

## SALUTE MENTALE E MIGRAZIONE: IL RUOLO DEL SISTEMA DI ACCOGLIENZA

Federica Visco-Comandini<sup>1,2</sup> e Alberto Barbieri<sup>2</sup>

<sup>1</sup> School of Cognitive Psychology (APC-SPC)

<sup>2</sup> Centro Transculturale Psychè "Francesca Uneddu" Medici per i diritti umani (MEDU, Roma)

### Corrispondenza

E-mail: federica.visco@gmail.com

### Riassunto

*Oggetto:* nonostante negli ultimi anni siano stati effettuati numerosi studi per comprendere l'eterogeneità del Disturbo Post Traumatico Complesso (C-PTSD) nella popolazione di rifugiati e richiedenti asilo, pochi studi hanno indagato specificatamente i fattori che modulano la manifestazione sintomatologica di questo disturbo in ambito transculturale. Gli studi che descriveremo in questo contributo indagano diverse variabili (anagrafiche, ambientali e legate alle esperienze traumatiche) in relazione alla manifestazione sintomatologica del C-PTSD e dei disturbi post-traumatici semplici nella popolazione di rifugiati e richiedenti asilo residenti sia in un contesto europeo di un paese ad alto reddito (Italia) che in un paese africano a basso reddito (Niger).

*Metodo:* al fine di evidenziare il ruolo di ciascuna variabile sono stati inclusi in questi studi N=122 e N=126 partecipanti risiedenti rispettivamente nei Centri di Accoglienza italiani e nei presidi umanitari ad Agadez (Niger). Tutti i partecipanti inclusi negli studi hanno riferito di essere stati esposti a traumi complessi. È stata impiegata la Latent Class Analysis (LCA) per descrivere i profili sintomatologici dei partecipanti e la regressione logistica multinomiale per evidenziare le variabili predittrici che indicavano l'appartenenza a ciascun profilo.

*Risultati:* i risultati hanno mostrato che la maggior parte dei partecipanti in entrambi gli studi presentavano un profilo riconducibile al C-PTSD, confermando così la validità di costrutto dell'ICD-11 (2019) nel distinguere le differenze sintomatologiche nei disturbi post-traumatici. L'analisi delle variabili indagate ha evidenziato che sia i fattori pre-migratori, come l'età di esposizione agli eventi traumatici, sia fattori post-migratori come le condizioni di accoglienza (grandi vs. piccoli centri di accoglienza) predicevano in modo significativo la gravità del quadro post-traumatico.

*Conclusioni:* in conclusione, questi risultati evidenziano l'importanza dei fattori post-migratori nella modulazione della sintomatologia post-traumatica nelle popolazioni di rifugiati e richiedenti asilo, sottolineando la necessità di sistemi di accoglienza efficaci che supportino l'integrazione degli individui nei paesi ospitanti.

**Parole chiave:** trauma complesso, tortura, rifugiati, variabili post-migratorie

DOI: 10.36131/COGNCL20250202

RICEVUTO IL 12 GIUGNO 2025, ACCETTATO IL 12 DICEMBRE 2025

## MENTAL HEALTH AND MIGRATION: THE ROLE OF THE RECEPTION SYSTEM

### Abstract

*Objective:* despite the growing number of studies in recent years aimed at understanding the heterogeneity of Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD) among refugee and asylum-seeking populations, few have specifically investigated the factors that modulate the symptomatic expression of this disorder in transcultural contexts. The studies presented in this paper explore a range of variables—demographic, environmental, and trauma-related—in relation to the symptom profiles of C-PTSD and simple PTSD among refugees and asylum seekers living in both a high-income European country (Italy) and a low-income African country (Niger).

*Method:* to identify the role of each variable, two samples were included: N = 122 participants residing in Italian reception centers and N = 126 participants living in humanitarian facilities in Agadez, Niger. All participants reported exposure to complex trauma. Latent Class Analysis (LCA) was used to identify distinct symptom profiles, and multinomial logistic regression was conducted to assess predictive variables associated with each profile.

*Results:* the results showed that the majority of participants in both samples exhibited a symptom profile consistent with C-PTSD, thus supporting the construct validity of ICD-11 (2019) in differentiating post-traumatic symptom presentations. Analysis of the investigated variables revealed that both pre-migratory factors—such as age at the time of trauma exposure—and post-migratory factors—such as reception conditions (large vs. small reception centers)—significantly predicted the severity of post-traumatic symptoms.

*Conclusions:* in conclusion, these findings highlight the crucial role of post-migratory factors in shaping post-traumatic symptomatology among refugees and asylum seekers, emphasizing the importance of effective reception systems that facilitate the integration of individuals into host societies.

**Key words:** trauma, PTSD, CPTSD, migration, reception center

### Introduzione

Negli ultimi anni, l'Italia e l'Europa hanno visto un aumento significativo di richiedenti asilo e rifugiati provenienti dall'Africa Sub-Sahariana, molti dei quali hanno subito gravi violenze e detenzioni nei paesi di origine o lungo le rotte migratorie, in particolare in Libia (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2020; Medici per i Diritti Umani [MEDU], 2020). Parallelamente, la popolazione globale di persone sfollate forzatamente è cresciuta notevolmente, raggiungendo quasi 120 milioni nel 2024 (UNHCR, 2024). I migranti, rifugiati e richiedenti asilo sono esposti a traumi cumulativi e molteplici fattori di stress anche nel contesto post-migratorio, condizioni che aumentano la prevalenza del disturbo post-traumatico da stress (PTSD), con tassi stimati tra il 9% e il 30% (Fazel et al., 2005; Li et al., 2016; Steel et al., 2009). Tuttavia, la diagnosi tradizionale di PTSD non riesce a cogliere l'eterogeneità delle risposte post-traumatiche, che possono manifestarsi attraverso profili sintomatologici distinti (Bonanno & Mancini, 2012; Galatzer-Levy et al., 2013).

La recente introduzione del disturbo da stress post-traumatico complesso (CPTSD) nell'ICD-11 (World Health Organization [WHO], 2019) ha ampliato la comprensione delle risposte al trauma, distinguendo il PTSD tradizionale da una forma più complessa che include difficoltà nella regolazione affettiva, nelle credenze sul sé e nelle relazioni interpersonali (Maercker et al., 2013). Il CPTSD è spesso associato a traumi prolungati e complessi, tipici di esperienze come la tortura e l'abuso reiterato, eventi comuni tra rifugiati e richiedenti asilo

(Cloitre et al., 2013; Herman, 1992; Hyland et al., 2017; Maercker et al., 2013).

