



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea in Scienze psicologiche cognitive e psicobiologiche

ELABORATO FINALE

**Esperienze traumatiche in età evolutiva:
efficacia della Terapia dell'Esposizione Narrativa
per bambini e adolescenti (KIDNET)**

*Traumatic experiences in childhood:
efficacy of Narrative Exposure Therapy for children
and adolescents (KIDNET)*

Relatrice

Prof.ssa Ughetta Micaela Maria Moscardino

Laureanda: Marta Pretto

Matricola: 1221192

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	1
---------------------------	---

Capitolo 1: TRAUMA E NARRAZIONE

1.1 Traumi, maltrattamenti ed esperienze sfavorevoli infantili.....	3
1.2 Storia di vita e narrazioni traumatiche in bambini e adolescenti.....	6

Capitolo 2: LA KIDNET

2.1 Terapia dell'esposizione narrativa con bambini e adolescenti (KidNET)	11
2.2 Organizzazione delle sedute	12
2.3 Efficacia e confronto con altri trattamenti terapeutici.....	19

RIFLESSIONI CONCLUSIVE	24
-------------------------------------	----

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	26
--	----

INTRODUZIONE

La scelta della terapia dell'esposizione narrativa come focus del presente elaborato triennale nasce dal desiderio di coniugare l'interesse per i diritti umani e quello per la psicologia, che fin dall'inizio hanno caratterizzato il mio percorso universitario e che si sono accresciuti anche grazie alla possibilità di frequentare insegnamenti come il General Course dell'Università di Padova "Diritti umani e inclusione" e il corso "Human rights", durante l'esperienza di mobilità Erasmus+ Studio all'università KU Leuven in Belgio.

La prima volta che mi sono imbattuta nel termine NET, acronimo di *Narrative Exposure Therapy*, è stato in occasione di un incontro di approfondimento sulla memoria traumatica tenuto presso il corso di "Psicologia generale" del primo anno. In quell'occasione, la NET veniva presentata come possibile terapia per la cura del disturbo post-traumatico da stress (DPTS), assieme al dibattuto trattamento con *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR).

L'occasione di approfondire il tema è arrivata appena qualche mese dopo, quando, a conclusione del corso "Diritti umani e inclusione", ho avuto l'opportunità di collaborare con alcune colleghe ai fini della stesura e presentazione di un paper di gruppo sul tema della narrazione, declinata nell'ambito dei *silent books*, della percezione visiva, dei musei e, per l'appunto, della psicologia.

Il lavoro di confronto con la mia relatrice di tesi mi ha permesso infine di approfondire la NET anche nella versione per bambini e adolescenti, adottando quindi

una prospettiva attenta alle specifiche esigenze e peculiarità che caratterizzano queste fasi evolutive.

Questo elaborato ha quindi l'obiettivo di descrivere la KidNET e il suo razionale, e soprattutto presentare alcuni studi che ne hanno valutato l'efficacia, anche in un'ottica comparativa.

Il primo capitolo presenta un'introduzione teorica dell'argomento. Esso approfondisce anzitutto il tema delle esperienze traumatiche in età evolutiva: si fornisce chiarezza terminologica rispetto a traumi, maltrattamenti ed esperienze sfavorevoli infantili, presentando al contempo una fotografia della portata del fenomeno. Uno specifico approfondimento è poi dedicato alle narrazioni traumatiche di giovani sopravvissuti e sopravvissute e alla costruzione di una propria storia di vita, elementi che ritornano con prepotenza in terapie di stampo narrativo come la KidNET.

Il secondo capitolo si focalizza sulla terapia dell'esposizione narrativa per bambini e adolescenti. Di essa si descrivono gli obiettivi, i principi terapeutici, l'organizzazione delle sedute e l'efficacia, in termini di dimensioni dell'effetto e di comparazione con altri trattamenti, anche *evidence-based*. Vista la mancanza di un corpus di studi comparativi che sia solido e affidabile, la sintesi degli studi inerenti l'efficacia della KidNET si spinge fino ai lavori più recenti (aprile 2022), talvolta ancora in via di pubblicazione.

La tesi termina con alcune riflessioni conclusive in merito alle prospettive future per la ricerca e le implicazioni dal punto di vista operativo.

Capitolo 1

TRAUMA E NARRAZIONE

1.1 Traumi, maltrattamenti ed esperienze sfavorevoli infantili

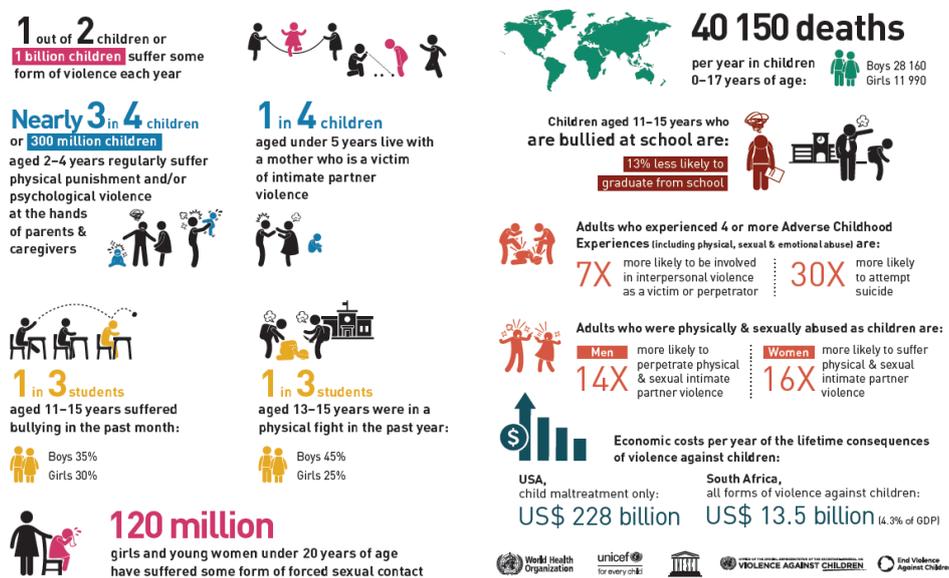
“Gli Stati parti adottano ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il fanciullo contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale” (Convenzione sui diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza, L. n. 176/1991).

Sono passati più di trent’anni dalla sua approvazione da parte delle Nazioni Unite (1989), eppure il testo della sopracitata Convenzione rimane ancora attualissimo. La portata del fenomeno del maltrattamento infantile e le sue ricadute a livello sociale, sanitario nonché economico lo rendono nei fatti un importante problema di salute pubblica (Ports et al., 2020).

