

CAPITOLO SESTO

DEMONOLOGIA: ASPETTI PROBLEMATICI

ASPETTI CLINICI, PSICOMETRICI E PSICHIATRICO FORENSI DEL DISTURBO DISSOCIATIVO DA TRANCE¹

CLINICAL, PSYCHOMETRIC AND FORENSIC ASPECTS OF THE TRANCE DISSOCIATIVE DISTURBANCE

Stefano Ferracuti

*Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Piazzale Aldo Moro 5, 00185 Roma*

¹ Il presente lavoro è ripubblicato dal libro *Corpo e Ritmi del Caos*, SEAM Edizioni, Roma 1999

CAPITOLO 6

ASPETTI CLINICI, PSICOMETRICI E PSICHIATRICO FORENSI DEL DISTURBO DISSOCIATIVO DA TRANCE

Riassunto

Il presente lavoro espone i risultati di una ricerca clinica e psicométrica sul Disturbo Dissociativo da trance effettuata su soggetti che erano sottoposti a rituali esorcistici da parte di un sacerdote autorizzato dalla Diocesi. Sono esposti i risultati su 11 persone. L'insieme dei dati consente di affermare che il comportamento esaminato presenta notevoli similitudini e analogie con i disturbi dissociativi, ed in particolare con il disturbo dissociativo da identità. Le persone trattate riferivano tutte di trarre un discreto beneficio dal rituale religioso.

Parole Chiave: *disturbo dissociativo da trance, possessione, MMPI, rorschach, imputabilità*

Abstract

Results of a clinical and psychometric research on the Dissociative Trance Disorder are reported. Eleven subjects who were treated by exorcism by an official priest of the Roman Diocese were clinically evaluated. The MMPI and Rorschach test were also submitted to the subjects. Results show that the condition is similar to the Identity Dissociative Disturbance. All persons reported a benefit from the religious practice.

Key Words: *dissociative disturbance disorder, possession, MMPI, rorschach, criminal responsibility*

1. Introduzione

L'ultimo decennio è stato testimone di un rinnovato interesse nei confronti dei disturbi dissociativi, intendendosi con questo termine dei disturbi comportamentali caratterizzati da una modificazione dello stato di coscienza, e non una scissione del pensiero e della struttura dell'Io, come invece è l'uso del significante 'dissociazione' per la psicopatologia di derivazione tedesca. Fu William James nei suoi *Principles of Psychology* (1890/1901) ad introdurre nella psicologia americana il termine dissociazione (*dissociation*) come traduzione del termine *désagrégation* usato da Janet per indicare il meccanismo attraverso il quale poter "segregare", rispetto al normale fluire dei contenuti di coscienza, strutture o complessi ideo-affettivi, talora talmente estesi da costituire una seconda personalità. In molti psichiatri e psicologi vi è la tendenza ad affermare che, semplicemente, i disturbi dissociativi, così concepiti, ossia come modificazioni più o meno profonde dello stato abituale di coscienza, non sono altro che variabili della sindrome dell'isteria (PIPER, 1994; MERSKEY, 1992; FAHY, 1988; DELL, 1988).

Per "isteria" si intende una condizione comportamentale nota fin dall'antichità, descritta sia in testi greci che egiziani, ampiamente conosciuta e studiata dai medici del '700 e '800 e che attrasse alla fine del secolo scorso l'attenzione di Freud e Breuer, tanto che l'intera teoria psicoanalitica è stata costruita prevalentemente sullo studio di soggetti cosiddetti "isterici". L'attenzione degli autori novecenteschi nello studio dell'isteria si è incentrata sulla presenza di una sessualità repressa, di una emozionalità elusiva e labile e di una vita immaginativa ipersviluppata.

Il concetto di "isteria" è tuttavia un concetto eccessivamente esteso, ricadendo nella definizione di isteria così concepita una moltitudine di condizioni, alcune delle quali squisitamente "nevrotiche" e altre invece tali da rendere il soggetto fortemente invalidato sul piano sociale e relazionale. In altri termini il termine "isterico" (peraltro abitualmente "isterica", dato che la condizione veniva ritenuta, erroneamente, come quasi esclusivamente femminile), era, ed è, una parola che ha lo stesso valore della parola "epilettico" usata dai medici del primo '800, dove era compreso in questa definizione lessicale chiunque avesse presentato una perdita di coscienza, quale che fosse la causa o la semeiologia. Per ovviare a questa palese imprecisione la moderna tassonomia psichiatrica ha progressivamente scorporato la condizione di "isteria" in entità più

circoscritte e meglio definibili in termini operativi. L'approccio classificativo maggiormente utilizzato e diffuso sia in ambito clinico che di ricerca, il DSM-IV (APA, 1994), ordina perciò i vari comportamenti che una volta venivano considerati "isterici" in varie entità dotate di autonomia nosografica, lasciando la diagnosi di Disturbo di Personalità Istrionico ad una modalità esistenziale, costante nel tempo e nella vita del soggetto, caratterizzato principalmente da un comportamento costantemente orientato alla ricerca di attenzione e con manifestazioni iperemozionali. A questi aspetti si associano elementi di dipendenza, seduttività sessuale, labile emozionalità, un linguaggio definito "impressionistico", drammatizzazione, ed estrema suggestionabilità.

In quest'ottica i disturbi dissociativi diventano una componente del complesso sindromico dell'isteria, e raggruppano le forme più gravi (in senso clinico psichiatrico) di questa condizione. Come già detto, il termine "dissociazione" utilizzato in questo contesto non fa riferimento ad una dissociazione del pensiero, con allentamento dei nessi associativi e disorganizzazione dello stesso, come nella schizofrenia, ma ad una dissociazione della coscienza, la quale viene, per così dire, interrotta nel suo fluire, creandosi barriere, definite "amnesiche", tra uno stato mentale e l'altro. Esempi di tale disturbo sono la "fuga psicogena" dove la persona affetta fugge improvvisamente via dalla propria residenza e non ricorda il proprio passato; oppure l'amnesia psicogena nella quale, invece, la persona non è in grado di rievocare segmenti significativi del proprio passato, in assenza di disturbi neurologici che possano spiegare la condizione (per esempio la persona affetta è in grado di lavorare come ingegnere, lavoro che ha svolto con successo per molti anni, ma afferma di non sapere chi sia la moglie con la quale è sposato da altrettanto tempo). La forma più drammatica di questo spettro è il cosiddetto "Disturbo di personalità multipla", rinominato "Disturbo dissociativo di identità" dal DSM-IV, nel quale il soggetto presenta, all'interno della propria persona, due o più stati di coscienza distinti, i quali tendono ad assumere il controllo (anche solo parziale) del comportamento esecutivo del soggetto e dove vi è una condizione di incapacità a ricordare pienamente, con possibili amnesie anche totali, episodi significativi della propria vita, come anche informazioni personali di rilievo. Bliss (1986) ha elaborato una teoria che riconnette le discontinuità della coscienza, della memoria e dell'identità dei disturbi dissociativi, alla fenomenologia dell'ipnosi. L'ipotesi addotta è che la dissociazione, specie quella derivante da un trauma, sarebbe assimilabile ad una sorta di trance ipnotica spontanea, automaticamente auto-indotta nella vittima

dell'evento traumatico. Questo stato di trance avrebbe una funzione adattativa nell'ambito dell'evoluzione biologica della specie umana.

