

## *L'inserimento della possessione spiritica tra i Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati del DSM-IV-TR*

**Valentina Salvati**

antropologa, laurea e master presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza"  
[valeslv@gmail.com]

Recentemente la psichiatria statunitense legata all'American Psychiatric Association (APA) ha incluso la possessione nella IV edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV)<sup>(1)</sup> accomunandola ad altri disturbi caratterizzati dal fenomeno dissociativo, i Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati (DDNOS). Nonostante il fenomeno dissociativo definisca un processo psicobiologico universale, che può anche rappresentare una risorsa funzionale per far fronte a situazioni traumatiche e altamente stressanti, in Occidente esso ha acquisito principalmente una connotazione patologizzante. Per comprendere meglio il processo di patologizzazione della possessione e la tradizione cui l'APA si richiama (con scarsa consapevolezza) ne tratteremo brevemente le radici culturali e storiche. Adottando una prospettiva antropologica, vedremo poi come la dissociazione acquisisca significati diversi a seconda dei contesti culturali in cui è inserita, dando luogo a pratiche diverse, e come essa non intervenga esclusivamente nella genesi dei disturbi mentali. Dalla letteratura antropologica emerge infatti come presso numerose società i vari tipi di trance (che qui consideriamo come forme di dissociazione definite culturalmente) rappresentino un fenomeno biopsicologico modellato culturalmente, necessario tra l'altro alla produzione del complesso culturale della possessione<sup>(2)</sup>. Quindi, analizzeremo il processo di costruzione della possessione come Disturbo Dissociativo focalizzando la nostra attenzione in particolare su tre articoli. Infine, prenderemo in considerazione alcuni dei criteri diagnostici del DSM-IV-TR per la possessione, evidenziando l'inconsistenza di alcuni presupposti, nonché le conseguenze dell'adozione in ambito clinico.

Per la struttura che lo caratterizza e per l'ideologia che lo sostiene, l'ultimo best seller dell'APA<sup>(3)</sup> poco si presta all'inserimento di considerazioni relative alla dimensione etnica e culturale. Infatti la Task Force che coordina

Note 

le edizioni del D<sub>SM</sub> è costituita essenzialmente da psichiatri neokraepeliniani<sup>(4)</sup>, come tali ancorati sia a una nosografia descrittiva, classificatoria, nominalistica e ateorica relativamente all'eziologia, sia a un approccio organicista.

Ora, non solo la malattia e la salute, ma anche i vari tipi di classificazione che tentano di ordinarle, rappresentano categorie concettuali radicate nel contesto culturale; quest'ultimo dunque, modellandole di volta in volta, inevitabilmente le fornisce di un corredo di implicazioni assiologiche implicite. Pertanto la biopsichiatria non è affatto esente da concezioni culturali implicite, né da giudizi morali, nonostante i neokraepeliniani sostengano che le nuove tassonomie abbiano un carattere "obiettivo". Il fatto che nel D<sub>SM-IV</sub> la possessione sia stata inserita nella categoria dei Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati (DDNOS) può essere spiegato 1) dalla patologizzazione della dissociazione e dal pregiudizio occidentale verso gli stati alterati di coscienza; 2) dal nesso stabilitosi storicamente in Europa tra la dissociazione patologica e la possessione demoniaca; 3) dal tentativo, ricorrente nell'ideologia biopsichiatrica, di classificare tutti i disturbi mentali riscontrabili (o presunti tali), poiché in ultima istanza causati da «lesioni ancora da scoprire» (ANDREASEN N. 1977 [da web, *traduz. mia*, VS]); 4) dalla connivenza tra l'American Psychiatric Association e l'American Psychopharmacological Association.

Esaminando la costruzione del concetto di dissociazione nel corso della storia della psichiatria, si osserva come una catena di connessioni, che interessano fenomeni sì diversi, ma accomunati dal dispositivo dissociativo, hanno condotto alla patologizzazione di questo processo psicologico. La scoperta scientifica della dissociazione viene attribuita ad un allievo di Mesmer, il marchese di Puységur (LAPASSADE, G. 1996): magnetizzando nel 1784 un contadino, lo indusse in uno stato di "sonnambulismo artificiale" (lo stesso che più tardi Braid chiamò "ipnosi") molto simile a quello del sonnambulismo spontaneo. Il primo stato, a differenza del secondo, poteva essere indotto artificialmente e dunque controllato. Ma soprattutto il sonnambulismo artificiale si rivelò uno stato dissociato da quello della veglia, aveva infatti una sua coerenza interna, una propria memoria: qualora un paziente fosse stato ipnotizzato, avrebbe ricordato quanto accaduto nello stato di trance durante il sonno magnetico successivo (ELLENBERGER H.F. 2001).

Il passaggio imprescindibile per comprendere le connotazioni patologiche che segnano ancora oggi il dispositivo dissociativo si colloca alla fine del XIX secolo, in relazione agli studi sull'isteria che Charcot conduceva alla Salpêtrière. Delle tante scoperte che resero Charcot il neurologo più

celebre dell'epoca, a noi interessa in particolare una sua teorizzazione in base alla quale esclusivamente gli individui isterici potevano essere ipnotizzati. Tale postulato condusse all'identificazione tra la dissociazione (dispositivo che interviene sia nell'isteria, sia nell'ipnosi) e l'isteria stessa. L'assimilazione della dissociazione-isteria alla possessione si consolidò attraverso il seguente sillogismo: solo gli isterici sono ipnotizzabili (dissociati), gli individui posseduti sono ipnotizzabili, dunque i posseduti sono isterici.

Un'ulteriore analogia venne edificata quando, emersi i primi studi sullo sdoppiamento di personalità, gli isterici e i posseduti vennero equiparati non solo per le manifestazioni esteriori della trance (convulsioni o sonnambulismo), ma anche per lo sdoppiamento della coscienza.

Un nuovo impulso allo studio della dissociazione venne dato poi dal lavoro di Janet. Nell'*Automatisme psychologique* formulò il concetto di "disaggregazione" riferendosi allo sdoppiamento della personalità. La "disaggregazione" si sarebbe verificata sia in risposta allo stress, sia a causa di una predisposizione in alcuni soggetti alla "dégénérescence" (ciò che oggi gli psichiatri chiamerebbero Disturbi Dissociativi), causata dalla peculiare costituzione genetica di alcuni individui che non possedevano la forza psicologica per ricomporre tutti gli automatismi psicologici in una coscienza integrata (KIHLSROM J.F. - GLISKY M.L. - ANGIULO M.J. 1994). Sebbene Janet non svincolasse il concetto di dissociazione da quello di malattia, fu però il primo a comprendere come l'unità della coscienza e del sé fosse il frutto di un lavoro di sintesi e non uno stato "naturale". Dopo la prima decade del XX secolo, la nuova psichiatria dinamica trascurò tanto lo studio delle personalità multiple quanto quello della dissociazione; a ciò contribuì l'affermarsi della psicanalisi. Se in un primo tempo Freud e Breuer non si discostarono molto né dalla teoria né dalla pratica di Janet (esemplare a questo proposito è il caso di Anna O.), ben presto le narrazioni prodotte nello stato di trance, sin qui considerate risorse attendibili per accedere ai ricordi obliati, iniziarono a necessitare dell'ermeneutica psicanalitica (ELLENBERGER H.F. 2001, LAPASSADE G. 1996). Freud infatti aveva rinunciato a indagare l'ipnosi come tecnica e la trance come stato e come discorso, ritenendo che fosse impossibile distinguere le fantasie dai ricordi e che pertanto le informazioni relative ai traumi, recuperate attraverso la trance, non rinviassero a verità biografiche nella storia del paziente isterico. Così la dissociazione fu sostituita dalla rimozione e l'ipnosi dalla libera associazione.

Dopo Janet la dissociazione è caduta nell'oblio sino agli anni '70-'80 del XX secolo, quando Hilgard (HILGARD H.R. 1977) esplorò la possibilità di

considerare la dissociazione un modo di funzionamento normale della coscienza, svincolato da qualsivoglia relazione con la patologia mentale. Attualmente una parte degli psicologi rivaluta la teoria di Janet: ad esempio riscuote grande consenso l'eziologia dei disturbi dissociativi, in particolare del DID<sup>(5)</sup>.

