

## MODELLI DI PSICOTERAPIA EVIDENCE-BASED PER LA CURA DEI DISTURBI TRAUMA CORRELATI IN MINORENNI CON BACKGROUND MIGRATORIO

Alessia Laforgia\*, Maria Grazia Foschino Barbaro\*

\* Psicologa - psicoterapeuta, AIPC Bari

### Corrispondenza

E-mail: ale.laforgia@libero.it

### Riassunto

La migrazione espone i minorenni ad una profonda vulnerabilità a causa di esperienze traumatiche pregresse (guerre, violenze) e delle difficoltà di adattamento nel nuovo ambiente, portando a disorientamento e problematiche di salute mentale. La prevalenza dei disturbi psichiatrici, in particolare del Disturbo da Stress Post-traumatico (PTSD), è elevata tra i minori rifugiati, con tassi variabili ma spesso superiori al 50%. L'esposizione agli eventi traumatici, soprattutto se multipli e prolungati, come abusi fisici/sexuali, perdita di familiari o guerra, può portare allo sviluppo del trauma complesso. Per il trattamento della sintomatologia correlata al trauma sono stati sviluppati diversi protocolli d'intervento basati sull'evidenza. Tra questi i più rilevanti sono di matrice cognitivo-comportamentale, con particolare riferimento alle terapie basate sul trauma. La Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) è la più studiata e si è dimostrata efficace nel trattare i sintomi traumatici e migliorare il funzionamento psicosociale, anche in contesti con risorse limitate e permette adattamenti culturali. La Narrative Exposure Therapy (NET) e la sua versione per minori, KIDNET, aiutano a elaborare i ricordi traumatici costruendo una narrazione coerente delle fasi di vita. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), utilizzando la stimolazione bilaterale, è efficace per l'elaborazione di memorie traumatiche ed è utile anche per chi ha difficoltà a verbalizzare. Queste terapie, sebbene basate sull'esposizione, mostrano tassi di abbandono simili ad altri trattamenti, suggerendo una buona tollerabilità. La psicoterapia, tuttavia, per essere efficace non può essere concepita come un intervento isolato, ma va integrata all'interno di un processo complesso e multilivello che includa adeguate politiche di accoglienza, di protezione, e di cura.

**Parole chiave:** minori, bambini, adolescenti, migranti, rifugiati, minori non accompagnati, trauma, trauma complesso, trattamenti efficaci, sintomi, disturbo da stress post-traumatico

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

### Abstract

Migration exposes minors to deep vulnerability due to previous traumatic experiences (war, violence) and difficulties in their adjustment to their new environment, leading to disorientation and mental health issues. The prevalence of psychiatric disorders, particularly Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), is

**DOI:** 10.36131/COGNCL20250207

RICEVUTO IL 12 GIUGNO 2025, ACCETTATO IL 12 DICEMBRE 2025

high among refugee children, with rates varying but often exceeding 50%. Exposure to traumatic events, especially if multiple and prolonged, such as physical/sexual abuse, loss of family members or war, can lead to the development of complex trauma. For the treatment of trauma-related symptomatology, evidence-based intervention protocols have been developed. Among these, the most prominent are cognitive-behavioural therapies and, in particular, trauma-focused therapies. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) is the most studied and has proven effective in treating trauma symptoms and improving psychosocial functioning, even in resource-limited and culturally adapted settings. Narrative Exposure Therapy (NET) and its children's version, KIDNET, help process traumatic memories by constructing a coherent narrative of life stages. Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR), using bilateral stimulation, is effective for processing traumatic memories and is also useful for those who have difficulty verbalising. These therapies, although exposure-based, show similar drop-out rates to other treatments, suggesting good tolerability. Psychotherapy, however, cannot be conceived as an isolated intervention if it is to be effective; it must be integrated within a complex, multi-level process that includes appropriate reception, protection, and care policies.

**Key words:** children, adolescents, migrants, refugees, unaccompanied children, trauma, complex trauma, effective treatments, symptoms, post-traumatic stress disorder

## 1. Introduzione

La migrazione rappresenta una condizione di profonda vulnerabilità sia per le esperienze pre-migratorie (povertà, violenze, persecuzioni, discriminazione, guerre) e per le precarie condizioni di vita nei luoghi di arrivo, sia perché comporta la rottura dei legami e dell'equilibrio con il proprio ambiente esponendo a un disorientamento culturale e identitario (Foschino Barbaro, 2021).

Nel 2024, gli arrivi in Italia sono stati il 33% dei 199.400 registrati sulle rotte migratorie del Mediterraneo, nel 2023 erano stati circa il 58% degli oltre 270.700 arrivi in Europa (UNICEF, 2025).

Le problematiche di adattamento all'ingresso per i minori rifugiati o richiedenti asilo sono complesse e interconnesse, spaziando dai traumi pregressi e le conseguenti difficoltà di salute mentale, ai disturbi del sonno (Richter et al., 2020), alle barriere nell'accesso ai servizi di supporto (Brown et al., 2017) e all'incertezza legata alla loro nuova condizione.

I sondaggi di *U-Report On The Move* (UNICEF, 2024) hanno raccolto esperienze e difficoltà dei giovani migranti e rifugiati nell'accesso ai servizi di salute mentale e benessere psicosociale. Quasi il 60% di loro riferisce che il percorso di accoglienza ha avuto effetti negativi proprio sul benessere mentale, manifestando frequentemente ansia, stress e incertezza. Gli ostacoli principali sono rappresentati da: barriere linguistiche (Pfeiffer & Goldbeck, 2017); mancanza di documenti; paura del giudizio e difficoltà economiche. La mancanza di servizi di interpretariato e mediazione culturale, di informazioni affidabili sulla storia clinica e sanitaria dei pazienti migranti, la mancanza di conoscenza dei diritti e dei servizi disponibili e l'assenza di organizzazione e coordinamento tra i servizi rappresentano importanti fattori di rischio per la salute mentale dei minorenni con background migratorio (Richter et al., 2020).