Spesso i pazienti con Disturbo dissociativo di identità sarebbero oggetto di diagnosi errate e talvolta possono evidenziare livelli di funzionamento ed integrazione sociale apparentemente normali (KLUFT, 1986), e, secondo alcuni clinici, soltanto da alcune manifestazioni indirette (fluttuazioni anche minime degli stati affettivi, del tono della voce, delle espressioni facciali, della postura del corpo) si può inferire la corretta diagnosi (FRANKLIN, 1990). Inoltre, i soggetti con DPM soddisfano spesso molti degli undici sintomi schneideriani di primo ordine descritti da Schneider nel 1939 come segni patognomonic della schizofrenia (KLUFT, 1987).

Tra i disturbi dissociativi il DSM-IV (1994), seguendo una tradizione di conoscenze proveniente dall'antropologia culturale, propone attualmente come categoria diagnostica il "Disturbo dissociativo da trance" (DDT) nel quale vi sono:

- A. O la condizione (1) o la (2):
- (1) una condizione di trance, ossia una alterazione temporanea dello stato di coscienza, evidenziata da due dei seguenti sintomi:
 - a) perdita dell'abituale senso di identità;
 - b) restringimento della consapevolezza dell'ambiente circostante, o una condizione di iperselettività rispetto agli stimoli ambientali;
 - c) movimenti stereotipati o un comportamento che viene vissuto come al di fuori del proprio controllo.
 - (2) possessione, ossia il convincimento che la persona è dominata da uno spirito, un dio, un potere o un'altra persona.
- B. Lo stato di trance o di possessione non è autorizzato o accettato come una pratica culturale o religiosa collettiva.
- C. Lo stato di trance o di possessione produce una significativa compromissione del funzionamento sociale o una condizione di profondo stress.
- D. L'episodio non avviene nel corso di un disturbo psicotico (compreso un disturbo dell'umore con aspetti psicotici o una psicosi reattiva breve), non è dovuta ad una condizione di Disturbo di Personalità Multipla o ad uno stato di intossicazione.
-

Anche l'ICD-10, ossia il sistema di classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha una categoria diagnostica analoga.

La diagnosi di DDT è profondamente legata a fattori culturali ed antropologici ed è praticamente impossibile che si possa verificare in una qualsiasi persona un episodio di possessione riconducibile ad un qualche spirito o demone o dio che non sia congruo con il contesto culturale. Una diagnosi come questa è, perciò, sempre una diagnosi psichiatrica trans-culturale. La psichiatria ha, tuttavia, una tassonomia costruita prevalentemente sulla psicopatologia individuale, mentre uno stato di possessione riflette dei processi interpersonali e di relazioni sociali che non possono essere ridotti ad una psicopatologia individuale senza perdere qualcosa di essenziale. La diagnosi, chiaramente, può coesistere con altre forme di psicopatologia individuale (sebbene ciò non sia affatto necessario), ma riflette comunque e sempre un insieme di credenze, aspettative, relazioni e modalità di espressione del disagio su un piano corporeo specifiche del contesto culturale in esame. In altri termini gli stati di possessione manifestano nelle persone che li presentano comportamenti congrui con entità legate al culto locale, sono comportamenti strutturati nella cultura di riferimento, fanno abitualmente parte dei processi di iniziazione a quella cultura e ne testimoniano la continuità e la validità del credo. A tale proposito, per restare nel nostro ambito culturale, basti ricordare che all'epoca di Elisabetta I di Inghilterra, essendo il cattolicesimo stato bandito dal Regno Unito, venivano inviati in terra inglese missionari dalla Francia con lo scopo precipuo di indurre stati di possessione demoniaca nella popolazione, al fine di dimostrare l'efficacia delle pratiche cattoliche di esorcismo (la religione anglicana non contempla l'uso dell'esorcismo) e dove perciò la possessione ad opera del demone costituiva un elemento di propaganda della religione cattolica in quei difficili tempi per il cattolicesimo (SPANOS, 1996). Parimenti i Puritani, i quali sebbene protestanti praticavano l'esorcismo, ebbero una politica di propaganda religiosa che favorì la manifestazione di comportamenti di possessione demoniaca, i quali portarono, tra l'altro, al famoso processo di Salem nel 1692. Era la rappresentazione concreta dei corpi che si muovono, agivano e parlavano come si riteneva che dovesse fare un demone che dava testimonianza della validità della fede.

In un contesto religioso la trance da possessione riflette sia un modello appreso che determinati fattori personali o di gruppo; è una forma di comunicazione ritualizzata, spesso con valori estremamente positivi per la cultura di riferimento (vi sono sciamani americani in cui albergano

spiriti per poter localizzare malattie; in alcune culture dell'Alto Nilo si accetta l'idea che il nuovo sovrano reincarni il precedente). Tuttavia la trance da possessione ha anche finalità di acquisizione di poteri o è indice di presenza di malattia, e in alcune culture, prevalentemente africane, si ritiene che sia possibile che un essere magico abiti alcuni individui inducendoli a recare danno agli altri, spesso senza rendere consapevole di quanto avviene la persona che effettua tali atti. È una pratica diffusa universalmente, tanto vi sono dati che indicano che il 74% di 488 culture esaminate hanno credenze che concernono la possessione (BOURGUIGNON, 1983). È, comunque, di rilievo fondamentale ai fini del presente discorso il fatto che la "possessione" non è sinonimo di "stato di alterazione della coscienza" inteso in senso di obnubilamento della stessa, e che quello che le persone credono a proposito della possessione e degli stati di alterazione della coscienza influisce profondamente sul comportamento di chi è posseduto. La coscienza nel corso di possessione (non importa da quale entità disincarnata si creda di essere posseduti) può essere estremamente lucida, anche più lucida di quella osservabile nel comportamento abituale della persona; inoltre, se le persone circostanti la persona "posseduta" riterranno che questa condizione gli conferisca particolari poteri, vi saranno sempre numerosi testimoni disposti ad affermare tutta una gamma di manifestazioni sovranaturali o paranormali. La trance da possessione è diffusa nell'Africa sub-sahariana e nell'area circum-mediterranea, comparando anche nelle isole del Pacifico ed in alcune zone dell'Asia. Conseguenzialmente è diffusa nelle popolazioni Afroamericane che discendono da popoli africani (Haiti).

Compare più frequentemente nelle popolazioni agricole rispetto a quelle che dipendono da caccia e pesca e, in termini psicologici, gli etno-antropologi hanno associato questo dato al fatto che le società agricole danno maggiore importanza a valori di obbedienza, affidabilità ed assistenza, ossia alla compiacenza. In alcune culture gli stati di trance e di possessione rappresentano una realtà antropologicamente rilevante, chiaramente non classificabili come patologici (SPIEGEL e CARDEÑA, 1991). Gli antropologi hanno affermato che i comportamenti da possessione sono espressione di protesta sociale per le categorie di persone disprezzate e concolcate in strutture sociali rigide e gerarchiche. I comportamenti da possessione consentono comunque una significativa manipolazione sociale e relazionale: lo spirito che si incarna tende ad agire in vece della persona, esprimendo insoddisfazioni e risentimenti, avendo una manifestazione attiva di un comportamento il quale invece,

in termini psicologici, è solitamente del tutto passivo. Il comportamento di possessione è, comunque, finalizzato ad una rappresentazione fatta a terzi. In questo modo si ha dominio in quanto si abdica al proprio sé, identificandosi e dando spazio al più potente (BOURGUIGNON, 1983).

