



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MACERATA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE,
DEI BENI CULTURALI E DEL TURISMO

CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN HUMAN SCIENCES
Curriculum di Psychology of Communication and Cognitive Processes

CICLO XXVI

Risata e umorismo in un corpus di primi colloqui psicoterapeutici
ad orientamento cognitivo-comportamentale

RELATORE

Chiar.mo Prof. Carla Canestrari

DOTTORANDO

Dott. Alberto Dionigi

COORDINATORE

Chiar.mo Prof. Andrzej Zuczkowski

ANNO 2014

Ringraziamenti

Questo lavoro porta il mio nome in copertina, ma è stato possibile solo grazie al supporto e all'aiuto di persone specifiche. In primo luogo voglio ringraziare la Prof.ssa Carla Canestrari che per tutto il periodo di dottorato ha creduto in me e ha saputo indirizzarmi al meglio per quanto riguarda il mio ambito di ricerca. Il suo aiuto è stato fondamentale durante la stesura dell'elaborato: ringrazio per la pazienza nell'aver letto, corretto e reindirizzato il tutto. Senza di lei questo lavoro non avrebbe visto la luce. Un doveroso e sentito ringraziamento va al Prof. Andrzej Zuczkowski per i preziosi suggerimenti e indicazioni datemi durante tutto il corso dei tre anni e perché con la sua vitalità ha permesso di rallegrare i nostri incontri di dottorato. Un pensiero speciale va al gruppo di ricerca di Zurigo, dove ho effettuato il mio periodo di formazione all'estero, e dove ho davvero imparato tanto: grazie al Prof. Dr. Willibald Ruch, Jenny Hofmann e Tracey Platt. Grazie a Giovannantonio Forabosco, mentore e amico e pietra miliare del mio cammino nel campo della psicologia dell'umorismo. Un grazie di cuore va a Valentina, che mi ha fornito un grandissimo aiuto nella revisione dell'elaborato, mettendosi alla ricerca delle parole tormentone di ogni capitolo: ovviamente lei non è responsabile di alcun eventuale errore presente nella tesi. Grazie ad Alessandro, che fornendomi il materiale registrato dei suoi colloqui, ha reso possibile la realizzazione di questa tesi. Grazie ai miei amici di una vita, Toni, Filippo e Marco perché ci sono sempre e mi sopportano. Grazie a Giustina e Nando che sono dei genitori fantastici e non mi hanno mai fatto mancare nulla in vita mia. Ultimo ma non meno importante, anche perché come si suol dire il meglio viene alla fine, voglio ringraziare di cuore Paola per la pazienza mostrata nel gestire le mie nevrosi da "ultimo minuto" sapendo quando avvicinarsi per una coccola e quando starmi un po' più lontana per darmi modo di svolgere al meglio il mio lavoro. Grazie per aver accolto i miei timori, averli smussati, calmati. Non solo durante la scrittura di questa tesi, ma anche nella vita.

A tutte queste persone, grazie di cuore.

Alberto

INDICE

Introduzione	pag. 4
Capitolo 1. Umorismo e Risata	pag. 7
1.1. Risata e umorismo: due facce della stessa medaglia?	pag. 7
1.2. Le teorie dell'umorismo	pag. 8
1.2.1. Teoria del sollievo	pag. 9
1.2.2. Teoria della superiorità	pag. 10
1.2.3. Teorie dell'incongruità e risoluzione dell'incongruità	pag. 13
1.2.4. Dalla teoria degli Script alla General Theory of Verbal Humor	pag. 19
1.2.5. Teoria della salienza	pag. 22
1.3. Funzioni dell'umorismo: benefici ed effetti nocivi	pag. 22
1.4. La risata	pag. 24
Capitolo 2 Umorismo e psicoterapia	pag. 28
2.1. La relazione fra umorismo e psicoterapia	pag. 28
2.2. La psicoterapia cognitiva	pag. 29
2.2.1. Il primo colloquio	pag. 32
2.3. Le funzioni dell'umorismo in psicoterapia	pag. 33
2.3.1. Umorismo e assessment	pag. 35
2.3.2. Umorismo e alleanza terapeutica	pag. 37
2.3.3. L'umorismo come tecnica	pag. 39
2.4. Il ruolo distruttivo dell'umorismo in psicoterapia	pag. 41
2.5. Studi e ricerche	pag. 44
2.5.1. Applicazioni dell'umorismo in psicoterapia	pag. 44
2.5.2. Applicazioni dell'umorismo in psichiatria	pag. 45
Capitolo 3. Il ridere nelle interazioni	pag. 47
3.1. L'Analisi della conversazione	pag. 47
3.2. L'ordine conversazionale	pag. 49
3.2.1. Organizzazione complessiva	pag. 49
3.2.2. Organizzazione locale	pag. 49
3.3. Le applicazioni dell'Analisi Conversazionale	pag. 52
3.3.1. L'AC in psicoterapia	pag. 53
3.4. La risata nella conversazione	pag. 55
3.4.1. Risata di invito (invitation laughter)	pag. 56
3.4.2. Risata condivisa (shared laughter)	pag. 56
3.4.3. Risata e lamentela (complaint)	pag. 57
3.4.4. Particelle di aspirazione interpolate (IPA)	pag. 58
3.4.5. Tono ridente (smile voice)	pag. 59
3.4.6. Il sorriso	pag. 60
3.5. La risata nell'interazione medica	pag. 61
3.5.1. La risata come indicatore dell'asimmetria di ruoli	pag. 62
3.6. L'utilizzo dell'AC per indagare umorismo e risata in psicoterapia	pag. 63

Capitolo 4. Uno studio empirico. Metodologia	pag. 65
4.1. Ambito di ricerca	pag. 65
4.2. Scopo dello studio	pag. 66
4.3. Procedura	pag. 67
4.3.1. Partecipanti	pag. 67
4.3.2. Corpus e metodologia della ricerca	pag. 68
4.3.3. Trascrizione	pag. 69
4.3.4. Considerazioni etiche	pag. 71
Capitolo 5. Uno studio empirico. Risultati	pag. 72
5.1. Analisi qualitativa	pag. 72
5.1.1. Primo colloquio tra Paziente A e Terapeuta A	pag. 73
5.1.2. Primo colloquio tra Paziente B e Terapeuta A	pag. 89
5.1.3. Primo colloquio tra Paziente C Terapeuta B	pag. 94
5.1.4. Primo colloquio tra Paziente D e Terapeuta B	pag. 105
5.1.5. Primo colloquio tra Paziente E e Terapeuta A	pag. 123
5.1.6. Primo colloquio fra Paziente F e Terapeuta A	pag. 132
5.1.7. Primo colloquio fra Paziente G e Terapeuta A	pag. 141
5.1.8. Primo colloquio tra Paziente H e Terapeuta B	pag. 148
5.1.9. Sintesi dei risultati	pag. 156
5.2. Analisi Quantitativa	pag. 157
Capitolo 6. Uno studio empirico. Discussione	pag. 164
6.1. Risata, tono ridente e Particelle di Aspirazione Interpolate	pag. 164
6.2. Commenti umoristici	pag. 167
6.3. Dati quantitativi	pag. 169
6.4. Implicazioni del presente studio	pag. 170
6.5. Punti di forza, limiti e direzioni future di ricerca	pag. 171
6.6. Conclusioni	pag. 173
Bibliografia	pag. 174
Appendice	pag. 182

Introduzione

L'aspetto che più mi affascina e incuriosisce della psicologia dell'uomo è quello di comprendere e capire perché e di fronte a cose le persone ridano e sperimentino umorismo. Questa domanda era presente in me già durante la mia formazione universitaria, tant'è che per il conseguimento della laurea decisi di approfondire un tema di ricerca specifico, quello dell'umorismo come strategia per affrontare gli eventi stressanti e la sua relazione con il benessere individuale, discutendo così una tesi empirica dal titolo: "L'umorismo come strategia di coping: relazioni fra eventi di vita, adattamento psicologico e stili umoristici". Oramai, quasi un decennio è passato da tale ricerca, ed il mio percorso formativo è proseguito, sia nell'ambito della psicologia, che dell'umorismo. Quattro anni fa decisi di intraprendere l'iter per diventare psicoterapeuta cognitivo comportamentale presso la scuola "Studi Cognitivi" di Modena e con grande stupore mi resi conto che l'utilizzo dell'umorismo in psicoterapia è un ambito tuttora praticamente inesplorato. Se da un lato sono numerosi i contributi teorici da parte di esponenti che si pongono trasversalmente riguardo agli orientamenti psicoterapici esistenti, dall'altro vi è una scarsità di studi empirici che indagano la presenza, la funzione e l'utilizzo della risata e dell'umorismo in psicoterapia. Tale scarsità si accentua andando a cercare studi condotti in ambito cognitivo-comportamentale, in cui non è stato praticamente realizzato alcunché. È stato poi con l'opportunità offerta dal Dottorato di Ricerca in *Psychology of Communication and Cognitive Processes* dell'Università di Macerata che ho deciso di approfondire tale tema.

Come detto, la maggior parte dei contributi scritti per quanto riguarda l'umorismo ed il ridere in psicoterapia sono di carattere teorico. Inoltre, gli studi che hanno approfondito la loro presenza empiricamente, hanno indagato l'argomento avvalendosi di una varietà di metodologie e terminologie che spesso ne rendono difficile la comparazione. Alla luce della mia pratica clinica e dei bisogni effettivi riscontrati in psicoterapia cognitivo-comportamentale, nonché dell'approccio metodologico utilizzato durante il percorso di dottorato, ho deciso di studiare l'uso, le funzioni e le modalità cui umorismo e risata compaiono in psicoterapia, attraverso un approccio metodologico misto, sia qualitativo che quantitativo. L'approccio qualitativo è stato basato sull'analisi della conversazione (AC) che rappresenta una metodologia specifica volta a descrivere e spiegare le competenze che i parlanti usano e a cui fanno riferimento quando partecipano a un'interazione socialmente organizzata. Attraverso l'AC si cerca di identificare gli aspetti sistematicamente ordinati del parlato e di capire in che modo, cioè attraverso quali procedure, quest'ordine è raggiunto, apprezzato e usato, nel corso dell'interazione, dai parlanti stessi. Personalmente, credo che questo approccio sia particolarmente indicato per lo studio

delle sedute di psicoterapia, specialmente quelle che utilizzano un approccio “attivo” come quelle di terapia cognitivo-comportamentale. In psicoterapia cognitivo-comportamentale (TCC), infatti, il terapeuta utilizza un approccio maiuetico, in cui sospende il proprio giudizio e si pone in una posizione di ascolto non interpretativo. È poi in un secondo momento, che egli cerca di mettere in ordine quanto ascoltato, e se del caso, proporre ipotesi che vengono sempre e comunque discusse con il paziente. Si nota come oltre ad un approccio “attivo”, la TCC si basa su una continua contrattazione degli scopi fra terapeuta e paziente. L’approccio quantitativo, invece, permette la possibilità di descrivere e vedere come si comportano i fenomeni, dando la possibilità di fare previsioni che possano essere ampliate dal campione di riferimento alla popolazione generale. Per fare ciò mi sono avvalso dell’approccio teorico metodologico della statistica psicometrica.

Per quanto concerne lo studio di sedute di psicoterapia, in letteratura sono presenti diversi contributi che utilizzano l’applicazione dell’AC a sedute di psicoterapia (ad esempio, Peräkylä et al., 2008) e in riferimento all’ambito italiano, due ricercatori specifici hanno condotto parte dei loro studi utilizzando il metodo dell’AC a sedute di psicoterapia ad approccio cognitivo costruttivista post razionalista (ad esempio, Bercelli & Lenzi, 2010). Tale orientamento, che appartiene alla grande famiglia degli orientamenti cognitivi, sebbene si differenzi da quello da me intrapreso, è stato utile per potermi confrontare e prendere spunto. Per quanto riguarda gli studi specifici dell’umorismo in psicoterapia utilizzando l’AC, vi è davvero una scarsità di pubblicazioni ufficiali, tuttavia un’approfondita rassegna bibliografica ha mostrato come altri terapeuti prima di me hanno posto la loro attenzione su questo tema. Kevin Meyer, dell’università dell’Ohio State (USA), nel 2007 ha condotto uno studio su per valutare il ruolo dell’umorismo per favorire l’alleanza terapeutica su un campione di 40 coppie (marito e moglie) e otto terapeuti; Joshua Gregson nel 2009 ha discusso la sua tesi di dottorato presso la McAnulty College and Graduate School of Liberal Arts (USA) presentando una ricerca condotta su un corpus di sette sessioni di psicoterapia, provenienti da un campione di cinque coppie terapeuta-paziente: obiettivo della sua tesi è stato quello di indagare l’utilizzo dell’umorismo da parte di terapeuti e pazienti. Sempre nello stesso anno, Sarah Jeffrey dell’università di Hertfordshire (UK), ha discusso la sua tesi di dottorato presentando uno studio in cui ha applicato l’AC a tre sedute di psicoterapia individuale per valutare l’utilizzo e le funzioni dell’umorismo sia da parte del paziente che del terapeuta.

La scarsità di studi presenti, è stato un fattore incentivante per approfondire tale tema, anche mosso dalla convinzione che i risultati ottenuti nella mia tesi di dottorato possano aggiungere conoscenza specifica utile non solo per la comunità scientifica, ma anche per i

miei colleghi psicoterapeuti. Il lavoro è strutturato in due parti: la prima, teorica, in cui vengono presentati gli aspetti di base di questa ricerca: l'umorismo e la risata. Nel primo capitolo vengono passate in rassegna le definizioni, distinzioni, funzioni e ruoli di questi due costrutti, soffermandosi nello specifico sulle teorie dell'umorismo. Nel secondo capitolo viene introdotto l'utilizzo dell'umorismo in psicoterapia: dopo una prima definizione teorica dell'ambito della psicoterapia, con relativo approfondimento del primo colloquio (visto l'ambito specifico del presente studio), viene data una panoramica delle funzioni, nonché dei pregi e limiti dell'utilizzo dell'umorismo in psicoterapia. Nel terzo capitolo, l'attenzione è posta specificatamente sul fenomeno della risata, con particolare attenzione all'approccio metodologico dell'analisi della conversazione: dopo una prima parte in cui viene spiegata cosa è l'AC, si passa alla disanima degli studi che hanno visto la sua applicazione per definire il fenomeno della risata, per poi soffermarsi sull'utilizzo dell'AC in contesti istituzionali quali le interazioni fra medico e paziente, e terapeuta e paziente.

La seconda parte del lavoro è dedicata alla ricerca. Nel quarto capitolo vengono presentati gli aspetti metodologici (obiettivi e ipotesi, descrizione dei partecipanti, raccolta dei dati e sistema di trascrizione utilizzato). Successivamente, nel quinto capitolo, vengono presentati i risultati. Dopo aver ascoltato le registrazioni provenienti da otto prime sedute, si è passati ad un primo lavoro di analisi del materiale raccolto. Ciò ha permesso di osservare il fenomeno del risibile (risate, particelle di risate, tono ridente e interventi umoristici): solo tali frammenti sono stati trascritti utilizzando il sistema jeffersoniano. Il secondo step è consistito nell'analisi approfondita di tali trascritti, portando così alla realizzazione dell'analisi qualitativa e quantitativa dei dati. Infine, nel sesto capitolo, si riconducono i risultati ai lavori compiuti precedentemente e si discutono le possibili applicazioni e gli sviluppi di tale studio, soffermandosi sui punti di forza e di debolezza di questo studio, presentando, infine, futuri sviluppi della ricerca in questo ambito.

1. Umore e risata

1.1. Risata e umore: due facce della stessa medaglia?

L'umorismo rappresenta uno degli elementi fondamentali della psicologia dell'uomo: la sua presenza nella vita quotidiana appare molto importante, tanto da essere ritenuta in grado di migliorare il benessere emotivo e fisico (Martin, 2004) e probabilmente non esiste aspetto della vita quotidiana in cui esso non sia presente. Tuttavia, nonostante il ruolo fondamentale che l'umorismo ricopre, rimangono ancora aperte molte questioni che ben sottolineano la complessità di questo tema. Innanzitutto, riuscire a dare una definizione unica e precisa di tale costrutto, nonché definire con precisione il suo dominio, appare un compito assai arduo, vista la variabilità delle forme in cui compare (ad esempio ironia, sarcasmo, divertimento, ecc.), delle espressioni linguistiche (ad esempio barzelletta, indovinello, vignetta) e le varie finalità che si pone (ad esempio il divertimento e la derisione). Fornire una definizione univoca di fronte a tale complessità significa tenere in considerazione soltanto alcuni aspetti tralasciandone inevitabilmente altri. Basti pensare che Paul McGhee (2010), per identificare il senso dell'umorismo, fa riferimento ad altri specifici aspetti quali la giocosità (playfulness), l'apprezzamento dell'umorismo, il ridere, il saper trovare l'umorismo nella vita quotidiana, la capacità di ridere di se stessi e sotto stress.

Piuttosto che come un unico costrutto, quindi, l'umorismo può essere inteso come composto da numerosi aspetti: ognuno di essi rappresenta un elemento importante che preso singolarmente porterebbe ad una eccessiva specificità tralasciandone altre dimensioni importanti. Per tale motivo, la letteratura identifica il termine *umorismo* (o meglio, il termine inglese *humour o humor*) come un termine generale che ne racchiude tutte le possibili sfaccettature. Inoltre, l'umorismo ricopre un'importante funzione per la psicologia individuale: recentemente esso è stato annoverato come uno dei 24 punti di forza del carattere che è in grado di promuovere il benessere personale (Peterson & Seligman, 2004). Tuttavia, questa categorizzazione prende in considerazione unicamente la connotazione positiva dell'umorismo e la relazione che esso ha con le emozioni positive (Ruch, 2008).

Un aspetto che viene spesso confuso con l'umorismo è quello della risata: per diverso tempo lo studio empirico ha fatto coincidere i due termini, vedendo la seconda come strettamente connessa con il primo. La risata rappresenta un arcaico segnale comunicativo di grande rilevanza per le interazioni sociali (Panksepp, 2000) e viene definita come un distintivo e

stereotipato pattern di vocalizzazione dal suono inconfondibile e facilmente riconoscibile (Provine & Yong, 1991). Ridere è un processo fisiologico ben descritto che si traduce in una gamma limitata di suoni che è possibile solo per i bipedi (Provine & Yong, 1991). Tuttavia, anche la risata rappresenta un elemento di non facile generalizzazione, in quanto esistono diverse tipologie di risata (ad esempio, la risata genuina e quella fittizia, cioè riprodotta volontariamente, oppure la risata sarcastica, quella ironica e così via).

Lo scopo di questi primi tre capitoli è quello di dare un miglior inquadramento del fenomeno dell'umorismo e del ridere, sia in termini generali, sia per ciò che concerne l'ambito di indagine del presente studio: la psicoterapia. Nel primo capitolo verranno definiti i meccanismi dell'umorismo e le sue funzioni tramite una rassegna delle teorie che si sono dimostrate di maggiore interesse e che hanno maggiormente influenzato la ricerca in questo campo. In seguito, nel secondo capitolo, verranno presentate potenzialità e rischi dell'utilizzo in psicoterapia. Il terzo capitolo sarà invece dedicato alla comprensione della risata, che non solo rappresenta la manifestazione comportamentale dell'umorismo, ma anche un prezioso indicatore emotivo e relazionale.

1.2. Le teorie dell'umorismo

Uno degli aspetti principali nello studio dell'umorismo consiste non solo nella sua identificazione, ma anche nella comprensione della sua composizione, rispondendo a domande quali: perché ridiamo? Che cos'è l'umorismo? A cosa serve? A partire dall'inizio del secolo scorso vi è stato un considerevole aumento d'interesse da parte della comunità scientifica, e non solo, riguardo a questo costrutto. Ad oggi, per quanto riguarda i paradigmi teorici, la classificazione che viene solitamente utilizzata ne identifica tre di maggiore interesse in ambito psicologico: teoria del sollievo, teoria della superiorità e teoria dell'incongruità (Ruch, 2008). Sebbene tale categorizzazione sia quella universalmente accettata, allo stato attuale sarebbero oltre cento le teorie postulate (Foot & McCreaddie, 2006). Ad esempio, Patricia Keith-Spiegel (1972) ha individuato otto teorie principali che hanno influito e continuano a influire nell'ambito della ricerca scientifica. Esse sono state denominate: biologica, superiorità, incongruenza, sorpresa, ambivalenza, rilascio, configurazione e psicoanalitica. Di seguito vengono brevemente presentate le tre che si sono dimostrate di maggiore interesse per lo sviluppo della ricerca mondiale (Ruch, 2008).

1.2.1. Teoria del sollievo

Una delle più importanti teorie dell'umorismo è quella del sollievo, che afferma che l'umorismo abbia una funzione di liberazione. La teoria del sollievo comparve per la prima volta intorno al diciottesimo secolo, soffermandosi innanzitutto sul fenomeno della risata, specialmente in relazione al sistema nervoso: già allora, la scienza medica era a conoscenza della relazione fra cervello, organi di senso e nervi. Secondo le conoscenze dell'epoca, i nervi avevano la funzione di trasportare particelle di gas e sangue, dando le basi a quello che verrà poi definito "sistema idraulico". Fu poi Sigmund Freud a prendere spunto da tale visione per dare vita alla teoria psicoanalitica dell'umorismo, che ancora oggi viene riconosciuta come la più importante in tale ambito, tanto da avere influenzato in maniera significativa la ricerca del secolo scorso (Martin, 2010).

La teoria psicoanalitica venne divulgata da Freud nel testo "Il motto di spirito e il suo rapporto con l'inconscio" del 1905 e ripresa successivamente in un breve articolo intitolato "Humor" (Freud, 1928) in cui esprime la sua teoria secondo la quale impulsi sessuali e aggressivi relegati nell'inconscio creano un accumulo di energia che viene rilasciata in maniera improvvisa, attraverso la risata, portando ad una sensazione di sollievo. Attraverso l'umorismo il soggetto sarebbe in grado di esprimere contenuti inibiti e relegati nell'inconscio in un modo accettabile e tollerato. Il piacere che accompagna il riso sarebbe dato dal fatto che l'individuo riesce a comunicare al suo interlocutore il proprio carico libidico e aggressivo in maniera consona e accettata. Il risparmio di energia psichica deriva dal fatto che essa non è impiegata nella repressione ma viene scaricata attraverso la risata. Freud distingue tre differenti tipi o categorie di fenomeni legati al ridere: il motto di spirito, il comico e l'umorismo. Ognuno di essi dissipa l'energia psichica sotto forma di risata in maniera differente. Riprendendo quanto detto da Freud (1928) l'umorismo rappresenterebbe la vittoria del principio del piacere. L'ego è solitamente sottomesso al principio di realtà e ha la funzione di modificare gli impulsi che lo spingono a cercare piacere. La battuta umoristica ha così la funzione di liberare le tendenze aggressive, in cui il super ego tratta l'ego con amorevolezza e senza l'abituale severità.

Secondo Freud l'umorismo, così come l'arguzia e la comicità, fungono da elementi liberatori. Esso possiede anche una componente di bellezza e di elevazione che manca negli altri due costrutti, mostrando così un trionfo narcisistico chiara dichiarazione da parte dell'ego della sua invulnerabilità. Freud non rappresenta l'unico psicoanalista che si è interessato al fenomeno del comico. Lacan vedeva l'umorismo come un importante strumento al servizio

degli individui per sviluppare la capacità di indirizzare le limitazioni imposte dalla società e dalla moralità (Lacan, 1997). Tuttavia, fu la teoria freudiana ad ottenere il maggiore interessamento da parte della comunità scientifica, sebbene la concezione del sistema idraulico ed il meccanismo inconscio, che permette a repressi inconsci di venire alla coscienza attraverso l'umorismo, siano stati oggetto di critica da parte di numerosi teorici (ad esempio, Morreall, 2009). Uno degli aspetti che viene messo in discussione è che spesso barzellette e gag comiche vengono scritte a tavolino da comici o autori professionisti che si avvicinano consapevolmente a tale compito, vanificando così la spiegazione inconscia. Anche il riferimento al sistema idraulico, che permetterebbe il rilascio di energia nervosa, sembra problematico. Tale teorizzazione appare di difficile falsificazione empirica. Inoltre, secondo la teoria psicoanalitica dell'umorismo le persone che apprezzano maggiormente un umorismo di tipo sessuale e aggressivo dovrebbero mostrare una maggiore tendenza a sopprimere gli impulsi sessuali e aggressivi (Freud, 1905). Tuttavia, diversi studi (ad esempio Eysenck, 1942) hanno mostrato la fallacia di tali assunti teorici: le persone che danno libero sfogo ai propri impulsi sessuali ed aggressivi sono quelle che apprezzano maggiormente un analogo tipo di umorismo, mostrando una tendenza contraria a quanto postulato teoricamente. Inoltre, tale teoria non spiega altri tipi di umorismo come quello logico, che comprende semplici giochi di parole in cui non ci sono riferimenti sessuali o aggressivi, come mostra l'esempio sottostante:

La faccia di un bambino può dire tutto. Specialmente la sua bocca.

Ciò nonostante, uno degli elementi che ha portato tale teorizzazione ad occupare un posto di rilievo è quello che ha avuto il merito di spiegare alcuni aspetti fondamentali riguardanti l'umorismo, quali la predominanza di temi sessuali ed aggressivi. Tuttavia, nel corso degli anni, i ricercatori hanno abbandonato lo studio di questa teoria, soffermandosi maggiormente su altri elementi alla base dei meccanismi umoristici.

1.2.2. Teoria della superiorità

Tra gli aspetti che rivestono un ruolo importante nell'umorismo, l'aggressività è in primo piano, perché essa si manifesta in maniera ricorrente, sia in maniera esplicita che implicita. Tale presenza viene spiegata dalla teoria della superiorità: attraverso commenti umoristici aggressivi le persone hanno la possibilità di deridere gli altri, in modo da sentirsi superiori

(Grotjahn, 1957; Gruner, 1997; Morreall, 2009). Tale teoria venne affermata dal filosofo inglese Thomas Hobbes, nel XVII secolo, secondo il quale la risata rappresenterebbe un improvviso gloriarsi (*sudden glory*), a seguito della percezione di superiorità che viene provata sia nel confronto con le debolezze altrui sia con le nostre stesse mancanze, ora colmate (Hobbes, 1650). L'umorismo scaturirebbe da un sentimento di superiorità a seguito della derisione di un'altra persona o anche di noi stessi, se riferita ai nostri (passati) errori. La funzione dell'umorismo sarebbe quindi quella di sottolineare errori e debolezze in modo da aumentare la visione di sé confrontata con l'oggetto del commento umoristico. Tale visione era già stata presa in considerazione da Aristotele, che sottolineava come il confrontarsi con un bersaglio, utilizzando l'umorismo, fosse accompagnato da sentimenti di accresciuta autostima e sicurezza. Più recentemente, Bergson (1961) descrisse il comico come una sorta di "castigo sociale" con cui la comunità individua, respinge e corregge una serie di atteggiamenti percepiti come contrari allo "slancio vitale" (*élan vital*) con cui s'identifica la vita stessa. Poiché l'umorismo si esplica per la maggior parte con sentimenti aggressivi, l'aggressività è dunque in grado di spiegare tale costrutto. Spesso si ride *di* qualcuno, piuttosto che *con* qualcuno, soprattutto se il bersaglio del commento umoristico viene percepito come diverso (in qualche aspetto) e quindi lontano da noi. In questo modo l'umorismo, specialmente nel contesto sociale, ha a che fare con l'appartenenza ad un gruppo sociale. Di seguito viene ripresa una barzelletta che ben evidenzia la componente aggressiva verso una categoria ben definita (gli avvocati).

Quattro chirurghi stavano discutendo del proprio lavoro durante una pausa caffè.

Uno di loro disse "Credo che i contabili siano le persone più facili da operare. Li apri, e tutto dentro di loro è numerato."

Il secondo disse: "Io credo che i bibliotecari siano i più facili da operare. Li apri, e tutto dentro di loro è in ordine alfabetico."

Il terzo prese parola e disse: "Io preferisco operare gli elettricisti. Li apri e tutto dentro di loro è ordinato in base al colore."

A quel punto, il quarto prese parole e disse: "Io preferisco operare gli avvocati. Sono privi di cuore, senza spina dorsale e le loro teste sono interscambiabili con i loro organi riproduttivi."

La teoria della superiorità ha avuto numerosi estimatori nel corso degli anni: secondo alcuni di questi autori l'umorismo permetterebbe di superare in modo originale gli ostacoli cui ci si

trova di fronte; attraverso il riso è possibile correggere quei comportamenti che metterebbero in pericolo la sopravvivenza della specie. Tale visione è stata ripresa ed ampliata recentemente da Gruner (1997) che vede l'umorismo come una giocosa aggressione. Egli basa la sua teoria su una prospettiva evolucionistica, secondo la quale l'aggressività e la competizione sono le caratteristiche più importanti per favorire l'evoluzione della specie. Partendo da una concezione evolutiva, egli si sofferma sugli scontri che i maschi di diverse specie attuano allo scopo di controllare il territorio. Secondo tale prospettiva, l'energia fisica ed emotiva alla base dello scontro viene scaricata attraverso un "boato di trionfo" volto a manifestare la vittoria sul nemico e comunicare al branco l'esito della contesa. In questo senso l'umorismo assomiglia ai giochi fisici che i cuccioli di molte specie (compreso l'uomo) praticano come forma di esercizio per prepararsi alle dinamiche sociali della vita da adulti. Con l'evoluzione del linguaggio, è emersa una nuova forma di aggressione, quella verbale, sia in forma aperta che celata. Il divertimento può ora essere provato anche creando commenti atti a ridicolizzare e svilire, tant'è che questa modalità appare chiaramente quando si ride delle debolezze altrui e di chi percepiamo diverso o inferiore rispetto a noi. L'aggressività si sarebbe quindi spostata dal piano fisico a quello simbolico verbale, e questo avrebbe contribuito allo sviluppo del pensiero astratto, grazie allo sforzo intellettuale conseguente alla comprensione di una barzelletta o scenetta divertente (Gruner, 1997). Grazie a questa rivalutazione evolucionistica, anche forme di umorismo innocenti, quali semplici indovinelli o giochi di parole, possono essere spiegati dalla teoria della superiorità: essi non sarebbero altro che un "duello di arguzia", in cui gli individui mostrano la loro superiorità intellettuale. Inserire commenti umoristici nella conversazione servirebbe al parlante per ribadire la sua superiorità intellettuale e per renderla evidente a tutti. Questa visione spiegherebbe i mormorii di chi non ha saputo rispondere correttamente ad un indovinello o comprendere un gioco di parole, quali ammissione di inferiorità. Secondo quanto affermato da Gruner, ogni commento umoristico sarebbe basato sull'aggressività: questo rappresenta il primo fondamentale aspetto per poter definire un qualsiasi materiale umoristico.

Secondo Gruner vi sarebbe un altro aspetto importante: l'elemento sorpresa. Se una barzelletta o un testo è troppo prevedibile, questo non provoca divertimento: per essere divertente, uno stimolo deve essere inatteso. Attraverso la simultanea presenza di questi due elementi, tale teorizzazione pretende di spiegare qualsiasi stimolo umoristico (Gruner, 1997). Tuttavia, sono diverse le critiche emerse nel corso degli anni: in primis, che non tutte le situazioni comprendenti questi elementi sono divertenti, per questo motivo sarebbe necessario approfondire ulteriori criteri di definizione. Ad esempio, l'effetto sorpresa è facilmente

criticabile: uno stimolo, presentato più volte, può continuare ad essere percepito come divertente. Un esempio classico è dato dal rivedere un film o un telefilm e continuare a riderne, sebbene non sia presente l'elemento sorpresa. Un ulteriore aspetto critico sarebbe dato dall'umorismo di auto-disapprovazione, a cui Gruner risponde riprendendo quanto già asserito da Hobbes: anche questa teoria vede il ridere delle proprie passate stupidità come una strategia per sentirsi superiori rispetto a come si era in passato e ora non si è più. Tuttavia, se l'evento si riferisce alla situazione presente, essendo gli esseri umani dotati di diverse "parti", anche contraddittorie, sarebbe una "parte" di noi stessi a ridere dell'altra, dando la possibilità di accettarci (Gruner, 1997). Assumendo tale prospettiva, l'umorismo sarebbe un'affermazione perentoria del sé: l'individuo dotato di senso dell'umorismo avrebbe la capacità di imporsi su situazioni che possono minacciare il suo benessere. Inoltre, siccome ogni individuo possiede caratteristiche personali spesso in conflitto fra loro, il senso dell'umorismo permetterebbe di bilanciare questi aspetti.

Nonostante l'utilizzo dell'umorismo aggressivo possa portare a vivere un sentimento di benessere personale, questo può essere controbilanciato dagli effetti negativi sulle relazioni sociali. Un interessante studio (Ruch & Hehl, 1998) ha indagato quali fattori fossero importanti per apprezzare uno stimolo come divertente, attraverso lo studio di barzellette e vignette umoristiche. I ricercatori trovarono tre fattori specifici: uno riferito al contenuto (temi sessuali) e due riferiti alla struttura (definiti Incongruità-Risoluzione e nonsense). Questa indagine mostrò che, diversamente da quanto affermato fino ad allora, l'aggressività non aveva un ruolo chiaramente definito nell'apprezzamento di uno stimolo umoristico. Ruch e Hehl, nel loro studio, inclusero numerose barzellette e vignette umoristiche con temi ostili e aggressivi, tuttavia le analisi statistiche condotte mostrarono che, piuttosto che creare un fattore unidimensionale, l'aggressività si separava sui fattori strutturali, suggerendo che l'ostilità non rappresenta un elemento saliente per la percezione di umorismo.

1.2.3. Teorie dell'incongruità e risoluzione dell'incongruità

Le teorie finora presentate mettono in evidenza il contenuto e lo scopo della battuta umoristica, lasciando in secondo piano il ruolo del processo cognitivo attivato per comprenderla. Ad esempio, la teoria della superiorità offre una spiegazione su come atteggiamenti negativi od ostili possano essere espressi attraverso l'umorismo. Tuttavia, Suls (1977) notava come anche stimoli in cui sia presente l'umorismo aggressivo abbiano una

struttura comune alle altre: Incongruità-Risoluzione. Come già indicato dalla denominazione, questa teoria sostiene che, affinché vi sia umorismo, è necessaria la percezione di un'incongruità, di qualcosa differente da ciò che noi ci aspettiamo. Analizzando gli elementi cognitivi coinvolti nella percezione dell'umorismo, Eysenck (1942) introdusse la concezione di humour come una sorta di problem solving intellettuale: secondo questo autore la risata scaturirebbe dalla simultanea percezione e integrazione di due idee, atteggiamenti o sentimenti contraddittori: affinché vi sia umorismo è necessario che le due posizioni vengano sperimentate in maniera oggettiva (Eysenck, 1942). Anche Koestler (1964) affermava che alla base del ridere vi è la simultanea percezione di una situazione o di un'idea da due prospettive inizialmente inconciliabili. Egli ha identificato un termine ben preciso per descrivere l'operazione che riunisce due schemi di riferimento, ossia contesti associativi o strutture di ragionamento, che sarebbero normalmente considerati incompatibili: tale meccanismo prende il nome di "bisociazione". In un'ulteriore concettualizzazione, l'umorismo è spiegato dalla percezione di due o più circostanze tra loro incoerenti o incongrue, considerate come unite in un complesso oggetto o capaci di acquisire una sorta di mutua relazione, nella maniera peculiare in cui la mente prende atto di esso (Beattie, 1779). La percezione simultanea di due schemi o idee tra loro ambigue è possibile perché nel pensiero umoristico, al contrario di quello logico-razionale, uno stesso evento può assumere due significati diversi, può essere e non essere nello stesso momento (Mulkay, 1988). Sarebbe, quindi, la simultanea attivazione di due percezioni contraddittorie riferite allo stesso evento od oggetto a scatenare l'umorismo.

Uno dei problemi di questa teoria è che non tutti gli autori utilizzano lo stesso significato per riferirsi al termine "incongruità". Ad esempio, Forabosco (1992) ha notato come tale parola racchiude in sé molte delle possibili forme affini quali ad esempio "contrasto, ambiguità, dissonanza, discrepanza". Lo studio dei processi cognitivi alla base della percezione dell'umorismo è notevolmente aumentato verso gli anni settanta, grazie anche all'interessamento della psicologia cognitiva, dando vita a due teorizzazioni in merito al ruolo dell'incongruità nell'umorismo: una descrive l'umorismo come un processo a due stadi, denominati percezione dell'incongruità e risoluzione dell'incongruità, mentre l'altra considera la sola incongruità come condizione necessaria per generare umorismo. Di seguito vengono presentati i due modelli.

Il modello della risoluzione dell'incongruità (modello bifasico)

Tale modello individua nella percezione dell'incongruità e nell'elaborazione della sua risoluzione i processi fondamentali per la comprensione dell'umorismo. Secondo il modello della risoluzione dell'incongruità (I-R), dato uno stimolo umoristico è possibile individuare due momenti cronologicamente successivi. Il soggetto, ascoltando o leggendo la parte iniziale del testo umoristico, definita *set up*, attiva delle conoscenze coerenti col testo che gli permettono di crearsi un'aspettativa sul suo prosieguo (prima fase). Procedendo nella lettura e comprensione della rimanente porzione di testo, denominata *punch line*, il soggetto incontra un'incongruità rispetto alle aspettative create nella prima fase in merito alla prosecuzione del testo (seconda fase). È in questa seconda fase che egli si confronta con un processo di problem solving, in modo da trovare una regola cognitiva, semantica, logica o esperienziale, che concili le due parti di testo precedentemente percepite come incongrue. Se la regola non è rintracciata, lo stimolo non viene percepito come umoristico e produce perplessità (Forabosco, 1992).

Uno degli aspetti principali del funzionamento del modello bifasico sarebbe dato dal significato ambiguo del *set up*, che presenta due differenti interpretazioni, una esplicita, sulla cui base vengono formulate le aspettative, mentre l'altra implicita, accessibile solo dopo aver risolto l'incongruità. Appare chiaro che, affinché si percepisca umorismo, è necessario trovare una connessione fra il *set up* ed il *punch line*. Quando il soggetto incontra il *punch line*, si trova di fronte ad una incongruenza con l'interpretazione esplicita del *set up*, incongruenza che necessita di essere risolta. Per ottenere questo scopo, è necessario trovare una regola cognitiva che permette alla seconda parte di essere coerente con quanto presente nella prima parte, attraverso uno shift cognitivo dall'interpretazione esplicita a quella implicita. Tale processo è stato denominato modello a due stadi (Suls, 1972). Comprendere una battuta si configurerebbe come un compito di problem solving: una volta introdotta la conclusione incongrua rispetto alle premesse, il soggetto si impegna in un'attività cognitiva volta a risolvere l'incongruità, cercando qualcosa che dia senso alla conclusione e la riconcili con le premesse. Quando la regola cognitiva è trovata, l'incongruità è rimossa e la barzelletta è percepita come divertente. Se la regola cognitiva non viene trovata, l'incongruità rimane e la barzelletta provoca perplessità invece che divertimento. Inoltre, per far sì che un testo venga percepito come divertente, il *punch line* deve presentarsi in maniera improvvisa e verificarsi in un contesto giocoso e non violento (Suls, 1983).

Tuttavia, sono state mosse diverse critiche al modello bifasico, specialmente per ciò che concerne la non completa definizione univoca del concetto di “regola cognitiva” (McGhee, 1971; Rothbart & Pien, 1977). Dalla definizione data da Suls (1972), appare difficile comprendere con chiarezza la distinzione fra regole cognitive impegnate nella risoluzione da quelle che permettono la comprensione delle parti non ambigue di testo. Un altro limite riguarda il concetto di “sorpresa”, in quanto non è chiaro quanto e come debba essere strutturato un testo umoristico perché questo elemento sia presente. Per tali motivi, sebbene la “risoluzione dell’incongruità” venga valutata come essenziale affinché un testo venga percepito come umoristico, si riconosce che l’incongruità non è mai completamente risolta. Per avere un effetto umoristico, una certa quantità di “tensione cognitiva” deve essere mantenuta, in qualche modo (Forabosco, 1992). Ciò che caratterizza il processo umoristico sarebbe la permanenza, alla fine, di un elemento di incongruità: la regola cognitiva conferisce alla barzelletta un senso, ma il suo non senso di fondo permane. Questo può essere considerato come un terzo stadio, ma è meglio definito come un secondo livello di trasformazione, o meta-livello, in cui la persona comprende che si tratta di un messaggio umoristico (Forabosco, 1994). Per questo, Forabosco (1994) parla di *pseudorisoluzione*, sostenendo che la risoluzione dell’incongruità non avviene in maniera completa: durante la seconda fase il soggetto non rimuove completamente l’incongruità, ma la rende accettabile. In aggiunta a questa incongruità residua di base, ulteriori elementi incongrui possono persistere dopo la risoluzione. Un esempio è dato dall’incongruenza impossibile (Rothbart & Pien 1977) che si riferisce ad una condizione chiaramente incongrua con la normalità delle cose (ad esempio quando una vignetta umoristica vede come protagonisti due animali che parlano). Tale incongruità non ha necessità di essere risolta, bensì di venire accettata (Maier 1932). Un altro caso è rappresentato dal nonsense, definito come una tipologia di umorismo in cui la risoluzione è debole mentre l’incongruità è predominante e permane, creando in certi casi maggiore incongruità (McGhee et al., 1990; Ruch, 1992). Se l’incongruità venisse cancellata, non ci sarebbe umorismo, in quanto, affinché uno stimolo possa essere percepito come umoristico, è necessario che sia presente un equilibrio fra incongruità e risoluzione, permettendo di variare flessibilmente fra le due posizioni. Nel caso in cui non vi fosse la possibilità di questo passaggio, si avrebbe confusione oppure il passaggio al dominio della serietà (Forabosco, 1992, 1994).

Incongruità senza risoluzione (modello monofase)

Uno degli aspetti maggiormente criticati della teoria appena presentata riguarda l'affermazione secondo cui, per percepire uno stimolo come divertente, sia necessario risolvere un'incongruità. In proposito, alcune perplessità emergono chiaramente se ci si concentra su concetti specifici: ad esempio, per i bambini al di sotto degli otto anni, la sola percezione di una incongruità è un fattore sufficiente per apprezzare l'umorismo (McGhee, 1971). I bambini al di sotto di tale età, infatti, possono ridere quando un oggetto viene chiamato con un nome che non gli corrisponde (Forabosco, 1992), mostrando come la sola diversione da ciò che si aspetta (incongruità) è un fattore sufficiente per presenza esperire un vissuto umoristico. McGhee (1971) spiega tale fenomeno ricorrendo al concetto di "assimilazione fantastica della realtà". Se prendiamo l'esempio di un bambino che finge che un cucchiaio sia un pettine, egli considererà l'oggetto come qualcosa di fantastico, che, in quanto irreali, non gli fa cambiare le conoscenze pregresse sul mondo, ed essendo capace di elaborare l'incongruità (attraverso la logica finzionale del "come se") può trarne divertimento. Nel caso in cui il bambino prenda per vero quanto vede ("assimilazione realistica della realtà"), egli percepisce l'incongruità tra l'uso convenzionale dell'oggetto e quanto sta facendo, ma, non riuscendo ad elaborarla, non proverà divertimento.

Studi sperimentali confermerebbero l'ipotesi del modello monofase. Nerhardt (1970) chiedendo ad un gruppo di studenti di sollevare dei pesi, fra cui l'ultimo era, in maniera inaspettata, estremamente più pesante o leggero dei precedenti, mostrò come la sola constatazione di un'incongruità (differenza di peso) era una condizione sufficiente per provocare divertimento. Tali studi vennero ripresi da Deckers (1993) che confermò il risultato per cui l'incongruità senza risoluzione è in grado di provocare divertimento. Diverse critiche vennero mosse a tali risultati (Forabosco, 2008): in primis che la reazione dei soggetti sia di divertimento e non di umorismo, veicolata dal pensiero di essere vittima di uno scherzo e di essere stati ingannati. Inoltre, la concettualizzazione che Nerhardt e Deckers danno di incongruità si discosterebbe da quella universalmente riconosciuta (Forabosco, 1992). Allo stesso modo è stato dimostrato che per evocare una risposta di umorismo sono necessarie condizioni ulteriori rispetto all'incongruità, quali il clima emotivo e lo stato mentale del percipiente. Da quanto emerso, la struttura e l'apprezzamento di uno stimolo umoristico possono variare sia in base al tipo di risoluzione coinvolta nella sua comprensione sia in base alla quantità di incongruenza presente prima e dopo la fase di risoluzione (Canestrari & Bianchi, 2013). Per questo motivo, le possibili strutture di uno stimolo umoristico possono

essere organizzate lungo un continuum che va dal modello della sola presenza di incongruità al modello della incongruità-risoluzione (McGhee et al., 1990; Ruch 1992; Forabosco, 2008). Il nonsense viene collocato tra i due modelli, e in alcuni casi in cui non vi è alcuna risoluzione, si sovrappone con il primo (McGhee et al 1990;. Ruch 1992).

Recentemente, Canestrari e Bianchi (2009) hanno esposto un nuovo contributo derivato dallo studio del rapporto tra il riconoscimento di due oggetti o proprietà come contrari percettivi e i concetti di incongruità dei testi umoristici. Questa linea di pensiero ha portato alla definizione di tre tipologie di incongruità: globale, sommativa e intermedia (Canestrari & Bianchi, 2009) che sembrano influenzare la facilità di riconoscimento dell'incongruità in un testo umoristico (Canestrari & Bianchi 2012). La distinzione tra i tre diversi tipi di incongruità è stata ispirata da recenti risultati di studi basati sulla comprensione delle regole percettive sottostanti il riconoscimento di due differenti proprietà (visive, uditive e motorie) di oggetti ed eventi contrari (ad esempio, Savardi & Bianchi 2000). Infatti, secondo quanto postulato da Savardi e Bianchi (2000) esiste una serie di principi che partecipano a rendere percettivamente contrari due oggetti o elementi. Per quanto concerne l'umorismo, sono emersi tre concetti di contrarietà: globale, intermedia e sommativa che, di fatto, sono il risultato di una serie di principi (di esperibilità, di richiedibilità, di adeguatezza, di invarianza e di sommatività). La contrarietà globale si riferisce al rapporto che emerge quando due elementi (oggetti, gesti o proprietà) vengono immediatamente rilevati da un osservatore come contrari. Tale percezione verte sulla differenza di una sola proprietà (o al massimo due), mentre le altre rimangono identiche (invariate) tra di loro. La contrarietà sommativa si verifica quando viene attivato un processo analitico di confronto tra le proprietà dei due elementi che porta al riconoscimento di contrarietà perché molti aspetti che li compongono sono contrari fra loro. La contrarietà intermedia, invece, si verifica quando la trasformazione si ferma a stati che sono percepiti come intermedi e non permettono ai due elementi in questione di essere percepiti come contrari. La contrarietà intermedia e sommativa si notano a livello analitico, cioè quando si va ad analizzare quali sono le proprietà che differiscono tra due eventi o situazioni, che, a livello di relazione globale, non risultano contrari ma simili (quando variano troppo poco, come nel caso della contrarietà intermedia, in cui non passo dal piccolo al grande ma dal piccolo al di medie dimensioni) o diversi (quando variano troppo, cioè analiticamente sia rileva una sommatoria di proprietà contrarie tra i due oggetti sotto osservazione). Applicando tali leggi ai testi umoristici, Canestrari e Bianchi (2012) hanno dimostrato che, in molti casi, la presenza di contrarietà globale all'interno di un testo permette di far percepire lo stesso come umoristico in maniera maggiore rispetto

all'utilizzo di contrarietà sommativa e intermedia. Sebbene si possa argomentare che il percepire come umoristico un testo vada oltre la percezione di contrarietà (ad esempio cercando la risoluzione) sembra che la presenza di una contrarietà globale sia una condizione indispensabile affinché un testo possa essere percepito come umoristico (Canestrari & Bianchi, 2013)

1.2.4. Dalla teoria degli Script alla General Theory of Verbal Humor

Un particolare ambito di interesse e ricerca per quanto concerne l'umorismo è quello linguistico. La storia della ricerca sul linguaggio e sull'umorismo è lunga e ricca, tuttavia solo alla fine degli anni settanta la linguistica ha acquisito un ruolo centrale in questo settore. Una teoria linguistica dell'umorismo deve essere in grado di spiegare perché alcuni testi sono divertenti ed altri no, in termini di certe proprietà linguistiche presenti negli stessi testi (Raskin, 1985). Le teorie linguistiche vengono presentate all'interno delle teorie psicologiche perché vengono introdotte similitudini e parallelismi fra i concetti utilizzati nelle teorie linguistiche e quelle utilizzate nella teoria dell'incongruità (Attardo, 1997). Inoltre, comprendere una barzelletta o percepire una situazione come divertente coinvolge un processo mentale, rientrando dunque nel dominio della psicologia cognitiva (Attardo, 2002). Per tale motivo, verranno presentate due delle teorie linguistiche di maggiore interesse scientifico: la *Semantic Script Theory of Humor*, SSTH (Raskin, 1985) e la sua evoluzione, la *General Theory of Verbal Humor*, GTVH (Attardo & Raskin, 1991) nonché la teoria della "salienza" (Giora, 1988, 1991, 2003).

Semantic Script Theory of Humor

Gli studi di psicologia cognitiva hanno evidenziato come a livello mentale le informazioni vengano organizzate in strutture di conoscenza denominate script (schemi). Uno schema è una rappresentazione mentale che ci permette di costruire modelli del mondo formati sulla base delle nostre esperienze passate in riferimento a oggetti o eventi, e consiste in un set di aspettative riguardo a come le cose sembrano e accadono (Mandler, 1979). Gli script producono aspettative su ciò che si verificherà in una particolare situazione, aiutandoci a prevedere come comportarci in maniera consona (Schank & Abelson, 1977). Dal punto di vista psicologico, è interessante notare come gli script operino in maniera silente e spesso al di fuori della consapevolezza delle persone. Il concetto di script è utile per spiegare la

comprensione sia di testi seri sia umoristici e, in generale, è definibile come una rete di significati interconnessi evocati dai lessemi (Attardo, 1994, 2001). Il concetto di script è utile per spiegare la natura dell'incongruità nell'umorismo (Raskin, 1985): un testo è umoristico quando si incontrano due script incongruenti (opposti) e tuttavia, compatibili con il testo stesso. In generale, questa teoria afferma che, mentre stiamo ascoltando il *set up* di una barzelletta, uno script è attivato per permetterci di dare senso alle informazioni che stanno arrivando. Quando le informazioni contenute nel *punch line* della barzelletta non corrispondono allo schema, occorre cercarne un altro che dia un senso alle informazioni incongruenti; questo secondo schema conferisce una differente (e spesso contraddittoria) interpretazione della situazione, piuttosto che una leggera modifica di prospettiva. Il secondo script non sostituisce completamente il primo e, pertanto, i due schemi vengono attivati simultaneamente: questa è l'essenza dell'incongruità umoristica e viene percepita come divertente.

General Theory of Verbal Humor

Sebbene la SSTH rappresenti un modello valido per spiegare i meccanismi linguistici dell'umorismo, mostra alcuni limiti. In primo luogo sembra applicabile solo alle barzellette. Inoltre, si focalizza quasi esclusivamente sull'aspetto semantico, senza approfondire altri aspetti linguistici (Attardo, 1994). Per questo motivo, Attardo e Raskin (1991) ampliarono tale teoria, dando vita alla General Theory of Verbal Humor (GTVH). Con l'avvento della GTVH l'indagine si espande fino a comprendere testi umoristici narrativi di maggiore lunghezza tratti dalla letteratura, sitcom, conversazioni, ecc. (Attardo & Raskin 1991), utilizzando un approccio sia semantico sia pragmatico. La GTVH condivide con la teoria semantica dell'umorismo l'obiettivo di rintracciare la struttura linguistica dei testi umoristici attraverso l'analisi dei suoi script. Tuttavia, Attardo (1997) introduce similitudini con la teoria della risoluzione dell'incongruità. Secondo quanto asserito da Attardo, un testo è divertente quando i due script sono incongruenti e giocano sull'opposizione. In questo modo l'opposizione degli script e l'incongruità sono diverse concettualizzazioni dello stesso fenomeno. Poiché gli script sono collezioni dell'informazione semantica riferiti a un determinato soggetto, includono l'intera conoscenza culturale di una società, che può essere rappresentata come una serie di aspettative e scelte ponderate. Se nel *set up* si presenta uno schema opposto (divergente), esso può essere paragonato all'introduzione di un elemento incongruo ma sovrapponibile. Vista in questa prospettiva, la SSTH rappresenta una applicazione della teoria dell'incongruità-

risoluzione. Vi è da sottolineare come oltre al concetto di Script Opposition (SO) questa nuova teoria introduce cinque nuovi aspetti linguistici denominati *Knowledge Resources* (KRs) da considerare quando si incontra un testo umoristico. Le sei KRs presentate da Attardo e Raskin hanno preso il nome di: *script opposition* (SO), *logical mechanism* (LM), *situation* (SI), *target* (TA), *narrative strategy* (NS) e *language* (LA), mostrando una salienza gerarchica dimostrata empiricamente (Ruch et al., 1993). In altre parole, se a partire da una barzelletta ne viene prodotta un'altra che differisce da quella di partenza per la SO, le due barzellette sono percepite come diverse l'una dall'altra. Al contrario, se la modifica riguarda il LA, il testo di partenza e quello modificato sono percepiti come due versioni della stessa barzelletta. Di seguito vengono brevemente descritte le sei KRs.

Language (LA). Include le informazioni riguardanti la formulazione o verbalizzazione di un testo, che può essere parafrasato in diversi altri senza alterare il contenuto semantico del testo.

Narrative Strategy (NS). Si riferisce all'organizzazione narrativa di un testo, che può spaziare dalla semplice narrazione, al dialogo, all'indovinello e così via.

Target (TA). Rappresenta il bersaglio del testo umoristico .

Situation (SI). È l'insieme degli elementi che compongono il contesto cui il testo si riferisce, ad esempio, gli oggetti, i partecipanti, gli strumenti, le attività, e così via.

Logical Mechanism (LM). Rappresenta il meccanismo logico che consente ad un'incongruità di sussistere, ad esempio accostamenti incongrui, inversioni di ruolo, esagerazione, e così via.

Script Opposition (SO). Rappresenta i diversi scenari o cornici attivati dal testo e come essi sono in contrasto tra loro.

La GTVH mostra similitudini con quanto asserito nella teoria della risoluzione dell'incongruità: l'opposizione degli script (SO) riflette l'incongruità mentre il meccanismo logico (LM) riflette la sua risoluzione (Attardo, 1997). Inoltre, queste due KRs rappresentano gli elementi fondamentali e ineliminabili affinché un testo possa definirsi umoristico (Attardo & Raskin, 1991).

1.2.5. Teoria della salienza

Un'ulteriore teoria linguistica che merita di essere citata, vista la sua importanza, è quella della salienza (Giora, 1988, 1991, 2003) secondo la quale il concetto di "incongruenza" è stato modellato in termini di salienza graduata. Secondo tale teorizzazione, quando un soggetto legge o ascolta la prima parte di un testo umoristico, attiva un significato particolarmente saliente (prototipico, altamente accessibile, familiare, frequente, prevedibile ed informativo). Nel momento in cui viene introdotto il punch line, questo significato viene sostituito da uno meno saliente, appartenente allo stesso concetto (Giora, 1991). Un testo umoristico è tanto meglio strutturato quanto più il punch line introduce un concetto poco accessibile sia perché si tratta di un messaggio marginale rispetto al set up, sia perché rappresenta un messaggio marginale rispetto alla parte iniziale (Giora, 1991). In entrambi i casi, essendo difficilmente accessibile, risulta sorprendente ed informativo, in quanto conduce ad un nuovo significato (Giora, 2003).

1.3. Funzioni dell'umorismo: benefici ed effetti nocivi

I paragrafi precedenti hanno cercato di spiegare come e quando uno stimolo possa essere percepito come umoristico, focalizzandosi su diversi aspetti (cognitivi, sociali e linguistici) e portando alla luce il fatto che, sebbene venga spesso identificato come un costrutto benevolo, legato a vissuti piacevoli ed emozioni positive, l'umorismo ha anche un'accezione negativa, riferita al sarcasmo ed al ridicolo. Martin e colleghi (2003) decisero di approfondire le qualità espressive dell'umorismo studiandone le funzioni adattive e disadattive, attraverso un approccio empirico: partendo dallo studio della letteratura pregressa (ad esempio Allport, 1961; Freud, 1928) fu proposta una distinzione tra umorismo adattivo e benefico e umorismo maladattivo e aggressivo. Martin e colleghi notarono che sia l'umorismo benevolo che quello non benevolo potevano essere suddivisi ulteriormente in base al fatto che svolgessero una funzione intrapersonale (se rivolto verso se stessi) o interpersonale (se rivolto verso gli altri). Ne seguì una tassonomia composta da quattro distinte dimensioni: per quanto concerne l'umorismo benevolo, questo può svolgere una funzione intrapersonale, se è affiliativo, e una funzione interpersonale, se è autorinforzativo; l'umorismo non benevolo può svolgere una funzione intrapersonale, se è autodenigratorio, e una funzione interpersonale, se è aggressivo. Di seguito vengono brevemente descritti le quattro dimensioni, cui ci si riferisce anche in termini di stile umoristico:

Umoreismo affiliativo

Questo stile viene utilizzato per migliorare le relazioni con gli altri e si esprime in maniera positiva e benevola attraverso l'utilizzo di commenti divertenti, battute spiritose, barzellette e scherzi. Le persone che utilizzano questo stile fanno un utilizzo spontaneo dell'umorismo, partecipano a situazioni divertenti, tendono a ridere e gioire con gli altri, e sono pronte a scherzare per far divertire gli altri, con lo scopo di facilitare le relazioni. Questa dimensione si identifica nel ridere *con* e non nel ridere *di* qualcuno. Numerosi studi (ad esempio Martin et al., 2003, Vernon et al., 2008) hanno dimostrato come questo stile sia correlato con l'estroversione. Gli individui che riferiscono alti livelli di umorismo affiliativo sono più propensi ad avviare amicizie, promuovere la creatività nel posto di lavoro e godere di maggiori livelli di autostima, benessere psicologico, stabilità emotiva e intimità sociale. Inoltre, questo stile di umorismo è associato a minori livelli di depressione e ansia.