Nonostante l'importanza clinica, il CPTSD è stato poco studiato nelle popolazioni rifugiate provenienti da paesi non occidentali, e pochi studi hanno indagato la validità discriminante tra PTSD e CPTSD in questi gruppi, soprattutto in contesti a basso reddito dove molti rifugiati risiedono (Barbieri et al., 2019; Frost et al., 2019; Hyland et al., 2018). Data l'elevata esposizione a traumi complessi e la vulnerabilità legata all'ambiente post-migratorio, è fondamentale approfondire come fattori pre- e post-migrazione influenzino la manifestazione di PTSD e CPTSD.

La Latent Class Analysis (LCA) è una tecnica statistica di classificazione che consente di identificare gruppi omogenei all'interno di una popolazione sulla base di pattern di risposta sottostanti, non direttamente osservabili. LCA permette dunque di individuare classi latenti, ovvero sottogruppi di individui che condividono configurazioni simili di sintomi o caratteristiche psicologiche, offrendo una rappresentazione più sfumata e realistica della psicopatologia rispetto ai tradizionali approcci categoriali. In ambito clinico e psicotraumatologico, la LCA viene utilizzata per analizzare la variabilità nei profili sintomatologici e per comprendere come differenti combinazioni di sintomi possano riflettere meccanismi di coping, percorsi traumatici o livelli distinti di gravità.

Nonostante la sua utilità, la LCA è stata applicata in misura relativamente limitata alla popolazione dei rifugiati, i quali presentano spesso configurazioni sintomatologiche complesse e influenzate da molteplici fattori pre-, peri- e post-migrazione. Uno dei pochi studi chiave condotti su questo gruppo è quello realizzato in Australia da Minihan e colleghi (Minihan et al., 2018), che ha identificato quattro classi sintomatiche di PTSD secondo il DSM-5. Tra queste, oltre alle classi che riflettevano livelli più tipici di gravità, è emersa una classe particolarmente interessante caratterizzata da elevati sintomi intrusivi ed evitamento, indicando un profilo clinico distinto e scarsamente riconducibile alle tipologie tradizionalmente descritte.

Questi risultati evidenziano come la LCA possa contribuire in modo significativo alla comprensione delle manifestazioni del trauma nei rifugiati, permettendo di individuare sottogruppi clinicamente rilevanti, potenzialmente utili per orientare interventi più mirati, modulare l'intensità del trattamento e migliorare la pianificazione dei servizi di supporto psicologico.

Questo è particolarmente rilevante dato che il DSM-5 amplia i criteri rispetto al DSM-IV, includendo sintomi come l'auto-colpevolizzazione e la percezione di alienazione sociale (American Psychiatric Association [APA], 2013). I seguenti studi sperimentali descritti mirano a colmare una lacuna relativa al ruolo delle variabili pre e post-migratorie nello sviluppo e mantenimento delle sintomatologie post-traumatiche nella popolazione dei rifugiati.

## Studi sperimentali

### Studio 1

Nello studio 1, abbiamo indagato i pattern e i predittori del PTSD in un gruppo relativamente omogeneo: un campione di rifugiati africani che si rivolgono ai servizi di cura, residenti in Italia. A tal fine, gli obiettivi dello studio erano:

1. identificare la prevalenza del PTSD secondo il DSM-5 e l'esposizione a traumi;
2. identificare pattern predominanti dei sintomi PTSD del DSM-5 utilizzando la LCA;
3. esplorare l'eventuale associazione tra variabili socio-demografiche e legate al trauma con

le classi osservate.

In linea con l'unico precedente studio LCA che ha utilizzato il DSM-5 con rifugiati (Minihan et al., 2018), abbiamo ipotizzato che dall'analisi sarebbero emerse classi caratterizzate da sintomi elevati, moderati e da un profilo elevato di rivisitazione del trauma/evitamento. Non ci aspettavamo di trovare una classe con sintomi lievi, considerando la natura clinica del campione. Abbiamo inoltre ipotizzato che sia i traumi pre-migratori che lo stress post-migrazione avrebbero contribuito in modo significativo all'emergere di questi profili sintomatologici, in particolare per le classi con maggiore severità.

## *Partecipanti*

I dati per queste analisi sono stati raccolti durante la fase di assessment su 122 rifugiati e richiedenti asilo africani che ricercavano supporto psicosociale e trattamento per disturbi mentali legati al trauma in tre unità ambulatoriali: le due unità cliniche per vittime di tortura gestite dall'organizzazione umanitaria MEDU (Medici per i Diritti Umani, Italia) a Roma (Centro MEDU Psyché) e a Ragusa, e il servizio psicologico del centro di accoglienza per richiedenti asilo (CARA) di Bari.

Per poter partecipare allo studio, i criteri di inclusione erano:

- a) essere rifugiati o richiedenti asilo provenienti dall'Africa;
- b) avere più di 18 anni;
- c) trovarsi nella fase iniziale della valutazione clinica;
- d) parlare fluentemente una delle tre lingue dello studio (inglese, francese, arabo).

I criteri di esclusione comprendevano la presenza di una diagnosi di disturbo psicotico e l'incapacità di completare i questionari sui sintomi del PTSD o sull'esposizione a traumi a causa di disabilità mentale.

Dei 143 pazienti inizialmente considerati idonei allo studio, 21 non hanno completato i questionari sui sintomi del PTSD o sull'esposizione al trauma (tra questi, alcuni sono stati trasferiti in centri di accoglienza in altre città [ $n=15$ ], altri hanno lasciato autonomamente i centri [ $n=6$ ] prima del termine della valutazione) e, pertanto, non sono stati inclusi nel campione. Il campione finale era composto da 122 partecipanti. La distribuzione per genere ( $\chi^2 = .78$ ,  $p = .51$ ) e per età (test t per campioni indipendenti;  $p = .19$ ) dei 21 pazienti esclusi non ha mostrato differenze significative rispetto al gruppo incluso nello studio. La raccolta dei dati è avvenuta tra marzo 2016 e ottobre 2019. Il campione era composto da 105 uomini (86,1%) e 17 donne (13,9%), con un'età media di 25,11 anni ( $DS = 6,66$ ).

I partecipanti provenivano da 20 paesi africani: Nigeria ( $n = 35$ , 28,6%); Costa d'Avorio ( $n = 19$ , 15,5%); Gambia ( $n = 14$ , 11,4%); Senegal ( $n = 9$ , 7,3%); Ghana ( $n = 9$ , 7,3%); Guinea Conakry e Sierra Leone ( $n = 6$ , 4,9%); Libia, Somalia, Egitto e Repubblica Democratica del Congo ( $n = 3$ , 2,4%); Camerun, Mali, Marocco ( $n = 2$ , 1,6%); Benin, Congo-Brazzaville, Mauritania, Sudan, Togo, Guinea-Bissau ( $n = 1$ , 0,8%). Complessivamente, i partecipanti provenivano principalmente dall'Africa Occidentale ( $n = 111$ , 91,0%), con un piccolo numero dall'Africa del Nord ( $n = 7$ , 5,7%) e dall'Africa Orientale ( $n = 4$ , 3,3%).

