

## SAMIRA E LA TRAPPOLA DEL TRAUMA, UN CASO DI PTSD COMPLESSO CON DEPRESSIONE E DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Anna Maria Petta<sup>1</sup>, Antonella Rainone<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro di Psicoterapia Cognitiva di Lido di Ostia (Roma) e Associazione Crossing Dialogues

<sup>2</sup> Scuole di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC), Roma

### Corrispondenza

E-mail: annamariapetta@yahoo.it

### Riassunto

Nel presente lavoro viene descritto il caso di Samira, una donna di 39 anni proveniente da un paese sud-asiatico, che presenta un PTSD complesso in comorbidità con depressione e disturbo ossessivo-compulsivo. La ricostruzione della storia di vita ha consentito l'individuazione di molteplici abusi intrafamiliari e violenze che hanno avuto un impatto emotivo rilevante sulla donna. Gradualmente in lei si è formato un senso di indegnità caratterizzato dall'idea di "essere una persona sporca moralmente" non solo per aver causato quegli eventi ma anche per una scarsa partecipazione alla vita religiosa. Nel tempo si è strutturato il DOC con rituali di lavaggio, ricerca di ordine e simmetria e un generale perfezionismo. Sono inoltre presenti sintomi di risperimentazione relativi agli abusi subiti, tentativi di evitamento, disregolazione emotiva e disturbi dell'immagine corporea. Infine, si è rilevata la presenza di uno stato depressivo caratterizzato da marcata ideazione suicidaria, immobilità fisica e umore deflesso.

In questo lavoro è inoltre descritto il trattamento basato sul modello trifasico (Herman, 1992b) che è stato effettuato in un setting multiculturale integrando tecniche di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale standard, Schema Therapy, EMDR, tecniche di terza generazione ("Acceptance and Commitment Therapy", "Mindfulness" e "Compassion Focused Therapy") e risorse di psicoterapia sensomotora.

**Parole chiave:** PTSD complesso, DOC, depressione, psicopatologia transculturale, psicoterapia

## SAMIRA AND THE TRAUMA TRAP: A CASE OF COMPLEX PTSD WITH DEPRESSION AND OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

### Abstract

This paper describes the case of Samira, a 39-year-old woman from a South Asian country, who presents with complex PTSD comorbid with depression and obsessive-compulsive disorder. The reconstruction of her life story revealed multiple instances of intrafamilial abuse and violence that had a significant emotional impact on her. Over time, she developed a profound sense of worthlessness, marked by the belief of being "morally unclean," not only for having allegedly caused those events but also due to her limited participation in religious life.

Obsessive-compulsive disorder gradually took shape, characterized by washing rituals, a need for order and symmetry, and a general tendency toward perfectionism. Additionally, she experiences re-experiencing symptoms related to the abuse she suffered, avoidance behaviors, emotional dysregulation, and disturbances

**DOI:** 10.36131/COGNCL20250206

RICEVUTO IL 13 GIUGNO 2025, ACCETTATO L'8 DICEMBRE 2025

in body image. A depressive state was also observed, marked by pronounced suicidal ideation, physical immobility, and a deflected mood.

The treatment is based on the three-phase model (Herman, 1992b) and was conducted in a multicultural setting. It integrated standard Cognitive Behavioral Therapy techniques, Schema Therapy, EMDR, third-wave approaches (Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness, and Compassion Focused Therapy), and resources from sensorimotor psychotherapy.

**Key words:** complex PTSD, OCD, depression, transcultural psychopathology, psychotherapy

## Introduzione

In letteratura, Herman (1992a, 1992b) è stata tra le prime a evidenziare come le vittime di traumi cronici presentino manifestazioni psicopatologiche caratterizzate da una complessità maggiore rispetto a quelle riconducibili al Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). Tali manifestazioni includono disregolazione emotiva, un'immagine di sé negativa, sentimenti persistenti di colpa e vergogna, difficoltà relazionali, frammentazione dell'identità, somatizzazioni e sintomi dissociativi. L'identificazione di questo specifico profilo clinico ha contribuito all'introduzione, nella *International Classification of Diseases* (ICD-11; World Health Organization, 2018), della diagnosi di Disturbo Post-Traumatico Complesso (PTSDc).

Numerosi contributi teorici e clinici hanno sottolineato come l'esposizione reiterata a eventi traumatici durante l'infanzia possa determinare uno scompenso del sistema nervoso autonomo e una conseguente disregolazione dell'*arousal*, sia in senso di iperattivazione sia in ipoattivazione. Tale disregolazione è stata associata all'emergere di sintomi dissociativi e a una disconnessione tra diversi livelli funzionali della mente, con compromissione dei processi integrativi della coscienza e frammentazione delle memorie traumatiche (Liotti, 2004; Liotti & Farina, 2011; Nijenhuis et al., 1998; Ogden et al., 2012; Putnam, 1997; Schore, 2009; Siegel, 1999; Tagliavini, 2011).

Le principali sequele cliniche del trauma complesso si manifestano in molteplici domini. In particolare, i sintomi dissociativi possono presentarsi nella forma del *detachment*, caratterizzato da distacco emotivo e vissuti di estraneità verso sé e gli altri, oppure nella forma della *compartmentalization*, caratterizzata da una frammentazione dei ricordi traumatici e dell'esperienza cosciente. L'identità può risultare profondamente compromessa e strutturalmente frammentata, con vissuti persistenti di indegnità, vergogna, colpa e inadeguatezza. Tali difficoltà si associano frequentemente a problematiche interpersonali radicate nello sviluppo di un attaccamento disorganizzato, in cui la figura di accudimento è simultaneamente fonte di protezione e di minaccia.

Questo quadro relazionale tende a favorire, in età adulta, un ricorso a strategie di coping maladattive, una riduzione della fiducia interpersonale e una compromissione delle funzioni metacognitive, con conseguenti difficoltà nella comprensione di sé e degli altri e nella regolazione efficace di pensieri, emozioni e comportamenti (Aragona et al., 2021, 2024; Farina & Schimmenti, 2025; Liotti, 2004; Liotti & Farina, 2011).

In generale quindi, i maltrattamenti infantili rappresentano gravi problemi per la salute pubblica, comportano difficoltà psicosociali, economiche e una riduzione importante della qualità di vita (Norman et al., 2012). Dati di letteratura sul tema del trauma infantile indicano che la presenza di esperienze di maltrattamento fisico, sessuale, emotivo e di neglect rappresentano fattori di rischio per lo sviluppo di patologie fisiche e mentali nell'arco di vita (Clemens et al., 2018; Jaffee, 2017; Scott et al., 2011). È stata inoltre approfondita la relazione tra trauma dello sviluppo e quadri psicopatologici come il PTSD (Maercker et al., 2022; Schimmenti, 2018), i disturbi dell'umore, di ansia e l'elevato rischio di suicidio (Brown et al., 1999; Gibb et al., 2007; Huh et al., 2017; Li et

al., 2016; Negele et al., 2015), disturbi esternalizzanti e di personalità (Cohen et al., 2001), disturbi alimentari (Burns et al., 2012; Monteleone et al., 2019), la dipendenza da sostanze (Banducci et al., 2014) e sono state inoltre realizzate delle ricerche sulla relazione con il disturbo ossessivo-compulsivo (alcune considerano i sintomi ossessivi come strategie di coping del PTSD) e la correlazione positiva tra gravità dei sintomi ossessivi ed esperienze di maltrattamento (Boger et al., 2020; Carpenter & Chung, 2011; Grisham et al., 2011).

