

Quando l' altro vuole ferirci. Una review sul tema dell'umiliazione

Alberto Collazoni¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (SPC – Roma)

Riassunto

Lo scopo di questa revisione di letteratura è mettere in luce lo stato dell' arte dell' umiliazione, per avere una migliore conoscenza e considerare le relazioni con la psicopatologia e la psicoterapia.

E' stata effettuata una ricerca degli studi sull' emozione dell' umiliazione in relazione alla psicopatologia e la psicoterapia con l' utilizzo di Pubmed e Google Scholar, digitando le parole chiave “*humiliation, psychopathology and psychotherapy*”.

Dalla ricerca sono stati selezionati quarantuno tra articoli pubblicati su riviste nazionali ed internazionali.

Alla luce degli studi rilevati, l' umiliazione risulta essere un' emozione scarsamente indagata dalla ricerca in psicopatologia ed in psicoterapia, malgrado le prove scientifiche disponibili dimostrino invece sia un costrutto importante nella genesi e nel mantenimento dei disturbi mentali. Nonostante questo alcuni autori hanno approfondito lo studio di alcune tecniche e approcci psicoterapici per il trattamento dell' umiliazione.

Parole Chiavi: Umiliazione, Psicopatologia, EMDR, Imagery with rescripting *Parole chiave:* Schizofrenia

Summary

The purpose of this review of literature is to highlight the state of art about humiliation, to better understand and consider its relationships with psychopathology and psychotherapy.

A review of literature, about humiliation, connected to psychopathology and psychotherapy, has been implemented, utilizing Pubmed and Google Scholar, and typing key words as “*humiliation, psychopathology and psychotherapy*”.

Forty-one international published articles have been selected through the review of literature.

The found studies reveal that humiliation results to be poorly investigated by psychopathological and psychotherapeutic scholars, nevertheless available scientific proofs show that humiliation is a crucial factor for the genesis and the maintenance of mental disorders. By the way some scholars studied the psychotherapeutic technics and approaches for humiliation treatment.

Key words: Humiliation, Psychopathology, EMDR, Imagery With Rescripting.

Introduzione

L'umiliazione è un'emozione sociale che esercita un'importante influenza negativa sulla persona e sulle sue dinamiche sociali (famiglia, scuola, lavoro; Leidner et al., 2013; Hartling e Luchetta, 1999; Klein, 1991), ma non è stata studiata approfonditamente in ambito clinico. Linda Hartling e Tracy Luchetta (1999) affermano che ciò è dovuto probabilmente al fatto che alcune teorie psicologiche di riferimento della personalità umana abbiano minimizzato, omesso o negato, certe forme di esperienze umilianti in quanto non spiegabili con una teoria del funzionamento della personalità di matrice intrapsichica e individualistica a causa dell'origine interpersonale di esse. Altri motivi dell'esclusione dai temi di ricerca potrebbero anche essere il confondersi con altre emozioni e persino il non considerarla un'emozione (Leidner et al., 2013; Hartling e Luchetta, 1999; Klein, 1991). Ulteriore motivo, non meno importante, può essere che alcune modalità relazionali umilianti sono talmente radicate nella società che vengono da tutti condivise e chi le subisce spesso non reagisce accettandole passivamente e, spesso, esse sono anche considerate funzionali al mantenimento dell'equilibrio in alcuni ambienti, come il lavoro, la scuola e la famiglia (Hartling e Luchetta, 1999; Klein, 1991).

Che cos'è l'umiliazione?

E' possibile giungere ad una comprensione di questa emozione unicamente facendo riferimento alle sue componenti relazionali sottostanti. Secondo la tesi di Klein (1991) sono almeno tre gli interpreti nella dinamica dell'umiliazione: colui che umilia, l'umiliato ed il testimone. Tra l'umiliato e colui che umilia c'è una differenza di livello sociale che rinfranca il più forte, ma svilisce, confonde, rende vulnerabile e assale l'umiliato, che si sente impotente e svuotato della sua identità. Statman (2000) approfondisce le caratteristiche di questi due protagonisti, definendo l'umiliato come colui che è incapace di rendersi indipendente dagli altri per l'accettazione e il rispetto di sé stesso, mentre colui che umilia è intenzionato a trarre vantaggio dall'umiliazione altrui. L'intenzionalità da parte di colui che umilia è un requisito fondamentale perché ci sia l'umiliazione. Gerson (2011) invece va oltre la definizione di Klein riguardo le conseguenze dell'umiliazione, che secondo lui non sono soltanto a livello individuale, ma sono anche sociali. Egli sostiene infatti che non è soltanto lesa l'immagine positiva che l'individuo ha di sé stesso ma anche l'immagine positiva che gli altri hanno dell'umiliato ed è questa la conseguenza negativa che l'umiliato teme. Il terzo protagonista delle dinamiche umilianti secondo Klein (1991) è il testimone che di fronte all'umiliazione può fuggire per paura di essere anche lui vittima di un'umiliazione; la paura dell'umiliazione ha una fortissima influenza sul comportamento umano e può

provocare anche l' evitamento di certe situazioni sociali considerate a rischio. Leidner et al., (2012) affermano che le conseguenze dell' umiliazione saranno tanto più importanti quanto maggiore è la differenza di potere "contrattuale" tra colui che umilia e l'umiliato e la numerosità dei testimoni. Situazioni umilianti sono, secondo Klein (1991), l' essere preso in giro, sottomesso, insultato, criticato duramente, l' essere escluso ingiustamente da attività e servizi, il subire una discriminazione per il sesso, la razza, l' età, la religione o per una malattia mentale o fisica. A livello scolastico l' esempio più diffuso è il bullismo, mentre a livello lavorativo è il mobbing. Metzger et al., (2011) specificano che il bullismo non è un fenomeno che ha solo delle conseguenze negative nell' infanzia e nell' adolescenza, ma l' esperienza di sofferenza per una sconfitta sociale e un' umiliazione predispongono l' individuo nella crescita ad esperire depressione e disperazione, che sono fattori predisponenti il suicidio. Duffy e Sperry (2007) invece riflettono sul rapporto tra mobbing e umiliazione e descrivono la vittima di mobbing come una persona che spesso a causa delle sue competenze, della sua capacità lavorativa, intelligenza e dedizione al lavoro viene "maltrattata" psicologicamente da colleghi e superiori, attraverso l' isolamento o l' assegnazione di lavori degradanti. Le conseguenze del maltrattamento sono simili a quelle descritte da Klein (1999), poiché l' umiliato si sente svalutato, degradato e senza più un' identità, in questo caso lavorativa. Duffy e Sperry (2007), come Klein, sottolineano che il mobbing, considerata una dinamica umiliante, ha lo scopo di mantenere un ordine gerarchico preesistente, annientando chi è visto come una minaccia.