Buona parte della psichiatria ritiene ormai la dissociazione un meccanismo "normale" (HILGARD H.R. 1977, ERDELYI M.H. 1994, KIRMAYER L.J. 1994), che riguarda la maggior parte della popolazione – l'ipnosi da autostrada ne è un esempio (GABBARD G.O. 2002) – e conta persino numerosi impieghi terapeutici (SPIEGEL D. - VERMUTTEN E. 1994). D'altra parte lo stesso Spiegel<sup>(6)</sup> afferma – indipendentemente dal progetto del DSM e a prescindere da qualunque riconsiderazione del fenomeno in chiave antropologica – che la dissociazione è un dispositivo essenziale per le funzioni cognitive, sensibile alle diversità culturali e importante per la relazione mente-corpo (SPIEGEL D. 1994). Eppure il DSM-IV-TR, benché contenga informazioni ampiamente condivise dalla comunità psichiatrica, le presenta in modo ambiguo; inoltre la Task Force non ha dimostrato la stessa sollecitudine quando si è trattato di includere – in relazione alla dissociazione – indicazioni e concetti significativi dal punto di vista antropologico. Sembra che attualmente l'analogia tra isteria e possessione sia sostituita da quella tra possessione e personalità multipla<sup>(7)</sup>. Non è forse un caso che la prima analogia sia da ricondurre a un'epoca in cui venivano fatti confluire nell'isteria (la nevrosi allora in voga) tutti i disturbi classificati come Disturbi Dissociativi dal DSM, e che la seconda si diffonda proprio oggi che le personalità multiple affasciano non solo psichiatri e psicoterapeuti ma anche un vasto pubblico di lettori e spettatori<sup>(8)</sup>. Le etichette cambiano, ma la storia si ripete.

Sebbene i culti di possessione presenti in società "altre" abbiano subito numerosi tentativi di patologizzazione (CHANDRA SHEKAR C.R. 1989) da parte di diversi studiosi, possiamo individuare l'effettiva costruzione della possessione come Disturbo Dissociativo analizzando in particolare tre articoli che delineano rispettivamente le seguenti classificazioni: *Possession Disorder* (SAXENA S. - PRASAD K.V.S.R. 1989), *Transient Dissociative Disturbance* (SPIEGEL D. - CARDEÑA E. 1991), *Trance and Possession Disorder (TPD)* (LEWIS-FERNÁNDEZ R. 1992).

Il primo articolo riveste un'importanza centrale perché viene sempre citato come prova della necessità dell'inserimento della possessione nel DSM. Di conseguenza, se si confutano le argomentazioni del primo, vengono

meno anche le premesse su cui si fondano le ipotesi degli articoli successivi. Gli autori sopracitati legittimano infatti le proprie tesi ricorrendo alla stessa retorica: giacché è stato riscontrato che in una singola clinica psichiatrica di Nuova Delhi (*All-India Institute of Medical Sciences Hospital*) i disturbi dissociativi accertati nei pazienti esterni non soddisfacevano i criteri per le categorie diagnostiche specifiche (FUGA, DID, ecc.), e dunque finivano per essere diagnosticati come Disturbi Dissociativi atipici, ne consegue che è necessario intervenire sulle categorie diagnostiche per modificarle ed espanderle, tanto da includere come Disturbo Dissociativo specifico anche la possessione. Sbandierando percentuali insignificanti<sup>(9)</sup>, Saxena e Prasad sostenevano: «In tutto il mondo è rintracciabile un ampio spettro di fenomeni dissociativi, ed è necessario che tali fenomeni vengano descritti meglio e incorporati nei sistemi di classificazione» (SAXENA S. - PRASAD K.V.S.R. 1989: 261 [traduz. mia, VS]).

Tanta risolutezza e naturalezza possono indurre il lettore ad accettare acriticamente l'enunciato come una verità oggettiva, malgrado la connessione logica di causa-effetto tra le due proposizioni sia decisamente arbitraria: perché dalla constatazione "nel mondo si trova un ampio spettro di fenomeni dissociativi" discenderebbe la conseguenza "è necessario descrivere e incorporare i fenomeni dissociativi "altri" nel DSM"?

Il procedimento è eloquente circa l'obiettivo degli autori (classificare) e presuppone che tutte le manifestazioni della dissociazione rintracciabili siano patologiche. La patologia è poi diagnosticata attraverso un procedimento tautologico, lontano da qualunque metodo scientifico.

Ed eccoci al secondo articolo. Nel 1991 il *National Institute of Mental Health* (NIMH) degli USA sponsorizzava una conferenza finalizzata a costituire un gruppo di lavoro che suggerisse quali cambiamenti apportare al DSM-IV; Spiegel e Cardeña (SPIEGEL D. - CARDEÑA E. 1991) pubblicavano una serie di proposte per modificare la sezione dei Disturbi Dissociativi. Gli autori auspicavano che tra i DDNOS venissero inclusi (come poi è avvenuto) quei disturbi la cui manifestazione principale fosse un sintomo dissociativo, che non soddisfacesse però i criteri per un Disturbo Dissociativo specifico. Individuarono il *Transient Dissociative Disturbance*, la cui classificazione veniva legittimata citando – in mancanza di altri studi epidemiologici<sup>(10)</sup> – l'articolo di Saxena e Prasad.

Nel 1992 l'APA pubblicò il *DSM-IV Options Book* per incoraggiare una discussione sulle proposte sin lì pervenute. Tra queste ultime si segnalava il suggerimento di inserire tra i Disturbi Dissociativi una nuova specie di disturbo psichiatrico, il TPD.

Vediamo allora come Lewis-Fernández<sup>(11)</sup> ha argomentato il suo assenso all'inclusione della possessione nella nuova categoria diagnostica: «È tempo di correggere questa discordanza diagnostica. Le sindromi<sup>(12)</sup> che rappresentano più del 90% dei casi non possono essere considerate 'atipiche' – sono le nostre categorie diagnostiche che hanno bisogno di essere riviste ed espansive così da poter classificare queste varie fenomenologie dissociative cross-culturali» (LEWIS-FERNÁNDEZ R. 1992: 302 [traduz. mia, VS]).

Purtroppo siamo ormai in grado di riconoscere questa retorica. Anche per Lewis-Fernández la prova definitiva della necessità di istituire la nuova categoria del TPD risiede nelle percentuali di Saxena e Prasad. Ancora, in nome di una presupposta similarità tra le caratteristiche delle sindromi dissociative culturalmente modellate e quelle di alcuni disturbi mentali tipici dell'occidente (il DID?), anche le prime dovrebbero trovare collocazione nel DSM. Quali sarebbero le caratteristiche in questione? La dissociazione, invariabilmente.

Infine la possessione è stata inserita nel DSM-IV-TR, figurando tra i DDNOS come Disturbo Dissociativo di Trance, nell'Appendice B<sup>(13)</sup>, e nell'Appendice I (rappresentata dallo *zar*): una sorta di glossario delle CBS. La sua inclusione, a mio avviso basata su criteri assai discutibili e che tradiscono gravi pregiudizi, è stata peraltro realizzata in modo estremamente superficiale e contraddittorio. Non potendo esaminare nel dettaglio le numerose inesattezze e omissioni<sup>(14)</sup>, mi limiterò ad analizzare due criteri diagnostici (B e C), già ampiamente criticati nella loro forma provvisoria, riportata dalla "Transcultural Psychiatric Research Review" (ANTZE P. 1992, BODDY J. 1992, BOURGUIGNON E. 1992, KENNY M.G. 1992, KIM K. 1992, KOSS-CHIOINO J.D. 1992, LAMBEK M. 1992, PERRY C. 1992).

«La trance, o la trance di possessione, non sono previste come parte *normale* di qualche pratica culturale religiosa o collettiva» (APA 2004: 832 [corsivo mio, VS]) recita il criterio B, cadendo subito nella trappola del termine "normale"<sup>(15)</sup>. Difficile stabilire se l'APA abbia trascurato, o persino ignorato, la problematicità intrinseca all'utilizzo del concetto di "normalità", se invece l'aggettivo si sia imposto come scelta obbligata, essendosi la biopsichiatria da sempre sottratta alla responsabilità intellettuale di indagare epistemologicamente la normalità e la patologia (SZASZ T.S. 1961, ROSENHAN D.L. 1973, KIRK S.A. - KUTCHINS H. 1992, YOUNG A. 1995, DI PAOLA, F. 2000, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ Á. 2000).

Quanto al criterio B, osserviamo in primo luogo che se da una parte si lascia intuire l'esistenza di una qualche forma di trance da possessione non

