



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di laurea Magistrale

**La salute psicologica del migrante: review sistematica della
letteratura con focus sulla Depressione Postpartum**

**The psychological health of migrants:
systematic review of the literature with a focus
on Postpartum Depression**

Relatrice
Prof.ssa Paola Rigo

Laureanda: Erika Maria Giannola
Matricola: 2015054

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: La popolazione migrante	3
1.1 Tipologie di migrante	3
1.2 I principali spostamenti	4
1.3 Fattori potenzialmente rilevanti per lo studio della popolazione migrante	8
1.4 Il paradosso del migrante sano	8
1.5 Acculturazione	8
1.6 Enclavi	9
1.7 Clandestinità	10
CAPITOLO 2: Depressione Post-Partum (DPP)	12
2.1 Definizione ed epidemiologia	12
2.2 Screening e scale di valutazione	13
2.3 Principali trattamenti per la depressione post-partum	14
2.4 Conseguenze nel bambino	14
2.5 Principali fattori di rischio	15
CAPITOLO 3: L' influenza della cultura nella vita della donna	18
3.1 Il ruolo della donna	18
3.2 Tradizioni e culture nel peri-parto	18
3.3 Il rapporto con le pratiche sanitarie del mondo Occidentale	20
CAPITOLO 4: Prima Revisione - la fragilità psicologica del migrante	22
4.1 Metodi: Strategia di ricerca	22
4.2 Criteri di inclusione ed esclusione	22
4.3 Risultati: selezione degli studi	23
4.4 Paesi di provenienza	24
4.5 Paesi d'arrivo	26
4.6 Principali test usati	27
CAPITOLO 5: Seconda Revisione – La fragilità della donna immigrata nel peri-parto	33
5.1 Strategia di ricerca	33
5.2 Criteri di inclusione ed esclusione	33
5.3 Risultati: selezione degli studi	34
5.4 Paesi di provenienza	35
5.5 Paesi d'arrivo	36
5.6 Principali test usati	37
CAPITOLO 6: Discussione	41

6.1 Prima revisione: acculturazione e identità culturale	41
6.2 Differenze rispetto allo status giuridico del migrante.....	42
6.3 Migrazione basata sul matrimonio	44
6.4 Altri fenomeni rilevanti	44
6.5 Seconda revisione: depressione post-partum	45
6.6 Limiti e criticità degli studi	48
6.7 Approccio al migrante come paziente	50
CONCLUSIONE	51
BIBLIOGRAFIA	52

ABSTRACT

Le condizioni di vita di chi intraprende migrazioni per fuggire da conflitti, persecuzioni, calamità, povertà e per cercare di migliorare la qualità della propria vita sono un tema centrale per la salute pubblica della nostra epoca di globalizzazione. Il processo di migrazione è un evento emotivamente intenso che rappresenta un potenziale fattore di rischio per l'insorgenza di sintomatologie psicopatologiche e/o potrebbe impedire ai soggetti più vulnerabili di giungere a destinazione. Nonostante ciò, la letteratura scientifica attuale riguardante la salute psicologica delle popolazioni in movimento manca di una visione d'insieme che armonizzi le conoscenze acquisite.

Appare di particolare interesse la condizione di fragilità vissuta dalle donne migranti nel peri-parto, le quali si trovano ad affrontare una duplice sfida: da un lato la transizione alla genitorialità con i suoi cambiamenti a livello fisico, sociale e psicologico; dall'altro la condizione di migrante e il bagaglio di esperienze potenzialmente traumatiche che possono sovrapporsi rendendo tali soggetti potenzialmente più vulnerabili all'insorgenza di psicopatologie come la Depressione Postpartum.

Al fine di colmare tale lacuna sono state condotte due review sistematiche della letteratura mediante il database PubMed. Una, più generale, è volta a indagare le condizioni di vulnerabilità psicologica dei migranti, anche sulla base del loro status giuridico (p.e., rifugiati, richiedenti asilo, immigrati irregolari e delle motivazioni che li hanno spinti al viaggio (p.e., migranti economici, occupazionali, *marriage migrant*). La seconda si basa su una review sistematica già esistente in letteratura, datata 2015, e approfondisce le condizioni di vulnerabilità che l'interazione tra lo status di migrante e la transizione alla genitorialità determinerebbero.

INTRODUZIONE

“Il mare non uccide. Le persone uccidono. Anche l’indifferenza uccide, sì, anche quella. E le differenze. Le differenze quando vengono impugate per giustificare i propri errori ci portano nei cunicoli bui della bestialità, del mondo basso dove l’uomo si fa lupo perché ha paura. E il terrore partorisce terroristi e terrorismi, tutti intenti a scovare i terrorismi degli altri e alla fine siamo tutti boia che chiamano il proprio caino giustizia. Questi anni, quando li racconteremo, li chiameremo “gli anni del lupo”. Lupi affamati che ringhiano in gabbia pregando che un nemico gli riempi lo stomaco, che abbaiano gli passi la paura. E per perdonarci istituiremo ancora più giornate della memoria.” È così che Giulio Cavalli apre la quinta scena di “A casa loro”, un’opera che rivela le crudeltà, il dolore e le violenze subite da alcuni migranti sopravvissuti al viaggio e alle torture.

Risulta indispensabile, al fine di raggiungere un’uguaglianza nel diritto alle cure, prendere in considerazione le caratteristiche bio-psico-sociali di tutti i gruppi umani che compongono la nostra popolazione. Nello specifico, è necessario rivolgere una particolare attenzione alle popolazioni migranti in quanto sottoposte a molteplici fattori stressanti, sia durante il tragitto che al loro arrivo nel Paese di destinazione. La letteratura scientifica attuale manca di organicità nel momento in cui si cerca di affrontare il tema della migrazione e dei drammi ad essa connessi, questo presupposto rappresenta la ragion d’essere del presente studio che è composto da due revisioni sistematiche della letteratura, tenute insieme da un *fil rouge*: le condizioni di fragilità e sofferenza psicologica della popolazione in movimento. La prima revisione offre uno sguardo più ampio, rivolgendosi a campioni di migranti di status giuridico differente, e con lo scopo di analizzarne la salute psicopatologica. La seconda revisione ha lo scopo di indagare nello specifico la prevalenza di Depressione Postpartum nelle donne migranti nel periodo che precede o segue il parto. Partendo dal presupposto che le condizioni di fragilità psicologica emerse e indagate nella prima revisione, sommate al delicato periodo rappresentato dalla transizione alla genitorialità, possano generare una situazione di particolare vulnerabilità che meriterebbe una specifica attenzione. In totale i capitoli sono 6: il primo capitolo approfondisce i principali fattori connessi al fenomeno migratorio, il secondo capitolo è dedicato alla Depressione Postpartum, alle sue conseguenze e ripercussioni nella vita del bambino e i fattori di rischio ad essa connessi, il terzo capitolo nasce per offrire un breve ma interessante sguardo sul ruolo e le influenze della cultura nella vita della donna, il

quarto e il quinto capitolo si occupano rispettivamente di esporre la prima e la seconda revisione, infine, il sesto capitolo è costituito dalla discussione dei risultati emersi.

Spero che la visione d'insieme data da questo elaborato offra una chiave di lettura per chi come me vuole dedicare la propria attività professionale ad una popolazione così tanto emarginata e trascurata ma anche bisognosa di cure e interventi adatti e studiati su misura, che considerino *in primis* il bagaglio culturale e le esperienze di vita di ogni uomo, donna e bambino.

LA SALUTE PSICOLOGICA DEL MIGRANTE: REVIEW SISTEMATICA DELLA LETTERATURA CON FOCUS SULLA DEPRESSIONE POST PARTUM.

Le grandi migrazioni umane del XX e XXI secolo costituiscono eventi di vita stressanti ed estremamente drammatici per il singolo individuo che ne è coinvolto. L'esperienza di tali fenomeni caratterizza una popolazione che potenzialmente è fragile da un punto di vista psicopatologico. Inoltre, è noto che un numero elevato di donne al mondo faccia esperienza di depressione nel post partum e tale numero risulta essere ancora più elevato nella popolazione migrante. Ciò è testimoniato da un numero crescente di studi recenti che hanno analizzato il fenomeno (Falah-Hassani, Shiri, Vigod, & Dennis, 2015).

Le caratteristiche di ogni popolazione e di ogni migrazione sono peculiari e specifiche; perciò, è necessaria una corretta definizione delle numerose caratterizzazioni del fenomeno e dell'individuo preso in esame.

Nel capitolo che segue verrà analizzata la popolazione migrante nelle sue principali sfaccettature.

CAPITOLO 1 *LA POPOLAZIONE MIGRANTE*

I fenomeni migratori non sono inquadrabili attraverso un'unica definizione essendo esso stesso un fenomeno complesso, esso va analizzato attraverso la definizione di diverse variabili che lo compongono, le quali vengono analizzate come segue:

Tipologie di migrante

1. Definito dalla Convenzione di Ginevra del 1951, il Rifugiato è colui che vive fuori dal proprio Paese e non può farvi ritorno perché teme di essere o è perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un gruppo sociale, per le opinioni politiche (UNHCR). Secondo una recente stima di UNHCR il numero di rifugiati nel mondo è arrivato a quasi 21.3 milioni alla fine del 2021. (UNHCR, 2021)

2. I richiedenti asilo sono individui che fuggono dal proprio Paese in cerca di protezione dalla guerra o da altre catastrofi che coinvolgono la loro terra d'origine ed hanno inoltrato una richiesta d'asilo aspettando il riconoscimento dello status di Rifugiato da parte delle autorità della Nazione ospitante. (UNHCR). Nel 2021 i richiedenti asilo nel mondo erano circa 1.7 milioni (Bailey, 2010; UNHCR, 2021).

3. Gli sfollati interni o "Internally Displaced" sono civili che non attraversano il confine internazionale e quindi restano all'interno del proprio Paese ma fuggono comunque da guerre e persecuzioni in atto e sono circa 51.3 milioni nel mondo (UNHCR, 2021).

4. Il migrante economico è colui che abbandona il proprio Paese d'origine per ragioni economiche, cercando di migliorare la qualità della propria vita (E.M.N.)

5. Il migrante occupazionale o "Labour Migrant" rappresenta una sottocategoria di migranti che viaggiano in cerca di lavoro o affari in un Paese diverso da quello d'origine (Simon et al., 2015).

6. Con Marriage Migrant indichiamo coloro che migrano verso un altro paese a causa del matrimonio, ossia per sposarsi con uomini stranieri pressoché sconosciuti. Il fenomeno è particolarmente diffuso in estremo Oriente (Corea del Sud, Taiwan) e coinvolge prevalentemente la popolazione femminile. Si sa molto poco del fenomeno perché la letteratura su questo argomento in lingua anglofona è carente (Huang & Mathers, 2008).