Un focus più attento sugli esiti di eventi traumatici in quadri come il PTSD complesso consentono di mettere in relazione ulteriori aspetti che rappresentano l'eredità del trauma. Per esempio, alcuni autori ipotizzano che la frammentazione traumatica possa agire a vari livelli e che si focalizzi sulle principali strategie di difesa di fronte a situazioni di pericolo estremo quali attacco - fuga - "freezing" - resa, relazionandole con i sintomi emergenti in età adulta e che rappresentano effetti attuali di traumi passati (Fisher, 2017; Liotti & Farina, 2011; Van der Hart et al., 2011; Van der Kolk, 2020).

Inoltre, l'impatto del trauma è stato oggetto di numerose ricerche in ambito transculturale, le quali confermano le tendenze precedentemente delineate. L'evidenza empirica indica che l'esposizione a eventi traumatici costituisce un fattore di rischio significativo anche per l'incremento di difficoltà post-migratorie nei processi di adattamento al contesto di accoglienza e rappresenta, inoltre, un elemento che complica ulteriormente l'accesso e l'efficacia degli interventi di cura (Aragona et al., 2021, 2024, 2025; Libertas & Petta, 2020; Medici Senza Frontiere, 2022; Nosè et al., 2018; Petta, 2019).

Concludendo, in questo lavoro cerchiamo di mostrare proprio gli effetti del trauma complesso attraverso l'analisi del caso di Samira, un caso di PTSD complesso, depressione e disturbo ossessivo-compulsivo.

## Presentazione del caso

Samira viene inviata dallo psichiatra presso un'associazione che offre un servizio di psicoterapia per migranti forzati, vittime di violenze intenzionali e torture.

Al momento della presa in carico, lei ha 39 anni, è di religione islamica, viene da un paese sud-asiatico ed è in Italia dall'anno precedente con un permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare con il marito di 50 anni, spesso fuori casa per lavoro per attività commerciali.

Sia durante la permanenza in Italia sia nel suo Paese di origine, Samira non ha svolto alcuna attività lavorativa, e il suo ruolo è stato e continua ad essere, esclusivamente dedicato alla gestione della vita familiare.

Sin dai primi momenti del colloquio di assessment, la donna affermava tuttavia di essersi trasferita in Italia soprattutto per motivi di cura, riferendo la presenza di una sintomatologia depressiva di cui soffre da anni e di un disturbo ossessivo-compulsivo presentato anche dal primogenito Rubel di 19 anni in cura anch'egli da uno psichiatra.

Samira ha anche una seconda figlia di 11 anni di nome Amina che ad oggi presenta difficoltà di integrazione scolastica e, in generale, nel contesto italiano.

Per quanto riguarda la sua storia, in primo colloquio, emerge che la paziente è stata costretta al matrimonio all'età di 16 anni dai genitori da cui riferisce di non essere mai stata considerata in quanto donna in un sistema patriarcale. Rispetto a questo aspetto, Samira ha riferito che retaggi culturali, episodi di svalutazione e situazioni di disparità legate all'appartenenza di genere hanno limitato in modo significativo le sue possibilità decisionali. Inoltre, dalla sua storia di vita emergono ripetuti episodi di neglect o trascuratezza infantile, non tanto sul piano economico quanto su quello

emotivo, riconducibili a entrambe le figure genitoriali. Sono stati rilevati livelli ridotti di affettività genitoriale, frequenti rimproveri o critiche rivolte a comportamenti, emozioni o caratteristiche personali, l'imposizione di regole rigide legate al contesto culturale di appartenenza e l'inibizione di comportamenti considerati inappropriati, come il gioco o l'espressione di emozioni positive. Infine, a incrementare ulteriormente la complessità del quadro, nei colloqui successivi sono emersi anche episodi di abuso sessuale perpetrati da membri della famiglia.

Samira da giovane aveva molti sogni, in particolar modo desiderava studiare, ha frequentato la scuola fino al diploma, ma avrebbe voluto iscriversi all'università e per questo motivo, si è sentita molto diversa dalla sua famiglia, sempre fuori luogo, incompresa e limitata nell'espressione di sé. Inoltre, per Samira non è stato possibile perseguire l'obiettivo dell'iscrizione ad un percorso universitario, poiché è stata privata del consenso del partner.

Per quanto riguarda la famiglia di origine, essa è composta da due sorelle e un fratello più grandi di lei, una delle due sorelle attualmente vive in Italia ma non hanno buoni rapporti, mentre, i genitori vivono nel suo paese di origine e sembra dalla narrazione che abbiano una buona posizione sociale.

Al momento della presa in carico Samira parlava poco l'italiano ma fluentemente l'inglese, tuttavia, si è ritenuto utile usufruire del servizio di mediazione culturale.

## Descrizione del problema

In prima seduta, Samira si mostrava mediamente curata nell'aspetto, con mimica facciale povera e improntata a un'emozione di tristezza; era in generale accessibile al colloquio, riportava tendenza al pianto, apatia, pensieri negativi sul futuro e ruminazioni depressive sul passato.

Emergeva inoltre, un disturbo dell'immagine corporea, caratterizzato dal vedersi grassa pur essendo normopeso e imperfetta a causa dell'acne e per la perdita frequente di capelli.

La ricerca della perfezione non riguardava solo il fisico ma anche l'ordine e la pulizia essendo inoltre presente un senso di "*Not Just Right Experience*" (NJRE).

Approfondendo questa sfera, si rilevava la presenza di rituali che occupavano gran parte della giornata: cambio di abiti più volte prima di uscire di casa, rituali di lavaggio per diverse ore e compulsioni di ordine e simmetria riguardo agli oggetti e ai numeri dei lavaggi legati a una simbologia.

I rituali di lavaggio erano effettuati più volte al giorno come la doccia dalle 7 alle 12 volte al giorno, lavaggio delle mani per almeno 3 volte con ripetizioni di circa 9 volte al giorno. Era presente anche la pulizia delle superfici in media per 3 volte al giorno per un totale di 4 ore.

Rispetto a quanto ricostruito, le compulsioni si svolgevano con sequenze specifiche ovvero in numeri dispari associati alla fortuna nella sua religione.

Inoltre, il mancato rispetto del numero di preghiere giornaliere previde la sensazione di essersi contaminata, con la percezione di essere disgustosa, a cui faceva fronte con i lavaggi. Evitava anche di parlare di questo argomento sia per il timore di essere scoperta che di contaminare altre persone.