Per quanto riguarda le rotte migratorie, la grande maggioranza dei partecipanti (91,0%,  $n = 111$ ) ha raggiunto l'Italia dall'Africa Sub-Sahariana attraversando sia il deserto del Sahara fino alla Libia che il Mar Mediterraneo, lungo rotte controllate da reti di trafficanti o contrabbandieri. Hanno viaggiato principalmente a bordo di pick-up e gommoni di fortuna. I partecipanti risiedevano in

Italia da una media di 11,18 mesi (DS = 9,29). La maggior parte era disoccupata (72,1%; n = 88), con una media di 7,36 anni di istruzione (DS = 4,97; intervallo 0-18 anni) e viveva in centri di accoglienza senza familiari (95,9%; n = 117).

Per quanto riguarda lo status legale, solo il 5,7% (n = 7) dei partecipanti aveva ottenuto un permesso di soggiorno per protezione internazionale (status di rifugiato o protezione sussidiaria) o protezione umanitaria, mentre la maggior parte era ancora in attesa di risposta alla richiesta di asilo.

In merito al tipo di residenza, i partecipanti erano ospitati in tre diverse tipologie di strutture:

1. grandi centri di accoglienza con più di 1.000 ospiti (n = 19, 15,6%);
2. centri medi o piccoli con meno di 1.000 ospiti (n = 98, 80,3%);
3. altre piccole strutture di accoglienza (n = 5, 4,1%).

## *Misure*

### **Esposizione al trauma**

L'esposizione al trauma è stata valutata utilizzando uno strumento composto da 23 item, sviluppato da Nickerson e colleghi (Nickerson et al., 2016). Questa scala rappresenta una combinazione delle liste di eventi traumatici contenute in due questionari standardizzati: l'Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (Mollica et al., 1992) e la Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (Foa, 1996; Foa et al., 1997). La scala misura l'esposizione a eventi traumatici comunemente vissuti dai rifugiati, come essere testimoni dell'uccisione di persone care, torture, privazione di cibo, acqua, alloggio, ecc. Ai partecipanti è stato chiesto di indicare se avessero vissuto o assistito personalmente a uno qualsiasi di questi eventi. L'esposizione complessiva al trauma è stata calcolata come il numero di tipologie di eventi traumatici vissuti da ciascun partecipante (intervallo possibile: 0–23).

### **Sintomi di PTSD**

I sintomi di PTSD sono stati valutati utilizzando la scala dei sintomi del PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5; Weathers et al., 2013; alfa di Cronbach = .87 [0.84 - 0.90]). La PCL-5 è uno strumento di autovalutazione composto da 20 item che misura i 20 sintomi del PTSD definiti nel DSM-5. Gli item sono valutati su una scala a cinque punti: 0 = per niente, 1 = poco, 2 = moderatamente, 3 = molto, 4 = moltissimo.

Come primo passo, è stata effettuata un'ipotesi diagnostica di PTSD secondo i criteri del DSM-5, considerando ogni item con punteggio  $\geq 2$  come sintomo presente. È stata poi applicata la regola diagnostica del DSM-5, che richiede almeno:

- un sintomo del Cluster B (item 1-5),
- un sintomo del Cluster C (item 6-7),
- due sintomi del Cluster D (item 8-14),
- due sintomi del Cluster E (item 15-20) (APA, 2013).

## *Procedura*

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università Sapienza di Roma. Prima della sessione di studio, i partecipanti hanno firmato un consenso informato scritto. Le misure sono state somministrate in ambito clinico come parte della valutazione standard. I partecipanti hanno prima fornito informazioni sociodemografiche,

poi hanno completato, in quest'ordine: la scala PCL-5 e il questionario sull'esposizione al trauma. Per evitare difficoltà di lettura, le versioni tradotte dei questionari sono state lette ad alta voce ai partecipanti. Ogni item e le possibili risposte sono stati letti in una delle tre lingue dello studio (arabo, inglese, francese), e i partecipanti hanno vocalizzato la loro risposta. La valutazione ha avuto una durata di circa 60–90 minuti. I partecipanti sono stati assistiti da un'équipe composta da un interprete/mediatore culturale formato, un medico e/o uno psicologo clinico con almeno 3 anni di esperienza nel lavoro sulla salute mentale con i rifugiati.

### *Analisi dei dati*

Il piano analitico dello studio ha incluso tre fasi, ciascuna corrispondente a uno degli obiettivi della ricerca:

1. Stima della prevalenza del PTSD secondo il DSM-5, analizzando anche le differenze di genere tramite un'analisi chi-quadro.
2. Latent Class Analysis (LCA) per modellare i profili sintomatologici del PTSD. È stata condotta una LCA sulla base di 20 indicatori dicotomici dei sintomi del PTSD, ricavati dai punteggi della scala PCL-5. Sono stati testati sei modelli con un numero crescente di classi latenti (da 1 a 6), utilizzando gli algoritmi EM e Newton-Raphson per massimizzare la funzione di verosimiglianza.

Per selezionare il miglior modello di classi latenti sono stati utilizzati:

- l'Akaike Information Criterion (AIC; Akaike, 1987),
- il Bayesian Information Criterion (BIC; Schwarz, 1978),
- il Bootstrap Likelihood Ratio Test (BLRT) con 1.000 campioni bootstrap per confrontare i modelli.

In linea con ricerche precedenti (Galatzer-Levy et al., 2013; Forbes et al., 2015; Nickerson et al., 2014;), sono stati utilizzati i seguenti valori per valutare la probabilità di endorsement dei sintomi:

- $\geq 0.60$  = alta probabilità,
- $0.16 - 0.59$  = probabilità moderata,
- $\leq 0.15$  = bassa probabilità.

**Predittori della appartenenza alle classi latenti:** è stata eseguita una regressione logistica multinomiale per verificare quali variabili predicessero l'appartenenza alle classi emerse. Le covariate incluse erano:

- genere (1 = femmina, 0 = maschio),
- età,
- anni di istruzione,
- mesi trascorsi in Italia come rifugiato,
- numero di tipi di eventi traumatici,
- condizione lavorativa (1 = occupato, 0 = disoccupato),
- status legale (1 = con permesso, 0 = richiedente asilo),
- condizione abitativa (1 = grande centro di accoglienza > 1.000 persone, 0 = centro piccolo o medio < 1.000 persone).

Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando il software statistico R (versione 3.5.2).

