L'ODIO: CENNI TEORICI ED ESEMPI CLINICI DI UN SENTIMENTO SOTTOVALUTATO DAL COGNITIVISMO

Elena Bilotta* e Antonio Semerari**

*Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva
**Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico - SICC

Corrispondenza
E-mail: bilotta.elena@gmail.com

Riassunto

All'interno del panorama dei sentimenti sperimentabili dall'essere umano, l'odio è sicuramente tra i più estremi e minacciosi. Pur essendo uno stato mentale frequente nel funzionamento psicopatologico e non, ha riscontrato finora scarso interesse da parte della letteratura a confronto con altre emozioni, e in particolar modo in ambito cognitivista. Una delle motivazioni che potrebbero spiegare tale mancanza risiede nei preconcetti morali che considerano l'odio come un sentimento sbagliato, maligno e pericoloso. Tali forme di pregiudizi potrebbero ostacolarne l'indagine e di conseguenza lasciare poco o per nulla esplorato un sentimento così articolato, seppur estremo.

Il presente lavoro ha lo scopo di fornire una descrizione del sentimento di odio sulla base della letteratura esistente, differenziandone le caratteristiche rispetto ad altre emozioni e sentimenti affini. Verranno infine descritte quattro vignette cliniche a esemplificare possibili manifestazioni dell'odio in ambito clinico.

Parole chiave: odio, aggressività, rabbia, vendetta, cognitivismo clinico

HATE: THEORETICAL NOTES AND CLINICAL EXAMPLES OF AN EMOTION UNDERESTIMATED BY COGNITIVE APPROACHES

Abstract

Hate is certainly one of the most extreme and threatening feelings among those human beings can experience. Despite being a frequent mental state in psychopathological and non-psychopathological functioning, it has found little interest in the literature in comparison with other emotions, and particularly in the cognitive field. One of the reasons that could explain this lack lies in moral preconceptions that consider hatred as a wrong, malignant and dangerous feeling. These forms of prejudice could hinder the investigation and consequently leave such a complex, albeit extreme, feeling explored little or not at all.

This work aims to provide a description of the feeling of hate on the basis of existing literature, differentiating its characteristics from other similar emotions and feelings. Finally, four clinical vignettes will be described to exemplify possible manifestations of hatred in a clinical setting.

Key words: hate, aggression, anger, revenge, cognitive therapy

DOI: 10.36131/COGNCL20250211
Ricevuto il 9 Maggio 2024, accettato il 2 Novembre 2025

 © Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

Introduzione

L'odio è un sentimento profondo, covato nel tempo e alimentato da fantasie distruttive o di rivalsa che generano nella persona godimento e appagamento. È una delle possibili risposte a umiliazione, maltrattamento, o a situazioni in cui l'altro rappresenta una minaccia per il raggiungimento di obiettivi o il soddisfacimento di bisogni di natura identitaria e relazionale, importanti per la persona (Aumer-Ryan & Hatfield, 2007; Fischer et al., 2018; Kernberg, 2006; Sternberg, 2003). Analizzando la letteratura sul tema, è facile notare che esistono numerosi contributi su emozioni spesso associate all'odio come rabbia, rancore, astio, invidia, disprezzo, e sulle loro conseguenze comportamentali e relazionali, come la violenza e la vendetta, ma poche indagini sull'odio come sentimento in sé. I principali contributi empirici in merito appartengono a discipline non propriamente inerenti alla psicoterapia (con l'eccezione della letteratura psicoanalitica, più avanti discussa) come la sociologia, la psicologia sociale, le scienze politiche e la ricerca in criminologia, e sono focalizzati sui crimini generati dall'odio e sui discorsi, a volte a sfondo politico, basati sull'odio (*e.g.*, Aumer et al., 2015; Szanto, 2018). È tuttavia da sottolineare che, non essendo l'odio considerato un sentimento di base standard, non è mai stato precisamente operazionalizzato e inserito nello studio sistematico della tradizione di ricerca psicologico-clinica, così come è avvenuto invece per altre emozioni (Fitness & Fletcher, 1993; Halperin, 2008).

In ambito clinico, è alla tradizione psicoanalitica che dobbiamo la maggior parte dei contributi su questo argomento in termini di descrizione di caratteristiche e manifestazioni, a partire dal lavoro di Melanie Klein, per poi seguire con i grandi autori della psicanalisi come Otto F. Kernberg, Heinz Kohut e Glen O. Gabbard (*e.g.*, Gabbard, 2003; Kernberg, 1991; Klein, 1952; Kohut, 1976). In ambito cognitivista invece, i contributi in merito sono molto carenti. Tra i pochi apporti dedicati al tema vi è il volume scritto da Aaron Beck dal titolo "*Prisoners of Hate. The cognitive basis of anger, hostility, and violence*" (1999), in cui vengono descritte le basi cognitive che accomunano l'odio a rabbia e ostilità, e sono delineati *bias*, distorsioni cognitive e conseguenze in termini di violenza e aggressività. Nel corso del volume si approfondiscono gli aspetti cognitivi di rabbia, ostilità e violenza supportandoli con esempi clinici e contributi della letteratura appartenenti alla psicologia clinica, sociale, dello sviluppo e cognitiva. La seconda parte del volume è invece incentrata su temi più ampi come la violenza di gruppo, i genocidi e le guerre, ove si fa riferimento a contributi della letteratura appartenenti alle scienze politiche, alla storia, alla sociologia e alla criminologia. Altri contributi empirici esistenti sul tema dell'odio nel cognitivismo sono incentrati sulle conseguenze dell'odio misurabili negli atteggiamenti interpersonali comportamentali, ovvero ostilità e aggressività (*e.g.*, Du et al., 2022). La chiave di analisi dei contributi di stampo cognitivista esistenti è dunque incentrata principalmente sui *bias* del soggetto che odia e soprattutto sulle conseguenze "pericolose" dell'odio per gli altri e per la Società. È invece carente una chiave di lettura dell'odio in termini di funzionamento, di identità e concettualizzazione personale delle relazioni, ovvero una descrizione cognitivista del significato della presenza del sentimento di odio nella mente del paziente e delle motivazioni che spingono un individuo a odiare.

Ma perché si parla poco di odio in psicoterapia cognitiva (e non solo)? Il motivo dietro questa scarsa attenzione va probabilmente ricercato nella concezione moralistica dell'odio come sentimento sbagliato, cattivo, perverso, disfunzionale, inutile. Piuttosto che essere valutato come uno degli affetti sperimentabili nei confronti di se stessi e degli altri, l'odio viene relegato a una dimensione estremamente patologica e grave della personalità, specialmente se si considerano le

sue possibili conseguenze in termini di comportamenti distruttivi e pericolosi. Se da una parte è vero che l'odio è maggiormente presente in pazienti con disturbi di personalità, più spesso di tipo narcisistico sia grandioso che vulnerabile, narcisismo maligno, psicopatia, ideazione paranoide e/o delirante, passivo/aggressività, disturbo borderline o antisociale (Kernberg, 2006; Kohut, 1976), ove è possibile osservare un'associazione con comportamenti violenti di tipo verbale e fisico, particolarmente evidenti in casi di provocazione (Kiaervik & Bushman, 2021), dall'altra parte è anche vero che per provare odio non è necessario avere un grave disturbo di personalità. È un sentimento noto a chiunque nella propria vita sia stato vittima di umiliazione, aggressività, tradimento, violenza e che consideri l'altro come fonte di minaccia in quanto maligno e incapace di cambiare, come si vedrà nel corso di questo lavoro.

