



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di Laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

**Trauma genitoriale e adattamento psicosociale nei bambini
rifugiati: una breve rassegna della letteratura**

*Parental trauma and refugee children's psychosocial
adjustment: a brief literature review*

Relatore

Prof.ssa Ughetta Micaela Maria Moscardino

Laureanda: Alice Palombarini

Matricola: 1220706

Anno accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1	
Panoramica generale	3
1.1 I rifugiati in Italia e nel mondo	3
1.2 La salute mentale nei bambini rifugiati	5
1.3 Definizione e criteri diagnostici del disturbo da stress post-traumatico	7
CAPITOLO 2	
Influenza genitoriale sull’adattamento psicosociale dei bambini rifugiati.....	9
2.1 Trauma genitoriale e stile di attaccamento	9
2.2 Trauma genitoriale e parenting	11
2.3 Trauma intergenerazionale.....	14
CAPITOLO 3	
Interventi per i bambini rifugiati	16
3.1 Approcci clinici e individuali.....	17
3.2 Approcci scolastici e di gruppo.....	20
CONCLUSIONI.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	26

INTRODUZIONE

La famiglia è il contesto in cui i fattori protettivi e di rischio interagiscono tra loro e influenza in modo imprescindibile lo sviluppo del bambino. La funzione genitoriale è fondamentale, al punto che un *caregiver* che non riesce o non può prendersi cura del figlio può rappresentare in alcuni casi l'eziologia del disturbo stesso. È naturale che il contesto notoriamente complesso e svantaggiato in cui i rifugiati devono accudire i propri bambini rappresenti un'ulteriore difficoltà, non solo per l'individualità dell'adulto ma anche per la genitorialità. Il trauma può infatti avere risvolti importanti sul *parenting* e quindi sull'adattamento psicosociale del bambino.

La recente guerra in Ucraina tocca la nostra realtà da vicino, al punto da motivare la scelta di approfondire questo argomento. Adulti e bambini sono costretti a fuggire dalle proprie case e vengono esposti ad un pericolo sempre maggiore, che non comprende solamente il conflitto nel paese di provenienza ma anche la fuga, il viaggio e il ricollocamento nel Paese ospitante. Nel caso poi di minori non accompagnati, l'impatto sulla salute mentale ha un peso anche maggiore.

L'obiettivo di questo elaborato è quello di analizzare le conseguenze del trauma legato alla migrazione forzata, sia a livello individuale che a livello della relazione tra genitore e figlio, e di capire come intervenire per supportare i bambini.

Nel primo capitolo viene data una definizione di rifugiato descrivendone le caratteristiche specifiche in confronto ad altri gruppi migratori, seguita dalla presentazione di recenti dati nazionali e internazionali. Vengono inoltre esposti l'impatto generale della migrazione sulla salute mentale dei bambini e i criteri diagnostici del Disturbo da Stress Post-Traumatico (DPTS) secondo il DSM-5 (Manuale Diagnostico e

Statistico dei Disturbi Mentali) con il sottotipo evolutivo.

Il secondo capitolo è invece incentrato sulla relazione tra genitore e figlio, in particolare tratta delle conseguenze del trauma sull'attaccamento e sul *parenting* e del fenomeno del trauma intergenerazionale, cioè quando i sintomi si manifestano anche nei bambini che non sono stati esposti direttamente alla minaccia.

Il terzo ed ultimo capitolo espone i possibili interventi che hanno finora ottenuto riscontri positivi nel sostenere la salute mentale dei bambini rifugiati, divisibili in interventi individuali e di gruppo/scolastici.

Infine, la discussione presenta i limiti della letteratura, alcune considerazioni generali e possibili spunti per ricerche future.

CAPITOLO 1

PANORAMICA GENERALE

1.1 I rifugiati in Italia e nel mondo

Un rifugiato è un individuo che ha lasciato il suo Paese a causa di guerre, violenza, persecuzioni dovute alla razza, alla religione, alla nazionalità, all'appartenenza a un particolare gruppo sociale o ad opinioni politiche. Come sottolineato dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR)¹, i rifugiati si differenziano dagli altri gruppi che lasciano il proprio Paese volontariamente in cerca di migliori opportunità, proprio perché migrano costretti da persistenti pericoli che impediscono loro di tornare nello Stato d'origine.

Il percorso di un rifugiato si divide in tre fasi: pre-migrazione, migrazione e post-migrazione (Mohamed & Thomas, 2017). La pre-migrazione si riferisce al periodo precedente alla fuga dal Paese d'origine, caratterizzato da violenza politica, sconvolgimenti sociali e caos generale. I futuri rifugiati affrontano minacce alla propria sicurezza e, in caso di conflitti armati, un maggiore rischio di stupro, tortura, depressione e abuso di sostanze.

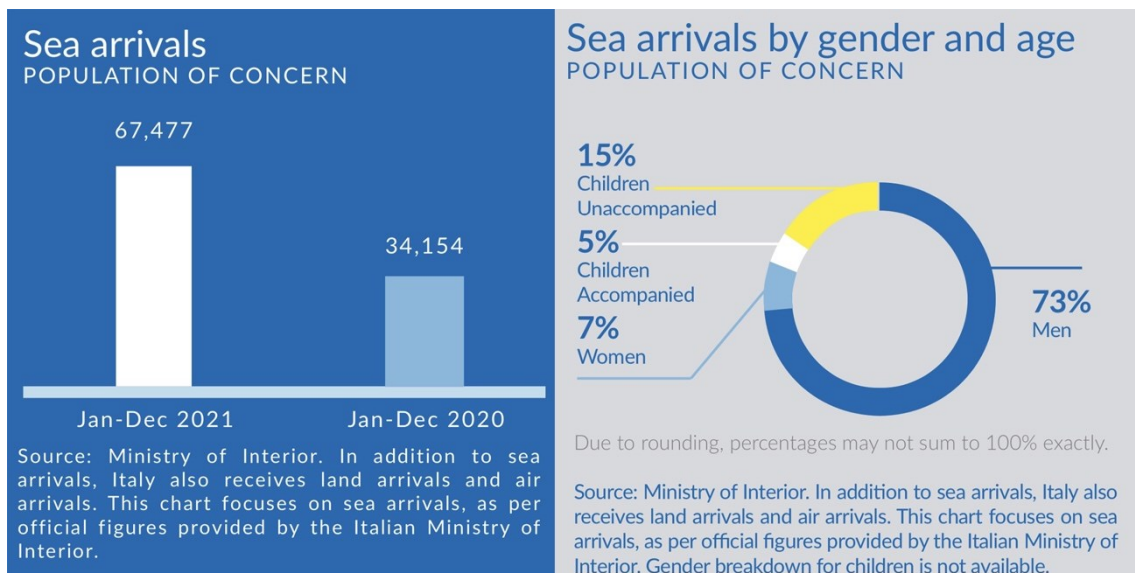
La fase della migrazione è marcata da una grande insicurezza sul proprio futuro, con l'allontanamento dalla propria casa e dai familiari. Spesso i bambini vengono separati dai propri genitori o vengono inseriti insieme a loro in campi di rifugiati o centri di detenzione. In questa situazione di transito e nell'attesa di ricevere lo status di rifugiato, questi individui prendono il nome di "richiedenti asilo". Nella fase post-migratoria il rifugiato si stabilisce nel Paese ospitante e affronta sentimenti agli antipodi, quali

¹ L'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) è specializzato nella gestione dei rifugiati, garantendo loro protezione internazionale ed assistenza materiale.

speranza per il futuro e dispiacere per la perdita di familiari, amici e beni materiali (Mohamed & Thomas, 2017).