## Risultati

### Esposizione al trauma e tassi diagnostici

I partecipanti sono stati esposti in media a 7,65 (DS = 3,41) tipi di eventi traumatici, con la maggior parte del campione che ha vissuto situazioni di mancanza di cibo e acqua (88,5%; n = 108), torture (82,0%; n = 100) e detenzione (68,0%; n = 83). Tutti i partecipanti erano sopravvissuti ad almeno un evento traumatico interpersonale, ripetuto e prolungato (trauma complesso), vissuto nel proprio paese e/o durante il percorso migratorio (**tabella 1**). I risultati hanno mostrato che 97 partecipanti (79,5%) presentavano una diagnosi probabile di PTSD secondo i criteri del DSM-5. Non sono emerse differenze significative nei tassi diagnostici di PTSD secondo il DSM-5 tra uomini e donne ( $\chi^2 = 0,41$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,524$ ,  $OR = 0,47$ ). Il punteggio medio del campione nella scala PCL-5 è stato di 44,23 (intervallo 0–80). Questo indica una sintomatologia post-traumatica relativamente grave in questo campione, considerando che un punteggio tra 31 e 33 nella PCL-5 è stato indicato come la soglia migliore per una probabile diagnosi di PTSD (Weathers et al., 2013).

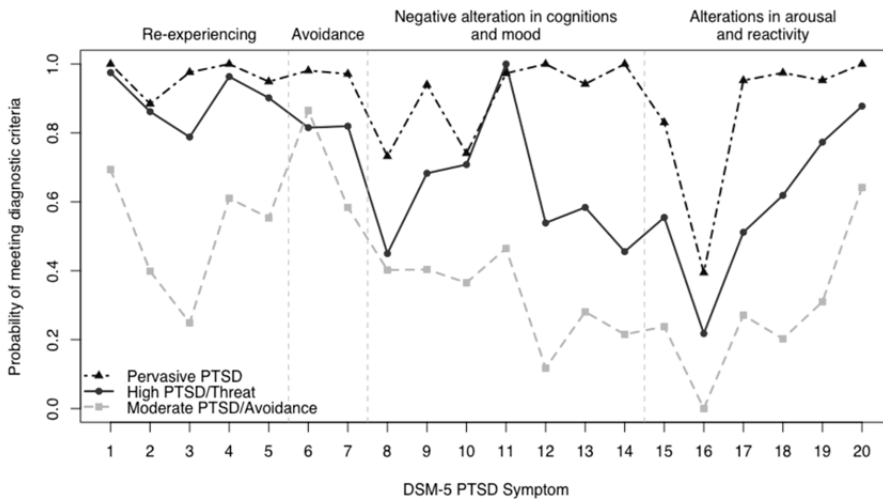
**Tabella 1.** *Tipi di traumi a cui sono stati esposti i pazienti inclusi nello studio*

Trauma type	n	%
Lack of food or water	108	88.5
Torture	100	82.0
Imprisonment	83	68.0
Non-sexual assault	79	64.8
Lack of shelter	73	59.8
Murder of one or more strangers	62	50.8
Being close to death	57	46.7
Disappearance or kidnapping	56	45.9
Serious physical injury	46	37.7
Ill health without access to medical care	44	36.1
Murder of a family member or friend	39	32.0
Unnatural death of a family member or friend	30	24.6
Forced separation from family member	28	23.0
Non-sexual assault by a family member or someone you know	25	20.5
Sexual assault by a stranger	22	18.0
Serious accident, fire or explosion	20	16.4
Combat situation	19	15.6
Enforced isolation from others	18	14.8
Life-threatening illness	17	13.9
Sexual contact when you were younger than 18 with someone who was 5 or more years older than you	9	7.4
Sexual by a family member or someone you know	8	6.6
Brainwashing	6	4.9
Natural disaster	1	0.8

### Risultati dell'Analisi Latente delle Classi (LCA)

I risultati dell'LCA sono stati in parte ambigui: il criterio BIC ha favorito una soluzione a due classi, mentre il test BLRT ha favorito una soluzione a tre classi. È stata selezionata la soluzione a tre classi per due motivi. Primo, l'analisi di simulazione di Nylund et al. (2007) ha dimostrato che il BLRT è la statistica migliore per selezionare la soluzione ottimale; secondo, l'osservazione del grafico dei profili della soluzione a tre classi ha fornito risultati teoricamente più interpretabili. Nella **figura 1** vengono presentate le tre classi.

**Figura 1.** Probabilità di manifestazione dei sintomi del PTSD per ciascuna classe patente



Come mostrato nella **figura 1**:

- La **Classe 1** (22,1%; n = 27) era la più piccola e si caratterizzava per una probabilità moderata/bassa di tutti i sintomi di PTSD, ad eccezione di un'alta probabilità di evitamento di pensieri/sensazioni. Questa classe è stata etichettata come **"PTSD moderato/Evitamento"**. Il punteggio medio alla PCL-5 in questo gruppo era 27,44 (DS = 8,15).
- La **Classe 2** (45,9%; n = 56) era la più numerosa. Pur presentando alte/moderate probabilità per tutti i sintomi di PTSD (eccetto per una bassa probabilità di comportamenti a rischio), questa classe era particolarmente caratterizzata da un'elevata presenza di sintomi di intrusione e evitamento. È stata quindi denominata **"PTSD elevato/Minaccia"**. Il punteggio medio alla PCL-5 in questo gruppo era 44,28 (DS = 7,49).
- Gli individui della **Classe 3** (32,0%; n = 39) mostravano un'alta probabilità di tutti i sintomi di PTSD, tranne una probabilità moderata di comportamenti a rischio. Questa classe è stata denominata **"PTSD Pervasivo"**. Il punteggio medio alla PCL-5 in questo gruppo era 55,79 (DS = 9,40).

*Analisi di regressione logistica multinomiale*

I risultati completi dell'analisi di regressione logistica multinomiale sono riportati nella **tabella 2**. Tra gli otto predittori inclusi nel modello, solo la condizione di accoglienza è risultata significativamente associata all'appartenenza a una classe. Gli individui nella classe "PTSD Pervasivo" avevano maggiori probabilità di vivere in grandi centri di accoglienza (cioè con più di 1.000 persone) rispetto a quelli nella classe "PTSD elevato/Minaccia" (OR = 6,68; IC 95% = 1,81–24,61,  $p = 0,004$ ) e nella classe "PTSD moderato/Evitamento" (OR = 12,78; IC 95% = 1,49–109,44,  $p = 0,020$ ).