Silver et al., (1986), al contrario degli autori citati precedentemente, affermano che l' individuo non viene umiliato solo se è svalutato, ignorato o comandato, ma anche se è aiutato o compatito dagli altri, se questo può sminuirlo. Klein (1991) e Silver et al. (1986), condividono l' idea che, oltre che a livello micro sociale, l'umiliazione viene anche utilizzata in quanto funzionale al controllo sociale di minoranze, in forme di oppressione in conflitti internazionali, dove una dinamica umiliante ricorrente è lo stupro "di massa".

Un' altra riflessione di Klein è sul rapporto tra umiliazione e ruolo sociale, cioè il ruolo che noi abbiamo in tutte le relazioni sociali. Secondo Klein mantenere uno stabile ruolo sociale è funzionale allo sviluppo umano e al mantenimento di un benessere psicologico, quando ci sono dei momenti di crisi. Egli aggiunge però che il nostro sistema sociale attuale è caratterizzato dalla competizione e dal rapporto umiliante tra vincitore e vinto. Tali dinamiche possono influenzare negativamente il ruolo sociale e provocare sensazioni di sconfitta sociale. A tal proposito Torres e Bergner (2010) affermano che la perdita o il mancato raggiungimento di un ruolo sociale in una comunità significa

rendere l'umiliato una nullità all'interno della comunità stessa. Infatti, come riportano Gilbert et al., (2006), un individuo senza il proprio ruolo sociale in una comunità non può continuare a vivere poiché senza di esso verrebbero meno obiettivi e risorse fondamentali per continuare a vivere. Kendler et al., (2003) aggiungono che il ricevere un'umiliazione in alcune dinamiche sociali importanti equivale a ricevere un abbassamento di posizione sociale nella gerarchia, provocando una sensazione di intrappolamento senza possibilità di risoluzione.

Come ultima analisi l'umiliazione va distinta da altre emozioni con le quali condivide alcune caratteristiche. Secondo la tesi di Klein (1991) l'umiliazione viene spesso confusa con la vergogna. In entrambe c'è un individuo che vive una situazione o come umiliante o con vergogna ed entrambe pervadono il sé nella sua interezza, provocando similari risposte, come la sensazione di impotenza, come sostengono Leidner et al., (2012). L'umiliazione però è più focalizzata sull'interazione in cui l'individuo è costretto in posizione di inferiorità. Nella vergogna c'è una maggiore riflessione negativa di sé tra sé, mentre l'umiliazione è totalmente dipendente dall'interazione interpersonale. Anche la valutazione che l'individuo fa dell'emozione è diversa, poiché la vergogna viene esperita quando un individuo ha avuto un comportamento non all'altezza dei propri ideali, condivisi da sé e dagli altri, e per questo essa viene vissuta come meritata, "egosintonica"; mentre l'umiliazione viene esperita quando si è ridicolizzati, disprezzati e denigrati per quello che si è piuttosto che per quello che si fa e quindi viene vissuta come immeritata, "egodistonica" (Klein, 1991).

Klein (1991) sottolinea che l'umiliazione e la colpa sembrano essere collegate da un rapporto di causalità. Da un punto di vista interpersonale le due emozioni condividono la trasgressione contro un'altra persona, che influenza negativamente il rapporto. Inoltre se un individuo si è sentito impotente di fronte ad un'umiliazione subita, è probabile che in futuro si senta in colpa per non essere stato capace a difendersi. Il senso di colpa esperito può influenzare negativamente la capacità dell'individuo a fronteggiare situazioni di umiliazione future.

La rabbia rappresenterebbe l'ideale reazione ad un'umiliazione subita in quanto l'individuo vive l'umiliazione come non meritata, ma la rabbia richiede un investimento di energie per reagire che l'umiliato non ha, poiché si sente impotente, come nella vergogna. È probabile che il senso di impotenza rimandi nel tempo la reazione verso colui che umilia, reazione che avviene invece immediatamente nella rabbia secondo Leidner et al., (2012), ma sfocerà probabilmente in aggressività e violenza, superando in intensità la rabbia. Negli individui con disturbo di personalità paranoide e nei soggetti con psicosi paranoide la rabbia rappresenta una delle reazioni possibili in

una situazione che viene percepita come pericolosa e potenzialmente umiliante (vedere paragrafo “umiliazione e psicopatologia”).

In tabella 1 sono riportate alcune definizioni e descrizioni di situazioni umilianti degli autori precedentemente citati.

Umiliazione e psicopatologia

Vorrei iniziare questo paragrafo mostrando un ipotetico ABC dell' umiliazione:

A	B	C
Il capo, di fronte a tutti, urla e dice che faccio schifo come lavoratore, non capisco un c...o e che se continuo così mi licenzierà	Ma quanto poco valgo (oppure “che persona sono”) se questa persona mi tratta così male?	Umiliazione; Sensazione di temolio alle gambe; Confusione mentale; Tentativo di allontanarsi dalla folla (Hartling et al., 2013)

Questo tentativo di ABC è stato creato grazie all' aiuto del Dott. Lorenzini, del Dott. Buonanno e della Dott.ssa Perdighe, con i quali ho parlato di questa idea in sede di esame di specializzazione.