Gli scenari maggiormente presenti nel suo stato mentale erano "l'inferno" caratterizzato da punizioni divine verso sé e i suoi figli come morte, malattie invalidanti o abusi sessuali perpetuati nei confronti della figlia.

Questi aspetti, tuttavia, risultavano meno evidenti alla prima osservazione in quanto celati maggiormente dalla deflessione del tono dell'umore che portava la donna a spegnersi e a ridurre al minimo le proprie attività quotidiane, rimanendo a letto quasi tutto il giorno.

Infine, si rilevava la presenza di sintomi di risperimentazione descritti dalla paziente come una reimmersione negli abusi del passato come se stessero riaccadendo nel presente. Questi sintomi si verificavano: sia di notte sotto forma di incubi che durante il giorno come flashback; veniva inoltre riferita la presenza di ricordi frammentati, buchi temporali nella sua memoria, disregolazione emotiva e alterazioni nella rappresentazione di sé.

La terapia farmacologica assunta al momento della presa in carico era la seguente: sertralina 100 mg la mattina, depakin chrono 300 mg 2 volte al giorno e tritico 100 mg la sera.

## Storia di vita e della sofferenza

Dalla ricostruzione anamnestica, Samira riferiva un malessere generale presente già ad 11 anni e caratterizzato da tristezza, svalutazione di sé, idea di essere imperfetta e insofferenza nella permanenza in famiglia. Riportava, inoltre, di sentirsi inibita nell'espressione di sé e dei propri desideri. L'educazione familiare era particolarmente rigida, caratterizzata da imposizioni di natura morale fortemente legate alla religione e alla cultura di appartenenza, che regolavano aspetti quali il modo di vestire e il comportamento in pubblico, soprattutto in presenza di figure maschili.

Nella storia di vita della paziente emergevano abusi psicologici e tentativi di abuso sessuale infantile mai giunti a rapporto completo da parte di alcuni adulti della sua famiglia (padre, zio e altre persone frequentanti la sua casa).

Samira riferiva di aver compreso sin da subito la gravità di quanto stava accadendo e di aver provato, a partire da quel momento, una persistente sensazione di contaminazione e indegnità, accompagnata da vissuti di colpa, disgusto e rabbia verso di sé.

A tutto ciò si associava la percezione di un continuo stato di allarme per la mancata protezione dalle stesse figure deputate all'accudimento.

Il senso di colpa invece, l'ha accompagnata negli anni portandola ad omettere quanto accaduto per timore di essere considerata il carnefice, nonché, per la vergogna rispetto al proprio contesto di provenienza considerato come "sporco" e che temeva rappresentasse anche un pesante marchio su di sé e sul proprio valore personale soprattutto di fronte ad un possibile giudizio esterno.

Questi eventi hanno favorito l'insorgere di pensieri ossessivi di contaminazione accompagnati da rituali di lavaggio peggiorati negli ultimi 7 anni, in quel periodo Samira ha riferito di essersi allontanata dalla religione, a seguito di una valutazione critica dei comportamenti del marito, percepiti come tendenti ad una maggiore estremizzazione religiosa. Questo allontanamento, si è ulteriormente consolidato con l'incremento dei sintomi ossessivi e del timore di contaminazione. In particolare, il contesto della moschea, che prevede regole come i lavaggi rituali prima di accedere alla sala di preghiera o l'ingresso a piedi nudi, costituiva per la paziente un ulteriore trigger del disturbo ossessivo-compulsivo. Complessivamente, l'evitamento delle cerimonie religiose e delle preghiere generava in Samira sentimenti di colpa e la convinzione di essere una persona moralmente cattiva, meritevole di punizioni divine e dell'"inferno".

Rispetto all'anamnesi della sintomatologia depressiva, sembrano essere già stati presenti almeno altri due picchi: uno nell'anno 2004 e uno risalente all'anno 2007, periodi in cui passava la maggior parte delle sue giornate a letto, isolandosi e avvertendo trascuratezza da parte del marito.

Da quanto ricostruito, l'umore deflesso e lo spegnimento sembrerebbero stati costanti nel corso degli anni e potrebbero essere un'espressione di reazione di difesa (coping di spegnimento) messa in atto dalla paziente per sopravvivere a un contesto traumatizzante e in cui non sarebbero stati possibili né la fuga e né l'attacco. La depressione sembrerebbe equiparabile allo stato di resa, necessario nel momento in cui ogni espressione di vitalità e pensiero divergente costituisce oggetto

di critica sprezzante, limitazione ulteriore della propria libertà, punizione e costrizione.

Questa reazione psicopatologica di coping di difesa estrema sembra essere stata frequentemente riscontrata in pazienti con traumi multipli secondo dati recenti di letteratura (Fisher, 2017).

La sintomatologia, già presente durante l'adolescenza in concomitanza con il matrimonio forzato, sembra essersi acuita anche dopo la nascita dei bambini che da un lato rappresentavano motivo di gioia per la paziente ma dall'altro la facevano sentire limitata nel ruolo di madre e moglie.

Sono stati infine, riferiti episodi di escoriazione della pelle, di tricotillomania e masturbazione compulsiva che avveniva precedentemente 4 volte a settimana e nel momento della consulenza una volta al mese ed era associata alla percezione di scarso controllo dello stesso comportamento.

Per concludere, per quanto riguarda i trattamenti effettuati, la donna ha riferito di essere stata seguita nel suo paese da un medico nell'anno 2008 per la sintomatologia depressiva e dallo psichiatra che l'ha attualmente in carico qui in Italia.

## **Ipotesi diagnostica**

Sulla base della descrizione dei problemi riportati dalla paziente è stata formulata una diagnosi di PTSD complesso in comorbidità con disturbo depressivo maggiore e disturbo ossessivo-compulsivo. I criteri soddisfatti per il disturbo da stress post-traumatico complesso (PTSD-C) includevano sintomi di risperimentazione, quali flashback relativi agli abusi subiti, pensieri intrusivi sul passato e incubi. I comportamenti di evitamento si manifestavano sia come tentativi di soppressione dei pensieri e delle emozioni legate al trauma, sia come evitamento di contatti con persone provenienti dal proprio paese di origine, nella misura del possibile, e di ambienti percepiti come "sporchi" o "con muffa", associati al ricordo dei luoghi del trauma. Si osservava anche la presenza di una scarsa rete sociale, una marcata tendenza a limitare perfino il contatto visivo e, nella relazione con il marito, un evitamento dei rapporti sessuali e, più in generale, del contatto fisico. Oltre ai sintomi precedentemente descritti, si rilevava la presenza dei seguenti aspetti psicopatologici:

- Alterazioni nella regolazione delle emozioni e del comportamento: erano presenti disregolazione emotiva, comportamenti autolesivi e ideazione suicidaria verbalizzata in alcuni colloqui. La disregolazione si manifestava con episodi di *iperarousal* durante gli agiti autolesivi, quali tricotillomania ed escoriazione cutanea, o con un aumento dell'ideazione suicidaria; al contrario, si osservavano picchi di *ipoarousal* nel contesto di crisi depressive, caratterizzate da anedonia, apatia e tentativi di "spegnimento" fisico ed emotivo, che portavano la paziente a trascorrere intere giornate a letto in uno stato di marcata passività. Samira narrava di un'estrema fatica nel rientrare in uno stato emotivo per lei accettabile (entro la finestra di tolleranza) che le consentisse di svolgere le sue mansioni quotidiane.
- Disturbi della coscienza e dell'attenzione: si rilevavano difficoltà nell'attenzione, memoria frammentata e amnesie relative a specifici periodi della sua vita. Durante la narrazione autobiografica, la paziente mostrava frequenti variazioni nella collocazione cronologica degli eventi e incertezza. Si osservavano, inoltre, deficit di memoria prospettica, come il dimenticare appuntamenti o, talvolta, quanto già riferito o discusso nei colloqui precedenti.
- Somatizzazioni: erano presenti astenia marcata, riferita come estrema fatica fisica, debolezza muscolare, dolori fisici e rallentamento motorio nello svolgimento delle attività quotidiane o di minimi sforzi fisici.
- Alterazioni della percezione di sé: emergevano sentimenti di impotenza appresa e scarsa autoefficacia, accompagnati da vissuti di colpa, vergogna e iper-responsabilità, in particolare

nei confronti dei figli. La paziente riportava, inoltre, la sensazione di non essere compresa nel proprio dolore e di essere “danneggiata”. Frequentemente esprimeva la convinzione di essere “inautabile” e di portare un peso emotivo tanto gravoso quanto difficilmente comprensibile all'esterno.

- Disturbi relazionali: si osservavano difficoltà significative a fidarsi degli altri, soprattutto di persone appartenenti alla sua stessa cultura, e una tendenza alla vittimizzazione. Samira spesso si descriveva come vittima di una vita ingiusta, e tale posizione, cristallizzata, contribuiva a un senso di immobilità sia nella possibilità di modificare la propria condizione attuale sia nelle relazioni interpersonali, nelle quali assumeva frequentemente un ruolo sottomesso.
- Alterazioni nei significati personali: disperazione, visione negativa di sé e del proprio futuro e una marcata perdita delle proprie convinzioni personali.

## Profilo interno del disturbo

Per quanto riguarda il profilo interno del disturbo nelle figure 1 e 2 sono riportate rispettivamente le formulazioni sulla sintomatologia depressiva (**figura 1**, basata sullo schema di Rainone & Mancini, 2018) e del disturbo ossessivo-compulsivo (**figura 2** basata sullo schema di Mancini, 2016) la cui condivisione con la paziente ha rappresentato la base del lavoro terapeutico.

Complessivamente, l'esplorazione del profilo interno di Samira ha evidenziato la presenza di credenze negative sul sé, tra cui l'idea di essere una persona inutile a causa della propria inattività lavorativa, nonché del ruolo familiare che ricopre. La paziente riferisce, infatti, di percepirsi come un genitore inadeguato, ritenendosi responsabile del malessere della figlia e delle problematiche del figlio, legate sia al disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) che all'epilessia.

Tali pensieri alimentano ulteriormente l'inattività, l'autocritica e un marcato senso di colpa. L'allontanamento dalla pratica religiosa contribuisce a rafforzare l'idea di essere una “cattiva persona”, in quanto non più in grado di adempiere al rituale delle cinque preghiere quotidiane.

A queste, si associano, ulteriori credenze disfunzionali relative alla propria inautabilità e a una visione pessimistica del futuro, percepito come fonte di sofferenza e privo di possibilità di cambiamento.

Samira esprime inoltre la sensazione di sentirsi intrappolata, costantemente invalidata nei propri bisogni, priva di libertà di scelta e circondata da persone vissute come escludenti o ostili. In particolare, il marito viene percepito dalla paziente da un lato come trascurante, a causa della sua assenza fisica ed emotiva, dall'altro come abusante, sin dall'inizio del matrimonio forzato. Gli episodi di abuso si sono ripetuti nel tempo in diverse modalità, comprendendo limitazioni della libertà personale, come la negazione della possibilità di proseguire gli studi e realizzarsi, e abusi fisici durante i rapporti sessuali.

In aggiunta, la paziente esprime la convinzione che i figli siano fragili e privi delle risorse necessarie per affrontare autonomamente la propria vita, temendo che possano rivivere esperienze simili a quelle da lei subite, in particolare abusi fisici, sessuali e psicologici.

In generale, la mente della paziente iperinveste sullo scopo della salvaguardia della propria moralità attraverso la riduzione del rischio percepito, la ricerca di legami sicuri e un ipercontrollo della propria emotività e moralità.

Si può osservare un iperinvestimento anche sulla propria protezione e sicurezza attraverso lo spegnimento e l'evitamento di contatti sociali che hanno la funzione di evitare situazioni che comporterebbero possibili aggressioni

Parallelamente, l'antiscopo di essere una persona moralmente indegna (sia come madre che come donna) la porta a evitare emozioni o vissuti di colpa attraverso controlli, lavaggi, la ricerca di ordine simmetria e perfezione e altre strategie volte a salvaguardare la propria moralità.