patologica (altrimenti non avrebbe senso includere un criterio come quello B), al contempo però non viene esplicitato come si differenzi la patologia dalla "normalità". La sezione "Caratteristiche" del DSM ci apre però uno spiraglio interpretativo: «Tali stati *volontari e non patologici* sono comuni e costituiscono la stragrande maggioranza degli stati di trance e di trance di possessione [...] nel contesto di pratiche culturali e religiose che sono *ampiamente accettate* dal gruppo culturale» (APA, 2004: 830 [corsivo mio, VS]). Sembrerebbe dunque che la "normalità" corrisponda alla possessione volontaria e ritualizzata. Ma a smentire la supposizione interviene tempestivamente la sezione "Manifestazioni associate" dove si legge che i sintomi della possessione patologica possono aggravarsi in relazione "ai comportamenti *rituali* dei circostanti" (*Ibidem*: p. 831 [corsivo mio, VS]). In conclusione, il DSM non offre criteri univoci per stabilire se la possessione sia o meno patologica. Comunque, anche nel caso in cui s'intendesse come patologica quella possessione che eventualmente intervenga al di fuori delle pratiche rituali, tali indicazioni non sarebbero corrette. Infatti la letteratura antropologica (LAMBEK M. 1980, 1988, 1989, SCHIRRIPIA P. 2001) ha evidenziato come la pratica culturale della possessione in molte società non si limiti al solo contesto rituale. Al contrario, le relazioni che si instaurano tra gli individui e gli spiriti sarebbero continuative e permeerebbero la vita quotidiana. Inoltre sarebbero di estrema importanza le negoziazioni relative all'identità dello spirito che precedono l'epifania pubblica. La scelta dell'identità dello spirito verrebbe pilotata, se non proprio controllata, dai desideri, dagli interessi del futuro ospite, che tuttavia dovrebbe confrontarsi con le aspettative degli altri attori sociali, con il consenso sociale. Così, nel periodo compreso tra la comparsa dei primi sintomi e la cerimonia in cui pubblicamente verrà assegnata un'identità allo spirito, le performance del futuro ospite sarebbero finalizzate a sondare le altrui reazioni di fronte all'eventualità che l'identità dello spirito sia l'una o l'altra. Lambek (LAMBEK M. 1980, 1988) ha osservato come il metodo preferenziale per un'analisi compiuta di un tale complesso culturale non consista tanto nell'osservare quei contesti pubblici, cerimoniali e terapeutici in cui sono enfatizzati gli aspetti spettacolari del culto e della trance, quanto nel cogliere i messaggi che vengono scambiati nell'intimità della vita quotidiana. Sembrerebbe infatti che il dispositivo dissociativo, culturalmente regolato, crei nella quotidianità nuove dimensioni comunicative, tanto in linea orizzontale tra individui coevi, quanto in linea verticale tra superstiti e defunti <sup>(16)</sup>.

Tornando al criterio B, tanto l'aggettivo "normale" quanto altre formulazioni presenti nel DSM-IV-TR inducono a pensare che la possessione possa considerarsi "normale" esclusivamente se esperita in un contesto "autorizzato".

Ciò non tiene conto dei diversi livelli di partecipazione e di condivisione della cultura (o delle sottoculture) presenti all'interno di una stessa società. Se pensiamo ad esempio ai cosiddetti culti di possessione marginali e alle strategie femminili di aggressione indiretta volte a contrastare gli svantaggi derivanti da una società a struttura androcentrica (LEWIS I.M. 1972), è facile comprendere come la possessione possa essere accettata (o respinta) a diversi livelli, a seconda degli status, a seconda dei rapporti di egemonia e subordinazione che legano gli individui. Dunque il fatto che la possessione possa essere o meno accettata è spesso connesso ai rapporti di potere. Ad esempio, Boddy (BODDY, J. 1992) riferisce che in Sudan gli uomini possono considerare la possessione, cui sono soggette le donne, un fenomeno anormale e l'arrendevolezza al volere degli spiriti un atto immorale, al quale preferirebbero l'esorcismo raccomandato dall'Islam. D'altra parte le donne ritengono la possessione spiritica una pratica normale, e per giunta benefica. Così, sebbene una trance che si verifichi al di fuori del contesto rituale, implicando talvolta sofferenza e turbamento attraverso l'idioma della malattia, possa essere considerata inopportuna da parte di alcuni attori sociali o sospetta da un punto di vista clinico, tuttavia difficilmente la si potrebbe etichettare come "anormale", giacché di solito – e a dispetto dell'essersi o meno manifestata in un'occasione cerimoniale – si conforma comunque ad alcuni parametri di comportamento stereotipati, riconosciuti come segni di un probabile (talvolta ulteriore) incontro con il soprannaturale.

Che l'utilizzo del concetto di "normalità" metta in gioco questioni di potere è ancora più evidente se consideriamo quei casi in cui la possessione ha convogliato messaggi di protesta e di resistenza politica. Si pensi ad esempio alla comparsa degli spiriti *iskokin turawa* nel culto *bori* (KRINGS M. 1999) e alla danza di possessione *holey hori*, al movimento *hauka* e alla possessione *sasale* (STOLLER P. 1984, 1989). Senz'altro ciascuno di questi culti di possessione, succedutisi nella storia di una Nigeria colonizzata e islamizzata, non sarebbe considerato "normale" da un rappresentante dell'alterità egemonica.

Vediamo ora cosa enuncia il criterio C: «Lo stato di trance o di trance da possessione causa disagio clinicamente significativo, oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti» (APA 2004: 832).

Benché questo criterio serva per la valutazione di quello che viene chiamato il "funzionamento" della persona nel proprio ambiente, nondimeno la sua applicazione comporta implicazioni preoccupanti, quantunque non immediatamente evidenti.

Per illustrare gli effetti collaterali connessi all'uso del criterio C, mi servirò di una ricerca condotta da Ong (ONG A. 1988), che si è occupato dei numerosi episodi di possessione spiritica verificatisi all'interno delle fabbriche di alcune multinazionali dislocate in Malesia al principio degli anni '70, dove erano state assunte giovani donne provenienti da zone rurali. Ebbene, in quel contesto lavorativo le donne, oltre a essere sottopagate e sottoposte a un regime di lavoro estenuante, subivano il disagio derivante dal conflitto tra la pressione dei valori morali tradizionali e l'impossibilità di perseguirli in un ambito urbanizzato e occidentalizzato. È opportuno ricordare che il retroterra culturale delle lavoratrici era di stampo tradizionale, infatti nei villaggi di provenienza le concezioni e le pratiche relative agli spiriti (*hantu*) sembra fossero ancora molto vitali, nonostante l'avvenuto processo d'islamizzazione. Gli *hantu* erano considerati spiriti disincarnati in grado di oltrepassare i confini tra il mondo terreno e quello soprannaturale, attaccando gli individui che anche inconsapevolmente avessero violato l'ordine morale e sociale del villaggio. Le donne sarebbero state le vittime privilegiate degli *hantu* poiché "naturalmente" inclini ad invadere i confini del sacro, date la loro fragilità spirituale e la loro corporeità contaminante. La morale del villaggio imponeva così alle donne nubili di condurre una vita ritirata, improntata al controllo prudente del proprio corpo (le unghie tagliate, il sangue mestruale e i capelli caduti venivano considerati impuri), e di mostrarsi obbedienti, timide e rispettose conformando il proprio comportamento alle aspettative sociali. Dunque, Ong nota come le fabbriche fossero state costruite e venissero gestite ignorando totalmente le esigenze delle lavoratrici provenienti dai villaggi, che pertanto si trovavano ostacolate nel tentativo di mantenere uno stile di vita conforme alla propria cultura. Di conseguenza l'esplosione di casi di *kena hantu* nella catena di montaggio, locus della modernizzazione, può essere letto come il risultato della trasgressione dei confini che culturalmente regolavano le relazioni interpersonali e la morale umane.

La vita in fabbrica privava le donne del controllo sia della propria corporeità, sia delle relazioni sociali, favoriva il senso di colpa e suscitava il terrore che gli uomini dello staff dirigenziale potessero approfittare di loro, nonché l'ansia di poter essere soggiogate dagli spiriti; a tutto ciò dovremmo aggiungere l'alienazione causata dal lavoro di fabbrica in sé: la protesta per tali condizioni veniva simbolicamente espressa attraverso l'idioma della possessione.

L'esperienza culturale della possessione venne ridotta dai dirigenti delle aziende a una fastidiosa interferenza delle antiche credenze nell'assetto moderno dell'industria. Senz'altro gli episodi di *kena hantu* causavano

“menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo” e dunque, adottando il criterio C, sarebbero stati valutati come indizi clinicamente significativi per diagnosticare un disturbo mentale. Nonostante la possessione all’epoca non fosse stata ancora classificata come DDNOS, la dirigenza ben comprese che attraverso la medicalizzazione della possessione avrebbe potuto controllare la protesta che il *kena hantu* veicolava. Ecco alcuni tra i giudizi clinici relativi ai casi di possessione “scandalosamente” verificatisi nel cuore del capitalismo del terzo mondo, così riportati da Ong (ONG A. 1988: 29-30 [traduz. mia, VS]): «Quest’aberrazione psicologica interrompe la produzione, e può produrre rischi dovuti a noncuranza e a distrazione nell’uso dei macchinari», «l’isteria di massa dovrebbe essere trattata come una *malattia epidemica di origine batteriologica*<sup>(17)</sup>», “isolamento”, “casi contagiosi”, “immunizzazione”.

Alle donne possedute furono somministrate forti dosi di sedativi, dopodiché vennero licenziate. Trattate come “pazienti” e curate con farmaci occidentali, venivano stigmatizzate come “anormali”. Di conseguenza le lavoratrici che ancora non avevano manifestato forme di possessione, intimorite dal trattamento riservato alle donne possedute, nonché dalla minaccia del licenziamento, adottarono un atteggiamento di iper-controllo, rinforzato senz’altro dalle assidue supervisioni delle infermiere.