La maggioranza degli studi riporta ad esempio un incrementato rischio di conseguenze somatiche a carico del sistema immunitario, neuropsicologiche (specifiche per il canale somato-sensoriale implicato nell’evento), psicopatologiche e traumatiche, tra cui una maggiore vulnerabilità al DPTS (Milani, 2021). Nell’interpretare questi risultati, rimane comunque importante non trascurare il ruolo dell’ambiente socio-culturale nel quale le esperienze avverse si collocano, e prediligere piuttosto l’adozione di una prospettiva multifattoriale che eviti la colpevolizzazione dei genitori e la diffusione di messaggi semplicistici (Kelly-Irving & Delpierre, 2019).

Una questione spinosa, nell'ambito del fenomeno del maltrattamento infantile, riguarda la misurazione e la quantificazione dello stesso. Ancora oggi, infatti, i dati di prevalenza dei maltrattamenti rappresentano perlopiù delle stime relative (si veda la figura 1). Un esempio è quello degli abusi sessuali: sebbene studi provenienti da vari paesi del mondo indichino un'effettiva prevalenza di violenze contro le femmine (8-31%) rispetto ai maschi (3-17%) (Barth, 2013), sembra d'altra parte che i bambini tendano a denunciare l'accaduto meno frequentemente (Priebe & Svedin, 2008) e alle sole madri. Tra le altre cose, sembrano influire la paura di essere giudicati omosessuali, e il senso di colpa o la confusione per un possibile orgasmo o erezione avvenuti nel corso dell'abuso (Alaggia & Millington, cit. in Foster, 2017).

Figura 1: Report globale sulla prevalenza dei maltrattamenti infantili



Fonte: OMS (2020)

Si consideri inoltre che una significativa porzione del fenomeno del maltrattamento infantile rimane sommersa e sconosciuta nella sua reale entità e portata, a causa dell'assenza di adeguati sistemi informativi di raccolta dati, lacuna per la quale il Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza ha più volte richiamato anche l'Italia.

È così che, con l'obiettivo di giungere a una più precisa quantificazione del fenomeno e limitare l'attuale proliferazione di categorie, l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza ha realizzato uno studio di confronto tra le diverse proposte classificatorie presenti a livello internazionale, giungendo a definire le seguenti cinque: maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico, violenza sessuale, trascuratezza/patologia delle cure, violenza assistita (Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – CISMAI – Fondazione Terre des Hommes Italia, 2021).

Fonte di incertezza metodologica è anche la definizione e la misurazione delle esperienze sfavorevoli infantili (ESI). Spesso infatti nella letteratura i termini “*child maltreatment*” (maltrattamento infantile) e “*childhood adversity*” (esperienza sfavorevole infantile) vengono usati come sinonimi (Afifi, 2020). Per quanto riguarda le ESI, la lista più frequentemente adottata fa riferimento agli studi dei gruppi di ricerca di Felitti (1998, cit. in Afifi, 2020) e Dube (2008, cit. in Afifi, 2020) e include 10 voci (in alcuni studi ne vengono aggiunte, in altri rimosse): abuso fisico, abuso sessuale, abuso emotivo, trascuratezza fisica, trascuratezza emotiva, violenza (assistita) contro la madre, divorzio genitoriale, uso di sostanze da parte di un familiare, disturbo mentale in un familiare, detenzione di un familiare (Afifi, 2020).

Anche per quanto riguarda il concetto di trauma (dal greco “ferita”), co-esistono nella letteratura diverse interpretazioni (Schauer et al., 2014). Si spazia infatti da definizioni ampie a concezioni più circoscritte (che prevedono una soglia di gravità), come quella proposta dal DSM-5 per la diagnosi di DPTS: “esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale” (APA, 2014).

A contribuire alla confusione terminologica è anche il fatto che nella letteratura il trauma viene considerato in alcuni casi come l’esperienza stessa, in altri come la risposta psicofisiologica all’evento stressante, a rappresentare il livello più alto di un continuum dimensionale (Krupnik, 2019).

1.2 Storia di vita e narrazioni traumatiche in bambini e adolescenti

Una review di Fivush (1998) evidenzia come, indipendentemente dal tipo di evento narrato (ordinario, stressante o traumatico), bambine e bambini entro i 3 anni sappiano fornire resoconti dettagliati di quanto sia loro accaduto. Lo sviluppo delle capacità narrative mimerebbe i cambiamenti qualitativi del sistema mnestico e delle abilità linguistiche. In particolare, le prime esperienze vissute da una bambina o un bambino vengono memorizzate in maniera non verbale, mentre dai 18 mesi (età di passaggio dall’olofrase al discorso telegrafico; Santrock & Rollo, 2017) inizia la produzione di racconti, seppur frammentati, e infine a 2-3 anni i bambini sembrano in grado di fornire resoconti più dettagliati, coerenti ed esaustivi.

Lo sviluppo delle abilità comunicative verbali e narrative apre al bambino l’opportunità di riferire le proprie esperienze nelle conversazioni con caregiver e pari,

diventando sempre più abile nell'organizzarle in modalità che prevedano un'estensione temporale e una coerenza sempre maggiori. Inizia così un processo di integrazione dei ricordi e di comprensione del significato delle singole esperienze e della loro relazione con altri eventi passati, che fungerà da base per la presa di consapevolezza e la costruzione narrativa di una propria storia di vita (Fivush, 1998).

Se le competenze linguistico-narrative consentono al bambino di potersi raccontare e costruire progressivamente una propria storia di vita, non sembrano d'altro canto sufficienti. Uno studio di Bohn e Berntsen (2008) non ha infatti trovato correlazione tra la coerenza nella narrazione di singoli eventi e dell'intera storia di vita, a dimostrazione del fatto che, rispetto al racconto di singoli episodi, per costruire una narrazione di vita coerente serve qualcosa in più rispetto alle sole abilità linguistiche. Le autrici propongono ad esempio che a giocare un ruolo cruciale sia l'acquisizione di uno script (copione) di vita culturalmente normativo, rappresentante le aspettative culturali rispetto agli eventi che dovrebbero segnare la transizione da un periodo di vita a un altro (laurea, nascita di una figlia, ecc.). Questa consapevolezza, secondo le autrici, si svilupperebbe a pieno nell'adolescenza, in linea con altri studi che evidenziano come, anche a livello temporale, a 10 anni i bambini sarebbero soliti iniziare la narrazione della loro vita dopo il momento della nascita (Steiner & Pillemer, 2018) e solo intorno ai 12 anni la descrizione di questo evento verrebbe presa in considerazione, assieme alle prospettive future, che caratterizzerebbero soprattutto le narrazioni nella tarda adolescenza (Habermas et al., 2009).