Nelle popolazioni di bambini e adolescenti rifugiati, i tassi di prevalenza dei disturbi psichiatrici in generale variano dal 20 all'80%, a seconda della metodologia di ricerca, del tipo di trauma e del livello di esposizione ad esso. Tra questi disturbi, i sintomi del Disturbo da Stress Post-traumatico (PTSD) sono descritti più comunemente nelle revisioni sistematiche come una condizione di salute mentale prevalente. La sua preponderanza nella popolazione dei minori migranti è elevata e varia significativamente a seconda di diversi fattori (Brown et al., 2017).

Lo studio di Pfeiffer e Goldbeck (2017) ha rilevato che il 54,0% dei minori rifugiati non accompagnati appena arrivati in Norvegia avesse riportato sintomi di PTSD, misurati attraverso la *Child Post-traumatic Stress Disorder Symptom Scale (CPSS)* (Foa et al., 2001). È importante notare che questo dato si riferisce ai sintomi e non necessariamente a una diagnosi di PTSD.

Una revisione di studi su bambini e adolescenti esposti a traumi di massa ha rilevato che il 15,9% ha sviluppato PTSD. Il tasso di PTSD era del 25,2% per traumi interpersonali e del 9,7% per traumi non interpersonali (Pfefferbaum et al., 2019).

È stato osservato un aumento della prevalenza di disturbi correlati al trauma, come il PTSD, in seguito all'esposizione a violenza e conflitti, con un chiaro effetto "*building block*" tra i due. Ciò si riferisce alla relazione quantità-effetto degli eventi traumatici sull'esperienza soggettiva di sofferenza. L'esposizione alla violenza e al trauma produce un effetto cumulativo e additivo che individua nel PTSD un effetto "mattoncino" (Siehl et al., 2020).

Tra i minori rifugiati non accompagnati (MSNA), uno studio ha rilevato che il 54,0% ha riportato diagnosi di PTSD, il 30,1% sintomi di ansia e il 20,4% sintomi depressivi al loro arrivo in Norvegia. È stata osservata una relazione dose-risposta tra il numero di eventi traumatici e la gravità del PTSD all'interno di questa popolazione (Pfeiffer & Goldbeck, 2017).

Anche bambini e adolescenti palestinesi esposti a violenza e traumi di guerra presentano problemi di salute mentale. Uno studio su bambini rifugiati di Gaza ha rilevato una correlazione significativa tra i punteggi del *Child Post Traumatic Stress Reaction Index (CPTSD-RI)* (Steinberg et al., 2013) e del *Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)* (Angold et al., 1995), indicando una comorbilità tra PTSD e depressione in questa popolazione (Richter et al., 2020).

Uno studio condotto in Danimarca ha esaminato un campione di 752 rifugiati affetti da Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) (Montgomery, 2011). I risultati di questo studio hanno rilevato che quasi tutti i partecipanti, nello specifico il 99,1%, hanno riferito di avere difficoltà a dormire, mentre il 98,7% ha riportato incubi ricorrenti. Tale lavoro si è concentrato su un campione clinico di rifugiati che già soddisfacevano i criteri per il PTSD. È emerso come i disturbi del sonno rappresentino una parte importante della struttura sintomatologica del PTSD nei rifugiati (Richter et al., 2020).

Le evidenze dimostrano che la prevalenza del PTSD è marcatamente alta tra i minori migranti, aggravata da un'esposizione multipla a eventi traumatici prima, durante e dopo il processo migratorio. Tali dati sottolineano l'urgenza di sviluppare interventi terapeutici strutturati e culturalmente sensibili, in grado di rispondere ai bisogni specifici di questa fascia di popolazione vulnerabile.

Il presente lavoro si propone di offrire una panoramica degli interventi considerati più promettenti per la cura dei disturbi trauma correlati nella popolazione dei minorenni migranti e rifugiati.

## 2. Disturbo da Stress Post-traumatico e trauma complesso

Herman (1992) ha introdotto l'espressione *trauma complesso* per indicare il susseguirsi di eventi traumatici multipli, di natura interpersonale, nell'ambito di un contesto relazionale e per un arco di tempo prolungato.

Tra i diversi sistemi di classificazione diagnostica, recentemente, l'*International Classification of Diseases, (11th rev.; ICD-11)* (World Health Organization [WHO], 2018) ha incluso il trauma complesso (*Complex post-traumatic stress disorder cPTSD*) che si configura come il risultato di eventi traumatici precoci, multipli e talvolta altamente invasivi, di solito di

natura interpersonale che includono tortura; prigionia o rapimento; violenza domestica o ripetuti abusi da parte del partner; traumi fisici, psichici o sessuali. Secondo l'ICD-11 (WHO, 2018), tra i criteri diagnostici del cPTSD troviamo: l'esposizione a un evento o a una serie di eventi di natura estremamente minacciosa o orribile, più comunemente eventi prolungati o ripetitivi da cui è difficile o impossibile fuggire; a seguito dell'evento traumatico, si sviluppano gli elementi fondamentali del Disturbo da Stress Post-traumatico, che perdurano diverse settimane: ricordi vividi o immagini intrusive dell'evento, incubi, associati ad emozioni di paura e forti sensazioni fisiche, ruminazione, evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico, percezione persistente di un'accentuata minaccia attuale, ipervigilanza, problemi gravi e pervasivi nella regolazione delle emozioni, credenze negative su di sé e difficoltà a stringere legami relazionali. La diagnosi di Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (*Complex PTSD*) presuppone, pertanto, sia i sintomi propri del PTSD, sia in aggiunta, i problemi gravi e persistenti della Dimensione dell'Organizzazione del Sé (*DSO Disturbances in Self-Organization*) con relativa compromissione funzionale. Il cluster DSO include la compromissione della regolazione affettiva (difficoltà a calmarsi o a provare emozioni), percezione negativa di sé e nei rapporti interpersonali, che riflettono la profonda sfiducia di base, la paura dell'abbandono e del rifiuto e pattern relazionali instabili o evitanti appresi nelle relazioni di attaccamento disorganizzato e dalle ricorrenti esperienze di rifiuto e solitudine (Cloitre et al., 2018). L'esposizione alla violenza è stata associata ad un aumento del rischio di stress post-traumatico/PTSD, depressione, ansia e disregolazione emotiva nelle popolazioni di bambini rifugiati e richiedenti asilo (Eruyar et al., 2018), riscontrando comportamenti autolesionistici, tentativi di suicidio, problemi di sonno, disturbi somatici e difficoltà nel controllare la minzione (Hoppen & Morina, 2020). In particolare, nei minori traumatizzati è frequente la somatizzazione del trauma sotto forma di dolore cronico (cefalee, dolori addominali e muscolo-scheletrici), che correla significativamente con la gravità del PTSD/cPTSD e con il numero di eventi traumatici subiti (Müller et al., 2019; Pfeiffer et al., 2021). Questi sintomi somatici sono mediati da alterazioni neurobiologiche persistenti (iperattivazione dell'asse HPA e dissociazione peri-traumatica) e rappresentano una modalità dissociativa di "memorizzazione" del trauma quando la narrazione verbale è bloccata o culturalmente stigmatizzata (Pfeiffer et al., 2021; van der Kolk, 2014).