Definire l'odio

Il costrutto di odio è multi-sfaccettato e complesso. In letteratura viene definito in termini di semplice emozione, sentimento, atteggiamento, forma di rabbia, sindrome, valutazione generalizzata degli altri, forma di giudizio morale, mezzo di svalutazione (Fischer et al., 2018; Vendrell Ferran, 2024). Può essere apertamente svelato oppure celato, può avere una forma autodiretta o eterodiretta, o mantenere le due modalità. Può essere talvolta presentato in una versione più edulcorata, che lo riduce a una forma di antipatia verso l'altro. Ha delle caratteristiche in comune con altre emozioni negative come la rabbia, il risentimento, l'invidia, il disprezzo, e come queste si attiva e alimenta quando l'azione di un individuo osservato è percepita da un osservatore come negativa, intenzionale, immorale o malvagia, ma se ne distingue in termini di rappresentazioni e motivazioni (Fischer et al., 2018; Miceli & Castelfranchi, 2018, 2019). Si odia anche quando ci si sente odiati e l'odio può essere riversato sia su individui, sia su specifici gruppi ed etnie (Halperin, 2008). Non è necessario conoscere le persone che si odiano: le si può odiare per ciò che rappresentano in termini di potere, valori, identità, comportamenti. Il presupposto per odiare è che la persona o il gruppo odiato siano considerati importanti per l'individuo, in quanto l'indifferenza e la scarsa importanza attribuita all'oggetto sono stati mentali incompatibili con l'odio (Fischer et al., 2018). In ambito psicanalitico l'odio viene descritto come l'affetto nucleare della pulsione aggressiva e il sentimento successivo e strutturato della rabbia e dell'invidia (Kernberg, 2006). È un vissuto difficile da dichiarare e da ammettere a se stessi e agli altri, in quanto considerato socialmente inappropriato (Aumer et al., 2015; Halperin, 2008).

In questo lavoro ci si soffermerà principalmente sull'analisi del sentimento dell'odio verso l'altro e verso sé, descrivendo le caratteristiche che lo distinguono da altre emozioni negative a esso associate, in quanto si ritiene che ciò possa risultare importante ai fini della ricostruzione del funzionamento del paziente e dell'impostazione del trattamento.

Pattern di valutazione, scopi e tendenze all'azione dell'odio

Per comprendere meglio le caratteristiche distintive dell'odio può essere utile proporre una analisi cognitivo-motivazionale che ne descriva pattern di valutazione e credenze, scopi e tendenze all'azione. Tale approccio permette di delineare alcuni elementi chiave che lo differenziano da altri sentimenti appartenenti alla "famiglia" delle emozioni ostili (per esempio rabbia, disprezzo, disgusto, indignazione, rancore; Miceli & Castelfranchi, 2018, 2019). Per quanto riguarda il pattern di valutazione, ciò che caratterizza l'odio è una rappresentazione stabile (non contestuale e transitoria) dell'altro come maligno, immorale, malvagio, pericoloso. La credenza di base è

che tali caratteristiche negative siano immodificabili e dunque impossibili da correggere. A ciò si accompagna – in modo cruciale - una valutazione di pericolo e impotenza (Fischer et al., 2018). A causa della stabilità nel tempo di tale rappresentazione, l'odio diventa un sentimento duraturo e a volte cronico, a differenza di altre emozioni negative che comportano un'attribuzione all'altro di intenzioni malevole, ma che hanno una durata limitata nel tempo e sono caratterizzate da transitorietà (Fischer & Roseman, 2007). L'odio non si estingue con la conclusione del conflitto, ma permane anche quando il conflitto è apparentemente risolto. Tale aspetto di cronicità è sostanziale nel delinearne le differenze con le altre emozioni negative, che essendo "risolvibili" e transitorie non incidono obbligatoriamente sullo sviluppo dell'autocoscienza, a differenza di quanto invece può fare l'odio.

In termini di scopi, l'odio si contraddistingue per l'intenzione di eliminare l'oggetto odiato, annientarlo mentalmente (umiliando o meditando vendetta), socialmente (escludendo o ignorando) o fisicamente (uccidendo, torturando), ovvero infliggendo volontariamente sofferenza e traendone godimento (Ben-Ze'ev, 2008; Fischer et al., 2018). A questo può aggiungersi il piacere del rendere nota alla vittima la propria identità di carnefice o vendicatore.

Una ulteriore specificità si può riscontrare nelle tendenze all'azione che caratterizzano l'odio. La presenza dell'odio nella mente degli individui non si trasforma inevitabilmente in agiti aggressivi, violenti o pericolosi per la comunità. Né necessariamente spinge a condotte tese a riparare il torto e l'ingiustizia subita. Spesso le tendenze all'azione sono presenti esclusivamente sotto forma di fantasie aggressive o di pianificazione di vendetta, che rimangono recluse a una dimensione rappresentazionale e non per forza pericolosa. Altre volte la tendenza all'azione – non obbligatoriamente agita – è di natura passivo-aggressiva, come per esempio nei casi di esclusione dal proprio gruppo sociale e ostracismo (Fischer et al., 2018).

Riconoscere l'odio

Nonostante le caratteristiche dell'odio possano essere identificate e distinte da altri vissuti, è possibile che il terapeuta incontri difficoltà nel riconoscere l'odio come sentimento autonomo nel paziente, poiché esso tende a manifestarsi insieme ad altre emozioni negative affini, accomunate da un atteggiamento ostile nei confronti degli altri (Miceli & Castelfranchi, 2018, 2019). Le emozioni che più frequentemente si associano all'odio, almeno in ambito clinico, e che saranno oggetto di analisi in questo lavoro, sono la rabbia, l'invidia e il disprezzo.

Odio vs. Rabbia

Ci sono almeno due aspetti che accomunano odio e rabbia: i correlati fisiologici (ad esempio, tachicardia, tensione muscolare) e l'impulsività in termini di aggressività autodiretta ed eterodiretta. La rabbia può dunque essere associata a quello che potremmo definire odio "fisiologico" o odio "immediato" (Halperin et al., 2011), ovvero un sentimento transitorio caratterizzato da rimuginio rancoroso, paura, impotenza e fantasie di violenza distruttiva. Quello che però distingue una persona che prova rabbia da una persona che odia è la stabilità della rappresentazione dell'altro come malvagio e incapace di cambiare, trasformando l'odio da "fisiologico" a "patologico" o "maligno". Nella mente di chi prova rabbia, a differenza della mente di chi prova odio, ci si oppone al male e ci si focalizza sul cambiamento della situazione valutata come negativa o dannosa, oppure al cambiamento della persona considerata artefice di tale situazione o azione. L'attacco rabbioso, quando viene agito, è motivato dall'obiettivo