7. Gli sfollati per cause ambientali e disastri ambientali, vittime di disastri naturali o artificiali che forzano la gente a spostarsi come terremoti, inquinamento delle falde acquifere, desertificazione, deforestazione o eventi metereologici estremi (Bailey, 2010).

I principali spostamenti

La provenienza del migrante porta con sé una moltitudine di variabili socio-antropologiche di estremo interesse (lingua, religione, usi e costumi). La meta verso cui gli spostamenti sono diretti è influenzata dall'area geografica di partenza, e l'area di arrivo, le condizioni di vita in essa sperimentate, e il tipo di viaggio affrontato possono attenuare o aggravare la condizione di fragilità dei soggetti che lo affrontano. Di seguito vengono espone le caratteristiche principali delle migrazioni in relazione all'area geografica di partenza.

Africa: L’Africa è una delle principali regioni interessate dai fenomeni migratori interni ed esterni. In Africa subsahariana la maggior parte degli spostamenti è dettato dai conflitti, altre cause di spostamenti sono date dai recenti disastri climatici (in particolare i cambiamenti climatici hanno portato siccità e tempeste improvvise) che hanno colpito soprattutto il corno d’Africa, e l’Africa centrale e occidentale. Tali eventi esacerbano i conflitti e le tensioni interne rendendo ancora più necessari gli spostamenti verso altri Paesi. Il Nord Africa è una delle principali aree di transito e punti di partenza per i migranti nonché luogo di possibile respingimento, ma presenta caratteristiche differenti dal resto della regione. L’instabilità politica, eccezione fatta per la Libia, e la crisi climatica hanno infatti un peso meno rilevante. Le principali rotte che attraversano il Nord Africa sono la “Mediterranea Centrale” che passa dalla Libia e/o Tunisia raggiungendo le isole del Mediterraneo centrale (come Sicilia, Malta, Lampedusa) e la “Mediterranea Occidentale” che attraversa la costa occidentale dell’Africa e mediante Sahara Occidentale, Marocco e Algeria raggiunge la penisola Iberica.

Le donne, che costituiscono una cospicua percentuale della totalità dei migranti, si spostano per ragioni economiche, per riunirsi alle loro famiglie o per incrementare la loro istruzione. Durante il viaggio o a destinazione sono però soggette a numerosi rischi come lo sfruttamento sessuale, forme di violenza, abuso e stupro, condizioni lavorative precarie. In Nord Africa tali pericoli sono particolarmente rilevanti soprattutto durante l’attraversamento della Libia, in cui si rischia di essere preda di gruppi armati e bande, e quindi, vittime di ricatto, torture e abusi da parte di questi (World Migration Report 2022, 2021).

Americhe: I principali luoghi di partenza appartengono all’America latina e i principali sono Messico e Venezuela verso Stati Uniti, Canada, Colombia, Argentina, Brasile e Chile. Il ruolo dei conflitti, tranne che per Colombia ed El Salvador, è trascurabile. I principali motivi che spingono alla partenza riguardano la ricerca di occupazione e la presenza di calamità naturali (prevalentemente presenti in Centro America e Brasile). Il rischio di respingimento è molto alto anche a causa dell’inasprirsi delle misure di controllo dei confini. La presenza dei migranti irregolari provenienti dal Messico negli Stati Uniti si è infatti ridotta negli ultimi dieci anni di 1.9 milioni di

individui, in aumento sono invece i migranti provenienti dal Centro America e dall'Asia (*World Migration Report 2022*, 2021).

Oceania: Australia, Papua Nuova Guinea e Nuova Zelanda sono tre delle regioni che ospitano il maggior numero di richiedenti Asilo ed immigrati. La popolazione migrante è composta principalmente persone provenienti da Asia ed Europa. L'Oceania conta anche il minor numero di emigrazione extra continentale, le sole cause di spostamento sono dettate da disastri come cicloni, tempeste, incendi ed altro (*World Migration Report 2022*, 2021).

Asia: Negli anni più recenti è in aumento il numero di immigrati che dall'Asia si muove nel Nord America e in Europa coinvolgendo nel 2020 circa 46 milioni di migranti. Dal 1990 è anche aumentato il numero di immigrati in Asia.

Analizzando il fenomeno nello specifico, India e Cina sono i paesi dai quali parte il maggior numero di individui. 10 milioni di cinesi hanno lasciato la nazione nel 2020 diretti prevalentemente verso il Nord America, Italia, Australia, Repubblica Coreana, Giappone e Singapore, di questi una consistente parte caratterizzata da studenti. Siria, Afghanistan e Iraq sono i paesi che producono il maggior numero di rifugiati a causa di conflitti e tensioni, la maggior parte dei quali migrano verso Turchia e Pakistan. Nel Medio Oriente, le migrazioni dettate da conflitti, sono oggi in aumento quelle dovute a fenomeni naturali estremi. Tra le regioni più colpite sono incluse Yemen, Iraq, Giordania, Libano e Siria. Nonostante ciò, è noto che Libano e Giordania rientrano tra le prime 5 nazioni ospitanti il maggior numero di rifugiati. In Asia centrale il ruolo dei conflitti è minore, i migranti sono prevalentemente occupazionali e gli spostamenti avvengono attraverso (o verso) la Federazione Russa. Di particolare interesse è il fenomeno del "bride kidnapping" ovvero la coercizione al matrimonio, la quale è una delle cause di fuga delle giovani donne dalla regione (particolarmente diffusa in Kirgizstan). Dall'Asia centrale è in aumento anche la percentuale di donne che migra verso altri Paesi in cerca di lavoro (il 41% dei migranti Tagiki in Federazione Russa è di sesso femminile). In Asia del Sud la maggior parte dei migranti è mossa dalla ricerca di lavoro e dai cambiamenti climatici soprattutto a causa dell'innalzamento del livello del mare ed eventi

meteorologici estremi, la destinazione prevalente è data dai paesi del Golfo Persico (*World Migration Report 2022, 2021*).

Un fenomeno particolarmente diffuso nel Sud-Est ed Est asiatico è quello dell'immigrazione basata sul matrimonio, in cui donne provenienti da Cina, Vietnam, Indonesia, Filippine, Tailandia e Cambogia si spostano per sposare uomini tendenzialmente più anziani che vivono a Taiwan, Sud Corea, Singapore o Giappone. In letteratura sono carenti le revisioni che offrono una visione d'insieme del fenomeno, nel 2003 i matrimoni internazionali costituivano il 32% dei matrimoni totali a Taiwan.

È noto che tali unioni mancano di solide basi affettive, le famiglie taiwanesi sono tendenzialmente patrilineari e viene enfatizzata l'importanza della continuazione della linea di discendenza familiare, per cui il matrimonio si basa soprattutto sulla procreazione che spesso precede la possibilità delle donne di ambientarsi nella nuova famiglia e nel nuovo Paese (Chen & Chien, 2020; Gavin Jones, 2008).

Europa: L'Europa è una delle principali aree d'arrivo del popolo migrante, nello specifico la Germania è il Paese che ospita il maggior numero di rifugiati e migranti provenienti prevalentemente da Polonia, Turchia, Russia, Kazakistan e Syria. Seguono l'Inghilterra, che ospita indiani, polacchi e pakistani, e la Francia, che ospita prevalentemente nord africani. L'Italia è il sesto Paese che accoglie il maggior numero di migranti, provenienti soprattutto da Romania, Albania, Nord Africa (Marocco) e America Latina (Colombia ed Ecuador). I Balcani, inoltre, costituiscono un'area di transito per un flusso misto di migranti provenienti dall'Asia e dall'Africa. I cambiamenti climatici non hanno risparmiato l'Europa, infatti gli incendi in Grecia, Spagna e Francia hanno generato una grande quantità di sfollati.

Le donne giungono in maniera disomogenea verso l'Europa: il 70% di queste, infatti, giunge attraverso la rotta "Mediterranea Orientale" sbarcando in Grecia, il 21% attraverso la rotta "Mediterranea Occidentale" e "Atlantica Occidentale" sbarcando in Penisola Iberica e solo il 9% attraverso la rotta "Mediterranea Centrale" giungendo sulle coste italiane (*World Migration Report 2022, 2021*).

Fattori potenzialmente rilevanti per lo studio della popolazione migrante

Diversi studi in letteratura hanno messo in evidenza l'esistenza di svariati fattori che potrebbero avere un'influenza sulle condizioni di vita del migrante e, più in generale, sulle caratteristiche specifiche di questa popolazione. Allo stesso modo, i fattori di seguito analizzati possono essere delle utili chiavi di lettura del fenomeno.

Il paradosso del migrante sano

Il paradosso del migrante sano evidenziato in letteratura si riferisce ai casi osservati in cui i migranti presentano una salute migliore rispetto alla popolazione che vive nel paese ospitante (Ichou & Wallace, 2019). Un paradosso affine è dato dall'evidenza che gli immigrati provenienti da paesi ad alto reddito e in via di sviluppo godono di una salute peggiore rispetto a coloro che provengono da Paesi sottosviluppati e poveri. La spiegazione più diffusa a tale fenomeno si attribuisce ad una naturale selezione dei migranti più "sani" che riescono a sopportare lo stress e la fatica del viaggio e quindi il conseguente ritorno al paese d'origine da parte degli individui che stanno meno bene (salmon bias) (Markides & Rote, 2019). Bisogna considerare che anche le politiche migratorie degli Stati ospitanti possono fungere da ulteriore filtro nei confronti dei soggetti meno prestanti e in salute. (Stanek et al., 2020; Vang et al., 2015)

Nei migranti meno recenti, invecchiare nel Paese d'arrivo e il conseguente incremento del livello acculturazione possono essere individuati come fattori in grado di ridurre lo stress attuale e anche l'impatto che l'iniziale stress attribuito al viaggio, agli eventi di vita avversi e ad altre difficoltà subite hanno esercitato sulla qualità di vita dei soggetti (Markides & Rote, 2019). Ciò potrebbe ridimensionare e livellare tale divario tra il livello di benessere dei "nativi" e quello dei migranti.

Acculturazione

L'acculturazione consiste nell'insieme di cambiamenti psicologici e culturali che si delineano come conseguenza del contatto e dell'approccio con gruppi culturali diversi dal proprio (Berry & Hou, 2016).

Il sociologo Alejandro Portes ha indicato con il termine Assimilazione segmentata ("segmented assimilation") l'insieme di tre pattern di acculturazione che caratterizzano gli immigrati:

- Il pattern di acculturazione lineare e assimilazione in cui il gruppo di immigranti avanza da un punto di vista economico e riesce ad integrarsi socialmente, culturalmente, e politicamente nella classe media.

- Il pattern di accomodazione e acculturazione senza assimilazione è tipico delle enclavi etniche in cui si decide di preservare la propria cultura d'appartenenza in modo conveniente e adatto alla vita nel nuovo paese d'arrivo.

- L'assimilazione verso il basso conduce invece alla povertà e lascia gli immigrati intrappolati nel fondo della scala economica.

