molto male, proprio una cosa che mi ha toccato moltissimo.. e poi ho sentito anche certe, così, vocine e ho detto “ma non è che ti abbiano fatto il malocchio?”. Allo stesso modo Roberta dice: *Tutto è partito 15 anni fa con una maledizione, chiamiamola col suo nome, di questo sacerdote. E lì vi assicuro che ha toccato tutte le fasi della mia vita, tutte. Dal mio matrimonio, dai miei figli..* Anche Tania riferisce di fatture effettuate sulla sua famiglia e in particolar modo su suo fratello, dicendo che erano cose che lo tenevano a testa in giù, legato e che per questo, spiegava il fatto che *arrivato al culmine della sua carriera, una persona che non ha bisogno di chiedere niente e fare niente, rinneghi sua figlia per darlo a un’estranea che si è insidiata.* Infine, anche Marianna riporta un episodio di lutto spiegato tramite un rito magico, in cui una parente è *deceduta così improvvisamente, anche quella di un cancro (anche lì non si è tanto ben capito eh) all'interno di questo guanciaie ha trovato questa treccia di capelli con la corona, con tutte queste parti piccole, riti magici insomma.* Le spiegazioni attribuite a cause esterne sono spesso state accompagnate da sentimenti di deresponsabilizzazione (insieme ai sensi di colpa precedentemente citati) piuttosto che da sentimenti di responsabilità relativamente a quanto vissuto. In altre parole, per quanto concerne l’aspetto della responsabilità percepita, alla domanda “Si sente responsabile della sua attuale situazione?” sono emersi prevalentemente tratti di deresponsabilizzazione rispetto a tratti di responsabilizzazione. Alla domanda i partecipanti rispondevano *per niente, ti senti una trottola* (Marianna, 50 anni), come essere *in balia del nulla* (Fabrizia, 57 anni), *totalmente in balia degli eventi, assolutamente impotente* (Sonia, 46 anni) in cui *non posso attribuirmi responsabilità [...] sono successi degli eventi che mi hanno strappato la patria potestà della mia vita, cioè me la sono sentita proprio strappare dalle dita, non riuscivo più.. [...] mi sono fatto travolgere* (Ottavio, 54 anni). Sentimenti di deresponsabilizzazione intesi anche come *l’impotenza di non poter fare nulla [...] come se ogni passo anche positivo poi diventasse una serie di problemi* (Giuditta, 48 anni), in cui *non riuscivo a risollevarmi, a trovare una soluzione che potesse rendere decorosa la mia esistenza* (Ottavio, 54 anni), senza la possibilità di *capire cosa mi stesse succedendo [in una situazione appunto di] impotenza, perché non potevo niente sotto alcuni aspetti* (Greta, 41 anni).

Gli aspetti del mondo psicologico ed emotivo raccontato dai partecipanti è stato tradotto a livello metaforico – interpretativo, da molte forme ed immagini. Pertanto, alla domanda “*Se potesse scegliere un’immagine per rappresentare il disagio che sta vivendo in questo momento della tua vita, quale sarebbe?*” molti hanno risposto con metafore di ordine prettamente bellico, scuro, talvolta anche con impronta sinistra. A tal proposito, i codici più utilizzati per rappresentare questi aspetti sono stati: *diavolo; massacro; bombardamento; prigionia; catastrofe; incubo; disastro; buio; inganno*; Ad esempio, Carla descrive la sua situazione di rottura amicale per l’umiliazione subita come *il diavolo [...] perché c’era una continua cattiveria, le cose che vanno tutte storte, che causano uno status che mi ha creato una sorta di dolore, di massacro.. più mh.. mi sento come in prigione e poi è tutto un macello, un disastro*. Anche Tania, ha scelto l’immagine del *diavolo* poiché *per me era manifesto* riferendosi all’ex marito come l’uomo che *mi voleva uccidere*. Giuditta invece ha rappresentato la sua situazione familiare *disastrata* come *il paesaggio dopo un bombardamento* che traduce il suo peso di *vivere, il vivermi come due persone diverse*. Una metafora bellica è stata utilizzata anche da Beatrice, che dice *la guerra [perché lì] c’è tutta la tristezza*. Laura invece si riferisce alla sofferenza psicologica individuale e familiare come *un incubo*, manifestatosi in particolar modo dopo aver richiesto l’indulgenza a sant’Antonio e che lei stessa racconta come *il calvario proprio, quello che mi ha buttato nell’abisso*. A tal proposito, molte metafore sono riflettono il proprio mondo interiore come scuro e tetro, come *il buio, il buio più totale*” (Ottavio, 54 anni), *il nero, questo appartenere all’ignoranza, il non sapere, essere in balia delle onde [in cui] si arranca nel buio* (Marianna, 50 anni), *un buco nero perché era proprio lì che mi sentivo, dove nessuno poteva venire a tirarmi fuori*” (Giorgia, 59 anni), *come cadere dentro un vortice di buio, di buio totale* (Renata, 53 anni), *un sassolino disperso nell’universo* (Tamara, 50 anni) e *una bugia, un inganno* (Sonia, 46 anni). Rispetto al lato ingannevole della situazione è stato raccontato anche da Luca che dice *è una trappola, è un supermercato di inganni e una... un teatro dell’inganno, è la mistificazione perché ogni cosa viene presentata come buona.. e ha un aspetto attraente, suggestivo, seducente, però nasconde un inganno. C’è un lato bello, buono, piacevole, attraente della trappola che nasconde però un lato oscuro, un lato oscuro che è veramente una cosa per cui io ho maturato un disgusto, un disgusto*. Rispetto allo stato d’animo dell’angoscia, invece, questo è stato rappresentato dall’urlo di Munch da

Arianna, Isabella e Fabrizia, in cui quest'ultima ha espresso più specificatamente che *quando l'ho visto, quando ho visto quel quadro, che è spettrale, è proprio così, ho capito il dolore che c'era dentro perché quando ti prende così tanto [...] non hai rapporti con.. cioè umanamente non riesci ad essere compresa no? e anche con il divino, in quel momento non c'è nessuna relazione no? quindi ti senti solitamente in balia del nulla.* Rispetto al senso di disperazione, di inutilità e chiusura, riportiamo le seguenti metafore: *ero disperata [...] mi è crollata una valanga* dice Elisa riferendosi all'offesa e all'emarginazione agita da parte della zia, precisando poi di sentirsi come *una farfalla con le ali spezzate o una rondine [...] che se non viene colpita a morte può volare; un'ancella, vuota, e utile solo per qualche scopo* (Rosa, 61 anni); *un sacco di iuta con una corda, come un saccoccino con un laccio chiuso* (riferendosi alla situazione di insicurezza ed ansia dovuta a una madre oppressiva) (Chiara, 56 anni); Rispetto alle metafore di ordine religioso troviamo *la folgorazione di Damasco [...] perché era completamente inaspettata questa cosa* (riferendosi al suo percorso di conversione) (Bruno, 62 anni, dirigente commerciale, credente cristiano praticante); stato di *grazia* perché *per me è stata una rivelazione*, riferendosi alla maledizione ricevuta che poi le ha permesso poi di avere un percorso spirituale molto profondo (Roberta, 59 anni); *io ho solo davanti il viso del Cristo, non vedo altro* (Sara, 46 anni);

Nella seconda area tematica relativa al rapporto interpersonale con gli altri, troviamo alcune sotto-aree tematiche che riflettono gli aspetti inerenti: a) la comprensione/incomprensione percepita da parte degli altri, includendo gli aspetti che vanno dal supporto sociale sino all'esclusione sociale; b) assistenza spirituale e psicologica, ovvero in che misura è stata ritenuta importante la figura dell'esorcista e con quali aspettative; c) le manifestazioni demoniache e le pratiche esorcistiche; d) la rappresentazione metaforica dell'esorcista;

Per quanto concerne il rapporto con gli altri, nelle interviste è emerso un generale senso di incomprendimento da parte degli altri poiché, come dice Renata (53 anni, casalinga, credente cristiana praticante), *quando succedono queste cose di ansia e depressione nessuno capisce.* Infatti, Sonia (46 anni) afferma che *una cosa del genere la devi solo vivere per poterla capire, provare, perché non è una relazione, un matrimonio che finisce [...] ma qui c'è la morte*, riferendosi al lutto dell'ex fidanzato malato di sla. Inoltre,

racconta più specificatamente di come in quella situazione di conflitto con la famiglia di lui, le fosse rimasta in pressa la frase di un angelus di Papa Francesco che diceva *dove c'è accanimento, lì c'è il demonio* in merito al quale afferma che sì, *c'era veramente questo accanimento. Per cui più facevo e più venivo vista come proprio il male da estirpare. Cioè non dico che sono arrivati alla violenza fisica, ma a quella verbale sì.* Episodi quindi in incomprensioni specialmente a livello familiare in cui anche Elisa riporta che di *non aver sentito il sostegno [...] non mi sentivo appoggiata; non ho una famiglia che è una famiglia che dice "se hai bisogno ti aiutiamo". Io non ho mai sentito "se hai bisogno ti aiutiamo" no, se hai bisogno ti arrangi. Questo è il messaggio che arriva dalla mia famiglia, da sempre. E quindi questo mi faceva anche vivere con una certa ansia che ha inficiato anche i lavori che facevo.* Allo stesso modo Laura ricorda di come la sua famiglia non è che sia mai venuta incontro a comprensioni verso i figli, anzi, tutto il contrario. *Qualsiasi cosa vera o non vera era sempre colpa nostra, cioè, non c'erano discussioni.* Era una famiglia in cui c'era un *padre padrone* che soprattutto a *mia sorella, mamma mia [...] la pestava a sangue.* Da qui l'impossibilità di Laura di potersi affidare alla propria famiglia e che, sormontata di debiti sempre più ingenti, la crisi coniugale e le incomprensioni sempre più forti con la figlia, esordisce *mi sento proprio sola, niente da dire, non mi sono più sentita compresa neanche da dio [...] per quello sono caduta nello sconforto.* Infatti, anche Marianna alla domanda "si sente compresa nella situazione che sta vivendo?" risponde di *no*, e che il sentimento che provava era *molto spesso di solitudine.* Una solitudine in cui ti senti *isolata, tremendamente isolata* (Carla), dove *nessuno ti crede* (Rosa) o vieni *trattata alla leggera* (Beatrice) con alcune delle famiglie [che] *si sono divertite alle nostre spalle invece che supportarci, sostenerci* (Marianna) e altre che invece hanno aiutato e sostenuto. Pertanto, Tania rammenta il fatto che *per fortuna ho una famiglia forte, che mi ha preso e mi ha mollata, mi ha detto 'ora cammini con le tue gambe che ne sei capace'. Che io ne sia stata capace sì, ma una fatica che conosco solo io. [...] ecco, lì mi sono sentita una persona protetta. Un'illusione sarà quello che è, inconscio, cioè, consapevole o non consapevole, però io sono una graziata.* A tal proposito, per quanto concerne in casi in cui i partecipanti hanno descritto di essere stati compresi da parte degli altri, ritroviamo le *persone care* (Sara) e quelle ti *stanno vicino* (Giorgia). Infatti, anche Fabrizia afferma: "mi sento molto voluta bene dalle persone che ho intorno, e quindi, bene o male, ce l'ho fatta", riferendosi più

specificatamente alla figura della madre come importante poiché “mia madre ha vissuto questa cosa [...] ed è stata una persona che mi ha sempre capito e sostenuto” nel percorso di conversione intrapreso. Infatti, tra le persone più significative che hanno dato supporto, troviamo spesso la figura della madre. Basti pensare a Isabella che ricorda come nel momento in cui ha dovuto affrontare un grave tumore al cervello *lei è stata la persona che [...] ha mollato tutto ed è venuta qua per un anno per starmi dietro perché sono stata a letto un anno con la malattia*. Similmente anche Arianna si riferisce alla mamma come *fondamentale perché è stata lei a spingere in quella direzione*, riferendosi in particolar modo alle credenze di possessione e al fatto che le aveva imposto un cammino di fede forzata con il sacerdote. In merito a quest’ultimo, anch’esso è stata una figura particolarmente importante in quanto, nel caso di Roberta, ad esempio, *mi ha anche proprio spronato, e quindi avevo cominciato a usare il computer che prima non sapevo usare [...] e mi sono sentita sostenuta, ascoltata*. Oppure anche Chiara dicendo che *dopo la messa abbiamo bevuto un caffè tutti quanti insieme, già quello è un momento di aggregazione che serve oggi per andare avanti. È significativo*. Infine, anche Ottavio che, in merito alle esperienze carcerarie, di vagabondaggio e difficoltà, ricorda l’importanza del sostegno comunitario e sociale ricevuto, dicendo: “ho trovato tutto un contesto di servizi sociali, di Caritas, che mi hanno sostenuto, [...] perché quando è successo che mi sono trovato in strada mi hanno aiutato”. Un altro aspetto che racconta è anche relativamente al fatto che “quando fai certe esperienze poi ti emargini dalla società e quindi è più facile che ti riconduci in strada perché non sei più una persona”. Si tratta dunque di emarginazione ed esclusione sociale, del peso dello stigma sociale per il giudizio altrui e che ha spinto alcuni partecipanti a condizioni di forte isolamento. Riportiamo come esempio le parole di Tamara: “Un anno mi sono accorta che non ho parlato con nessuno, per un anno. Soltanto con le persone dove ho fatto pulizie. Contatti zero [...] rimane sempre il trauma e tutto.. perché dico, non è una cosa che.. [...] rimangono i segni, comunque, anche nella gente chi ti ha visto star male, rimani perciò timbrato.. e là dico sempre tanta gente sono come gli ebrei, hanno il numeretto perciò, bene da qualcuno che mi conosce e mi ha vista, ma per certa gente, rimani la pazza..”. Similmente anche Rosa racconta di come si è sentita una volta effettuato il divorzio con l’ex marito: “dal medioevo non è passato, per niente, non è per niente passato per noi donne. Siamo in pieno, pieno, pieno medioevo. [...] dove abito io, un divorzio, è girare

con la lettera scarlatta sulla fronte. E quindi se qualcuno lo ha provato mi può capire. Solo chi l'ha provato lo può capire. Qualsiasi sacco di immondizia che abbiano nelle mani te lo lanciano". Anche all'interno della comunità religiosa sono emersi aspetti di esclusione sociale, come nel caso di Roberta in cui una volta avuto un conflitto con il sacerdote *mi hanno voltato le spalle tutti [...] qualcuno è rimasto fedele e mi ha sostenuta, quelli sì, sicuramente, ma la maggior parte delle persone ha preferito lavarsene le mani, defilarsi diciamo*". Sono quindi situazioni in cui generalmente ci si sente sfiduciati verso l'accettazione e la comprensione da parte degli altri, specialmente quando ci si definisce riservati di per sé, come nel caso di Arianna che parla *delle difficoltà magari ad esprimere, ad aprirmi completamente perché credo che molti al giorno d'oggi.. potrebbero non.. cioè non capire.. non capire forse fino in fondo*. Infatti, anche Renata descrive di come *alcune volte mi blocco, alcune volte, su pensieri fissi, magari sulla paura di cosa può pensare qualcuno di me oppure con la paura di instaurare delle relazioni con le persone e di essere nuovamente delusa* dice Chiara. A fronte di ciò, Bruno (62 anni), dirigente commerciale e credente praticante, descrive chiaramente come le persone *avevano bisogno di qualcuno che ascoltasse, e non tanto per dare consigli, ma quanto di ascoltare e ascoltare senza il rischio di essere giudicati, è questo. [...] le persone hanno il timore di esser giudicate da qualcun altro*. Un giudizio temuto che talvolta, insieme a dubbi e insicurezze, spinge a richiedere assistenza spirituale dall'esorcista, specialmente quando si vuole *cercare di capire se sto impazzendo io o se è una cosa normale* (Beatrice). Le aspettative che sono emerse relativamente alla figura dell'esorcista sono prettamente riguardo al fatto di essere compresi e comprendere, un po' *come quando il piccolo e il genitore, in qualche modo, dà le regole per non per imporre un comportamento ma nel tentativo di seguire un percorso e che sia giusto per lui, per il bambino, di accompagnamento [...] riuscire non ad interpretare ma a comprendere il cammino* dice Giuditta, aggiungendo poi che si aspetta *confronto e sostegno e anche una sorta di rinascita* in cui l'esorcista diviene quella *persona che sappia andare in profondità e percepire il profondo di ognuno*. Si tratta dunque di un cammino in cui si desidera essere ascoltati e liberati, ovvero un percorso in cui *mi potesse liberare appieno, come un bambino appena nato [...] che mi liberasse da queste impurità, da queste schifezze* dice Carla. Similmente anche Bruno si esprime con aspettative simili riguardo all'esorcista ma specificando il fatto che ricorre *spesso a lui quando magari ho qualche dubbio, qualche*