Dunlop e Walker (2013) sottolineano tuttavia come, nonostante l'abilità di riflettere introspettivamente sul proprio passato e di interrogarsi sul futuro emerga in adolescenza, sembrerebbero esserci dei precursori già intorno ai 6 anni, età nella quale i bambini sarebbero già in grado di produrre, pur senza elaborati ragionamenti autobiografici, una qualche forma di storia di vita. Inoltre, nonostante la narrazione di sé (e l'ascolto delle storie altrui) rappresenti uno strumento determinante per la crescita del senso di identità, essa non rappresenta l'unica strategia; ad esempio, ai fini di percepire un senso di continuità di sé e, per estensione, di identità, alcuni individui prendono come riferimento segni fisici congeniti o caratteristiche psicologiche che si mantengono stabili nel tempo. L'utilizzo di una strategia piuttosto che un'altra dipenderebbe quindi dal tipo di situazione (Dunlop & Walker, 2013).

Finora si sono approfonditi alcuni aspetti riguardanti la narrazione di vita e l'età di sviluppo di un senso di identità autobiografica. Come riportato, la storia di vita è composta da tanti singoli episodi integrati tra loro. Diventa quindi a questo punto interessante, ai fini di contestualizzare una terapia come la KidNET, analizzare le narrazioni che i bambini producono di questi eventi, soprattutto quando essi coinvolgono aspetti traumatici.

Numerosi sono gli studi riguardanti la relazione tra la struttura e il contenuto delle narrazioni infantili e adolescenziali, e la presenza di sintomi da DPTS. Di questi, uno ha approfondito la situazione di 30 adolescenti sopravvissuti agli attacchi terroristici in Norvegia del 22 luglio 2011. Dall'analisi narrativa delle interviste è emerso che le giovani e i giovani con alti livelli di sintomi riportavano nelle loro narrazioni più eventi esterni

(come azioni e dialoghi, anche in discorso diretto), più descrizioni vivide e meno riflessioni o pensieri di tipo esplicativo-interpretativo. Queste distinte caratteristiche dipenderebbero dalla posizione di ciascun narratore o ciascuna narratrice rispetto all'evento traumatico: partecipanti con bassi livelli di sintomatologia adotterebbero un punto di vista più esterno e farebbero quindi un uso maggiore di pensieri organizzati, mentre gli alti livelli sintomatici favorirebbero l'adozione di modalità di recupero mnestico maggiormente focalizzate sul "qui ed ora" (Filkukova et al., 2016).

Alti livelli di sintomi da DPTS ed evitamento sembrano essere associati anche a racconti caratterizzati da un impiego prevalente di deittici auto-referenziali come "io" o "me" (in uso dai 2 anni d'età circa; Barbieri, 2019), la cui frequenza sarebbe spiegabile nei termini di una difficoltà a distanziarsi dagli eventi. L'uso di pronomi coniugati alla prima persona plurale, d'altro lato, caratterizzerebbe invece le narrazioni di bambini con livelli più bassi di DPTS e stili di coping meno evitanti (Kaplow et al., 2018).

Anche nelle narrazioni riguardanti gli abusi sessuali sembrano esserci delle caratteristiche specifiche legate ai sintomi post-traumatici. A questo proposito, Miragoli, Camisasca e Di Blasio (2017) hanno intervistato 86 bambini coinvolti in processi giuridici al Tribunale di Milano per motivi di abusi sessuali ed è emerso che la coerenza e soprattutto la coesione linguistico-narrativa¹ sono significativamente correlate con la presenza di DPTS, che le influenza in misura anche maggiore rispetto a variabili come l'età e il livello linguistico atteso nei giovani narratori. Nello specifico, in presenza di

¹ La "coesione" fa riferimento alla connessione narrativa: le relazioni comparative, temporali o causali tra le varie frasi del discorso. La "coerenza" riguarda invece gli aspetti di organizzazione concettuale, come la connessione tra obiettivi, argomenti e sequenze di eventi (Sawyer, cit. in O'Kearney & Perrott, 2006).

DPTS, le narrazioni analizzate mostravano meno dettagli spazio-temporali, meno commenti valutativi e risultavano più sconnesse, sterili e frammentate.

La relazione tra frammentazione narrativa e distress post-traumatico non è tuttavia chiara e gli studi a riguardo sono inconcludenti (Kaplow et al., 2018): alcuni di essi sembrano confermare questa associazione e dunque la proposta dei *deficit model*, mentre altri virano in direzione opposta, rilevando nelle narrazioni di eventi traumatici una coesione e una coerenza addirittura maggiori. Questi ultimi studi, per spiegare i risultati ottenuti, appoggiano la tesi secondo cui il racconto verrebbe modellato dal narratore sulla base di uno scopo (renderlo comprensibile per chi lo intervista) e gli episodi traumatici, proprio per la loro rilevanza, verrebbero utilizzati come punti di riferimento alla luce dei quali dare senso alle esperienze successive (*landmark theory*).

In questo senso, un esempio è rappresentato dalle narrazioni di bambini e adolescenti a 4-10 settimane dall'ospedalizzazione per traumi fisici: coloro che presentavano maggiori sintomi intrusivi riportavano paradossalmente minori espressioni concettualmente negative (come “non so”, “non mi ricordo”), più connessioni di tipo causale (come “poiché”, “perciò”) e minori parole percettivo-sensoriali (O’Kearney et al., 2007), ad indicare un’organizzazione e una riflessione maggiori nella costruzione della narrazione.

Capitolo 2

LA KIDNET

2.1 Terapia dell'esposizione narrativa per bambini e adolescenti

La terapia dell'esposizione narrativa è un trattamento *evidence-based* di breve durata per la cura del DPTS, la cui procedura terapeutica è stata descritta per la prima volta da Schauer, Neuner ed Elbert (2005).

La NET fonda i suoi principi terapeutici sulle terapie cognitivo-comportamentali e tuttavia si differenzia da esse in quanto, prendendo spunto dalla *testimony therapy* di Cienfuegos e Monelli (1983)², essa adotta una prospettiva narrativa che guarda all'intera vita della persona, con un'attenzione anche rispetto al significato socio-politico della testimonianza raccolta in terapia (Ehnholt & Yule, 2006). Lungo il corso delle sedute, si invita la paziente o il paziente a produrre una sintesi orale e cronologicamente ordinata della sua storia, che includa le esperienze positive come anche i vissuti traumatici (Fazel et al., 2020; Neuner et al., 2008).