Infine, bisogna menzionare il caso dei migranti che hanno il supporto delle enclavi etniche e i cui genitori stessi sono acculturati al nuovo Paese. Questi individui sono protetti dalle forme di discriminazione o dalle pressioni che vanno contro la loro cultura d'appartenenza, parliamo in questo scenario di acculturazione additiva. Invece l'acculturazione dissonante riguarda la mancanza di cambiamento da parte dei migranti di prima generazione in luce dei cambiamenti e dell'acculturazione da parte dei giovani di seconda generazione, ciò porta spesso a conflitti intergenerazionali tra genitori e figli (Gibson, 2001).

Enclavi

Le enclavi etniche sono aree che presentano un'alta densità di popolazione appartenente ad un'etnia differente a quella del paese che la ospita. Tanto più gli immigrati tendono a concentrarsi in un determinato spazio geografico più tenderanno a sviluppare reti sociali e relazioni interpersonali attraverso cui partecipare allo scambio di risorse e conoscenze. Tali enclavi facilitano la loro possibilità di usufruire dei servizi, trovare occupazione (Massey, 1999) e, inoltre, riducono i costi di viaggi e spostamenti per i futuri migranti ("chain migration") (Portes & Jensen, 1992).

L'enclave crea un mercato lavorativo parallelo ed etnico-specifico in cui è facile inserirsi e non rende necessaria l'acquisizione di nuove capacità e la conoscenza della nuova lingua. Ciò nonostante, i benefici delle enclavi sono oggetto di dibattito perché si associano ad una limitata crescita economica e sociale, ad un ritardo nell'assimilazione culturale e ostacolano il migrante nel beneficiare delle istituzioni del paese d'arrivo (Sanders & Nee, 1987).

La clandestinità

Definire le condizioni di legalità del proprio status è tutto fuorché chiaro. Solo dopo che gli Stati hanno emesso una legislazione per dichiarare l'illegalità dell'immigrazione e l'hanno resa punibile attraverso l'introduzione di nuove tecnologie come fotografie, passaporti e visti, attraverso le amministrazioni, come le autorità che si occupano di immigrazione, e pratiche come la deportazione, la migrazione è diventata ufficialmente "clandestina". Questo termine fu usato per la prima volta nei media italiani nel '92, questo è un termine "ombrello" che spesso viene utilizzato impropriamente per definire un ampio spettro di condizioni come per esempio falsi richiedenti asilo, rifugiati economici e migranti in transito. Le ripercussioni nell'uso di tale lessico a livello sociale e psicologico non sono indifferenti, poiché spesso sono responsabili di una maggiore esclusione del gruppo sociale che viene così stigmatizzato.

La ricerca in quest'ambito è particolarmente povera poiché il tema è scomodo da trattare, le opinioni sono estremamente polarizzate, la ricerca è tendenzialmente guidata dal sentimento politico e molti ricercatori preferiscono adottare un approccio "head-in-the sand" come esprime Düvell nella pubblicazione intitolata "Clandestine migration in Europe" (Düvell, 2008).

Vi sono tre aspetti che definiscono lo status dell'immigrato, questi sono l'ingresso nel Paese ospitante, la residenza e l'occupazione, tutti questi possono essere regolari o irregolari. In particolare, vi possono essere 4 casi:

- L'individuo ha superato il confine di una nazione illegalmente dove sta o non sta attualmente lavorando.
- L'individuo permane oltre il termine del visto in un Paese, dopo essere entrato legalmente, dove sta o non sta lavorando.
- L'individuo sta accettando un impiego, all'interno del Paese in cui legalmente risiede, contravvenendo alle regole del visto.
- L'individuo è figlio di immigrati irregolari e diventa a sua volta un immigrato irregolare nonostante non abbia mai attraversato il confine di una nazione.

La definizione di irregolarità si basa sulle norme presenti all'interno di una società. Ciò che viene considerato un crimine varia anche in base al periodo storico e sociale, e la sua definizione è strettamente connessa alla paura e ad un sentimento vago di incertezza sociale. L'aumento della paura verso ciò che viene definito crimine si associa ad un timore

più radicato verso ciò che è percepito minaccioso e pericoloso per l'ordine sociale e politico (Düvell, 2008).

CAPITOLO 2

DEPRESSIONE POST-PARTUM (DPP)

Dopo aver evidenziato le principali caratteristiche e difficoltà legate allo status di migrante, è interessante chiedersi se le condizioni di fragilità di base a cui anche le donne immigrate sono sottoposte costituiscano un rischio specifico per l'insorgenza di Depressione Postpartum, sapendo che il periodo perinatale è un periodo delicato per donna che si trova ad affrontare cambiamenti fisici e mentali che possono comprometterne il benessere (Kolomanska-Bogucka & Mazur-Bialy, 2019). Innanzitutto, è utile definire le principali caratteristiche del disturbo preso in esame, quali epidemiologia, scale di valutazione utilizzate, principali trattamenti, conseguenze riscontrabili nel bambino e i fattori di rischio connessi alla DPP.

Definizione ed epidemiologia

La depressione post-partum o perinatale è un disturbo molto comune tra le donne, consiste in un episodio di depressione maggiore durante la gravidanza o dopo di questa, durando da 4 settimane dopo la nascita del bambino fino ad un anno (O'Connor et al., 2019). È un tipo di depressione più grave rispetto al “baby blues” che derivando da normali reazioni ai cambiamenti ormonali conseguenti al parto non richiede un trattamento specifico (Lee & Chung, 2007), sebbene sia incluso all'interno dei fattori di rischio per la depressione post-partum (Kolomanska-Bogucka & Mazur-Bialy, 2019).

I sintomi caratteristici sono comuni a quelli del Disturbo depressivo maggiore, riportando stanchezza e affaticamento, umore depresso e tristezza, difficoltà a godere della vita, ritiro sociale, disturbi del sonno, mancanza o aumento dell'appetito, difficoltà di concentrazione ecc. a questi si aggiungono sintomi più specifici come una difficoltà ad entrare in contatto con il proprio bambino, sentimenti di impotenza ed incapacità relative alle proprie funzioni genitoriali o paura di far male al bambino. Tutto ciò comporta reazioni a catena caratterizzate da ripercussioni moderate o gravi nel rapporto diadico e nello sviluppo del bambino (Lee & Chung, 2007).

La prevalenza negli stati industrializzati varia dal 10 al 20% (M. Martucci et al., 2021). In uno studio condotto su 13 nazioni degli Stati Uniti è riportata una diminuzione della percentuale di casi dal 2004 (14.8%) al 2012 (9.8%) (Ko et al., 2017). Diversi dati

lasciano però intuire che la percentuale di casi di Depressione Post Partum potrebbe essere sottostimata, poiché poche donne chiedono aiuto e si stima che più del 50% dei casi è sommerso, non clinicamente diagnosticato o trattato (Beck, 2002).

Screening e scale di valutazione

Il College Americano di Ginecologi e Ostetrici e l'accademia Americana di Pediatria (AAP) raccomandano di effettuare uno screening per sintomi di depressione e ansia almeno una volta nel periodo perinatale (Brito et al., 2022), in particolare durante le visite routinarie del primo, secondo, quarto e sesto mese post parto (Lamere & Golova, 2022). Lo screening è importante perché permette di effettuare un intervento precoce, garantendo il supporto necessario alle neomamme al fine di riprendere il controllo delle proprie vite (Brito et al., 2022). I test di screening più utilizzati sono l'Edinburgh Postpartum Depression Screen (EPDS) ed il Patient Health Questionnaire- 2 (PHQ-2) (Lamere & Golova, 2022).

L'EPDS è uno strumento comunemente utilizzato per identificare le donne che potrebbero soffrire di depressione prima o dopo il parto, consiste in 10 item (Cox et al., 1987). Il cut-off non è specificato, alcuni studi utilizzano un cut-off maggiore o uguale a 10, altri preferiscono considerare un cut-off maggiore o uguale a 13 (Levis et al., 2020).

Il range utilizzato considera i punteggi da 0 a 6 come assenza o depressione minima; i punteggi da 7 a 13 come lieve depressione; da 14 a 19 depressione moderata e infine da 19 a 30 la depressione è considerata severa (McCabe-Beane et al., 2016).

Il Postpartum Depression Predictors Inventory- Revised (PDPI-R) è uno strumento composto da 13 fattori di rischio per la depressione postpartum, i primi 10 sono utilizzati anche nella versione prenatale e sono: lo stato coniugale, socioeconomico, l'autostima, depressione prenatale, l'ansia prenatale, storia di depressione, supporto sociale, stress di vita, programmazione della gravidanza e soddisfazione coniugale. Nella versione post partum si aggiungono altri 3 predittori: lo stress per la cura del bambino, il temperamento del bambino e il maternity blues (Records et al., 2007).

Principali trattamenti per la Depressione Postpartum

Tra i trattamenti più diffusi, la psicoterapia interpersonale risulta essere un intervento utile a ridurre i sintomi depressivi e di ansia, aiuta ad incrementare il supporto sociale, la qualità delle relazioni e la regolazione (Bright et al., 2020). Anche la terapia Cognitivo Comportamentale e gli interventi di stampo psicodinamico hanno effetti positivi sulla depressione. Infine, i programmi home-based (per esempio le regolari visite a casa della futura mamma o della neomamma da parte di professionisti) hanno anch'essi un impatto positivo sulla funzione genitoriale e sulla riduzione di comportamenti di abuso e neglect verso il bambino (Leis et al., 2009).

Conseguenze nel bambino

Numerosi studi affermano che la depressione post partum abbia delle conseguenze cliniche e conseguenze a carico dello sviluppo nel bambino (Gelaye et al., 2016).

Nello specifico, la DPP aumenta la probabilità di prognosi avversa nel bambino del 31% (Dadi et al., 2020). Le donne la cui depressione prenatale non viene trattata presentano più frequentemente complicanze della gravidanza e riportano parti pretermine il doppio più frequenti rispetto a donne non depresse. La depressione nel peri-parto presenta anche importanti implicazioni per la crescita del bambino, tale patologia, infatti, si associa ad un blocco della crescita dell'infante e ad un minore peso alla nascita.

In letteratura è anche riportata un'associazione tra la depressione materna e una maggiore frequenza di episodi di diarrea nel bambino, di altre malattie infettive così come un'incidenza maggiore (del 32%) di malattie febbrili.

Per quanto riguarda il neuro sviluppo, i sintomi depressivi materni predicono una performance infantile carente a 3 mesi, un inferiore quoziente di sviluppo mentale, un punteggio minore nelle scale Bayley dello Sviluppo Infantile e presentano ridotte abilità cognitive, motorie e di orientamento a 6-12 mesi. La DPP predice anche un ritardo nello sviluppo del linguaggio ad un anno.

Un'altra area studiata è quella del sonno, figli di madri che presentano un quadro di depressione post partum a 2 mesi riportano disturbi del sonno a 12 mesi (Gelaye et al., 2016).