Lo studio di Ong dimostra efficacemente come l’egemonia dell’Occidente esprima la propria supremazia attraverso il processo di modernizzazione, servendosi ad esempio della medicalizzazione forzata e dell’imposizione di una logica di mercato e di lavoro capitalistica. Nel contempo si può rilevare come sia stata completamente ignorata quella che si configurava come una richiesta di negoziazione della realtà, espressa attraverso l’idiotismo della possessione. La rinegoziazione di uno spazio morale, che coinvolgesse sia le norme igieniche che i rapporti interpersonali all’interno delle fabbriche, avrebbe potuto dimostrarsi un provvedimento risolutivo.

Attraverso “l’istituzione riparatrice” della possessione (SCHEPER-HUGHES N. 2000: 285) si esprimeva il disagio e l’impossibilità di adeguarsi a un contesto culturale “altro” che le donne erano costrette a incorporare, trasgredendo il tipo di moralità che regolava la loro vita sociale. La possessione avrebbe potuto anche operare innescando un processo di appropriazione e di rielaborazione di un’alterità che si configurava come una minaccia deculturalizzante (BENEDUCE R. 2002, KRINGS M. 1999, MASQUELIER A. 1999, TAUSSIG M. 1993). Tuttavia il riscatto di quella che, a causa dell’impatto con una cultura egemone e coercitiva, si andava configurando come “crisi della presenza” (DE MARTINO E. 1948, 1958) è stato ostacolato dalla mancanza di

una cornice culturale e sociale entro cui inscrivere il disagio (l'intervento dei familiari, la negoziazione della diagnosi, la figura di più specialisti, il senso di condivisione di un orizzonte semantico, in particolare religioso e morale). Di conseguenza l'assenza di spazi, tempi e contesti adeguati ha prodotto uno iato e la possessione da complesso culturale è stata convertita, attraverso un processo di medicalizzazione, in un'esperienza individuale, soffocata tra l'altro dalla somministrazione degli psicofarmaci.

Sebbene spesso il confine tra normalità e follia venga tracciato basandosi su valutazioni circa l'alienazione o l'integrazione di un determinato comportamento rispetto alla società, nel caso delle fabbriche malesiane, la possessione incontrollata delle donne non può essere considerata patologica, nella misura in cui la separazione fisica e mentale dal proprio ambito culturale non ha permesso loro di usufruire di quei dispositivi atti ad esprimere le emozioni negative nelle pratiche rituali opportune.

Sin qui abbiamo analizzato soltanto due criteri diagnostici. Un'analisi più approfondita dei contenuti del DSM-IV-TR farebbe emergere ulteriormente la palese superficialità e l'incompetenza antropologica con cui è stata condotta la presunta impresa di sensibilizzare alla dimensione culturale della malattia. L'esito dell'auspicato incontro tra psichiatria e antropologia si è rivelato così disastroso da indurre persino Lewis-Fernández (dunque non un agguerrito relativista, ma colui che incensava la costruzione del TPD) a scrivere: «È chiaro che la struttura del DSM si dimostra intollerante verso i dati antropologici e s'interessa solo alle varianti cross-culturali nella fenomenologia psichiatrica. [...] L'ostilità mostrata verso i dati dell'antropologia psichiatrica limita l'utilità sociale e psicoterapeutica di queste categorie nosologiche» (LEWIS-FERNÁNDEZ R. 1998: 395-396 [traduz. mia, VS]).

Anche Good ha espresso la propria delusione: «Quando gli argomenti relativi alla cultura sono stati accolti nelle prime stesure dei comitati, troppo spesso si sono rivelati una caricatura di ciò che era stato precedentemente redatto; al posto di dati scientifici accurati, abbiamo trovato stereotipi etnici e culturali che non riflettevano quasi nulla della letteratura scientifica» (GOOD B.J. 1996: 128 [traduz. mia, VS]).

È presumibile che molti psichiatri transculturali, o appartenenti all'orientamento dell'antropologia medica critica, abbiano partecipato alle manovre che hanno infine condotto alla medicalizzazione della possessione con l'unico intento di rendere l'operazione meno disastrosa, tuttavia è innegabile che scegliere di prendere parte a un progetto significa in qualche modo dividerlo.

Non possiamo ignorare che l'istituzionalizzazione di un disturbo mentale rappresenta un'operazione preguata di conseguenze, e che le conoscenze prodotte da una disciplina non sono immuni da effetti concreti.

Perciò, per quanto siano condivisibili gli amari commenti provenienti da chi ha pur contribuito in passato a decostruire le presunte naturalità e obiettività che ancora circondavano molte concezioni della medicina e della psichiatria, nondimeno la complicità di fondo, da parte degli stessi studiosi, con gli intenti e le imprese di certa biopsichiatria dovrebbe essere messa in discussione.

Il progetto di costruire «un'ideologia condivisa e continuamente negoziata con chi ci sta di fronte, paziente, immigrato, africano, e, forse, in alcuni casi anche spirito-incarnato, senza imporre proiezioni e categorizzazioni proprie delle nostre discipline» (BENEDEUCE R. - TALIANI, S. 2001: 33) in realtà è ancora assente dagli orizzonti effettivi della biopsichiatria.

Dal momento che l'APA legittima la scientificità della diagnosi psichiatrica facendo ricorso al sapere antropologico (usandolo in modo improprio), sarebbe doveroso da parte dell'antropologia non solo prendere le distanze da un uso strumentale e scorretto delle proprie produzioni intellettuali, ma anche denunciare la disonestà intellettuale dell'impresa nosografica statunitense.

## Note

<sup>(1)</sup> Per un'analisi approfondita della costruzione della presunta scientificità del DSM, vedi Kirk e Kutchins (KIRK S.A. - KUTCHINS H. 1992). Per la retorica della scientificità usata dalla biopsichiatria, in particolare in rapporto al DSM-IV, vedi Di Paola (DI PAOLA F. 2000).

<sup>(2)</sup> Esiste una sterminata bibliografia sulla possessione spiritica, cui rimando per una disamina accurata. Mi limito a segnalare per gli aspetti sociologici e la prospettiva funzionalista: LEWIS I.M. 1972, 1993 / WILSON P. 1967 / WHISSON M.G. 1964. Per gli aspetti performativi: LAMBEK M. 1980 / LEBRA W.P. 1982 / LEIRIS M. 1958. Per un approccio femminista: BODDY J. 1988, 1989a. Per una critica all'approccio funzionalista: BODDY J. 1989b. Per gli aspetti politici: MORSY S. 1978 / ONG A. 1988 / SHARP L.A. 1993. Per il modello biologico: KEHOE A.B. - GILETTI D.H. 1981. Sulla relazione tra possessione e modernizzazione: BEHREND H. - LUIG U. 1999 / LEVY R.I. - MAGEO J.M. - HOWARD A. 1996 / MASQUELIER A. 1999 / SHARP L.A. 1993. In rapporto al concetto di mimesi: BENEDEUCE R. 2002. Per una prospettiva psicologica: CASTILLO R.J. 1994a, 1994b / CRAPANZANO V. 1995 / FREED S.A. - FREED R.S. 1964 / SHACK W. 1971. Per una lettura depatologizzante del rito: CLAUS P.J. 1979 / EGUCHI S. 1991. Per il processo di individuazione e per la funzione terapeutica: CORIN E. 1998 / HAMER J. - HAMER I. 1966 / HARWOOD A. 1977a, 1977b / KENNEDY J.G. 1967 / MESSING S.D. 1958 / YOUNG A. 1975, 1977. Per il rapporto tra possessione e colonizzazione: KRINGS M. 1999 / SHARP L.A. 1999 / STOLLER P. 1984, 1989. Per la funzione comunicativa: LAMBEK M. 1980, 1988, 1989, 1996. In relazione al sé e alla persona: CRAPANZANO V. - GARRISON V. 1984 / MAGEO J.M. 1991. Sugli aspetti connessi alla migrazione: BENEDEUCE R. - TALIANI S. 2001.

<sup>(3)</sup> Ogni edizione del DSM si rivela effettivamente una prospera manovra economica: «Il DSM-III fu un bestseller per l'APA e produsse un profitto sufficiente a comprare una sede di grande effetto per

l'organizzazione a Washington DC. Ogni versione del manuale è, perciò, un'impresa economica importante» (KIRMAYER, L.J. 1998: 342 [traduz. e corsivo miei, VS]).

Il dott. Mosher (MOSHER, L.R. 1998 [da web, VS]), dopo essere stato socio dell'associazione psichiatrica americana per circa trent'anni, ha inviato al presidente dell'APA una lettera per comunicare le sue dimissioni ( motivate dal bisogno di dissociarsi dalle posizioni politiche rappresentate dall'APA soprattutto in relazione alla connivenza con l'*American Psychopharmacological Association*): «Il DSM-IV è la costruzione sulla cui base la psichiatria cerca di essere accettata dalla medicina in generale. Gli addetti ai lavori sanno che si tratta più di un documento politico che scientifico. Parla bene di sé stesso – sebbene la sua breve apologia sia notata raramente. Il *Dsm IV* è diventato una bibbia e un best seller per fare soldi – a prescindere dai suoi principali difetti. Delimita e definisce la pratica medica, alcuni lo prendono seriamente, altri più realisticamente. Rappresenta il modo per essere pagati. L'affidabilità diagnostica si può raggiungere facilmente nei progetti di ricerca» [traduz. e corsivo miei, VS].