di danneggiare la persona responsabile, con lo scopo di risolvere la frustrazione, ridurre le probabilità del perpetrarsi di azioni dannose future o ripristinare l'equilibrio tra sé e l'altro (Miceli & Castelfranchi, 2019). Se la situazione cambia, e l'ingiustizia e il danno sono sanati, la rabbia svanisce. Se la rabbia persiste, l'individuo che la prova può sperimentare sentimenti di colpa, può pentirsi delle proprie azioni, dei propri pensieri violenti e considerarsi per questo "cattiva" e sbagliata: si attiva nella mente dell'individuo un conflitto morale (Caligor et al., 2018). Al contrario, il conflitto fra aggressività e dubbio morale è meno o per nulla presente nella mente di chi odia; sono invece presenti piacere e soddisfazione legati alle fantasie di rivalsa nei confronti di un altro rappresentato come maligno ed eventualmente, nei profili più gravi dei disturbi di personalità (per esempio narcisismo maligno, antisocialità e psicopatia), anche alla messa in atto di tali fantasie di riparazione del torto subito tramite violenza e vendetta (Lafarge, 2006). Dunque, a differenza di altre emozioni negative a esso associato, ciò che caratterizza l'odio è l'intenzione di annientare l'oggetto odiato, specialmente nel caso in cui venga percepito pericoloso, o anche solo di causarne la sofferenza, in quanto maligno, colpevole e incapace di cambiare (Sternberg, 2003). In quest'ultimo caso, l'odio permetterebbe di fare giustizia, mentre nel primo caso permetterebbe anche la messa in sicurezza della persona. Alla luce di ciò, è comprensibile come nel panorama degli stati mentali negativi sperimentabili da un individuo, l'odio possa corrispondere al sentimento più minaccioso e distruttivo, capace di motivare l'individuo ad agiti violenti e sadici che non vengono inibiti dal senso morale o da segnali di ravvedimento e sottomissione da parte della persona odiata (Brudholm, 2010).

Odio vs. Invidia

L'invidia, che sia conscia o inconscia, è responsabile come l'odio di fantasie, agiti aggressivi, o rappresentazioni negative dell'altro. Tipicamente però quanto più è presente l'invidia, tanto più prevale una rappresentazione della persona invidiata come avente delle caratteristiche "buone" in quanto desiderabili. Questo non avviene se all'invidia si sovrappone l'odio. In questi casi, l'altro è invece rappresentato come maligno e pericoloso, privo di aspetti desiderabili (Kernberg, 2006). L'odio è infatti diretto all'altro in virtù del disvalore che rappresenta, non dei meriti che possiede. Dunque per poter differenziare invidia e odio è importante soffermarsi sulla rappresentazione dell'altro, e non limitarsi a indagare gli agiti distruttivi. L'invidia, a differenza dell'odio, motiva la persona ad alleviare il dolore ed eliminare il divario con l'altro. L'invidia può infatti motivare la persona a emulare altri considerati migliori nonostante si percepisca ostilità nei loro confronti (Crusius et al., 2020). Quando all'invidia si unisce l'odio, l'invidiato, lungi dall'essere un modello, è un bersaglio. La rappresentazione dell'altro è di persona malvagia e immeritevole di avere gioia o un bene, che il soggetto probabilmente desidera e non possiede. La spinta motivazionale è dunque quella di danneggiare l'altro distruggendo o portando via il suo bene prezioso, con conseguenze a volte disastrose.

Odio vs. Disprezzo

Sembra esserci un certo consenso rispetto all'idea che l'odio possa essere suscitato da temi morali come le trasgressioni all'autonomia o ai diritti individuali, la percezione dell'altro come corrotto e impuro, avvicinando il sentimento dell'odio a quello del disprezzo. Disprezzo e odio possono valutare l'essenza di una persona o di un gruppo come cattiva, inferiore, immeritevole di rispetto, non all'altezza di uno standard, e perciò ripugnante. Tuttavia, mentre il disprezzo verso

una persona o un gruppo può trovare soddisfazione semplicemente nell'esclusione di quella persona o di quel gruppo, allontanandosi reattivamente dall'oggetto considerato inadeguato, inetto o brutto (Miceli & Castelfranchi, 2018), l'odio richiede invece un'azione più diretta e aggressiva. Mentre il disprezzo si caratterizza per una progressiva perdita di interesse e mira a tenere l'altro a debita distanza, l'odio svaluta il suo bersaglio ma continua a cercare difetti in esso (Martínez et al., 2022). È ancora dubbio se il disprezzo apra la strada a espressioni più estreme di odio, o se fornisca solo un'alternativa meno estrema e operi come un regolatore dell'odio stesso. L'elemento di freddezza o indifferenza è infatti spesso considerato parte integrante del disprezzo, al punto da farlo apparire più come un atteggiamento o una valutazione che come un vero e proprio sentimento (Miceli & Castelfranchi, 2018; Miller, 1997). Tuttavia, l'esperienza soggettiva del disprezzo, quando si accompagna ad altre emozioni ostili, sembra non essere priva di coinvolgimento emotivo, e la freddezza comunemente attribuita al disprezzo potrebbe rappresentare non tanto un'esperienza psico-fisiologica, quanto piuttosto una strategia volta a esprimere un senso di superiorità (Fischer & Roseman, 2007). Considerato che il disprezzo spinge a prendere le distanze dalla persona oggetto del sentimento, esso potrebbe in ogni caso aiutare a regolare l'odio e facilitare l'individuo, "raffreddando" le emozioni che sperimenta. Questo processo potrebbe avere delle affinità con le strategie di regolazione delle emozioni che permettono di mantenere la calma e il controllo e di evitare agiti impulsivi e distruttivi, ma è una teoria non ancora pienamente sostenuta in letteratura (Chapman & Anderson, 2013; Fischer & Giner-Sorolla, 2016).

Perché si odia

Alla luce della descrizione fatta finora, potrebbe sorgere spontaneo chiedersi quali siano i motivi per i quali gli individui arrivano a sperimentare un sentimento così distruttivo come l'odio. La letteratura converge nel ritenere che la motivazione sia duplice: di natura identitaria e relazionale. Sembra che odiare permetta alla persona di stabilizzare, creare continuità e rinforzare l'identità, distinguendola da quella degli altri, considerati pericolosi e malvagi (Lichtenberg & Shapard, 2000; Szanto, 2018). Questo potrebbe spiegare perché l'odio, con il tempo, possa trasformarsi in un'abitudine o addirittura in una necessità, al punto che non conta più chi o cosa si odi, ma il semplice fatto di odiare (Szanto, 2018). Nella letteratura psicanalitica viene sostenuto che l'odio è un meccanismo di difesa che permette di proiettare nell'altro parti del Sé non integrabili in quanto considerate maligne e immorali (*e.g.*, Gabbard, 2003). Dal punto di vista relazionale, invece, l'odio permetterebbe di ristabilire e mantenere un legame altrimenti considerato impossibile, come ad esempio quello con un genitore maltrattante o abusante. Se è vero però che molte persone sperimentano stati di disgregazione del Sé, frammentazione identitaria e la ripercussione di questa nelle relazioni interpersonali, è anche vero che non tutti, per ricompattarsi, odiano. In quali casi accade? La letteratura, basata principalmente sull'osservazione clinica, suggerisce come questa evoluzione si osservi più frequentemente in pazienti con storie di violenza fisica e sessuale infantile o grave *neglect*, spesso associati a un temperamento rabbioso alimentato da costante incomprensione e desiderio di vendetta, maturato partendo dalla percepita intenzionalità altrui di fare del male (Aumer et al., 2016; Gabbard, 2003), specialmente se l'altro è una persona amata (Fischer et al., 2018). Si potrebbe a questo punto provare a delineare una possibile evoluzione che spieghi il perché si odia, indipendentemente dal fatto di avere o meno un disturbo grave della personalità. A fronte di una storia caratterizzata da esperienze traumatiche, umiliazioni o trascuratezza, si può ipotizzare