La teoria psicologica concernente le personalità multiple, o i disturbi dissociativi di identità che dir si voglia, riporta che nella pressoché totalità dei casi vi è una anamnesi positiva di abusi fisici e/o sessuali, spesso estremamente violenti (ROSS, 1989; BLISS, 1986; PUTNAM, 1989). Questi abusi sono così gravi da creare una condizione di dolore psicologico o fisico insopportabile, e perciò il bambino, inconsciamente, fugge dall'esperienza tramite una specie di autoipnosi che crea una "parte" di coscienza alternativa all'interno della mente. In pratica il bambino sviluppa un altro se stesso, che si fa carico di sopportare l'esperienza insopportabile o inconcepibile. Il meccanismo difensivo, con cui il bambino sfugge all'esperienza del trauma, è detto "dissociativo" e crea il presupposto per la costruzione di identità alternative alla coscienza dominante. Spesso esistono barriere amnesiche tra uno stato di coscienza e l'altro, in modo da segregare l'esperienza dolorosa al di fuori del campo abituale di coscienza. Tuttavia la coscienza per così dire "secondaria" è dominata da sentimenti di rabbia, odio e risentimento, e riflette le attitudini e i sentimenti della mente immatura che l'ha creata. Quando diviene dominate (in circostanze particolari, come stress intensi o situazioni particolarmente suggestive o rievocative del trauma) si comporta di conseguenza.

Il DPM appare raramente diagnosticato in Italia e solo da pochi anni sta ricevendo la dovuta attenzione da parte della comunità scientifica (LIOTTI, 1993; LIOTTI et al., 1991). Per questi autori l'uso della dissociazione, come strategia difensiva di fronte ad episodi traumatici, provoca alterazioni della coscienza e della memoria con creazione di identità e mondi immaginari e il riemergere, in età adulta, sotto forma di sintomi psicopatologici, di porzioni del materiale mnestico dissociato fin dall'infanzia.

Il disturbo da possessione è, comunque, molto simile nella sua fenomenologia al disturbo da personalità multipla, dato che dal punto di vista semeiotico la differenza principale è costituita dal fatto che nel secondo l'identità alternante si autodefinisce una persona, mentre nel primo l'identità alternante si definisce come spirito, deità o altra entità sovranaturale. Ogni distinta identità alternativa che si manifesta in corso di possessione presenterebbe specifici e caratteristici

comportamenti (anche relativamente complessi come ad esempio la possibilità di mantenere conversazioni coerenti, o la presenza di espressioni mimiche e gestuali congrue con lo stato di coscienza presentato), memorie ed attitudini. Viene spesso riferita una amnesia più o meno completa dopo un episodio di trance da possessione. Inoltre, negli stati di trance, gli individui possono mostrare un aumento considerevole della soglia a stimoli dolorosi, possono mangiare o inghiottire particolari materiali (ad esempio il vetro), sperimentare una forza muscolare eccezionale.

Lapassade (1980/1997), si è interrogato sul perché la trance sia un fenomeno così represso e rimosso nella nostra cultura. Le sue conclusioni sono che la trance è una modalità di funzionamento abituale della mente e che la sua soppressione appartiene a scelte antiche delle quali solo oggi cominciamo a renderci conto. La facilità con la quale alcuni aspetti dell'esperienza mistica possono essere riprodotti all'interno di culti basati su riti di possessione o in situazioni sperimentali, ha fatto ipotizzare che un tale stato alterato di coscienza sia assai diffuso, almeno in forma latente, tra le persone (BUCKLEY, 1981).

La Chiesa Cattolica riconosce tre tipi di estasi: le "divine", le "umane" e le "diaboliche" regolamentando in tal modo, ed in maniera del tutto funzionale, lo spazio interiore (MARGNELLI, 1984). La trance da possessione demoniaca è, comunque, un fenomeno notissimo, e sul quale non ritengo opportuno soffermarmi per quanto concerne gli aspetti storici-sociali, data la enorme quantità di letteratura a proposito. È però bene ricordare che il Catechismo della Chiesa Cattolica riconosce una sua dignità all'esorcismo, considerandolo una forma di battesimo, in quanto quel corpo è "posseduto" da un demone, e ne deriva la necessità logica di reintrodurre quell'anima nel mondo dei veri credenti.

Non vi sono dati accettabili sulla frequenza e distribuzione nella popolazione generale del mondo occidentale dei casi di possessione. Per alcuni autori, essi sono presenti in misura tutt'altro che trascurabile (PUTNAM, 1989) anche in un paese come gli Stati Uniti d'America (PATTISON e WINTROB, 1981). La prevalenza appare diminuire con l'imporsi del processo di industrializzazione pur mantenendosi elevata tra le comunità etniche tradizionali presenti in queste società. Pfeifer (1994) ha condotto un studio sistematico sull'attribuzione di causalità della propria condizione a fattori soprannaturali su un campione di 343 soggetti afferenti ad una clinica psichiatria svizzera di religione per lo più protestante. Il 37.6% di essi era convinto che l'origine delle proprie

difficoltà fosse da ricercarsi nell'influenza di spiriti maligni. Il 30.3% aveva fatto ricorso a pratiche religiose "liberatorie" ed a esorcismi.

La prevalenza di tali riti era correlata significativamente al tipo di diagnosi (più diffusi nei pazienti con disturbi di ansia ed in schizofrenici) ed alla chiesa di affiliazione (chiese carismatiche libere). In India, il 9.7% dei soggetti con diagnosi di "disturbo dissociativo non altrimenti specificato" presentava un comportamento con chiari sintomi di possessione (SAXENA e PRASAD, 1989).

In Italia, specialmente in talune aree geografiche, i fenomeni comportamentali connessi ad una trance da possessione sono abbastanza frequenti e l'agente che prenderebbe possesso del corpo della persona viene solitamente descritto come un demone della cosmologia cattolica. Alcuni casi individuali sono stati, inoltre, oggetto di osservazione clinica (CARENA e CIPOLLA, 1993). In un ampio studio nazionale sulla diffusione delle credenze nei demoni e nella magia (MARRA, 1990), il 46% degli intervistati ha risposto di credere nell'esistenza del diavolo. La maggioranza di essi vive in aree urbane e rilevante è il numero delle donne casalinghe (56%). La maggior parte di loro percepisce il diavolo come una figura maschile. Vi è un'alta prevalenza di fenomeni "magici" o "paranormali" in coloro che prestano fede all'esistenza di presenze demoniache. Molte di queste credenze sarebbero generate da esperienze personali straordinarie (HUFFORD, 1992). In Canada, Ross e Joshi (1992) hanno utilizzato un questionario strutturato, l'Intervista per i Disturbi Dissociativi (ISDD) (ROSS, 1994), identificando una percentuale elevata di esperienze "paranormali", distribuite uniformemente nella popolazione generale. Lo 0.6% dei partecipanti ha riferito episodi di possessione diabolica. In quest'ottica le esperienze paranormali sono manifestazione della spontanea tendenza umana a dissociarsi.

Si riportano dati di una serie di studi sul fenomeno della possessione demoniaca in una città occidentale a netta predominanza cattolica come Roma. La spinta iniziale a tale ricerche fu dettata da una domanda relativa alle supposte personalità multiple: se in alcuni paesi vi sono autori che ne descrivono moltitudini, dove sono queste persone in Italia? I risultati dei nostri studi sono riportati in esteso altrove (FERRACUTI et al., 1995, 1996), verranno qui esposti i dati principali della ricerca.