A metà del 2021, sono stati stimati 4,4 milioni di richiedenti asilo e 26,6 milioni di rifugiati nel mondo, di cui circa 300.000 nati durante la migrazione. Il 68% dei rifugiati proviene da cinque Paesi: Siria, Venezuela, Afghanistan, Sudan del Sud e Myanmar (UNHCR, 2021). Nello stesso anno, in Italia sono stati stimati circa 67.477 rifugiati arrivati via mare, provenienti principalmente da Tunisia, Egitto, Bangladesh e Iran e quasi 9.400 rifugiati arrivati via terra passando dal confine italo-sloveno, provenienti da Pakistan, Bangladesh e Afghanistan. Sono stati numerosi anche i minori stranieri non accompagnati (MSNA), 10.053, più del doppio rispetto al 2020 che contava 34.154 sbarcati e 4.687 MSNA (UNHCR, 2022). Questi dati sono presentati nelle figure 1 e 2.

Figure 1 e 2: Persone rifugiate arrivate via mare in Italia.



Fonte: Italy Fact Sheet December 2021, UNHCR (2022).

1.2 La salute mentale nei bambini rifugiati

I rifugiati spesso vivono un periodo caratterizzato da stress acuto e pervasivo, in cui i diversi fattori di rischio possono incidere con effetti cumulativi sulla salute mentale (Mohamed & Thomas, 2017). Le esperienze stressanti innescano risposte avverse sia da un punto di vista fisiologico che psicologico. Se sperimentate frequentemente o per un lungo periodo di tempo, esse conducono ad un'attivazione prolungata del sistema di risposta allo stress che diventa deleterio per la salute. Questo può avere un effetto duraturo sulla struttura e sul funzionamento del cervello, causando deficit cognitivi e una crescente suscettibilità ad una salute mentale povera (Frounfelker et al., 2020). L'esposizione ad esperienze avverse può alterare anche il funzionamento psicosociale, compromettendo l'abilità di *coping* e aumentando la vulnerabilità a fattori ambientali.

Durante l'infanzia, gli individui sono più vulnerabili e gli *stressor* negativi hanno delle conseguenze maggiori sui processi evolutivi, i cui segni possono anche rimanere latenti fino all'adolescenza o all'età adulta (Frounfelker et al., 2020). L'esposizione ad eventi traumatici può avere effetti sensibilizzanti sui bambini, causando una disfunzione dell'asse dello stress (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis; HPA)². Ciò li rende più inclini a mostrare segni e sintomi psicopatologici durante il loro sviluppo. Inoltre, oltre a cause evolutive, i bambini rifugiati potrebbero sviluppare difficoltà comportamentali perché anche i genitori sono esposti ad alti livelli di stress, per cui la loro sensibilità genitoriale risulta compromessa; di conseguenza viene influenzata anche la capacità di fornire cure ed attenzioni adeguate. Per questo è di fondamentale importanza considerare non solo la salute mentale del bambino, ma anche quella dei suoi *caregiver* e in generale

² L'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (HPA) coordina i sistemi di risposta neuroendocrina allo stress. Questo risulta compromesso negli individui con DPTS, che dimostrano una risposta maladattiva agli stimoli stressanti.

i fattori ambientali, che possono incidere sullo sviluppo di patologie più o meno gravi (Riber, 2017; Buchmüller et al., 2018).

In passato la ricerca si concentrava principalmente sull'identificazione di relazioni causali tra l'esposizione alla violenza durante la fase pre-migratoria e la sua influenza sulla salute mentale; più recentemente si è rimarcato un crescente interesse riguardo l'indagine più ampia dell'impatto di fattori stressanti, quotidiani e cronici che avvengono durante la migrazione e la post-migrazione. Si parla infatti di "*Triple trauma paradigm*" (Flanagan et al., 2020). I bambini rifugiati e le loro famiglie affrontano non solo minacce alla loro sicurezza, come violenza e conflitti armati, ma in seguito sono soggetti anche a situazioni di deprivazione, quali mancanza di cibo, di riparo, isolamento e anche *neglect* genitoriale (Buchmüller et al., 2018).

Studi sulla salute mentale dei bambini rifugiati hanno rilevato un'elevata prevalenza di disturbi sia di tipo internalizzante, cioè difficoltà emotive e comportamentali i cui sintomi sono sviluppati e mantenuti all'interno dell'individuo, sia di tipo esternalizzante, in cui il disagio si esprime verso l'esterno provocando una sorta di disturbo nell'ambiente circostante, anche in comorbidità (Buchmüller et al., 2018). Per quanto riguarda i problemi internalizzanti, sono frequenti disturbi depressivi e psicosomatici, inoltre si riportano maggiori livelli di paura e ansia, che spesso determinano strategie disadattive come l'evitamento. Tra i disturbi esternalizzanti invece sono marcati i problemi di regolazione emotiva, che sono di frequente correlati al Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) e a disturbi della condotta (due disturbi particolarmente vulnerabili agli aspetti contestuali).

Il DPTS è quello che sembra avere maggiore prevalenza nei bambini rifugiati, i quali mostrano sintomi simili a campioni clinici di bambini non rifugiati con lo stesso

disturbo (Mohamed & Thomas, 2017; Buchmüller et al. 2018).

1.3 Definizione e criteri diagnostici del disturbo da stress post-traumatico

Il DPTS è caratterizzato da una risposta intensa a un evento gravemente stressante.

La quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) prevede i seguenti criteri diagnostici:

- A) Esposizione a un evento gravemente traumatico, in cui l'individuo è stato coinvolto direttamente oppure ha assistito a morte, pericolo di morte, lesioni severe o violenze sessuali;
- B) Sintomi di intrusione: ricordi ricorrenti e involontari dell'evento traumatico, sogni angoscianti, reazioni dissociative come il *flashback* o la depersonalizzazione;
- C) Evitamento degli stimoli e dei luoghi collegati all'evento traumatico;
- D) Alterazioni negative della sfera cognitiva e dell'umore, come sensazione di distacco o alienazione nei confronti degli altri, incapacità di ricordare aspetti dell'evento traumatico, stato emozionale negativo pervasivo, sensi di colpa;
- E) Alterazioni dell'*arousal* e della reattività, come comportamenti irritabili e aggressivi, ipervigilanza, insonnia e problemi di concentrazione;
- F) Durata dei sintomi di almeno un mese dopo l'evento traumatico;
- G) Disagio clinicamente significativo;
- H) Sintomi non attribuibili a sostanze o condizioni mediche.

Il DPTS presenta un'alta comorbidità con altri disturbi, in particolare con ansia, depressione maggiore, abuso di sostanze e disturbo della condotta (Kring et al., 2017).

Durante l'infanzia si hanno limitate capacità regolative, comunicative e cognitive e maggiori vulnerabilità emotive e fisiche, che aumentano il rischio di una salute mentale

povera. Per questo il DSM-5 rappresenta un importante progresso nel campo della psicopatologia dello sviluppo includendo il primo sottotipo evolutivo di un disordine, cioè il DPTS nei bambini sotto i sei anni. I sintomi sono presentati secondo gli stessi criteri degli adulti, con delle modifiche principalmente nelle prime tre categorie.

Nel criterio A) viene sottolineata l'importanza delle relazioni d'attaccamento, per cui viene aggiunta anche l'esposizione o il sapere che un caregiver ha vissuto un evento traumatico. Nel criterio B) i cambiamenti sono minimi, ma viene specificato che nei bambini i sintomi intrusivi possono manifestarsi tramite giochi ripetitivi in cui vengono espressi aspetti riguardanti il trauma, che possono non apparire necessariamente come spiacevoli. La più grande differenza tra i due gruppi si trova nel criterio C), che contiene sia i sintomi d'evitamento che le alterazioni negative della cognizione (criteri C e D degli adulti). Molti di questi sintomi sono altamente internalizzanti e richiedono capacità cognitive astratte (come per i sensi di colpa), che ne complicano l'osservazione nei bambini. È difficile identificare l'evitamento di ricordi e pensieri, al contrario si può osservare l'evitamento di luoghi, attività, persone e situazioni interpersonali che ricordano il trauma al bambino. Inoltre, l'alienazione sociale degli adulti si traduce nel ritiro sociale dei bambini (De Young & Landolt, 2018).

I bambini in questa fascia d'età si rivolgono ai genitori per determinare la pericolosità di un evento e fanno affidamento su di essi per sentirsi al sicuro, per cui la reazione di un caregiver influenza significativamente l'esperienza del bambino di quell'evento. È quindi necessario approfondire le difficoltà e la psicopatologia genitoriale per comprendere meglio l'adattamento psicosociale dei bambini rifugiati e le conseguenze sulla loro salute mentale.

CAPITOLO 2

INFLUENZA GENITORIALE SULL'ADATTAMENTO PSICOSOCIALE DEI BAMBINI RIFUGIATI

2.1 Trauma genitoriale e stile di attaccamento

Secondo la teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969), le persone sono programmate sin dalla nascita per cercare il supporto delle figure di riferimento nel momento del bisogno, soprattutto se sono sotto stress o minaccia. Ognuno sviluppa uno stile di attaccamento a partire dalle esperienze che ha avuto con i *caregiver* primari e queste tendenze persistono durante l'età adulta. Le esperienze traumatiche possono però modificare lo stile di attaccamento; è quindi possibile che, a seguito del trauma prolungato e delle numerose perdite esperite, un rifugiato possa sviluppare frammentazioni nel sistema di attaccamento (Morina et al., 2016). Il trauma interpersonale provoca effetti psicologici avversi più gravi rispetto ad altre forme di esperienza traumatica. Questo può influenzare negativamente la fiducia negli altri, aumentare il senso di vulnerabilità del rifugiato e intensificare le sue reazioni di stress post-traumatico (Morina et al., 2016).

Le persone con uno stile di attaccamento di tipo sicuro mostrano una buona alternanza tra indipendenza e ricerca di prossimità verso le figure di riferimento; quelle con stile insicuro ambivalente tendono ad iper-attivare i loro comportamenti di attaccamento; quelle con stile insicuro evitante tendono a distanziarsi dalle figure di riferimento e a ridurre la ricerca di vicinanza; infine, lo stile disorganizzato implica appunto una mancanza di organizzazione nel comportamento, per cui il bambino si dimostra spaventato dalla figura di accudimento, la quale è spesso abusante (Morina et al., 2016).

Un attaccamento di tipo sicuro è considerato un fattore protettivo per lo sviluppo e la salute mentale sia della madre che del bambino, mentre l'attaccamento insicuro (evitante o ambivalente) e in misura maggiore quello disorganizzato rappresentano un fattore di rischio (Bowlby, 1969). Questo assunto viene però parzialmente contestato da uno studio di Punamäki et al. (2019) su un campione di 502 madri rifugiate della Palestina. La ricerca suggerisce infatti che il successo dell'attaccamento nel garantire protezione dipende da come questo si adatta alle richieste ambientali. Nel contesto dell'esposizione al trauma di guerra, in cui i pericoli sono maggiori, un attaccamento di tipo sicuro è efficace nel mantenere la qualità dell'interazione diadica, ma solo se questa è esposta ad un moderato livello di minaccia, mentre lo stile insicuro preoccupato rivela una funzione generalmente protettiva, anche in una situazione più pericolosa. Lo stile disorganizzato e quello insicuro evitante rappresentano invece un fattore di rischio, in accordo con la teoria di Bowlby (Punamäki et al., 2019).

Lo stile di attaccamento distanziante ha una prevalenza maggiore nei bambini rifugiati che sono stati separati dai genitori, proprio perché hanno imparato che nel momento del bisogno le figure di riferimento non sono disponibili (Scharpf et al., 2021). Per affrontare questa esperienza relazionale mettono in atto comportamenti distanzianti, cercano in misura minore il supporto sociale e riducono al minimo le rappresentazioni di attaccamento durante la minaccia. Nonostante possa sembrare una strategia adattiva, questi bambini sono maggiormente vulnerabili ad eventuali difficoltà e disturbi psicologici, poiché ottengono un minor beneficio dall'attaccamento (Morina et al., 2016).

L'attaccamento si sviluppa a partire dalla capacità del *caregiver* di rispondere in modo adeguato ai bisogni del bambino, per questo è importante indagare come la sensibilità genitoriale viene influenzata dall'ambiente a rischio dei rifugiati.

