



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

**Disagio Psicologico e Spirituale: Legittimazione del Bisogno di
Trascendenza e Ascolto Psicologico**

*Psychological and Spiritual Discomfort: Legitimization of the need for
Transcendence and Psychological Listening*

Relatrice:

Prof.ssa Ines Testoni

Correlatori:

Dott. Alex Vischio

Dott. Ciro De Vincenzo

Laureanda: Concetta Ciappa

Matricola: 2052358

Anno accademico 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1	5
IL BISOGNO DI TRASCENDENZA	5
1.1. Definizione di trascendenza: l'esigenza di porsi al di là dell'esperienza sensibile	5
1.2. Spiritualità, religiosità e il rapporto con la salute mentale	9
1.3. Il modello biopsicosociale-spirituale: un approccio olistico	18
CAPITOLO 2	24
DISAGIO SPIRITUALE: FENOMENOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLA POSSESSIONE	24
2.1. Possessione ed esorcismo: definizione e analisi	24
2.2. Classificazioni diagnostiche: uno sguardo psichiatrico al fenomeno della possessione	32
2.3. Esorcista o professionista della salute mentale? La necessità di collaborazione.	39
CAPITOLO 3	43
LA RICERCA	43
3.1. Obiettivi della ricerca e ipotesi di ricerca	43
3.2. Metodologia e strumenti	43
3.2.1. <i>Il metodo quantitativo</i>	45
3.2.2. <i>Il metodo qualitativo</i>	48
3.3. Partecipanti	51
3.4. Analisi dei dati e analisi tematica	52
3.4.1. <i>Risultati quantitativi</i>	52
3.4.2. <i>Risultati qualitativi</i>	60
3.4.2.1. <i>Lo stato di disagio esistenziale</i>	61
3.4.2.2. <i>Esposizione ad eventi traumatici e/o dolorosi</i>	64
3.4.2.3. <i>Esigenza di sentirsi compresi e accettati</i>	67
3.4.2.4 <i>Uso della fede come fonte di resilienza</i>	68
CAPITOLO 4	73
DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	73
4.1 Discussione	73
4.2 Conclusioni, limiti e prospettive future	77
Bibliografia	79

INTRODUZIONE

La presente ricerca è stata ideata sulla base della necessità di colmare le lacune presenti in letteratura, così come anche nella pratica clinica, di ciò che concerne il bisogno di trascendenza, il disagio psicologico e spirituale, esperiti da molte persone. Ci si è posti l'obiettivo di analizzare l'eventuale relazione che vi è tra il disagio psicologico e quello spirituale e di comprendere le motivazioni che spingono un individuo a chiedere aiuto ad una figura spirituale, al fine di lenire la propria sofferenza. L'utilità di questa ricerca risiede nella volontà di comprendere la tipologia di disagio vissuto, sia esso di natura psicologica che spirituale, con l'auspicio di potere elaborare nuovi piani di assistenza che vedano la collaborazione tra le figure professionali della salute mentale e gli assistenti spirituali, al fine di garantire il benessere della persona, secondo un approccio olistico di tipo bio-psico-sociale-spirituale e culturale. A tal proposito, nel primo capitolo vengono approfonditi i concetti di trascendenza, spiritualità e religiosità, la relazione di queste dimensioni con la salute mentale e l'importanza di contemplarle nella pratica clinica; nel secondo capitolo vengono approfonditi i fenomeni della possessione e dell'esorcismo e la relazione tra questi fenomeni e la psicopatologia; nel terzo capitolo, invece, è riportata la ricerca, la quale si è posta l'obiettivo di indagare il rapporto tra il disagio psicologico e quello spirituale. A tale scopo, si è scelto di utilizzare una metodologia mista, che vede l'utilizzo del metodo qualitativo e del metodo quantitativo. Nella presente ricerca, infatti, indaga il rapporto tra il disagio psicologico e quello spirituale attraverso la somministrazione di un questionario online e la conduzione di interviste semi-strutturate. Nel dettaglio, tramite il questionario si valuta il benessere della persona, le strategie di coping in situazioni problematiche, esperienze traumatiche infantili, la propensione alla fantasia e la rappresentazione della morte; mediante l'intervista strutturata, invece, si è approfondita l'esperienza di disagio vissuta da ciascuno, il bisogno di trascendenza e il rapporto con le figure professionali, sia della salute mentale sia di assistenza spirituale.

CAPITOLO 1

IL BISOGNO DI TRASCENDENZA

1.1. Definizione di trascendenza: l'esigenza di porsi al di là dell'esperienza sensibile

«La totalità dell'uomo non è solo psicofisica, ma anche spirituale, e si esprime essenzialmente nell'essere-nel-mondo come trascendenza. Ne deriva che l'essenza dell'uomo richiama il problema sia dell'esistenza che della trascendenza» (Frankl, 2014, p. XXIX).

La parola “trascendenza” deriva dal verbo latino *transcendere*, che significa oltrepassare, andare oltre, superare. Il significato, dunque, richiama ad una distinzione tra un luogo, uno stato o un tempo e un altro (DeJonge, 2023). In filosofia il concetto di trascendenza fa riferimento alla proprietà di qualcosa che si trova al di là, ed è opposta al concetto di “immanenza”, che invece indica ciò che rimane all'interno di un determinato ambito. Secondo una fenomenologia differenziale, ovvero una fenomenologia che intende il significato come un fenomeno di differenziazione, la trascendenza acquista senso e significato solo se l'immanenza è almeno presupposta: parlare di trascendente implica necessariamente che vi sia qualcosa di immanente (DeJonge, 2023). In senso metafisico il concetto va a coincidere con l'idea di realtà soprasensibile, mentre nel cristianesimo si riferisce all'idea di Dio, personificato e creatore del mondo. L'aggettivo “trascendente” invece, viene definito come un'estensione o una posizione al di là dei limiti dell'esperienza ordinaria. Pertanto, la trascendenza esiste al di fuori, o al di là, del livello del mondo quotidiano, razionale e materialista (McCarthy & Bockweg, 2012). Da alcuni studi risulta che le dimensioni legate alla trascendenza possono aiutare a far fronte a disturbi psicologici, prevenire comportamenti disfunzionali e promuovere la resilienza e supportare i processi di significazione in periodi di crisi sociale (De Vincenzo *et al.*, 2022); tuttavia, ancora oggi vengono trascurate nella formazione e nella pratica psicologica (Elkonin *et al.*, 2014).

Abraham Maslow, psicologo statunitense noto per la sua teorizzazione della gerarchia dei bisogni, ha identificato i comportamenti trascendenti: andare oltre, raggiungere un senso di unità con sé stessi, con gli altri e con un potere superiore e possedere la consapevolezza di un significato più grande nella vita (McCarthy & Bockweg, 2012). Heidegger, filosofo

tedesco e massimo esponente dell'esistenzialismo ontologico e fenomenologico, afferma che la trascendenza si manifesta con un senso di massima pienezza dell'essere, un senso di gioia, di comprensione del senso della vita (Guerrero-Castañeda et al., 2019). Frankl, il fondatore dell'analisi esistenziale e della logoterapia, concepisce la trascendenza come l'essenza dei valori vitali, l'incontro di un senso, un tipo di connessione spirituale che circonda l'armonia, la natura, il senso di realizzazione, di benessere e dei più alti valori umani. Quando questa ricerca di trascendenza è favorita, le persone possono esprimere pienezza, gioia e soddisfazione vitale (Frankl, 2014).

Strettamente legato al concetto di trascendenza è il concetto di "autotrascendenza" ovvero la capacità di potere ampliare i confini del proprio sé per creare qualcosa di significativo che favorisca il benessere, poiché le pratiche di autotrascendenza facilitano il passaggio dalla sofferenza e dal disagio spirituale al benessere. (Reed, 2021). La self-transcendence (ST) include anche visioni del mondo più ampie, spirituali e religiose, ma anche qualità psicologiche e comportamentali (Sugiura, 2022).

La teoria dell'autotrascendenza (Reed, 2008) afferma, infatti, che una maggiore consapevolezza della mortalità o di condizioni di vulnerabilità motiva l'autotrascendenza, che a sua volta facilita il raggiungimento del benessere. A livello pratico, l'autotrascendenza è definita attraverso comportamenti che estendono i confini degli individui in modi significativi: verso l'esterno in connessioni con gli altri e con l'ambiente e verso l'interno in connessioni con le credenze e i valori di ciascuno (Reed, 2021). È importante prestare attenzione alle dinamiche legate al concetto di autotrascendenza nella pratica clinica poiché quest'ultimo è stato associato negativamente alla depressione (Ellermann & Reed, 2001) ed invece, è stato associato positivamente alla resilienza, al senso di coerenza, a trovare lo scopo della vita (Nygren et al, 2005) e a sperimentare la soddisfazione del vivere (Tornstam, 1997).

Il termine "trascendenza" contiene al suo interno due filoni, da un lato contempla la capacità di elevarsi al di sopra, di andare oltre, dall'altro contempla l'idea di Dio, presuppone l'esistenza di una divinità che non è soggetta ai limiti del mondo materiale e che può essere condivisa dagli esseri umani (Jewell, 2014). Proprio per l'esistenza di questo secondo significato, gli studi religiosi hanno approfondito il concetto di trascendenza. Un tempo, tale concetto, era addirittura al centro della disciplina degli studi religiosi, ma successivamente è caduto in disuso poiché il discorso sulla trascendenza ha

ricevuto numerose critiche per diversi decenni (DeJonge, 2023). Tra queste critiche vi è quella di J. Z. Smith del 1988 che sostiene, nel suo saggio *“Religion and Religion Studies: Not a Difference at All”*, che la trascendenza è un concetto troppo vago, implica la realtà metafisica ed è troppo teologico. Proprio su quest’ultima critica, Fitzgerald (2000) afferma che il termine “trascendente” è stato utilizzato per rafforzare il concetto di religione, o per fornirne il contenuto. Ma senza un concetto quale quello di trascendenza non si potrebbe ragionare sulle dimensioni di esperienza ed espressione, che vengono definite religiose, del comportamento umano (Ponzo & Yelle, 2021). Includere il concetto di trascendenza all’interno degli studi religiosi è fondamentale, poiché è «(se non necessario, almeno) fruttuoso, la sua utilità risiede in una struttura logica complessa che, contrariamente ai suggerimenti dei critici, si presta bene all’analisi in vari contesti religiosi» (DeJonge, 2023). Infatti, quanto più la trascendenza viene presa in considerazione, tanto più entrano in campo modelli di esperienza e di espressione associati alla religione. Nelle diverse religioni il significato della trascendenza viene affrontato mediante la strategia del simbolismo, poiché un simbolo ha la capacità di connettere immanenza e trascendenza (De Vincenzo *et al.*, 2022). Un esempio è il rito cristiano dell’eucarestia analizzato da Neville (1996) il vino ed il pane sono simboli utilizzati per dare un significato alla trascendenza, poiché simboleggiano il corpo ed il sangue di Gesù (DeJonge, 2023). Il concetto di trascendenza lo si trova anche nella religione buddista, la cui pratica prevede una distinzione tra Samsara, che è osservabile e determinato, dunque immanente, e Nirvana che è indeterminato e non osservabile, dunque trascendente (DeJonge, 2023).

Anche gli studi psicologici hanno attenzionato il concetto di trascendenza, in particolare Frankl (2014) teorizza l’idea di un “inconscio trascendente”. L’analisi esistenziale, in contrapposizione alla psicoanalisi, che vede l’autonomia dell’esistenza spirituale, ha permesso di scoprire una religiosità inconscia dietro l’Io immanente in cui si è reso visibile un Tu trascendente. Con l’analisi esistenziale l’Io appare come anche inconscio, l’inconscio come anche spirituale, quest’ultimo si presenta come anche trascendente. Parlare di un inconscio trascendente vuol dire affermare che Dio è inteso dall’uomo in modo inconscio (Fizzotti, 2012, citato in Frankl 2012).

Vi sono diversi studi che attestano l’importanza di attenzionare la dimensione trascendentale, specie in condizioni particolari, quali la malattia e la vecchiaia.

Uno studio descrittivo-correlazionale, condotto con 105 individui che ricevevano un trattamento chemioterapico per il cancro, ha dimostrato una correlazione statisticamente significativa tra autotrascendenza e resilienza (Er *et al.*, 2022). Per resilienza si fa riferimento alla capacità di adeguarsi positivamente, perseverare e mantenere le funzioni psicofisiche, nonostante fattori destabilizzanti (Şahin & Buzlu, 2019). Poiché il cancro rappresenta una delle maggiori cause di morte, ricevere una diagnosi di cancro mette di fronte ai limiti dell'esistenza umana, costringe a riflettere sulla morte e suscita emozioni negative che spingono a cercare un significato e uno scopo nella vita (Er *et al.*, 2022). I risultati emersi da questo studio mettono in luce che la resilienza è influenzata positivamente dall'autotrascendenza; infatti, individui malati di cancro sono soliti mettere in atto comportamenti trascendenti quali pregare, aiutare gli altri, meditare, ascoltare musica e trascorrere del tempo con i loro familiari. Anche il personale sanitario deve sfruttare la conoscenza dell'autotrascendenza per aiutare i pazienti ad allontanare lo squilibrio spirituale, favorendo il benessere (Reed, 2021); gli infermieri dovrebbero pianificare attività che prevedano il ricongiungimento con i familiari, la scrittura di un diario, attività artistiche, che possano aiutare i pazienti affetti da cancro a sviluppare l'autotrascendenza e la resilienza (Er *et al.*, 2022).

La dimensione trascendentale assume un importante significato durante l'invecchiamento. Infatti, uno è stato condotto tra gli anziani della popolazione giordana che mirava ad indagare il ruolo di mediatore della autotrascendenza sulla relazione tra reminiscenza e ansia di morte, cogliendo le conseguenti implicazioni per gli infermieri psichiatrici. Per reminiscenza si fa riferimento ad un processo di rievocazione di esperienze e ricordi passati (Abu Khait *et al.*, 2023), dunque ci si riferisce alla tendenza degli anziani a riflettere sulle loro vite, a meditare sui propri ricordi, sulle storie del passato da essi vissute, per cercare il significato della vita.

Gli anziani, nel riflettere sulla vita vissuta, che sta per volgere al termine, sperimentano l'ansia di morte. Quest'ultimo è un sentimento soggettivo presente nella maggior parte degli individui; la *Terror Management Theory* (TMT) afferma che la l'ansia di morte è un'emozione negativa che si presenta quando ci si sofferma a pensare all'inevitabilità della morte (Kashima, 2010; citato in Abu Khait *et al.*, 2023). Questo studio ha messo in evidenza che l'autotrascendenza svolge un effetto di mediazione positiva tra la reminiscenza e l'ansia di morte, giungere a questa conoscenza mette in luce l'importanza

di sviluppare interventi di reminiscenza che vadano a promuovere l'autotrascendenza, e dunque alleviare l'ansia di morte (Abu Khait *et al.*, 2023).

Troppo spesso, però, il bisogno di trascendenza, proprio di ogni essere umano, resta insoddisfatto, arrecando disagio psicologico, spirituale ed esistenziale. Per fare fronte a questa sofferenza, molte persone si ritrovano a rifugiarsi nella spiritualità, nella religione, nella fede in un Dio, per ricevere conforto e consolazione e per potere colmare quell'inappagato bisogno di trascendenza.

1.2. Spiritualità, religiosità e il rapporto con la salute mentale

Sin dagli albori dell'umanità, la religione e la spiritualità hanno sempre avuto una importanza fondamentale nell'esistenza di ciascun individuo; infatti, da sempre l'essere umano ha creduto a poteri soprannaturali, a divinità invisibili e ha messo in atto rituali e pratiche collettive. Tutte le principali religioni del mondo, quali Buddismo, Induismo, Cristianesimo, Ebraismo, Islam, hanno sistemi di credenze e di valori che permettono ai credenti di trovare un significato alla propria vita, offrono sollievo in situazioni di dolore, quali gravi perdite e traumi, e forniscono speranza per il futuro (Boehnlein, 2006).

La spiritualità che ciascun individuo sperimenta, e la religione che professa, hanno delle implicazioni molto importanti su come vivere la propria vita, sul sistema morale ed etico (Moon *et al.*, 2022), ed è stato affermato che spiritualità e religione hanno un'importante relazione con lo stato di salute mentale; perciò, il loro studio dovrebbe essere di vitale importanza per gli psicologi (Hill *et al.*, 2000).

È fondamentale, innanzitutto, prestare attenzione alle definizioni di questi due termini, non sempre di immediata comprensione, poiché trattasi di fenomeni complessi, di natura multidimensionale. Lines (2006) ha affermato che le definizioni di religione e spiritualità sono complesse e non saranno mai pienamente onnicomprensive e abbastanza soddisfacenti (cit. in Elkonin, 2014). Di fatti, i due termini sono stati definiti "sfumati", (Zinnbauer *et al.* 1997) e dunque, nel discuterne, si corre il rischio di non essere del tutto esaustivi e di rifletterne una prospettiva limitata (Hill *et al.*, 2000).

La parola religione deriva dal termine latino *religio* che significa legame tra l'uomo e un potere più grande. Il concetto di religione può essere designato almeno in tre diversi modi: 1) come la credenza in un potere soprannaturale; 2) un sentimento presente negli individui che concepiscono questo potere; 3) i riti che vengono praticati nei confronti di questo potere. Più comunemente, con il termine religione si fa riferimento alle credenze, pratiche

e rituali legati al sacro. Nella cultura romana il termine *sacer* definiva lo spazio del divino, contrapposto al *publicum*, spazio costruito, invece, mediante patto sociale (Testoni, 2015). *Sacer* deriva, a sua volta, dalla radice indoeuropea **sak*, che si riferiva a ciò che ha valore e deve essere preso in considerazione (Testoni 2015). Come ha espresso il sociologo francese Emile Durkheim, la dimensione del sacro è una caratteristica comune a tutti i fenomeni religiosi; il sacro è ciò che si riferisce al numinoso, al soprannaturale, a Dio, a spiriti, angeli e demoni e percepire la sacralità di una persona, un oggetto o di un principio dà vita a sentimenti di devozione e rispetto. Le credenze religiose forniscono dei modelli per la gestione della vita terrena, modelli che guidano nella gestione della sofferenza, promuovono una visione positiva del mondo, permettono di trovare un senso alla vita e di rispondere a domande esistenziali che non trovano altrimenti delle risposte, come ad esempio le credenze che riguardano la vita dopo la morte (Koenig, 2009). Proprio in merito a ciò, La *Terror Management Theory* (TMT) afferma che l'uomo vive con una profonda angoscia legata alla consapevolezza della propria finitezza (*mortality salience*), perciò, tenderà a mettere in atto comportamenti atti ad evitare tutto ciò che gli ricorda la morte. La TMT considera la religione una difesa distale, ossia una forma di difesa dall'angoscia che, di fronte alla *mortality salience*, è in grado di cancellare la certezza della morte (Testoni, 2015). La religione, in effetti, promettendo un aldilà letterale, sembra rappresentare l'unico modo per raggiungere l'immortalità e quindi sconfiggere la morte (Moon et al., 2022).

Lo psicologo sociale Allport (1950) ha indagato come la religione integra diversi aspetti della vita e condiziona le scelte delle persone. Egli fa una distinzione tra religiosità intrinseca ed estrinseca: per intrinseca si riferisce alle convinzioni personali che consistono nel desiderio di autotrascendenza, con lo scopo di potere attribuire senso alla propria esistenza; estrinseca, invece, fa riferimento al cercare delle risposte all'esterno (Testoni, 2015). Freud, nella sua opera "L'avvenire di un'illusione" (1927), ha definito la religione come l'espressione di uno dei più antichi desideri dell'essere umano; nella sua riflessione, egli fa un confronto tra Dio e la figura paterna mettendo in luce che l'uomo vede Dio così come un bambino vede il padre. Sulla base di questa considerazione, hanno preso forma le teorie che vedono una connessione tra istanze spirituali e attaccamento. Pertanto, quanto affermato nella teoria dell'attaccamento da Bowlby può essere applicato

anche alla relazione con Dio, il quale può fungere da base sicura e fonte di conforto (Testoni 2015).

Nel comprendere cosa si intende per religione è fondamentale dare peso alla dimensione sociale e culturale di questa; infatti, la religione è praticata spesso all'interno di una comunità, «è radicata in una tradizione consolidata che nasce da un gruppo di persone con credenze e pratiche comuni che riguardano il sacro» (Koenig, 2009, p. 284).

L'*American Psychological Association* (APA) afferma che credere in dimensioni ultraterrene, salvifiche è un patrimonio significativo per la salute mentale (Hackney & Sanders, 2003; cit. in Testoni, 2015). La speranza di potere accedere ad una dimensione trascendente, di poter oltrepassare la concretezza della vita, è stata tradotta in una componente psicologica fondamentale, definita "spiritualità".

Il termine spiritualità deriva dal latino *spiritus*, che significa respiro. Rispetto alla religione, abbraccia una dimensione più intima, richiama quella ricerca che ciascuno mette in atto per trovare una ragione ed un senso alla propria esistenza. La spiritualità richiama una connessione della più profonda intimità della persona con aspetti che considera importanti per la sua esistenza, come il senso della vita, la morte, o con aspetti sacri o soprannaturali, come il concetto di Dio, di trascendente (Guerrero-Castañeda *et al.*, 2019). La spiritualità fa riferimento ad uno spazio trascendente di ogni essere, uno spazio che non è fisico o mentale, in cui vi si ritrova un potere superiore, un'energia con cui ogni essere umano cerca di instaurare una relazione (Illueca *et al.*, 2020).

La spiritualità è una caratteristica intrinseca dell'individuo, mentre la religiosità e l'ateismo possono essere una scelta consapevole (Testoni, 2015). Frankl (1988) afferma che la spiritualità è una dimensione talmente personale al punto che tutti gli esseri umani la sperimentano in modo diverso; è svincolata da regole, pertanto, non implica un sistema di norme stabilito. Quando, infatti, appare un sistema di credenze organizzato in un dogma, sorretto da principi morali, etici e che prevede una serie di rituali da mettere in pratica, allora si tratta di religione. Per spiritualità si fa riferimento alla consapevolezza che esista un potere superiore all'uomo, ad un modo di comprendere sé stessi, all'idea di armonia, pace, tranquillità; mentre la religiosità implica la pratica delle credenze e la pratica della stessa spiritualità in un preciso dogma (Guerrero-Castañeda *et al.*, 2019). È importante, nonostante spesso i due termini vengano utilizzati in modo intercambiabile, che si comprenda la differenza fondamentale tra religiosità e spiritualità, laddove per

religiosità ci si riferisce a credenze e rituali condivise da più persone, dunque è centrale l'aspetto sociale, comunitario; mentre il concetto di spiritualità, enfatizza di converso, la dimensione più individuale delle persone, abbraccia una vasta gamma di caratteristiche personali e non è strettamente confinato alla tradizione cristiana e religiosa, indica l'interiorità dell'esperienza di trascendenza vissuta, indipendentemente da qualsiasi regolamentazione esterna di tipo religioso (Pargament, Mahoney e Shafranske, 2013; cit. in Testoni, 2015).

Proprio sulla base di questa fondamentale differenza, nella contemporaneità c'è un gruppo sempre più crescente di persone che intendono la spiritualità solamente in termini individualistici e laici; infatti, tendono a definirsi spirituali ma non religiosi (Koenig, 2009). Volgendo uno sguardo al passato, Martin E. Marty (1967), storico delle religioni, sottolinea come negli anni Sessanta il termine "spiritualità" scompare sempre di più dal dibattito teologico, per ritornare in auge poi negli anni Novanta, tanto da porsi come nuova categoria per descrivere il rapporto che l'essere umano ha con il sacro nell'epoca contemporanea: non è più l'istituzione a regolare il rapporto che ciascuno ha con il sacro, ma la libera ricerca del soggetto. Il rapporto che l'uomo contemporaneo ha con il sacro e con il trascendente è frutto di una costruzione di significato strettamente personale (Giordan, 2004).

Lo psicologo, ed ex mistico, David Elkins parla di una spiritualità non religiosa e indica tre dimensioni della spiritualità: 1) il desiderio di qualcosa di trascendente; 2) il desiderio dell'uomo di relazionarsi con qualcosa al di là; 3) il desiderio di un oggetto che appartenga ad una realtà superiore, separata dalla realtà terrena (Jastrzębski, 2020).

Da uno studio (Elkonin *et al.* 2014) emerge che la religione viene percepita come più negativa, rispetto alla spiritualità, e che quest'ultima viene percepita invece come più positiva, proprio per la sua associazione caratteristica ad essere svincolata da regole e dogmi, e perché viene generalmente associata con gli aspetti legati alla trascendenza e alla ricerca di significato personale. La religione viene percepita come una vera e propria istituzione, che prevede che si mettano in atto dei comportamenti prestabiliti, come frequentare la chiesa, le moschee o i templi, mentre essere spirituali si riferisce ad un particolare stato d'animo proprio della persona, non determinato da una istituzione (Johnson, 2006; cit. in Elkonin, 2014). Le pratiche spirituali possono assumere forme

assai variegata, quali la preghiera individuale, lo yoga, la meditazione, l'adesione ad una tradizione di fede, l'ascolto di musica, lunghe passeggiate. (Dike *et al.*, 2022)

Jastrzębski (2020) illustra come si può studiare la spiritualità seguendo un approccio ontologico (definito anche sostanzialista), oppure seguendo un approccio fenomenologico (o funzionale). Il primo approccio, quello ontologico, è il più tradizionale, associa la dimensione spirituale alla religione e alla trascendenza e affronta questioni quali l'esistenza di Dio e del sacro, mentre l'approccio fenomenologico si pone l'obiettivo di delineare qual è il ruolo della spiritualità nel dinamismo dell'essere umano, poiché si considera la spiritualità come una componente dell'identità personale e si sostiene che tutta la vita umana possiede una dimensione spirituale. Alcuni autori (Oman, Koenig, Puchalski, 2009) suggeriscono di utilizzare un approccio misto sostanziale-funzionale per approfondire lo studio della spiritualità (Jastrzębski, 2020).

Spiritualità e religione hanno un forte impatto sulla salute mentale, entrambe sono riconosciute fondamentali risorse di coping, e per tale ragione meritano di essere prese in considerazione nei contesti di cura e non di essere trascurate dall'indagine psicologica. Per coping ci si riferisce all'insieme di pensieri e comportamenti messi in atto al fine di fronteggiare situazioni stressanti (Algorani & Gupta, 2023).

Entrambe queste dimensioni possono fungere da strategie di coping, da una parte possono contribuire al raggiungimento del benessere, talvolta, invece, possono risultare dannose per la salute mentale. Dunque, il coping religioso può fungere da fattore protettivo, ed in questo caso si parlerà di coping religioso positivo, oppure può rappresentare un fattore di rischio; pertanto, verrà indicato come coping religioso negativo.

Nello specifico, il coping religioso positivo sembra essere correlato alla riduzione di ansia e depressione, alla riduzione dei sintomi di stress post-traumatico, ad un minore rischio di suicidio e, alla possibilità di instaurare migliori relazioni sociali (Weber & Pargament, 2014); inoltre sembra che la religione funga da fattore protettivo anche per l'uso di sostanze. Come anticipato, vi sono anche aspetti negativi nella religiosità e nella spiritualità, il coping religioso negativo, definito anche come lotta spirituale¹, è

¹ Lotta Spirituale: che coinvolge tensioni, domande e conflitti interpersonali, intrapersonali o esistenziali su questioni spirituali/religiose (Rosmarin *et al.*, 2013). Le lotte spirituali vengono differenziate in tre

diverse categorie: 1) divine, o difficoltà e rabbia con Dio; 2) incontri interpersonali negativi con altri credenti; 3) senso di colpa e dubbio religioso interno.

fortemente associato a maggiore angoscia e dolore, a sintomi di malattie psichiatriche e mediche, può precedere l'insorgenza di una psicopatologia (Rosmarin *et al.*, 2013) ed essere associato ad una più intensa e frequente ideazione suicidaria, infatti, alcuni pazienti desiderano morire per raggiungere Dio o per vivere un'altra vita dopo la morte, oppure tentano il suicidio a causa di deliri o allucinazioni a contenuto religioso. I comportamenti influenzati, o addirittura determinati, dalle credenze religiose e/o spirituali sono notevoli, come ad esempio il consumo di alcol o droghe, i comportamenti che riguardano la sfera della sessualità, il sonno e l'alimentazione, questi sono tutti elementi che impattano sulle variabili fisiologiche e, di conseguenza, sulla mente delle persone (Dike *et al.* 2022).