2. Materiali e Metodi

Daticlinici

Per reclutare i soggetti da sottoporre allo studio è stato deciso di contattare l'esorcista ufficiale della diocesi di Roma. A seguito degli accordi intervenuti ho ricevuto l'autorizzazione ad osservare i rituali che si tengono, di regola, due volte alla settimana in una stanza all'interno di un locale adiacente ad una basilica romana. In un anno sono stati osservati più di 400 rituali di esorcismo che hanno coinvolto oltre 100 persone. Il criterio di inclusione nel presente studio era dato dalla presenza, durante l'esorcismo, di patterns comportamentali modificati (stati di trance) consistenti in movimenti, gesti ed espressioni facciali adeguate alla presenza di una identità distinta da quella abituale e con contenuti facenti riferimento alla presenza di un demone (ad esempio affermazioni del tipo: "Io sono Satana").

Sedici, del centinaio di persone esaminate, soddisfacevano questi criteri e sono state, pertanto, invitate a sottoporsi ad un esame psicométrico individuale. Soltanto undici persone, otto donne e tre uomini, hanno accettato l'invito. La loro età presentava un campo di variazione dai 26 ai 60 anni con una età media di 36.6 anni (D.S.= 8.98). I soggetti sono stati esaminati dopo circa 7-10 giorni dall'esorcismo.

Durante l'esame hanno riferito di non avere alcuna memoria dello stato di trance da possessione presente durante l'esorcismo e che s'era protratto dai 5 minuti alle 2 ore. Nonostante l'amnesia, tutte le persone erano convinte che un demone avesse totalmente preso possesso del proprio corpo durante l'esorcismo, e che comunque procurasse loro molteplici fastidi durante il resto della giornata. L'identità osservata durante la possessione ha sempre manifestato delle facoltà morali assai diverse da quelle abituali della persona posseduta, in particolare riguardo a tematiche sessuali e aggressive. Nei soggetti in corso di possessione erano di abituale osservazione colpi di tosse, sputi e vomito accompagnati da urla rabbiose e ringhi. Spesso le espressioni facciali erano intrise di ira ed odio. Un soggetto si esprimeva, durante lo stato di trance, in un Latino impreciso e di difficile comprensione. La possessione era sempre attribuita ad un demone di sesso maschile.

Lo stato di possessione indotto si estrinsecava, in tutti i soggetti, con le medesime caratteristiche, variando solo per il grado di ostilità, le affermazioni fatte durante la trance ed i comportamenti secondari. Chi prendeva possesso del corpo era solitamente lucido: si identificava (Lucifero, Satana o Asmodeo), imprecava, bestemmiava, verso il

sacerdote, la Chiesa e Dio, spesso esprimeva disgusto per il corpo del quale si era impossessato. Il comportamento motorio diventava intenso, frenetico ed aggressivo. Gli occhi ruotavano (molte conversazioni tra il sacerdote e il corpo posseduto si svolgevano solo con la visione della sclera del soggetto, a pupilla completamente ruotata) ed il tono della voce diveniva più profondo e tetro. Alcuni soggetti erano in grado di piombare nello stato di trance in pochi secondi dopo l'inizio delle preghiere. Si osservava, come atteso e previsto dal rituale, una confrontazione diretta tra l'esorcista e il demone, con l'esorcista che era interessato ad avere due tipi di informazioni: il nome del demone e il giorno di fuoriuscita dal corpo. Entrambe le richieste tendevano a scatenare furiose resistenze da parte dei corpi posseduti, e affermazioni rabbiose ed ostili da parte del demone (sul piano del linguaggio). Alcuni demoni erano in grado di riferire storie del corpo che possedevano tali da spiegare la loro presenza: pratiche sessuali considerate anomale, partecipazione a gruppi satanici, comportamenti inemendabili non meglio specificati. Tutto ciò aveva consentito l'apertura di una soglia dalla quale loro erano penetrati. I demoni manifestavano abitualmente soddisfazione per il dolore e la pena che infliggevano ai corpi che possedevano.

I soggetti erano tutti di razza bianca e cattolici praticanti. Le sedute avevano una durata da minuti ad un'ora e si svolgevano alla presenza di alcuni volontari che coadiuvavano, se necessario, le attività dell'esorcista, specialmente contenendo fisicamente il soggetto posseduto. La durata del trattamento con esorcismo variava dai tre mesi a più di quattro anni, con frequenze mensili, o quindicinali di sedute esorcistiche. Il rituale era svolto sempre con lo stesso sacerdote; alcuni avevano fatto ricorso a religiosi delle loro parrocchie locali in fasi precedenti della storia personale.

Vi erano, inoltre, molti fenomeni che causavano in tutti i soggetti considerevole dolore e sofferenza al di fuori degli episodi di trance: per esempio era spesso riferita repulsione verso le pratiche religiose che si evidenziava, tra grandi tormenti, soprattutto, durante la messa domenicale. Sono state descritte dai soggetti numerose esperienze "paranormali" come, ad esempio, oggetti mossi in casa dagli "spiriti", episodi di presunto "malocchio" o di influenzamento negativo ed, ancora, una inesplicabile nausea e sensazioni di vomito, dato riferito anche in pazienti con Disturbo dissociativo di identità. I soggetti hanno tutti affermato con sicurezza la possibilità che un demone, in diverse occasioni, prenda il controllo del loro comportamento. Accettano le

intrusioni di carattere diabolico nelle proprie esistenze, si lamentano per lo stress che causano loro e di come queste manifestazioni inaspettate interferiscono con le loro attività quotidiane.

Nove delle undici persone erano state precedentemente sottoposte ad una terapia psichiatrica. Nel corso del precedente trattamento psichiatrico due di esse erano state diagnosticate come schizofreniche ed avevano ricevuto cure farmacologiche a base di neurolettici (casi 3 e 9). Successivamente avevano interrotto la terapia a causa degli effetti collaterali. A cinque soggetti erano stati prescritti psicofarmaci per episodi depressivi ricorrenti; uno era stato diagnosticato probabilmente come epilettico in età pediatrica. Tutti erano concordi nel riferire che le terapie mediche non avevano sortito alcun effetto benefico sui loro sintomi mentre il rituale religioso aveva prodotto qualche miglioramento. Quasi tutti affermavano che l'esorcismo li aveva aiutati ad attenuare e porre sotto controllo l'azione del demone così che essi si sentivano meno tormentati dopo il rituale.

Due soggetti avevano, presumibilmente, un livello di funzionamento sociale inadeguato. Gli altri nove svolgevano una normale attività lavorativa, a parte alcune limitazioni minime. Un soggetto, ad esempio, evitava di avvicinarsi alle chiese per paura di essere colto da una crisi. Sette soggetti erano non sposati, due erano sposati e due divorziati. Solo uno era in possesso di un titolo di studio universitario, un altro aveva completato la scuola dell'obbligo ed i rimanenti nove avevano conseguito il diploma di scuola media superiore.

Otto soggetti avevano partecipato a culti di sette sataniche. Essi pensavano che una tale scelta poteva essere parzialmente responsabile della loro attuale condizione (come spesso confermato dal demone in corso di trance). È interessante rilevare che in un soggetto, nel corso dello stato di possessione da trance, la personalità demoniaca manifestatasi, esprimendosi in prima persona, abbia spontaneamente fatto riferimento ad un episodio di abuso sessuale avvenuto in età infantile, abuso negato nello stato di coscienza abituale.

Dati Psicometrici

Si è spiegato alle persone che i test avevano lo scopo di definire meglio la loro condizione. A tutti i soggetti sono stati somministrati: l'Intervista per i Disturbi Dissociativi (ISDD) in versione completa e tradotta in Italiano, le Matrici Progressive 1938, il MMPI (Forma ridotta) e il Rorschach.