A livello interattivo, la DPP si associa ad una minore qualità del legame di attaccamento madre-bambino, con un'interazione caratterizzata da pochi e poveri scambi

affettivi e scarso contatto visivo (Melania Martucci et al., 2021), le madri che riportano sintomi depressivi, anche lievi, sono tendenzialmente meno responsive, amabili e sensibili (Sechi et al., 2021).

Considerate le difficoltà e la conseguente vulnerabilità materna in un periodo in cui è indispensabile la sintonia e la connessione con i bisogni del bambino, la cura di quest'ultimo appare più provante e stressante per le madri depresse. Per di più, all'aumentare dei sintomi depressivi materni si evidenzia uno stile di attaccamento più insicuro e ansioso che a sua volta correla con un punteggio minore nelle scale Bayley (Melania Martucci et al., 2021).

Principali fattori di rischio per la Depressione Postpartum

La transizione alla genitorialità può costituire una sfida per i coniugi che, soprattutto nel caso della prima gravidanza, devono prepararsi ad assumere il nuovo ruolo di genitori. La genitorialità può essere un'opportunità per sviluppare nuove abilità, mettersi alla prova, e manifestarsi quindi come un fattore di miglioramento per la coppia. In altri casi, invece, può diventare un fattore distruttivo andando ad incrementare i problemi di coppia (Smorti et al., 2019). Uno dei fattori di rischio per la depressione post-partum che emerge in letteratura è la mancanza di supporto da parte del partner che spesso si associa ad un profilo ansioso e depresso da parte della neomamma (Della Corte et al., 2021). Il supporto sociale in generale è invece considerato un fattore che mitiga le situazioni stressanti e difficili che la donna si trova a vivere (Alhasanat-Khalil et al., 2018).

Un altro fattore di rischio associato alla depressione nel periodo perinatale sembra essere la provenienza da Paesi meno sviluppati e poveri, infatti, in stati quali Pakistan, India e Nepal l'incidenza di depressione è più alta che in stati più industrializzati (Yadav et al., 2020). Ciò si collega all'evidenza che anche lo status socioeconomico più basso è considerato un evidente fattore di rischio per tale disturbo (Della Corte et al., 2021) e un fattore ad esso associato, o che indirettamente predice il basso status socioeconomico, è il livello di educazione raggiunto; un basso livello di istruzione predice una maggiore incidenza di DPP (Yadav et al., 2020).

Fattori più legati ad un ambito medico-ginecologico che sono stati studiati in associazione alla depressione post-partum sono: il diabete gestazionale, il parto cesareo, soprattutto quando l'intervento è reso necessario da un'emergenza ginecologica che può

incrementare lo stress nella donna, una storia di depressione o fattori correlati alla depressione (una precedente storia di depressione o il “maternity blues”)(Hymas & Girard, 2019), carenza di vitamina D, obesità e sovrappeso collegati anche all’insoddisfazione della propria immagine corporea e anemia post partum (Zhao & Zhang, 2020). Anche la qualità del sonno e la sua relazione con la depressione post partum è stata spesso indagata, il sonno interrotto può influenzare o esacerbare tale disturbo, ridimensionando la qualità di vita della donna, il suo benessere e le sue capacità attentive (Saxbe et al., 2016; Zhao & Zhang, 2020).

Da un punto di vista ormonale, è stato ipotizzato che estrogeni e progesterone giocassero un ruolo nell’insorgenza della depressione perinatale (Lee & Chung, 2007), così come i livelli di cortisolo e disfunzioni tiroidee (Zhao & Zhang, 2020). Il ruolo degli ormoni gravidici è però stato messo in discussione dall’evidenza che la depressione perinatale non affligge solo le puerpere ma anche i neogenitori nel periodo che segue l’adozione di un bambino, parliamo in questi casi di depressione post-adozione (Foli et al., 2016). Anche i padri, infine, possono essere soggetti a sintomi depressivi nel peri-parto, la prevalenza di uomini che sono afflitti da depressione post-partum paterna varia dal 4% al 25% (Shafian et al., 2022).

Diversi studi evidenziano come l’esposizione a violenza domestica costituisca un predittore di depressione post partum. La violenza da parte del partner può declinarsi in termini fisici, sessuali o emotivi ed è una delle forme più prevalenti di violenza contro le donne (Koirala & Chuemchit, 2020). Da non trascurare sono le conseguenze derivate da tali forme di violenze, soprattutto del peri-parto: donne vittime di violenza hanno un rischio doppio di mancare alle visite ginecologiche prenatali, e presentano una minore aderenza o un ritardo nella messa in atto delle cure prenatali. In aggiunta, tali donne presentano un rischio di ospedalizzazione maggiore e di nascite premature (Dahlen et al., 2018).

Un ulteriore fattore di rischio per l’insorgenza di depressione post partum è la condizione di immigrato, nello specifico, nelle donne immigrate, il rischio di soffrire di DPP è il doppio rispetto a quello presente nelle donne non immigrate (Falah-Hassani et al., 2015). Alcuni fattori di rischio specifici alla condizione di immigrato sono il minore supporto sociale ricevuto e lo status socioeconomico inferiore, l’essere parte di una minoranza etnica, la difficoltà nell’esprimersi utilizzando la lingua del Paese ospitante, lo

status di rifugiato o richiedente asilo (Anderson et al., 2017), e l'aver subito eventi di vita stressanti (Shakeel et al., 2018).

L'acculturazione è un'altra variabile che va presa in considerazione quando si affronta il tema dell'immigrazione e la sua associazione con la DPP, il contesto culturale è un fattore che influenza la percezione e l'espressione dei sintomi (molte donne devono far fronte allo stigma associato al malessere mentale, un malessere talvolta non riconosciuto o giustificato dai differenti codici morali), le scelte fatte, la richiesta d'aiuto e l'accesso ai servizi (Alhasanat-Khalil et al., 2019). Lo stress acculturativo è infatti una variabile che correla positivamente con i sintomi di depressione post partum (Alhasanat-Khalil et al., 2018).

Lo stress acculturativo si declina anche in rapporto alle tradizioni relative al puerperio praticate nel paese d'origine: in letteratura non vi è concordanza riguardo all'effetto benefico o nocivo del mantenimento di tali tradizioni che spesso prevedono il confinamento della donna entro le mura domestiche (Zhao & Zhang, 2020).

CAPITOLO 3

L'INFLUENZA DELLA CULTURA NELLA VITA DONNA

Il ruolo della donna

Le condizioni di vita della donna e il suo ruolo sociale si rivelano culturalmente eterogenei se analizzati in relazione all'area e alla cultura di provenienza.

Per esempio, in America Latina è diffusa l'idea che bisogna identificarsi con la propria famiglia, essere leali ad essa e far prevalere i bisogni collettivi su quelli individuali, il termine usato per delineare questo valore culturale è "Familismo". Alle madri è attribuito il compito di istruire i figli a questa pratica, impartendo valori e comportamenti di vita accettati culturalmente.

Allo stesso modo, viene tramandata l'idea del sacrificio della donna. Il sacrificio delle madri è qualcosa di atteso, parte della loro vita, messo in atto per assicurare il bene dei figli e si basa proprio sul mettere a secondo posto i propri bisogni e necessità, premurandosi di soddisfare invece quelli dei figli (Sampson et al., 2021).

Ciò ci aiuta a capire il motivo per cui le madri di discendenza latina tendano a sottostimare e sminuire la propria tristezza e i propri problemi. È emerso da alcune interviste che la maggior parte delle donne latine non è felice di migrare negli Stati Uniti, la loro tristezza e sofferenza si basano soprattutto sulla perdita dei legami sociali che si sono costruiti nel Paese d'origine, sulla mancanza di vivere in una famiglia estesa poiché la famiglia nucleare formata solo da madre, padre e figli è considerata troppo piccola.

Spesso queste donne migrano per qualcun altro, per motivazioni non proprie e ciò alimenta il senso di isolamento e tristezza che non può essere verbalizzato. Il ruolo culturalmente imposto della donna, della madre, limita la possibilità di espressione, limita le loro opportunità. Il "marianismo" è il termine attraverso cui si indica la tendenza a mettere al primo posto i bisogni della famiglia, tendendo a minimizzare i bisogni della donna che il più delle volte rimangono inespressi (Pineros-Leano et al., 2021).

Tradizioni e culture nel peri-parto

Gli studi che affrontano il tema delle tradizioni nel periodo precedente e seguente il parto sono prevalentemente asiatici. Nello specifico, le tradizioni Thailandesi relative al peri-parto sono influenzate dalle credenze cinesi e indiane e quindi sul bilanciamento tra

lo “Yin e Yang”, caldo e freddo. Secondo tali credenze, il parto lascia la donna “fredda e bagnata” e per tale motivo, le pratiche portate avanti dai thailandesi si condensano nel mantenimento della donna al caldo, ciò include specialmente: bere bevande calde, rispettare una certa dieta alimentare, mantenere il corpo al caldo e stare lontane dalle ventate di aria fredda. Altre tradizioni rispettate riguardano l’astinenza sessuale e l’astensione dall’uso della doccia o della vasca da bagno, così come dal farsi lo shampoo, pratiche che verranno riprese solo dopo la completa risoluzione del sanguinamento vaginale nel post-parto (Kaewsarn et al., 2003).

In Myanmar, similmente, la donna segue delle diete ben precise dopo il parto, si astiene dall’attività sessuale e dall’esposizione al vento e al freddo. Altre attività non praticabili dopo il parto riguardano il maneggiamento di sapone, la pratica di faccende domestiche faticose; altre restrizioni comportamentali messe in atto per salvaguardare la salute della neomamma sono litigare, piangere, leggere e guardare la televisione (Sein, 2013).

Anche in Malesia la donna pratica un periodo di confinamento e restrizioni dopo il parto (“masa dalam pantang”), con attività simili a quelle descritte sopra. In Cina, le pratiche messe in atto dopo il parto sono dette “Zuo yuezi”, tradotto con “fare il mese”. In questo periodo di 30 giorni la donna si concentra unicamente sul suo bambino. Nella vita delle donne Cino-malesi subentra anche la figura della “pei yue” ossia una professionista o la mamma stessa della neo-partorientente che accompagna la donna per un mese, cucinando, prendendosi cura della donna e dei suoi bambini. Tale tradizione costituisce anche un’occasione, per la donna, di consolidare il legame con la propria mamma (Fadzil et al., 2016).

Anche in altre culture le restrizioni alimentari e comportamentali sono simili: in Nepal alla donna viene dato del latte caldo subito dopo il parto. Le donne musulmane sono incoraggiate a mangiare cibi caldi e ad evitare cibi acidi, crudi, piccanti, unti o oleati.

A livello igienico, le donne musulmane si sottopongono ad un bagno purificante solo dopo aver smesso di sanguinare, le donne vietnamite lavano la loro pelle con una tovaglia inumidita ed evitano il contatto con l’acqua fredda spinte dalla convinzione che dopo il parto la loro pelle sia maggiormente permeabile facendo entrare così l’acqua nel loro corpo, causando reumatismi e artriti (Lundberg & Trieu, 2011).