Dunque, come si può evincere, la religione e la spiritualità hanno un grande impatto sulla salute psicologica di ciascun individuo e la valutazione di queste dimensioni risulta fondamentale al fine di comprendere a pieno la persona. Pertanto, le prospettive della salute mentale e della religione devono essere integrate al fine di potere svolgere una cura completa del paziente, dal momento che valori e credenze che riguardano la religione e la spiritualità contribuiscono a formare l'identità della persona; infatti, i pazienti portano con sé questi elementi nei trattamenti psicologici, psichiatrici e nelle psicoterapie (Bohenlein, 2006). Dal momento che le dinamiche religiose e spirituali intervengono nelle scelte, nei comportamenti, negli stili di vita di ciascuno, assumendo così un ruolo profondamente significativo nella vita di molte persone, è irresponsabile ignorare questo aspetto della loro vita nel momento in cui si lavora con loro in psicoterapia o in altri servizi psicologici (Plante, 2007). Alcuni studi dimostrano che molti pazienti desiderano che vi sia disponibilità da parte degli operatori sanitari ad indagare sulle loro convinzioni religiose e spirituali, incorporandole nel trattamento (Cook, 2013; citato in Dike *et al.*, 2022). I clinici devono, quindi, approfondire questi ambiti e avere consapevolezza delle credenze religiose e spirituali nella vita dei loro pazienti, al fine di giungere ad una esaustiva comprensione del paziente, dell'eziologia e della diagnosi di un eventuale disturbo psicopatologico, e così, strutturare trattamenti più idonei e accurati.

Tuttavia, vi è una tendenza da parte dei professionisti della salute mentale, sin dalla nascita di discipline quali la psicologia, la psicoanalisi, la psichiatria a minimizzare la dimensione spirituale (Weber & Pargament, 2014).

Freud nella sua opera *Il futuro di un'illusione* (1927) affermava che le credenze religiose altro non sono che «illusioni, realizzazioni dei più antichi, forti e urgenti desideri

dell'umanità» (Plante, 2007, p. 30), questa sua posizione atea è stata perseguita successivamente da molti psicologi, come ad esempio Skinner, Watson, Ellis, ed in particolare, dalla psichiatria. Negli ultimi trent'anni sembra esservi un riavvicinamento tra psichiatria e dinamiche spirituali e religiose, e ciò è dovuto alle sempre più numerose evidenze che la religione e la spiritualità hanno degli effetti sulla salute mentale (Weber & Pargament, 2014). Da un recente studio è emerso che il 92% degli psichiatri si ritrova a lavorare con pazienti che spesso riferiscono problemi che hanno a che fare con la religione e con la spiritualità, rispetto al 74% degli altri medici; ciò mette in evidenza che gli psichiatri hanno una maggiore probabilità di entrare in contatto con il disagio legato alla religione o alla spiritualità in contesti clinici (Dike *et al.*, 2022).

Dopo una lunga storia di antagonismo tra psichiatria e religione, la psichiatria culturale, un'area della psichiatria che guarda all'integrazione tra dimensioni biologiche e quelle umanistiche (Boehnlein, 2006), ha dato un grande contributo al fine di instaurare un dialogo e ridurre la tensione tra la religione e psichiatria. Queste ultime possono essere considerate strade diverse, ma parallele, per giungere alla comprensione dell'esperienza e del comportamento umano. Papa Giovanni Paolo II parlò così ad un gruppo di psichiatri:

«per natura sua, il vostro lavoro vi porta spesso alla soglia del mistero umano. Esso richiede un'attenzione alle spesso intricate operazioni della mente e del cuore umano, e un'apertura alle somme preoccupazioni che danno significato alla vita delle persone. Queste sono aree di suprema importanza per la chiesa, e richiamano alla mente l'urgente bisogno di un dialogo costruttivo tra scienza e religione al fine di illuminare maggiormente il mistero dell'uomo nella sua pienezza» (Imoda, 2009).

In effetti, quelle che ora sono pratiche di guarigione separate, un tempo erano svolte dallo stesso individuo, spesso identificato come “guaritore”, nella maggior parte delle culture del mondo; alla “malattia mentale” veniva spesso data una interpretazione religiosa, morale o esistenzialista, prima che la psichiatria si affermasse come disciplina medica. Soltanto nel XX secolo, con l'avanzare della conoscenza scientifica, i ruoli dei guaritori religiosi e dei medici si sono separati (Boehnlein, 2006). Se si volge uno sguardo al passato, la psichiatria, così come la psicologia e la psicoterapia, dunque quelle discipline

che Rose (1989) ha definito “*psi-discipline*” (Whitley, 2012), hanno avuto la necessità di rafforzare la loro identità di discipline scientifiche, e di conseguenza, piuttosto che interessarsi a questioni “esoteriche”, hanno dato maggiore rilevanza alle neuroscienze, alla psichiatria biologica, volendo dimostrare di essere delle discipline empiriche e rigorose. Al giorno d’oggi, però, sono notevoli le evidenze scientifiche che danno prova della necessità di un incontro tra discipline scientifiche e religione. Diverse revisioni sistematiche hanno suggerito una notevole associazione positiva tra religiosità e salute mentale (Koenig, 2009); dunque, ad oggi sembrano esserci segni di cambiamento che mirano ad integrare gli aspetti religiosi e spirituali all’interno dei percorsi di cura dei disturbi mentali. In uno studio longitudinale, condotto presso la clinica di psicosomatica, psichiatria e psicoterapia a Langenthal in Svizzera che prevedeva la valutazione delle dimensioni spirituali e religiose durante i trattamenti, è stato valutato l’impatto che la religiosità ha sulla psicoterapia. I risultati hanno supportato l’idea che la fede religiosa è un’importante risorsa per i pazienti che hanno un orientamento religioso, ed è associata a migliori risultati terapeutici; questi risultati forniscono prove empiriche che favoriscono l’integrazione delle dimensioni religiose e spirituali ai fini di migliorare i risultati del trattamento in pazienti psicosomatici e psichiatrici (Hefti, 2011).

Sicuramente è necessario fare una riflessione anche di tipo etico rispetto alla necessità di inserire gli aspetti religiosi e spirituali all’interno della salute mentale. Il Codice Etico dell’APA del 2002 mette chiaramente in risalto come gli psicologi devono prestare attenzione ai fattori religiosi e spirituali, analogamente all’attenzione che riservano al genere, all’etnia, alla cultura, allo stato socioeconomico, all’orientamento sessuale e così via. Il Codice Etico richiede ai professionisti della salute mentale di rispettare i valori di ciascun paziente, e, al contrario, di non patologizzare i pazienti religiosi o coloro i quali hanno una mentalità spirituale (Plante, 2007). Sembra chiaro che è necessario che psichiatri, psicologi, psicoterapeuti sviluppino quella che viene definita “competenza culturale”, ovvero l’abilità a cogliere e dare valore alle credenze, agli atteggiamenti e alle tradizioni etno-culturali dei pazienti, comprese quindi le dinamiche religiose e spirituali. Al netto di ciò, è necessario che i professionisti della salute mentale, al fine di integrare gli aspetti legati alla religiosità e alla spiritualità nei trattamenti clinici, devono essere sufficientemente competenti ad indagare questi ambiti critici e delicati. Whitley (2012) afferma che il 70% dei corsi di medicina degli Stati Uniti ha inserito all’interno dei propri

programmi didattici dei corsi di spiritualità; alcune residenze psichiatriche includono corsi mirati ad apprendere come svolgere una “valutazione spirituale”.

Essere in grado di effettuare una valutazione spirituale all’inizio e durante il trattamento consente di indagare le credenze religiose e spirituali in modo non invadente, comunica al paziente un’apertura da parte del professionista a trattare questi temi e incentiva a esplorare questioni che altrimenti non sarebbero state affrontate (Dike et al., 2022). Un importante strumento per effettuare una valutazione spirituale è rappresentato dal “FICA” (*Faith, Importance, Community, Address*), quest’ultimo permette di esplorare le credenze del paziente e l’importanza che queste assumono nella sua vita, indaga se si condividono queste credenze con una comunità e come il paziente desidera che queste credenze vengano incluse nell’assistenza (Dike et al., 2022).

L’*American Psychological Association* (APA) ha esplorato l’integrazione significativa della spiritualità all’interno del trattamento psicoterapeutico pubblicando una serie di libri che approfondivano questa tematica. Ciononostante, la formazione per i professionisti della salute mentale in ambito religioso e spirituale risulta ancora carente, poiché non tutti i programmi di formazione, come quello degli Stati Uniti, implicano corsi di spiritualità e religiosità. Vengono proposte a psichiatri, psicologi, psicoterapeuti conferenze, congressi, seminari, tutti facoltativi, soltanto dopo aver ottenuto la licenza professionale (Plante, 2007).

Le credenze spirituali e religiose influenzano notevolmente l’aderenza ai trattamenti, ma anche la stessa richiesta d’aiuto; molte persone percepiscono i propri problemi come aventi natura spirituale, piuttosto che psicologica; perciò, si rivolgono a figure religiose e/o spirituali, anziché che a professionisti della salute mentale. In uno studio condotto nel Regno Unito, il 17% degli intervistati ha dichiarato di rivolgersi a figure religiose quando sperimenta difficoltà personali e sofferenza emotiva, a discapito del 16% che ha dichiarato di cercare l’aiuto di un operatore della salute mentale; negli Stati Uniti la percentuale di soggetti che si rivolge al clero per disagio spirituale è notevolmente maggiore (Mayers et al., 2007). Il disagio spirituale lo si intende come “un’interruzione del principio vitale che pervade l’intero essere di una persona e che integra e trascende la sua natura biologica e psicologica”. È importante, in qualità di professionista della salute mentale, essere in grado di cogliere il disagio spirituale del paziente, in particolar modo guardando a quello che viene definito “dolore spirituale” un vero e proprio sintomo,

poiché è sperimentato unicamente dal paziente. Quest'ultimo viene definito come “un dolore profondo della tua anima (essere) che non è fisico”. Illueca et al. (2022) hanno condotto una ricerca bibliografica con l'obbiettivo di identificare e confrontare le definizioni della dimensione esperienziale del dolore spirituale e sono giunti a definire il dolore spirituale come un'esperienza di disagio personale innescato da una minaccia nella relazione con un potere superiore o con Dio. La minaccia spesso è rappresentata da un momento di crisi, che può essere determinato, ad esempio, da una grave malattia, che comporta un indebolimento fisico o mentale, oppure da una perdita significativa, tutte circostanze in cui la persona mette in discussione le proprie convinzioni spirituali. Altri fattori di rischio per l'insorgenza di un dolore spirituale possono essere la solitudine, l'abbandono, l'isolamento sociale (Boss *et al.*, 2015). Il dolore spirituale è una forma di disagio personale, spesso viene anche definito “disagio esistenziale” poiché il termine “esistenziale” si riferisce a quegli aspetti della vita di un individuo che contribuiscono a dare forma all'identità personale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce alla dimensione spirituale un ruolo importante nella qualità della vita, quest'ultima è, infatti, composta da molteplici aspetti: fisici, psicologici, sociali, culturali, spirituali e tutti, in egual misura, contribuiscono al mantenimento del benessere (Sulmasy, 2002). Pertanto, è importante, nel valutare il benessere della persona, misurare anche il benessere spirituale, o il suo contrario, il disagio spirituale (Sulmasy, 2002). È essenziale sostenere modelli di presa in carico dei pazienti che valutano tutti gli aspetti fondamentali che costituiscono l'identità personale di ciascuno (Illueca *et al.*, 2022), è necessario, perciò, adottare un approccio olistico.

1.3. Il modello biopsicosociale-spirituale: un approccio olistico

“*Salus aegroti suprema lex est*” (la salute dei pazienti è legge suprema), così affermò Ippocrate (460 a.C. – 370 a.C.), il padre della medicina. Questa affermazione è fondamentale anche nella contemporaneità, e deve guidare ogni professionista sanitario che si trova a mettere in atto una strategia di trattamento per lenire la sofferenza del proprio paziente, di qualunque natura essa sia. Ippocrate, già molti secoli fa, aveva una visione unitaria dell'essere umano, egli era solito eseguire una valutazione globale del paziente, che comprendeva mente e corpo. Con la nascita del dualismo cartesiano, nel XVII secolo, si assiste ad una netta separazione della *res extensa*, ovvero il corpo, dalla

res cogitans, l'anima. Questa polarizzazione ha avuto come conseguenza la nascita delle scienze mediche e la strutturazione del modello biomedico della salute. Quest'ultimo, fortemente influenzato dalla visione meccanicistica della natura di Isac Newton, segue il principio causa-effetto; perciò, si pone l'obiettivo di individuare la causa del problema per potere strutturare una terapia efficace alla risoluzione dello stesso. Secondo il modello biomedico la buona salute corrisponde all'assenza di disturbi nel funzionamento somatico, mentre tutte le dinamiche psico-sociali non sono prese in considerazione nella valutazione dell'eventuale sofferenza (Szadejko, 2020). Nel 1946, a seguito della Seconda guerra mondiale, evento catastrofico che ha causato sofferenza fisica, psicologica, relazionale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) diede una nuova definizione di salute, affermando che essa: *"è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto di assenza di malattia o infermità"*; questa nuova concezione della salute segnò un importantissimo cambiamento nella modalità di approccio alla persona e ebbe come conseguenza l'introduzione di un nuovo modello, il modello "biopsicosociale" (BPS), basato su un approccio sistemico. Grazie all'intervento dello psichiatra George Libman Engel del 1977, il mondo della psichiatria iniziò a adottare il nuovo modello BPS all'interno della pratica clinica, impiegando non soltanto i fattori biologici, ma anche quelli psicologici e sociali per la comprensione della sofferenza della persona e per strutturare interventi adeguati. È bene sottolineare che i due modelli, quello biomedico e quello biopsicosociale, non si escludono vicendevolmente ma anzi, se integrati in modo complementare, garantiscono un migliore successo terapeutico. Elena Klimenko ed altri suoi collaboratori (2005) condussero uno studio, il quale mise in luce che la maggior parte degli operatori sanitari combinano tra loro diversi modelli e definizioni di salute con l'obiettivo di giungere ad una maggiore comprensione della persona (Szadejko, 2020). L'esperienza clinica mostra come ogni singolo individuo non è la somma degli organi che lo compongono, non è esclusivamente caratterizzato da una mente malata o sana, ma è evidente che vi sono altri importanti fattori che concorrono a determinare il benessere o il malessere della persona. Un soggetto umano è un essere in relazione, costituito da fattori biologici, psicologici, relazionali, trascendentali che si integrano e che si influenzano vicendevolmente (Sulmasy, 2002); per tale ragione, al fine di cogliere la Persona nella sua interezza e complessità, è necessario adottare una prospettiva olistica che coinvolga ogni dimensione del soggetto, e che permetta di

guardare a quest'ultimo non soltanto dal punto di vista biologico e psicologico ma anche esistenziale. Ci si rende conto, dunque, che vi sono altre dimensioni fondamentali che neppure il modello BPS ha preso in considerazione, di conseguenza risulta evidente la necessità di dare vita ad un modello integrato, che comprenda le dimensioni biologiche, psicologiche, sociali ma anche quelle culturali, religiose, spirituali, e che quindi possa permettere di cogliere tutte le sfaccettature che compongono l'identità di ciascun individuo. Victor E. Frankl (1905-1997) medico, psichiatra, filosofo e psicoterapeuta diede vita all'analisi esistenziale e alla logoterapia, in cui l'attenzione è maggiormente posta sulla dimensione esistenziale, quella dimensione in cui l'essere umano crea il suo progetto di vita e, nel realizzarlo, trascende sé stesso, per scoprire il significato della propria esistenza. La domanda di senso, indicata da Frankl come "volontà di significato", è presente in ogni altra dimensione che compone l'essere umano, quella biologica, psicologica, sociale, culturale e spirituale e fino a che non viene soddisfatta completamente rappresenterà la maggiore preoccupazione di ciascun essere umano, per tale ragione è strettamente legata alla salute mentale (Szadejko, 2020) e necessita di essere attenzionata quando si prende in carico un paziente. Accanto alla dimensione esistenziale, risulta essenziale inserire la dimensione spirituale, la quale viene definita il centro interiore dell'essere umano (Elkonin *et al.*, 2012).

Sulmasy (2002) sosteneva che per garantire uno sguardo olistico, il quale permette di ottimizzare la riuscita del trattamento, includere la dimensione spirituale rappresenta la chiave di volta per il raggiungimento del benessere (Elkonin *et al.*, 2012). Il suo pensiero lo si è potuto riscontare soprattutto nelle cure palliative, cioè in quelle circostanze in cui le cure attive, quelle mediche, non sono più funzionali, per tale ragione egli ha fortemente sostenuto l'espansione del modello biopsicosociale per includere la dimensione spirituale, ideando il modello biopsicosociale-spirituale (BPS-S).

Sia nella malattia fisica, così come in quella mentale, vi è sempre una dimensione esistenziale e spirituale che necessita di essere esplorata poiché influenza notevolmente la terapia, esplicitamente o implicitamente. Un esempio di applicazione del modello biopsicosociale-spirituale lo si può trovare all'interno di una clinica di psicosomatica, psichiatria e di psicoterapia in Svizzera, qui viene indagato il vissuto spirituale di ogni paziente, così da comprendere il peso che questo ha sulla sua vita e sulla sua malattia e, laddove la dimensione spirituale risulta essere importante, si cerca di implementarla nella

terapia (Hefti, 2011). Anche il contesto sanitario americano, da qualche anno, sembra essere incline ad inserire programmi di assistenza sanitaria mentale che integrano religione e spiritualità. Infatti, Nancy Kehoe nel 1981 ha dato vita al primo gruppo terapeutico che includeva questioni spirituali all'interno del dipartimento di psichiatria della Cambridge Health Alliance e della Harvard Medical School. La sua scelta fu guidata dalla percezione del bisogno che hanno le persone affette da una grave malattia mentale di indagare questioni spirituali e religiose. Inizialmente il personale che formava lo staff ha esperito ansia, paura e dubbi nell'affrontare tali dimensioni, ma l'adeguata formazione del personale, e soprattutto il successo terapeutico a lungo termine, ottenuto grazie all'implicazione della dimensione spirituale, hanno permesso di alleviare tutte quelle preoccupazioni che aveva lo staff riguardo l'iniziativa di Kehoe (Hefti, 2011). Un altro esempio è rappresentato dal gruppo "Spirituality Matters" del Nathan Kline Institute di New York, gruppo sviluppato dai professionisti della salute mentale dell'istituto nel 2001, i quali fiduciosi che il supporto spirituale favorisca il processo di cura, hanno strutturato questo trattamento per persone ospedalizzate con gravi e persistenti disabilità psichiatriche. Il gruppo è stato organizzato in modo tale da potersi adattare ai deficit cognitivi e alle abilità limitate presenti nelle persone con disturbi psichiatrici persistenti. Altri risultati altamente significativi sono emersi dalle ricerche condotte presso l'Hollywood Mental Center di Los Angeles in cui si è strutturato un gruppo di spiritualità che veniva offerto in modalità facoltativa in una sessione alla settimana dalla durata di sessanta minuti; lo scopo di questa attività consisteva nell'aiutare i partecipanti a individuare e a lavorare sulle proprie problematiche acquisendo un senso di speranza, sperimentando il proprio senso di identità e autostima, adottando una prospettiva spirituale. Il 100% dei partecipanti del gruppo di spiritualità hanno raggiunto i loro risultati terapeutici, rispetto al 57% del gruppo in cui non si trattavano temi legati alla dimensione spirituale (Hefti, 2011).

L'importanza di strutturare degli interventi che includano la dimensione spirituale la si ritrova anche nelle culture orientali tradizionali. Chan ed il suo gruppo di ricerca (2002), sulla base delle filosofie orientali quali il confucianesimo, il taoismo, il buddismo hanno sviluppato un approccio integrato mente-corpo-spirito (EBMS) (Chen *et al.*, 2023). Un approccio olistico che comprende gli elementi fondamentali e universali del benessere (il corpo, la mente, lo spirito) e che ha accentuato la capacità della spiritualità nel

promuovere la resilienza di un individuo di fronte ad un momento di crisi e nel trasformare le avversità in occasioni di crescita e trascendenza (Chan *et al.*, 2006). Il modello orientale mente-corpo-spirito è stato utilizzato inizialmente ad Hong Kong con soggetti affetti da cancro, ictus, diabete, lutto, artrite reumatoide, infertilità e divorzio (Chan & Rhind, 1997, citato in Chan *et al.*, 2006), ciò ha dato prova che gli interventi basati sull'EBMS sono in grado di aiutare gli individui a completare i loro compiti terapeutici: sviluppando la forza interiore e la resilienza, migliorando l'armonia e l'equilibrio (Chan *et al.*, 2006, citato in (Chen *et al.*, 2023). Chen e altri (2023) hanno condotto uno studio randomizzato e controllato al fine di valutare l'efficacia di una terapia di gruppo ideata sulla base del modello biopsicosociale-spirituale (BPS-S) dalla durata di otto settimane, applicata ad un gruppo di anziani istituzionalizzati con disabilità, con il tentativo di migliorare la qualità della vita (QoL) e il significato della stessa.

Sono stati condotti in totale dieci gruppi, cinque gruppi sperimentali e cinque gruppi di controllo. I risultati di questo studio forniscono prove preliminari che sostengono l'efficacia della terapia di gruppo BPS-S; infatti, gli anziani residenti che hanno completato le otto sessioni di questa terapia hanno ottenuto un miglioramento significativamente maggiore nella QoL, nonché nel significato della vita, rispetto a chi non aveva ricevuto questa terapia. Dunque, si è potuto affermare che tali strategie, basate sul modello BPS-S, sono necessarie per migliorare la qualità di vita degli anziani, per aiutarli ad affrontare le sfide della vita al fine di raggiungere uno stato di equilibrio tra corpo, mente, spirito e relazioni sociali e di ottenere una soddisfazione generale di vita. (Chen *et al.*, 2023).

Come ampiamente detto, la spiritualità è una dimensione troppo importante per essere ignorata nella pratica clinica, ma certamente è altrettanto sbagliato applicare interventi spirituali indistintamente su ogni cliente. Richards e Bergin (1997) hanno individuato almeno quattro situazioni in cui è opportuno astenersi dall'applicare interventi religiosi e spirituali: a) con i clienti che rifiutano questi interventi; b) clienti che mostrano di avere sintomi psicotici attivi; c) laddove ci si accorge che le dinamiche spirituali sono irrilevanti rispetto alla sofferenza attuale del cliente; d) con pazienti minorenni, laddove non si è ricevuto il consenso dei genitori (Chan *et al.*, 2006).

È evidente che l'attenzione alla visione multidimensionale dell'uomo apre la possibilità di potenziare gli interventi di cura, e di rendere gli interventi nel campo della clinica

dinamici ed efficaci, rispondenti a tutti i bisogni dei pazienti. I professionisti sanitari hanno la responsabilità di garantire che tutti gli aspetti del trattamento, biologici, psicologici, sociali, esistenziali, spirituali/religiosi, siano presi in considerazione durante i processi di cura. Nel caso specifico della salute mentale, potrebbe essere opportuno che uno psicoterapeuta, uno psichiatra, uno psicologo preghi con il proprio paziente, laddove quest'ultimo ha avanzato questa specifica richiesta. Inoltre, così come gli psichiatri indirizzano i propri pazienti ad intraprendere un percorso di psicoterapia, allo stesso modo potrebbero inviarli a percorsi spirituali e/o religiosi, se si dovessero accorgere che i loro bisogni potrebbero essere più pienamente soddisfatti (Dike *et al.*, 2022). I professionisti della salute mentale molto spesso si trovano a lavorare in equipe, in collaborazione con medici, infermieri, insegnanti scolastici, avvocati, assistenti sociali, in base alle esigenze dei pazienti, allo stesso modo è necessario includere nelle equipe il clero, i leader religiosi, le figure spirituali di riferimento e garantire una collaborazione anche con queste figure, al fine di perseguire il benessere dell'utente (Plante, 2007). Professionisti della salute mentale e figure spirituali hanno ruoli certamente separati ma complementari nel ripristinare la salute dei pazienti, queste figure condividono una serie di qualità che sono ritenute centrali al fine di lenire la sofferenza, tra cui trasmettere consapevolezza del proprio essere, fare chiarezza sulle relazioni interpersonali, generare speranza per un'esistenza migliore (Frank, 1961., citato in (Plante, 2007). L'integrazione del dominio spirituale all'interno della salute mentale, così come in ogni contesto sanitario, può arricchire la conoscenza e la comprensione dei propri pazienti e della natura umana, aggiungendo profondità e sensibilità ai tentativi di rispondere alla sofferenza umana (Van Denend *et al.*, 2022).

CAPITOLO 2

DISAGIO SPIRITUALE: FENOMENOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLA POSSESSIONE

2.1. Possessione ed esorcismo: definizione e analisi

La credenza nella possessione è un fenomeno sociale assai diffuso in tutto il mondo. In quasi tutte le culture del mondo vi è l'idea della possessione, cioè l'idea che un'entità, che può essere identificata come un demone, una divinità, uno spirito, un defunto, possa invadere il corpo di una persona, assumendone il pieno controllo. La richiesta di assistenza spirituale, spesso esorcistica, è molto più presente di quanto si possa comunemente immaginare. Si tratta di una questione molto delicata e di non semplice comprensione che merita di essere approfondita dalla ricerca psicologica, soprattutto a causa della complessità che si sperimenta nel comprendere la natura del disagio esperito dalle persone. Si riscontra notevole difficoltà nel differenziare una psicopatologia da quella che può essere considerata una reale possessione, secondo lo standard in uso dalle congregazioni religiose. Dunque, la possessione e l'esorcismo sono fenomeni che vedono l'incontro di psicologia, psichiatria, medicina e religione e spiritualità.

Gli esorcismi sono comuni in tutto il mondo. Negli Stati Uniti, secondo il teologo ed esorcista Malachi Martin (1992), si è assistito ad un aumento, tra l'inizio degli anni '60 e la metà degli anni '70, del 750% delle pratiche di esorcismo e in Inghilterra, dal 1960, si è registrata «un'esplosione di episodi di ingerenza demoniaca» (Betty, 2005). Nella cultura cattolica, e soprattutto nel contesto cattolico italiano, si è assistito recentemente a un significativo ritorno della credenza nella possessione demoniaca e, di conseguenza, ad un massiccio ricorso alla pratica dell'esorcismo. Al giorno d'oggi in Italia, secondo Centelmi (2002) vi sono migliaia di persone che hanno paura di essere possedute e che, per tale ragione, richiedono l'aiuto di un esorcista (Innamorati *et al.*, 2019). Le statistiche riportano che ogni anno mezzo milione di persone si rivolge ad un esorcista; il 65% sono donne con un livello culturale medio-basso e provenienti dalle regioni dell'Italia meridionale. Inoltre, quasi la metà di tutti gli esorcisti cattolici sono italiani (Nicolotti, 2016).

Questo rinnovo nell'interesse per la pratica dell'esorcismo ha portato ad un aumento del numero di esorcisti: nella chiesa cattolica in Francia, nel 1999, il numero degli esorcisti è

aumentato da 15 a 20 (Muchembled, 2004). In Italia, nella diocesi di Milano, una delle più grandi al mondo con più di 1000 parrocchie, il numero degli esorcisti è più che raddoppiato negli ultimi 10 anni. Nella sola Sicilia si contano 41 esorcisti e dal 2003 la Conferenza Episcopale Siciliana organizza ogni anno un corso di formazione per aiutare gli esorcisti nel loro ministero, e invita coloro i quali si sentono turbati dalla presenza del male a partecipare a seminari di preghiera e a rituali di liberazione e guarigione (Giordan e Possamai, 2016).