Mentre effettuavano i test, due soggetti hanno avvertito l'emergere di una presenza interiore senza, però, entrare in uno stato di trance. In un soggetto è stato semplicemente notato un riflesso di ammiccamento accentuato (blinking). Secondo i nostri soggetti, lo stato di possessione raggiunge la sua piena espressione soltanto nel corso del rituale esorcistico e sempre in presenza di un sacerdote. Solo tre soggetti riferiscono stati di possessione involontaria verificatisi durante altre cerimonie religiose con caratteristiche di possibili trance collettive.

Non si è mai tentato di produrre intenzionalmente nei soggetti uno "slittamento" dal loro normale stato di coscienza verso uno stato di trance da possessione. In un caso si è registrata una certa insofferenza verso la seduta di valutazione psicometrica a seguito della quale avrebbe fatto seguito una parziale compromissione dello stato di coscienza. Un soggetto è successivamente tornato spontaneamente a visita: si è seduto, e dopo pochi secondi si è assistito alla mutazione di coscienza con modificazione della Gestalt e del timbro di voce. Il soggetto ha affermato di essere Asmodeo e di voler avere colloqui con l'esaminatore medico per meglio tormentare il corpo che lo ospitava. Nonostante il notevolissimo livello di ostilità e rabbia che tale stato comportamentale esprimeva, il soggetto non si mai alzato dalla sedia, come non ho fatto io. Lo stato di coscienza demoniaco è stato in grado di condurre una conversazione di circa 30 minuti, peraltro ripetutasi in altre tre occasioni, disquisendo su problemi relativi al bene e al male, ponendo problemi da diavolo (se io accettavo di parlare con lui contribuivo a far soffrire il corpo che possedeva). È interessante notare che questo caso è quello del soggetto che in corso di esorcismo aveva riferito di un abuso sessuale in età infantile, abuso confermato nei colloqui e riferito dettagliatamente, con l'aggiunta che era suo piacere (del demone) non far ricordare l'evento al soggetto in modo da farlo soffrire maggiormente. Si sono ottenuti dati psicometrici anche nello stato di coscienza "demoniaco" che non verranno qui esposti.

Pertanto, mi limiterò ad esporre i risultati ottenuti facendo riferimento, per quanto possibile, a precedenti indagini su pazienti con DPM (BLISS, 1984; COONS e STERNE, 1986; COONS e FINE, 1990) per i dati MMPI e ai lavori di Armstrong (1991) e Armstrong e Loewenstein (1990) sulle Personalità Multiple per i dati Rorschach.

Intelligenza

Tutti gli undici soggetti presentavano un Q.I. nella media alle Matrici Progressive con un intervallo di variazione da 89 a 124.

MMPI

Soltanto un soggetto, peraltro non compreso nel nostro campione, ha fornito un profilo tecnicamente non valido o quantomeno dubbio ($F > 100$). La scala che mostrava il punteggio medio T più elevato è la Pd (72.09, DS = 12.9). È, perciò, presente una carenza di controllo sulle risposte emotive con possibili reazioni disadattative che unite ad una percezione della realtà a volte inadeguata ($Sc = 69.91$, DS = 12.9), determinano una tendenza all'aggressività ed all'impulsività. Le scale cliniche appaiono tendenzialmente elevate e quelle dell' "area nevrotica" ($Hs = 66$, $D = 71.8$, $Hy = 70.7$) lo sono più, mediamente, di quelle che costituiscono la cosiddetta "triade psicotica" ($Pa = 63.7$, $Pt = 66.1$, $Sc = 69.9$). Il profilo del gruppo presenta, perciò, una struttura di personalità di carattere polisintomatico con frequenti somatizzazioni dei conflitti emotivi.

La scala F si posiziona, contrariamente alle aspettative, su un punteggio medio (60.36, DS = 13.9) non molto significativo da un punto di vista psicopatologico. Si potrebbe arguire che, nonostante le difficoltà e la problematicità della situazione esistenziale, la vita di relazione dei nostri soggetti non appare gravemente compromessa e, probabilmente, le inadeguatezze presenti sono correlate a specifiche esperienze.

La capacità di contatto affettivo, pur se non pregiudicata, è, nel complesso, inappropriata. Il tono dell'umore è nettamente orientato in senso disforico ($D = 71.8$, $Ma = 44.36$).

Il comportamento può essere caratterizzato da tratti di dipendenza dall'ambiente esterno con l'ovvio risultato di produrre reazioni contrastanti o, addirittura, imprevedibili in situazioni non dissimili tra loro ($Hy = 70.7$, $Pa = 63.7$).

Intervista strutturata

I risultati all'Intervista Strutturata per i Disturbi Dissociativi (ISDD), indicano che molti soggetti possiedono caratteristiche cliniche tipiche del Disturbo di Personalità Multipla, con un punteggio medio alto per i sintomi da DPM (9.7, D.S. = 3.2). Essi presentano, inoltre, altri aspetti associati con il DPM come, ad esempio, scoprire oggetti nella propria abitazione dei quali si ignora la provenienza, notare che la propria scrittura cambia bruscamente, periodi di amnesia, memorie che ritornano alla coscienza in maniera vivida ed improvvisa (*flashbacks*). Il punteggio medio per il Disturbo Borderline di Personalità risulta poco significativo

(3, D.S.= 1.4), mentre le lamentele somatiche e le preoccupazioni per la propria salute sono comuni (punteggio medio:15.5, D.S.= 5.7). Tutti hanno riferito di sentire voci che parlano tra di loro dentro la testa. E' interessante rilevare che i soggetti hanno negato di aver subito qualsiasi forma di abuso sessuale nell'infanzia. La ISDD ha evidenziato una alta percentuale di esperienze paranormali, in particolare, alcune forme di percezione extrasensoriale (ESP) e contatti con spiriti e fantasmi. Per ragioni culturali, la maggiorparte delle persone ha, almeno inizialmente, negato di aver sperimentato fenomeni di *poltergeist*. Una volta chiarito il significato del termine, due soggetti hanno immediatamente riconosciuto l'esistenza del fenomeno nelle proprie vite. Tre soggetti hanno affermato di essere stati posseduti, in circostanze diverse da un esorcismo, da persone defunte.

Un soggetto (caso 2) presentava una notevole storia familiare di esperienze paranormali: il padre era un rbdomante e due parenti erano medium.

Rorschach

I protocolli Rorschach sono stati siglati con il metodo di Exner (1993), e sono risultati clinicamente interpretabili. I profili medi del gruppo indicano la presenza di una tendenza generale del gruppo all'estratensione come stile cognitivo di base, con una notevole distorsione percettiva (alto valore medio di X-% e bassa F+ e X+%) associate però alla presenza di risposte di movimento umano evolute e adeguate. Le capacità introspettive apparivano ridotte nell'intero gruppo, con scarsa capacità di autosservazione e autocoscienza. I soggetti presentavano un elevato numero di risposte a determinanti multiple, incide di complessità di organizzazione della personalità, unito tuttavia, in alcuni casi, ad una marcata tendenza a semplificare il campo percettivo. Vi era una generale preoccupazione con temi somatici e sessuali, anche bizzarri e una tendenza a interpretare in modo erroneo l'ambiente e le situazioni relazionali.