2.2 Trauma genitoriale e parenting

L'attaccamento adulto guida il comportamento e influenza la sensibilità genitoriale, fondamentale per una relazione diadica efficace e quindi per lo sviluppo socio-emotivo del bambino (van Ee et al., 2017; Punamäki et al., 2019). Disturbi psicologici dovuti ad un trauma, in particolare il DPTS, possono influenzare negativamente il *parenting*: possono interferire con il modo in cui i genitori si sentono verso i propri figli e con la loro capacità di considerare correttamente la prospettiva, i pensieri e i sentimenti dei bambini. Di conseguenza, un attaccamento insicuro combinato con un alto livello di sintomi del DPTS aumenta il rischio di un *parenting* insensibile (van Ee et al., 2017) o addirittura ostile. L'attaccamento insicuro contribuisce significativamente ai sintomi del DPTS e insieme a pratiche di *parenting* inadeguate (come rifiuto genitoriale, mancanza di calore emotivo o iper-protezione) spiega i problemi di salute mentale dei bambini rifugiati, soprattutto i comportamenti aggressivi (Erucar et al., 2020).

Van Ee et al. (2016) ipotizzano la presenza di un'associazione tra i sintomi del DPTS dei genitori e l'attaccamento insicuro o disorganizzato dei figli, e la possibilità che questa associazione sia mediata da un comportamento genitoriale avverso. Quest'ultimo è stato valutato su 35 genitori rifugiati traumatizzati nei Paesi Bassi tramite la procedura osservativa *Disconnected and extremely Insensitive Parenting* (DIP). Questa distingue due diversi tipi di *parenting* negativo: 1) Disconnesso, che alterna sensibilità a comportamenti spaventanti, minacciosi, dissociati e in generale disorganizzati; 2) Estremamente insensibile, caratterizzato da negligenza e comportamenti intrusivi, negativi e/o aggressivi. I risultati dello studio mostrano che il comportamento genitoriale Disconnesso, ma non quello Estremamente insensibile, era associato a un maggiore rischio di attaccamento disorganizzato nel bambino. Anche i sintomi genitoriali del DPTS

erano direttamente associati all'attaccamento insicuro o disorganizzato dei figli, ma non erano correlati al *parenting* Disconnesso. I sintomi dei cluster B e C del DPTS, cioè l'intrusione e l'evitamento, risultavano essere associati al comportamento Estremamente insensibile, probabilmente perché questi genitori sono maggiormente preoccupati per le proprie esperienze piuttosto che per la regolazione degli stati emotivi del bambino, in cui spesso falliscono.

Coerentemente, uno studio di Sim et al. (2018) su 291 madri siriane rifugiate in Libano ha mostrato la presenza di un'associazione diretta tra il *distress* psicologico materno e le difficoltà psicosociali dei figli. Il *distress* psicologico materno aveva effetti diretti sul rifiuto genitoriale e su forme severe di punizioni e questo *parenting* alterato dal trauma sembrava essere uno dei meccanismi primari sottostanti l'impatto intergenerazionale sulla salute mentale.

Quando un membro della famiglia soffre di DPTS e/o di altre conseguenze del trauma il rischio di maltrattamento della prole aumenta significativamente (Dalgaard et al., 2019). Questo può essere concettualizzato come una progressione patologica della relazione disturbata genitore-figlio, che può comprendere atti di abuso sessuale, fisico ed emotivo, e negligenza. Il maltrattamento ha diverse conseguenze sullo sviluppo tipico e l'adattamento del bambino: aumenta il rischio di psicopatologia con sintomi internalizzanti ed esternalizzanti, problemi di socializzazione con i pari e ridotte abilità cognitive (Scharpf et al., 2021).

Scharpf et al. (2021) hanno condotto uno studio in tre campi di rifugiati in Tanzania, selezionando 226 triadi composte da madre/caregiver femminile, padre/caregiver maschile e figlio maggiore con età compresa tra 7 e 15 anni. Gli autori hanno utilizzato diversi questionari self-report e checklist per indagare sei aree: quattro tramite la

somministrazione degli strumenti ai bambini (l'esposizione ad esperienze traumatiche, i sintomi del DPTS, l'attaccamento e il maltrattamento) e due tramite i genitori (sintomi del DPTS e il *distress* psicologico). Hanno dimostrato che le rappresentazioni dell'attaccamento mediavano parzialmente la relazione tra la psicopatologia genitoriale e il maltrattamento del bambino. I figli di madri con alti livelli di psicopatologia riportavano principalmente uno stile di attaccamento insicuro, che a sua volta era correlato con il maltrattamento. Questo suggerisce che il *distress* e il trauma materno influenzano negativamente la capacità di impegnarsi in modo efficace nella relazione con il bambino, causando un attaccamento insicuro e favorendo così il maltrattamento in un vero e proprio circolo vizioso.

Gli adulti vittime di abusi infantili possono sviluppare profondi disturbi relazionali poiché non hanno sofferto solo a causa dell'evento traumatico come rifugiati, ma anche per l'ambiente disfunzionale in cui è avvenuto il trauma. Possono avere conseguenze che vanno oltre ai sintomi del DPTS, come mancanza di autonomia, scarsa autostima, senso di inadeguatezza, problemi di intimità e così via. (Riber, 2017). I partecipanti dello studio di Riber (2017), rifugiati adulti che avevano subito abusi infantili, si rendevano conto che le circostanze socioeconomiche e tutto ciò che riguardava il trauma di guerra avevano causato alti livelli di stress genitoriale, che aveva condotto ad un comportamento inappropriato o violento. Ciononostante, non avevano mai accettato o giustificato il maltrattamento, anche perché consapevoli dell'impatto psicologico che continuava a influenzare a distanza di molto tempo il loro comportamento, le loro emozioni e la qualità delle relazioni.

2.3 Trauma intergenerazionale

Alcuni bambini che non sono stati esposti direttamente al trauma, ma che vengono cresciuti da genitori rifugiati traumatizzati con DPTS, mostrano sintomi simili a quelli dei *caregiver*. Questo fenomeno prende il nome di trauma intergenerazionale. È noto che il trauma ha diversi effetti sulle capacità genitoriali e in generale sul comportamento del rifugiato, per cui è stato ipotizzato che la traumatizzazione intergenerazionale avvenga tramite l'imitazione dei comportamenti maladattivi del *caregiver* (East et al., 2018).