E' innegabile che ci sia un rapporto stretto tra umiliazione e psicopatologia, anche se a tutt'oggi i dati sperimentali a riguardo sono esigui. In alcuni casi l' umiliazione può essere considerata eziopatologica, mentre in altri può essere considerata una conseguenza di un disturbo mentale (Rooke e Brichwood, 1998), oppure in altri ancora può essere considerata entrambi. Infatti più di uno studio ha valutato che l' umiliazione provata per avere una malattia mentale, come la schizofrenia, può comportare una tristezza secondaria alla diagnosi. Inoltre, durante i ricoveri volontari ed involontari, i pazienti che provavano maggiore umiliazione per il loro stato, erano quelli che presentavano anche una maggiore gravità sintomatologica e una peggiore situazione lavorativa e sociale (Svindseth et al., 2013). Ovviamente non in tutte le persone umiliate insorgerà un disturbo mentale, vanno considerati infatti i fattori legati all' umiliazione (frequenza e intensità) e quelli non legati ad essa, come la predisposizione e il livello resilienza dell' individuo, dato che l' umiliazione potrebbe essere considerata un fattore di stress sociale (Bjorkqvist, 2001), mentre la resilienza un fattore di protezione da esso (Hjemdal et al., 2006).

Esperienze umilianti sono state valutate come depressogene sia negli uomini (Farmer e McGuffin, 2003) che nelle donne (Brown et al, 1995), o in entrambi, sia nelle popolazioni cliniche che non cliniche (Collazzoni et al., 2014, 2015). Nel particolare individui umiliati da persone di livello sociale superiore possono percepire una perdita del ruolo sociale e sentirsi sottomessi. L'umiliazione conseguente è legata ad un forte rischio di insorgenza di episodi depressivi (Torres e Bergner, 2010; Kendler et al., 2003; Brown et al., 1995), così come l'umiliazione per essere stati abbandonati dal proprio partner e per le azioni delinquenti di parenti stretti (Farmer e McGuffin 2003; Brown et al., 1995). L'esperienza umiliante, attuale o pregressa, come ad esempio il bullismo, può portare l'individuo anche ad una perdita della speranza nel futuro e ad un rischio suicidario (Hartling e Luchetta 1999; Klein 1991; Meltzer et al., 2011, Torres e Bergner 2010). Riguardo la temporalità delle esperienze umilianti, alcuni colleghi hanno sottolineato che le esperienze di maltrattamento verbale e fisico nella famiglia di origine, nel passato, influenzano la sintomatologia depressiva, somatica e rabbiosa nel presente. In particolar modo, le umiliazioni passate in famiglia sono talmente potenti che nemmeno i gesti di affetto espressi dagli stessi genitori hanno un effetto di moderazione sulla sintomatologia stessa. I pazienti che hanno subito maggiori maltrattamenti dal padre e meno affetto dalla madre sono quelli che presentano un quadro sintomatologico peggiore (Polcari et al., 2014). Da questo studio sembrerebbe che le esperienze umilianti passate giocano un ruolo importante per alcuni sintomi nel presente. Ad avvalorare questa ipotesi, c'è un altro studio su una popolazione non clinica. E' stato infatti provato che inducendo ai soggetti ricordi di umiliazioni e maltrattamenti passati, chiedendo di associare delle parole stimolo (umiliazione, essere spregevole, vergogna..) a questi ricordi, il senso di contaminazione interna e di ansia aumentava, così come l'esigenza di lavarsi (misurata attraverso una scala likert a cui i pazienti rispondevano successivamente, Coughtrey et al., 2014). Questo stesso processo è stato trovato essere presente nei pazienti con sintomi ossessivi – compulsivi.

Il timore di poter vivere delle esperienze umilianti e imbarazzanti può influenzare il comportamento dei fobici sociali. Essi tendono ad evitare alcune situazioni giudicate "a rischio" di umiliazioni (den Boer, 2000). L'evitamento di tali situazioni potrebbe essere influenzato dalla paura di ricevere delle umiliazioni (Hartling e Luchetta 1999, Klein, 1991).

Un modello esplicativo della paranoia coinvolge sia la vergogna che l'umiliazione. La paranoia può essere considerata un meccanismo di difesa contro i sentimenti di inferiorità e contro la paura dell'umiliazione, sia nel disturbo di personalità paranoide (Di Maggio et al., 2006; Nicolò e Nobile, 2007), che nelle psicosi paranoide (Freeman e Garety, 2006). Essa si attiva in alcune situazioni nelle

quali l'individuo non paranoico prova vergogna o colpa per ciò che ha fatto, ma invece di provare queste emozioni dirette su ciò che ha fatto, il paranoico interpreta la situazione come pericolosa per il sé, ha paura che la sua persona possa essere messa in discussione e possa essere umiliata dagli altri (Di Maggio et al., 2006; Nicolò e Nobile, 2007). Probabilmente il paranoico fa "confusione" tra l'emozione della vergogna (emozione interna) e quella dell'umiliazione (emozione esterna) e "sceglie" quest'ultima, reagendo con rabbia ed indignazione verso gli altri, verso il mondo esterno colpevole di volerlo sottomettere ed umiliare (Klein, 1991; Di Maggio et al., 2006; Nicolò e Nobile, 2007). La paranoia è collegata ad un contesto di stress emotivo precoce, caratterizzato da esperienze interpersonali passate negative, isolamento e bullismo (Freeman e Garety, 2006). Questo tipo di esperienze condiziona le credenze dell'individuo riguardo il sé (vulnerabile), gli altri (potenzialmente dannosi) e il mondo (cattivo), facilitando il formarsi di pensieri di sospettosità (Nicolò e Nobile, 2007; Freeman e Garety, 2006). Infatti la mancanza di fiducia negli altri, il non voler condividere e discutere le proprie emozioni, l'isolamento sociale portano l'individuo a non voler esprimere agli altri i sentimenti di minaccia percepiti, su cui l'individuo rimugina e riflette da solo, prevenendo la disconferma dell'origine persecutoria. Questa condizione può provocare il formarsi di bias cognitivi come il jumping to conclusion (JTC) nei soggetti psicotici paranoici. Questi ultimi infatti tenderanno a trarre delle conclusioni sbagliate su situazioni sociali poiché non raccoglieranno abbastanza informazioni dall'ambiente (Freeman e Garety, 2006).