3. Discussione

Janet, circa cent'anni fa, aveva riconosciuto che il Disturbo Dissociativo da Trance appartiene ad un gruppo eterogeneo di fenomeni comportamentali di tipo dissociativo, dei quali la possessione demoniaca rappresenterebbe una forma estrema (JANET, 1899, 1901),

considerabile come l'opposto della preghiera. Infatti, come nella preghiera, siamo in presenza di una condotta doppia nella quale il soggetto interpreta un duplice ruolo, ma, mentre nella preghiera la seconda personalità è buona (un dio o un santo), nella possessione è malvagia. Nella preghiera, inoltre, il credente riesce a controllare il corso degli eventi ed a fermare, in qualsiasi momento, il "colloquio" con la divinità; nella possessione, invece, il secondo ruolo va oltre il controllo ed il primo ruolo svanisce. Janet immaginò la mente del paziente come una struttura gerarchica dinamicamente organizzata secondo i principi di "forza" e "tensione" e suscettibile di "disgregazione" in situazioni particolarmente stressanti. Questo approccio psicologico allo studio dei cambiamenti della personalità nevrotica venne favorevolmente accolto ed approfondito da altri autori come Morton Prince, William McDougall, William James e Boris Sidis.

È importante notare che nei vari stati di trance le manifestazioni comportamentali sono ampiamente differenti. Il corpo ha lingue diverse a seconda del tipo di trance. Le persone in stato di trance da possessione mostrano una attività fisiologica caratterizzata da comportamento motorio di tipo compulsivo, tremore e talvolta convulsioni. La persona posseduta appare come "afferrata" da una entità esterna mentre il suo abituale stato di coscienza sembra eclissarsi. Al contrario, nello stato di trance sciamanico il soggetto conserva la sua identità abituale e sperimenta diverse condizioni comportamentali fondate sulla credenza che l'anima può abbandonare il corpo per accedere all'aldilà.

Sebbene i metodi di ricerca più adeguati non siano, ancora, stati elaborati, i fenomeni di trance meritano attenzione e possono essere oggetto di un'analisi epistemologica da parte degli scienziati (WAUTISHER, 1989).

Discutendo dei problemi di classificazione dei disturbi dissociativi, Ross ha rilevato la mancanza di un principio unificante (ROSS, 1985). Il meccanismo sottostante appare essere un uso eccessivo di un particolare meccanismo di difesa dell'Io. Ross ha proposto di concettualizzare i disturbi dissociativi come un *continuum* nell'ambito di un progressivo incremento della capacità di dissociazione dell'Io. Nella nostra esperienza, le persone che entrano nello stato di trance da possessione sono fra quelle che soffrono di una più grave forma di dissociazione dell'Io.

La completa amnesia per l'evento, la capacità di produrre condizioni comportamentali contrastanti e con espressioni "demoniache", così

come la spiccata tendenza a riferire fenomeni paranormali, sono tutti fattori che denunciano una tendenza alla mancanza di integrazione dell'Io.

Quantunque il punteggio medio molto alto conseguito alla ISDD relativamente ai sintomi da DPM, non tutti i soggetti raggiungono il punteggio richiesto (8/9) per una diagnosi di DPM (ROSS, 1989). Alcune delle loro storie cliniche sono simili a quelle di pazienti con DPM (precedente diagnosi di schizofrenia, non responsività alle terapie farmacologiche). Nessun soggetto (tranne il caso dettagliato) riferisce episodi traumatici di abuso sessuale, mentre negli USA sono numerosi i pazienti con DPM che raccontano esperienze di questo tipo (ROSS, 1991). Il fatto che otto persone hanno partecipato ad attività di sette sataniche ed una ha avuto una formazione religiosa suggerisce l'eventualità di una qualche forma di apprendimento dell'esperienza.

L'elemento comune era la convinzione che il loro corpo fosse posseduto da un demone. Intorno a quest'idea essi hanno organizzato un modello di comportamento che includeva la necessità del rituale esorcistico secondo la tradizione cattolica. Molti di loro conservano un grado sufficiente di funzionamento sociale.

I punteggi al MMPI sostengono l'ipotesi che la struttura psicopatologica dei nostri soggetti sia fondamentalmente di tipo nevrotico e si caratterizzi per un quadro sintomatologico quantomeno multiforme. Con i pazienti con DPM essi condividono una organizzazione complessa della personalità ed una certa difficoltà a valutare criticamente ed obiettivamente i dati offerti dalla realtà. La prevalenza delle scale cliniche dell'area "nevrotica" all'MMPI denota la presenza di instabilità emotiva, tendenza alla suggestionabilità e preoccupazioni attinenti alla sfera somatica. La precarietà dell'equilibrio affettivo può comportare, soprattutto, di fronte a situazioni di stress prolungato e/o di forte intensità, l'insorgenza di reazioni contraddittorie e scarsamente finalizzate. I risultati del Rorschach indicano che queste persone hanno una notevole distorsione percettiva della realtà, pur presentando in genere buone risorse interne e capacità di produrre risposte a contenuto di movimento umano, un dato abitualmente assente nei soggetti con schizofrenia. Sono persone con una struttura di personalità complessa, ma che tuttavia tendono, in alcuni casi, a cercare di evitare le situazioni complesse, specie sotto il profilo relazionale.

Esiste un'ampia evidenza per ciò che riguarda le influenze socio-culturali sulle manifestazioni di possessione (OESTERREICH, 1974; KEMP e WILLIAMS, 1987). L'ambiente sociale nel quale il fenomeno si verifica

ed il significato che le persone possedute attribuiscono all'esperienza sono di cruciale importanza, specialmente se si considera che un tale evento permette loro di ottenere un equilibrio interiore a dispetto della sofferenza provocata dallo stato di trance. In alcune culture, il simbolismo religioso ha prodotto una concezione della possessione come di uno sforzo imponente, sebbene non adattativo, orientato ad una integrazione della personalità (CRAMER, 1980). Le pratiche religiose possono avere una importanza decisiva nello sviluppare e mantenere l'integrità personale sulla base di particolari bisogni psicologici. I gruppi di incontro che si formano in alcune chiese sono, spesso, in grado di elaborare delle strategie che fungono da veri e propri strumenti terapeutici (GRIFFITH et al., 1980).

Queste considerazioni sorreggono l'idea di Kiev (1962) secondo la quale la possessione può soddisfare vari bisogni per diverse persone, dando loro l'opportunità di esprimere comportamenti o stati emotivi altrimenti negati o repressi e di facilitare il trasferimento di impulsi incontrollabili nell'ambito di attività religiose riconosciute dalla collettività. In questi soggetti l'esorcismo sembra assolvere il compito di contenere il fenomeno dissociativo della "confusione" (MARMER, 1991), permettendo così la coesistenza nella stessa persona di valori sociali e morali manifestamente in contraddizione.

La trance si pone perciò come una possibilità della coscienza umana di sfuggire ai vincoli oggettivamente dati dell'esperienza corporea, ai limiti dovuti alla abituale percezione. È assai problematico spiegare, negli abituali termini di comprensione psicologica, comprendere come avere ripetute esperienze di presa in carico del proprio corpo da parte di un demone sia un'esperienza in parte rigenerativa, e come questo non si accompagni ad un maggiore dissoluzione dell'Io delle persone interessate. Mentre si può ragionevolmente pensare che fattori di ordine sociale e culturale contengano il senso di dissoluzione incipiente, sottostante l'esperienza di presa di possesso da parte di un demone, fornendo una attribuzione di significato che integra a livello gerarchicamente superiore l'esperienza dissociativa, è più difficile comprendere perché ciò possa, in una qualche modo, rinnovare le energie interne. A mio parere l'intera esperienza della trance, anche quando organizzata in un contesto per così dire tradizionale, ossia calata in una realtà millenaria di codificazioni e ritualizzazioni elaborate dalla Chiesa Cattolica, rimane una profonda sfida al mondo materialistico. La sfida non è espressa in termini di scienza con religione (a dimostrazione di ciò Padre Amorth, l'esorcista, ha sempre avuto un atteggiamento