La pratica dell'esorcismo è stata messa in atto con maggiore frequenza a partire dagli anni '90, in modo particolare all'interno della chiesa cattolica; si parla di una vera e propria rinascita poiché questa fase è stata preceduta da un periodo in cui l'esorcismo veniva praticato molto di rado, sebbene la Chiesa non ne ha mai negato la validità (Innamorati *et al.*, 2019). Sicuramente la presenza di numeri così elevanti di credenza nella possessione e di esorcismi in Italia è spiegata dalla tradizionale influenza della Chiesa cattolica sulla società e sulla cultura italiana. Secondo Innamorati *et al.* (2019) il pontificato di Giovanni Paolo II ha giocato un ruolo fondamentale nel ripristino dell'attività esorcistica, poiché il pontefice ha, in diversi modi e occasioni, sottolineato la presenza reale ed effettiva di Satana. Il 13 agosto 1986, durante un'udienza papale, Wojtyła ha tenuto un intero discorso dedicato al diavolo, alla sua presenza e alla sua azione nel mondo, nella vita degli individui e nell'umanità tutta. Inoltre, papa Giovanni Paolo II decise di ordinare egli stesso gli esorcisti e di praticare in prima persona gli esorcismi (Amorth, 2000). I due pontefici che lo seguirono, Benedetto XVI e Papa Francesco, non si scostarono molto dal suo atteggiamento; quest'ultimo, infatti, nel 2014 ha riconosciuto ufficialmente l'*Associazione Internazionale degli Esorcisti* (AIE). Questa associazione fu fondata nel 1990, aveva come leader Gabriele Amorth (1925-1997) e nacque con lo scopo di riunire gli esorcisti cattolici romani e fornire loro una piattaforma di networking, in modo tale da potere condividere esperienze e discutere idee religiose. Spesso l'AIE tiene delle conferenze internazionali sull'esorcismo e ha invitato a parteciparvi professionisti sanitari per discutere sulla diagnosi e sulla guarigione (Bauer, 2022). L'evidente ripristino delle credenze nella possessione e nell'esorcismo, nello specifico in Italia, lo si può spiegare anche con la credibilità scientifica acquisita dall'idea di possessione, attraverso l'attività dell'*Associazione Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici* (AIPPC) che ha instaurato un dialogo con il clero sulla possibilità di una diagnosi differenziale tra possedimenti reali e

deliranti (Innamorati *et al.*, 2019). Inoltre, nel 2005, è stato inaugurato il corso di formazione “Esorcismo e Preghiera di Liberazione” presso l’Università Vaticana Regina Apostolorum di Roma; quest’ultimo non costituisce una qualifica ufficiale per esorcisti, ma serve piuttosto come orientamento e introduzione alla materia (Bauer & Doole, 2022). Si tratta di un corso per sacerdoti, interessati all’ufficio esorcistico, che vede l’intervento di relatori esperti in varie discipline, come teologia, medicina, psicologia, antropologia e diritto, i quali mettono in luce il tema della possessione e dell’esorcismo e discutono spesso sulla possibilità di distinguere tra possessione e malattia mentale (Bauer, 2022). A tal proposito, rispetto all’idea che la possessione abbia caratteristiche inquadrabili fra i disturbi di natura psicologica, quali l’isteria, la schizofrenia, l’epilessia, i deliri e le allucinazioni, le psicosi e le nevrosi, c’è ad oggi pieno accordo (Nicolotti, 2016). Dunque, la relazione tra possessione e psichiatria non è una novità, e spesso, sono gli stessi esorcisti cattolici a dichiarare che quasi la totalità di coloro i quali richiedono un’assistenza per una presunta possessione, in realtà, soffrono di un disturbo psichiatrico (Nicolotti, 2016). Sono estremamente rari i casi di possessione ‘pura’ (Betty, 2005); a sostegno di ciò è stata condotta un’analisi sociologica da Giordan e Possamai (2017) che ha messo in luce che soltanto il 5% delle consultazioni iniziali di un prete esorcista porta effettivamente alla messa in atto di un rituale esorcistico.

Un’ulteriore riflessione che permette di comprendere questa sorta di risveglio e di ripristino di fenomeni quali la possessione e l’esorcismo rimanda, senza dubbio, alla cultura popolare, cinematografica e letteraria. Basti pensare al film *L’esorcista* del 1973, al racconto *Hostage to the Devil: the Possession and the Exorcism of Five Living Americas* di Malachi Martin del 1992 (Cuneo, 2001), che ha ispirato la creazione di un film che ripercorre la vita e la vocazione dello stesso Malachi Martin. Inoltre, il discorso pubblico sull’argomento è stato fortemente influenzato da una pletora di pubblicazioni di esorcisti. Ad esempio, l’attività e gli scritti del famoso esorcista italiano Gabriele Amorth hanno fortemente contribuito alla divulgazione dell’esorcismo cattolico italiano; il suo primo libro, ed il più famoso, dal titolo “*un esorcista racconta la sua storia*” ha visto ventuno ristampe italiane ed è stato tradotto in ventotto lingue, ad oggi i resoconti delle sue esperienze fungono da linee guida per gli esorcisti e per le persone che ritengono di essere possedute in tutto il mondo (Bauer & Doole, 2022). Questi sono tutti elementi che hanno

giocato un ruolo fondamentale nel fare rinascere l'interesse, e spesso anche la curiosità, verso le pratiche dell'esorcismo e della possessione.

Nonostante si sta assistendo negli ultimi 20-30 anni ad un significativo risveglio della credenza nella possessione, è bene riconoscere che questo fenomeno è ben radicato e presente trasversalmente nelle culture sin da tempi molto antichi; presso tutte le culture e presso tutti i popoli ci sono stati diavoli ed esorcisti, anche se venivano attribuiti loro nomi diversi (Biunno, 2004).

Il termine possessione, dal latino *potis*, padrone, e *sedere*, quindi possedere dentro, sedere al posto di, indica quella manifestazione che costituisce il segnale concreto della presenza "dentro" un soggetto (non necessariamente umano e vivo, anche oggetti e luoghi possono essere posseduti) di un'entità che ne diventa padrona (Centini, 2019). Il termine è soggetto a processi di negoziazione culturale e sociale; dunque, il significato varia e dipende dal contesto e dalla cultura (Laycock, 2015). Nella cultura cristiana la possessione viene definita 'diabolica' e fa riferimento alla presenza nel corpo di un individuo di un'entità ritenuta maligna che lo domina; in questo contesto la possessione viene considerata involontaria poiché la forza maligna domina il soggetto senza la volontà di quest'ultimo. Secondo questa chiave di lettura teologica, la personalità del soggetto è totalmente sovrastata dall'entità negativa, ciò può avere molteplici conseguenze e quindi la possessione è vista come un problema da risolvere. In altre culture, invece, sono presenti i cosiddetti 'culti di possessione' che, nel linguaggio etnologico e antropologico, vanno ad indicare delle pratiche culturali, comuni nelle religioni estatiche (sciamanesimo, vudu ecc.), che permettono l'ingresso di uno spirito nel corpo di chi lo invoca per trarne protezione, favorire la guarigione e ottenere poteri soprannaturali. Pertanto, in questi casi, è il soggetto a desiderare l'ingresso nel proprio corpo di una entità estranea; dunque, si parlerà di possessione volontaria (Centini, 2019). H. Ellemberger (1976) differenzia la possessione definita 'lucida', ovvero quella condizione in cui soggetto è del tutto consapevole della presenza dentro di sé di un'entità estranea, dalla possessione 'sonnambolica', nonché quei casi in cui l'invasore sommerge e domina totalmente la personalità del soggetto, assumendone il pieno controllo. L'autore inoltre definisce la possessione 'attiva' nei casi in cui lo spirito possessore parla attraverso le parole del posseduto, al contrario definisce la possessione 'latente' laddove il soggetto non sospetta che il suo malessere è causato dalla presenza di uno stato maligno (Biunno, 2004).

Volendo approfondire la possessione diabolica nel contesto della cultura cristiana, è necessario prestare attenzione alla definizione della parola ‘diavolo’ e differenziarla dal termine ‘demone’; ‘diavolo’ è un termine che deriva dal greco ‘diaballein’ che significa *colui che ostacola, che divide* (Biunno, 2004), mentre il termine ‘demone’ deriva dal termine greco ‘*daimon*’ che vuol dire *essere divino* e, nella storia delle religioni e delle credenze popolari, divinità inferiore, entità intermedia tra il divino e l’umano. Nella Grecia antica, ogni avvenimento della vita degli uomini era attribuito all’azione di un *daimon*, inteso come una forza astratta di genere neutro. Secondo la tradizione fu Senocrate, alunno di Platone, che stabilì l’accezione negativa del termine *daimon*, dividendo gli dèi benevoli dai demoni e da quel momento il concetto di demone non venne più associato ad una divinità, bensì al concetto di demònio, inteso come sinonimo di diavolo. Quando venne tradotta la Bibbia, dalla lingua ebraica in greco, si utilizzò il termine *daimon* per indicare quello che gli ebrei definivano “spirito cattivo”, successivamente si affermò la visione giudeocristiana che vede il demonio come incarnazione del male (Centini, 2019). Giordan e Possamai (2017) mettono in luce come i documenti ufficiali della chiesa non definiscono esplicitamente l’esistenza del diavolo, piuttosto la danno per scontato. Per chi ha fede nella dottrina cristiana, la figura del diavolo è essenziale per la storia della salvezza; secondo la dottrina cattolica, il diavolo è un essere creato da Dio, viene definito il primo degli angeli; egli, però, ha rifiutato la dipendenza da Dio, auspicando di prendere il suo posto (Pagels, 1995). Nei Vangeli vengono narrati diversi episodi in cui Gesù caccia il demonio dalle persone e, nel Vangelo di Matteo (cap. 4, ver. 10), si racconta che Gesù stesso fu tentato dal diavolo mentre si trovava nel deserto della Giudea (Giordani e Possamai, 2017). Nella tradizione cristiana il diavolo spesso viene denominato ‘Lucifero’, ‘Beelzebul’, “il sovrano dei demoni” (Lc 11, 15., citato in Bauer & Doole, 2022); ma anche ‘Satana’, per indicare il principe dei demoni. Nei primi secoli della storia del cristianesimo Satana, “principe di questo mondo” veniva considerato la fonte di ogni possibile malattia (fisica e psicologica) e nessuno poteva dubitare della realtà della possessione e dell’esistenza di Satana, poiché sarebbe stato equivalente a commettere un’eresia (Innamorati *et al.*, 2019). Gli esorcisti cattolici romani attribuiscono la possessione all’azione del diavolo, e ritengono che i vari nomi trovati nella Bibbia siano tutti riferiti alla stessa figura. Si riscontra una mancata differenziazione tra “Satana”, “demoni”, “male”, “peccato”, Malachi Martin utilizza i

termini “Satana”, “diavolo”, “Lucifero” e “male” in modo intercambiabile, Amorth afferma che “il diavolo ha molti nomi” (Bauer & Doole, 2022). Ad oggi tra i religiosi vi è pieno accordo rispetto al fatto che il demonio è una persona anche se, a differenza dell’uomo, non gode della dimensione corporea, è puro spirito. Egli, però, possiede caratteristiche come l’intelligenza e la volontà, elementi questi che, secondo la tradizione cristiana, utilizzò per ribellarsi a Dio e che continua ad utilizzare per tentare l’uomo al male (Biunno, 2004).

Dalla Nota Pastorale “*A proposito di magia e demonologia*” (1994), un importante documento della Conferenza Episcopale Toscana (CET), si può evincere che il demonio può agire in due differenti modi: attraverso quella che viene definita *un’azione ordinaria*, ovvero tentando l’uomo al male, al peccato, facendolo allontanare da Dio, oppure attraverso *un’azione straordinaria*, vale a dire provocando diverse forme di sofferenza, quali disturbi fisici, vessazioni, ossessioni, soggezioni, infestazioni, possessioni (Biunno, 2004). Nel dettaglio, i *disturbi fisici* sono sofferenze legate al corpo, come ad esempio percosse e dolori; le *vessazioni* identificano malesseri saltuari che possono colpire singole persone o gruppi e che si manifestano attraverso cambi d’umore repentini, oppure attraverso cambi di atteggiamento nei confronti di affetti; le *ossessioni*², invece, sono pensieri ricorrenti che la vittima cerca di allontanare senza riuscirci; ancora, le *soggezioni*, che si presentano quando un soggetto è volontariamente assoggettato al diavolo, ad esempio attraverso quello che viene comunemente definito “il patto col diavolo”; le *infestazioni*, cioè quando l’azione del demonio si manifesta su cose e animali e, infine, la *possessione* vera e propria che comporta la permanenza continua del diavolo nel corpo umano (Centini, 2019). L’antropologo e psichiatra Roland Littlewood (2004) definisce la possessione come una sindrome psichiatrica legata alla cultura, egli sostiene che il termine possessione denota una credenza secondo cui uno spirito alieno, o un’altra forza non umana, penetra in un individuo, lo controlla alterando in modo significativo le sue azioni e la sua stessa identità; questo stato si manifesta all’osservatore come uno stato di alterata coscienza. Bourguignon (1973) differenzia la Possession (definita anche Non-

² Centini (2019), nella sua opera “Posseduti”, mette in luce che questa situazione, talvolta può anche condurre al suicidio

Trance Possession) dalla Possession Trance³, quest'ultima condizione si riferisce ad uno stato di alterata coscienza (o dissociazione), sostenuto dalla credenza di uno spirito invadente, mentre Possession si riferisce soltanto alla convinzione di possessione (Littlewood, 2004). Cardeña e altri (2009) hanno differenziato la trance dalla trance di possessione: la trance è un'alterazione temporanea della coscienza, dell'identità e/o del comportamento; la trance da possessione, invece, è un'alterazione temporanea della coscienza, dell'identità e/o del comportamento la cui causa viene attribuita alla possessione da parte di una forza spirituale o di un'altra persona.

Certamente la credenza nella possessione è strettamente legata alla pratica dell'esorcismo, ovvero l'atto di scacciare o allontanare il demonio dalle persone che si crede che possano essere possedute da esso (Innamorati et al., 2019), mediante un rituale speciale. Sluhovsky (2007) definisce l'esorcismo come una tecnica di cura contro gli spiriti maligni che si sono impossessati di una persona posseduta, di un animale o di un oggetto. Egli mise in luce che nell'Europa continentale, le persone erano solite andare in pellegrinaggio per essere liberate dal diavolo; inoltre, prima che la pratica dell'esorcismo venisse regolamentata nel XVII secolo, era una comune pratica condotta da laici e sacerdoti. Soltanto nel XVII secolo il compito dell'esorcista venne professionalizzato e codificato (Giordan e Possamai, 2016). Nella storia della religione cristiana l'esorcismo si è sviluppato in periodi diversi, ed è stato ampiamente discusso in vari Concili, come ad esempio il Concilio Lateranense IV (1215) e il Concilio Vaticano II (1962-1965) (Young, 2016). L'esorcismo non è un sacramento, viene definito un *sacramentale*, ovvero un atto liturgico caratterizzato da preghiere e rituali⁴, infatti la Chiesa Cattolica descrive il termine 'esorcismo' come una preghiera pubblica e autorevole in nome di Gesù Cristo, che ha lo scopo di proteggere una persona, ma anche un oggetto, dal potere del maligno. Secondo la dottrina cattolica si possono distinguere due forme di questa pratica: l'esorcismo 'semplice', o 'minore' e l'esorcismo 'solenne' o 'maggiore'. Per esorcismo semplice si fa riferimento a varie pratiche liturgiche che non sono regolamentate dal

³ La trance si può definire come uno stato dissociativo funzionale, in cui avvengono tipiche e importanti modificazioni dello stato di coscienza, delle funzioni dell'io (sensazioni, percezioni, attenzione, memoria, pensiero, emozioni) e di vari parametri fisiologici (Trance nell'Enciclopedia Treccani)

⁴ Il Catechismo della Chiesa Cattolica afferma: "Questi sono segni sacri che hanno somiglianza con i sacramenti. Significano effetti, soprattutto di natura spirituale, che si ottengono attraverso l'intercessione della Chiesa. Per mezzo di essi gli uomini sono risposti a ricevere l'effetto principale dei sacramenti e sono santificate le diverse circostanze della vita" (ccc 1667., citato in (Bauer & Doole, 2022).

diritto canonico, si tratta di suppliche per la liberazione dal potere del maligno l'esorcismo maggiore, invece, è regolamentato dal diritto canonico, e può essere praticato esclusivamente da sacerdoti che hanno ricevuto il permesso a esorcizzare dal Vescovo (Bauer & Doole, 2022). L'esorcista, durante tale pratica, ha il compito di comunicare con 'l'occupante', e a seconda del tipo di comunicazione utilizzata, viene fatta un'ulteriore differenziazione: si differenzia 'l'esorcismo imprecativo', che fa riferimento a quella modalità di esorcismo in cui l'esorcista entra in dialogo con il demonio e gli ordina di lasciare il corpo che occupa, 'dall'esorcismo deprecativo' in cui il sacerdote scaccia il demonio attraverso la preghiera o altre pratiche religiose (Ibidem). È bene precisare però che, innanzi tutto, il compito dell'esorcista è quello dell'ascolto, poiché egli deve prestare attenzione ad ogni singolo caso per comprendere bene di cosa si tratta; il più delle volte, infatti, non è necessario ricorrere alla pratica di esorcismo.

Nella Chiesa Cattolica, tutt'oggi, la pratica dell'esorcismo è regolamentata dal Rituale Romanum del 1614, questo fornisce le regole per la procedura liturgica e serve come linea guida per l'identificazione ed il trattamento degli individui posseduti. In particolare, la sessione dedicata proprio alla pratica dell'esorcismo (*de exorcismis et supplicationibus quibusdam*), che è stata rielaborata nel 1999, fornisce tutte le norme da rispettare durante la pratica di esorcismo, così come anche le linee guida per l'identificazione dei posseduti (Bauer & Doole, 2022). Nel Rituale vi sono alcuni criteri per riconoscere che si tratta di una possessione demoniaca: a) parlare o comprendere lingue sconosciute; b) rivelare cose occulte e lontane; c) manifestare forze superiori all'età o alla condizione fisica; e, infine, d) mostrare avversione al sacro (Nicolotti, 2016). Nella possessione demoniaca, il demone opera all'interno del corpo umano (Fropo, 2014), il posseduto perde il controllo del proprio corpo e della propria mente; ciò può provocare urla, contorsioni fisiche, insulti, movimenti scoordinati (Bauer, 2022). Di fatti, oltre ai criteri che vengono indicati dal Rituale Romanum vi sono altri segni che possono fare sospettare la presenza di possessione demoniaca, quali agitazione, reazioni fisiologiche parossistiche, mancanza di controllo, conoscenza di segreti di altre persone, estrema forza fisica, convulsioni, dolore fisico, contorsione muscolare, vomito, cambio di voce, chiaroveggenza. Questi sono certamente elementi che caratterizzano diverse malattie psichiatriche, gli stessi esorcisti contemporanei affermano che tali segni sono difficili da interpretare e rendono complicato distinguere la possessione autentica da problemi psicologici e disturbi

psichiatrici (Amorth, 1996). Nella sua pubblicazione *Esorcisti e Psichiatri* (1996), Amorth sostiene che qualcuno può essere posseduto e affetto da una malattia mentale allo stesso tempo, ma sottolinea che i medici dovrebbero sempre essere consultati per primi e che l'esorcista dovrebbe essere l'ultima risorsa (ibid., pag. 93-95). D'altra parte, però, alcuni esorcisti rivendicano la loro autorità su quella medica-psicologica; ultimamente, con l'obiettivo di conferire quanta più validità a questo rito, si sta assistendo ad una sorta di medicalizzazione dell'esorcismo, come mezzo per legittimare la pratica come valida alternativa, o complemento alla medicina e alla psicologia moderne (Bauer e Doole, 2022). Pertanto, i sintomi fisici e psicologici vengono estrapolati dal contesto medico-psicologico e integrati in un sistema di interpretazione religiosa. Inoltre, nonostante si faccia riferimento all'eventuale efficacia della pratica esorcistica, per attestarne la validità, bisogna prestare molta attenzione, poiché la buona riuscita potrebbe spiegarsi come il risultato di suggestione o di effetto placebo. L'efficacia, cioè, sta nel fatto che l'esorcismo è considerato da colui il quale si sente indemoniato come l'unica terapia utile e funzionale. Lo stesso quadro teologico mette in luce rispetto al fatto che la possessione presume la fede nell'esistenza dei demoni e nella possibilità che hanno questi di impadronirsi dei loro corpi (Nicolotti, 2016); infatti per ricevere l'esorcismo la persona deve affermare il proprio credo nella dottrina cattolica.

2.2. Classificazioni diagnostiche: uno sguardo psichiatrico al fenomeno della possessione

Quando si parla di 'possessione' ci si riferisce alla condizione che porta il soggetto a percepire un'intrusione nella sua sfera più intima, personale, emotiva e vitale, da parte di un'entità estranea (Perrotta, 2019). Nel contesto della malattia mentale il fenomeno della possessione trova svariate traduzioni, infatti, molti comportamenti manifestati da quei soggetti che si presume possano essere posseduti, rientrano all'interno di alcune categorie diagnostiche. Da un punto di vista psichiatrico, i sintomi che caratterizzano la possessione sono predominanti anche in alcuni disturbi psicopatologici; generalmente, infatti, si associa la sintomatologia della possessione, e delle sue varie forme, a diverse condizioni psicopatologiche presenti nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM). A seconda dei sintomi osservati, coloro i quali ritengono di essere posseduti, potrebbero essere diagnosticati come affetti da un disturbo clinico, di personalità, psicotico, dell'umore, somatoforme, d'ansia o da un disturbo neurologico (Cardeña et al.,

2009). Pertanto, spesso il disagio psicologico e determinate problematiche spirituali, come la possessione diabolica, sono al centro di diatribe tra il mondo religioso e quello medico, dal momento che, entrambe queste condizioni di sofferenza, talvolta presentano quadri sintomatologici comuni.

Secondo H. Ellenberger (1970), le manifestazioni cliniche della possessione diabolica possono essere triple: 1) la prima rientra nel quadro di una grave malattia mentale, generalmente schizofrenia o psicosi, che assume la forma della possessione diabolica; 2) la possessione latente, che viene resa attiva mediante un esorcismo compiuto per curare malattie fisiche o mentali; 3) possessione attiva spontanea, considerata una forma più o meno grave di nevrosi isterica (Perrotta, 2019). In effetti, la prima categoria diagnostica che è stata associata al fenomeno della possessione, è l'isteria. Oggi il termine isteria non viene più adoperato e non è più presente nel DSM-5 ma è stato sostituito dal disturbo istrionico di personalità; quest'ultimo è un disturbo caratterizzato da un'emotività eccessiva e pervasiva e da una continua richiesta di attenzione. Generalmente chi ha un disturbo istrionico della personalità è un soggetto che utilizza l'aspetto fisico per ottenere le attenzioni degli altri, è estremamente drammatico, suggestionabile e tende a mettere in atto comportamenti molto teatrali. Dal momento che anche il soggetto che ritiene di essere posseduto è fortemente suggestionabile, drammatico e teatrale viene avvicinato alla categoria dei soggetti istrionici (Cestelli A. 1999-00). Nel DSM-IV la possessione fu inserita tra le Sindromi Culturalmente Caratterizzate (Culture-Bound Syndrom, CBS), nel tentativo di distinguere questa particolare manifestazione da specifici disturbi mentali. All'interno del manuale, le CBS sono state definite come «modelli ricorrenti, specifici per località, di comportamenti aberranti ed esperienze preoccupanti (...) generalmente limitati a specifiche società o culture e localizzati in specifiche aree» (Teodoro & Afonso, 2020, p. 119). Si può apprendere, dunque, che nella quarta versione del DSM, l'aspetto culturale inizia ad essere tenuto in considerazione al fine di comprendere il disagio di ciascuno. Tuttavia, Teodoro e Afonso (2020) mettono in evidenza che le CBS sono presenti come appendice al manuale, ma non sono ancora state classificate nella sezione principale. In Italia sono state rintracciate quattro Sindromi Culturalmente Caratterizzate: 1) la possessione (Zar nel DSM IV-TR), 2) la fuga dell'anima (Susto nel DSM IV-TR), 3) il malocchio (Mal de ojo nel DSM IV-TR), 4) l'affatturazione stessa (Rootwork nel DSM IV-TR, fattura, malocchio ecc) (Cianconi *et al.*, 2012). Per quanto riguarda la

possessione, quest'ultima corrisponde ad uno stato di alterata coscienza che comporta la sensazione di essere dominati da un'entità molto potente (Boddy, 1994); questa esperienza è spesso accompagnata dalla percezione che la propria identità sia stata sostituita dall'entità occupante. La quarta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV), includeva criteri sperimentali per forme patologiche di trance e fenomeni di possessione come esempio di disturbi dissociativi non altrimenti specificati (DDNOS) (Hecker *et al.*, 2015). Nel dettaglio, tra i DDNOS, troviamo il disturbo dissociativo da trance (DTD) e il disturbo da trance di possessione (PTD). Il disturbo dissociativo di trance (DTD)⁵ è definito come una marcata alterazione della coscienza o perdita del senso di identità, senza la sostituzione con uno alternativo, accompagnata da un restringimento della consapevolezza dell'ambiente circostante e da comportamenti e movimenti stereotipati, vissuti come al di là del proprio controllo (Hecker *et al.*, 2015). Una revisione sistematica, che ha analizzato 28 articoli che riportavano 402 casi di pazienti con un disturbo dissociativo di trance in tutto il mondo, ha permesso di affermare che il DTD è un disturbo molto diffuso che può essere inteso come un linguaggio globale di disagio, probabilmente sottodiagnosticato nei paesi occidentali a causa di pregiudizi culturali (During *et al.*, 2011).

Nel disturbo da trance di possessione (Trance and Possession Disorder, PTD), invece, il consueto stato di identità viene sostituito da un'altra identità, e ciò è attribuito all'influenza di un'entità (uno spirito, un potere, una divinità, una persona). Anche i comportamenti che si mettono in atto vengono vissuti come controllati dall'agente di possesso e si verifica un'amnesia totale o parziale dell'evento (ibidem). Quindi, sostanzialmente, il PTD si può differenziare dal DTD per la sostituzione dell'identità. Il PTD viene classificato, generalmente, nella categoria del disturbo dissociativo di identità; laddove i criteri del DID non vengano soddisfatti (ad esempio non è presente l'amnesia, oppure la rottura dell'identità non è marcata) anche il PTD viene inserito tra i DDNOS, come il DTD.

Per quanto riguarda il disturbo da trance di possessione, Cardeña (1989) ha proposto tre principali tipologie di PTD: 1) gli stati di trance in cui il soggetto si trova in uno stato cognitivamente disorganizzato mentre si muove dal suo abituale stato di coscienza a stati

⁵ Secondo questa tassonomia si associa lo stato di trance ad uno stato psicopatologico.

di coscienza alternativi; 2) l'identità della persona è sostituita da un'identità alternativa che corrisponde ad uno spirito culturalmente riconosciuto (questa è la tipologia di PTD che maggiormente è assimilabile alla possessione); 3) condizione in cui la persona sperimenta un'unione con il tutto, oppure con una divinità.