L'esposizione a delle situazioni umilianti in pubblico sembra essere centrale nella personalità narcisistica "patologica" (Besser e Zeigler-Hill 2010). Questo tipo di personalità è caratterizzato da grandiosità e vulnerabilità che l'individuo può esperire contemporaneamente oppure indipendentemente a fasi alterne. Il narcisismo grandioso è caratterizzato da esibizionismo, arroganza e dal sentirsi in diritto di sfruttare gli altri. In contrasto al narcisismo grandioso, c'è il narcisismo vulnerabile, caratterizzato da un sentimento di inferiorità, bassa autostima, vergogna, disperazione e uno stile interpersonale di sottomissione (Gabbard, 1989, 1998). L'umiliazione gioca un ruolo importante nelle risposte, degli individui con le forme patologiche di narcisismo, agli eventi negativi. Infatti nel narcisismo grandioso, il forte desiderio per il rispetto e l'ammirazione degli altri è collegato all'autostima. In base a ciò eventi negativi, come il fallimento e il rifiuto sociale, possono essere vissuti molto negativamente, poiché minacciano il rispetto e il prestigio sociale che sono alla base dell'autostima. Il narcisista "grandioso" di fronte ad eventi umilianti può reagire violentemente verso il responsabile dell'umiliazione, per preservare l'autostima (Besser e Zeigler-Hill 2010). Nello specifico il narcisismo grandioso è associato a livelli più alti di

umiliazione in seguito ad eventi che avvengono in pubblico, mentre il narcisismo vulnerabile è associato maggiormente ad umiliazione in seguito ad eventi che scaturiscono in “situazioni” private, dove sono presenti poche persone, soprattutto se familiari. L’ essere esposti potrebbe essere importante, specialmente per persone con alti livelli di narcisismo grandioso, a causa del loro desiderio di essere rispettati e ammirati dagli altri. Nello specifico il narcisismo grandioso potrebbe essere associato alla sensibilità agli eventi umilianti, che accadono in pubblico, perché questi eventi potrebbero incrinare la reputazione sociale e l’ ammirazione degli altri che si ricerca disperatamente. Al contrario se questi eventi umilianti avvenissero in ambito privato non sarebbero vissuti come negativi, dato che non c’è la minaccia dell’ autostima da parte degli altri.

L’umiliazione può essere considerata quindi un costrutto sociale di rilevante importanza nella patofisiologia e nel mantenimento di alcuni disturbi mentali. L’ auspicio è che la ricerca in futuro possa tenere maggiormente in considerazione questa emozione per la comprensione dei disturbi in ambito clinico.

Umiliazione e psicoterapia

Alcuni autori clinici si sono occupati di come trattare pazienti che hanno subito umiliazione. In particolare due autori, Walter Torres e Raymond M. Bergner hanno provato a creare una procedura per “trattare” pazienti che hanno subito delle umiliazioni in pubblico (Torres e Bergner 2012). Anche la Dott.ssa Hartling e la Dott.ssa Lindner hanno provato a dare alcuni consigli su come lavorare con i pazienti umiliati (Hartling e Lindner 2016). In questo paragrafo presenterò le loro procedure, integrandole anche alcune mie idee, dato che gli studiosi, nelle loro spiegazioni, rimangono molto sul generico per quanto concerne la pratica.

Come detto precedentemente nel paragrafo 1, ci sono diversi “ingredienti” per avere una dinamica umiliante. Il primo è che l’ umiliato tenta di raggiungere un certo livello sociale (lavorativo, sentimentale, amicale). Invece (secondo ingrediente) colui che umilia è una persona che ricopre un ruolo sociale maggiore (il capo-ufficio, la donna a cui un uomo si dichiara, il “boss” del gruppo di amici) rispetto all’ umiliato e al quale l’ umiliato chiede la possibilità di avere un “avanzamento sociale”. Colui che umilia, attraverso l’ umiliazione, provoca il fallimento di questo tentativo dell’ umiliato e questa dinamica, spesso, avviene in pubblico, in presenza di testimoni (terzo ingrediente). Colui che umilia, ovviamente, userà delle espressioni e delle modalità che faranno sentire l’ umiliato indegno e non all’ altezza dello status che avrebbe voluto raggiungere (quarto ingrediente, Torres e Bergner 2012).

Il primo intervento è quello di capire quanto siano negative (in termini di sofferenza) le conseguenze dell'umiliazioni. In generale, più il livello sociale desiderato è "alto" e importante e maggiore sarà la sofferenza e l'incapacità dell'umiliato di continuare a "funzionare" nel suo mondo sociale. Infatti le caratteristiche dell'umiliazione, da considerare nella pratica clinica, sono la globalità (quanto è diffusa l'umiliazione, quante persone lo verranno a sapere? Quanti sono i testimoni?). Pensiamo, per un momento, in riferimento a questo aspetto, al cyberbullismo e alla diffusione del materiale su internet. I testimoni dell'umiliazione, in teoria, su internet sono infiniti. Il cyberbullizzato potrebbe non avere la capacità di definire la diffusione della sua umiliazione, che può essere considerata infinita. Questo potrebbe provocare in lui la mancanza di speranza e l'impotenza, ingredienti che possono portare all'ideazione suicidaria; l'importanza dello status "violato" o non raggiunto (la persona ha perso una partita a carte oppure è stata abusata?); l'importanza dell'ambiente dove è avvenuta l'umiliazione (al lavoro davanti a tutta l'azienda oppure di fronte ad un birra tra amici?); l'importanza che l'umiliato dà a colui che umilia. La persona umiliata si sentirà una nullità nella propria comunità, starà in silenzio, sarà stordito e incapace di reagire a ciò che gli è accaduto (Torres e Bergner 2012). L'umiliato si sente disconnesso dalla comunità, senza la possibilità di avere di nuovo delle relazioni sociali che sono un requisito fondamentale al nostro benessere psicofisico (Hartling e Lindner, 2016). Un'altra conseguenza, opposta all'immobilità, è quella che l'umiliato si sentirà arrabbiato e cercherà di esprimersi con gli altri attraverso la violenza (Hartling e Lindner, 2016)

Gli obiettivi generali della terapia sono quelli di innalzare lo status degradato, acquisendone anche uno alternativo, di cercare delle vie alternative per cercare di continuare a vivere nel proprio mondo sociale senza scappare e rivedere l'idea di sé dopo aver ricevuto l'umiliazione (Torres e Bergner 2012).