difficoltà nell'accettare la situazione, nel capirla.. lui mi aiuta e mi sostiene da questo punto di vista [...] ho l'esigenza di interfacciarmi con figure sacerdotali [che abbiano amore] verso gli altri. Inoltre, spesso i partecipanti hanno riferito di appoggiarsi a delle figure sia di psicoterapia che di figure religiose che mi hanno accompagnata nei momenti che sentivo più difficili (Elisa) poiché quando si associa la parte spirituale per me è il massimo, dice Giovanna, precisando di confidare tanto nella preghiera e nell'aiuto degli specialisti essendo che le due cose vanno di pari passo. Tant'è che anche Fabrizia afferma che oltre al sostegno psicologico, dopo un percorso di tantissimi anni di grande sofferenza dove ho fatto psicoanalisi ora si affida a padre Michele come padre spirituale, poi un'esorcista e l'altro un oratore che la seguono dal punto di vista spirituale. Purtroppo, però non sempre le consultazioni psicologiche sono state apprezzate, in quanto talvolta si sono espressi dei malcontenti che hanno invitato ancor di più alla consulenza pastorale. Si pensi ad esempio all'esperienza di Rosa, in cui di fronte alla mania, l'ossessione, credo quella lì, se si potesse etichettare con una.. avrei avuto bisogno di una cura psicologica. Ma ne ho anche cercati di psicologi, ma le dico la verità, ho avuto anche delle delusioni le dico. Quasi che non mi credesse affermando di contro che l'aiuto vero l'ho avuto da un prete. Quello lì in 5 min 10 di preghiera cosa mi ha tirato su [...] lui ha capito la mia grande paura del giudizio. Essere giudicata, non ne potevo più. E lui l'ha capito. L'ha capito in breve. Continua dicendo ho passato sedute [dallo psicologo] senza avere un attimo di feedback, un secondo, che l'ho avuto lì, con uno sconosciuto, con una preghiera. Similmente anche Renata racconta di essersi affiancata a questo sacerdote col quale continuavo ad avere un dialogo spirituale e di cose che mi succedevano nella quotidianità [...] è stato un cammino lungo perché ci sono voluti anni, anni, anni, anni [...] ero seguita anche da una psicoterapeuta. Però il discorso della psicologa dopo un certo punto era solo quello della pastiglia [...] e quindi ho percorso questa strada diciamo più spirituale [per] riuscire un po' più a entrare in me, cioè saper discernere le cose. Allo stesso modo anche Carla racconta che era stata seguita da una dottoressa a cui aveva richiesto assistenza per le sue notti insonni causate del pensiero di quelle parole di quell'individuo mostruoso che mi umiliava, è un'ossessione. Però, come dice Carla, ovviamente non è un dialogo [...] mi dedica quella mezz'oretta, per l'amor di Dio, anzi, gentilissima, ma non mi sento abbastanza da dire... un confronto insomma. [...] forse ci vorrebbe un po' più tempo, ci vorrebbe una forma diversa. Una forma diversa

che viene ricercata a fronte di fatti ritenuti incomprensibili o descritti come ‘qualcosa che non va’, come nel caso di Manuela (49 anni, hotel manager, credente cristiana praticante) che dice *questa volta ho capito che avevo bisogno di un’esorcista, cioè non di uno psicoterapeuta. Vedi, nella mia vita ho fatto anche analisi e tutto, quindi sono una persona abbastanza aperta, ma ho capito che avevo bisogno di qualcosa di più potente.. perché c’era qualcosa che non andava in me e in mio figlio*. Si aspetterebbe dunque che l’esorcista l’aiuti a togliere quelle cose non buone, il male. Similmente anche Greta, a fronte di una *persona che mi dava gravi problemi* ha iniziato due percorsi paralleli in cui: prima, ha *iniziato ad andare dallo psichiatra perché credevo di avere qualche disturbo* e che l’ha indirizzata ad *andare in analisi per il problema affettivo* riportato, e dopo, si è rivolta all’esorcista perché *mi succedevano cose strane in casa [...] subivo vessazioni* in cui per esempio, *si divertiva sta presenza a tormentare il letto in continuazione, sentivo cioè che non mi lasciava dormire la notte*. Sono anche questi tipi di motivazioni che hanno portato le persone ad affidarsi all’assistenza spirituale, in modo particolare rispetto a certe stranezze/ambiguità non preventivate. Isabella, per esempio, racconta di come negli anni 85-90 trovò nei cuscini dei *bamboccetti* che da quando furono trovati ha iniziato a *soffrire di esaurimento nervoso e mal di testa* dicendo che *è stato tutto un po’ strano*. Continua affermando che *l’unica cosa che posso collegare è che in casa mia sia entrato il male [...] penso che sia qualcosa di strano, nel senso, per esempio, che sento cadere i mobili [...] ho la sensazione di avere sempre qualcuno dietro a volte [...] e giorni fa c’era un odore che pensavo prendesse fuoco la casa [...] ne ho parlato con un prete di cui mi fido [...] con lui mi trovo perché posso parlare di queste cose, perché in certi altri casi [...] dicono ‘ma tu sei scema’*. Anche Elisa dice che *c’è qualcosa di oltre che va oltre lo psicoterapeuta e qualsiasi padre spirituale [...] perché io vedo degli eventi strani* come la zia che *mi ha denigrato in tutti i modi* oppure quando il giorno in cui posso iscrivermi alle graduatorie per l’insegnamento *non trovo il codice e trovo tutto bloccato*. Si tratta di impedimenti che anche Ottavio testimonia di aver vissuto, ma aggiungendo un’ulteriore preoccupazione: di fronte al fallimento del *riposo dello spirito* a Medjugorje afferma che *mi ero mezzo convinto che fossi posseduto io stesso*, specificando il fatto di trovarsi *in situazioni in cui mi trovavo invischiato come se mi stesse incollata una certa negatività*. Continua dicendo che stava *affrontando un periodo brutto della mia vita, però quando certe sensazioni le senti quasi palpabili.. [...] possono*

essere anche manie mentali [...] però andavano ad innestarsi nella mia vita degli eventi [in cui] c'era qualcosa, c'era qualcosa che sovrastava il libero arbitrio per cui non ce l'hai più nelle piene capacità. Ci addentriamo dunque nella sotto-area tematiche relativa alle credenze di possessione (propria o altrui) e alle manifestazioni demoniache, gli esorcismi e le preghiere di liberazione e/o di benedizioni.

Per quanto riguarda le manifestazioni demoniache, ovvero attribuite a un'influenza sinistra, possono essere raggruppate nelle seguenti affermazioni più rappresentative: *luci che si accendevano e si spegnevano* (Arianna); *lampadine che si sono bruciate tutte in una settimana* (Greta); sensazioni cenestesiche/uditivo/visive come *l'essere svegliata, toccata, sentire delle voci ad occhi aperti* (Fabrizia); *ero ancora all'asilo e ricordo di aver visto delle facce nel buio, delle mani che venivano su dal letto (e non stavo dormendo) [...] e ho visto una mano fasciata di verde* (Federica, 43 anni, impiegata, credente cristiana non praticante); *mio nipote [...] vedeva proprio le ombre e i bisbigli* (Laura); l'affollamento di pensieri come *non dovevo pensare di più, ragionare di più, dovevo sempre stare dietro un certo limite di pensiero [...] perché poi c'era Satana [...] c'erano anche giorni che stavo su un angolino, stavo là perché il mio cervello non si fermava. Dovevo stare con la testa giù la mente che faceva domande e risposte domande e risposte tutto il giorno* (Tamara); apparizione/personificazione di satana come *a me mi voleva uccidere [...] era una persona fisica [...] io ritendo che sia sempre dentro a qualcuno [...] che ha condizionato la mente a far fare qualcosa che non avrebbe mai fatto [...] è riuscito a far drogare mia figlia* (Tania), oppure *in quel momento si è manifestato l'intruso sotto [...] e in quel momento ho sentito la voce sibillina, diabolica riferendosi al conflitto col sacerdote* (Roberta) oppure *una sera era andata giù e uscendo dal bagno lei si è vista quest'ombra enorme in casa* (Laura) oppure *l'ho visto in faccia, ho visto gli occhi, ho visto il demone dentro e mi ha affrontato [...] ha baciato il crocifisso e me l'ha buttato* (Greta, 41 anni, impiegata, credente cristiana praticante); avversione per il sacro come difficoltà a pregare o a entrare in chiesa, per esempio: *mi mancava sempre l'aria, mi sentivo soffocare, proprio non riuscivo neanche a recitare la preghiera, a leggerla. Proprio facevo fatica a leggere la preghiera* (Greta); *quando questa persona cercava di pregare si dimenticava completamente le parole di una preghiera, aveva, come dire, un rigetto nel pregare, si sentiva confusa, come se fosse un'altra persona, nel momento in cui.. e capitava quasi sempre in un momento di preghiera* (Bruno); *quando*

c'è l'invocazione allo Spirito Santo... io sento talvolta un prurito nel corpo [oppure] un'alternanza di tendenza al riso e al pianto (Luca, 64 anni, pensionato, credente cristiano praticante); cose che prendono fuoco/odore di bruciato/di fumo come la lavatrice si brucia. Viene fuori tutto sto fumo in casa, controlliamo da dove usciva sto fumo, ma non usciva da nessuna parte, neanche dalla lavatrice (Laura); la sensazione di estraneità e di non riconoscimento come se la persona in qualche modo dominata da qualcosa che va al di fuori della sua realtà (Bruno), avevo manifestato nel mio ex marito un'esperienza malefica del genere che non riuscivo più a riconoscerlo e a guardarlo negli occhi (Tania) oppure la mia voce nei giorni successivi è cambiata fin quasi a non riconoscerla più, e a questo punto mi sono allertato perché ho pensato anch'io una possessione diabolica (Marco) o perché io continuavo a dire "è qui, è qui" e io nella mia testa invece pensavo di dire "mi manco un po' l'aria, ho fatto la preghiera di padre Mario però non mi sento tanto bene" [...] ero scissa a metà (Greta); l'essere svegliati di notte e sentire rumori in casa, sentire di essere spiati per esempio alle tre precise, puntuali, lei si sveglia e non riesce più a dormire. Lei dice che c'è questa presenza che l'osserva [...] oppure si svegliava la mattina con dei lividi dappertutto (Laura), ho la sensazione di avere sempre qualcuno dietro (Isabella; Giorgia), sempre in presenza di mio papà e mio fratello, si sentiva in cucina battere pugni [...] attorno al muro della cucina (Tamara).

Dopo aver riassunto le manifestazioni demoniache riportate complessivamente dai partecipanti, osserviamo ora alcune delle esperienze esorcistiche raccontate. La prima esperienza esorcistica è stata riportata da Arianna, la quale ha intrapreso 8 anni fa un cammino di fede forzata su consiglio della madre. La partecipante ha espresso il verificarsi di fenomeni come luci che si accendevano e spegnevano quando ero da sola nella stanza oppure quando si è materializzata dentro il cuscino una lumaca all'improvviso. Ha riferito che il demonio emettesse attacchi mirati nei confronti di mia mamma con parole e anche sguardi.. io ho in mente gli sguardi che rivolgeva a lei [...] se penso a quei momenti potevo essere considerata una pazza perché si rideva e si piangeva nel giro di pochi minuti (riferendosi all'aggressività verso la madre); infine, era convinta di essere posseduta poiché in un certo contesto mi rivolgevo a lei in italiano quando magari in famiglia comunemente si parla in dialetto siciliano. Il percorso si è concluso quando l'esorcista le ha riferito che i problemi si erano appianati. La seconda esperienza esorcistica è stata riportata da Manuela perché c'era qualcosa che non andava,

in me e in mio figlio, in particolar modo poiché il figlio si avvicinava con rabbia, con qualcosa di diverso.. ma in effetti quando abbiamo iniziato con don Riccardo a fare le preghiere, dopo si è ritrovato a dovermi fare un esorcismo, più di uno [...] avevo le gambe che ballavano, mi sentivo un po' strana, avevo le mie cose un po' così. In seguito a questo percorso riferisce che i rapporti anche tra me e mio marito si sono distesi molto. La terza esperienza esorcistica è relativa a Tamara, una donna che racconta della manipolazione vissuta da parte di una medium, la quale ha sfruttato il suo desiderio di contattare la madre morta in seguito al suo lutto. Come accennato precedentemente, tali pressioni verso lo spiritismo (dovevo ogni volta fare preghiere che diceva lei, leggere sempre il vangelo degli spiriti) l'hanno condotta in uno stato depressivo, di confusione (un casino in testa [...] non ero lucida), di anoressia (pesavo 55kg) e di solitudine (sono sola, mi sento sola, una solitudine che non puoi descrivere [...] mi sento un sassolino disperso nell'universo), in cui sono emersi pensieri autosvalutanti (valgo meno di una carriola di letame) sino a manie del suicidio e tentativi di suicidio (ci ho anche provato a tagliarmi le vene). Da qui, tramite l'incontro casuale con un esorcista a un evento del GRIS sullo spiritismo e il satanismo, un padre esorcista mi ha detto "guardi che lei è convocata a satana". Questa era stata la.. e lui mi ha fatto delle preghiere di liberazione, e da là, ho cominciato a staccarmi". La quarta esperienza di esorcismo, invece, è stata raccontata da Tania la quale riporta una serie di esorcismi effettuati su suo nipote, se stessa, su suo marito e su sua figlia per una maledizione lanciata da una parente. In merito all'esorcismo del nipote che, una volta entrato in seminario, diceva di avere dei carismi come Padre Pio e, dopo averlo detto al prete che gestiva il seminario, è stato accompagnato dall'esorcista in cui riferisce di essere andato in trance, gli si giravano le ginocchia, ha vomitato robe [...] è venuto fuori completamente livido. In merito all'esorcismo vissuto sulla propria persona riferisce che mi sono venuti fuori due buchi sulle mani come se mi avessero infilzato con una forchetta, enormi tutto rosso, poi il male alle tempie [...] quando lui mi ha messo le mani là, ho sentito questo dolore forte; in merito all'esorcismo del marito dice non riusciva più a camminare, aveva dolori dappertutto, sembrava un uomo di ottant'anni, le gambe, scendeva le scale attaccato, faceva gli scalini uno per uno piano piano [...] dopo questa benedizione sembrava ustionato col fuoco. Visivamente, cioè son cose che ho visto con i miei occhi, non è che mi sono state raccontate, io li ho visti, li ho sentiti sulla mia persona [...] ho visto tutte

queste bruciatore che aveva sulle gambe, come delle ustioni. In merito al turno della figlia infine racconta che piangeva perché ha detto “mi pareva che mi stessero trafiggendo con la spalla e l'orecchio lo stomaco” poi aggiunge aveva dolori atroci, si è riempita di lividi all'altezza dei fianchi, tutta qua sulla.. ma lividi, lividi, lividi enormi, li aveva anche di qua, sopra l'orecchio, durante la preghiera. Questi esorcismi riferisce che sono stati ripetute altre volte e che successivamente ognuno ha provato un forte sollievo (es. mi sentivo la testa leggera, quindi, pareva proprio che mi avessero tolto un macigno dalla testa; dopo sta benedizione Antonio per tutta la vacanza ha sempre sorriso, ha sempre sorriso [...] mi diceva ‘Laura, io mi sento felice, io mi sento felice’;)) eccetto per la figlia che non collabora perché secondo lei ha paura di avere di nuovo male. Un'altra esperienza di esorcismo è stata vissuta da Rosa, la quale mentre io ero sola lì che pregavo è stata invitata dal rettore della parrocchia che le ha detto tu cara mia hai bisogno di una preghiera speciale. Ha fatto un piccolo esorcismo, piccolo. Si è cambiato la veste (non sapevo niente di queste cose) ho avuto anche un po' paura subito però mentre lui mi faceva questo esorcismo ho sentito tutta la rabbia montarmi dentro, proprio tutta quella (vum vum) cacciata giù per anni e mi sono liberata. Ho avuto una profonda gratitudine [...] ho capito che un qualcosa c'era [...] parlavo con un'altra voce, me lo ricordo [...] Per 2 minuti mi è uscita una rabbia gutturale. Talmente soffocante la cosa che mi veniva su. Non è uscito niente, spille, cose, no, mi è uscita la rabbia. Questo è quello che ha fatto un prete. Per quello io da allora penso che ogni tanto avrei bisogno di una preghiera che va oltre diciamo la benedizione. Similmente anche Marianna dice sono stata ricevuta dall'esorcista e dopo ho capito che ero sulla strada giusta [...] ho capito tante cose [...] e ho visto i risultati [...] ho fatto 1 + 1, i pezzi del puzzle pian piano si aggiungevano, si riunivano, e trovavo ‘ecco perché quella volta è successo questo. Inoltre, riferisce che da quando sono andata dall'esorcista, mio marito non è più lo stesso. Prima mio marito era il mio peggior nemico [...] perché era sotto un incantesimo [...] fa anche lui un percorso personale e vedo che ogni giorno mi dà di quelle soddisfazioni che mai avrei pensato.