Dalgaard et al. (2016) hanno invece condotto uno studio sulla trasmissione del trauma tramite lo stile comunicativo in 30 famiglie di rifugiati in Danimarca, in cui uno o entrambi i genitori erano in cura per il DPTS e avevano figli non traumatizzati di età compresa tra 4 e 9 anni. Lo stile comunicativo intrafamiliare riguardante il trauma è la modalità con cui i genitori parlano delle esperienze traumatiche e degli attuali sintomi del DPTS con i figli. Le categorie della comunicazione intrafamiliare sono state rilevate tramite l'osservazione dei soggetti in laboratorio mentre rispondevano alle domande di un'intervista semi-strutturata divisa in quattro temi: la storia evolutiva e l'adattamento psicosociale del bambino, la percezione del genitore sull'influenza dei sintomi del DPTS sul bambino e sull'intera famiglia, lo stile comunicativo e infine le relazioni con la famiglia rimasta nel Paese d'origine.

Lo studio ha analizzato quattro differenti stili di comunicazione: (1) *Silencing*: i genitori non parlano mai delle esperienze traumatiche del passato o dei sintomi del DPTS, soprattutto davanti ai figli (per es. si limitano a “non abbiamo avuto una bella infanzia”, “siamo scappati a causa della guerra”) e in alcuni casi neanche con altri adulti. Si separano dai bambini quando i loro sintomi sono acuti, minimizzandoli e dicendo loro che sono solo dei problemi fisici minimi come mal di testa; (2) *Modulated Disclosure*: i genitori

mettono in atto una strategia concentrata sul bambino, in cui vengono presi in considerazione la sua prospettiva ed i suoi bisogni emotivi e cognitivi per aggiustare il livello di *disclosure*, anche e soprattutto in relazione all'età; (3) *Unfiltered Speech*: questa categoria si riferisce ai genitori che affermano di non parlare degli eventi traumatici del passato con i bambini, ma sembrano essere inconsapevoli della presenza dei figli (almeno nel setting della ricerca), anche se seduti di fianco, quando parlano apertamente del trauma. La prole può anche fare esperienza dei sintomi dei genitori, ma non ha una spiegazione appropriata per la propria età per cui si comportano in questo modo; (4) *Open Communication*: i genitori parlano apertamente delle proprie esperienze traumatiche del passato. Affermano di adottare questa strategia perché sarebbe impossibile nascondere la verità ai figli, che comunque la scoprirebbero. Enfatizzano in alcuni casi il ruolo dei mass media e dei pari nel mettere i figli a conoscenza del passato, dicendo che per loro è meglio affrontare questi argomenti delicati con i propri genitori.

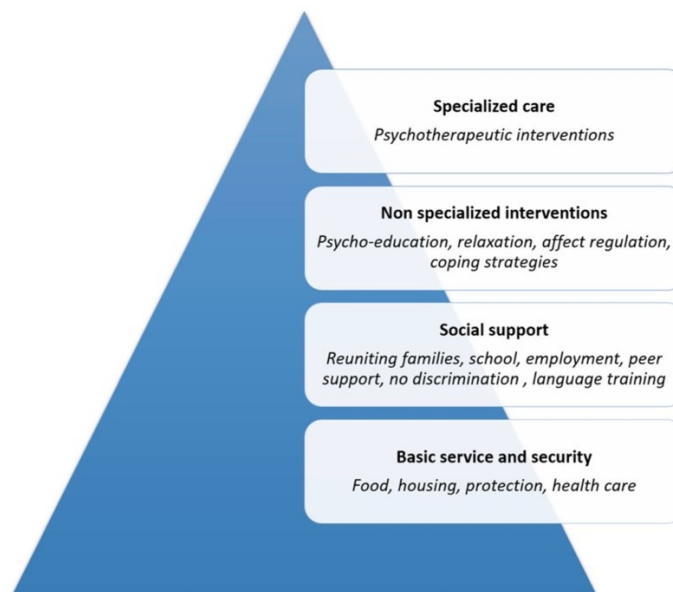
Dallo studio è emerso che la trasmissione del trauma era associata a deviazioni delle rappresentazioni dell'attaccamento, per cui i bambini non traumatizzati con genitori traumatizzati possono sviluppare perturbazioni dell'attaccamento simili a quelle dei bambini traumatizzati. La ricerca ha riscontrato che la comunicazione intrafamiliare riguardante le passate esperienze traumatiche era associata allo stile di attaccamento dei figli e, contrariamente alla letteratura esistente, una comunicazione aperta (*Open Communication*) non aveva effetti migliori della strategia di *Silencing*. L'*Unfiltered Speech* era correlato con l'attaccamento insicuro dei bambini, mentre lo stile *Modulated Disclosure* era associato all'attaccamento sicuro. Quest'ultimo infatti rispecchia una maggiore capacità genitoriale e sottolinea l'importanza di interventi di terapia familiare che si concentrino anche sulle strategie comunicative dei genitori.

CAPITOLO 3

INTERVENTI PER I BAMBINI RIFUGIATI

L'*Inter-Agency Standing Committee* (IASC), forum di coordinazione umanitaria delle Nazioni Unite, raccomanda di sviluppare una piramide a strati per il supporto dei minori rifugiati (2007). Ne è un esempio la rappresentazione di Horlings e Hein (2018), divisa in quattro strati. La base è costituita da servizi essenziali come cibo e cure mediche, per poi proseguire con il secondo strato, costituito dal supporto psicosociale volto a promuovere un recupero naturale e a prevenire lo sviluppo di psicopatologia tra i rifugiati. Questo è seguito da interventi non specializzati come psicoeducazione e strategie di coping. Infine, la punta della piramide è costituita dagli individui con le maggiori necessità che hanno accesso a servizi specializzati di salute mentale, come la psicoterapia (Horlings & Hein, 2018). La piramide è presentata nella figura 1.

Figura 1: Piramide dell'intervento per minori rifugiati, adattata dalle linee guida IASC.



Fonte: Psychiatric screening and interventions for minor refugees in Europe: an overview of approaches and tools (Horlings & Hein, 2018).

Prima di intervenire con la terapia è necessario comprendere l'eterogeneità dei fattori di rischio e di protezione di ognuno, che possono situarsi su diversi livelli: individuale (per esempio la regolazione emotiva), familiare (come la salute mentale dei caregiver e lo stile di attaccamento) e della comunità (per esempio il supporto sociale o la discriminazione). Gli interventi dovrebbero quindi mirare all'ecologia sociale del bambino, situandosi all'interno dell'ampio contesto ambientale (Eruiyar et al., 2018). È necessario agire il prima possibile dopo la sistemazione nel nuovo Paese, in quanto l'ambiente provvisorio è notoriamente instabile e stressante e richiede strategie convenienti anche da un punto di vista economico (Frounfelker et al., 2020).

Il trattamento farmacologico è indicato per eventuali comorbidità più che per disordini correlati allo stress di per sé, almeno come prima risposta. Considerando però la frequente associazione del DPTS con una depressione da moderata a severa nei bambini ed adolescenti rifugiati, una somministrazione di antidepressivi SSRI (Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina) può essere appropriata (Hodes & Vostanis, 2019).