**Tabella 2.** Statistiche descrittive delle covariate e dei sintomi di PTSD nel campione totale e in ciascuna classe latente (LCA)

	Profile			
	Full Sample (N=122)	moderate PTSD/ avoidance (N=27)	high PTSD/threat (N=56)	pervasive PTSD (N=39)
<b>Covariate</b>				
Years of education	7.3±4.9	8.4±4.6	6.7±4.7	7.4±5.3
Age	25.1±6.6	24±4.9	25.6±7.2	25.1±6.8
Time spent in Italy	11.1±9.2	11.2±8.5	12.6±10.3	9.0±7.9
Gender	M=105 (86%) F=17 (14%)	M=26 (96%) F=1 (4%)	M=45 (80%) F=11 (20%)	M=34 (87%) F=5 (13%)
Employment	no=88 (72%) yes=34 (28%)	no=19 (70%) yes=8 (30%)	no=45 (80%) yes=11 (20%)	no=24 (61,5%) yes=15 (38,5%)
Reception condition	small=103 (84%) big=19 (16%)	small=26 (96%) big=1 (4%)	small=52 (93%) big=4 (7%)	small=25 (64%) big=14 (36%)
Number of trauma types	7.6±3.4	7.8±3.3	7.6±3.3	7.7±3.4
<b>PTSD symptoms</b>				
PTSD Diagnosis	PTSD (N=97) NO (N=25)	PTSD (N=9) NO (N=18)	PTSD (N=49) NO (N=7)	PTSD (N=39) NO (N=0)
Mean PCL-5 score	44.2±13.1	27.4±8.1	44.2±7.4	55.7±9.4

**Studio 2**

Nel secondo studio abbiamo cercato di valutare la validità discriminante del PTSD e del CPTSD secondo l'ICD-11 in un campione di richiedenti asilo che cercavano trattamento, residenti in un contesto umanitario in Niger. A tal fine, gli obiettivi dello studio erano:

1. identificare la prevalenza di PTSD e CPTSD secondo l'ICD-11;
2. determinare se emergessero classi latenti distinte tra i richiedenti asilo e, in tal caso, se tali profili sintomatologici fossero coerenti con le diagnosi basate sul trauma definite dall'ICD-11;
3. esplorare l'esistenza di eventuali relazioni tra un'ampia gamma di variabili socio-demografiche, legate al trauma, pre- e post-migrazione e le classi osservate di sintomi post-traumatici.

Sulla base delle evidenze esistenti, abbiamo ipotizzato che:

1. il nostro campione di richiedenti asilo traumatizzati in cerca di trattamento avrebbe mostrato un'alta prevalenza di diagnosi di CPTSD;
2. l'analisi delle classi latenti (LCA) avrebbe identificato classi corrispondenti ai criteri diagnostici dell'ICD-11 per PTSD e CPTSD, senza una classe a bassa sintomatologia data la natura clinica del campione;
3. sia i traumi pre-migratori che lo stress post-migrazione avrebbero contribuito in modo unico all'emergere di queste classi.

## Metodi

### Partecipanti

I dati per queste analisi sono stati raccolti nell'ambito di una valutazione clinica iniziale di 126 richiedenti asilo che cercavano trattamento e supporto psicosociale per disturbi mentali legati al trauma presso unità cliniche per vittime di tortura gestite dall'ONG medico-umanitaria Medici per i Diritti Umani (MEDU) ad Agadez (Niger). La valutazione clinica prevedeva la somministrazione di strumenti per misurare l'esposizione al trauma e i sintomi di PTSD/CPTSD, indipendentemente dalla partecipazione allo studio. Il Niger, situato nella fascia meridionale del deserto del Sahara, è al centro dei flussi di commercio e mobilità umana intra- e inter-regionali. La città di Agadez, negli ultimi decenni, è diventata un importante snodo regionale per i migranti diretti verso la Libia e l'Algeria (International Organization for Migration [OIM], 2019).

Per essere inclusi nello studio, i partecipanti dovevano:

- a) essere rifugiati o richiedenti asilo,
- b) avere più di 18 anni,
- c) trovarsi nella fase iniziale della valutazione clinica,
- d) parlare fluentemente una delle tre lingue dello studio (inglese, francese, arabo).

Criteri di esclusione includevano la presenza di una diagnosi di disturbo psicotico e l'incapacità di completare i questionari sui sintomi di PTSD o sull'esposizione al trauma per disabilità mentale.

Dei 141 pazienti inizialmente ritenuti idonei, 15 non hanno completato i questionari (di cui 11 trasferiti in altri centri e 4 che hanno lasciato i centri autonomamente prima di concludere le sessioni di valutazione) e quindi non sono stati inclusi nel campione finale, che ha così incluso 126 partecipanti. Le distribuzioni per genere ( $\chi^2 = 0,71$ ,  $p = 0,57$ ) e per età (t-test a due campioni;  $p = 0,12$ ) dei 15 esclusi non hanno mostrato differenze significative rispetto al campione incluso nello studio. La raccolta dati è avvenuta tra maggio 2019 e aprile 2021. Il campione era composto da 95 uomini (75,4%) e 31 donne (24,6%), con un'età media di 26,12 anni ( $DS = 6,88$ ). I partecipanti provenivano da sette paesi:

- Sudan ( $n = 108$ , 85,7%),
- Camerun ( $n = 7$ , 5,5%),
- Repubblica Centrafricana ( $n = 5$ , 4,0%),
- Mali ( $n = 2$ , 1,6%),
- Togo ( $n = 2$ , 1,6%),
- Burkina Faso ( $n = 1$ , 0,8%),
- Palestina ( $n = 1$ , 0,8%).

## **Rotte migratorie**

La grande maggioranza dei partecipanti (n = 104, 82,5%) ha riferito di essere fuggita dal Sudan, arrivando in Niger tramite Ciad e Libia, lungo rotte controllate da reti di trafficanti (UNHCR, 2021).

La loro storia comune comprendeva traumi distribuiti in due fasi:

1. In Sudan, dove erano vittime della guerra civile, spesso esposti contemporaneamente a situazioni come combattimenti da civili, rischio di morte, uccisione di familiari o amici, incendi ed esplosioni, separazione forzata dai familiari.
2. Durante la rotta migratoria (soprattutto in Libia), dove spesso subivano detenzione e tortura.

I partecipanti risiedevano in Niger da una media di 21,66 mesi (DS = 9,74). La maggior parte era disoccupata (94,4%; n = 119), con una media di 5,70 anni di istruzione (DS = 4,54; range 0-18 anni) e viveva in Niger senza familiari (72,2%; n = 91). Tutti i partecipanti erano richiedenti asilo.

Riguardo al tipo di accoglienza, i partecipanti erano ospitati in due tipi di strutture:

1. Sito Umanitario (un grande campo di accoglienza nel deserto nei pressi di Agadez) con oltre 1.000 ospiti (70,6%; n = 89),
2. Cases de Passage (piccole strutture di accoglienza nel centro urbano di Agadez) con meno di 100 ospiti (29,4%; n = 37).