L'elemento della disgregazione dell'identità, presente nelle condizioni di possessione, è caratteristico del quadro diagnostico del disturbo dissociativo di identità; pertanto, spesso, risulta complicato differenziare un disturbo dissociativo di identità da una reale possessione. Secondo il DSM-5, «il disturbo dissociativo di identità (DID), che era precedentemente definito come disturbo di personalità multipla, comporta una disgregazione dell'identità caratterizzata da due o più stati di personalità distinti che, in alcune culture, può essere descritta come un'esperienza di possessione» (Gabbard, 2015, p. 286). Dunque, lo stesso DSM-5 sottolinea che in alcuni contesti culturali si può parlare di possessione; proprio per questa ragione, nella quinta versione del manuale si sono differenziate due possibili forme di dissociazione all'interno del DID: la forma dissociativa di possessione e la forma dissociativa di non possessione. Nel primo caso, le identità si manifestano come se fossero agenti esterni, tipicamente un essere soprannaturale o uno spirito (a volte anche un'altra persona) che prendono il controllo della persona, determinandone l'agire ed il parlare. Questa forma di dissociazione è patologica quando l'identità alternativa è indesiderata, si presenta involontariamente e genera angoscia e profondo disagio. Nel caso, invece, della forma di non possessione l'individuo può esperire un'improvvisa alterazione della propria identità e di sé stesso, provando la sensazione di essere osservatore, piuttosto che attore, dei propri discorsi, delle proprie azioni ed emozioni (Spiegel, 2023). Secondo l'approccio dinamico della psicologia, il termine 'dissociazione' identifica la «distruzione del proprio senso di continuità nelle aree dell'identità, della memoria, della coscienza o della percezione al fine di mantenere un controllo psicologico di fronte ad un senso di impotenza e di perdita del controllo» (Gabbard, 2018, p. 39). In tal senso, la dissociazione è considerata un meccanismo di difesa diretto a preservare un senso di sicurezza quando l'individuo si sente gravemente minacciato (Ibidem). Infatti, il disturbo dissociativo di identità si verifica in soggetti che hanno vissuto un grave stress o un trauma, soprattutto durante l'infanzia. In merito a ciò, la review di Hecket e colleghi (2015) ha confermato la relazione che vi è tra le esperienze traumatiche e i disturbi possessivi da trance. Da uno

studio condotto a Sivas, nella Turchia centro-orientale, che aveva l'obiettivo di indagare la correlazione tra stress post traumatico e la possessione, è emerso che i fenomeni di possessione hanno una prevalenza significativa nel gruppo di donne con un'alta frequenza di esperienze traumatiche, di disturbi dissociativi e altri disturbi legati al trauma (Hecket *et al.* 2015). Infatti, il DSM-5 ha introdotto un sottotipo dissociativo del disturbo post-traumatico da stress (PTSD), elencando la depersonalizzazione⁶ e la derealizzazione⁷ come sintomi caratteristici; in alcune culture, il sottotipo dissociativo di PTSD comprende proprio i fenomeni di possessione (Sar *et al.*, 2014). Vista la correlazione tra esperienze traumatiche ed esperienze di presunta possessione, un'altra modalità di codificare le esperienze di possessione nel DSM-5 è la nuova categoria di reazione acuta allo stress, laddove, però, i sintomi hanno durata inferiore ad 1 mese.

Il quadro sindromico che caratterizza la possessione, oltre ad avere elementi in comune con il disturbo istrionico di personalità, il disturbo dissociativo di identità (DID) e con il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), ha notevoli elementi in comune anche con psicopatologie quali la schizofrenia. Quest'ultima è un disturbo psichiatrico caratterizzato dalla perdita di contatto con la realtà (psicosi), allucinazioni, deliri, linguaggio e comportamenti disorganizzati, appiattimento dell'affettività, deficit cognitivi e difficoltà nella sfera sociale (Tamminga, 2022). Nel dettaglio, i sintomi comuni nella schizofrenia e nella possessione sono le allucinazioni e i deliri: un'allucinazione è una percezione senza oggetto e, generalmente, le allucinazioni che accomunano pazienti schizofrenici e soggetti che si ritiene che possano essere posseduti, sono quelle uditive, nonché voci udibili soltanto dal paziente, che parlano con lui o tra di loro. Un delirio, invece, è un'idea falsa, non riconducibile alla logica, che viene sostenuta dal soggetto con straordinaria convinzione e certezza (Irmak, 2014). I deliri possono riguardare tematiche differenti, in particolar modo, i deliri di possessione, che sono una sottocategoria dei deliri religiosi, sono intesi come la percezione distorta di avere i propri processi mentali o le proprie azioni controllate da poteri soprannaturali (Pietkiewicz *et al.*, 2021). Secondo Perrotta (2019) L. Gayral e J. Gayral (1944) hanno tracciato una classificazione esaustiva dei deliri

⁶ Sentimenti persistenti o ricorrenti di distacco dai propri processi mentali o corporei (p. es., come se si fosse un osservatore esterno alla propria esperienza; sensazione di essere in un sogno; sensazione di irrealtà di sé o del suo corpo o del tempo che si muove lentamente) (Spiegel, 2023)

⁷ esperienze persistenti o ricorrenti di irrealtà del proprio ambiente (p. es., il mondo intorno all'individuo è vissuto come irreali, onirico, lontano o distorto) (Spiegel, 2023)

che caratterizzano le possessioni: 1) ‘delirio demonolatrico’ che è connesso alla venerazione dei demoni; 2) ‘delirio dannofobico’, connesso alla paura della dannazione eterna; 3) ‘delirio demonopatico’, distinto in esterno ed interno, laddove nella prima variante il diavolo agisce dall’esterno attraverso i recettori sensoriali, mentre nella seconda variante il diavolo agisce dall’interno attraverso un’azione psicologica; 4) ‘delirio demonoatropico’, che vede la personalità del soggetto sostituita da quella del diavolo; 5) ‘forma etica dei deliri di possessione diabolica’, caratterizzata da una crisi etica da parte dei soggetti colpiti (Perrotta, 2019). Allucinazioni e deliri, ovvero la sintomatologia positiva caratterizzante la schizofrenia, rappresentano le modalità preferenziali attraverso le quali si manifesta la presunta possessione. È molto comune che i deliri e le allucinazioni vengano influenzati dalle credenze culturali e religiose dei pazienti (Ventriglio, 2018); infatti, questi sintomi, in pazienti schizofrenici, hanno molto spesso temi a carattere religioso, oppure riguardano figure religiose. È bene, però, riuscire a non confondere le normali credenze religiose, determinate e accettate socialmente e culturalmente, con i sintomi appartenenti ad un quadro psicopatologico di schizofrenia. Sims (1995) ha illustrato una serie di criteri per riuscire a distinguere una credenza religiosa, non patologica, da un delirio: 1) sia il comportamento osservato che l’esperienza soggettiva devono essere conformi a sintomi psichiatrici, l’auto-descrizione dell’esperienza del paziente deve essere riconosciuta come avente forma di un delirio; 2) vi devono essere altri sintomi riconducibili alla malattia mentale, altri deliri, allucinazioni, disturbi dell’umore o del pensiero; 3) il comportamento e lo stile di vita del soggetto, dopo l’esperienza di delirio, deve essere coerente con la storia del disturbo mentale piuttosto che con una particolare esperienza di vita (Siddle *et al.*, 2002).

È fondamentale che i professionisti della salute mentale tengano a mente che le credenze culturali e religiose svolgono un ruolo fondamentale nella formazione, nella strutturazione e nell’identificazione del delirio. È possibile che in culture, come quella italiana, in cui è profondamente radicata la credenza nell’esistenza del diavolo e nella sua capacità di influenzare negativamente l’uomo, questa figura possa diventare il protagonista dei deliri degli individui schizofrenici (Cestelli A. (1999-00), come esito di una proiezione⁸.

⁸ «La proiezione è un meccanismo di difesa che consiste nel percepire e reagire a impulsi interni inaccettabili e a elementi che da questi derivano come se fossero al di fuori del Sé» (Gabbard, 2018, p. 39).

Kopeyko et al. (2018) condussero uno studio per analizzare i deliri di possessione nei pazienti schizofrenici. Gli autori misero in evidenza che spesso i deliri si presentano in concomitanza con altri sintomi, quali allucinazioni ipocondriache, cenestesiche o olfattive, umore depressivo e ideazione suicidaria. Constatarono, inoltre, che i deliri di possessione rappresentano un elemento sfavorevole per la prognosi e il trattamento della schizofrenia. Ciò può essere spiegato dal fatto che gli individui convinti di essere posseduti sono più propensi a chiedere di essere liberati da un esorcista, ignorando di avere un disturbo psicopatologico che necessita l'intervento di un professionista della salute mentale. In uno studio indiano, condotto tra pazienti schizofrenici, è emerso che nel 40% dei casi la famiglia dei pazienti ha incoraggiato il trattamento religioso, invece di incentivare la richiesta di aiuto ad uno psichiatra (Kulhara *et al.*, 2000). Ciò può far pensare che in quel contesto culturale si ritenga più stigmatizzante essere affetti da un disturbo psichiatrico, piuttosto che essere posseduti (Ventriglio *et al.*, 2018).

I pazienti che riportano sintomi come i deliri di possessione o le allucinazioni, riportano anche di avere vissuto esperienze traumatiche (specie a sfondo sessuale durante l'infanzia); il contenuto dei deliri può essere una ricostruzione diretta o indiretta dei traumi vissuti. Inoltre, è interessante notare che molti sintomi che si rintracciano in pazienti schizofrenici sono anche presenti nelle persone con disturbi dissociativi: il 50% dei casi dissociativi soddisfa anche i criteri per la schizofrenia, motivo per il quale a questi soggetti viene diagnosticata inizialmente una psicosi⁹ (Pietkiewicz *et al.*, 2021); dunque condizioni di dissociazione, psicosi e possessioni hanno molti sintomi comuni che ne rendono complicata la differenziazione.

Secondo una prospettiva più strettamente biologica, le manifestazioni della possessione possono avere origine organica e presentarsi come il “disturbo epilettico del lobo temporale”, come una “sindrome del lobo parietale”, o anche come patologie neoplastiche cerebrali. Queste, in effetti, sono tutte condizioni che possono provocare allucinazioni capaci di far vivere un'esperienza di possessione e fare percepire al paziente di essere

⁹ La psicosi è definita come un grave disturbo mentale di origine organica o emotiva in cui sono compromessi l'esame di realtà, la capacità di comportarsi adeguatamente, di pensare, di rispondere emotivamente, di ricordare. Questo termine è applicabile a condizioni che hanno una vasta gamma di gravità e durata, incluso schizofrenia, disturbo bipolare, depressione e disturbo mentale organico (Sar & Öztürk, 2011).

vittima del dominio di presenze paranormali attraverso l'udire delle voci e di suoni spaventosi (Perrotta, 2019).

2.3. Esorcista o professionista della salute mentale? La necessità di collaborazione

Al giorno d'oggi, risulta evidente che l'ampiezza sintomatologica delle istanze possessorie è determinata dalla cultura, così come dalla condizione psicologica o psicopatologica di ciascun individuo (Peters & Price-Williams, 1983). È evidente che vi è una sovrapposizione tra sintomi che caratterizzano i disturbi psichiatrici e casi di presunta possessione, e che tale comunione di quadri sintomatologici ne rende molto complessa la diagnosi, così come il trattamento.

Molto spesso, soggetti che lamentano una sofferenza psicologica, esistenziale e spirituale sono più propensi a chiedere aiuto ad un leader religioso, piuttosto che ad un servizio di salute mentale. È molto probabile che, a fronte di problematiche inerenti alla salute mentale, vengano contattati i sacerdoti, molto più di quanto si contattano psicologi e psichiatri. Molte persone affette da un disturbo mentale chiedono assistenza ad una figura religiosa, evitando di farsi curare da medici e terapeuti; questo perché le figure religiose vengono percepite come più capaci di ascolto, di comprensione, di calore e di cura. Al contrario, invece, si registra spesso una mancanza di fiducia nei confronti dei medici, dei servizi sanitari o dei farmaci (Magliano *et al.*, 2020). Ad esempio, la comunità ebraica chassidica ultraortodossa di Londra tratta la psichiatria e la psicologia con grande sospetto ed è generalmente riluttante a rivolgersi a servizi psichiatrici che sono percepiti come atei, scientifici e denigratori della religione (Dein *et al.*, 2010).

Banerjee (1995) ha affermato che vi sono quattro fattori motivazionali principali che spiegano il processo decisionale che mobilita la richiesta di aiuto ad una figura religiosa: 1) forte convinzione di chi prende la decisione nella guarigione per fede; (2) facile accessibilità; (3) stigma sociale associato alla consulenza psichiatrica; (4) il sistema di credenze sulla causa del disturbo mentale (Banerjee & Banerjee, 1995). Inoltre, si possono individuare ulteriori motivazioni che condizionano tale scelta, come ad esempio l'interpretazione a livello locale della malattia, lo stato socioeconomico del paziente e la disponibilità dei 'guaritori' (Padmavati *et al.*, 2005). Dal momento che è molto comune che venga chiesto l'aiuto a figure religiose rispetto ad un disagio di natura multidimensionale, è bene che queste siano preparati a dare il giusto supporto agli utenti.

Storicamente, molti casi di gravi disturbi psichici sono stati erroneamente valutati come casi di possessione; è interessante l'analisi del caso spagnolo di una donna di 28 anni la quale presentava allucinazioni cinestetiche persistenti e a cui era stata diagnosticata la schizofrenia. La paziente presentava una scarsa consapevolezza della sua malattia e attribuiva i suoi sintomi a un'esperienza spirituale maligna; spinta da tali convinzioni, la donna contattò un sacerdote e, successivamente, ricevette un totale di otto sessioni di esorcismo che hanno interrotto la risposta al trattamento clinico. Il caso è eclatante perché i sacerdoti che hanno trattato la paziente conoscevano la sua situazione clinica, dal momento che erano stati messi al corrente dai medici della diagnosi di schizofrenia, ma credendo che si trattasse di possessione, andarono contro il parere medico, praticando l'esorcismo (Tajima-Pozo *et al.*, 2011). È profondamente rischioso e pericoloso eseguire un esorcismo su una persona psicotica: anziché lenire la sofferenza, l'esorcismo può rafforzare lo stato delirante del soggetto. In effetti, sin dal 1952, il Rituale Romanum esprime la necessità di distinguere la possessione dalla malattia mentale (Innamorati *et al.*, 2019). Nel 1975 il documento *Fede Cristiana e Demonologia* (documento che rappresenta la posizione più progressista mai assunta dalla Chiesa cattolica sui temi della possessione e dell'esorcismo) segnava una posizione relativamente cauta nei confronti della possessione diabolica (Innamorati *et al.*, 2019). Come si può evincere, l'adesione al trattamento può essere fortemente influenzata dalle credenze religiose e dalla mancanza di collaborazione del personale sanitario e delle figure religiose. Per tale ragione risulta necessario che figure religiose e professionisti sanitari collaborino, inoltre, appare fondamentale istruire i leader religiosi e aumentare la loro conoscenza delle malattie mentali, in modo tale che possano incoraggiare un trattamento appropriato, salvaguardando i pazienti (Ibidem).

D'altra parte, però, è fondamentale che anche il personale sanitario presti la giusta attenzione alla valutazione della dimensione culturale e religiosa. I professionisti della salute mentale si sono sempre concentrati, in via preferenziale, sul quadro sintomatologico e sul funzionamento, dando vita a valutazioni complesse, diagnosi e strumenti standardizzati per monitorare la psicopatologia (Jacob, 2015). Dunque, questa tendenza ad attenzionare i sintomi e gli aspetti psicopatologici ha portato le psi-discipline a tralasciare l'importanza dell'aspetto sociale, relazionale, spirituale e trascendentale della sofferenza.

Padmavati *et al.*, (2005) pongono l'accento rispetto all'importanza di comprendere le diverse credenze culturali e religiose dei pazienti, così come dei loro familiari in quanto, queste dimensioni, influiscono notevolmente sulla percezione che il paziente ha della propria malattia e sul significato che egli attribuisce ai sintomi. Inoltre, le credenze culturali e religiose del paziente contribuiscono in modo significativo alla comprensione delle malattie mentali, alla valutazione e diagnosi e alla ricerca di aiuto nella gestione della sofferenza. Nel DSM-IV è stata aggiunta una categoria diagnostica denominata 'problemi religiosi o spirituali', al fine di richiamare l'attenzione dei professionisti della salute mentale sulle dimensioni relative alla trascendenza e per fare in modo che venga riconosciuto che le credenze religiose e spirituali non sono intrinsecamente patologiche (Curlin *et al.*, 2007). È stata ribadita l'importanza del discernimento tra esperienze spirituali e psicopatologia (Lukoff *et al.*, 2010); è giunto il tempo di abbandonare la vecchia tendenza a vedere l'esperienza religiosa e spirituale come una patologia, è necessario, invece, valutare come la religione e la spiritualità possano favorire la salute mentale, così come la comprensione della sofferenza dei pazienti (Dein *et al.*, 2010).

Successivamente, nella quinta edizione del manuale (DSM-5), sono state ampliate le sezioni "Età, Genere, Considerazioni Culturali" e "Diagnosi Differenziali", per la maggior parte delle categorie dei disturbi mentali, in modo tale da includere l'impatto delle dinamiche religiose e spirituali nelle fenomenologie dei disturbi, nelle diagnosi differenziali, nel decorso, nell'outcome e nella prognosi. In questo modo la comunità scientifica ha tentato di includere le dinamiche trascendentali e spirituali nell'ambito della salute mentale. Nonostante ciò, però, nella pratica clinica molti professionisti della salute mentale non prestano particolare attenzione alla valutazione di questi ambiti. Curlin (2007) ha messo in luce che il 56% degli psichiatri degli Stati Uniti ha affermato di non approfondire abbastanza le questioni religiose nei pazienti con ansia e depressione; la mancata valutazione di queste dinamiche a livello clinico e diagnostico rischia di tradursi in una patologizzazione inadeguata, che non lenisce la sofferenza della persona. Il Royal College of Psychiatrists' Spirituality and Psychiatry Special Interest Group (un forum per gli psichiatri per esplorare le sfide spirituali presentate dalla malattia psichiatrica e il modo migliore per rispondere alle preoccupazioni spirituali dei pazienti) sostiene che gli psichiatri dovrebbero rispettare le convinzioni religiose e spirituali dei loro pazienti e che

tali convinzioni dovrebbero ricevere una considerazione attenta e seria nel contesto clinico (Dein *et al.*, 2010).

Jacob (2015) propone un modello di recupero della malattia mentale che adotta una visione olistica dell'essere umano e che si pone l'obiettivo di andare oltre la semplice valutazione dei sintomi. Questo modello, a carattere multidimensionale e multidisciplinare, appare adeguato ad affrontare le sfaccettature del fenomeno complesso della possessione poiché tende a coinvolgere ogni dimensione del soggetto, concependolo in ottica esistenziale. In questo modo, anche nell'affrontare il fenomeno della possessione, si pone al centro la ricerca del significato che assume quella particolare esperienza per la persona. Ad esempio, non è importante interrogarsi esclusivamente sulla natura delle allucinazioni, ciò che è importante è comprendere il modo in cui l'udito delle voci influenza la vita di una persona, il modo in cui il soggetto dà senso all'esperienza, al fine di individuare il modo migliore per affrontare quella situazione di disagio. Ogni valutazione psichiatrica dovrebbe essere molto più che una rassegna di sintomi, deve essere un'indagine sul significato che ciascuna esperienza ha per il singolo soggetto (Dein *et al.*, 2010). Integrare le credenze religiose e spirituali nella valutazione clinica di ciascuna persona permetterebbe di evitare di considerare patologici gli aspetti legati alla possessione spirituale; perciò, laddove si presentano fenomeni che potrebbero far presumere una possessione, i professionisti della salute mentale dovrebbero considerare la natura multidimensionale dell'essere umano, predisporre all'ascolto e non cedere a valutazioni riduzioniste (Cheng, 2017).

Risulta evidente che, al fine di rispondere in modo adeguato alla sofferenza di tutti quegli individui che fanno richiesta di aiuto agli esorcisti, lamentando un disagio psicologico e spirituale, è necessario ideare un metodo di trattamento che veda la collaborazione tra leader spirituali e professionisti della salute mentale. In questo modo si prenderebbe in carico il paziente in ottica esistenziale, tenendo in considerazione ogni dimensione dell'essere umano (Costello, 2015), inoltre verrebbe meno il rischio di trattare in modo scorretto una psicopatologia, oppure di categorizzare ogni esperienza come patologica, ma si fornirebbe il giusto ascolto a ciascuno, ponendo l'attenzione a tutte le sfaccettature dell'essere umano.

CAPITOLO 3

LA RICERCA

3.1. Obiettivi della ricerca e ipotesi di ricerca

Il presente progetto di ricerca ha l'obiettivo di indagare il disagio psicologico dei partecipanti, correlato al disagio spirituale. Più nello specifico, questa ricerca ha voluto indagare la motivazione che ha spinto i partecipanti che lamentavano un disagio di natura psicologica, spirituale ed esistenziale a chiedere aiuto ad un esorcista, o ad un assistente spirituale, piuttosto che ad un professionista della salute mentale. Inoltre, si vuole comprendere se si è ricevuto beneficio dall'incontro con la figura spirituale e se è sorta nei partecipanti anche l'esigenza di consultare un medico, uno psicologo o uno psicoterapeuta. Si ipotizza che all'aumentare del disagio psicologico ed esistenziale riportato dai partecipanti ne consegua un aumento del disagio spirituale e che la religione funga da strategia di coping. Inoltre, si ipotizza che l'aver vissuto esperienze negative durante l'infanzia correli con la possibilità di sperimentare una condizione di disagio esistenziale durante la vita. Si prevede che tali associazioni siano ulteriormente osservabili attraverso il racconto dei partecipanti. In merito a ciò, l'obiettivo più generale della ricerca è, certamente, quello di indagare, attraverso l'ascolto psicologico, il vissuto delle persone che hanno lamentato un disagio esistenziale e che hanno chiesto aiuto ad un assistente spirituale. Nello specifico si indaga l'esperienza di disagio vissuta ciascuno, il bisogno di trascendenza, il rapporto con le figure professionali, sia della salute mentale sia di assistenza spirituale.

3.2. Metodologia e strumenti

Il metodo che è stato scelto per il presente progetto di ricerca è il metodo misto, ovvero un metodo in cui vengono implicate tecniche di raccolta, analisi e interpretazione dei dati sia qualitativi che quantitativi, nel medesimo studio (Vivek & Nanthagopan, 2021). Il metodo misto, individuato in inglese come *mixed methods (MM)*, *mixed methodology*, *quantitative and qualitative methods*, *integrating*, *multimethod*, è stato introdotto tra gli anni 80' e gli anni 90' nell'ambito della formazione, del management, delle scienze sociali e sanitarie, per poi svilupparsi progressivamente in molteplici discipline (Paturzo, 2016).

Nel 1990 Patton articola la questione dell'integrazione dei due metodi con la sua proposta, conosciuta come *Methodological Appropriateness*, mettendo in luce che il suggerimento per una tecnica di analisi, a svantaggio di un'altra, debba essere imposto non dai limiti conoscitivi di un ricercatore, ma piuttosto dalla natura dell'oggetto in indagine (Cortini, 2014). La combinazione del metodo quantitativo e qualitativo è utile poiché permette di sfruttare i punti di forza di entrambi i metodi; infatti, combinando i risultati qualitativi e quantitativi, è possibile ottenere un resoconto complessivo dei risultati (Östlund et al., 2011) e una comprensione più ampia e poliedrica di un fenomeno (Paturzo, 2016). Creswell e Clark (2011) individuano sei potenziali vantaggi dell'utilizzare un metodo misto: 1) i punti di forza di un approccio compensano le debolezze dell'altro; 2) se ne viene fatto un uso corretto, una combinazione di metodi può fornire prove più complete e convincenti; 3) la ricerca che vede implicato il metodo misto può rispondere ad alcune domande di ricerca che un approccio che utilizza un metodo singolo non può; 4) uno studio con metodo misto incoraggia la collaborazione interdisciplinare; 5) il metodo misto permette di accedere a molteplici visioni del mondo e a diversi paradigmi; 6) la ricerca con metodi misti è "pratica" poiché consente l'utilizzo di più tecniche e di diversi approcci che permettono di affrontare meglio la questione della ricerca (Guest & Fleming, 2015). Nel trattare i metodi misti, la metafora della "triangolazione" offre un modo per facilitare una descrizione delle relazioni tra insiemi di dati e di concetti teorici e può anche aiutare dell'integrazione dei dati quantitativi e qualitativi (Östlund et al., 2011). Quando si parla di triangolazione si fa, infatti, riferimento all'incrocio tra punti di vista, alla possibilità di utilizzare tecniche e metodi di analisi alternativi, percorrendo così una terza via innovativa (Cortini, 2014).

Nel presente progetto di ricerca si è deciso di utilizzare il metodo misto, implicando, dunque, sia il metodo qualitativo sia il metodo quantitativo, poiché: da un lato, l'utilizzo della metodologia quantitativa consente di eseguire una valutazione precisa e misurabile delle variabili prese in esame; dall'altro lato il metodo qualitativo permette di contestualizzare i risultati, e in ottica olistica, approfondisce il "perché" e il "come" dei risultati. Di seguito, dunque, si procederà ad approfondire in cosa consistono, nel dettaglio, l'approccio quantitativo e l'approccio qualitativo e da quali tecniche metodologiche di analisi sono rispettivamente costituiti.

3.2.1. Il metodo quantitativo

In merito all'approccio quantitativo, esso consente l'espressione numerica delle associazioni che vengono stabilite per mezzo dell'analisi statistica, permettendo un'elevata riproducibilità e qualità dei dati (Lakshman *et al.*, 2000).

L'indagine che è stata condotta nella presente ricerca ha previsto la somministrazione di un questionario online formato da cinque scale. Nello specifico gli strumenti utilizzati sono: il *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)* per quanto riguarda la valutazione del benessere soggettivo, del funzionamento, delle problematiche e del rischio; *Coping Orientation to the Problems Experiences (COPE-NVI)* per la valutazione delle strategie di coping adoperate dai partecipanti; l'*Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-Q)* per la valutazione delle esperienze traumatiche infantili; il *Creative Experience Questionnaire (CEQ)* per quanto riguarda la propensione alla fantasia; e infine, la *Testoni Death Representation Scale (TDRS)* per quanto riguarda la rappresentazione della morte, se come annientamento o come passaggio. Proseguiamo ora a descrivere in modo più approfondito ciascuno strumento, così da comprendere a pieno il costrutto che ognuna di queste scale misura e le rispettive proprietà psicometriche.

Per quanto riguarda l'indagine relativa al disagio percepito dai partecipanti, è stato utilizzato il *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE OM; Evans et al., 2002)*; ovvero una misura di outcome completata dall'utente che è stata ampiamente utilizzata nella valutazione delle terapie psicologiche del Regno Unito (Barkham *et al.*, 2005). Dunque, il *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE OM)* è un questionario autosomministrato composto da 34 item complessivi, formulati su una scala a 5 punti che va da “Mai” a “Molto spesso o sempre”. Gli item riguardano quattro domini principali: il dominio del benessere soggettivo (quattro items), il dominio che riguarda i problemi / sintomi (dodici items), il dominio sul funzionamento della vita (dodici items) e il dominio del rischio (sei items) (Evans *et al.*, 2002). Questi domini non sono fattori lineari separati ma diverse aree di espressione del disagio e della disfunzione (Palmieri *et al.*, 2009). All'interno di ciascun dominio, eccetto il dominio del benessere soggettivo, vi sono dei clusters: il dominio dei problemi comprende i clusters di Depressione, Ansia, Sintomi fisici e Trauma); il dominio del

funzionamento comprende tre cluster relativi agli aspetti generali; sociali e aspetti più vicini al sé; il dominio del rischio include il rischio per sé e il rischio per gli altri (Barkham *et al.*, 2006). Punteggi più alti su tutti i domini indicano un maggior numero di problemi. Il punteggio totale è stato riportato come media degli item completati (Palmieri *et al.*, 2009). Inoltre, vengono riportati anche i punteggi di dominio e di cluster. Invece, per quanto concerne i punteggi del cut-off, è stato individuato 10 come limite inferiore del livello 'lieve', 15 per il livello 'moderato' e 20 per il livello 'da moderato a grave'; un punteggio di 25, o maggiore di 25, segna il livello grave (Barkham *et al.*, 2006).

Le prove, fino ad oggi, suggeriscono che il CORE-OM gode di un'ottima coerenza interna, sia a livello di dominio che di cluster, fatta eccezione per i problemi fisici e per il rischio per gli altri (Barkham *et al.*, 2006); inoltre, lo strumento gode di 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). Il CORE-OM è stato tradotto in italiano e testato in campioni non clinici (n = 263) e clinici (n = 647) e anche la versione italiana dello strumento ha mostrato buona accettabilità, coerenza interna e validità convergente in entrambi i campioni (Palmieri *et al.*, 2009).