Gli aspetti vissuti inerenti all'assistenza pastorale – esorcistica, sono state tradotte a livello metaforico – interpretativo, da molte forme ed immagini. Pertanto, alla domanda “Se potesse scegliere un'immagine per rappresentare l'esorcista quale sarebbe?” molti hanno risposto con metafore di ordine salvifico, protettivo e liberatorio, vedendo la sua figura come una creatura speciale mandata da Dio (Carla), un uomo pieno di Spirito

Santo in grado di fare un buon discernimento e sicuramente capire fino in fondo l'anima di chi si trova davanti (Giovanna), l'alba [perché] la immagino più come una persona predisposta ad ascoltare e personalizzare [...] che sappia andare più in profondità (Giuditta). Una persona in grado di dare ascolto e accoglienza (Renata), una persona che entra nel tuo mondo in quel momento, che te non puoi descrivere agli altri... nello stato in cui sei (Tamara), una persona che ha una dote, io lo vedo come il salvatore (Tania), un padre accogliente (Elisa), un amico di Dio, un funzionario che svolge una operazione molto importante.. che può essere quella di liberare una persona e al tempo stesso però di aiutarlo a mantenere la casa pulita, per usare un'espressione evangelica (Luca), o un abbraccio più stretto di Dio (Roberta). Inoltre, il suo aiuto è stato spesso personificato in figure come: l'angelo con il vincastro, un bastone che mi aiuta a venirne fuori (Fabrizia), un lottatore (Marco), un liberatore che ridona all'essere umano il proprio libero arbitrio (Ottavio), un soldato in prima linea [...] in un combattimento di fondo contro quello che è il male che arriva qua sulla terra, ma anche contro le persone (Federica), una corazza, uno scudo difensore (Marianna), una barca in mezzo alla tempesta e qualcuno che ti lancia una cima (Sonia); la salvezza (Rosa) e la pace, come quando si entra in chiesa che senti quell'atmosfera, quella serenità che dici "qua non può capitare niente", perché ti senti talmente sollevato, come su una nuvolina, su una nuvoletta che dici "qua sto bene". L'esorcista dà proprio la sensazione di pace perché è proprio lui che ti aiuta (Isabella). Infine, l'esorcista è stato percepito anche come una persona molto preparata sotto tantissimi aspetti umani, psicologici, morali. È una persona veramente colta che sa veramente una pagina in più del libro [che] è molto preparato con gli anziani, coi giovani, [...] con la droga, con la rottura familiare con tutto insomma. Lo descrive come una persona molto preparata, che poi sa dare fiducia e può essere veramente, non so se posso chiamarla così, una pietra miliare (Marianna).

Nella terza area tematica relativa al rapporto con dio e la fede/spiritualità, troviamo alcune sotto-aree tematiche che riflettono gli aspetti inerenti: a) il rapporto con la dimensione spirituale e di fede; b) il rapporto con Dio e percezione di essere amati da Dio; c) carismi e sensibilità particolari; d) la rappresentazione metaforica di Dio;

Per quanto concerne il rapporto con la dimensione spirituale, nelle interviste è stato riportato un generale senso di accompagnamento spirituale, inteso come una sensazione

di essere affiancati da Dio nel corso della propria vita. Un rapporto che in alcuni casi è *creciuto in un modo che mai avrei immaginato di conoscere* dice Roberta, precisando che *se prima era un Dio che era in alto, adesso è un Dio che è a fianco a me, che mi accompagna, un amico con cui mi posso confidare in ogni momento e che ha sempre una risposta, sempre*. Infatti, anche Giorgia descrive la sua dimensione spirituale come contornata da un senso di protezione, in cui *sono sempre molto appoggiata, mi sento protetta, ecco. Mi sento accompagnata perché è la mia fede, piccola sicuramente, però mi supporta molto. [...] io mi sento seguita, accompagnata*. Un accompagnamento in cui il rapporto con Dio si declina in un *cammino di conoscenza progressiva*, dove si può sentire *consolata sapendo che non sono sola [...] avere fede è quello che mi ha sempre salvato in tutte le circostanze*. Sarebbe dunque un affiancamento che è *presente in tutto il mio quotidiano, dal momento in cui inizio la mia giornata* (Tania) a quando la si termina, poiché *non si può iniziare una giornata, e nemmeno concluderla, ancora meno concluderla, senza aver rivolto un saluto a Dio* (Marianna). Tant'è che Manuela racconta di come il colloquio con Dio sia giornaliero e continuo, riportando di parlare *con Dio praticamente tutte le sere prima di addormentarmi*, rivolgendosi spesso anche alle figure angeliche come per esempio *l'arcangelo Michele, al quale molte volte chiedo di proteggermi e di tagliare con la sua spada qualsiasi legame oppure l'arcangelo Raffaele e l'arcangelo Gabriele*. A proposito di angeli anche Greta riferisce di essere guidata dagli angeli, *mi guidano sempre, ogni giorno, e di percepire moltissimo anche la Madonna, oltre ad essere devota al Cristo e lo vedo e lo sento vicino ogni giorno [...] ogni giorno, ogni Santo giorno. Come la nutro? con il mio credo, con il mio richiamo, lo sento, lo percepisco quando chiudo gli occhi, vedo la sua immagine, vedo la luce in tanti modi, cioè la mia spiritualità è diversa. Poi quando prego mi sento veramente connessa, mi si apre il cuore che è una cosa che non si.. cioè lo sento e non posso spiegarvela non so come spiegarla*. Sono dunque sensazioni di pienezza e connessione in cui l'ascolto e l'amore da parte di Dio ti fa sentire *proprio una figlia amata, sento la possibilità di potermi rivolgere a lui* (Renata) e di essere *completamente perdonata* (Manuela). A tal proposito Isabella riferisce di *confidare molto nell'aiuto di Dio* specialmente quando *mi avevano detto che non sapevano se vivevo o no e mi sono messa nelle mani di Dio [...] io sono una miracolata perché sono ancora qua [...] Dio ha voluto così e io sono ancora qua, per adesso*. A proposito della grazia divina provvidenziale, vi sono numerose

testimonianze di gratitudine per aver sentito l'aiuto divino nella propria vita, anche solo con un *"ti voglio bene" [...] da una che non mi conosce [...] il miracolo è stato là. C'è soltanto un "ti voglio bene" a una che aveva le manie del suicidio. A una che per la gente (ma anche i parenti si vergognavano di me) era una figlia di un papà alcolista.. e invece bastava un "ti voglio bene" (Tamara). Una grazia realizzatesi anche solo incontrando persone, luoghi, come se li dovessi incontrare proprio in quel giorno, in quel contesto. Mi ha soddisfatto di tutti i miei bisogni perché sono partito senza denaro; eppure, ho trovato chi mi sfamasse e.. cioè ho fatto questo viaggio vivendo un po' della provvidenza e sono stato sfamato e dissetato, io sono stata graziato (Ottavio). Anche Rosa porta la sua testimonianza riferendo di aver ricevuto il secondo miracolo della mia vita che ho capito l'amore di Gesù. [...] Mi hanno insegnato, devo dire grazie a questo padre, infinitamente grazie che mi ha insegnato che Dio non è un Dio che giudica, ma è un Dio di amore. L'amore salva da queste cose, il perdono, il non giudizio che però vanno imparate". Infine, anche Laura ricorda il momento dove noi rischiavamo anche che ci venisse presa la casa, lì c'è stata la provvidenza del Signore che ci ha aiutato, perché in quel momento là..[...] è arrivata la provvidenza del signore: l'aiuto dei frati di Camposanpiero [...] non era calma, era disperata, una preghiera agitata ma mi ha ascoltato lo stesso e arrivarono questi soldi per chiudere questi debiti qua. Sempre in merito alla provvidenza, sono stati riportati casi in cui sono avvenute delle apparizioni religiose o di spiriti che hanno fomentato la vicinanza verso Dio e la fede, come nel caso di Carla che riferisce di un'apparizione in stanza della Madonna in merito alla quale ho avvertito una cosa strana, come se il terreno sprofondasse, andassero giù, giù, molto giù.. e il prete lì presente ha detto: "eh, la moretta [Carla] avrà molto da tribolare...molto. Ma io dal cielo la proteggerò". Sono andata a casa, io ho buttato via le carte, le candele, tutta quella roba lì e sono entrata all'ordine francescano terziario lì al Santo. Anche Bruno riporta alcuni aneddoti in cui ha avvertito un soffio sul collo [...] stato molto forte, molto intenso che ha poi scoperto essere una delle manifestazioni della presenza dello Spirito Santo [...] cosa che si è ripetuta poi alcune volte in chiesa. Inoltre, aggiunge di aver avuto altre manifestazioni successivamente, quindi ho avuto un periodo in cui ero continuamente soggetto a manifestazioni, di presenze, di profumi all'improvviso.. a gennaio, con la nebbia, un profumo di rose intensissimo non è normale oppure un odore fortissimo di fiori attribuito alla presenza di Maria. A proposito di odori anche Tamara*

riferisce di aver sentito un profumo di viole mentre pregava attribuito a Padre Pio che si manifesta con questo odore di rosa, viola. Inoltre, aggiunge che l'altra manifestazione riguarda un fatto, verificatosi la sera, in cui dice di sentire qualcosa che si appoggia sui piedi e si siede, e dopo comincio a sentire il fuoco salire sulla schiena che veniva (e là forse è una cosa psicologica) quando mettevo su l'unica roba che avevo tenuto della mamma, che era la canottiera che lei ha avuto gli ultimi giorni insomma. Sentivo sto fuoco e ho detto boh.. ma non ho la canotta della mamma. Erano le 3 del mattino, mi giro e mi rigiro, e sento qualcosa di strano in camera, e da là poi sento dire "Tatiana Tatiana Tatiana". Ed era la voce di mia madre. Infine, anche Marianna rammenta delle molteplici apparizioni che le sono capitate, tra cui quella di Giovanni Paolo Secondo, padre Amorth [...] Satana e San Michele Arcangelo ricordando che questi ultimi le sono apparsi al risveglio, mi sono svegliata, ero paralizzata, non respiravo più, mi sono svegliata perché non respiravo più, però non riuscivo a muovermi, non potevo fare niente, ero paralizzata e c'era questa immagine orribile era Satana [...] c'era questa figura umana, possiamo anche dire, però non aveva il viso, era un coso nero, un coso orribile che mi ha fatto tanta paura e dopo questo è cambiato, è arrivato San Michele Arcangelo che era tutto uno spirito di luce con la spada, ma era tutta luce eh, con la spada e con lo scudo. Aveva una forma così, una sagoma diciamo. Inoltre, ricorda anche di quella volta in cui sono andata in questa chiesa e questa statua per ben due volte assunse delle sembianze quasi umane, gli occhi così, sembrava come che si muove in sé, che fosse vera, che fosse.. la prima volta sono scappata e la seconda anche. Infine, riporta anche di aver avuto un messaggio della Madonna, ma non è un parlare come dire che parliamo io e lei così, è come.. non seguono.. non so come spiegare, è una cosa che passa nella mente, no? sono come dei messaggi, come dei pensieri. A questo punto citiamo le particolari sensibilità di tre partecipanti che sostenevano di avere dei carismi in grado di conferire loro delle abilità straordinarie. Nel caso di Ottavio, per esempio, in seguito a un lavoro introspettivo molto profondo, ho notato che avevo acquisito una certa sensibilità [...] intuitivo facilmente tutti quei fenomeni che sono nelle persone.. nelle persone tutti quei fenomeni che sono riconducibili a quello che la scienza medica chiama schizofrenia. Quindi allucinazioni visive, allucinazioni uditive, e avevo acquisito questo dono che riuscivo a intuire chi aveva la visione, che diceva di avere visioni, chi sentiva la voce, chi comunica con il mondo dell'aldilà e queste cose qua. Continua sottolineando che nessuno lo

percepisce, sono io l'unico che.. e quindi non vorrei che ci fosse qualcosa che invece non va in me. In modo analogo anche Sara afferma di aver avuto una sensibilità molto sviluppata, un'ipersensibilità a determinati fattori procurando vantaggi anche a persone. Una sensibilità che prima utilizzava in maniera perfetta [...] potevo riuscire a capire i temi di scuola fino ad arrivare a percepire se una persona stava male, se magari era a rischio di morte, ma che ad oggi risulta sfasata rispetto al mio ordinario, che non era gestibile questo tipo di sensibilità, nel senso che erano input, visualizzazioni che mi sono sempre arrivate così, un po' dal nulla. Infine, similmente anche Sara riporta una certa sensibilità che le permette di vedere cosa li tormenta, vedo, percepisco cosa li tormenta cosa hanno dentro. Sostanzialmente le persone che le arrivano a sua detta hanno disturbi sessuali che non comprendono e che soffocando questo trauma causa in loro delle deviazioni sessuali. A tal proposito ricorda un aneddoto in cui ero qui in casa con questa persona, questo ragazzo, e comincia a piangere, e a dirmi qual era il suo trauma che era proprio [...] poi a un certo punto gli avevo dato il crocifisso proteggermi e lui mi diceva "mi sento male aiutami sto male mi prendere la testa mi gira la testa". Io so che cosa fa e soprattutto come e di che cosa si nutre anche il demone quando è dentro una persona, quella sera proprio mi ricordo era a distanza di 2 m, si è girato un attimo, ha dato un bacio crocifisso, me l'ha tirato e mi fa "io sono Satana, e con questa me ne vado" aveva gli occhi neri. Ed è andato a casa, solo che io ho perso la macchina gli ho detto "aspetta che vediamo se sei arrivato a casa" e il giorno dopo non si ricordava niente, niente. La sua spiegazione è che questi demoni la sfidano [...] gli occhi me lo dicono, e mi affrontano proprio [...] Però solo la mia presenza.. poi faccio una preghiera, o un esorcismo, mi dico l'esorcismo, la frase, e la cosa si calma. Infine, anche Marco ha portato la sua testimonianza relativamente alle sue capacità di canalizzare sperimentata tramite il metodo di Brian Weiss, praticato da un neuropsichiatra americano che mi ha fatto la regressione. Io durante questa regressione ho parlato di qualcosa ininterrottamente per un'ora e quaranta minuti circa. Esperienza che poi ha riprodotto varie volte (registrandole in cd che sto riascoltando ogni tanto) nonostante il prete a cui si era rivolto gli avesse detto "Marco, assolutamente non canalizzare più, stai con i rubinetti chiusi". Tant'è che nel tempo Marco riferisce che mi arrivano sti messaggi di continuo, alla fine insomma a un certo punto disobbedisco [...] ho rotto i sigilli e sono ripresi i messaggi ad arrivare. Messaggi che ha voluto indagare più a fondo dallo psichiatra e con un

accertamento neurologico nel quale, in seguito all'esclusione *dello sdoppiamento di personalità* e dopo aver ricevuto lo stimolo *trigger*, *ho iniziato a parlare con la voce alterata per un quarto d'ora [...] è come se questa entità si fosse con me risvegliata e, riguardandosi in uscita da sto guscio, si riguarda intorno e vede un mondo che è diverso da quello che ha lasciato, ma quello che aveva vissuto nella sua vita se lo porta ancora dentro. Specifica che i messaggi erano diciamo abbastanza astiosi per tutto il suo vissuto [...] messaggi dice sempre di riparazione per 'riparare al male fatto' poiché io ho ricordato di essere Hitler nel bunker di Berlino, è quella la cosa tremenda. Tutto ciò lo interpreta come due insieme che per qualche cosa si sovrappongono, per qualche cosa non lo so perché la presenza di Hitler nella mia vita è data dal 1973 quando io avevo 8 anni. A sostegno di ciò riferisce che alle elementari mi sono pettinato con la frangetta così perché cercavo di assomigliare a lui, oppure che una volta scoperto che l'opera preferita di Hitler erano i maestri cantori di Norimberga di Wagner, quando l'ascoltò per la prima volta, io ho avuto subito l'immagine di una parata nazista. In altre parole, l'entità mi ha addestrato con i suoi gusti [...] perché al centro c'è sempre la Germania, cioè poi il discorso non è Hitler: è la Germania la cosa importante, io provo un amore infinito per la Germania, io faccio parte della nazione [...] cioè loro appartengono a me e io appartengo a loro [...] quando vedo un documentario di tedeschi che spingono le loro carrucole nel 45 perché scappano da Berlino io sto male, sto male. Oltre a queste esperienze riguardanti sensibilità e carismi particolari, abbiamo visto che sino adesso i partecipanti riferiscono di affidarsi con fede verso la propria dimensione spirituale. Ci sono anche casi però in cui l'affidarsi spiritualmente a Dio risulta meno naturale, richiedendo in qualche modo una spinta, un aiuto dal proprio padre spirituale, come nel caso di Rosa in cui *il mio padre spirituale mi ha insegnato a fidarmi di Dio, di Gesù. Mi ha insegnato perché non ero capace*. A tal proposito anche Beatrice riferisce di aver cercato una guida spirituale per far crescere ancora la mia fede. Una richiesta di approfondimento e di riavvicinamento che emerge specialmente nei casi in cui si sente un allontanamento spirituale o una fede troppo rigida, basti pensare alle parole di Carla che, relativamente a questo aspetto, dice: "mi sentivo più abbandonata [...] non penso che [Dio] mi abbia capito, i suoi disegni sono estremamente diversi. [...] sembra che le mie preghiere non siano arrivate a destinazione". In questo senso di abbandono infatti riaffiorano domande in cui si ricerca il senso di quanto si sta vivendo o si ha vissuto, come*