Questo tipo di approccio diventa particolarmente utile quando ci si confronta con persone le cui storie sono contrassegnate da eventi traumatici multipli e ripetuti, in quanto diventerebbe complesso e anche disumano chiedere loro di narrare tra tutti un solo episodio, scegliendo quindi il peggiore; inoltre, anche a livello cerebrale, la sovrapposizione tra le reti incentrate sulla paura relative a ciascun trauma renderebbe

² Pseudonimi di Elisabeth Lira Kornfeld ed Eugenia Weinstein, due psicologhe attive nel campo dei diritti umani durante il Cile di Pinochet (Ehnholt & Yule, 2006; Hagenaars et al., 2020).

complesso differenziare l'origine dei vari elementi che le costituiscono (Neuner et al., 2008; Schauer et al., 2014).

La terapia dell'esposizione narrativa nella versione per bambini e adolescenti è denominata KidNET ed è stata implementata nel protocollo terapeutico fin dai suoi primi sviluppi (Ruf & Schauer, 2012). Essa si rivolge soprattutto, ma non solo, a minori con traumi multipli o complessi, causati da esperienze ripetute di abusi, svantaggio sociale, guerra, violenza collettiva e/o organizzata (Schauer et al., 2017).

2.2 Organizzazione delle sedute

La terapia dell'esposizione narrativa per bambini e adolescenti ricalca nella struttura la più tradizionale NET e perciò si suddivide in tre parti (Schauer et al., 2017): assessment e psicoeducazione, costruzione della *lifeline*, esposizione narrativa. Essendo un trattamento di breve durata, esso può mediamente richiedere da 8 a 10 sedute (90-120 minuti ciascuna), che solitamente vengono distribuite con cadenza settimanale lungo l'arco di due/tre mesi (Ruf & Schauer, 2012).³

Parte I: Assessment e psicoeducazione

L'assessment si svolge senza la presenza del/la caregiver e inizia con la presentazione di una checklist di possibili esperienze traumatiche e stressanti che la terapeuta o il terapeuta

³ In certi casi il protocollo standard della KidNET è stato adattato per incontrare le esigenze di alcuni ragazzi in situazioni di vulnerabilità: camminando lungo il corridoio (nel caso di un adolescente con disturbo dello spettro autistico), invitando alle sedute di psicoeducazione più figure di riferimento di una ragazza con storia di abusi sessuali o attutendo i rumori di una stanza d'ospedale, trigger per una ragazza 15enne che soffriva di problemi cardiaci (Fazel et al., 2020).

scorre assieme al/la giovane paziente per comprendere quali sono di interesse per la formulazione del caso e la presa in carico.

Alla valutazione psicodiagnostica segue la psicoeducazione, da svolgersi in presenza di un caregiver non maltrattante. In questo momento, la ragazza o il ragazzo e il suo genitore vengono informati su alcuni aspetti relativi al DPTS (origine e manifestazione sintomatica), anche attraverso l'utilizzo di un modello semplificato di teoria della memoria, e vengono comunicati loro i dettagli riguardanti la procedura della KidNET nelle sue varie fasi, nonché le implicazioni per la vita del paziente. In questo modo la famiglia si prepara ad affrontare il percorso terapeutico e auspicabilmente si impegna a supportare il ragazzo prima e dopo le sessioni. Inoltre, chiarire il motivo della sofferenza e i possibili percorsi di guarigione aiuta il giovane sopravvissuto o la giovane sopravvissuta e il caregiver a riacquisire un senso di controllo e speranza nei confronti del futuro (Neuner et al, 2008; Ruf & Schauer, 2012; Schauer et al., 2017).

Nel caso della KidNET, particolare attenzione va prestata al linguaggio usato nella spiegazione, che va chiaramente adattato a seconda dell'età del paziente. Sono innanzitutto da evitare, come anche per la NET, termini medici o scientifici, e in generale espressioni sofisticate di uso tecnico.

Nel caso di bambini più piccoli, uno strumento prezioso è quello delle metafore; un esempio è quello del guardaroba a soqqadro (mente del bambino), pieno zeppo di vestiti (intrusioni mnestiche) che rimarranno dentro soltanto se saranno prima portati fuori, piegati e ridisposti negli scaffali ordinatamente (solo quando i ricordi traumatici verranno rielaborati). Altre metafore eloquenti sono quella della ferita infetta che duole (essa può

guarire soltanto se viene riaperta e disinfettata) o, ancora, la palla pressata sott'acqua che poi salta fuori (a rappresentare il fallimento delle strategie di evitamento; Schauer, 2022).

Nel caso in cui ci si interfacci con adolescenti, invece, può essere utile approfondire maggiormente i dettagli del piano terapeutico, ponendo il focus sull'efficacia del trattamento nell'alleviare il vissuto di malessere e sull'importanza della testimonianza di vita che se ne trarrà, sia per il senso di dignità del ragazzo che per i suoi risvolti a livello giuridico e sociale (Schauer et al., 2017).

Alla fine del colloquio psicoeducativo, dopo aver risposto ad eventuali domande, il/i caregiver e il paziente firmano il consenso terapeutico al trattamento. Il rationale della KidNET prevede poi che la rimanente parte della terapia si svolga in presenza del solo ragazzo (ed eventualmente un/a interprete) (Neuner et al., 2008; Ruf & Schauer, 2012).

Parte II: Linea della Vita

La linea della vita costituisce lo step successivo del rationale terapeutico e va svolta in un'unica seduta (Ruf & Schauer, 2012). Questo strumento è stato per la prima volta introdotto con la KidNET e poi esteso (in forma facoltativa) anche alla terapia con pazienti adulti con storie di traumi multipli o complessi.

In un primo momento, il terapeuta presenta una corda (o un nastro, qualora la corda richiami elementi traumatici), che viene dispiegata sul pavimento o sopra ad un tavolo, in caso di pazienti con disabilità motorie. Essa rappresenta la storia di vita del ragazzo, che comincia con la nascita e prosegue fino al momento presente e al futuro (si veda la figura 2).

Parte III: Esposizione narrativa

Non più tardi della terza sessione (Ruf & Schauer, 2012) ha inizio l'esposizione narrativa, corpo dominante della KidNET. Nel corso del trattamento, all'inizio di ogni seduta il giovane sopravvissuto ripercorre assieme al terapeuta la linea della vita (ristendendola o tramite la foto/il disegno) e la testimonianza narrata per il periodo di tempo raccontato, così che sia possibile integrarvi eventuali ricordi richiamati alla mente. Di seduta in seduta, questo momento diventa anche occasione per esplorare assieme possibili sintomi intrusivi e incubi emersi nel mentre (Neuner et al., 2008; Schauer et al., 2014).