Figura 1. Schema dei sintomi depressivi di Samira

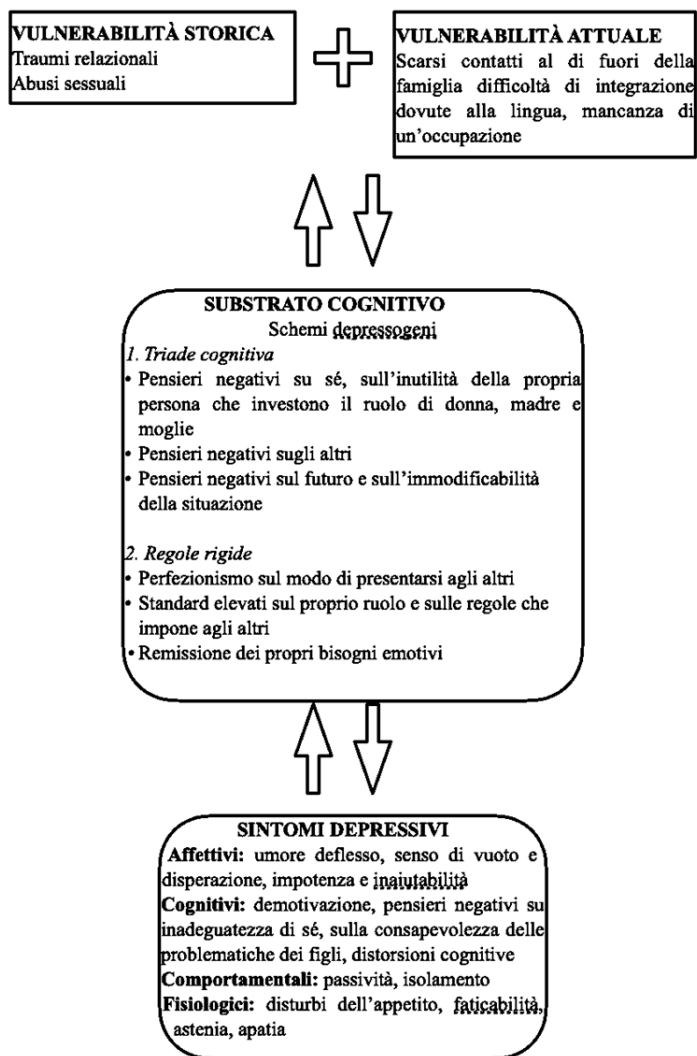
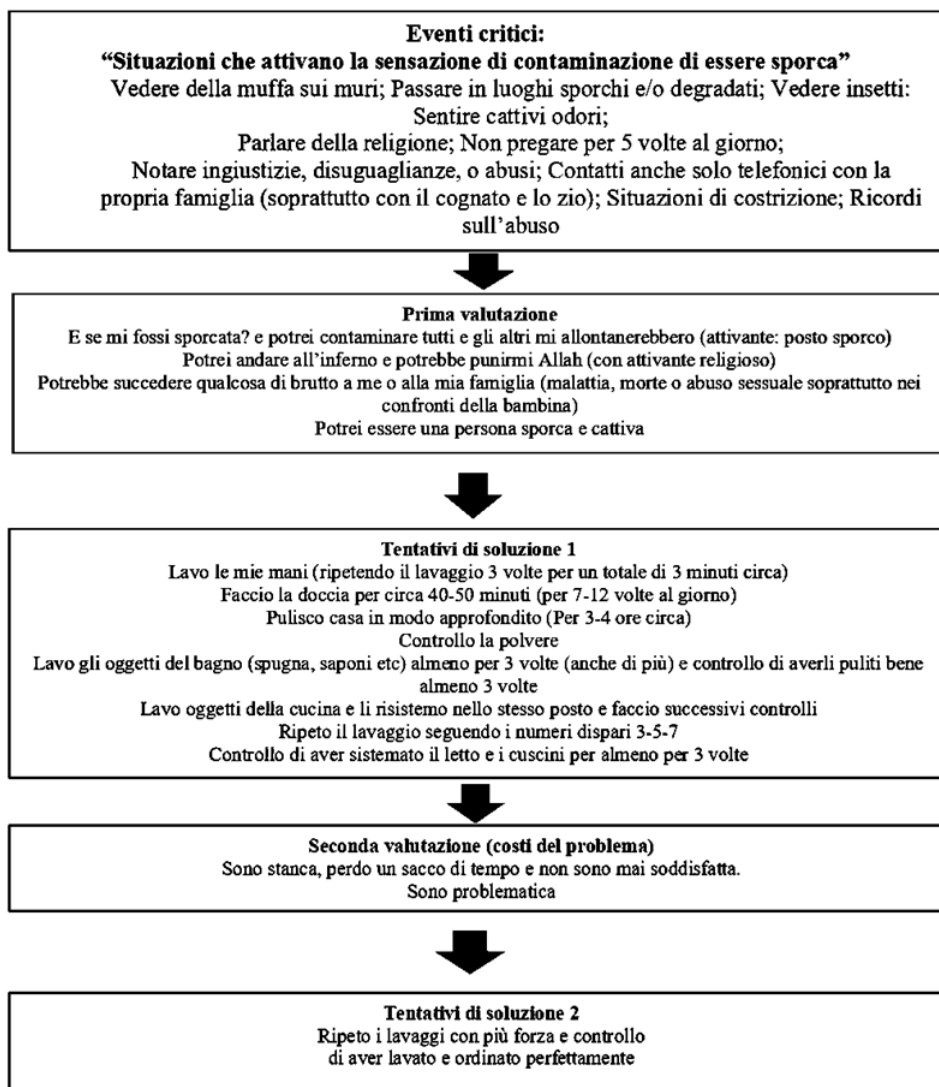


Figura 2. Schema del disturbo ossessivo di Samira



## Fattori e processi di mantenimento

### *Meccanismi di mantenimento interpersonali*

Sono presenti cicli interpersonali disfunzionali con i membri della famiglia e con il marito; in particolare, la conflittualità rafforza i pensieri negativi sul sé, specificatamente l'idea di essere una persona inadeguata e “cattiva”, non conforme al modello di madre e di donna di riferimento.

Si consolida inoltre l'autocritica e l'imposizione di standard elevati attraverso una serie di doverizzazioni che, tuttavia, si traducono in una repressione dei propri bisogni, percepiti come non meritevoli.

In aggiunta, si rafforzano le credenze negative sugli altri percepiti come persone abusanti e invalidanti nei confronti dei suoi bisogni. La distanza emotiva e fisica del marito rappresenta per lei una conferma di meritarsi solo disinteresse e inamabilità.

La mancanza di mezzi economici e le limitazioni culturali legate al ruolo di donna ostacolano la possibilità di sperimentarsi e di svolgere attività che favoriscano una riattivazione comportamentale e risultino per lei piacevoli. A ciò si aggiunge una scarsa rete amicale, che contribuisce a rinforzare la chiusura nelle proprie credenze patogene e l'umore negativo.

Ulteriori meccanismi di mantenimento includono la scarsa conoscenza della lingua italiana e l'assenza di un'occupazione.

### *Meccanismi di mantenimento intrapsichici*

Tra i meccanismi intrapsichici di mantenimento si annovera la ruminazione depressiva, che limita anche lo svolgimento di piccoli compiti e rinforza l'idea di essere inutile e inadeguata.

È presente, inoltre, un circolo vizioso tra sintomi di faticabilità e passività che, associato alla ruminazione, ostacola ulteriormente la riattivazione comportamentale.

Infine, altri fattori di mantenimento includono specifici *bias* cognitivi, quali la tendenza alla personalizzazione, ad ingigantire o minimizzare i propri progressi terapeutici e il pensiero dicotomico, quest'ultimo è associato alla difficoltà nel mettere in discussione schemi transgenerazionali e culturalmente radicati.

### **Scompenso ed esordio**

Il primo scompenso si è manifestato in fase adolescenziale, a seguito degli abusi sessuali subiti all'interno della propria famiglia. In quel periodo sono emerse credenze negative, disgusto verso se stessa e ricerca di perfezione e ordine. Contemporaneamente, sono insorte anche le compulsioni di lavaggio e si è sviluppata una sintomatologia depressiva, intesa come meccanismo di coping rispetto al contesto traumatizzante.