## *Misure*

### **Esposizione al trauma**

Anche in questo studio è stato utilizzato lo strumento sviluppato da Nickerson e colleghi (Nickerson et al., 2016). L'esposizione complessiva al trauma è stata rappresentata dal numero totale di tipi di eventi traumatici vissuti da ciascun partecipante (intervallo possibile: 0–23).

### **Sintomi di PTSD e CPTSD**

I sintomi di PTSD e CPTSD sono stati valutati utilizzando il *International Trauma Questionnaire (ITQ)*, uno strumento self-report composto da 12 item che si concentra sulle caratteristiche fondamentali di PTSD e CPTSD, così come formulate nell'ICD-11 (Cloitre et al., 2018). Dopo aver descritto il trauma indice come l'evento personale più angosciante, i partecipanti completano sei item relativi a tre gruppi sintomatologici del PTSD: rivivere l'evento, evitamento e senso di minaccia. Altri sei item misurano i tre gruppi di sintomi del DSO (*Disturbances in Self-Organization*): disregolazione affettiva, concetto di sé negativo e disturbi nelle relazioni interpersonali.

Inoltre, i partecipanti valutano l'impairment funzionale associato sia ai sintomi di PTSD che a quelli di DSO (tre item ciascuno), riferito all'ultimo mese. Tutti gli item sono valutati su una scala a cinque punti, da "per niente" (0) a "estremamente" (4), e l'attribuzione di un sintomo richiede un punteggio minimo di 2.

Per soddisfare i criteri diagnostici di PTSD, è necessaria l'attribuzione di almeno un sintomo in ciascuno dei tre gruppi di sintomi del PTSD e almeno un sintomo di impairment funzionale associato. Per il DSO, sono richiesti almeno un sintomo per ciascuno dei tre gruppi e almeno un sintomo di impairment funzionale associato.

La diagnosi di PTSD viene posta se i criteri sono soddisfatti solo per il PTSD, mentre la diagnosi di CPTSD si pone se sono soddisfatti i criteri per entrambi (PTSD e DSO).

L'affidabilità interna delle sottoscale era soddisfacente:

- PTSD ( $\alpha$  di Cronbach = 0,70),
- DSO ( $\alpha$  = 0,86),
- CPTSD totale ( $\alpha$  = 0,87).

È stato inoltre calcolato un punteggio totale sommativo di impairment funzionale, dove punteggi più alti riflettono maggiori livelli di compromissione. Gli item sull'impairment hanno mostrato una buona affidabilità interna ( $\alpha$  = 0,88).

### Esposizione al trauma e tassi diagnostici

Il campione presentava un'elevata esposizione al trauma: i partecipanti avevano vissuto in media 9,74 tipi di eventi traumatici (DS = 2,54), tra cui:

- tortura (83,3%; n = 105),
- situazioni in cui si sono sentiti vicini alla morte (81,0%; n = 102),
- omicidio di un familiare o di un amico (77,0%; n = 97),
- situazione di combattimento come civili (72,2%; n = 91).

Tutti i partecipanti avevano vissuto almeno un evento traumatico interpersonale, nel proprio Paese e/o durante il percorso migratorio (in particolare in Libia; per la frequenza dei tipi specifici di trauma si rimanda ai materiali supplementari online).

L'età media del primo evento traumatico era di 14,19 anni (DS = 8,34).

Secondo i criteri dell'ICD-11, le diagnosi risultanti erano:

- CPTSD (74,6%; n = 94),
- PTSD (19,8%; n = 25),
- DSO (1,6%; n = 2),
- nessuna diagnosi (4,0%; n = 5).

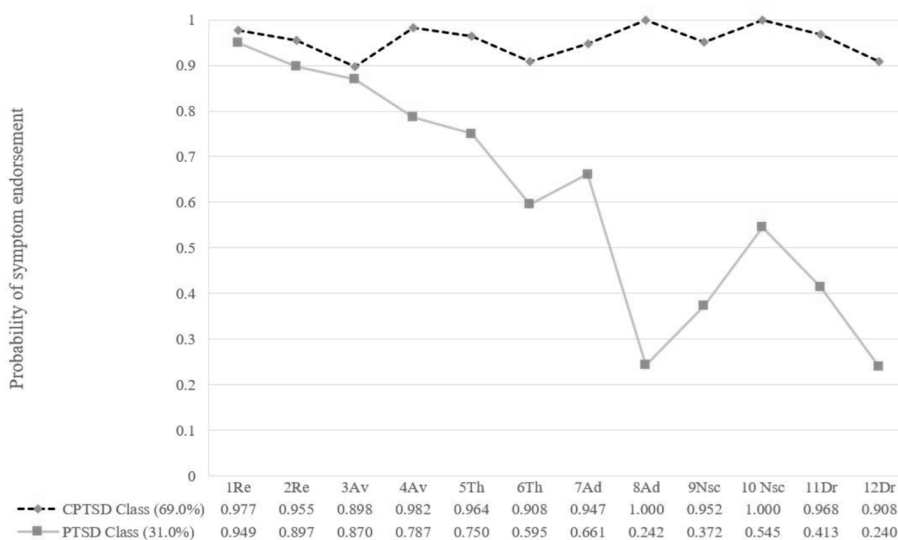
Non sono emerse differenze di genere significative nei tassi diagnostici di PTSD ( $\chi^2 = 2,18$ ,  $df = 1$ ,  $p = .139$ , OR = 2,02) o CPTSD ( $\chi^2 = 1,02$ ,  $df = 1$ ,  $p = .312$ , OR = 1,58).

### Risultati dell'Analisi delle Classi Latenti (LCA)

La soluzione a 2 classi ha mostrato i valori più bassi per il BIC, SS-BIC, e il BLRT è risultato non significativo per la soluzione a 3 classi. Il valore più basso dell'AIC è stato rilevato nella soluzione a 4 classi, ma la differenza rispetto alla soluzione a 2 classi era minima. La soluzione a 2 classi è stata considerata il miglior modello, in base al BIC, al BLRT (Nylund et al., Muthén, 2007), nonché per ragioni di parsimonia e interpretabilità. Il grafico dei profili e le probabilità di endorsement dei sintomi di PTSD e DSO per ciascuna classe sono presentati nella **figura 2**.

- La Classe 1 (69,0%; n = 87) era la più numerosa, con alte probabilità di soddisfare i criteri diagnostici per tutti i sintomi di PTSD e DSO. È stata denominata classe "CPTSD".
- La Classe 2 (31,0%; n = 39) era la più piccola e presentava:
  1. Alte probabilità di soddisfare tutti i criteri diagnostici per i sintomi di PTSD, tranne che per il sintomo "Sentirsi nervosi o facilmente spaventati", che aveva una probabilità moderata;

**Figura 2.** Probabilità di manifestazione dei sintomi del PTSD e C-PTSD per ciascuna delle due classi latenti



2. Probabilità moderate di soddisfare i criteri per i sintomi DSO, eccetto per il sintomo “Quando sono agitato, ci metto molto tempo a calmarmi”, che aveva una probabilità alta. Questa è stata denominata classe "PTSD".