Umoreismo autorinforzativo

Questo stile umoristico è maggiormente incentrato sui meccanismi intrapsichici rispetto all'umorismo affiliativo, ed è legato alla tendenza ad avere un atteggiamento bonario verso la vita, avendo la capacità di ridere di se stessi, delle circostanze, a cogliere gli aspetti divertenti della realtà e a mantenere una prospettiva umoristica di fronte ad eventi stressanti. Le persone che utilizzano prevalentemente questo stile umoristico tendono a trovare il lato positivo o mantenere un atteggiamento positivo, anche in momenti difficili. Coloro che utilizzano maggiormente questo stile hanno meno probabilità di mostrare sintomi depressivi. L'utilizzo di questo stile umoristico promuove la creatività e riduce lo stress ed è emerso essere inversamente correlato con le emozioni negative, quali depressione e ansia, mentre è positivamente correlato con l'estroversione, buona autostima, ottimismo, resilienza e benessere psicologico (ad esempio Frewen et al., 2008; Kuiper 2012).

Umoreismo aggressivo

Questa dimensione è potenzialmente dannosa verso gli altri, in quanto legata all'uso dell'umorismo per metter alla berlina, deridere e manipolare le persone. Gli individui che utilizzano questo stile umoristico, non tenendo conto dell'effetto che esso può avere, mostrano una tendenza a non riuscire a resistere all'impulso di fare battute spiritose che possono offendere e ferire i sentimenti altrui. Sebbene questo tipo di umorismo a volte può

sembrare divertente e giocoso, l'intento di fondo è quello di danneggiare o sminuire gli altri. Questa dimensione è positivamente correlata con la nevrosi e negativamente correlata con gradevolezza e coscienziosità. Gli individui che utilizzano questo stile umoristico tendono a mostrare alti livelli di ostilità, rabbia e aggressività, e conseguentemente mostrano relazioni interpersonali insoddisfacenti, in quanto non vengono apprezzati socialmente (ad esempio, Vernon et al., 2008; Veselka et al., 2010).

Umorismo autosvalutativo

Questa dimensione è rappresentata dall'utilizzo di un umorismo potenzialmente dannoso verso di sé, al fine di ottenere l'approvazione degli altri. Spesso, l'umorismo autosvalutativo si presenta sotto forma di commenti volti a mettersi in ridicolo per compiacere gli altri. Questo stile è visto come una forma di negazione: la tendenza ad attuare comportamenti umoristici di tale natura sarebbe volta a nascondere i propri sentimenti negativi rispetto ai propri difetti. Gli individui che manifestano questo tipo di umorismo mostrano incapacità di esprimere i propri sentimenti, mostrano un aumento dei sintomi depressivi e ansiosi, così come livelli più elevati di nevrosi e livelli più bassi di gradevolezza e coscienziosità. Tale stile è associato anche a minori livelli di autostima, benessere psicologico e intimità. Infine, questo stile di umorismo tende ad essere più comune negli uomini che nelle donne (ad esempio, Martin et al., 2003; Frewen et al., 2008; Kuiper & McHale, 2009).

La classificazione messa a punto da Martin e colleghi (2003) risulta utile per comprendere perché, sebbene la maggioranza delle persone affermi di possedere senso dell'umorismo, questo non venga sempre apprezzato dagli altri: le persone possono avere un'idea diversa di umorismo oppure apprezzare maggiormente uno stile umoristico piuttosto che un altro. Tuttavia, va sottolineato che questi quattro stili vanno visti come categorie permeabili e dai confini non rigidi, in quanto non è possibile stabilire nettamente il confine umoristici che le separa (Martin et al., 2003).

1.4. La risata

L'umorismo viene spesso associato al ridere, perché ne rappresenta la sua caratteristica peculiare. Infatti, numerose ricerche sono state condotte per indagare i motivi che la provocano e i contesti in cui si manifesta. Ridere è un'attività fondamentale del genere umano che avviene in diverse situazioni e capire perché una persona sta ridendo ci può fornire molte

informazioni riguardo ai processi intrapsichici e interpersonali di un individuo. Sebbene vi sia disaccordo su come il linguaggio umano si sia sviluppato filogeneticamente, è lecito ritenere che la risata, al pari di altri indicatori, quali il pianto ed il gemito, si sia sviluppata prima della comparsa del linguaggio quale segnale sociale espressivo-comunicativo. La risata, infatti, rappresenta uno dei primi segnali dell'interazione umana: appare verso la decima settimana di vita e rimane un elemento che ci accompagna per tutto il corso della nostra esistenza (McGhee, 2010).

Visto il suo importante ruolo, nel corso degli anni è emersa una tendenza sempre maggiore a studiare gli ambiti e le funzioni di questo aspetto, specialmente per quanto concerne la funzione informativa designata a comunicare lo stato emotivo di chi la manifesta. Generalmente, la risata viene associata alla funzione di comunicare qualcosa di “giocoso” ad indicare che la situazione non è seria (Gervais & Wilson, 2005). Tuttavia, relegare questo complesso fenomeno alla sola funzione di indicatore di uno stato emotivo divertente sarebbe alquanto riduttivo. Vista la sua natura multiforme, lo studio sistematico della risata è emerso essere un compito difficile: Black (1984) l'ha definita di “natura camaleontica”, mentre le indagini approfondite di Ekman hanno mostrato che esistono circa 20 tipi differenti di risata (ad esempio, Ruch & Ekman, 2001). Ridere è un'esperienza universale: si manifesta in ogni cultura e linguaggio nella stessa maniera. Tuttavia, come emerso, vi è una notevole diversità nel modo in cui diverse tipologie di risata vengono espresse e dei significati che esse veicolano. Essa può essere di volta in volta e solo per citarne alcune, un “semplice” riflesso, una delicatezza sociale, o un insulto malizioso. Inoltre, rappresenta un elemento importante per le interazioni sociali: il modo in cui appare, la forma e il significato sono fortemente influenzati dalla presenza di altri soggetti, dal loro ruolo, dalle relazioni che intercorrono. Quando si ride, i muscoli facciali vengono rapidamente contratti e rilasciati, così come i muscoli del diaframma, accompagnati da contrazioni della laringe e dell'epiglottide. Ridere rappresenta un'attività universale del genere umano e, a prescindere dal contesto culturale, sociale ed etnico, il suono della risata è indistinguibile da una cultura a un'altra. La risata inizia con una forte espirazione, a cui segue uno scoppio sonoro (*laughter bout*) e continua in una serie più o meno prolungata di espirazioni e inspirazioni. Il termine “scoppio di risata” è stato usato per definire gli aspetti comportamentali, acustici, respiratori, vocali, facciali e scheletro muscolari coinvolti nel ridere, mentre la caratteristica particella “ah” è stata definita “nota” (*note*) (Ruch & Ekman, 2001). Prototipicamente, uno scoppio di risata può essere suddiviso in un esordio (vale a dire, il momento in cui avviene l'inspirazione antecedente il ridere), un apice (il periodo in cui si verifica la vocalizzazione o l'espirazione forzata) che

nelle risate continuative può essere intervallato da inalazioni, e una parte finale (una post-vocalizzazione o un sorriso di lunga durata che va via via dissolvendosi). La risata è solitamente composta da cicli, cioè ripetuti impulsi (Moore & von Leden, 1958) intervallati da pause. Sebbene sia possibile ridere con solo uno o due note (risate di "esclamazione", Nwokah et al., 1993), gli studi condotti hanno mostrato che un ciclo è solitamente composto da almeno quattro note (Provine & Yong, 1991). Il numero degli impulsi è dato dal volume di aria presente nei polmoni; per questo motivo gli scoppi di risate maschili presentano un maggior numero di note, rispetto a quelle femminili.

Ricerche recenti (Provine, 2000) hanno mostrato come la risata non sia caratterizzato da un unico suono, ma può assumere diverse forme (oltre che le note "ah" si possono infatti trovare "eh" "oh" ma anche "ih" e "oh") senza tuttavia mischiarsi fra loro: il suono della risata rimane costante nella sua composizione (ad esempio "ah ah ah ah" oppure "eh eh eh eh" ma non "ah eh ah eh"). L'uniformità del suono della risata avrebbe una valenza evolutivistica: essendo un segnale sociale, se non rimanesse costante nella sua forma, non sarebbe possibile riconoscerla come tale e si sarebbe estinta. Nonostante ciò, Bachorowski e Owren (2001) hanno rilevato che le risate differiscono in maniera importante per quanto riguarda le proprietà acustiche. Fra i diversi tipi di note, le più riscontrate sono, ad esempio, quelle cantate (*songlike*), quelle "grugnite" (*gruntlike*) e quelle soffiate (*snortlike*); inoltre, esisterebbero variazioni sia nel suono delle vocali sia nell'intonazione della voce durante il ridere. Tali assunzioni porterebbero alla conclusione che la risata va considerata come un "repertorio di suoni" la cui modulazione assolve alla funzione sociale in modo da comunicare differenze negli stati emotivi espressi.

Uno degli aspetti che ha catturato l'attenzione dei ricercatori è la diversità di modi con cui si può generare il suono della risata: l'organizzazione cerebrale del comportamento vocale si è sviluppata filogeneticamente, coinvolgendo anche i centri superiori del controllo volontario della risata. Così, oltre a ridere spontaneamente (risata emozionale o genuina), possiamo ridere volontariamente o su comando (risata artificiosa o non genuina). Risate spontanee e volontarie differiscono non per la loro rappresentazione fonetica, che rimane uguale in entrambi i casi (in genere "ah ah ah"), ma per il grado di controllo intenzionale, poiché coinvolgono diversi sistemi neurali. L'evoluzione ci ha permesso di regolare le risate spontanee attraverso un tentativo volontario. Durante una risata spontanea, viene seguito l'impulso di ridere senza imporre alcuna restrizione e la persona che ride si abbandona completamente (Plessner, 1941), infatti diminuiscono i suoi livelli di consapevolezza e attenzione, cui si associa un vissuto emotivo piacevole (Ruch & Ekman, 2001). Nella risata

volontaria, il suono viene proferito in maniera artificiosa e si può discostare più o meno dal suono reale della risata spontanea: la ricerca condotta da Ruch e Ekman (2001) ha dimostrato che le risate forzata e spontanea possiedono caratteristiche altamente sovrapponibili, tanto da indicare un pattern di respirazione ben preciso (una sorta di firma della risata). Una situazione tipica in cui viene proferita una falsa risata è quando si vuole comunicare ad un interlocutore che il messaggio ricevuto è stato percepito come divertente, quando invece non lo è stato. Inoltre, mentre è possibile fingere una risata, non è possibile produrre volontariamente lo stato emotivo positivo associato al ridere spontaneamente. Per alcuni soggetti, ad esempio, ridere a comando appare un compito imbarazzante e produrre una risata artificiosa può portare a sperimentare uno stato emotivo ben differente da quello che normalmente accompagna la risata spontanea (gioia).

Infine, sebbene la risata ed il sorriso siano frequentemente visti come un continuum di intensità di una stessa manifestazione comportamentale, riferita allo sperimentare un'emozione di gioia (Darwin, 1965), numerosi studiosi hanno mostrato che essi rappresentano fenomeni unici e distinti. Nwokah e colleghi (1994) suggeriscono che, sebbene la risata ed il sorriso indichino entrambi un affetto positivo e spesso convergano, non possono essere considerati come elementi sovrapponibili. La risata ed il sorriso svolgono, infatti, numerose funzioni comunicative ed è necessario approcciarsi al loro studio come due elementi distinti. Inoltre, Vettin e Todt (2004) hanno rilevato, che la risata nelle interazioni appare con una frequenza maggiore di quanto le persone percepiscano. Questo è probabilmente dovuto al fatto che le persone tendono a considerare solo le risate suscitate da stimoli esterni, senza tenere conto del numero di volte in cui si ride a prescindere dalla percezione di uno stimolo umoristico. La risata ha infatti numerose funzioni nel regolare il flusso della conversazione (ad esempio, Jefferson et al., 1984; Holt, 2013).

2. Umoreismo e psicoterapia

2.1. La relazione fra umoreismo e psicoterapia

Gli ultimi tre decenni hanno visto un importante passo in avanti per quanto concerne l'interessamento da parte del mondo medico e psicologico riguardo allo studio e all'applicazione dell'umorismo benevolo come elemento in grado promuovere emozioni positive: sono sempre più numerose le evidenze empiriche che mostrano una relazione positiva fra utilizzo dell'umorismo e aumento dei livelli di benessere personale. Tali evidenze hanno portato un interesse globale da parte dei terapeuti ad utilizzare l'umorismo all'interno delle sedute di psicoterapia come tecnica terapeutica (Martin, 2010).

L'interessamento e l'inserimento dell'umorismo all'interno dei setting psicoterapeutici, tuttavia, rappresenta ancora un connubio non completamente assodato. Questa mancata integrazione appare dissonante, visto le numerose relazioni che l'umorismo benevolo ha con il benessere personale quali l'accettazione sociale, il coping, la salute fisica e mentale (Martin, 2004; Ruch, 2008). La motivazione di ciò è probabilmente da ricercare nell'importanza che viene attribuita al percorso terapeutico: gli psicoterapeuti tenderebbero a limitare gli interventi umoristici, almeno in modo volontario, per evitare di correre il rischio di essere fraintesi o di non essere presi sul serio. Inoltre data l'importanza e la gravità dei disturbi mentali, gli psicoterapeuti tendono a prendersi molto sul serio vedendo il proprio ruolo professionale come importante e serio, in cui non vi può essere spazio per frivolezze (Franzini, 2001). Tuttavia, va detto che in ogni rapporto, tra cui anche quello terapeutico, l'uso dell'umorismo può avere un notevole effetto positivo se usato in modo appropriato ma, se viene usato impropriamente, può avere un effetto negativo sulla relazione terapeutica. Questo, probabilmente, è uno dei motivi per cui gli psicoterapeuti sono restii a far entrare l'umorismo nella propria professione. Sebbene l'interessamento a tale ambito di ricerca sia sempre più diffuso negli ultimi decenni, uno dei primi terapeuti che ha studiato l'umorismo nel setting clinico è stato Sigmund Freud (1905) soffermandosi primariamente sulla sua funzione di meccanismo di difesa utilizzata dai pazienti. Nel corso degli anni sono stati numerosi i terapeuti che si sono avvicinati a questo costrutto portando alla costituzione di vere linee guida o tecniche terapeutiche per poterlo inserire nel processo terapeutico.

Un'altra difficoltà nello studio dell'umorismo in psicoterapia è data dalla sua natura multiforme: come visto nel primo capitolo, essendo costituito da diversi elementi e ricoprendo diverse funzioni, ciò che può essere apprezzato come umoristico da una persona potrebbe non

esserlo per un'altra. L'umorismo, quindi, è caratterizzato da una complessa interazione che coinvolge una risposta cognitiva (comprensione), una emotiva (allegria) ed una comportamentale (risata), come risposta ad uno stimolo divertente (Sultanoff, 2003). Inoltre, gli strumenti quantitativi di misurazione finora sviluppati difficilmente riescono a rispondere alle diverse domande di ricerca in questo campo, poiché la percezione dell'umorismo può variare sia in base alla situazione, sia durante lo stesso processo psicoterapeutico, a causa dei cambiamenti dello stato mentale del paziente e del terapeuta. Ciò rende altresì difficile riuscire a definire questo costrutto all'interno del setting terapeutico.

A mio avviso, i ricercatori in questo campo si possono dividere in due categorie: da una parte coloro che credono che, per essere davvero efficace, l'umorismo richiede spontaneità e sorpresa, dall'altra coloro che vedono possibile l'efficacia di interventi umoristici pre-strutturati. Secondo i primi, l'umorismo sarebbe un elemento spontaneo che non è possibile creare e applicare ad hoc, mentre i secondi vedono possibile l'applicazione di tecniche ed interventi umoristici da parte del terapeuta istruito in tal senso.

2.2. La psicoterapia cognitiva

Allo stato attuale, sono numerose le scuole di pensiero in merito alle correnti terapeutiche: una recente indagine ha constatato che esisterebbero oltre quattrocento orientamenti (Sanavio, 2007). In particolare, un orientamento che si è largamente sviluppato nel corso degli ultimi decenni è quello cognitivo comportamentale, unendo due correnti specifiche: la psicoterapia cognitiva e quella comportamentale. In questo paragrafo verranno presentati brevemente la storia e gli assunti di base della psicoterapia cognitiva, seguiti dall'introduzione al primo colloquio clinico. Ciò è da ricondurre al fatto che lo studio presentato verte sull'analisi di dati provenienti da prime sedute di psicoterapia, basate sull'orientamento cognitivo-comportamentale.

La psicoterapia cognitiva è un orientamento terapeutico che si è sviluppato intorno alla fine degli anni sessanta, negli Stati Uniti, grazie al lavoro di Aron T. Beck. Alla base di tale orientamento vi è la concezione che siano i pensieri a influire sullo stato emotivo e sul comportamento delle persone: le reazioni emotive e comportamentali sono definite dal modo in cui le situazioni vengono interpretate e dal significato attribuito agli eventi. Grazie all'analisi dei pensieri, è possibile individuare quale sia la sofferenza del paziente, individuarne le cause dello sviluppo e del mantenimento dei disturbi mentali. Tali osservazioni portarono all'elaborazione di un modello di intervento clinico basato

inizialmente sulla presa di coscienza delle proprie emozioni e pensieri ad esse associati, seguita dalla messa in discussione dei pensieri che interferiscono con l'equilibrio emotivo della persona. Tale approccio prese il nome di Psicoterapia Cognitiva in quanto il pensiero aveva un'importanza fondamentale sia nell'insorgenza del problema psicologico sia nella cura. Successivamente, l'iniziale teoria di Beck è stata ampliata e modificata, dando vita a ulteriori approcci quali, ad esempio, la terapia razionale-emotiva di Albert Ellis, il costruttivismo di George Kelly, il modello teorico di Michael Mahoney, il cognitivismo post-razionalista di Vittorio Guidano. Vista la varietà di approcci di orientamento cognitivista sviluppatisi successivamente, la terapia di Aron T. Beck è stata rinominata terapia cognitiva standard.

Secondo il modello cognitivo esistono tre livelli di cognizione: schemi cognitivi, convinzioni intermedie e pensieri automatici. Gli *schemi cognitivi* sono rigide strutture di pensiero di base attraverso cui gli individui rappresentano se stessi, gli altri ed il mondo sociale organizzando così il proprio pensiero. Le *convinzioni intermedie* consistono in interpretazioni di sé, degli altri e del mondo che permettono di organizzare l'esperienza e gestire le relazioni interpersonali. I *pensieri automatici* rappresentano pensieri che affiorano in modo automatico alla mente e che possono avere valenza positiva o negativa. Lo studio dei pensieri irrazionali (Ellis, 1977) e degli schemi cognitivi disfunzionali (Beck, 1993) ha portato all'identificazione di come il pensiero disfunzionale sia alla base dei disturbi psicologici e sia responsabile delle emozioni dolorose e della sintomatologia del paziente. Per ogni livello, inoltre, sono state sviluppate tecniche finalizzate a modificare i pensieri automatici negativi e gli schemi cognitivi di riferimento. Visto che la psicoterapia cognitiva prevede l'utilizzo di tecniche di derivazione comportamentista, integrando i due approcci, la psicoterapia cognitiva viene genericamente indicata con la denominazione Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC). Partendo dal presupposto che certe cognizioni, emozioni e stati fisiologici portano a comportamenti disfunzionali, l'intervento terapeutico è rivolto a eliminare, o quanto meno a ridurre, questi eventi interni problematici. L'applicazione congiunta delle tecniche cognitive e comportamentali mira alla modificazione dei comportamenti, delle convinzioni, degli atteggiamenti, degli stili cognitivi e delle aspettative del soggetto (Galeazzi & Meazzini, 2004). Tale visione è stata recentemente ampliata dalla terza generazione (o terza onda) della terapia cognitiva che prevede, oltre alla riduzione della sintomatologia presentata, lo sviluppo di abilità che mirino a migliorare la qualità delle attività a cui il paziente attribuisce valore, incrementando abilità di repertori comportamentali che possano essere largamente applicati (Hayes, 2004).

La terapia cognitiva della terza generazione si caratterizza per alcune peculiarità fondamentali. Essa è *orientata allo scopo* in quanto il terapeuta lavora insieme al paziente, formula una diagnosi e concorda un piano di trattamento, verificando periodicamente i progressi. È *centrata sul presente* in quanto l'attenzione viene posta sull'attuale sofferenza, pur considerando la storia pregressa di vita come utile fonte d'informazione riguardo all'origine e all'evoluzione della sintomatologia. È *collaborativa* perché paziente e terapeuta lavorano insieme per comprendere meglio il problema e sviluppare strategie atte alla sua risoluzione. È *a breve termine* in quanto finalizzata allo scopo e, in media, la durata di una terapia varia dai quattro ai dodici mesi. Come visto, una delle peculiarità della terapia cognitiva è rappresentata dal ricorrere ad una molteplicità di tecniche sia cognitive che comportamentali il cui scopo è quello di gestire gli stati emotivi del paziente. Di seguito vengono proposte le tecniche maggiormente utilizzate:

Dialogo socratico. Rappresenta un metodo di conduzione del colloquio basato sul fare domande e porre osservazioni volte a guidare il paziente alla scoperta delle sue convinzioni disfunzionali e la loro messa in discussione.

Scoperta guidata. Rappresenta un metodo di conduzione del colloquio volto a portare il paziente alla consapevolezza dei suoi pensieri e dei pensieri automatici, attraverso la richiesta di soffermarsi sul significato delle proprie riflessioni.

Tecnica dell'ABC. Rappresenta una tecnica volta a identificare il contenuto dei pensieri automatici. Il terapeuta, indagando le emozioni coinvolte nell'esperienza problematica e le situazioni in cui si manifestano, domanda quali pensieri sottendano questi vissuti.

Problem solving. È una tecnica che consiste nell'identificazione del problema presentato dal paziente e nella promozione di un atteggiamento attivo rispetto alla soluzione dello stesso.

Esperimenti comportamentali. Sono esperimenti che vengono progettati in seduta, da condurre fuori dal setting terapeutico con lo scopo di falsificare le convinzioni disfunzionali alla base dei disturbi emotivi del paziente.

Esposizione graduale. Rappresenta una tecnica volta a portare ad una modifica il comportamento disfunzionale attraverso un approccio graduale. Il comportamento problematico viene scomposto in sotto obiettivi che vengono affrontati in maniera gerarchica.

Homework. Rappresentano i compiti a casa che il terapeuta assegna al paziente. Essi possono coprire un vasto range il cui scopo è quello di estendere l'intervento terapeutico al periodo che intercorre fra una seduta e quella successiva.

2.2.1. Il primo colloquio

Il primo colloquio riveste un'importanza particolare in psicoterapia perché rappresenta il momento in cui il terapeuta incontra per la prima volta il paziente e inizia il processo di diagnosi (assessment). Esso va visto come un processo ipotetico deduttivo, in cui, partendo da una conoscenza di tipo generale (quella del terapeuta), si attua un processo di selezione ed esclusione di ipotesi, giungendo ad una formulazione della diagnosi che è nota come "concettualizzazione" del caso (Sanavio, 2007). Il primo colloquio ha lo scopo primario di esaminare il problema presentato e di stabilire una relazione collaborativa con il paziente. Infine, anche se lo scopo del primo colloquio è prevalentemente psicodiagnostico, esso non si limita a ciò poiché si tende già ad una riformulazione del problema. Sebbene il primo colloquio abbia un basso livello di strutturazione (Wolpe & Turkat, 1985) in psicoterapia cognitiva è stato possibile stabilire una topografia generale in modo da aiutare il terapeuta nell'anamnesi delle informazioni principali (Sanavio, 2007). Tale topografia, di valore logico e strutturale, rappresenta una traccia generale che può e deve essere modificata in base al paziente e alla condizione cui ci si trova di fronte. Di seguito vengono presentati i punti fondamentali.

Fase preliminare. Rappresenta la fase iniziale, solitamente caratterizzata da convenevoli quali presentazioni e aspetti informali riguardo a situazioni di circostanza. Spesso, in questa fase, vengono ripresi gli antefatti quali, ad esempio, primo contatto telefonico o modalità di invio.

Apertura. Rappresenta il momento in cui il terapeuta, dopo la fase preliminare, sancisce l'inizio del colloquio terapeutico. Tale fase è caratterizzata da domande del tipo: "Per quale motivo è qui?" o formulazioni equivalenti.

Specificazione del problema. In questa fase il paziente fornisce la descrizione del problema e la motivazione che lo ha spinto a richiedere una consultazione.

Analisi delle variabili funzionalmente correlate. In questo segmento del colloquio vengono individuati stimoli che possono avere un ruolo importante nella comparsa del disturbo.

Allargamento. In questo passaggio avviene un allargamento dal problema presentato ai problemi attuali, in modo da avere un quadro completo.

Storia dei problemi. Attraverso questa attività il focus si sposta dal presente al passato, in modo da ricostruire gli antecedenti del primo insorgere dei problemi o dei disturbi. Il terapeuta, in questa fase, cerca eventuali connessioni con altri problemi o disturbi allo scopo di formulare ipotesi che spieghino perché si sia sviluppato il disturbo presentato.

Storia personale. Questo momento serve per ripercorrere la storia di vita del paziente, mettendo momentaneamente in secondo piano il disturbo per cui egli si è presentato.

Aspettative del trattamento. Una volta delineato e contestualizzato il motivo per cui il paziente ha richiesto una consultazione, vi è una fase in cui il terapeuta domanda quali siano le aspettative in merito al trattamento.

Ipotesi di trattamento. Verso fine colloquio vengono definiti i possibili obiettivi del trattamento. In questa fase è possibile che il terapeuta riassume quanto fatto e detto nel corso del colloquio, proponendone una rielaborazione concisa in modo da individuare e comunicare le strade percorribili. Solitamente, esse consistono nella presa in carico del paziente oppure nell'invio ad un collega o altro professionista della salute mentale. In questa circostanza, il terapeuta sollecita il paziente a fare domande nel caso vi siano dubbi.

Chiusura. Rappresenta l'ultima fase del colloquio in cui, una volta esauriti gli argomenti (o il tempo a disposizione), il terapeuta congeda il paziente. Solitamente, in questa fase, viene deciso il successivo appuntamento.

2.3. Le funzioni dell'umorismo in psicoterapia

Sull'annosa questione dell'umorismo in psicoterapia, diverse tesi sono state e vengono portate avanti. Ad esempio, è stato evidenziato come i pazienti che non sperimentano umorismo in terapia tendono ad abbandonare più facilmente il percorso terapeutico (Bennet, 2003). Va sottolineato che data la moltitudine di variabili che possono intercorrere durante il corso di una seduta di psicoterapia (ad esempio, personalità del terapeuta e del paziente, gravità del disturbo presentato, fase della psicoterapia, stato mentale del paziente, ecc.) il ricorso ad un commento divertente deve essere ponderato con attenzione: un intervento umoristico può rappresentare un'utile strategia nelle mani di alcuni psicoterapeuti, ma può avere effetti distruttivi se male utilizzato.

Diverse sono le funzioni che l'umorismo può rappresentare. In primis, esso costituisce una strategia di coping (fronteggiamento) adattiva ed efficace nel contrastare gli stati mentali dolorosi offrendo una visione alternativa nel percepire gli eventi. Attraverso un intervento umoristico, che porta alla modificazione della visione rigida di un problema, il terapeuta può mostrare gli aspetti ironici di un evento aiutando il paziente a vivere tale evento con maggior distacco e spensieratezza e gestire in maniera adattiva le emozioni negative. L'umorismo aiuta a cambiare prospettiva (Gelkopf & Kreitler, 1996) e aumenta la capacità di problem solving: se si può ridere di un problema, esso può essere superato (Borcherdt, 2002). La maggioranza delle situazioni, anche quelle stressanti e negative, presenta un lato umoristico, ma il vivere determinate emozioni negative impedisce di percepire il lato divertente di queste situazioni (McGhee, 2010). Con il passare del tempo, la diminuzione dell'intensità delle emozioni negative porta in secondo piano l'aspetto dolente, permettendo di apprezzare il lato comico. Ad esempio, in una condizione di lutto, i pazienti beneficiano positivamente del passaggio da dolore e ansia verso un'emozione più piacevole (Wolfstein, 1978). In questo modo, l'umorismo può aiutare una transizione del paziente da uno stato negativo ad una strategia di coping emotivo che porta uno stato più positivo. Alcuni terapeuti, consapevoli di questa potenzialità, possono introdurre commenti incongrui in merito alla situazione riportata dal paziente, in modo da favorire un processo di ristrutturazione cognitiva. Questo può favorire l'utilizzo dell'umorismo da parte dei pazienti per trasformare emozioni e sentimenti negativi (Ellis, 1977).

L'umorismo funge da mediatore delle emozioni positive ed un commento umoristico, oltre che come strategia di coping, può portare a sperimentare emozioni quali la fiducia, l'ottimismo e la gioia (Gelkopf & Kreitler, 1996). Inoltre, l'umorismo permette ai sentimenti che normalmente possono essere bloccati dalla mancanza di una presa di coscienza, di essere comunicati in un modo protetto e rende possibile esprimere emozioni e sentimenti che altrimenti sarebbero rimasti silenti per l'imbarazzo che provocano al paziente (Winick, 1976).

L'umorismo può incrementare il comportamento affiliativo (Nelson, 2008) aiutando a stabilire e mantenere una relazione terapeutica positiva e facilitando l'alleanza terapeutica (Jeffrey, 2009). Durante una seduta di psicoterapia, un commento umoristico effettuato dal terapeuta può aiutare la comunicazione della diade perché si passa ad una "cornice comica" stemperando la serietà della situazione. Inoltre, facilitando nei pazienti pensieri alternativi a quelli distorti, l'umorismo diventa uno strumento utile per diminuire la resistenza nelle sedute, portando ad una conversazione più rilassata e aperta (Meyer, 2000). Questo

miglioramento è dato dalla funzione mediatrice dell'umorismo nelle interazioni sociali, e rappresenta un'opportunità, sia per i terapeuti che per i pazienti, di condivisione di un'esperienza significativa con conseguenze terapeutiche (Sultanoff, 2003). Inoltre, l'umorismo può aumentare l'autostima: ridere di sé rappresenta un meccanismo di scoperta per arrivare ad una migliore accettazione, prendendosi meno sul serio e accettando i propri difetti. L'umorismo può servire a favorire lo sviluppo del benessere personale perché chi ha la capacità di ridere di se stesso risulta meno incline a sviluppare sintomi depressivi e ad aumentare la tolleranza delle emozioni negative (Martin et al., 2003). Infine, l'umorismo può essere un mezzo per abbassare le difese del paziente, portando alla luce pensieri, sentimenti e comportamenti che altrimenti rimarrebbero celati. Tale aspetto è dovuto al fatto che grazie all'umorismo è possibile esporre i propri difetti e carenze in un modo non minaccioso, affrontando così positivamente le relazioni (Borcherdt, 2002).

2.3.1. Umorismo e assessment

Con il termine “assessment” si indica un'ampia valutazione iniziale che lo psicologo svolge in rapporto alla possibile presa in carico di un paziente, al fine di decidere un aiuto psicologico, una psicoterapia o un reindirizzamento del paziente verso interventi che paiono più appropriati alle esigenze del caso. L'assessment è quindi finalizzato alla raccolta di tutti i dati necessari per elaborare una formulazione del caso che consenta di: ricostruire meccanismi e processi che sottendono i disturbi presentati; individuare e concordare con il paziente gli obiettivi dell'eventuale trattamento; identificare le modalità di trattamento appropriate per far fronte alle problematiche presentate dal soggetto; decidere circa la possibilità di presa in carico (Sanavio, 2007).

Per quanto riguarda l'umorismo, sembrerebbe esserci una stretta relazione tra personalità e apprezzamento di diversi stimoli divertenti (Ruch, 1994). Tale relazione potrebbe essere utile durante il processo di assessment (Martin, 2010). Il processo di assessment richiede una certa durata che può variare da una a cinque sedute circa: l'utilizzo dell'umorismo da parte del terapeuta in prima seduta è generalmente sconsigliato, in quanto non si è ancora creata un'alleanza terapeutica (Sultanoff, 2003), mentre per ciò che concerne il punto di vista dei pazienti, vi sono diverse motivazioni per le quali essi possano ricorrere all'umorismo. Generalmente parlando, i pazienti lo possono utilizzare in tre aree: per esprimere un senso di superiorità, per trovare sollievo dallo stress e per cogliere gli aspetti incongrui della propria vita (Allport, 1961). L'umorismo come espressione di superiorità può

rappresentare un tentativo di controllo o una forma di resistenza che i pazienti utilizzano per veicolare le proprie emozioni negative. In questo caso, l'utilizzo dell'umorismo da parte dei pazienti può trasmettere ribellione e insoddisfazione per la vita. I pazienti possono utilizzare l'umorismo per alleviare lo stress: in questo caso, un approccio meno serio faciliterebbe una migliore comprensione dei loro problemi. La terza area è rappresentata dall'uso incongruo di umorismo che consente a un paziente di riconoscere le incoerenze nei propri comportamenti o ragionamenti. Il paziente, attraverso un processo di rielaborazione cognitiva favorito dal commento umoristico, può vedere la situazione presentata sotto un altro punto di vista: egli può così acquisire una visione alternativa al proprio modo di ragionare (Lynch, 2002).

Soffermandosi in maniera più approfondita sui vari aspetti, emerge che la funzione maggiormente utilizzata in fase iniziale riguarda la possibilità di ridurre lo stress emotivo. In questo caso, non sembrerebbe necessario ricorrere ad un commento umoristico, ma sarebbe sufficiente ridere nervosamente. Tale visione vede l'umorismo come un meccanismo di difesa che aiuta i pazienti a mantenere distanza dagli eventi dolorosi: prestare attenzione alle risate nervose può essere un utile indicatore per gli psicoterapeuti per individuare i temi su cui concentrarsi per l'analisi della domanda. Un'altra motivazione per spiegare la presenza di risate di nervosismo è data dal fatto che in prima seduta il paziente, non sentendosi ancora sicuro di fronte ad uno sconosciuto/a, può provare un alto grado di imbarazzo ad aprirsi e a parlare dei suoi problemi. In questa parte del colloquio clinico, è molto comune osservare risate nervose il cui scopo è diminuire i livelli d'ansia e salvare la reputazione. In questa fase, i terapeuti possono utilizzare un commento umoristico per rompere il ghiaccio e mettere il paziente a proprio agio, al fine di entrare in empatia con lui e rendere la sessione clinica più accomodante. Infine, è importante valutare la disponibilità del paziente a scherzare: non riuscire a non prendersi sul serio potrebbe essere indicatore di disturbi in altre aree emozionali (Forabosco, 1998). Studi empirici (Martin, 2007) mostrano come stress, traumi e depressione possano portare a una diminuzione dell'uso dell'umorismo. Prestare attenzione a questi aspetti può quindi aiutare il terapeuta nella concettualizzazione del caso e nella definizione del protocollo terapeutico.

Ampliando la visione, si può vedere l'umorismo come una strategia di assessment di diverse aree cognitive. I terapeuti potrebbero indagare direttamente cosa i pazienti trovano divertente in modo da avere un'idea più chiara di chi si trovano di fronte. Sapere ciò che un paziente trova divertente è in grado di fornire una grande quantità di informazioni riguardo a ciò che sente e prova e tale comprensione sembrerebbe un'aggiunta utile per le capacità interpretative del terapeuta. In accordo con i risultati di Martin e colleghi (2003) le persone

che utilizzano l'umorismo in maniera controproducente godono di una minore autostima. L'umorismo può fungere anche da strategia di evitamento di fronte a temi reputati emotivamente difficili da sostenere. In questi casi, è bene che il terapeuta rilevi questa modalità disadattiva al fine di portare a consapevolezza questa strategia. Una volta che il paziente ha notato che l'umorismo utilizzato in questo modo rappresenta una tattica di evitamento, egli può cominciare a concentrarsi sulla questione (Gladding, 1995). Riguardo ad aspetti che provocano divertimento, può essere utile discutere con il paziente sul perché qualcosa è stato trovato divertente, in modo da fornire indizi utili sulle sue preferenze personali (Bergen, 1998). Ad esempio, un paziente può usare l'umorismo in un certo numero di modi ed è importante prestare attenzione a commenti sarcastici, autodistruttivi e sprezzanti che possono mascherare criticità. Inoltre, se il terapeuta presta attenzione al comportamento umoristico (ad esempio, chiedendo perché il paziente ride quando si parla di alcuni aspetti) può aiutare il paziente ad aumentare la consapevolezza dei suoi pattern di comportamento (Corey, 2005).

Ovviamente, l'umorismo non è l'unico strumento di valutazione utilizzato per effettuare l'assessment di un paziente: non tutti considerano l'umorismo una strategia adeguata per affrontare traumi o stress e potrebbe essere un grande errore se un terapeuta considerasse la sola mancanza di umorismo come un indicatore puro senza considerare altri aspetti comunicativi. Inoltre, come già sottolineato, l'apprezzamento dell'umorismo può variare a causa di numerose variabili.

2.3.2. Umore e alleanza terapeutica

È noto in letteratura che uno degli elementi di maggior rilevanza nel determinare il successo di una psicoterapia è la relazione terapeutica, cioè il rapporto di fiducia, collaborazione, rispetto che si crea tra paziente e terapeuta a prescindere dallo specifico indirizzo teorico utilizzato in seduta (Corey, 2005; Rogers, 1951). Affinché una psicoterapia possa essere efficace e portare ad un cambiamento nel paziente, devono essere presenti alcune condizioni specifiche (Rogers, 1951). Queste condizioni includono una relazione genuina tra terapeuta e paziente, la capacità del terapeuta di entrare in empatia con il paziente, di comunicare empaticamente con lui e di avere nei suoi confronti una considerazione positiva incondizionata. Tra tutte queste condizioni, l'empatia è il costrutto che ha suscitato la maggiore attenzione da parte di psicoterapeuti e ricercatori.

All'interno di questa cornice teorica, l'umorismo riveste un ruolo fondamentale: esso ha un compito importante nella costituzione di una buona empatia, vista la sua funzione di facilitatore sociale che porta ad una maggiore soddisfazione del rapporto, a una maggiore vicinanza e a una risoluzione efficace dei conflitti (Cann et al., 2008). Va sottolineato che la direzione della relazione fra umorismo e alleanza terapeutica è bidirezionale: una maggiore empatia porta ad una maggiore alleanza terapeutica ed un'accresciuta alleanza terapeutica favorisce l'utilizzo dell'umorismo. Inoltre, l'umorismo può essere una strategia utile per favorire una comprensione empatica da parte del terapeuta nei riguardi del paziente (Meyer, 2007).

Sebbene l'associazione fra umorismo in terapia e alleanza terapeutica venga più volte menzionata, le prove che indagano la relazione fra questi due costrutti sono ambivalenti (Meyer, 2007). Da una parte, si trovano studi che sostengono che favorire la libera espressione degli affetti e l'uso di umorismo sviluppi una positiva alleanza terapeutica (Ackerman & Hilsenroth, 2003). L'umorismo contribuirebbe a promuovere un certo grado di reciprocità tra il terapeuta e il paziente, inoltre rafforzare l'alleanza può essere utile per aiutare a ridurre la tensione ed offrire ai pazienti una modalità accettabile per esprimere le emozioni forti (Buckman, 1994). D'altra parte, alcune ricerche hanno indicato che i pazienti non mostrano alcuna differenza significativa nel preferire un terapeuta divertente ad uno non divertente (Saper 1987). A tal proposito, è stato condotto uno studio per valutare se terapeuti divertenti riuscissero ad instaurare una migliore alleanza rispetto ai colleghi seri (O'Brien, 2001): dieci terapeuti furono istruiti per incrementare il numero di commenti umoristici durante le loro sedute, ma nessun risultato significativo fu trovato nel grado di apprezzamento da parte dei pazienti nei due gruppi. Questo risultato, contraddittorio rispetto alle premesse, potrebbe essere spiegato alla luce della metodologia utilizzata, specificatamente nel modo in cui si è tentato di controllare l'umorismo. Non si sarebbe trattato, infatti, di umorismo spontaneo, bensì di inserimenti programmati, che, portando ad una forzatura ad essere divertenti, hanno influito sulla genuinità dell'umorismo utilizzato (Meyer, 2007). Introdurre commenti non spontanei rappresenta un ostacolo per lo studio di tale costrutto ed è necessario modificare tale metodologia (Franzini, 2001), sebbene allo stato attuale dell'arte sembra non esistano scuole di psicoterapia che insegnino ai propri allievi a coltivare una competenza umoristica.

Infine, un altro elemento particolarmente importante nello stabilire un'alleanza tra psicoterapeuta e paziente è dato dalla capacità del terapeuta di self-disclosure. Con tale termine si identifica il processo di rivelazione di pensieri, emozioni ed esperienze intime e

personali. I terapeuti che utilizzano maggiormente la self-disclosure sono ritenuti maggiormente esperti rispetto a coloro che non la utilizzano, specialmente nel caso si sia instaurata una buona alleanza terapeutica. D'altra parte, la self-disclosure del terapeuta è correlata ad una bassa percezione di efficacia da parte dei pazienti, se l'alleanza terapeutica è debole (Meyers & Hayes, 2006).

2.3.3. L'umorismo come tecnica

Nel corso degli anni, un numero sempre maggiore di studiosi si è avvicinato al tema dell'umorismo, tanto che attualmente esistono due associazioni a livello internazionale volte allo studio e alla ricerca in questo campo. Una di esse è l'*International Society for Humor Studies* (ISHS), che riunisce studiosi e teorici di diverse discipline (ad esempio, linguistica, sociologia, psicologia, medicina) il cui intento è stabilire una piattaforma di scambio comune, in modo da condividere le loro competenze. L'altra è l'*Association for Applied and Therapeutic Humor* (AATH), volta a divulgare l'applicazione di interventi basati sull'umorismo. Secondo l'AATH, l'umorismo terapeutico viene definito come un qualsiasi intervento di natura giocosa e divertente (ad esempio, espressione o apprezzamento per l'assurdità o incongruenza della situazione di vita) in grado di promuovere salute e benessere personale (Association for Applied and Therapeutic Humor, 2000). Altre definizioni sono state date da chi si è dedicato allo studio dell'umorismo in psicoterapia; ad esempio, Fry e Salameh (1987) definiscono l'umorismo terapeutico come costruttivo, empatico, totalmente estraneo a sarcasmo, ironia, razzismo e sessismo.

La varietà di tale costrutto ha portato ad una classificazione più precisa, al punto che alcuni autori hanno definito specifici interventi classificandoli come tecniche terapeutiche umoristiche. Una classificazione delle tecniche umoristiche impiegate in psicoterapia può essere la seguente: indovinelli, battute, vignette, giochi di parole, incongruità, esagerazioni o semplificazioni, sorpresa, ristrutturazione umoristica e ridicolo (Franzini, 2001). Di seguito ciascuna di esse viene brevemente descritta:

Indovinello. Il terapeuta può proporre indovinelli divertenti al paziente, in modo da stimolare il suo processo cognitivo, portandolo a riflettere sull'argomento oggetto dell'indovinello, che deve coincidere con il tema portato dal paziente.

Utilizzo di battute o vignette umoristiche. Come per gli indovinelli, l'utilizzo di battute o vignette deve essere inserito all'interno del contesto oggetto della terapia ed ha lo scopo di portare a riflettere sulla modalità distorta di ragionamento.

Gioco di parole. Questa tecnica si basa sull'ambiguità linguistica e viene utilizzata sia per portare a riflettere su scenari alternativi, sia per provocare una risata nel paziente, per alleggerire il clima emotivo della seduta.

Incongruità. Quando un aspetto può avere due significati o visioni diverse, ma entrambe significative, il terapeuta può sottolinearne la duplicità, in modo da ampliare le prospettive del paziente.

Esagerazione o semplificazione. Consiste in un processo volontario di sovra o sotto esposizione di un fatto, pensiero, sentimento o sensazione spesso utilizzato per sottolineare con enfasi quanto detto, fatto o pensato. Solitamente, l'esagerazione o semplificazione viene applicata ad un atto del paziente che sottende un aspetto problematico.

Sorpresa. Consiste nel presentare in maniera improvvisa ed inaspettata un fatto, un'idea, un ragionamento che è differente, spesso opposto, a quello che l'ascoltatore si sarebbe aspettato.

Ristrutturazione umoristica. Consiste nel vedere con occhi nuovi ciò che prima non era visibile, a seguito di una ristrutturazione cognitiva degli schemi mentali. Attraverso una ristrutturazione umoristica, la persona si avvicina ad una nuova realtà.

Ridicolo. Consiste nel ridicolizzare o mettere alla berlina un comportamento o un atteggiamento, sia proprio sia altrui. Quando questa tecnica viene utilizzata, è importante che il bersaglio sia il comportamento e non la persona, per non correre il rischio di offendere il paziente.

Vista la complessità del tema e dato il fatto che esistono diversi modi per utilizzare l'umorismo in terapia, gli psicoterapeuti dovrebbero prestare particolare attenzione al suo utilizzo e decidere per la tecnica che meglio si confà al momento e al problema che il paziente presenta (Blevins, 2010). Utilizzare tecniche umoristiche in psicoterapia può essere un'ottima strategia per favorire il processo di comunicazione fra terapeuta e paziente, nel caso in cui si venga a creare un momento di tensione. Uno degli studi condotti in tale ambito (Buttny, 2001) ha mostrato che l'approccio umoristico da parte dei terapeuti è stato principalmente adottato quando si aveva un disaccordo con il paziente. La maggior parte degli interventi umoristici sono stati iniziati dal terapeuta e tali interventi avevano precisi scopi terapeutici. Da questo

studio è emersa l'importanza dell'umorismo quale lubrificante sociale e come mezzo per ridurre potenziali conflitti piuttosto che intermezzo divertente dell'attività terapeutica.

2.4. Il ruolo distruttivo dell'umorismo in psicoterapia

Finora sono state prevalentemente presentate le potenzialità che un intervento umoristico, sia spontaneo sia volontario, possono avere nella relazione terapeuta-paziente. Tuttavia, visto anche l'aspetto non benevolo cui l'umorismo è composto, è naturale che vi siano degli aspetti negativi a cui esso può portare se male utilizzato, portando ad effetti opposti rispetto a quanto atteso e rischiando, così, di rovinare in maniera irreparabile la relazione. Il rischio di incorrere in gaffe o peggio ancora di offendere i sentimenti del paziente può essere limitato, se il terapeuta tiene conto di alcuni fattori quali l'età, il sesso, la cultura, gli schemi mentali del paziente, al fine di evitare malintesi.

Il potenziale negativo dell'umorismo fu messo in luce già mezzo secolo fa (Kubie, 1971). L'umorismo può mascherare ostilità, sia da parte del terapeuta sia da parte del paziente, può ferire, offendere e confondere il paziente circa l'intenzione del terapeuta, intensificare la resistenza e può essere utilizzato per sedurre, sia sessualmente sia emotivamente (Nelson, 2008). L'utilizzo dell'umorismo è improprio quando umilia, disapprova, o mina l'autostima, l'intelligenza o il benessere di un paziente (Saper, 1987). Inoltre, l'uso improprio dell'umorismo crea un ambiente relazionale negativo che può influire sull'andamento della consulenza (Gladding, 1995).

Diverse sono le modalità in cui l'umorismo può avere effetti negativi. In primo luogo vi è il fatto che il terapeuta, utilizzando un approccio divertente e leggero, corre il rischio di non essere preso seriamente dai pazienti. Un rischio simile si verifica quando il terapeuta tocca temi importanti in modo divertente, portando ad un'errata concettualizzazione: il paziente può credere che certi argomenti non devono essere discussi seriamente. Un'altra modalità si ha quando il paziente volontariamente non apprezza l'intervento umoristico del terapeuta, ad esempio perché valuta quanto detto offensivo o sminuente l'importanza dell'argomento trattato. In questo caso, il mancato apprezzamento, è indice di un fallimento relazionale in cui il terapeuta non ha saputo allinearsi con i sentimenti del paziente e le sue necessità. L'umorismo può quindi diminuire la credibilità dei terapeuti agli occhi dei pazienti. Il potenziale negativo dell'umorismo può assumere anche modalità meno estreme. Ad esempio, diviene negativo quando i terapeuti lo utilizzano per evitare di trattare argomenti

ad alto potenziale emotivo, nascondendosi dietro ad una battuta. Pierce (1994) ha individuato tre diverse funzioni che l'umorismo disadattivo da parte dei terapeuti può svolgere in terapia.

Umorismo utilizzato dal terapeuta per attaccare il paziente

Rappresenta l'utilizzo dell'umorismo da parte del terapeuta per sminuire, canzonare o deridere il paziente. Questo tipo di umorismo sarebbe veicolato da sentimenti sia consapevoli, sia inconsapevoli nei confronti del paziente o verso ciò che ha detto. Al fine di ridurre la possibilità di incorrere in tale comportamento errato, è necessario che i terapeuti prendano consapevolezza del loro modo di interagire, impegnandosi in una attività continua di autodisciplina. In questi casi è altresì consigliato evitare qualsiasi commento umoristico, in modo da non incorrere in possibili complicazioni.

Umorismo come strategia difensiva

L'utilizzo dell'umorismo a questo scopo consiste nel dirigere l'attenzione da sentimenti ed emozioni difficili da tollerare verso un territorio più sicuro. Si tratta, in questo caso, di una forma di evitamento che deve essere approfondita: teoricamente, un terapeuta dovrebbe essere in grado di toccare una varietà di temi, senza attuare strategie di evitamento. Ciò dovrebbe quindi portare il terapeuta ad effettuare una autoanalisi per comprendere il perché sia stata utilizzata tale strategia.

Commenti non pertinenti

La terza modalità di un uso negativo dell'umorismo disadattivo è rappresentata dalla presenza di commenti umoristici non pertinenti allo scopo terapeutico. Questa modalità può includere non solo strategie difensive, ma anche commenti che interferiscono con lo scopo principale del lavoro terapeutico. Una possibile spiegazione dell'uso da parte del terapeuta di commenti umoristici non pertinenti può essere ricondotta alla necessità di raccogliere qualche secondo di gratificazione narcisistica.

Riassumendo, l'uso dell'umorismo da parte del terapeuta può rendere difficile ai pazienti esprimere i loro sentimenti negativi o di disapprovazione. Inoltre, quando l'umorismo non è a spese del paziente, egli può sentirsi costretto a partecipare, se non altro per dimostrare al terapeuta che ha senso dell'umorismo. La classificazione sopra presentata mostra come la prima tipologia rappresenti una modalità più dannosa rispetto alle due seguenti.

Per quanto concerne la valutazione di benevolenza o meno dell'umorismo impiegato nell'interazione terapeuta-paziente esiste una scarsità di strumenti specifici. La scala che viene maggiormente utilizzata è quella creata da Fry e Salameh (1987). Essa può essere sia somministrata ai pazienti, sia utilizzata in maniera indiretta valutando la tipologia di umorismo attraverso il ricorso a registrazioni video. Tale scala, che può avere valore anche come classificazione generale delle tipologie di umorismo usate dai terapeuti, prevede una suddivisione in cinque livelli.

Livello 1. Si riferisce ad un uso altamente negativo e distruttivo dell'umorismo, quale ad esempio l'utilizzo di un umorismo vendicativo o degradante nei confronti del paziente, spesso usato in un momento di rabbia o frustrazione da parte del terapeuta.

Livello 2. Si riferisce ad un umorismo negativo per le esigenze del paziente, ma meno dannoso rispetto al precedente. Un'altra differenza rispetto al livello 1 è che in questo caso il terapeuta tende a scusarsi con il paziente.

Livello 3. Consiste nell'utilizzo da parte del terapeuta di commenti umoristici volti a migliorare il clima relazionale, solitamente per una risposta all'umorismo del paziente.

Livello 4. Indica un uso attivo dell'umorismo, cioè avviato dal terapeuta e focalizzato sul problema specifico, così che il paziente sia aiutato a prendere consapevolezza dei propri problemi da un punto di vista oggettivo.

Livello 5. Si riferisce all'umorismo funzionale ed adattivo che coinvolge un'interazione tra paziente e terapeuta, concentrandosi non solo sul problema corrente, ma anche portando nuove intuizioni e soluzioni.

Va sottolineato, inoltre, che un utilizzo di umorismo prematuro, quando non si è ancora instaurata una buona alleanza terapeutica, può effettivamente causare un disagio al paziente tale da indurlo ad abbandonare il processo terapeutico. Per i motivi sopra citati è importante che i terapeuti capiscano le implicazioni, i benefici e i potenziali danni che gli interventi umoristici possono provocare.

2.5. Studi e ricerche

2.5.1. Applicazioni dell'umorismo in psicoterapia

Gli studi che riguardano l'utilizzo dell'umorismo in psicoterapia sono scarsi e i risultati generali sono contraddittori (Martin, 2007). Di seguito sono sintetizzati i principali studi in tale ambito e i risultati ottenuti. Kuhlman (1984) pone una distinzione fra effetti a breve e a lungo termine di interventi umoristici usati in setting psicoterapeutici. Gli effetti a breve termine riguardano la diminuzione della tensione emotiva, l'aumento di allegria e altre risposte emotive che rappresentano l'immediata conseguenza di un intervento umoristico. Secondo tale visione, l'umorismo rappresenterebbe una strategia efficace nella pratica terapeutica, piuttosto che una modalità generale di intervento. Gli effetti a lungo termine dell'umorismo riguardano la capacità di modellare, definire e modificare il rapporto fra partecipanti. Kuhlman ha concluso che l'umorismo ha diverse funzioni all'interno di altrettante differenti modalità terapeutiche.

Rosenheim e Golan (1986), hanno esplorato il grado di preferenza riguardo a terapeuti seri e terapeuti che utilizzano interventi umoristici. Ad un gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo isterico, ossessivo e depressivo sono stati presentati tre tipi di intervento: confronto umoristico, riduzione dell'ansia e ristrutturazione cognitiva. Delle tre categorie, i pazienti con disturbo ossessivo sono risultati essere coloro che maggiormente non preferivano l'intervento umoristico. I risultati di questo studio suggeriscono che l'opportunità di utilizzare umorismo in terapia dipende da una serie di parametri, tra cui il tipo di umorismo utilizzato, la diagnosi del paziente e il tipo di personalità, essendo quest'ultimo il maggior predittore. Di conseguenza, l'applicazione di interventi umoristici deve essere pianificata con cura, facendo attenzione alla personalità dei pazienti.

In un altro studio (Foster & Reid, 1983) ad un gruppo di studenti universitari è stato richiesto di valutare tre tipologie di intervento psicoterapeutico: neutro (senza impiego di umorismo), facilitante attraverso l'umorismo (empatico e supportivo) e non facilitante (attraverso l'utilizzo di un umorismo derisivo). I risultati hanno mostrato che il terapeuta era considerato maggiormente capace di creare una relazione positiva sia utilizzando un approccio facilitatore sia in un approccio privo di umorismo, in confronto al non facilitatore. Nessuna differenza è stata riscontrata tra l'umorismo facilitatore e l'approccio senza umorismo.

Qualche anno più tardi, Barbara Killinger (1987), analizzando lo studio di 85 sessioni di psicoterapia, ha riscontrato che gli interventi umoristici dei terapeuti non sembrano

produrre maggiori benefici rispetto agli interventi seri. Due dati interessanti emergono da questo studio: i terapeuti novizi ed esperti non differiscono in base al numero di interventi umoristici effettuati e circa il 20% degli interventi umoristici aveva contenuti aggressivi. Larry Ventys (2001) ha effettuato uno studio per valutare l'efficacia di un intervento umoristico nella desensibilizzazione sistemica per il trattamento delle fobie. In uno studio controllato randomizzato su un gruppo di soggetti affetti da aracnofobia, suddivise il campione in tre gruppi: un gruppo di controllo, che non godeva di alcun trattamento, un gruppo sottoposto a normale intervento di desensibilizzazione, un gruppo sottoposto ad un compito umoristico, cioè quello di cercare di creare associazioni divertenti con l'oggetto della fobia, così che lo stimolo ansiogeno provocato dalla visione dei ragni fosse ristrutturato, utilizzando elementi divertenti. Lo scopo di tale studio era di valutare se le emozioni positive sperimentate, legate all'utilizzo dello humor, potevano modificare la valutazione cognitiva, portando così ad un aumento del senso di autoefficacia con conseguente diminuzione dell'ansia. I risultati mostrarono che desensibilizzazione sistemica e intervento umoristico avevano la stessa efficacia nel diminuire la fobia dei ragni. I due interventi (desensibilizzazione sistemica e approccio umoristico) si sono mostrati egualmente efficaci nel diminuire la fobia dei ragni rispetto al gruppo di controllo. Questo studio mostra l'efficacia dell'umorismo come modalità per ristrutturare cognitivamente uno stimolo ansiogeno paragonabili a quelli del rilassamento muscolare (Ventis, 2001).