<sup>(4)</sup> Kraepelin traspose la pratica classificatoria che distingueva le scienze naturali nella ricerca neuropsichiatrica, persuaso che soltanto la costruzione di classi e modelli in cui ordinare i pazienti avrebbe dato alla psichiatria una garanzia di scientificità. Su Kraepelin vedi Coppo (COPPO P. 2003).

<sup>(5)</sup> Con DID si intende il Disturbo Dissociativo dell'Identità, in passato chiamato Disturbo da Personalità Multipla.. Riguarda la presenza di due o più identità o stati della personalità distinti, che periodicamente prenderebbero il controllo del comportamento dell'individuo; ciascuna identità sarebbe inoltre contraddistinta da proprie modalità di percezione, relazione, pensiero rispetto all'ambiente e al Sé. La mancanza di ricordi associati a importanti informazioni personali sarebbe un'altra caratteristica peculiare del disturbo.

<sup>(6)</sup> Spiegel ha partecipato al Work Group per le Patologie Psichiatriche di Confini (Disturbi dell'Adattamento, Dissociativi, Fittizi, del Controllo degli Impulsi; Disturbi Somatoformi e Disturbi Mentali Dovuti a una Condizione Medica) durante la realizzazione del DSM-IV e del DSM-IV-TR (APA, 2004: XX, XXIII).

<sup>(7)</sup> Se i Freed (FREED S.A. - FREED R.S. 1964) e Obeyesekere (OBEYESEKERE G. 1984) interpretavano ancora la possessione accostandola all'isteria, Castillo (CASTILLO R.J. 1994a, 1994b) ha invece proposto di sostituire il modello dell'isteria con quello della dissociazione. Quest'ultimo, infatti, si adatterebbe a spiegare la possessione, evitando al contempo di imporre categorie diagnostiche occidentali. Tuttavia, asserendo che gli spiriti che possiedono un individuo possono essere equiparati alle personalità che si alternano nei casi di DID, Castillo ha creato un'analogia del tipo DID = malattia mentale = possessione spiritica, riproponendo così una semplicistica riduzione di un complesso culturale a una categoria psichiatrica occidentale. Anche Spiegel e Cardeña (SPIEGEL D. - CARDEÑA E. 1991) ritengono che la possessione incontrollata e involontaria sia un disturbo mentale molto simile al DID.

<sup>(8)</sup> Sembra che i mass media contribuiscano a dare del DID un'immagine fuorviante, poiché nella realtà i casi di DID non appaiono così clamorosi come quelli presentati nei film. Infatti la maggior parte dei pazienti tenderebbe a essere estremamente riservata circa i propri sintomi (GABBARD G.O. 2002), tanto che spesso solo il terapeuta e pochi intimi intorno al paziente sarebbero a conoscenza del disturbo (KENNY M.G. 1992). Inoltre non è ancora ben chiaro se, al di là delle diverse personalità, una coscienza superiore con una funzione di controllo permetta all'individuo di offrire all'esterno una definizione coerente del Sé, a dispetto delle amnesie dovute all'alternarsi delle distinte personalità. A questo proposito Spanos (SPANOS N.P. 1989) interpreta il DID, l'ipnosi e la possessione demoniaca come rappresentazioni di ruoli sociali complessi e culturalmente definiti che alcuni soggetti avrebbero appreso ad agire per evitare le proprie responsabilità (questo argomento spesso si ritrova anche per quanto concerne la possessione spiritica nei contesti etnografici). Le azioni di tali soggetti sarebbero dunque dirette a uno scopo, seppure mascherate dall'essere involontarie, pertanto sembrerebbe che gli individui ipnotizzati, i posseduti dal demone e i pazienti con DID non perdano effettivamente il controllo sul proprio comportamento: «al contrario, solo mantenendo il controllo comportamentale necessario a guidare le loro azioni in termini di prescrizioni di ruoli culturalmente definiti, [i pazienti con diagnosi di DID, i posseduti] possono presentare sé stessi in maniera convincente come vittime piuttosto che come i responsabili delle proprie azioni» (SPANOS N.P. 1989: 97 [traduz. mia, VS]).

<sup>(9)</sup> La ricerca condotta nel 1986 da Saxena e Prasad (SAXENA S. - PRASAD K.V.S.R. 1989) riportava i seguenti dati: su 63 pazienti il 90,3% rientrava nella sottocategoria dei Disturbi Atipici. Questo 90,3% fu poi ulteriormente suddiviso in un 80,6% cui fu diagnosticato un Disturbo Dissociativo semplice e in un 9,7% cui fu diagnosticato un Disturbo di possessione. Quest'ultimo disturbo veniva diagnosticato ricorrendo a sette criteri creati *ad hoc*. La percentuale indicata, 9,7%, già di per sé troppo esigua, deve essere comunque sottostimata. Infatti, i criteri utilizzati sono inadeguati, ad esempio la drammatizzazione nell'esecuzione rituale viene trattata con la massima disinvoltura come una delle condizioni principali per diagnosticare un disturbo mentale. Tuttavia, sappiamo che le cerimonie religiose che prevedono la possessione spiritica sono caratterizzate da una intrinseca teatralità, tant'è che molti antropologi proprio su questo aspetto hanno focalizzato la propria attenzione (LEIRIS M. 1958). Inoltre il riferimento alla teatralità – considerata una delle caratteristiche relative alla forma patologica di possessione – implica che la percentuale del 6% comprende anche individui che hanno esperito la trance di possessione in un contesto rituale. Un altro criterio contestabile (che tra l'altro si ritrova dopo anni di distanza anche nel DSM-IV-TR) è poi quello relativo all'amnesia posteriore all'evento. Tale criterio non tiene conto del fatto che in Cina, Corea e Giappone l'amnesia (anche quella parziale) non è un fenomeno riscontrabile in relazione alla possessione (KIM K-I. 1992). Per quanto riguarda il significato sociale della memoria, come pratica sia del ricordare, sia del dimenticare, si veda Kirmayer (KIRMAYER L.J. 1996) e Hacking (HACKING I. 1996).

<sup>(10)</sup> Alexander, Joseph, & Das (ALEXANDER P.J. - JOSEPH S. - DAS A. 1997) riportano che in India la sintomatologia dei pazienti non soddisfa quasi mai i criteri del DSM-IV e dell'ICD-10 né per i disturbi dissociativi specifici, né per il DTD (Disturbo da Trance Dissociativa), sia nella forma di disturbo dissociativo di trance, sia in quella di disturbo di trance da possessione. Riscontrano invece percentuali più alte di BDS (Brief Dissociative Stupor, una categoria da loro proposta); ciò nonostante ammettono onestamente che anche questa diagnosi si rivela problematica, poiché i sintomi solitamente oltrepassano i confini delle classificazioni psichiatriche.

<sup>(11)</sup> Lewis-Fernández (LEWIS-FERNÁNDEZ R. 1992) è consulente della Task Force sia per il Work Group sui Problemi Transculturali sia per le Patologie Psichiatriche di Confine (Disturbi Dissociativi, ecc.), nonché membro del sottogruppo – interno al Committee on Culture and Diagnosis – per la validità transculturale relativa alla classe dei Disturbi Dissociativi.

<sup>(12)</sup> L'uso del concetto di sindrome è criticabile come improprio perché la sintomatologia che definisce la possessione è quanto mai eterogenea e aspecifica, a meno che non si pensi un po' ingenuamente che i sintomi della possessione siano quelli osservabili durante la trance, in seguito al debito apprendistato dallo specialista. D'altra parte Lewis-Fernández così descrive le cosiddette sindromi: "Condizioni discrete già nelle società di provenienza, che si configurano comunemente 'in maniera descrittiva' come classi relativamente invariati di sintomi" (LEWIS-FERNÁNDEZ R. 1992: 301 [traduz. mia, VS]). Utilizzare un linguaggio culturalmente radicato nella tradizione europea del positivismo, cui la biopsichiatria è ancorata, rappresenta un'estensione impropria alle culture mediche "altre" di modalità che di fatto a queste non possono appartenere.

<sup>(13)</sup> I Criteri di Ricerca per il Disturbo da Trance Dissociativa, inclusi nell'Appendice B del DSM-IV-TR (APA, 2004: 830) sono equivalenti a quelli provvisori riproposti nell'Appendix A dalla "Transcultural Psychiatric Research Review", (vol. XXXIX, 1992: 300), tratti dal *DSM-IV Option Book*. Se confrontiamo i criteri provvisori con quelli effettivamente inseriti nel manuale, possiamo notare che non sono stati apportati cambiamenti rilevanti dalla prima versione a quella definitiva. Fanno eccezione alcune modifiche apportate all'organizzazione formale del testo, la denominazione del disturbo (*Trance and Possession Disorder* prima e Disturbo da Trance Dissociativa nella versione poi edita), e il criterio D, che nel DSM-IV aggiunge «una condizione medica generale» agli «effetti fisiologici indotti da sostanze» già indicati nella prima variante. Il Disturbo da Trance Dissociativa distingue la Trance (A) dalla Trance di Possessione (B).