estremamente accogliente verso i medici), bensì in termini di organizzazione della percezione, dove da un lato vi è una visione della percezione legata alla possibile decodificazione matematizzante del mondo (da qui la necessità dell'uso di strumenti quantificanti) e dall'altro vi è la possibilità di cogliere e percepire l'intero universo in termini immediati, emotivi e conoscitivi insieme, dove le emozioni, anche le più primitive ed indifferenziate, hanno capacità di accesso al Logos inteso eracliticamente. Non a caso, infatti e comunque, alla fine dell'esperienza di trance in questo contesto classico, sia il demone che il sacerdote hanno la necessità di avere un nome ed un tempo. Dice infatti Eraclito ([A2], COLLI, 1980): “Ma la Sibilla, proferendo con bocca folle cose senza riso, né ornamento, né unguento, penetra mille anni con sua voce, attraverso il dio”. La trance è parte di quell'insieme di esperienze e capacità umane, come la poesia, la danza e l'amore, dove la dissoluzione degli abituali confini esperenziali consente l'accesso di forme distinte di consapevolezza del mondo e di se stessi. La difficoltà di trattare tutto ciò è che si manca di una capacità di organizzare, in senso trattabile con strumenti epistemologicamente accettabili, una simile quantità di dati irrazionali. Per fare il paragone con le discipline dell'irrazionale che trattano la previsione del futuro abbiamo la mantica, ma non sappiamo come costruire un'astrologia.

Quando si accetta di abbandonare il platonismo razionalizzante cartesiano e la sua proposta di un teatro, luogo privilegiato dell'osservazione, e si accolgono alla riflessione modelli come quello proposto da Dennett (1993) basati sulle Molteplici Versioni (*Multiple Drafts Model*) della coscienza nel quale ogni tipo di percezione e, in generale, ogni tipo di attività mentale è gestito nel cervello da “un processo parallelo e a piste multiple di interpretazione ed elaborazione dei dati sensoriali in ingresso”, si ha una possibilità, perlomeno teoretica, di pensare la coscienza, non più come un flusso lineare ma, bensì, come il risultato della sovrapposizione e dell'interazione di diverse versioni della realtà, ciascuna parziale ed elaborata secondo differenti modalità.

Tutto ciò non deve consentire un nuovo tipo di errore, anch'esso di derivazione platonica. La trance non ha necessariamente bisogno dell'anima. L'esperienza di trance presuppone una ridefinizione dei confini per supplire ad una sofferenza terribile, forse patita nell'infanzia (se è vero quanto affermato dai teorici della personalità multipla), ma non è necessario pensare ad una scissione da un unico ed intero Sé. I Sé individuali non esistono indipendentemente, ma vengono plasmati dai processi sociali e dalla rete di credenze. Un eventuale secondo Sé,

inoltre, non avrebbe tempo sufficiente per sviluppare quel tipo di autobiografia di cui è composto un sé pienamente integrato e, dunque, la creazione di un secondo centro di gravità narrativa come effetto di una biforcazione potrebbe esprimersi, soltanto, attraverso primitive tracce di memoria mutuamente inaccessibili.

A dimostrazione di ciò basti riflettere sulla responsabilità morale delle persone che compiono reati in stato di trance.

Per il Diritto, non è accettabile partire dal presupposto che, comunque, sia possibile ammettere l'esistenza di un qualcosa di distinto da quello che abitualmente esiste nel soggetto sul piano della coscienza, a meno di non sposare le tesi parapsicologiche.

Questa idea è semplicistica in relazione all'oggettiva complessità del fenomeno e riposa su uno strato di ghiaccio molto sottile. In primo luogo si parte dal presupposto che vi sia una personalità dominante ma, dati i fatti, come anche nel caso di fenomeni analoghi, bisognerebbe comprendere se per 'dominante' ci si stia riferendo ad un residuo della personalità del soggetto coinvolto o se è dominante lo stato di coscienza altro. Se per "personalità dominante" si intende il Sé del soggetto è, invece, certo che questo Sé non è dominante in nessun modo di rilievo, altrimenti non si sarebbe dissociato. È, perciò, difficile comprendere quale sia il "vero" punto di origine della sua personalità. Più semplice è affermare, data la fenomenologia di quanto avvenuto, che nei soggetti coinvolti evidentemente non vi è una personalità dominante, sebbene ve ne sia una abituale. Come detto, se si ritiene che il Sé del soggetto è l'elemento dominante ed unificante dell'individuo, come è probabilmente corretto affermare, questo non presuppone che vi sia da parte del soggetto la possibilità di controllare l'alternanza degli stati di coscienza, ma significa soltanto che per spiegare quanto avviene nella persona bisogna valutare attentamente i suoi bisogni psicologici e la sua situazione relazionale. Non vi è motivo di presupporre che i cambiamenti dello stato di coscienza siano dati da elementi razionali, ma è invece più ragionevole pensare, anche perché più vicino alla natura umana, che i cambiamenti dello stato di coscienza dipendano da aspetti istintivi o emotivi e che non siano solo un modo per sfuggire di fronte a problemi relazionali gravi. In effetti la letteratura specialistica sugli stati di dissociazione ha spesso riscontrato che è la persona che conduce l'abuso (sessuale o fisico) quella che è in grado di controllare il cambiamento dello stato di coscienza e, se il dato viene accettato, ne deriva che non vi è alcuna 'volontà' da parte della personalità.

Una prima strada possibile di comprensione della possibilità di imputabilità o meno del soggetto dovrebbe valutare il grado di consapevolezza della coscienza “seconda”. La coscienza della condizione comportamentale di possessione non era destrutturata o scollegata dal resto del mondo, ma agiva e si comportava in buona sintonia con quella che era la logica, l’affettività e le aspettative dell’ambiente.

Non credo che sia, invece, possibile comprendere scientificamente se chi ha l’esperienza è in grado o meno di controllare il passaggio da uno stato di coscienza all’altro. Sapere questo potrebbe aiutare molto ad attribuire maggiore o minore responsabilità al soggetto, tuttavia questo è un problema empirico intrattabile.

È, tuttavia, possibile seguire una seconda linea di pensiero conseguente all’accettazione dell’ipotesi che nei soggetti interessati possono coesistere due stati di coscienza alternanti. In definitiva il disturbo dissociativo da trance è solo una variante di una molteplicità di condizioni nella quali si ha difficoltà a determinare il grado e di capacità di controllo e di valutazione del comportamento di una persona. L’amnesia delle persone affette da disturbi dissociativi, non è sicuramente la stessa di quella di un paziente con malattia di Alzheimer o di un alcolista che abbia avuto uno stato di grave intossicazione alcolica. Non vi è dimenticanza od oblio di nulla. Per dimenticare bisogna prima immagazzinare e poi dimenticare. In questo caso, a mio parere, vi è una barriera epistemica tra le due condizioni di coscienza; quanto presente nel soggetto è più simile al limite che esiste tra due persone nell’aver accesso alle memorie l’una dell’altra che alle altre modalità di utilizzazione della parola “amnesia”. Ciò è specialmente evidente per quello che concerne lo stabilire una attribuzione di responsabilità da parte del soggetto del suo comportamento. Infatti colpisce, sul piano psicologico, che, nei colloqui avuti con i soggetti, questi ammettano il comportamento e la possessione demoniaca perché “sanno” che lo hanno effettuato (in quanto gli è stato riferito), e che tuttavia, non manifestino un congruo stato morale o di ansietà per quanto è avvenuto in quanto affermano di non ricordarlo o che comunque “non ero io”. Il soggetto ritiene di essere stato in qualche modo controllato da un sistema mentale che è alquanto ostile e ‘malvagio’, ma non se ne attribuisce l’aspetto materiale, in quanto ha una barriera epistemica che impedisce l’accesso al ricordo. E ciò non avviene nei soggetti perché vi siano presenti elementi di psicopatia o insensibilità morale nei confronti delle persone circostanti. Infatti i soggetti non spiegano e non

giustificano ciò che si verifica, se non in termini religiosi, e appaiono rassicurati dalla pratica esorcistica. Appare perciò, paradossalmente, che in questi casi, l'attribuirsi la casualità un evento sia scollegabile dall'attribuirsi la responsabilità psicologica che questo comporta. La condizione di barriera amnestica pone dei limiti ai soggetti che hanno l'esperienza di trance da possessione nella misura in cui probabilmente non gli consente di spiegare più efficacemente quanto è avvenuto e come è stato l'iter di pensiero del loro stato di coscienza 'altro' al momento dei fatti.