che, non appena la persona inizi a instaurare relazioni significative al di fuori di quelle di attaccamento, per qualche motivo, molto probabilmente legato a bassi livelli di funzionamento metacognitivo (*e.g.*, Dimaggio & Semerari, 2003; Carcione & Nicolò, 2025) e mentalizzazione (*e.g.*, Bateman & Fonagy, 2016), non si svilupperebbe nella sua mente una rappresentazione integrata di sentimenti ambivalenti sperimentati nei confronti dell'altro. Permarrebbe invece una rappresentazione scissa tra stati non integrabili (per esempio buono *vs*. cattivo) e sentimenti sperimentati di conseguenza (per esempio amore *vs*. odio). Tale rappresentazione, nata dalla relazione con una figura di attaccamento o con un individuo artefice di agiti violenti e/o di grave *neglect*, porterebbe la persona a rivivere costantemente questa mancata integrazione sia nella rappresentazione dell'altro, sia di Sé, e quindi nelle relazioni interpersonali (Gabbard, 2003; Kernberg, 1991). Una siffatta ipotesi permetterebbe di descrivere in termini di processo e in un'ottica evolutiva le due principali funzioni dell'odio: identitaria e relazionale.

L'odio verso se stessi

Si sono finora descritti alcuni aspetti, funzioni e motivazioni dell'odio concentrandosi sulla sua forma interpersonale, quindi diretto a un altro da sé (persona o gruppo di persone). L'odio è però un sentimento sperimentabile anche nei confronti di se stessi (Gazzillo & Kealey, 2025). Quando è presente in forma autodiretta, l'odio viene spesso descritto in letteratura come *Malignant Self Regard* (MSR; Huprich, 2014; Huprich & Malone, 2022; Huprich et al., 2018), ovvero un atteggiamento maligno, punitivo e autodistruttivo rivolto contro di sé. Il MSR è un costrutto eterogeneo, introdotto a partire dallo sviluppo teorico ed empirico della proposta di tre categorie di Disturbi di Personalità correlati tra loro: depressiva, *self-defeating* e masochistica. Gli individui con alti livelli di MSR sono caratterizzati da elevata depressività a bassa autostima, forte autocritica, perfezionismo, alta sensibilità alle critiche e difficoltà nell'espressione della rabbia. Queste caratteristiche sono particolarmente presenti nel profilo di personalità corrispondente al narcisismo vulnerabile, tanto che in letteratura i due costrutti sono stati da alcuni considerati come definizioni dello stesso fenomeno (Huprich et al., 2018). L'odio verso di sé è un vissuto frequentemente osservabile in contesto clinico anche nel disturbo borderline di personalità, ove rappresenta un importante ostacolo al percorso di cura, poiché è associato a un aumento del rischio di comportamenti autolesivi e tentativi di suicidio (Wilner et al., 2024). Spesso può presentarsi come un effetto dell'egodistonia di un nucleo identitario sadico o perverso. Partendo dalla descrizione dell'odio fatta finora, si odia chi si considera malvagio e impossibilitato a cambiare. Allo stesso modo, seguendo questa linea di ragionamento, per poter parlare di odio verso se stessi e distinguerlo dalle emozioni di disprezzo o rabbia è importante che la credenza di incorreggibilità dei propri difetti sia operativa nella mente della persona (Seagraves, 2025). Tale genere di rappresentazione di sé è presente ad esempio in pazienti con disturbo ossessivo da relazione oppure omosessuale, nei quali l'ossessività potrebbe essere letta come difesa da una parte di sé considerata inaccettabile in quanto immodificabile (per esempio essere cattivo/a od omosessuale). È probabile che un paziente con questo funzionamento sia timoroso di una esplorazione non finalizzata a una risoluzione immediata e concreta del problema, in quanto terrorizzato dalla possibilità di accedere a una parte nascosta del sé corrispondente a una "vera" natura considerata inaccettabile. Odierà se stesso/a come risposta allo spavento sperimentato di fronte a una parte di sé potenzialmente pericolosa e dannosa per gli altri e per il mondo. Tale genere di sofferenza si alimenta spesso da una rappresentazione che il paziente ha dell'identità come un nucleo duro e inalterabile da scoprire, piuttosto che come una dimensione modificabile

da costruire nel corso del tempo. In altre parole, così come si nasce con caratteristiche somatiche fuori dal proprio controllo o indipendenti dalla propria volontà o decisione (per esempio, "*non posso scegliere il colore dei miei occhi"*), allo stesso modo, secondo questa tipologia di pazienti, si nasce con una identità definita a priori sulla cui natura si è impotenti. Ne conseguirà una propensione a stati di angoscia sperimentati di fronte a parti di sé considerate inaccettabili in quanto non modificabili e di conseguenza, all'odio verso se stessi.

Nella letteratura scientifica e clinica di stampo cognitivista, l'odio verso di sé è maggiormente trattato rispetto all'odio interpersonale, anche se difficilmente viene concettualizzato in termini di odio. Più approfonditi sono i contributi teorici volti all'analisi di sentimenti e fenomeni affini all'odio o a conseguenze di esso, come il rimuginio autoinvalidante o l'atteggiamento critico e giudicante verso se stessi (*self-criticism*; Löw et al., 2020; Zaccari et al., 2024). Ampiamente utilizzati sono gli interventi terapeutici specifici di terza generazione, come la *Compassion Focused Therapy*, orientati al lavoro verso parti aggressive o sprezzanti del sé e al perdono (Gilbert & Simmos, 2022; Petrocchi et al., 2013), o alcune tecniche esperienziali per la rielaborazione di eventi traumatici come ad esempio l'*imagery with rescripting* utilizzato nella Schema Therapy (Jacob & Arntz, 2013; Schaich et al., 2020).

Quattro casi clinici sull'odio

Uno dei modi migliori per comprendere il senso della presenza dell'odio nella mente del paziente è descriverlo attraverso casi clinici. A conclusione di questo contributo vengono proposte quattro vignette cliniche che hanno lo scopo di raccontare alcune tra le possibili manifestazioni dell'odio e accennare alla complessità di un sentimento così multi-sfaccettato. Nomi e dettagli dei casi sono stati modificati allo scopo di tutelare la privacy dei pazienti.

"Odio dunque Sono": Il caso di Pietro

Pietro si fa notare fin dalla sala d'attesa, al primo appuntamento: sguardo scrutatore, espressione seria. "*Lei non va bene per me, non è una psichiatra e quindi non è abbastanza completa*". Queste le prime parole che pronuncia appena si siede.