nel caso di Giuditta in cui *il primo grande scossone dal punto di vista spirituale l'ha avuto quando il cugino di 12 anni si è ammalato di leucemia e lui era nel reparto oncologico pediatrico*, fatto che l'ha portata a chiedersi *“perché, perché i bambini così piccoli devono soffrire in quel modo”* [...] *il trauma del reparto oncologico pediatrico, quella sì che è stata una fase in cui ho detto “non è possibile che esista un Dio buono che permetta questo”*. Un iniziale allontanamento dalla fede che poi è stato recuperato *grazie a un frate benedettino [...] che mi ha portato a riflettere, mi ha parlato tanto del libero arbitrio e del fatto che certe cose accadono non perché Dio vuole punire*, facendo nascere in lei il bisogno di andare a messa e di confessarsi. A proposito delle pratiche religiose, confidare nella preghiera è una delle sfumature che sono spiccate in modo più significativo, in particolar modo relativamente all'*esigenza di dire, non lo so, magari il Rosario tutti i giorni* (Arianna) oppure di *andare quasi tutti i giorni a messa* (Isabella) o di *aver avuto anche la mania ossessiva della chiesa* (Tamara) sino a casi in cui *si diceva tre rosari al giorno [...] cioè io non andavo a letto la sera se non mi collegavo con la Madonna di Lourdes a dire il rosario nella grotta [...] sembrava quasi che se non lo facessi dovesse succedere qualcosa, sembrava quasi che se non andavo a messa la domenica dovesse succedere qualcosa* (Tania). Rispetto a questo Beatrice racconta che era arrivata a dover dire il Rosario *il più possibile, quanto nel più possibile fissando il numero di rosari che avrei pregato*, fino al giorno in cui mentre stava pregando per *la sesta o settima volta il Rosario.. ho sentito la voce (ma la voce non era nella mia testa, la voce proveniva dal mio corpo) [...] e che diceva “smetti” perché “questo mi fa schifo, devi smettere, questo mi fa schifo”*. *Mi sono spaventata, per questo ho pensato di contattare un esorcista*. Si tratta di vivere un rapporto con Dio quasi come se si delegasse a lui anche la propria scelta decisionale, come nel caso di Roberta che asserisce di aver fatto *l'abitudine di avere un cofanetto con dentro i bigliettini con la parola, ogni tanto quando ho bisogno gli chiedo “devi rispondermi, devi rispondere alle domande perché ho bisogno di te, di sentirti concretamente”* ricordando, tra le varie occasioni, quella in cui *nel momento dell'adorazione c'era un grande cuore con tutti i bigliettini con la parola e siamo stati invitati a prenderci un biglietto, allora vado a prendere il biglietto, vengo al posto, lo leggo e mi fa “avrà molte tribolazioni nel mio nome”*. *E ho detto “eh no basta” e ho detto “io non le voglio sta qua, mi dispiace io non le voglio, non ci sto” così mi vado a prendere un altro [...] torno a posto, apro e leggo (mi sono messa a piangere che non*

finivo più) c'era scritto "ma non temere perché io sarò al tuo fianco a sostenerti". E cioè quando uno ti parla, ti risponde in sta maniera poi, come puoi fare? quindi per me.. adesso c'è un po' di silenzio e ogni tanto sento il silenzio di Dio, nonostante che gli chiedo però ovviamente mi dice..". Oppure anche il caso di Bruno che riferisce invece che se devo fare un certo lavoro e da un lato penso di doverlo fare in un certo modo e chiedo una mano [a Dio su] come devo farlo, però lo faccio ancora a modo mio [...] arriva la mazzata: cliente perso, contatto perso. Se avessi ascoltato te [ie. Dio] il contatto non lo perdevo" oppure "avevo bisogno di una mano per il lavoro, ho chiesto aiuto a lui offrendogli il mio digiuno 'ascolta, ti prego aiutami'. In realtà poi ho mangiato. È una stupidata ma.. la violazione di una promessa fatta a lui ha corrisposto che qualche lavoro non andasse come doveva andare". Da questa prospettiva si svela un lato talvolta troppo 'rigido' con la fede e la preghiera che ha portato alcuni partecipanti anche a sentirsi non meritevole relativamente a quanto ricevuto da Dio. Per esempio, Ottavio dice: "dentro di me mi sento di non meritarmelo perché ho perso un po' il rapporto che avevo con Dio [...] non puoi sentirti cambiato se non sei in relazione con Dio, se non ti relazioni con Dio, se non hai.. anche parlandoti di valutazione, per poterti confrontare con la realtà.. io.. io non.. le dicevo prima, il momento di grazia che sto vivendo.. non.. Io non sento di meritarmelo totalmente" oppure Renata che aveva questa idea fissa che dicevo "se non riesco a stare bene in chiesa è evidente che il signore qua non mi vuole" [...] sentivo sempre in giro le persone che ti dicono "durante l'ha messa io mi sento bene", ma per me era un momento proprio brutto, e io dicevo qua è l'unico posto in cui non vorrei stare. Ci addentriamo dunque in quelle esperienze che hanno riferito di aver vissuto un certo allontanamento da Dio, dalla fede o dalla chiesa, che ha portato alcuni a non capire da che parte stare, e a un certo punto mi sono stufata, ho detto basta e ho buttato via tutto: crocifissi, rosari, libri, tutto. Ho detto basta, sono arrivata addirittura a pensare che San Francesco d'Assisi era uno spostato [...] Comunque, ho sempre cercato in un certo modo il perché delle cose quindi poi ho sempre cercato Dio [...] E allora la psicologia che avevo prima, dall'ignoranza, "ma Dio è cattivo, Dio ti manda il tumore, Dio ti fa soffrire, Dio ti fa piangere di.. che Dio è questo? io non lo voglio" è un po' la psicologia che ha la gente oggi, i giovani, così, perché vedono solo questo, perché non ci sono i pastori, siamo un gregge senza pastori.[...] in passato pensavo sempre che ci fosse una giustizia da qualche parte, non sapevo cosa potesse assomigliare, sapevo che c'era Dio, però

sapevo che con me non voleva avere a che fare; quindi ero infastidita con Dio, e questa è proprio una strategia del maligno no? padrone della persona ignorante, ignorante è colui che non sa, quello che ignora (Marianna). Un'esperienza in cui ho cominciato a vedere la mia vita come... come se fossi arrivata, come se fosse tutto compiuto, come se non avessi più niente da compiere (Aurora, 51 anni, coadiuvante agricola, credente cristiana praticante) e in cui continuavo a star peggio (Tamara). Un'esperienza che Ottavio descrive come una propensione alla ricerca di un senso, capire perché mi stavano succedendo certe cose nella vita [...] capire cosa devo ottenere dalla mia vita, cosa vuole Dio [...] mi sono sentito messo alla prova da Dio. Ho capito che la mia fede non era così cieca [...] non avevo questa capacità di abbandonarmi totalmente a Dio quindi [...] sono andato a Medjugorje per creare una ricerca di.. comprendere cosa volesse Dio da me. [...] Quindi ho perso un po' la fede, un po' a malincuore perché il contatto con Dio [...] ti da tanti insegnamenti nella vita, anche per comprendere la realtà in cui si vive, e quindi perdendo un po' la fede non ci si sente completi.

Gli aspetti del mondo psicologico ed emotivo in relazione alla fede, è stato raccontato dai partecipanti anche a livello metaforico – interpretativo in molte forme ed immagini. Pertanto, alla domanda “Se potesse scegliere un'immagine per rappresentare Dio, quale sarebbe?” molti hanno risposto con metafore di pace, luce e amore. Pertanto, *Dio è la pace immensa, è una pace e una luce stupenda, una bontà infinita, un amore grande (Carla), Dio è la cosa più bella che c'è: la pace massima. Penso che non ci sia niente di più e penso di non potermi neanche immaginare, penso solo che debba essere qualcosa di straordinario (Isabella), perché la pace, la pace interiore che dà non ha prezzo, non ha prezzo (Roberta). Dio è amore, amore e misericordia [...] amore infinito (Giovanna), è proprio l'amore (Greta). Dio è inimmaginabile, perché io direi luce, direi qualcosa che somigli alla luce, qualcosa di luminoso (Marianna), è luce (Giuditta, Ottavio, Giorgia, Sonia, Bruno), è una grande luce (Fabrizia), che non avrebbe forma, semplicemente forse una luce accecante ma nessuna forma. Sarebbe troppo riduttivo ridurlo ad una forma, cioè non, non ha confini secondo me. Cioè è qualcosa di.. di gassoso, non so come definirlo. Cioè qualcosa che permea qualunque cosa (Sonia). Dio è quel che ho qua davanti. Tutto. Tutto quello che abbiamo. Cioè non posso definirlo, so che non è una figura a termine, perciò, dico è tutto qua. Quel che si vede, quel che si vede su un microscopio, è tutto. Siamo tutto, tutto è Dio. L'universo è Dio (Tamara). L'immagine*

che vedo quotidianamente, e che vedo quando.. è il cielo. Quando sono in aiuto e guardo il cielo mi sembra di vedere Dio [...] perché il cielo, soprattutto in questo periodo che è azzurro, bellissimo, meraviglioso, c'è il caldo, suscita l'immenso, suscita l'infinito, il bello, il bellissimo, è infinito non c'è un confine, si perde oltre il mio orizzonte ottico, la grandezza, l'immensità (Bruno), la speranza, in un trono seduto [...] come un papà con i bimbi (Chiara) un padre che ama senza misure, senza limiti, e che mi ha insegnato che sono amata (Roberta). Dio è una persona molto paziente con me [...] tutti abbiamo bisogno di perdono.. però il perdono eh.. lo perdiamo soprattutto quando abbiamo fatto un gran male intenzionalmente, quando uno fa delle cose sbadatamente superficialmente credo che si aspetti una grande dose di pazienza (Luca), un po' come se fosse il nostro migliore amico, l'unico di cui ci si può fidare sempre (Federica), che ci avvolge in un abbraccio (Manuela).

Nella quarta area tematica relativa al rapporto con il cambiamento e il futuro, troviamo alcune sotto-aree tematiche che riflettono gli aspetti inerenti: a) il rapporto con il cambiamento tra volontà di cambiamento e speranza; b) il dono o l'aspetto positivo derivante dall'esperienza.

Per quanto concerne il rapporto con il cambiamento, nelle interviste è emerso una generale volontà di cambiare la propria situazione presente poiché, come dice Carla, *la voglia di cambiare e di vivere ce l'ho*, e pensando in un'ottica futura, giustamente Giuditta si chiede: *perché non può capitare anche a me che vada tutto liscio e dire bene ho fatto una cosa, ho avuto il coraggio di farla?*, riferendosi alla sua volontà di rompere il circolo vizioso che c'è all'interno della famiglia. L'apertura verso il cambiamento può essere espressa come *un vorrei che cambiasse qualcosa* (Arianna) piuttosto che *vorrei proprio cambiare. Io sento la necessità di cambiare* (Elisa) riflettendo anche su *come vorrei di nuovo essere. Ho detto "devo ritornare com'ero da giovane e ricominciare"* (Beatrice), un po' come quando senti di *far parte di un mondo positivo e vedi un modo positivo di cambiare te stesso* (Ottavio). Un cambiamento in cui *non si ha più voglia di tornare indietro nel passato* dice Roberta, ma ci si sente come *proiettata in avanti*, specialmente perché *quando sei in un cammino i cambiamenti non finiscono mai [...]* e questo mi ha insegnato ad essere aperta ai cambiamenti anche se solitamente si sarebbe abituati a vedere le cose solo 'o bianco o nero', invece ho imparato che c'è il grigio, tutte le

sfumature. Una comprensione e un'accezzazione del diverso in cui si matura una certa sensibilità nei confronti del prossimo (Giovanna) e che anche Greta racconta come un modo di essere anche più tollerante nel fatto di interagire e confrontarmi con soggetti tanto diversi da me, e l'ho trovata una cosa positiva. Cioè mentre prima ormai non accettavo più niente, ero molto.. adesso riesco a vedere il buono anche su alcune situazioni difficili. Situazioni in cui spesso è emerso il desiderio di una maggiore serenità (Arianna), in cui in primis si vorrebbe avere un po' di pace e un po' di soddisfazione [...] avere una svolta, avere un po' di gratificazione e magari una persona che mi volesse bene una volta per tutte, essere amata e di poter amare nel senso buono, più onesto (Carla), un sentirsi amati, non sentirsi soli (Luca) perché in fin dei conti io ho solo bisogno di essere accettata (Rosa). È questo un bisogno che in alcuni partecipanti è stato direzzionato verso la volontà di parlare, collaborare e anche aiutare gli altri (Sara, 46 anni, commessa, credente cristiana non praticante) perché questa sofferenza non sia stata inutile, che non sia stata sofferenza di per se stessa perché se no diventa agonia sterile (Fabrizia) e che sarebbe bello anche solo un punto di ascolto, perché secondo me tante anime non sanno con chi parlare. Infatti, Bruno, parlando di questo aspetto dice: "Proiettandomi nel futuro mi vedo sempre più coinvolto nel sostegno degli altri [...] quindi, se una persona si avvicina a me perché semplicemente ha bisogno di parlare, di essere ascoltata, lo faccio volentieri; quindi, questa è un po' la proiezione, la mia vita". Una prospettiva di vicinanza che si rispecchia anche nella dimensione spirituale in cui, rivolgendosi a Dio, gli chiedo sempre fammi sentire tua figlia, voglio sentirmi in relazione con te (Fabrizia), desiderando appunto di sentire di più la presenza di Dio dentro di me (Renata) e di sapere che c'era la provvidenza che si occupava di me, diciamo vorrei un po' ritornare [...] a vedere l'onnipotenza di Dio cioè che si manifesta nelle piccole cose, non vorrei cercare le grandi cose perché Dio si vede nelle piccole cose della quotidianità [...] io mi sento cambiato però io mi sento in una fase di transizione, perché.. io.. io devo riconciliarmi con Dio (Ottavio). Pertanto, in merito alla riconciliazione con dio, i partecipanti riferivano di essere stati riportati verso Dio (Greta) in un cammino che mi ha permesso di avvicinarmi a Dio (Arianna) e che ha portato a sentirsi più cambiato nel senso di consapevolezza e poi nel senso che ho maturato un maggiore affetto verso la Chiesa (Luca), sino al desiderio, alla necessità di una guida spirituale (Giuditta) che li possa condurre in tal senso. Alcuni, perciò, esprimono la volontà di ottenere un qualcosa

di interiore, insomma, di un aiuto interiore più forte (Aurora) essendo che un cammino si inizia se si ha la volontà, che secondo me è fondamentale (Giorgia). Nonostante la propensione al cambiamento implichi spesso desiderio di serenità, riconciliazione e ricerca di approfondimento spirituale, alcune visioni del futuro li implicano in modo differente, come nel caso di Rosa che si vede sempre più sola perché lo voglio, e più tranquilla. Io questo vedo nel mio futuro. Io vedo un togliere. Io voglio togliere. Grattare, come si gratta una pietra e la si fa diventare lucida. Ho bisogno non di espiatione, che è diverso, però ho bisogno di raccoglimento questo perché la mia esperienza è stata di meno spensieratezza. Questo purtroppo mi è capitato. Meno spensieratezza, sono più oculata, sto attenta alle persone che frequento, perché ne ho avuto anche danno purtroppo, e sto bene da sola. [...] non vado più alla ricerca spasmodica come prima di qualcosa di vuoto che mi riempia. Similmente anche Aurora desidererebbe un ‘togliimento’, nel senso di avere un po’ più di tempo per noi [...] però siamo dentro in una macchina, in una ruota che deve girare e che non è possibile fermare [...] vorrei solo fermarla un pochino e pensare di più a noi riferendosi alla sua famiglia. Differente è invece il caso in cui si cerca di non stare più nel futuro, cioè proprio è una cosa che mi sto un po’ vietando. Nel senso che sennò ho paura di cadere nella paranoia [...] quindi cerco di evitare di pensare al futuro (Fabrizia), una visione e una prospettiva in cui al momento non vedo molta via d'uscita, nel senso che mi sento un po’ braccata (Isabella), in cui il futuro è visto con tanti dubbi (Giuditta). Si tratta di resistenza al cambiamento che può essere ritrovata più limpidamente nelle parole di Chiara quando dice è difficile che io cambi, cioè io penso che ci siano delle cose talmente profonde.. [...] che non so come dirle, come spiegarle [bisogna] lasciare che passi e sperare sempre al meglio [...] per ora non vedo un futuro diverso, vedo una cosa che, come il covid, dobbiamo conviverci, giusto? convivere anche con questa cosa che ho interna, che non so spiegare, oppure nelle parole di Laura che alla domanda “come vede il suo futuro?” risponde “nero”. Sono visioni in cui non c’è un’apertura alle possibilità, ma in cui bisogna in qualche modo cercare di reagire (Fabrizia) anche se ci si sente di aver sempre dovuto in qualche modo lottare (Roberta) per andare avanti, anche in quei casi in cui l’unica è stata per mio fratello, perché se non c’era mio fratello non sarei qua. Andata andata.. era solo perché era lui che gli volevo bene [...] se non c’era mio fratello.. la vita mia zero, proprio zero (Tamara). Sono perciò vissuti in cui col senno di poi ci si rende conto di essere più

forti, perché *prima di farmi male adesso ce ne vuole* (Sonia), raggiungendo ulteriori consapevolezza anche inerenti la caducità della vita da cui emerge la *voglia proprio di vivere, voglio mettermi alla prova perché ho capito una cosa dalla malattia di Enrico: che un giorno prendi l'aereo, cioè vai in giro per il mondo, vai in giro in barca, il giorno dopo sei in ospedale a farti gli esami e dopo due mesi non cammini più. Cioè noi diamo troppe cose per scontate*. Allo stesso modo anche Manuela dice di voler *cambiare, anche tipo di vita*, specialmente dopo aver visto da vicino la possibilità di morire (dovuto a un melanoma) la cui esperienza le ha *fatto capire quanto oggi ci sei, domani non ci sei. Cioè noi non abbiamo una vita.. cioè potrei anche uscire e trovare un mattone in testa e fine [...] mi ha fatto ben capire che A: non siamo immortali; B: bisogna mettere a posto alcune cose per cui bisogna essere un po' pronti nella vita (nel senso che può esserci un passaggio e io vorrei essere a posto con me stessa completamente o la maggior parte di quello che posso)*. Infatti, anche Marianna esordisce riferendo di sentirsi come se avesse *perso un sacco di tempo perché la vita è corta, non sappiamo, "non conoscete né giorno né ora", ho perso un sacco di tempo dove avrei potuto fare tantissime cose belle per me ma anche per gli altri*. Sarebbe dunque un apprezzamento della finitudine della vita in merito al quale poi si risponde con speranza, perché *quando si è giovani si ha ancora la forza di vent'anni, si ha la speranza e si spera sempre che ci sia un evento, un qualcosa che permetta di girare pagina. È questo che mi ha fatto tener duro [...] spero sempre che vada meglio "beh domani andrà meglio" quindi mi sono battuta per fare altri lavori, per fare questo, per fare quello, per fare un corso di questo, per fare un corso di quell'altro, speravo sempre di avere un altro figlio.. la speranza non deve finire così, non è possibile*. Tant'è che da queste consapevolezza alcuni partecipanti sono riusciti a non vivere nel ricordo, anzi, *ho dato un gran senso alla mia vita, sono rinata professionalmente, mi sono ristrutturata. [...] ho avuto la fortuna di saper trasmettere un grande amore a mia figlia e di aver avuto un grande psichiatra che veramente mi ha tirata su così, che ha creduto nella mia forza, e mi ha insegnato veramente che solo attraverso (per fortuna) una trasmissione di presenza e amore e attraverso la mia forza io sarei riuscita a dare a lei un [sostegno], perché tu devi esserci [...] sono più consapevole* (Tania). Si tratta dunque di un cammino, di un viaggio esperienziale che ha permesso anche di avere la *coscienza di sapere che c'è il male e che c'è il bene* (Ottavio) e di avere una *maggiore consapevolezza*, nel senso anche di *comprendere che ci sono anche altre ragioni che*