Dopo la fase di "assessment" precedente, il terapeuta deve lavorare al primo punto, cioè innalzare lo status del paziente. Innanzitutto deve creare un'alleanza e un clima di fiducia con il paziente. Questo è importante perché il paziente si sentirà, di nuovo, inserito in una comunità (anche se solo duale), dove il terapeuta sarà empatico, accogliente e caldo verso di lui. Questo atteggiamento sarà funzionale anche al cambiamento del paziente aggressivo. Infatti l'accoglienza calda ed empatica sarà utile a disattivare l'atteggiamento ostile perché la stessa relazione terapeutica rappresenterà un'esperienza "correttiva" (Hartling e Lindner 2016).

In questa fase potrebbe essere utile spiegare al paziente che è stato vittima di un'umiliazione e che la responsabilità non è sua ma degli altri. Questo potrebbe essere utile, a mio avviso, per

prevenire un secondario di colpa e / o di critica su di sé. Inoltre potrebbe anche essere utile per spiegare cosa è accaduto al paziente, per collegare le sensazioni avute alla dinamica umiliante e alla propria persona (una sorta di condivisione del funzionamento del paziente, collegata all'umiliazione). Il terapeuta, successivamente, dovrà aiutare il paziente (io suggerirei attraverso un dialogo socratico volto alla ricerca di prove a favore e non) a sminuire il potere di colui che umilia e dei testimoni, per destrutturare l'idea di superiorità che il paziente ha di loro.

In secondo luogo, dovrebbe aiutare il paziente a formare più soluzioni alternative per raggiungere lo status voluto, oppure ad accettare che raggiungere quello status non è conveniente (usando per esempio la tecnica dei costi e benefici sulla scelta di questo status) e provare a raggiungere uno status diverso, che però ha valore nel suo mondo sociale (userei la decatastrofizzazione sul non raggiungere quello status e cercare delle soluzioni alternative per raggiungere, lo stesso, il bisogno che quello status rappresenta).

Torres e Bergner (2012) consigliano di lavorare anche sull'evento stesso, cercando di aiutare il paziente a formulare dei punti di vista differenti da quello umiliante - catastrofico, suggerendo dei modi di pensiero che creano meno sofferenza, anche ragionando sul senso di responsabilità del paziente nella dinamica (penso, a questo proposito, ad una decatastrofizzazione dell'evento in sé, ad una redistribuzione della colpa e a un lavoro sulla riduzione della paura riguardo a ciò che possano pensare i testimoni dell'accaduto).

In alcuni pazienti, che si sono resi responsabili della propria umiliazione pubblica (tipo essere arrestato per propria responsabilità di fronte a tante persone), potrebbe essere utile la strategia del perdono di sé. Una tecnica utilizzata potrebbe essere quella di formulare una lettera di confessione dei propri sbagli da indirizzare a diverse persone. In questi casi, è indicata anche la terapia di gruppo, per facilitare il processo di "confessione" con altre persone (Torres e Bergner 2012). Io aggiungerei anche qualche tecnica di mindfulness sull'amore verso di sé e gli altri che potrebbe facilitare il processo di perdono.

Una fase cruciale è quella della ristrutturazione dell'idea di sé. In questa fase è molto importante sottolineare la differenza tra sé come persona e l'idea sopraggiunta di sé dopo la dinamica umiliante. Una buona strategia potrebbe essere quella di trovare delle prove che sfavoriscano l'idea negativa nata dopo l'umiliazione, sottolineando che il valore di una persona cambia da contesto a contesto e non può essere determinato da un episodio in un solo contesto.

Una volta che il paziente ha acquisito le precedenti competenze ed è "cresciuto", bisogna lavorare sulla vulnerabilità, per evitare che ci possano essere delle ricadute. Sicuramente un lavoro

da fare sarà quello di “attrezzare” il paziente per affrontare future dinamiche umilianti e per rispondere ad esse (Torres e Bergner 2012). Hartling e Lindner (2016) suggeriscono di convogliare l'energia del paziente con reazioni violente, nella creazione di alternative relazionali, sottolineando i benefici di queste nuove alternative e i costi dell'aggressività. Io, per questo punto, suggerirei un training per l'assertività, attraverso cui il paziente potrà acquisire le competenze per fronteggiare le dinamiche umilianti future.

Umiliazione ed EMDR

L'EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) è una tecnica ideata da Francine Shapiro negli anni 80 (Shapiro, 1989a, 1989b), utilizzata da migliaia di clinici soprattutto per il trattamento del trauma e dei sintomi psicologici conseguenti al trauma. Si basa sul “theoretical information processing model”, cioè sull'assunto che i sintomi psicologici del trauma sono presenti a causa di un'impossibilità di rielaborare le memorie passate traumatiche. La pratica EMDR consiste in 8 fasi, in alcune delle quali vengono utilizzate o la stimolazione dei movimenti oculari o le stimolazioni destra / sinistra delle mani (“tapping”). L'obiettivo è di aiutare il paziente traumatizzato a rielaborare le memorie e i pensieri stressanti legati al trauma. Durante la prima fase viene raccolta la storia di vita del paziente; durante la seconda il paziente viene preparato sulla teoria, vengono accolte le paure e le perplessità del paziente. Viene, inoltre, preparato il posto sicuro; nella terza fase viene effettuato l'assessment, nel quale le cognizioni negative sono identificate, quelle positive sono sviluppate, le emozioni e le sensazioni corporee riconosciute; la quarta fase è quella della desensibilizzazione, dove i movimenti oculari o il “tapping” sono utilizzati per ridurre l'ansia del paziente riguardo ad una particolare situazione; nella quinta fase c'è l'“installazione” dove una credenza positiva è inserita e collegata alla situazione della fase precedente; la sesta fase consiste nel body scan, attraverso il quale l'attenzione si focalizza sul corpo per scoprire tensioni prodotte dalla memoria negativa originale, oppure per capire se la cognizione positiva ha “sciolto” le tensioni precedenti); nella settima fase c'è la chiusura, nella quale il cliente viene portato in una fase mentale positiva per poter concludere la seduta; nell'ultima fase viene valutato quanto e come l'intervento abbia fatto effetto e se, in caso il paziente ha bisogno di ulteriori rielaborazioni (Shapiro, 1989a, 1989b).