Il sanguinamento post-partum è considerato salutare per i pakistani perché permette alla donna di pulirsi dal sangue mestruale che si è accumulato durante la gravidanza,

mentre per il gruppo etnico dei miao (provenienti dalle regioni montane della Cina del Sud e dal Sud-Est asiatico) qualsiasi oggetto che entra in contatto con il sangue del parto deve essere lavato e bruciato per non attrarre gli spiriti (Dennis et al., 2007).

È importante sottolineare che tali pratiche restrittive a cui la donna è sottoposta dopo il parto presentano alla base motivazioni differenti. In alcune culture lo scopo è prevalentemente quello di salvaguardare la salute della gestante che è considerata debole e vulnerabile dopo il parto. In nazioni quali Nepal, Papua Nuova Guinea, Pakistan e Bangladesh queste restrizioni comportamentali e il confinamento della donna subito dopo il parto sono legate all'idea che quest'ultima sia contaminata, ed è quindi necessario che gli altri si "proteggano" da essa (Withers et al., 2018).

Tali pratiche sopra descritte sono ancora oggi rispettate soprattutto da donne con un minore grado d'istruzione e più giovani (Kaewsarn et al., 2003). Sono inoltre tradizioni tramandate da generazione in generazione, portate avanti più come senso di dovere e per via delle pressioni esercitate dai membri della famiglia più anziani. Infatti, alcuni studi sottolineano che le donne tendono a seguire tali pratiche tradizionali anche se non credono nelle conseguenze negative relative ad una loro trasgressione (Withers et al., 2018).

Il rapporto con le pratiche sanitarie del mondo Occidentale

Molte donne immigrate, appartenenti a minoranze etniche, tendono a preferire il parto in casa. Vi sono svariate ragioni, non solo legate ai costi proibitivi delle cliniche ospedaliere. In particolare, molte gestanti temono che ricevere assistenza dal sistema sanitario Occidentale corredi con l'impossibilità di portare avanti le loro pratiche culturalmente determinate. Molte di loro, per esempio, sono solite seppellire la placenta e spesso preferiscono partorire in specifiche posizioni (in ginocchio o sedute) piuttosto che nella posizione convenzionale usata nelle nostre cliniche. Un'altra ragione riguarda la paura del parto cesareo che in determinati casi viene fatto d'urgenza senza il consenso della partoriente, allo stesso modo, molte donne non accettano pratiche occidentali quali l'episiotomia, l'induzione del travaglio attraverso farmaci ed eventuali suture. Le donne Bangladesi, per esempio, soffrono lo stigma sociale conseguente al parto in ospedale, molte gestanti temono per la cicatrice del cesareo che potrebbe ostacolare le loro mansioni quotidiane e inficiare il rapporto coniugale. Le donne Laotiane, invece, si oppongono alla sutura post-parto perché questa interferisce con i loro rituali tradizionali.

Infine, molte donne ritengono che le pratiche ospedaliere e le cure tipiche occidentali siano spersonalizzanti e reificanti (Withers et al., 2018).

Ciò mette in evidenza la necessità che il personale medico-ospedaliero sia istruito e preparato sulle pratiche e credenze culturalmente differenti e che aiuti le donne ad affrontare meglio la degenza negli ospedali (Kaewsarn et al., 2003).

Conseguentemente a quanto esposto precedentemente, il quadro depressivo specifico del postpartum trova nel popolo migrante una soggettività verosimilmente vulnerabile. Al fine di portare alla luce l'interazione sindemica tra due fragilità costituite dallo stress e la condizione di subalternità e marginalità del migrante e la condizione di particolare suscettibilità della donna partoriente che si trova ad affrontare nuove sfide e cambiamenti, sono state condotte due revisioni sistematiche della letteratura.

Nella prima revisione, di più ampio respiro, è stata indagata la fragilità psicologica del migrante in quanto tale. Al fine di ottenere un focus sulla depressione postpartum, è stata svolta una seconda revisione che prende in considerazione la donna immigrata nel periparto.

CAPITOLO 4
PRIMA REVISIONE:
LA FRAGILITÀ PSICOLOGICA DEL MIGRANTE

METODI

Strategia di ricerca

La prima revisione sistematica della letteratura è stata condotta seguendo la metodologia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Shamseer et al., 2015).

Tale studio è stato svolto al fine di identificare le condizioni specifiche di vulnerabilità della popolazione migrante; a tale scopo è stata svolta una ricerca bibliografica sul database PubMed dal 1946 a Marzo 2022 utilizzando la seguente chiave di ricerca: (immigration OR immigrant OR immigra* OR refugee OR emigration) AND (psychopathology) OR ("psychological disorder"). Il processo di selezione bibliografica è mostrato in Figura 1.

Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi nell'analisi solo gli studi che (a) prendevano in esame la popolazione migrante (rifugiati, richiedenti asilo, sfollati, migranti irregolari o regolari o altre categorie), (b) sono stati pubblicati in lingua inglese, (c) considerano un campione di adulti, giovani adulti, adolescenti (considerati tali se in età compresa tra i 10 e i 19 anni) (Sawyer et al., 2018) o in cui è stato possibile estrarre da coorti più ampie tali sottogruppi di soggetti.

Sono stati esclusi gli studi in cui (a) i disturbi presi in considerazione hanno una causa di origine organica (b) sono state condotte delle revisioni e delle metanalisi, (c) gli studi che non fornivano dati empirici, ossia pubblicazioni in cui non sono stati somministrati test psicometrici.

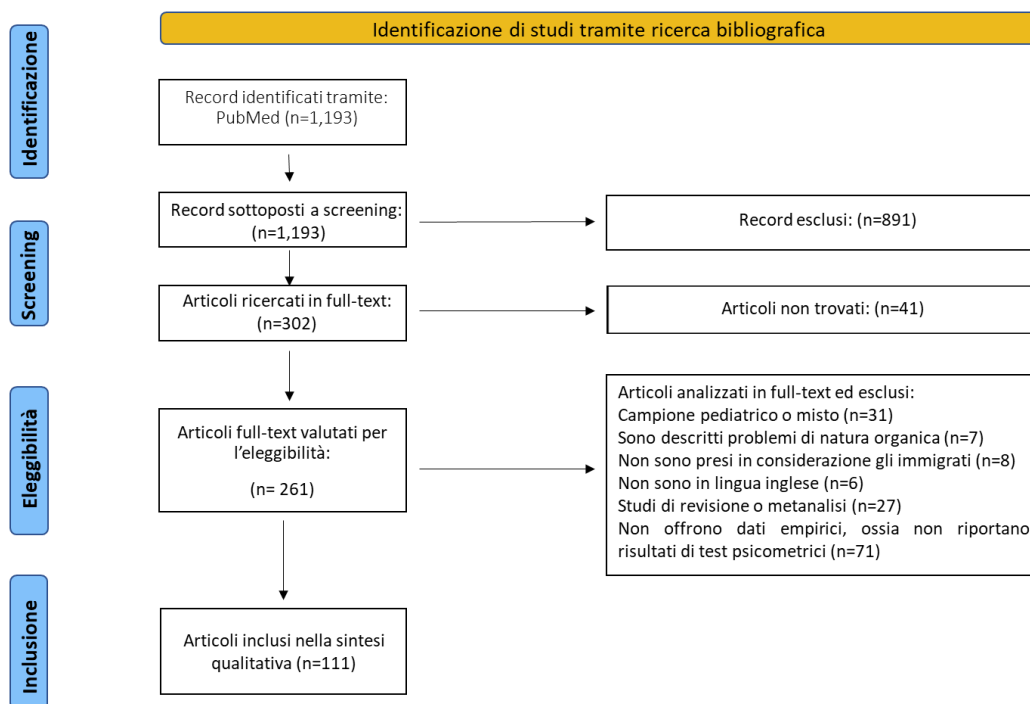


Figura 1 Processo di selezione bibliografica relativo alla prima revisione: diagramma di flusso relativo al processo di selezione bibliografica della prima revisione sistematica.

RISULTATI

Selezione degli studi

Dalla prima review sistematica sono emersi 1193 risultati, di cui, 891 articoli sono stati esclusi sulla base del titolo e dell'abstract. 191 articoli sono stati esclusi perché: 31 prendevano in considerazione un campione pediatrico o non permettevano di discriminare l'età dei partecipanti, 7 articoli approfondivano patologie di natura organica, 8 studi non prendevano in considerazione la popolazione migrante, 6 articoli sono stati esclusi perché sono scritti in una lingua diversa dall'inglese, 27 articoli sono review sistematiche o metanalisi, infine, 71 articoli sono stati esclusi perché non utilizzavano test psicometrici per definire la diagnosi, in molti di questi, per esempio, la diagnosi era effettuata tramite interviste strutturate o semi-strutturate, ed infine, 41 articoli sono stati esclusi in quanto non reperibili. In totale sono stati inclusi 111 articoli nella nostra revisione.

Le informazioni più rilevanti (autore e anno, numerosità campionaria di ogni studio, età, gruppo di confronto, test utilizzati e i risultati più importanti) sono presenti in Appendice 1 (pagine 71-84). Di seguito si riportano le informazioni di maggiore interesse:

Negli studi esaminati abbiamo riscontrato un totale di 16851 rifugiati, 14418 immigrati, 3886 richiedenti asilo, 1757 immigrati di seconda generazione e 26 sfollati interni; in più sono presenti complessivamente 21623 nativi studiati come campione di controllo e presenti in 24 articoli. Tali numeri sono stati ottenuti escludendo dalla conta gli studi che analizzano coorti uguali (10 articoli in totale). Complessivamente, 85 articoli permettevano di individuare l'età media dei partecipanti (considerando il totale di tutti i partecipanti, immigrati e nativi), la media ponderata di tutti i partecipanti considerati all'interno di questi articoli è di 30.48.