2.5.2. Applicazioni dell'umorismo in psichiatria

Per quanto riguarda la sintomatologia psichiatrica, l'osservazione più comune è che tale condizione ha un effetto di indebolimento sul senso dell'umorismo. Tuttavia, gli studi hanno dimostrato come la relazione fra patologia psichiatrica e umorismo possa essere non esistente, negativa o addirittura positiva per certi aspetti (Forabosco, 1998). Anche per quanto concerne la sintomatologia psichiatrica, vi è una scarsità di studi che riguardano l'umorismo nel trattamento di tali pazienti (Marcus, 1990; Richman, 1996; Minden, 2002). Fasolo e Gambini (1991) notarono che la comprensione e l'apprezzamento di barzellette in un gruppo di pazienti depressi non era differente da quella di persone senza disturbi. Inoltre, questo studio ha mostrato che le barzellette con riferimenti alla sintomatologia depressiva venivano maggiormente apprezzate.

In un primo studio empirico condotto su un gruppo di pazienti con sintomatologia psichiatrica ricoverati in struttura, Hirsch e Kranzhoff (2004) hanno dimostrato l'efficacia di

interventi umoristici di gruppo suggerendo che i pazienti con depressione di fine vita possono trarre profitto da interventi umoristici. Recentemente, è stato condotto uno studio per valutare l'efficacia di un intervento umoristico su un gruppo di pazienti anziani affetti da depressione, nell'influenzare la qualità della vita (Walter et al., 2006). Il risultato principale è stato il miglioramento della qualità di vita durante il trattamento ospedaliero psichiatrico per pazienti depressi. I pazienti depressi che hanno ricevuto l'intervento umoristico hanno mostrato una più alta qualità di vita dopo il trattamento, tuttavia, la differenza non è apparsa statisticamente significativa.

Gelkopf e colleghi (2006) hanno valutato se vedere film comici avesse qualche influenza su ansia, depressione, rabbia, funzionamento sociale, comprensione e alleanza terapeutica in ventinove pazienti schizofrenici ricoverati in struttura. Un gruppo ha guardato film comici per tre mesi, mentre il gruppo di controllo nello stesso periodo di tempo ha guardato commedie. Il gruppo sperimentale ha mostrato una significativa riduzione del livello di psicopatologia, rabbia, ansia e sintomi di depressione e un miglioramento delle competenze sociali, mentre non sono state osservate variazioni nell'alleanza di lavoro.

Scopo di questo capitolo è stato quello di fornire una panoramica degli studi condotti sull'utilizzo dell'umorismo e del ridere in contesti in cui viene promossa la salute psicologica. Come si evince da quanto riportato, sebbene si possa intuire una tendenza favorevole all'utilizzo dell'umorismo in questo ambito, bisogna tenere in considerazione precise precauzioni.

3. Il ridere nelle interazioni

Nei capitoli precedenti, dopo una breve introduzione dell'argomento, si è cercato di rispondere alla domanda "perché ridiamo?" Lo scopo di questo capitolo è, invece, di passare in rassegna gli studi che hanno indagato quando e come il ridere si manifesta nelle conversazioni quotidiane, utilizzando come strumento d'indagine l'Analisi della Conversazione. Tale metodologia appare indispensabile per un corretto approccio al tema in quanto la risata non solo segnala il linguaggio umoristico ma veicola numerose funzioni specifiche nelle interazioni (Mulkay, 1988).

È quindi necessario approcciarsi allo studio del ridere in modo sistematico, utilizzando una prospettiva di ricerca che tratti la risata come costrutto specifico, così da comprendere in quale modo e con quali scopi gli attori sociali utilizzino il riso nelle interazioni. A questo proposito, un'interessante ricerca di Provine (2001) ha mostrato che la risata funge da elemento di punteggiatura. Da un'analisi effettuata su 1.200 episodi ilari, provenienti da registrazioni audio di interazioni quotidiane, è emerso che le risate non sono disseminate casualmente nel flusso del discorso, ma la posizione in cui appaiono è governata da un processo codificato e di probabile fondamento neurobiologico. Inoltre, l'indagine ha mostrato come le risate si siano manifestate nell'84% dei casi dopo affermazioni, nel 16% dopo domande e che nel 41% delle proposizioni avessero un valore esclamativo. Questo studio rappresenta solo uno dei numerosi condotti per quanto concerne le interazioni quotidiane: di seguito saranno presentati quelli che si sono mostrati di maggior interesse per l'ambito di ricerca della presente tesi.

3.1. L'Analisi della conversazione

L'Analisi della Conversazione (AC) è una metodologia di analisi delle interazioni comunicative nata verso la fine degli anni Sessanta con lo scopo di spiegare come si costruiscono le relazioni sociali, partendo dallo studio della costruzione dell'interazione verbale. Attraverso la descrizione delle conversazioni, l'AC si pone l'obiettivo di spiegare le competenze che i parlanti utilizzano e cui fanno riferimento quando partecipano a un'interazione socialmente organizzata. Lo scopo è identificare gli aspetti sistematicamente ordinati del parlato così da comprendere in quale modo, e attraverso quali procedure, l'ordine conversazionale viene raggiunto nel corso dell'interazione. L'oggetto di studio dell'AC è il

cosiddetto “everyday talk” (Schegloff & Sacks, 1973) che si riferisce al parlato quotidiano, così come avviene giornalmente sia nelle comunicazioni informali fra amici, estranei o familiari, sia nelle situazioni istituzionali, ad esempio fra medico e paziente. Gli studi sono basati su dati reali, provenienti da registrazioni che vengono poi trascritte. Durante il processo di trascrizione, i dati sono riportati in modo da evidenziare ogni aspetto del discorso orale quali parlato simultaneo, pause, risate, segnali apparentemente vuoti (ad esempio ehm, ah, uh) e via dicendo. Solo attraverso l’utilizzo di registrazioni (audio o video) è possibile riportare i dati nella maniera più precisa possibile, perché ricorrenze osservabili e sistematiche dei fenomeni comunicativi possono portare alla formulazione di ipotesi per la costruzione del sistema conversazionale. Uno degli aspetti principali dell’AC è dato dal fatto che gli analisti della conversazione effettuano una descrizione dei dati attraverso un’attenta osservazione: anche avendo a disposizione un intero incontro, non utilizzano le conoscenze basate sul “dopo” per interpretare il “prima”; in questo modo è possibile prestare attenzione allo sviluppo del processo discorsivo e non crearsi a priori idee riguardo al flusso interazionale.

I primi studi delle interazioni sono stati condotti su conversazioni telefoniche (e in parte su interazioni audio registrate vis a vis). Il motivo di tale scelta risiede nel fatto che, concentrando l’attenzione su conversazioni telefoniche, è stato possibile focalizzarsi sul parlato eliminando la complessità della comunicazione non verbale: quando sono al telefono, infatti, i due interlocutori non possono fare affidamento a risorse interazionali come espressioni del viso, sguardo e gesti (Heritage, 1989; Schegloff, 1979). Ciò spiega la grande quantità di dati provenienti da interazioni telefoniche, sollevando la questione se vi sia una differenza significativa rispetto alle interazioni in cui gli interlocutori si vedono in viso. Numerosi studi sono giunti alla conclusione che queste tipologie di interazioni non differiscono fra loro (ad esempio Schegloff, 1979; Hutchby, 2001). Un fattore che invece sembra influire sulle dinamiche delle interazioni è il numero dei partecipanti: l’interazione fra più persone si differenzia in maniera sostanziale dall’interazione diadica (ad esempio Schegloff, 1995). A prescindere dalla numerosità degli interlocutori e dalla tipologia di colloquio studiato, uno dei principali obiettivi che l’AC si è posta è quello di dimostrare che le conversazioni sono caratterizzate da ordine e regolarità (Schegloff, 1988). L’attenzione posta su questo campo di studio ha permesso l’identificazione di due livelli, globale e parziale, attraverso i quali l’ordine conversazionale si struttura. Il *livello globale* rappresenta l’organizzazione complessiva della conversazione che è suddivisa in tre fasi specifiche: di apertura, centrale e di chiusura (Sacks et al., 1974). Il *livello parziale* rappresenta l’organizzazione locale della stessa, data dal susseguirsi delle parti che la compongono.

3.2. L'ordine conversazionale

L'AC parte dal presupposto che vi sia un'organizzazione della conversazione basata su una precisa architettura che può essere scomposta nei suoi elementi principali (Sacks, 1974). Oltre a presentare un inizio, una parte centrale e una fine, ogni conversazione è organizzata in una precisa sequenza di azioni (unità minime di significato, turni e sequenze conversazionali) che vengono concordate fra gli interlocutori. Di seguito vengono presentate le componenti di base.

3.2.1. Organizzazione complessiva

Ogni conversazione si struttura, generalmente, in tre fasi:

Una fase d'apertura che può comprendere i saluti iniziali e il riconoscimento reciproco (specialmente nelle conversazioni telefoniche). Solitamente segue una fase di avvio vero e proprio che può essere limitata anche ad una sola sequenza: nel caso di un colloquio psicoterapeutico l'avvio coincide con la domanda del terapeuta riguardo al motivo della consultazione.

Una fase centrale in cui vengono introdotti e discussi gli argomenti della conversazione. Se viene discusso un solo argomento, una volta terminato, si passa alla fase di chiusura; se gli argomenti sono più di uno, prima del passaggio all'argomento successivo, c'è una fase in cui gli interlocutori concordano tale passaggio. Nel colloquio psicoterapeutico questa fase coincide con la discussione della sintomatologia presentata dal paziente e delle strategie proposte dal terapeuta.

Una fase di chiusura che corrisponde alla parte finale della conversazione, in cui è presente una serie di turni vuoti e i saluti.

3.2.2. Organizzazione locale

A livello locale, la conversazione è composta da diversi elementi: turno conversazionale, unità minime di significato, punto di rilevanza transizionale, coppie adiacenti, riparazione.

L'organizzazione sequenziale delle azioni: turn construction unit e presa del turno

L'unità di base impiegata dagli analisti della conversazione è il *turno conversazionale* (TC). Tale unità appare di difficile definizione perché non corrisponde rigidamente né a un'unica struttura sintattica (parola, enunciato, frase, ecc.) né a una sola tipologia di azione linguistica (domanda, affermazione, ordine, ecc.). Inoltre, avendo dimensioni variabili, risulta di volta in volta costituita da un numero più o meno grande di unità minime di significato (o TCU). Così come il turno conversazionale, anche il concetto di *unità minima di significato* è difficile da definire, in quanto include sia elementi linguistici, quali le unità sintattiche (enunciati, frasi e singole parole) sia elementi gestuali e paralinguistici come, ad esempio, le risate e i sorrisi. Poiché gli interlocutori co-partecipano alla costruzione della conversazione, una delle caratteristiche fondamentali dell'ordine conversazionale è il modo con cui i parlanti effettuano la "presa del turno" (*turn taking*, Sacks et al., 1974), quando cioè avviene il passaggio al turno successivo da parte dell'altro interlocutore. Tale passaggio avviene, generalmente, in ogni possibile punto di rilevanza transizionale (PRT, *transition relevance place*, Sacks et al. 1974). Un PRT si verifica quando uno degli interlocutori intuisce che l'altro sta terminando di parlare, ed è caratterizzato da specifici segnali comunicativi. Esso, inoltre, coincide con il punto finale di ogni unità minima di significato: ogni turno conversazionale avrà un numero di PRT pari alle unità minime di significato che lo compongono. Per quanto concerne il passaggio da un turno all'altro, esso può avvenire attraverso due modalità:

Eteroselezione: il parlante di turno seleziona il successivo interlocutore. In questo caso la persona selezionata ha sia il diritto sia l'obbligo di parlare e dare il via a un nuovo turno.

Autoselezione: il parlante successivo prende la parola in modo autonomo, senza che vi sia un invito a farlo da parte di chi sta parlando.

Oltre a queste due situazioni, può verificarsi una condizione di sospensione dell'alternanza dei turni (Sacks et al., 2000). In questo caso chi ha il turno, vista la mancata presa di parola da parte degli altri interlocutori, può decidere di continuare a parlare mantenendo il turno per un tempo prolungato, violando la regola dell'alternanza. Tale modalità, che prende il nome di *turno esteso* (Sacks, 1974; Schegloff, 1980), è generalmente preceduta da pre-sequenze in cui chi si candida a un turno esteso effettua un'operazione di prenotazione del turno stesso. Un esempio è quello in cui un interlocutore comincia a raccontare qualcosa: in questi casi il

parlante, con una pre-sequenza, informa l'interlocutore che produrrà un turno piuttosto lungo (Sacks et al., 2000).

Le sequenze conversazionali

Le sequenze conversazionali sono delle concatenazioni tipiche e ricorrenti di elementi, ovvero di turni, prodotte da parlanti diversi (Bongelli, 2008). Un aspetto peculiare delle conversazioni è dato dal fatto che generalmente l'azione di un parlante vincola quella del parlante successivo. Tali forme di organizzazione sequenziale prendono il nome di *coppie adiacenti* (Schegloff & Sacks, 1973). Le coppie adiacenti (ad esempio domanda-risposta, saluto-saluto, accusa-giustificazione, offerta-rifuto/accettazione, ecc.) rappresentano un meccanismo di azione e reazione durante lo sviluppo della conversazione: quando il primo interlocutore esegue un'azione di un certo tipo, l'altro produce una delle reazioni appropriate all'azione precedente. Esse sono legate al concetto di *rilevanza condizionata* (Schegloff, 1972) perché la prima parte della coppia rappresenta una mossa interazionale che condiziona lo svolgimento successivo dell'interazione. Nel caso in cui la seconda parte venga a mancare, questo viene percepito come una violazione del sistema turnazionale.

Le coppie adiacenti, che rappresentano il tipo di organizzazione discorsiva più semplice, possiedono alcune caratteristiche principali. Esse sono *complementari* perché ogni coppia è costituita da due turni tendenzialmente adiacenti, *ordinate* perché vi è un preciso ordine temporale riguardo a quale delle due parti deve apparire prima (ad esempio la domanda precede la risposta) e *collegate discretamente* in quanto ad una prima parte corrispondono specifiche sequenze successive. A questo punto si collega il concetto di *preferenza* (Pomeratz, 1984; Schegloff, 1990): per ogni coppia è possibile individuare una seconda parte "preferita" piuttosto che altre comunque possibili (ad esempio a una domanda seguirà una risposta e non un saluto).

La riparazione

Nelle conversazioni accade frequentemente che si verifichino problemi di comprensione o problemi di produzione da parte del parlante del momento. Quando succede ciò, gli analisti della conversazione hanno notato che si mette in atto un altro meccanismo di base dell'organizzazione conversazionale, il *repair* o riparazione (Schegloff, 1997). Tale meccanismo rappresenta una dimensione più ampia rispetto a quello della correzione perché il repair ha per oggetto gli aspetti più propriamente relazionali del parlare (Lerner 2004), avendo

l'obiettivo di descrivere quello che gli interlocutori fanno quando non capiscono qualcosa di ciò che stanno dicendo. La correzione, invece, fa esclusivamente riferimento alla sostituzione di un elemento errato con un altro ritenuto idoneo. Il repair, inoltre, può essere locale, se relativo a una singola TCU o esteso, quando si rifà ad un'incongruenza tra più TCU. La riparazione può essere effettuata sia dal parlante sia dal suo interlocutore, creando quattro condizioni specifiche:

Autoriparazione: avviene quando il repair è completamente agito dal parlante che, dopo essersi accorto che qualcosa di ciò che sta dicendo non va, si autocorregge mentre parla.

Riparazione sollecitata dall'interlocutore e conclusa dal primo parlante: avviene quando l'interlocutore, nel punto in cui non capisce, richiede una riparazione che viene poi agita dal primo parlante, che poi termina l'intervento.

Eteroriparazione: avviene quando l'interlocutore corregge il parlante, riprendendo una parte del suo discorso. Questa modalità può veicolare un dubbio, inducendo il primo parlante a confermare la riparazione proposta.

Riparazione sollecitata dal parlante di turno e conclusa dall'interlocutore: avviene quando il parlante suggerisce una correzione che viene portata a termine dall'interlocutore.

3.3. Le applicazioni dell'Analisi Conversazionale

Una delle principali critiche mosse all'AC è stata quella di concentrarsi sull'analisi del parlato senza prendere in considerazione sufficientemente la relazione fra la conversazione stessa e il contesto sociale in cui avviene. L'AC non nega tale relazione, ma non accetta l'idea di un contesto sociale prestabilito rispetto alla conversazione (Schegloff, 1987). Non è quindi sufficiente che una conversazione si verifichi, ad esempio, in un ospedale per dire che il dialogo sarà di un certo tipo, in quanto potrebbe entrare in gioco una molteplicità di fattori (ad esempio, l'esperienza del medico, la patologia del paziente, il fatto di essere in un ospedale appena costruito, ecc.). L'AC è stata largamente applicata anche ai contesti istituzionali, oltre che alle interazioni quotidiane (Drew & Heritage, 1994): già Sacks (1992) si interessò allo studio delle conversazioni in ambito istituzionale analizzando le telefonate ricevute da un centro di prevenzione del suicidio.

Riguardo ai setting istituzionali, diversi studi sono stati condotti per indagare l'interazione fra medico e paziente che, per alcuni versi, è sovrapponibile a quello psicoterapeutico, in quanto sia le interazioni mediche che psicoterapeutiche implicano

un'interazione diadica fra uno specialista e un paziente, che si rivolge al primo per chiedere aiuto in merito ad una problematica di salute (fisica o psicologica). Sono state altresì definite alcune fasi secondo cui la consultazione medica si evolve: apertura, presentazione del disturbo, esame, diagnosi, trattamento e chiusura (Heritage & Maynard, 2006) che possono essere rintracciabili anche nelle consultazioni psicoterapeutiche. Altri punti di contatto fra analisi medica e psicoterapeutica sono dati dal fatto che emergono parallelismi fra diagnosi in ambito medico e interpretazione effettuate dall'analista durante le sedute di psicoanalisi (Peräkylä, 2008). Similarmente a quanto avviene in ambito medico, l'interpretazione dell'analista consiste nella descrizione professionale dei problemi presentati dal paziente. Oltre a queste similitudini, appaiono differenze sostanziali nella costruzione delle sequenze costitutive del percorso terapeutico: in ambito medico, ad esempio, una volta formulata la diagnosi, segue una fase in cui il paziente solitamente la accetta, mentre in psicoanalisi l'analista si adopera al fine di promuovere una partecipazione del paziente, andando così oltre alla semplice accettazione (Peräkylä, 2008).

3.3.1. L'AC in psicoterapia

I primi dati riguardanti l'applicazione dell'AC in contesti psicoterapeutici risalgono alla fine degli anni Ottanta, quando Davies (1986) condusse un importante studio sul concetto di formulazione in psicoanalisi. Con tale termine si fa riferimento all'attività del terapeuta di proporre al paziente una versione degli eventi narrati che, sebbene possa apparire come diretta conseguenza del precedente resoconto, in realtà ne introduce una trasformazione. Studi successivi hanno mostrato come in ogni seduta terapeutica vi siano attività che ricorrono regolarmente (Bercelli et al., 2004). Esse sono state definite *indagine* e *rielaborazione*. L'indagine fa riferimento al proferimento, da parte del terapeuta, di informazioni del paziente riguardo a suoi problemi e vicende, sia in forma narrativa sia non narrativa. Nella rielaborazione, invece, il terapeuta produce un enunciato che si presenta come una riformulazione di ciò che il paziente ha detto e che lo stesso paziente può confermare, commentare o completare, oppure limitarsi a mostrare di avere inteso.

Oltre a questi due aspetti basilari, ve ne sono altri che possono apparire in terapia e prendono il nome di racconto, accomodamento procedurale, richiamo, rilevazione e didassi (Bercelli et al., 2004). Con il termine *racconto* si intende l'azione svolta dal paziente che, nel rispondere ad una domanda del terapeuta, narra una sua vicenda personale; nell'*accomodamento procedurale* il terapeuta spiega come continuare il corso della seduta e il

paziente può acconsentire oppure no; nel *richiamo* il terapeuta o il paziente menzionano qualcosa che è già stato trattato in sedute precedenti (o precedentemente nella stessa seduta) e l'interlocutore mostra di ricordare o meno il discorso menzionato; la *rilevazione* rappresenta il processo di percezione ed osservazione che il terapeuta attua per cogliere aspetti rilevanti del paziente, mentre la *didassi* fa riferimento all'attività del terapeuta di asserire argomenti in merito ad una tesi generale, la cui validità appare a prescindere dalle particolarità dei problemi presentati dal paziente. Altri elementi emersi dallo studio delle interazioni terapeutiche sono stati quelli di estensione (Vehviläinen, 2003), che si verifica quando un terapeuta produce una frase, coerente e pertinente, a proseguimento di quanto detto dal paziente, e di reinterpretazione (Bercelli et al., 2008), in cui il terapeuta riformula quanto presentato dal paziente in modo da renderlo consapevole del ragionamento effettuato.

L'applicazione dell'AC in psicoterapia ha mostrato un pattern asimmetrico riguardo ai ruoli e alle attività di terapeuti e pazienti (Bercelli et al., 2008). Tale asimmetria di ruoli mostra quattro caratteristiche peculiari:

- I terapeuti possono fare qualsiasi tipo di domande ai pazienti, in qualsiasi momento della seduta e senza limitazioni.
- I pazienti di solito non fanno domande, tranne quelle di riparazione.
- A prescindere dalla numerosità delle domande poste, i terapeuti fanno principalmente dichiarazioni circa eventi del paziente.
- I pazienti rispondono regolarmente a queste dichiarazioni (in forma più o meno estesa).

Da quanto emerso, terapeuta e paziente tendono a fare azioni specifiche e distinte: un'azione peculiare del terapeuta è quella di fare domande (Peräkylä, 2008), e rappresenta una modalità di elezione per la conduzione di un colloquio psicoterapeutico che si compone così, per un gran numero di turni, di coppie adiacenti domanda/risposta. Per quanto concerne il paziente, si possono avere due tipologie di risposta: in un caso il paziente si allinea (Bercelli et al., 2008) mentre nell'altro non si allinea (Vehviläinen, 2008).

Per quanto riguarda le interpretazioni del terapeuta, invece, le sequenze conversazionali relative alle risposte dei pazienti possono essere classificate in tre categorie: il paziente può accettare, respingere oppure resistere all'intervento del terapeuta (formulazioni e interpretazioni). Peräkylä (2005, 2008) parla anche di "elaborazione" che il paziente attua in risposta all'interpretazione che il terapeuta effettua: in questi casi il paziente fa proprie alcune parti dell'interpretazione elaborata dal terapeuta, mostrando così di accettarla e comprenderla. Per quanto concerne il non allineamento da parte del paziente, Peräkylä (2003) ha messo in

luce il fenomeno della *resistenza implicita* che segue alle interpretazioni del terapeuta. Spesso, sebbene i pazienti tendano a dare risposte positive, esse implicano una resistenza verso l'attività di auto-osservazione prodotta dall'interpretazione stessa. Da questo è emerso come l'attività d'interpretazione sia un processo a tre stadi dove a una dichiarazione interpretativa dell'analista segue la risposta del paziente e, infine, un commento dello stesso analista. A tal proposito Vehviläinen (2008) precisa come la comprensione della modalità e del momento in cui le resistenze compaiono possono fornire informazioni utili per approfondire quello specifico tema.

3.4. La risata nella conversazione

Un elemento che sta attirando sempre più l'attenzione degli analisti della conversazione è quello della risata (Glenn, 2003). Si potrebbe pensare che il riso, come componente non lessicale dell'interazione, non sia soggetto allo stesso tipo di ordine presente per altri elementi altamente ordinati, ma questa visione non corrisponde a realtà (Jefferson, 1984). Innanzitutto, sebbene nel passato diversi autori abbiano cercato di spiegare il verificarsi delle risate come elementi derivanti dalla presenza di umorismo, tale visione è apparsa alquanto limitata, poiché il ridere ricopre numerose funzioni, oltre che essere una semplice risposta a un commento umoristico. La posizione della risata, ad esempio, è importante per identificare la sua funzione, perché essa può verificarsi quando un interlocutore inizia a parlare, può seguire il parlato o verificarsi in concomitanza con esso (Glenn, 2003; Sacks 1974). Che la risata debba essere vista come un elemento diverso dall'umorismo emerge anche dalle ricerche di Hakaana nell'ambito delle interazioni mediche (1999, 2001). Da questi studi emerge che ogni teoria (ad esempio, dell'incongruità) che spieghi la funzione della risata rischi di essere sovrastimata se interpretata nel corso dell'interazione verbale, perché le risate durante le sequenze di parlato vengono negoziate fra i parlanti e non sono solo frutto di interventi umoristici.

Recentemente, Holt (2013) ha mostrato come i parlanti tendano a ridere dopo che sono state presentate espressioni figurative drammatiche oppure esagerate in qualche modo. Tali dati, presi singolarmente, avvalorerebbero l'ipotesi che la risata segua uno stimolo incongruo, ma lo studio condotto dalla ricercatrice inglese ha mostrato l'emergere di altri elementi che accompagnano la risata, quali l'anticipazione di risate e la presenza di sorrisi nei turni precedenti. Inoltre, scegliendo di rispondere con una risata, il destinatario contribuisce a definire una particolare traiettoria della conversazione (ad esempio chiudere l'argomento). Tali dati mostrano come i parlanti costruiscano il "risibile" attingendo a un gamma eterogenea

di risorse. Così, per esempio, un turno che contiene un'espressione idiomatica esagerata che viene seguita da risata da parte del parlante, è altamente probabile che indichi l'intenzione da parte del ricevente di collaborare alla chiusura dell'argomento e non ad estenderlo (Holt, 2013).

La risata non è solo un fenomeno degno di attenta descrizione, ma un elemento che si organizza nel dettaglio, al fine di coordinare e talvolta sostenere azioni in corso (Jefferson, 1984, 1985; Jefferson et al., 1987): per questo motivo vengono presentati alcuni degli studi che hanno mostrato le funzioni che la risata può assumere nelle interazioni quotidiane e istituzionali.

3.4.1. Risata di invito (invitation laughter)

Uno dei primi studi in merito al ridere è stato condotto da Gail Jefferson (1979), la quale notò come la risata di un partecipante può servire per invitare risate reciproche: il ridere (o il proferimento di particelle di risate) di un interlocutore durante un turno può agire come invito ad un co-partecipante ad unirsi, portando così a condividere la risata. Oltre a ciò, gli studi condotti in tale ambito hanno mostrato come una risata di invito dipenda da un insieme di aspetti che riguardano la progettazione, l'azione e la posizione sequenziale del turno, tra cui la possibile inclusione di particelle di risata, nonché la traiettoria del discorso. La presenza di risate di invito è più probabile se sono presenti elementi ricorrenti di risibile nei turni precedenti.

3.4.2. Risata condivisa (shared laughter)

Holt (2012) ha mostrato come, in modo ricorrente, una risata condivisa dai due interlocutori anticipi l'introduzione di un nuovo argomento o sequenza, indicando la fine dell'argomento precedente. Condividere una risata può, in certi casi, essere una strategia per portare l'argomento a conclusione. In alternativa, l'interlocutore, rifiutando un invito a ridere e sovrapponendosi con un'ulteriore sequenza di parlato, può prolungare l'argomento. Ci sono diverse ragioni per spiegare perché una risata condivisa può essere un'efficace strategia di chiusura del parlato: in primo luogo, la risata fungerebbe da turno vuoto (Schegloff & Sacks, 1973). Inoltre, la risata condivisa è frequentemente associata ad "argomenti leggeri" che tendono a precedere, contribuire e facilitare la chiusura del turno conversazionale. Essendo il

ridere un elemento associato a un rapporto d'intimità (Jefferson et al., 1987; Nelson, 2008) le chiusure sono un punto della conversazione in cui i partecipanti possono negoziare il loro rapporto (Button, 1991). Così, il rapporto o l'intimità potenzialmente favorita dalla risata condivisa creano un ambiente appropriato per introdurre discorsi più leggeri o per portare la conversazione su un terreno neutro. Riassumendo, lo studio di Holt (2012) conferma la complessità delle funzioni della risata: indagare se un interlocutore ride o meno non è semplicemente legato al fatto di trovare un commento precedente divertente, bensì può avere a che fare almeno in parte con preoccupazioni associate con la traiettoria del discorso. In altre parole, gli interlocutori co-partecipano a creare una situazione che possa portare all'eventuale chiusura dell'argomento.

3.4.3. Risata e lamentela (complaint)

Recentemente è stato studiato l'utilizzo della risata per rispondere a lamentele (Holt, 2012). In questi casi la risata può essere utilizzata con diverse funzioni sia di affiliazione e disaffiliazione sia di allineamento e disallineamento dando modo al destinatario della lamentela di scoraggiare il continuare della conversazione. Gli studi condotti in questo ambito hanno mostrato come gli interlocutori producano risate nei turni successivi ad una lamentela, mostrando come esse rappresentino una strategia per disimpegnarsi e terminare l'argomento (Holt, 2013, 2010). In un numero minore di casi, i destinatari della lamentela tendono a rispondere con una risata mentre il reclamo viene pronunciato, sebbene nei turni precedenti non vi sia alcun segnale che inviti a ridere. Questa modalità, piuttosto equivocabile, servirebbe a trasformare in maniera più positiva una valutazione fortemente negativa, fungendo da elemento intermedio fra gli estremi di affiliazione e disaffiliazione da una parte e allineamento e non-allineamento dall'altra. La risata appare equivoca e minimale: l'ambiguità aggiunta porta un elemento di confusione cui il parlante non riesce ad allinearsi. Tale modalità è anticipata nei turni precedenti, in quanto sono presenti indicatori che mostrano come il destinatario abbia già intrapreso una traiettoria disaffiliativa. La risata, in questi casi, viene vista come un ulteriore atteggiamento disaffiliativo: implicitamente l'interlocutore trasmette al parlante il messaggio che non lo sta prendendo sul serio. Questa modalità rappresenta un modo sottile con cui i destinatari possono mantenere la concordanza sociale e, allo stesso tempo, evitare completamente l'argomento. Inoltre, lo scoraggiare il prosieguo della lamentela attraverso una presa di posizione alquanto divergente, testimonia la natura potente di questa strategia, spesso utilizzata quando altri tentativi hanno fallito.

Lo studio delle interazioni problematiche e delle comunicazioni di decesso ha mostrato che i parlanti tendono a cambiare argomento verso un altro più positivo, utilizzando tale modalità (ad esempio, Holt, 1993; Jefferson, 1984). Allo stesso modo, la risata utilizzata come risposta contribuisce a portare a termine la discussione, spostandola dall'aspetto centrale a un livello meno grave. In questo caso, l'utilizzo della risata può avere funzioni simili ad altre situazioni che coinvolgono risate in interazione, come ad esempio il condividere una risata associata alla fine dell'argomento (Holt, 2010).

3.4.4. Particelle di aspirazione interpolate (IPA)

Potter e Hepburn (2007) hanno ampliato il campo di indagine della risata, estendendo quanto fatto in precedenza sul fenomeno comunemente descritto come “particelle di risate” o “particelle di ridere” (*laughing particles*) collocati all'interno delle parole. I due ricercatori sono partiti dall'assunto che le “particelle di risata” all'interno delle parole siano un fenomeno comunicativo differente dalle particelle di risata fuori dalle parole. A tal proposito, per differenziare quanto fatto fino allora, hanno introdotto una nuova terminologia, definendo le particelle di risate all'interno delle parole “particelle di aspirazione interpolate” (*Interpolated Particles Aspiration*) utilizzando l'acronimo IPA.

Per quanto concerne la trascrizione, sebbene siano chiaramente udibili in una conversazione, appare necessario essere inequivocabili circa la parola esatta e il momento preciso in cui compaiono. Esse vengono rappresentate da una o più (*h*) o *h* nella parola. La prima, rappresentata in parentesi (*h*), sottende una particella “esplosiva” pronunciata da una espirazione più energica, rispetto ad una più “ruvida” dove l'IPA viene rappresentata senza parentesi. È importante rilevare che le IPA non sono proposizionali, perché non possiedono un significato se prese singolarmente e quindi non è possibile scinderle dalla parola in cui sono inserite per spiegarne il significato (ad esempio, de(h)pres(h)ione). Inoltre, all'interno di una parola possono essere presenti una o più IPA che possono accompagnare o meno una risata. Esse sono presenti nella conversazione portando una piccola se non nulla modificazione rispetto al senso globale dell'enunciato: possono essere utilizzate senza influenzare l'ordine delle parole, in maniera simile alla funzione svolta da enfasi e volume, e contrassegnare uno o più singoli elementi lessicali delicati (ad esempio, avere qualche limitazione, problema o insufficienza). Infine, rappresentano una risorsa per creare un atto linguistico: possono essere inserite tra elementi lessicali in modo da modulare l'azione prodotta; non cancellano le parole e possono essere inserite in altri elementi lessicali

successivi. Per quanto riguarda la funzione delle particelle di aspirazione interpolate, quella principale è di sottolineare che l'interlocutore ha un problema con l'argomento in cui sono inserite. Esse vengono quindi utilizzate per modulare azioni potenzialmente problematiche: probabilmente lo scopo è di "ammorbidire" l'azione o mettere in risalto un aspetto che sarà cura dell'interlocutore comprendere nella sua entità.

3.4.5. Tono ridente (smile voice)

L'approccio qualitativo dell'AC in merito al ridere ha mostrato una serie di possibili funzioni. La risata è organizzata nei minimi dettagli per coordinare e talvolta sostenere azioni in corso, anche estremamente differenti fra loro. Per esempio, essa può veicolare il "buon umore", così come esprimere resistenza a un problema (Jefferson, 1984). Come emerso in precedenza, altri ricercatori hanno indagato l'utilizzo della risata in contesti diversi (Glenn, 2003, per una rassegna): sghignazzi, particelle di risate e IPA sono solo alcuni dei fenomeni connessi con il ridere.

Un aspetto vicino ma non totalmente sovrapponibile con la risata è quello del tono ridente (*smile voice*). Hepburn e Bolden (2013) sottolineano come esso rappresenti un elemento che deve essere descritto distintamente dalla risata, riprendendo quanto asserito da Jefferson (2004), secondo la quale il ruolo primario di tale elemento paralinguistico è di permettere il riconoscimento della risata e non di unirsi a essa. Questo elemento identifica il parlato proferito mentre si ride o il parlato che ha un'intonazione ridente. Non si tratta di una risata specifica bensì di un contenuto (enunciato, frase, parola) che viene proferito sia mentre si compie la risata sia in sua assenza. La difficoltà di una definizione univoca emerge anche dalla varietà di termini cui si fa riferimento per identificare tale elemento. Alcuni autori, (ad esempio, Kohler, 2008), hanno utilizzato il termine "sorriso parlato" (*speech smile*) per identificare il parlato che viene proferito mostrando un sorriso costante sul volto, che è riconoscibile all'udito per la cadenza ridente. Va altresì rilevato che il sorriso parlato può apparire senza che sia emesso alcun suono, discorso o vocalizzazione paralinguistica e in alcuni casi è solo visibile. Esso rappresenta un elemento con diverse funzioni interazionali e manifestazioni rispetto alla risata perché è un segnale di espressività a bassa intensità. Già van Hoff (1972) aveva proposto una rappresentazione bidimensionale del fenomeno del ridere in cui giocosità e allegria rappresentavano uno degli estremi, mentre la dimostrazione di un atteggiamento non ostile rappresentava l'altro estremo. All'interno di tale categorizzazione, il sorriso parlato può essere visto come un mediatore delle varie funzioni: può includere risate

inserite nel discorso oppure essere un elemento a sé stante quale espressione di felicità e di amicizia. Gli ascoltatori possono riconoscere il sorriso parlato per l'innalzamento di frequenza sonora con cui viene proferito. Secondo Tartter (1980) esso si associa ad un'espressione positiva di relazione sociale, felicità, allegria e amicizia. Come si è visto, riuscire a definire in maniera specifica il tono ridente appare difficile, poiché differenti ricercatori hanno utilizzato diverse definizioni. In questo studio, il tono ridente è stato segnalato ogni volta che un interlocutore pronunciava elementi linguistici utilizzando un'intonazione ridente, riconoscibile all'ascolto, seguita o meno dalla emissione di una o più note di risata.

3.4.6. Il sorriso

In questo paragrafo sarà brevemente introdotto un altro aspetto che è legato all'umorismo e al ridere: il sorriso. Sebbene in diversi contesti ridere e sorridere siano fortemente legati (ad esempio, Darwin, 1872), gli studi condotti (ad esempio, Ekman & Friesen, 1982) hanno fatto chiarezza sull'eterogeneità e la diversità dei sorrisi che esistono.

Generalmente parlando, può essere asserito che il sorriso appare prima che venga emessa una risata: sorridendo, il parlante può mostrare il suo orientamento alla cornice umoristica di interazione e lasciare che sia il destinatario a decidere quale corso prenderanno le successive azioni. Inoltre, il sorriso può essere utilizzato come una risposta alla risata nel turno precedente. Sorridere può avere diverse funzioni affettive (Ruck & Ekman, 2001): ad esempio, il sorriso può essere utilizzato per riconoscere la risata precedente e sottolineare un commento divertente. Inoltre, il sorridere può essere impiegato per indicare affiliazione con quanto detto nel turno precedente, specialmente se riferito a qualcosa di potenzialmente delicato e problematico. Emerge chiaramente come il sorriso possa coprire funzioni estremamente diverse: a volte può essere utilizzato per esprimere divertimento e orientamento al discorso umoristico, altre può essere impiegato per inquadrare il discorso e l'azione come delicati o problematici. In breve, nel considerare il sorriso come risposta al riso, è necessario comprendere quale sia stato il contenuto e il significato veicolato nel turno precedente. Tali usi emergono anche nelle interazioni istituzionali (mediche): Hakaana (1999) ha mostrato alcune funzioni che il sorriso può ricoprire (ad esempio iniziare una conversazione con una nota amichevole).

In conclusione, sia ridere che sorridere possiedono diversi tipi di significati e funzioni interazionali. Sebbene ridere e sorridere svolgano una funzione affettiva, rimane da

chiarire ancora molto riguardo alle altre funzioni, quali ad esempio quelle assolate da sequenze di risate e sorrisi senza risate.

3.5. La risata nell'interazione medica

Sebbene la ricerca nell'ambito della conversazione abbia affrontato il tema della risata in modo dettagliato, questa è stata limitata per di più a conversazioni informali, tralasciando quasi completamente l'ambito istituzionale (Hakaana, 2001). Una delle poche eccezioni riguarda lo studio della risata nelle interazioni mediche (West, 1984; Haakana, 1999, 2001). In uno dei primi studi condotti in ambito medico (West, 1984) sono state analizzate le interazioni provenienti da registrazioni audio di quattordici medici di famiglia e ventuno pazienti. I risultati di questo studio hanno mostrato una scarsità di risate prodotte, rilevando che i medici tendono a ridere un numero significativamente minore di volte rispetto ai pazienti. Inoltre, i medici tendevano a non replicare le risate proposte dai pazienti. Da questa analisi West (1984) concluse che a differenza dell'*everyday talk*, nell'ambito medico la risata non può essere utilizzata per creare il tipo di vicinanza che invece può scaturire in altre situazioni.

Recentemente Hakaana (2010) ha mostrato che i pazienti, attraverso dispositivi linguistici e non verbali (o "paralinguistici", poiché una risata è spesso vista come parte del repertorio paralinguistico della lingua) costruiscono determinati tipi di interazione, ad esempio, ridendo dopo che il medico ha espresso un consiglio terapeutico, sottolineano la delicatezza del tema riportato. Gli studi di Hakaana (1999, 2001, 2010) hanno mostrato come l'interazione medica, al pari di una qualsiasi altra conversazione, possa essere suddivisa nelle fasi di apertura, centrale e di chiusura. Una fase particolare è rappresentata da quella iniziale nella quale il paziente spiega il motivo per cui ha richiesto una visita. L'analisi ha mostrato che i pazienti molto raramente ridono in questa fase: quando ciò avviene è per lo più nel momento in cui spiegano al medico il motivo della consultazione. Similmente a quanto emerso nella conversazione tradizionale, la risata è comunemente usata per la costruzione del parlato e viene utilizzata soprattutto per introdurre temi delicati. Nell'interazione medica e nei casi in cui i pazienti ridono nello spiegare la ragione della loro visita, costruiscono il loro problema come "strano" e "atipico" rispetto alle normali aspettative del medico.

3.5.1. La risata come indicatore dell'asimmetria di ruoli

Uno degli aspetti principali emersi dagli studi di West (1984) e Hakaana (1999) è che i pazienti durante le visite tendono a ridere più dei medici e il più delle volte la risata non è ricambiata. Nello studio di West, la natura non reciproca della risata è vista come un segnale della natura asimmetrica e socialmente distante del ruolo del medico: i medici rifiutano di ridere con il paziente e, così facendo, mantengono una posizione sovraordinata (1984). Tuttavia, in questo studio, la risata è stata trattata come parte del repertorio sociale, analizzandola unicamente come segnale di umorismo e divertimento, mentre nello studio di Haakana (1999), condotto su un corpus di interazioni effettuate da medici finlandesi, la funzione delle risate da parte dei pazienti è da ricondurre all'introduzione di temi delicati. I risultati di questo studio mostrano che i pazienti proferiscono un numero di risate maggiore rispetto ai medici, sebbene nello studio finlandese i medici ridessero di più di quanto non facessero i medici cui si riferisce lo studio di West. Le principali differenze emerse tra il medico e il paziente riguardano il fatto che, rispetto allo studio condotto da West, i medici ridono di più ma in maniera differente (Haakana, 1999): i pazienti usano la risata per introdurre temi delicati, tendenzialmente quando si verificano attività interattive che sono in contrasto con le precedenti azioni del medico o con le aspettative più generali di come un paziente debba comportarsi. La risata rappresenta quindi un modo implicito per indicare la consapevolezza, da parte di chi parla, della delicatezza della situazione presentata. Ridendo, il paziente mostra di essere a conoscenza del problema, cercando di mettersi sotto a una luce più favorevole di fronte al medico. Va precisato che le assunzioni di Hakaana provengono da un corpus che egli ha cercato di tenere il più costante possibile: i dati provengono dalla prima consultazione medica, che solitamente mantiene un ordine standard, perché la prima parte della seduta è incentrata sulla motivazione per cui è stata richiesta la visita. Egli ha anche notato che le risate emergevano più frequentemente quando i problemi riportati erano lontani dalla sintomatologia comune, apparendo improbabili o incredibili. In modo implicito, con la risata, i pazienti sottolineavano la gravità dei problemi presentati. Ed è proprio nel suo essere implicito che risiede l'importanza della risata: è attraverso un'abile osservazione dei messaggi sottesi (interazione tra linguaggio e dispositivi non verbali) che il medico deve ascoltare non solo quello che viene detto, ma anche come lo si dice, con particolare riferimento alla gestualità utilizzata. Tali modalità non verbali di interazione, come lo sguardo e la gestualità, sono importanti nell'ambiente medico quanto nella conversazione quotidiana (Heath, 1986). Tuttavia, gli studi sull'interazione medico paziente molto spesso si concentrano sull'aspetto

verbale, ad esempio la modalità con cui vengono poste le domande. Ciò mostra come in quest'ambito vi sia ancora molto lavoro da svolgere.

3.6. L'utilizzo dell'AC per indagare umorismo e risata in psicoterapia

Una ricerca bibliografica in merito all'applicazione dell'AC in psicoterapia per indagare i fenomeni dell'umorismo e del ridere produce scarsi risultati, mostrando così una lacuna che appare da colmare. In uno dei primi studi effettuati (Gale & Newfield, 1992), l'AC è stata utilizzata per identificare i tratti paralinguistici del parlato e le strategie utilizzate dai terapeuti: una delle nove strategie riscontrate è emersa essere proprio l'uso dell'umorismo per spostare l'attenzione dal problema presentato alla sua soluzione.

Per affrontare direttamente il tema dell'umorismo in terapia, Buttny (2001) ha sostenuto che codificare solo il parlato del terapeuta è insufficiente, dato che l'umorismo è costruito tra due persone; egli ha quindi analizzato la videoregistrazione di una seduta di terapia di coppia e, utilizzando il metodo dell'AC, ha identificato le funzioni che l'umorismo può svolgere in un contesto psicoterapeutico, quali ad esempio disarmare le resistenze del paziente e offrire uno spazio in cui esplorare le spiegazioni contrastanti. Questo studio ha mostrato come la maggioranza degli interventi umoristici è stata avviata dal terapeuta e sembrava veicolare strategie terapeutiche. Dalla sua analisi, è apparso che l'intervento umoristico ha delle caratteristiche tipiche: è utilizzato a seguito di ripetuti tentativi di spiegare un'interpretazione terapeutica, quando sorge disaccordo, e come strategia per essere professionalmente cauti. Da quanto emerso, l'umorismo ha la funzione di "lubrificante sociale" per favorire un approccio, piuttosto che come pausa dall'attività terapeutica.

Un altro studio interessante è quello condotto da Jeffrey (2009), che ha indagato la presenza e la funzione dell'umorismo in un corpus di tre sedute di psicoterapia individuale. La ricercatrice ha mostrato l'utilità di approcciarsi allo studio delle sedute di psicoterapia attraverso la metodologia dell'AC presentando risultati sulle funzioni dell'umorismo. Nello specifico, è stato notato come l'umorismo può offrire alla diade terapeutica la possibilità di ridere delle resistenze personali del paziente, può essere un mezzo per facilitare nuove prospettive, per riflettere sulle passate esperienze e distaccarsene emotivamente, così come un mezzo per individuare aspetti delicati portati dal paziente e modificarli.

Gli studi in quest'ambito sono giunti a due conclusioni in merito al ridere in psicoterapia: che si verifica e che può avere effetti positivi o negativi sia sulla relazione sia sul processo terapeutico (Glenn, 2003). Recentemente, Nelson (2008) ha proposto una nuova

interessante chiave di lettura. L'accento è stato spostato non sull'umorismo in generale, ma sulla risata come comportamento di attaccamento che può aiutare a rafforzare o indebolire il legame terapeutico. Questa nuova visione può fornire utili informazioni al terapeuta, per capire quando e perché la risata è appropriata, quando può essere valorizzata e quando può interferire. Da un punto di vista clinico, la risata può creare vicinanza o essere un ostacolo alla relazione. Ridere in terapia può rappresentare una manifestazione di gioia nel riconoscimento reciproco di trasformazione oppure fungere da resistenza difensiva per la crescita e il cambiamento. Inoltre, può essere una forma di accudimento e di regolazione degli affetti. Utilizzando questa visione, l'assenza di risate può rappresentare un ambiente sicuro per alcuni pazienti mentre per altri rappresenta un ambiente povero di cura. Oltre ad una manifestazione del sistema di attaccamento, la risata può essere vista anche a carico di altri sistemi comportamentali. Nel sistema di caregiving, rappresenta un modo per regolare gli affetti propri e altrui e può mascherare l'ansia o l'ostilità: può essere utilizzata sia in modo affiliativo, convogliando messaggi del tipo "io sono amichevole" oppure "sto facendo luce su questo aspetto, quindi non sono una minaccia", così come mascherare ostilità, veicolando un messaggio contraddittorio.

4. Uno studio empirico. Metodologia

4.1. Ambito di ricerca

L'area di ricerca del presente studio è la conversazione in ambito psicoterapeutico, indagata con strumenti metodologici qualitativi e quantitativi. Lo scopo di questo studio è stato quello di esaminare, dal punto di vista dell'analisi della conversazione (AC), il fenomeno del ridere e degli elementi umoristici presenti, sia da parte del terapeuta che del paziente, nelle interazioni prodotte durante le sessioni di psicoterapia. L'area di ricerca prescelta trova nell'AC una metodologia di elezione per l'analisi dei contenuti: l'analisi conversazionale ha, infatti, trovato larga applicazione non solo nello studio delle del così detto "everyday talk", ma anche negli ambiti professionali, di cui l'interazione terapeutica rappresenta un setting specifico. La letteratura di riferimento ha mostrato, ad esempio, come similmente alle altre conversazioni, anche i colloqui terapeutici presentano tre fasi ben distinte: apertura, centrale e chiusura evidenziando come anche essa, si strutturi lungo un percorso ed è regolata localmente, condividendo numerose regole delle conversazioni quotidiane. Va sottolineato, comunque, che in maniera simile a quanto succede per le conversazioni mediche (Haakana, 2001) anche nelle conversazioni terapeutiche è presente una asimmetria di ruoli fra terapeuta e paziente che le distanzia dalle conversazioni comuni (Bercelli et al., 1999). Inoltre, allo stato attuale, esistono circa quattrocento tipologie differenti di psicoterapia ed ognuna di essa si realizza mediante diverse forme di parlare in interazione. A differenziarle vi sono principalmente le teorie cliniche di riferimento: i diversi tipi di psicoterapia sono distinti tra loro sulla base di criteri che hanno poco o nulla a che fare con l'organizzazione conversazionale delle sedute (Lenzi & Bercelli, 2010). Questa diversità porta alla definizione di tipologie differenti di intervento terapeutico in base ai presupposti della teoria clinica e della tecnica cui ciascun terapeuta fa riferimento. Tuttavia, vi sono alcuni orientamenti che, più di altri, sembrano aver definito linee guida e tecniche conversazionali ben precise da utilizzare in momenti specifici e di fronte a disturbi specifici nel corso della psicoterapia (ad esempio l'approccio cognitivo comportamentale o comportamentale). Una posizione di rilevanza particolare per l'ambito di questa ricerca è quella assunta dall'umorismo: già Albert Ellis (1977), fondatore della Terapia Razionale Emotiva (una delle più importanti scuole di pensiero in ambito cognitivista), aveva annoverato l'umorismo come tecnica che il terapeuta può utilizzare durante le sedute per favorire il pensiero critico nei pazienti in merito alle proprie cognizioni disfunzionali.

4.2. Scopo dello studio

Alla luce di quanto fin qui esposto, lo scopo di questa ricerca è di contribuire a descrivere, dal punto di vista dell'AC, il fenomeno del ridere e degli elementi umoristici espressi, sia da parte del terapeuta che del paziente, durante le prime sessioni di psicoterapia cognitivo comportamentale. I dati dello studio sono costituiti da sessioni audio-registrate di alcune coppie terapeuta-paziente provenienti da sedute di psicoterapia cognitivo-comportamentale. L'obiettivo è quello di studiare il fenomeno della risata e la tecnica umoristica in questo preciso orientamento, non tanto attraverso una prospettiva psicoterapeutica, già nota in letteratura, ma tramite i mezzi forniti dall'AC. Essendo l'AC una metodologia di analisi descrittiva, il principale intento di questo studio è di descrivere cosa succede durante le sessioni fra terapeuta e paziente, in particolare negli enunciati adiacenti e successivi (Schegloff, 2007), in modo da osservare il flusso della comunicazione prima, durante, e dopo le interazioni umoristiche e la risata. Il focus è quindi posto sul fenomeno del ridere e dell'umorismo ed è volto a evidenziare, attraverso una modalità di ricerca descrittiva, cosa avviene durante le interazioni psicoterapeutiche in prima seduta. In particolare, attraverso l'analisi dei frammenti sia a livello globale che locale, si è voluto:

1. individuare e descrivere le differenze quantitative e qualitative di risate fra terapeuta e paziente;
2. descrivere l'organizzazione complessiva e locale dei fenomeni umoristici e del ridere;
3. rintracciare le funzioni veicolate da commenti umoristici e risate;
4. analizzare la proporzione esistente fra risate, interventi umoristici e quantità di parlato fra terapeuta e paziente;

Tali obiettivi sono stati perseguiti attraverso un approccio sia qualitativo che quantitativo. Per quanto riguarda i primi tre obiettivi è stata utilizzata l'AC. In questo modo è stato possibile descrivere in maniera approfondita l'interazione psicoterapeutica, nonché i fenomeni del ridere e i commenti umoristici, analizzando in quale fase essi si sono manifestati, studiando quali fossero gli antecedenti e le conseguenze di tali fenomeni. Per quanto riguarda l'obiettivo 4, è stata utilizzata una modalità quantitativa basata sul calcolo delle frequenze con cui i vari fenomeni sono apparsi. Per calcolare la frequenza è stato deciso di prendere in considerazione il tempo di parlato sia del terapeuta sia del paziente e non il numero di parole proferite, in quanto lo spazio comunicativo è connesso al tempo che la persona occupa parlando e non al

numero di parole dette che possono variare in base alla velocità dell'eloquio. Per quanto concerne le sovrapposizioni di parlato fra terapeuta e paziente, esse sono state calcolate come spazio parlato da entrambi gli interlocutori, in quanto lo spazio comunicativo era coperto da entrambi. Infine, è stato calcolato anche quanto tempo è stato occupato da pause, in cui nessuno dei due interlocutori parlava.

4.3. Procedura

4.3.1. Partecipanti

I trascritti provengono da prime sedute di psicoterapia effettuate con otto pazienti (5 maschi e 3 femmine, età $M = 43,13$ $DS = 7,43$ $Range = 30 - 54$ anni). Il livello di istruzione appare medio (sette soggetti hanno conseguito un diploma di secondo grado, mentre uno è in possesso di laurea). Per quanto riguarda lo status sociale, due soggetti sono sposati, cinque convivono con il partner e uno non ha relazioni. La sintomatologia presentata dai pazienti è varia: tre di loro si sono rivolti al rispettivo terapeuta con cui hanno intrattenuto il percorso terapeutico, per sintomatologia di attacchi di panico, due per disturbo bipolare, uno per disturbo ossessivo compulsivo, uno per anoressia nervosa ed uno per disturbo schizoaffettivo. Le caratteristiche sociodemografiche dei soggetti sono riassunte in Tabella 1.

Terapeuti

I trascritti provengono da colloqui effettuati con due terapeuti, entrambi di genere maschile, di età diversa (terapeuta A = 31 anni, terapeuta B = 36 anni) ma con la medesima esperienza clinica (tre anni). I terapeuti svolgono la propria attività professionale in due diverse città dislocate nel nord Italia e al momento dello studio stavano effettuando il terzo anno della stessa scuola di formazione in psicoterapia cognitivo-cognitivo comportamentale, ad orientamento cognitivo standard.

Tabella 1. *Caratteristiche sociodemografiche del campione*

Paziente	Sesso	Età	Status	Terapeuta	Istruzione	Disturbo
A	F	44	2	A	1	Panico
B	M	42	2	A	1	Bipolare
C	F	52	3	B	1	Panico
D	M	42	2	B	1	DOC
E	M	30	2	A	2	Panico
F	M	54	1	A	1	Schizoaffettivo
G	M	40	2	A	1	Bipolare
H	F	41	3	B	1	Alimentare

Note: F = femmina, M = maschio. Status: 1 = celibe/nubile, 2 = convivente, 3 = sposato/a. Terapeuta: = terapeuta maschio di 31 anni con tre anni di esperienza, 2 = terapeuta maschio di 36 anni con tre anni di esperienza. Istruzione: 1 = diploma di scuola media superiore, 2 = diploma di laurea, DOC = Disturbo Ossessivo Compulsivo.

4.3.2. Corpus e metodologia della ricerca

Oggetto del presente studio sono estratti di conversazione in ambito psicoterapeutico provenienti da sedute ad orientamento cognitivo comportamentale. Inizialmente, sono state audioregistrate 48 interazioni terapeutiche, avvenute sia in primi colloqui sia in sedute successive, condotte da cinque terapeuti a orientamento cognitivo-comportamentale (quattro di genere maschile e una di genere femminile) e 16 pazienti. Dei 48 colloqui ne sono stati scelti 8, che compongono il corpus oggetto di analisi del presente lavoro di tesi, con lo scopo di mantenere il più costante possibile le variabili che possono influire sull'utilizzo dell'umorismo e delle risate (ad esempio compliance, alleanza terapeutica, ecc.). Siccome la prima seduta di psicoterapia ha solitamente un andamento standard, specialmente in terapia cognitiva comportale, il corpus analizzato è composto da otto primi colloqui condotti da due terapeuti di sesso maschile, entrambi con una esperienza clinica di tre anni.

Tutte le sedute analizzate provengono da trascritti di audio registrazioni: i pazienti hanno acconsentito sia alla registrazione, sia all'utilizzo dei trascritti per scopi di ricerca firmando un apposito modulo (vedi Appendice). I dati personali presenti nelle interazioni una

volta trascritti sono stati modificati, per rispettare l'anonimato dei pazienti, pur mantenendo tutte le informazioni utili alla ricerca in corso.