Lo studio di Pfeiffer e Goldbeck (2017) sui minori stranieri non accompagnati, ha evidenziato che i partecipanti riferivano di aver subito in media otto eventi traumatici, tra cui la perdita di familiari/amici stretti, la guerra e gli abusi fisici e sessuali.

Alcune di queste difficoltà possono spiegare ciò che in letteratura viene chiamato rivittimizzazione: coloro che sono stati gravemente maltrattati da bambini hanno un rischio elevato di vivere esperienze traumatiche nella vita adulta (Hoppen et al., 2023).

Gli eventi traumatici sperimentati durante l'infanzia e l'adolescenza hanno dunque un impatto sullo sviluppo tale da necessitare interventi terapeutici che favoriscano l'espressione delle emozioni e delle risposte affettive collegate al trauma per ripristinare traiettorie di sviluppo più sane.

### 3. Obiettivo della rassegna

Lo scopo della rassegna è offrire una sintesi critica e sistematica delle evidenze scientifiche più aggiornate sui modelli di psicoterapia efficaci applicati al trattamento dei disturbi trauma-correlati nei minorenni migranti e rifugiati. L'obiettivo è integrare i contributi teorici, gli studi di efficacia e le prospettive transculturali, così da delineare un quadro completo degli

interventi *evidence-based*, dei loro adattamenti in contesti migratori, al fine di orientare pratiche cliniche sensibili, informate e adeguate ai bisogni complessi di questa popolazione.

#### 4. Modelli di intervento per la cura del trauma

La ricerca sugli interventi psicologici per il PTSD nei bambini e negli adolescenti stranieri non accompagnati o rifugiati e richiedenti asilo è in continua evoluzione (Grainger et al., 2022). Diverse terapie basate sull'evidenza sono state sviluppate e valutate per il trattamento del PTSD in questa fascia d'età (Foschino Barbaro & Mancini, 2017; Foschino Barbaro & Sgaramella, 2021).

Le linee guida internazionali per la cura del trauma nei minori stranieri, fanno soprattutto riferimento alla Terapia Cognitivo-Comportamentale (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018).

Numerose ricerche confermano l'efficacia della CBT nei suoi differenti modelli, rispetto alla riduzione significativa dei sintomi del PTSD (Rossouw et al., 2022).

Gli interventi CBT per la cura del trauma hanno in comune alcune componenti chiave tra cui la psicoeducazione, orientata alla validazione e normalizzazione; una componente di regolazione affettiva e tecniche che si basano sull'esposizione.

Una ulteriore componente dei trattamenti consiste nella narrazione dell'esperienza traumatica, il cui obiettivo è quello di ricostruire gli eventi traumatici nelle loro diverse componenti (cognitive, emotive, sensoriali e motorie) e di integrarle in una narrazione autobiografica completa (Dorsey et al., 2017)

In generale, il trattamento del trauma complesso dovrebbe seguire le tre fasi delineate da Judith Herman (1992) e da Van der Hart, Nijenhuis e Steele (2011): fase di stabilizzazione, per ridurre i sintomi come l'iperattivazione e i flashback; fase di trattamento delle memorie traumatiche e fase di integrazione e stabilizzazione.

Nel panorama degli interventi psicologici per il PTSD nei giovani rifugiati e richiedenti asilo, soprattutto le terapie focalizzate sul trauma hanno dimostrato la loro efficacia (Grainger et al., 2022; Thomas et al., 2022; Wamser-Nanney & Walker, 2022). Tra queste, in particolare la *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT) (Cohen et al., 2006) e la *Narrative Exposure Therapy* (NET) (Neuner et al., 2004) (**tabella 1**: sintesi dei modelli trattati).

La Terapia Cognitivo-Comportamentale Focalizzata sul Trauma (TF-CBT) è stata ampiamente riconosciuta come un trattamento *evidence-based* per il PTSD nei bambini e negli adolescenti migranti e richiedenti asilo (Thomas et al., 2022; Wamser-Nanney & Walker, 2022).

La TF-CBT è un intervento psicoterapeutico manualizzato che integra tecniche cognitivo-comportamentali con strategie di elaborazione del trauma, con l'obiettivo di ridurre i sintomi del PTSD e migliorare il funzionamento psicologico. La Terapia dell'Esposizione Narrativa (NET e KIDNET versione per minori) è stata sviluppata per aiutare gli individui a elaborare i ricordi traumatici attraverso la costruzione di una narrazione coerente degli eventi promuovendo l'elaborazione emotiva, la riduzione dei sintomi del trauma (Siehl et al., 2020) e il funzionamento psicosociale (Neelakantan et al., 2018).

Un'altra terapia focalizzata sul trauma è la Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari (EMDR), che viene esplorata per il suo potenziale nel trattamento del PTSD in questa fascia d'età (Brown et al., 2017; Shapiro, 1989).