3.1 Approcci clinici e individuali

Per quanto riguarda la psicoterapia individuale, sia per adulti che per minori rifugiati, due degli interventi che hanno ottenuto maggiori riscontri positivi sono la Terapia Cognitivo Comportamentale centrata sul Trauma (*Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy*, TF-CBT) e la Terapia dell'Esposizione Narrativa (*Narrative Exposure Therapy*, NET) con la sua versione per bambini (KIDNET).

La TF-CBT è un trattamento *evidence-based* che si fonda sulla tradizionale Terapia Cognitivo Comportamentale per bambini traumatizzati (Cohen & Mannarino, 2015). È

una terapia flessibile composta sia da sessioni individuali che da sessioni con genitore/i e bambino congiunti (Chipalo, 2021). L'acronimo P.R.A.C.T.I.C.E. ne riassume le componenti principali:

- 1) *Psychoeducation* (psicoeducazione);
- 2) *Relaxation skills* (rilassamento);
- 3) *Affective expression and modulation skills* (espressione e modulazione degli affetti);
- 4) *Cognitive coping skills* (abilità di coping cognitivo);
- 5) *Trauma narrative* (narrazione del trauma);
- 6) *In vivo mastery of trauma reminders* (padronanza dal vivo dei richiami al trauma);
- 7) *Conjoint child-parent sessions* (sessioni congiunte bambino-genitore);
- 8) *Enhancing safety and future development trajectories* (migliorare la sicurezza e le future traiettorie di sviluppo).

La TF-CBT è altamente efficace nel ridurre e trattare i sintomi del trauma nei bambini di altre culture, inclusi quelli che hanno vissuto più di una esperienza traumatica. È una terapia culturalmente sensibile, in cui spesso vengono coinvolti interpreti professionali qualificati per ridurre le barriere comunicative. Inoltre, il coinvolgimento sia del bambino che dei genitori ha dei vantaggi, come una migliore comprensione del trauma e il miglioramento delle abilità genitoriali, ma può avere anche degli svantaggi, in quanto il figlio potrebbe omettere o nascondere degli aspetti chiave che coinvolgono direttamente il *caregiver* (Chipalo, 2021).

Gli interventi basati sulla famiglia si rivelano comunque essenziali nel contesto dei rifugiati, poiché la migrazione incide sulla famiglia intera (Eruyar et al., 2018). La Terapia dell'Interazione Genitore-Figlio (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT; Chaffin et al., 2004) è un tipo di intervento relazionale utilizzato per migliorare le interazioni e insegnare

abilità genitoriali durante sessioni congiunte. È fondamentale intervenire sulla diade con l'obiettivo di ridurre l'impatto della psicopatologia materna, dell'attaccamento e del maltrattamento sull'adattamento del bambino, ma poiché i disturbi del genitore influenzano direttamente la sua sensibilità e quindi la relazione affettiva con il figlio, questo intervento dovrebbe essere accoppiato con un trattamento parallelo del *distress* e del trauma materno, per esempio tramite la NET (Scharpf et al., 2021).

La NET è stata sviluppata specificatamente per individui con esperienze traumatiche multiple (Schauer et al., 2011). Il modello sottostante si basa sul concetto del *fear network*, cioè una rete della paura costituita da associazioni sensoriali, cognitive, emozionali e enterocettive che si forma in seguito a ripetute esperienze traumatiche. Questo significa che se viene attivata una componente, è molto probabile che anche altre siano richiamate alla memoria. All'aumentare del numero di esperienze traumatiche cresce anche il *fear network*, fino a causare un distacco dal contesto autobiografico (cioè il luogo e il tempo in cui è avvenuto il trauma). Per esempio la vista di un uomo in uniforme nel Paese ospitante potrebbe attivare il sentimento di minaccia in un reduce di guerra, anche se l'uomo in questione è una risorsa protettiva nella situazione attuale (Kaltenbach et al., 2020).

All'inizio della NET, il terapeuta conduce un intervento di psicoeducazione spiegando i sintomi del DPTS e il fondamento della terapia. Nelle sedute successive, che generalmente variano da 8 a 12 con una durata di circa 90 minuti ciascuna, il paziente narra la propria vita in ordine cronologico, concentrandosi sulle esperienze maggiormente traumatiche. Durante la narrazione, il terapeuta richiede informazioni sensoriali, cognizioni, emozioni, reazioni fisiologiche e significati, sia nel passato che nel presente, e li connette al contesto autobiografico del paziente. L'ultima sessione si concentra sulla

prospettiva e sullo sviluppo futuri. La NET mostra effetti positivi e duraturi sui sintomi del DPTS, ed è stato dimostrato che la versione KIDNET è efficace sui bambini ed adolescenti rifugiati (Kaltenbach et al., 2020).

Nonostante la sua efficacia, non sempre viene perseguito l'approccio terapeutico individuale poiché può richiedere risorse eccessive. Un'alternativa più economica è costituita dagli interventi scolastici e/o di gruppo.

3.2 Approcci scolastici e di gruppo

La sintomatologia del trauma può agire sul funzionamento accademico nella forma di disturbi di concentrazione e di apprendimento. Inoltre, i minori stranieri non accompagnati mostrano più frequentemente disturbi di condotta e comportamenti aggressivi nel contesto scolastico. Una classe rumorosa e affollata può infatti innescare i sintomi del trauma nel bambino, rendendolo oppositivo e imprevedibile e allo stesso tempo alterando il suo livello d'attenzione, la memoria e la motivazione (Franco, 2018).

La scuola è un importante punto di accesso per l'intervento, almeno per i rifugiati che si trovano già all'interno del sistema educativo. Gli interventi di gruppo sono meno dispendiosi, sia in termini di tempo che da un punto di vista economico (Horlings & Hein, 2018), aspetto cruciale nel contesto dei rifugiati in cui spesso l'assistenza psicologica necessaria non riesce ad essere garantita. Le famiglie stesse danno la priorità al soddisfacimento dei bisogni di base prima di affrontare i bisogni di salute mentale (Franco, 2018). Le richieste d'aiuto sono infatti minori nella popolazione dei rifugiati a causa di diversi ostacoli, tra cui difficoltà culturali e linguistiche, mancanza di informazioni, sfiducia nel sistema pubblico, costi e stigma verso l'assistenza psicologica stessa.

La scuola rappresenta quindi un setting ideale per diminuire il senso di rassegnazione e solitudine dei bambini, anche perché forma naturalmente gruppi su cui è possibile intervenire (Gormez et al., 2017).