4.3.3. Trascrizione

Una volta ottenuti i files audio, si è proceduto alla trascrizione, ovvero alla trasformazione del parlato in forma scritta. Tale compito è stato assolto utilizzando il sistema Jeffersoniano (1974) che rappresenta uno dei sistemi di trascrizione più diffusi nell'ambito della ricerca qualitativa della lingua parlata. La decisione di avvalersi di tale metodo è dovuta al fatto che esso è sembrato il più idoneo agli scopi della ricerca, poiché permette di rappresentare, oltre alle parole, una serie di altri fenomeni conversazionali importanti per la comprensione globale della conversazione, quali pause, sovrapposizioni, risate, toni ridenti, alti o bassi, eloquio veloce o lento, ecc. (Bongelli & Riccioni, 2008). Lo scopo della trascrizione in AC è quello di rendere disponibile quello che è stato detto e come, in modo da dare al ricercatore una prima idea di ciò che è stato registrato e aiutarlo a mettere in risalto fenomeni che possono essere successivamente analizzati più in dettaglio (ten Have, 2007). Rispetto ad altri approcci, la notazione jeffersoniana permette di annotare i fenomeni sequenziali più in dettaglio, in quanto, oltre a riportare la sequenza temporale dell'interazione, vengono aggiunti i dettagli che favoriscono una maggior precisione di quanto realmente avvenuto. Questo sistema notazionale si è evoluto in risposta agli obiettivi analitici che di volta in volta si sono presentati, come nel caso delle risate (Jefferson, 1985). La trascrizione è stata effettuata per dare risalto ai fenomeni oggetto dell'analisi: risate, particelle di risate, commenti umoristici e toni ridenti. Di seguito viene presentato il sistema notazionale utilizzato nella presente ricerca:

Convenzione di trascrizione

MAIUSCOLO	volume alto
°testo°	volume basso
<u>sottolineato</u>	enfasi particolare
>testo<	accelerato
<testo>	rallentato
test-	troncatura di un suono
te::sto	prolungamento di un suono (tanto maggiore quanti più sono i due punti)
.	intonazione discendente, conclusiva di enunciato
↓	intonazione discendente
,	intonazione continuativa (come nella lettura di un elenco)
?	intonazione ascendente alla fine di un enunciato

↑	intonazione ascendente
!	intonazione discendente con accento extra-forte
= :	continuità di emissione vocale tra un'espressione e seguente, senza stacco
hh	espirazione (tanto più lunga quante più sono le 'h')
.hh	inspirazione (tanto più lunga quante più sono le 'h')
•	<i>Risata</i>
£testof	intonazione ridente, ma senza risata
tes(h)to	parola pronunciata ridendo, (h) segnala l'emissione percepibile come ridere
hah, heh, hih	segmento di risata
hoh, huh	idem

- *Sovrapposizioni*

Sono indicate da parentesi quadre che racchiudono le parti di discorso in cui due parlanti A e B sovrappongono le voci. Ad esempio:

A: aaaaaaaaaaaa [bbbbbb]
 B: [cccc] ddddd

ove il segmento bbbbb del parlato di A si sovrappone al segmento cccc proferito da B.

- *Pause*

- (.) pausa percepibile, ma brevissima (plausibilmente inferiore a 0.2 secondi)
- (.6) pausa di 6 decimi di secondo
- (3.5) pausa di 3 secondi e mezzo

- *Dubbi*

- (testo) espressioni dubbie.
- () espressioni inudibili o incomprensibili. La lunghezza della parentesi vuota è proporzionale alla lunghezza del parlato incomprensibile o inudibile.

- *Commenti*

- ((commento)) I commenti del trascrittore, relativi principalmente a fenomeni non verbali sovrapposti al parlato, sono scritti fra doppie parentesi

4.3.4. Considerazioni etiche

Il consenso firmato è stato ottenuto da ciascuno dei pazienti che hanno partecipato alla ricerca. Ognuno di essi, confrontandosi con il rispettivo terapeuta, ha fornito il proprio consenso per l'utilizzo dei dati (registrazioni audio e trascrizioni) per scopi di ricerca. A tal proposito, ten Have (2007) ha sottolineato l'importanza del consenso informato per quanto concerne il materiale registrato, sia per quanto concerne gli scopi di ricerca, sia per tutelare il contenuto dei dati da pubblicare. I moduli di consenso informato devono coprire queste aree in modo da informare nel miglior modo possibile i soggetti partecipanti allo studio. Affinché la privacy delle persona venga tutelata, è necessario che i dati vengano modificati in maniera tale da non stravolgerne il contenuto, ma da garantirne l'anonimato e l'impossibilità del riconoscimento da parte di terzi (ten Have, 2007). Per questo motivo, nomi e altre informazioni che potevano rendere possibile l'identificazione dei partecipanti sono stati modificati nelle trascrizioni per tutelare la riservatezza dei partecipanti. Il modulo di consenso informato utilizzato nello studio è riportato in appendice.

5. Uno studio empirico. Risultati

In questo capitolo vengono presentati i risultati inerenti ad un corpus di otto colloqui psicoterapeutici. Le otto sedute sono state analizzate nella loro interezza, mentre per la presente ricerca sono stati trascritti ed analizzati unicamente i frammenti in cui almeno uno dei due partecipanti effettua commenti umoristici o ride. Nello specifico, gli estratti sono stati selezionati e riportati nel caso in cui sia stata riscontrata la presenza di alcuni indicatori specifici quali risate, tono ridente, particelle di risate e commenti umoristici. Le trascrizioni variano in lunghezza, sia intra-seduta che inter-seduta, in base alla pertinenza e alla necessità di riportare porzioni maggiori o minori di trascritto, per favorire la comprensione del processo in atto. Questo non appare un aspetto problematico, in quanto l'obiettivo preposto non era di equiparare il contributo temporale di ciascuna coppia terapeuta-paziente, bensì di effettuare un'indagine descrittiva dei fenomeni. Inoltre, la struttura dei trascritti presentati si rifà principalmente alla modalità domanda-risposta. Questa configurazione è paragonabile a quella proposta da Lenzi e Bercelli (2010), secondo i quali le prime sedute di psicoterapia mostrano la presenza di alcuni fenomeni conversazionali specifici: ad esempio, la fase di indagine (analisi della domanda) si caratterizza per la sostanziosa presenza di domande di precisazione e specificazione da parte del terapeuta. I frammenti presentati sono stati analizzati utilizzando come strumento l'Analisi della Conversazione, in modo da permettere una descrizione chiara e precisa dei passaggi che ogni interlocutore (terapeuta e paziente) compie al fine di partecipare alla costruzione della conversazione, con particolare attenzione al fenomeno del risibile. Successivamente è stata effettuata un'analisi quantitativa dei dati per verificare se vi fossero differenze significative fra pazienti e terapeuti nell'utilizzo dei fenomeni del risibile. Di seguito vengono presentati i risultati qualitativi e successivamente i risultati quantitativi.

5.1. Analisi qualitativa

L'analisi qualitativa dei dati è stata effettuata sulle interazioni in cui terapeuta, paziente o entrambi esprimono fenomeni di risibile. Lo scopo è quello di descrivere il fenomeno della risata, delle IPA, del tono ridente in modo da studiarne la frequenza, la funzione e stabilire i costanti aspetti di apparizione.

5.1.1. Primo colloquio tra Paziente A e Terapeuta A

Trascritti

I seguenti 13 trascritti si riferiscono al primo colloquio terapeutico effettuato con una paziente di 44 anni, che si è rivolta al Centro di Salute Mentale della sua città per sintomatologia di attacchi di panico. Di seguito viene presentata la trascrizione dell'interazione.

(1) Tempo: 4'20''

- 1 Pz: quando ho questi attacchi di panico è che(.) non li riesco a
2 a controllare, perché hai un(.) un:::a visione:::(.)
3 Tp: offuscata?
4 Pz: No offuscata (.) esaltata hh hah! della realtà. Che vedi qualcosa
5 che non è esiste e non lo riesci neanche a gestire, capito?
6 Tp: uhm. Ok (.) e quando le capita a cosa pensa?

Nel frammento (1), estrapolato dall'inizio della prima seduta, la paziente sta spiegando al terapeuta cosa stesse provando a livello emotivo durante l'attacco di panico, ed effettua tre brevi pause durante l'eloquio (righe 1-2). La paziente si trova ad affrontare un tema delicato, cioè la problematica che l'ha portata a cercare un aiuto psicoterapeutico. Dopo l'ultima pausa, il terapeuta completa la frase (3: "offuscata?") e nel turno successivo (righe 4 e 5), la paziente respinge questo intervento (4: *no offuscata*), effettua una breve pausa e poi corregge quanto detto dal terapeuta in merito al proprio sintomo (l'attacco di panico). Tale modalità è assimilabile a quella utilizzata dai pazienti durante le interazioni mediche e, nel momento in cui il medico usa una terminologia non appropriata, essi ridono e correggono le parole del dottore (Haakana, 2001). Va sottolineato come in questo caso la risata viene introdotta dalla paziente in concomitanza alla trattazione di un tema delicato, il terapeuta non si allinea, cioè non ride a sua volta, e la comunicazione prosegue in tono serio. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL TERAPEUTA INTRODUCE TERMINOLOGIA NON ESATTA
→ LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON RIDE → LA PAZIENTE PROSEGUE
CON IL DISCORSO

(2) Tempo 7'00''

- 7 Tp: Beh, però, eh::: le chiedo (.) qual era la modalità per
8 affrontare l'attacco di panico in questo caso?
9 Pz: In genere:::(.) cercavo: di telefonare a qualcuno, così non ci
10 pensavo. Meno male c'è il cellulare, altrimenti(.) stavo in
11 un'altra epoca fsarei già mortaf
12 Tp: No: la cosa: diciamo (.) che va subi-subito sottolineata è che
13 gli attacchi di panico, per quanto possono essere spiacevoli,
14 per quanto possono essere: e (.) >tremendi come impatto< non

15 sono letali, non si muore di attacco di panico (.) questo è già
 16 un:: punto che va fissato (.) chiaramente. Sebbene si possa
 17 avere la sensazione-ha mai avuto la sensazione di morire, lei?
 18 Pz: No, di voler morire sì! hah[ahahahahahahhahhahaa]
 19 Tp: [Di voler morire? Ah!(.)hahhah]
 20 Tp: Durante o dopo l'attacco?
 21 Pz: hehheh fNo, durante no. Dopo forsef Quando:: magari non ce la
 22 facevo se devo v-ivere così?
 23 Tp: Ah, quindi un senso di sconforto per:: la propria situazione.

In questo frammento nelle righe 7 e 8 il terapeuta indaga quali siano le strategie che la paziente attua per gestire gli attacchi panico, che rappresenta il tema delicato per cui si trova a richiedere l'aiuto psicoterapeutico. Tali modalità vengono esplicitate nel turno successivo (riga 9: *cercavo di telefonare a qualcuno*). La paziente, quando immagina come sarebbero andate le cose se fosse vissuta in un'epoca in cui i telefoni cellulari non fossero esistiti, utilizza un tono ridente (turno 11: *sarei già morta*). Il terapeuta non si allinea al tono ridente e nel turno successivo effettua un intervento psicoeducazionale sugli attacchi di panico (righe 12-17) terminando il proprio intervento con una domanda (righe 16-17: *ha mai avuto la sensazione di morire?*). Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE USA TONO RIDENTE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA → IL TERAPEUTA APPROFONDISCE IL TEMA DELICATO

Successivamente, la paziente esprime la volontà di voler morire durante gli attacchi di panico, facendo seguire a queste parole una sonora risata (riga 18). Anche questa risata, similmente a quanto avvenuto con il tono ridente precedente (turno 11), segue l'introduzione di un tema angosciante: la morte. Alla risata si sovrappone il commento del terapeuta, che chiede una spiegazione di quanto appena detto (19: *di voler morire?*) per poi allinearsi con la risata della paziente (19: *Ah! Ahahahaha*). Il terapeuta riporta il discorso ad un livello serio (riga 20), domanda in quale momento dell'attacco di panico ella desiderasse morire. La paziente ride (riga 21) e, dopo aver iniziato la frase in tono ridente (*No, durante no. Dopo forse*), riprende a parlare in tono serio allineandosi con il terapeuta, che nel turno successivo effettua una rielaborazione di quanto detto da lei. Anche in questo caso il tono ridente della paziente è connesso con il tema della morte. La paziente ride e utilizza un tono ridente dopo aver introdotto un tema delicato e angosciante (Haakana, 1999, 2001). Schematicamente:

TEMA DELICATO → INTERVENTO UMORISTICO DELLA PAZIENTE → IL TERAPEUTA RIDE → DOMANDA SERIA DEL TERAPEUTA → LA PAZIENTE CONTINUA A RIDERE POI RISPONDE IN MANIERA SERIA

(3) Tempo: 15'10''

Di seguito, il terapeuta effettua un intervento psicoeducazionale spiegando la reazione attacco-fuga.

24 Tp: Noi siamo programmati per reagire in due maniere: o attacchiamo
25 (.)come fondamentalmente se trovo:: eh:: è una risposta che
26 ci portiamo:: oh.. in maniera ancestrale dai nostri antenati(.)
27 Pz: Ancestrale?
28 Tp: Eh:: preistorica. Chiedo scusa, sì.
29 Pz: eheh. No è=:
30 Tp: e: e rimane nella nostra: diciamo parte più primitiva(.) Perché
31 quando eravamo degli uomini della caverna e dovevamo combattere
32 °ad esempio per la vita, se ci trovavamo un animale, di
33 determinate diciamo dimensioni°, potevamo avere paura e potevamo
34 reagir in maniera automatica attaccando. Se ci troviamo di fronte
35 a un orso (.) non ci conviene attaccare e in quel caso, l'altro
36 meccanismo di difesa è scappare via, quindi fuggire(.5) L'attacco
37 di panico fondamentalmente è una forte manifestazione d'ansia=:
38 Pz: davanti ad un orso
39 Tp: No.
40 Pz: .hh heh[hehhehheh]
41 Tp: [ahhahhah]
42 Pz: fè così?
43 Tp: Però l'orso è dentro la nostra testa. Quindi anche una formica,
44 in un determinato momento, può diventare un orso.

In questo frammento, il terapeuta sta affrontando un tema serio in quanto effettua un intervento psicoeducazionale spiegando alla paziente la funzione adattiva della reazione innata attacco/fuga: tale intervento rappresenta una prassi del protocollo della terapia cognitivo-comportamentale, da utilizzare in prima seduta. Durante l'eloquio del terapeuta, la paziente pone una domanda in merito ad un aggettivo utilizzato dal terapeuta (27: *ancestrale*). Successivamente il terapeuta utilizza un sinonimo e poi si scusa. La paziente nel turno successivo ride e proferisce due parole (riga 29 ((*eh eh*)). *No eh*). Il terapeuta prosegue il suo intervento psicoeducazionale sugli attacchi di panico. La risata in riga 29, non essendo collegabile ad un intervento umoristico, può essere interpretata come una risata di imbarazzo, dovuta alla mancata conoscenza della paziente della parola “ancestrale”. Sinteticamente:

TEMA SERIO → RISATA IMBARAZZO DELLA PAZIENTE → INTERVENTO SERIO DEL TERAPEUTA → NESSUNA RISATA DELLA PAZIENTE

Il terapeuta continua la sua spiegazione (righe 30-37) e in un punto di rilevanza transizionale (PRT) la paziente si inserisce e riprende le parole utilizzate precedentemente dal terapeuta nelle righe 34 e 35 (*di fronte a un orso*) riportandole quasi in maniera precisa (38: *davanti ad un orso*). Il terapeuta, nel turno successivo, pronuncia un'esclamazione di negazione (39: *no*).

La paziente, poi, inizia a ridere (riga 40) e nel turno successivo il terapeuta si allinea ridendo (riga 41). In seguito, la paziente continua la conversazione in tono ridente e chiede la conferma di quanto detto (42 *è così?*). Il terapeuta riprende a parlare in tono serio, riprendendo quanto detto in precedenza dalla paziente (43: *però l'orso è dentro la nostra testa*). L'intervento della paziente può essere interpretato come umoristico per diverse ragioni: ella si inserisce in un punto di rilevanza transizionale in cui riprende un argomento trattato in precedenza ripetendolo, inoltre, nel turno successivo effettua una risata a distanza di un turno dal *laughable* (risibile) che può essere intesa come risata di invito (Jefferson, 1979) a cui il terapeuta si allinea, condividendo la risata (Jefferson, 1979). Sinteticamente:

TEMA SERIO → COMMENTO UMORISTICO DELLA PAZIENTE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA → RISATA DELLA PAZIENTE → IL TERAPEUTA SI ALLINEA E RIDE → TONO RIDENTE DELLA PAZIENTE → TONO SERIO DEL TERAPEUTA → LA PAZIENTE CONTINUA IN TONO SERIO

(4) Tempo: 20'00''

Di seguito, il terapeuta continua l'indagine anamnestica.

45 Tp: Si è già rivolta a qualche psicologo, psichiatra:?
46 Pz: No, da: (.) un neurologo, da due neurologi veramente.
47 1.0
48 Tp: Quando?
49 3.0
50 Tp: Bella domanda eh?
51 Pz: hh hah sì(2.0) il primo nel 2004.

In questa sezione il terapeuta tratta un tema serio, in quanto sta proseguendo l'indagine anamnestica e pone una domanda alla paziente riguardo a precedenti trattamenti intrapresi (riga 45). La paziente risponde (riga 46) e successivamente il terapeuta chiede di dare una collocazione temporale alle visite effettuate (riga 48). Ella non risponde e, dopo un'attesa di tre secondi, il terapeuta effettua una domanda ambigua (50: *bella domanda eh?*). L'ambiguità della domanda è data dal fatto che l'aggettivo utilizzato (bella) richiama una caratteristica estetica. Nel turno successivo la paziente ride, articola l'avverbio "sì" e dopo una pausa di due secondi risponde. L'intervento del terapeuta in riga 50 può essere interpretato come umoristico in quanto introduce un elemento di ambiguità semantica, nel momento in cui la paziente tarda a rispondere. Si può ipotizzare che il terapeuta, pensando che la paziente fosse in difficoltà nel ricordare il periodo preciso, probabilmente per metterla a proprio agio, abbia

sottolineato la difficoltà della domanda in modo divertente. Il tema trattato, quindi, seppur iniziato in maniera seria, è diventato argomento di imbarazzo. Sinteticamente:

TEMA IMBARAZZANTE → INTERVENTO UMORISTICO DEL TERAPEUTA → LA PAZIENTE RIDE E CONTINUA IN TONO SERIO

(5) Tempo: 29'00''

Il terapeuta si sta informando sul modo in cui la paziente ha raggiunto l'ambulatorio e indaga possibili problematiche future.

52 Tp: Quindi Angelica se lei, e::-come è venuta qui oggi innanzitutto?
53 Pz: Mi ha accompagnato.
54 Tp: Ah, ok. (.) Beh, eh: quindi le dà, però disponibilità?
55 Pz: Beh, non tanta: infatti ha detto:: questa è l'ultima volta
56 Tp: ah!
57 Pz: E che ti ci porto
58 Tp: beh, calcolando che è il nostro primo incontro:
59 Pz: hahhah
60 Tp: Dovrei essere un[mago per farle] passare gli attacchi di panico
61 in::>una seduta<
62 Pz: [hahhah hah]
63 Tp: Purtroppo(.) Ho paura che non ce la facciamo!
64 Pz: hh flo sof no vabbè tanto poi: se non mi vuole accompagnare lui:
65 Tp: Però, abita qui a Sogliano lei?
66 Pz: No, a Reggio Emilia.
67 Tp: Ah, ok. Ehm::: (.) no che poi questo qui è un aspetto di cui::
68 dovremo parlare ed affrontare. (Il discorso prosegue seriamente)

Nella prima parte di questo frammento il terapeuta domanda come la paziente abbia raggiunto l'ambulatorio: ella risponde che è stata accompagnata dal suo compagno (il riferimento al compagno si evince nei turni precedenti che in questo caso non sono stati riportati per ragioni di spazio). In seguito, il terapeuta pone una domanda in merito alla disponibilità che il compagno le dà (riga 54). La paziente riferisce che il fidanzato non è molto intenzionato a darle disponibilità e in seguito cita la frase dettata utilizzando un tono ridente (55 e 56: *questa è l'ultima volta che ti ci porto*). Nel turno successivo, il terapeuta sottolinea che è il loro primo incontro (58: *Beh, calcolando che è il nostro primo incontro*): la paziente, poi, ride. Il terapeuta, dopo, utilizza un riferimento di fantasia (60: *dovrei essere un mago per farle passare gli attacchi di panico in:: >una seduta<*). In riga 62 la paziente ride e in riga 63 il terapeuta informa la paziente sull'impossibilità di raggiungere risultati nel caso non vengano effettuati colloqui successivi. Nel turno successivo la paziente prima inspira, abbozza una risata (*hh*) e utilizza un tono ridente per poi proseguire in tono serio. In questo frammento, il

tema dell'accompagnamento può essere letto come un argomento delicato in quanto rappresenta un tema centrale per il successo terapeutico che però non può essere espletato, causa mancata disponibilità del compagno. La delicatezza del tema si ipotizza nel momento in cui la paziente, introducendolo, utilizza un tono ridente (assimilabile ad una risata, Hakaana, 1999). La delicatezza del tema, inoltre, può essere dedotta anche dal fatto che a seguito di un intervento serio del terapeuta (*calcolando che è il nostro primo incontro:*) la paziente ride. I successivi interventi del terapeuta, invece, possono essere interpretati come umoristici in quanto il riferimento fantastico può essere letto come modalità per passare da una cornice seria ad una umoristica. La risata della paziente sembrerebbe essere un segnale di allineamento a tale cornice. Successivamente, il terapeuta introduce un commento che può essere interpretato come ironico in quanto inserisce un elemento di ambiguità: il contenuto è serio, ma l'intonazione crescente. Tale commento sembrerebbe essere percepito come umoristico anche dalla paziente, che nel turno successivo (riga 64) prima inspira, abbozza una risata (.hh) e utilizza un tono ridente; in seguito continua in tono serio. Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE USA TONO RIDENTE → IL TERAPEUTA EFFETTUA COMMENTO UMORISTICO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA PROSEGUE COMMENTO UMORISTICO → LA PAZIENTE USA TONO RIDENTE → IL TERAPEUTA CONTINUA IN TONO SERIO

(6) Tempo: 31'00''

In questo frammento, il terapeuta sta effettuando un intervento psicoeducazionale in merito agli attacchi di panico.

69 Tp: nel senso che un attacco di panico(.) ha un::a durata limitata,
 70 sebbene possa sembrare (.) uhm, tanto più tempo, con i sintomi
 71 diciamo caratteristici dell'ansia-come le dicevo, ehm:: visione
 72 sfuocata, tremore(.) ansia, senso di morire, e::: sudorazione,
 73 (.)costrizione allo stomaco, nodo alla gola[sono tutte]
 74 Pz: [e bravo (.)] hehheh
 75 Tp: Ho studiato, sì grazie.
 76 Pz: huhhuh
 77 Tp: hehheh giramenti di testa, via dicendo.

Il terapeuta prosegue l'intervento psicoeducazionale elencando quali sono i sintomi che si manifestano durante un attacco di panico (righe 69-73). Tale argomento può essere visto come un tema delicato per la paziente poiché rappresenta la motivazione per cui ha richiesto il

consulto psicoterapeutico. La paziente, nel turno 74, inizia a parlare prima che sia stato raggiunto il punto di rilevanza transizionale (74: *e bravo*) e in seguito ride (*hehheh*). Il terapeuta, che aveva smesso di parlare, nel turno successivo riprende la parola: non prosegue l'intervento psicoeducazionale ma effettua un commento che riprende quanto asserito dalla paziente (riga 75) a cui segue una risata della stessa (riga 76). Nel turno 77 il terapeuta ride e riprende a elencare le varie manifestazioni sintomatiche. In questo caso, la risata della paziente nel turno 74 può essere interpretata come di imbarazzo, in quanto il suo intervento si sovrappone a quello del terapeuta e quanto da lei espresso (74: *eh bravo*) può essere letto come un riconoscimento della sintomatologia presentata, che corrisponde al motivo per cui ha richiesto un intervento psicoterapeutico. L'intervento successivo del terapeuta nel turno 75 può essere letto come umoristico perché non strettamente connesso a quanto egli stava dicendo precedentemente, bensì riferito al commento effettuato dalla paziente, introducendo così elementi di incongruità (si presuppone che il terapeuta sia un profondo conoscitore della materia che tratta e che non vi sia bisogno di rimarcarlo in seduta). Il fatto che la paziente rida nel turno successivo, indicherebbe che tale commento è stato da lei percepito come umoristico, così come la risata condivisa del paziente sottolineerebbe sia che l'intervento è umoristico, sia la chiusura della cornice divertente per tornare al tema serio (Holt, 2013). Sinteticamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE ESPERIMENTA IL PROPRIO IMBARAZZO → COMMENTO UMORISTICO DEL TERAPEUTA → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA PROSEGUE IN TONO SERIO

(7) Tempo: 35'00''

Il terapeuta parla dell'approccio farmacologico e introduce il tema della cessazione dei comportamenti protettivi (ad esempio portarsi dietro un farmaco per il trattamento dell'ansia).

78 Tp: quindi noi faremo in modo di gestire: eh: le varie(.) le varie
 79 sedute, i vari colloqui in questa maniera. Come vede Angelica=:
 80 Pz: se senti che il cuore ti batte, che pensi?
 81 Tp: °Eh.. Perché batte?°
 82 Pz: hehhehheh No, batte di più di quello che dovrebbe battere.
 83 Tp: Sì, no. Non ha mai fatto le scale?
 84 Pz: Sì!
 85 Tp: Com'è il cuore lì?
 86 Pz: Ah, devo pensare d'ave' fatto le scale.
 87 Tp: No, io le sto chiedendo se ha mai fatto le scale.
 88 Pz. Sì.

89 Tp: Ok. Lì quando fa le scale sente il cuore che batte, giusto?
 90 E trova una spiegazione
 91 Pz: E certo
 92 Tp: Ok (.) ehm: (.) quando (.) io sento che il cuore mi sta battendo
 93 significa che c'è stato qualcosa che ha fatto battere il cuore

Il terapeuta, seguendo l'approccio cognitivo-comportamentale, espone la modalità con cui si effettueranno le successive sedute, che rappresentano un tema serio. La paziente si sovrappone prima che sia stato raggiunto il punto di rilevanza transizionale, facendo una richiesta esplicita al presentarsi di una sintomatologia precisa (80: *se senti che il cuore ti batte, che pensi?*). Nella riga successiva il terapeuta rivolge una domanda seria (81: *perché batte*) e la paziente prima ride poi prosegue in tono serio (82: *hehhehheh. No, batte di più di quello che dovrebbe battere*). In questo caso si nota come la paziente rida dopo che il terapeuta ha presentato un tema serio. Tale risata può essere interpretata come dovuta ad una interpretazione errata di quanto detto dal dottore, cogliendolo come commento umoristico (Haakana, 2001). Tale lettura è congruente con il fatto che dopo una iniziale risata, la paziente prosegue subito a parlare in modo serio. Schematicamente:

TEMA SERIO → LA PAZIENTE MALA INTERPRETA E RIDE → IL PAZIENTE
 PROSEGUE IN TONO SERIO

(8) Tempo: 38'20''

Il terapeuta sta indagando la sfera sociale della paziente.

94 Tp: E::: il suo compagno lavora?
 95 Pz: No, (.) lui è più grande di me
 96 Tp: Ok. E::: Quindi cioè:: n::: Non potrebbe accompagnarla lui?
 97 Pz: E' quello (.) che non vuole fare hehheh
 98 Tp: ma lo dice:: lei o lo dice lui?
 99 Pz: no, lo dice lui
 100 Tp: Ah. E come mai non vuole?
 101 Pz: Non lo so, forse-gliel'ho detto forse pensa che siano inutili(.)
 102 Tp: Beh(.) io dico di no.
 103 Pz: Ma anch'io dico di no. Io non so se pensa che siano inutili per
 104 davvero o se ha paura che io (.) magari:: facendo una terapia,
 105 riuscendo a venirne fuori::, forse un giorno lo potrei lasciare,
 106 che ne so. Può essere anche una paura del genere.
 107 Tp: Ma questa cosa è possibile? >Cioè nel senso< lei lo ha in mente?
 108 1.5
 109 Pz: Beh dopo tanti anni penso un po' a tutti=:
 110 Tp: di lasciare il suo compagno?
 111 (.5)
 112 Pz: hehehehe fboh, non lo so [heh heh heh]
 113 Tp: [non lo so] però questo è un
 114 altro uhm:: cioè, e:: rispetto comunque sia, che lei può anche
 115 pensarlo, e ci può anche stare.

Il terapeuta indaga l'ambito sociale della paziente, sottolineando l'importanza della partecipazione ai colloqui e chiedendo se il compagno fosse disponibile ad accompagnarla (riga 96). La paziente prima risponde sottolineando come non sia intenzione del compagno accompagnarla e poi ride (97: *E' quello (.) che non vuole fare hehheh*). Il terapeuta, nel turno successivo, non si allinea alla risata e pone una domanda di chiarimento e la conversazione prosegue in tono normale. Il tema affrontato in questo frammento appare delicato, in quanto fa riferimento all'impossibilità di proseguire il percorso terapeutico, a causa della mancata disponibilità offerta dal compagno della paziente. Tale argomento probabilmente crea imbarazzo nella paziente: tale imbarazzo può essere dedotto dal fatto che di fronte ad una domanda esplicita riguardo a questo tema, ella prima risponde, poi ride. Sinteticamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E PROSEGUE IN TONO SERIO

Durante il proseguimento del colloquio, emerge l'idea che in caso di un miglioramento della paziente, ella possa interrompere la relazione con il compagno. Il terapeuta domanda se la paziente abbia in mente di interrompere la relazione (riga 107): segue una pausa di un secondo e mezzo (riga 108) e poi la paziente esprime il pensiero da lei fatto sulla possibile fine del loro rapporto (109: *Beh dopo tanti anni penso un po' a tutti*). Qui il terapeuta pone una domanda chiara alla paziente per indagare la sua volontà di interrompere la relazione (110: *di lasciare il suo compagno?*) a cui segue un'altra pausa. Nel turno successivo prima ride, poi risponde in maniera incerta, e poi ride ancora (*boh, non lo so. Hehehe*). Il terapeuta si sovrappone, ripetendo quanto detto dalla paziente nel turno precedente (113: *non lo so*) mentre la paziente continua a ridere (riga 112). Successivamente il terapeuta prosegue il proprio intervento. Probabilmente la risata della paziente rappresenta una risata di imbarazzo in riferimento ad un tema delicato: ella ha una relazione sentimentale che pensa di voler interrompere. Tale argomento imbarazzante viene mascherato attraverso un intervento di normalizzazione (riga 109). Sinteticamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E PROSEGUE IN TONO SERIO

(9) Tempo: 44'00''

Il terapeuta insegna alla paziente come redigere un diario delle emozioni e pensieri (compito a casa).

116 Tp: il percorso è fatto di diversi passaggi. Il primo, le
117 di tenere una sorta di diario. (1.0) Quindi (.)
118 ad esempio (.) Oggi mi ha detto: "Mi è venuta l'ansia"
119 Pz: sì
120 Tp: Noi prendiamo come: e:: aspetto: fondamentale appunto l'ansia(.)
121 cerchiamo di capire quando mi viene. Quindi, oggi dov'è che era?
122 Pz: A casa.
123 Tp: Allora facciamo così ((il terapeuta gira il foglio dove
124 riportare gli stati d'animo e incomincia a scrivere))
125 2.0
126 Pz: Il primo diario .hh heh
127 Tp: il primo diario, glielo compilo io.
128 Pz: :hh va bene.
129 Tp: Va bene?

Questo frammento fa riferimento ad una interazione avvenuta verso fine seduta: il terapeuta sta spiegando alla paziente che dovrà compilare dei "compiti a casa", nello specifico si tratta di un diario dove annotare i propri pensieri e le proprie emozioni nel caso si verifichi un nuovo attacco di panico (righe 116-118). In seguito, il terapeuta espone alla paziente come scrivere il diario (riga 123). Mentre il terapeuta sta scrivendo e non vi sono interazioni, la paziente esordisce con un commento riferito all'attività che si sta svolgendo (126: *il mio primo diario*) seguito da una ispirazione e una particella di risata (probabilmente di invito). Il terapeuta, nel turno successivo, ripete quanto detto dalla paziente che, dopo aver accennato un'altra risata, si allinea al tono serio (128: *:hh va bene*).

L'intervento della paziente può essere interpretato come in riferimento ad un tema delicato: la scrittura di un diario terapeutico, infatti, rappresenta una prescrizione in seguito alla motivazione per cui la paziente ha richiesto l'intervento terapeutico. Va altresì sottolineato che in questo caso, a differenza degli altri precedentemente esposti, non vi è anticipazione del commento umoristico rappresentando una modalità dispreferita di intervento umoristico rispetto ai precedenti. Venendo a mancare l'allineamento fra i due interlocutori, la finalità umoristica non è stata raggiunta. Sinteticamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E PROSEGUE IN TONO SERIO

(10) Tempo: 47'30''

Il terapeuta sta indagando gli eventi stressogeni attraverso la scrittura del diario terapeutico.

130 Tp: Ok, è la prima visita che faccio, perfetto.
131 6.00 ((il Tp trascrive il pensiero della paziente))
132 Tp: e a questo punto(.) entro io in gioco perché le chiedo:
133 "Quindi, se è la prima visita, cosa succede?" (1.0) Perché mi
134 fa venire l'ansia il fatto che sia la prima visita?
135 1.5
136 Pz: perché:: non so cosa:: come si svolge.
137 Tp: Ok. Non so come si svolge
3.0 ((il terapeuta trascrive))
138 quindi il fatto di non sapere(.) come andranno le cose(.) di non
139 poterle>fra virgolette< controllare(.) di non avere la certezza
140 che. e:: >andranno in una determinata manie-piuttosto che in
141 un'altra< mi provoca ansia. (.) e così siamo riusciti a capire,
142 (.)con questo breve esempio perché poi ci possono essere diversi
143 motivi-nel senso che l'ansia non è detto che sia solo da questo,
144 bisogna vedere cosa succede. Non so poi come si svolge. Quindi?
145 Se non so come si svolge? Cosa può succedere?
146 Pz: 3.0 Che può succedere? (.) Che io non lo so. E invece lo dovrei
147 sapere heh heh heh
148 Tp: Esatto.(.) Esatto. Questo è un altro aspetto importante: dovrei
149 saperlo. (.) Perché dovrebbe saperlo Angelica?
150 Pz: Così non mi prende l'ansia.
151 Tp: E dove sta scritto? Che dovrebbe saperlo?
152 Pz: Da nessuna parte.
153 Tp: Esatto.

In questo estratto il terapeuta sta indagando gli eventi stressogeni attraverso il metodo ABC (righe 130-145). Nella riga 146, la paziente espone un pensiero che veicola l'emozione di ansia (146: *Che può succedere? (.) Che io non lo so. E invece lo dovrei sapere*) a cui segue una risata (riga 147). Successivamente, il terapeuta prosegue il proprio intervento in tono serio, mettendo in discussione i pensieri disfunzionali, seguendo l'approccio cognitivo comportamentale. La risata, effettuata dalla paziente in seguito all'esposizione del pensiero, può essere definita di imbarazzo per aver preso consapevolezza che la realtà delle cose è diversa da ciò che si aspettava in merito ad un tema delicato (l'ansia degli attacchi di panico).

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E PROSEGUE IN TONO SERIO

(11) Tempo: 59'40''

Terapeuta e paziente si stanno accordando sulla visita successiva.

154 Pz: Anzi no facciamo per il 26. Lo fissiamo per il 26. E' più sicuro
155 Tp: Ok. Per le 18 va bene come orario?
156 Pz: Diciotto:: di sera?
157 Tp: Sì, troppo tardi?

158 Pz: Sì. Già le quattro (.) era tardi.
159 Tp: Ah.
160 Pz: hehheh
161 Tp: E:: Possiamo fare:: il primo pomeriggio? Quattordici,
162 quattordici e trenta?
163 Pz: Quattordici e trenta.

In questo frammento, terapeuta e paziente si stanno accordando sul successivo appuntamento, cercando di trovare giorno e orario che possano essere congeniali. Una volta deciso il giorno dell'appuntamento, nel turno 155 il terapeuta propone un orario. Nel turno successivo la paziente pone una domanda in merito all'orario proposto dal terapeuta (*Diciotto:: di sera?*). Successivamente il terapeuta domanda se l'orario proposto fosse inadeguato (riga 157) e nel turno successivo la paziente risponde in maniera affermativa, sottolineando che già alle quattro (di pomeriggio) fosse tardi. Il terapeuta esprime una particella di esclamazione (159: *ah*). Nel turno successivo il paziente ride e successivamente il terapeuta propone un altro orario, antecedente a quello proposto prima. Successivamente il paziente ripete l'orario proposto dal terapeuta. In questo frammento, la risata proferita dal paziente può essere interpretata come risata di imbarazzo, in quanto il processo di decisione in merito all'appuntamento successivo si evolve in più turni, quando, probabilmente, vista l'asimmetria dei ruoli terapeuta-paziente (West, 1984) ci si sarebbe aspettato che, dopo una prima proposta del terapeuta, il paziente accettasse subito. La risata, in questo caso, segnalerebbe l'imbarazzo della paziente dovuta alla modificazione di tali ruoli. Sinteticamente:

TEMA SERIO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
PROSEGUE IN TONO SERIO

(12) Tempo: 62'30''

La paziente chiede spiegazione in merito all'eziogenesi del suo disturbo.

164 Pz: Non è che mi manca qualcosa?
165 Tp: hh n:o. heh
166 Pz: fnon manca nientef?
167 Tp: fno, non manca nientef hehhehe. Poi il dottor Ciri ha fatto::
168 la sua valutazione:: nel senso che psichiatri[co]:
169 Pz: [qui]ndi
170 a livello celebrale:: non succede..
171 Tp: No. non manca nulla.
172 Pz: perché viene dato (.)la:: l'antidepressivo per curare l'ansia?
173 Tp: Allora:: perché:: l'attacco di panico, nasce (.) nasce da una:
174 o nasce da una mancanza(.) di un: neurotrasmettitore(.)
175 cerco di spiegarlo in maniera (.) più comprensibile-
176 il nostro cervello, ci sono diverse sostanze
177 Pz: uhm
178 Tp: Che vengono mandate, diciamo, da una parte all'altra del nostro
179 corpo (.) attraverso (.) ehm:: degli ormoni (.) . Gli ormoni

180 sono quelle sostanze che ci aiutano, ad esempio, a crescere
181 oppure a::ad attivarci (.) quindi, nel momento in cui vengono a
182 mancare: (.) determinate particelle chimiche, quindi i
183 neurotrasmettitori definiti che mandano il segnale- >ecco, i
184 neurotrasmettitori sono appunto dei trasmettitori< diciamo dei:
185 postini (.) che mandano segnali dal nostro cervello fino alle::
186 (.) alla-al resto del nostro corpo(.) ehm-nel caso degli attacco
187 di panico, ma anche di altre tipologie di disturbi e disturbi
188 d'ansia e nella depressione (.) questo può essere dato anche da
189 una mancanza di ehm;: un trasmettitore-quindi di un postino: la
190 serotonina (.) Attraverso lo psicofarmaco- è il farmaco che
191 agisce sulla psiche, a livello=:
192 Pz: fa quello che dovrebbe fare il postino.
193 Tp: eh no. Aiuta ad aumentare il numero di postini.
194 Pz: Ah ecco.
195 Tp: E' questo (.) Il punto è che questa cosa è possibile anche (.)
196 senza l'aiuto del farmaco, (.5) bisogna solo imparare come (1.5)
197 di conseguenza (.) ahm: non è detto (.) come dicevo prima (.5)
198 necessario usare dei farmaci. E' importante curare, trattare
199 il disturbo di panico attraverso la psicoterapia (.) è capire
200 perché nasce. Il primo passo, dicevamo, è completare il diario.
201 Poi lo discutiamo in seduta insieme, facciamo il colloquio e
202 cerchiamo di capire perché Angelica prova ansia. Però-lo
203 cerchiamo di capire insieme. (1.0) E: ho risposto?
204 Pz: Sì, [hehheh (.) il postino! hehheh]
205 Tp: [okay, perfetto (.) esatto] A e a e sì. Ok, benissimo.
206 Poi le chiederei, per prassi d'azienda.

In questo estratto il terapeuta spiega il meccanismo attraverso il quale agiscono gli psicofarmaci, in merito ad un tema delicato che rappresenta il motivo per cui la paziente ha chiesto il consulto psicoterapeutico. Nella riga 164 la paziente effettua una domanda (*N:on è che mi manca qualcosa?*). Il terapeuta successivamente abbozza una nota di risata, risponde in maniera negativa e proferisce una nota di risata (riga 165). In riga 166 la paziente pronuncia le parole “non manca niente” in tono ridente ed il terapeuta, nel turno successivo, ripete quanto da lei detto, ride e poi prosegue il suo intervento. Sia la prima risata del terapeuta che la seconda, in seguito alla presentazione da parte della paziente di una domanda in riferimento ad un tema delicato, possono essere interpretate come risate che il dottore esprime nei riguardi della situazione/sintomo del paziente (*laughing off*, Haakana, 1999).

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE USA UN TONO SERIO → IL TERAPEUTA RIDE
DEL SINTOMO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA RIDE E PROSEGUE IN
TONO SERIO

Nei turni successivi il terapeuta spiega il meccanismo con cui agiscono gli psicofarmaci, utilizzando la metafora del neurotrasmettitore quale postino (riga 189). Verso la fine del suo intervento, il terapeuta chiede se ha risposto alla domanda della paziente (riga 203). La paziente risponde in maniera affermativa, poi ride, effettua una pausa, pronuncia un termine

metaforico utilizzato dal terapeuta in precedenza e poi ride riprendendo tale metafora; la paziente poi effettua un intervento umoristico a cui segue una risata (riga 204: *Si, hehheh (.) il postino! hehheh*). Il terapeuta, in seguito continua a parlare utilizzando un tono serio (riga 205). L'intervento della paziente sembrerebbe essere un intervento umoristico in quanto ripetendo quando detto precedentemente dal terapeuta esprime un significato non intenzionale per la frase attuale (Norrick, 1993). Inoltre, il suo intervento è preceduto e seguito da una risata che può essere letta come un segnale che metacomunica la cornice umoristica. Il terapeuta, non ridendo, non si allinea a tale cornice e prosegue in tono serio. Sinteticamente:

TEMA SERIO → INTERVENTO UMORISTICO DELLA PAZIENTE → IL TERAPEUTA
NON SI ALLINEA E CONTINUA IN TONO SERIO

(13) Tempo: 68'00''

La paziente chiede al terapeuta se è a conoscenza di un testo scritto da un famoso neurologo, avente come tema il disturbo di panico.

207 Pz: Però lui lì parla tanto della moglie, delle cose (.) E' stata
208 fortunata ad avere (.) la possibilità-ad che ha incontrato
209 il marito neurologo .hh fche l'ha fatta uscì fori da st'ansiaf
210 Tp: Sì. Però, ci sono tante persone che non hanno né il marito,
211 né la moglie neurologa e: ne escono ugualmente (1.0)
212 Ricordiamoci questo (1.5)
213 Pz: Speriamo.
214 Tp: Il suo compagno no-non è neurologo?
215 Pz: No, faceva il cameriere. Il maître se no si offende.
216 Tp: Ah, ok. Perfetto.

In questo frammento, la paziente riporta come la moglie di famoso neurologo, sofferente di disturbo di panico, fosse fortunata ad avere un marito medico. Tale assunzione viene detta in tono ridente (209); va sottolineato che il tema trattato, gli attacchi di panico, rappresenta il motivo per cui lei si trova in terapia e quindi può descriversi come tema delicato. Successivamente, il terapeuta espone come l'averne un compagno medico non rappresenti l'unica possibilità di superare il disturbo di panico. Dopo una pausa di un secondo e mezzo, la paziente pronuncia la parola "speriamo" (riga 213). A questo punto il terapeuta domanda se la paziente abbia un compagno neurologo. La paziente (riga 215) spiega quale lavoro svolga il suo compagno. Il terapeuta continua poi la conversazione in modo serio. Anche in questo caso, l'intervento del terapeuta può essere interpretato come umoristico, in quanto cerca di creare un collegamento fra il suo attuale compagno e il lavoro da lui svolto, dopo che la

paziente ha proferito la parola “speriamo”. Probabilmente queste parole sono state interpretate come indice di sconforto e l’intervento del terapeuta sarebbe dovuto servire a mitigare lo stato d’animo della paziente. Anche in questo caso, come emerso in precedenza, l’intervento del terapeuta non è preceduto da segnali metacomunicativi e non vi è allineamento, bensì un’incomprensione della cornice umoristica (che non è stata meta comunicata). Sinteticamente:

TEMA SERIO → COMMENTO UMORISTICO DEL TERAPEUTA → LA PAZIENTE NON SI ALLINEA → IL DISCORSO CONTINUA IN TONO SERIO

Sintesi dei dati

In questo colloquio sono presenti numerose risate da parte della paziente, sia di imbarazzo, sia dopo aver introdotto un tema delicato. Sono altresì presenti diversi interventi umoristici (tre da parte della paziente e quattro da parte del terapeuta). La paziente ha riso 13 volte: otto volte in seguito all’introduzione di un tema delicato, due per imbarazzo e tre volte in seguito ad un commento umoristico effettuato dal terapeuta; il terapeuta, invece, ha riso tre volte: due volte in seguito ad un intervento umoristico della paziente e una volta ha riso del sintomo.

Dall’analisi delle interazioni è emerso un dato interessante: gli interventi umoristici appaiono essere preceduti spesso da un turno che contiene una risata o un testo pronunciato con tono ridente da parte di chi produce l’intervento umoristico. In questi casi (frammenti 2,3,12) gli interventi umoristici sono andati tutti a buon fine: c’è allineamento dei due parlanti. Quando non vi sono anticipazioni e viene effettuato un intervento umoristico (frammento 13), i due interlocutori non si allineano (sia per una mancata comprensione della cornice umoristica, sia per una tendenza del terapeuta a mantenere un’interazione seria). Nel corpus appena analizzato, l’umorismo appare non essere un intervento casuale: esso viene in qualche modo anticipato e costruito nei turni ad esso precedenti (modalità preferita). Quando ciò non avviene e l’intervento umoristico non è anticipato nei turni precedenti, i due interlocutori non si allineano e l’umorismo non viene percepito (modalità dispreferita). Tuttavia, come emerso in altri studi (Haakana, 2001; West, 1984) è molto più probabile che il paziente rida in seguito ad un commento umoristico effettuato dal terapeuta (tre volte su quattro) piuttosto che il contrario (due su cinque). In questo caso il non allineamento al commento umoristico del paziente può essere visto come modalità per mantenere l’asimmetria di ruolo. I dati sono riportati sinteticamente in Tabella A.

Tabella A. *Frequenze del Fenomeno del Risibile nel Colloquio fra Paziente A e Terapeuta A.*

	Tempo parlato	Risate					Inter. Umor.	IPA	Tono	
		Delicate	Imbarazzo	Sintomo	Umor.	Tono				
Terapeuta	2960''	0	0	1	2	0	3	4	0	1
Paziente	921''	8	2	0	3	3	16	3	0	5
Pause	191''									
Totali	4072''	8	2	1	5	3	19	7	0	6

Note. Tempo parlato = tempo parlato da ciascun interlocutore (in secondi), Pause = tempo in cui nessuno dei due interlocutori ha parlato (in secondi), Delicate = risate che accompagnano il proferimento di un tema delicato, Imbarazzo = risate che possono essere interpretate come di imbarazzo, Sintomo = risata di derisione del sintomo, Umor. = risata che segue l'intervento umoristico effettuato dall'altro interlocutore, Tono = risata che accompagna il tono ridente, Tot. = risate proferite in totale, Inter Umor. = interventi umoristici effettuati dal parlante, IPA = particelle di aspirazione interpolate, Tono = Tono ridente.

5.1.2. Primo colloquio tra Paziente B e Terapeuta A

Trascritti

Di seguito viene presentata la trascrizione del primo colloquio terapeutico, di cui si riportano 4 frammenti, effettuato con un paziente di 44 anni, di genere maschile che si presenta per richiedere una consulenza per un possibile trattamento. Il paziente riferisce di avere avuto un evento psicotico nel 2008, quindi un ricovero presso il Servizio di Psichiatria Diagnosi e Cura (SPDC). Da allora è in carico presso il Centro di Salute Mentale (CSM) della sua città, in cui è sottoposto a trattamento farmacologico. Il paziente, durante il primo colloquio, si presenta con il referto medico rilasciato dallo psichiatra che lo ha in carico. Di seguito viene presentata la trascrizione della seduta:

(1) Tempo: 2'41''

- 1 Tp: Disturbo ciclotimico:=
2 Pz: Sì
3 Tp: Accentuato in condizione di eventi stressanti
4 Pz: Quindi lavori-ecco pesanti:: come:=:
5 Tp: Con tratti di personalità border
6 Pz: Sì soprattutto la notte, il lavoro notturno mi manda proprio::
7 Tp: Lei attualmente fa la guardia giurata?
8 Pz: no no. >io dopo quell'evento:: portierato:< non di notte.
9 Guardia giurata di notte:: ho capito che lavorare di notte::
10 Io avrei perso tutta la mia salute >psico-fisica< (.)
11 perché poi quella psichica è tu(h) tutto(h)
12 1.5
13 Tp: Ok. Questa è la diagnosi del 2009.

Il terapeuta sta leggendo il referto che il paziente ha portato (righe 1-6). Nella riga 7 il terapeuta pone una domanda in merito al lavoro attualmente svolto dal paziente (7: *lei attualmente fa la guardia giurata?*) ricevendo risposta negativa nel turno successivo (8: *no no*). Il paziente, poi, spiega quale sia la motivazione per aver abbandonato tale lavoro e in riga 10 (*Io avrei perso tutta la mia salute >psico-fisica<*) aumenta la velocità di pronuncia della parola “psicofisica” per poi effettuare una breve pausa. Nella riga successiva dichiara che la salute psicofisica è un aspetto molto importante (11). Segue una pausa di un secondo e mezzo e nel turno successivo il terapeuta afferma che quella è la diagnosi effettuata anni prima (13: *Ok. Questa è la diagnosi del 2009*). Le particelle di risate inserite all’interno della parola “tutto” che segue il tema della salute psichica, possono essere interpretate come elementi che

segnalano un tema delicato, in quanto il motivo per cui il paziente si trova in psicoterapia è proprio per una questione di salute psichica. Schematicamente:

IPA SU TEMA DELICATO DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA NON RIDE E CONTINUA IN TONO SERIO

(2) Tempo: 10'30''

In questo frammento il paziente continua a parlare del trattamento seguito presso il Centro di Salute Mentale della sua città. Oltre alla diagnosi precedentemente mostrata al terapeuta, egli porta con sé un'ulteriore diagnosi, esplicitamente richiesta ad uno psicoterapeuta libero professionista in quanto non si fida dei medici del Sistema Sanitario Nazionale.

12 Tp: Però mi diceva: dopo:::[dopo lo] psichiatra, lei ha
13 Pz: [dopo questo]
14 Tp: richiesto un'altra diagnosi, [perché] perché: non si ritrovava
15 Pz: [esatto]
16 Pz: Non mi ritrovavo. N::on completamente nella diagnosi (.) e non
17 completamente nel prospetto curativo che aveva fatto il dottor
18 Bianchi=:
19 Tp: perché era un approccio farmacologico
20 Pz: Sì. Me voleva dà il litio. Io ho detto il litio lo conserviamo
21 per le batterie della macchina
22 Tp: hah hah hah hah
23 Pz: fper le generazioni futuref heh heh heh Ho detto. Ho detto
24 penso, che con un po' di colloqui io riesca a sciogliere i
25 nodi. Però se lei dottore mi fissa un appuntamento ogni (.)
26 ehm-una volta al mese di cui poi però due volte non viene ed
27 in un anno io faccio quattro colloqui, ci metteremo dieci anni
28 per fare un percorso psicoterapeutico. Sempre che lei lo
29 sappia fare, perché non è che poi tutti gli psichiatri (.)
30 abbiano approfondito l'attività psicoterapeutica, se non
31 quella farmacologica.
32 Tp: Nel senso che lei richiede questo, mi sembra di capire.

Nella prima parte il terapeuta si interessa al tema della diagnosi effettuata da un altro terapeuta (righe 12-18) che rappresenta un tema serio. Durante tale fase, paziente e terapeuta concorrono a costruire la conversazione fino alla riga 19 in cui il paziente spiega la motivazione per cui ha abbandonato il precedente trattamento. Egli afferma di non ritrovarsi nella diagnosi effettuata dal precedente medico e successivamente anche con il prospetto curativo (riga 20). Il terapeuta si sovrappone al paziente pronunciando, in riga 22, le parole “perché era un approccio farmacologico”. Il paziente risponde affermativamente esponendo il

tipo di trattamento scelto (20: *Sì. Me voleva dà il litio*). Successivamente egli introduce un commento: (20 e 21: *“Io ho detto il litio lo conserviamo per le batterie della macchina”*). Il terapeuta ride (riga 22) e nel turno successivo il paziente continua a parlare, utilizza un tono ridente mentre esprime la prima frase (23: *per le generazioni future*) e poi ride. Terminata la frase, il paziente utilizza un tono serio e spiega le motivazioni per cui si è rivolto ad uno psicoterapeuta (turni 23-31). Nel turno successivo, il terapeuta chiede conferma di avere compreso bene cosa il paziente chiede dal percorso terapeutico (turno 31). L'intervento del paziente può essere interpretato come umoristico in quanto si basa su un'ambiguità semantica del termine “litio”: egli non si riferisce al litio come medicinale, bensì come elemento indispensabile per la costruzione di batterie. Inoltre, dopo che il paziente proferisce tale commento, il terapeuta ride probabilmente perché ha interpretato la frase come umoristica. La risata del terapeuta è seguita dalla risata del paziente, in riferimento al tema delicato prima esposto: questa consecutio sarebbe un ulteriore indicatore che il commento nascesse da un'intenzione umoristica. Schematicamente:

TEMA DELICATO → COMMENTO UMORISTICO DEL PAZIENTE → IL
 TERAPEUTA RIDE → IL PAZIENTE RIDE → IL PAZIENTE PROSEGUE IN TONO
 SERIO

(3) Tempo: 18'00''

In questo frammento il paziente riporta la perplessità riguardo all'intenzione di intraprendere un nuovo percorso terapeutico con un terapeuta uomo piuttosto che con un terapeuta donna.

33 Pz: avevo il dubbio se voler fare questo programma <e ancora ce
 34 l'ho> con una donna o con un uomo
 35 Tp: uhm
 36 Pz: e ho iniziato a considerare tutti i pro e contro (.) cioè a
 37 volte la sensibilità maggiore di una donna su certi aspetti,
 38 però a volte il limite di poter parlare di cose anche
 39 prettamente maschili (.) che co-con il genere femminile c'è un
 40 muro naturale. Perché ci sono dei muri naturali. Quindi ho::
 41 Allora siccome io ero già stato pure da una psicologa, che
 42 iniziato a riflettere su questo. Avevo fatto un primo percorso
 43 e mi ero trovato abbastanza bene. Però poi dopo ho detto,
 44 quando dovrò parlare di cose molto più intime, al
 45 maschile-perché ciò avviene durante una psicoterapia (.) dico
 46 come faccio con una donna a di': senta a me mi:: sono andato
 47 con la cicciona e mi si ammosciava heh heh heh
 48 avrei provato=
 49 Tp: diverse difficoltà
 50 Pz: su tanti temi

Nella prima parte del frammento il paziente esprime il proprio dubbio (33) riguardo allo scegliere un terapeuta uomo o donna; il terapeuta proferisce un cenno (35: uhm) e nel turno successivo il paziente prosegue a parlare del tema iniziato precedentemente. In riga 44 il paziente afferma che nel momento in cui si dovesse trovare a parlare di argomenti intimi, e quindi delicati, sarebbero sorte difficoltà a parlarne con un terapeuta di sesso femminile (righe 43-45). Proseguendo, introduce uno degli argomenti che realmente possono creare imbarazzo, riportando un esempio sessuale (turni 46 e 47: *come faccio con una donna a di sono andato con la cicciona e mi si ammosciava*). Segue una risata del paziente e dopo che egli ha detto altre due parole (48: *avrei provato*), il terapeuta si allinea (49: *diverse difficoltà*) e poi il paziente termina la sua frase (50: *su tanti temi*). La risata del paziente può essere interpretata come risata di imbarazzo in seguito all'introduzione di un tema delicato a contenuto sessuale. Schematicamente:

TEMA DELICATO → RISATA DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA NON RIDE E PROSEGUE IN TONO SERIO → IL PAZIENTE PROSEGUE IN TONO SERIO

(4) Tempo: 24'30''

In questo frammento il paziente spiega ancora una volta quale sia la motivazione che lo ha spinto a intraprendere un percorso psicoterapeutico piuttosto che utilizzare un approccio farmacologico, introducendo anche il fatto di aver ricevuto consiglio dal suo medico di base.