Per quanto riguarda la valutazione delle strategie di coping è stato utilizzato il Coping Orientation to the Problems Experiences (COPE-NVI) è la versione italiana di uno strumento originariamente sviluppato negli Stati Uniti. Il Coping Orientation to Problem Experienced (Carver, Scheier e Weintraub, 1989) è un questionario self-report che prende in considerazione diverse modalità di coping. Il questionario, costituito da 60 item, chiede di valutare con quale frequenza (da "di solito non lo faccio" a "lo faccio quasi sempre") il soggetto mette in atto, nelle situazioni difficili o stressanti, quel particolare processo di coping (Sica *et al.*, 2008). Il COPE-NVI prende in considerazione 15 meccanismi di coping: 1) *Attività*: intraprendere qualche tipo di azione per eliminare lo stress o attutirne gli effetti; 2) *Pianificazione*: riflettere, pianificare, elaborare strategie per superare il problema; 3) *Soppressione di attività competitive*: mettere da parte ogni altra attività, evitare la distrazione per poter trattare più efficacemente il problema; 4) *Contenimento*: aspettare l'occasione propizia per affrontare lo stress, trattenersi dall'agire impulsivamente; 5) *Ricerca di informazioni*: chiedere consigli, assistenza, informazioni; 6) *Ricerca di comprensione*: ottenere sostegno morale, rassicurazioni, comprensione; 7) *Sfogo emotivo*: esprimere emozioni, dare sfogo ai propri sentimenti; 8) *Reinterpretazione*

positiva e crescita: elaborare l'esperienza critica in termini positivi o di crescita umana; 9) *Accettazione*: accettazione della situazione e/o della propria incapacità nell'affrontarla; 10) *Dedicarsi alla religione*: cercare aiuto o conforto nella religione; 11) *Umorismo*: prendersi gioco della situazione, ridersi sopra; 12) *Negazione*: rifiutare l'esistenza della situazione critica, tentare di agire come se lo stress non esistesse; 13) *Distacco comportamentale*: è una condizione di «helplessness»; si riducono gli sforzi per trattare la situazione critica, si abbandonano i tentativi di risoluzione (è il comportamento tipico di chi pensa che otterrà scarsi risultati dai propri tentativi di fronteggiamento); 14) *Distacco mentale*: distrarsi, sognare ad occhi aperti, dormire più a lungo, «immergersi» nella televisione, ecc; 15) *Uso di droghe o alcol*: usare alcol o droghe per tollerare lo stress. Inoltre, la struttura interna del COPE-NVI raggruppa le scale in base a cinque fattori: 1) Sostegno sociale; 2) Strategie di evitamento; 3) Attitudine positiva; 4) Orientamento al problema e Orientamento trascendente (Sica *et al.*, 2008). Le analisi condotte sulle varie scale rivelano una buona consistenza interna delle scale (alfa di Cronbach che va da .62 a .92) ad eccezione della scala di Distacco mentale che presentava un valore di alfa di solo 0,45. Rispetto alla fedeltà nel tempo, le analisi condotte con il metodo di test-retest a intervallo di due mesi, mostrano una discreta stabilità di tali scale (valori di r da .48 a .77).

Per la valutazione delle esperienze traumatiche infantili è stato utilizzato l'*Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-Q)* è una scala composta da 10 item (Si/No) che indaga le esperienze traumatiche vissute dal soggetto prima dei 18 anni; nello specifico valuta l'esposizione ad abusi psicologici, fisici e sessuali, le disfunzioni familiari come la violenza domestica, l'uso di sostanze e l'arresto di un membro della famiglia. Lo strumento è stato utilizzato nell'Adverse Childhood Experiences (ACE) Study (Felitti *et al.*, 1998) che ha rilevato che il punteggio dell'ACE-Q è correlato a problemi di salute mentale, a comportamenti di rischio per la salute (come, ad esempio, l'uso di sostanze) (Adverse childhood experiences questionnaire (ACE-Q), 2023). Per eseguire lo scoring dello strumento vengono sommate le risposte affermative a ciascuna domanda per ottenere un punteggio complessivo su 10; più alto è il punteggio maggiore è il numero di esperienze traumatiche infantile vissute dal soggetto (CDC, 2010). I punteggi pari o superiori a 4 sono considerati statisticamente significativi (Hughes *et al.*, 2017).

Per indagare l'area della propensione alla fantasia è stato utilizzato il Creative Experience Questionnaire (CEQ); quest'ultimo consiste in un questionario autosomministrato costituito da 25 item (Si/No), la cui valutazione deriva dalla somma delle risposte positive (Si); maggiore è il punteggio delle risposte 'Si', maggiore sarà la propensione alla fantasia del soggetto (Sánchez-Bernardos *et al.*, 2015). Nel presente studio sono stati somministrati soltanto 18 dei 25 item totali, ovvero quelli che sono stati tradotti in italiano. Lo strumento mostra proprietà psicometriche soddisfacenti con punteggi dell'alfa di Cronbach .76 e punteggi medi tra 7,7 (S.D.= 4,7) e 7,1 (S.D.=4,5) (Merckelbach *et al.*, 2000). Il CEQ ha un'ottima affidabilità interna, inoltre mostra una validità predittiva verso specifiche categorie di soggetti che mostrano punteggi più alti in questa scala (ad esempio, le persone che vivono esperienze paranormali).

Infine, al fine di indagare il costrutto della rappresentazione della morte, si è utilizzata la *Testoni Death Representation Scale (TDRS)*, una scala, validata in italiano da Testoni *et al.* (2015), che valuta la rappresentazione della morte. La TDRS è strutturata in modo tale da unire la dimensione psicologica e filosofica e presenta la peculiarità di poter valutare la dimensione ontologica della morte (Testoni *et al.*, 2015); ciò implica il poter valutare che atteggiamento assume il soggetto rispetto alla concezione ontologica di questo costrutto. L'assunto di base di questa scala consiste nel fatto che considerare la morte come annientamento totale (item: 2, 3, 4) sia causa di una maggiore sofferenza, rispetto al concepire la morte come passaggio tra diverse dimensioni, oppure come trasformazione della propria identità (Ibidem). Questo strumento è costituito da 6 item che prevedono una risposta su scala Likert a 5 punti (da 1 = "sono totalmente in disaccordo" a 5 = "sono totalmente d'accordo"). I punteggi più bassi indicano che l'individuo si rappresenta la morte come un passaggio, al contrario invece i soggetti che ottengono punteggi più alti rappresentano la morte come annientamento totale. Inoltre, la scala ha un punteggio di affidabilità buono (alfa di Cronbach = .86) (Testoni *et al.*, 2018).

3.2.2. Il metodo qualitativo

Il metodo qualitativo permette di cogliere le sfaccettature di ogni singolo individuo, mettendo in luce l'unicità di ciascuno. Rispetto al metodo quantitativo, il metodo qualitativo rende possibile esplorare e comprendere "come" ciascun partecipante

risponde alle domande, evitando in questo modo di dare vita a generalizzazioni semplicistiche (Lakshman *et al.*, 2000). Infatti, di fronte ad un questionario è possibile che il partecipante ponga delle resistenze (ad esempio mentendo), oppure che vi siano delle incomprensioni testuali che possono falsare le varie risposte, non facendo emergere il punto di vista di ciascuno in modo autentico. Invece, è molto importante comprendere i ragionamenti fatti dal partecipante, così come il linguaggio che utilizza, in quanto quest'ultimo media le esperienze vissute dal singolo (Pietkiewicz & Smith, 2014). La cornice epistemologica di riferimento è quella del costruttivismo sociale, un paradigma basato sull'assunto teorico secondo il quale è possibile comprendere i significati soggettivi che ciascuno attribuisce alle esperienze che vive (Mortari, 2010). Pertanto, nella presente indagine si è deciso di condurre un'analisi tematica (Braun e Clark, 2006) al fine di esplorare il significato che i partecipanti hanno attribuito alle loro esperienze. Secondo Braun e Clarke l'analisi tematica è un metodo per identificare, analizzare e riportare i temi all'interno dei dati (Braun & Clarke, 2006), è uno strumento di ricerca flessibile e utile che può fornire un insieme ricco, dettagliato e complesso di dati. Le autrici hanno indicato sei fasi che si devono seguire se si vuole svolgere un'analisi tematica: 1) la familiarizzazione con i dati, che inizia già durante la selezione e procede con un'attenta lettura e rilettura dei testi, con l'annotazione delle idee iniziali. In questa fase «occorre vigilare perché le parole con cui l'altro si dice vengano mantenute in una situazione di libertà dai dispositivi di significati propri del ricercatore» (Mortari, 2010, p. 20); 2) la generazione di codici iniziali, che consiste nella codifica delle caratteristiche interessanti dei dati in modo sistematico nell'intero set di dati, raccogliendo quelli più rilevanti per ciascun codice; 3) la ricerca di temi, attraverso il raggruppamento dei codici in potenziali temi; 4) la revisione dei temi, ovvero la fase in cui si verifica se i temi funzionano in relazione agli estratti codificati e all'interno del data set; 5) la definizione e denominazione dei temi, nonché un'ulteriore analisi per individuare le specificità di ciascun tema, generando definizioni, temi e nomi chiari per ciascun tema; 6) infine, la produzione del report finale, che consiste nella selezione di estratti vividi e convincenti dal testo stesso, nell'analisi degli stessi al fine di produrre un resoconto di tutta l'analisi (Braun & Clarke, 2006). In questo modo i temi emergono dai dati, riflettendo al meglio le esperienze dei partecipanti (Shaw *et al.*, 2009), ed è possibile esplorare i processi attraverso i quali i partecipanti hanno significato le proprie esperienze, osservando il

resoconto dell'intervistato (Brocki & Wearden, 2006). In virtù di ciò, nella presente ricerca si è deciso di condurre delle interviste semi-strutturate, che a differenza delle interviste strutturate, permettono maggiore flessibilità senza però rinunciare al rigore della raccolta dati. Le interviste hanno permesso al ricercatore e all'intervistato di instaurare un dialogo in tempo reale (Brocki & Wearden, 2006), la flessibilità ha permesso di far emergere le problematiche di ciascuno che il ricercatore ha potuto approfondire con ulteriori domande (Pietkiewicz & Smith, 2014). Dal momento che lo stile delle domande non è direttivo, è possibile guidare la conversazione esplorando le aree che si vogliono analizzare, dando però maggior spazio al partecipante nell'esprimere il proprio vissuto di disagio, le proprie credenze e i propri valori (Brocki & Wearden, 2006). L'intervista semi-strutturata è sembrata più indicata per cogliere le percezioni di ciascuno, le questioni complesse o le dinamiche emotivamente sensibili, come il disagio psicologico e spirituale, il bisogno di trascendenza. Durante la raccolta dei dati, sono state condotte le interviste sia in presenza che online, a seconda delle esigenze di ciascuno, con la supervisione del Dott. Alex Vischio; le interviste sono state integralmente audio registrate (con il consenso di ogni partecipante) al fine di potere poi effettuare la trascrizione utile per l'analisi tematica. Le domande che componevano l'intervista semi-strutturata sono state ideate al fine cogliere il disagio esistenziale di ciascuno. Pertanto, si sono indagate le motivazioni che hanno spinto ciascun partecipante a chiedere aiuto ad un esorcista; se si fosse tratto beneficio da questa esperienza; se si fossero mai contattate figure della salute mentale. Si è indagata la dimensione religiosa e spirituale, la rappresentazione che ognuno dei partecipanti ha della figura di Dio e del diavolo, infine, si è indagato lo stato di benessere o di sofferenza prima, dopo e durante l'esperienza che ogni partecipante ha raccontato. Tutte le domande sono state poste con l'obiettivo di mettere l'intervistato nella condizione di poter esprimere le proprie emozioni, ma ancora prima, con l'intento di fornire uno spazio di ascolto.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati qualitativi, si è scelta l'analisi qualitativa assistita da software; in particolare si è scelto di utilizzare Atlas.ti. Si sono seguite le fasi indicate da Braun e Clarke (2006) di cui si è discusso sopra, pertanto, si sono fatte più letture dei testi, identificando i codici e cercando di definire una struttura coerente dei dati. Successivamente si sono raggruppati i diversi codici in uno schema significativo in relazione alla domanda di ricerca, formando le famiglie di codici (Soratto *et al.*, 2020).

Una volta create le famiglie, si sono individuati i temi più significativi, in base alla rilevanza di ciascun tema in relazione all'oggetto di ricerca. Inoltre, si sono individuati dei nomi di fantasia da attribuire ai partecipanti, al fine di tutelare la privacy di ciascun partecipante.

3.3. Partecipanti

Il gruppo di partecipanti è composto da 35 adulti, maschi e femmine, che sono stati reclutati tramite la collaborazione con l'ente di supporto spirituale; si è trattato di soggetti che hanno affrontato periodi di disagio, di diversa natura, e che hanno chiesto l'aiuto di un padre esorcista. In seguito alla sottoscrizione del consenso informato, le persone che in totale hanno partecipato su base volontaria alla compilazione dei questionari sono state 21, di questi, 8 si sono resi disponibili a fare l'intervista semi-strutturata. Tra i 21 partecipanti effettivi, il 62% sono femmine, mentre il 38% maschi; tra questi il 57% ha un'età compresa tra i 51 e i 70 anni; il 19% ha un'età compresa tra i 41 e 50 anni; ed infine il 24% ha un'età compresa tra i 18 e 40 anni. La maggior parte dei partecipanti ha un buon livello d'istruzione: il 53% ha conseguito una laurea triennale/magistrale o una specialistica o una formazione post-laurea, il 38% ha conseguito il diploma di maturità, e la restante parte ha una licenza elementare o media. Inoltre, la maggioranza dei partecipanti dichiara di essere un lavoratore dipendente (48%), impiegato (10%) o libero professionista (10%), la restante parte sono disoccupati, pensionati o studenti. Per quanto concerne lo stato civile, si evince che il 52% sono sposati, il 33% dichiara di essere celibe o nubile, il 10% è sposato/divorziato e il 5% dichiara di essere vedovo. In merito all'atteggiamento religioso il 90% afferma di essere credente, il 5% afferma di non essere credente e il 5% non risponde alla domanda; inoltre, il 76% dei partecipanti si dichiara praticante, il 14% non praticante, mentre il 10% non risponde a questa domanda. Il 95% afferma di essere cristiano e la quasi totalità dei partecipanti proviene da una diocesi del nord Italia (95%), mentre soltanto il 5% proviene da una diocesi del sud Italia. In merito all'aver consultato un professionista, il 48% dei partecipanti afferma di essersi rivolto ad uno psicologo, il 38% dichiara di non aver mai consultato un professionista sanitario, il 5% si è rivolto ad uno medico, il 5% ad uno psichiatra, un partecipante non ha risposto al quesito. Inoltre, il 67% dichiara di non essersi mai rivolti a guru, maghi, cartomanti,

medium, ecc., il 33%, invece, afferma di avere consultato queste figure. Infine, il 24% dei partecipanti dichiara di stare assumendo (o aver assunto in passato) psicofarmaci, mentre il 71% afferma di non averne mai fatto uso, e il 5% non risponde al quesito.

3.4. Analisi dei dati e analisi tematica

3.4.1. Risultati quantitativi

L'analisi quantitativa è stata condotta sui 21/35 partecipanti che hanno compilato in modo completo il questionario. 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 Rho di Spearman.

In merito al questionario *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 (.97) che nei vari domini. Infatti, nei quattro domini principali è stata rilevata una buona affidabilità: per il dominio del benessere soggettivo si osserva un valore di .93; per il dominio relativo ai problemi .94; per il dominio del funzionamento .91; e per il dominio relativo al rischio .84. Per quanto riguarda i punteggi medi (range 0 – 40) per il totale, tutte le sottoscale e il totale sono emersi i seguenti risultati: per il totale una media di 1,20 (DS=.86); per il benessere soggettivo si è ottenuta una media di 1,53 (DS=1,17); per i problemi una media di 1,41 (DS=0,99); per il funzionamento una media di 1,31 (DS=0,88); e, infine, per il rischio una media di 0,33 (DS=0,61). I valori appena citati sono chiaramente rappresentati dalla figura 1 sottostante. Per quanto riguarda la valutazione degli esiti, essa è stata condotta, essa è stata condotta sia in base al punteggio totale, sia in base alle sottoscale. I livelli di valutazione del disagio psicologico per ogni scala/sottoscala sono sei: 1) salute; 2) basso livello di disagio; 3) lieve; 4) moderato; 5) moderatamente grave; 6) grave. Per quanto riguarda il totale è emerso che la percentuale maggiore (38%) si è concentrata nel livello 'salute'; così come nel dominio relativo al benessere soggettivo (33%); nei domini relativi ai problemi (29%) e al funzionamento (33%) la percentuale maggiore si è concentrata al livello 'basso livello di disagio'; nel dominio del rischio la percentuale maggiore (76%) è riferita al livello della salute. Questi risultati sono stati confrontati con

i cut-off clinici in una valutazione a due livelli che ha unificato il livello della salute con il livello di basso disagio, da una parte, e dall'altra parte ha unificato tutti i livelli da lieve a grave; dunque, sono stati distinti i livelli nella norma da quelli al di sopra del cut-off clinico, ed è emerso che quasi tutti i domini sono nella norma. Nello specifico per il totale è emerso che il 57% è nella norma; per i problemi il 52% è nella norma; per il dominio del funzionamento il 57 % è nella norma; per il rischio il 91% è nella norma e soltanto due soggetti riportano valori al di sopra del cut-off clinico; invece fa eccezione il dominio relativo al benessere soggettivo che mostra che il 57% è al di sopra del cut-off clinico. Anche questi risultati sono osservabili nella figura sottostante.

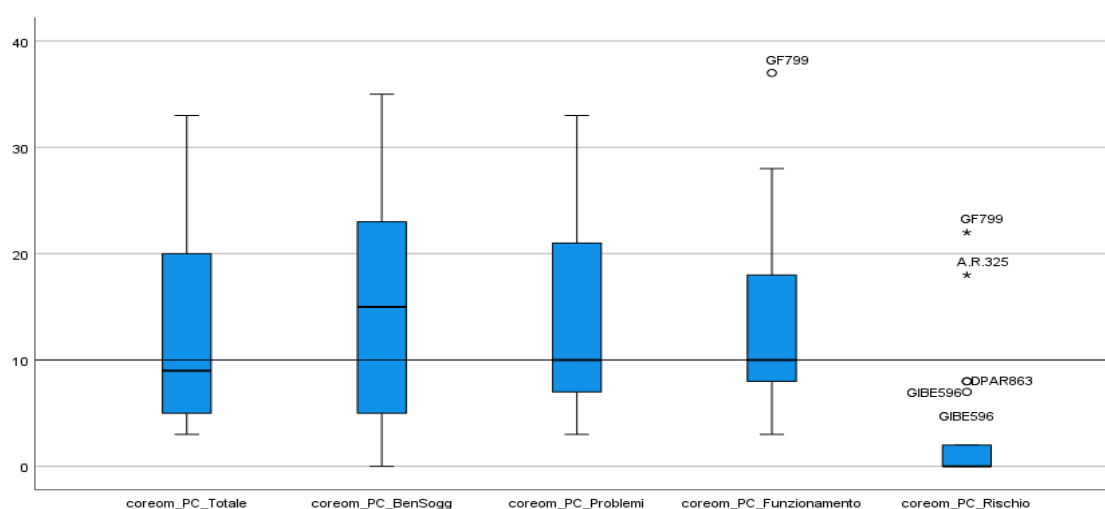


Figura 1: la figura mostra come i punteggi più alti siano presenti nel dominio del benessere soggettivo e dei problemi.

Per quanto riguarda il *Coping Orientations to Problem Experienced (COPE-NVI)*, relativo alla valutazione delle strategie di coping utilizzate dai partecipanti, il livello di affidabilità è risultato complessivamente buono; sia nel totale, con un alpha di Cronbach pari a .74, sia nelle 5 dimensioni. Nello specifico, per il supporto sociale $\alpha=.94$; strategie di evitamento $\alpha=.77$; attitudine positiva $\alpha=.68$; orientamento al problema $\alpha=.90$; ed infine, orientamento al trascendente $\alpha=.69$. Per quanto riguarda i diversi meccanismi di coping, raggruppati nelle varie dimensioni, è necessario mettere in evidenza, ai fini di questa ricerca, che la religione ($\alpha=.97$) come strategia di coping è molto utilizzata tra i partecipanti di questo studio. Al contrario, emerge che l'uso di droghe non è un meccanismo di coping utilizzato da questo campione. Tutti questi risultati appena discussi sono stati chiaramente rappresentati nella figura 2 di seguito.

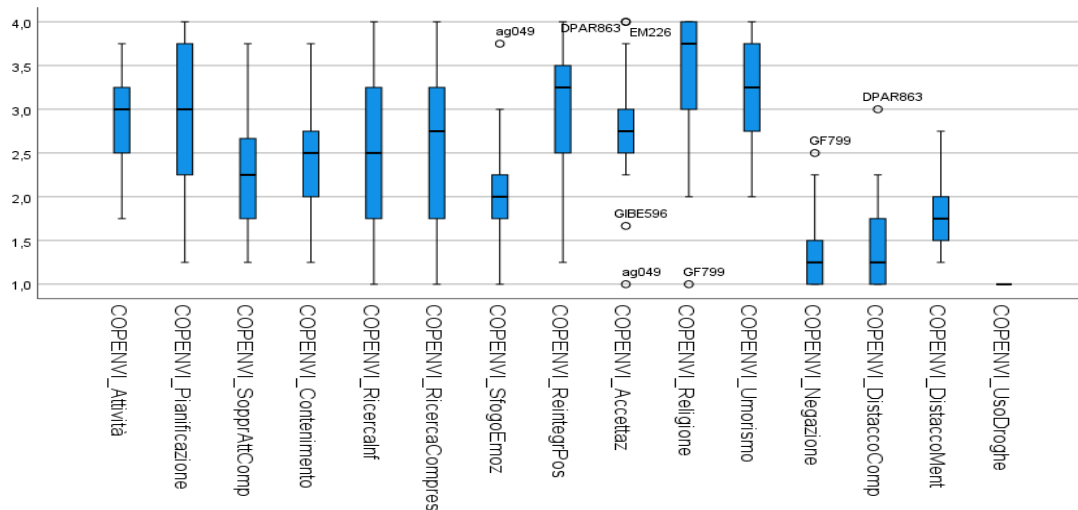


Figura 2: Il grafico mostra che la religione è il meccanismo di coping maggiormente utilizzato, così come l'umorismo e la pianificazione; inoltre mostra che nessun partecipante ricorre all'uso di droghe come meccanismo di coping.

In merito all'*Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-Q)* per la valutazione delle esperienze traumatiche vissute dai partecipanti durante l'infanzia, è emerso che il trauma maggiormente ricorrente, tra i partecipanti al presente studio, riguarda la trascuratezza emotiva (52%) e la presenza di un membro della famiglia gravemente depresso, con patologie psichiatriche o che ha tentato il suicidio (43%). Nelle restanti aree indagate è emerso che il 29% dei pazienti ha vissuto un abuso psicologico persistente; il 24% dei pazienti ha vissuto un abuso fisico e sessuale; il 10% lamenta la presenza di una madre violenta, così come la presenza di un solo genitore e la presenza di un familiare con dipendenza da sostanze; soltanto il 5% riporta la trascuratezza fisica, mentre nessuno tra i partecipanti ha vissuto un'esperienza traumatica legata all'arresto di un membro della famiglia. Le percentuali appena riportate sono osservabili nella figura sottostante (figura 3).

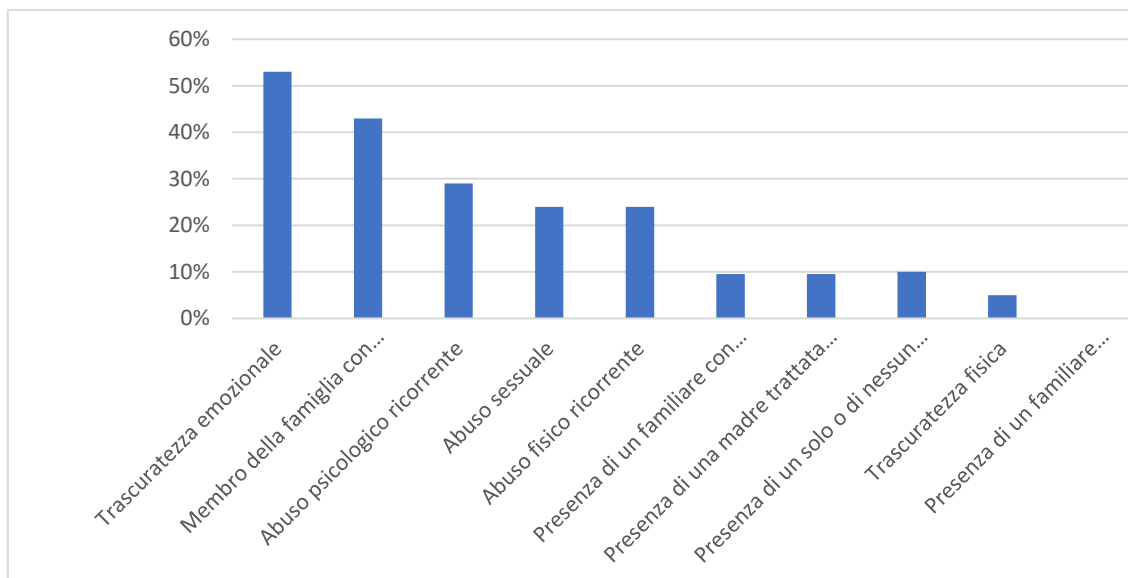


Figura 3: È evidente dal grafico che le esperienze traumatiche maggiormente presenti tra i partecipanti riguardano la trascuratezza emozionale e la presenza di un membro della famiglia con un disturbo mentale.

Per quanto riguarda il *Creative Experience Questionnaire (CEQ)*, relativo alla propensione alla fantasia, è stata condotta una soluzione mono-fattoriale con una formula di arrotondamento eseguita su 18 dei 25 item. È emersa discontinuità tra le esperienze vissute. Alcuni item hanno riportato frequenze più alte: ‘quando ero bambino, avevo il mio amico o animale immaginario (item3) ‘quando ero bambino, riuscivo molto facilmente ad identificarmi con i personaggi principali della storia e/o del film’ (item 4); ‘quando ero bambino, mi sentivo spesso solo’ (item 7); ‘quando ero bambino, dedicavo il mio tempo a suonare strumenti musicali, ballare, recitare e/o disegnare’; ‘molti dei miei amici e/o parenti non sanno che i ho fantasie così dettagliate’ (item 10); ‘quando ricordo la mia infanzia, ho ricordi molto vividi e accesi’ (item 16); ‘quando vedo scene di violenza alla televisione, mi immedesimo così tanto che sono veramente turbato’ (item 18). Il punteggio, ottenuto sul totale dei 18 item, è dato dalla somma di tutte le risposte ‘Si’; è risultata una media di 6,29 (DS=2,57).

Questi dati sono osservabili nella figura sotto riportata (figura 4).

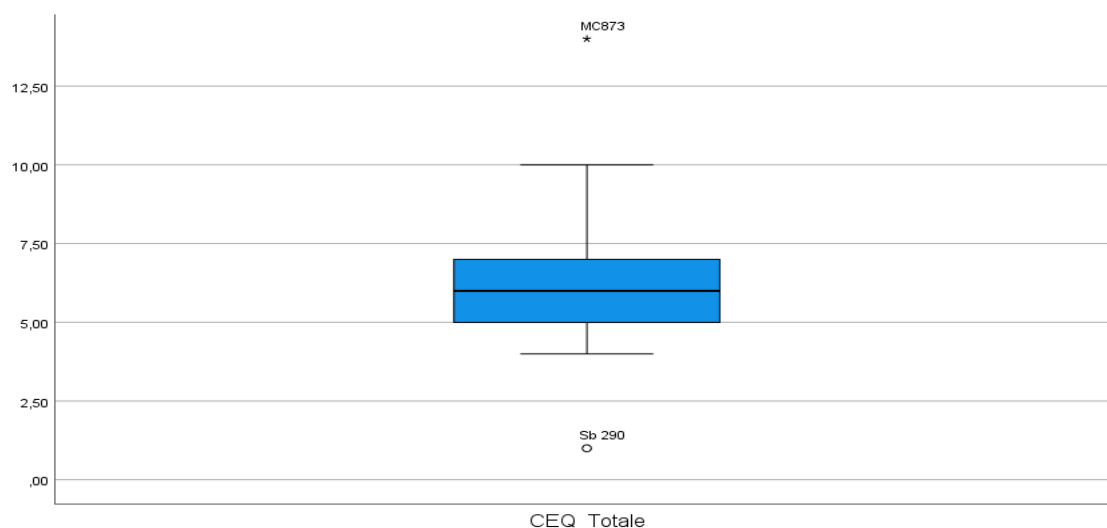


Figura 4: il box plot raffigura il punteggio medio di 6,29 ($DS=2,57$) ottenuto dai partecipanti, che indica un livello medio di propensione alla fantasia.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti mediante la *Testoni Death Representation Scale (TDRS)* in merito alla rappresentazione ontologica della morte, la coerenza interna è risultata buona, con un α di .81. Su un punteggio da 6 a 30 la media e la deviazione standard sono rispettivamente 14 e 6,49; ciò indica che vi è una maggiore propensione a considerare la morte come passaggio tra le diverse dimensioni dell'esistenza o come trasformazione della propria identità (Testoni, Ancona, & Ronconi, 2015). Questi aspetti sono facilmente osservabili nella figura sottostante (Figura 5).