Il giovane paziente inizia quindi ad elaborare, uno alla volta e cronologicamente, i vari episodi della sua vita, inclusi i fiori, che vengono raccontati con entusiasmo specialmente dai più piccoli e il cui ricordo, tuttavia, viene spesso dimenticato o coperto sotto il peso dei vissuti traumatici. Il terapeuta esplora la scena col ragazzo indagando tramite domande dirette i dettagli relativi al tempo, al luogo e al punto che segna l'inizio dell'evento (Schauer et al., 2014). Successivamente, nel caso delle pietre, guida il paziente attraverso la rievocazione immaginativa della scena, trigger per la riattivazione della memoria calda e, in particolare, della rete incentrata sulla paura.

Il terapeuta nella KidNET adotta un approccio piuttosto direttivo (Neuner et al., 2008). Esplora con il ragazzo i vari livelli di esperienza relativi all'evento: prima il comportamento e le percezioni, poi i pensieri, le emozioni, le sensazioni fisiologiche e, infine, le attribuzioni di significato (Schauer, 2022). Nel farlo, oscilla continuamente tra le dimensioni di passato e presente (il "qui e ora"), ponendone in contrasto i contenuti, mentre aiuta il paziente a verbalizzarli. Il movimento tra sensazioni passate e presenti,

che costituisce la base della cosiddetta “consapevolezza duale”, è fondamentale nell’integrazione mnemonica e psicofisiologica dell’esperienza traumatica (Schauer et al., 2017).

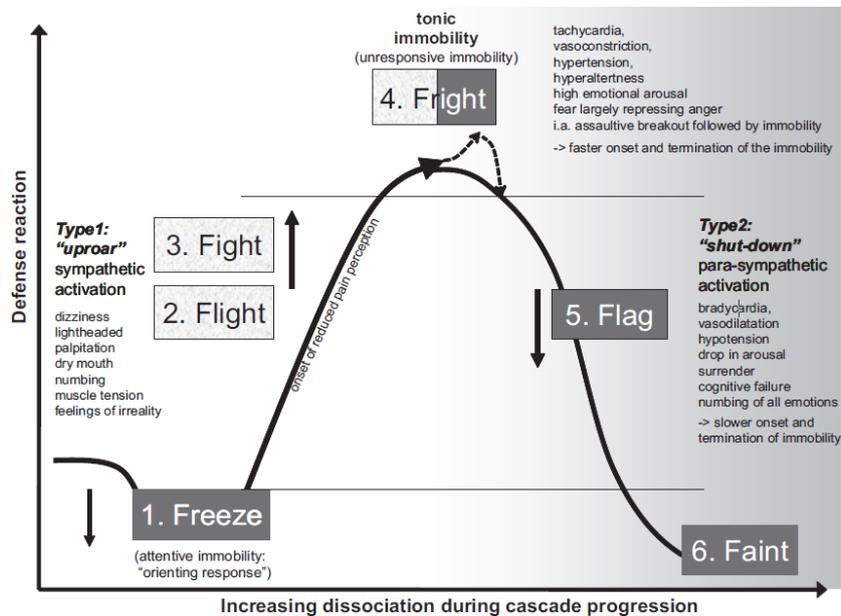
Durante la narrazione della prima pietra, il bambino o l’adolescente può convincersi che la paura che prova continuerà a crescere e diverrà incontrollabile; in questo, compito chiave del terapeuta è quello di stare col paziente nel ricordo abbastanza a lungo da far sì che percepisca quel plateau oltre il quale la “curva della paura” comincia a ridiscendere (Ruf & Schauer, 2012). Quest’esperienza correttiva, denominata “la grande fine della NET”, genera nella mente del paziente l’intuizione che, per giungere al sollievo dalle intrusioni del trauma, sia possibile una strada alternativa all’evitamento, in altre parole che sia concepibile entrare in contatto con il materiale traumatico e affrontarlo in ogni suo dettaglio senza esserne sopraffatti. Grazie alle proprietà ricostruttive della memoria, al giovane sopravvissuto viene offerta così la possibilità di rivivere l’episodio impattante, accompagnato, passo per passo, da una figura che valida il suo vissuto emotivo in modo empatico (Schauer et al., 2014).

A seguito della narrazione di un evento, accade talvolta che il ragazzo esprima il desiderio di discutere degli aspetti relativi al suo significato, o alla vergogna e al senso di colpa che ne scaturiscono. In tal caso, possono essere usate strategie cognitive che mirino a ristrutturare le credenze disfunzionali del giovane paziente (Neuner et al., 2008).

Nel corso della narrazione il terapeuta può avvalersi di strategie e strumenti creativi come disegni, illustrazioni, teatro, tecniche di *role playing* e *body positioning*. Questi mezzi, assieme alla stessa linea della vita, contribuiscono anche all’adattabilità della

KidNET con ragazze e ragazzi dotati di competenze emotive e linguistiche diverse (Neuner et al., 2008). In combinazione con tecniche di stimolazione sensoriale o manovre di contropressione, esse risultano inoltre funzionali per il contenimento delle oscillazioni di arousal e reazioni d'allarme che il paziente potrebbe manifestare qualora venga confrontato in terapia con dei *reminder* della situazione traumatica (si veda la figura 3).

Figura 3: Cascata delle reazioni difensive peritraumatiche parallelamente riprodotte in terapia: congelamento, fuga, combattimento, terrore, immobilità, svenimento



Nota: Le risposte, nel caso di bambini, che sono spesso inesperti e fragili fisicamente, sono di solito dissociative e vasovagali (Neuner et al., 2008). Fonte: Schauer & Elbert (2015)

Giunti all'ultima seduta del trattamento, al ragazzo viene chiesto di riposare e ripercorrere la sua linea della vita, estendendola con alcuni fiori, rappresentanti le speranze e i desideri per il futuro (Neuner et al., 2008). Infine, la testimonianza riportata in prima persona viene firmata dal ragazzo, dal terapeuta e, se presenti, co-terapeuta e

interprete; essa è consegnata al giovane sopravvissuto sotto forma di piccolo libretto, discutendone anche i possibili usi (ad esempio, conservarla a casa, lasciarla al terapeuta, sfruttarla per procedure legali o azioni di advocacy dei diritti dei minori).

Il ragazzo viene da un lato informato circa i suoi diritti, dall'altro responsabilizzato rispetto alle dinamiche giudiziarie e i possibili rischi connessi a casi politicamente sensibili (Neuner et al., 2008). Se da un lato i bambini più piccoli potrebbero avere difficoltà a comprendere a pieno il significato dell'accaduto, gli adolescenti potrebbero desiderare di vendicarsi e ottenere giustizia, talvolta senza realizzare cosa possa voler dire chiamare in corte, ad esempio, un familiare (Ruf & Schauer, 2012; Schauer et al., 2017).