51 Pz: il mio medico di base mi ha detto, se io ti posso consigliare
52 di fare psicoterapia con uno psicologo è meglio che:-che
53 prendere quei farmaci che hanno m:molti effetti collaterali e
54 fin'oggi non ne ho trovato uno che dice che è guarito grazie a
55 que fa(h)r(h)ma(h)ci heh heh quindi pure la casistica fa scienza.
56 E facendo scienza pure l'organizzazione mondiale della sanità
57 ne prende atto e mi sono andato a studiare pure quelle cose

In questo frammento, il paziente riferisce quanto dettogli dal medico di base in merito alla possibilità di effettuare una psicoterapia con uno psicologo piuttosto che avvalersi di un approccio farmacologico che può portare anche all'evoluzione di effetti collaterali (righe 52-54). In seguito, incomincia a parlare in prima persona, esponendo la propria perplessità in merito ad un possibile approccio farmacologico dovuto al fatto di non aver mai conosciuto persone guarite da un disturbo psicologico attraverso l'utilizzo di farmaci (righe 54-55). Tale tema rappresenta un aspetto centrale per la terapia del paziente, in quanto in precedenza era emerso come egli non fosse incline a trattamenti farmacologici. Questo può quindi essere inteso

come un tema delicato per il paziente. Nella riga successiva (55) pronuncia la parola “farmaci” interrompendola con tre particelle di risate, segue una singola nota di risata e poi il discorso continua in maniera lineare e seria. Nelle righe 56 e 57 il paziente riporta la validità scientifica di quanto appena detto, in quanto ancorato alle conoscenze dell’autorevole Organizzazione Mondiale della Sanità. Le particelle di risate che interrompono la parola “farmaci”, possono essere interpretate come segnali di un argomento delicato, vista la perplessità del paziente a ricorrere all’uso di medicinali. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON INTERVIENE → IL PAZIENTE PROSEGUE IN TONO SERIO

Sintesi dei dati

Anche in questo colloquio, sebbene siano presenti pochi fenomeni di risibile, il paziente tende a ridere in maniera maggiore rispetto al terapeuta. Il paziente ha riso tre volte: due dopo aver introdotto un tema delicato (frammenti 3 e 4), mentre una volta si è trattato di una risata condivisa dopo che egli aveva effettuato un commento umoristico a cui il terapeuta ha riso (frammento 2). Il paziente ha altresì utilizzato IPA accompagnando un tema delicato (frammento 1), così come ha utilizzato una volta il tono ridente (frammento 2). Il terapeuta, invece, ha riso solo una volta nel corso di questo colloquio, a seguito del commento umoristico effettuato dal paziente (frammento 2). I dati sono presentati in Tabella B.

Tabella B. Frequenze del Fenomeno del Risibile nel Colloquio fra Paziente B e Terapeuta A.

	Tempo parlato	Risate					Inter Umor.	IPA	Tono	
		Delicate	Imbarazzo	Sintomo	Umor.	Tono				Tot
Terapeuta	-	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Paziente	-	3	0	0	0	1	4	1	1	1
Pause	-									
Totale	-	3	0	0	1	1	5	1	1	1

Note. Tempistiche di parlate non riportate perché non presenti, Delicate = risate che accompagnano il proferimento di un tema delicato, Imbarazzo = risate che possono essere interpretate come di imbarazzo, Sintomo = risata di derisione del sintomo, Umor. = risata che segue l’intervento umoristico effettuato dall’altro interlocutore, Tono = risata che accompagna il tono ridente, Tot. = risate proferite in totale, Inter Umor. = interventi umoristici effettuati dal parlante, IPA = particelle di aspirazione interpolate, Tono = tono ridente.

5.1.3. Primo colloquio tra Paziente C e Terapeuta B

Trascritti

I seguenti otto trascritti si riferiscono al primo colloquio terapeutico effettuato con una paziente di 52 anni che, nel corso dell'ultimo anno, ha avuto quattro episodi di attacchi di panico e per questo motivo si è rivolta al Centro di Salute Mentale (CSM) della sua città. Oltre al disturbo di panico, ella presenta una problematica di tipo familiare: figlia e figlio dopo non essersi parlati per sei anni, solo recentemente hanno ripreso a frequentarsi. La signora presenta anche un forte senso di colpa, dovuto al fatto di avere trascurato negli ultimi anni la relazione con la figlia, mentre ora vorrebbe recuperare il rapporto. Di seguito vengono presentati i trascritti in cui sono comparsi fenomeni di risibile.

(1) Tempo: 20'30''

In questo frammento, riconducibile alla fase dell'analisi della domanda, la paziente parla di un precedente ricovero in ospedale avvenuto tre anni prima per un tentato suicidio (TS) accaduto dopo la fine di una precedente relazione amorosa. È stata in cura per cinque mesi presso uno psichiatra dell'Azienda Sanitaria Locale di riferimento. Il terapeuta indaga il lavoro effettuato precedentemente con lo psichiatra.

1 Tp: e ha tratto giovamento da questo percorso?
2 Pz: sì, molto. <molto, sì>
3 Tp: che tipo di lavoro ha fatto con il dottor Bianchi?
4 Pz: Eh: tante:-tante chiacchiere:: un':: infinità di:: di-di
5 chiacchiere, di: di raccontare perché:: poi voglio dire (2.5)
6 cioè la mia vita non è che è stata una vita molto:
7 [molto semplice]
8 Tp: [certo, lo posso] immaginare certo
9 Pz: hhHEH. Io: >le dico dottore<, io sono una che non:: riesce ad
10 esprimere quello che ha dentro >ha capito< perché non mi è mai
11 piaciuto piangermi addosso, però mi piace molto sc(h)rivere hh
12 ogni tanto mettere su carta quello che mi viene in mente
13 Tp: sì
14 Pz: e questa settimana ho scritto un po'.

Nel primo turno il terapeuta chiede se la paziente abbia trovato giovamento dal percorso effettuato (riga 1). La paziente risponde positivamente due volte, la prima delle quali con velocità normale mentre la seconda con una velocità maggiore (*sì, molto. <molto, sì>*). Nel turno successivo il terapeuta chiede quale tipo di lavoro abbia svolto precedentemente con lo

psichiatra che l'aveva in cura; successivamente la paziente racconta in cosa consistesse il trattamento precedente, riportando che durante l'attività precedente parlava molto (righe 4 e 5: *Eh: tante:-tante chiacchiere:: un'::: infinità di:: di-di chiacchiere, di: di raccontare*). La sua esposizione è caratterizzata dal fatto che numerose volte prolunga il suono delle parole. Successivamente, introduce un nuovo tema (5: *poi voglio dire*), a cui segue una pausa di due secondi e mezzo ed in seguito riferisce di non avere avuto una vita molto semplice, tema che richiama al motivo per cui si trova in terapia, probabilmente di natura delicata. Nelle righe 7 e 8 i due si sovrappongono: mentre la paziente prosegue il suo discorso, il terapeuta esprime un commento (*certo, lo posso immaginare, certo*); segue una risata della paziente (riga 9: *hhHEH*). Nelle righe successive la paziente spiega il suo comportamento (righe 9-11: *Io:>le dico dottore<, io sono una che non:: riesce ad esprimere molto quello che ha dentro >ha capito< perché non mi è mai piaciuto piangermi addosso*) e nello stesso turno la paziente introduce una sua passione (*però mi piace molto sc(h) rivere hh*). La parola "scrivere" viene interrotta da una particella di risata a cui fa seguito un'espiazione. Dopo di che continua a parlare, il terapeuta proferisce una particella affermativa (13: *sì*), poi la paziente prosegue nel discorso. La risata effettuata in riga 9 dalla paziente può essere interpretata come risata di imbarazzo dopo aver introdotto un tema delicato (Haakana, 1999, 2001). Va sottolineato come la paziente esprima questa particella di risata dopo che il terapeuta ha effettuato un commento, che può essere interpretato come empatico, in quanto dalle sue parole emerge il fatto che egli sta cercando di comprendere il punto di vista della paziente e di mettersi nei suoi panni. In questo frammento emerge come la paziente, dopo avere introdotto un tema di vita dolente in riferimento al fatto che la sua esistenza non sia stata semplice, ride. Questa risata non può essere categorizzata come risata di divertimento, bensì rappresenta una possibile "frattura" nella percezione della propria immagine e sottolinea come il tema trattato possa essere fonte di imbarazzo (Goffman, 1956). Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL TERAPEUTA EFFETTUA UN COMMENTO EMPATICO →
 LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA → LA PAZIENTE
 PROSEGUE IN TONO SERIO

(2) Tempo: 24'00''

In questo frammento la paziente sta parlando del ricovero in ospedale avvenuto dopo il tentato suicidio e della visita ricevuta in ospedale da parte della figlia.

15 Pz: Mia figlia era risentita perché:: io mi ricordo solo una frase
16 mi disse (.) quando mi venne a trovare:: in ospedale, mi disse
17 "hai:: tentato di ucciderti per un estraneo e non per me" (1.0)
18 questa è una frase che mi ricorderò sempre.
19 Tp: Uhm.
4.0 ((il terapeuta scrive))
20 Pz: HH HUH
21 1.5
22 Tp: E lei ne ha parlato con sua figlia di questo?
23 Pz: No. Lei non ha mai accettato, non ha mai voluto parlarne.

La paziente riferisce che la figlia si è risentita a seguito del gesto della madre (riga 15) per poi proseguire con il racconto specifico della frase che le è rimasta impressa in memoria e che viene introdotta dopo una pausa (*mi disse*) ed un prolungamento di suono dopo aver pronunciato la parola "trovare" (riga 16). Nel turno successivo riporta la frase dettata dalla figlia, dopo aver allungato il suono della prima parola (*hai:: tentato di ucciderti per un estraneo e non per me*): la paziente effettua una pausa quindi dice che si ricorderà per sempre tale frase (riga 18); segue un turno vuoto del terapeuta (19: *uhm*) che nel frattempo riporta sul suo taccuino quanto riferito dalla paziente. Dopo quattro secondi di silenzio la paziente inspira e in seguito esprime una particella di risata. Segue un altro frammento di 1,5 secondi di silenzio, poi il terapeuta prende la parola (turno 22) chiedendo se la paziente ne avesse parlato con la figlia. A seguire, nel turno 23, la paziente risponde negativamente in quanto la figlia non ha mai voluto parlare dell'accaduto. La risata espressa dalla paziente nel turno 20 può essere interpretata come legata al tema delicato precedentemente toccato: nel tempo trascorso in silenzio, la paziente potrebbe aver richiamato alla mente la situazione dolente ed in seguito esternato la nota di risata metacomunicando la delicatezza dell'argomento. Anche questa particella di risata non può considerarsi come una risata di divertimento e di invito (Jefferson, 1979) bensì come una risata che accompagna un tema dolente. Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
INDAGA IL TEMA DELICATO COMUNICATO → LA PAZIENTE PROSEGUE IN
TONO SERIO

(3) Tempo: 32'30''

In questo estratto il terapeuta sta approfondendo l'anamnesi della paziente, dopo che ella gli ha raccontato due importanti eventi negativi capitati nella sua vita.

24 Tp: E:: quindi mi ha raccontato un po' di questi due: due grossi
25 momenti=:
26 Pz: Sì=:
27 Tp: di difficoltà. Ce ne sono delle altre di [situazioni di questo:]
28 Pz: [ma, tutta la mia vita]
29 è un:: heh [heh è stata] una difficoltà voglio dire però.
30 Tp: [No, no certo]
31 Tp: come percorso psicologici [fatti]
32 Pz: [sono stati] quei due lì
33 Tp: tredici anni fa. E trentacinque anni fa.
34 Pz: Sì.

Il terapeuta indaga gli eventi negativi (righe 24 e 25) accaduti alla paziente. In seguito articola una domanda per indagare se vi fossero state altre situazioni simili: a questo punto vi è una sovrapposizione con il parlato della paziente (28: *ma, tutta la mia vita*) che prosegue da sola nel turno successivo. Nel turno seguente, la paziente introduce quanto problematica sia stata la sua vita, prolunga il suono dell'articolo (*un::*) e poi esprime una particella di risata. A questo punto il terapeuta si sovrappone ed effettua un commento (30: *No, no certo*) mentre ella continua a parlare, esternando un'altra particella di risata. Successivamente (riga 31) lo psicoterapeuta richiede conferma di quando la paziente abbia effettuato questi due precedenti percorsi terapeutici e la paziente risponde (*sì*). Anche in questo caso, la risata della paziente può essere interpretata come in riferimento ad un tema dolente a cui segue un commento specifico su quella situazione da parte del terapeuta. Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA EFFETTUA UN COMMENTO → LA PAZIENTE PROSEGUE IN TONO SERIO

(4) Tempo: 34'30''

La paziente sta raccontando il suo primo attacco di panico ed il terapeuta, seguendo il protocollo della terapia cognitivo-comportamentale, indaga i pensieri avuti in quella situazione.

35 Tp: Nel momento in cui lei ((colpo di tosse)) ha iniziato ad avvertire
 36 >improvvisamente questi sintomi< cosa ha <pensato> le stesse
 37 accadendo?
 38 Pz: Ho pensato all'infarto (.) heh fproprio subitof (.5) Ho detto
 39 "mi sta venendo un infarto, qua non si scappa"
 40 Tp: Uhm
 41 Pz: Cioè, i sintomi erano quelli.
 42 Tp: Temeva, temeva che le stesse accadendo qualcosa di pericolo e
 43 brutto?
 44 Pz: Oh sì, pensavo all'infarto. Non ero però agitata dalla paura
 45 ((colpo di tosse)) non avevo paura.

All'inizio del frammento il terapeuta domanda quali fossero stati i pensieri che la paziente aveva avuto durante il primo attacco di panico (righe 35-37). Nel turno successivo (riga 38) la paziente riferisce di aver subito pensato ad un evento estremamente negativo (*ho pensato all'infarto*), tema delicato in quanto legato alla morte e motivo del consulto psicoterapeutico; segue una pausa e poi proferisce una particella di risata. Successivamente la paziente utilizza un tono ridente (*proprio subito*) nell'esprimere che il pensiero è stato immediato. Dopo una pausa di mezzo secondo la risposta viene ampliata (righe 38 e 39: *mi sta venendo un infarto, qua non si scappa*). Il frammento continua con il terapeuta che indaga in maniera più approfondita i pensieri (righe 42 e 43). Anche in questo caso, la risata ed il tono ridente utilizzati dalla paziente possono essere interpretati come legati all'introduzione di un tema delicato. Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE E USA TONO RIDENTE → IL
 TERAPEUTA NON SI ALLINEA E INDAGA IL TEMA DELICATO COMUNICATO →
 LA PAZIENTE PROSEGUE IN TONO SERIO

(5) Tempo: 37'30''

In questo frammento la paziente sta raccontando di quando, dopo il primo attacco di panico, si è rivolta al pronto soccorso e lì le sono stati effettuati i primi esami.

46 Pz: la prima cosa che mi hanno fatto è stato l'elettrocardiogramma.
 47 Tp: e cosa è risultato?
 48 Pz: Mi han chiesto come mi sentivo, mi hanno legato le gambe,
 49 le mani, il braccio
 50 Tp: Uhm
 51 Pz: Però l'elettrocardiogramma è risultato tutto nella norma.
 52 Lì non mi han fatto prelievo niente. E hanno capito di
 53 che si è trattato un attacco di panico.
 54 Tp: anche loro glielo hanno detto?
 55 Pz: E sì, perché poi me lo hanno scritto sul referto=:
 56 Tp: Ah ok
 57 Pz: fanciaf, stress(h)s (.5) hhh

58 2.0 ((il terapeuta scrive))
59 Tp: e:(1.0) e lei all'epoca appunto, a marzo dell'anno scorso: che
60 giustificazione Come si è spiegata ciò che le stava accadendo
61 Pz: non sono riuscita a spiegarmelo. Perché in quel momento
62 lì non avevo problemi. (.2) E:: la seconda volta invece
63 quando mi venne quell'altro che ero a casa

La paziente, dopo aver introdotto l'argomento della visita medica (righe 46, 48, 49) racconta di quando ha compreso di soffrire di attacchi di panico (righe 51-53). Nel turno successivo (riga 54) il terapeuta chiede se la diagnosi fosse stata confermata anche dal personale sanitario (il riferimento al personale sanitario si evince dall'estrappolato precedente, che per motivi di spazio non è stato riportato) (54: *anche loro glielo hanno detto?*); successivamente la paziente spiega che la diagnosi è stata scritta sul referto (riga 55). Il terapeuta articola un intercalare nel turno successivo (56: *ah ok*) e in seguito la paziente espone i vari sintomi riportati, ed il motivo della consultazione psioterapeutica, (ansia, stress), emettendo una particella di risata e facendo seguire quanto detto da un'espiazione (quasi risata). Il terapeuta, nel frattempo, continua a scrivere e dopo due secondi inizia a parlare continuando a fare domande, riguardo alla spiegazione che ella si è data di tale evento. Nel turno successivo (righe 61-63) la paziente espone le possibili ragioni. La risata espressa dalla paziente in seguito alla presentazione dei sintomi riportati può essere interpretata come collegata ad un tema delicato espresso in precedenza. Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
INDAGA → LA PAZIENTE PROSEGUE IN TONO SERIO

(6) Tempo: 39'20''

Di seguito viene riportato il frammento relativo al momento in cui il terapeuta introduce il tema di fine seduta.

64 Tp: Va bene, il tempo purtroppo:: è terminato hh heh il tempo è
65 terminato (.) dunque avremo modo di:: approfondire=
66 Pz: sì. Io le chiedo di: darmi spiegazioni sul fatto di. Allora per
67 pagare come devo fa=
68 Tp: sì, sì, ora le dico tutto io. (3.0) Allora, innanzitutto come
69 le dicevo potrei assegnarle:: dei compiti, di volta in volta,
70 perché è importante: la sua collaborazione=
71 Pz: Certo
72 Tp: Di modo che, appunto abbiamo modo di approfondire quello
73 che lei farà:: -lei farà in casa. E:: quindi partiremo dal
74 cercare un po' di capire (.) questi attacchi di panico
75 Pz: Sì.
76 Tp: e cercare di comprendere (.) innanzitutto che cosa sono (.2)
77 come si sono <sviluppati>, come mai poi nel tempo si
78 sono ripresentati, questi attacchi di panico=:

79 Pz: Sì.
80 Tp: e come fare eventualmente se (.) dovessero <ripresentarsi>=:
81 Pz: sono tremendi
82 Tp: In che modo [eventualmente] poterli-poterli fronteggiare=
83 Pz: [cioè hh heh]
84 Tp: Però è importante capire fundamentalmente che cosa sono
85 questi attacchi di panico.
86 Pz: Sì.

Il terapeuta comunica alla paziente che la seduta volge al termine (64: *Va bene, il tempo purtroppo:: è terminato hh heh*). Egli, dopo aver pronunciato la prima parte di frase (*Va bene*) introduce un avverbio negativamente connotato allungando il suono dell'ultima lettera (*purtroppo*) per poi comunicare alla paziente il termine del tempo, facendo seguire a questa comunicazione una particella di risata. Ripete la stessa frase, questa volta senza esitazioni e poi si prende una leggera pausa, comunicando un tema che va in direzione contraria a quello appena detto (*avremo modo di approfondire*). Vista l'assenza di segnali metacomunicativi riferiti ad una cornice umoristica, la particella di risata espressa dal terapeuta può essere interpretata come dovuta all'imbarazzo di dover interrompere la seduta, quando la paziente stava ancora raccontando il proprio vissuto. Schematicamente:

TEMA SERIO → IL TERAPEUTA RIDE PER IMBARAZZO E CONTINUA IN TONO SERIO

In seguito, la paziente si aggancia a quanto detto dal terapeuta per introdurre un nuovo tema, relativo al pagamento delle sedute (66 e 67). Il terapeuta informa la paziente che sarà lui a spiegarle il tutto (68) e, dopo una pausa di tre secondi, continua a parlare del percorso terapeutico (*Allora, innanzitutto come le dicevo potrei assegnarle:: assegnare dei compiti, di volta in volta, perché è importante: la sua collaborazione*) e spiega come verrà condotta la prima parte dell'intervento terapeutico (righe 68-74). Successivamente, il terapeuta introduce la necessità di comprendere cosa siano gli attacchi di panico e per quale motivo essi si siano presentati (righe 76-79). In riga 80 il terapeuta continua a parlare ed introduce il tema della modalità di agire nel caso in cui dovessero ripresentarsi (*e come fare eventualmente se* (.) *dovessero <ripresentarsi>*). Poi dice che essi possono ripresentarsi, aumentando la velocità di esposizione. La paziente partecipa alla costruzione del dialogo, informando il terapeuta della negatività di questi eventi (81: *sono tremendi*). Il terapeuta continua la sua argomentazione (82: *in che modo eventualmente poterli-poterli fronteggiare*) e la paziente si sovrappone nuovamente, affermando che sono tremendi, e poi produce una particella di risata (*cioè hh heh*), che può essere interpretata come riferita ad un tema delicato per cui si trova in terapia

(gli attacchi di panico). Nel turno successivo il terapeuta continua a parlare, portando l'attenzione sul fatto che è importante capire l'entità della sintomatologia presentata (84-85: *Però è importante capire fundamentalmente che cosa sono questi attacchi di panico*). La paziente, infine, pronuncia una particella affermativa (riga 86). Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
INDAGA IL TEMA DELICATO COMUNICATO

(7) Tempo: 42'30''

Il terapeuta sta scrivendo la ricevuta e chiede alla paziente come si sia trovata durante il colloquio.

87 Tp: Come si è trovata?
88 Pz: benissimo.
89 1.5
90 Tp: Per cui se::: nel corso degli incontri ci dovesse essere
91 difficoltà: >qualche problema<=:
92 Pz: Glielo dico. (1.0) io sono nata per dire le cose=:
93 Tp: °perfetto°
94 Pz: heh heh=:
95 Tp: °no no°=:
96 Pz: come stanno. Infatti a lavorare: non sono: (.) molto gradita
97 perché dico davanti quello che p(h)enso heh
98 Tp: Certo. Però è importante che all'inizio ci sia chiarezza, la
99 possibilità di esprimere quello che si sente::
100Pz: Non mi sono trovata in imbarazzo a dirle certe cose, quindi:

Il terapeuta chiede alla paziente come si sia trovata nel corso della seduta (riga 87) e la paziente risponde in maniera positiva, enfatizzando la risposta (l'enfasi si evince dal tono con cui dice la parola "benissimo"). Dopo una pausa di un secondo e mezzo, il terapeuta inizia a parlare e la paziente dichiara di essere nata per dire le cose. Il terapeuta pronuncia la parola "perfetto". Il terapeuta nel turno successivo pronuncia due particelle di negazione con tono abbassato (riga 95) e poi la paziente, nelle righe 96 e 97, riporta che al lavoro non è gradita perché dice quello che pensa. Nell'espone questo tema, prima lo introduce in generale prolungando il suono (*non sono*), poi effettua una breve pausa e continua la frase (*molto gradita perché dico davanti quello che p(h)enso heh*). L'ultima parola viene articolata inserendo una particella di risata e facendola seguire da una risata. Il terapeuta (righe 98-99) continua a parlare in tono serio, e così la paziente nel turno successivo. Una possibile lettura interpretativa di questo frammento vede l'intervento della paziente in riga 92 come di umorismo autoriferito riguardo ad un tema delicato. La delicatezza del tema emerge dal fatto

che la paziente fa riferimento ad una caratteristica personale (il dire le cose) che le viene sottolineato in maniera frequente nell'ambito lavorativo. L'intervento della paziente, e la successiva risata, non trovano allineamento da parte del terapeuta che declina l'invito a ridere e prosegue il dialogo in tono serio. A questo punto la paziente modifica l'atteggiamento scherzoso precedentemente tenuto (intervento umoristico e risata), introducendo un tema rilevante con tono serio. Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E CONTINUA IN TONO SERIO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E CONTINUA IN TONO SERIO → LA PAZIENTE PROSEGUE IN TONO SERIO

(8) Tempo: 45'40''

In quest'ultimo frammento la paziente, prima della chiusura della seduta, espone al terapeuta che una conoscente comune le aveva già parlato di lui.

101 Pz: Con me lavora una ragazza che si chiama Elisa >non mi ricordo
102 il cognome< che fa l'educatrice >da noi< (1.0) Le ho detto che
103 venivo qui e le ho detto devo andare dal Dottor Rossi e mi
104 dice: "ah beh, sei fortunata" (.5) Evidentemente la conosce.
105 Tp: Uhm
106 Pz: heh ~~evidentemente~~ heh (1.0) e: viene qui a fare il tirocinio
107 mi pare=:
108 Tp: Sì. Sì. Sì (1.5) Le ha parlato be- le ha parlato bene::
109 Pz: Sì (h)heh
110 2.0
111 Tp: Allora. Io le lascio il numero della segreteria. Io non sono
112 sempre qui quindi può chiamare direttamente la segretaria.

La paziente riferisce al terapeuta che una sua collega lo conosce (righe 103 e 104). Avendola informata del fatto che si sarebbe rivolta a lui, riporta un commento fatto dall'amica (*che devo andare dal Dottor Rossi e mi dice: "ah beh, sei fortunata" (.5) Evidentemente la conosce*). Il terapeuta produce un turno vuoto (*uhm*) e la paziente continua a parlare finché nel turno successivo ella utilizza un tono ridente per sottolineare la parola (*evidentemente*) preceduta e seguita da due particelle di risata. Segue una pausa di un secondo e poi continua in tono serio; il terapeuta risponde in tono serio, poi dopo una pausa di 1.5 secondi, effettua un commento in merito a quanto detto dalla collega (*Le ha parlato be- le ha parlato bene::*). Nel turno successivo la paziente conferma ed esprime una particella di risata. Segue una pausa di due secondi, poi il terapeuta prende la parola e continua in tono serio chiudendo la seduta.

In questo caso l'intervento del terapeuta in riga 108 può essere interpretato come umoristico: la paziente ha introdotto il tema della conoscenza comune, il terapeuta prima non ha risposto (riga 105). Segue un intervento in tono ridente della paziente che richiama quanto detto precedentemente. È a questo punto che il terapeuta, dopo il secondo riferimento, risponde alla domanda utilizzando un intervento incongruo: chiedendo se la collega le avesse parlato bene, implicitamente chiede conferma di essere percepito come un bravo terapeuta (elemento che era già stato confermato nel frammento precedente). Inoltre, esso può essere visto alla stregua di una risata condivisa (Holt, 2013) in quanto dopo la pronuncia del commento, la paziente ride e l'argomento viene concluso. Schematicamente:

TEMA NEUTRO → LA PAZIENTE RIDE → COMMENTO UMORISTICO DEL
TERAPEUTA → RISATA DELLA PAZIENTE

Sintesi dei dati

Questo colloquio si caratterizza per il fatto che il numero di risate presenti è quasi completamente riferito all'introduzione di temi delicati. La paziente ride otto volte, sette delle quali in riferimento all'introduzione di un argomento delicato, e una volta a seguito di un commento umoristico effettuato dal terapeuta. Ella utilizza tre volte un tono ridente mentre una volta proferisce delle IPA (frammenti 4). Per quanto riguarda il terapeuta, egli ride una sola volta, in riferimento ad un cambio di argomento, probabilmente a indicare imbarazzo (frammento 6) ed effettua un intervento umoristico verso il termine del colloquio, a cui la paziente si allinea ridendo (frammento 8). Va altresì sottolineato che il terapeuta non ha riso a seguito dell'unico commento umoristico effettuato dalla paziente. I dati in riferimento alla frequenza del risibile sono schematicamente riportati in Tabella C.

Tabella C. *Frequenze del Fenomeno del Risibile nel Colloquio fra Paziente C e Terapeuta B.*

	Tempo parlato	Risate					Tot.	Inter. Umor.	IPA	Tono
		Delicate	Imbarazzo	Sintomo	Umor.	Tono				
Terapeuta	1095''	0	1	0	0	0	1	1	0	0
Paziente	1549''	7	0	0	1	3	11	0	1	3
Pause	246''									
Totali		7	1	0	1	0	12	1	0	3

Note. Tempo parlato = tempo parlato da ciascun interlocutore (in secondi), Pause = tempo in cui nessuno dei due interlocutori ha parlato (in secondi), Delicate = risate che accompagnano il proferimento di un tema delicato, Imbarazzo = risate che possono essere interpretate come di imbarazzo, Sintomo = risata di derisione del sintomo, Umor. = risata che segue l'intervento umoristico effettuato dall'altro interlocutore, Tono = risata che accompagna il tono ridente, Tot. = risate proferite in totale, Inter Umor. = interventi umoristici effettuati dal parlante, IPA = particelle di aspirazione interpolate, Tono = tono ridente.

5.1.4. Primo colloquio tra Paziente D e Terapeuta B

Trascritti

Il paziente, uomo di 42 anni, si rivolge al Centro di Salute Mentale della sua città per una duplice motivazione: presenta un Disturbo Ossessivo Compulsivo e mostra serie difficoltà a dormire. In questo frammento, ad inizio seduta, il terapeuta sta effettuando l'analisi della domanda e il paziente introduce la problematica dell'insonnia. Di seguito sono riportati e analizzati 15 frammenti.

(1) Tempo: 4'30''

- 1 Pz: Io (.) un piccolo campanello d'allarme l'ho avuto a novembre:
2 quando mi svegliai la notte sempre per andare in bagno::
3 Tp: uhm.
4 Pz: E:: siccome mi ricordai: di una mia collega, non riusciva a
5 dormire la notte .hh mi son fissato su sto fpuntof e quella
6 notte ho avuto difficoltà poi a riaddormentarmi hhh heh
7 Tp: uhm.
8 Pz: E: da lì preso delle pillo-pastichette all'iperico (.) e da
9 un lato mi aiuta-
10 Tp: Naturali?
11 Pz: sì sì naturali.

Nel primo turno il paziente riporta uno dei primi eventi di insonnia. Egli, dopo una breve pausa (riga 1), introduce il tema (*un piccolo campanello d'allarme l'ho avuto a Novembre*) allungando il suono dell'ultima lettera e nella riga successiva continua a parlare. Successivamente, il paziente introduce il fatto che una situazione simile era capitata ad una sua collega (righe 4 e 5: *E:: siccome mi ricordai: di una mia collega, non riuscivo a dormire*). A questo punto, riporta che quella specifica notte non è più riuscito a prendere sonno. Tale argomento rappresenta uno dei motivi per cui ha richiesto un consulto psicoterapeutico e può essere identificato come un tema delicato. In seguito, effettua un'inspirazione (.hh) e poi riferisce di essersi fissato su questo aspetto in particolare: la parola "punto" (riga 5) viene espressa in tono ridente. In seguito, egli continua a raccontare e a riportare quello che è il problema principale (righe 5 e 6: *quella notte ho avuto difficoltà poi a riaddormentarmi*) e ride. La risata del paziente può essere interpretata come riferita al tema delicato presentato. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
INDAGA IL TEMA COMUNICATO

Nel seguente frammento, terapeuta e paziente discutono del beneficio ottenuto dal trattamento farmacologico (pasticche).

(2) Tempo: 6'10''

12 Pz: Ma:: e-era: l'ansia >diciamo così< di quello che mi raccontava
13 che non dormiva, che-che prendeva le gocce, >tutta una serie
14 di cose che ripeto prima ho un po' ho lavorato un po' sotto:<
15 Tp: Uhm.
16 Pz: Infatti:: perché non ho mai avuto problemi di sonno ques-in
17 tutta la mia vita hh heh heh fmi sono addormentatof
18 questa cosa, >questo tipo di problema<
19 Tp: sì.
20 Pz: Per cui:: sta cosa >in un certo periodo dell'anno< però
21 ero un po' assorbito da questo: prodotto:: naturale: che
22 avevo cominciato a prendere-ma sa: molto spassionatamente:
23 la mattina:: >a mezzogiorno e la sera<=:
24 Tp: Prima di andare a letto
25 Pz: Prima di andare a letto. Mezz'ora prima, quaranta minuti prima

Il paziente riporta quanto il collega di lavoro gli diceva a proposito dell'insonnia (righe 12-14). Successivamente (righe 16 e 17) il paziente espone come quella sia stata la prima volta in cui si trovasse a fronteggiare un evento simile (*Infatti:: perché non ho mai avuto problemi di sonno ques-in tutta la mia vita*) facendo seguire tale affermazione da una ispirazione e da una risata (*hh heh heh*). Il paziente continua a parlare: pronuncia le parole “mi sono addormentato” con tono ridente per poi farle seguire da “questa cosa” e poi le parole “questo tipo di problema” pronunciate più velocemente rispetto ai passi precedenti. Il terapeuta non si allinea e nel turno successivo invita il paziente a proseguire (*sì*) senza fare nessun commento in merito al tema presentato. Nel turno successivo (righe 20-23), il paziente continua a raccontare di come si sentisse in quel periodo e del fatto che assumesse un prodotto naturale. Successivamente il terapeuta chiede un chiarimento (*prima di andare a letto*) a cui trova risposta nel turno successivo. Le risate e la modalità di comunicazione utilizzata dal paziente in questo frammento possono essere ricondotte al fatto che egli sta parlando di un tema delicato, motivo del consulto psicoterapeutico (Haakana, 1999, 2001). Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E FA
CENNO DI PROSEGUIRE → IL PAZIENTE CONTINUA A PARLARE DEL TEMA

(3) Tempo: 7'30''

Nel seguente frammento è riportato un trascritto in cui il terapeuta continua a indagare la manifestazione del disturbo.

26 Tp: Quindi questo a novembre.
27 Pz: Novembre. Poi le dico <Natale> (.) l'ho fatto tranquillo
28 perché sono stato giù da <mia madre> che abita in Puglia=
29 Tp: Sì
30 Pz: e:::m: ho dormito come un sasso senza prendere alcun
31 tipo di::: di pasticchette hhh heh
32 Tp: Senza anche questi prodotti naturali?
33 Pz: Di nessun tipo.
34 Tp: uhm
35 Pz: Anzi, il sonno=
36 Tp: Quanto è stato giù, >quanto tempo<?
37 Pz: Circa una decina di giorni(.2) Dormito da Dio hhh heh
38 Tp: uhm. (.) poi rientrato a Milano.
39 Pz: Poi: rientrato a Milano, stavo a casa, la stessa sera ho
40 ricominciato ad hhh favere heh heh
41 lo stesso tipo di pro(h)ble(h)ma hah hahÉ
42 Tp: Uhm
43 Pz: Quindi di di di: di avere: e: disturbi del son-e sempre disturbi
44 molto relativi: perché sa: mi svegliavo, avevo paura di non
45 dormire poi in realtà mi addormentavo lo stesso. Potevo stare
46 mezzora, quaranta minuti senza dormi- un'ora poi mi accorgevo
47 quand'erano le cinque, le sei ripigliavo sonno. Fino alle sette
48 Tp: Poi comunque riacquistava il sonno.
49 Pz: Sì, sì sì, riacquistavo e::: me ne accorgevo che sognavo.

Il terapeuta si informa se i primi attacchi di insonnia si sono verificati a novembre (26: *Quindi questo a novembre*). Il paziente, nel turno successivo, conferma quanto detto in precedenza dal terapeuta e continua a parlare di come non si fossero presentati altri disturbi durante il periodo natalizio (*Poi le dico <Natale> (.) l'ho fatto tranquillo*) riferendo di essersi spostato dai parenti nella propria città natale (*perché sono stato giù da <mia madre> che abita in Puglia*). Nel turno successivo (29) il terapeuta esprime una particella affermativa (*sì*): successivamente il paziente si sofferma brevemente (30: *e:::m:*) poi continua a parlare e sottolineare come non abbia avuto bisogno di medicinali (*ho dormito come un sasso senza prendere alcun tipo di::: di pasticchette hhh heh*). Il paziente, in questo turno, prima di arrivare alla fine della frase, allunga il suono della preposizione (*di:::*) poi continua a parlare e dopo aver pronunciato la parole “pasticchette” effettua una espirazione e ride. Anche in questo caso, l'azione del ridere e l'utilizzo del tono ridente possono essere ricondotti ad un tema delicato che il paziente espone (Hakaana, 1999, 2001). Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
INDAGA IL TEMA COMUNICATO

(4) Tempo: 9'30''

Terapeuta e paziente continuano a parlare della frequenza con cui si presentano i fenomeni di insonnia.

50 Tp: Perché poi sono iniziati i problemi a marzo.
51 Pz: esatto. Perché poi mi sono riaddormentato- m'ero riaddormentato
52 tranquillamente. Poi sono stato, >ripeto<, dieci giorni a <casa>
53 per cui non sono andato a lavorare per una settimana l'indomani
54 >non avevo il problema-non dovevo< andare al lavoro quindi
55 anche se non dormivo bene
56 Tp: Questo quando ha passato la settimana a casa?
57 Pz: E:: sempre a: a febbraio=:
58 Tp: Aha aha=:
59 Pz: che avevo avuto la malattia infatti la dottoressa disse
60 "curati la bronchite, non andare in giro" quindi stattenne::=:
61 Tp: Quindi è stato giù. In:: Puglia?
62 Pz: No, no::
63 Tp: Ah no, a casa parlava di Milano.
64 Pz: A Milano. Poi anche perché quando dico a casa intendo
65 Mi(H)lano heh heh. Uhm, per cui: e:::
66 Tp: Quindi la malattia l'ha passata a casa ed è stato bene.
67 Pz: Uhm: <Benino>:::

Nella prima parte il paziente spiega l'evoluzione della sintomatologia e riporta come le cose fossero inizialmente migliorate (righe 51-52). Il paziente, proseguendo a parlare, introduce il termine "casa" senza specificare cosa egli intendesse (*Poi sono stato, >ripeto<, dieci giorni a <casa> per*). In seguito riporta che l'indomani egli non si sarebbe dovuto recare a lavoro e che, quindi, la preoccupazione per non dormire fosse minore (52-55: *l'indomani >non avevo il problema-non dovevo< andare al lavoro quindi anche se non dormivo bene*). Nella riga 56 il terapeuta pone una domanda riutilizzando il termine "casa" (*Questo quando ha passato la settimana a casa?*). Successivamente il paziente risponde alla domanda del terapeuta (*E:: sempre a: a febbraio*) che nel turno successivo effettua un'esclamazione (*aha aha*), poi il paziente continua la sua esposizione (righe 59 e 60). È nel turno 61 che il terapeuta pone una domanda in riferimento a quale parte d'Italia il paziente si riferisse (*Quindi è stato giù. In:: puglia?*). Durante l'espressione di tali parole, il terapeuta, prima di porre la domanda, rallenta, prolunga il suono della preposizione "in" e poi pronuncia la parola "Puglia". Il paziente risponde in maniera negativa (62: *no no*) e a questo punto il terapeuta effettua un'autoriparazione (63: *Ah no, a casa parlava di Milano*). Nel turno successivo il paziente

ripete la parola “a Milano”. Egli continua a spiegare (*Poi anche perché quando dico a casa intendo Mi(H)lano heh heh*) e nel momento in cui si trova a ripetere la parola fonte di ambiguità egli la intervalla con una particella di risata (*Mi(H)lano*) facendola poi seguire da due note di risata (*heh heh*). Il paziente continua a parlare (*Uhm, per cui: e:.*) e il terapeuta, nel turno successivo, riporta il tema a quanto stavano dicendo precedentemente (66: *Quindi la settimana di malattia l'ha passata a casa ed è stato bene*). La conversazione procede poi senza ulteriori interruzioni. In questo caso la risata e particelle di risata del paziente possono essere interpretate come elementi enunciati a seguito di un'errata interpretazione del terapeuta. Schematicamente:

TEMA SERIO → ERRATA INTERPRETAZIONE DA PARTE DEL TERAPEUTA → IL PAZIENTE EFFETTUA RIPARAZIONE E RIDE

(5) Tempo: 15'20''

Nel seguente frammento il terapeuta indaga le abitudini del paziente in merito al dormire.

68 Pz: ero meno tranquillo. Poi uno non ce la fa più. Per fortuna
 69 domani è sabato e me ne resto nel letto il più possibile.
 70 L'unica cosa che mi contrariava=:
 71 Tp: poi lei generalmente il sabato dormiva un po' di più
 72 Pz: ma io: normalmente: se la mattina mi alzo alle sette:: eh:=:
 73 Tp: Nei giorni festivi quando si alza?
 74 Pz: Otto, otto e mezza.
 75 Tp: Uhm
 76 Pz: Non so, ma:: non mi alzo troppo tardi:
 77 solitamente alle otto già:: hh hah hah hah
 78 Tp: E' in buona compagnia.
 79 Pz: hhhHAH hah
 80 Tp: Anche nei giorni festivi, io: alle sette. (.2)
 81 Sei e mezzo sono in piedi.
 82 Pz: hhah ecco.
 83 Tp: anche se vado a letto tardi.
 84 Pz: fah ecco, infatti
 85 Tp: E:: ok, però il fatto che quel giorno il fatto che non
 86 l'abbia avuto, l'ha messa in allerta.

In questo frammento il paziente sta parlando delle sue abitudini nel dormire, tema che, in precedenza, è emerso essere delicato. Nella riga 76 riferisce l'orario cui abitualmente si alza la mattina (*Non so, ma:: non mi alzo troppo tardi: solitamente alle otto già::*) e in seguito proferisce una risata. Il terapeuta, nella riga 78, afferma che il paziente è in buona compagnia e nel turno successivo il paziente ride. Nei turni successivi, il terapeuta prosegue il suo

intervento spiegando meglio le proprie abitudini in merito al dormire (righe 80-81 e 83). Visto che il tema del dormire rappresenta un elemento delicato per il paziente, la prima risata che effettua può essere interpretata come di imbarazzo. Così come il commento del terapeuta può essere visto come un intervento nello stesso tempo di normalizzazione e umoristico, poiché è mirato a portare a conoscenza che il paziente non è l'unica persona a svegliarsi presto al mattino. La risata che segue da parte del paziente può essere letta come un'interpretazione umoristica del commento del terapeuta, mentre le risate successive possono essere lette come prosecuzione della risata precedente. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA EFFETTUA COMMENTO EMPATICO SUL TEMA COMUNICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA PROSEGUE IN TONO SERIO

(6) Tempo: 19'30''

Il terapeuta e il paziente parlano della difficoltà di dormire del paziente, che, in seguito ad una crisi d'ansia, ha contattato il medico di medicina generale (la dottoressa). Questi gli ha consigliato di prendere un farmaco ansiolitico (Xanax). Il paziente affronta la problematica attraverso una strategia che consiste nello sforzarsi di non pensare.

87 Pz: Ho ripreso a:: studiare, con: (.) con una certa intensità.
88 Dovevo fare quello, dovevo fare quello, dovevo fare
89 quel-mi che ripetevo dovevo: o tralasciare l'ansia=:
90 Tp: Ha dovuto un po' forzarsi [per fare]
91 Pz: [ho dovuto] sforzarmi:: notevolmente
92 (0.2) concentrarmi solo su quello che dovevo fare (.) e:::
93 in parte ci sono-non so quanto mi abbia fatto bene heh heh heh
94 Comunque ci sono riuscito=:
95 Tp: E' riuscito un po' a distrarsi:=:
96 Pz: No=:
97 Tp: Da quei pensieri che aveva.
98 Pz: No: era un continuo: però nel contempo: controbilanciavo la
99 concentrazione=:
10 Tp: i pensieri che le venivano in mente (.) facevano riferimento=:
101 Pz: mi è venuta l'ansia più che altro, che mi tornassero=:
102 Tp: Il timore dell'ansia
103 Pz: il timore dell'ansia.
104 Tp: ok.

Nella prima parte, il paziente comunica al terapeuta di aver ripreso a studiare (87). Tale evento, che rappresenta un aspetto delicato per il paziente, non viene presentato in maniera

lineare, in quanto il paziente introduce il tema allungando il suono della preposizione “a” prima di pronunciare la parola “studiare” per poi effettuare un’altra pausa dopo aver detto la parola “con” (87: *Ho ripreso a:: studiare, con: (.) con una certa intensità*). Nel turno successivo egli espone come si sia imposto di studiare, cercando di non prestare attenzione alla sintomatologia ansiosa (88-89: *Dovevo fare quello, dovevo fare quello, dovevo fare quelmi ripetevo che dovevo: o tralasciare l’ansia*). A questo punto il terapeuta si inserisce effettuando un commento (90: *ha dovuto un po’ sforzarsi*) a cui si sovrappone il paziente (91: *ho dovuto sforzarmi:: notevolmente (0.2)*). Successivamente, il paziente espone quanto sia stato difficile imporsi di rimanere concentrato sull’obiettivo prefissato e, durante la fine della frase, il paziente effettua una breve pausa e introduce un nuovo tema, allungando il suono della congiunzione “e”. Nella riga successiva (93) il paziente riporta quanto la strategia effettuata possa essere stata una scelta appropriata (*in parte ci sono-non so quanto mi abbia fatto bene heh heh heh*). A fine frase egli ride e in riga 94 afferma di essere riuscito nel suo intento e implicitamente sottolinea che la strategia utilizzata è stata efficace (94: *Comunque ci sono riuscito*). Il terapeuta a questo punto chiede un chiarimento per capire se la strategia utilizzata fosse stata efficace (95: *E’ riuscito un po’ a distrarsi*) a cui il paziente risponde in maniera negativa. Il terapeuta completa la frase (*da quei pensieri che aveva*) e nel turno successivo il paziente continua a spiegare la difficoltà nel gestire l’ansia e nel cercare di mantenere la concentrazione nello studio (*No: era un continuo: però nel contempo: controbilanciavo la concentrazione*). Anche in questo caso, la risata del paziente, in riferimento ad un tema delicato, segue a breve distanza un commento che può essere identificato come empatico da parte del terapeuta (riga 90). Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
INDAGA IL TEMA COMUNICATO

(7) Tempo: 22’00’’

Di seguito il terapeuta prosegue il suo intervento volto a indagare quali siano gli antecedenti dei sintomi ansiosi.

105 Tp: Perché temeva l’ansia?

106 Pz: L’ansia:: da paura di stare male in quel modo=:

107 Tp: Dello stato d’animo.

108 Pz: Esatto. Ehm: Penso solamente quello. In parte mi mi veniva, mi
109 tornava:::
110 quest'ansia alla fine hhpoi heh pensandola più spesso
112 alla fine ce l'hai=:
113 Tp: Certo. Lei cosa pensa esattamente?

In questo frammento il terapeuta continua ad indagare il motivo per cui il paziente ha richiesto un consulto psicoterapeutico (tema delicato). Il paziente parla della sintomatologia ansiosa, dicendo che più pensa all'ansia, più essa si verifica e, in riga 110, introduce una particella di risata prima di pronunciare la parola "poi". Tale interlocuzione ridente può essere interpretata come in riferimento ad un aspetto delicato, visto che il paziente ha richiesto un consulto proprio per questa motivazione. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
INDAGA IL TEMA COMUNICATO

(8) Tempo: 22'50''

Nel seguente frammento il terapeuta pone domande in merito al tema delicato riportato dal paziente, relativo alla sua salute. Il paziente racconta un episodio di insonnia, accompagnato da sintomatologia influenzale.

114 Pz: quella tosse che ho avuto: ha cominciato a diventare sempre più
115 persistente >tant'è che m'è venuta la febbre quella sera< hh heh
116 Tp: Quindi è stato poco bene.
117 Pz: sono stato poco bene.

Il paziente introduce il tema della "tosse" che ha continuato a peggiorare (righe 113 e 114: *ha cominciato a diventare sempre più persistente*) fino a sfociare in un sintomo febbrile. Tale parte viene riportata aumentando la velocità dell'eloquio e, una volta pronunciata la parola "febbre", il paziente ride (115: *tant'è che mi è venuta la febbre quella sera hh heh*). Il terapeuta nel turno successivo chiede un chiarimento (*quindi è stato poco bene*) ed il paziente conferma quanto detto precedentemente (117: *sono stato poco bene*). Anche in questo caso, la risata può essere descritta come di imbarazzo e la mancanza di risata da parte del terapeuta è da intendersi come l'atteggiamento abituale da tenere (West, 1984; Hakaana, 2001). Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
INDAGA IL TEMA COMUNICATO

(9) Tempo: 28'28''

Il paziente riferisce un esordio ossessivo, scatenatosi dopo essere stato dall'oculista e aver utilizzato un medicinale in gocce (atropina) che causa difficoltà visive. Al rientro a casa ha cercato di leggere quante più riviste possibile, per disconfermare la paura di non essere più in grado di vedere bene.

118 Tp: E adesso ce l'ha ancora?

119 Pz: No, adesso mi sono convinto che ci vedo be(h)ne heh heh

Il terapeuta chiede al paziente se la paura di non vedere bene sia ancora presente (118: *E adesso ce l'ha ancora?*) e nel turno successivo il paziente risponde in maniera negativa: egli riporta che ora si è convinto di non avere problemi di vista. L'ultima parola (*bene*) viene espressa intervallata da una particella di risata e seguita da due note di risata. Tale risata può essere interpretata come collegata ad un elemento di sollievo dato della scoperta di vederci bene, a disconferma della situazione precedente. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA → IL
PAZIENTE CONTINUA A PARLARE

(10) Tempo: 37'30''

Il paziente parla dell'attuale situazione clinica. La sintomatologia ansiosa ossessiva è diminuita in quanto è in trattamento farmacologico da due settimane (assume un farmaco antidepressivo chiamato *prozac*). Il terapeuta continua a indagare l'aspetto lavorativo del paziente per capire se, nonostante i problemi riportati, egli abbia continuato a lavorare.

120 Tp: Ha continuato a lavorare quindi?

121 Pz: Sì sì, non ho preso giorni da lavorare. Anche perché ho
122 pensato che stando a casa stavo peggio (non comprensibile)

123 Tp: Ha continuato a fare quello che doveva fare.

124 Pz: >si si si si<

125 Tp: La dottoressa Bianchi=:

126 Pz: Dicevo appunto (.) lato farmacologico prima di tutto (.) e poi:

127 anche il lato psicologico, la psicoterapia::: è fondamentale

128 perché:: giustamente hhheh £mi ha spiegato che£ l'ansia non

129 nasce da sola

130 Tp: Certo=:

131 Pz: Ma ci saranno una, due, dieci, cento cause che nel corso degli
 132 anni si sono accumulate e che adesso io ho metabo-non riesco a
 133 metabolizzare certe cose e che io ho bisogno di mettere (.)
 134 ovviamente un po' di ordine. Poi io sono convinto >poi questo ci
 135 sono arrivato da solo< penso, mi corregga se sbaglio, così come
 136 ci sono stati mesi, anni per ridurmi in queste condizioni (.)
 137 ci vorrà: un bel po' di tempo per tornare: in condizioni normali
 138 Cioè non è che io ((schiocca le dita)) con un click
 139 torno heh [heh normale] Quindi la sto pigliando
 140 Tp: [certo certo]

141 Pz: anche molto:: molto tranquilla.
 142 Ho deciso di penso che ci vuole >un po' di pazienza<
 143 dedicarmi-ho pigliato delle cose- si figuri sono
 144 uscito dall'ufficio, >dieci minuti prima< faccio con calma,
 145 dico, passeggiò ehm: si rilassi <tranquillo::> proprio::

146 Tp: Qu[indi dopo::]
 147 Pz: [rilassato]

148 Tp: Quindi:: quindi, dopo il colloquio con la dottoressa
 149 l'ha tranquillizzata?

150 Pz: Uhm:: non subito[ovviamente]
 151 Tp: [Non subito]

152 Pz: perché c'è stato l'effe-l'onda d'urto diciamo hhh heh heh
 153 Ho avuto:: bisogno di fare riferimento alle medicine

Paziente e terapeuta discutono della situazione lavorativa del paziente: nella riga 125 il terapeuta pronuncia il nome del medico di medicina generale che ha prescritto il trattamento farmacologico (*La dottoressa Bianchi*), successivamente il paziente inizia a parlare (126: *Dicevo appunto*) e dopo una breve pausa continua a parlare del tema affrontato in precedenza (126: *lato farmacologico prima di tutto (.) e poi:*) e riporta l'importanza di un intervento psicoterapeutico (127: *anche il lato psicologico, la psicoterapia::: è fondamentale*). A questo punto il paziente riferisce che la dottoressa che lo ha in cura gli ha spiegato che l'ansia non nasce da sola (128-129: *perché:: giustamente hhheh £mi ha spiegato che£ l'ansia non nasce da sola*) e nell'introdurre questo elemento il paziente prima esprime una risata (*hheh*) poi utilizza un tono ridente. Il terapeuta esprime un breve commento (130: *certo*). In questa fase, in cui il paziente riporta un argomento sensibile per la condizione in cui si trova, la risata che articola può essere interpretata come legata ad un tema delicato che egli propone. Infatti, si tratta di un momento in cui il paziente si confronta apertamente con la propria situazione e deve esporla al terapeuta. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
 COMUNICA DI AVERE COMPRESO → IL PAZIENTE CONTINUA A PARLARE

Il paziente continua a riportare il proprio pensiero sulla causa del disturbo presentato (righe 131-134). Successivamente, il paziente pronuncia una frase con eloquio accelerato (*poi questo ci sono arrivato da solo*) e poi chiede conferma al terapeuta (*mi corregga se sbaglio*). A questo punto, egli spiega che il percorso che lo ha portato a sviluppare tale sintomatologia non sia stato breve (136) e che anche il percorso terapeutico avrà bisogno di un lasso di tempo non rapido (138: *Cioè non è che io con un click ((schiocca le dita)) torno heh heh*). Quanto esposto è seguito da una risata. Il terapeuta si sovrappone ed effettua un commento (140: *certo, certo*), poi il paziente continua a spiegare come sta affrontando questa situazione (righe 141-147). Anche in questo caso la risata del paziente può essere interpretata come indicatore di un tema delicato, specificatamente il dover intraprendere un percorso terapeutico non di breve durata. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA → IL PAZIENTE CONTINUA A PARLARE

Nelle righe 148 e 149 il terapeuta pone una domanda al paziente, chiedendo se il colloquio effettuato con la dottoressa l'abbia tranquillizzato. Il paziente prima esprime una particella di interpolazione, poi ne prolunga il suono e in seguito pronuncia le parole "non subito". Successivamente il terapeuta ripete quanto appena detto dal paziente (*non subito*) sovrapponendosi al proseguo della frase dello stesso (*ovviamente*). Nel turno successivo il paziente effettua un commento a cui segue una risata (*l'effe-l'onda d'urto diciamo hhh heh heh*). Tale intervento del paziente può essere interpretato come umoristico, in quanto introduce un riferimento metaforico al tema trattato ed è seguito da una risata. Probabilmente tale intervento ha avuto lo scopo di mitigare la valenza emotiva del tema trattato. È interessante notare che il terapeuta non si allinea. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE EFFETTUA COMMENTO UMORISTICO → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA → IL PAZIENTE CONTINUA A PARLARE IN TONO SERIO

(11) Tempo: 42'00''

Il terapeuta sta indagando quale sia l'andamento dell'insonnia nell'ultima settimana.

154 Tp: Il problema del sonno sembra per il momento::=:
155 Pz: Per il momento sembra::
156 Tp: che vada bene.
157 Pz: Sì. Sembra:: accantonato hh hh hh. Per adesso.
158 3.0 ((il tp sta scrivendo))
159 Tp: E quale problema adesso permane?
160 Pz: Ma ehm:: un problema generico: um:: io credo
161 di: avere bisogno di mettere un po' di:: >ordine< come dice
162 la dotto(h)ressa Rossi heh ehm: utilizzando un termine molto
163 generico e molto::: molto grande.
164 Per cui per esempio=:
165 Tp: Lo dice la dottoressa Bianchi o la dottoressa Rossi?
166 Pz: Entrambe.
167 Tp: Entrambe.

In questo frammento il terapeuta introduce nuovamente il tema dell'insonnia (154: *il problema del sonno*), prosegue la frase (*sembra per il momento*) a cui segue un prolungamento del suono e nel turno successivo il paziente riprende quanto appena detto (155: *per il momento sembra*) prolungando il suono dell'ultima parola. A questo punto il terapeuta riprende la parola e completa la frase iniziata precedentemente (156: *che vada bene*). Successivamente il paziente conferma quanto appena detto dal terapeuta (157) allungando il suono dell'ultima lettera dopo la parola "sembra" e prima di introdurre la parola "accantonato" a cui seguono tre particelle di risate (*Sì. Sembra:: accantonato hh hh hh*). Segue una pausa di tre secondi in cui il terapeuta prende appunti (158) per poi effettuare un'ulteriore domanda. In seguito, chiede se attualmente vi siano ulteriori problemi (*E quale problema adesso permane?*) a cui il paziente risponde (*ma ehm*). Egli rallenta l'eloquio (*un problema di carattere generico: um:*), introduce un suo pensiero in merito alle sue necessità attuali (161: *di avere bisogno di mettere un po' di::*) e prolunga il suono dell'ultima lettera. Poi pronuncia la parola "ordine" con eloquio velocizzato a cui segue subito un riferimento al medico curante. La parola "dottoressa" è interrotta da una particella di risata (*dotto(h)ressa*) e nel turno successivo il nome del medico è seguito da una nota di risata (162: *Rossi heh ehm*). Il paziente continua a parlare sottolineando che quanto appena detto va inteso in termini generali (*utilizzando un termine molto generico e molto::: molto grande*) e successivamente il terapeuta si sovrappone ponendo una domanda (165: *lo dice la dottoressa Bianchi o la dottoressa Rossi?*). Nel turno successivo il paziente risponde (entrambe). Poi il terapeuta ripete quanto appena detto dal paziente. La risata del paziente può essere interpretata come

riferita ad un tema delicato, quale è la motivazione del consulto terapeutico. Anche in questo caso il terapeuta non si allinea e prosegue a indagare il tema in questione. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
INDAGA IL TEMA

(12) Tempo: 44'10'

In questo frammento, il terapeuta indaga altri eventi che provocano ansia al paziente. Nello specifico il paziente riferisce di aver dovuto interrompere il corso di inglese che stava seguendo, perché gli causava troppo stress. Il terapeuta pone domande per comprendere meglio.