Studi recenti (Morison et al., 2021) suggeriscono inoltre come gli interventi basati sulle arti creative, come l'arte-terapia, possano rappresentare un'alternativa nel lavoro con questo target

di minorenni perché trascendono le barriere linguistiche. Tali approcci offrono mezzi non verbali per esprimere ed elaborare le esperienze traumatiche (Gkintoni et al., 2024). Nonostante alcuni studi suggeriscano una riduzione della sintomatologia trauma correlata (Morison et al., 2021), sono necessari ulteriori approfondimenti per confermare tali risultati e guidare la pratica clinica (Braito et al., 2022).

Sebbene esista una solida base di evidenze per queste terapie, permangono delle sfide nella loro implementazione e accettabilità. Una preoccupazione significativa è che i trattamenti focalizzati sul trauma possano potenzialmente "ritraumatizzare" i pazienti o esacerbare i loro sintomi, portando all'abbandono precoce del trattamento (Morison et al., 2021). L'abbandono del trattamento è un importante indicatore della sua accettabilità e influenza la possibilità di ottenere esiti terapeutici positivi. Tuttavia, è importante notare che una meta-analisi ha stimato che l'abbandono dei trattamenti basati sull'evidenza (TF-CBT ed EMDR) nei bambini e nei giovani è dell'11.2%, simile al tasso di abbandono dei trattamenti senza focus sul trauma o dei gruppi di controllo (12.8%), suggerendo che i trattamenti focalizzati sul trauma potrebbero essere ben tollerati dalla maggior parte dei giovani (Morison et al., 2021).

#### *4.1 Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT)*

La TF-CBT è il trattamento del trauma per bambini e adolescenti più rigorosamente studiato fino ad oggi, che raccoglie la più ampia mole di dati di efficacia, mostrandosi ugualmente valido per diversi target di popolazione e in diversi contesti di applicazione (Cohen et al., 2006). 23 studi randomizzati e controllati in tutto il mondo dimostrano l'efficacia della TF-CBT su una serie di sintomi e difficoltà emotive e comportamentali associate ad esperienze traumatiche sia singole che croniche. È un trattamento strutturato, relativamente breve (8–25 sedute) e coinvolge sia il bambino/adolescente che il caregiver (Wamser-Nanney & Walker, 2022).

Studi recenti indicano che la TF-CBT sia stata studiata e implementata con popolazioni di rifugiati e giovani colpiti da guerra o disastri naturali in vari contesti, inclusi paesi a basso e medio reddito (LMICs) e paesi ad alto reddito (Brown et al., 2017).

Una revisione sistematica sulla TF-CBT (Thomas et al., 2022) nei paesi a basso e medio reddito (LMICs), con attenzione ai paesi colpiti da conflitti, ha suggerito che la TF-CBT è efficace nel trattare i sintomi legati al trauma e nel migliorare il funzionamento psicosociale nei bambini e negli adolescenti in questi contesti. La maggior parte degli studi esaminati in questa revisione si è svolta in contesti comunitari con risorse limitate nell'Africa Orientale o Centrale. È stato riscontrato che le variabili culturali sono state tenute in conto nella somministrazione della TF-CBT per soddisfare le esigenze delle popolazioni locali, e gli strumenti psicoeducativi sono stati tradotti e validati per l'uso locale.

La TF-CBT generalmente include nove componenti principali sintetizzati nell'acronimo PRACTICE: psicoeducazione<sup>1</sup> (e abilità genitoriali), rilassamento, abilità di modulazione affettiva, coping e elaborazione cognitiva, narrazione e elaborazione del trauma, esposizioni in vivo a promemoria del trauma, sessioni congiunte bambino-genitore e miglioramento della sicurezza futura (Neelakantan et al., 2018; Thomas et al., 2022).

La somministrazione in gruppo è una modalità comune ed efficace per gli interventi basati sulla CBT focalizzata sul trauma con questa popolazione (Xian-Yu et al., 2022). Diversi studi hanno implementato con successo la TF-CBT o terapie simili in contesti di gruppo con giovani

<sup>1</sup> è possibile consultare il materiale psicoeducativo al sito delle scuole di Psicoterapia Cognitiva APC SPC: <https://apc.it/trauma-focused-cognitive-behavior-therapy-tf-cbt/>

rifugiati e colpiti dalla guerra (Davis et al., 2023; Pfefferbaum et al., 2019; Xie et al., 2024). Ad esempio, uno studio pilota su un intervento di gruppo focalizzato sul trauma chiamato "*Mein Weg*" (ispirato ai principi della TF-CBT) per giovani rifugiati non accompagnati in Germania ha mostrato una riduzione significativa dei sintomi di stress post-traumatico dopo l'intervento, in particolare nei domini dell'evitamento e delle alterazioni negative nelle cognizioni e nell'umore (Pfeiffer & Goldbeck, 2017).

Relativamente al funzionamento psicosociale, le fonti indicano che la TF-CBT ha portato a riduzioni altamente significative del disagio psicosociale rispetto ai gruppi di controllo in lista d'attesa. Ha anche mostrato ampi miglioramenti nel trattamento della depressione e dell'ansia, dei problemi di condotta e del comportamento prosociale (Thomas et al., 2022).

## *4.2 Narrative Exposure Therapy*

La Narrative Exposure Therapy (NET) è un intervento a breve termine focalizzato sul trauma, sviluppato originariamente per trattare i sopravvissuti di guerra e tortura (Siehl et al., 2020). È un approccio terapeutico basato sui principi della terapia cognitivo-comportamentale (Huang et al., 2022). L'obiettivo principale della NET è aiutare gli individui a costruire una narrazione cronologica coerente della loro vita che includa le esperienze traumatiche (Gkintoni et al., 2024). Questo approccio si basa sulle fondamenta teoriche neurobiologiche relative ai processi di memoria. L'idea è che l'esposizione a eventi traumatici possa portare allo sviluppo di una "rete della paura" composta da informazioni sensoriali, cognitive, emotive e enterocettive che manca di integrazione contestuale (dove e quando l'evento è accaduto), e questa disconnessione mnemonica causa i sintomi del PTSD (Huang et al., 2022).