Pietro è un giovane intellettuale, proviene da una famiglia agiata e vive da solo da diversi anni. La sua storia di vita è quella di un bambino con una salute cagionevole, iperprotetto da due genitori preoccupati costantemente dal fatto che lui si possa ammalare. Questo vissuto determina in Pietro la convinzione di essere diverso e più vulnerabile dei pari, visti come forti e liberi. Da bambino trascorre la maggior parte del tempo nella sua camera a fantasticare sul mondo, in un clima familiare che descrive come triste, distante e vuoto. Quando racconta questi aspetti, Pietro lo fa con rabbia, digrignando i denti e tenendo i pugni stretti. Quasi non guarda la terapeuta negli occhi, probabilmente in preda a vissuti di vergogna e imbarazzo e assorbito da sentimenti di odio nei confronti dei genitori, di Dio e del destino "infame".

Il suo percorso di studi è caotico, passa da una disciplina all'altra, cercando di capire quale sia la sua inclinazione, la sua identità artistica. Soffre la mancanza di un Maestro nella sua vita. Ne è alla ricerca da sempre, non avendolo ritrovato nei suoi genitori, troppo centrati sui propri vissuti di tristezza e vuoto da borghesi di provincia. Cresce da solo, ma per fortuna in adolescenza trova sostegno nelle amicizie e nel gruppo di pari, solo maschi, con i quali riesce a creare relazioni autentiche di cooperazione e gioco. Questo rappresenterà un importante elemento di sostegno e risorsa nel corso della sua vita anche di giovane adulto. Pietro vive di estremismi: nel suo

orientamento politico, simpatizzante di gruppi filonazisti, così come nella sessualità, che lui vive come una sorta di collezionismo di donne. Lo scopo è quello di rinsaldare, a suo avviso, una immagine di sé come vincente. La sessualità rappresenta un elemento vitalizzante fondamentale, un modo per erodere stati mentali problematici di vuoto e disperazione. Consuma notti con donne che spesso disprezza, "*perché così è più facile*". Spesso sono donne a pagamento: "*ancora meglio perché me ne distacco*". Non percepisce colpa o disprezzo di sé, ma solo puro piacere.

Il grande dolore di Pietro, ovvero la sua condanna secondo lui, è quello di non riuscire a mantenere relazioni con le donne delle quali si innamora. Il motivo per il quale richiede una terapia è proprio questo: una recente delusione d'amore lo ha portato a rischiare una denuncia per *stalking* e a tentare il suicidio. Non si spiega il motivo per il quale la donna in questione non lo ricambi: possibile che si sia illuso? E perché lei è scappata? Come è possibile che lui risulti minaccioso e pericoloso, uno *stalker*? Pietro ha vissuti ambivalenti: oscilla tra sentimenti di pena e odio nei confronti della donna di cui si innamora, e di se stesso. L'alternanza tra questi stati lo porta a sperimentare un caos insopportabile, al quale cerca di porre rimedio rimuginando ossessivamente su ciò che è stato e ciò che avrebbe potuto essere. Ripercorre minuziosamente ogni attimo e ogni parola pronunciata, cercando di capire dove possa aver sbagliato e in che modo avrebbe potuto evitare la catastrofe. Il risultato è un aumento del caos e un parallelo aumento dell'odio verso di sé e rancore verso di lei.

Nel corso della terapia Pietro si innamora di nuovo e ancora una volta viene scaricato. Cade in uno stato di disperazione che lo porta nuovamente a tentare il suicidio. Viene ricoverato e in qualche modo questo rappresenta un sollievo: finalmente il mondo si accorge della sua sofferenza. Da questo momento in poi diventa aggressivo e sadico nei confronti della terapeuta, sulla quale riversa tutte le sue frustrazioni per il femminile, mondo incomprensibile e sbagliato che gli rimanda costantemente un senso di rifiuto. Prova a compensare con successi in campo lavorativo, ipersessualità e abuso di alcool. Nulla funziona, nulla è in grado di appagarlo quanto una donna che lo ami. Si fa schifo per questo, per essere così debole e bisognoso d'amore, e per cadere in quella che ai suoi occhi è una forma di qualunquismo romantico. Ma non può farci niente, è più forte di lui. In fondo è un essere umano come tutti gli altri, "*banale e perciò da sopprimere*".

Per risolvere lo stato di umiliazione dal quale si sente schiacciato, Pietro ha fantasie di rivalsa fatte di successo, dominio, sottomissione degli altri rabbiosa e sprezzante. Diventa verbalmente e fisicamente aggressivo con chi gli sta intorno, umiliante con i familiari. Odia. Nel suo racconto emerge una forte tensione emotiva che man mano che si affievolisce, si trasforma in senso di colpa e ritorno a uno stato di vulnerabilità. Il suo vissuto è un circolo vizioso, una trappola fatta di impotenza. La condivisione in seduta del suo funzionamento rappresenta un momentaneo sollievo o attimo di gloria. "*Mi piace quando mi pensi e lavori per me*". Questo godimento è seguito immediatamente da uno stato di colpa "*Certo ti porto via tanto tempo, magari anche alla tua famiglia, mi sento uno schifo*". Non c'è verso in cui l'ambivalenza si plachi con l'autoriflessività. Se da una parte Pietro richiede aiuto e soluzioni, dall'altra rifiuta qualsiasi forma di vicinanza perché per lui sarebbe troppo umiliante. La terapia rimane in uno stallo che diventa insopportabile sia per Pietro che per la terapeuta. La sensazione di essere in un vicolo cieco è insostenibile e Pietro diventa sempre più sprezzante e sadico nei confronti dell'intera categoria professionale degli psicoterapeuti. A quel punto la terapeuta decide di interrompere il percorso inviando Pietro a una collega che possa seguirlo senza essere schiacciata da quei sentimenti così negativi. L'esito di questo cambiamento è positivo: Pietro si trova bene con la nuova terapeuta, continua a odiare quella precedente, ma allo stesso tempo dichiara di sentirne

la mancanza.

"Pensiero stupendo". Il caso di Miriam

Miriam è una giovane studentessa che arriva in terapia a seguito di una serie di tentativi falliti di tenere a bada le sue crisi esplosive di rabbia, che la portano a distruggere oggetti e a diventare fisicamente violenta nei confronti dei familiari. Si presenta in seduta estremamente curata nell'aspetto e con un atteggiamento leggermente inibito e spaventato. Sembra confusa e in ansia, e quando interrogata sul perché, risponde di essere timorosa di ricevere un giudizio negativo. Non guarda mai la terapeuta negli occhi e racconta la sua sofferenza fissando il pavimento. Ogni tanto arrossisce, ma si vitalizza solo quando nomina il suo percorso artistico e la sua passione per la scrittura. Ha una voce molto soave e una dizione perfetta, ricerca le parole con grande accuratezza, fa riferimento a scrittori e poeti, lasciando intendere di essere una appassionata lettrice di libri.