*magari sono nascoste, che non per forza deve essere tutto cattiveria o malizia nelle cose. Insomma, cerco di guardare anche l'altro punto di vista in modo più.. consapevole (Giorgia), in cui il dono è anche quello di accorgersi quando qualcuno sta male e sapermi avvicinare in un certo modo, il saper ascoltare (Renata) e sviluppare l'umiltà (Marianna). Questo perché il dono principale, è la presenza, il fatto di avere la consapevolezza di non essere solo (Bruno), perché basta esserci (Rosa), perché il dono è anche quello di essere riuscita finalmente a donare qualcosa di me, dare qualcosa agli altri di me, questo può essere un dono che io prima non riuscivo a dare (Chiara). Un dare che è stato percepito anche a livello spirituale, infatti Roberta riferisce che *da questa esperienza io ne sono uscita con un percorso spirituale molto profondo, un cammino che una volta intrapreso, mi ha dato a disposizione le armi per difendermi e mi ha sempre messo qualcuno a fianco; un percorso in cui anche Giuditta riferisce di aver ricevuto una maggiore consapevolezza proprio a riguardo del percorso spirituale imboccato, poiché l'unica cosa che mi ha salvato è stata la fede, sempre. Per cui in questo momento io penso che qualunque cosa io faccia.. non vale niente se non è accompagnata (Giorgia). Tant'è che anche Laura dice: "non è una forza mia, perché una persona con tutto quello che ha passato non avrebbe potuto reggere, ma neanche con la mente, sarebbe andata in esaurimento. Io mi rendo conto che là è stato il signore che mi ha dato la forza per andare avanti, per approfondire, per scoprire. Padre Michele mi diceva "siete proprio testarde voi eh" eh però mi vien da pensare, guarda che è stata questa testardaggine che mi ha portato avanti, questa testardaggine appoggiandomi al signore perché sennò io non so".**

3.5. Discussione

Nel presente elaborato l'obiettivo è stato quello di verificare l'eventuale associazione tra il disagio psicologico e quello spirituale vissuto dalla persona (Martínez & Custódio, 2014; Ballew et al., 2012; Altmaier, 2019; Schlechter, et al., 2021). A fronte di ciò, i risultati indicano una probabile relazione tra la componente psicologica e quella spirituale, evidenziando come dietro la sofferenza psicologica risieda una forte dimensione spirituale coltivata dalla persona. Pertanto, dallo studio sono emerse sia una componente clinicamente significativa di disagio che un'elevata qualità della vita spirituale; fattori accompagnati da una predominante presenza di significato associato alla

generale considerazione della morte come un passaggio tra le diverse dimensioni dell'esistenza o come una trasformazione della propria identità personale (Testoni et al., 2015). Osservazioni in linea con l'assunto che proiettare la propria auto-rappresentazione identitaria oltre la morte significhi riempire di senso la propria vita; inoltre, appoggiarsi alla spiritualità, consente di ridurre l'angoscia causata dalla rilevanza della mortalità seguendo valori che spingono a determinati atteggiamenti e comportamenti (Testoni et al., 2015; Testoni et al., 2018). Aspetti convalidati anche dalla correlazione negativa tra la percezione della morte come annientamento e la qualità della vita spirituale, in particolar modo relativamente alle credenze spirituali e religiose personali, la percezione di significato e di fede. Secondo quanto appena riportato, ne consegue che rappresentare la morte come annientamento dovrebbe portare a minori livelli di spiritualità e dunque anche di trascendenza, autodeterminazione e significato. Difatti, sono emersi buoni livelli di autotrascendenza e autodeterminazione, all'interno della quale è prevalsa la componente relativa alla consapevolezza rispetto a quella dell'autonomia di scelta. Evidenze a sostegno del fatto che considerare la morte come annientamento sia causa di una maggiore sofferenza psicologica rispetto alla concezione della morte come un passaggio (Testoni et al., 2015).

Per quanto concerne il rapporto col disagio psicologico – esistenziale, invece, dalle narrazioni dei partecipanti sono emerse situazioni di sofferenza psicologica spesso collegate ad un contesto di sofferenza familiare; contesti in cui è emersa una generale esigenza di voler comprendere ed elaborare il disagio scaturito da accadimenti di vita percepiti come traumatici o difficoltosi. Esperienze che hanno riportato molteplici situazioni dal lutto (anche improvviso e inaspettato) alla depressione, dalle ideazioni suicidarie e ai tentati suicidi, dall'ansia all'agitazione sino agli attacchi di panico, accompagnati da un prevalente senso di incomprensione e rabbia, di isolamento ed emarginazione sociale. Questi aspetti biografici aiutano a contestualizzare con più precisione i risultati clinicamente significativi emersi. Risultati che da un lato sono relativi alla probabile presenza di sintomi riconducibili al PTSD; dall'altro sono relativi al disagio psicologico indagato nelle quattro componenti concernenti il benessere soggettivo, la problematicità, il funzionamento e i comportamenti di rischio. In tal senso, le componenti che hanno registrato maggiori livelli di disfunzionalità sono quelle relative al benessere soggettivo, al funzionamento (ie. cluster relativi al funzionamento quotidiano

generale, alle relazioni strette e a quelle sociali) e ai problemi (ie. cluster relativi alla depressione, all'ansia, a problemi fisici e al trauma) (Barkham et al., 2006; Connell, et al., 2007).

Per quanto riguarda l'impatto psicologico dell'evento e alla valutazione dello stress traumatico, sono emerse tre importanti correlazioni: in primo luogo, un'associazione positiva tra la ricerca di significato e l'impatto dell'evento traumatico; in secondo luogo, una correlazione positiva con il disagio psicologico percepito, in particolar modo relativamente alle componenti del benessere soggettivo e dei problemi; in terzo luogo, una correlazione negativa con l'autotrascendenza, l'autodeterminazione e la qualità della vita spirituale, in particolare con le componenti relative al senso di integrità, di speranza e di pace. Per quanto riguarda il primo punto, è coerente con l'associazione negativa tra l'impatto psicologico dell'evento traumatico e la presenza di significato, la quale indica come diminuire della presenza di significato ne consegue un aumento dell'incapacità di integrare gli aspetti positivi degli eventi stressanti, con particolare attenzione alla componente di iperarousal. Tant'è che nel nostro caso il 60% dei partecipanti è risultato con valori al di sopra del cut-off clinico, alludendo così alla possibile presenza di sintomi post – traumatici per la maggior parte dei soggetti. In merito a ciò, significa che minore è la presenza di significato e maggiore è il livello di stress percepito, come confermato dallo studio di Park & Baumeister (2017); risultando altrettanto uniforme a quanto esposto da Frankl (citato in Ostafin & Proulx, 2020) in merito alla promozione della resilienza contro gli eventi traumatici tramite il significato della vita. Per quanto riguarda il secondo punto menzionato invece, la significativa probabilità della presenza di sintomi post – traumatici sembra essere ulteriormente contestualizzata rispetto ai valori sopra la soglia clinica del disagio psicologico e al senso di solitudine e di isolamento sociale riferito dai partecipanti nelle interviste. Infatti, è dimostrato che i fattori psicosociali sono connessi a una maggiore probabilità di sintomatologie post – traumatiche con marcato senso di solitudine ed isolamento (Asch et al., 2021). A tal proposito, molti studi hanno evidenziato legami significativi tra l'esperienza di eventi stressanti e le conseguenze negative sulla salute fisica e psicologica dell'individuo (Ouagazzal et al., 2021). Infine, per quanto riguarda il terzo aspetto, le evidenze risultano conformi con quanto riportato dallo studio di Kyrilchuk et al. (2022) in cui afferma che il trauma implica una violazione dell'integrità biopsicosociale – spirituale della persona che cambia la percezione dei valori rispetto alla

propria vita e riflette in merito ad essi con l'obiettivo di sostituire la natura traumatica degli eventi con una storia piena di significato (Kyrylchuk, et al., 2022).

Coerentemente con quanto riportato, dal presente studio è emersa anche una correlazione positiva tra l'impatto psicologico dell'evento traumatico (in particolar modo la componente intrusiva e di iperarousal) e la propensione alla fantasia. In merito a quest'ultima, l'interpretazione dei risultati ottenuti non sono altrettanto chiari quanto i precedenti in quanto: in primo luogo è stata eseguita una formula di arrotondamento poiché il questionario presentava 18 item sui 25 totali previsti; in secondo luogo, i valori del CEQ non sono esplicitamente significativi essendo che in confronto con alcuni studi risultavano nella norma (Merckelbach et al., 2001) e per altri risultavano significativi (Merckelbach et al., 1999). A fronte di ciò, i risultati sono stati letti in virtù del contesto globale presentato dello studio, supponendo una propensione alla fantasia presumibilmente sopra la norma; l'ipotesi stimata è stata avvalorata dalle seguenti considerazioni: (1) i livelli di propensione alla fantasia sono associati positivamente a maggior disagio psicologico, che in questo caso, sono sopra il cut-off clinico sia nel CORE-OM che nella componente di iperarousal dell'IES-R; (2) i partecipanti riferiscono un'attitudine generale a fornire spiegazioni straordinarie a fatti solitamente ordinari, riferendosi frequentemente a influenze malefiche/sinistre, di malocchi/fatture/maledizioni sino a credenze di possessione propria o altrui; (3) i partecipanti riferiscono cospicue testimonianze di esperienze paranormali che vanno dalle apparizioni religiose alle credenze di poteri psichici posseduti dalla persona. A fronte di queste considerazioni, tale propensione alla fantasia, oltre a correlare positivamente con il disagio psicologico, potrebbe essere interpretata anche come componente intrusiva della presunta sintomatologia post-traumatica. Si pensi ad esempio alla rievocazione di immagini particolarmente vivide che, in questo caso, potrebbero essere intese sia come frutto di una possibile propensione alla fantasia (Tan et al., 2019) sia come una componente sintomatologica intrusiva post-traumatica (Birrer et al., 2007). Pertanto: da un lato, i partecipanti hanno riportato generali espressioni di esperienze paranormali; dall'altro, hanno raccontato molte esperienze presumibilmente traumatiche tra cui lutti, plausibili disposizioni depressive e/o ansiose. A tal proposito, non stupisce che siano risultate in modo più lieve anche le componenti di pace e di speranza, le quali sono fortemente correlate in modo negativo con l'impatto psicologico dell'evento e di disagio

psicologico. Infatti, le rilevanze empiriche hanno dimostrato come la speranza sia un fattore predittivo del benessere soggettivo e una variabile importante che influenza tale benessere (Yalçın & Malkoç, 2015). In merito a quest'ultimo fattore è anche emersa una correlazione negativa tra disagio psicologico (specie per le componenti legate al rischio) e la componente relativa all'integrità; ciò indica come la sofferenza psicologica e le esperienze percepite come traumatiche o difficoltose, rappresentino una minaccia all'integrità della persona nelle sue molteplici dimensioni biopsicosociali e spirituali; una minaccia all'integrità che annuncia la rottura della continuità percepita con la propria esistenza (De Soir, 2018).

Queste stime sono in parte coerenti con la generale mancanza di assunzione di responsabilità di fronte agli eventi, testimoniate da affermazioni come essere *in balia del nulla* o *totalmente in balia degli eventi* costernati da sentimenti di impotenza e di impossibilità a comprendere quanto stesse accadendo nella loro vita. Accadimenti che, come emerso nelle interviste, sono stati talvolta interpretati come una possibile minaccia all'autonomia personale può comportare anche comportamenti assertivi, minacciosi o scontrosi, sino anche a diventare aggressivi (Ryan & Deci, 2020). In linea con le considerazioni appena riportate, dallo studio è emersa una correlazione negativa tra la ricerca di significato, l'autotrascendenza, l'autodeterminazione e in particolar modo la percezione di scegliere; fattore che è risultato correlare negativamente con il disagio psicologico che appunto sembra influenzare in particolar modo l'autonomia di scelta. Pertanto, essendo quest'ultima un bisogno psicologico di base (insieme alla competenza e alla relazione), il venire meno del senso di iniziativa e di padronanza delle proprie azioni comporta appunto un danno al benessere della persona (Ryan & Deci, 2020). Ciò è coerente col fatto che quando la volontà di significato non viene soddisfatta, ovvero quando questo impulso innato e obiettivo umano fondamentale non viene realizzato, ne consegue un disagio psicologico (Abu-Raiya et al., 2020). Difatti, nello studio la mancanza di significato nella propria vita è stata associata a una maggiore presenza di disagio psicologico, in particolar modo verso i comportamenti a rischio (Ostafin & Proulx, 2020; Steger et al., 2006). Pertanto, come confermato in letteratura, la percezione di significato nella vita svolge un fattore protettivo per quanto riguarda i comportamenti a rischio per la salute fisica e psicologica che, quando viene a mancare, comporta disagio psicologico

(Brassai et al., 2010). Difatti, la ricerca di significato correla positivamente con la depressione, l'ansia, la tristezza e la paura (Schulenberg et al., 2011).

Per quanto concerne la dimensione spirituale i dati riportano risultati non uniformi, poiché dall'analisi quantitativa è emersa un'alta qualità della vita spirituale correlata negativamente al disagio psicologico (che fa pensare maggiormente a un coping R/S positivo), dall'analisi qualitativa invece i partecipanti hanno riportato anche uno stile di coping R/S presumibilmente negativo. Perciò, i risultati necessitano di una contestualizzazione più precisa dato che non è possibile dare un'interpretazione uniforme relativamente a come è stata vissuta la relazione con la spiritualità e con Dio. Si pensi per esempio al fatto che da un lato, in alcune narrazioni, sembra sia emerso un atteggiamento corrispondente all'uso di un coping R/S positivo; dall'altro invece, vi sono state narrazioni in cui è emerso un atteggiamento presumibilmente riconducibile al coping R/S negativo. Pertanto, gli esiti sono conformi a quanto riportato in letteratura riguardo al fatto che le persone che affrontano eventi stressanti si rivolgono spesso a Dio, e che i risultati prodotti sull'efficacia del coping R/S sono contrastanti (Ano & Vasconcelles, 2004). A tal proposito, Pargament (2002; citato in Altmaier, 2019) asserisce che la religiosità può avere sia influenze positive che negative a secondo dalla persona o dalla situazione.