La NET utilizza un approccio di "linea della vita" in cui la storia di vita del sopravvissuto viene narrata in ordine cronologico (Gillies et al., 2016; Siehl et al., 2020). Durante le sessioni di esposizione (che possono variare da 4 a 20 sessioni di 90 minuti ciascuna), le esperienze enterocettive, emotive, sensoriali e cognitive vengono richiamate insieme alle informazioni contestuali (tempo e luogo), ricollegando le parti della memoria che si erano frammentate e riducendo la risposta emotiva al ricordo (Siehl et al., 2020). Attraverso la terapia, viene dato un nuovo significato agli eventi e la memoria autobiografica, precedentemente interrotta dal trauma, viene ripristinata (Gkintoni et al., 2024). La NET utilizza uno stile di esposizione specifico descritto come una "conversazione di esposizione" caratterizzata da scambi rapidi tra cliente e terapeuta, oscillando tra passato e presente e tra posizioni ego- e allocentriche (Siehl et al., 2020).

È stata sviluppata una versione della NET adattata per bambini e adolescenti chiamata KIDNET (*Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents*). La KIDNET è considerata adatta anche per bambini di età inferiore ai 6 anni (Huang et al., 2022; Rossouw et al., 2022).

La NET/KIDNET è unica nel suo genere perché la maggior parte degli studi di ricerca su questo intervento sono stati condotti in contesti post-conflitto, con rifugiati e richiedenti asilo come partecipanti (Betancourt et al., 2014; Miller-Graff & Campion, 2015).

Diversi studi hanno valutato la KIDNET con bambini rifugiati traumatizzati (Gillies et al., 2016). La sua efficacia è stata verificata in contesti clinici per bambini e adolescenti che hanno subito esperienze traumatiche multiple (Gkintoni et al., 2024). Uno studio pilota su un intervento di gruppo focalizzato sul trauma, che includeva una narrativa del trauma, per giovani rifugiati non accompagnati maschi tra i 14 e i 18 anni ha mostrato una significativa riduzione dei sintomi totali del PTSD (Pfeiffer & Goldbeck, 2017).

NET è stata valutata in molti ambienti pericolosi, il che suggerisce una certa robustezza

dell'approccio. Tale robustezza dell'approccio narrativo e la sua adattabilità culturale, rendono la NET particolarmente rilevante per le popolazioni che vivono in circostanze avverse e contesti post-conflitto (Thomas et al., 2022).

### 4.3 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

L'EMDR è un protocollo terapeutico basato sull'evidenza scientifica ed utilizzato per il trattamento del PTSD nei bambini e negli adolescenti (Gkintoni et al., 2024; Morison et al., 2021). È un intervento raccomandato dalle linee guida dal *UK National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) per il trattamento del PTSD in alcuni contesti, ad esempio per chi non risponde al protocollo della TF-CBT. Le fonti indicano che l'EMDR è un'opzione terapeutica valida, specialmente quando la TF-CBT non è disponibile o accettabile (Morison et al., 2021).

L'EMDR combina elementi della terapia espositiva e della ristrutturazione cognitiva con la stimolazione bilaterale, come movimenti oculari o tapping (Gkintoni et al., 2024). Durante la terapia, i partecipanti si concentrano sul loro ricordo più disturbante dell'evento traumatico mentre ricevono stimolazione bilaterale, ad esempio tramite rapidi movimenti oculari o tapping sulle mani (Brown et al., 2017; Xie et al., 2024). Questo compito di doppia attenzione sembra aiutare a processare le memorie traumatiche, alleviando così i sintomi del PTSD e della depressione (Xie et al., 2024). L'EMDR può essere erogato in setting di gruppo o individuali e generalmente il numero di sedute varia da 4 a 12. (Brown et al., 2017). Il protocollo di gruppo (EMDR *Integrative Group Treatment Protocol*) è un adattamento che si è dimostrato efficace in grandi gruppi di sopravvissuti a disastri naturali, aiutando sia adulti che giovani (Roque-Lopez et al., 2021). Il protocollo può essere applicato con le popolazioni dei minori migranti, rifugiati o in contesti di guerre e conflitti. Nello studio di Xie e colleghi del 2024, è stata valutata l'efficacia del protocollo di gruppo EMDR con bambini rifugiati nel ridurre il PTSD. L'EMDR è considerato utile per i bambini e adolescenti che hanno difficoltà a verbalizzare le loro esperienze traumatiche. Questo aspetto potrebbe essere particolarmente rilevante per i minori migranti e richiedenti asilo che possono affrontare barriere linguistiche o culturali nel descrivere verbalmente il proprio trauma.

## 5. L'approccio integrato per la salute mentale e il benessere psicologico

Frounfelker e colleghi (2020) sottolineano che senza politiche migratorie inclusive, anche i migliori interventi terapeutici rischiano di non essere sufficienti. Il trattamento del trauma nei minori migranti, rifugiati e richiedenti asilo necessita di un'integrazione profonda di interventi psicoterapeutici basati su evidenze scientifiche all'interno di un sistema più ampio di politiche migratorie inclusive e servizi di protezione, che tutelino i diritti fondamentali di questo target vulnerabile. La psicoterapia, tuttavia, per essere efficace non può essere concepita come un intervento isolato, ma deve essere parte integrante di un processo complesso e multilivello che includa adeguate politiche di accoglienza, l'accesso a servizi di protezione, e il supporto alle famiglie migranti.