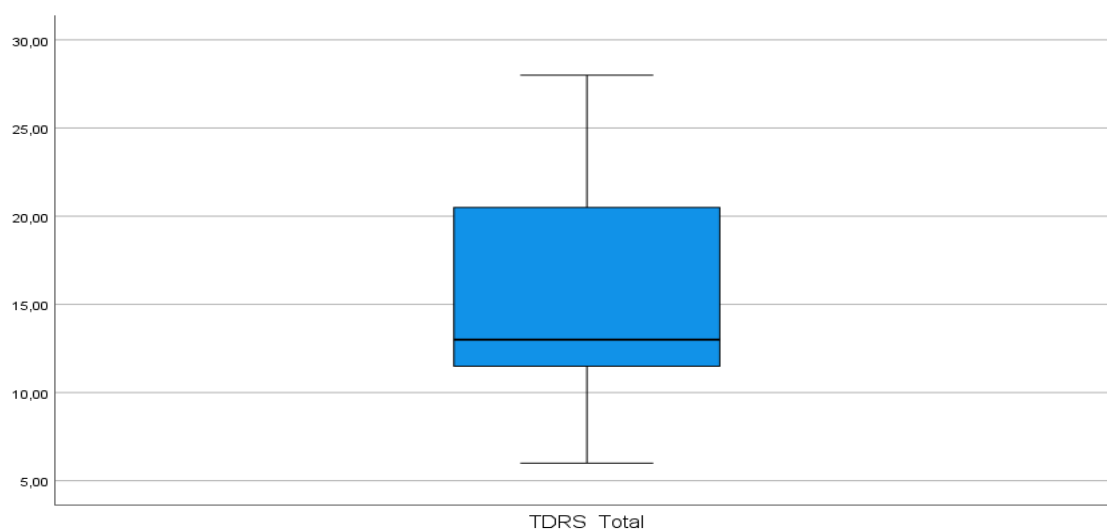


Figura 5: il grafico rappresenta il punteggio medio di 15 ($DS=6,49$) che indica una maggiore propensione a vedere la morte come un passaggio piuttosto che come annientamento assoluto.

In ragione della ridotta numerosità del campione e della distribuzione delle misure, che non sempre si avvicina al modello normale, per esaminare le correlazioni tra gli strumenti si è fatto riferimento al rho di Spearman. È emersa una correlazione tra il COPE-NVI e il CORE-OM; nello specifico tra l'uso della religione come strategia di coping e il CORE-OM totale ($\rho = -,47$ $p < 0.05$), il che significa che l'uso della religione come strategia di coping è associato ad un minore malessere personale percepito dal soggetto. Ma vi è correlazione anche tra l'uso della religione e tutti i domini del CORE-OM: benessere soggettivo ($\rho = -,49$ $p < 0.05$); problemi ($\rho = -,44$ $p < 0.05$); il funzionamento ($\rho = -,53$ $p < 0.05$) e il rischio ($\rho = -,50$ $p < 0.05$). Inoltre, è interessante la correlazione che emersa tra l'orientamento al trascendente come strategia di coping e il CORE-OM: totale ($\rho = -,52$ $p < 0.05$); benessere soggettivo ($\rho = -,543$ $p < 0.05$); problemi ($\rho = -,505$ $p < 0.05$); funzionamento ($\rho = ,53$ $p < 0.05$); rischio ($\rho = ,56$ $p < 0.05$). Ciò significa che ricorrere alla trascendenza come strategia di coping è associato ad un minore malessere personale.

Di seguito è riportata una rappresentazione grafica di quanto appena discusso (Figure 6 e 7).

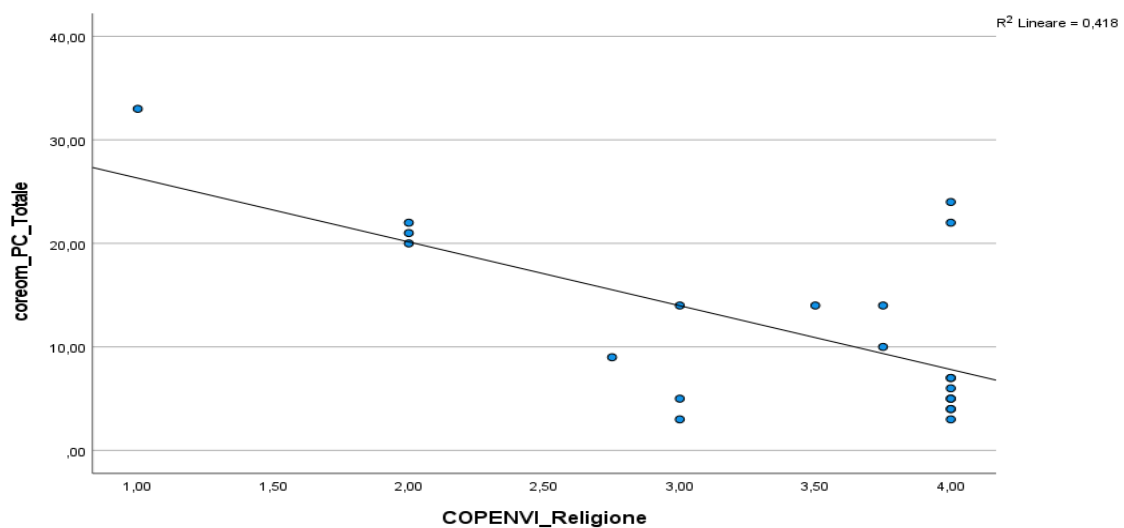


Figura 6: La figura mostra la relazione tra l'utilizzo della religione come strategia di coping ed il benessere personale

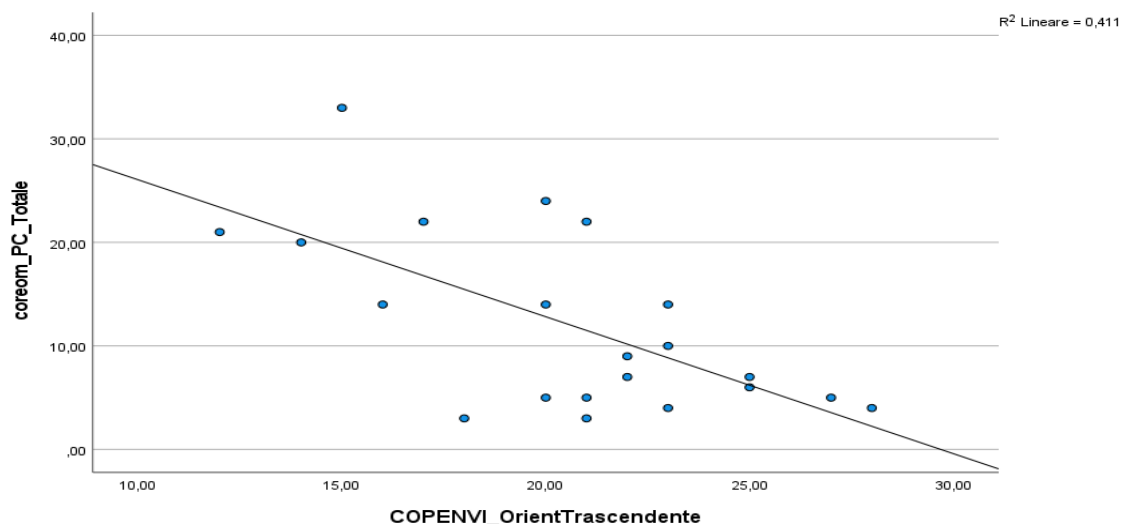


Figura 7: La figura mostra la relazione tra l'orientamento al trascendente utilizzato come strategia di coping e il benessere personale.

Per quanto concerne la TDRS, è stata osservata la correlazione con il CORE-OM: è emerso che la rappresentazione della morte come annientamento è correlata ad un maggiore malessere personale ($\rho = ,48$ $p < 0.05$). Inoltre, è emersa una correlazione tra TDRS e COPE-NVI, in particolare è emerso che vedere la morte come annientamento è associato ad un minore uso della religione come strategia di coping ($\rho = -,46$ $p < 0.05$). Di seguito una rappresentazione grafica di quanto appena detto (figure 8 e 9).

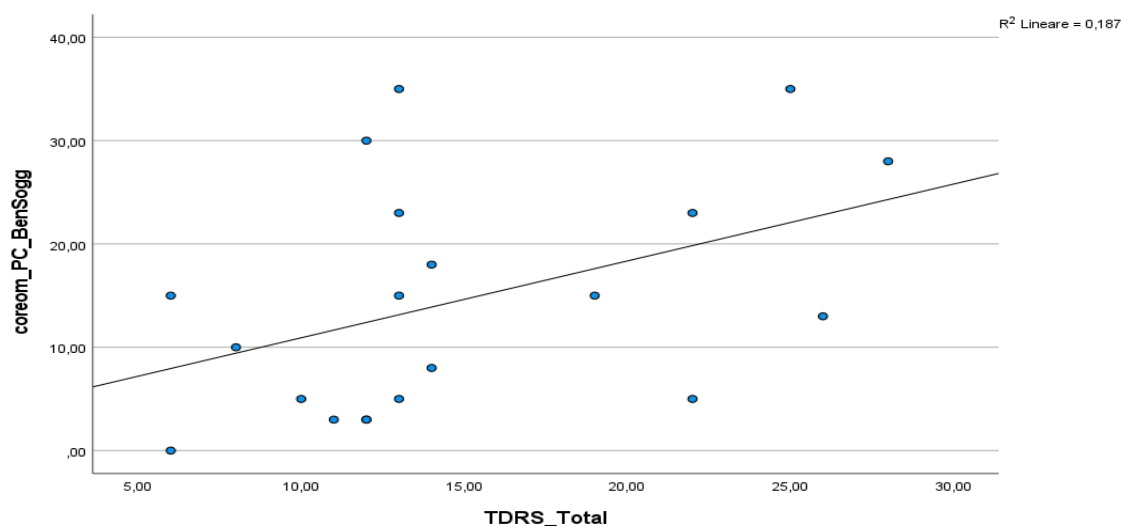


Figura 8

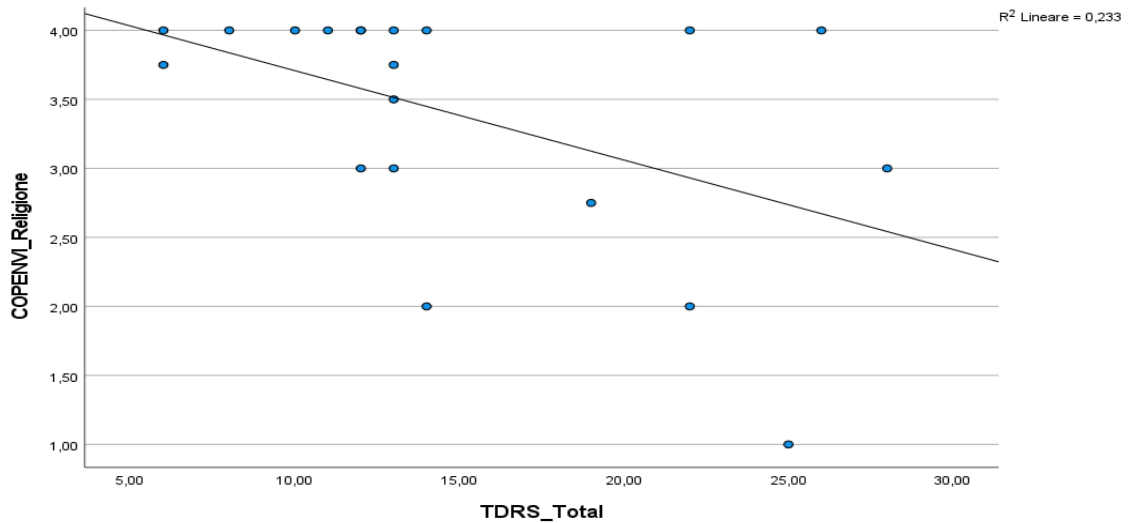


Figura 9

È emersa, inoltre, una correlazione interessante tra l'ACE e il COPE-NVI: si osserva che la trascuratezza emozionale è associata ad un maggiore uso dell'evitamento come strategia di coping ($\rho = ,473$ $p < 0.05$). Ciò è osservabile graficamente nella figura sottostante (figura10).

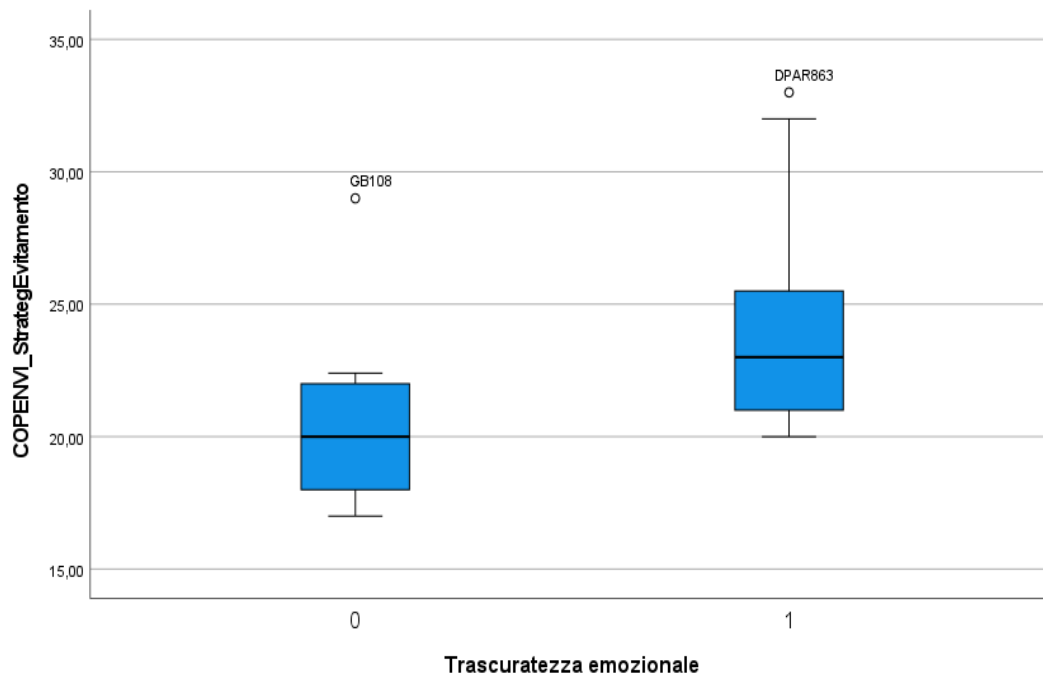


Figura 10

Infine, è emersa una correlazione tra la TDRS e la CEQ, in particolare si osserva che vedere la morte come annientamento è correlato con un livello più basso di propensione alla fantasia ($\rho = -,49$ $p < 0.05$), come mostrato dalla figura 11.

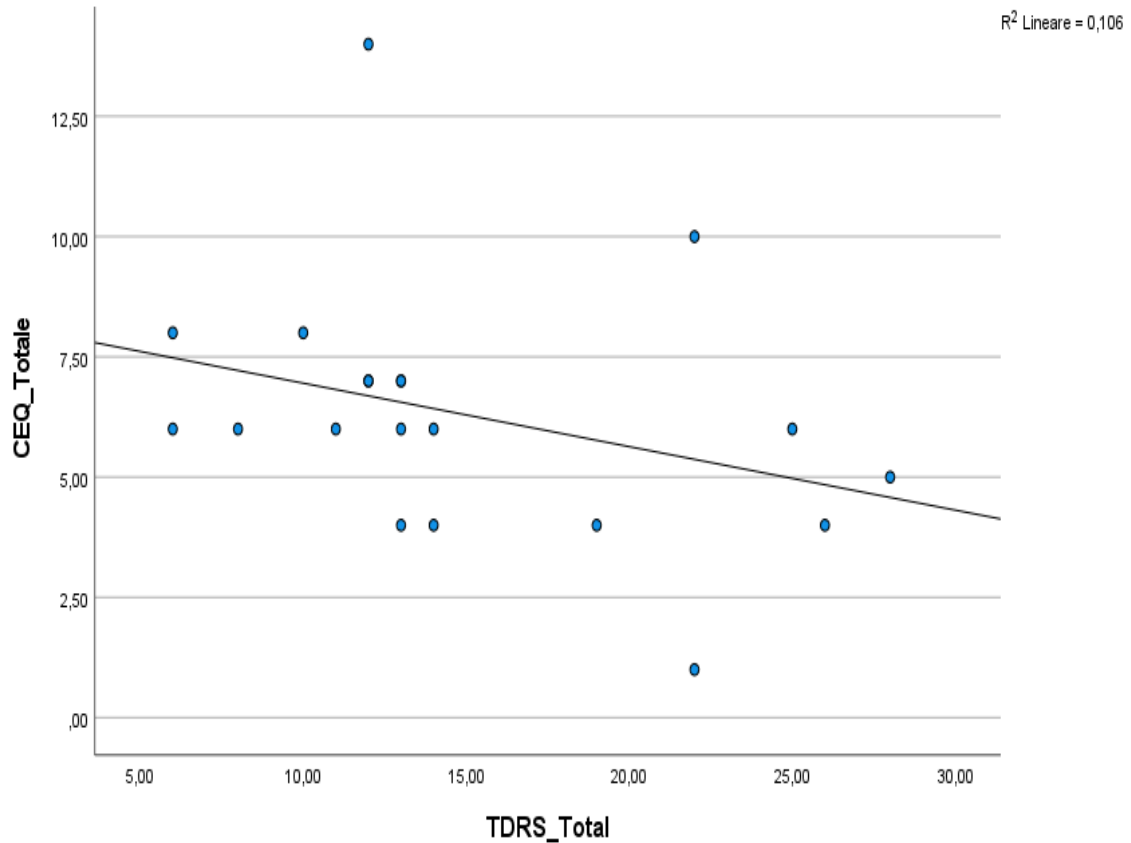


Figura 11

3.4.2. Risultati qualitativi

Dalle interviste è emerso che ciascun partecipante ha esperito un profondo disagio, di natura multidimensionale. Sebbene nessuno dei partecipanti è stato sottoposto all'esorcismo, tutti hanno maturato la necessità di chiedere aiuto ad una figura spirituale per lenire la sofferenza sperimentata e, talvolta, qualcuno ha riportato di avere assistito alle pratiche di esorcismo. È emersa una notevole correlazione tra il disagio esistenziale-psicologico e spirituale. Nel dettaglio l'analisi qualitativa ha permesso di individuare le tematiche che sono emerse maggiormente nelle storie dai partecipanti; queste ultime, nello specifico, riguardano: 1) lo stato di disagio esistenziale percepito da ciascuno, 2) l'esposizione ad eventi traumatici e/o dolorosi, 3) l'esigenza di sentirsi compresi e

accettati, 4) l'uso della fede come fonte di resilienza. Inoltre, per ciascuna macroarea sono state individuate delle sotto aree.

3.4.2.1. *Lo stato di disagio esistenziale*

In merito alla prima area tematica, che riguarda lo stato di disagio esistenziale percepito da ciascuno, è emerso dall'analisi delle interviste che ciascuno dei partecipanti stava vivendo una condizione di profondo disagio. Quest'ultimo viene definito esistenziale poiché riguarda tutte le componenti della persona; infatti, dal racconto dei partecipanti si percepisce che è un disagio ampio che riguarda il modo che ciascuno ha di stare al mondo. Per quanto concerne questa area tematica sono state individuate diverse sotto aree, quali: a) le motivazioni che hanno spinto i partecipanti a chiedere supporto spirituale; b) l'influenza di familiari e del contesto in cui si è inseriti; c) la rappresentazione metaforica del disagio sperimentato al momento della richiesta di aiuto. Rispetto alle motivazioni che hanno spinto i partecipanti a chiedere aiuto ad un padre spirituale, sono emerse ragioni diverse ma che hanno un comun denominatore, ovvero una sofferenza vissuta a livello personale e/o familiare. A tal proposito Maria, definisce la sua vita *«insoddisfatta»*, racconta di un matrimonio non felice che è rimasto in piedi per amore dei figli, ma che le ha sempre dato questo senso di insoddisfazione. Senso di insoddisfazione che l'ha portata a cercare sempre altro, sempre di più e dice *«ho fatto parecchi sbagli [...] fino a quando ero talmente satura e talmente schifata di me e del mondo che avevo... mi sentivo sbagliata, ho pensato al suicidio... sicuramente sì, pensavo fosse l'unica soluzione anche per i miei figli»*. Il suo contatto con il mondo cristiano e, in particolare, con i padri spirituali e gli esorcisti, è avvenuto per mezzo dei suoi zii; lo zio si pensava che fosse posseduto, mentre la zia era una donna molto credente con cui Maria è andata la prima volta a Medjugorje, luogo in cui si è convertita. La partecipante descrive metaforicamente quel periodo riferendosi all'immagine della fogna, dice *«avevo tentato più volte di venire fuori dalla fogna in cui mi rendevo conto di essere»*. Questa immagine torna più volte nella narrazione della partecipante, infatti dirà *«una volta che ti sei creato un mondo di fogna fatichi ad uscirne»*, e ancora *«quando ci si sente scivolare sempre di più, sempre di più e si è sempre circondati da persone che ti infognano ancora di più»*. Emerge quindi questo stato di disagio di Maria, in cui si sentiva intrappolata in una condizione che

percepisce come sporca, non sana. Interessante, al fine di comprendere questa prima tematica, è anche la storia di Elisa che dice *«ho vissuto un momento di fuoriuscita dagli schemi, ero all'interno di una cerchia di tunisini, marocchini che all'epoca avevano soltanto l'obiettivo di spacciare»*; aggiunge *«c'era pure tutta una sessualità disordinata e c'era anche una totale mancanza di emozioni, proprio totale»*. Rispetto alla rappresentazione del disagio sperimentato in quel momento, Elisa dice *«in quel periodo la mia anima era chiusa dentro a un castello, una fortezza e doveva rimanere lì incolume, nessuno doveva far niente, quello che andava avanti era il corpo»*. Questo stato di disagio esistenziale risulta evidente anche dal racconto di Roberta, che alla richiesta dei ricercatori in cui si chiedeva di raccontare la motivazione che l'avevano spinta a cercare l'aiuto di un assistente spirituale, risponde *«ho sentito il bisogno di cercare un esorcista proprio perché ho capito che l'esperienza che avevo avuto non era stata, come dire, edificante dal punto di vista spirituale e forse c'era bisogno di guardare anche del lato, quello di cui si occupano gli esorcisti [...] io avevo bisogno di aiuto perché ero in una situazione di grande disagio esistenziale [...], era un momento di disagio critico»*. Roberta, infatti, è una donna che si è trovata in difficoltà nel momento in cui è diventata madre della sua secondogenita, *«mi trovavo in difficoltà nel ruolo di madre»*. È un momento in cui lascia il lavoro, inizia ad avere problemi coniugali e si mette alla ricerca del senso della propria esistenza, ricerca che la porta a frequentare ambienti poco sani per diversi anni. Rispetto alla rappresentazione metaforica di quel momento, Roberta dice *«io posso dirle che era buio, lacrime, disperazione e io a me stessa dico che ero in un buco, ma tanto in fondo e che il signore mi è venuto a prendere proprio lì dove stavo in quel buco»*. E ancora la storia di Alice, una ragazza che è entrata nella Domus Familia¹⁰ da adolescente e poi ha deciso di continuare a vivere lì. Lei dice di non avere cercato lei direttamente l'aiuto di una figura spirituale, ma che ha vissuto un periodo di profonda sofferenza e che sono stati il padre e lo zio a fare in modo che venisse seguita da un padre spirituale. La ragazza racconta *«mio padre in particolare ha rilevato un grande malessere che stavo vivendo in modo molto forte, e una volta giunta in domus ho impattato con questa figura senza sapere nemmeno cosa fosse un padre esorcista»*. Anche nella sua storia è messa in evidenza l'influenza del contesto in cui la ragazza è vissuta e dei

¹⁰ L'associazione "Domus Familiae Padre Daniele" è un'associazione privata di fedeli che accoglie giovani e li guida, con una proposta di vita cristiana, a ritrovare la propria identità.

familiari. Alice, infatti, racconta di essere fuggita da casa quando era adolescente con un eroinomane, dice *«a 15 anni sono scappata in Sicilia con un ragazzo conosciuto quella stessa sera, un eroinomane; ero sparita ed era partita una denuncia in tutta Italia e per farvi capire... il mio malessere era come se non riuscivo ad avere voce. Quando mio padre mi è venuto a prendere, nella strada di ritorno si è fermato alla santa casa di Loreto, un luogo veramente Benedetto. Era venuto con mio zio che era un prete e che mi ha detto, senti bella adesso tu entri in questa chiesa e se Dio esiste devi chiedergli di mostrarsi, ma siccome sei convinta che non esiste non ti preoccupare perché al massimo non succederà nulla. Qualcosa è successo però perché nemmeno una settimana dopo io sono entrata in domus e non sono mai andata via da lì e per un anno e mezzo non sono tornata a casa»*. La rappresentazione di sé stessa nel momento in cui stava attraversando questo profondo momento di sofferenza è di una ragazza profondamente arrabbiata ma in ricerca; infatti, dice *«forse “ricerca” describe come mi sentivo, anche in quella rabbia io mi accorgo a posteriori che chiedevo al Signore di mostrarsi»*. Anche nella storia di Mario queste tematiche emergono in modo consistente; egli dice di essere entrato in contatto con l'esorcista dopo aver vissuto delle spiacevoli vicende legate alla stregoneria cubana, racconta di una donna che gli aveva promesso che lo avrebbe fatto morire e di una madrina che gli aveva fatto fare un incantesimo di difesa, episodi questi che lo turbarono notevolmente. Una volta raggiunta la maggiore età, Mario decise di lasciare il Venezuela e di trasferirsi in Italia, qui inizia ad attraversare un periodo di disagio; dice *«in questo periodo tra i turni di lavoro, la cosa spirituale o quello che vuoi il mio morale ha iniziato ad andare giù. Avevo una fidanzata qui, adesso mia moglie, con la quale avevo rotto e io ero solo qui, facevo tre turni e quindi ero esaurito»*. Alla richiesta di descrivere come si sentiva in quel momento, che rappresentazione aveva di sé, dice *«mi ricordo che ero tanto giù, tanto oppresso e volevo trovare una strada per andar fuori, e fa anche un riferimento agli abissi quando racconta di avere superato quel momento particolarmente doloroso, dicendo «sono uscito dagli abissi»*.