Per quanto riguarda le evidenze a favore del benessere spirituale, oltre a una buona qualità della vita spirituale, è stata riportata una generale propensione a percepire la propria vita come significativa (Steger et al., 2006; Steger et al., 2017; Rose et al., 2017) e a considerare la morte come un passaggio (Testoni et al., 2015). In tal senso, considerare la morte come passaggio porta a dedurre che nei loro vissuti di sofferenza utilizzino la fede come coping R/S positivo il quale permetterebbe di attenuare i sentimenti di sofferenza tramite il vissuto delle esperienze spirituali (Brennan et al., 2005; citato in Ballew et al., 2012). A tal proposito, secondo Fleck & Skevington (2007), avere una convinzione R/S profonda potrebbe dare un significato trascendentale alla vita e alle attività quotidiane, lavorando come strategia di coping per affrontare la sofferenza e i dilemmi esistenziali. Evidenza conforme con la considerazione dell'atteggiamento verso la morte, della sua rappresentazione, e della spiritualità, come indispensabili per il benessere esistenziale della persona; sottolineando inoltre quanto l'esperienza spirituale sia una reazione umana all'esperienza dell'ansia e della paura della morte, associata anche ad aspetti positivi del

benessere psicologico (Ballew et al., 2012). In effetti, per quanto concerne il benessere spirituale, anche la generale propensione a percepire la propria vita come significativa (Steger et al., 2006; Rose et al., 2017) correla con una maggiore qualità della vita spirituale e un senso di integrità; evidenza in accordo con l'associazione tra significato e benessere spirituale (Temane et al., 2014; Altmaier, 2019) e tra significato e maggiori probabilità di coinvolgimento religioso (Steger et al., 2006). Pertanto, nella presente ricerca è emersa una generale importanza data alla religiosità e alla spiritualità con valori maggiori inerenti alle credenze personali, la connessione, la fede e il significato. Rilevanze coerenti con quanto citato da Lee & Salman (2018) in merito al fatto che il benessere spirituale sia un indicatore significativo dei risultati di salute e della qualità della vita percepita (Ali et al., 2015; Bai & Lazenby, 2015; Dalmida et al., 2011). Gli studi hanno infatti riportato valide relazioni tra spiritualità / benessere spirituale e qualità della vita, evidenziando come il benessere spirituale svolga un ruolo di mediatore che influenza la relazione tra sintomi depressivi e qualità della vita (Lee & Salman, 2018). Inoltre, tutti i partecipanti intervistati si rappresentavano come credenti, di cui la maggior parte si definiva anche praticante, affermando di sentire vicino a sé la presenza di Dio, di sentirsi accompagnati e sostenuti da esso e dalla fede. Una relazione che sembra aver dato ad alcuni partecipanti la forza e la speranza necessarie per andare avanti, talvolta, anche con il desiderio di attuare comportamenti prosociali e di partecipare alla vita comunitaria. Aspetti che sembrano coincidere con un coping R/S positivo, vista la risoluzione collaborativa dei problemi con Dio, l'aiuto agli altri bisognosi e la ricerca del sostegno spirituale della comunità e di un potere superiore (Wachholtz et al., 2007). Infatti, secondo la teoria dell'autodeterminazione di Deci & Ryan (citati in Fisher & Karl, 2022), quando questi costrutti sono presenti, si prevede anche la presenza di altruismo e valori orientati alla crescita che presumibilmente facilitano un maggior benessere (Fisher & Karl, 2022). Coerentemente con quanto riportato sinora, è anche emersa una correlazione positiva tra la qualità della vita spirituale e l'autotrascendenza. Entrando più nel dettaglio, è anche emersa un'associazione positiva tra quest'ultima, la consapevolezza e l'autodeterminazione (Joseph et al., 2022; Garland & Fredrickson, 2019), essendo la consapevolezza parte integrante del costrutto dell'autodeterminazione (Fisher & Karl, 2022). A fronte di ciò, questi risultati sono convergenti con quanto dichiarato da Frankl, secondo il quale la "volontà di significato" presuppone la realizzazione dell'auto-

trascendenza attraverso la consapevolezza, il perseguimento della propria chiamata e della propria fede (Wong, 2016; Frankl, 1982), in cui il significato e l'autotrascendenza esprimono la propria natura spirituale essenziale per la nostra guarigione e benessere (Wong, 2016). Infatti, come citato in Travezaño-Cabrera, et al. (2022), la presenza di significato è correlata a una minore presenza di indicatori di depressione, ansia e distress post-traumatico, oltre alla tendenza di sperimentare livelli più bassi di effetti negativi, idee suicide (Schulenberg et al., 2011; Pezirkianidis et al., 2016). Inoltre, è altrettanto dimostrato come percepire maggiori livelli di autotrascendenza correli con una diminuzione della depressione influenzando così lo stato di benessere psicologico (Kim et al., 2014). A sostegno di ciò, l'autotrascendenza è una risorsa per la guarigione in quanto andare oltre i confini del sé può portare a un senso di benessere derivato da una consapevolezza intensificata dell'integrità e dell'integrazione tra tutte le dimensioni del proprio essere (Coward & Reed, 1996). Aspetto emerso anche nel presente studio tramite la correlazione negativa tra l'autotrascendenza e il disagio psicologico e il desiderio generale di dedicarsi a comportamenti prosociali. In merito a ciò, dalla ricerca è stata rilevata una generale propensione al perdono e una correlazione positiva tra quest'ultimo e la presenza di significato, confermando quanto il senso di significato possa essere utilizzato come strategia di riparazione relazionale attraverso il perdono (Van Tongeren et al., 2015). Un perdono che in questo caso sembra essere esercitato più frequentemente nel confronto degli altri piuttosto che verso le situazioni o se stessi, sottolineando da una parte, la centralità delle relazioni come una notevole fonte di significato (Van Tongeren et al., 2015) e dall'altra, il bisogno di incentivare l'auto-perdono essendo questo associato al benessere psicologico quando viene esercitato (Van Tongeren et al., 2015; Thompson et al., 2005; Yalçın & Malkoç, 2015). I risultati del presente studio sono dunque sostenuti alle evidenze presenti relativamente alla visione del perdono come un metodo adattativo (ad es. Rasmussen & Lopez, 2000; citato in Thompson et al., 2005) correlato al benessere psicologico (ad es. Mauger et al., 1992; Subkoviak et al., 1995; Witvliet, 2001; citato in Thompson et al., 2005). Pertanto, è anche emersa un'associazione positiva tra il perdono e la qualità della vita a livello spirituale, con particolare attenzione al senso di integrità e di pace, indicando come l'atto di perdonare sia in relazione al sentirsi completi e in armonia. Inoltre, è risultato che di fronte a una maggiore capacità di perdonare, corrisponde una minore propensione alla fantasia, una minore incapacità di integrare gli

eventi stressanti e un minore stato di disagio psicologico. Aspetti convergenti con la correlazione positiva della mancanza di perdono con gli indicatori di stress e psicopatologia indicando come il fatto di resistere al perdono sia associato a maggiore livello di disagio psicologico (Thompson et al., 2005). A tal riguardo, nel presente studio è emersa una correlazione negativa tra l'attitudine verso il perdono e il disagio psicologico, con ulteriore riguardo rispetto alle componenti intrusive e di iperarousal, e dei problemi, del funzionamento e del benessere soggettivo. Esiti coerenti con una disposizione al perdono che quando è bassa o assente può portare a una visione pessimistica del sé, degli altri e del mondo, innescando o peggiorando i sentimenti depressivi (Consoli, et al., 2020). Infatti, per quanto riguarda l'atto di perdonare se stessi, come citato in Carpenter et al. (2019), è importante comprendere tale aspetto poiché predittivo di un maggiore benessere e salute (Davis et al., 2015; Wilson et al., 2008), maggiore empatia (Wright et al., 2017), diminuzione della depressione (Sternthal et al., 2010) e diminuzione del suicidio (Hall et al., 2018). Un perdono verso il sé che però in questo caso è risultato basso, spiegando in parte la presenza di maggiore disagio psicologico.

Nonostante i risultati riportati sinora, si ritiene necessario porre ulteriori riflessioni in merito ad alcune discrepanze rispetto alla letteratura; poiché per quanto vi siano indicatori che fanno presumere un certo benessere spirituale, vi sono anche indicatori che rilevano livelli di disagio psicologico e di iperarousal al di sopra del cut – off clinico. Esiti che, nonostante la correlazione negativa tra disagio psicologico e benessere spirituale, non dovrebbero essere così elevati se i partecipanti utilizzassero unicamente un coping R/S positivo (Koenig, 2001). In tal senso, anche per quanto riguarda il tasso di presenza di significato, di autotrascendenza e della considerazione della morte come passaggio, le evidenze sono in antitesi con quanto riportato in letteratura (Testoni et al., 2015). Inoltre, se tassi di perdono più elevati dovessero predire maggiori livelli di benessere soggettivo (Yalçın & Malkoç, 2015), allora nel presente studio non dovrebbero essere presenti livelli così cospicui di disagio. Difatti, per quanto il presente studio non abbia intento diagnostico, secondo alcuni studi (Shekhar, 2006; Ballew et al., 2012) sarebbe stato opportuno il verificarsi di una correlazione positiva tra le misure della dimensione spirituale e del benessere psicologico. Ma, contrariamente alle aspettative, sebbene siano presenti buoni livelli di spiritualità, sono anche emersi livelli clinicamente significativi di

disagio psicologico e di sintomatologica plausibilmente post-traumatica. Sfumatura che fa riflettere su come realmente i partecipanti vivono la loro fede e il loro rapporto con Dio; una riflessione riguardante il fatto che rilevare alti livelli di spiritualità non significa necessariamente rilevare il 'come' effettivamente questa spiritualità si è declinata sino ad oggi nelle esperienze di vita dei partecipanti. Infatti, nonostante dalle interviste emergono narrazioni dense di spiritualità e pratiche religiose, in molte esposizioni la relazione con la dimensione spirituale si declina in modo tale da alludere a un disagio spirituale vissuto dalla persona. Pertanto, secondo Pargament et al. (2000), vi sono molteplici modi in cui il coping R/S si può declinare rispetto alle situazioni stressanti. Secondo gli Autori i vari coping R/S potrebbero essere: (1) rivalutare lo stressor come un'opportunità di crescita personale e spirituale; (2) rivalutare lo stressor come una punizione ricevuta da Dio o (3) come opera del Diavolo; (4) rivalutare lo stressor per mettere in questione i poteri di Dio sulla situazione. In merito a queste distinzioni, dalle interviste sembra che i partecipanti da un lato, abbiano apportato una rivalutazione della situazione come un'opportunità che gli ha permesso tendenzialmente di raggiungere livelli maggiori di consapevolezza (confermati anche dai risultati quantitativi); dall'altro, che sia prevalsa la rivalutazione della situazione in favore di interpretazioni che attribuiscono agli eventi spiegazioni di influenze malefiche o diaboliche. Infatti, per quanto riguarda il primo stile di coping R/S, coerentemente con i criteri degli Autori, molti partecipanti riferivano di vedere la situazione come parte di un progetto divino, una situazione da cui imparare come se fosse una lezione data da Dio oppure come una situazione dalla quale poi riscoprire un conseguente riavvicinamento a Dio e alla fede. Per quanto concerne il terzo stile di coping R/S invece, in linea con i criteri degli Autori, molti ritenevano il Diavolo responsabile di quanto vissuto, come se fosse stata parte di un piano diabolico finalizzato ad allontanare da Dio la persona. Rispetto a ciò, si desume che probabilmente non c'è un coping R/S uniforme, ma che invece sussistono molteplici modi di reagire alle situazioni dolorose o stressanti che non necessariamente devono essere in antitesi tra loro. Basti pensare alla moltitudine di procedimenti messi in atto dai partecipanti al fine di controllare in qualche modo la situazione; metodi che in questo studio andavano dal 'fare qualcosa', come pregare e andare in chiesa, all'instaurare un negoziato con Dio o una delega decisionale a Dio. Tutte queste considerazioni potrebbe delucidare maggiormente l'alto valore di forza spirituale risultato dall'analisi quantitativa. Pertanto, registrare alti livelli di forza

spirituale non significa necessariamente che la persona viva un'esperienza spirituale personale positiva; anzi, è anche possibile che la persona stia vivendo un'intensa esperienza spirituale a connotazione negativa (Jakobsen, 1999). Declinazioni che sono state ampiamente raccontate, sia in positivo che in negativo, dai partecipanti; i quali, rispettivamente, hanno descritto il coinvolgimento spirituale sia in termini di affidamento a Dio che in termini di credenze di possessione e maledizione. In merito a ciò, molti di essi hanno riferito di essersi sentiti abbandonati da Dio, come se le loro preghiere non fossero arrivate a destinazione, in un rapporto quasi conflittuale con esso (es. maledire Dio) per le difficoltà che hanno dovuto passare ingiustamente nella propria vita. Pertanto, nelle interviste sono state riportate domande esistenziali di ricerca di senso, finalizzate appunto a comprendere quali piani avesse Dio, quali incomprensibili ragioni si celassero dietro a quanto accaduto oppure "dov'era Dio mentre questo accadeva?" (Altmaier, 2019). Sarebbero dunque esperienze spirituali a dominio esistenziale che implicano la necessità di dover trovare risposte soddisfacenti alle domande sul senso della vita, della malattia, e della morte (Davison & Jhangri, 2013). Aspetti ritenuti coerenti con l'atteggiamento di delegare a Dio alcune scelte della propria vita, contestualizzando quindi anche il tasso più basso di scelta decisionale nella dimensione dell'autodeterminazione rispetto al tasso di consapevolezza. Evidenza che sembra essere conforme a una sorta di desiderio di 'rivendicazione della propria autonomia' tramite comportamenti talvolta irriverenti o scontroso (Ryan & Deci, 2020) presentati in alcuni contesti (prevalentemente familiari). Inoltre, molti partecipanti riferiscono anche sensi di colpa per una fede non abbastanza cieca, non abbastanza praticata, raccontando talvolta di una pratica religiosa non equilibrata. Una pratica apparentemente 'rigida' raccontata come se si declinasse in una fede quasi 'ossessiva' essendo che, in cui in alcuni casi, i partecipanti fissavano il numero di rosari da dire al giorno o le volte in cui andare in chiesa 'se no succede qualcosa'. Tutte sfumature che fanno pensare a un coping R/S negativo, appunto per il rinvio di ogni responsabilità a Dio, il sentirsi abbandonati da Dio, incolpare Dio per le difficoltà (Wachholtz et al., 2007), e le domande poste sul ruolo che avrebbe potuto avere Dio nella loro vita (Altmaier, 2019). Pertanto, in alcune biografie è emerso un senso di solitudine che non era unicamente vincolato alla relazione interpersonale 'fisica' ma che includeva anche la relazione con Dio. Una relazione spesso accompagnata dal desiderio di vicinanza a Dio e alla comunità, sia essa familiare o

sociale, e con un desiderio di trascendenza e di agency sia a livello relazionale che a livello spirituale. Inoltre, sembra che tale bisogno (presumibilmente in un contesto di coping R/S negativo) sia conclamato più esplicitamente di fronte alle molteplici credenze di maledizioni, fatture o influenze malefiche sino anche alle credenze di possessione propria e/o altrui. Infine, per quanto concerne la presunta lotta R/S riportata dai partecipanti, sembrano essere emerse in maggior misura lotte R/S di ordine divino, in cui prevale l'emozione negativa centrata su credenze su Dio o su una relazione percepita con esso, e di ordine demoniaco, in cui prevale la preoccupazione che il diavolo o gli spiriti maligni stiano attaccando un individuo o causando eventi negativi (Exline et al., 2014). Per quanto riguarda le lotte R/S di ordine divino, potrebbero rientrare i sentimenti riportati di malcontento spirituale, di allontanamento spirituale e di abbandono rispetto a Dio; per le lotte R/S di ordine demoniaco, invece, potrebbero rientrare le credenze di possessione propria o altrui e le credenze di influenze malvagie come malocchi, incantesimi, fatture, maledizioni, infestazioni e via dicendo. Si considera una possibile presenza di lotta R/S anche per quanto concerne i sentimenti di rabbia rivolti verso Dio provati da alcuni partecipanti in certi momenti descritti come altamente stressanti. Approfondendo questi aspetti, i risultati riportati sono coerenti con l'analisi sociologica di Giordan & Possamai (2018) in cui, è emerso che il 56% dei 604 casi ha fatto riferimento a motivazioni di ordine anomalo. Motivazioni che sembrano coincidere anche con quanto riportato dai partecipanti nelle interviste, come appunto: (1) influenze malvagie (ie. malocchi, incantesimi, maledizioni); (2) occultismo e satanismo (ie. sette, rituali satanici, guarigioni popolari); (3) fenomeni paranormali (ie. infestazione della casa, possessione, presenze demoniache) spiegati con fatti inspiegabili come rumori, materializzazione/smateralizzazione di oggetti, essere toccati, strani odori e via dicendo; Inoltre, sembra coincidere con le evidenze degli Autori, il fatto che la maggior parte dei partecipanti riferiva di problematiche familiari come conflitti o attriti con le persone significative. Questi riferimenti potrebbero anche essere considerati alla luce di un bisogno di trascendenza avvalorato anche dalle esplicite richieste di assistenza spirituale – pastorale da parte dei partecipanti volte alla ricezione di preghiere esorcistiche, di benedizione o di liberazione; modalità che come esplicitamente raccontato, farebbe sorgere in loro una sorta di catarsi sia a livello psicofisiologico che emotivo. Un'assistenza spirituale che, a detta dei partecipanti, procura un conseguente stato di

benessere, di libertà e di leggerezza, procurando inoltre, anche un ulteriore sentimento di riavvicinamento a Dio. Queste narrazioni sembrano perciò essere parzialmente in contrasto con i buoni livelli di autotrascendenza e di spiritualità rilevati, risultando invece coerenti con minori tassi di speranza e di pace, oltre che a maggiori difficoltà di perdonare se stessi (che contribuirebbe a spiegare le molteplici dichiarazioni di combattimento e tensione interiore riportate nelle interviste). A fronte di queste considerazioni è possibile contestualizzare con più precisione gli alti livelli di spiritualità e di disagio. Dunque, se è vero che potrebbe essere presente anche un coping R/S negativo, allora i risultati ottenuti sarebbero coerenti con quanto citato in Dworsky et al. (2016) in merito al fatto che le lotte spirituali sono strettamente legate al disagio e alla cattiva salute; come documentato dalle evidenze empiriche di numerosi studi che hanno utilizzato progetti trasversali e longitudinali (Dworsky et al., 2016).

Infine, è interessante notare come il tasso di richiesta di assistenza spirituale sia quasi al pari della richiesta di assistenza psicologica. Ciò porta a considerare l'importanza dell'integrazione della spiritualità nelle pratiche di ascolto e di formazione psicologica al fine di soddisfare al meglio le domande esistenziali delle persone.