In continuità con l'approccio ecologico, le Linee guida IASC (Inter-Agency Standing Committee, 2007) per l'assistenza psicosociale nelle situazioni di emergenza, per esempio, enfatizzano la necessità di integrare i servizi psicosociali e sanitari in un sistema coerente che promuova la salute mentale e il benessere psicologico non solo attraverso la cura diretta del trauma, ma anche mediante politiche e pratiche che proteggano e rafforzino i diritti fondamentali dei minori migranti e delle loro famiglie (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

In tale cornice, la salute mentale assume un ruolo centrale nelle politiche migratorie, che devono garantire l'accesso equo e tempestivo a interventi psicoterapeutici e psicosociali, inclusi quelli focalizzati sul trauma, e creare un ambiente sicuro e protettivo che supporti i diritti dei minori stranieri (World Health Organization, 2013).

L'approccio *Trauma Informed Care* (TIC) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014) si integra perfettamente in questa cornice culturale, orientando le politiche e le pratiche organizzative verso l'identificazione e la gestione del trauma in tutti i servizi coinvolti, dalla protezione sociale all'educazione, dalla sanità alle forze dell'ordine. L'adozione di un modello informato sul trauma consente di prevenire vittimizzazioni secondarie e ulteriori danni psicologici e favorisce la creazione di contesti sicuri in cui i minori migranti possano recuperare e riprendersi dai traumi vissuti, in un percorso di inclusione e resilienza che si estende alla costruzione di una rete di supporto comunitario e interdisciplinare (McDermott et al., 2024).

Un aspetto cruciale di questo approccio integrato riguarda la formazione degli operatori. Gli operatori della salute, della protezione infantile, dell'educazione e delle forze dell'ordine devono essere adeguatamente formati per riconoscere e rispondere agli effetti del trauma, favorendo l'identificazione precoce dei segni di disagio psicologico e promuovendo interventi tempestivi (Villalonga-Olives, 2022). In particolare, la collaborazione tra psicoterapeuti, gli psicologi, educatori, assistenti sociali, e mediatori culturali è fondamentale per creare un sistema coeso che favorisca il benessere psicologico e la salute mentale dei minori migranti, rifugiati e richiedenti asilo.

## 6. Discussione

### *6.1 Discussione dei dati emersi dalla rassegna critica*

Gli interventi psicoterapici per il trattamento del trauma nei minori migranti, rifugiati e richiedenti asilo rappresentano il cuore del processo di cura, e possono integrarsi all'interno del contesto più ampio delle politiche sociali e migratorie. L'efficacia di approcci come la Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) e la Narrative Exposure Therapy (NET) nel trattamento del PTSD nei minorenni rifugiati è ben documentata e supportata da una solida base di evidenze (Thomas et al., 2022; Wamser-Nanney & Walker, 2022).

Queste psicoterapie si sono rivelate altamente efficaci non solo nel ridurre i sintomi del PTSD, ma anche nel migliorare il funzionamento psicosociale complessivo dei giovani migranti. La loro efficacia, tuttavia, richiede un processo di adattamento culturale, che implica un'attenta valutazione delle modalità di espressione del trauma e delle risorse individuali e familiari. È necessario, infatti, che gli interventi psicoterapici siano fondati su una comprensione profonda delle dinamiche familiari e delle tradizioni culturali, che possono influenzare come il trauma è vissuto e come vengono gestiti i processi di elaborazione e guarigione.

La personalizzazione del trattamento attraverso l'integrazione dei contesti culturali di appartenenza può favorire l'accettazione del trattamento, ridurre il rischio di ri-traumatizzazione e migliorare l'efficacia del trattamento nel lungo periodo (Frounfelker et al., 2020). La competenza culturale in psicoterapia diventa quindi un fattore determinante per integrare le credenze, i valori e le pratiche culturali del minorenne con background migratorio, al fine di garantire che l'intervento terapeutico sia sensibile e rispettoso delle differenze culturali, linguistiche e sociali.

**Tabella 1.** *Tabella riassuntiva protocolli di intervento per la cura del trauma*

<b>Modello di trattamento</b>	<b>TF-CBT (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy)</b>	<b>NET (Narrative Exposure Therapy)</b>	<b>EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)</b>
<b>Approccio</b>	Cognitivo-comportamentale focalizzato sul trauma; integra esposizione graduale, ristrutturazione cognitiva, regolazione emotiva e parenting skills. Il suo obiettivo è affrontare l'impatto negativo degli eventi traumatici in bambini e adolescenti.	Utilizza la narrazione del trauma in chiave narrativa e cronologica per ricostruire un senso di sequenza temporale e di continuità.	Utilizza la stimolazione bilaterale (es. movimenti oculari) per rielaborare i ricordi traumatici disfunzionali. Il suo obiettivo è la desensibilizzazione e la riprocessazione delle memorie traumatiche (Shapiro, 1989).
<b>Popolazione Target</b>	Bambini e adolescenti esposti a traumi tra i 3 e i 18 anni.	Adulti, bambini (dai 6 anni) e adolescenti (NET, KIDNET) con PTSD e/o traumi complessi.	Bambini e adolescenti (sotto i 19 anni) con traumi complessi.
<b>Struttura</b>	Protocollo di 9 fasi: Psicoeducazione e abilità genitoriali (per i caregivers), Rilassamento, Abilità di modulazione affettiva, Coping ed elaborazione cognitiva, Narrazione ed elaborazione del Trauma, Esposizione In vivo ai <i>reminder</i> del trauma, Sessioni congiunte caregiver-bambino e Miglioramento della sicurezza futura.	Consiste nel narrare la storia di vita in ordine cronologico. Le sessioni di esposizione mirano a richiamare le esperienze emotive, sensoriali e cognitive del trauma, ricollegando le parti frammentate della memoria e ripristinando la memoria autobiografica.	Consiste nel concentrarsi sul ricordo più disturbante dell'evento traumatico mentre si riceve una stimolazione bilaterale, ad esempio rapidi movimenti oculari o tapping sulle mani (Brown et al., 2017; Xie et al., 2024). Questo compito di doppia attenzione aiuta a processare le memorie traumatiche, alleviando così i sintomi del PTSD e della depressione.
<b>Modalità</b>	Individuale (con coinvolgimento del genitore/caregiver) o di gruppo.	Tipicamente individuale	Individuale o di gruppo
<b>Durata</b>	Generalmente prevede 10–22 sessioni. La durata varia, con sessioni di 60 o 90 minuti.	Da 4 a 20 sessioni della durata di 90 minuti ciascuna.	Da 4 a 12 sessioni.
<b>Riferimenti bibliografici principali</b>	Cohen et al. (2006); Thomas et al., (2022).	Schauer et al. (2011); Neuner et al. (2004); Hoppen et al. (2023).	Shapiro (1989); Kaptan et al. (2021); Siehl et al. (2020).