In tempi più recenti, le problematiche del figlio e le relative necessità di cura hanno determinato un'ulteriore acutizzazione della sofferenza, accompagnata da pensieri di colpa riguardo alla loro salute psicologica. A influire negativamente è stato anche il peggioramento del rapporto con la famiglia di origine e con il marito.

### **Vulnerabilità storica**

Nella storia di vita della paziente si rintracciano diversi fattori di vulnerabilità, identificati attraverso lo strumento della Linea della Vita della Terapia dell'Esposizione Narrativa (Schauer et al., 2014). In particolare, si evidenziano numerosi eventi traumatici reiterati che possono aver sensibilizzato la paziente rispetto alla visione negativa di sé e degli altri tra cui abusi fisici, sessuali, psicologici e neglect o trascuratezza infantile.

I primi "sassi" inseriti lungo la linea temporale corrispondono a episodi di abuso psicologico, fisico e sessuale, perpetrati da alcuni zii e persone di riferimento in più occasioni durante la prima infanzia e la preadolescenza. Inoltre, emergono ricordi di abuso da parte del padre, che le

palpeggia il seno quando lei aveva circa 9 anni, provocandole paura e disgusto.

Altri ricordi riguardano episodi di abuso psicologico da parte delle figure di accudimento e il matrimonio forzato, avvenuto a 16 anni.

## Trattamento psicoterapeutico

### *Obiettivi di contratto, razionale, strategia terapeutica e tecniche di cambiamento*

Fin da subito sono stati concordati con la paziente obiettivi contrattuali volti all'innalzamento del tono dell'umore e alla gestione dei pensieri negativi su se stessa e sulla propria vita, inclusa l'ideazione suicidaria, talvolta presente ma non strutturata.

All'interno di questi macro-obiettivi è emersa la necessità di potenziare le capacità della paziente di tolleranza alla sofferenza e di regolazione emotiva.

A medio e lungo termine sono stati previsti interventi mirati alla gestione della sintomatologia post-traumatica, all'elaborazione delle memorie traumatiche e alla riduzione dei sintomi ossessivo-compulsivi, con conseguente ristrutturazione dell'immagine di sé.

## Descrizione della terapia

La terapia ha avuto inizio a novembre 2021 ed è terminata ad aprile 2024. Le sedute, a cadenza settimanale, sono state svolte con la presenza costante di una mediatrice culturale, la cui partecipazione si è rivelata fondamentale per l'impostazione del lavoro terapeutico, in particolare per l'attenzione alla dimensione transculturale emersa nel percorso.

L'operatrice è stata formata in modo approfondito sulla sintomatologia presentata dalla paziente, sulle modalità relazionali più adeguate all'interno di un setting psicoterapeutico e sulle procedure utilizzate. Il confronto con lei è stato prezioso anche per analizzare, sia nella fase pre- che post- colloquio, eventuali influenze di matrice culturale sulla sintomatologia e sull'andamento della terapia.

Durante la fase iniziale di valutazione, è stata ricostruita l'anamnesi attuale e remota, attraverso un approfondimento sviluppato in più sedute, volto a comprendere la complessità della sintomatologia riferita, elemento che ha reso necessario un attento lavoro preliminare per l'elaborazione del progetto terapeutico.

Come anticipato, si è fatto ricorso allo strumento della Linea della Vita, che ha consentito di individuare gli eventi traumatici significativi presenti nella storia di Samira.

Per il trattamento delle componenti traumatiche, si è seguito il modello trifasico (Herman, 1992b), articolato in tre fasi: stabilizzazione, elaborazione delle memorie traumatiche, e integrazione e riabilitazione della personalità.

Sono stati utilizzati inoltre gli ABC (Ellis, 1962), per monitorare gli stati emotivi e la sofferenza della paziente, rendendola più consapevole e consentendo alla terapeuta una maggiore comprensione del suo funzionamento.

Il diario dell'umore e delle attività sono stati ulteriori strumenti utilizzati al fine di comprendere la pervasività e il funzionamento della sintomatologia depressiva consentendo successivamente la fase di riattivazione comportamentale. Quest'ultima è stata pianificata con estrema attenzione e delicatezza considerando la priorità di non invalidare il modello culturale di appartenenza e a questo proposito, sono state programmate con la paziente delle attività di movimento e che fossero piacevoli, realizzabili e che non richiedessero necessariamente il consenso dalla figura maschile di riferimento per garantirle un certo grado di autonomia.

È stata inoltre, impiegata l'autocaratterizzazione delineata da Kelly (1955), come strumento di esplorazione del mondo delle credenze della paziente e sin dalla prima lettura sono stati identificati gli aspetti nucleari della sofferenza caratterizzati da ideazione negativa di sé e dell'altro, nonché dalla necessità di ricorrere alla ricerca della perfezione e dell'ordine come coping di ciò che è stato per lei fuori dal proprio potere e controllo.

Le abilità di “*mindfulness*” sono state impiegate inoltre per consentire alla paziente una maggiore consapevolezza di sé e dei propri bisogni.

Sono state usate risorse della psicoterapia sensomotoria (Ogden, 2022) per la stabilizzazione dei sintomi post-traumatici.

Sono state inoltre utili tecniche di “*Compassion Focused Therapy*” (Petrocchi & Gilbert, 2012), ristrutturazione cognitiva e defusione della matrice “*Acceptance and Commitment Therapy*” detta ACT (Hayes et al., 2013) per affrontare le credenze sottostanti a colpa e vergogna.

Un apporto fondamentale è derivato anche dall'utilizzo della tecnica dell’“*Imagery Assessment e Rescripting*” (Arntz, 2011; Arntz & Weertman, 1999) per l'individuazione e l'elaborazione dei ricordi del passato in cui si era verificato un mancato soddisfacimento da parte delle figure di accudimento di uno dei bisogni fondamentali relativi alla protezione, alla cura e alla libera espressione di sé.

La tecnica dell’“*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*” o EMDR (Shapiro, 2001) è stata impiegata invece per intervenire sulle memorie traumatiche relative ai tentativi di abuso sessuale. Il lavoro sul primo ricordo riguardante un tentativo di abuso sessuale da parte di uno zio ha provocato nella paziente un'attivazione importante, rientrata nella finestra di tolleranza al termine della seduta. In seguito a questo intervento di rielaborazione delle memorie traumatiche è stata visibile una significativa riduzione dei rituali di lavaggio sia rispetto alla tempistica impiegata che al numero di sequenze.

Nella fase successiva si è proceduto all'elaborazione di altri ricordi di abuso.

Infine, attualmente, come anticipato, la terapia è giunta al termine in quanto non è stato previsto il rinnovo del progetto all'interno del quale la paziente era stata presa in carico.

Nonostante l'interruzione, al termine del percorso Samira mostrava una maggiore consapevolezza di sé, del proprio funzionamento e dei meccanismi di mantenimento della sintomatologia, oltre a una più efficace capacità di regolazione emotiva.