Come detto precedentemente, l'umiliazione è responsabile della patogenesi di numerosi sintomi psicopatologici. Alcuni studiosi hanno ipotizzato che l'EMDR potesse essere utilizzato per la rielaborazione degli eventi umilianti passati.

Due studiosi hanno sottoposto una donna depressa e con esperienze suicidarie passate, all'EMDR, per circa 9 settimane (1 volta a settimana). Gli episodi della rielaborazione erano quelli di critica e di insulti che la matrigna rivolgeva alla paziente nel passato e nel presente e che erano alla base della sfiducia in sé e dei sintomi psicosomatici di cui la paziente soffriva. Il trattamento ha avuto successo, con una drastica e significativa riduzione della sintomatologia (un terzo in meno) e degli evitamenti che la paziente attuava (Srivastava e Mukhopadhyay, 2008). Il quadro si è mantenuto positivo anche a 6 mesi dal trattamento.

Altri studiosi hanno provato l'EMDR con pazienti che avevano ansia da prestazione. Partendo dalla paura attuale, insieme ai pazienti, sono arrivati agli episodi umilianti del passato, come le umiliazioni della maestra o i rimproveri dei genitori per la scarsa qualità dei risultati scolastici. Gli studiosi in questione hanno utilizzato solo una sessione di EMDR. Essi hanno lavorato, insieme ai pazienti, sulla rielaborazione di un episodio passato, di uno presente e sull'immaginazione di uno futuro. I pazienti presentavano un miglioramento dei sintomi sia sulla scale dell'ansia che su quella degli evitamenti. I miglioramenti erano ancora presenti a due mesi di distanza (Maxfield e Melnyk, 2000).

Molto interessanti sono anche i risultati che provengono da uno studio su 4 pazienti con sindrome da riferimento olfattivo (nel DSM-IV viene menzionato nel disturbo delirante; APA, 1994). I pazienti che presentano questa sindrome credono di emettere degli odori nauseanti, cosa che provoca in loro stress e conseguenze negative a livello sociale (come per esempio gli evitamenti). Gli autori della ricerca hanno sottoposto i pazienti che avevano i sintomi anche da più di 40 anni. Tra le immagini passate trattate tramite l'EMDR vi erano immagini di umiliazione a scuola per avere i vestiti che odoravano di cibo, di una violenza sessuale con annessi commenti sull'odore della vittima, del ricordo dell'odore pungente di pipì oggetto di scherno dei compagni e del rimprovero di mamma su un cattivo odore che non apparteneva, in realtà, alla vittima. Dopo il trattamento con EMDR, tutti i sintomi dei quattro pazienti hanno avuto una risoluzione completa, anche a distanza di anni e senza l'ausilio di farmaci (tre casi su quattro, McGoldrick et al., 2008).

Infine, per quanti riguarda il rapporto tra umiliazione e EMDR, alcuni dati presentano l'efficacia della tecnica nel trattamento dei "sexual offenders". Infatti i pazienti, affetti da questo disturbo, hanno avuto un aumento di empatia nei confronti delle vittime, che hanno abusato in passato, conseguente al trattamento delle immagini di violenze sessuali passate subite (Ricci et al., 2006). Dopo il trattamento con l'EMDR, oltre che l'aumento di empatia verso le vittime, i sexual offenders, mentre raccontavano gli episodi di stupro di cui si erano macchiati in passato, avevano

meno giustificazioni verso di sé, rispetto al periodo precedente il trattamento (Ricci et al., 2006), suggerendo un aumento di emozioni “altruistiche” verso le vittime.

Umiliazione e IWR

L' Imagery with Rescripting è una tecnica immaginativa di utilizzata nella terapia cognitivo - comportamentale (Arntz e Weertman, 1999). Essa può essere divisa in due tipi. Una nella quale una preesistente immagine negativa viene sostituita da una positiva (cioè nuova scrittura di un' immagine positiva al posto di una negativa) per alleviare la sofferenza e per cambiare gli schemi negativi di pensiero che provengono da quell' episodio (o insieme di episodi); l' altra in cui un' immagine positiva viene costruita “ex novo” per alleviare la sofferenza del paziente dovuta agli schemi negativi (usare, quindi, un' immagine positiva nuova per contrastare gli schemi di pensiero negativi).

L' IWR è stata utilizzata in uno studio pilota con 11 soggetti con diagnosi di fobia sociale. Erano state considerate due sessioni di lavoro soltanto, una di presentazione del lavoro, che fungeva da situazione di controllo ed una sperimentale. Nessun cambiamento è stato evidenziato dopo la situazione di controllo, mentre, dopo la sessione sperimentale, è stato notato il miglioramento delle credenze negative e dello stress legato alle memorie e alle immagini passate (ma non è stato riscontrato una riduzione di frequenza), insieme alla riduzione dei sintomi di ansia legata alla valutazione negativa sociale. Le immagini umilianti riscontrate in questo caso sono di critica, di umiliazione e di bullismo avute in età precoce (Wild et al., 2008). A sostegno dell' efficacia dell' IWT nella fobia sociale, vi è un altro studio con 27 pazienti che sono stati sottoposti ad una singola sessione di IWT oppure ad una sessione di controllo. I pazienti, sottoposti all' IWR, hanno mostrato un miglioramento nei sintomi di stress emotivo e nelle convinzioni centrali negative su di sé. I miglioramenti si sono mantenuti ad una settimana e ad un mese di distanza (Reimer, 2014). Le immagini passate trattate sono di umiliazione e di esclusione sociale pubblica, avute, per esempio durante le assemblee scolastiche passate.

Un altro studio, di una sola sessione di IWR, ha preso in considerazione il trattamento di 12 pazienti affetti da disturbo ossessivo – compulsivo. Dopo una fase iniziale, i pazienti sono stati intervistati riguardo alle memorie intrusive, seguito da una valutazione dei sintomi (fase di controllo). Successivamente è stato fatto l' intervento di IWR (fase sperimentale). Il controllo dei sintomi è stato poi effettuato dodici mesi dopo. I risultati mostrano come non ci sia stato un miglioramento dopo la fase di controllo, mentre i miglioramenti sostanziali sono stati visti dopo tre

mesi dalla singola sessione di IWR e mantenuti anche a 12 mesi (9 pazienti su 12). Le immagini emerse e poi trattate sono di essere fisicamente bullizzato ed umiliato, di essere abbandonato o di essere oggetto di abuso sessuale (Veale et al., 2015).