## 6.2 Implicazioni cliniche per il lavoro terapeutico con minori migranti

Nonostante l'efficacia comprovata delle terapie cognitivo-comportamentali focalizzate sul trauma, rimane centrale la sfida legata alla loro implementazione nei contesti di cura. L'approccio del Trauma-Informed Care attribuisce grande importanza alla formazione sul trauma di tutti gli operatori coinvolti nella presa in carico. L'obiettivo è la creazione di un sistema di supporto multidisciplinare integrato che includa professionisti della salute mentale, educatori, assistenti sociali e mediatori culturali, condizione cruciale per ridurre il rischio di frammentazione o sovrapposizione degli interventi.

La costruzione di un sistema di supporto globale, in cui le politiche migratorie siano in grado di garantire contesti sicuri e inclusivi, servizi integrati e coesi formati sul trauma, e una centralità della cura psicoterapeutica, richiama l'impegno e la responsabilità degli psicoterapeuti accanto agli altri operatori della salute nel perseguire qualità ed efficacia degli interventi.

È nella relazione psicoterapeutica che si crea uno spazio sicuro e trasformativo, in cui il trauma può essere riconosciuto, narrato e rielaborato. La psicoterapia rappresenta quindi non solo uno strumento clinico, ma uno spazio prezioso, capace di restituire ai minori migranti la possibilità di sentirsi visti, ascoltati e degni di cura, nonché di recuperare una fiducia spesso ferita e tradita dalle esperienze traumatiche. In un contesto spesso frammentato, garantire l'accesso a trattamenti psicoterapeutici culturalmente sensibili ed evidence-based diventa una responsabilità sociale ed etica oltre che clinica.

## Bibliografia

- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995). The Development of a Short Questionnaire for Use in Epidemiological Studies of Depression in Children and Adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237–249.
- Betancourt, T. S., McBain, R., Newnham, E. A., Akinsulure-Smith, A. M., Brennan, R., Weisz, J. R., & Hansen, N. B. (2014). A behavioral intervention for war-affected youth in Sierra Leone: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1288–1297. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.09.011>
- Braito, I., Rudd, T., Buyuktaskin, D., Ahmed, M., Glancy, C., & Mulligan, A. (2022). Effectiveness of art psychotherapy in children with mental health disorders: A systematic review. *Irish Journal of Medical Science*, 191, 1369–1383. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02688-y>
- Brown, R. C., Witt, A., Fegert, M. J., Keller, F., Rassenhofer, M., & Plener, P. L. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: A meta-analysis and systematic review. *Psychological Medicine*, 47, 1893–1905. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000496>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: 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>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Press.
- Davis, R. S., Meiser-Stedman, R., Afzal, N., Devaney, J., Halligan, S. L., Lofthouse, K., Smith, P., Stallard, P., Ye, S., & Hiller, R. M. (2023). Group-based interventions for treating posttraumatic stress symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(11), 1325–1340. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.05.009>
- Dorsey, S., Briggs, E. C., Woods, B. A., & Carter, R. (2017). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth: Empirical evidence and clinical applications. *Journal of Child and Adolescent Trauma*,

- 10(2), 193–206. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0147-4>
- Erucar, S., Maltby, J., & Vostanis, P. (2018). Mental health problems of Syrian refugee children: The role of parental factors. *European Child and Adolescent Psychiatry, 27*(4), 401–409. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1101-0>
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. (2001). The child PTSD symptom scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(3), 376–384. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003\\_9](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9)
- Foschino Barbaro, M. G., & Mancini, F. (2017). *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. FrancoAngeli.
- Foschino Barbaro, M. G. (Ed.). (2021). *Minori stranieri non accompagnati tra vulnerabilità e resilienza: Percorsi di accoglienza, presa in carico, tutela e cura*. FrancoAngeli.
- Foschino Barbaro, M. G., & Sgaramella, A. (2021). Minori stranieri non accompagnati (MSNA): Un caleidoscopio di storie complesse. In M. G. Foschino Barbaro (Ed.), *Minori stranieri non accompagnati tra vulnerabilità e resilienza* (pp. 45–62). FrancoAngeli.
- Frounfelker, R. L., Miconi, D., Farrar, J., Brooks, M. A., Rousseau, C. & Betancourt, T. S. (2020). Mental health of refugee children and youth: epidemiology, interventions, and future directions. *Annual Review of Public Health, 41*, 159–176. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094230>
- Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C., & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 10*, CD012371. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371>
- Gkintoni, E., Kourkoutas, E., Yotsidi, V., Stavrou, P. S., & Prinianaki, D. (2024). Clinical efficacy of psychotherapeutic interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Children, 11*, 579. <https://doi.org/10.3390/children11050579>
- Grainger, L., Thompson, Z., Morina, N., Hoppen, T., & Meiser-Stedman, R. (2022). Associations between therapist factors and treatment efficacy in randomized controlled trials of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and youth. *Journal of Traumatic Stress, 35*, 1405–1419. <https://doi.org/10.1002/jts.22827>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hoppen, T. H., Meiser-Stedman, R., Jensen, T. K., Skogbrott Birkeland, M., & Morina, N. (2023). Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas. *The British Journal of Psychiatry, 222*, 196–203. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.24>
- Hoppen, T. H., & Morina, N. (2020). Is higher study quality associated with lower treatment efficacy? *Clinical Psychology Review, 78*, 101855. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101855>
- Huang, T., Li, H., Tan, S., Xie, S., Cheng, Q., Xiang, Y., & Zhou, X. (2022). The efficacy and acceptability of exposure therapy for PTSD in children and adolescents. *BMC Psychiatry, 22*, 259. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03867-6>
- Inter-Agency Standing Committee. (2007). *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. <https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf>
- Kaptan, S. K., Dursun, B. O., Knowles, M., Husain, N., & Varese, F. (2021). Group eye movement desensitization and reprocessing interventions in adults and children: A systematic review of randomized and nonrandomized trials. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 28*, 784–806. <https://doi.org/10.1002/cpp.2549>
- McDermott, L., Hameed, I. & Lau-Zhu, A. (2024). Cultural adaptations, efficacy and acceptability of psychological interventions for mental health in adults with refugees and asylum-seeker status: a systematic review. *Trauma, Violence & Abuse, 25*(5), 3758–3776. <https://doi.org/10.1177/15248380241262262>
- Miller-Graff, L. E., & Campion, K. (2015). Interventions for posttraumatic stress with children exposed to violence. *Journal of Clinical Psychology, 72*(3), 226–248. <https://doi.org/10.1002/jclp.22238>