Miriam ha avuto un'infanzia difficile, fatta di un confronto costante col fratello, a suo dire il preferito dai genitori in quanto "composto", bravo a scuola e rispettoso dei familiari. Miriam mostra fin da subito un carattere inquieto, una forma di tensione che descrive come iperattività, difficoltà di concentrazione e stati ricorrenti di vuoto. Ha tentato il suicidio più volte, in risposta a stati di impotenza profonda sperimentati nei confronti delle relazioni: basta una mancata risposta a un messaggio sul telefono da parte di un amico per gettarla nell'angoscia, nella solitudine e nel desiderio di morire. I tentativi suicidari vengono da lei spiegati dall'odio che sperimenta verso l'altro quando non si sente ascoltata e come modalità di punizione per la mancata attenzione nei suoi confronti. "*Ho scritto centinaia di lettere destinate alle mie amiche e miei familiari colpevolizzandoli per la mia morte*". "*Proverei un piacere enorme nel sapere che si sentono in colpa per me*". Le crisi suicidarie e gli attacchi di rabbia verso gli altri hanno breve durata e si trasformano rapidamente in odio per se stessa. Si convince di essere la causa di tutto il suo male, di essere sbagliata, cattiva e di meritarsi il peggio. Su questo stato di odio unito a disgusto di sé decide di punirsi, e di farlo attraverso l'iper-sessualizzazione. Dal suo telefono inizia a chattare con uomini e donne indistintamente, proponendosi per appuntamenti al buio nei quali si concede con il preciso scopo di non provare piacere ma di cadere nella sessualità più anonima e degradante. Cerca intenzionalmente partner perversi, con i quali poter praticare il sesso più estremo. Nel caso in cui non riesca ad avere la possibilità di incontrare un compagno o una compagna sessuale, arriva a masturbarsi fino a provare dolore, usando violenza contro se stessa con l'uso di oggetti per penetrarsi fino a perdere sangue. Solo la vista del sangue placa il suo agito, solo l'orgasmo dell'altro o dell'altra riesce a bloccare lo stato di disgusto e darle un momento di tregua.

Nel descrivere questo funzionamento prova un grande senso di vergogna e la paura di provocare nella terapeuta sentimenti di disgusto e rifiuto. Chiede rassicurazioni ma appare impermeabile a rappresentazioni di sé che vadano oltre i suoi agiti e si focalizzino sul suo dolore. Sente incombere su di sé la condanna a una vita di solitudine e inadeguatezza. Per Miriam, l'odio è un modo di rappresentarsi come persona che esiste e che merita di essere punita in quanto sola, sbagliata e incurabile, un modo per uscire dal vuoto che la attanaglia quando il suo coping istrionico crolla. La terapia con Miriam non è facile, a fronte delle rapide e frequenti oscillazioni umorali e degli agiti pericolosi. È però una presenza piacevole e ispira accudimento. Lascia intuire che l'odio sia per lei una dimensione che riguarda solo se stessa, mentre gli altri e il mondo sono pericolosi in quanto fugaci, ma non intrinsecamente cattivi. Per questo motivo

è chiaro che nei confronti degli altri provi rabbia, mentre verso se stessa provi odio. Per la terapeuta è facile empatizzare con Miriam ed entrare in un assetto di rispetto e cura nei suoi confronti, nonostante il caso appaia complesso e difficile da trattare.

"Solo perché non voglio andare in galera". Il caso di Giacomo

Giacomo si presenta in terapia con uno sguardo sospettoso, mostrando fin da subito il suo scetticismo per la categoria professionale degli psicoterapeuti. In effetti non ha tutti i torti: ha una serie di terapie fallimentari alle spalle, sia farmacologiche che psicoterapiche, iniziate per un disagio nelle relazioni sperimentato fin da ragazzo. Non si è mai sentito supportato o capito, piuttosto si è sentito trattato con sufficienza e superficialità da tutti i professionisti con i quali ha avuto a che fare. L'inizio è già in salita, e l'atteggiamento di Giacomo non mette la terapeuta a proprio agio. Nonostante i timori e la sospettosità, è disponibile a raccontare la sua storia. Giacomo descrive una adolescenza emotivamente molto pesante, caratterizzata da sentimenti di diversità, inferiorità rispetto ai coetanei, soprattutto legate al suo aspetto fisico, giudicato da lui stesso come "da sfigato" e da "inferiore". Inizia presto a fare un uso intenso di cannabinoidi con lo scopo di sentirsi al pari degli altri e incluso. Per riuscire a permettersi quelle quantità di sostanze inizia a spacciare, senza mai avere problemi con la legge ma iniziando ad avere problemi di altra natura, ovvero risse e minacce da parte di altri criminali. Giacomo ha una soglia dell'umiliazione molto bassa, a fronte di una serie di eventi interpersonali che l'hanno molto segnato. Gli è capitato infatti di essere deriso ripetutamente dai coetanei, specialmente per la sua goffaggine. Non si è mai davvero difeso, immerso in uno stato dissociativo indotto con ogni probabilità all'uso massiccio di cannabinoidi. Nel tempo inizia a prendere consapevolezza delle ingiustizie subite e sviluppa una intensa rabbia che si trasforma in odio nei confronti delle persone che lo hanno perseguitato per anni. L'odio si riconosce dalla stabilità della rappresentazione dei persecutori e della pianificazione di una vendetta, in cui nelle sue fantasie infierisce sui suoi ex amici ogni tipo di tortura e violenza. Mentre racconta queste fantasie di rivalsa e morte, lo sguardo si vitalizza e il corpo sembra pervaso di eccitamento. Lui stesso conferma di sentirsi vivo solo in quei momenti. Quando la terapeuta gli chiede se sia consapevole del fatto che se mettesse in atto le sue fantasie verrebbe arrestato e condannato, Giacomo sembra trasalire. Preso dalla spinta irrefrenabile di vendicarsi, non aveva messo a fuoco le possibili conseguenze delle sue azioni. D'altronde fino a quel momento aveva solo fantasticato sulla sua vendetta e non aveva mai messo insieme i pezzi su un piano più concreto. Se portato a riflettere, Giacomo è in grado di integrare le possibili gravi conseguenze delle sue azioni e gli svantaggi che comporterebbero per la sua vita futura. Questo è l'unico vero appiglio per permettergli di frenare l'impulso all'azione. Non vuole rinunciare affatto all'odio, che a suo dire lo aiuta a sentirsi forte e lucido. Vuole continuare a coltivare rancore e a meditare vendetta, ma è consapevole che questo gli serva "solo" per vitalizzarsi e per riorganizzare la mente quando si sente vulnerabile. Ci tiene a ribadire che l'unico motivo per cui non agirebbe la violenza è che non ha nessuna intenzione di finire in galera, e non perché ha paura dei suoi persecutori oppure si sentirebbe in colpa nei loro confronti. Chissà se invece da qualche parte dentro di lui sia proprio la paura a governare tutto.

"Attenti al lupo". Il caso di Federico.

Federico è un giovane studente che richiede una terapia a causa di una serie di dubbi insopportabili relativi alla sua relazione. La sua angoscia è talmente profonda che è arrivato a

tentare il suicidio per porre fine alle "voci" nella sua testa. I dubbi ossessivi per lui non sono una novità, ha piccoli rituali di controllo fin da bambino, ma che non gli hanno mai dato troppo fastidio. Con la sua prima relazione i dubbi sono diventati insopportabili. Trascorre diverse ore al giorno a ripercorrere mentalmente tutti i suoi vissuti di quando è insieme al suo partner e gli riporta i suoi dubbi e le sue difficoltà, mettendo costantemente in crisi il rapporto. Non appena il compagno manifesta intolleranza nei confronti della situazione proponendo di separarsi, Federico entra in una voragine di angoscia dalla quale non riesce a riemergere a meno che il compagno non lo rassicuri sul fatto che non si lasceranno. Federico è lacerato dai sensi di colpa e la sensazione che genera in terapia è di urgenza, costrizione, ricerca di rassicurazioni e impermeabilità, in perfetto stile ossessivo. L'atteggiamento in seduta è sottomesso, inibito, bisognoso di protezione e accudimento. La storia di Federico è quella di un bambino cresciuto con un padre violento, severo e umiliante e una madre depressa, vittima ella stessa della violenza del marito, che Federico spesso testimonia, terrorizzato.