Conclusioni

Dalla revisione svolta si può considerare l'umiliazione come un fattore legato a diversi disturbi mentali, come la depressione, l'ansia, la paranoia e il disturbo narcisistico di personalità. Ciononostante la ricerca clinica non ha approfondito abbastanza l'argomento. Mancano soprattutto studi con strumenti che indaghino il vissuto soggettivo dell'esperienza umiliante e il collegamento con altri costrutti sia personali che sociali, sia di rischio che di protezione psicopatologica. Sarebbe molto utile considerare di più l'umiliazione perché potrebbe aiutare a comprendere maggiormente le dinamiche relazionali che possono favorire l'insorgere di alcuni disturbi mentali. Una migliore conoscenza delle dinamiche umilianti può essere utile anche per evitare che esse siano riproposte in diversi ambienti (scuola, lavoro, famiglia) e che assumano questo carattere pervasivo e negativo per l'individuo.

Riguardo gli studi sulla psicoterapia, alcuni autori hanno cercato di elaborare dei "protocolli" per il trattamento delle conseguenze dell'umiliazioni (Torres e Bergner, 2012; Hartling e Lindner 2016) e questo potrebbe essere l'inizio per approfondire lo studio del trattamento, per trovarne uno mirato alla risoluzione del problema.

Il trattamento delle immagini umilianti passate, effettuato attraverso l'EMDR, porta alla riduzione drastica dei sintomi in soggetti con diverse diagnosi. La maggior parte dei dati analizzati presenta una riduzione dei sintomi utilizzando più sessioni di EMDR, mentre uno solo presenta lo studio effettuato con una sola seduta.

Anche il trattamento con l'IWR sembra avere il suo effetto sulle immagini umilianti del passato. Al contrario dell'EMDR, l'IWR sembra avere un effetto positivo in minore tempo, cioè con minori sessioni di lavoro (alcuni lavori presentano dati di una sola sessione).

Di contro, l'EMDR, dagli studi presi in considerazione, ha un'efficacia che si mantiene nel tempo più a lungo.

Sarebbe interessante, nel futuro, poter disporre di dati sul confronto tra queste due tecniche, per comprendere quale delle due è più efficace, e in cosa l'una migliora di più rispetto all'altra, nel trattamento delle immagini umilianti passate.

Infine, a mio avviso, la cosa interessante da capire in futuro è come gli eventi umilianti determinano alcuni sintomi ed altri no. Le mie domande finali sono, infatti:

- 1) gli stessi eventi umilianti nel passato, determinano medesimi sintomi oppure no?
- 2) E se non determinano gli stessi sintomi, cosa determina la varietà dei sintomi?
- 3) La resilienza? Quale? Individuale o sociale? La genetica? In quali disturbi e con quale peso?

Sono sempre più convinto che lo studio dei fattori di protezione di resilienza, individuali e sociali, possano giocare un ruolo fondamentale sia nella diversificazione dei sintomi e quindi dei disturbi, ma anche nel trattamento degli stessi. La ricerca dovrà approfondire temi come la resilienza, la connessione sociale (e quindi il senso di disconnessione sociale), l'umiliazione e lo stress familiare primario, determinante per l'attaccamento.

Autori	Anno	Definizione
Silver M, Conte P, Miceli M	1986	Strumento per il controllo sociale, presente nella quotidianità, che mina il senso di identità dell'individuo. L'individuo non è umiliato solo se svalutato, ma anche se è aiutato e compatito.
Kline DC	1991	Dinamiche umilianti: insieme di comportamenti che sono associati con l'esperienza dell'umiliazione (fallimento scolastico, malattia mentale, disaccordi familiari, razzismo, stupri, etc).
Statman D	2000	L'umiliazione nasce a causa dell'incapacità dell'individuo di essere indipendente dagli altri nell'accettare e rispettare sé stesso. Colui che vuole umiliare trae vantaggio da questa situazione, poiché cerca di sminuire il rispetto che l'umiliato ha di sé attraverso rifiuti, esclusioni e tentativi di sottomissione. La vittima si sentirà umiliata solo se c'è intenzionalità esplicita da parte di colui che umilia.
Kendler KS, Hettema JS, Butera F et al.	2003	Senso di svalutazione ad un livello individuale e sociale, di solito conseguente ad un rifiuto relazionale o ad un senso di fallimento del ruolo sociale.
Gilbert P, Irons C, Olsen K et al.	2006	Quando un individuo è umiliato subisce un abbassamento del proprio ruolo sociale e di conseguenza sono a rischio risorse ed obiettivi.
Duffy M & Sperry L	2007	Il mobbing è un maltrattamento non sessuale da parte di colleghi e superiori che hanno l'intenzione di eliminare dall'organizzazione lavorativa un individuo. Il mobbing provoca umiliazione, svalutazione, discredito e perdita della reputazione professionale.
Torres WJ	2010	Un individuo è umiliato quando tenta di mantenere o raggiungere un particolare

and Bergner RM		status sociale attraverso le proprie azioni, ma tuttavia fallisce nel suo intento a causa dell' intervento di una persona più in alto a livello di status sociale. L' umiliazione sarà tanto più dannosa quanto il fallimento sarà reso pubblico a più persone.
Gerson S	2011	L' esperienza umiliante danneggia talmente tanto l' umiliato che egli ha paura che la sua immagine sociale venga influenzata negativamente.
Meltzer H, Vostanis P, Ford T et al.	2011	Le esperienze umilianti e di fallimento subite a scuola dai bulli durante l' infanzia possono provocare un senso di intrappolamento e di disperazione durevoli nel corso della vita dell' individuo.
Leidner B, Sheikh H, Ginges J	2012	Il termine umiliazione viene utilizzato per spiegare un insieme di comportamenti interpersonali negativi, causati dall' insuccesso scolastico, dai litigi familiari e da problemi psicologici. Maggiore è il valore sociale di colui che umilia rispetto all' umiliato maggiore sarà la sofferenza per quest' ultimo.