### Analisi di regressione logistica multinomiale

Le statistiche descrittive delle covariate per l'intero campione e per ciascuna classe latente dell'LCA sono riportate nei materiali supplementari. I risultati completi della regressione logistica multinomiale sono presentati nella **tabella 3**.

Per l'analisi, la classe “PTSD” è stata utilizzata come categoria di riferimento. Il modello complessivo è risultato statisticamente significativo ( $\chi^2 = 59,09$ ,  $df = 9$ ,  $p < .001$ ) ed ha spiegato il 52,7% della varianza nell'appartenenza alla classe (Nagelkerke = 0,527).

Dei nove predittori inclusi, solo tre sono risultati significativamente associati all'appartenenza alla classe:

1. Età del primo trauma: Un'età maggiore al momento del primo trauma era associata a una minore probabilità di appartenenza alla classe CPTSD (OR = 0,88; IC 95% = 0,79–0,98;  $p = .015$ ). In altre parole, più precoce era l'età del primo trauma, maggiore era la probabilità di appartenere alla classe CPTSD.
2. Condizione di accoglienza. I partecipanti nella classe CPTSD avevano più probabilità di vivere in un grande centro umanitario rispetto a quelli nella classe PTSD (OR = 4,88; IC 95% = 1,49–15,90;  $p = .009$ ).
3. Impairment funzionale: un livello più elevato di impairment funzionale era associato a una maggiore probabilità di appartenenza alla classe CPTSD (OR = 1,44; IC 95% = 1,23–1,68;  $p < .001$ ).

**Tabella 3.** Predictors of class Membership

*Predictors of Class Membership*

Class comparison	OR	95% CI		p
		Lower	Upper	
<b>CPTSD vs. PTSD</b>				
Years of education	0.91	0.81	1.02	.119
Functional impairment	1.44	1.23	1.68	<.001
Age	1.03	0.91	1.16	.656
Age of first trauma	0.88	0.79	0.98	.015
Gender (F)	1.86	0.32	10.81	.489
Employment	0.61	0.08	4.37	.620
Reception condition (large center > 1,000 guests)	4.88	1.49	15.90	.009
Number of trauma types	0.88	0.70	1.10	.268
Familiar condition (with family)	0.32	0.06	1.68	.181

*Note.* OR = odds ratio; CI = confidence interval; PTSD = posttraumatic stress disorder; CPTSD = complex PTSD.

*Discussione*

Il campione analizzato nel primo studio rifletteva la distribuzione per genere ed età dei rifugiati arrivati in Italia via mare negli ultimi anni. Nel 2018, secondo l’UNHCR (2020), gli uomini adulti rappresentavano l’88% e le donne il 12% dei migranti arrivati in Italia, dati coerenti con il nostro campione (86% uomini e 14% donne). L’età media del campione (25,11 anni) risultava simile a quella di altri studi recenti su rifugiati e richiedenti asilo in Italia.

In base ai criteri del DSM-5, la prevalenza stimata di PTSD nel campione risultava molto elevata, pari al 79,5%. Questo dato può essere spiegato dalla specificità del campione analizzato, costituito da sopravvissuti a traumi complessi che erano attivamente in cerca di supporto terapeutico. In confronto, ampie meta-analisi riportano una prevalenza media di PTSD nella popolazione generale dei rifugiati intorno al 30% (Blackmore et al., 2020).

L’analisi delle classi latenti (LCA) ha individuato tre distinti profili sintomatologici:

1. Pervasive-PTSD (32%): caratterizzato da sintomi molto intensi in tutte le aree del disturbo (intrusioni, evitamento, cognizioni negative, alterazioni dell’umore e iperarousal). Tutti i partecipanti di questo gruppo soddisfacevano i criteri per una diagnosi probabile di PTSD.
2. High-PTSD/Threat (45,9%): il gruppo più numeroso, contraddistinto da elevati livelli di intrusioni ed evitamento. L’87,5% dei soggetti presentava una diagnosi probabile di PTSD. Le emozioni dominanti erano legate alla minaccia percepita, come paura e terrore, piuttosto che a colpa o vergogna.

3. Moderate-PTSD/Avoidance (22,1%): mostrava prevalentemente strategie di evitamento di pensieri e ricordi traumatici. Solo circa un terzo dei partecipanti soddisfaceva i criteri per PTSD probabile, e l'evitamento emergeva come meccanismo principale di coping.

Questa classificazione differisce da precedenti studi, che tendevano a variare principalmente per gravità dei sintomi, ma è coerente con ricerche recenti sul PTSD secondo il DSM-5 (Cloitre et al., 2013).

L'unico fattore che ha predetto in modo significativo l'appartenenza a una specifica classe di PTSD è stato il tipo di condizioni di accoglienza. In particolare, risiedere in grandi centri con oltre 1000 persone – come il centro di accoglienza per richiedenti asilo (CARA) di Mineo in Sicilia – aumentava la probabilità di rientrare nella classe Pervasive-PTSD. Queste strutture sono spesso caratterizzate da sovraffollamento, isolamento geografico e sociale, tempi molto lunghi per la regolarizzazione legale, accesso limitato a servizi sanitari e psicologici, nonché episodi ricorrenti di degrado e violenza. Un contesto del genere genera uno stress quotidiano costante che può riattivare traumi precedenti e peggiorare significativamente la salute mentale.

Nel secondo studio, condotto in un contesto umanitario in Niger — un paese a basso reddito — è stata analizzata la prevalenza e la configurazione dei sintomi di PTSD e di Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (CPTSD) in un campione di richiedenti asilo esposti a traumi ripetuti. I risultati hanno mostrato una prevalenza elevata di CPTSD (74,6%), superiore a quella riportata in studi precedenti (Barbieri et al., 2019; Frost et al., 2019; Hecker et al., 2018; Hyland et al., 2018; Liddell et al., 2019; Vang et al 2019). Questo dato è probabilmente riconducibile alle caratteristiche del campione: persone in cerca di trattamento, con una storia di traumi multipli e sottoposte a una prolungata incertezza legata al riconoscimento dello status di protezione internazionale. Anche qui l'analisi delle classi latenti ha identificato due gruppi distinti: uno con sintomi elevati sia di PTSD che di disturbi della regolazione emotiva (DSO), corrispondente al CPTSD, e uno con sintomi principalmente di PTSD. Non è stata rilevata una classe con sintomi lievi, coerentemente con la selezione del campione costituito da persone che cercavano assistenza clinica.