2.3 Efficacia e confronto con altri trattamenti terapeutici

Una recente meta-analisi di Mavranzouli e colleghi (2020) ha confrontato i principali trattamenti psicologici e psicosociali rivolti a bambini e adolescenti con DPTS, collocandoli in una scala ordinata di efficacia. Dalla comparazione dei vari interventi con condizioni di lista d'attesa, è emerso che i trattamenti cognitivo-comportamentali detengono dimensioni dell'effetto maggiori. Nello specifico, la terapia dell'esposizione narrativa sembra rivelarsi meno efficace rispetto alla terapia cognitiva per il DPTS e cognitivo-comportamentale (TCC) centrata sul trauma, e tuttavia più promettente dell'EMDR.

Questa indicazione va però interpretata con cautela, vista la scarsità di letteratura sul confronto tra terapie cognitivo-comportamentali ed EMDR in età evolutiva, nonché la poca significatività delle differenze cliniche riscontrate (Mavranzouli et al., 2020). In

linea con questo, una review di Brown e colleghi (2017) ha analizzato diversi tipi di trattamento rivolti a bambini e adolescenti che hanno vissuto disastri umanitari e naturali, e dalla meta-analisi è emerso che tra KidNET, EMDR, TCC e interventi nelle classi scolastiche non vi sono significative variazioni di efficacia. Infine, sempre per quanto riguarda il confronto con l'EMDR, Velu e colleghi hanno pubblicato il 23 aprile 2022 un protocollo di studio clinico, per compararlo alla KidNET, ipotizzando che da questo primo trial clinico randomizzato non emergeranno sostanziali differenze nell'efficacia e che entrambi i trattamenti risulteranno appropriati nel ridurre i sintomi da stress post-traumatico. Il gruppo di ricerca, che concentrerà le analisi su partecipanti abitanti nei Paesi Bassi, prevede di concluderne il reclutamento il 30 giugno 2022 (Velu et al., 2022).

La review di Mavranezouli e colleghi (2020) ha anche sintetizzato i risultati inerenti i tassi di remissione dei vari trattamenti per il DPTS in età evolutiva; in questo senso, il gruppo di ricerca ha rilevato che la terapia dell'esposizione narrativa occupa una posizione di primo piano, anche rispetto alle altre terapie cognitivo-comportamentali. Si noti tuttavia che l'evidenza scientifica rimane comunque limitata, soprattutto per quanto riguarda i tassi di remissione nel lungo periodo (Mavranezouli et al., 2020).

Cercando di colmare questo gap nella letteratura, una recente review di Siehl, Robjant e Crombach (2021) si è proposta di analizzare i benefici a lungo termine della terapia dell'esposizione narrativa. Dalla meta-analisi è emerso che, mentre il trattamento con la NET produce ampie dimensioni dell'effetto sia nel breve che nel lungo termine (follow up a 6 mesi o più), i risultati relativi alla KidNET si presentano misti, e rimandano quindi a una necessità di approfondire la ricerca in questo senso. In particolare, nel medio

e lungo termine, la versione per bambini e adolescenti è apparsa meno efficace rispetto alle tecniche di liberazione emozionale e rilassamento in Iraq (Al-Hadethe et al., cit. in Siehl et al., 2021) e, da un confronto con le tecniche di meditazione in Sri Lanka, si è riportato un leggero vantaggio in termini di dimensione dell'effetto a favore di queste ultime (Catani et al., cit. in Siehl et al., 2021). Altri studi hanno mostrato invece la superiorità della KidNET in confronto alla condizione TAU (*treatment as usual*) in Finlandia (Peltonen & Kangaslampi, cit. in Siehl et al., 2021) e nella Corea del Sud, dove la terapia dell'esposizione narrativa ha portato anche ad un tasso di remissione ampiamente maggiore (Park et al., cit. in Siehl et al., 2021).

Infine, un trial clinico randomizzato è attualmente in corso in Germania: esso si prefigge di confrontare i risultati del trattamento con KidNET rispetto alla condizione TAU a 6 e a 12 mesi dopo la randomizzazione (Wilker et al., 2020; Wittmann et al., 2022).

Studi di questo tipo, che analizzano l'effetto della KidNET in paesi ad alto reddito (come la Germania, appunto), si dimostrano particolarmente utili non solo per ottenere un riscontro rispetto all'efficacia trasversale della terapia in diversi paesi del mondo, ma anche per ridurre l'eterogeneità delle condizioni TAU che si osserva guardando ai trial randomizzati condotti finora (Mavranzouli et al., 2020). Inoltre, il confronto della KidNET con la condizione del *treatment as usual* risulta più severo (e quindi produce dati più significativi) se questa è misurata nell'ambito di un sistema socio-sanitario dotato di maggiori risorse ed efficienza (Siehl et al., 2021), come quello dei paesi ad alto reddito.

Finora si sono sintetizzati i principali risultati rispetto all'efficacia della KidNET nella remissione del DPTS. Nonostante la maggior parte della letteratura scientifica si concentri su questo disturbo, sembrerebbe però che la terapia dell'esposizione narrativa apporti dei benefici anche in presenza di sintomi depressivi.

Uno studio di Schaal, Elbert e Neuner (2009) ha approfondito la questione, confrontando la terapia dell'esposizione narrativa individuale con una psicoterapia interpersonale di gruppo in un campione di 26 ragazzi di Kigali. I giovani, provenienti da orfanotrofi o da nuclei familiari di soli minori (*child-headed households*), soffrivano principalmente di sintomi depressivi e DPTS. L'analisi dei tassi di remissione a 6 mesi di follow up ha confermato il ruolo della terapia dell'esposizione narrativa nel migliorare i sintomi da stress post-traumatico, in misura ampiamente superiore rispetto alla psicoterapia interpersonale di gruppo. Inoltre, la NET ha contribuito, in misura comparabile alla psicoterapia interpersonale, anche alla riduzione dei sintomi depressivi, producendo effetti persistenti e significativi anche di lungo periodo (Schaal et al., 2009).

In linea con questi risultati, anche la review di Siehl e colleghi (2021) ha nel complesso avvalorato il ruolo della KidNET nel miglioramento della depressione, con effetti da ridotti a moderati, sia nell'immediato post-trattamento che nei follow up a 6 e a 12 mesi.

In generale, è comunque richiesta maggiore evidenza scientifica, che sia specifica per la depressione e che prenda in carico anche le sue forme più gravi, ai fini di misurare in modo più preciso l'effetto della KidNET in questo campo.