Tabella 1. Principali definizioni dell' umiliazione

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). Washington, DC: American psychiatric association, 143-7.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour research and therapy*, 37(8), 715-740.
- Besser, A., & Zeigler-Hill, V. (2010). The influence of pathological narcissism on emotional and motivational responses to negative events: The roles of visibility and concern about humiliation. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 520-534.
- Björkqvist, K. (2001). Social defeat as a stressor in humans. *Physiology & behavior*, 73(3), 435-442.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison. *Psychological medicine*, 25(01), 7-21.
- Collazzoni, A., Capanna, C., Bustini, M., Stratta, P., Ragusa, M., Marino, A., & Rossi, A. (2014). Humiliation and interpersonal sensitivity in depression. *Journal of affective disorders*, 167, 224-227.
- Collazzoni, A., Capanna, C., Bustini, M., Marucci, C., Prescenzo, S., Ragusa, M., ... & Rossi, A. (2015). A Comparison of Humiliation Measurement in a Depressive Versus Non-clinical Sample: A Possible Clinical Utility. *Journal of clinical psychology*, 71(12), 1218-1224.
- Coughtrey, A. E., Shafran, R., & Rachman, S. J. (2014). The spontaneous decay and persistence of mental contamination: an experimental analysis. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(1), 90-96.
- Den Boer, J. A. (2000). Social anxiety disorder/social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 405-415.
- Dimaggio, G., Catania, D., Salvatore, G., Carcione, A., & Nicolò, G. (2006). Psychotherapy of paranoid personality disorder from the perspective of dialogical self theory. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(01), 69-87.
- Duffy, M., & Sperry, L. (2007). Workplace mobbing: Individual and family health consequences. *The Family Journal*, 15(4), 398-404.

- Farmer, A. E., & McGuffin, P. (2003). Humiliation, loss and other types of life events and difficulties: a comparison of depressed subjects, healthy controls and their siblings. *Psychological medicine*, 33(07), 1169-1175.
- Freeman, D., & Garety, P. (2006). Helping patients with paranoid and suspicious thoughts: a cognitive-behavioural approach. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(6), 404-415.
- Gabbard, G. O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*.
- Gabbard, G. O. (1998). Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients. *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*, 125-145.
- Gehring Reimer, S. (2014). Single-Session Imagery Rescripting for Social Anxiety Disorder: Efficacy and Mechanisms.
- Gerson, S. (2011). Hysteria and humiliation. *Psychoanalytic Dialogues*, 21(5), 517-530.
- Gilbert, P., Irons, C., Olsen, K., Gilbert, J., & McEwan, K. (2006). Interpersonal sensitivities: Their links to mood, anger and gender. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(1), 37-51.
- Hartling, L. M., & Luchetta, T. (1999). Humiliation: Assessing the impact of derision, degradation, and debasement. *Journal of Primary Prevention*, 19(4), 259-278.
- Hartling, L. M., Lindner, E., Spalthoff, U., & Britton, M. (2013). Humiliation: a nuclear bomb of emotions?. *Psicología Política*, (46), 55-76.
- Hartling, L. M., & Lindner, E. G. (2016). Healing humiliation: from reaction to creative action. *Journal of Counseling & Development*, 94(4), 383-390.
- Hjemdal, O., Friberg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(3), 194-201.
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 789-796.
- Klein, D. C. (1991). The humiliation dynamic: An overview. *Journal of Primary Prevention*, 12(2), 93-121.
- Leidner, B., Sheikh, H., & Ginges, J. (2012). Affective dimensions of intergroup humiliation. *PLoS One*, 7(9), e46375.
- Maxfield, L., & Melnyk, W. T. (2000). Single session treatment of test anxiety with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *International Journal of Stress Management*, 7(2), 87-101.
- McGoldrick, T., Begum, M., & Brown, K. W. (2008). EMDR and olfactory reference syndrome a case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 63-68.
- Meltzer, H., Vostanis, P., Ford, T., Bebbington, P., & Dennis, M. S. (2011). Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *European Psychiatry*, 26(8), 498-503.
- Nicolò, G., & Nobile, M. S. (2007). Paranoid personality disorder: model and treatment. *Psychotherapy of Personality Disorders: Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*, 188.
- Polcari, A., Rabi, K., Bolger, E., & Teicher, M. H. (2014). Parental verbal affection and verbal aggression in childhood differentially influence psychiatric symptoms and wellbeing in young adulthood. *Child abuse & neglect*, 38(1), 91-102.
- Ricci, R. J., Clayton, C. A., Foster, S., Jarero, I., Litt, B., Artigas, L., & Kamin, S. (2009). Special applications of EMDR: Treatment of performance anxiety, sex offenders, couples, families, and traumatized groups. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 279-288.
- Rooke, O., & Birchwood, M. (1998). Loss, humiliation and entrapment as appraisals of schizophrenic illness: A prospective study of depressed and non-depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(3), 259-268.

- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic stress*, 2(2), 199-223.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 20(3), 211-217.
- Silver, M., Conte, R., Miceli, M., & Poggi, I. (1986). Humiliation: Feeling, social control and the construction of identity. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 16(3), 269-283.
- Srivastava, U. V., & Mukhopadhyay, A. (2008). Application of EMDR in the treatment of major depressive disorder: A case study. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 35(2), 163-172.
- Statman, D. (2000). Humiliation, dignity and self-respect. *Philosophical Psychology*, 13(4), 523-540.
- Svindseth, M. F., Nøttestad, J. A., & Dahl, A. A. (2013). Perceived humiliation during admission to a psychiatric emergency service and its relation to socio-demography and psychopathology. *BMC psychiatry*, 13(1), 1.
- Torres, W. J., & Bergner, R. M. (2010). Humiliation: its nature and consequences. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 38(2), 195-204.
- Torres, W. J., & Bergner, R. M. (2012). Severe public humiliation: Its nature, consequences, and clinical treatment. *Psychotherapy*, 49(4), 492.
- Veale, D., Page, N., Woodward, E., & Salkovskis, P. (2015). Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 49, 230-236.
- Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 386-401.

Alberto Collazzoni

Psicologo, Psicoterapeuta, Los Angeles

Specializzata a Roma, training Lorenzini, Mancini, Bonanno

e-mail: eddycollazzoni@hotmail.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it