Paesi di provenienza

Il paese di provenienza dei soggetti migranti analizzati è stato definito in modo univoco nel 27.37% dei casi, nel 9.75% dei casi non si è riuscito ad estrarre un paese di provenienza unico ma una macroarea di partenza. Le provenienze di tali soggetti sono descritte in Figura 2 e Figura 3:

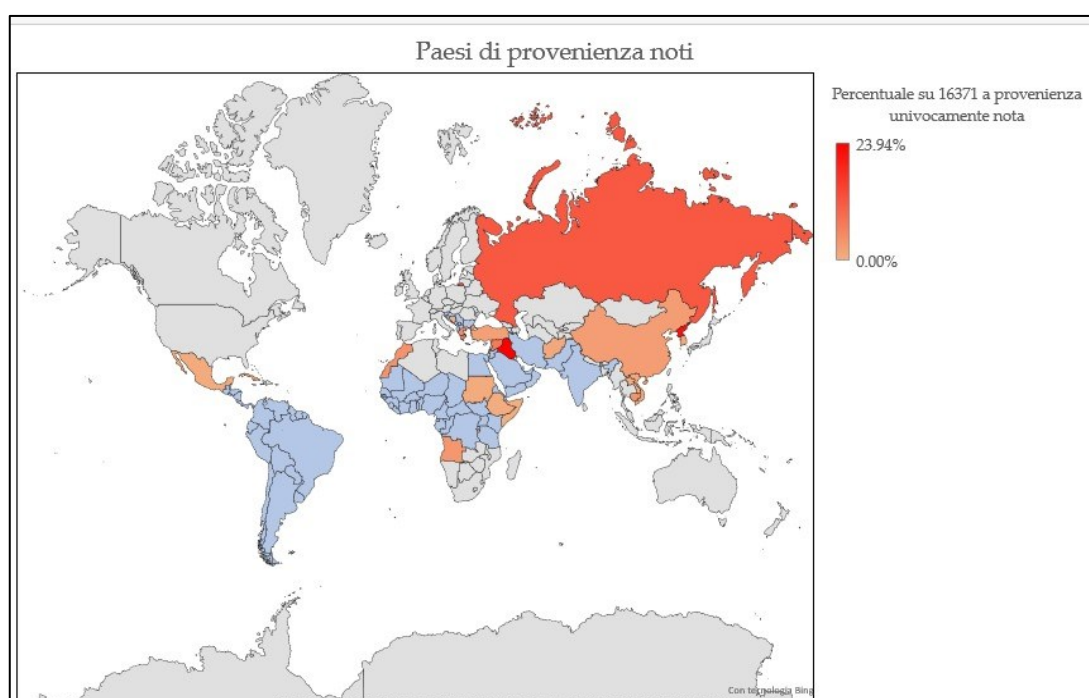


Figura 2 Provenienze: nella mappa sono evidenziati i paesi di provenienza. Con tonalità crescenti di rosso sono evidenziati i singoli paesi da cui provengono i soggetti presi in esame la cui provenienza è stata univocamente definita. Le tonalità crescenti di rosso definiscono la percentuale di soggetti provenienti da ogni singolo Paese. In blu sono evidenziate le macroaree di provenienza relative ai soggetti la cui origine non è stata univocamente definita.

Come si può notare sulla mappa, abbiamo evidenziato i principali paesi di provenienza dei migranti definendo in diversa tonalità di rosso, gradualmente più scure, la percentuale

relativa di migranti provenienti dai singoli stati. I paesi considerati sono stati estrapolati da 44 studi, sulla base di questi, il Paese di provenienza più comune è l'Iraq, con 3972 migranti, il secondo paese per numerosità è la Corea del Nord con 3618 individui che hanno intrapreso il viaggio (visibili entrambi sulla mappa, evidenziati con rosso scuro), altri 191 migranti provengono dalla Corea in senso più ampio, avendo lasciato il paese in epoca antecedente alla guerra di Corea. Russia e Syria contano rispettivamente 1953 e 1209 migranti, anch'esse sono state evidenziate in rosso scuro. I paesi di provenienza di un minor numero di immigrati sono evidenziati con un rosso più chiaro, tra questi il Laos conta 97 soggetti, l'Etiopia 87, la Bosnia ed Herzegovina 65 e infine, in fondo alla lista, la Somalia, con 48 soggetti.

Le aree evidenziate in azzurro sono aree di provenienza più vaste, infatti, in 18 articoli non è stato possibile estrapolare un univoco paese di partenza dei migranti. Le aree considerate e la numerosità di soggetti da esse provenienti sono meglio mostrate nel grafico in figura.

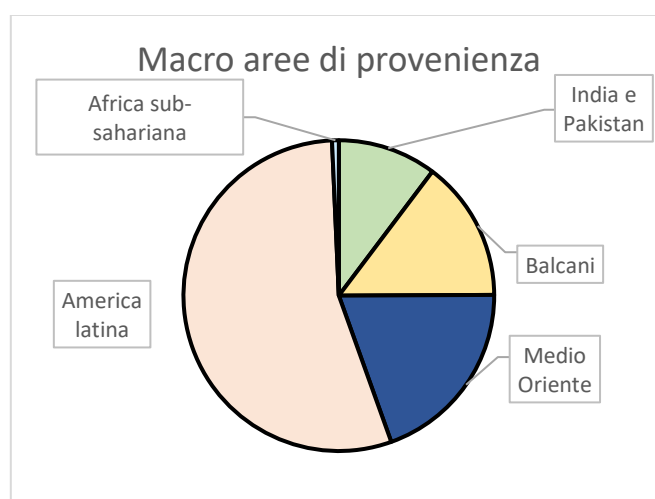


Figura 3 macroaree di provenienza: in figura è riportata la distribuzione dei soggetti provenienti dalle singole macroaree di provenienza riscontrate.

Come si può notare, la maggior parte dei migranti proviene dall'America latina (complessivamente 3195). Il Medio Oriente (sono stati considerati come Medio Oriente tutti i paesi della penisola Arabica, Giordania, Israele, Palestina, Libano, Iraq, Iran, Afghanistan, Syria, Turchia, Egitto) conta 1143 migranti, dai Balcani (ex-Jugoslavia, Albania, Bulgaria e Macedonia del Nord) sono partiti in totale 854 individui. In molti studi che consideravano un campione di immigrati che provenivano da India e Pakistan non è stato possibile distinguere il numero esatto di soggetti provenienti dall'una e

dall'altra area, per questo India e Pakistan sono stati considerati come un'unica area di provenienza che conta complessivamente 600 migranti. Infine, dall'Africa sub-sahariana (ossia tutti i paesi appartenenti alle aree al Sud del Sahara e a Nord dell'Africa Meridionale) sono partiti 41 soggetti.

Paesi d'arrivo

In merito ai principali paesi d'arrivo, La Figura 4 è esemplificativa:

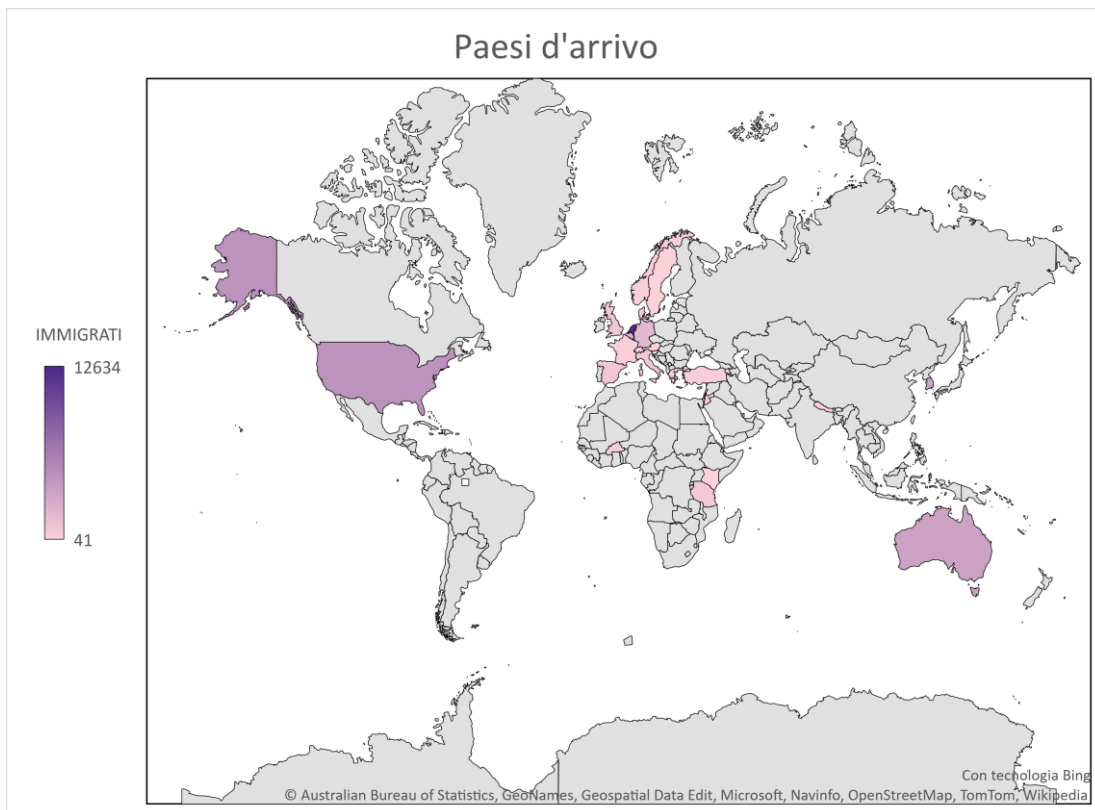


Figura 4 Paesi d'arrivo: in figura sono evidenziati, con gradazioni crescenti di viola, i paesi di provenienza dei soggetti presi in considerazione. Le sfumature di colore più scure rappresentano una maggiore densità.

I Paesi Bassi, in viola scuro, contano il maggior numero di immigrati, nello specifico 12634, e sono stati indagati come paese d'arrivo in 17 studi. All'interno del nostro campione, gli Stati Uniti contano 4680 immigrati, la Corea del Sud ne conta 3618 e l'Australia 3556 (sono tutti evidenziati in mappa con il colore lilla). Tra i Paesi con un minor numero di immigrati analizzati (evidenziati in rosa chiaro) vi è la Svezia, con 67 soggetti, il Kenya con 48 soggetti e infine l'Austria che ne conta 41.

Principali test usati

In merito ai test utilizzati per la definizione e lo studio delle numerose variabili indagate, sono stati riscontrati in totale 148 test diversi, alcuni sono più frequenti. 25 articoli hanno adoperato l'Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), che in totale è stato somministrato a 10799 individui. L'HTQ è comunemente usato come misura di screening dei sintomi correlati al trauma (Berthold et al., 2019). Tale questionario self report è composto da 3 sezioni differenti, la prima prevede 17 item riguardanti differenti esperienze traumatiche (per esempio l'aver sofferto la mancanza di cibo e acqua, l'essere stati sottoposti a torture, stupro, omicidio di familiari o amici, ecc.) per ciascuna esperienza vi sono 4 categorie di risposta: "ne ho fatta esperienza", "ho assistito", "ne ho sentito parlare" e "no.". La seconda sezione è composta da domande aperte in cui si chiede di descrivere le esperienze maggiormente traumatiche che sono state esperite. L'ultima sezione include 30 item che indagano la presenza di sintomi, 16 di questi sono estrapolati dai criteri del DSM-III-R per il disturbo Post-traumatico da stress (Mollica et al., 1992).