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition*, American Psychiatric Association, Washington D.C 1984

BLISS E., "A symptom profile of patients with multiple personality including MMPI results", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1984, 172, 197-202

BLISS E., *Multiple personality, allied disorders and hypnosis*, Oxford University Press, New York 1986

BOURGUIGNON E., *Antropologia Psicologica*, Laterza, Roma-Bari 1983

BUCKLEY P., "Mystical experience and schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 1981, 7, 516-521

CARENA R.A., CIPOLLA R., "In tema di possessione diabolica. Studio antropologico e clinico", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1993, 117, 439-456

COONS P.M., STERNE A.L., "Initial and follow-up psychological testing on a group of patients with multiple personality disorder", *Psychological Reports*, 1986, 58, 43-49

COONS P.M., FINE C.G., "Accuracy of the MMPI in identifying multiple personality disorder", *Psychological Reports*, 1990, 66, 831-834

CRAMER M., "Psychopathology and shamanism in rural Mexico: A case study of spirit possession", *British Journal of Medical Psychology*, 1980, 53, 67-73

DELL P.F., "Professional skepticism about multiple personality", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988, 176, 528-531

DENNETT D.C., (1991) *Consciousness Explained*, Boston: Little, Brown and Company, Tr. it.: *Coscienza*, Rizzoli, Milano 1993

ELLENBERGER H.F., (1970) *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, Basic Books, New York, Tr. it.: *La Scoperta dell'Inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino 1976

FAHY T.A., "The diagnosis of multiple personality disorder. A critical review", *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153, 597-606

FRANKLIN J., "The diagnosis of multiple personality disorder based on subtle dissociative signs", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1990, 178, 4-14

GRIFFITH E.E.H., ENGLISH T., MAYFIELD V., "Possession, prayer, and testimony: therapeutic aspects of the Wednesday night meeting in a black church", *Psychiatry*, 1980, 43, 120-128

HOOPER J., TERESI D., (1986) *The Three-Pound Universe*, Macmillan, New York, Tr. it.: *L'Universo della Mente*, Bompiani, Milano 1987

HUFFORD D.J., "Commentary. Paranormal experiences in the general population", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 362-368, 1992

JAMES W., (1890) *The Principles of Psychology*, Dover Publications, New York, Tr. it.: *Principi di Psicologia*, Soc. Ed. Libreria, Milano 1901

JANET P., *L'Automatisme Psychologique*, Félix Alcan, Paris 1889

CAPITOLO 6

ASPETTI CLINICI, PSICOMETRICI E PSICHIATRICO FORENSI DEL DISTURBO DISSOCIATIVO DA TRANCE

JANET P., *L'état Mental des Hysteriques*, Félix Alcan, Paris 1911

KEMP S., WILLIAMS K., "Demonic possession and mental disorder in medieval and early modern Europe", *Psychological Medicine*, 17, 21-29, 1987

KIEV A., "Spirit possession in Haiti", *American Journal of Psychiatry*, 118, 133-138, 1962

KLUFT R.P., "High-functioning multiple personality patients", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 722-726, 1986

KLUFT R.P., "First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, 144, 293-298, 1987

LAPASSADE G., *Saggio sulla Transe*, Feltrinelli, Milano 1980

LIOTTI G., INTRECCIALAGLI B., CECERE F., "Esperienza di lutto nella madre e facilitazione dello sviluppo di disturbi dissociativi nella prole: uno studio caso-controllo", *Rivista di Psichiatria*, 1991, 26, 283-291

LIOTTI G.(a cura di) *Le Discontinuità della Coscienza*, F. Angeli, Milano 1993

MARGNELLI M., *La Droga Perfetta. Neurofisiologia dell'Estasi*, Riza Scienze Milano 1984

MARMER S.S., Multiple personality disorder. A psychoanalytic perspective, *Psychiatric Clinic of North America*, 1991, 14, 677-693

MARRA E., Il diavolo nello stivale: un sondaggio su alcune credenze degli italiani alla fine degli anni '80, in Barbano F., Rei D. (a cura di) *L'Autunno del Diavolo*, (Vol. II), Bompiani, Milano 1990

MERSKEY H., The manufacture of personalities: the production of multiple personality disorder, *British Journal of Psychiatry*, 1992, 160, 327-340

OESTERREICH T.K., *Possession Demoniactal & Other among Primitive Races, in Antiquity, the Middle Ages, and Modern Times*, The Citadel Press, Secaucus, N.J. 1974

PATTISON E.M., WINTROB R.M., Possession and exorcism in contemporary America, *Journal of Operative Psychiatry*, 1981, 12, 13-20

PFEIFER S., Belief in demons and exorcism in psychiatric patients in Switzerland, *British Journal of Medical Psychology*, 1994, 67, 247-258

PIPER Jr A., Multiple personality disorder, *British Journal of Psychiatry*, 1994, 164, 600-612

PUTNAM, F.W., (1989) *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*, The Guilford Press, New York

PUTNAM F.W., GUROFF J.J., SILBERMAN E.K., BARBAN L., POST R.M., The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases, *Journal of Clinical Psychiatry*, 1986, 47, 285-293

ROSS C.A., DSM-III, problems in diagnosing partial form of multiple personality disorder. Discussion paper, *J. Royal Soc. Med.*, 1985, 78, 933-936

ROSS C.A., Joshi S.: "Paranormal experiences in the general population", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1992, 180, 356-360

ROSS C.A., *Multiple Personality Disorder*, John Wiley & Sons, New York 1989

ROSS C.A., "Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation", *Psychiatric Clinic of North America*, 1991, 14, 503-518

ROSS C.A., ANDERSON G., "Phenomenological overlap of multiple personality disorder and obsessive-compulsive disorder", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988, 176, 295-299

CAPITOLO 6

ASPETTI CLINICI, PSICOMETRICI E PSICHIATRICO FORENSI DEL DISTURBO DISSOCIATIVO DA TRANCE

SAXENA S., PRASAD K.V.S.R., DSM-III subclassification of dissociative disorders applied to psychiatric outpatients in India, *American Journal of Psychiatry*, 1989,146, 261-262

SPANOS N.P., “Multiple Identities & False Memories”, *American Psychological Association*, Washington D.C 1996

SPIEGEL D., CARDENA E., “Disintegrated experience: the dissociative disorders revised”, *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, 3, 366-378

WAUTISCHER H., “A philosophical inquiry to include trance in epistemology”, *Journal of Psychoactive Drugs*, 1989, 21, 35-45