168 Tp: Dove lo faceva?
169 Pz: All'associazione italo inglese, qui in centro. (.2) Uhm:: che
170 conosco: già prima, che conoscevo. Ma ho notato una cosa
171 <ultimamente> (1.0) questo sa poi riflettendoci perché son uno
172 purtroppo che >medita parecchio sulle cose< hh heh E:: quello
173 che mi dava fastidio del corso di inglese >anzi erano due<
174 la prima è che il corso di inglese te lo fa solo ed
175 esclusivamente in inglese non c'è nessuno che leggeva italiano

Il terapeuta domanda dove il paziente svolgesse le sue lezioni di ripetizione (*Dove lo faceva?*). Il paziente, dopo aver risposto alla domanda (turni 169 e 170), cambia argomento: riferendo di aver prestato attenzione ad un particolare nell'ultimo periodo (*ultimamente*). Quest'ultima parola viene articolata più lentamente delle altre e viene fatta seguire da una pausa di un secondo. A questo punto il paziente introduce il fatto che egli medita parecchio sulle cose, pronunciando tali parole con velocità maggiore rispetto alle altre. Tali parole sono seguite da un'espiazione e una particella di risata. Nei turni successivi il paziente spiega quali fossero le cose che lo infastidivano (righe 172-175). Il tema esposto dal paziente può intendersi come delicato in quanto anticipato dalla parola "purtroppo" (172) nonché formulato più velocemente rispetto alle altre parole (*medita parecchio sulle cose*). La risata che segue, quindi, può essere interpretata come elemento di segnalazione di un tema delicato. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E IL
PAZIENTE CONTINUA A PARLARE

(13) Tempo: 46'40''

Il paziente continua a parlare delle lezioni di inglese e della difficoltà a seguire lezioni di gruppo, in quanto percepiva una maggiore ansia rispetto alle lezioni individuali.

176 Pz: Quando ho avuto un incontro con lei, una lezione singola::
177 mi sono comportato molto più disinvolto
178 Tp: uhm. (.) delle difficoltà legate un po':
179 più al tipo di cor[so]
180 Pz: [esatto]
181 Tp: a come era strutturato=
182 Pz: a come era strutturato il corso. Quindi io ho deciso a
183 questo punto sospendo il corso <collettivo> no?
184 Tp: Uhm di fare:: lezioni individuali=
185 Pz: eh!. A sto punto aggiro l'ostacolo hh heh
186 Tp: E: ha iniziato a farle- lezioni individuali?
187 Pz: Lezioni individuali ne ho fatta una perché un pacco e mezza
188 Tp: Ha preso questa scelta
189 Pz: Esatto. Ho preso questa scelta, consa(h)pevole hh ho preso
190 questa scelta

Nella prima parte (righe 176 e 177) il paziente riferisce che durante le lezioni effettuate individualmente sia più disinvolto. Successivamente (178) il terapeuta introduce il tema delle difficoltà legate al tipo di corso effettuato (179: *più al tipo di corso*) a cui si sovrappone il paziente (180: *esatto*). Successivamente il terapeuta completa la frase (181: *a come era strutturato*) ed il paziente risponde ripetendo quanto appena detto. In seguito, il paziente espone al terapeuta la strategia utilizzata per gestire l'ansia (*Quindi io ho deciso a questo punto sospendo il corso <collettivo> no?*). La parola "collettivo" viene proferita con velocità maggiore rispetto alle altre. Successivamente, il terapeuta chiede un chiarimento (*Uhm di fare:: lezioni individuali*): è a questo punto che il paziente dichiara esplicitamente che la strategia da lui utilizzata rappresenti una modalità evitante (*eh! A sto punto aggiro l'ostacolo hh heh*). Tale espressione è seguita da due particelle di risate. In questo frammento emerge una modalità disadattiva di azione da parte del paziente. Il fatto che questi la dichiari apertamente di fronte al terapeuta, può essere letta come un elemento di imbarazzo e quindi delicato, così la risata che segue può essere interpretata come segnale di riconoscimento di tale tema delicato. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E IL PAZIENTE CONTINUA A PARLARE

In seguito, il terapeuta chiede se il cambio di strategia consista nel fare lezioni individuali (186) e il paziente risponde in maniera negativa (187: *Lezioni individuali ne ho fatta una perché un pacco e mezza*). Nel turno successivo il terapeuta commenta la scelta fatta dal paziente (188: *Ha preso questa scelta*) poi, il paziente conferma quanto detto dal terapeuta (189: *Esatto. Ho preso questa scelta*). Il paziente prosegue la frase pronunciando la parola “consapevole” intervallandola da una particella di risata per poi ispirare (*consa(h)pevole hh ho preso questa scelta*). La modalità di espressione del paziente in merito alla parola “consapevole” può essere interpretata come un riferimento ad un tema delicato, dato dallo sperimentare una forte ansia durante le lezioni di gruppo. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E INDAGA IL TEMA METACOMUNICATO

(14) Tempo: 48'20''

In questo frammento il terapeuta prosegue a indagare come il paziente si spieghi i comportamenti degli ultimi due mesi

190 Tp: E:: riguardo un po' quel- lei che spiegazioni si è dato
 191 riguardo a questo::-quello che le è accaduto: in questi ultimi
 192 due mesi, diciamo=:
 193 Pz: Sì
 194 Tp: grossomodo: Che spiegazione si è dato lei?
 195 Pz: Ma sa:: >dott< io: come dice-dicevo prima:: sono uno abituato
 196 a pensare hh heh Credo per deformazione professionale hh heh
 197 Tp: sì.
 198 Pz: e::: (.2) credo che ci siano delle cose della mia vita che devo
 199 registrare e che devo: (.) quanto meno assimilare e accettare
 200 Tp: Può farmi degli esempi: (.) concretamente a cosa si riferisce?
 201 Pz: sì. E:: volentieri anzi hh heh sono qua(h)(h)a: apposta per
 202 questo hh heh io ho avuto delle strane relazioni sentimentali::
 203 e: sicuramente mi creano una situazione di ansia::=:
 204 Tp: Ha avuto?
 205 Pz: Sì, ma anche adesso.

Nella prima parte di questo frammento il terapeuta introduce l'argomento del comportamento del paziente (righe 190-192) e successivamente domanda al paziente quale sia la spiegazione che egli si è dato a tali fenomeni (194: *grossomodo: Che spiegazione si è dato lei?*). Nel turno successivo il paziente inizia a parlare (195: *Ma sa*) poi allunga il suono dell'ultima lettera, pronuncia velocemente la qualifica (*dottore*) e richiama l'attenzione su quanto espresso precedentemente (*come dice-dicevo prima*), che si riferisce ad un tema delicato. Egli continua

a parlare e dopo aver comunicato una sua abitudine emette due particelle di risate (195 e 196: *sono uno abituato un po' a pensare hh heh*) a cui segue una spiegazione (*credo anche per deformazione professionale hh heh*). Successivamente il paziente introduce un altro tema: dopo aver prolungato il suono della congiunzione “e” ed aver effettuato una pausa, introduce il fatto che ci siano aspetti della propria vita che devono essere modificati (198: *e::: (.2) credo che ci siano delle cose della mia vita che devo registrare e che devo*), dopo di che effettua un'altra breve pausa e poi approfondisce maggiormente questo aspetto (*quanto meno assimilare e accettare*). Anche in questo caso la risata emessa dopo il tema delicato può essere interpretata come un segnale di tale elemento. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA → IL PAZIENTE CONTINUA A PARLARE

In seguito il terapeuta prende la parola e chiede di approfondire questo aspetto (200: *Può farmi degli esempi: (.) concretamente a cosa si riferisce?*). A questo punto afferma di voler parlare e che questo rappresenti il motivo per cui si trova in terapia (201: *sì. E::: volentieri anzi hh heh sono qua(h)(h)a: apposta per questo*). Dopo aver introdotto il tema (*volentieri*) ride e mentre spiega di essere in terapia per quel motivo intervalla la parola “qua” con particelle di risate. Nel turno 202 continua a ridere (*hh heh*) per poi esporre il tema riguardante le situazioni sentimentali (*e::: io ho avuto delle strane relazioni sentimentali::: e: sicuramente mi creano una situazione di ansia*). Il terapeuta chiede una spiegazione riguardo alla collocazione temporale utilizzata dal paziente nel passato (204: *Ha avuto?*). Successivamente riporta che la problematica è tuttora presente (205: *Sì, ma anche adesso*). La risata del paziente può essere interpretata come riferita ad un tema delicato (il motivo per cui si trova in terapia). Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E INDAGA IL TEMA METACOMUNICATO

(15) Tempo: 61'00''

In questo frammento il paziente parla della sua relazione attuale con una donna inglese conosciuta per motivi di lavoro tre anni prima. Intraprende un discorso su come si sono conosciuti che dura diversi minuti. Il tempo del colloquio è ormai terminato e il terapeuta interrompe il racconto del paziente.

206 Tp: Giovanni mi dispiace interromperla: anche a questo punto qua del
207 racconto che::[magari più avanti] purtroppo il tempo è [tiranno]
208 Pz: [mi dica magari] [infatti]
209 Tp: purtroppo il tempo è tiranno: non per altro=:
300 Pz: no no no
301 Tp: anzi, mi interessava molto: (.) uhm, quello che mi stava-mi
302 stava dicendo: però purtroppo dobbiamo[mo:: dobbiamo fermarci]
303 Pz: [>no no< non metto in]
304 dubbio la:: la la=
305 Tp: abbiamo le prossime volte per=
306 Pz: volentieri. Come vedo ho bisogno di:: hh heh heh di scaricare.
307 Tp: certo. Spero si sia trovato bene
308 Pz: io mi sono trovato benissimo, non bene. Benissimo

Nella prima parte del frammento il terapeuta informa il paziente che il tempo è terminato e bisogna concludere (206: *Giovanni mi dispiace interromperla: anche a questo punto qua del racconto che*), il paziente si sovrappone (*mi dica magari*) e in seguito il terapeuta continua a parlare (*purtroppo il tempo è tiranno*). A questo punto il terapeuta sottolinea nuovamente che il tempo è terminato (209: *purtroppo il tempo è tiranno: non per altro*) e nel turno successivo il paziente articola tre particelle negative (*no no no*). Poi, il terapeuta sottolinea ancora una volta come nonostante l'interesse per l'argomento, il tempo sia ormai terminato (302) introducendo che il percorso terapeutico continuerà (303: *abbiamo le prossime volte per*). In seguito il paziente esprime il proprio consenso (306: *volentieri*) e riferisce di avere bisogno (*come vede ho bisogno di::*); prima di completare la frase prende tempo allungando il suono dell'ultima lettera per poi ridere e affermare che ha la necessità di "scaricare" (*hh heh heh di scaricare*). A questo punto il terapeuta non si allinea e chiede indirettamente se il paziente si sia trovato bene (307: *certo, spero si sia trovato bene*). Nel passaggio successivo il paziente risponde in maniera affermativa al terapeuta. Il colloquio continua e il terapeuta introduce il contratto terapeutico, pattuisce gli homework con il paziente e fissa il successivo appuntamento. Sinteticamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA,
COMUNICA DI AVERE COMPRESO → IL PAZIENTE CONTINUA A PARLARE

Sintesi dei dati

Questo colloquio è caratterizzato dalla cospicua presenza di risate del paziente che seguono l'introduzione di un tema delicato o di un elemento di imbarazzo (18 volte su un totale di 19 risate). I temi delicati oltre che da risate, vengono segnalati in altre due modalità: attraverso l'utilizzo di IPA (frammento 13) e avvalendosi del tono ridente (frammenti 1, 2, 3, 7 e 10). Un aspetto che è emerso da questo colloquio è che il paziente ha manifestato in maniera ricorrente la risata a seguito di un commento empatico del terapeuta (due volte, frammenti 5 e 6). Infine, in linea con la letteratura, il paziente tende a ridere a seguito di un commento umoristico da parte del terapeuta (frammento 5), mentre quando è il paziente a fare commenti umoristici (una volta) il terapeuta non ride (frammento 10). I dati sono riassunti in Tabella D.

Tabella D. Frequenze del Fenomeno del Risibile nel Colloquio fra Paziente D e Terapeuta B.

	Tempo parlato	Risate					Tot.	Inter. Umor.	IPA	Tono
		Delicate	Imbarazzo	Sollievo	Umor.	Tono				
Terapeuta	884''	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Paziente	3105''	16	1	1	1	5	24	1	4	5
Pause	29''									
Totale		16	1	0	0	0	0	2	4	5

Note. Tempo parlato = tempo parlato da ciascun interlocutore (in secondi), Pause = tempo in cui nessuno dei due interlocutori ha parlato (in secondi), Delicate = risate che accompagnano il proferimento di un tema delicato, Imbarazzo = risate che possono essere interpretate come di imbarazzo, Sollievo = risata di sollievo, Umor. = risata che segue l'intervento umoristico effettuato dall'altro interlocutore, Tono = risata che accompagna il tono ridente, Tot. = risate proferite in totale, Inter. Umor. = interventi umoristici effettuati dal parlante, IPA = particelle di aspirazione interpolate, Tono = tono ridente.

5.1.5. Primo colloquio tra Paziente E e Terapeuta A

Trascritti

Il seguente colloquio fa riferimento ad un paziente di genere maschile, di 36 anni, fidanzato con una ragazza della stessa età e padre di una bimba di due anni. Egli si rivolge ad uno psicoterapeuta a causa di un disturbo da attacchi di panico, a seguito del quale ha sviluppato anche un disturbo ipocondriaco. Di seguito vengono presentati 11 frammenti della prima seduta.

(1) Tempo: 8'15''

1 Pz: E:: mi fermo all'autogrill, perché stavo su::: un'autostrada. Mi
2 fermo all'autogrill (.) e:: scendo dalla macchina va beh:: (.)
3 i miei amici mi dicevano st tranquillo, non è successo niente,
4 beh queste cose qui così (.) e lì per lì mi sono tranquillizzato
5 Tp: Ok
6 Pz: Però, alla ripartenza .HHH hah hah hah
7 Tp: Alla terza volta
8 Pz: Alla terza volta, perché (.) era molto forte (.)
9 sono andato all'ospedale dritto.

In questo frammento il paziente racconta il suo primo attacco di panico, che rappresenta un tema delicato in quanto il soffrire di disturbo di panico rappresenta il motivo per cui il consulto terapeutico è stato richiesto: si trovava in compagnia di amici ed era alla guida, in autostrada, verso una località turistica dove avrebbe trascorso un periodo di vacanza. Precedentemente, riporta il primo episodio di panico (non trascritto per ragioni di spazio) mentre nelle righe 1-4 egli narra il secondo episodio, avvenuto a breve distanza dal primo. Egli riferisce di essersi fermato in un'area di servizio (1) dove si è poi tranquillizzato (4). Prosegue poi il proprio racconto e, dopo aver pronunciato le parole "però alla ripartenza", effettua una forte espirazione e ride. Il terapeuta, nel turno successivo, pronuncia le parole (7: *alla terza volta*). Il paziente continua a spiegare cosa sia successo, parlando in terza persona (8: *era molto forte*) e racconta di essersi recato all'ospedale. La risata del paziente nel turno 6 può essere interpretata come una risata dovuta all'avvenuta comunicazione del tema delicato e dolente (Haakana, 1999, 2001). Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
INDAGA IL TEMA DELICATO → IL PAZIENTE CONTINUA A PARLARE

(2) Tempo: 12'35''

In questo estratto il terapeuta sta indagando le teorie naïves del paziente, per capire quale spiegazione egli abbia attribuito all'attacco di panico. Il paziente riferisce di aver pensato ad un attacco di cuore a causa dell'assunzione di cocaina la sera precedente.

10 Pz: Sì io lì ho pensato che c'ho un infarto (.) boh ciao (.) però ho
11 detto va (.) per la dose minima che ho assunto mi sembra assurdo
12 Però ho detto boh. .hh dai, quelle cose che dici::
13 Tp: Capitano
14 Pz: Chissà. Dal quel giorno: chiuso con tutto, ma tutto tutto.
15 Sigarette, va bo, sigarette fumavo poco. Fumavo dieci sigarette

In questo frammento il paziente riferisce di aver pensato di avere un attacco di cuore (10: *ho pensato che c'ho un infarto*), nonostante gli sembrasse assurdo visto la dose minima assunta (il riferimento alla cocaina viene esplicitato nei turni precedenti che non sono riportati per questioni di spazio). Successivamente esprime alcune parole aggiuntive (12: *però ho detto boh. .hh dai, quelle cose che dici*). Il terapeuta effettua una interpolazione (13: *capitano*) e successivamente il paziente continua il proprio racconto sottolineando come da quel giorno abbia interrotto l'assunzione di qualsiasi sostanza psicotropa. L'espiazione ridente del paziente, in questo frammento, può essere interpretata come riferita ad un tema spaventoso (l'infarto) connesso con l'idea di morte. Schematicamente:

TEMA DELICATO E SPAVENTOSO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA SI INSERISCE → IL PAZIENTE CONTINUA A PARLARE

(3) Tempo: 17'46''

16 Tp: Ok. Ok. Quindi se ho capito bene, lei era in macchina che stava
17 andando dai suoi:: (.) parenti?
18 Pz: No. Ero già arrivato. Ero andato a trovarli due giorni::
19 e la sera ero stato a cena con sti amici qui: e detto vabeh::=
20 Tp: fatto serata
21 Pz: fatto sera-serata!.hhh
22 Tp: Sì sì, no
23 Pz: e poi è successo questa cosa qui. Mi hanno: mi hanno fatto=
24 Tp: Elettrocardiogramma.

In questo frammento il terapeuta continua a indagare il momento in cui l'attacco di panico si è presentato e se il paziente si stesse recando dai suoi parenti (righe 16 e 17). Il paziente risponde che era già arrivato, che aveva fatto visita ai suoi parenti due giorni prima e che la sera era stato a cena con amici, infine aggiunge un ulteriore commento (*e detto vabbeh*). Il terapeuta effettua una interpolazione (20: *fatto serata*). Il paziente ripete (21) quanto appena

espresso, fa seguire una inspirazione ridente. Il terapeuta successivamente pronuncia due particelle affermative ed una negativa (22: *sì sì no*). In seguito il paziente continua a raccontare cosa sia successo, senza soffermarsi in merito al commento fatto dal terapeuta. Le parole utilizzate dal terapeuta nella riga 20 possono essere interpretate come l'utilizzo di uno slang giovanile indicando con tale termine il fatto di essere usciti a divertirsi in maniera spropositata. La ripetizione effettuata dal paziente e il tono ridente sembrerebbero essere indicatori del fatto che il paziente coglie il riferimento del terapeuta e anche in questo caso la risata del paziente può essere interpretata come di imbarazzo in riferimento ad un tema delicato (l'aver fatto uso di cocaina che potrebbe aver causato l'attacco di panico). Schematicamente:

TEMA DELICATO → COMMENTO UMORISTICO DEL TERAPEUTA →
ALLINEAMENTO DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA FA CENNO DI PROSEGUIRE
→ IL PAZIENTE CONTINUA A PARLARE

(4) Tempo: 24'08''

In questo frammento il paziente continua il racconto di quando ha provato il primo attacco di panico, che coincide con la morte di suo nonno.

25 Tp: Ehm:: è morto suo nonno quindi se lo ricorda bene: (0.5)
26 come evento, cioè lo riporta-lo collega a questo motivo.
27 Pz: Ma non so :HHH
28 Tp: Era legato a suo nonno? (.) molto
29 2.0 ((il paziente inizia a piangere))
30 Tp: Infatti vedo che::
31 8.0 ((prende i fazzoletti))
32 Pz: Scusi eh
33 Tp: No, non si preoccupi.
34 Pz: heh heh heh
35 Tp: cosa stava pensando?
36 2.0
37 Pz: No: a questo collegamento.
38 1.0
39 Tp: Al fatto della data?
40 Pz: Sì sì, anche perché l'orario è lo stesso :HHH heh
41 Tp: Però, cos'è che stava pensando?
42 Pz: Ehm:: diciamo (2.0) non un avvertimento, però.

Nelle righe 25 e 26 il terapeuta indaga il collegamento fra la morte del nonno e l'attacco di panico. Il paziente risponde di non sapere (27) e fa seguire alle parole "ma non so" una forte espirazione. Nel turno successivo il terapeuta chiede se il paziente fosse legato sentimentalmente al nonno (28) e questi, dopo aver risposto affermativamente, inizia a

piangere. Segue una pausa di due secondi e il terapeuta pronuncia alcune parole a sottolineare che comprende. Dopo una pausa di otto secondi, il paziente si scusa. Il terapeuta dice di non preoccuparsi e nel turno successivo (33: *no, non si preoccupi*) il paziente ride (34). Il terapeuta, poi, pone una domanda in merito ai pensieri del paziente (35: *a cosa stava pensando*). La risposta del paziente è preceduta da una pausa. Riferisce di stare pensando a questo collegamento e segue un'ulteriore pausa, poi il terapeuta pone una domanda in merito alla data (39: *al fatto della data?*). Il paziente risponde in maniera affermativa (40) e aggiunge che oltre alla data anche l'orario corrispondeva. Tale argomento, connesso con il tema delicato della morte, viene fatto seguire da una espirazione ed una nota di risata. Il terapeuta continua a indagare il pensiero avuto e successivamente il paziente risponde (42: *Ehm:: diciamo (2.0) non un avvertimento, però*). In questo frammento si nota come il paziente produca risate dopo avere introdotto un tema delicato (la morte del nonno), per tale motivo queste risate possono essere interpretate come elementi indicatori del tema. Inoltre, la risata del paziente segue un commento empatico effettuato dal terapeuta (riga 33). Schematicamente:

TEMA DELICATO → COMMENTO EMPATICO DEL TERAPEUTA → RISATA DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA INDAGA IL TEMA DELICATO

(5) Tempo: 28'10''

Il paziente continua a raccontare il primo attacco di panico. In questo frammento è riportato un passo in cui il paziente parla del fatto di avere mentito alla madre, in quanto lei credeva lui si trovasse in un luogo mentre in realtà era in un altro.

42 Tp: E, però: sua madre sapeva che lei era a Pisa
 43 Pz: Sì.
 44 Tp: L'ha mai saputo che era a Reggio Calabria:
 45 Pz: No.
 46 Tp: Ah, ok
 47 Pz: .HH heh
 48 Tp: No, volevo capire un po' se poi era riuscito a: (.)
 49 a nasconderla questa cosa
 50 Pz: Sì sì.

Il terapeuta indaga se la madre sapesse dove il figlio fosse e se ella fosse mai venuta a conoscenza di dove egli si trovasse (riga 44). Il paziente risponde negativamente e il terapeuta effettua un'esclamazione (47: *ah, ok*) a cui segue una nota di risata del paziente, preceduta da una aspirazione. Il terapeuta, nel turno successivo, riferisce di voler capire se fosse riuscito a

nascondere (*volevo capire un po' se poi era riuscito a: (.) a nascondere questa cosa*) e il paziente conferma due volte (riga 50). La risata del paziente può essere interpretata come di imbarazzo a seguito di una esclamazione effettuata dal terapeuta, che mostra il proprio stupore per la situazione riportata. Schematicamente:

TEMA DELICATO → RISATA DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA INDAGA IL TEMA DELICATO

(6) Tempo: 31 '59''

51 Pz: No, un periodo di:: va beh pure lì sono riuscito a nascondere
52 ai miei genitori quella situazione perché c'era stato l'uso
53 di:: cocaina. Che sono rientrato a casa la mattina
54 dopo col treno. E anche lì senso di colpa, e tutte ste menate
55 Tp: sì::
56 Pz: E dai per tutta la situazione che era, perché dopo e::non è che
57 potevo dire che facevo uso di cocaina .HHH heh heh e:: niente
58 dopo lì sempre col senso di colpa e me ne sono venuto a casa.
59 Tp: Ok. Cosa sarebbe successo se lo avesse comunicato ai suoi?

In questo frammento il paziente continua a parlare del primo attacco di panico, soffermandosi sul fatto che non aveva comunicato ai genitori di aver fatto uso di cocaina, di aver fatto rientro a casa l'indomani mattina e di soffrire di sensi di colpa (54: *E anche lì senso di colpa, e tutte ste menate*). Successivamente, il paziente spiega che, per la situazione venutasi a creare, non poteva comunicare di aver assunto droghe (56 e 57: *non è che potevo dire che facevo uso di cocaina*). Segue una profonda espirazione e due toni di risata. Le risate successive al tema qui introdotto possono essere interpretate come seguenti all'introduzione di un argomento imbarazzante. La qualità dell'argomento si evince nei turni precedenti, in cui il paziente esprime di aver voluto tenere nascosta l'assunzione di cocaina ai propri genitori. Schematicamente:

TEMA DELICATO → RISATA DI IMBARAZZO DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA INDAGA IL TEMA DELICATO

(7) Tempo: 36'17''

In questo frammento il terapeuta sta effettuando l'analisi differenziale della diagnosi: indaga cioè quali siano stati i sintomi presentati, in modo da effettuare una corretta diagnosi.

60 Tp: Una domanda: c'era anche la sensazione di morire?
61 Pz: No, no. Lì c'era spavento.
62 Tp: La sensazione di morire c'è mai stata?
63 Pz: adesso, solo quella (.) ipocondriaco. HH Heh totale
64 Tp: No (.) prima quando c'erano gli attacchi di panico.
65 Io dico c'erano poi vediamo un po' cosa c'è adesso. Nel senso
66 che, il primo attacco di panico c'è stata la paura di morire?

Il terapeuta chiede se il paziente avesse avuto la sensazione di morire: alla risposta negativa, il terapeuta domanda se tale sensazione di morire fosse mai stata presente durante le crisi d'ansia. Nella riga 63, il paziente porta l'attenzione al presente (*adesso*), comunicando che al momento egli sperimenta una forte paura di morire (*solo quella*). Dopo una breve pausa, si definisce come "ipocondriaco" facendo seguire due note di risate e aggiunge la parola "totale". Nel turno successivo il terapeuta riformula la domanda. Essendo la risata effettuata dal paziente successiva ad un tema delicato, cioè il motivo per cui egli ha richiesto un consulto psicoterapeutico, essa può essere interpretata come segnale indicatore di tale tema. Schematicamente:

TEMA DELICATO → RISATA DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA INDAGA IL TEMA DELICATO

(8) Tempo: 39'25''

67 Pz: Poi c'ho avuto un ultimo periodo che mi è preso con (.) un:::
68 sensazione di pulsazione varie, in vari punti del corpo (.)
69 il nodino in gola a sentire non appena si chiude:: l'esofago
70 Tp: Quindi una sorta di chiusura
71 Pz: Di chiusura. E:: e poi mi venivano le strasistole .HH
72 tre botteggiami secchi BUM BUM BUM
73 Tp: Per far sentire che c'era anche lui .hh
74 Pz: una roba allucinante, sempre con:: quando mi sedevo, o dopo
75 mangiato, nel letto, appena mi sdraiavo.

In questo frammento il paziente sta raccontando quali siano le sensazioni a livello corporeo che nell'ultimo periodo sta sperimentando. Il paziente riporta una sensazione di "pulsazioni" e di occlusione a livello della gola che identifica come "nodino in gola", parafrasando quanto appena detto (70: *quindi una sorta di chiusura*). Nel turno successivo il paziente ripete la frase precedente (*di chiusura*) e aggiunge una propria interpretazione sintomatica, sbagliando a pronunciare il termine specifico (*e:: poi mi venivano le strasistole*), a cui segue

un'espiazione. Successivamente, egli continua a spiegare formulando le parole "tre botteggiami" accompagnate dal suono onomatopeico "bum" ripetuto tre volte a volume alto. Nel turno successivo il terapeuta effettua un commento (73: *Per far sentire che c'era anche lui*) facendolo seguire da una espiazione ridente(.hh). Il paziente, quindi, continua raccontare in tono serio quanto successo (righe 74 e 75). Il commento effettuato dal terapeuta potrebbe essere interpretato come avente intenzione umoristica in quanto si inserisce nel racconto del paziente e richiama ad una cornice di fantasia (un cuore non può avere la volontà di farsi sentire). Il paziente declina l'invito, lasciando che il commento umoristico vada a vuoto. Schematicamente:

TEMA DELICATO → COMMENTO UMORISTICO DEL TERAPEUTA → IL PAZIENTE NON SI ALLINEA E CONTINUA A RACCONTARE

(9) Tempo: 41'32''

In questo frammento il paziente sta raccontando di quando, dopo essere stato da un omeopata a causa della sintomatologia ansiosa, gli sia stato comunicato che un attacco di ansia può manifestarsi anche in momenti di tranquillità, se successivi a momenti particolarmente stressanti (76-78).

76 Pz: Però mi hanno detto proprio:: anche questo omeopata,
77 che anche un attacco d'ansia, di panico, si manifesta delle
78 volte anche dopo un periodo di stress, che uno dopo si
79 tranquillizza. E infatti heh ehe mi ero fidanzato con
80 questa ragazza ad agosto tutto perfetto, diciamo così.
81 a marzo c'è stata questa situazione, diciamo:

Nei turni 79 e 80, dopo aver riportato quanto detto dall'omeopata, riferisce un evento positivo accadutogli in passato (*mi ero fidanzato con questa ragazza ad agosto*). Prima di ciò, utilizza un intercalare "e infatti" seguito da due note di risata. La risata del paziente può essere interpretata come elemento di svelamento di una situazione da lui vissuta. Schematicamente:

TEMA DELICATO → RISATA DEL PAZIENTE → NESSUN INTERVENTO DEL TERAPEUTA → IL PAZIENTE PROSEGUE A NARRARE

(10) Tempo: 54'20''

82 Tp: quindi la minima percezione di pericolo si attiva e vengono
83 fuori le sintomatologie fisiche, che poi vengono effettuate da
84 sintomatologie di pensieri, mentali. Oddio c'ho questo.
85 Cosa può essere? Un pericolo. E lì ricominciano le sensazioni:
86 Pz: bravo. .HH heh
87 Tp: quello che dobbiamo fare è come dicevo innanzitutto prendere
88 maggiore consapevolezza di cosa sta succedendo e poi andare ad
89 agire per interrompere questi circoli viziosi.

In questo frammento il terapeuta effettua un intervento psicoeducazionale del disturbo ipocondriaco esponendo come, di fronte ad un qualsiasi stimolo, l'interpretazione sia catastrofica (turni 83-85). Il paziente nel turno successivo effettua un commento (86: *bravo*) seguito da un'espiazione e una nota di risata. Il terapeuta non si allinea e continua con la sua spiegazione, introducendo una possibile strategia di intervento (righe 87-89). L'esclamazione e il successivo tono di risata effettuati dal paziente nella riga 86 durante l'intervento psicoeducazionale del terapeuta, possono essere interpretati come dovuti al fatto che il paziente si è identificato con quanto appena detto che rappresenta il contenuto del tema delicato, nonché il motivo per cui il paziente ha richiesto il consulto. Schematicamente:

TEMA DELICATO → RISATA DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA PROSEGUE A PARLARE DEL TEMA DELICATO

(11) Tempo: 56'30''

In questo frammento, in chiusura di seduta, il terapeuta sottolinea un aspetto fondamentale dell'intervento psicoeducazionale degli attacchi di panico: il fatto che essi non sono letali.

90 Tp: Una cosa importante da ricordare è che non si muore di
91 attacchi di panico
92 Pz: .hh no no ma la sensazione:: La sensazione è [molto pesante]
93 Tp: [è tremenda]
94 Pz: .HHH
95 Tp: uno delle paure maggiori è oddio posso morire, è una
96 sensazione spiacevole ed il nostro cervello se la ricorda
97 Pz: è quello il punto HEH EHE
98 Tp: Ogni minima cosa tac, va a pensare male, va a pensare
99 all'aspetto peggiore

Dopo che il terapeuta ha comunicato che gli attacchi di panico non sono letali (righe 90 e 91) il paziente effettua un'espiazione e riporta la propria sensazione percepita (92: *la sensazione è molto pesante*). Il terapeuta si sovrappone (93: *è tremenda*) e il paziente effettua un'altra espiazione; poi il terapeuta continua a parlare e aggiunge una frase in riferimento al fatto che il cervello si ricorda degli eventi negativi, a cui il paziente si collega (97: *è quello il punto*) per

poi effettuare due note di risata. Successivamente il terapeuta prosegue il proprio intervento. Anche in questo caso, la risata che segue quanto detto può essere interpretata come riferita ad un tema doloroso, di sofferenza, non colto dal terapeuta che, nel turno successivo, continua a spiegare il meccanismo cognitivo. Schematicamente:

TEMA DELICATO E DOLOROSO → RISATA DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA SPIEGA IL TEMA DELICATO

Sintesi dei dati

In questo colloquio emerge che, mentre il terapeuta non ride per l'intero corso della seduta, il paziente effettua dieci risate, nove delle quali possono essere riferite ad elementi delicati o imbarazzanti. Un dato che compare, in maniera simile ai precedenti colloqui, è dato dal fatto che una delle risate emesse dal paziente seguono commenti che possono essere definiti di natura empatica da parte del terapeuta in merito alla situazione presentata (frammento 4). Sembrerebbe quindi che il sentirsi accolto e compreso possa essere un fattore che faciliti l'identificazione, attraverso la risata, di un tema come delicato. Infine, nonostante il terapeuta abbia effettuato due interventi umoristici (frammenti 3 e 8), una volta il paziente non ha accolto l'invito a ridere (frammento 3), proseguendo la sua esposizione in tono serio. Tale modalità rappresenta una divergenza da quanto si riscontra in letteratura. Quanto emerso è schematicamente presentato in Tabella E.

Tabella E. *Frequenze del Fenomeno del Risibile nel Colloquio fra Paziente E e Terapeuta A*

	Tempo parlato	Risate					Tot.	Inter. Umor.	IPA	Tono
		Delicate	Imbarazzo	Sintomo	Umor.	Tono				
Terapeuta	1202''	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Paziente	1946''	9	0	0	1	0	10	0	1	0
Pause	171''									
Totali		9	0	0	1	0	10	0	0	0

Note. Tempo parlato = tempo parlato da ciascun interlocutore (in secondi), Pause = tempo in cui nessuno dei due interlocutori ha parlato (in secondi), Delicate = risate che accompagnano il proferimento di un tema delicato, Imbarazzo = risate che possono essere interpretate come di imbarazzo, Sintomo = risata di derisione del sintomo, Umor. = risata che segue l'intervento umoristico effettuato dall'altro interlocutore, Tono = risata che accompagna il tono ridente, Tot. = risate proferite in totale, Inter Umor. = interventi umoristici effettuati dal parlante, IPA = particelle di aspirazione interpolate, Tono = tono ridente.

5.1.6. Primo colloquio fra Paziente F e Terapeuta A

Trascritti

Il paziente, uomo di 54 anni, si presenta presso il Centro di Salute Mentale (CSM) della sua città. È affetto da disturbo schizoaffettivo e rimuginio patologico ed è stato inviato dallo psichiatra del Centro di Salute Mentale per lavorare su rimuginio patologico. Single, vive nella casa dei genitori con la madre, mentre il padre è deceduto recentemente a causa di infarto. Il colloquio inizia con l'analisi della domanda da parte del terapeuta, quindi inizia la fase di apertura vera e propria. Di seguito sono riportati e analizzati 8 frammenti.

(1) Tempo: 2'00''

- 1 Tp: Bene Mario, io::: la conosco tramite la sua cartella
2 Pz: heh heh heh
3 Tp: Cioè nel senso che ho letto=:
4 Pz: Quattrocentododici?
(numero della cartella appoggiata sulla scrivania)
5 Tp: Quattrocentododici. E' lei o ho sbagliato? Ok perfetto
6 Pz: heh heh
7 Tp: Però: (.) uhm dunque (.) volevo fare qualche colloquio per
8 conoscerci meglio. Come mai ne sente l'esigenza adesso?

Nel turno 1 il terapeuta pronuncia il nome del paziente, dopo di che allunga il suono dell'ultima lettera della parola "io", dicendo che conosce il paziente tramite la cartella clinica (1: *Bene Mario, io::: la conosco tramite la sua cartella*). Nel turno successivo il paziente ride. Il terapeuta riprende la parola continuando a spiegare: aggiunge di avere letto la cartella del paziente (3: *cioè nel senso che ho letto*) e si aggancia il paziente che pone una domanda pronunciando il numero riferito alla sua cartella (4: *quattrocento dodici?*). Il terapeuta risponde ripetendo il numero (5: *quattrocento dodici*) e poi chiede conferma (*è lei o ho sbagliato?*) e subito dopo aggiunge un ulteriore commento (*ok perfetto*). Nel turno successivo il paziente esprime due note di risate. Il terapeuta, in seguito (righe 7 e 8), inizia a parlare: segue una breve pausa, pronuncia alcune parole (*uhm dunque*), effettua un'altra pausa; in seguito spiega le sue intenzioni (*volevo fare qualche colloquio per conoscerci meglio. Come mai ne sente l'esigenza adesso?*), poi il colloquio prosegue con l'indagine anamnestica del paziente. L'intervento del terapeuta può essere interpretato come umoristico in quanto riferito ad una condizione altamente improbabile: è poco probabile che il paziente conosca il numero della sua cartella clinica, mentre è molto più probabile che il terapeuta ne sia a conoscenza,

visto che la cartella era sulla scrivania del terapeuta. Questo commento può essere interpretato come intervento volto a mitigare un imbarazzo del paziente, che il terapeuta può aver colto dopo la prima risata dello stesso (riga 2). Schematicamente:

TEMA IMBARAZZANTE → COMMENTO UMORISTICO DEL TERAPEUTA →
RISATA DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA PROSEGUE A PARLARE DEL TEMA

(2) Tempo: 6'50''

In questo frammento il terapeuta sta effettuando l'anamnesi del paziente.

9 Tp: Non le ho chiesto quanti anni ha però.
10 Pz: Io quarantanove
11 Tp: Quindi il mediano.. E lei è sposato?
12 Pz: No sposato, non accompagnato (.5) Ho una relazione sommaria
13 con una ragazza di Milano dal Gennaio scorso-
14 Tp: Ah. Sommaria cosa vuol dire?
15 Pz: Senza impegno. Lei ha 15 anni meno di me e siamo solo amici(.)
16 Tp: Quanti anni ha?
17 Pz: trenta-quattro
18 Tp: ah ok ((il terapeuta non ha sentito bene))
19 Pz: Avevo detto ha quindici anni in meno di me
20 Tp: Ah ecco non avevo capito. Eh:::: Diciamo, una relazione
21 sommaria è interessante come terminologia
22 Pz: heh heh heh
23 Tp: Fa sorridere. Ehm:: (.2) Sommaria, quindi vuol dire ogni
24 quanto vi vedete?
25 Pz: Ma, ci vedevamo una volta a settimana (1.5). inizialmente
26 anche due (.5). Però dopo (.5) cominciando a conoscerla (.4)
27 ho visto che non c'era (.) da approfondire.

Il terapeuta, dopo essersi informato sull'età del paziente (righe 9 e 10) chiede quale sia la sua situazione sentimentale (11: *Quindi il mediano. E lei è sposato?*). Nel turno successivo il paziente risponde (12: *no sposato, no accompagnato*) per poi aggiungere che attualmente frequenta una donna (12 e 13: *Ho una relazione sommaria con una ragazza di Milano dal Gennaio scorso*). Il paziente per definire la qualità della relazione utilizza il termine specifico "sommaria" e il terapeuta nel turno successivo chiede un chiarimento in merito alla parola utilizzata (14: *Ah. Sommaria cosa vuol dire?*). Il paziente spiega cosa intendesse con tale termine, riportando anche la loro differenza di età (15: *Senza impegno. Lei ha quindici anni in meno di me e siamo solo amici*) a cui segue una fase in cui viene appurata l'età dei due (turni 16-19). In seguito il terapeuta ritorna sulla terminologia utilizzata: per introdurre il tema usa un suono allungato per poi esporre il proprio pensiero (*Diciamo, una relazione sommaria*

è interessante come terminologia). Il paziente ride (22: *heh heh heh*) e il terapeuta sottolinea l'aspetto divertente del termine utilizzato (23: *fa sorridere*). Successivamente egli torna a parlare in maniera seria, chiedendo di specificare meglio la qualità della relazione, in termini di frequentazione (23 e 24: *Sommario, quindi vuol dire ogni quanto vi vedete?*) proseguendo così l'indagine della sfera personale del paziente. Il commento del terapeuta in merito alla parola poco chiara può essere interpretato come umoristico in quanto la terminologia utilizzata per descrivere la relazione appare incongrua con quanto ci si aspetterebbe. Schematicamente:

TEMA DELICATO → COMMENTO UMORISTICO DEL TERAPEUTA → RISATA DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA INDAGA IL TEMA DELICATO

(3) Tempo: 15'32''

In questo frammento il terapeuta sta indagando la sfera lavorativa del paziente.

28 Tp: quanto tempo lei lavora perché volevo capire come era
 29 strutturata la sua giornata
 30 Pz: allora, lunedì, martedì, mercoledì-quattro-ore il pomeriggio (2.0)
 31 Tp: ((trascrive su agenda)) Abbiamo detto, lunedì, martedì
 32 e mercoledì (.5) quattro ore il pomeriggio
 33 Pz: sì. (1.5) il giovedì (1.0) quattro la mattina e il pomeriggio
 34 Tp: giovedì quattro più quattro. (.2) Venerdì lavora?
 35 Pz: no perché sono in cassa integrazione: (.5) i dipendenti(.)
 36 Tp: Ok
 37 Pz: non si lavora nessuno
 38 Tp: quindi lei ha libero lunedì, martedì, mercoledì mattina
 39 Pz: sì
 40 Tp: Che viene al centro diurno.
 41 Pz: No. La Bianchi ha detto di smettere
 42 Tp: ah!
 43 Pz: "fallo gradualmente" eh:: (.5) stai fra i cosiddetti normali
 44 Tp: eh:
 45 Pz: heh heh heh
 46 Tp: fha fatto bene a dire cosiddetti f
 47 Pz: heh heh heh
 48 Tp: che poi la normalità non so neanche cosa sia, quindi (.)
 49 Quindi lunedì, martedì, mercoledì (.) più che altro,
 50 cosa fa lei il resto della settimana?

Nella fase iniziale, il terapeuta pone una domanda per capire meglio come sia strutturata la giornata del paziente (28 e 29: *quanto tempo lei lavora perché volevo capire come era strutturata la sua giornata*). Nelle righe successive (30-37) paziente e terapeuta co-costruiscono il processo conversazionale, per arrivare ad una definizione della risposta. Nella riga 38, il terapeuta riassume quanto precedentemente detto (*quindi lei ha libero lunedì, martedì, mercoledì mattina*), segue la conferma del paziente (39: *sì*) e successivamente il

terapeuta completa la frase (40: *Che viene al centro diurno*). Nel turno che segue, il paziente si distanzia da quanto detto dal terapeuta e spiega che ha smesso di frequentare il centro diurno per decisione della psichiatra che lo segue (*No. La Bianchi ha detto di smettere*). Successivamente il terapeuta esprime una esclamazione (42: *ah!*) e il paziente riporta quanto dettogli dalla terapeuta, cioè di effettuare un distacco graduale (43: *fallo gradualmente eh::*) a cui segue una breve pausa. In seguito egli cita una frase specifica dettagli dalla terapeuta, in cui si fa un riferimento allo stare fra “i cosiddetti normali”. Segue un momento di silenzio e una risata del paziente. Nel turno successivo il terapeuta si allinea con il paziente e, utilizzando un tono ridente, effettua un commento di condivisione con quanto detto dalla terapeuta (46: *£ha fatto bene a dire cosiddetti£*). Il paziente ride (47) e nel turno successivo il terapeuta continua il suo intervento, sottolineando tale condivisione (48: *che poi la normalità non so neanche cosa sia, quindi*), segue una breve pausa, poi il terapeuta nel turno successivo continua ad indagare i temi affrontati precedentemente (righe 49 e 50). Quanto emerso in questo frammento può essere interpretato come l’introduzione di un tema delicato (la percezione del paziente di sentirsi differente rispetto alla popolazione normale). È in tale ottica che può essere letto il commento del terapeuta che, riprendendo il significato della parola “cosiddetti”, cerca di minimizzare la differenza fra “persone malate” e “persone normali”. Tale intervento avrebbe quindi valenza umoristica. Schematicamente:

TEMA DELICATO → RISATA DEL PAZIENTE → COMMENTO UMORISTICO DEL TERAPEUTA → RISATA DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA INDAGA IL TEMA DELICATO

(4) Tempo: 19’00’’

In questo frammento terapeuta e paziente parlano dell’aspetto sociale del paziente, indagando quali siano i suoi interessi. Egli riferisce di essere stato a vedere una partita di calcio e riporta un aneddoto.

51 Pz: La domenica (.) quando il Cagliari gioca in casa vado a
 52 vedere il calcio heh heh heh, che poi sabato ha vinto, per
 53 fortuna. Ha fatto un bel gol
 54 Tp: Meazza.
 55 Pz: Meazza, sì
 56 Tp: Che poi è andato ad abbracciare Frodi=
 57 Pz: il suo ex
 58 Tp: Frodi però non era molto co[ntento di quell’abbraccio]
 59 Pz: [eh he he]
 60 Pz: Dopo il rigore no (.) Dopo il pallonetto
 61 Tp: Dopo il cucchiaino, sì sì.

Il paziente nella prima parte espone quali siano le sue abitudini domenicali quando la squadra di calcio del Cagliari gioca in casa, e cioè andare a vedere le partite allo stadio. A questo punto il terapeuta si inserisce e il paziente ripete quanto detto dal terapeuta (riga 55). Da questo scambio si evince un allineamento dei due interlocutori sul tema del calcio. Tale allineamento prosegue con la narrazione da parte del terapeuta, che racconta un episodio coerente con il tema lanciato dal paziente (riga 56). Per il resto del frammento i due proseguono sul tema condividendolo e aggiungendo particolari. Nella riga 59 il paziente si sovrappone al terapeuta con una risata. In questo frammento viene presentato il trascritto di un tema neutro, che, sebbene inizialmente interessante per la terapia, con l'evoluzione del discorso si discosta dal processo terapeutico in quanto paziente e terapeuta narrano di un evento non pertinente. Il riferimento del terapeuta in merito ad un'azione tenuta da uno dei due calciatori protagonisti del racconto è seguita da una risata del paziente. Tale risata può essere interpretata come un segnale che il paziente ha colto come umoristico il commento precedente. Schematicamente:

TEMA NEUTRO → RISATA DEL PAZIENTE → COMMENTO UMORISTICO DEL TERAPEUTA → RISATA DEL PAZIENTE → I DUE PROSEGUONO A PARLARE DEL TEMA

(5) Tempo: 20'30''

Dopo la prima parte introduttiva, il terapeuta decide di focalizzarsi sulla storia clinica del paziente.

62 Tp: Mario (1.5) Parliamo un po' della sua storia clinica?
 63 Pz: (1.5) Pesante. hh heh
 64 Tp: Purtroppo::=:
 65 Pz: sì sì=
 66 Tp: Nel senso che non ci conosciamo, quindi(.5) Come ha notato
 67 questo incontro è più di:: [conoscitivo], non di::
 68 Pz: [conoscenza]

Il terapeuta chiede di parlare della storia clinica del paziente (62), il paziente dopo una pausa di un secondo e mezzo, utilizza un aggettivo specifico (63: *pesante*) a cui segue una risata. Il terapeuta, in seguito, prosegue con la spiegazione di cosa vorrebbe fare, a cui il paziente si sovrappone. In questo caso l'aggettivo utilizzato dal paziente fa riferimento ad un tema delicato (la sua storia clinica) che rappresenta un motivo per cui ha richiesto il consulto psicoterapeutico. La risata successiva può quindi essere interpretata come un segnale che meta

comunica che il contenuto dell'interazione è delicato e personale; inoltre, sembrerebbe rappresentare l'utilizzo dell'umorismo come meccanismo di difesa (Freud, 1905). Schematicamente:

TEMA DELICATO → RISATA DEL PAZIENTE → COMMENTO DEL TERAPEUTA E PROSEGUO DEL DISCORSO

(6) Tempo: 23'50''

Il paziente parla della sua prima crisi depressiva, avvenuta quando aveva sedici anni, a seguito di un intenso periodo di lavoro estivo come cameriere.

69 Pz: Ah, un'altra cosa importante (.) adesso che me lo fa venire in
70 mente(.) Frequentavo una ragazza di due anni più piccola di me
71 (.5)fFino a che non sono partito-partito [beh diciamo, va beh]
72 Tp: [per andare a Genova]
73 Pz: per andare a Genova a lavorare al mare(.5) Sono andato a casa
74 dopo due o tre::: settimane::: con il mio ciao- col Ciao nuovo,
75 coi soldi della prima paga (.5) Ho chiesto di sta Maria,
76 e sta Maria s'era messa insieme ad un altro
77 Tp: Ah.
78 Pz: C'erano lì le sue amiche
79 Tp: Questo quand'è che l'ha saputo? A fine estate (.2)
80 Pz: Ma::: dopo di un mese (.) di lavoro penso (2) Quando sono tornato
81 in albergo il mio collega cameriere mi fa: "ma cosa hai fatto"
82 di qua e di là. "Ma ti ha lasciato la ragazza?" di qua e di là=:
83 Tp: sì
84 Pz: E io detto.. ci ha beccato al [primo colpo]
85 Tp: [heh heh heh]
86 Pz: E l'ho lasciato lì e non ho detto niente heh heh (2)
87 Tp: Ha fatto centro subito.

Nella prima parte del frammento (righe 69-71) il paziente introduce il tema di una relazione amorosa avuta quando era adolescente. Egli riferisce che tale relazione, cominciata nel periodo invernale, ha subito una pausa durante il periodo estivo, in quanto il paziente svolgeva il lavoro di cameriere in una località turistica. Successivamente racconta di quando, dopo due settimane dall'inizio del lavoro, sia tornato a casa per rivedere la sua fidanzata e del fatto di aver guadagnato dei soldi. In seguito effettua una breve pausa e introduce un nuovo tema che si riferisce alla relazione con la fidanzata: egli comunica di aver cercato di rintracciare la fidanzata che nel frattempo aveva intrapreso una nuova relazione (76: *e sta Maria s'era messa insieme ad un altro*). Nel turno 77 il terapeuta proferisce una particella esclamativa (*ah*) e successivamente il paziente continua a raccontare l'evento (78: *C'erano lì le sue amiche*). Il paziente colloca l'avvenimento nel tempo (80: *Ma::: dopo di un mese di*

lavoro penso) e introduce che al ritorno al lavoro sia stato fermato dal collega che gli chiese cosa gli fosse successo (81: *in albergo un mio collega cameriere mi fa: “ma cosa hai fatto”*). Nel turno successivo viene riportata la domanda fatta dal collega (82: *Ma ti ha lasciato la ragazza?*): il terapeuta esprime una particella affermativa (83: *sì*) ed il paziente continua effettuando un commento (84: *e io detto.. ci ha beccato al primo colpo*). Segue la risata del terapeuta (85: *heh heh heh*). Nel turno successivo il paziente continua a raccontare cosa sia successo (86: *E l’ho lasciato lì e non ho detto niente*) e poi ride (*heh heh*). Nel turno 87 il paziente conclude il passaggio esprimendo quanto il collega sia stato perspicace (*Ha fatto centro subito*). In questo frammento, la risata del terapeuta può essere vista sia come una risata in seguito a commento umoristico del paziente sia come una risata che il dottore esprime nei riguardi della situazione/sintomo del paziente (laughing off, Haakana, 1999). La risata del paziente può essere interpretata come la condivisione di una risata precedente. Schematicamente:

TEMA DELICATO → COMMENTO UMORISTICO DEL PAZIENTE → TERAPEUTA
 RIDE → IL PAZIENTE CONTINUA A PARLARE E RIDE → IL TERAPEUTA
 PROSEGUE IN TONO SERIO.

(7) Tempo: 46’30’’

Il paziente racconta di un’uscita effettuata con una ragazza e del momento in cui lui le ha tirato delle spighe sul petto. Dubbioso sul toglierle o meno perché le avrebbe sfiorato il seno.

88 Pz: Pensavo: se scazzo, s’incazza e non mi vuole più, heh heh he.
 89 Se invece ci provo (.) può anche essere quello che vuole lei.

In questo frammento il paziente riporta un ragionamento effettuato sulla situazione vissuta: se avesse tenuto un comportamento errato (*se scazzo*) l’amica si sarebbe arrabbiata (*s’incazza e non mi vuole più*), dopo di che segue una risata (*heh heh heh*). Nella riga successiva riporta un altro possibile esito, e cioè che il suo eventuale toccarle il seno fosse ciò che lei veramente si aspettasse (89: *Se invece ci provo (.) può anche essere quello che vuole lei*). In questo frammento vi è un riferimento sessuale e la risata che nasce sembra nascondere un sottinteso sessuale (Freud, 1905). Schematicamente:

TEMA DELICATO → PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA → IL
 PAZIENTE CONTINUA A PARLARE DEL TEMA DELICATO

(8) Tempo: 48'21''

Questo frammento si riferisce a fine seduta ed il terapeuta sta definendo le regole del percorso terapeutico (contratto terapeutico) e sta fissando un altro appuntamento.

90 Tp: Fissiamo un altro appuntamento a questo punto?
91 Pz: Ok (.) che ne ho da dire qui heh heh heh.
92 Tp: Eh::
93 Pz: Scriviamo un libro heh heh
94 Tp: Scriviamo la su-il suo libro, la sua storia. No, dopo le dico
95 ci saranno argomenti su cui chiederò di andare un po' più veloce.

Il terapeuta effettua una domanda in cui chiede se fissare un altro appuntamento (90: *Fissiamo un altro appuntamento a questo punto?*). Nel turno successivo il paziente risponde in maniera affermativa (91: *ok*) e dopo una breve pausa comunica di avere molto da dire e poi ride (*che ne ho da dire qui heh heh heh*). Nel turno successivo il terapeuta non si allinea. Il paziente continua con il suo commento e articola una risata (93: *Scriviamo un libro heh heh heh*). Successivamente il terapeuta (righe 94 e 95) ripete gli stessi contenuti e prosegue il suo intervento, definendo meglio il contratto terapeutico e la modalità di lavoro (*No, dopo le dico Mario, ci saranno degli argomenti su cui chiederò di andare un po' più veloce*). L'intervento del paziente (riga 91) può essere interpretato come umoristico in quanto si riferisce al fatto che, data la sua situazione problematica, vi saranno numerosi colloqui da fare e il suo commento è stato effettuato forse per prevenire un'altra critica e sottolineare che per lui è problematico. Tale lettura è avvalorata dal fatto che nella riga 93 egli prosegue il proprio intervento utilizzando una iperbole. Il terapeuta non si allinea e prosegue l'intervento in tono serio. Schematicamente:

TEMA DELICATO → COMMENTO UMORISTICO DEL PAZIENTE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E FA CENNO DI PROSEGUIRE → IL PAZIENTE CONTINUA IL COMMENTO UMORISTICO → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E PROSEGUE IN TONO SERIO

Sintesi dei dati

Questo colloquio è caratterizzato dalla presenza di numerose risate effettuate dal paziente (nove) rispetto al terapeuta (una). È da sottolineare che quasi la metà di quelle da parte del paziente seguono commenti umoristici effettuati dal terapeuta (quattro volte, frammenti 1,2,3,4); le altre sono state espresse in riferimento a temi delicati (quattro volte, frammenti

5,6,7,8) e per imbarazzo (una volta, frammento 1). Per quanto riguarda il terapeuta, anche in questo caso, tende a non allinearsi, cioè non ride dopo che il paziente introduce commenti umoristici (frammento 5,8,9), probabilmente a sottolineare l'asimmetria di ruolo. Unica eccezione quando parlando della sua situazione sentimentale (frammento 6) il terapeuta ride a seguito di un commento umoristico del paziente. Va sottolineata la tendenza autodenigratoria dell'umorismo del paziente che ha effettuato due commenti ironici su di sé. I dati sono presentati schematicamente in Tabella F.

Tabella F. Frequenze del Fenomeno del Risibile nel Colloquio fra Paziente F e Terapeuta A

	Tempo parlato	Risate					Tot.	Inter. Umor.	IPA	Tono
		Delicate	Imbarazzo	Sintomo	Umor.	Tono				
Terapeuta	909''	0	0	0	1	1	2	4	0	1
Paziente	1611''	4	1	0	4	0	9	3	0	1
Pause	220''									
Totali		4	1	0	5	1	11	7	0	0

Note. Tempo parlato = tempo parlato da ciascun interlocutore (in secondi), Pause = tempo in cui nessuno dei due interlocutori ha parlato (in secondi), Delicate = risate che accompagnano il proferimento di un tema delicato, Imbarazzo = risate che possono essere interpretate come di imbarazzo, Sintomo = risata di derisione del sintomo, Umor. = risata che segue l'intervento umoristico effettuato dall'altro interlocutore, Tono = risata che accompagna il tono ridente, Tot. = risate proferite in totale, Inter Umor. = interventi umoristici effettuati dal parlante, IPA = particelle di aspirazione interpolate, Tono = tono ridente.