Alla luce della persistenza di alcune problematiche, in particolare legate al Disturbo Ossessivo-Compulsivo, è stato consigliato alla paziente di proseguire il percorso terapeutico presso altri servizi presenti sul territorio, al fine di approfondire e affrontare in modo mirato tale dimensione psicopatologica pur essendosi verificata una riduzione.

## La relazione terapeutica in un setting multidisciplinare

La relazione terapeutica è stata costruita nel tempo in modo saldo, tenendo conto della necessità di lavorare in profondità sulla fiducia interpersonale, elemento cruciale che, nei pazienti con questo quadro psicopatologico, risulta fortemente compromesso.

L'esordio del Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso (PTSDc) è infatti da ricondurre, nella maggior parte dei casi, alla relazione con le figure primarie di accudimento. Tali rapporti si strutturano secondo uno stile disorganizzato e si inseriscono in un contesto caratterizzato da traumi multipli e prolungati nel tempo.

Tale condizione genera nella persona un conflitto interno tra i sistemi motivazionali dell'attaccamento e della difesa. La relazione interpersonale, inclusa quella terapeutica, può così

diventare un trigger, attivando una percezione di minaccia legata alla possibilità di essere esposti a reazioni altrui percepite come sproporzionate, umilianti o violente.

Per un approfondimento teorico si rimanda ai contributi di Liotti e Farina (2011), Van der Kolk (2020) e Fisher (2017).

Considerando questo punto fondamentale, la relazione terapeutica con Samira si è mossa all'interno del range vicinanza-distanza mantenendo continuamente uno stato di equilibrio necessario per la paziente al fine di sperimentare una relazione di cura sana, non abusante, in cui potesse essere libera di svelare e affrontare parti di sé non trovando giudizio, ma comprensione e supporto.

Questi ultimi aspetti sono stati fondamentali per trattare le memorie traumatiche degli abusi legati a emozioni contrastanti: da un lato vergogna rispetto alla propria provenienza e timore di essere giudicata negativamente anche all'interno del setting, timore di arrecare un danno ingiusto alla sua famiglia svelando il "segreto inviolabile" con conseguente colpa.

Tutto ciò ha comportato un continuo gioco di equilibri nella relazione soprattutto in rapporto alla mediatrice culturale: infatti, durante il percorso effettuato, diversi sono stati i momenti di crisi legati al timore del giudizio di una persona proveniente dal proprio paese e della propria cultura. Tutto questo è stato affrontato direttamente in seduta, coinvolgendo la mediatrice, chiarendo i ruoli all'interno del setting, gli obiettivi concordati e l'invulnerabilità del segreto professionale. Questo intervento terapeutico ha contribuito al rafforzamento del clima di collaborazione e fiducia.

## Limiti e difficoltà

I limiti e le difficoltà riscontrati riguardano prevalentemente l'utilizzo di alcuni strumenti necessari per intervenire sulla sintomatologia di Samira.

Inizialmente, la proposta di interventi di riattivazione comportamentale e la scelta di alcune attività piacevoli selezionate dalla paziente erano difficilmente realizzabili in quanto in contrasto con regole legate al proprio matrimonio e alla cultura di appartenenza (es. la partecipazione a corsi non frequentati esclusivamente da donne), quindi, è stato necessario prendere un tempo maggiore per individuare attività consone e che potessero supportarla senza invalidarne il contesto. Per un adattamento culturale, le proposte effettuate, hanno incluso sia attività individuali che di gruppo però svolte all'interno di associazioni del territorio sensibili alla transculturalità.

Altro elemento, in parte limitante, è stato rappresentato dalle difficoltà economiche e della scarsa conoscenza della lingua.

Un ulteriore punto su cui si è lavorato è stato il favorire una migliore comprensione del proprio disagio in modo semplificato e concreto che ha comportato un dispendio di tempo maggiore formulando un piano di psicoeducazione specifico ed estremamente personalizzato sulle emozioni e sui problemi presentati.

Le difficoltà riscontrate nella strutturazione del piano terapeutico data la complessità del caso sono state risolte sia attraverso una buona analisi dei punti prioritari di lavoro sia attraverso la formulazione di micro-obiettivi ma anche con il supporto della supervisione.

Quest'ultima è stata fondamentale per affrontare momenti di "emphase" che a volte si sono verificati all'interno del percorso rispetto alle difficoltà su menzionate e per comprendere al meglio la sintomatologia presentata da Samira acquisendo una maggiore capacità di osservazione e consapevolezza necessarie per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici concordati.

## La supervisione nella gestione di casi complessi

È ormai noto che per il trattamento di casi complessi è fondamentale lo strumento della supervisione clinica ancor più nell'ambito migrazione (Liotti et al., 2005; Ministero della Salute, 2017).

Lo spazio di supervisione rappresenta un momento di apertura e confronto rispetto non solo a difficoltà interne alla relazione terapeutica ma anche rispetto a una riflessione globale su quanto emerge in un setting multidisciplinare.

La supervisione è inoltre utile per supportare non solo indirettamente il paziente nel raggiungimento degli obiettivi a livello clinico ma anche il terapeuta fungendo da contenitore per la gestione delle emozioni che possano interferire nel processo clinico attraverso l'innescare di cicli interpersonali.

Questo strumento è considerato fondamentale per il supporto all'operatore che si occupi a vario titolo di persone vittime di violenze estreme e abusi sessuali. Infatti, è un elemento che assieme all'aggiornamento continuo può fungere da prevenzione del burn-out.

Negli ultimi anni, l'importanza della supervisione nell'ambito clinico con l'immigrazione è stato messo maggiormente in rilievo anche in documenti ufficiali del Ministero della Salute all'interno delle "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" (Ministero della Salute, 2017).

Nel servizio presso cui è stata presa in carico Samira, la supervisione ha avuto estrema centralità ed è stata svolta ogni 2 settimane dall'équipe e affiancata da un supervisore psichiatra psicoterapeuta esperto nell'ambito migratorio. Gli incontri sono stati incentrati sulla discussione di casi clinici sia in fase di valutazione, supporto in commissione territoriale per la richiesta d'asilo e per la psicoterapia (per informazioni specifiche sul servizio si rimanda a Forgiione et al., 2021). Le riunioni di supervisione sono state svolte in gruppo e sono state utili in quanto momenti di confronto tra punti di osservazione differenti quali quello psichiatrico, psicologico e antropologico.

Inoltre, alla supervisione di gruppo si è reso necessario anche lo svolgimento di incontri individuali utili per l'adattamento e l'utilizzo di strumenti specifici della terapia cognitivo-comportamentale nel contesto migratorio.

## Conclusioni

Concludendo, questo articolo ha avuto l'obiettivo di descrivere l'utilizzo di strumenti di psicoterapia cognitiva in un setting multidisciplinare nel trattamento di un caso complesso in comorbidità psicopatologica.

L'estrema attenzione alle componenti culturali ha consentito una migliore comprensione del problema e l'adozione di tecniche mirate che potessero trattare gradualmente i sintomi emergenti e più disturbanti.