3.4.2.2. Esposizione ad eventi traumatici e/o dolorosi

La seconda tematica che è emersa nei racconti dei partecipanti è senz'altro l'esposizione a eventi traumatici e/o dolorosi; infatti, si è rintracciato, quasi nella totalità delle interviste, la presenza di esperienze di vita particolarmente dolorose, che hanno potuto aver turbato profondamente ciascun partecipante. Inoltre, sono state individuate due sotto aree tematiche, ovvero a) le dinamiche familiari complesse e b) l'essere inseriti in contesti disfunzionali. Queste tematiche certamente si influenzano vicendevolmente, diventando spesso una la conseguenza dell'altra. Per meglio comprendere quanto appena detto è utile guardare alle storie e alle parole dei partecipanti. Giulio, ad esempio, racconta di avere vissuto in un ambiente familiare disfunzionale, di essere cresciuto con un padre violento e aggressivo; infatti, racconta *«fin da piccolo io ricordo che mio padre aveva degli scatti di ira di almeno una occorrenza di due mesi ma sfasciava tutto in casa, picchiava mia mamma in modo molto pesante e picchiava anche me però erano solo episodi di violenza abbastanza pesante in casa»*. Nel racconto di Giulio emerge la traumaticità di questa esperienza, spesso infatti l'intervistato utilizza la parola *«terrore»* per descrivere ciò che provava in quei momenti, *«era il terrore là dentro*. Inoltre, egli fa emergere quanto questo vissuto di violenza abbia profondamente intaccato il suo modo di essere, dice *«dopo un po' che abiti in quella tempesta... nel senso che purtroppo per sopravvivenza impari a comportarti in determinati modi [...] dopo tutto questo, insomma, io sono venuto su molto introverso perché avevo comunque il terrore di casa»*. Parla di un'esperienza di violenza fisica ma anche psicologica, dice *«era anche una violenza psicologica»*, racconta di un padre che li minacciava di andare via, che li ha indebitati, che si mostrava sempre indifferente. Una traumaticità importante emerge anche dalle parole di Alice, che inizia il suo racconto dicendo di essere cresciuta con una madre schizofrenica *«mia madre era schizofrenica, una storia di 23 anni di schizofrenia pesante, con molte fasi di acuzie e io da bambina non sapevo minimamente cosa significasse, il significato di schizofrenia affettiva l'ho compreso soltanto molto più avanti, era una malattia molto invalidante per tutta la famiglia, soprattutto perché era taciuta»*. Il fatto che il racconto dell'intervistata inizia con il racconto della malattia della madre, così come i riferimenti alla malattia nell'intera narrazione, sono elementi che fanno pensare che sia stato questo un elemento che ha profondamente influenzato tutta la sua vita. Inoltre, parla della prematura morte della madre, questa rappresenta nel suo vissuto un ulteriore esperienza di dolore che ha

determinato il disagio esperito dalla ragazza, Alice infatti dice *«innanzitutto volevo dire che mia madre è morta più un anno e mezzo fa e quindi diciamo che con lei... anche con lei veramente è stato un percorso tanto sofferto e tanto lavorato perché appunto avevo un legame veramente morboso con lei, è stato molto difficile per me e se non avessi avuto anche la presenza concreta di persone che tutt'oggi mi stanno vicine non so cos'avrei fatto. E ancora racconta «mi sono chiusa in me e ho iniziato ad incontrare persone che mi hanno introdotto alla droga. Fin da quando avevo 12-13 anni, prima canne e poi tutto quello che passava, a quell'età ho incontrato per la prima volta l'eroina, non in vena ma comunque era troppo»*. Emergono dinamiche familiari complesse nella storia di Alice, che l'hanno spinta a prendere la decisione di rimanere a vivere in Domus Familiae. Parla di un rapporto complicato con il padre, dice *«forse la cosa più buona che ha fatto è ammettere di non avere gli strumenti per aiutarmi e quindi ad oggi probabilmente il suo fare un passo indietro anche nella relazione con me [...] è dato dal fatto che ha colto l'incapacità di soddisfare alcune mie pretese, sbagliate da figlia, e insomma devo dire che siamo in un momento di passaggio in cui stiamo cercando un equilibrio, lo avevamo trovato e dopo la morte della mamma è stato un po' difficile»*. Dalla storia di Carla emerge una traumaticità notevole, l'intervistata racconta di avere sofferto di anoressia da adolescente, di avere addirittura tentato il suicidio e per tale ragione di essere stata ricoverata in psichiatria, dice *«ne ho viste di tutte e di più fino allo psichiatrico proprio perché io sono finita in psichiatria dopo aver tentato il suicidio quindi direi che ho visto il peggio, il peggio assolutamente»*. Racconta, inoltre, di dinamiche familiari complicate, dice *«la mia famiglia si massacrava, perché poi al tempo c'erano le sorelle che non si parlavano... io sono la settima figlia, la più piccola [...] essendo la più piccola tante cose non le so, della mia famiglia, non le ho capite a tutt'oggi però anche il fatto che fosse così divisa [...] quando mi sono ammalata i miei genitori nemmeno se ne erano accorti»*. Inoltre, Carla accenna di aver subito delle violenze da bambina, dice *«io ho avuto delle violenze da piccola da esterni»*, anche se durante l'intervista non sembra molto propensa ad approfondire l'argomento e questo ha dato modo di pensare che fosse un ulteriore aspetto particolarmente doloroso per l'intervistata. Anche nella storia di Elisa risuona l'aspetto traumatico legato a dinamiche familiari complicate; la ragazza, infatti, inizia la sua narrazione dicendo *«sono stata adottata, vengo dal Perù ed essendo stata adottata ho avuto un momento un po' così, di fuoriuscita dagli schemi»*. Quindi nella sua

narrazione sembra che il fatto di essere stata adottata abbia proprio influito sulla sua sofferenza. Racconta che *«dall'età di 14 anni fino all'età di 17-18 ho avuto il momento di trasgressione totale ma era trasgressione molto latente perché ero... io sono stata adottata però vivevo in una famiglia in cui ci sono state 4 adozioni però le altre 3, erano italiane [...] mentre io ero l'unica straniera quindi mi ritrovavo straniera sia in casa sia fuori casa, quindi, c'è stato un momento in cui ho cercato questo senso di identità»*. Dall'analisi attenta della sua storia emerge una sofferenza legata proprio alle vicende vissute durante l'infanzia, legate al sentirsi diversa dagli altri, tutte vicende che inevitabilmente hanno determinato la personalità della ragazza; infatti, dice *«fin da piccola io mi ero abituata a non piangere perché se avessi pianto sarei stata debole ma non perché i miei genitori me l'avessero detto, ma era una cosa mia di tutela che dovevo essere forte perché dovevo dimostrare di essere al pari degli altri nonostante io fossi diversa. Cosa è successo poi, che tutta questa cosa nell'adolescenza è uscita però ho avuto una persona che mi diceva al mio fianco "guarda, tu devi essere forte, non devi piangere" ed io ho annullato tutto, ogni emozione»*.

Anche nel vissuto di Roberta si può osservare la presenza di esperienze particolarmente stressanti e di dinamiche familiari complesse che hanno dato vita a condizioni di profondo disagio. Roberta, infatti, racconta di avere vissuto un momento profondamente complicato quando è nata la sua seconda figlia, momento in cui ha iniziato anche ad avere problemi coniugali che l'hanno portata al divorzio, evento questo che ha vissuto con molto dolore; infatti, dice *«mi sono separata nel 2002, è stata una tragedia»*. Spiega che anche dopo la conversione, quando ha iniziato a stare meglio, comunque il rapporto con il marito non si è sistemato, dice *«mio marito per me è una figura convivente, con cui condivido le spese e niente più, quando i miei figli se ne sono andati in Australia, tutti e due, prima per un anno, poi si sono, uno si è sposato, sono partiti tutti e due uno con la morosa, uno con la moglie e la bambina, per cui il mio tutto se n'è andato dall'altra parte del globo con l'idea di restarci... con loro il mio tutto che era dall'altra parte del mondo io mi sentivo abbandonata»*. Dunque, è evidente che vicende familiari complesse, spesso disfunzionali, così come le esperienze traumatiche vissute nell'infanzia o nell'adolescenza sono tematiche ricorrenti che aiutano nella comprensione del disagio sperimentato da queste persone.

3.4.2.3. Esigenza di sentirsi compresi e accettati

La terza tematica emersa, in modo consistente, mediante l'analisi tematica riguarda l'esigenza di sentirsi compresi e accettati che i vari partecipanti hanno sperimentato; rispetto a questa tematica sono state rilevate due sotto aree tematiche, ovvero: a) lo stupore provato di fronte all'affetto e alla comprensione ricevuti, soprattutto dalle figure spirituali, b) il benessere legato al sentirsi capiti nella propria sofferenza esistenziale. Maria racconta della sua prima confessione a Medjugorje e si meraviglia di essere stata capita, racconta *«mi confesso e ho vomitato tutta la mia vita addosso, tutta, lui mi ha solo girato il telefono e io dovevo leggere la preghiera, non mi ha giudicata per quello schifo [...] faccio adesso, la penitenza? E lui dice adesso vai, la penitenza, perché non ti è bastata quella che hai avuto nella tua vita? E lì mi sono sentita la sensazione di essere libera finalmente da questo peso»*. Racconta anche di essersi successivamente confessata anche a Padova, al Santo e dice *«mi sentivo protetta come mai, proprio, come se avessi un avvocato che conosceva tutta la mia vita, conosceva tutto quello, e soprattutto sapeva che io finalmente avevo deciso»*. Roberta, invece, dice *«per me è una grossa consolazione sapere che nonostante tutti gli errori che posso fare sono amata, l'amore di Gesù è incredibile, io lo vedo come un amico con le braccia aperte e con un cuore grande che pulsa sempre per me, mi sento voluta bene [...] il fatto che uno si senta destinatario di tutti questi doni quotidianamente per me è una cosa stupenda cioè come il signore riesce a pensare a ognuno di noi singolarmente per me è una cosa meravigliosa ed è un'attenzione proprio su misura rispetto a quello che ti serve in quel momento»*. Aggiunge *«io ricordo i primi momenti della conversione dove mi sentivo... anche qui è difficilissimo perché la mia sensazione era di essere attirata verso il baratro... ad un certo punto quando avevo raggiunto il massimo della disperazione avevo chiesto a Maria, perché mi ero ritrovata in un santuario mariano dove avevo detto guarda sei madre pure tu io non so cosa fare, fa che i miei figli non paghino gli errori miei e del loro padre e non ero cattolica in quel momento, poi ha fatto avvenire la conversione e non so.. non sono più da sola [...] io mi sono sentita amata in un modo straordinario... ancora mi emoziona questa esperienza come mai mi ero sentita nella mia vita. Io ho avuto una storia familiare disemozionale e questo amore grandissimo che ho sentito nel cuore è stata una seconda nascita per me, io da lì ho cominciato a vedere il mondo in modo diverso»*. Giulio, nella sua storia di violenza e di difficoltà nella relazione con il padre, dice *«padre*

Renato è stata una persona che mi ha salvato la vita a me, a noi, mia madre, mia sorella, mio fratello insomma [...] lui mi ha fatto da papà, è stato un papà perché mi ha accolto con le mie fragilità, mi ha fatto fare un percorso mio, personale [...] in realtà a casa stava andando tutto veramente... cioè stava scoppiando il finimondo però come io cominciavo ad avvicinarmi per benessere personale». Rispetto a questa tematica, sono molto profonde le parole di Alice, che racconta con immenso stupore dell'affetto ricevuto una volta arrivata in Domus Familiae, dice «qualcuno che portava pazienza con me, di qualcuno che mi preparava da mangiare anche se lo avevo mandato a cagare due minuti prima, di qualcuno che mi ascoltava e cercava di comprendere quello che avevo dentro è stato per me, ed è per me, l'incontro reale con Gesù c'è bisogno di una guida spirituale che pone in luce cose che da sola non riuscivi a vedere [...] ad oggi è fondamentale averlo a fianco, innanzi tutto perché vengo da una storia di fragilità e poi perché non andiamo da nessuna parte se non c'è qualcuno che ci guida». Aggiunge, «l'amore delle persone perché non c'è nessuno di stipendiato da noi (si riferisce alla realtà della Domus Familiae), nessuno di... come dire, che viene lì fa volontariato...io vivo lì e scelgo di donare il mio tempo perché è stato fatto così con me, Gesù lo dice “gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente donate” e quindi io questo l'ho vissuto e lo continuo a vivere sulla mia pelle secondo me questo è sconvolgente [...] la straordinarietà era la cosa più ordinaria...cioè qualcuno che mi preparava da mangiare quando non ne avevo voglia, mandavo tutti a fanculo ma letteralmente e mi restavano vicini, stavano con me fino a tarda notte per ascoltarmi, mi hanno aiutato a riprendere in mano la scuola...queste sono le cose concrete. La cosa che mi ha sconvolto di più la vita è... non capire a livello intellettuale ma vivere proprio su di me, che sono amata in qualsiasi caso... in tutte le circostanze, anche quando mi incacchio con dio e gli dico “ma senti ma cosa stiamo facendo? Ma giochiamo assieme?” Si credo sia la cosa che a me sconvolge ad oggi sempre di più è che ciascuno di noi è salvato».

3.4.2.4 Uso della fede come fonte di resilienza

Attraverso quanto analizzato sinora, ci si rende conto, dall'analisi attenta di tutte le storie raccontate dai partecipanti, che ciascuno, anche se in modo diverso, ha attraversato

momenti di disagio esperienziale e psicologico ma che è poi riuscito a risollevarsi e a conquistare uno stato di benessere grazie all'uso della fede in Dio, dunque della religione. Pertanto, la quarta area tematica che è stata individuata riguarda l'uso della fede come fonte di resilienza, con le seguenti sotto aree: a) la presa di coscienza, b) la possibilità di chiedere aiuto sia a sacerdoti che a psicologi, c) la necessità di apportare un cambiamento nella propria vita. Ad esempio, Mario dice *«a un certo punto però, non ricordo come mai né perché, ho pensato che ci fosse qualcosa che non andava e ho iniziato a leggere i libri di padre Gabriele Amorth e ad andare da uno psicologo [...] perché ho pensato di iniziare a regolare la mia parte spirituale ma dovevo anche regolare la mia parte mentale, come c'è scritto anche nei libri di padre Amorth bisogna saper distinguere le due cose. Sono andato da padre Mingardi, mi ha intervistato, gli ho raccontato un po' tutto [...] ha fatto una preghiera e l'ha recitata tre volte. Non mi son sentito diverso né niente però quando sono uscito ho detto adesso deve cambiare, mi sono sentito con più energia però non chi sa che roba né allegro né... ho detto ho trovato la strada»*.

Aggiunge *«ero molto ansioso e insicuro, mi sono intanto rimesso con mia moglie e ho detto di andare dallo psicologo anche a lei, abbiamo iniziato ad andare dallo stesso psicologo ma facendo percorsi separati e successivamente come coppia»*. Nonostante l'aver intrapreso un rapporto con lo psicologo, Mario racconta di non sentirsi ancora del tutto risollevato, dice *«il fatto è che non mi ricordo bene perché volevo un esorcista [...] con il mio cammino spirituale insieme a quello psicologico e diciamo dopo tanti anni e tanto sforzo, tanta negatività è andata via da attorno a me, sebbene ci siano sempre delle difficoltà. Mi ricordo che ero tanto giù, tanto oppresso e volevo trovare una strada per andar fuori... quindi sono andato... mi sentivo già più libero»*. Alla fine del suo racconto dice, *«adesso ho trovato serenità»*. Elisa, invece, dice *«c'è stato un momento di evoluzione e maturazione di tutto questo nella mia vita e poi la vita mia e di padre Mario si sono incrociate, lui è diventato esorcista e io ho conosciuto, non so se avete presente, la domus familiae di padre Mario. Ed è successo che decisi, penso di essere stata una delle prime di mia volontà, di entrare per mettere ordine nella mia vita e da lì è iniziato tutto l'incontro con questo mondo spirituale»*. Elisa però dice che c'è stato un momento preciso in cui ha iniziato a prendere consapevolezza di qualcosa che bisognava sistemare, dice *«è morto mio nonno paterno e lì ho scoperto di non piangere, di avere un problema con le emozioni. Lì mi sono fatta 2-3 domande e mi sono detta cosa sta succedendo?»* Da

questo momento di presa di consapevolezza è iniziato il momento di rinascita di Elisa, poiché da quel momento ha iniziato il suo percorso spirituale ma anche psicologico. Maria racconta invece di avere avuto la sua presa di consapevolezza che ha fatto nascere in lei la voglia di cambiamento quando ha toccato il fondo, dice *«ho pensato al suicidio [...] fino a quando ho detto basta, metto un punto a questa cosa»*. Successivamente a quel momento decise di fare un viaggio a Medjugorje, luogo in cui si confessò e che le permise di comprendere che il cambiamento era possibile. *«Mi faceva andare via dei soldi, non riuscivo a vedere un attimo di pace»*. Pace che invece ha trovato nei padri spirituali, in merito a ciò racconta di un sacerdote di 86 anni e dice *«mi ha dato un abbraccio come mai, mai nessuno al mondo, mai. Io ho sentito che mi ha tirato via tutta quell'ansia, quell'angoscia che avevo dentro, sono stata bene ma tanto un mese, mi sentivo come volare»*. Questa tematica emerge in modo preponderante nella storia di Roberta, la quale dice *«avevo bisogno di risposte, di capire quale fosse il mio ruolo, la mia vocazione, di trovare il senso della vita... era proprio un momento in cui cambiavo paradigma, ero in cerca di questo nuovo paradigma, non riuscivo a trovarlo da sola [...] mi è stata fatta la grazia della conversione nel 2013»*, da quel momento racconta di essere cambiata totalmente come persona, ma anche di avere chiesto un aiuto ad una figura professionale della salute mentale. Dice *«dopo che mi sono convertita ho sentito il bisogno di avere un supporto perché avendo avuto una famiglia disfunzionale c'erano delle cose che secondo me su cui avrei dovuto lavorare ulteriormente proprio dal punto di vista umano, arrivare alla psicologia insomma di certe dinamiche e ho chiesto in confessionale se conoscevano una psicologa cattolica e mi è stata data una e ho iniziato un percorso con lei, perché io ho un grande problema con la rabbia, per esempio, e quindi lei mi ha aiutato a prendere consapevolezza»*. Alla domanda del ricercatore in merito al beneficio tratto da questa esperienza, Roberta risponde dicendo *«allora, io ho tratto beneficio perché ho preso consapevolezza, però devo dire che questo non mi ha guarito, cioè la guarigione secondo la mia esperienza avviene se è accompagnata dalla preghiera, cioè, è un percorso su due binari, per quello che dite voi c'è un percorso psicologico che è stato fatto per prendere consapevolezza perché è giusto che prendi atto di certe dinamiche deleterie [...] ma in più io pregavo, pregavo, ci pregavo sopra tantissimo, tantissimo, la preghiera mi ha anche dato, lucidità, più aderenza alla realtà, più capacità risolutiva, più anche, come dire, sì, più chiarezza interiore. Io non saprei come fare senza la preghiera senza*

l'accompagnamento di Gesù...cioè adesso io non mi sento più sola, quando accadono certe cose non mi sento più trascinata nel vortice che mi porta giù. Anche nelle situazioni diciamo difficili mi sento sostenuta, è proprio una sensazione molto precisa cioè non c'è più un abisso, esiste una barca, c'è un sostegno... nel dolore, perché quando uno soffre, ma c'è un sostegno, c'è un diverso modo, una diversa esperienza». Grazie alla fede in Dio è riuscita poi ad affrontare tutte le avversità della vita con una forza diversa, anche quando si è trattato della morte della madre. In merito a ciò dice «*so di portare dentro di me una fragilità ma ringrazio il signore perché negli ultimi anni della sua vita ho avuto modo di riconoscere tutto l'amore che mi ha donato che è tantissimo e che con tutti i suoi limiti mi ha fatto da mamma e quindi ringrazio il signore perché so che adesso è più vicina di prima perché prima mi vergognavo, era piena di tic e di tutti gli effetti collaterali di prendere psicofarmaci a caso per 25 anni. Non era una presenza bella da avere accanto, mi sono vergognata di lei tantissimo e ad oggi ne vado tanto orgogliosa perché sono sicura che le si sono spalancate le porte dei cieli perché il purgatorio lo ha vissuto già qua».* Queste parole della partecipante sono un esempio molto forte di come la fede, la religione possano fungere da strategie di coping; nella storia di Alice, infatti, la fede in Dio è diventata una fonte di consolazione e l'ha aiutata a gestire il lutto e la separazione dalla madre.

Un ulteriore elemento che è emerso dall'analisi tematica, e che merita una riflessione, riguarda la descrizione della figura del diavolo e di Dio mediante un'immagine o una metafora. Infatti, in una delle domande che si è deciso di inserire nell'intervista semi-strutturata si chiedeva di descrivere il diavolo e Dio con un'immagine o con una metafora; si è visto che si è fatto ricorso ad immagini o metafore molto simili. Ad esempio, Maria descrive il diavolo utilizzando i seguenti termini: *fetore, freddo, scuro, nero*; al contrario, dice della Madonna che *profuma di rose*. La rappresentazione metaforica del diavolo come qualcosa di scuro, di tenebroso è comune anche nei racconti degli altri partecipanti; Roberta, ad esempio, fa ricorso ai termini: *buio, un buco*; Giulio dice *il diavolo è il buio, un ponte di notte che ti spinge a farla finita, che ti annulla dentro*, Alice dice *il diavolo è il nero, lo schifo*, Mario identifica il diavolo con le *tenebre*. Si evince che nella visione di ciascun partecipante vi è uno stretto collegamento tra l'oscurità e la figura del diavolo. Invece, i termini adoperati dai partecipanti per descrivere Dio sono: *luce, abbraccio, il*

tutto, qualcuno che ti abbraccia. Dunque, si comprende che la percezione di Dio è quella di qualcosa che illumina, che protegge, che scalda.

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Discussione

La presente ricerca non è stata condotta con l'obiettivo di dimostrare l'esistenza o la non esistenza di determinate realtà spirituali, come ad esempio quelle demoniache, poiché ai fini del perseguimento del benessere dell'individuo ciò non appariva rilevante. Ciò che, invece, è apparso importante da studiare, alla luce della grande richiesta di assistenza spirituale, è la relazione che vi è tra la dimensione esistenziale-psicologica e la dimensione spirituale. Attraverso l'implicazione dei diversi strumenti, quali il questionario, composto dalle diverse scale, e le interviste semi-strutturate, si è potuta studiare una realtà molto complessa che vede come nucleo fondamentale una fragilità esistenziale che, inevitabilmente, si coniuga con tutti gli aspetti costituenti della persona, compresa, dunque, la dimensione spirituale. Gli obiettivi che hanno guidato la presente ricerca sono stati fondamentalmente i seguenti: 1) analizzare l'eventuale relazione che vi è tra il disagio psicologico e quello spirituale; 2) comprendere le motivazioni che spingono un individuo a chiedere aiuto ad una figura spirituale, a volte a preferenza di un professionista della salute mentale.

I risultati emersi mettono in luce che vi è una relazione tra il disagio psicologico e quello di natura spirituale, dal momento che in ciascun individuo vi è una componente spirituale. Inoltre, questa ricerca ha evidenziato che molte situazioni di sofferenza esistenziale esperite dai partecipanti erano, spesso, collegate ad un contesto familiare disfunzionale, oppure ad accadimenti di vita percepiti come traumatici o dolorosi. Sono emerse esperienze di violenza, di sesso promiscuo, di uso di droghe, di anoressia, di lutto, di familiari con sofferenza psichiatrica, problemi coniugali, problemi legati alla maternità, ideazioni suicidarie e tentato suicidio, coartazione delle emozioni. Tutti questi aspetti biografici permettono di contestualizzare e comprendere meglio i risultati clinicamente significativi emersi. In modo particolare, tutti questi eventi traumatici e/o dolorosi permettono di comprendere la correlazione che è emersa tra la trascuratezza emozionale lamentata dai partecipanti e l'uso dell'evitamento come strategia di coping. Ricerche nel campo delle neuroscienze, dello sviluppo affettivo, delle teorie dell'intersoggettività e della psicoanalisi relazionale hanno messo in evidenza l'importanza dell'apporto del

contesto ambientale, delle figure di accudimento, del processo di strutturazione del Sé e di maturazione delle funzioni psichiche (La Marca *et. al.*, 2015). Le esperienze interpersonali precoci, in particolare quelle a più forte impatto emotivo, vissute nell'ambito del sistema di accudimento primario, giocano un ruolo fondamentale nel dare forma alla personalità, nello sviluppo affettivo e cognitivo e nell'equilibrio psicofisico dell'organismo (Luyten, 2010). L'essere accolto e cresciuto all'interno di un'ambiente "sufficientemente buono" (Winnicott 1965) può fungere da garanzia per uno sviluppo sano e armonioso della personalità e dell'intero organismo. L'individuo avrà la possibilità di imparare a regolare gli stati emozionali, così da far fronte ai momenti di tensione emotiva e agli stressor ambientali controllando le risposte del proprio organismo, adottando adeguate strategie di coping e manifestando valide capacità di resilienza rispetto agli eventi potenzialmente traumatici (Baltoni, 2014). Si avranno invece esiti diversi laddove si sperimentano traumi relazionali nell'infanzia (Schore 2002), o se si è inseriti in contesti in cui sono presenti relazioni che possono essere caratterizzate da forme di abuso fisico e sessuale, ma anche da trascuratezza emotiva, negligenza nelle cure materiali e inversione di ruolo (Bifulco e Moran 1998). Scenari simili possono portare gravi conseguenze sul funzionamento psichico dell'individuo, sulle sue future strategie di attaccamento, sulla sua capacità di autoregolazione degli stati affettivi, nonché sulla possibilità di sviluppare la capacità di mentalizzazione (La Marca *et. al.*, 2015). In modo particolare, la presente ricerca mette in luce come l'ambiente caratterizzato da trascuratezza emotiva sia divenuto la causa di un maggiore ricorso all'evitamento come strategia di coping. Hayes e colleghi definiscono l'evitamento come quel fenomeno che si verifica quando una persona non è disposta ad entrare in contatto con determinate esperienze e fa ricorso a misure per alterare la forma o la frequenza di queste esperienze o dei contesti che le provocano (Hayes et al., 2004). Dunque, quando si parla di strategia di evitamento ci si riferisce a tutti gli aspetti comportamentali o cognitivi in cui un individuo evita o fugge da uno stimolo che considera avversivo (Haskell et al., 2020). Dalla letteratura esistente emerge che livelli più elevati di evitamento esperienziale sono associati a livelli più elevati di psicopatologia generale, depressione, ansia, paure specifiche, traumi e una qualità della vita inferiore (Martin & MacLeod, 2009). Nella presente ricerca è emerso che i partecipanti hanno adoperato la strategia dell'evitamento proprio al fine di non vivere nuovamente esperienze dolorose; infatti, molti dei

partecipanti hanno raccontato di essersi allontanati da ambienti familiari disfunzionali, o da quei contesti e/o persone che arrecavano loro sofferenza. Questo ha avuto una duplice conseguenza poiché da un lato ha permesso l'allontanamento della persona da contesti a rischio, dall'altra, però, ha limitato l'elaborazione di quelle esperienze, e la mancata elaborazione è stata causa di sofferenza nel lungo termine.