5.1.7. Primo colloquio fra Paziente G e Terapeuta A

Trascritti

Il paziente, uomo di quarant'anni, convive con la fidanzata. Hanno una figlia e sono in attesa di una seconda bambina ed è in cura presso il Centro di Salute Mentale della sua città da circa 20 anni, quando tentò il suicidio attraverso avvelenamento da monossido di carbonio. A seguito di tale evento venne ricoverato presso il reparto di Psichiatria, con diagnosi di disturbo bipolare. Dimesso dopo un mese, da allora è seguito dal Centro di Salute Mentale. Il paziente, che soffre di rimuginio patologico, ha peggiorato la sintomatologia dopo essere venuto a conoscenza della seconda gravidanza della compagna: per tale motivo chiede di poter effettuare un intervento mirato, volto al trattamento della sintomatologia ansiosa e del rimuginio patologico e viene rimandato ad un terapeuta cognitivo-comportamentale per lavorare specificatamente su questo aspetto. Le seguenti 5 trascrizioni sono prese dal primo colloquio effettuato con il nuovo terapeuta. Di seguito vengono presentati 5 frammenti.

Al primo colloquio, il paziente si presenta con venti minuti di ritardo, dopo aver telefonato comunicando che avrebbe tardato e chiedendo se fosse possibile incontrarsi ugualmente. Egli, all'inizio dell'incontro, appare assente e confuso.

(1) Tempo: 00'10''

1 Tp: Prego (6.0) (il paziente si siede) Ha avuto qualche problema?
2 Pz: e::::: s: .hhh Diciamo che oggi, °avevo in mente
3 di fare una cosa°
4 (1.0)
5 Tp: Uhm uhm
6 Pz: E (.) l'ho fatta (.) nel senso che:::=:
7 Tp: che cosa?
8 Pz: No no era::: sono andato al mare
9 Tp: .hh
10 Tp: Ah! Ok.
11 Pz: heh heh heh (.2) è °una passione° un po' particolare (1.0)
12 e quindi ho fatto un po' tardi >dopo<::: mia figlia aveva
13 anche la febbre, e:: ehm, non è il proble-ma principale
14 Tp: Qual era il problema °principale°?
15 Pz: Era:: che volevo fare una certa cosa.
16 Tp: E:: posso °sapere° che cosa?
17 Pz: E:: praticamente vado in acqua col metal detector a cercare=:
18 Tp: Le monetine, varie cose=:
19 Pz: sì.

Nel primo frammento viene riportato il momento in cui il paziente entra nello studio dove viene effettuato il colloquio clinico. Il terapeuta lo invita a sedersi e una volta seduto (dopo il passare di sei secondi) si informa sul motivo del ritardo. Il paziente nel turno successivo (riga

2) prende tempo per rispondere (allunga il suono della “e” iniziale), risponde in maniera affermativa e si blocca, trasformando il suono in una espirazione (s: .hhh). Poi, espone il fatto che i suoi piani per quel giorno erano differenti, abbassando il tono della voce (2 e 3: *avevo in mente di fare una cosa*). Segue una pausa di un secondo e successivamente il terapeuta produce alcuni suoni di assenso (riga 5). Il paziente rallenta l’eloquio ed effettua diverse pause. A questo punto il terapeuta esegue una interpolazione, ponendo una domanda diretta a comprendere quale fosse l’impegno precedente (7: *che cosa?*). Solo ora il paziente spiega quale sia stato il motivo del ritardo (8: *sono stato al mare*). Nei turni successivi il terapeuta proferisce una particella esclamativa preceduta da un’inspirazione (9 e 10: *.hh Ah! Ok!*). In seguito, il paziente ride (riga10), poi dopo una breve pausa, continua a spiegare e quando pronuncia le parole “una passione” lo fa con un tono abbassato. Nei turni successivi il paziente riferisce di aver fatto tardi, che la figlia fosse ammalata, sebbene questa non fosse la motivazione principale (righe 12 e 13). Successivamente, il terapeuta chiede esplicitamente di cosa si tratti (riga14) e nel turno 17 egli spiega il motivo del ritardo (*praticamente vado in acqua col metal detector a cercare*).

In questo frammento iniziale della seduta, paziente e terapeuta non si conoscono ancora, in quanto l’unico contatto che essi hanno avuto è stata la telefonata effettuata dal paziente per avvisare del ritardo. La motivazione di tale ritardo sembra essere un argomento problematico da riportare. Il terapeuta espone una chiara domanda nel turno 1 ma è solo nel turno 17 che il paziente, dopo numerose esitazioni, comunica chiaramente al terapeuta il motivo del ritardo. Questo porta a ipotizzare che la risata effettuata nel turno 11 possa essere una risata in riferimento ad un tema percepito come delicato rispetto al proprio stile di vita (Haakana, 1999, 2001). Attraverso la sua risata, il paziente può aver comunicato la sua consapevolezza in merito alla delicata natura dell’argomento (Haakana, 2010). Schematicamente:

TEMA IMBARAZZANTE → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA
E INDAGA IL TEMA IMBARAZZANTE → IL PAZIENTE CONTINUA A SPIEGARE IN
TONO SERIO

(2) Tempo: 8'45''

In questo frammento terapeuta e paziente discutono di un test che è stato somministrato in precedenza al paziente.

20 Tp: Sì, esatto. Ogni test è anonimo. Perché non importante a chi
21 appartiene per dare determinate caratteristiche. Io questi li
22 prendo, li passo allo statistico, mette i dati nel computer,
23 li elabora, ma io non so a chi appartengono.
24 Appunto per quello che non c'è nessun dato che possa essere
25 riconoscibile: c'è l'età, il lavoro e se è coniugato o meno.
26 Tp: Bene (.) Ok (.) quindi hh heh heh presentazioni fatte:: e::
27 come mai ci troviamo qua?
28 (.5)
29 Pz: Ma: il discorso è quello di::: >un attimo vedere un attimo<
30 di vedere di migliorare:::: >il mio carattere< perché::
31 ho un carattere abbastanza:::: (.5) °particolare° (1.5) e:::
32 (.) vorrei un attimo lavorare su:- se c'è modo, perché (.)
33 a quarantadue anni ormai: non è che si possa fare molto (.)
34 immagino, heh heh
35 Tp: Mah, innanzitutto guardiamo un po' la situazione.
36 A quarantadue anni c'è una personalità strutturata (.)cambiare
37 completamente no. Però rendersi conto che ci possono essere
38 determinati eventi che possono dar luogo a determinati
39 comportamenti sì. E comportarsi di conseguenza.
40 L'ho interrotta scusi.

Il terapeuta sta spiegando quale uso verrà fatto di un questionario che è stato somministrato al paziente in precedenza (righe 20-25). Terminata la spiegazione, il terapeuta effettua l'analisi della domanda, chiede cioè quale sia la motivazione per cui il paziente si presenta al colloquio (riga 27). Il passaggio dalla spiegazione precedente a questa fase viene costruito attraverso l'utilizzo di pause (riga 26) in cui il terapeuta cambia argomento, introducendo il commento "presentazione fatte". Tale commento è preceduto da una risata, segue un allungamento di suono e successivamente egli fa una domanda. In questo frammento, la risata del terapeuta (riga 26) non può essere definita come di invito (Jefferson, 1979) visto che il terapeuta subito aggiunge un commento. Essa può essere vista, invece, come un segnale di cambiamento di argomento, forse dovuta all'imbarazzo di dover interrompere quanto richiesto dal paziente. Vi è da sottolineare che essa, a differenza di quanto affermato da Holt (2010) funge da indicatore di cambio di argomento, pur non essendo condivisa. Schematicamente:

TEMA SERIO → IL TERAPEUTA RIDE PER IMBARAZZO E CONTINUA IN TONO SERIO

Dopo una breve pausa, il paziente inizia a spiegare la motivazione del colloquio (righe 29-32) e successivamente espone una perplessità riguarda alla possibilità che la terapia possa essere poco efficace per il suo problema (*a quarantadue anni ormai: non è che si possa fare molto*). Questo può essere definito un tema delicato perché rappresenta il motivo per cui egli ha richiesto il consulto. Nel turno successivo, sottolinea che questa è una sua supposizione, facendo seguire una risata (righe 33 e 34). Successivamente il terapeuta asserisce di volere inizialmente comprendere meglio la situazione, per poi spiegare che, vista l'età del paziente, la sua personalità è strutturata e che non vi è possibilità di un cambiamento completo. La risata del paziente può essere interpretata come un indicatore che il tema presentato rappresenta un elemento doloroso (Haakana, 1999, 2001). Essa potrebbe anche essere vista come una risata di invito (Jefferson, 1984) alla quale non segue un allineamento del terapeuta, che declina visto il suo ruolo (West, 1984) ed effettua un intervento probabilmente volto ad accogliere il tema doloroso. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E SPIEGA IL TEMA DELICATO

(3) Tempo: 12'54''

Il colloquio continua ed il paziente espone le proprie problematiche.

41 Pz: Sì, io faccio un po':: ho una difficoltà di:: >espressione<
 42 probabilmente. Anche questo qua sarebbe una cosa che=:
 43 Tp: Cosa vuol dire difficoltà?
 44 Pz: Cioè, faccio fatica ad esprimermi (.) non mi esprimo::(.)
 45 e:: in maniera corretta
 46 (.5)
 47 Tp: Non mi sembra.
 48 Pz: No?
 49 Tp: No, nel senso io::-ho capito tutto ed è stato
 50 abbastanza chiaro, perché questa=:
 51 Pz: Sono le mie paranoie heh heh heh
 52 Tp: Perché ha questa impressione?
 53 (.5)
 54 Pz: Perché:, perché: anche il fatto di relazionarmi con
 55 le altre persone è uno dei fatti, dei problemi che
 (il paziente prosegue a parlare)

In questo frammento il paziente riporta un tema problematico, che riguarda il timore di non sapersi esprimere in modo corretto (righe 41 e 42). Dopo una richiesta di chiarimento (riga 43) il paziente continua a palesare la propria difficoltà a cui segue, dopo una pausa, la risposta del terapeuta che disconferma la percezione del paziente (47: *non mi sembra*). Egli pone una

domanda (48: *no?*) e nella riga successiva il terapeuta spiega la motivazione della sua risposta. Questa percezione appare chiaramente nella riga 51, in cui il paziente dice “sono le mie paranoie” facendo seguire tale affermazione da una risata. Anche in questo caso, come in precedenza, la risata segue l’introduzione di un tema per lui doloroso (Haakana, 1999, 2001). Il terapeuta non si allinea al commento umoristico, bensì continua la sua argomentazione in modo serio (52: *perché ha questa impressione*). Segue una breve pausa ed in seguito il paziente risponde in maniera seria alla domanda del terapeuta.

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E INDAGA IL TEMA DELICATO

(4) Tempo: 21’40’’

In questo frammento il paziente sta parlando del fatto che la ragazza sia incinta e che lei abbia già preventivato come organizzarsi il futuro.

56 Pz: E:: quindi era proprio:: forte-ripeto fortemente voluta da
57 lei (.) perché magari (1.0) si era già fatta il suo progetto:
58 nel senso che:: fra quattro mesi va’ in maternità e rimane::
59 fin ai tre anni della piccola >della piccola della primogenita<
60 Tp: E’ molto:: da come lo racconta, è molto schematica
61 come co[sa]
62 Pz: [è ted]esca
63 Tp: Ah!
64 Pz: è tedesca.
65 Tp: Quindi:: dice che è stato quasi::[premeditato]
66 Pz: [heh heh heh]
67 Pz: diciamo che:: sì sì sì: Cioè voluta da lei, sicuramente.
68 Tp: E invece lei Riccardo, la voleva o no?
69 Pz: E:::::

Inizialmente il paziente espone le aspettative della compagna in merito alla maternità (righe 56-59). Successivamente il terapeuta fa notare come quanto esposto sembri molto schematico (righe 60 e 61) a cui segue una interpolazione del paziente (62: *è tedesca*). Tale commento viene ribadito successivamente, sempre dallo stesso paziente (riga 64). In riga 65 il terapeuta effettua un commento, avanzando l’ipotesi che la compagna avesse agito con premeditazione. Durante l’espressione di questo turno verbale, il paziente si sovrappone al terapeuta, ridendo. Nel turno successivo il paziente afferma che la maternità è stata voluta dalla compagna (67: *diciamo che:: sì sì sì: Cioè Voluta da lei, sicuramente*). Analizzando il frammento, la risata effettuata dal paziente può essere interpretata come risata di imbarazzo, a seguito di un

commento rivelatorio da parte del terapeuta riguardo ad un argomento ritenuto dal paziente delicato. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
INDAGA IL TEMA DELICATO

(5) Tempo: 23'33''

70 Tp: Quindi, praticamente, c'è stata questa notizia::
71 che l'ha un po' destabilizzata?
72 Pz: Sì, mi ha un po' destabilizzato.
73 Tp: ok.
74 Pz: °Destabilizzato sì°
75 Tp: Ok, perfetto.
76 Pz: Però diciamo che: sono cose che si superano,
77 c'è di peggio nella vita
78 Tp: Sì, beh heh heh e.. sì, poi bisogna vedere come vengono
79 vissute le cose Ovvio, questo è un evento(.) felice, bisogna
80 vedere come viene vissuto nella vostra coppia (.) capire un po'
81 quali possono essere preoccupazioni in riferimento a questo.

In questo frammento il terapeuta continua a indagare l'argomento trattato in precedenza (la gravidanza della compagna) che rappresenta il nucleo problematico, in quanto ha scatenato nel paziente il crearsi di pensieri negativi. Nelle righe 70 e 71 il terapeuta richiama l'attenzione su questo aspetto e utilizza un termine per definire lo stato d'animo in cui il paziente si trova attualmente (destabilizzato). Il paziente nel turno successivo ripete questo termine (riga 72) e il terapeuta conferma (73: *ok*). Nella riga 74 il paziente ripete ancora il termine con tono più basso e il terapeuta pronuncia alcune parole (75: *ok perfetto*). Nel turno successivo (righe 76 e 77) il paziente riformula il proprio pensiero, esponendo che quanto successo non sia un evento del tutto negativo (*Però diciamo che: sono cose che si superano, c'è di peggio nella vita*). Il terapeuta risponde al paziente allineandosi con il pensiero dello stesso (*sì*), poi esprime una particella congiuntiva in tono ridente (*beh*) seguita da una risata. Il suo discorso prosegue poi in tono serio, riprendendo quanto appena detto dal paziente in modo da portare l'attenzione sulla soggettività degli eventi (righe 78 e 81). Per quanto riguarda l'intervento effettuato dal paziente nella riga 77, vista la mancanza di segnali metacomunicativi, non è possibile comprendere se questa affermazione avesse un intento umoristico; tuttavia, la risata ed il tono ridente del terapeuta nel turno successivo rappresenterebbero il segnale che il precedente commento del paziente è stato colto in maniera umoristica. Schematicamente:

TEMA DELICATO → IL PAZIENTE EFFETTUA COMMENTO UMORISTICO → IL
 TERAPEUTA RIDE E INDAGA IL TEMA DELICATO

Sintesi dei dati

L'analisi di questo colloquio ha mostrato una scarsità nell'utilizzo di risate e commenti umoristici. Anche in questo caso, coerentemente con gli studi presenti in letteratura, il paziente ride un numero maggiore di volte rispetto al terapeuta (quattro rispetto a due). Tali risate, tuttavia, non rappresentano una risposta a commenti umoristici, bensì seguono l'introduzione di elementi in qualche modo delicati o motivo di imbarazzo (tre volte sono legate a temi delicati ed una a temi di imbarazzo). Per quanto riguarda il terapeuta, egli ha riso due volte: una, ad inizio seduta, può essere letta come di imbarazzo nel dover cambiare argomento, mentre la seconda è successiva ad un intervento umoristico del paziente. I dati sono riassunti in Tabella G.

Tabella G. *Frequenze del Fenomeno del Risibile nel Colloquio fra Paziente G e Terapeuta A*

	Tempo parlato	Risate						Inter. Umor.	IPA	Tono
		Delicate	Imbarazzo	Sintomo	Umor.	Tono	Tot.			
Terapeuta	1297''	0	1	0	1	0	2	0	0	0
Paziente	993''	3	1	0	0	1	5	1	0	1
Pause	281''									
Totali		0	0	0	0	0	7	0	0	0

Note. Tempo parlato = tempo parlato da ciascun interlocutore (in secondi), Pause = tempo in cui nessuno dei due interlocutori ha parlato (in secondi), Delicate = risate che accompagnano il proferimento di un tema delicato, Imbarazzo = risate che possono essere interpretate come di imbarazzo, Sintomo = risata di derisione del sintomo, Umor. = risata che segue l'intervento umoristico effettuato dall'altro interlocutore, Tono = risata che accompagna il tono ridente, Tot. = risate proferite in totale, Inter Umor. = interventi umoristici effettuati dal parlante, IPA = particelle di aspirazione interpolate, Tono = tono ridente.

5.1.8. Primo colloquio tra Paziente H e Terapeuta B

Trascritti

Di seguito vengono presentati 8 frammenti del primo colloquio di una paziente di 41 anni, che si è rivolta allo psicoterapeuta per un disturbo alimentare. La paziente non è nuova a trattamenti psicologici in quanto è stata precedentemente in cura da uno psichiatra e da un'altra psicoterapeuta per un problema depressivo. Nel seguente frammento il terapeuta indaga lo stato d'animo di allora (un anno prima).

(1) Tempo: 9'28''

- 1 Tp: E:: quindi, aveva avuto dei miglioramenti.
2 Pz: Sì: ehm: avevo ripreso a mangiare: così: a mangiare >preso
3 tre chili< così: tornata un pochino di:: voglia di fare in
4 pi:ù-un po'meno di stanchezza (.) fisica=:
5 Tp: Uhm
6 1.5
7 Pz: Però:: mmm:: (.) dopo un po'::: non bastava più
8 Tp: uhm
9 Pz: comunque non ero (.) ai livelli::
10 Tp: Non era ritornata a::=:
11 Pz: sì! non ero pi(h)ù(h) hh com'ero prima. Continuavo a non
12 essere com'ero prima.

Il terapeuta domanda alla paziente se il precedente trattamento terapeutico avesse sortito degli effetti positivi e lei risponde in maniera affermativa (2: *sì*). Di seguito, la paziente prosegue parlando del tema delicato per cui è in terapia, spiegando che aveva ripreso a mangiare e che aveva aumentato il suo peso di tre chilogrammi (righe 2 e 3) e mentre pronuncia le parole “preso tre chili” aumenta la velocità dell'eloquio. In seguito continua a spiegare che i cambiamenti, seppure presenti, siano stati di lieve entità (4: *un po' meno di stanchezza*). Successivamente (righe 5-9) paziente e terapeuta proseguono a co-costruire il dialogo fino a che, in riga 10, il terapeuta inizia una frase (*Non era ritornata a:::*) prolungando il suono dell'ultima parola. La paziente effettua una interpolazione (turno 11), in cui conferma quanto appena detto dal terapeuta (*sì!*) e prosegue a parlare: la parola “più” è intervallata da due particelle di risate a cui segue una ispirazione (*non ero pi(h)ù(h) hh com'ero prima*). L'inserimento di due IPA può essere interpretato come segnale che indica che il tema esposto è un tema delicato e attraverso l'inserimento delle particelle di risate esso viene reso più accettabile (Potter & Hepburn, 2007). Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE UTILIZZA IPA → IL TERAPEUTA NON INTERVIENE → LA PAZIENTE CONTINUA AD ESPORRE IL TEMA DELICATO

(2) Tempo: 12'00''

La paziente parla del lavoro svolto con la precedente psicoterapeuta che ha deciso di interrompere. L'abbandono della terapia è dovuto al fatto che la paziente trovava inutile parlare della sua famiglia, in quanto ritiene che le sue problematiche siano unicamente dovute alla relazione con il fidanzato.

13 Tp: E il lavoro fatto con la dottoressa riguardavano questi dubbi?
14 Pz: No, perché lei ogni volta deviava (.) quando io parlavo di
15 questa cosa lei diceva: "no no, stai tranquilla:: continua
16 a fare quello che hai sempre fatto, quello che ti rendeva
17 felice fare"=:
18 Tp: Quindi che tipo di lavoro ha fatto con la dottoressa?
19 1.5
20 Pz: Huh huh (.) eh::=:
21 Tp: su cosa appunto lavoravate:: su come::
22 Pz: Un po' sull'ansia. Su come gestire l'ansia,
23 quella un po' ho imparato a gestirla.

Il terapeuta pone una domanda specifica per indagare il lavoro fatto in precedenza (13) e nel turno successivo la paziente esprime il suo pensiero sul lavoro fatto precedentemente in quanto non riusciva a parlare dei temi che secondo il suo punto di vista erano importanti (14: *ogni volta deviava*). Continuando a parlare afferma implicitamente che la dottoressa non le avesse consigliato di mantenere il comportamento abituale (15-17: *continua a fare ciò che hai sempre fatto*). Nella riga 15 il terapeuta pone una domanda per comprendere meglio quale sia stato il lavoro effettuato con la precedente terapeuta (*che tipo di lavoro ha fatto con la dottoressa?*) a cui segue una pausa di un secondo e mezzo. Dopodiché la paziente (riga 20) ride, effettua una breve pausa e accenna a ricominciare a parlare. A questo punto, il terapeuta effettua un'interpolazione e prosegue il suo intervento serio (21: *su cosa appunto lavoravate*). La paziente successivamente non procede con il commento, si allinea al terapeuta e continua a riportare quanto fatto con la precedente terapeuta (*un po' sull'ansia*). Nella riga successiva, ella afferma di avere trovato utilità, sebbene in maniera limitata (23: *quella un po' ho imparato a gestirla*). In questo frammento l'intervento della paziente può essere interpretato come ironico in quanto dopo la prima esposizione, ella riferisce che quanto fatto precedentemente era stato di poca utilità e, dopo la domanda del terapeuta, segue una pausa ed una risata, senza dare una risposta articolata. Tale risposta, sempre di carattere negativo, arriva solo dopo che il terapeuta ha riproposto la domanda. Schematicamente:

TEMA SERIO → RISATA DELLA PAZIENTE → IL TERAPEUTA NON SI ALLINEA E
CONTINUA A INDAGARE

(3) Tempo: 13'00''

24 Pz: E quindi andavo lì, parlavo di queste cose,
25 poi però tornavo a casa e dicevo ok, però adesso? hhh heh
26 Tp: Quindi questo fino a luglio.

Questo frammento segue a breve distanza quello precedente, e si riferisce sempre al lavoro fatto con la terapeuta precedente. La paziente riporta in maniera generale in cosa consisteva il trattamento (24: *E quindi andavo lì, parlavo di queste cose*) e nel turno successivo (turno 25) sottolinea che una volta tornata a casa non sapesse come comportarsi (*tornavo a casa e dicevo ok però adesso?*). Nel turno successivo il terapeuta prosegue la sua indagine anamnestica senza approfondire nuovamente questo aspetto. Il fatto che il tema presentato rappresenti uno dei motivi del consulto terapeutico, può portare a definirlo come tema delicato. L'affermazione che la paziente esprime, seguita da una espirazione e da una particella di risata, sottolineerebbero la delicatezza dell'argomento (Haakana, 2001). Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA INDAGA IL TEMA
DELICATO

(4) Tempo: 15'30''

Il terapeuta prosegue l'anamnesi, indagando l'aspetto farmacologico.

26 Tp: e::: uhm: (.) <quindi> eh per quanto riguarda la terapia::
27 farmacologica::?
28 Pz: Allora, la terapia ↑farmacologica↑ (.) le dosi erano
29 pediatriche, quindi erano proprio dosi minime, cioè prendevo
30 sette gocce di daparox (.) mentre:: solitamente: la dose
31 normale: heh heh::fsono più di cinquantaef
32 Tp: Perché aveva iniziato con il levopraid ed il daparox, poi a
33 marzo aveva aggiunta delle gocce di davedox.
34 Pz: Sì, ma la psichiatra me le dava. Ma mi diceva che non c'era-
35 ci sarebbe neanche stato bisogno di prenderle.
36 Tp: E adesso, attualmente, prende qualcosa?
37 Pz: adesso io uhm:: prendo solo mezza pastiglietta di davedax
38 1.5 ho tenuto quella, le altre: gocce: non le prendo più.
39 Tp: Al giorno? [Mez]za pastiglia al [giorno]
40 Pz: [sì] [alla mattina sì]
41 3.0 ((il terapeuta scrive))
42 Pz: >ma magari potrei anche non prenderla,< perché tanto è
43 mezza pastiglietta così heh heh
44 Tp: quindi:: e:: sono passate queste vacanze, queste vacanze
45 estive e lei si è rivolta alla sua dottoressa quando?
46 Pz: a ottobre. Non provavo più entusiasmo per niente.

In questo frammento la paziente sta parlando del precedente trattamento terapeutico effettuato con lo psichiatra (righe 26 e 27). Ella sottolinea come il trattamento farmacologico fosse di lieve entità (28 e 29: *le dosi erano pediatriche*) per poi rimarcare la differenza fra il trattamento da lei effettuato e uno “normale” (30: *mentre:: solitamente: la dose normale:*). Nell’espone tale concetto, la paziente allunga i suoni delle parole per poi articolare due note di risata e pronunciare in tono ridente le parole “sono più di cinquanta”. Il terapeuta, successivamente, (righe 32 e 33) approfondisce l’aspetto relativo alla terapia farmacologica. Anche in questo caso la paziente utilizza specifiche parole (37: “*solo*” e “*pastiglietta*”). Il terapeuta, in seguito (riga 39) chiede un chiarimento sulla terapia farmacologica e utilizza il termine corretto “*pastiglia*” a cui la paziente si sovrappone (riga 40) confermando quanto chiesto e specificando il periodo della giornata in cui viene assunto (*alla mattina sì*). Segue una pausa di tre secondi, in quanto il terapeuta sta prendendo appunti e la paziente nella riga 42 sottolinea il fatto che tale intervento farmacologico sia superfluo. La frase riportata (*ma magari potrei anche non prenderlo*) è pronunciata con una velocità maggiore rispetto all’eloquio normale, per poi sottolineare ancora una volta che si tratta di una dose minima (*perché tanto è una mezza pastiglietta così*). In questa frase la paziente utilizza ancora il termine diminutivo “*pastiglietta*” facendolo seguire da una nota di risata. Il terapeuta non effettua nessuna correzione e continua con l’indagine anamnestica (righe 44 e 45). L’utilizzo di diminutivi può essere interpretato come un riferimento ad un tema delicato (l’assunzione di medicinali) così come la risata che segue l’introduzione di tale terminologia. Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA INDAGA IL TEMA DELICATO

(5) Tempo: 23’47’’

- 47 Tp: Quindi il problema era-riguardava il suo umore?
 48 Pz: Il mio umore e queste continue domande che da un anno
 49 e mezzo ehm: mi hanno tartassato la testa
 50 Tp: Che continuano a tartassarla?
 51 Pz: Ecco il problema è questo: che da venerdì e-ehm::
 52 la relazione con il mio moroso è finita
 53 Tp: uhm
 54 Pz: hh £quindi£(.) queste domande ogni tanto mi vengono <lo stesso>
 55 (.)in mente però molto meno >perché dico tanto va bè<
 56 °mi dico e cosa le faccio a fare tanto ormai non ha più senso
 57 farsele° quindi, mi lasciano in pace (.) queste domande (.)
 58 Tp: Uhm. Quando è terminata la sua relazione?

59 Pz: L'altro ieri hhheh venerdì.
 60 Tp: Ed è qualcosa di:: definitivo?
 61 Pz: Credo proprio di sì.
 62 Tp: e lei:: (.) come si sente?
 63 Pz:: hh fun po' sollevata sinceramentef
 64 Tp: uhm
 65 Pz: mi dispiace però::
 66 Tp: un po' sollevata perché?
 67 Pz: eh: ehm:: non lo so perché cioè: quando me lo ha detto,
 68 sono stata male una settimana
 69 Tp: perché è successo:?=:
 70 Pz: Sì, è successo venerdì definitivo però il lunedì già mi aveva
 71 anticipato. E' una settimana insomma.

In questo frammento il terapeuta sta indagando quali siano state le motivazioni che hanno portato la paziente a chiedere un trattamento precedente (riga 47). La paziente spiega quale sia stato il problema (48-49: *Il mio umore e queste continue domande*) sottolineando come la problematica permanga da un lungo periodo (*un anno e mezzo*). Dopo una domanda del terapeuta (riga 50), la paziente spiega che il problema attuale (riga 51) è dovuto al termine della relazione con il fidanzato (52: *la relazione con il mio moroso è finita*). La paziente in riga 54 effettua una espirazione e poi pronuncia la parola “quindi” in tono ridente, facendola seguire da una pausa. Segue una maggiore strutturazione del suo pensiero, in cui ciò di cui sta parlando emerge essere un tema dolente (righe 54-57). Alla domanda del terapeuta riguardo a quando la relazione sia terminata esattamente (riga 58) ella risponde (59: *L'altro ieri hhheh venerdì*) intervallando le parole da una risata. Successivamente il terapeuta indaga esplicitamente la condizione emotiva della paziente (62: *e lei:: (.) come si sente?*) e lei inizia a rispondere espirando, per poi pronunciare le parole “un po' sollevata sinceramente” in tono ridente. Tali parole sembrano in contrasto con quanto comunicato in precedenza ed il terapeuta pone una domanda in merito a questo aspetto (66: *un po' sollevata perché?*). La paziente (riga 67) pronuncia le parole “non lo so perché” seguite da una particella di risata. Successivamente il terapeuta chiede un chiarimento (turno 69). Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA INDAGA IL TEMA DELICATO

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE USA TONO RIDENTE → LA PAZIENTE PROSEGUE A PARLARE

(6) Tempo: 30'00''

Il terapeuta prosegue l'analisi della domanda e la paziente parla delle sue difficoltà a mangiare. Da diversi mesi, infatti, non prova più appetito.

72 Pz: sono mesi che non ho lo stimolo dell'appetito (.) che ho
73 voglia di mangiare: (.) una fettina piuttosto che=
74 Tp: Questo riguarda l'alimentazione, che fatica: a:: mangiare
75 Pz: sì
76 Tp: Però lei >voglio dire< non disdegna il: mangiare? Nel senso
77 Pz: che fno, perché prima mi piaceva. Sono sempre stata magra (.)
78 di famiglia lo siamo.
79 Tp: Però non ha stimolo:a::a però lei controlla quello che mangia,
80 sta attenta all'alimentazione:?
81 Pz: Io so quello che mi piaceva prima, quindi tendo a mangiare
82 quello che mi piaceva prima
83 Tp: uhm
84 Pz: La pasta con il ragù, la pasta mi piace quindi la mangio=
85 Tp: però lei si ferma nel mangiare perché non ha più appetito o
86 perché non vuol-non vorrebbe: ingrassare::
87 Pz: no:: e magari ingrassare(h) heh heh magari
88 Tp: Lei vorrebbe?
89 Pz: Sì, sì. Sono andata dalla dietologa e ho preso cinque chili.

Nella prima parte del frammento, viene discussa la mancanza di appetito della paziente. Nella riga 76 il terapeuta pone una domanda riferita all'aspetto del mangiare (*Però lei >voglio dire< non disdegna il:: mangiare? Nel senso che*) a cui la paziente risponde in maniera negativa, sottolineando che in precedenza non aveva avuto problemi a mangiare, utilizzando un tono ridente (*£no, perché prima mi piaceva£*). Il terapeuta poi (righe 85 e 86) chiede quale sia la motivazione che spinge la paziente a non mangiare (*non ha più appetito o perché non vuol-non vorrebbe: ingrassare::*) e nella riga seguente la paziente spiega il proprio comportamento (*87: e magari ingrassare(h) heh heh magari*). Successivamente il terapeuta continua a indagare questo aspetto specifico (*88: Lei vorrebbe?*) e la paziente prosegue nella sua spiegazione. Il commento della paziente, intervallato da due note di risata, può essere interpretato come riferito ad un tema delicato in quanto connesso con il motivo del consulto terapeutico. Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA INDAGA IL TEMA DELICATO

(7) Tempo: 48'00''

In questo estratto il terapeuta prosegue l'analisi della domanda, chiedendo quale sia la motivazione che spinge la paziente a chiedere aiuto.

90 Tp: e riguardo al:: venire qui, che idea lei si è fatta. Che tipo
91 di:: aspettativa ha? Cosa crede possiamo aiutarla appunto?
92 Pz: io spero di sì. Di ritrovare l'entusiasmo di vivere
93 Tp: uhm

94 Pz: non che non voglio vivere. È che voglio vivere con
95 entusiasmo(h) con la voglia di fare quello che faccio. Mi piace
96 ciò che faccio. Cioè mi piaceva heh E poi. Non voglio-non
97 voglio che questo avvenga con i farmaci. Non li voglio.
98 Cioè voglio cavarmela io, non voglio le medicine.

Il terapeuta chiede alla paziente quali aspettative abbia nei confronti del trattamento terapeutico (riga 91). Ella esprime l'aspettativa nei confronti della terapia (92: *ritrovare l'entusiasmo di vivere*) ed in seguito specifica meglio (94: *non è che non voglio vivere*) riformulando quanto appena detto (*È che voglio vivere con entusiasmo(h)*) e facendo seguire tale affermazione da una particella di risata, probabilmente a sottolinearne l'aspetto dolente. Proseguendo, la paziente esprime meglio il proprio pensiero. Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA NON INTERVIENE →
LA PAZIENTE CONTINUA AD ESPORRE TEMA DELICATO

(8) Tempo 51'50''

In questo frammento il terapeuta termina il colloquio, introduce i compiti a casa e il contratto terapeutico.

99 Tp: Ok (.) ci fermiamo qui per questo: per questo primo incontro
100 (2.0) <per la prossima::> volta vorrei darle: (.)
101 vorrei darle un compito=:
102 Pz: Sì.
103 2.0
104 Tp: Innanzitutto le chiedo come si è trovata?
105 1.0
106 Pz: un po' imbarazzata hhh hah
107 Tp: Il primo incontro:: immagino non debba essere semplice
108 parlare di sé:

Nella prima parte di questo frammento (righe 99-102) il terapeuta comunica che la seduta è finita e che sta per definire il lavoro da fare a casa (*vorrei darle un compito=:*); la paziente, nel turno successivo, effettua una interpolazione (*si*). Segue una pausa di due secondi e successivamente il terapeuta cambia argomento, indagando come la paziente si sia trovata (104: *Innanzitutto le chiedo come si è trovata?*), a cui segue una nuova pausa di un secondo. La paziente risponde poi di essersi sentita in imbarazzo (turno 106) facendo seguire tale affermazione da una espirazione ed una nota di risata. Nel turno successivo, il terapeuta si allinea, rispondendo in maniera empatica alla paziente, sottolineando che non sia facile parlare di sé davanti ad una persona che si incontra per la prima volta (*il primo incontro::*

immagino non debba essere semplice parlare di sé:). Anche in questo caso la risata della paziente può essere interpretata come riferita ad un tema delicato. Schematicamente:

TEMA DELICATO → LA PAZIENTE RIDE → IL TERAPEUTA EFFETTUA COMMENTO EMPATICO SUL TEMA DELICATO

Sintesi dei dati

Nel presente colloquio, non sono presenti né risate né commenti umoristici da parte del terapeuta. La paziente utilizza strategie risorie per sottolineare gli elementi delicati inseriti: ride cinque volte (frammenti 3,4,5,7,8), utilizza tre volte le IPA (frammenti 1 e 6) e quattro volte un tono ridente (frammenti 4,5,6). Vi è da notare anche che la paziente effettua una risata ironica nel riferirsi al lavoro svolto con la precedente terapeuta a voler sminuire tale impegno (frammento 2). I dati sono riportati in Tabella H.

Tabella H. Frequenze del Fenomeno del Risibile nel Colloquio fra Paziente H e Terapeuta B

	Tempo parlato	Risate					Inter. Umor.	IPA	Tono	
		Delicate	Imbarazzo	Ironica	Umor.	Tono				Tot.
Terapeuta	1319''	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paziente	1982''	5	0	1	0	4	10	0	3	4
Pause	363''									
Totali		5	0	0	0	4	10	0	3	4

Note. Tempo parlato = tempo parlato da ciascun interlocutore (in secondi), Pause = tempo in cui nessuno dei due interlocutori ha parlato (in secondi), Delicate = risate che accompagnano il proferimento di un tema delicato, Imbarazzo = risate che possono essere interpretate come di imbarazzo, Ironica = risata ironica, Umor. = risata che segue l'intervento umoristico effettuato dall'altro interlocutore, Tono = risata che accompagna il tono ridente, Tot. = risate proferite in totale, Inter Umor. = interventi umoristici effettuati dal parlante, IPA = particelle di aspirazione interpolate, Tono = tono ridente.

Sintesi dei risultati qualitativi

Le otto sedute analizzate mostrano una differenza nell'uso del risibile fra terapeuta e paziente. Per quanto riguarda il paziente, dal corpus è emerso come la quasi totalità del risibile (risate, particelle di risate, tono ridente e commenti umoristici) riguardi un tema delicato presentato dallo stesso paziente durante l'interazione. La risata è emersa essere la modalità risibile maggiormente utilizzata rispetto a particelle di risate, commenti umoristici e utilizzo di tono ridente. Nello specifico, è emerso che i pazienti tendono a ridere prevalentemente in seguito all'introduzione di temi delicati, mentre diverse sono le risposte attuate dal terapeuta. L'analisi delle interazioni ha infatti mostrato come in trentaquattro casi, in seguito all'introduzione di un tema delicato, il paziente articolava una risata (una o più note), senza che il terapeuta si allineasse ma continuando a indagare il tema esposto, oppure continuando la sua esposizione in tono serio. Un'altra strategia è rappresentata dal non allinearsi affatto, non produrre alcun commento e lasciare che il paziente continui a parlare dell'argomento precedentemente toccato: tale modalità è stata utilizzata quindici volte. Una modalità simile si è avuta quando, dopo una risata a seguito di tema delicato, il terapeuta non si allinea, ma effettua un cenno di comprensione, valorizzando il tema, e il paziente continua l'eloquio (cinque volte). In sette occasioni il paziente ride dopo aver presentato un tema delicato, il terapeuta effettua un commento empatico e il paziente ride nuovamente, come se l'avvenuta comunicazione empatica portasse ad un rivivere lo stato d'animo precedente. In altre due situazioni, il paziente ha riso in seguito alla situazione in cui il terapeuta ha richiesto spiegazione dopo non aver compreso quanto espresso dal paziente in merito ad un tema delicato mentre una sola volta il paziente ha riso di imbarazzo per non aver compreso un termine. Questa sembra rappresentare una modalità poco frequente calcolando il tempo di colloquio complessivamente analizzato.

Passando all'analisi delle interazioni in cui sono presenti commenti umoristici effettuati dal paziente in merito a temi delicati, è emerso che tendenzialmente il terapeuta non sempre ride (cinque volte su dieci). Quando il terapeuta non si allinea al paziente, quest'ultimo prosegue l'eloquio in tono serio. Per quanto riguarda i commenti sarcastici effettuati dai pazienti (due casi) il terapeuta in un caso ha riso, mentre nell'altro ha rifiutato l'invito. Nel primo caso, il paziente ha proseguito il suo commento sarcastico, mentre nel secondo non ha proseguito. Per quanto riguarda il terapeuta, come già emerso, il numero delle risate è significativamente minore rispetto a quelle dei pazienti ma i terapeuti hanno effettuato dodici commenti umoristici. Di questi, sei sono stati effettuati per mettere a proprio agio il

paziente dopo che questi aveva introdotto un tema delicato. In due casi, invece, a seguito di un commento umoristico, il paziente non ha riso e ha proseguito in tono serio. Inoltre, in due casi il terapeuta ride dopo che il paziente ha presentato un sintomo o un elemento delicato: in questi casi il paziente si allinea con il terapeuta e ride del suo sintomo. Nel corpus esaminato, infine, è emerso che i terapeuti hanno riso due volte a segnalare un cambio di argomento. In entrambi i casi i terapeuti hanno interrotto l'argomento precedente: in un caso si trattava di inizio seduta e il terapeuta ha riso nel momento di avviare la fase anamnestica, mentre nel secondo caso ci si trovava a fine seduta ed il terapeuta ha interrotto il paziente per comunicargli che il tempo a disposizione era terminato. In entrambi i casi, queste risate sembrerebbero segnalare imbarazzo per dover interrompere l'argomento precedente.

5.2. Analisi Quantitativa

Successivamente all'analisi qualitativa dei dati, si è passati all'analisi quantitativa. Essa ha preso in considerazione sia il fenomeno del risibile (numero di risate, utilizzo di IPA e tono ridente) di pazienti e terapeuti, sia il tempo parlato da ogni interlocutore. È stato altresì rilevato quanto tempo nessuno dei due interlocutori, all'interno della seduta, parlava (pause). Questo dato è utile per comprendere da quanto tempo effettivo di parlato una seduta è composta. La terapia cognitiva, a differenza di altri approcci (ad esempio la psicoanalisi) si caratterizza per essere un approccio "attivo" in cui terapeuta e paziente discutono insieme al fine di arrivare alla co-costruzione del percorso terapeutico: per tale motivo ci si aspetta che il tempo di parlato di terapeuta e paziente sia simile. Inoltre, l'analisi quantitativa del corpus di ricerca ha permesso di descrivere e identificare eventuali differenze relative alla frequenza dell'utilizzo del risibile da parte di terapeuti e pazienti. I dati provengono dall'analisi di sette colloqui, in quanto una registrazione è andata danneggiata e non è stato possibile recuperarla. Nello specifico, le analisi riguardano quattro colloqui effettuati dal terapeuta A (pazienti A, E, F, G) e tre colloqui effettuati dal terapeuta B (pazienti C, D, H). Come prima cosa è stata calcolata la durata delle sedute terapeutiche (Tabella 1).

Tabella 1. *Medie e Deviazione Standard Durata dei Colloqui Psicoterapeuti*

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Somma</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Tempo Colloqui	2378''	3900''	22521''	3217.29	574.81
Parlato Terapeuti	884''	2960''	9666''	1380.86	717.38
Parlato Pazienti	921''	3105''	12407''	1772.43	731.91
Pause	29''	363''	1501''	214.43	103.56

Note. N = 7. Tempo Colloqui = durata totale dei colloqui psicoterapeutici, Parlato terapeuti = tempo parlato dai terapeuti, Parlato Pazienti = tempo parlato dai pazienti, Pause = tempo in cui né terapeuta, né paziente hanno parlato.

I dati presentati mostrano come, in totale, il tempo di registrazione dei colloqui psicoterapeutici ammonta a 6 ore e 26 minuti circa (22521 secondi), con un tempo medio per seduta pari a 53 minuti e 37 secondi circa ($M = 3217.29$, $DS = 574.81$, Range = 2378 – 3900 secondi). Il colloquio più breve è durato circa 39 minuti e 38 secondi (2378 secondi) mentre il più lungo è durato 1 ora e 5 minuti (3900 secondi). È stato altresì calcolato il tempo medio parlato dai pazienti e dai terapeuti, nonché il tempo medio di pause presenti nei colloqui, cioè il tempo in cui né il terapeuta, né il paziente hanno parlato. In media, rispetto al totale delle sette sedute, i terapeuti hanno parlato per circa 23 minuti ogni seduta ($M = 1380.86$, $DS = 717.38$, Range = 884 – 2960 secondi) mentre la media del tempo parlato dai pazienti per seduta è di 29 minuti e 32 secondi ($M = 1772.43$, $DS = 731.91$, Range = 921 – 3105 secondi). Questo dato confermerebbe l'approccio "attivo" tenuto dai terapeuti, caratteristica della psicoterapia cognitiva. Il tempo medio delle pause in ciascun colloquio è stato di 3 minuti e 34 secondi ($M = 214.43$, $DS = 103.56$, Range = 29 – 363 secondi). In Tabella 2 sono riportati i dati descrittivi in base al tempo medio di parlato da ciascun terapeuta e dei pazienti con cui hanno effettuato i colloqui.

Tabella 2. *Media e Deviazione Standard del Tempo Parlato da Terapeuti e Pazienti.*

	Terapeuta A						Terapeuta B						
	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Somma</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>		<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Somma</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Tempo Tot	4	2378	3843	12191	3047.75	629.84	Tempo Tot	3	2890	3900	10330	3443.33	511.89
Parlato TP	4	909	2960	6368	1592	926.83	Parlato TP	3	884	1319	3298	1099.33	217.53
Parlato PZ*	4	921	1946	5471	1367.75	494.49	Parlato PZ**	3	1849	3105	6936	2312	689.97
Pause	4	171	281	863	215.75	47.93	Pause	3	29	363	638	212.67	169.48

Note. N = Numero di pazienti Tempo Tot = Durata della seduta, Parlato TP = tempo parlato dal terapeuta, Parlato PZ* = tempo medio calcolato sul tempo parlato dai pazienti A, E, F, G; Parlato PZ** = tempo medio calcolato sul tempo parlato dai pazienti C, D, H, Pause = tempo in cui né terapeuta, né paziente parlano. I tempi sono espressi in secondi.

In Tabella 2 sono esposti i dati in riferimento al parlato, suddivisi per terapeuta. Non sono emerse differenze significative al test di Student fra i due terapeuti per quanto riguarda il tempo di parlato totale, tempo di parlato del terapeuta, parlato dei pazienti e pause totali ($p > 0.05$). Per quanto riguarda il fenomeno del risibile, in Tabella 3 sono riportate le frequenze, suddivise per tipologia, manifestate dai pazienti e dai terapeuti delle 7 sedute analizzate.

Tabella 3. *Frequenza del Risibile in Terapeuti e Pazienti*

	Risate							Inter. Umor.	IPA Tono	
	Delicate	Imbarazzo	Derisione	Sollievo	Umor.	Tono	Tot			
Terapeuta	0	2	1	0	5	1	9	12	0	3
Paziente	55	5	1	1	10	17	89	10	9	18
Totale	55	7	2	1	15	18	98	22	9	21

Note. Tempo parlato = tempo parlato da ciascun interlocutore (in secondi), Pause = tempo in cui nessuno dei due interlocutori ha parlato (in secondi), Delicate = risate che accompagnano il proferimento di un tema delicato, Imbarazzo = risate che possono essere interpretate come di imbarazzo, Derisione = risata di derisione, Umor. = risata che segue l'intervento umoristico effettuato dall'altro interlocutore, Tono = risata che accompagna il tono ridente, Tot. = risate proferite in totale, Inter Umor. = interventi umoristici effettuati dal parlante, IPA = particelle di aspirazione interpolate, Tono = Tono ridente.

Come si nota dalla Tabella 3, i pazienti tendono ad effettuare un numero totale di risate maggiore rispetto ai terapeuti (i pazienti hanno riso 89 volte mentre i terapeuti 9). I pazienti, durante una prima seduta di psicoterapia, hanno riso mediamente 11.13 volte ($DS = 6.38$, Range = 4-24) mentre i terapeuti hanno riso in media 1.13 volte ($DS = 1.36$, Range = 0-4). Tali differenze sono risultate essere statisticamente significative al test di Student ($t(8,486) = 4,583$, $p < 0.01$). Inoltre, è stato analizzato a cosa si associ il fenomeno della risata, prodotto sia da parte dei terapeuti che dei pazienti, per meglio comprenderne la sua funzione prevalente. La maggioranza delle risate proferite dai pazienti ha anticipato o seguito l'introduzione di un tema delicato: 55 volte su 89 (che rappresenta il 61.80% del totale), mentre nell'11.24% dei casi la risata dei pazienti è associata ad un intervento umoristico effettuato dal terapeuta (10 volte), nel 5.62% dei casi è associata ad elementi imbarazzanti (5 volte) e nell' 1.12% dei casi è stata associata a sollievo e derisione (una volta ciascuno). Va sottolineato che il tono ridente è quasi sempre associato ad una risata (17 volte su 18) che rappresenta il 19.10% delle risate totali proferite dai pazienti. Diversamente dai pazienti, i terapeuti non hanno proferito alcuna risata in merito a temi delicati, mentre hanno associato la risata prevalentemente a commenti umoristici fatti dal paziente (55.56% dei casi). In

due circostanze la risata del terapeuta era connessa a temi imbarazzanti (22.4% dei casi), una volta per ridere del sintomo del paziente (11.2% dei casi), e una volta è stata associata al tono ridente (11.2% dei casi). La differenza fra terapeuta e pazienti nell'utilizzo delle risate che accompagnano un tema delicato è emersa essere significativa al test di Student ($t(7) = 4,497, p < 0.01$). Per quanto concerne l'utilizzo del tono ridente, è emerso che i pazienti lo utilizzano in maniera maggiore rispetto ai terapeuta (18 volte rispetto a 3). Tale differenza non è emersa essere significativa con il test di Student, sebbene molto vicino al valore di soglia della significatività statistica ($p = 0.052$). Inoltre, il tono ridente utilizzato dai pazienti è stato associato al proferimento di una risata nel 94.44% dei casi (17 volte su 18), mentre i terapeuta hanno fatto seguire una risata nel 33.3% dei casi in cui hanno utilizzato un tono ridente (1 volta su 3). L'analisi qualitativa mostra come il tono ridente sia spesso associato al proferimento di un tema delicato. Un altro dato interessante riguarda i commenti umoristici: i terapeuta hanno effettuato 12 commenti umoristici, mentre i pazienti 10. Va notato come nella maggioranza dei casi, le risate dei pazienti siano successive a interventi umoristici effettuati dai terapeuta (10 volte su 12 commenti, che corrispondono all' 83.33% dei casi) mentre per quanto riguarda il contrario, la percentuale è minore: i terapeuta hanno riso nel 50% dei casi in associazione a un commento umoristico del paziente (5 volte su 10). Per quanto riguarda la frequenza delle risate di imbarazzo, di tono ridente e di interventi umoristici, non sono emerse differenze significative, fra terapeuta e pazienti con il test di Student ($p > 0.05$). Infine, è stata effettuata un'analisi delle correlazioni tra la quantità di tempo parlato dai terapeuta e dai pazienti, le manifestazioni di risibile da loro espresse, l'età dei terapeuta e dei pazienti e le pause nel parlato. I risultati sono esposti in Tabella 4.

Tabella 4. *Matrice di Correlazione dei Fenomeni del Risibile e Tempi di Parlato*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)
1) Età TP	1	.21	.37	-.37	.69	-.02	.50	.47	-.33	.49	.49	.64	-.29	.74*	-.48	.15	-.29	-.45	-.41
2) Età PZ		1	-.22	-.08	-.10	.12	.03	-.21	.22	-.12	-.06	.12	.66	-.20	.23	.24	.05	.49	.32
3) Tempo Tot			1	.41	.45	-.45	.83*	.72	.25	.25	.52	.78*	.09	.60	.09	-.70	.48	.10	.17
4) Par lato TP				1	-.61	.08	.12	-.07	.65	-.04	-.31	.44	.49	-.42	.86*	-.18	.97**	.53	.45
5) Parlato PZ					1	-.56	.66	.77*	-.40	.13	.80*	.28	-.44	.93**	-.79*	-.33	-.51	-.47	-.31
6) Pause						1	-.80*	-.87*	-.34	.63	-.79*	-.21	.01	-.50	.08	.32	-.10	-.06	-.30
7) Risate PZ							1	.93**	.43	-.07	.81*	.77*	.14	.68	-.04	-.30	.31	.13	.29
8) Risate PZ (delicato)								1	.21	-.18	.85**	.59	-.18	.76*	-.24	-.27	.11	-.13	.13
9) Risate PZ (imbarazzo)									1	-.34	.20	.41	.75*	-.23	.76*	-.10	.75*	.73*	.63
10) Risate PZ (derisione)										1	-.14	.31	-.14	.26	-.33	-.22	-.14	-.22	-.36
11) Risate PZ (sollievo)											1	.49	-.14	.86**	-.34	-.22	-.14	-.22	-.12
12) Tono Ridente PZ												1	.19	.50	.22	-.07	.50	.07	.04
13) Umoreismo PZ													1	-.43	.66	-.22	.62	.95**	.76
14) IPA PZ														1	-.63	-.28	-.34	-.51	-.41
15) Risate TP															1	.17	.86**	.63	.47
16) Risate TP (imbarazzo)																1	-.22	-.33	-.37
17) Risate TP (derisione)																	1	.66	.60
18) Tono Ridente TP																		1	.91*
19) Umoreismo TP																			1

Note. Parlato del terapeuta = tempo parlo dal terapeuta, Parlato del paziente = tempo parlato dal paziente, delicate = risate che accompagnano un tema delicato, imbarazzo = risate che seguono un tema imbarazzante, derisione = risate che accompagnano un commento derisorio, sollievo = risate di sollievo, Umoreismo paziente = interventi umoristici effettuati dal paziente, Umoreismo terapeuta = interventi umoristici effettuati dal terapeuta.

* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$

I risultati in Tabella 4 mostrano che vi è correlazione positiva tra l'utilizzo del tono ridente da parte dei pazienti e la durata totale del colloquio terapeutico: maggiore è la durata del colloquio, maggiore è il numero di risate che i pazienti producono ($r = .78, p < 0.05$) così come il loro utilizzo del tono ridente ($r = .78, p < 0.05$). Per quanto concerne il risibile dei pazienti, quanto più parlano, tanto più utilizzano risate che accompagnano l'introduzione di un tema delicato ($r = .77, p < 0.05$), risate di sollievo ($r = .80, p < 0.05$) e particelle di risate ($r = .93, p < 0.01$). Inoltre, è emersa una correlazione negativa fra tempo parlato dal paziente e risate del terapeuta ($r = -.78, p < 0.05$) ed una correlazione positiva fra l'età del terapeuta e il numero di IPA pronunciate dai pazienti ($r = .74, p < 0.05$). Il tempo di pausa mostra una correlazione significativamente negativa con il numero totale delle risate effettuate dai pazienti ($r = -.80, p < 0.05$), con il numero di risate che effettuano in merito a temi delicati ($r = -.87, p < 0.05$) e con le risate di sollievo ($r = -.79, p < 0.05$). Quindi, la durata delle pause è inversamente proporzionale alla frequenza di risate connesse a temi delicati e di sollievo, effettuate dai pazienti. Proseguendo l'analisi, è emerso che il numero di risate emesse dai pazienti correla in maniera positiva e significativa con le risate emesse riguardo ad un tema delicato ($r = .93, p < 0.01$) e di sollievo ($r = .77, p < 0.05$). Come emerso precedentemente, tono ridente e risate spesso sono fenomeni associati ($r = .86, p < 0.01$).

Per quanto riguarda i terapeuti, sono emerse correlazioni significative fra tempo parlato e numero di risate totali ($r = .86, p < 0.05$) e risate di derisione ($r = .97, p < 0.01$). Mentre per quanto concerne il risibile dei terapeuti, sono emerse correlazioni significative fra risate totali dei terapeuti e risate di derisione ($r = .86, p < 0.01$) e numero di interventi umoristici effettuati ($r = .91, p < 0.05$).

Capitolo 6. Uno studio empirico. Discussione

L'umorismo rappresenta un elemento che si riscontra nella vita di tutti i giorni e sempre più l'attenzione si sta spostando sul suo utilizzo e le sue funzioni: nonostante il sempre maggiore interesse, sono presenti pochi studi per quanto concerne l'ambito della psicoterapia (ad esempio Bercelli & Lenzi, 2010; Bercelli et al., 2008; Perakyla, 2008). Inizialmente, e per un lungo periodo di tempo, gli studi condotti in questo ambito si sono focalizzati soprattutto nel campo della psicoanalisi e sull'orientamento psicodinamico (ad esempio Freud, 1905; Kuhlman, 1984); poi, nel corso degli anni, numerosi terapeuti e ricercatori di diversi orientamenti hanno mostrato il loro interesse in tale ambito (Ellis, 1977; Martin, 2010). Un andamento simile riguarda lo studio della risata: numerose ricerche sono state condotte in diversi ambiti. La funzione della risata è stata studiata sia in contesti tradizionali (ad esempio Jefferson 1984, 2004; Holt, 2010, 2013) che istituzionali (ad esempio, Hakaana, 2001, 2010) . Per quanto riguarda l'approccio metodologico qualitativo (analisi della conversazione), esso è stato largamente utilizzato nello studio della risata nelle interazioni quotidiane (per una rassegna, Glenn 2003), mentre se ne è usufruito poco durante le sedute di psicoterapia (Marci et al., 2004; Jeffrey, 2009).