<sup>(14)</sup> Durante la redazione del manuale, la Task Force per il DSM-IV aveva tra l'altro istituito un comitato di consulenza (i cui membri erano E. GRIFFITH - R. LITTLEWOOD - C. GONZÁLES - R.J. CASTILLO - R. LEWIS-FERNÁNDEZ) interno al Committee on Culture and Diagnosis, con lo scopo di sviluppare delle proposte che incrementassero il grado di fondatezza transculturale relativamente

alla sezione dei Disturbi Dissociativi. Ebbene, su un totale di 36 proposte avanzate dal suddetto comitato solo il 42% è stato poi incluso nel DSM-IV, mentre l'8% è stato sì incorporato ma in una forma troppo semplificata, e il 50% è stato scartato (LEWIS-FERNÁNDEZ R. 1998). In sintesi si può affermare che i compilatori del DSM non hanno permesso alcuna "intrusione" che alludesse criticamente all'universalità della nosografia nordamericana, alla genesi tutta occidentale e ai pregiudizi relativi ai Disturbi Dissociativi. Infatti sono stati misconosciuti tutti quei suggerimenti volti a inquadrare in una prospettiva antropologica la stessa nosografia nordamericana: il riferimento sia alla prevalenza del DID in Occidente, sia ai fattori culturali correlati alla costruzione dei contenuti delle personalità multiple; l'avvertenza che le relazioni tra il DID e il DTD devono ancora essere esplorate in maniera soddisfacente; la segnalazione circa il ruolo della cultura nell'interpretare alcune forme di depersonalizzazione come patologiche, e così via. Inoltre, non è stata riconosciuta la necessità di ricorrere alla consulenza di "cultural experts" per la diagnosi clinica, né sono state inserite le informazioni sulle varie funzioni sociali della possessione nelle diverse culture.

<sup>(15)</sup> L'adozione di un idioma modellato sulla terminologia medica stride con la necessità di usare espressioni mutuamente dal lessico colloquiale, o strettamente legate alla semantica delle emozioni: «sentimenti di svalutazione o di colpa», «triste, senza speranza, scoraggiato o 'giù di corda'» (APA 2004: 379). D'altra parte persino la terminologia che dovrebbe definire la gravità o meno del disturbo è spesso vaga e variamente interpretabile. Non necessariamente scorretto l'uso di vocaboli correnti, criticabile resta la contraddizione tra le pretese di scientificità e l'impossibilità di adeguamento al modello scientifico. La biopsichiatria infatti, proponendosi di compilare un manuale diagnostico *super partes*, dichiara di aver rinunciato con la pubblicazione del DSM-IV a una nosografia collegata all'eziologia. Tuttavia ciò costituisce senz'altro una sconfitta poiché, se la medicina ha incrementato la sua scientificità descrivendo le malattie in funzione delle loro cause, la psichiatria, pur tentando da sempre di legittimare la sua scientificità modellando il proprio linguaggio su quello medico, si è trovata di fronte all'impossibilità di connettere l'eziologia alla patologia. Una posizione coerente necessiterebbe che la cosiddetta soluzione nominalistica fosse accompagnata da un parallelo abbandono della pretesa di scientificità, dalla rinuncia da parte della psichiatria a riconoscersi (e a essere riconosciuta) come un ramo della medicina.

<sup>(16)</sup> Nell'isola di Mayotte, infatti, il riaffacciarsi di specifici spiriti, all'interno di una struttura di parentela caratterizzata dalla discendenza bilaterale, innescherebbe un processo di negoziazione delle identità degli spiriti stessi, che medierebbero i rapporti in linea verticale e orizzontale; il complesso della possessione contribuirebbe così a mantenere l'unità della famiglia nonostante il dinamico avvicinarsi dei singoli membri e delle loro scelte individuali. Oltretutto il complesso della possessione fornirebbe legami importanti per la definizione del sé - trascurata altrimenti dalla struttura di parentela - non tanto nel fornire norme di appartenenza, nel costruire confini, poiché la natura trascendente degli spiriti ricalcherebbe in qualche modo la flessibilità della struttura di parentela terrena, quanto nel guidare le scelte che l'individuo si troverebbe comunque a dovere operare nell'ambito delle relazioni interpersonali qualora non sia sostenuto da prescrizioni sociali (LAMBEEK M. 1980, 1988).

<sup>(17)</sup> ONG trae le citazioni [*corsivo mio*, VS] da CHEW, P.K. 1978, *How to handle hysterical factory workers*, "Occupational Health and Safety", vol. 47, n. 2: 50-53.

## Bibliografia

ALEXANDER, P.J. - JOSEPH, S. - DAS, A. (1997), *Limited utility of ICD-10 and DSM-IV classification of dissociative and conversion disorders in India*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n. 95, 1997, pp. 177-182.

ANDREASEN Nancy C. (1997), *Linking mind and brain in the study of mental illnesses: a project for a scientific psychopathology*, "Science", vol. 275, 1977, pp. 1586-1592. [http://www.iub.edu/~eeglal/articles/andreasen\\_1997.pdf](http://www.iub.edu/~eeglal/articles/andreasen_1997.pdf) (18 aprile 2004).

ANTZE Paul (1992), *Possession Trance and Multiple Personality: psychiatric disorders or idioms of distress?*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 319-323.

- APA (American Psychiatric Association) (2004 [2000]) *DSM-IV-TR* (ediz. ital.: *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 2004, Masson, Milano).
- BEHREND Heike - LUIG Ute (1999) *Spirit possession. Modernity and power in Africa*, Madison, The University of Wisconsin Press.
- BENEDUCE Roberto (2002), *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BENEDUCE Roberto - TALIANI Simona (2001) *Un paradosso ordinato. Possessione, corpi, migrazioni*, "Antropologia", anno I, n. 1 (numero monografico su *La possessione*), 2001, pp. 15-42.
- BODDY Janice (1988), *Spirits and selves in Northern Sudan: the cultural therapeutics of possession and trance*, "American Ethnologist", vol. 1, n. 1, 1988, pp. 4-27.
- BODDY Janice (1989a), *Wombs and alien spirits: women, men and the zar cult in northern Sudan*, The University of Wisconsin Press.
- BODDY Janice (1989b), *Spirit possession revisited: beyond instrumentality*, "Annual Review of Anthropology", n. 3, 1989, pp. 407-434.
- BODDY Janice (1992), *Comment on the proposed DSM-IV criteria for trance and possession disorder*, "Transcultural Psychiatric Research Review", vol. IV, n. 29, 1992, pp. 323-329.
- BOURGUIGNON Erika (1992), *The DSM-IV and cultural diversity*, "Transcultural Psychiatric Research Review", vol. IV, n. 29, 1992, pp. 330-332.
- CASTILLO Richard J. (1994a), *Spirit Possession in South Asia, dissociation or hysteria? Part 1. Theoretical background*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 18, 1994, pp. 1-21.
- CASTILLO Richard J. (1994b), *Spirit Possession in South Asia, dissociation or hysteria? Part 2. Case histories*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 18, 1994, pp. 141-162.
- CHANDRA SHEKAR C.R. (1989), *Possession Syndrome in India*, pp. 79-95, in Ward COLLEEN A. (curatore) *Altered states of consciousness and mental health. A cross-cultural perspective*, Sage, London.
- CLAUS Peter J. (1979), *Spirit possession and spirit mediumship from the perspective of Tulu oral traditions*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 3, 1979, pp. 29-52.
- COPPO Piero (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- CORIN Ellen (1998 [1978]), *Il rito zebola: la possessione come linguaggio in un contesto di cambiamento sociale*, pp. 269-299, in LANTERARI Vittorio - CIMINELLI Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori*, vol. II. *Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli.
- CRAPANZANO Vincent (1995 [1980]), *Tuhami. Ritratto di un uomo del Marocco*, traduz. dall'inglese di Maria Laura CASONE TOMBA, consulenza scientifica di Mariella PANDOLFI, Meltemi, Roma. [ediz. orig.: *Tuhami: portrait of a Moroccan*, University of Chicago Press, Chicago, 1980].
- CRAPANZANO Vincent - GARRISON Vivian (curatori) (1984 [1977]), *Case studies in spirit possession*, Wiley & Sons, London.
- DE MARTINO Ernesto (2003 [1948]), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: Einaudi, Torino, 1948].
- DE MARTINO Ernesto (2002 [1958]), *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*, introduzione di Clara GALLINI, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Morte e pianto rituale nel mondo antico: dal lamento pagano al pianto di Maria*, Boringhieri, Torino, 1958].
- DI PAOLA Furio (2000) *L'istituzione del male mentale. Critica dei fondamenti scientifici della psichiatria biologica*, Manifesto Libri, Roma.
- EGUCHI Shigeyuki (1991), *Between folk concepts of illness and psychiatric diagnosis: kitsune-tsuki (fox possession) in a mountain village of Western Japan*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 15, 1991, pp. 421-451.
- ELLENBERGER Henri F. 2001 [1976]), *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, [ristampa della I ediz. italiana Bollati Boringhieri, Torino, 1976], traduz. dall'inglese di Wanda BERTOLA - Ada CINATO - Fredi MAZZONE - Riccardo VALLA, Bollati Boringhieri, Torino. [ediz. orig.: *The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*, Basic Books, New York, 1970].