Un intervento scolastico che ha mostrato riscontri positivi è l'Intervento Cognitivo Comportamentale per il Trauma nelle Scuole (*Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools*, CBITS; National Child Traumatic Stress Network; 2012). Esso ha l'obiettivo di alleviare ansia, depressione e sintomi del DPTS in gruppi di 6-8 bambini traumatizzati di età compresa tra i 10 e i 15 anni, con sessioni settimanali della durata di un'ora. Il protocollo include dieci sedute di gruppo, da una a tre sedute individuali, due ai genitori e una agli insegnanti ed utilizza sei tecniche cognitivo-comportamentali: educazione sulla reazione al trauma; *training* di rilassamento; terapia cognitiva; esposizione alla vita reale; esposizione al trauma; problem-solving sociale (Franco, 2018).

Un altro intervento di gruppo che si è rivelato efficace è il *Mein Weg* (Pfeiffer & Goldbeck, 2017), in italiano traducibile con "Il mio Percorso". È un intervento a breve termine, creato specificatamente per i giovani rifugiati e comprende sei sedute a cadenza settimanale da 90 minuti ciascuna con 2-5 partecipanti, effettuate da due assistenti sociali qualificati. La prima seduta consiste in un'introduzione al contenuto dell'intervento, nella psicoeducazione sul DPTS e sulle tecniche di rilassamento; dalla seconda alla quinta seduta comprese viene analizzata la storia personale di ogni partecipante tramite la narrazione del trauma; nella seduta finale viene discusso il materiale delle sedute precedenti, con uno sguardo ottimistico all'uso futuro delle strategie apprese. Il *Mein Weg* riduce significativamente i sintomi del DPST, e i partecipanti riportano minori cognizioni post-traumatiche disfunzionali (Pfeiffer et al., 2018).

Sostenere la relazione con i pari è di fondamentale importanza, poiché il supporto sociale ottenuto previene l'isolamento e la solitudine. Inoltre, dà al bambino un senso di appartenenza al gruppo e contribuisce a costruire la sua identità etnica (Mohamed & Thomas, 2017). Il supporto sociale ha un effetto positivo diretto sia sul bambino che sui genitori, a prescindere dal livello di stress. Influenza positivamente il *parenting* poiché un'ampia rete sociale permette di conoscere più strategie genitoriali e, allo stesso tempo, migliora la salute mentale dei *caregiver* (Sim et al. 2019).

CONCLUSIONI

L'obiettivo di questo elaborato era quello di analizzare come il trauma legato alla migrazione forzata influenzi il rifugiato, sia da un punto di vista individuale che della relazione genitore-figlio, e di esaminare i diversi approcci per supportare l'adattamento psicosociale dei bambini.

Dall'analisi della letteratura è emerso quanto la situazione dei rifugiati sia complessa e delicata, in particolare quella dei bambini. Essi sono infatti più a rischio poiché l'infanzia è un periodo potenzialmente vulnerabile, in cui la salute mentale non dipende solo da fattori contestuali, ma anche dal benessere dei genitori.

Molti studi dimostrano che il trauma genitoriale influenza sia direttamente che indirettamente l'adattamento psicosociale dei bambini, in quanto è associato con lo stile di attaccamento e le strategie di *parenting*. Inoltre, lo stile comunicativo dei genitori sembra avere un ruolo fondamentale nel fenomeno del trauma intergenerazionale, per il quale bambini non traumatizzati mostrano sintomi simili a quelli dei *caregiver* traumatizzati.

L'insorgenza precoce di psicopatologie solitamente determina una maggiore durata e severità dei sintomi, per questo è necessario che i professionisti del Paese ospitante agiscano il prima possibile. Abbiamo visto come diversi interventi, sia a livello individuale che scolastico/di gruppo, riportino riscontri positivi nel ridurre i sintomi del DPTS e migliorare la salute mentale generale.

Ciononostante, vi sono diversi limiti negli studi condotti sulle popolazioni di rifugiati. In molti casi, ad esempio, è stato rilevato come la cultura influenzi la concezione di malattia mentale, per cui aspetti patologici possono essere sottovalutati e reputati di

minor importanza soprattutto in un contesto così difficile e stressante in cui i genitori potrebbero non notare i sintomi dei figli e quindi non riportarli. Lo stigma verso l'assistenza psicologica e la paura di essere stigmatizzati per aver ricevuto un trattamento sono comuni, inoltre spesso c'è una mancanza di informazione sulle modalità e possibilità di accesso alla terapia. In alcuni casi l'accesso al sistema sanitario viene limitato dallo Stato ospitante, aspetto che diminuisce ulteriormente la già scarsa fiducia del rifugiato nelle autorità. Anche la lingua costituisce una barriera che non sempre la traduzione riesce a superare, per cui idealmente i ricercatori e i professionisti della salute dovrebbero disporre di persone appositamente formate in grado di comunicare con i soggetti nella loro lingua originaria.

I rifugiati condividono molti fattori di rischio, motivo per cui sono spesso descritti come una popolazione vulnerabile che ha bisogno delle stesse ricerche e degli stessi interventi. Tuttavia, è importante ricordare che non è un gruppo omogeneo; presenta molte differenze al suo interno dovute al luogo d'origine e ai fattori contestuali pre e post-migrazione. Di conseguenza, la scelta di misure culturalmente appropriate e un'analisi caso-specifica potrebbe garantire una comprensione più dettagliata dei sintomi per ogni individuo. Inoltre, ulteriori ricerche dovrebbero includere studi prospettici e longitudinali che indagano lo stile d'attaccamento, le strategie di *parenting*, la disponibilità emotiva genitoriale, il funzionamento e lo stile comunicativo familiare dei rifugiati.

Al momento gli studi longitudinali sono numericamente scarsi, poiché i rifugiati sono una popolazione ad alta mobilità che rende complesso raccogliere informazioni soprattutto in merito agli effetti a lungo termine degli interventi. Inoltre, il costo di queste ricerche è elevato per un contesto che dispone di poche risorse economiche, già impiegate per procurare beni di prima necessità come cibo e sistemazioni temporanee o permanenti.