Partendo da tali presupposti e dal fatto che come terapeuta in formazione, durante i primi anni del dottorato, e psicoterapeuta cognitivo oggi, il mio interesse era ed è volto a comprendere meglio le funzioni svolte dall'umorismo e dal ridere durante le sedute di psicoterapia cognitiva. Lo scopo principale per cui è stato condotto questo studio è stato quello di descrivere e analizzare i fenomeni del risibile che possono comparire durante le sedute di psicoterapia cognitiva. L'analisi del corpus di ricerca si è basata sullo studio di otto prime sedute di psicoterapia cognitiva standard condotte da due terapeuti in formazione con otto diversi pazienti che presentavano diversi disturbi. Nello specifico, attraverso lo studio condotto, si sono volute individuare e descrivere le differenze quantitative e qualitative di risate fra terapeuta e paziente; descrivere l'organizzazione complessiva e locale dei fenomeni umoristici e del ridere; rintracciare le funzioni veicolate da commenti umoristici e risate e analizzare la proporzione esistente fra risate, interventi umoristici e quantità di parlato fra terapeuta e paziente.

6.1. Risata, tono ridente e particelle di aspirazione interpolate

L'idea di focalizzarsi sui primi colloqui psicoterapeutici ha avuto lo scopo di comprendere meglio se le prime sedute siano o meno terreno di risate. In generale, quello che è emerso da questo studio è che la risata, così come altri segnali paralinguistici, mostra una varietà di funzioni e non è solo associata all'espressione di qualcosa di divertente o umoristico (ad esempio, Mulkay 1988). Come

negli studi precedenti che riguardano ambiti istituzionali di interazione fra medico e paziente (ad esempio, Haakana, 2001; West, 1984), o psicoterapeuta e paziente (Marci et al., 2004) è emerso che i terapeuti tendono a ridere meno dei pazienti. Nello specifico, i pazienti tendono a ridere approssimativamente dieci volte di più rispetto ai terapeuti. In studi precedenti è emerso che nelle interazioni mediche i pazienti tendono a ridere quattro volte più dei medici (Haakana, 2001), mentre nelle sedute di psicoterapia i pazienti tendono a ridere un numero di volte pari a due volte e mezzo quello degli psicoterapeuti (Marci et al., 2004). Inoltre, va sottolineato come fenomeni di risibile possano comparire prima che “l’apertura del colloquio” abbia inizio (ad esempio, Coupland et al., 1994): essa avviene, solitamente, attraverso l’utilizzo di alcune frasi prototipiche quali “che cosa la porta qui?” oppure “qual è il motivo del consulto?”. Questa tendenza è emersa anche nel corpus analizzato, sebbene solo in un paio di casi e comunque in riferimento a temi delicati che sono emersi successivamente essere connessi al motivo per cui era stato richiesto il consulto terapeutico.

Quello che emerge, in maniera simile agli studi condotti precedentemente, è che il dottore/terapeuta tende a non ricambiare la risata prodotta dal paziente. Questo dato rimarcherebbe il fatto che anche durante le sedute di psicoterapia cognitiva standard i terapeuti tendono a non rispondere alle risate per sottolineare la serietà del contesto e per mantenere l’asimmetria di ruoli. Il mancato allineamento tra terapeuta e paziente non sembra essere includibile nel rifiuto a ridere (Jefferson, 1979), in quanto le risate emesse dai pazienti sembrano avere una funzione differente rispetto a quello di invito. Non ridendo, i terapeuti sembrano fare la cosa giusta (Jefferson, 1984). Questo spiega perché la maggioranza delle risate riportate dai pazienti non sia reciprocata: essa è utilizzata per scopi diversi dalla condivisione del divertimento. La non reciprocità del ridere da parte dei terapeuti, inoltre, può avvenire perché i terapeuti tendono a trattenere o sopprimere le proprie espressioni per non influenzare il setting terapeutico. Questa soppressione di comunicazione affettiva effettuata dal terapeuta sarebbe appropriata durante lo svolgimento di sedute di psicoterapia, data la necessità di mantenere l’attenzione sul paziente, tenendo così la centratura del colloquio sul problema presentato senza divagare (Sanavio, 2007).

E’ importante notare, inoltre, che il numero elevato di risate dei pazienti, il più delle volte, è concomitante all’introduzione di un tema delicato o imbarazzante. Probabilmente la cospicua presenza di risate in riferimento a temi delicati è anche da attribuire al fatto che i trascritti provengono da prime sedute di psicoterapia, in cui paziente e terapeuta si incontrano per la prima volta e il paziente deve palesare il motivo della richiesta di supporto psicoterapeutico esprimendo così aspetti deficitari di sé di fronte ad uno sconosciuto.

Anche in questo studio, come in altri precedenti (Marci et al., 2004), è emerso che la maggioranza delle risate è stata prodotta dai pazienti dopo che loro stessi avevano pronunciato una frase od un commento, mostrando come questa tendenza sia più frequente rispetto al produrre risate dopo che il terapeuta dice qualcosa. Il contrario è stato riscontrato per i terapeuti: essi hanno mostrato una tendenza maggiore ad utilizzare la risata in risposta ai turni dei pazienti piuttosto che utilizzarla a corredo di propri turni verbali.

Ciò che compare analizzando i risultati è che la maggioranza delle risate precede o segue l'introduzione di temi delicati, spesso riferiti al motivo per cui i pazienti hanno richiesto il consulto terapeutico. Tale risultato appare simile a quanto avviene nelle interazioni mediche (Hakaana, 1999, 2001, 2010). Una possibile spiegazione è data dal fatto che durante l'esposizione dei temi delicati, i pazienti evidenziano aspetti di sé che li ritraggono in una luce sfavorevole. Queste attività sono possibili "fratture" del proprio sé ideale e la risata sottolineerebbe un momento di imbarazzo (Goffman, 1956). Inoltre, ridere durante la formulazione di un elemento delicato, metacomunicherebbe la consapevolezza da parte dei pazienti dei propri temi delicati dando un'immagine di un paziente "ragionevole" capace di riconoscere le proprie problematiche (Halkowski, 2006).

Un altro risultato emerso riguarda il comportamento tenuto dai terapeuti dopo che i pazienti hanno utilizzato le risate per esprimere temi delicati. Esso si può differenziare in tre categorie: in alcuni casi i terapeuti non hanno proferito alcuna parola, in altri hanno espresso cenni che favorivano il proseguimento dell'esposizione ed in altri ancora hanno posto domande per approfondire il tema presentato dal paziente. Queste strategie utilizzate possono essere viste come una manifestazione del proprio ruolo e una tendenza a svolgere il compito richiesto. Il terapeuta può implicitamente ed empaticamente condividere o comprendere l'esperienza del paziente senza interromperlo, in modo da mantenere sempre l'attenzione su cosa è importante, e cioè, i bisogni e le informazioni trasmesse dal paziente (Marci et al., 2004; Jeffrey, 2009). Questo aspetto rappresenta un elemento di fondamentale importanza: i terapeuti, ponendo attenzione sui temi che vengono accompagnati da una risata o da un altro fenomeno di risibile, possono ottenere utili indicazioni su quali possano essere i temi che necessitano un approfondimento durante il colloquio psicoterapeutico. Questo elemento appare comune con quanto emerso dagli studi condotti in ambito medico, secondo i quali durante un'interazione il dottore, una volta metacomunicati i contenuti delicati, può decidere di approfondire l'argomento oppure lasciare spazio al paziente di far affiorare il suo vissuto (Maynard & Heritage, 2005; Ruusuvoori, 2000).

La delicatezza dei temi presentati è sottolineata anche attraverso elementi diversi dalla risata, come il tono ridente e le particelle di aspirazione interpolate (IPA). Per quanto concerne il

tono ridente, esso è stato prevalentemente utilizzato dai pazienti nel momento in cui venivano presentati temi delicati. Inoltre, nella maggioranza dei casi, il tono ridente è stato associato all'espressione di una risata. Questa tendenza e ricorrenza può supportare la visione di Jefferson (1984) secondo la quale il tono ridente ("smile voice") sarebbe un'estensione della risata e andrebbe categorizzato come tale, piuttosto che come segnale distinto. Tuttavia, per quanto riguarda i terapeuti, è stato mostrato che il tono ridente è accompagnato dalla risata solo in un terzo dei casi in cui esso si è manifestato. Tali risultati potrebbero dare indicazioni differenti rispetto a quanto emerso precedentemente, almeno nei terapeuti, ma l'esiguo campione (tre fenomeni) non permette la possibilità di generalizzare i risultati trovati.

Anche le particelle di aspirazione interpolate (Potter & Hepbourn, 2007) sono state utilizzate prevalentemente dai pazienti, inserite in parole che veicolavano un tema delicato. In accordo con quanto affermato in studi precedenti (Potter & Hepbourn, 2007) esse hanno evidenziato la funzione di sottolineare che l'interlocutore aveva un "problema" con l'argomento in cui sono state inserite. Il loro scopo, quindi, è stato quello di modulare azioni potenzialmente problematiche in modo da moderare l'azione e mettere in risalto un aspetto che sarà cura dell'interlocutore comprendere nella sua entità. Sia nel caso del tono ridente che delle IPA, le strategie utilizzate dai terapeuti possono essere individuate nelle tre precedentemente esposte: i terapeuti possono non proferire alcuna parola, esprimere cenni che favoriscono il proseguimento dell'esposizione oppure porre domande per approfondire il tema presentato dal paziente.

6.2. Commenti umoristici

Uno degli obiettivi del presente studio è stato quello di descrivere e comprendere le funzioni degli interventi umoristici prodotti da terapeuti e pazienti. Ciò che è emerso è che i terapeuti hanno effettuato un numero di interventi umoristici simile a quello dei pazienti (12 rispetto a 10); tuttavia i terapeuti tendono a ridere in maniera minore rispetto ai pazienti a seguito di un intervento umoristico effettuato dall'interlocutore. Una prima possibile spiegazione per la differenza tra il numero delle risate del paziente e terapeuta in risposta a commenti umoristici dell'interlocutore è inquadrabile nella gerarchia sociale del rapporto paziente-terapeuta. Già Coser (1960) studiando le funzioni sociali dell'umorismo tra il personale di un ospedale psichiatrico aveva notato una tendenza gerarchica nell'espressione del ridere. In altre parole, il personale anziano raramente rideva ma produceva un numero di commenti umoristici maggiore, probabilmente per invogliare i colleghi a ridere. Tale tendenza è stata riscontrata in diversi studi susseguenti, condotti su differenti campioni (ad esempio, McCreddie & Wiggins). Anche Fry (2001) sostiene che la risata

funga da veicolo per le informazioni sulla gerarchia di ruoli nelle interazioni sociali. Quanto emerso negli studi precedenti, può essere applicabile anche all'ambito psicoterapeutico: durante le sedute, è plausibile che la risata del paziente rifletta maggiormente la gerarchia sociale della relazione terapeutica, il che spiegherebbe perché i pazienti ridono più dei terapeuti. Questa spiegazione verrebbe sostenuta anche dal fatto che i terapeuti tendono a ridere in seguito al proprio commento solo in rare occasioni.

Proseguendo l'analisi dei dati, si nota come gli interventi umoristici del terapeuta siano volti ad offrire una possibilità di ridere di determinati aspetti personali in modo da superare eventuali resistenze e per cercare di rendere più accettabili argomenti che possono creare imbarazzo. Quindi, l'umorismo è stato utilizzato come modo per abbassare le difese dei pazienti per facilitare nuove prospettive e offrire un modo più flessibile di vedere il "proprio" mondo. Inoltre, i commenti umoristici dei pazienti sono stati utilizzati per trasmettere empatia, ad esempio attraverso rappresentazione, metafora e self-disclosure, offrendo così un'efficace strategia di re-interpretazione. Le funzioni di identificazione di un tema delicato e di riformulazione svolte attraverso l'utilizzo di un commento umoristico lo rendono uno strumento utile per creare flessibilità e abbassare potenziali resistenze che emergono all'interno delle sedute. I terapeuti, utilizzando un commento umoristico ed empatico, possono portare il paziente a vivere un'esperienza a forte impatto emotivo in maniera meno minacciosa: questo passaggio sembrerebbe essere una tappa importante nello stabilire un rapporto empatico con il paziente (Wynn & Wynn, 2006) in quanto egli si sente accolto e ciò che rappresenta un elemento difficile da toccare viene sdrammatizzato, senza essere sminuito o ridicolizzato. Allo stesso modo, sembra importante per i terapeuti prendere in considerazione l'uso dell'umorismo per aiutare a guidare il paziente nella direzione di un cambiamento terapeutico, nello specifico utilizzando l'umorismo come una tecnica di ristrutturazione cognitiva.

Per quanto concerne l'utilizzo di commenti umoristici da parte dei pazienti, esso è stato collegato in prevalenza a temi in qualche modo delicati, quali, ad esempio, la presentazione di sintomatologia o situazioni potenzialmente imbarazzanti, così come mezzo per denigrare l'operato altrui. In quest'ultimo caso non è mai stato rilevato un atteggiamento ostile nei confronti del terapeuta di turno, bensì verso precedenti esperienze avute. Dai dati presentati emerge il fatto che i terapeuti non sempre ridono a seguito di commenti umoristici effettuati dai pazienti. Probabilmente ciò è dovuto al fatto che essi fanno riferimento a temi delicati presentati dai pazienti e, in maniera simile a quanto avviene per le risate di imbarazzo, i terapeuti tendono a non allinearsi, sia per mantenere una distinzione di ruolo, sia per sottolineare che l'argomento è importante e quindi va trattato seriamente (Pierce, 1994). Anche in questo caso, appare di

fondamentale importanza che i terapeuti prestino attenzione a quale momento e riguardo a quale tema i pazienti utilizzano un commento umoristico, perché esso può indicare il fatto che un tema è difficile da affrontare a livello emotivo e il commento divertente servirebbe come meccanismo di difesa volto a gestire l'ansia (Freud, 1905).

Un altro elemento emerso è che l'umorismo può veicolare sentimenti di disallineamento, spesso di non comprensione di quanto viene esposto o addirittura di attacco e critica, più o meno celata. Il terapeuta, consapevole di questa funzione, può quindi individuarne l'origine al fine di preservare la relazione terapeutica, che può essere minacciata da un eccessivo distanziamento fra terapeuta e paziente. L'umorismo con i suoi doppi sensi e la dualità rappresenta un veicolo perfetto per la visualizzazione e l'acquisizione di tali contraddizioni. In uno studio condotto per valutare la funzione empatica dell'umorismo durante sedute di psicoterapia di coppia (Meyer, 2000) è emerso che l'umorismo svolge un peculiare ruolo di comunicazione ed un efficace metodo per gestire contraddizioni. Questa rappresenta una delle caratteristiche di un terapeuta competente che deve dimostrare enorme flessibilità, tolleranza e buona dose di umiltà (Downing, 2000).

6.3. Dati quantitativi

Uno dei punti di forza di questo studio è stato quello di utilizzare, oltre che una metodologia qualitativa, un approccio quantitativo dei dati. Alcuni aspetti interessanti emergono dal fatto che maggiore è la durata del colloquio, maggiore è il numero di risate emesse dai pazienti e non dai terapeuti. Inoltre, vi è una correlazione altamente significativa fra le risate totali emesse dai pazienti e le risate inerenti a temi delicati. Inoltre, andando a controllare il tempo effettivamente parlato dai pazienti, emerge una correlazione positiva e significativa tra il numero di particelle di aspirazione interpolate emesse e le risate di imbarazzo, mentre la correlazione tra particelle di aspirazione interpolate e le risate delicate, sebbene permanga positiva, perde significatività. Incrociando questi dati, si può ipotizzare che i pazienti, in prima seduta, tendono a parlare di argomenti delicati spesso accompagnati da risate di imbarazzo. Probabilmente, come è emerso dall'analisi qualitativa, una volta che il paziente introduce un tema delicato, il terapeuta può chiedere un chiarimento e ciò può portare a toccare nuovi argomenti accompagnati da altre risate in riferimento a temi delicati. Nei colloqui che sono durati più a lungo, avendo un maggior tempo per parlare e a seguito di richieste di spiegazioni o approfondimenti da parte del terapeuta, i pazienti hanno proferito un maggior numero di risate. In maniera simile, al crescere del tempo a

disposizione, cresce l'utilizzo di tono ridente, che come si è visto in precedenza è connesso all'introduzione di temi delicati. Questi risultati confermerebbero l'ipotesi precedente.

Un altro dato interessante emerge dal fatto che al crescere della durata delle pause vi è una diminuzione, nei pazienti, del numero di risate totali, in particolare di risate delicate e di sollievo. Probabilmente, in prima seduta, il carico di ansia portato dal paziente è così grande che sente la necessità di parlare dei propri problemi, specialmente in riferimento a temi delicati. All'aumentare delle pause, per diverse motivazioni, il tempo a disposizione per parlare diminuisce e così la possibilità di alleggerirsi del carico emotivo.

È da notare che i fenomeni del risibile del paziente non mostrano relazioni con il tempo parlato dal terapeuta. Il tempo parlato dal paziente mostra una correlazione negativa con le risate emesse dal terapeuta: questo dato può essere interpretato meglio incrociandolo con i risultati qualitativi. Il terapeuta tende a ridere in maniera statisticamente minore rispetto al paziente e la maggior parte delle volte le risate seguono un commento del paziente. Non è necessario, quindi, che il paziente parli molto o produca numerose risate di invito per trovare un allineamento da parte del terapeuta, bensì che egli effettui commenti umoristici pertinenti in grado di far ridere l'interlocutore.

Per quanto riguarda le risate emessa dal terapeuta, esse mostrano una correlazione positiva con il parlato dello stesso, probabilmente a indicare che, a parte i commenti umoristici effettuati dal paziente, i terapeuti tendono a ridere in maniera maggiore per ciò che dicono in prima persona. Inoltre, è emersa una correlazione positiva fra le risate di derisione del terapeuta, le risate di imbarazzo del paziente ed il numero totale delle risate emesse dal terapeuta. Questo dato potrebbe indicare una tendenza ad un utilizzo non positivo dell'umorismo da parte dei due terapeuti volto a ridere *di*, piuttosto che ridere *con* il paziente.

Infine, sebbene sia stato utilizzato poco, il tono ridente dei terapeuti correla in maniera significativa con l'umorismo del paziente, l'umorismo del terapeuta e le risate di imbarazzo del paziente. In questo caso l'utilizzo del tono ridente da parte del terapeuta non svolgerebbe una funzione legata a segnalare temi delicati, bensì ad altro: ad esempio, il tono ridente potrebbe segnalare empatia per il paziente o imbarazzo nel presentare argomenti che si discostano dal focus del colloquio.

6.4. Implicazioni del presente studio

Questa ricerca fornisce utili indicazioni per comprendere meglio il fenomeno del risibile all'interno delle sedute di psicoterapia cognitiva. Attraverso l'utilizzo dell'Analisi

Conversazionale è stato possibile evidenziare la complessità dell'interazione fra terapeuta e paziente e poterne cogliere anche le più piccole dimensioni. Porre attenzione sui contenuti e sulle strategie utilizzate può portare al riconoscimento di preziose informazioni che altrimenti andrebbero perse. Il presente studio ha messo così in luce una differenza per quanto concerne l'utilizzo di risibile da parte di terapeuta e paziente nella prima seduta di terapia, in cui un elemento caratterizzante è la presenza di numerosi contenuti delicati che, grazie all'utilizzo di risibile, possono essere individuati e poi approfonditi, portando a un'ottimizzazione di tempi e manovre terapeutiche.

Inoltre, si è evidenziato come l'utilizzo da parte dei terapeuti di commenti umoristici volti a sdrammatizzare e normalizzare i temi presentati, favorisce una reinterpretazione degli stessi da parte dei pazienti e una miglior predisposizione a continuare a parlarne. Tuttavia, data la ristrettezza del campione di questo studio, non è possibile generalizzare questi fenomeni che potrebbero acquisire particolare rilevanza nel momento in cui dovessero emergere costantemente, in seguito ad ulteriori approfondimenti.

6.5. Punti di forza, limiti e direzioni future di ricerca

Lo studio appena condotto mostra dei punti di forza e dei limiti che è bene sottolineare. Fra i punti di forza troviamo il fatto che questo è uno dei pochi studi empirici condotti per valutare l'utilizzo dell'umorismo e della risata in psicoterapia. Tra le ricerche finora condotte, infatti, esistono numerosi contributi a livello teorico (ad esempio, Dionigi, 2012; Franzini, 2001; Fry & Salameh, 1983), ma vi è una scarsità di studi specifici (Marci et al., 2004; Meyer, 2007; Gregson, 2009; Jeffrey, 2009); tali approfondimenti hanno utilizzato metodologie e procedure molto varie fra loro. La scelta di avvalersi della metodologia dell'Analisi della Conversazione ha fornito utili e precise informazioni non solo sul fenomeno dell'umorismo, ma anche su quello della risata, permettendo di analizzare nello specifico tempi, modi e funzioni in cui entrambi i fenomeni apparivano. Un altro punto di forza è rappresentato dalla specificità dell'ambito su cui si è focalizzato questo studio, quello della psicoterapia cognitiva standard. Tale decisione è emersa poiché come terapeuta in formazione in questo particolare orientamento ero incuriosito ed interessato ai risultati che sarebbero emersi dalla ricerca. Inoltre, essendo l'approccio cognitivo standard un approccio attivo, in cui terapeuta e paziente partecipano al processo terapeutico, l'utilità della ricerca ha permesso di valutare se vi fossero differenze in merito ad altri approcci maggiormente studiati finora (ad esempio l'approccio psicodinamico) in cui vi è una tendenza meno partecipativa da parte del terapeuta. Un ulteriore punto di forza è legato all'aver voluto fissare l'ambito di ricerca

alle prime sedute di psicoterapia. Ciò per cercare di mantenere la variabile “alleanza terapeutica” il più costante possibile, in modo da equiparare i risultati ottenuti fra diversi terapeuti e pazienti. Tale studio è partito dal presupposto che durante il primo colloquio di psicoterapia pazienti e terapeuti tendono a mantenere un comportamento abbastanza stabile e omogeneo, che non è influenzato dall'alleanza terapeutica, in quanto ancora non si è venuta a costituire. Un ultimo punto di forza è rappresentato dalla conduzione di un'analisi quantitativa in base a diversi parametri (ad esempio tempo parlato da terapeuta e paziente, frequenze e tipologie del fenomeno del risibile ecc.) che hanno fornito materiale di confronto fra i due interlocutori.

Per quanto concerne i limiti, lo studio è stato condotto su un esiguo campione: poiché i dati provengono da colloqui fra otto pazienti e due terapeuti, probabilmente non possono essere generalizzabili, seppure decisamente interessanti. A tale limite si aggiunge il fatto che i due terapeuti presi in esame siano stati entrambi di sesso maschile. Si sa che uomini e donne tendono a ridere in maniera differente rispetto a determinati contenuti e in differenti contesti (ad esempio, Kothoff, 2006) e che, per quanto riguarda l'ambito specifico della psicoterapia, ci può essere una preferenza nella scelta del terapeuta in base al genere e all'età. Non si può quindi sapere se, utilizzando dati provenienti da colloqui effettuati con psicoterapeuti di diverse età e di genere femminile, si sarebbero ottenuti risultati differenti. In maniera analoga sarebbe interessante approfondire lo studio, in analisi future, in base a diverse culture. Un altro limite è dato dalla varietà di disturbi di cui soffrivano i pazienti, che non hanno permesso clusterizzazioni, se non ad ampio spettro. Sarà interessante, in futuro, focalizzarsi specificatamente su gruppi di soggetti che presentano uno stesso disturbo psicologico in modo da evidenziare se vi siano ricorrenze specifiche e osservare se ed in quale modo esse si differenzino rispetto a quelle presentate da soggetti con altri disturbi. Un ulteriore limite deriva dall'utilizzo di dati provenienti da prime sedute di terapie, e, non avendo indicatori di come il processo terapeutico prosegua, non è possibile affermare se i fenomeni del risibile (ad esempio in riferimento a temi delicati) possano modificarsi nel corso delle interazioni valutando anche la direzione di tale differenza in base all'uso dell'umorismo e di risposte da parte di uno specifico terapeuta. Un altro aspetto da approfondire potrebbe essere quello di indagare il grado di soddisfazione e di apprezzamento percepito da parte dei pazienti in merito all'espressione dell'umorismo da parte dei terapeuti. Sebbene siano state condotte alcune ricerche in merito (Meyer, 2007; Rosenheim & Golan, 1986), nessuno si è concentrato sullo studio combinato dei due aspetti. Infine, relativamente alla metodologia adottata, un limite riguarda i dati, poiché provengono da registrazioni audio piuttosto che audio-video. Tale scelta, sebbene imputabile ad una carenza oggettiva di strumentazione apposita, in un ambito più ampio è da considerarsi come consuetudine dell'approccio dell'Analisi

della Conversazione. L'AC si focalizza espressamente sull'organizzazione del "parlare in interazione" e, nonostante le registrazioni audio non catturino tutto ciò che si è verificato in una interazione, esse rappresentano piuttosto bene quanto è accaduto (Sacks, 1984). Sicuramente, potendo fruire di dati audio-video, si possono aggiungere numerosi elementi utili per la comprensione dei fenomeni che le registrazioni audio non rendono possibile (ad esempio i sorrisi).

6.6. Conclusioni

Personalmente, credo che l'utilizzo dell'umorismo in psicoterapia vada considerato come una ricchezza e la possibilità di utilizzarlo venga valutata dal terapeuta, in base al momento e al paziente che si trova di fronte. Per questo motivo vi sono alcune raccomandazioni che devono essere fatte: come regola fondamentale l'umorismo dovrebbe veicolare funzioni positive. In questo modo si contribuisce alla creazione di una buona relazione terapeutica e attraverso di esso si può stimolare e facilitare la comunicazione e promuovere un favorevole rapporto di lavoro tra terapeuta e paziente. I terapeuti che decidono di usare l'umorismo devono fare attenzione per evitare possibili equivoci nella comprensione da parte dei pazienti. Per tali motivi è importante utilizzare terapeuticamente l'umorismo, ed è altrettanto importante che i terapeuti lo considerino come un'abilità che deve essere appresa e a cui debbano essere formati, nello stesso modo in cui avviene per altre tecniche terapeutiche. Infine, uno studio approfondito non solo dell'umorismo, ma anche del ridere, può aiutare i terapeuti a comprendere meglio attività verbali e comportamenti che il paziente esprime attraverso l'utilizzo questo particolare fenomeno.

Bibliografia

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Attardo, S. (2002). Humor and irony in interaction: From mode adoption to failure of detection. *Emerging communication, 3*, 159-180.
- Attardo, S. (2001). *Humorous texts: A semantic and pragmatic analysis*. New York, NY: Mouton de Gruyter.
- Attardo, S. (1997). The semantic foundations of cognitive theories of humor. *Humor, 10*(4), 395-420.
- Attardo, S. (1994). *Linguistic theories of humor* (Vol. 1). Berlin: Walter de Gruyter.
- Attardo, S., & Raskin, V. (1991). Script theory revis (it) ed: joke similarity and joke representation model. *Humor: International Journal of Humor Research, 4*(3-4), 293-347.
- Bachorowski, J. A., & Owren, M. J. (2001). Not all laughs are alike: Voiced but not unvoiced laughter readily elicits positive affect. *Psychological Science, 12*(3), 252-257.
- Beattie, J. (1779). *Essays: on Poetry and Music, as They Affect the Mind: On Laughter, and Ludicrous Composition; on the Usefulness of Classical Learning*. London: Printed for E. and C. Dilly and W. Creech, Edinburgh.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(2), 194.
- Bennett, H. J. (2003). Humor in medicine. *Southern medical journal, 96*(12), 1257-1261.
- Bercelli, F., Rossano, F., Viaro, M. (2008a). Clients' responses to therapists' reinterpretations, in Peräkylä A, Antaki C. et al. (Eds), *Conversation Analysis and Psychotherapy* (pp.43-61), Cambridge: Cambridge University Press
- Bercelli, F., Viaro, M., Rossano F. (2004). Attività in alcuni generi di psicoterapia, in Fasulo A. e Galatolo R. (a cura di), *Rivista di psicolinguistica applicata*, numero speciale sull'analisi della conversazione.
- Blevins, T. L. (2010). *Humor in Therapy: Expectations, Sense of Humor, and Perceived Effectiveness* (Unpublished Dissertation). Auburn, Alabama: Auburn University.
- Bercelli, F., Leonardi, P., & Viaro, M. (1999). *Cornici terapeutiche: Applicazioni cliniche di analisi dell'interazione verbale*, Milano: Raffaello Cortina editore.
- Bergen, D. (1998). Development of the sense of humor. *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic, 329-358*.
- Bergson, H. (1961). *Il riso. Saggio sul significato del comico*. Milano: Rizzoli.
- Black, D. W. (1984). Laughter. *JAMA: the journal of the American Medical Association, 252*(21), 2995-2998.
- Bongelli, R., & Riccioni, I. (2008). *La conversazione: Un modello di analisi integrato*, Milano: McGraw-Hill.
- Borcherdt, B. (2002). Humor and its contributions to mental health. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy, 20*(3-4), 247-257.
- Buckman, E. S. (Ed.). (1994). *The handbook of humor: Clinical applications in psychotherapy*. Malabar, FL: Krieger Publishing Company.
- Buttny, R. (2001). Therapeutic humor in retelling the clients' tellings. *Text-the hague then amsterdam then berlin-, 21*(3), 303-326.
- Button, G. (Ed.). (1991). *Ethnomethodology and the human sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Canestrari, C., & Bianchi, I. (2009). The perception of humor: From script opposition to the phenomenological rules of contrariety. In U. Savardi (Ed.), *The perception and cognition of contraries*, (pp. 225-246). McGraw-Hill: Milano.
- Canestrari, C., & Bianchi, I. (2012). Perception of Contrariety in Jokes. *Discourse Processes*, 49(7), 539-564.
- Canestrari, C., & Bianchi, I. (2013). From perception of contraries to humorous incongruities. In M. Dynel (Ed.), *Developments in Linguistic Humour Theory* (pp. 3-24). John Benjamin Publishing: Amsterdam.
- Cann, A., Norman, M. A., Welbourne, J. L., & Calhoun, L. G. (2008). Attachment styles, conflict styles and humour styles: Interrelationships and associations with relationship satisfaction. *European journal of personality*, 22(2), 131-146.
- Corey, G. (2005). Gestalt theory. In L. Gebo & S. Gesicki (Eds.), *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (7th ed., 192-223). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Coupland, J., Robinson, J. D., & Coupland, N. (1994). Frame negotiation in doctor-elderly patient consultations. *Discourse & Society*, 5(1), 89-124.
- Coser, R. L. (1960). Laughter among colleagues: A study of the social functions of humor among staff of a mental hospital. *Psychiatry*, 23, 81-95.
- Darwin, C. (1872) *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, London: Murray [3rd edition edited by Paul Ekman. Oxford University Press, New York, 1998].
- Davis, K. (1986). The process of problem (re)formulation in psychotherapy, *Sociology of Health & Illness*, 8,44-74.
- Deckers, L. (1993). On the validity of a weight-judging paradigm for the study of humor. *Humor*, 6, 43-43.
- Dionigi A. (2012). Humor in Psychotherapy. In P. Gremigni (Ed.), *Humor and Health Promotion* (pp. 189-212). New York: Nova Science Publisher.
- Downing, J. N. (2000). *Between conviction and uncertainty: Philosophical guidelines for the practicing psychotherapist*. Albany, NY: SUNY Press.
- Drew, P., Heritage J. (1994). Talk at work: Interaction in Institutional Settings, *Contemporary Sociology*, 23(4), 596-597.
- Ellis, A. (1977). *Fun as psychotherapy*. New York: Albert Ellis Institute.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1982). Felt, false, and miserable smiles. *Journal of nonverbal behavior*, 6(4), 238-252.
- Eysenck, H. J. (1942). The appreciation of humour: an experimental and theoretical study. *British Journal of Psychology General Section*, 32(4), 295-309.
- Fasolo, F. & Gambini, F. (1981). Depression and humor. *Psichiatria Generale dell'età Evolutiva*, 19(1), 73-85.
- Foot, H. C., & McCreddie, M. (2006). Humour and laughter. *The handbook of communication skills*, 259-285.
- Forabosco, G. (2008). Is the concept of incongruity still a useful construct for the advancement of humor research?. *Lodz Papers in Pragmatics*, 4(1), 45-62.
- Forabosco, G. (1998). The ill side of humor. In W. Ruch (Ed.), *The Sense of Humor: Explorations of a Personality Characteristic* (271-292). Berlin, Germany: Mouton de Gruyter.
- Forabosco, G. (1992). Cognitive aspects of the humor process: the concept of incongruity. *Humor. International Journal of Humor Research*, 5,(1), 45-68.
- Forabosco, G. (1994). Seriality and appreciation of jokes. *Humor, International Journal of Humor Research*, 7, 351-351.

- Foster, J. A., & Reid, J. (1983). Humor and Its Relationship to Students' Assessment of the Counsellor. *Canadian Counsellor*, 17(3), 124-129.
- Franzini, L. R. (2001). Humor in therapy: The case for training therapists in its uses and risks. *The Journal of general psychology*, 128(2), 170-193.
- Freud, S. (1960). Jokes and their relation to the unconscious (J. Strachey, Trans.). New York: W. W. Norton. (Original work published 1905).
- Freud, S. (1928). Humour. *The International Journal of Psychoanalysis*, 9, 1-6.
- Frewen, P. A., Brinker, J., Martin, R. A., & Dozois, D. J. (2008). Humor styles and personality-vulnerability to depression. *Humor. International Journal of Humor Research*, 21(2), 179-195.
- Fry Jr, W. F. (1963). *Sweet madness: A study of humor*. Palo Alto, CA: Pacific Books.
- Fry Jr, W. F., & Salameh, W. A. (1987). *Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor*. Professional Resource Exchange, Inc.
- Gale, J., & Newfield, N. (1992). A conversation analysis of a solution-focused marital therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18(2), 153-165.
- Galeazzi, A., & Meazzini, P. (2004). *Mente e comportamento*. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale. Firenze: Giunti.
- Gelkopf, M., & Kreitler, S. (1996). Is humor only fun, an alternative cure or magic? The cognitive therapeutic potential of humor. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10(4), 235-254.
- Gervais, M., & Wilson, D. S. (2005). The evolution and functions of laughter and humor: a synthetic approach. *The Quarterly Review of Biology*, 80(4), 395-430.
- Giora, R. (1988). On the informativeness requirement. *Journal of Pragmatics*, 12, 547-565.
- Giora, R. (1991). On the cognitive aspects of the joke. *Journal of Pragmatics*, 16, 465-485.
- Giora, R. (2003). *On our mind: Salience, context, and figurative language*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gladding, S. T. (1995). Humor in counseling: Using a natural resource. *The Journal of Humanistic Education and Development*, 34(1), 3-12.
- Glenn, P. J. (2003). *Laughter in interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goffman, E. (1956). Embarrassment and social organization. *American Journal of Sociology*, 264-271.
- Grotjahn, M. (1957). *Beyond laughter: Humor and the subconscious*. New York: McGraw-Hill.
- Gruner, C.R. (1997). *The Game of Humor: A Comprehensive Theory of Why We Laugh*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Jefferson, G. (2004). A note on laughter in 'male-female' interaction. *Discourse Studies*, 6(1), 117-133.
- Jefferson, G., Sacks, H., & Schegloff, E. A. (1987). Notes on laughter in the pursuit of intimacy. Jefferson, G., Sacks, H., & Schegloff, E.A. (1987). Notes on laughter in the pursuit of intimacy. In G. Button & J. R. E. Lee (Eds.), *Talk and Social Organisation* (pp. 86-100) Clevedon, UK: Multilingual Matters.
- Jefferson, G. (1985). An exercise in the transcription and analysis of laughter. In: T.A. van Dijk (Ed.), *Handbook of discourse analysis* (pp.25-34). London: Academic Press.
- Jefferson, G. (1984). On the organization of laughter in talk about troubles, in Atkinson, J.M., Heritage, J. (Eds), *Structures of Social Action* (pp.346-369). Cambridge: Cambridge University Press,
- Jefferson, G. (1974). Error correction as an interactional resource. *Language in Society*, 2,181-199.
- Jefferson, G. (1979). A technique for inviting laughter and its subsequent acceptance/declination. *Everyday language: Studies in ethnomethodology*, 79, 96.

- Jeffrey, S. (2009). *Questioning the importance of being earnest: A conversation analysis of the use and function of humour in the serious business of therapy* (Unpublished Dissertation). Hatfield, UK: University of Hertfordshire.
- Haakana, M. (2010). Laughter and smiling: Notes on co-occurrences. *Journal of Pragmatics*, 42(6), 1499-1512.
- Haakana, M. (2001). Laughter as a patient's resource: Dealing with delicate aspects of medical interaction. *Text–Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 21(1-2), 187-219.
- Haakana, M. (1999). *Laughing matters: A conversation analytical study of laughter in doctor-patient interaction*. (Unpublished doctoral dissertation). Department of Finnish Language, University of Helsinki.
- Hayes, J. A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research*, 14(1), 21-36.
- Halkowski, T. (2006). 'Realizing the Illness: Patients' Narratives of Symptom Discovery'. In J. Heritage, & D. W. Maynard (Eds.), *Communication in Medical Care* (pp. 86-114). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, C. (1986). *Body movement and speech in medical interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hepburn e Bolden (2013). The Conversation Analytic Approach to Transcription. In T. Stivers, & J. Sidnell (Eds.), *The Handbook of Conversation Analysis* (pp. 57-76). Oxford: Blackwell.
- Heritage, J. (1989). Current developments in conversation analysis. *Conversation: An interdisciplinary perspective*, 3, 21.
- Heritage, J., Maynard, D.W. (2006). *Communication in medical care*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hirsch, R. D., & Kranzhoff, E. U. (2004). Humour group therapy in old age: Results of a scientifically guided therapeutic investigation. *Gruppenpsychotherapie und gruppensdynamik*, 40(2), 106-129.
- Hobbes, T. (1650), *Human Nature*, London: Cass.
- Holt, E. (2013). On the Nature of "Laughables": Laughter as a Response to Overdone Figurative Phrases. *Pragmatics*, 21(3).
- Holt, E. (2012). Using laugh responses to defuse complaints. *Research on Language & Social Interaction*, 45(4), 430-448.
- Holt, E. (2010). The last laugh: Shared laughter and topic termination. *Journal of Pragmatics*, 42(6), 1513-1525.
- Hutchby, I. (2001). Technologies, texts and affordances. *Sociology*, 35(2), 441-456.
- Keith-Spiegel, P. (1972), "Early Conceptions of Humor: Varieties and Issues," in J.H Goldstein & P.E McGhee (Eds.), *Psychology of Humor*, New York: Academic Press, 3-39.
- Koestler, A. (1964). *The act of creation*. Hutchinson, London.
- Kohler, K. J. (2008). 'Speech-Smile', 'Speech-Laugh', 'Laughter' and Their Sequencing in Dialogic Interaction. *Phonetica*, 65(1-2), 1-18.
- Kothoff, H. (2006). Gender and Humor: The State of Art. *Journal of Pragmatics*, 38, 4-25.
- Kubie, L. (1971). The destructive potential of humour in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 127(7), 861-866
- Kuiper, N. A. (2012). Humor and Resiliency: Towards a Process Model of Coping and Growth. *Europe's Journal of Psychology*, 8(3), 475-491
- Kuiper, N. A., & McHale, N. (2009). Humor styles as mediators between self-evaluative standards and psychological well-being. *The Journal of Psychology*, 143(4), 359-376.
- Kuhlman, T. L. (1984). *Humor and psychotherapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

- Killinger, B. (1987). Humor in psychotherapy: A shift to a new perspective. *Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor*, 21-40.
- Lacan, J. (1997). *The Ethics of Psychoanalysis. The Seminar of Jacques Lacan Book VII*. New York: Norton.
- Lenzi, S., & Bercelli, F. (2010). *Parlar di Sè con un esperto di Sè. Psicoterapia cognitiva e narrative personali*. Firenze: Eclipsi.
- Lerner (2004). Collaborative Turn Sequences. In G.H. Lerner (Ed.), *Conversation Analysis: Studies from the First Generation*. Amsterdam: John Benjamins.
- Lynch, O. H. (2002). Humorous communication: Finding a place for humor in communication research. *Communication Theory*, 12(4), 423-445.
- Maier, N. R. F. (1932). A Gestalt theory of humour. *British Journal of Psychology*, 23, 69-74.
- Mandler, J. M. (1979). Categorical & schematic organization in memory. In C. R. Puff (Ed.), *Memory organization and structure* (pp. 259-299). New York: Academic Press.
- Marcus, N. N. (1990). Treating those who fail to take themselves seriously: pathological aspects of humor. *American journal of psychotherapy*, 44(3), 423.
- Marci, C. D., Moran, E. K. & Orr, S.P. (2004). Physiologic Evidence for the Interpersonal Role of Laughter During Psychotherapy. *Journal of nervous & Mental disease*, 192(10), 689-695.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48-75.
- Martin, R. A. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach*. London, England: Elsevier.
- Martin, R. A., & Lefcourt, H. M. (2004). Sense of humor and physical health: Theoretical issues, recent findings, and future directions. *Humor*, 17(1/2), 1-20.
- Maynard, D. W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education*, 39(4), 428-435.
- McGhee, P. E. (2010). *Humor: The lighter path to resilience and health*. Bloomington, IN: AuthorHouse.
- McGhee, P. E. (1971). The role of operational thinking in children's comprehension and appreciation of humor. *Child Development*, 733-744.
- McGhee, P. E., Ruch, W., & Hehl, F. J. (1990). A personality-based model of humor development during adulthood. *Humor*, 3(2), 119-146.
- Meyer, J. C. (2000). Humor as a double-edged sword: Four functions of humor in communication. *Communication theory*, 10(3), 310-331.
- Minden, P. (2002). Humor as the focal point of treatment for forensic psychiatric patients. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 75-86.
- Moore, P., & Von Leden, H. (1958). Dynamic variations of the vibratory pattern in the normal larynx. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 10(4), 205-238.
- Morreall, J. (2009). *Comic relief: A comprehensive philosophy of humor*. John Wiley and Sons.
- Mulkay, M. J. (1988). *On humour: Its nature and its place in modern society*. Cambridge: Polity Press.
- Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 173.
- Nelson, J. K. (2008). Laugh and the world laughs with you: An attachment perspective on the meaning of laughter in psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 41-49.

- Nerhardt, G. (1970). Humor and inclination to laugh: Emotional reactions to stimuli of different divergence from a range of expectancy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 11(1), 185-195.
- Nwokah, E. E., Davies, P., Islam, A., Hsu, H. C., & Fogel, A. (1993). Vocal affect in three-year-olds: A quantitative acoustic analysis of child laughter. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 94, 3076.
- O'Brien, E. E. (2001). *Humor, the therapeutic relationship, and outcome*. Unpublished doctoral dissertation, Indiana University Pennsylvania
- Panksepp, J. (2003). At the interface of the affective, behavioral, and cognitive neurosciences: Decoding the emotional feelings of the brain. *Brain and cognition*, 52(1), 4-14.
- Peräkylä, A. (2008). Conversation analysis and psychoanalysis: Interpretation, affect, and intersubjectivity, in A. Peräkylä A, C. Antaki C. et al. (Eds.), *Conversation Analysis and Psychotherapy*, (pp.43-61). Cambridge: Cambridge University Press.
- Peräkylä, A. (2005). Patients' responses to reinterpretations: A dialogue between conversation analysis and psychoanalytic theory, *Communication & Medicine*, 2(2), 163-176.
- Peräkylä, A. (2003). *After interpretation: Implicit resistance and co-construction in talk that follows psychoanalytic interpretations*, (in editorial review) *Relazione presentata a COMET (Communication, Medicine & Ethics)*, 26-28 June 2003, Cardiff.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Pierce, R. (1994). Use and abuse of laughter in psychotherapy. In H. Streaan (Ed.), *The use of humor in psychotherapy* (pp. 105-111). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Plessner, H. (1941) *Lachen und Weinen*, Bern, Switzerland: Francke.
- Pomerantz, A. (1984) Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. In J. M. Atkinson, & J., Heritage (Eds.), *Structures of Social Action*, (pp. 57-101). Cambridge: Cambridge University Press.
- Potter, J., & Hepburn, A. (2007). Putting aspiration into words: 'Laugh particles', managing descriptive trouble and modulating action. *Journal of Pragmatics*, 42(6), 1543-1555.
- Provine, R.R. (2001). *Laughter: A scientific investigation*. New York: Viking
- Provine, R. R., & Yong, Y. L. (1991). Laughter: A stereotyped human vocalization. *Ethology*, 89(2), 115-124.
- Rothbart, M.K. & Pien, D.(1976). Elephants and marshmallows: a theoretical synthesis of incongruity-resolution and arousal theories of humor. In A. J. Chapman & H. C. Foot H.C. (Eds.), *Humour and laughter : theory, research and applications* (pp.37-40) London, Wiley.
- Raskin, V. (1985). *Semantic mechanisms of humor*. New York: Springer.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory* (p. 491). Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenheim, E., & Golan, G. (1986). Patients' reactions to humorous interventions in psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 40, 110-124.
- Ruch, W. (2008). Psychology of humor. In V. Raskin (Ed.), *A Primer of humor research* (pp. 17-100). Berlin, Germany: Mouton de Gruyter.
- Ruch, W., & Hehl, F. J. (1983). Intolerance of ambiguity as a factor in the appreciation of humour. *Personality and Individual Differences*, 4(5), 443-449.
- Ruch, W. (1992). Assessment of appreciation of humor: Studies with the 3 WD humor test. *Advances in personality assessment*, 9, 27-75.
- Ruch, W., & Ekman, P. (2001). The expressive pattern of laughter. *Emotion, qualia, and consciousness*, 426-443.

- Ruusuvuori, J. (2000). *Control in the medical consultation: Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care*. Tampere University Press.
- Sacks, H. (1992). *Lectures on Conversation* (Vol.1), Jefferson G. (Ed.), Oxford: Basil Blackwell.
- Sacks, H. (1974). An analysis of the course of a joke's telling in conversation. *Explorations in the Ethnography of Speaking*, 337, 353.
- Sacks, H., Schegloff, E.A., Jefferson, G. (2000). L'organizzazione della presa del turno nella conversazione. In G. Fele G., & P. P. Giglioli (Eds.), *Linguaggio e contesto sociale* (pp.97-135). Bologna: Il Mulino.
- Sacks, H., Schegloff, E.A., Jefferson, G. (1974). "A simplest systematic for the organization of Turn-taking for conversation", *Language* 50, (4/1), 696-735.
- Sanavio, E. (2007). Il primo colloquio nell' assessment clinico. In P. Moderato & F. Rovetto (Eds.) *Psicologo: verso la professione* (pp. 1-18). McGraw-Hill, Milano.
- Saper, B. (1987). Humor in psychotherapy: Is it good or bad for the client? *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(4), 360.
- Savardi, U., & Bianchi, I. (2000). *L'identità dei contrari*. Verona: CIERRE.
- Schank, R. C. & Abelson, R.P. (1977) *Scripts, Plans, Goals and Understanding*. New York: Wiley.
- Schegloff, E.A. (2007). *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Schegloff, E. A. (1997). Third turn repair. *Amsterdam studies in the theory and history of linguistic science series*, 4, 31-40.
- Schegloff, E. A. (1995). Discourse as an Interactional Achievement III: The Omnirelevance of Action. *Research on language and social interaction*, 28(3), 185-211.
- Schegloff, E. A. (1990). On the organization of sequences as a source of "coherence" in talk-in-interaction. *Conversational organization and its development*, 5177.
- Schegloff, E. A. (1988). On an actual virtual servo-mechanism for guessing bad news: A single case conjecture. *Social Problems.*, 35, 442.
- Schegloff, E.A. (1987). Analyzing Single Episodes of Interaction. An Exercise in Conversation Analysis, *Social Psychology Quarterly*, 50(2), 101-114.
- Schegloff, E. A. (1980). Preliminaries to preliminaries:"Can I ask you a question?". *Sociological inquiry*, 50(3-4), 104-152.
- Schegloff, E. A. (1979). Identification and recognition in telephone conversation openings. *Everyday language: Studies in ethnomethodology*, 23-78.
- Schegloff, E. A., & Sacks, H. (1973). Opening up closings. *Semiotica*, 8(4), 289-327.
- Schegloff, E.A. (1972). Notes on conversational practice: formulating place, in Sudnow D. (Ed.) *Studies in Social Interaction*, New York: Free Press, pp. 75-119.
- Sultanoff, S. (2003). Integrating humor into psychotherapy. In C. E. Schaefer (Ed.). *Play therapy with adults* (107-143). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Suls, J. M. (1972). A two-stage model for the appreciation of jokes and cartoons. In J. H. Goldstein, & P. E. McGhee (Eds.), *The Psychology of Humor: Theoretical Perspectives and Empirical Issues* (81-100). New York: Academic Press.
- Suls, J. M. (1983). Cognitive processes in humor appreciation. In J. H. Goldstein, & P. E. McGhee (Eds.), *Handbook of Humor Research* (pp. 39-57). New York: Springer.
- Van Hoof, J.A. (1972). A comparative approach to the phylogeny of laughter and smiling. In R. A Hinde (Ed.), *Non-verbal communication* (pp. 209-241). London: Cambridge University Press.
- ten Have, P. (2007). *Doing conversation analysis*. London: Sage.

- Vernon, P. A., Martin, R. A., Schermer, J. A., & Mackie, A. (2008). A behavioral genetic investigation of humor styles and their correlations with the Big-5 personality dimensions. *Personality and Individual Differences, 44*(5), 1116-1125.
- Veselka, L., Schermer, J. A., Martin, R. A., & Vernon, P. A. (2010). Relations between humor styles and the Dark Triad traits of personality. *Personality and Individual Differences, 48*(6), 772-774.
- Vettin, J., & Todt, D. (2004). Laughter in conversation: Features of occurrence and acoustic structure. *Journal of Nonverbal Behavior, 28*(2), 93-115.
- Vehviläinen, S. (2008). Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction, in Peräkylä A, Antaki C. et al. (Eds.) *Conversation Analysis and Psychotherapy*, Cambridge: Cambridge University Press
- Walter, M., Hänni, B., Haug, M., Amrhein, I., Krebs-Roubicek, E., Müller-Spahn, F., & Savaskan, E. (2007). Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study. *International journal of geriatric psychiatry, 22*(1), 77-83.
- West, C. (1984). When the doctor is a "lady": power, status and gender in physician-patient encounters. *Symbolic Interaction, 7*(1), 87-106.
- Winick, C. (1976). The social contexts of humor. *Journal of Communication, 26*(3), 124-128.
- Wolfstein, M. (1978). *Children's humor: A psychological analysis*. Bloomington, IL: Indiana University Press.
- Wolpe, J., & Turkat, I. D. (1985). Behavioral formulation of clinical cases. *Behavioral case formulation, 5*-36.
- Wynn, R., & Wynn, M. (2006). Empathy as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy: Characteristics of some conversational resources. *Journal of pragmatics, 38*(9), 1385-1397.

APPENDICE

Informativa ai sensi dell'art. 13, d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196

(Codice in materia di protezione dei dati personali)

Con la presente La informo che i colloqui psicologici saranno svolti mediante registrazioni audio/video. La informo altresì che i dati che la riguardano sono raccolti in forma anonima presso l'archivio del Centro di Ricerca in Psicologia della Comunicazione dell'Università degli studi di Macerata e che verranno utilizzati unicamente ai fini dello svolgimento di attività di ricerca scientifica. Inoltre, parziali trascrizioni delle registrazioni saranno utilizzati in forma anonima in pubblicazioni scientifiche e presentazioni a convegni scientifici. In relazione al trattamento di tali dati, Ella potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 7, 8 e 9 del d.lgs. 196/2003, in quanto applicabili, riprodotti in calce alla presente.

Tali dati, ai quali potranno accedere tutti i componenti del Centro di Ricerca in Psicologia della Comunicazione dell'Università degli studi di Macerata, sono trattati mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con garanzia di sicurezza e riservatezza e con impegno a non diffonderli e comunicarli a terzi estranei.

La informo, infine, che il titolare e responsabile del trattamento, nonché dei dati, è il Dottor Alberto Dionigi, iscritto al XXVI ciclo del Dottorato di Ricerca in "Psicologia della Comunicazione e Processi Cognitivi" presso l'Università di Macerata.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

(artt. 7, 8 e 9, d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

Art. 7 - (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Art. 8 - (Esercizio dei diritti)

1. I diritti di cui all'articolo 7 sono esercitati con richiesta rivolta senza formalità al titolare o al responsabile, anche per il tramite di un incaricato, alla quale è fornito idoneo riscontro senza ritardo.
2. I diritti di cui all'articolo 7 non possono essere esercitati con richiesta al titolare o al responsabile o con ricorso ai sensi dell'articolo 145, se i trattamenti di dati personali sono effettuati:
 - a) in base alle disposizioni del decreto-legge 3 maggio 1991, n. 143, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 luglio 1991, n. 197, e successive modificazioni, in materia di riciclaggio;
 - b) in base alle disposizioni del decreto-legge 31 dicembre 1991, n. 419, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 1992, n. 172, e successive modificazioni, in materia di sostegno alle vittime di richieste estorsive;
 - c) da Commissioni parlamentari d'inchiesta istituite ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione;
 - d) da un soggetto pubblico, diverso dagli enti pubblici economici, in base ad espressa disposizione di legge, per esclusive finalità inerenti alla politica monetaria e valutaria, al sistema dei pagamenti, al controllo degli intermediari e dei mercati creditizi e finanziari, nonché alla tutela della loro stabilità;
 - e) ai sensi dell'articolo 24, comma 1, lettera f), limitatamente al periodo durante il quale potrebbe derivarne un pregiudizio effettivo e concreto per lo svolgimento delle investigazioni difensive o per l'esercizio del diritto in sede giudiziaria;
 - f) da fornitori di servizi di comunicazione elettronica accessibili al pubblico relativamente a comunicazioni telefoniche in entrata, salvo che possa derivarne un pregiudizio effettivo e concreto per lo svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 397;
 - g) per ragioni di giustizia, presso uffici giudiziari di ogni ordine e grado o il Consiglio superiore della magistratura o altri organi di autogoverno o il Ministero della giustizia;
 - h) ai sensi dell'articolo 53, fermo restando quanto previsto dalla legge 1° aprile 1981, n. 121.
3. Il Garante, anche su segnalazione dell'interessato, nei casi di cui al comma 2, lettere a), b), d), e) ed f), provvede nei modi di cui agli articoli 157, 158 e 159 e, nei casi di cui alle lettere c), g) ed h) del medesimo comma, provvede nei modi di cui all'articolo 160.
4. L'esercizio dei diritti di cui all'articolo 7, quando non riguarda dati di carattere oggettivo, può avere luogo salvo che concerna la rettificazione o l'integrazione di dati personali di tipo valutativo, relativi a giudizi, opinioni o ad altri apprezzamenti di tipo soggettivo, nonché l'indicazione di condotte da tenersi o di decisioni in via di assunzione da parte del titolare del trattamento.

Art. 9 - (Modalità di esercizio)

1. La richiesta rivolta al titolare o al responsabile può essere trasmessa anche mediante lettera raccomandata, telefax o posta elettronica. Il Garante può individuare altro idoneo sistema in riferimento a nuove soluzioni tecnologiche. Quando riguarda l'esercizio dei diritti di cui all'articolo 7, commi 1 e 2, la richiesta può essere formulata anche oralmente e in tal caso è annotata sinteticamente a cura dell'incaricato o del responsabile.
2. Nell'esercizio dei diritti di cui all'articolo 7 l'interessato può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche, enti, associazioni od organismi. L'interessato può, altresì, farsi assistere da una persona di fiducia.
3. I diritti di cui all'articolo 7 riferiti a dati personali concernenti persone decedute possono essere esercitati da chi ha un interesse proprio, o agisce a tutela dell'interessato o per ragioni familiari meritevoli di protezione.
4. L'identità dell'interessato è verificata sulla base di idonei elementi di valutazione, anche mediante atti o documenti disponibili o esibizione o allegazione di copia di un documento di riconoscimento. La persona che agisce per conto dell'interessato esibisce o allega copia della procura, ovvero della delega sottoscritta in presenza di un incaricato o sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di riconoscimento dell'interessato. Se l'interessato è una persona giuridica, un ente o un'associazione, la richiesta è avanzata dalla persona fisica legittimata in base ai rispettivi statuti od ordinamenti.
5. La richiesta di cui all'articolo 7, commi 1 e 2, è formulata liberamente e senza costrizioni e può essere rinnovata, salva l'esistenza di giustificati motivi, con intervallo non minore di novanta giorni.

Consenso al trattamento dei dati personali – D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196

Il/La sottoscritto/a....., nato/a a.....,
il....., residente in....., Via.....,
cod. fisc. n.telefono n.

in relazione al disposto dell'art. 3 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (*Codice in materia di protezione dei dati personali*), dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui agli artt. 7, 8 e 9 (sopra riportate) e presta il suo consenso, ai sensi dell'art. 23 del d.lgs. 196/2003, alla raccolta di tutti suoi dati personali attraverso modalità di registrazione audio/video e al trattamento degli stessi per le finalità di ricerca connesse allo svolgimento dell'attività professionale esercitata dal Centro di Comunicazione di Ricerca in Psicologia della Comunicazione dell'Università degli studi di Macerata. Ai sensi dell'art. 26, dichiaro inoltre di prestare il consenso, per le medesime finalità, al trattamento dei dati personali classificabili come "sensibili" dall'art. 4, comma 1, lett. d), del medesimo d.lgs..

....., lì

Firmato