Tra gli studi che hanno utilizzato l'HTQ, Nickerson e colleghi hanno preso in esame un campione di rifugiati Mandei, ossia individui appartenenti ad una comunità religiosa in via d'estinzione. Questo è il primo studio che indaga la paura dell'estinzione culturale in un gruppo rifugiati minacciati dalla pulizia etnica. I risultati dello studio dimostrano l'effettiva relazione tra le esperienze di vita traumatiche (come la persecuzione religiosa), salute mentale e le credenze relative al mantenimento dell'identità culturale. La paura dell'estinzione culturale, infatti, era predetta dal PTSD e indirettamente era associata ad esperienze traumatiche passate e le difficoltà di vita (Nickerson et al., 2009). Nello studio di Aragona e colleghi datato 2013 si evidenzia la frequenza di eventi potenzialmente traumatici, difficoltà di vita inerenti al post migrazione e psicopatologia correlata, come PTSD, depressione, ansia e somatizzazione, negli immigrati di prima generazione. Nel campione studiato proveniente da svariati paesi, i traumi riportati e ottenuti tramite HTQ sono la deprivazione materiale (32.7%), la scomparsa, la morte o il danno a persone amate, ferite fisiche, condizioni di guerra, l'aver assistito a violenza esercitata su altri, tortura, confinamento forzato e coercizione (Aragona et al., 2013). In un terzo studio sono invece stati considerati campioni di migranti con uno status legale diverso, sono stati confrontati richiedenti asilo, rifugiati, immigrati illegali (senza la visa), immigrati lavoratori (*labor migrants*) e infine un campione di nativi. Tra gli strumenti utilizzati vi

è anche il sopra citato HTQ, dai risultati emerge che i richiedenti asilo riportano numeri maggiori di tipologie di eventi potenzialmente traumatici, i rifugiati riportano più tipologie di eventi traumatici rispetto agli immigrati lavoratori e ai nativi. Rispetto alla salute mentale, i richiedenti asilo soffrono di sintomi depressivi clinicamente rilevanti più frequentemente rispetto agli altri gruppi. L'ansia clinicamente rilevante era alta sia nei richiedenti asilo che negli immigrati illegali.

Il secondo test maggiormente utilizzato è l'Hopkins Symptom Checklist-25 che si basa sull'SCL-90 (Derogatis & Cleary, 1977). Il test indaga due sotto scale, una da 10 item riguardanti l'ansia e 15 item riguardanti la depressione (Vindbjerg et al., 2021). Rispetto alla nostra review, l'HSCL-25 è stato utilizzato in 17 studi, ed è stato somministrato a 4096 individui. Sono state somministrate anche altre versioni del test, come l'HSCL-21, che si basa su 3 sotto scale da 7 item che indagano i sentimenti generali di distress, distress somatico e difficoltà di performance (Deane et al., 1992) e l'HSCL-37 che include anche 12 item riguardanti la somatizzazione (Vromans et al., 2012) e i comportamenti esternalizzanti legati al trauma (Kim, 2016). In uno studio incluso nella nostra review che prende in esame un campione di giovani rifugiati Nord Coreani, è stata indagata la correlazione dinamica tra l'esposizione al trauma, il PTSD e la comorbidità con disturbi mentali (studiati attraverso l'HSCL-37). Emerge dallo studio che non è l'esposizione al trauma di per sé che si associa all'insorgenza di ansia, depressione e disturbi del comportamento, ma piuttosto lo sviluppo di PTSD in seguito all'esposizione al trauma che rende il quadro più complesso. Nello specifico, il trauma interpersonale presenta un'associazione significativa con il PTSD, tale relazione non è statisticamente significativa nel caso del trauma non interpersonale. Inoltre, lo studio conferma l'effetto di mediazione del PTSD tra l'esposizione al trauma interpersonale e le condizioni di comorbidità con i disturbi mentali (Kim, 2016).

Un altro studio prende in esame l'invarianza di misura dell'HSCL-25 e dell'HTQ, lo scopo è quindi quello di stabilire se i test usati sono in grado di misurare la stessa concezione della salute mentale in gruppi di rifugiati con background linguistici differenti. Lo studio, in merito all'HSCL, dimostra che i costrutti misurati (ansia e depressione) sono stati interpretati allo stesso modo tra i rifugiati, fatta eccezione per l'item "nervosismo e instabilità interna" ("*nervousness or shakiness inside*") che ha suscitato risposte diverse (Wind et al., 2017).

Mueller e colleghi, in uno studio del 2011 prendono in esame un campione di richiedenti asilo la cui richiesta è stata rifiutata e che vivono illegalmente in Svizzera, e un campione di richiedenti asilo la cui richiesta è ancora pendente. Utilizzando l'HSCL-25, emerge che solo il 12.5% del primo gruppo e il 17.5% del secondo gruppo non soddisfaceva i criteri per alcuna diagnosi. I richiedenti asilo con richiesta respinta risultano essere meno soddisfatti delle loro condizioni di vita e riportano una minore qualità di vita. A livello di psicopatologia e stress percepito, i due gruppi non differiscono, probabilmente perché, di fatto, i richiedenti asilo con richiesta pendente vivono anch'essi illegalmente (Mueller et al., 2011).

Il Posttraumatic Diagnostic Scale per il DSM-5 (PDS-5) è stato utilizzato in 11 studi e somministrato complessivamente a 3644 soggetti. È un test composto da 14 item che misura la severità dei sintomi del PTSD. Le domande sui sintomi prendono come riferimento il DSM-5, e nello specifico vi sono 1-5 item basati sul cluster dell'intrusione, 6-7 item sull'evitamento, 8-14 item indagano il cambiamento d'umore e della cognizione, 15-20 item riguardano l'arousal e l'iperattività, la modalità di risposta si basa su una scala Likert a 5 punti sulla frequenza e la severità dei sintomi (Foa et al., 2016). In uno studio in cui è stato somministrato anche il PDS-5, ci si focalizza sui danni morali ("*moral injury*") subiti dai rifugiati, per esempio abbandonare le persone amate fuggendo per mettersi in salvo, subendo torture, o venendo a conoscenza di eventi che violano la propria cornice morale di riferimento. Nello studio viene studiata la co-occorrenza delle diverse forme di danno morale (danni e violazioni commessi da altri e/o da sé stessi). Coloro che riportano di essere turbati per le violazioni e i danni commessi da altri individui riportano maggiori sintomi di PTSD, depressione, rabbia e ideazione suicidaria. Coloro che presentano una co-occorrenza di danni morali commessi da altri e danni commessi da sé stessi hanno maggiori sintomi depressivi e di PTSD e maggiore rabbia (Hoffman et al., 2019).

Un altro studio interessante che utilizza il PDS prende in considerazione un campione di rifugiati Somali suddividendoli in individui che masticano khat e individui che non lo fanno. Le esperienze traumatiche sono riportate dal 98% del campione, però gli utilizzatori di khat (delle foglie che se masticate hanno un effetto stimolante, è una droga molto utilizzata soprattutto nelle regioni del corno d'Africa) riportano di aver esperito più tipi di eventi traumatici rispetto ai non utilizzatori, e mostrano più sintomi di PTSD,

inoltre la diagnosi è stata fatta nel 30% dei masticatori di khat e nello 0% dei non masticatori (Widmann et al., 2014).

Altri test utilizzati di frequente sono stati il Patient Health Questionnaire (PHQ-9) presente in 10 studi e somministrato a 3804 soggetti, il test indaga 9 sintomi depressivi che corrispondono ai criteri del DSM-IV, i criteri necessari per la diagnosi sono la presenza di 5 o più sintomi di cui almeno uno è l'umore depresso o l'anedonia (Martin et al., 2006). L'Impact of Event Scale (IES), originariamente composto da due sotto scale: intrusione (7 item) ed evitamento (8 item) (Weiss, 2007), è stato usato in 8 studi e somministrato a 6986 partecipanti. Nei campioni di adolescenti, invece, è stato utilizzato prevalentemente lo Youth Self-Report (YSR), con 119 item che indagano disturbi emotivi, problemi internalizzanti ed esternalizzanti ed altri disturbi (Steinhausen et al., 1998). Il test, nella nostra review, è stato ritrovato in 9 studi e somministrato a 2683 giovani. Nello studio di Veen e colleghi datato 2010, viene preso in esame un campione di giovani Olandesi appartenenti alla popolazione generale, uno di Olandesi incarcerati, un campione di Marocchini e un campione di Marocchini incarcerati. Dalla somministrazione dell'YSR emerge che gli Olandesi incarcerati presentano maggiori punteggi di ansia e depressione, disturbi dell'attenzione, comportamento aggressivo e delinquenziale e disturbi internalizzanti ed esternalizzanti rispetto agli altri campioni considerati. Una possibile spiegazione riguarda il fatto che i giovani appartenenti alle minoranze etniche vengono arrestati per crimini meno gravi, l'aver commesso crimini meno gravi si associa ad un minore livello di disturbi psichiatrici, ciò potrebbe essere il risultato di un'effettiva disparità nell'esito dei processi giudiziari (Veen et al., 2010).

Molti altri test sono stati utilizzati nei nostri studi, di seguito è riportata la tabella con i nomi dei test, il numero di partecipanti a cui sono stati somministrati e il numero di articoli in cui sono stati usati. In appendice 3 (pagine 94-97) è riportato il glossario con la forma estesa degli acronimi in tabella 1.

Tabella 1 Test relativi alla prima revisione: In tabella sono riportati tutti i test utilizzati negli studi inclusi nella prima revisione, di fianco al nome di ogni test è presente anche il numero di partecipanti a cui è stato somministrato e il numero di articoli che hanno utilizzato il test.