- ERDELYI Matthew Hugh (1994), *Dissociation, defense, and the uncounscious*, pp. 3-20, in SPIEGEL, D. (curatore), *Dissociation. Culture, mind and body*, American Psychiatry Press, Washington (DC).
- FREED Stanley A. - FREED Ruth S. (1964), *Spirit possession as illness in a North Indian village*, "Ethnology", n. 3, 1964, pp. 152-171.
- GABBARD Glen O. (2002), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- GOOD Byron J. (1996), *Culture and DSM-IV: diagnosis, knowledge and power*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 20, vol. II, 1996, pp. 127-132.
- HAMER John - HAMER Irene (1966), *Spirit possession and its socio-psychological implications among the Sidamo of Southwest Ethiopia*, "Ethnology", n. 5, 1966, pp. 329-408.
- HACKING Ian (1996), *Memory sciences, memory politics*, pp. 67-87, in ANTZE, P. - LAMBEK, M. (curatori), *Tense Past. Cultural essays in trauma and memory*, Routledge, New York.
- HARWOOD Alan (1977a), *Puertorican spiritism. Part 1. Description and analysis of an alternative psychotherapeutic approach*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 1, vol. I, 1997, pp. 69-95.
- HARWOOD Alan (1977b), *Puertorican spiritism. Part 2. An institution with preventive and therapeutic functions in community psychiatry*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 1, vol. I, 1977, pp. 135-153.
- HILGARD Ernest R. (1977), *Divided consciousness. Multiple controls in human thought and action*, John Wiley and Sons, New York.
- KENNEDY John G. (1967), *Nubian zar ceremonies as psychotherapy*, pp. 146-154, in LANDY D. (curatore), *Culture, disease, and healing. Studies in medical anthropology*, Macmillan, New York.
- KENNY Michael G. (1992), *Notes on proposed revisions of 'Dissociative Disorders' section of DSM-III-R*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 337-341.
- KHEOE Alice B. - GILETTI Dody H. (1981), *Women's preponderance in possession cults: the calcium deficiency hypothesis extended*, "American Anthropologist", n. 83, vol. III, 1981, pp. 549-61.
- KIHLSTROM John F. - GLISKY Martha L. - ANGIULO Michael J. (1994), *Dissociative tendencies and Dissociative Disorders*, "Journal of Abnormal Psychology", n. 103, vol. I, 1994, pp. 117-124.
- KIM Kwang-iel (1992), *Comment on DSM-IV criteria for trance and possession*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, pp. 341-342.
- KIRK Stuart A. - KUTCHINS Herb (1992), *The selling of DSM. The rhetoric of science in psychiatry*, Aldine de Gruyter, New York.
- KIRMAYER Laurence J. (1994), *Pacing the void: social and cultural dimensions of dissociation*, pp. 91-121, in SPIEGEL, D. (curatore), *Dissociation. Culture, mind and body*, American Psychiatry Press, Washington (DC).
- KIRMAYER Laurence J. (1996), *Landscape of memory. Trauma, narrative and dissociation*, pp.173-198, in ANTZE, P. - LAMBEK, M. (curatori) *Tense Past. Cultural essays in trauma and memory*, Routledge, New York.
- KIRMAYER Laurence J. (1998), *The fate of culture in DSM-IV*, "Transcultural Psychiatry", n. 35, vol. III, 1998, pp. 339-342.
- KRINGS Matthias (1999), *On history and language of the "European" bori spirits*, pp. 53-67, in BEHREND, H. - LUIG U. (curatori), *Spirit possession. Modernity and power in Africa*, The University of Wisconsin Press, Madison.
- KOSS-CHIOINO Joan D. (1992), *Possession/Trance and psychopathology: mismatched conceptual constructs*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 343-345.
- LAMBEK Michael (1980), *Spirits and spouses: possession as a system of communication among the Malagasy speakers of Mayotte*, "American Ethnologist", n. 7, vol. II, 1980, pp. 318-331.
- LAMBEK Michael (1988), *Spirit possession/spirit succession: aspects of social continuity among Malagasy speakers in Mayotte*, "American Ethnologist", n. 15, vol. IV, 1988, pp. 710-731.
- LAMBEK Michael (1989), *From disease to discourse. Remarks on the conceptualization of trance and spirit possession*, pp. 36-61, in WARD C.A. (curatore) *Altered states of consciousness and mental health. A cross-cultural perspective*, Sage, London.
- LAMBEK Michael (1992), *Discreteness or discretion?*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 345-347.

- LAMBEK Michael (1996), *The past imperfect: remembering as moral practice*, pp. 235-254, in ANTZE, P. - LAMBEK, M. (curatori), *Tense Past. Cultural essays in trauma and memory*, Routledge, New York.
- LAPASSADE Georges (1996), *Transe e dissociazione. Sensibili alle Foglie*, Roma.
- LEBRA William P. (1982), *Shaman-client interchange in Okinawa: performative stages in shamanic therapy*, pp. 303-315, in WHITE, G.M. - MARSELLA, A.J. (curatori), *Cultural conception of mental health and therapy*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- LEIRIS Michel (1988 [1958]), *La possessione e i suoi aspetti teatrali fra gli Etiopici di Gondar*, Ubulibri, Milano [ediz. orig.: *La possession et ses aspects théâtraux chez les Éthiopiens de Gondar*, 1958].
- LEVY Robert I. - MAGEO Jeannette Marie - HOWARD Alan (1996), *Gods, spirits and history. A theoretical perspective*, pp. 11-27, in MAGEO J.M. - HOWARD A. (curatori), *Spirits in culture, history, and mind*, Routledge, New York.
- LEWIS Ioan M. (1972 [1971]), *Le religioni estatiche. Studio antropologico sulla possessione spiritica e lo sciamanismo*, traduz. dall'inglese di Francesco CARDELLI, Casa Editrice Astrolabio - Ubaldini Editore, Roma [ediz. orig.: *Ecstatic religion. An anthropological study of spirit possession and shamanism*, Penguin Books, 1971].
- LEWIS Ioan M. (1993 [1986]), *Possessione, stregoneria, sciamanismo. Contesti religiosi nelle società tradizionali*, a cura di Vittorio LANTERNARI, traduz. dall'inglese di Annalisa DI NOLA, Liguori, Napoli [ediz. orig.: *Religion in context. Cult ad carisma*, Cambridge University Press, Cambridge, 1986].
- LEWIS-FERNÁNDEZ Roberto (1992), *The proposed DSM-IV Trance and Possession Disorder category: potential benefits and risks*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 301-317.
- LEWIS-FERNÁNDEZ Roberto (1998), *A cultural critique of the DSM-IV Dissociative Disorder Section*, "Transcultural Psychiatry", n. 35, vol. III, 1998, pp. 387-400.
- MAGEO Jeannette Marie (1991), *Ma'i Aitu: the cultural logic of possession in Samoa*, "Ethos", n. 19, 1991, pp. 352-383.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ Ángel (2000), *Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura*, pp. 249-273, in PERDIGUERO, E. - COMELLES, J.M. (curatori) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- MASQUELIER Adeline (1999), *The invention of anti-tradition. Dodo spirit in southern Niger*, pp. 34-49, in BEHREND H. - LUIG U. (curatori), *Spirit Possession. Modernity and power in Africa*, The University of Wisconsin Press, Madison.
- MESSING Simon D. (1958), *Group Therapy and Social Status in the Zar Cult of Ethiopia*, "American Anthropologist", n. 60, 1958, pp. 1120-26.
- MORSY Soheir (1978), *Sex roles, power, and illness in an Egyptian village*, "American Ethnologist", n. 5, 1978, pp. 137-150.
- MOSHER Loren R. (1998), *Letter of resignation from the American Psychiatric Association*. <http://www.nopazzia.it/LRMosher/dimissioni.htm> [<http://www.nopazzia.it/>], (10 marzo 2004).
- OBEYESEKERE Gananath (1984 [1977]), *Psychocultural Exegesis of a case of spirit possession in Sri Lanka*, pp. 235-294, in CRAPANZANO V. - GARRISON V. (curatori), *Case studies in spirit possession*, John Wiley & Sons, New York.
- ONG Aihwa (1988), *The production of possession: spirits and the multinational corporation in Malaysia*, "American Ethnologist", n. 15, vol. I, 1988, pp. 28-42.
- PERRY Campbell (1992), *Are Trance and Possession Disorder linked to high hypnotisability?*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 347-358.
- ROSENHAN David L. (1973), *On being sane in insane place*, "Science", n. 179, 1973, pp. 250-258.
- SAXENA Shekhar - PRASAD K.V.S.R. (1989), *DSM-III subclassification of Dissociative Disorder applied to psychiatric outpatients in India*, "American Journal of Psychiatry", n. 146, pp. 261-262.
- SCHEPER-HUGHES Nancy (2000 [1994]), *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, pp. 281-292, in BOROFKI R. (curatore), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma.