Il decorso nel tempo del funzionamento e della relazione terapeutica prende una piega inaspettata. Dopo un miglioramento dell'angoscia ossessiva e la decisione di porre fine alla relazione con il fidanzato gestita in modo abbastanza funzionale, Federico decide di condividere in terapia dei contenuti di perversione che fino a quel momento erano stati da lui totalmente censurati. La dimensione perversa comprende aspetti parafilici che in alcuni casi rimangono nella fantasia e in altri casi diventano agiti, specialmente in relazioni virtuali. Non appena condivide questa parte perversa, sotto sua chiara e aperta intenzione, Federico comincia a nutrire del risentimento nei confronti della terapeuta. Riconosce di richiederle il ruolo di un genitore accudente. La sua richiesta è rabbiosa e genera immediatamente nella terapeuta una profonda indignazione. Federico riconosce che il suo atteggiamento è fuori luogo, e in seduta appare inibito e colpevole. Non appena fuori dalla seduta, però, l'assetto cambia e manifesta odio e fantasie di aggressività nei confronti della terapeuta, considerata non accudente e quindi cattiva. La inonda di messaggi a ogni ora del giorno e della notte. La odia perché ha una sua vita, perché quando non lavora non si preoccupa dei suoi pazienti e di lui in particolare, e immagina che se e quando i pazienti invadono il suo spazio, lei li rimetta a posto, tutelandosi. "*Odio il fatto che lei si protegga*".

Solo con l'odio sente di poter stabilire un legame, solo con l'odio sente di poter costringere la terapeuta a essere appassionatamente coinvolta con lui, altrimenti vive nel terrore della sua indifferenza. Una relazione di odio dunque è meglio di niente, e sicuramente è meglio del vuoto. La terapia è estremamente faticosa anche per Federico, che si trova ad affrontare in ogni seduta sentimenti contrastanti e devastanti, che lo portano in confusione e aumentano la sua autarchia mentale. La terapeuta, dal canto suo, non riesce sempre a mantenersi neutrale, a essere disciplinata e attenta ai bisogni del paziente, come sarebbe tenuta a fare. Sentirsi odiati e invasi dall'aggressività altrui è estremamente sfidante. È facile odiare quando si viene odiati, è una tentazione naturale anche per una terapeuta, e lo sforzo che deve fare per superarla è spesso fallimentare. La terapia non procede e di fronte all'insistente odio di Federico, la terapeuta decide di proteggersi e concludere la terapia. Federico appare deluso ma allo stesso tempo sollevato: forse è meglio essere odiato che non essere amato.

Conclusioni

I casi clinici riportati raccontano alcune possibili manifestazioni dell'odio descritte nel corso di questo lavoro: aperto e sfidante nel caso di Pietro, autodiretto nel caso di Miriam, di natura

antisociale nel caso di Giacomo, egodistonico e passivo-aggressivo nel caso di Federico. Ognuno dei casi è accomunato da vissuti di *neglect*, umiliazione, solitudine e vuoto. In ogni persona appare più evidente la funzione identitaria dell'odio come "restauratore" di integrità e non sempre è così chiara la funzione del mantenere una relazione con l'altro considerato maligno, eccezion fatta per il caso di Federico. La prevalenza delle due funzioni (identitaria e/o relazionale) è un aspetto che necessiterebbe di essere ulteriormente approfondito perché estremamente rilevante in termini di comprensione del vissuto del paziente e impostazione del trattamento.

In questo lavoro si è cercato di delineare alcuni aspetti del sentimento di odio in termini di scopi, funzioni, pattern di valutazione e tendenze all'azione, differenziandolo da altri sentimenti affini che potrebbero essere confusi con esso. Il lavoro è partito da una critica alla scarsa presenza di contributi in ambito cognitivista su un sentimento importante e per nulla raro in contesto clinico. La tendenza a ignorarlo potrebbe riflettere il preconcetto che l'odio sia sempre "cattivo" e "disfunzionale" e vada eliminato o trasformato in "buono" e "funzionale" piuttosto che analizzato, forse per raggiungere scopi di adattamento al contesto sociale e per rispondere alle attese di una vita produttiva e funzionale, ovvero il cosiddetto "lieto fine". L'odio potrebbe apparire come un ostacolo insormontabile per il raggiungimento di questi obiettivi. L'esperienza clinica, al contrario, aiuta a sottolineare quanto la presenza dell'odio sia funzionale al paziente per motivi identitari e relazionali, e quanto possa essere importante esplorarlo per una buona formulazione del caso e una corretta impostazione del trattamento psicoterapico. Non è affatto scontato che l'obiettivo terapeutico sia sempre quello di eliminare l'odio che un individuo prova, una volta valutata ed esclusa la sua eventuale pericolosità. È infatti possibile che quel sentimento abbia una funzione protettiva per la persona e che quindi vada semplicemente riconosciuto, spiegato e depotenziato.

Ringraziamenti

Si ringraziano Maurizio Brasini, Mauro Giacomantonio, Luigi Leone e Giuseppe Femia per i commenti e per l'autentico interesse mostrato nei confronti di questo lavoro.

Bibliografia

Aumer, K., Bahn, A. C. K., Janicki, C., Guzman, N., Pierson, N., Strand, S. E., & Totlund, H. (2016). Can't let it go: Hate in interpersonal relationships. *Journal of Relationships Research*, 7(2). https://doi.org/10.1017/jrr.2016.2

Aumer, K., Bahn, A., & Harris, S. (2015). Through the looking glass, darkly: Perceptions of hate in interpersonal relationships. *Journal of Relationships Research, 6*, E3. https://doi.org/10.1017/jrr.2014.14

Aumer-Ryan, K., & Hatfield, E. C. (2007). The design of everyday hate: a qualitative and quantitative analysis. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, *1*(2), 143–172.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.

Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate. The cognitive basis of anger, hostility and violence.* HarperCollins.

Ben-Ze'ev, A. (2008). Hating the one you love. *Philosophia, 36*(3), 277–283. https://doi.org/10.1007/s11406-007-9108-2

Blum, H. P. (1997). Clinical and developmental dimensions of hate. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 45*(2), 359–375. https://doi.org/10.1177/000306519704500205

Brudholm, T. (2010). Hatred as an attitude. *Philosophical Papers*, *39*(3), 289–313. https://doi.org/10.1080/05568641.2010.538912

Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*. American Psychiatric Publishing.

Carcione, A., & Nicolò, G. (2025). *Manuale dei disturbi di personalità: Storia, diagnosi, modelli clinici*. Raffaello Cortina.

Carcione, A., Semerari, A., & Nicolò, G. (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Laterza.