CONCLUSIONI

La presente ricerca è stata condotta con l'obiettivo di indagare l'eventuale associazione tra il disagio psicologico e quello spirituale. Pertanto, i risultati emersi dallo studio indicano la possibile presenza dell'associazione tra la dimensione psicologica (vedi IES-R, CORE-OM, CEQ) e quella spirituale (vedi TDRS, WHOQOL-SRPB, MLQ, HFS, STS, SDS) avvalorata da quanto espresso nelle interviste. Più precisamente è emerso che all'aumentare del disagio psicologico ne consegue una diminuzione della qualità della vita spirituale, e che all'aumentare del disagio psicologico, diminuisce la presenza di significato, l'autotrascendenza e l'autodeterminazione. Inoltre, è emerso che all'aumentare della presenza di significato ne consegue un aumento della rappresentazione ontologica della morte come passaggio.

Per quanto concerne la dimensione psicologica sono emersi valori significativi al di sopra del cut-off clinico; ciò suggerisce che vi sia una generale significatività clinicamente rilevante di disagio psicologico. Evidenze coerenti con gli alti livelli di disfunzionalità registrati dalla valutazione dell'impatto psicologico dell'evento traumatico nelle componenti di evitamento, intrusività e iperarousal; in particolar modo è emerso che il 60% dei partecipanti ha raggiunto punteggi al di sopra del cut – off clinico nella componente dell'iperarousal. A tal proposito, dalle interviste sono emerse molte testimonianze di esperienze percepite come traumatiche o particolarmente stressanti, tra cui lutti inaspettati (anche infantili) e plausibili disposizioni depressive e/o ansiose. Infine, in molte interviste sono emersi segni di combattimento e tensione interiore, confermati da bassi livelli di pace e di speranza registrati nei questionari. In tal senso, è stata identificata anche una correlazione negativa tra il disagio psicologico, in particolar modo le componenti legate al rischio, e le componenti relative all'integrità. Per quanto riguarda la propensione alla fantasia, i risultati indicano una probabile tendenza a utilizzare la fantasia; fattore che è correlato positivamente sia con il disagio psicologico sia con l'impatto psicologico dell'evento traumatico, tra cui le componenti intrusive e di iperarousal. Per quanto concerne la dimensione spirituale i dati riportano risultati non uniformi, per cui si necessitano di ulteriori approfondimenti.

4.1. Punti di forza, limiti e prospettive future della ricerca

I punti di forza dello studio risiedono nell'utilizzo della triangolazione metodologica, e di molteplici variabili indagate; ciò ha permesso l'approfondimento sia della dimensione psicologica che spirituale garantendo una maggiore contestualizzazione dei risultati. D'altronde, sebbene promettenti, i risultati dovrebbero essere considerati alla luce delle seguenti carenze. In primo luogo, i risultati dello studio sono correlazionali, perciò non consentono di dedurre la causalità. Ciò significa che di fronte all'impossibilità di generalizzare i risultati ottenuti sarebbe opportuno affrontare gli obiettivi di ricerca con studi longitudinali, valutando e confrontando le variabili in almeno due punti temporali. In secondo luogo, la mancata rappresentatività del campione è ulteriormente comprovata dall'insufficiente eterogeneità del campione poiché costituito unicamente da coloro che si sono rivolti all'esorcista per assistenza spirituale – pastorale. In virtù di ciò, per gli studi futuri, sarebbe opportuno scegliere un campione più eterogeneo, esaminando e confrontando anche le esperienze di coloro che non hanno sistemi di credenze R/S (Parker, 2005). In terzo luogo, è necessario contestualizzare i risultati anche alla luce dell'adattamento metodologico apportato alla TDRS e alla CEQ. Infine, la raccolta dati è stata effettuata solo su questionari self – report che possono essere stati soggetti a bias di desiderabilità sociale, dal timore di una conseguenza negativa da parte di una risposta veritiera (Lakshman et al., 2000), piuttosto che da eventuali sentimenti di colpa, di giudizio e di vergogna (Exline & Grubbs, 2011).

Nonostante queste limitazioni per le ricerche future sarebbe consono approfondire numerosi aspetti. Uno di questi potrebbe essere l'aspetto dell'assorbimento in merito alla vividezza delle immagini, le illusioni cenestesiche – visive ed uditive e le credenze paranormali, come quelle di possessione o di doti psichiche particolari. Infatti, molti partecipanti, oltre a rappresentare Dio con concetti astratti, l'hanno anche rappresentato in una forma umana come padre misericordioso e amorevole o come migliore amico. Una presenza con cui comunicare, con cui litigare, con cui confidarsi in attesa di una sua risposta, con cui relazionarsi appunto. Connotati che secondo Lifshitz et al., (2019) sono spesso presenti in soggetti che hanno un alto punteggio nella scala di assorbimento, oltre che al riferimento di esperienze sensoriali insolite, che nel nostro caso potrebbero essere il vedere mani verdi nel buio piuttosto che l'essere toccati/chiamati da presenza o

all'assistere ad apparizioni religiose. Inoltre, sarebbe opportuno approfondire anche il bias di autoattribuzione, l'illusione di controllo e le convinzioni paranormali di per sé poiché, secondo quanto citato nello studio di van Elk (2017), i pregiudizi cognitivi e le convinzioni paranormali si rafforzano a vicenda (Irwin, 2009). Inoltre, vanno spesso di pari passo anche i fenomeni relativi al bias di autoattribuzione e la disposizione ad utilizzare un pensiero magico (van Elk et al., 2015; Tan et al., 2019). Infatti, dalle narrazioni dei partecipanti, spesso sono state riportate convinzioni che fattori esterni o soprannaturali (come malocchi, spiriti invisibili o entità di altro genere) influenzassero gli accadimenti della loro vita, e talvolta, anche i loro o altrui comportamenti e pensieri (rif. controllo vicario citato in van Elk, 2017). Infine, sarebbe ulteriormente interessante approfondire in che misura si presenta l'angoscia esistenziale, al fine di poter contestualizzare meglio il bisogno di trascendenza con le misure della spiritualità, del significato, della morte e del disagio psicologico.

Bibliografia

- Abu-Raiya, H. S.-N. (2020). Presence of meaning, search for meaning, religiousness, satisfaction with life and depressive symptoms among a diverse Israeli sample . *International Journal of Psychology*, 276-285.
- Abu-Raiya, H., Sasson, T., & Russo-Netzer, P. (2020). Presence of meaning, search for meaning, religiousness, satisfaction with life and depressive symptoms among a diverse Israeli sample. *International Journal of Psychology*, 276-285.
- Albert, N., Melau, M., Jensen, H., & al., e. (2017). The effect of duration of untreated psychosis and treatment delay on the outcomes of prolonged early intervention in psychotic disorders. *npj Schizophrenia*.
- Aljaberi, M. A., Lee, K.-H., Alareqe, N. A., Qasem, M. A., Alasalahi, A., Abdallah, A. M., . . . Lin, C.-Y. (2022). Rasch Modeling and Multilevel Confirmatory Factor Analysis for the Usability of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare*, 10.
- Altmaier, E. M. (2019). An introduction to positive psychology. In E. M. Altmaier, *Promoting Positive Processes After Trauma* (p. 17-30). Academic Press.
- Altmaier, E. M. (2019). Religiousness and spirituality. *Promoting Positive Processes After Trauma*, 89-99.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2004). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 461-480.
- Asch, R. H., Esterlis, I., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2021). Risk and resilience factors associated with traumatic loss-related PTSD in U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Psychiatry Research*.
- Ballew, S. H., Hannum, S. H., Gaines, J. M., Marx, K. A., & Parrish, J. M. (2012). The Role of Spiritual Experiences and Activities in the Relationship Between Chronic Illness and Psychological Well-Being. *Journal of Religion and Health*, 1386–1396.
- Barkham, M., Culverwell, A., Spindler, K., & Twigg, E. (2005). The CORE-OM in an older adult population: Psychometric status, acceptability, and feasibility. *Aging & Mental Health*, 235–245.

- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3-15.
- Bauer, N. M., & Doole, J. A. (2022). The Devil and the Doctor: The (De)Medicalization of Exorcism in the Roman Catholic Church. *Religion and Theology*.
- Behringer, W. (2007). Demonology, 1500-1660. In R. P.-C. Hsia, *The Cambridge history of christianity: Reform and expansion 1500-1660* (p. 406-424). Cambridge University Press.
- Birrer, E., Michael, T., & Munsch, S. (2007). Intrusive images in PTSD and in traumatised and non-traumatised depressed patients: A cross-sectional clinical study. *Behaviour Research and Therapy*, 2053-2065.
- Biunno, E. (2004). Una ricerca sulla possessione diabolica. *Psychofenia*, 147-165.
- Bob, P., & Laker, M. (2016). Traumatic stress, neural self and the spiritual mind. *Consciousness and Cognition*, 7-14.
- Boehnlein, J. K. (2006). Religion and Spirituality in Psychiatric Care: Looking Back, Looking Ahead. *transcultural psychiatry*, 634-651.
- Boisen, A. T. (1960). Out of the Depths: An Autobiographical Study of Mental Disorder and Religious Experience. In A. T. Boisen, *Out of the Depths: An Autobiographical Study of Mental Disorder and Religious Experience* (p. p. 82). New York: Harper & Row.
- Bourguignon, E. (2004). Possession and Trance. In C. Ember, & M. Ember, *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures Topics* (p. 137-145). New York: Springer.
- Bourguignon, E., Bellisari, A., & McCabe, S. (1983). Women, Possession Trance Cults, and the Extended Nutrient-Deficiency Hypothesis. *American Anthropologist Association*, 413-416.
- Brassai, L., Piko, B., & Steger, M. (2010). Meaning in Life: Is It a Protective Factor for Adolescents' Psychological Health? *International Journal of Behavioral Medicine*, 44-51.
- Brocki, J. M., & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology and health*, 87-108.

- Buterin, T., Muzur, A., & Glažar, B. (2020). Saints and “Possession”: A Case Review Bordering. *Journal of Religion and Health*.
- Cankaya, Z. C., & Denizli, S. (2020). An Explanation of Happiness with Secure Attachment, Basic Psychological Needs and Hope: The Case of Turkish University Students. *European Journal of Educational Research*, 433-444.
- Cardeña, E., Lynn, S. J., & Krippner, S. (2017). The psychology of anomalous experiences: A rediscovery. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 4-22.
- Cardeña, E., van Duijl, M., Weiner, L., & Terhune, D. (2009). Possession/Trance Phenomena. In P. Dell, & J. O'Neil, *Dissociation and the Dissociative Disorders DSM-V and Beyond* (p. 171-178). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Carreno, D. F., & Eisenbeck, N. (2022). Existential Insights in Cancer: Meaning in Life Adaptability. *Medicina*, 461.
- Centini, M. (2019). *Posseduti*. Milano: Mondadori.
- Cerunzio, S. (2019, ottobre 19). A Roma un corso per esorcisti, in Italia 500mila persone ogni anno li chiamano per un aiuto. *La Stampa*.
- Cheng, K. (2017). ‘My husband is possessed by a jinn’: a case study in transcultural mental health. *Australasian Psychiatry*, 471-473.
- Church, T. A., Katigbak, M. S., Locke, K. D., Zhang, H., Shen, J., de Jesús Vargas-Flores, J., . . . Ching, C. M. (2012). Need Satisfaction and Well-Being: Testing Self-Determination Theory in Eight Cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 507-534.
- Cianconi, P., Cuccarese, O., Calì, S., Maloni, V., & Grillo, F. (2012). Il Sé permeabile: le possessioni tra scienza e sacro. *Psichiatri Oggi*, 5.
- Coakley, J. (2007). Discerning Spirits: Divine and Demonic Possession in the Middle Ages (review). *Magic, Ritual, and Witchcraft*, 79-81.
- Connell, A., Koen, L., Niehaus, D., & al., e. (2015). Religious delusions in a Xhosa schizophrenia population. *Journal of Religion and Health*, 1555-1562.
- Connell, J., Barkham, M., Stiles, W., Twigg, E., Singleton, N., Evans, O., & Miles, J. (2007). Distribution of CORE–OM scores in a general population, clinical cut-off points and comparison with the CIS–R. *British Journal of Psychiatry*, 69-74.

- Consoli, S., Rossi, A., Thompson, L. Y., Volpi, C., Mannarini, S., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2020). Assessing Psychometric Properties of the Italian Version of the Heartland Forgiveness Scale. *Frontiers in Psychology*.
- Cortini, M. (2014, Novembre). Mix-Method Research in Applied Psychology. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5(23). doi:10.5901/mjss.2014.v5n23p1900
- Costello, S. J. (2016). The Spirit of Logotherapy. *Religions*, 3.
- Cote, A., & Mukherji, S. (2022). (PO-168) Culture Bound Syndrome or Idiom of Distress? A Case of Brief Jinn Possession with Atypical Features in Afghani Patient. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 77.
- Coward, D. D., & Reed, P. G. (1996). Self-Transcendence: A Resource for Healing at the End of Life. *Issues in Mental Health Nursing*, 275-288.
- Cozzolino, P. J., Staples, A. D., Meyers, L. S., & Samboceti, J. (2004). Greed, Death, and Values: From Terror Management to Transcendence Management Theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 278-292.
- Crabtree, A. (1985). *Multiple Man: Explorations in possession and multiple personality*. Toronto: Collins.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale—Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 1489-1496.
- Cresswell, J. (2014). *Little Oxford Dictionary of Word Origins*. Oxford University Press.
- Creswell, J. W. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (II ed.). Thousand Oaks, California: SA-GE Publications.
- Creswell, J. W. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Curlin, F. A. (2007). Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and Other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. *The American Journal of Psychiatry*, 1825-1831.
- Davison, S. N., & Jhangri, G. S. (2013). The Relationship Between Spirituality, Psychosocial Adjustment to Illness, and Health-Related Quality of Life in Patients With Advanced Chronic Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 170-178.

- De Soir, E. (2018). The concept of psychological trauma in psychodynamic French theory: From metaphor to clinical usefulness. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 207-214.
- Dein, S., Cook, C. C., Powell, A., & Eagger, S. (2010). Religion, spirituality and mental health. *The Psychiatrist*, 63-64.
- Dell, P. (2011). The Long Struggle to Diagnose Multiple Personality Disorder (MPD): Partial MPD. In P. Dell, & J. O'Neil, *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 405-425). New York and London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Demmrich, S. (2020). Possession from the perspective of the psychology of religion: the study by Traugott Konstantin Oesterreich (1921) and its contemporary relevance. *cultura & psyché*, 69-81.
- Dessì, C. (2018, giugno 15). *Laboratorio dell'ISPF*.
- Di Nola, A. (1980). *Il diavolo: la sindrome demoniaca sovrasta l'umanità*. Roma: Scipioni.
- Dworsky, C. K., Pargament, K. I., Wong, S., & Exline, J. J. (2016). Suppressing spiritual struggles: The role of experiential avoidance in mental health. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 258-265.
- Einstein, S. (1966). The Myth of the Birth of the Hero. In F. Alexander, S. Eisenstein, & M. Grotjahn, *Psychoanalytic Pioneers* (p. 36-50). New York and London: Basic Books.
- Elizabeth J. Halcomb, A. S. (2009). *Mixed methods Re-search for Nursing and the Health Sciences*. Wiley Blackwell, United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Elkonin, D., Brown, O., & Naicker, S. (2014). Religion, Spirituality and Therapy: Implications for Training. *Journal of Religion and Health*, 119-134.
- Ellermann, C. R., & Reed, P. G. (2001). Self-Transcendence and Depression in Middle-Age Adults. *Western Journal of Nursing Research*, 689-713.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 51-60.

- Exline, J. J., & Grubbs, J. B. (2011). "If I Tell others about my Anger toward God, How will They Respond?" Predictors, Associated Behaviors, and Outcomes in an Adult Sample. *Journal of Psychology and Theology*, 304–315.
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., & Yali, A. M. (2014). The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 208-222.
- Filak, V. F., & Sheldon, K. M. (2003). Student Psychological Need Satisfaction and College Teacher-Course Evaluations. *Educational Psychology*, 235-247.
- Fisher, R., & Karl, J. A. (2022). Unravelling values and wellbeing – disentangling within- and between-person dynamics via a psychometric network perspective. *Journal of Personality & Social Psychology*.
- Fleck, M. P., & Skevington, S. (2007). Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB. *Rev. Psiq. Clín*, 67-69.
- Francesco, M. (2019). Il potere sul potere: prometeismo e responsabilità dell'umano in Romano Guardini . In M. Francesco, *Il potere sul potere: prometeismo e responsabilità dell'umano in Romano Guardini* (p. 127 - 138). Fabrizio Serra Editore .
- Frankl, V. (1965). *Il medico e l'anima: dalla psicoterapia alla logoterapia*. New York.
- Frankl, V. E. (1982). *Logoterapia e analisi esistenziale*. Brescia: Morcelliana.
- Friese, S., Soratto, J., & Pires, D. (2018). Carrying out a computer-aided thematic content analysis with ATLAS.ti. *MMG Working Paper*, 18-02.
- Gabriele, F. (2019, marzo 26). In Sicilia c'è una grande richiesta di esorcisti. *AGI - Agenzia Giornalistica Italiana S.p.A.*
- Galimberti, U. (1992). Scissione. In *Dizionario di psicologia* (p. 849). Torino: UTET. Tratto da ISBN 88-02-04613-1
- Garland, E. L., & Fredrickson, B. L. (2019). Positive psychological states in the arc from mindfulness to self-transcendence: extensions of the Mindfulness-to-Meaning Theory and applications to addiction and chronic pain treatment. *Current Opinion in Psychology*, 184-191.
- Gildea, P. (1974). Demoniacal Possession. *Irish Theological Quarterly*, 290-311.
- Giordan, G., & Possamai, A. (2016). The over-policing of the devil: A sociology of exorcism. *Social Compass*, 444-460.