Per concludere, sono quindi necessarie ulteriori ricerche sull'adattamento psicosociale dei bambini rifugiati – anche nel contesto italiano – con strumenti culturalmente appropriati per garantire interventi specifici ed efficaci.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* American Psychiatric Publishing; Washington, DC, USA.
- Bowlby, J., (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment.* New York: Basic Books.
- Buchmüller, T., Lembcke, H., Busch, J., Kumsta, R., Leyendecker, B. (2018). Exploring Mental Health Status and Syndrome Patterns Among Young Refugee Children in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 9(212). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00212>
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J., Bonner, B. L. (2004). Parent-Child Interaction Therapy With Physically Abusive Parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 500–510. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.500>
- Chipalo, E. (2021). Is Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) Effective in Reducing Trauma Symptoms among Traumatized Refugee Children? A Systematic Review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14, 545-558. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00370-0>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. (2015). Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 557–570. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.005>
- Dalgaard, N. T., Høgh Thøgersen, M., Skovgaard Væver, M., Montgomery, E. (2019). Family violence in traumatized refugee families: A mixed methods study of mother/child dyadic functioning, parental symptom levels and children's psychosocial adjustment. *Nordic Psychology*. 72(2), 83-104. <https://doi.org/10.1080/19012276.2019.1653221>
- Dalgaard, N. T., Todd, B. K., Daniel, S. I. F., Montgomery, E. (2016). The transmission of trauma in refugee families: associations between intra-family trauma communication style, children's attachment security and psychosocial adjustment. *Attachment & Human Development*, 18(1), 69-89. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1113305>
- De Young, A. C., Landolt, M. A. (2018). PTSD in Children Below the Age of 6 Years. *Current Psychiatry Reports*, 20(97). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0966-z>
- East, P. L., Gahagan, S., Al-Delaimy, W. K. (2018). The Impact of Refugee Mothers' Trauma, Posttraumatic Stress and Depression on Their Children's Adjustment. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20, 271-282. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0624-2>

- Erucar, S., Huemer, J., Vostanis, P. (2018). Review: How should child mental health services respond to the refugee crisis? *Child and Adolescent Mental Health*, 23(4), 303-312. <https://doi.org/10.1111/camh.12252>
- Erucar, S., Maltby, J. Vostanis, P. (2020). How do Syrian refugee children in Turkey perceive relational factors in the context of their mental health? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 260-272. <https://doi.org/10.1177/1359104519882758>
- Flanagan, N., Travers, A., Vallières, F., Hansen, M., Halpin, R., Sheaf, G., Rottman, N., Thit Johnsen, A. (2020). Crossing borders: a systematic review identifying potential mechanisms of intergenerational trauma transmission in asylum-seeking and refugee families. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1790283>
- Franco, D. (2018). Trauma Without Borders: The Necessity for School-Based Interventions in Treating Unaccompanied Refugee Minors. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35, 551-565. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0552-6>
- 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(1), 159-176. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094230>
- Gormez, V., Kiliç, H. N., Oregul, A. C., Demir, M. N., Mert, E. B., Makhoulta, B., Kinik, K., Semerci, B. (2017). Evaluation of a school-based, teacher-delivered psychological intervention group program for trauma-affected Syrian refugee children in Istanbul, Turkey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(2), 125-131. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1304748>
- Hodes, M., Vostanis, P. (2019). Practitioner Review: Mental health problems of refugee children and adolescents and their management. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(7), 716-731. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13002>
- Horlings, A., Hein, I. (2018). Psychiatric screening and interventions for minor refugees in Europe: an overview of approaches and tools. *European Journal of Pediatrics*, 177, 163-169. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-3027-4>
- Inter-Agency Standing Committee (2007) Iasc Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
- Kaltenbach, E., Hermenau, K., Schauer, M., Dohrmann, K., Elbert, T., Schalinski, I. (2020). Trajectories of posttraumatic stress symptoms during and after Narrative Exposure Therapy (NET) in refugees. *BMC Psychiatry*, 20(312). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02720-y>

- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davidson, G. C., Neale, J. M. (2017). *Psicologia clinica: quinta edizione italiana condotta sulla tredicesima edizione americana*. Bologna: Zanichelli.
- Mohamed, S., Thomas, M. (2017). The mental health and psychological well-being of refugee children and young people: an exploration of risk, resilience and protective factors. *Educational Psychology in Practice*, 33(3), 249-263. <https://doi.org/10.1080/02667363.2017.1300769>
- Morina, N., Schnyder, U., Schick, M., Nickerson, A., Bryant, R. A. (2016). Attachment style and interpersonal trauma in refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(12), 1161-1168. <https://doi.org/10.1177/0004867416631432>
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (2012). Cognitive behavioral intervention for trauma in schools (CBITS). https://www.nctsn.org/sites/default/files/interventions/cbits_fact_sheet_2021.pdf
- Pfeiffer, E., Goldbeck, L. (2017). Evaluation of a Trauma-Focused Group Intervention for Unaccompanied Young Refugees: A Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress*, 30(5), 531-536. <https://doi.org/10.1002/jts.22218>
- Pfeiffer, E., Sachser, C., Rohlmann, F., Goldbeck, L. (2018). Effectiveness of a trauma-focused group intervention for young refugees: a randomized controlled trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(11), 1171-1179. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12908>
- Punamäki, R. L., Qouta, S. R., Diab, S. Y. (2019). The role of maternal attachment in mental health and dyadic relationships in war trauma. *Heliyon*, 5(12). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02867>
- Riber, K. (2017). Trauma complexity and child abuse: A qualitative study of attachment narratives in adult refugees with PTSD. *Transcultural Psychiatry*, 54(5-6), 840-869. <https://doi.org/10.1177/1363461517737198>
- Scharpf, F., Mkinga, G., Neuner, F., Machumu, M., Hecker, T. (2021). Fuel to the fire: The escalating interplay of attachment and maltreatment in the transgenerational transmission of psychopathology in families living in refugee camps. *Development and Psychopathology*, 33(4), 1308-1321. <https://doi.org/10.1017/S0954579420000516>
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy - a short-term treatment for traumatic stress disorder. 2nd Edition*. Göttingen: Hogrefe.
- Sim, A., Bowes, L., Gardner, F. (2018). Modeling the effects of war exposure and daily stressors on maternal mental health, parenting, and child psychosocial adjustment: A cross-sectional study with Syrian refugees in Lebanon. *Global Mental Health*, 5(40). <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.33>

Sim, A., Bowes, L., Gardner, F. (2019). The Promotive Effects of Social Support for Parental Resilience in a Refugee Context: a Cross-Sectional Study with Syrian Mothers in Lebanon. *Prevention Science*, 20, 674-683. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-0983-0>

UNHCR (2021). Refugee Data Finder. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>

UNHCR (2022). Italy Fact Sheet December 2021. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/90908>

van Ee, E., Jongmans, M. J., van der Aa, N., Kleber, R. J. (2017). Attachment Representation and Sensitivity: The Moderating Role of Posttraumatic Stress Disorder in a Refugee Sample. *Family Process*, 56(3), 781-792. <https://doi.org/10.1111/famp.12228>

van Ee, E., Kleber, R. J., Jongmans, M. J., Mooren, T. T. M., Out, D. (2016). Parental PTSD, adverse parenting and child attachment in a refugee sample. *Attachment and Human Development*, 18(3), 273-291. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1148748>