Abbiamo cercato di mettere in evidenza come alla base di un buon trattamento in casi complessi di immigrazione e trauma siano necessarie, da una parte, una formulazione del caso adeguata che tenga conto dei fattori che hanno contribuito all'esordio, al mantenimento del problema e che possono fungere da vulnerabilità alla ricaduta; e dall'altra parte, sia indispensabile una regolare supervisione fornita in gruppo all'équipe multidisciplinare che si occupa del caso, e in individuale al terapeuta che funge da perno attorno a cui si snoda il lavoro clinico.

## Bibliografia

- Aragona, M., Cavallo, M., Ferrari, F., Laurendi, G., & Nicoletta, G. (2025). Mentalization in Asylum Seekers with Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(9), 1405. <https://doi.org/10.3390/ijerph22091405>
- Aragona, M., Ferrari, F., Cavallo, M., Pierconti, S., Pajno, C., Coletta, P., Barbarossa, G., Nicoletta, G., & Laurendi, G. (2024). Phenomenology of Somatization in Immigrants: An Idealtypical Approach. *Psychopathology*, 57(5), 399-411. <https://doi.org/10.1159/000538460>
- Aragona, M., Petta, A. M., Kiaris, F., Begotaraj, E., Lai, C., & Spitoni, G. F. (2021). Empathy, PTSD, and Migration in African Refugees. *Psychiatry*, 84(1), 84-86. <https://doi.org/10.1080/00332747.2020.1833654>
- Arntz, A. (2011). Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 466-481. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.04.006>
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715-740. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00173-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00173-9)
- Banducci, A. N., Hoffman, E., Lejuez, C. W., & Koenen, K. C. (2014). The relationship between child abuse and negative outcomes among substance users: Psychopathology, health, and comorbidities. *Addictive Behaviors*, 39(10), 1522-1527. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.023>
- Boger, S., Ehrling, T., Berberich, G., & Werner, G. G. (2020). Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1753942. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1753942>
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496. <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00009>
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.005>
- Carpenter, L., & Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 367-388. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02003.x>
- Clemens, V., Huber-Lang, M., Plener, P. L., Brähler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M. (2018). Association of child maltreatment subtypes and long-term physical health in a German representative sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1510278. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1510278>
- Cohen, P., Brown, J., & Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, 13(4), 981-999. <https://doi.org/10.1017/S0954579401004159>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Farina, B., & Schimmenti, A. (2025). The psychopathological domains of attachment trauma: a proposal for a clinical conceptualization. *Clinical Neuropsychiatry*, 22(5), 351-373.
- Fisher, J. (2017). *Guarire la frammentazione del sé. Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma*. Raffaello Cortina Editore.
- Forgione, E., Albanese, M., & Petta, A. (2021). The refugees and asylum seekers victims of torture and other forms of intentional violence: A multidimensional approach. *Dialogues in Philosophy, Mental & Neuro Sciences*, 14(2), 60-74.
- Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24(4), 256-263. <https://doi.org/10.1002/da.20238>
- Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 41(12), 2495-2506. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000894>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., & Maffei, C. (2013). *ACT: teoria e pratica dell'Acceptance and Commitment Therapy*. Raffaello Cortina.

- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391.
- Herman, J. L. (1992b). *Guarire dal Trauma: affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Trad. It. Edizioni Scientifiche MaGi, Roma.
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders, 213*, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009>
- Jaffee, S. R. (2017). Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology, 13*, 525–551. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005>
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs* (Vol. 1 & 2). New York: Norton. (Trad. it. a cura di F. Francesetti: *La Psicologia dei Costrutti Personali*, FrancoAngeli, 2004).
- Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine, 46*(4), 717–730. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Libertas, M., & Petta, A. M. (2020). Il Profilo Di Salute Mentale Dei Richiedenti Asilo E Rifugiati. IPRS Ed. <https://www.iprs.it/il-profilo-di-salute-mentale-dei-richiedenti-asilo-e-rifugiati/>
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 41*(4), 472.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina.
- Liotti, G., Farina, B., & Rainone, A. (2005). *Due terapeuti per un paziente*. Laterza.
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet, 400*(10345), 60–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
- Mancini, F. (Ed.). (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Raffaello Cortina Editore.
- Medici Senza Frontiere. (2022). *Attuazione Delle Linee Guida Per Assistenza E Riabilitazione Delle Vittime Di Tortura E Altre Forme Di Violenza: Mappatura E Analisi*. <https://www.medicisenzafrontiere.it/wp-content/uploads/2022/04/Report-MSF.pdf>
- Ministero della Salute. (2017). *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*. Gazzetta Ufficiale n. 95 del 24 aprile 2017.
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Marone, L., De Felice, G., Monteleone, P., & Maj, M. (2019). The association between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A mixed-model investigation. *European Psychiatry, 61*, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.08.002>
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression Research and Treatment, 65*0804. <https://doi.org/10.1155/2015/650804>
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of traumatic stress, 11*(4), 711-730. <https://doi.org/10.1023/A:1024493332751>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine, 9*(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Nosè, M., Turrini, G., Imoli, M., Ballette, F., Ostuzzi, G., Cucchi, F., Padoan, C., Ruggeri, M., & Barbui, C. (2018). Prevalence and Correlates of Psychological Distress and Psychiatric Disorders in Asylum Seekers and Refugees Resettled in an Italian Catchment Area. *Journal of Immigrant and Minority Health, 20*,

- 263-270. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0629-x>
- Ogden, P. (2022). *Guida alla psicoterapia sensomotiva. Prospettive socioculturali* (M. S. Patti, Trad.). Raffaello Cortina Editore.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2012). *Il trauma e il corpo: manuale di psicoterapia sensomotiva*. Istituto di scienze cognitive.
- Petrocchi, N., & Gilbert, P. (2012). *La terapia focalizzata sulla compassione: caratteristiche distintive*. Franco Angeli Editore.
- Petta, A. M. (2019). *Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma*. Crossing Dialogues Association.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford press.
- Rainone, A., & Mancini, F. (Eds.). (2018). *La mente depressa: Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva*. Franco Angeli Editore.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2014). *Terapia dell'esposizione narrativa: un trattamento a breve termine per i disturbi da stress traumatico*. Giovanni Fioriti Editore.
- Schimmenti, A. (2018). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(5), 552–571. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1402400>
- Schore, A. N. (2009). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, 107-141. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Scott, K. M., Von Korff, M., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., Haro, J. M., Lépine, J., Ormel, J., Posada-Villa, J., Tachimori, H., & Kessler, R. C. (2011). Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 838–844. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.77>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
- Tagliavini, G. (2011). Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma: il contributo clinico del modello polivagale e della psicoterapia sensomotiva. *Cognitivismo clinico*, (1).
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., Steele, K., & Liotti, G. (2011). *Fantasmî nel sé: Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Raffaello Cortina Editore.
- Van der Kolk, B. (2020). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th rev.)*. WHO. <https://icd.who.int/>