- Montgomery, E. (2011). Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124 (Suppl. 440), 1–46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01740>
- Morison, L., Simonds, L., & Stewart, S. J. F. (2021). Effectiveness of creative arts-based interventions for children and adolescents exposed to trauma. *Arts & Health*, 14(3), 237–262. <https://doi.org/10.1080/17533015.2021.2009529>
- Müller, L. R. F., Büter, K. P., Rosner, R., & Unterhitzberger, J. (2019). Mental health and associated stress factors in refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, 8. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0268-1>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Post traumatic stress disorder. (NICE Guideline NG116)
- Neelakantan, L., Hetrick, S., & Michelson, D. (2018). Users' experiences of trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and adolescents: a systematic review and metasynthesis of qualitative research. *European Child and Adolescent Psychiatry* 28, 877–897. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1150-z>
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 579–587. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.579>
- Pfefferbaum, B., Nitiéma, P., Newman, E., & Patel, A. (2019). The benefit of interventions to reduce posttraumatic stress in youth exposed to mass trauma: a review and meta-analysis. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(5), 540–552. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19004771>
- Pfeiffer, E., & Goldbeck, L. (2017). Evaluation of a trauma-focused group intervention. *Journal of Traumatic Stress*, 30(5), 531–536. <https://doi.org/10.1002/jts.22218>
- Pfeiffer, E., Sukale, T., & Equit, M. (2021). Pain and posttraumatic stress symptoms in unaccompanied refugee minors. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1929901. <https://doi.org/10.1080/2008198.2021.1929901>
- Richter, K., Baumgärtner, L., Niklewski, P., Kock, M., Hillemacher, T. & Buttner-Teleaga, A. (2020). Sleep disorders in migrants and refugees: A systematic review with implications for personalized medical approach. *EPMA Journal*, 11, 251–260. <https://doi.org/10.1007/s13167-020-00205-2>
- Rossouw, J., Yadin, E., Alexander, D., & Seedat, S. (2022). Long-term follow-up of a randomized controlled trial of prolonged exposure therapy and supportive counselling for post-traumatic stress disorder in adolescents: a task-shifted intervention. *Psychological Medicine*, 52(6), 1022–1030. <https://doi.org/10.1017/s0033291720002731>
- Roque-Lopez, S., Llanez-Anaya, E., Alvarez-Lopez, M., Everts, M., Fernandez, D., Davidson, R. J. & Kaliman, P. (2021). Mental health benefits of a 1-week intensive multimodal group program for adolescents with multiple adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*. 122, 105349. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105349>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. (HHS Publication No. SMA 14-4884). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA\\_Trauma.pdf](https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf)
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders* (2nd rev. and expanded ed.). Hogrefe Publishing.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223. <https://doi.org/10.1007/BF00974117>
- Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2020). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. *Psychotherapy Research*, 31, 695–710. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847345>
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Kim, S., Briggs, C. E., Ippen, C. G., Ostrowski, S. A., Gully, K. J. & Pynoos, R. S. (2013). Psychometric properties of the UCLA PTSD Reaction Index: Part I. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 1–9. <https://doi.org/10.1002/jts.21780>

- Thomas, F. C., Puente-Duran, S., Mutschler, C., & Monson, C. M. (2022). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and youth in low and middle-income countries: A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health, 27*(2), 146–160. <https://doi.org/10.1111/camh.12435>
- UNICEF. (2025). *Rifugiati e Migranti in Europa*. <https://www.unicef.it/emergenze/rifugiati-migranti-europa/>
- UNICEF. (2024). PROTECT: Protecting Children On The Move. Risultati dei sondaggi di U-Report On The Move. <https://www.datocms-assets.com/30196/1737618285-2024-la-nostra-voce-conta-2.pdf>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2011). *Fantasmî nel sé. Dissociazione strutturale e trattamento della traumatizzazione cronica*. Raffaello Cortina Editore
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Villalonga-Olives, E., Wind, T. R., Armand, A. O., Yierfu, M., Smith R. & Aldrich, D. P. (2022). Social-capital-based mental health interventions for refugees: A review. *Social Science & Medicine, 301*, 114923. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114787>
- Wamser-Nanney, R., & Walker, H. E. (2022). Attrition from pediatric trauma-focused cognitive behavioral therapy: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 36*, 17-30. <https://doi.org/10.1002/jts.22890>
- World Health Organization. (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013–2020*. <https://iris.who.int/handle/10665/89966>
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases* (11th ed). <https://icd.who.int/>
- Xian-Yu, C.-Y., Deng, N.-J., Zhang, J., Li, H.-Y., Gao, T.-Y., Zhang, C., & Gong, Q.-Q. (2022). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 308*, 502–511. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.111>
- Xie, Y., Zhu, X., Wang, L., Wan, Z., Yang, J., Su, C., Duan, S., Xu, C., & Kan, B. (2024). A network meta-analysis of psychological interventions for children and adolescents after natural and man-made disasters. *BMC Psychiatry, 24*. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05924-8>