Chapman, H., & Anderson, A. K. (2013). Things rank and gross in nature: A review and synthesis of moral disgust. *Psychological Bulletin*, *139*, 300–327. https://doi.org/10.1037/a0030964

Crusius, J., Gonzalez, M. F., Lange, J., & Cohen-Charash, Y. (2020). Envy: An adversarial review and comparison of two competing views. *Emotion Review*, *12*(1), 3–21. https://doi.org/10.1177/1754073919873131

Dimaggio, G., & Semerari, A. (Eds.). (2003). *I disturbi di personalità: modelli e trattamento.* Laterza.

Du, T. V., Miller, J. D., & Lunam, D. R. (2022). The relation between narcissism and aggression: a meta-analysis. *Journal of Personality, 90,* 574–594. https://doi.org/10.1111/jopy.12684

Fischer, A., & Giner-Sorolla, R. (2016). Contempt: Derogating others while keeping calm. *Emotion Review*, *8*(4), 346–357. https://doi.org/10.1177/1754073915610439

Fischer, A., & Roseman, I. J. (2007). Beat them or ban them: The characteristics and social functions of anger and contempt. *Journal of Personality and Social Psychology*, *93*, 103–115. https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.1.103

Fischer, A., Halperin, E., Canetti, D., & Jasini, A. (2018). Why we hate. *Emotion Review, 10*(4), 309–320. https://doi.org/10.1177/175407391775122

Fitness, J., & Fletcher, G. J. O. (1993). Love, hate, anger and jealousy in close relationships: A prototype and cognitive appraisal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(5), 942–958. https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.5.942

Gabbard, G. O. (2000). Hatred and its rewards: A discussion. *Psychoanalytic Inquiry*, *20*(3), 409–420. https://doi.org/10.1080/07351692009348897

Gabbard, G. O. (2003). *Amore e odio nel setting analitico*. Astrolabio.

Gazzillo, F., & Kealy, D. (2025). Self-hate: Theoretical, clinical, and empirical features. *International Forum of Psychoanalysis*, 1–13. https://doi.org/10.1080/0803706X.2025.2545298

Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.). (2022). *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge.

Halperin, E. (2008). Group-based hatred in intractable conflict in Israel. *Journal of Conflict Resolution, 52*(5), 713–736. https://doi.org/10.1177/0022002708314665

Halperin, E., Russell, A., Dweck, C., & Gross, J. J. (2011). Anger, hatred, and the quest for peace: Anger can be constructive in the absence of hatred. *Journal of Conflict Resolution, 55*(2), 274–291. https://doi.org/10.1177/0022002710383670

Huprich, S. K. (2014). Malignant self-regard: A self-structure enhancing the understanding of masochistic, depressive, and vulnerably narcissistic personalities. *Harvard Review of Psychiatry*, *22*(5), 295–305. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000019

Huprich, S. K., & Malone, B. C. (2022). Malignant self-regard: overview and future directions. *Harvard Review of Psychiatry*, *30*(4), 226–237. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000342

Huprich, S. K., Nelson, S., Sohnleitner, A., Lengu, K., Shankar, S., & Rexer, K. (2018). Are malignant self-regard and vulnerable narcissism different constructs? *Journal of Clinical Psychology*, *74*(9), 1556–1569. https://doi.org/10.1002/jclp.22599

Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders: A review. *International Journal of Cognitive Therapy, 6*, 171–185. https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171

Kernberg, O. F. (1991). The psychopathology of hatred. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *39*, 209–238.

Kernberg, O. F. (2006). *Narcisismo, aggressività e autodistruttività nella relazione psicoterapeutica.* Raffaello Cortina.

Kernberg, O. F. (2019). *Erotismo e aggressività nei disturbi gravi di personalità*. Raffaello Cortina.

Kiaervik, S. L., & Bushman, B. J. (2021). The link between narcissism and aggression: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 147(5)*, 477–503. https://doi.org/10.1037/bul0000323

Klein, M. (1952). The origins of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, *33*(4), 433–438.

Kohut, H. (1976). *Narcisismo e analisi del sé*. Bollati Boringhieri.

Lafarge, L. (2006). The Wish for Revenge. *Psychoanalytic Quarterly*, *75*, 447–475. https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00046.x

Lichtenberg, J. D., & Shapard, B. (2000). Hatred and its rewards: A motivational systems view. *Psychoanalytic Inquiry, 20*(3), 374–388. https://doi.org/10.1080/07351692009348895

Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa.* Raffaello Cortina.

Löw, C. A., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2020). Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *75*, 101808. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101808

Martínez, C. A., Van Prooijen, J. W., & Van Lange, P. A. (2022). A threat-based hate model: How symbolic and realistic threats underlie hate and aggression. *Journal of Experimental Social Psychology*, *103*, 104393. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2022.104393

Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2018). Contempt and disgust: The emotions of disrespect. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, *48*(2), 205–229. https://doi.org/10.1111/jtsb.12159

Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2019). Anger and its cousins. *Emotion Review*, *11*(1), 13–26. https://doi.org/10.1177/1754073917714870

Miller, W. I. (1997). The anatomy of disgust. Harvard University Press.

Pascual-Leone, A., Gilles, P., Singh, T., & Andreescu, C. A. (2013). Problem anger in psychotherapy: An emotion-focused perspective on hate, rage, and rejecting anger. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *43*(2), 83–92. https://doi.org/10.1007/s10879-012-9214-8

Petrocchi, N., Barcaccia, B., & Couyoumdjian, A. (2013). Il perdono di sé: Analisi del costrutto e possibili applicazioni cliniche. In B. Barcaccia & F. Mancini (Eds.), *Teoria e clinica del perdono* (pp. 185–228). Raffaello Cortina.

Pretus, C., Ray, J. L., Granot, Y., Cunningham, W. A., & Van Bavel, J. J. (2023). The psychology of hate: Moral concerns differentiate hate from dislike. *European Journal of Social Psychology, 53*(2), 336–353. https://doi.org/10.1002/ejsp.2906

Schaich, A., Braakmann, D., Richter, A., Meine, C., Assmann, N., Köhne, S., ... & Fassbinder, E. (2020). Experiences of patients with borderline personality disorder with imagery rescripting in the context of schema therapy: A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 550833. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.550833

Seagraves, T. (2025). Self-hatred and shame. *Philosophical Psychology*, 1–27. https://doi.org/10.1080/09515089.2025.2484383

Semerari, A. (2022). *La relazione terapeutica. Storia, teoria e problemi*. Laterza.

Sternberg, R. J. (2003). A duplex theory of hate: Development and application to terrorism, massacres, and genocide. *Review of General Psychology, 7*(3), 299–328. https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.3.299

Szanto, T. (2018). In hate we trust: The collectivization and habitualization of hatred. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, *19*(3), 453–480. https://doi.org/10.1007/s11097-018-9604-9

Vendrell Ferran, Í. (2024). Hate: Toward a four-types model. *Review of Philosophy and Psychology*, *15*(2), 441–459. https://doi.org/10.1007/s13164-021-00568-z

Wilner, J. G., Ronzio, B., Gillen, C., & Aguirre, B. (2024). Self-hatred: The unaddressed symptom of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *38*(2), 157–170. https://doi.org/10.1521/pedi.2024.38.2.157

Zaccari, V., Mancini, F., & Rogier, G. (2024). State of the art of the literature on definitions of self-criticism: A meta-review. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1239696. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1239696