Mediante le risposte ai questionari, ma ancor di più, attraverso l'analisi delle interviste, è emerso che i partecipanti venivano da contesti familiari religiosi e avevano ricevuto una educazione cattolica. Questo è un elemento interessante che merita di essere attenzionato poiché si è potuto osservare che la persona, laddove stava vivendo un momento di profonda crisi e di grande sofferenza, si è affidata a Dio. Dunque, si è notato che ci si è appigliati alla religione, nella speranza di affrontare quella data situazione complicata. Dall'analisi quantitativa, infatti, è emerso che i partecipanti utilizzano la religione come strategia di coping. Nello specifico, nella presente ricerca, la religione ha svolto il ruolo di fattore protettivo; perciò, si tratta di coping religioso positivo (Weber & Pargament, 2014), dal momento che l'affidamento a Dio ha permesso di superare la situazione di disagio sperimentata, fungendo come strategia per affrontare la sofferenza e i dilemmi esistenziali. Da un'analisi che è stata condotta su 101 studi è stato osservato come il 65% di questi, abbia riportato un'importante relazione positiva tra il coinvolgimento religioso e tassi più bassi di depressione (Shekhar, 2006). In linea con quanto emerge dalla letteratura, questa ricerca mette in evidenza quanto la spiritualità sia indispensabile per il benessere esistenziale della persona, poiché interviene nei processi di creazione di significato e nella salute, dal momento che la spiritualità fa riferimento ad una connessione intellettuale con sé stessi, con gli altri e col mondo, che è, a sua volta, governata da una relazione con il trascendente e il superiore (De Vincenzo et. al., 2022). Inoltre, dal momento che avere fede significa anche avere una credenza rispetto all'esistenza di un aldilà letterale (Moon et al., 2022), tra i partecipanti di questa ricerca si è registrata una maggiore propensione a considerare la morte come passaggio tra le diverse dimensioni dell'esistenza o come trasformazione della propria identità (Testoni, Ancona, & Ronconi, 2015). La letteratura pone in evidenza che coloro i quali rappresentano ontologicamente la morte come passaggio hanno una maggiore resilienza, più ragioni per vivere e più speranza per il futuro (ibidem). I risultati emersi da questa ricerca sono coerenti con quanto appena detto; infatti, è emerso, soprattutto dall'attenta

analisi delle interviste semi-strutturate, che molti soggetti guardano alla morte, propria o altrui, come un momento in cui abbandoneranno la dimensione terrena e corporea, accedendo ad una dimensione che permetterà loro di vivere in eterno accanto a Dio; questa credenza è fonte di profondo conforto. In particolare, una partecipante ha parlato del dolore provato a causa della morte della madre, ma di quanto conforto le dia l'idea che adesso la madre si trova con Dio, che ha smesso di soffrire e che potrà riunirsi a lei un giorno. Oltre ad un uso significativo della religione come strategia di coping, i risultati hanno messo in evidenza che i partecipanti utilizzano l'orientamento al trascendente come strategia di coping e che questa sia correlata con un maggiore benessere soggettivo. In linea con ciò, la letteratura ha dimostrato che la trascendenza è un metodo che l'uomo adopera per far fronte alle situazioni di vita stressanti (De Vincenzo et. al., 2022), perciò è fondamentale colmare il bisogno di trascendenza che ciascuno ha, al fine di garantirne il benessere. Come sottolinea Frankl (2014), è necessario favorire la dimensione della trascendenza, poiché, attraverso questa, le persone possono esprimere pienezza, gioia di vivere, e soddisfazione. La trascendenza può, infatti, influenzare positivamente il benessere, trasformando eventi stressanti in esperienze utili alla crescita (Er et al., 2022); pertanto, colmare la necessità di trascendenza implica favorire il passaggio da una condizione di sofferenza e di disagio, ad una condizione di benessere (Reed, 2021). Per quanto riguarda il secondo elemento che si voleva analizzare attraverso la conduzione di questa ricerca, vale a dire le motivazioni che hanno spinto i partecipanti a chiedere aiuto ad una figura spirituale, piuttosto che ad un professionista della salute mentale, in realtà è emerso che il tasso di richiesta di assistenza spirituale sia quasi al pari della richiesta di assistenza psicologica. Molti partecipanti hanno dichiarato di avere chiesto supporto sia a padri spirituali, sia a psicologi e/o psichiatri, riconoscendo perciò la natura multidimensionale della sofferenza sperimentata. Come si può evincere, soprattutto dall'analisi tematica, tutti i partecipanti appartenevano a famiglie cattoliche, in alcuni casi avevano in prima persona una profonda fede in Dio, in altri casi si sono avvicinati alla fede mediante un momento di profondo cambiamento personale, quale la conversione, pertanto, in linea con il loro credo, hanno ritenuto necessario chiedere l'aiuto ad un padre spirituale, senza che questo, però, esulasse dal rivolgersi anche ad una figura professionale della salute mentale. E, soprattutto, è importante sottolineare come molti degli intervistati hanno dichiarato di avere tratto beneficio sia dal percorso fatto con il

padre spirituale, sia con lo psicologo, psicoterapeuta o psichiatra. 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.

4.2 Conclusioni, limiti e prospettive future

La presente ricerca è stata condotta con l'obiettivo di indagare la relazione esistente tra il disagio spirituale e il disagio psicologico, ponendo l'attenzione sul bisogno di trascendenza che ciascun individuo sperimenta. I risultati emersi indicano che esiste effettivamente una relazione tra il disagio psicologico e quello di natura spirituale, ma ancor di più, questa ricerca ha permesso di mettere in luce la relazione esistente tra un disagio di natura esistenziale-psicologica e il disagio spirituale. È emerso che il 52% di coloro i quali hanno compilato il questionario online hanno lamentato trascuratezza emotiva durante l'infanzia. Nell'analisi delle correlazioni tra i vari strumenti è emerso che la trascuratezza emotiva è associata ad un maggiore uso dell'evitamento come strategia di coping. Inoltre, è emerso che i partecipanti fanno ricorso alla religione come strategia di coping, quest'ultima funge da strategia positiva, dal momento che ha permesso ai partecipanti a questo studio di affrontare il disagio sperimentato, rendendo ciascuno più resiliente di fronte alle esperienze più difficili della vita. Tutti questi elementi sono stati avvalorati dall'analisi delle interviste semi-strutturate; infatti, da queste ultime, sono emerse diverse testimonianze di esperienze particolarmente dolorose o traumatiche, che hanno condizionato il funzionamento delle persone, e lo stato di benessere sperimentato, ma che ciascuno ha trovato nella religione una possibilità di cambiamento e un'occasione per riconquistare uno stato di benessere. Infine, è emerso che ci si è rivolti anche ai professionisti della salute mentale, e non esclusivamente alle figure spirituali, nel tentativo di ridurre il disagio esistenziale sperimentato.

Certamente la presente ricerca ha riscontrato anche dei limiti; infatti, si sono riscontrate non poche difficoltà nel reclutare partecipanti che si mostrassero disposti a rispondere a domande così tanto personali. Pertanto, a causa del campione molto ristretto di questo studio non è possibile condurre delle generalizzazioni; piuttosto, per gli studi futuri, sarebbe opportuno riuscire ad avere un campione più numeroso, in modo tale da indagare meglio il fenomeno. Inoltre, per le stesse ragioni legate alla difficoltà di discutere di esperienze tanto delicate e personali, non tutti i partecipanti che hanno compilato il questionario si sono rese disponibili ad essere intervistate. Per gli studi futuri sarebbe

ideale poter intervistare tutti coloro i quali rispondono alle domande del questionario, in modo tale da avere un confronto tra i dati quantitativi e qualitativi più completo, che può permettere di fare importanti considerazioni. Inoltre, sarebbe interessante potere confrontare le esperienze di partecipanti con credenze spirituali e religiose, con coloro i quali invece non dispongono di tali credenze, ma che hanno vissuto esperienze di disagio simili. Infine, è bene sottolineare che 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 i limiti riscontrati, questa ricerca permette di pensare all'applicazione dei risultati ottenuti in un contesto operativo. Nello specifico, dal momento che molti partecipanti, i quali hanno chiesto aiuto ad una figura spirituale, hanno riconosciuto di stare vivendo un disagio di natura multidimensionale, che includeva necessariamente anche la sfera psicologica, hanno chiesto aiuto ad esperti della salute mentale, sarebbe interessante dare vita ad un'equipe composta da figure spirituali e da professionisti della salute mentale. In questo modo si potrebbero elaborare nuovi piani di assistenza, che vedano la collaborazione tra le figure professionali della salute mentale e gli assistenti spirituali, in modo tale da permettere agli utenti di intraprendere un percorso in grado di combinare gli aspetti psicologici-esistenziali e spirituali, al fine di garantire il benessere della persona, secondo un approccio olistico di tipo bio-psico-sociale-spirituale e culturale.

Bibliografia

- Abu Khait, A., Menger, A., Al-Modallal, H., Abdalrahim, A., Moldovan, T., & Hamaideh, S. H. (2023). Self-transcendence as a mediator of the relationship between reminiscence functions and death anxiety: Implications for psychiatric nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 107839032311744. <https://doi.org/10.1177/10783903231174464>
- Algorani EB, Gupta V. Coping Mechanisms. 2023 Apr 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 32644457.
- Amorth, G. (1996). *Esorcisti E psichiatri*.
- Baldoni, F. (2014). Mentalizzazione e integrazione psicosomatica del Sé. In G. Northoff, M. Farinelli, R. Chattat, & F. Baldoni (Eds.), *La plasticità del Sé. Un approccio neuropsicodinamico* (pp. 93-130). Il Mulino
- Banerjee, T., & Banerjee, G. (1995). Determinants of help-seeking behaviour in cases of epilepsy attending a teaching hospital in India: An Indigenous explanatory model. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(3), 217-230. <https://doi.org/10.1177/002076409504100306>
- 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*, 9(3), 235-245. <https://doi.org/10.1080/13607860500090052>
- 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*, 6(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/14733140600581218>
- Bauer, N. M. (2022). The devil and the doctor: The (De)Medicalization of exorcism in the Roman Catholic Church. *Religions*, 13(2), 87. <https://doi.org/10.3390/re113020087>

- Bauer, N. M., & Doole, J. A. (2022). The (Re)Invention of biblical exorcism in contemporary Roman Catholic discourses. *Religion and Theology*, 29(1-2), 1-33. <https://doi.org/10.1163/15743012-bja10030>
- Betty, S. (2005). The growing evidence for demonic possession: What should Psychiatry's response be? *Journal of Religion and Health*, 44(1), 13-30. <https://doi.org/10.1007/s10943-004-1142-9>
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1994). Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): A retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1419-1435
- Biunno, E. (2004). Una ricerca sulla possessione diabolica. *Psychofenia*, 147-165
- Boddy, J. (1994). Spirit possession revisited: Beyond instrumentality. *Annual Review of Anthropology*, 23(1), 407-434. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.23.100194.002203>
- Boehnlein, J. K. (2006). Religion and spirituality in psychiatric care: Looking back, looking ahead. *Transcultural Psychiatry*, 43(4), 634-651. <https://doi.org/10.1177/1363461506070788>
- Boss, L., Branson, S., Cron, S., & Kang, D. (2015). Spiritual pain in meals on wheels' clients. *Healthcare*, 3(4), 917-932. <https://doi.org/10.3390/healthcare3040917>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brocki, J. M., & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology & Health*, 21(1), 87-108. <https://doi.org/10.1080/14768320500230185>
- Cardena, 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

- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). undefined. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- CDC. (2010). Adverse childhood experiences reported by adults—Five states, 2009. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(49), 1609–1613.
- Centini, M. (2019). *Posseduti. Voci E Storie Di CHI ha incontrato IL diavolo E Di CHI Lo combatte*.
- Cestelli A. (1999-00). La possessione diabolica, tra patologia mentale e sindrome culturale.
- Chan, C. L., Ng, S., Ho, R. T., & Chow, A. Y. (2006). East meets west: Applying eastern spirituality in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 822-832. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01649.x>
- Chen, Y., Lin, L., Hsiung, Y., & Wu, S. (2023). Effects of a biopsychosocial-spiritual group therapy on quality of life among institutionalized older adults with disabilities: A randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.13172>
- Cheng, K. (2017). ‘My husband is possessed by a jinn’: A case study in transcultural mental health. *Australasian Psychiatry*, 25(5), 471-473. <https://doi.org/10.1177/1039856217707392>
- Cianconi, P., Cuccarese, O., Calì, S., Maloni, V., & Grillo, F. (2012). Il Sé permeabile: le possessioni tra scienza e sacro. *Psichiatri Oggi*, 5.
- Cortini, M. (2014). Mix-method research in applied psychology. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. <https://doi.org/10.5901/mjss.2014.v5n23p1900>
- Costello, S. (2015). The spirit of logotherapy. *Religions*, 7(1), 3. <https://doi.org/10.3390/rel7010003>
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE.

- Cuneo, M. W. (2001). *American exorcism: Expelling demons in the land of plenty*. Doubleday Books.
- Curlin, F. A., Lawrence, R. E., Odell, S., Chin, M. H., Lantos, J. D., Koenig, H. G., & Meador, K. G. (2007). Religion, spirituality, and medicine: Psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *American Journal of Psychiatry*, *164*(12), 1825-1831. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06122088>
- De Vincenzo, C., Serio, F., Franceschi, A., Barbagallo, S. & Zamperini, A. (2022). A “Viral Epistolary” and Psychosocial Spirituality: Restoring Transcendental Meaning During COVID-19 Through a Digital Community Letter-Writing Project. *Pastoral Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s11089-021-00991-0>
- Dein, S., Cook, C. C., Powell, A., & Eagger, S. (2010). Religion, spirituality and mental health. *The Psychiatrist*, *34*(2), 63-64. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.109.025924>
- DeJonge, M. P. (2023). Transcendence: A defensible and fruitful concept for religious studies. *Method & Theory in the Study of Religion*, 1-22. <https://doi.org/10.1163/15700682-bja10108>
- Demone: Definizioni, etimologia E citazioni nel Vocabolario Treccani*. (n.d.). Treccani, il portale del sapere. <https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/demone/>
- Diavolo in "Enciclopedia Italiana"*. (n.d.). Treccani, il portale del sapere. https://www.treccani.it/enciclopedia/diavolo_%28Enciclopedia-Italiana%29/
- Dike, C. C., Briz, L., Fadus, M., Martinez, R., May, C., Milone, R., Nesbit-Bartsch, A., Powell, T., Witmer, A., & Brendel, R. W. (2022). Religion, spirituality, and ethics in psychiatric practice. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *210*(8), 557-563. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001505>
- During, E. H., Elahi, F. M., Taieb, O., Moro, M., & Baubet, T. (2011). A critical review of dissociative trance and possession disorders: Etiological, diagnostic, therapeutic, and nosological issues. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(4), 235-242. <https://doi.org/10.1177/070674371105600407>
- Elkonin, D., Brown, O., & Naicker, S. (2014). Religion, spirituality and therapy: Implications for training. *Journal of Religion and Health*, *53*(1), 119-134. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9607-8>

- Ellenberger, H. F. (1976). *La scoperta dell'inconscio. Storia Della psichiatria dinamica*
- Er, S., Şahin-Bayındır, G., Kayış, A., & Buzlu, S. (2022). The effect of psychosocial distress and self-transcendence on resilience in patients with cancer. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2631-2638. <https://doi.org/10.1111/ppc.13103>
- 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. *British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- 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
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8. PMID: 9635069
- Fitzgerald, T. (2000). *The ideology of religious studies*. Oxford University Press, USA.
- Frankl, V. (2021). *Psicoterapia Y humanismo: ¿Tiene UN sentido la Vida?* Fondo de Cultura Economica.
- Frankl, V. E. (2012). *Alla ricerca Di UN significato Della vita*. Mursia
- Frankl, V. E. (2014). *Dio nell'inconscio. Psicoterapia E religione*. Morcelliana
- Freud, S. (1927). *L'avvenire di un'illusione*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag. Leipzig
- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*.
- Gabbard, G. O. (2018). *Introduzione Alla psicoterapia psicodinamica*.

- Giordan, G. (2004). Dalla religione Alla spiritualità: Una nuova legittimazione del sacro? *Quaderni di Sociologia*, (35), 105-117. <https://doi.org/10.4000/qds.1117>
- Giordan, G., & Possamai, A. (2016). The over-policing of the devil: A sociology of exorcism. *Social Compass*, 63(4), 444-460. <https://doi.org/10.1177/0037768616663982>
- Giordan, G., & Possamai, A. (2017). Mastering the devil: A sociological analysis of the practice of a Catholic exorcist. *Current Sociology*, 66(1), 74-91. <https://doi.org/10.1177/0011392116686817>
- Guerrero-Castañeda, R. F., Menezes, T. M., Prado, M. L., & Galindo-Soto, J. A. (2019). Spirituality and religiosity for the transcendence of the elderly being. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 2), 259-265. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0840>
- Guest, G., & Fleming, P. (2015). Mixed methods research. *Public Health Research Methods*, 581-614. <https://doi.org/10.4135/9781483398839.n19>
- Hayen, T. (2020). Demons on the couch: Spirit possession, exorcisms and the DSM-5 by Michael Sersch. *Journal of Scientific Exploration*, 34(2), 382-391. <https://doi.org/10.31275/20201751>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/bf03395492>
- 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*, 6(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.29126>
- Hefti, R. (2011). Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy. *Religions*, 2(4), 611-627. <https://doi.org/10.3390/rel2040611>

- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, J. M., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119>
- Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017 Aug;2(8):e356-e366. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4. Epub 2017 Jul 31. PMID: 29253477.
- Hughes, D. J. (1991). Blending with AN Other: An analysis of trance channeling in the United States. *Ethos*, 19(2), 161-184. <https://doi.org/10.1525/eth.1991.19.2.02a00020>
- Illueca M, Bradshaw YS, Carr DB. Spiritual Pain: A Symptom in Search of a Clinical Definition. *J Relig Health*. 2023 Jun;62(3):1920-1932. doi: 10.1007/s10943-022-01645-y. Epub 2022 Sep 9. PMID: 36083524; PMCID: PMC9461389
- Illueca, M., Bradshaw, Y. S., & Carr, D. B. (2022). Spiritual pain: A symptom in search of a clinical definition. *Journal of Religion and Health*, 62(3), 1920-1932. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01645-y>
- Imoda, F. (2009). Psicologia e fondamento della vita. *Gregorianum*, 90(1), 111–122. <http://www.jstor.org/stable/23582747>
- Innamorati, M., Taradel, R., & Foschi, R. (2019). Between sacred and profane: Possession, psychopathology, and the Catholic Church. *History of Psychology*, 22(1), 1-16. <https://doi.org/10.1037/hop0000106>
- Interpreting and explaining transcendence. (2021). <https://doi.org/10.1515/9783110688276>
- Irmak, M.K. Schizophrenia or Possession?. *J Relig Health* 53, 773–777 (2014). <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9673-y>

- Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 117-119. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.155605>
- Jastrzębski, A. (2020). Concepts of spirituality at universities of today. *Roczniki Teologiczne*, 66(5), 99-113. <https://doi.org/10.18290/rt.2019.66.5-6>
- Jewell, A. J. (2014). Tornstam's notion of gerotranscendence: Re-examining and questioning the theory. *Journal of Aging Studies*, 30, 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.04.003>
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>
- Kopeyko, G. I., Borisova, O. A., & Gedevani, E. V. (2018). Psychopathology and phenomenology of religious delusion of possession in schizophrenia. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, 118(4), 30. <https://doi.org/10.17116/jnevro20181184130-35>
- Kulhara, P., Avasthi, A., & Sharma, A. (2000). Magico-religious beliefs in schizophrenia: A study from North India. *Psychopathology*, 33(2), 62-68. <https://doi.org/10.1159/000029122>
- La Marca, L., Minghetti, M., Baldoni, F., & Schimmenti, A. (2015). Trascuratezza emotiva e sviluppo della personalità: un'esemplificazione clinica attraverso l'analisi di un protocollo Adult Attachment Interview. *Psichiatria e Psicoterapia* 34(1),3-25.
- Lakshman, M., Sinha, L., Biswas, M., Charles, M., & Arora, N. K. (2000). Quantitative vs qualitative research methods. *The Indian Journal of Pediatrics*, 67(5), 369-377. <https://doi.org/10.1007/bf02820690>
- Laycock, J. P. (2015). *Spirit possession around the world: Possession, Communion, and demon expulsion across cultures*. Bloomsbury Publishing USA.
- Littlewood, R. (2004). Possession states. *Psychiatry*, 3(8), 8-10. <https://doi.org/10.1383/psyt.3.8.8.43392>

- Lukoff, D., Cloninger, C. R., Galanter, M., Gellerman, D. M., Glickman, L., Koenig, H. G., Lu, F. G., Narrow, W. E., Peteet, J. R., Thielman, S. B., & Yang, C. P. (2009). Religious and spiritual considerations in psychiatric diagnosis: Considerations for the DSM-V. *Religion and Psychiatry*, 423-444. <https://doi.org/10.1002/9780470682203.ch24>
- Luyten, P. (2010). E.L. Jurist, A. Slade and S. Bergner (EDS): Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis. *Clinical Social Work Journal*, 39(1), 116-118. <https://doi.org/10.1007/s10615-010-0293-2>
- Magliano, L., Citarelli, G., & Affuso, G. (2020). Views of Catholic priests regarding causes, treatments and psychosocial consequences of schizophrenia and depression: A comparative study in Italy. *Journal of Religion and Health*, 60(2), 1318-1338. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01138-w>
- Mayers, C., Leavey, G., Vallianatou, C., & Barker, C. (2007). How clients with religious or spiritual beliefs experience psychological help-seeking and therapy: A qualitative study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(4), 317-327. <https://doi.org/10.1002/cpp.542>
- McCarthy, V. L., & Bockweg, A. (2012). The role of transcendence in a holistic view of successful aging. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 84-92. <https://doi.org/10.1177/0898010112463492>
- Merckelbach, H., Rassin E., & Muris, P. (2000). Dissociation, schizotypy, and fantasy proneness in undergraduate students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(7), 428-431. <https://doi.org/10.1097/00005053-200007000-00006>
- MILSTEIN, G., MIDLARSKY, E., LINK, B. G., RAUE, P. J., & BRUCE, M. L. (2000). Assessing problems with religious content. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(9), 608-615. <https://doi.org/10.1097/00005053-200009000-00008>
- Moon, J. W., Cohen, A. B., Laurin, K., & MacKinnon, D. P. (2022). Is religion special? *Perspectives on Psychological Science*, 18(2), 340-357. <https://doi.org/10.1177/17456916221100485>

- Mortari, L. (2010). Un salto fuori dal cerchio. In L. Mortari (cur.), *Dire la pratica. La cultura del fare scuola*. Milano: Bruno Mondadori.
- Muchembled, R. (2004). *A history of the devil: From the Middle Ages to the present*. John Wiley & Sons.
- Nicolotti A. (2016). Possessione o Psicosi? Ritornano gli esorcisti. *Corriere della sera La Lettura*, pagina 7
- Noble, K. D. (1987). Psychological health and the experience of transcendence. *The Counseling Psychologist*, 15(4), 601-614. <https://doi.org/10.1177/0011000087154004>
- Nygren, B., Al  x, L., Jons  n, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362. <https://doi.org/10.1080/1360500114415>
-   stlund, U., Kidd, L., Wengstr  m, Y., & Rowa-Dewar, N. (2011). Combining qualitative and quantitative research within mixed method research designs: A methodological review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 369-383. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.10.005>
- Padmavati, R., Thara, R., & Corin, E. (2005). A qualitative study of religious practices by chronic mentally ill and their caregivers in South India. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2), 139-149. <https://doi.org/10.1177/0020764005056761>
- Pagels, E. H. (1995). *The origin of Satan*. Random House (NY).
- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaloni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., Reitano, F., & Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5), 444-449. <https://doi.org/10.1002/cpp.646>
- Paturzo, M., Colaceci, S., Clari, M., Mottola, A., Alvaro, R., Dickson, V. V., & Vellone, E. (2016). I disegni di ricerca con metodo misto: un approccio metodologico innovativo per la ricerca infermieristica. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 35(2), 82-86.

- Perrotta, G. (2019). The phenomenon of demonic possession: Definition, contexts and multidisciplinary approaches. *Psychology and Mental Health Care*, 3(2), 01-13. <https://doi.org/10.31579/2637-8892/019>
- Peters, L. C., & Price-Williams, D. (1983). A phenomenological overview of trance. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 20(1), 5-39. <https://doi.org/10.1177/136346158302000101>
- Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 7-14
- 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*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628925>
- Plante, T. G. (2007). Integrating spirituality and psychotherapy: Ethical issues and principles to consider. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 891-902. <https://doi.org/10.1002/jclp.20383>
- Reed, P. G. (2021). Self-transcendence: Moving from spiritual disequilibrium to well-being across the cancer trajectory. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(5), 151212. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151212>
- Rosmarin, D. H., Bigda-Peyton, J. S., Öngür, D., Pargament, K. I., & Björgvinsson, T. (2013). Religious coping among psychotic patients: Relevance to suicidality and treatment outcomes. *Psychiatry Research*, 210(1), 182-187. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.023>
- Şahin, G., & Buzlu, S. (2019). Resilient student resilient profession: The importance of resilience in nursing students. *Journal of Academic Research in Nursing*. <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.46220>
- Sánchez-Bernardos, M. L., Hernández Lloreda, M. J., Avia, M. D., & Bragado-Alvarez, C. (2015). Fantasy proneness and personality profiles. *Imagination, Cognition and Personality*, 34(4), 327-339. <https://doi.org/10.1177/0276236615572584>

- Sar, V., Alioğlu, F., & Akyüz, G. (2014). Experiences of possession and paranormal phenomena among women in the general population: Are they related to traumatic stress and dissociation? *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(3), 303-318. <https://doi.org/10.1080/15299732.2013.849321>
- Satana nell'Enciclopedia Treccani. (n.d.). Treccani, il portale del sapere. <https://www.treccani.it/enciclopedia/satana/>
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30
- Shekhar, S. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 1486-1497
- Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Franceschini, S., & altri (2008). Coping Orientation to the Problems Experiences-new Italian version (COPE-NVI). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14(1), 27-53.
- Siddle, R., Haddock, G., Tarrier, N., & Faragher, E. (2002). Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(3), 130-138. <https://doi.org/10.1007/s001270200005>
- Soratto, J., Pires, D. E., & Friese, S. (2020). Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for researchs in health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>
- Spiegel, D. (2023, May 3). *Disturbo dissociativo Di identità - Disturbi psichiatrici - Manuali MSD Edizione Professionisti*. Manuali MSD Edizione Professionisti. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dissociativi/disturbo-dissociativo-di-identit%C3%A0>
- Spiegel, D. (2023, May 3). *Sottotipo dissociativo del disturbo post-traumatico Da stress - Disturbi psichiatrici - Manuali MSD Edizione Professionisti*. Manuali MSD Edizione Professionisti. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dissociativi/sottotipo-dissociativo-del-disturbo-post-traumatico-da-stress?query=DEPERSONALIZZAZIONE>

- Spiritualità*. (n.d.). Treccani, il portale del sapere.
<https://www.treccani.it/vocabolario/spiritualita/>
- Sugiura, M. (2022). Adaptability, supernaturalness, and the neurocognitive basis of the self-transcendence trait: Toward an integrated framework through disaster psychology and a self-agency model. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16.
<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.943809>
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(suppl_3), 24-33.
https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Szadejko, K. (2020). Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale. *Rivista di Scienze dell'Educazione*, 20-29.
- Tajima-Pozo, K., Zambrano-Enriquez, D., De Anta, L., Moron, M. D., Carrasco, J. L., Lopez-Ibor, J. J., & Diaz-Marsa, M. (2011). Practicing exorcism in schizophrenia. *Case Reports*, 2011(feb15 1), bcr1020092350-bcr1020092350.
<https://doi.org/10.1136/bcr.10.2009.2350>
- Tamminga, C. (2022, April 4). *Schizofrenia - Disturbi psichiatrici - Manuali MSD Edizione Professionisti*. Manuali MSD Edizione Professionisti.
<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/schizofrenia-e-disturbi-correlati/schizofrenia>
- Teodoro, T., & Afonso, P. (2020). Culture-Bound syndromes and cultural concepts of distress in psychiatry. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(3), 118-126. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i3.139>
- 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., 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

- 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
- Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita: Psicologia del morire E «Death Education»*. Bollati Boringhieri.
- Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging. *Journal of Aging Studies*, 11(2), 143-154. [https://doi.org/10.1016/s0890-4065\(97\)90018-9](https://doi.org/10.1016/s0890-4065(97)90018-9)
- Trance nell'Enciclopedia Treccani. (n.d.). Treccani, il portale del sapere. <https://www.treccani.it/enciclopedia/trance>
- Trascendenza in "Dizionario Di filosofia". (n.d.). In *Treccani, IL portale del sapere*. https://www.treccani.it/enciclopedia/trascendenza_%28Dizionario-di-filosofia%29/
- Trascendenza nell'Enciclopedia Treccani. (n.d.). In *Treccani, IL portale del sapere*. <https://www.treccani.it/enciclopedia/trascendenza>
- Trascendenza. (n.d.). Home • Nilalienum Edizioni. https://www.nilalienum.com/gramsci/0_Treccani/FilosofiaT/Trascendenza.html
- Van Denend, J., Ford, K., Berg, P., Edens, E. L., & Cooke, J. (2022). The body, the mind, and the spirit: Including the spiritual domain in mental health care. *Journal of Religion and Health*, 61(5), 3571-3588. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01609-2>
- Ventriglio, A., Bonfitto, I., Ricci, F., Cuoco, F., & Bhavsar, V. (2018). Delusion, possession and religion[†]. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(sup1), S13-S15. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1525639>
- Vivek, R., & Nanthagopan, Y. (2021). Review and comparison of multi-method and mixed method application in research studies. *European Journal of Management Issues*, 29(4), 200-208. <https://doi.org/10.15421/192119>

- Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-363. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000080>
- Whitley, R. (2012). Religious competence as cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 245-260. <https://doi.org/10.1177/1363461512439088>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Routledge. Baldoni, F. (2014).
- Yelle, R. A., & Ponzio, J. (2021). Introduction: How to talk about transcendence. *Interpreting and Explaining Transcendence*, 1-24. <https://doi.org/10.1515/9783110688276-003>
- Young, F. (2016). The return of exorcism. *A History of Exorcism in Catholic Christianity*, 209-241. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29112-3_8