- Giordan, G., & Possamai, A. (2018). Mastering the devil: A sociological analysis of the practice of a Catholic exorcist. *Current Sociology*, 74-91.
- Harper, D. (2022, maggio). *Online Etymology Dictionary*. Tratto da Online Etymology Dictionary: <https://www.etymonline.com/>
- Harper, D. (2022, maggio). *ONLINE ETYMOLOGY DICTIONARY*. Tratto da ONLINE ETYMOLOGY DICTIONARY: <https://www.etymonline.com/>
- Haugan, G., Rannestad, T., Garåsen, H., Hammervold, R., & Espnes, G. A. (2012). The Self-Transcendence Scale: An Investigation of the Factor Structure Among Nursing Home Patients. *Journal of Holistic Nursing*, 147-159.
- Hecker, T., Braitmayer, L., & Van Duijl, M. (2015). Global mental health and trauma exposure: The current evidence for the relationship between traumatic experiences and spirit possession. *European Journal of Psychotraumatology*.
- Henderson, B. B., Gold, S. R., & McCord, M. T. (1982). Daydreaming and curiosity in gifted and average children and adolescents. *Developmental Psychology*, 576-582.
- Hsu, S. S., Lewis Hall, E. M., & Coe, J. H. (2007). Integration in Hong Kong: A phenomenological Study of Chinese Christian Therapists. *Journal of Psychology and Theology*, 103-111.
- Hughes, D. (1991). Blending with an other: An Analysis of Trance Channeling in the United States. *Ethos*, 161-184.
- Ikedo, F., Castro, L., Fraguas, S., Rego, F., & Nunes, R. (2020). Cross-cultural adaptation and validation of the European Portuguese version of the heartland forgiveness scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 289.
- Irmak, M. K. (2014). Schizophrenia or Possession? *Journal of Religion and Health*, 773-777.
- Itzkowitz, S., & Howell, E. (2020). *Psychoanalysts, Psychologists and Psychiatrists Discuss Psychopathy and Human Evil*. London and New York: Routledge.
- Jacob, K. S. (2015). Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 117-119.
- Jakobsen, M. (1999). Negative spiritual experiences: Encounters with evil.
- Joseph, K. G., Arinaitwe, E., & Muwaga, M. (2022). The relationship between mindfulness and sustainable consumer behaviour: The mediating effect of self-

- transcendence. *International Journal of Social Science and Humanities Research*, 94-101.
- Keener, C. (2021). Giovanni B. Bazzana, Having the Spirit of Christ: Spirit Possession and Exorcism in the Early Christ Groups. *Scottish Journal of Theology*, 193-195. doi:10.1017/S0036930621000119
- Kim, S., Hayward, R. D., & Reed, P. G. (2014). Self-transcendence, spiritual perspective, and sense of purpose in family caregiving relationships: a mediated model of depression symptoms in Korean older adults. *Aging & Mental Health*, 905-913.
- Kitson, A., Chirico, A., Gaggioli, A., & Riecke, B. E. (2020). A Review on Research and Evaluation Methods for Investigating Self-Transcendence. *Frontiers in Psychology*.
- Koenig, H. G. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 283-291.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, 33.
- Krägeloh, C., Billington, D., & Henning, M. (2015). Spiritual quality of life and spiritual coping: evidence for a two-factor structure of the WHOQOL spirituality, religiousness, and personal beliefs module. *Health and Quality of Life Outcomes*.
- Kyrylchuk, O. M., Krupka, L. O., & Krupka, M. A. (2022). Features of the image of the psychological trauma in modern textual constructions. *Polish Psychological Bulletin*, 177-183.
- La Sagna, P. (2010). Séglas et le système de l'Autre Méchant. *La Cause freudienne*, 201-221.
- Laing, R. (1969). *L'io diviso*. Torino: Einaudi. Tratto da ISBN 88-06-15976-3
- Lakshman, M., Sinha, L., Biswas, M., Charles, M., & Arora, N. K. (2000). Quantitative Vs qualitative research methods. *The Indian Journal of Pediatrics*, 369-377.
- Lee, H. S., Shin, H. S., Park, H. Y., Kim, J. L., Lee, J. J., Lee, H., . . . Han, W. (2019). Depression as a Mediator of Chronic Fatigue and Post-Traumatic Stress Symptoms in Middle East Respiratory Syndrome Survivors. *Psychiatry Investig.*, 59-64.

- Lee, Y.-H., & Salman, A. (2018). The Mediating Effect of Spiritual Well-being on Depressive Symptoms and Health-related Quality of Life Among Elders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 418-424.
- Lhermitte, F., Pillon, B., & Serdaru, M. (1986). Human autonomy and the frontal lobes. Part I: Imitation and utilization behavior: A neuropsychological study of 75 patients. *Annals of Neurology*, 326-334.
- Lifshitz, M., Van Elk, M., & Luhrmann, T. M. (2019). Absorption and spiritual experience: A review of evidence and potential mechanisms. *Consciousness and Cognition*.
- Love, B., Vetere, A., & Davis, P. (2020). Should Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) be Used With Focus Groups? Navigating the Bumpy Road of “Iterative Loops,” Idiographic Journeys, and “Phenomenological Bridges”. *International Journal of Qualitative Methods*, 19.
- Lukoff, D., Cloninger, C. R., Galanter, M., Gellerman, D. M., Glickman, L., Koenig, H. G., . . . Yang, C. P. (2010). Religious and Spiritual Considerations in Psychiatric Diagnosis: Considerations for the DSM-V. In P. Verhagen, H. M. Van Praag, J. J. Lopez-Ibor, J. Cox, & D. Moussaoui, *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries* (p. 423-435). UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Madhu, S., Kumar, P., & Chandra, S. (2022). Reliability and factor analysis of Hindi version of IES-R scale: Effect of Rajyoga meditation on perceiving the impact of COVID-19. *Dialogues in Health*.
- Maltby, J., Macaskill, A., & Day, L. (2001). Failure to forgive self and others: a replication and extension of the relationship between forgiveness, personality, social desirability and general health. *Personality and Individual Differences*, 881-885.
- Maltby, J., Macaskill, A., & Day, L. (2001). Failure to forgive self and others: a replication and extension of the relationship between forgiveness, personality, social desirability and general health. *Personality and Individual Differences*, 881-885.
- Marco Paturzo, C. S. (2016). I disegni di ricerca con metodo misto: un approccio metodologico innovativo per la ricerca infermieristica. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* , p. 82-86.

- Martínez, B. B., & Custódio, R. P. (2014). Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Medical Journal*, 23-27.
- Merckelbach, H., Muris, P., & Rassin, E. (1999). Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 961-967.
- Merckelbach, H., Rassin, E., & Muris, P. (2000). Dissociation, Schizotypy, and Fantasy Proneness in Undergraduate Students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 428-431.
- Moller, A. C., & Deci, E. L. (2010). Interpersonal control, dehumanization, and violence: A self-determination theory perspective. *Group Processes & Intergroup Relations*, 41-53.
- Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2006). Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life". *Social Science & Medicine*, 843-845.
- Negri, L., Bassi, M., & Delle Fave, A. (2019). Italian Validation of the Meaning in Life Questionnaire: Factor Structure, Reliability, Convergent, and Discriminant Validity. *Psychological Reports*, 1-23.
- Nijenhuis, E. (2011). Somatoform Dissociation and Somatoform Dissociative Disorders. In P. Dell, & J. O'Neil, *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 259-271). New York and London: Routledge Taylor & Francis Group.
- O'Connell, K. A., & Skevington, S. M. (2005). The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus group in Britain. *British Journal of Health Psychology*, 379-398.
- Ostafin, B. D., & Proulx, T. (2020). Meaning in life and resilience to stressors. *Anxiety, Stress & Coping*, 603-622.
- Ouagazzal, O., Bernoussi, M., Potard, C., & Boudoukha, A. H. (2021). Life events, stressful events and traumatic events: A closer look at their effects on post-traumatic stress symptoms. *European Journal of Trauma & Dissociation*.
- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaloni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., . . . Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the Outcomes in Routine

- Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 444-449.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 513-543.
- Park, C., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 115-144.
- Park, J., & Baumeister, R. F. (2017). Meaning in life and adjustment to daily stressors. *The Journal of Positive Psychology*, 333-341.
- Parker, J. S. (2005). Extraordinary Experiences of the Bereaved and Adaptive Outcomes of Grief. *Journal of Death and Dying*, 257–283.
- Perrotta, G. (2019). The phenomenon of demonic possession: definition, contexts and multidisciplinary approaches. *Journal of Psychology and Mental Health Care*, 1-13.
- Peters, L. G., & Price-Williams, D. (1980). Towards an experiential analysis of shamanism. *American Ethnologist*, 397-418.
- Peters, L., & Price-Williams, D. (1983). A Phenomenological Overview of Trance. *Transcultural Psychiatric Research Review*.
- Pezirkianidis, C., Galanakis, M., Karakasidou, I., & Stalikas, A. (2016). Validation of the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) in a Greek Sample. *Psychology*, 1518-1530.
- Pietkiewicz, I. J., Kłosińska, U., & Tomalski, R. (2021). Delusions of possession and religious coping in schizophrenia: a qualitative study of four cases. *Frontiers in Psychology*, 842.
- Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 7-14.
- Poole, R., & Cook, C. C. (2011). Praying with a patient constitutes a breach of professional boundaries in psychiatric practice. *The British Journal of Psychiatry*, 94-98.
- Reed, P. G. (2018, ottobre 19). *Self-Transcendence: Scale and Theory*. Tratto da Nursology: <https://nursology.net/nurse-theories/self-transcendence-theory/>

- Ries, J. (2007). *L'uomo religioso e la sua esperienza del sacro*. Jaca Book.
- Rose, L. M., Zask, A., & Burton, L. J. (2017). Psychometric properties of the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) in a sample of Australian adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 68-77.
- Ross, C. (2011). The Theory of a Dissociative Subtype of Schizophrenia. In P. Dell, & J. O'Neil, *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 558-565). New York and London: Taylor & Francis Group.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*.
- Saki, F., & Ahmadi, A. (2022). Spirit possession, mental suffering, and treatment by theurgic flight anthropological study of a culture-bound syndrome among the Turkmens of Iran. *Culture & Psychology*.
- Salvati, V. (2006-2008). L'inserimento della possessione spiritica tra i Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati del DSM-IV-TR. *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 361-381.
- Sánchez-Bernardos, M. L., Hernández Lloreda, M. J., Avia, M. D., & Bragado-Alvarez, C. (2015). Fantasy Proneness and Personality Profiles. *Imagination, Cognition and Personality: Consciousness in Theory, Research, and Clinical Practice*, 327-339.
- Sar, V., & Öztürk, E. (2011). Psychotic Presentations of Dissociative Identity Disorder. In P. Dell, & J. O'Neil, *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 535-543). New York and London: Taylor & Francis Group.
- Saraceno, C., & Santonocito, M. (2017). Introduzione. In C. Saraceno, & M. Santonocito, *Follia a due. Il contagio psichico e psicosi collettiva* (p. 17-19). Villaggio Maori.
- Scatolin, H. G. (2014). Contemporary Reflections on Hysterical and Obsessive Neurosis. *Psychology Research*, 726-733.
- Schlechter, P., Rodriguez, I. M., Morina, N., Knausenberger, J., Wilkinson, P. O., & Hellmann, J. H. (2021). Psychological distress in refugees: The role of traumatic events, resilience, social support, and support by religious faith. *Psychiatry Research*.

- Schulenberg, S. E., Strack, K. M., & Buchanan, E. M. (2011). The meaning in life questionnaire: psychometric properties with individuals with serious mental illness in an inpatient setting. *Journal of Clinical Psychology*, 1210-1219.
- Schulenberg, S. E., Strack, K. M., & Buchanan, E. M. (2011). The Meaning in Life Questionnaire: Psychometric Properties With Individuals With Serious Mental Illness in an Inpatient Setting. *Journal of Clinical Psychology*, 1210-1219.
- Sechrest, L., & Sidani, S. (1995). Quantitative and qualitative methods: is there an alternative? *Evaluation and Program Planning*, 77-87.
- Semetsky, I. (2002). What evil lurks in the hearts of men? The Shadow. *Trickster's Way*, 11.
- Semetsky, I., & Delpech-Ramey, J. A. (2010). Jung's Psychology and Deleuze's Philosophy: The unconscious in learning. *Educational Philosophy and Theory*, 69-81.
- Shaw, S. K., Dallos, R., & Shoebridge, P. (2009). Depression in Female Adolescents: An IPA Analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 167-181.
- Shekhar, S. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 1486-1497.
- Sheldon, K. M. (1995). Creativity and Self-Determination in Personality. *Creativity Research Journal*, 25-36.
- Siddle, R., Haddock, G., Tarrier, N., & Faragher, E. (2014). Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 130-138.
- Silva, M. N., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., Matos, M. G., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2010). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *Journal of Behaviour Medicine*, 110-122.
- Smith, J. A. (2010). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 9-27.
- Soratto, J., Pires, D. E., & Friese, S. (2020). Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for researchs in health. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*.

- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 80–93.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaning in Life. *Journal of Counseling Psychology*, 80-93.
- Szadejko, K. (2020). Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale. *Rivista di Scienze dell'Educazione*, 20-29.
- Tan, E. J., Fletcher, K., & Rossell, S. L. (2019). Exploring the relationship between fantasy proneness and delusional beliefs in psychosis and non-clinical individuals. *Psychiatry Research*, 80-85.
- Tanzella-Nitti, G. (2018). Religione e Rivelazione. In G. Tanzella-Nitti, *Religione e Rivelazione* (p. 40-50). Roma: Città Nuova.
- Temane, L., Khumalo, I. P., & Wissing, M. P. (2014). Validation of the Meaning in Life Questionnaire in a South African context. *Journal of Psychology in Africa*.
- Testoni, I., Ancona, D., & Ronconi, L. (2015). The Ontological Representation of Death: A Scale to Measure the Idea of Annihilation Versus Passage. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 60-81. doi: 10.1177/0030222814568289
- Testoni, I., Russotto, S., Zamperini, A., & De Leo, D. (2018). Addiction and religiosity in facing suicide: a qualitative study on meaning of life and death among homeless people. *Mental Illness*.
- Testoni, I., Sansonetto, G., Ronconi, L., Rodelli, M., Baracco, G., & Grassi, L. (2018). Meaning of life, representation of death, and their association with psychological distress. *Palliative and Supportive Care*, 511-519. doi:10.1017/S1478951517000669
- Thewes, B., Meiser, B., & Hickie, I. B. (2001). Psychometric properties of the impact of event scale amongst women at increased risk for hereditary breast cancer. *Psycho-oncology*, 459-468.
- Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Heinze, L., . . . Roberts, D. E. (2005). Dispositional Forgiveness of Self, Others, and Situations. *Journal of Personality*, 313-360.

- Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, N. H., Bellings, L. S., . . . Roberts, D. E. (2005). Dispositional Forgiveness of Self, Others, and Situations. *Journal of Personality*, 313-360.
- Travezaño-Cabrera, A., Vilca, L. W., Quiroz-Becerra, J., Huerta, S. L., Delgado-Vallejos, R., & Caycho-Rodríguez, T. (2022). Meaning of life questionnaire (MLQ) in peruvian undergraduate students: study of its psychometric properties from the perspective of classical test theory (CTT). *BMC Psychol*, 206.
- Tsai, G., Condie, D., Wu, M., & Chang, I. (1999). Functional magnetic resonance imaging of personality switches in a woman with dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 119-122.
- Van Duijl, M., Kleijn, W., & de Jong, J. (2013). Are symptoms of spirit possessed patients covered by the DSM-IV or DSM-5 criteria for possession trance disorder? A mixed-method explorative study in Uganda. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1417-1430.
- Van Duijl, M., Nijenhuis, E., Komproe, I. H., Gernaat, H. B., & De Jong, J. T. (2010). Dissociative Symptoms and reported trauma among patients with spirit possession and matched healthy controls in Uganda. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 380-400.
- Van Tongeren, D. R., Green, J. D., Hook, J. N., Davis, D. E., Davis, J. L., & Ramos, M. (2015). Forgiveness Increases Meaning in Life. *Social Psychological and Personality Science*, 47-55.
- Ventriglio, A., Bonfitto, I., Ricci, F., Cuoco, F., & Bhavsar, V. (2018). Delusion, possession and religion. *Nordic Journal of Psychiatry*.
- Wachholtz, A. B., Pearce, M. J., & Koenig, H. (2007). Exploring the Relationship between Spirituality, Coping, and Pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 311-318.
- Whitley, R. (2012). Religious competence as cultural competence. *Transcult Psychiatry*, 245-260.
- Wong, P. T. (2016). Meaning-Seeking, Self-Transcendence, and Well-being. *SpringerLink*, 311-321.
- Yalçın, İ., & Malkoç, A. (2015). The Relationship Between Meaning in Life and Subjective Well-Being: Forgiveness and Hope as Mediators. *Journal of Happiness Studies*, 915-929.