I fattori predittivi dell'appartenenza alla classe CPTSD includevano:

- Età precoce del primo trauma
- Condizioni di accoglienza (vivere in grandi campi umanitari isolati e sovraffollati)
- Alto livello di compromissione funzionale

Contrariamente ad alcuni studi precedenti, l'esposizione cumulativa ai traumi non ha previsto in modo significativo l'appartenenza alla classe CPTSD rispetto al PTSD.

## Implicazioni comuni e riflessioni finali

Entrambi gli studi sottolineano che le condizioni di accoglienza nel periodo post-migrazione rappresentano un fattore determinante per la salute mentale di rifugiati e richiedenti asilo, spesso con un impatto comparabile a quello degli eventi traumatici vissuti prima e durante la migrazione. Condizioni di vita caratterizzate da sovraffollamento, isolamento, lunghe attese burocratiche per l'accesso al permesso di soggiorno, difficoltà di accesso ai servizi e stress quotidiano prolungato agiscono da fattori "re-traumatizzanti" che attivano, aggravano o mantengono la sintomatologia da stress post-traumatico.

Dal punto di vista clinico, questi dati indicano che la valutazione e il trattamento del PTSD

e del CPTSD nei rifugiati e richiedenti asilo devono includere anche un'attenta considerazione del contesto ambientale e sociale attuale, e non concentrarsi unicamente sui traumi pregressi. Interventi terapeutici esclusivamente centrati sull'elaborazione del trauma potrebbero risultare inefficaci se trascurano le difficoltà legate alle condizioni di accoglienza e agli stress post-migratori.

Le politiche di accoglienza dovrebbero orientarsi verso modelli basati su strutture di dimensioni contenute, inserite nel contesto sociale del territorio e dotate di adeguati servizi di supporto psicologico, legale e sanitario. Questo tipo di approccio favorisce un ambiente meno stressante e più favorevole al benessere psico-sociale delle persone accolte. In particolare, evitare il ricorso a grandi centri sovraffollati e isolati può contribuire significativamente a mitigare gli effetti negativi delle condizioni post-migratorie sulla salute mentale.

Questi studi, sebbene con alcune limitazioni metodologiche (campioni non molto ampi, dati trasversali, assenza di alcuni fattori individuali come traumi infantili), rappresentano un contributo importante per comprendere meglio i diversi profili clinici del PTSD e CPTSD in richiedenti asilo e rifugiati africani, evidenziando la centralità delle condizioni di accoglienza nel determinare l'entità e la persistenza dei sintomi.

## Bibliografia

- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52, 317–332.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Barbieri, A., Visco-Comandini, F., Alunni Fegatelli, D., Schepisi, C., Russo, V., Calò, F., Dessi, A., Cannella, G., & Stellacci, A. (2019). Complex trauma, PTSD and complex PTSD in African refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1700621. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1700621>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 74–83. <https://doi.org/10.1037/a0017829>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 20706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Maercker, A. (2018). The International Trauma Questionnaire (ITQ): Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365, 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Foa, E. B. (1996). *Posttraumatic diagnostic scale manual*. National Computer Systems.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445–451. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>
- Forbes, D., Nickerson, A., Alkemade, N., Bryant, R. A., Creamer, M., Silove, D., & O'Donnell, M. (2015). Longitudinal analysis of latent classes of psychopathology and patterns of class migration in survivors of severe injury. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, 1193–1199. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09075>
- Frost, R., Hyland, P., McCarthy, A., Halpin, R., Shevlin, M., & Murphy, J. (2019). The complexity of trauma exposure and response: Profiling PTSD and CPTSD among a refugee sample. *Psychological Trauma:*

- Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(2), 165–175. <https://doi.org/10.1037/tra0000408>
- Galatzer-Levy, I. R., Nickerson, A., Litz, B. T., & Marmar, C. R. (2013). Patterns of lifetime PTSD comorbidity: A latent class analysis. *Depression and Anxiety*, 30, 489–496. <https://doi.org/10.1002/da.22048>
- Hecker, T., Huber, S., Maier, T., & Maercker, A. (2018). Differential associations among PTSD and complex PTSD symptoms and traumatic experiences and postmigration difficulties in a culturally diverse refugee sample. *Journal of Traumatic Stress*, 31(6), 795–804. <https://doi.org/10.1002/jts.22342>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–391.
- Hyland, P., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., Byrne, S., Shevlin, M., Murphy, J., & Vallières, F. (2018). Are posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD distinguishable within a treatment-seeking sample of Syrian refugees living in Lebanon? *Global Mental Health*, 5, e14. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.2>
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M., & Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: The role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 727–736. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- International Organization for Migration. (2019). *World migration report 2020*. International Organization for Migration. <https://doi.org/10.18356/c872df19-en>
- Li, S. S., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18(9), 82. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
- Liddell, B. J., Nickerson, A., Felmingham, K. L., Malhi, G. S., Cheung, J., Den, M., Askovic, M., Coello, M., Aroche, J., & Bryant, R. A. (2019). Complex posttraumatic stress disorder symptom profiles in traumatized refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 822–832. <https://doi.org/10.1002/jts.22453>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)
- Medici per i Diritti Umani. (2020). *The torture factory: Report on human rights violations against migrants and refugees in Libya (2014–2020)*.
- Minihan, S., Liddell, B. J., Byrow, Y., Bryant, R. A., & Nickerson, A. (2018). Patterns and predictors of posttraumatic stress disorder in refugees: A latent class analysis. *Journal of Affective Disorders*, 232, 252–259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.010>
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111–116.
- Nickerson, A., Cloitre, M., Bryant, R. A., Schnyder, U., Morina, N., & Schick, M. (2016). The factor structure of complex posttraumatic stress disorder in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 33253. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.33253>
- Nickerson, A., Liddell, B. J., Maccallum, F., Steel, Z., Silove, D., & Bryant, R. A. (2014). Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC Psychiatry*, 14, 106. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-106>
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., & Muthén, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(4), 535–569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The Annals of Statistics*, 6(2), 461–464.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Mamane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302, 537–549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>

- United Nations High Commissioner for Refugees. (2020). *Global trends: Forced displacement in 2019*.
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2021). *Global trends: Forced displacement in 2020*. UNHCR. <https://www.unhcr.org/globaltrends2020/>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2024). *Global trends: Forced displacement in 2023*. UNHCR.
- Vang, M. L., Nielsen, S. B., Auning-Hansen, M., & Elklit, A. (2019). Testing the validity of ICD-11 PTSD and CPTSD among refugees in treatment using latent class analysis. *Torture Journal*, 29(3), 27–45. <https://doi.org/10.7146/torture.v29i3.115367>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD.
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.)*. World Health Organization.