- SCHIRRIPA Pino (2001), *Di ahone. Pratiche della possessione tra gli Nzema del Ghana sud-occidentale*, "Antropologia", anno I, n. 1 (numero monografico su *La possessione*), 2001, pp. 77-98.
- SHACK William (1971), *Hunger, anxiety and ritual. Deprivation and spirit possession among the Gurage of Ethiopia*, "Man", n. 6, vol. I, 1971, pp. 30-43.
- SHARP Lesley A. (1993), *The possessed and dispossessed. Spirits, identity, and power in a Madagascar migrant town*, University of California Press, Berkeley.
- SHARP Lesley A. (1999), *The power of possession in Northwest Madagascar. Contesting colonial and national hegemonies*, pp.3-19, in BEHREND H. - LUIG U. (curatori), *Spirit possession. Modernity and power in Africa*, The University of Wisconsin Press, Madison.
- SPANOS Nicholas P. (1989), *Hypnosis, demonic possession, and multiple personality: strategic enactments and disavowals of responsibility for actions*, pp. 96-124, in WARD C.A. (curatore), *Altered states of consciousness and mental health. A cross-cultural perspective*, Sage, Newbury Park.
- SPIEGEL David (curatore) (1994), *Dissociation. Culture, mind and body*, American Psychiatry Press, Washington (DC).
- SPIEGEL David - CARDEÑA Etzel (1991), *Disintegrated experience: the Dissociative Disorders revisited*, "Journal of Abnormal Psychology", n. 100, vol. III, 1991, pp. 366-378.
- SPIEGEL David - VERMUTTEN Eric (1994), *Physiological correlates of hypnosis and dissociation*, pp.185-215, in SPIEGEL, D. (curatore), *Dissociation. Culture, mind and body*, American Psychiatry Press, Inc., Washington, D.C.
- STOLLER Paul (1984), *Horrific Comedy: cultural resistance and the Hauka movement in Niger*, "Ethos", n. 12, vol. II, 1984, pp. 165-88.
- STOLLER Paul (1989), *Stressing social change and Songhay possession*, pp. 267-284, in WARD C.A. (curatore), *Altered states of consciousness and mental health. A cross-cultural perspective*, Sage, London.
- SZASZ Thomas S. (1961), *The myth of mental illness*, "American Psychologist", n. 15, 1961, pp. 113-118.
- TAUSSIG Michael (1993), *Mimesis and alterity. A particular history of the senses*, Routledge, New York.
- WHISSON Michael G. (1964), *Some aspects of functional disorders among the Kenya Luo*, pp. 283-304, in KIEV A. (curatore), *Magic, faith and healing*, Free Press, Glencoe.
- WHITE Geoffrey M. - MARSELLA Anthony J. (1984 [1982]), *Introduction: cultural conceptions in mental health research and practice*, pp. 3-38, in WHITE G.M. - MARSELLA A.J. (curatori), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- WILSON Peter (1967), *Status ambiguity and spirit possession*, "Man", n. 2, 1967, pp. 366-378.
- YOUNG Allan (1975), *Why Amhara get kureynya sickness and possession in an Ethiopian zar cult*, "American Ethnologist" n. 2, 1975, pp. 567-584.
- YOUNG Allan (1977), *Order, analogy, and efficacy in Ethiopian medical divination*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 1, 1977, pp. 183-199.
- YOUNG Allan (1995), *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*, Princeton University Press, Princeton.

## Scheda dell'Autore

Valentina Salvati (Roma, 1976) si è laureata nel 2004 presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" con una tesi dal titolo *La possessione spiritica come disturbo dissociativo: l'inutilità di una classificazione*. Presso la stessa Università, nel 2007, ha conseguito il master "Immigrati e Rifugiati. Formazione, comunicazione e integrazione sociale". Presso la Società italiana di biosistemica, diretta dal professor Jerome Liss, si è diplomata come *counselor*.

## Riassunto

### *L'inserimento della possessione spiritica tra i Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati del DSM-IV-TR*

L'articolo offre una lettura critica dell'inserimento della possessione tra i Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati (DDNOS) del DSM-IV-TR. Si rintracciano le radici culturali della recente operazione tassonomica dell'APA nel nesso stabilitosi storicamente in Europa tra la dissociazione patologica e la possessione demoniaca; nella concezione di un sé monolitico e nel pregiudizio occidentale verso gli stati alterati di coscienza; nel pensiero della biopsichiatria organicista in relazione alla malattia mentale. Ragioni di altro ordine, nello specifico economiche e rappresentate dalla connivenza tra l'American Psychiatric Association e l'American Psychopharmacological Association, vengono solo accennate. Dopo avere illustrato, tramite l'analisi di tre diversi articoli, il percorso, ancorché scarno, che ha condotto alla presunta necessità di ordinare la possessione (*Possession Disorder, Transient Dissociative Disturbance, Trance and Possession Disorder*) in una classe di disturbi psichiatrici, si confrontano alcuni criteri individuati dai compilatori del DSM-IV-TR con esempi tratti dalla letteratura antropologica per evidenziare contraddizioni, imprecisioni e omissioni della Task Force che rendono il nuovo disturbo dissociativo inservibile.

## Résumé

### *L'insertion de la possession spirite parmi les Troubles Dissociatifs Non Spécifiés du DSM-IV-TR*

L'article offre une lecture critique de l'insertion de la possession parmi les Troubles Dissociatifs Non Spécifiés (DDNOS) du DSM-IV-TR. Les racines culturelles de l'opération taxonomique récente de l'APA se retrouvent dans le lien établi historiquement en Europe entre la dissociation pathologique et la possession démoniaque ; dans la conception d'un soi monolithique et dans le préjugé occidental envers les états altérés de conscience, dans la pensée de la bio-psychiatrie organiciste en relation avec la maladie mentale. Des raisons d'ordre différent, notamment économiques et représentées par la complicité entre l'American Psychiatric Association et l'American Psychopharmacological Association, ne sont qu'abordées. Après avoir illustré, par l'analyse de trois articles différents, le parcours, quoique pauvre, qui a conduit à la nécessité présumée d'ordonner la possession (*Possession Disorder, Transient Dissociative Disturbance, Trance and Possession Disorder*) dans une classe de troubles psychiatriques, nous confrontons certains critères reconnus par les compilateurs du DSM-IV-TR avec des exemples tirés de la littérature anthropologique pour mettre en évidence les contradictions, les imprécisions et les omissions de la Task Force qui rendent inutilisable le nouveau trouble dissociatif.

## Resumen

### *La inserción de la posesión espiritual entre los Trastornos Disociativos No Especificados de otra manera del DSM-IV-TR*

El artículo ofrece una lectura crítica sobre la inserción de la posesión entre los Trastornos Disociativos No Especificados de otra manera (DDNOS) del DSM-IV-TR. Se rastrean las raíces culturales de la operación taxonómica reciente del APA en el nexo establecido históricamente en Europa entre la disociación patológica y la posesión demoníaca; en la concepción de un sí monolítico y en el prejuicio occidental hacia los estados alterados de la conciencia; en el pensamiento de la biopsiquiatría organicista en relación a la enfermedad mental. Razones de otro orden, específicamente económicas y representadas por la complicidad entre la American Psychiatric Association y la American Psychopharmacological Association, son sólo señaladas. Después de ilustrar, a través del análisis de tres artículos diferentes, el trayecto, si bien pobre, que ha conducido a la presunta necesidad de ordenar la posesión (*Possession Disorder, Transient Dissociative Disturbance, Trance and Possession Disorder*) en una clase de disturbios psiquiátricos, se comparan algunos criterios individuados por los compiladores del DSM-IV-TR con ejemplos extraídos de la literatura antropológica para poner en evidencia contradicciones, imprecisiones y omisiones de la task force que rinden inservible el nuevo trastorno disociativo.

## Abstract

### *The insertion of spirit possession among the Dissociative Disorders Not Otherwise Specified of the DSM-IV-TR*

The article offers a critical reading of the insertion of possession among the Dissociative Disorders Not Otherwise Specified (DDNOS) of the DSM-IV-TR. It traces the cultural roots of the recent taxonomical operation by the APA to the linkage historically established in Europe between pathological dissociation and demonic possession; to the conception of a monolithic self and the western bias against altered states of consciousness; and to the thinking of organicist biopsychiatry in relation to mental illness. Reasons of another order, specifically economic and manifested in connivance between the American Psychiatric Association and the American Psychopharmacological Association, are only touched on here. After having illustrated, through analysis of three different articles, the path that, while superficial, led nonetheless to the presumed necessity of categorising possession (*Possession Disorder, Transient Dissociative Disturbance, Trance and Possession Disorder*) in a class of psychiatric disturbances, the article compares some criteria compiled by the DSM-IV-TR with examples taken from anthropological texts to highlight contradictions, inaccuracies and omissions of the Task Force that make the new dissociative disorder unserviceable.

Note 