Concludo la revisione della letteratura con un lavoro di Santoro e colleghe (2012) relativo ad un primo intervento con terapia dell'esposizione narrativa attivato nel contesto italiano. Il progetto ha riguardato l'implementazione del protocollo KidNET in un campo di accoglienza dell'Abruzzo, nei mesi di giugno, luglio e agosto 2009 (in seguito al terremoto del 6 aprile dello stesso anno). L'intervento ha coinvolto un totale di 10 bambini, 4 italiani e 6 macedoni. Di questi, 2 hanno mostrato risposte oppostive o di congelamento emotivo, le quali hanno portato a una segnalazione ai servizi territoriali affinché potessero intraprendere con loro un percorso più continuativo, 5 hanno mostrato una remissione dei sintomi dopo i primi due incontri, mentre i rimanenti 3 bambini hanno proseguito il trattamento fino al terzo incontro.

Dal progetto è emerso che le risposte dei ragazzi a seguito del terremoto si presentavano varie e differenti, seppur accomunate da manifestazioni di rabbia, comportamenti di isolamento, incubi, evidente preoccupazione e presenza di pensieri sulla morte, nonché difficoltà a riflettere sul futuro, elementi che erano riflessi anche nelle narrazioni, prevalentemente caratterizzate da frammentazione, incoerenza spazio-temporale, amnesia, evitamento narrativo o distacco emotivo. Attraverso l'implementazione della KidNET si sono raggiunti tre obiettivi: la ristrutturazione cognitiva del trauma e l'integrazione di esso all'interno della storia di vita dei bambini, il recupero di sogni e desideri per il futuro, l'identificazione di situazioni di particolare fragilità che necessitavano di essere prese in carico dai servizi territoriali competenti (Santoro et al., 2012).

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Tramite questa rassegna bibliografica si è inteso indagare il ruolo della terapia dell'esposizione narrativa per bambini e adolescenti, contestualizzandola in un quadro più complesso che ne analizzasse l'utilità pratica anche rispetto al contesto sociale nel quale si colloca, che sempre più è attraversato da vicende di maltrattamenti o esperienze avverse (circa 1 su 2 bambini, infatti, è vittima ogni anno di qualche forma di violenza, sia essa fisica, psicologica, emotiva o sessuale; OMS, 2020).

A questo proposito, si sono analizzate anche le differenze nell'uso e nel significato di traumi, maltrattamenti ed esperienze sfavorevoli infantili, ribadendo la necessità di trovare delle soluzioni comuni che portino chiarezza alle rispettive definizioni, nell'ottica di migliorare la confrontabilità tra studi e giungere, a livello clinico, a una più precisa determinazione degli obiettivi e delle situazioni a cui ciascun trattamento è orientato.

In questa rassegna si è dato poi spazio all'analisi del contenuto e della struttura delle narrazioni traumatiche, che si traducono in importanti implicazioni per i processi di screening, trattamento e valutazione della testimonianza minorile. Dagli studi analizzati è emerso che in esse si ritrovano alcuni elementi comuni come la mancanza di riferimenti spaziali e temporali precisi (Miragoli et al., 2017) e la conseguente adozione di una prospettiva narrativa di "qui ed ora" (Filukova et al., 2016), o ancora l'uso di deittici autoreferenziali: tutti fattori che sembrano indicare una generale difficoltà a distanziarsi dagli eventi traumatici narrati (Kaplow et al., 2018); infine, una frammentazione nella coerenza e nella coesione narrative (Miragoli et al., 2017), caratteristiche la cui effettiva veridicità è però ancora dibattuta (Kaplow et al., 2018).

Sono stati approfonditi anche alcuni risultati riguardanti la costruzione evolutiva di una propria storia di vita: dallo sviluppo delle abilità comunicative e narrative di base, all'attribuzione di significati culturalmente attesi al proprio percorso di vita, e ancora la capacità di riflettere sul passato e il futuro, abilità che sembra emergere a pieno nell'adolescenza, seppur con precursori già attorno ai 6 anni (Dunlop e Walker, 2013).

Si è approfondito quindi il ruolo della terapia dell'esposizione narrativa, nella sua versione per bambini e adolescenti (KidNET). Da uno studio degli obiettivi e del rationale si conclude che essa è una terapia culturalmente sensibile e adatta soprattutto a quelle situazioni di traumi multipli e complessi che richiedono un intervento di più ampio spettro sull'intero percorso di vita della persona. Inoltre, l'eredità della *testimony therapy*, della quale la KidNET riprende alcuni elementi, la rende una terapia attenta al contesto di vita socio-politico dei giovani sopravvissuti.

Per quanto riguarda l'efficacia comparativa del trattamento si evidenzia che, tra i vari trattamenti psicologici per il DPTS in bambini e adolescenti, la KidNET produce dimensioni dell'effetto tra le più alte, assieme alle altre terapie cognitivo-comportamentali (Mavranouzouli et al., 2020).

Nonostante i risultati sembrano promettenti, alcuni dubbi permangono circa l'efficacia comparativa con l'EMDR, i tassi di remissione nel lungo periodo e l'utilità potenziale nel ridurre sintomatologie di tipo depressivo. Si segnala perciò per il futuro l'esigenza di effettuare maggiori studi comparativi che confrontino la KidNET con trattamenti *evidence-based*, e che si misurino anche nell'ambito di sistemi sanitari più efficienti, come quelli dei paesi ad alto reddito (Siehl et al., 2021).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Afifi, T. O. (2020). Considerations for expanding the definition of ACEs. In Asmundson G. J. G., & Afifi T. O. (a cura di), *Adverse childhood experiences* (pp. 35–44). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816065-7.00003-3>
- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Raffaello Cortina Editore.
- Autorità Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza – Cismai – Fondazione Terre des Hommes Italia (2021). *II Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*. https://terredeshommes.it/pdf/Dossier_Maltrattamento_2021.pdf
- Barbieri, G. (2019). Narrazione e cura di sé. L’importanza dell’immaginazione. In Alastra, V. (a cura di). *Narrazioni che disegnano mondi. Vivere la complessità fare la differenza*. Pensa MultiMedia Editore.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Bohn, A., & Berntsen, D. (2008). Life story development in childhood: the development of life story abilities and the acquisition of cultural life scripts from late middle childhood to adolescence. *Developmental Psychology*, 44(4), 1135–1147. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.4.1135>
- Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., 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(11), 1893-1905. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000496>
- Cienfuegos, A. J., & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53(1), 43. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1939-0025.1983.tb03348.x>
- Dunlop, W. L., & Walker, L. J. (2013). The life story: Its development and relation to narration and personal identity. *International Journal of Behavioral Development*, 37(3), 235-247. <https://doi.org/10.1177%2F0165025413479475>

- Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner Review: Assessment and Treatment of Refugee Children and Adolescents Who Have Experienced War-Related Trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1197-1210. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01638.x>
- Fazel, M., Stratford, H. J., Rowsell, E., Chan, C., Griffiths, H., & Robjant, K. (2020). Five Applications of Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents Presenting With Post-Traumatic Stress Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 19. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00019>
- Filkukova, P., Jensen, T. K., Sofie Hafstad, G., Torvund Minde, H., & Dyb, G. (2016). The relationship between posttraumatic stress symptoms and narrative structure among adolescent terrorist-attack survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 29551. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29551>
- Fivush R. (1998). Children's recollections of traumatic and nontraumatic events. *Development and Psychopathology*, 10(4), 699–716. <https://doi.org/10.1017/s0954579498001825>
- Foster, J. M. (2017). It happened to me: A qualitative analysis of boys' narratives about child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(7), 853-873. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1360426>
- Habermas, T., Ehlert-Lerche, S., & de Silveira, C. (2009). The development of the temporal macrostructure of life narratives across adolescence: beginnings, linear narrative form, and endings. *Journal of Personality*, 77(2), 527–559. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00557.x>
- Hagenaars, P., Plavšić, M., Sveaass, N., Wagner, U., & Wainwright, T. (a cura di). (2020), *Human rights education for psychologists*. Routledge.
- Kaplow, J. B., Wardecker, B. M., Layne, C. M., Kross, E., Burnside, A., Edelstein, R. S., & Prossin, A. R. (2018). Out of the mouths of babes: Links between linguistic structure of loss narratives and psychosocial functioning in parentally bereaved children. *Journal of Traumatic Stress*, 31(3), 342-351. <https://doi.org/10.1002/jts.22293>
- Kelly-Irving, M., & Delpierre, C. (2019). A Critique of the Adverse Childhood Experiences Framework in Epidemiology and Public Health: Uses and Misuses. *Social Policy and Society*, 18(3), 445-456. <https://doi.org/10.1017/S1474746419000101>
- Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology*, 25(4), 256-261. <https://doi.org/10.1037/trm0000169>

- Legge 27 maggio 1991, n. 176, "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989" (1991, 11 giugno) (Italia). *Gazzetta Ufficiale*, (135). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1991/06/11/091G0213/sg>
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., & Pilling, S. (2020). Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 18-29. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13094>
- Milani, L. (2021, 03, 22-28). *Pensare per fattori di rischio e di protezione nel lavoro con i minori maltrattati: dati di ricerca e linee di sviluppo futuro*. [Presentazione]. Trauma Lectures: Trauma e PTSD complesso. <https://www.psicologia.io/formazione-online/tll-trauma-lectures-trauma-e-ptsd-complesso>
- Miragoli, S., Camisasca, E., & Di Blasio, P. (2017). Narrative fragmentation in child sexual abuse: The role of age and post-traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 73, 106-114. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.028>
- Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative Exposure Therapy for the Treatment of Traumatized Children and Adolescents (KidNET): From Neurocognitive Theory to Field Intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 641–664. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.03.001>
- O'Kearney, R., & Perrott, K. (2006). Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: a review. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 81–93. <https://doi.org/10.1002/jts.20099>
- O'Kearney, R., Speyer, J., & Kenardy, J. (2007). Children's narrative memory for accidents and their post-traumatic distress. *Applied Cognitive Psychology: the official journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, 21(7), 821-838. <https://doi.org/10.1002/acp.1294>
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2020). *Global status report on preventing violence against children 2020*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/child-maltreatment/global-status-report-on-violence-against-children-2020/who-gsrpvac-2020-magnitude-consequences-infographic-en.pdf?sfvrsn=7660e3db_18
- Ports, K. A., Ford, D. C., Merrick, M. T., & Guinn, A. S. (2020). ACEs: Definitions, measurement, and prevalence. In Asmundson G. J. G., Afifi T. O. (a cura di),

Adverse childhood experiences (pp. 17-34). Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816065-7.00002-1>

- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1095-1108. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.04.001>
- Robjant, K., & Schauer, M. (2013). *Narrative Exposure Therapy (NET)*. <https://www.psychologytools.com/download/36271/>
- Ruf, M., & Schauer, M. (2012). Facing childhood trauma: Narrative exposure therapy within a cascade model of care. In J. Murray (a cura di), *Exposure therapy: New developments* (pp. 229-261). Nova Science Publishers.
- Santoro, E., Mancini, M., Cazzaniga, S., & Costa, V. (2012). La "Narrative Exposure Therapy": un intervento con i bambini terremotati in Abruzzo. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 13(1), 77-89. <https://doi.org/10.3280/MAL2012-001006>
- Santrock, J. W., & Rollo, D. (2017). *Psicologia dello sviluppo*. McGraw-Hill Education.
- Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 298-306. <https://doi.org/10.1159/000229768>
- Schauer, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2005). *Narrative exposure therapy: a short-term intervention for traumatic stress disorders*. Hogrefe & Huber.
- Schauer, M. & Elbert, T. (2015). Dissociation following traumatic stress. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*, 218(2), 109-127. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2014). *Terapia dell'esposizione narrativa - Un trattamento a breve termine per i disturbi da stress traumatico*. Giovanni Fioriti Editore.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2017). Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET). In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (a cura di), *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (pp. 227-250). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_11
- Schauer, M. (2022, Aprile, 20). *Introduction to Narrative Exposure Therapy (NET)* [Presentazione] Trauma spectrum disorders in acute and post acute phases.

- Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2021). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. *Psychotherapy Research, 31*(6), 695-710. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847345>
- Steiner, K. L., & Pillemer, D. B. (2018). Development of the Life Story in Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence, 38*(2), 125-138. <https://doi.org/10.1177/0272431616659562>
- Velu, M. E., Martens, I., Shahab, M., de Roos, C., Jongedijk, R. A., Schok, M., & Mooren, T. (2022). Trauma-focused treatments for refugee children: study protocol for a randomized controlled trial of the effectiveness of KIDNET versus EMDR therapy versus a waitlist control group (KIEM). *Trials, 23*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06178-z>
- Wilker, S., Catani, C., Wittmann, J., Preusse, M., Schmidt, T., May, T., Ertl, V., Doering, B., Rosner, R., Zindler, A., & Neuner, F. (2020). The efficacy of Narrative Exposure Therapy for Children (KIDNET) as a treatment for traumatized young refugees versus treatment as usual: study protocol for a multi-center randomized controlled trial (YOURTREAT). *Trials, 21*(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4127-4>
- Wittmann, J., Groß, M., Catani, C., Schmidt, T., Neldner, S., Wilker, S., May, T., Ertl, V., Rosner, R., Zindler, A., Odenwald, M., & Neuner, F. (2022). The efficacy of Narrative Exposure Therapy for Children (KIDNET) as a treatment for traumatized young refugees versus treatment as usual: update to the study protocol for the multi-center randomized controlled trial YOURTREAT. *Trials, 23*(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06288-8>