Test	Partecipanti	Articoli	Test	Partecipanti	Articoli
HTQ	10799	25	CTQ	133	1

HSCL-25	4096	17	DERS	93	1
PHQ-9	3804	10	DSS-20	74	1
PDS	3458	9	EDI	3735	1
SDQ	2042	9	EPQ-R	471	1
YSR	2683	9	EPSI	302	1
CES-D	4343	8	ERI	87	1
IES	6986	8	FSS	130	1
SCL-90	4962	8	FST	64	1
PMLD	2657	6	GADS	414	1
BDI	1202	5	GARS	137	1
CBCL	1543	5	GHQ-9	128	1
PCL-5	1374	5	GSES	49	1
UCLA-RI	816	5	HAM-A	126	1
BSI	9265	4	HAM-D	126	1
GAD-7	617	4	ADS	133	1
GHQ-28	4871	4	HBSC	292	1
HSCL-37	4851	4	HSCL-21	391	1
LEC	781	4	HSI-A	992	1
WHOQOL-BREF	3820	4	IFFI	315	1
BAI	2330	3	ISEL	322	1
GSI	5501	3	KPD	66	1
PMLP-CL	3528	3	KIDDIE SADS-E	209	1
RATS	4707	3	KSP	78	1
SCL-SS	438	3	LASS-1	201	1
SLE	4388	3	LDQ	391	1
ASLEC	584	2	LCS	87	1
BDQ	3471	2	LOT-R	449	1
CTSPC	607	2	LSC-R	4167	1
DAR-5	1306	2	MADRS	119	1
ERQ	182	2	MHL	150	1
ETI	239	2	MIAS	221	1
GAF	259	2	MSPSS	449	1
GHQ-12	694	2	PACQ	100	1
IAS	449	2	PDQ-4	292	1
IPPA	584	2	PG-13	106	1
Langner 22	1040	2	POPS	87	1
MEIM	584	2	PROMIS-D	366	1
MMPI	3084	2	PSI-SF	263	1
PANSS	295	2	PSP	162	1
PDSS	186	2	PSS-10	64	1
SCWP	82	2	PSSI	93	1
SDS	174	2	PTGI-SF	55	1
SPS	583	2	RAAS	74	1
SSS-8	508	2	SAD-A	1191	1
ACE	322	1	SAS-A	1191	1
ACL	155	1	SBQ-R	292	1

ANIS	3735	1	SPI	87	1
ASEBA	174	1	SOP	87	1
ASI	130	1	SCAN	201	1
AWES	150	1	SCL-10	175	1
BCISS	322	1	SCL-19	106	1
BHS	471	1	SCS-SF	322	1
BISS	414	1	SIAB-EX	3735	1
BTQ	87	1	SOC-29	64	1
BPI	292	1	SOGS	1734	1
BSI-18	452	1	SSS-PSD	175	1
BSI-21	391	1	STAI-S	211	1
BSSS	292	1	TAS	81	1
CAPS	100	1	TBDI	1953	1
CBTT	155	1	TCI-R	1734	1
CCSS	130	1	TEMPS-A	471	1
CDI	992	1	SS	87	1
CD-RISC	322	1	TEC	81	1
CDS	201	1	VRPC	631	1
CERQ	89	1	VAS	126	1
CGI	133	1	VRS	80	1
COPE-EASY-32	335	1	WAI	41	1
CPSS	10	1	WAIS-III	162	1
CPT	162	1	WBSI	93	1
CRI-A	210	1	WHO-5	74	1
CRIS-13	366	1	WHODAS	1085	1
CRIS-8	263	1	YES-R	10	1
CTEI	10	1	ZDS	97	1

CAPITOLO 5
SECONDA REVISIONE:
LA FRAGILITÀ DELLA DONNA IMMIGRATA NEL PERI-PARTO

METODI

Strategia di ricerca

La seconda revisione sistematica della letteratura è stata condotta seguendo la metodologia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Shamseer et al., 2015). Lo scopo è stato quello di aggiornare i dati della metanalisi pubblicata da Falah-Hassani nel 2015 (Falah-Hassani et al., 2015), è stata quindi svolta una ricerca bibliografica attraverso il database PubMed usando la medesima chiave di ricerca dello studio citato, ossia: (pregnancy OR pregnant OR pregnan* OR postpartum OR post-birth OR postbirth OR antenatal OR perinatal OR postnatal OR puerperium) AND (post-traumatic stress disorder OR PTSD OR postpartum depression OR depression OR depressive OR depressed OR depress* OR mental health) AND (immigration OR immigrant OR immigra* OR refugee OR asylum OR country of birth OR emigration OR foreigner OR language). Il processo di selezione bibliografica è mostrato in Figura 5.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Sono stati esclusi gli studi pubblicati precedentemente e analizzati dallo studio sopracitato (tutti quelli prima del 2015; Falah-Hassani et al., 2015), e sono stati ulteriormente esclusi gli studi pubblicati dopo il 2020 al fine di ottenere dei risultati che non fossero influenzati dalle variabili interferenti causate dalla pandemia da COVID-19 e quindi dalle conseguenti restrizioni di movimento e il suo impatto sulla salute mentale della popolazione considerata (Mezzina et al., 2022). Nella discussione generale (Capitolo 6), i dati della presente revisione sistematica (da Gennaio 2015 fino al termine del 2020) saranno integrati con i dati della revisione sistematica di Falah-Hassani e colleghi (dal 1950 a Ottobre 2014) (Falah-Hassani et al., 2015).

Gli studi sono stati inclusi solo se (a) prendevano in considerazione i popoli migranti, (b) non erano revisioni sistematiche o metanalisi e (c) se non riportavano dati empirici

sulla salute mentale della donna nel peri-parto (ossia se non sono stati somministrati dei test psicometrici).

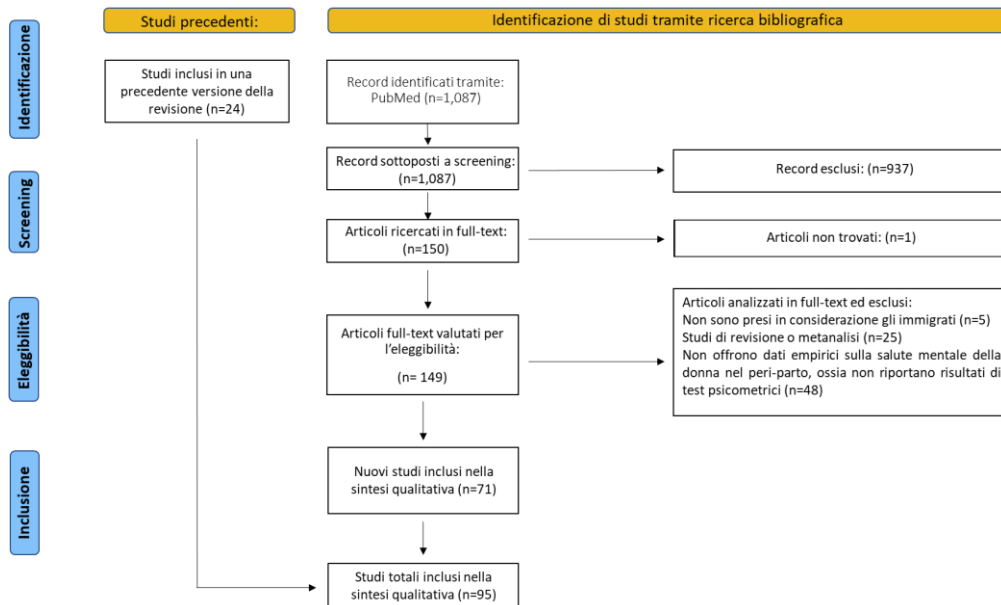


Figura 5 processo di selezione bibliografica relativo alla seconda revisione: diagramma di flusso relativo al processo di selezione bibliografica della seconda revisione sistematica.

RISULTATI

Selezione degli studi

Dalla seconda revisione, limitata agli anni 2015-2020, sono emersi 1087 risultati, di questi, 937 sono stati esclusi sulla base del titolo e dell'abstract. Dei restanti 150 articoli, 5 sono stati esclusi perché non prendono in considerazione la popolazione migrante all'interno del loro campione, 25 articoli sono stati esclusi perché sono delle review e/o delle metanalisi, 48 articoli sono stati esclusi perché non offrono dati empirici sulla salute mentale e sul benessere psicologico della donna nel periodo antecedente e seguente al parto, ed infine, un articolo è stato escluso in quanto non reperibile. In totale sono quindi stati esclusi 79 studi. Invece, sono stati inclusi nella nostra review sistematica 71 articoli.

Informazioni più estese come autore, anno, numerosità campionaria, età media, gruppo di confronto, test utilizzati e risultati principali, sono rappresentati in Appendice 2 (pagine 85-93).

Dai campioni degli studi inclusi emergono complessivamente 60075 immigrati, 1361 rifugiati, 778 richiedenti asilo, 3152 indigeni (tale campione verrà descritto in seguito) e

1146 immigrati di seconda generazione. In totale vi sono anche 79959 nativi, utilizzati come gruppo di controllo nei vari studi. Tali dati sono ottenuti escludendo dalla conta i campioni degli studi che utilizzano coorti uguali (5 articoli in totale).

Essendo di nostro interesse analizzare la salute della donna migrante nel peri-parto, tutte le partecipanti agli studi sono di genere femminile. Di 45 articoli è stato possibile discriminare l'età media dei partecipanti (comprendendo anche l'età media dei nativi). L'età media ponderata di tutti i partecipanti degli studi inclusi è di 28.42.

Paesi di provenienza

Per quanto riguarda la provenienza delle donne, la Figura 6 è esemplificativa:

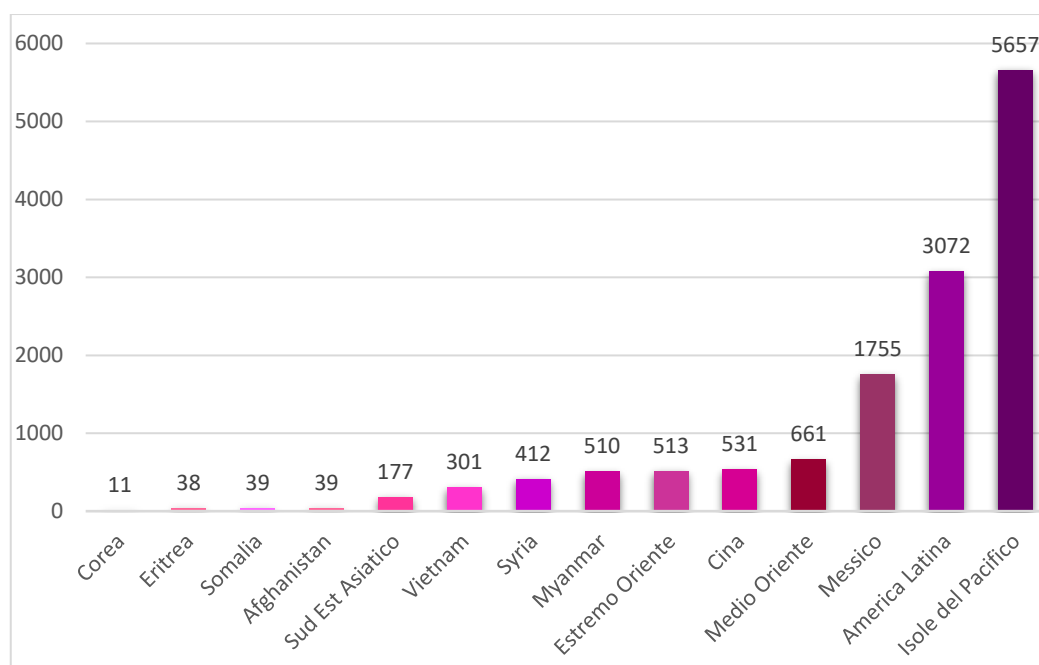


Figura 6 Paesi di provenienza: in figura è rappresentato il numero di soggetti, presi in considerazione nella seconda revisione, e i Paesi dai quali provengono

Come si può notare, la maggior parte dei partecipanti, 5657 soggetti complessivamente, proviene dalle Isole del Pacifico (Melanesia, Micronesia e Polinesia). Un'altra sostanziosa parte dei soggetti proviene dall'America Latina (3072 soggetti). Essendo numerosi gli studi che hanno preso in considerazione un campione proveniente nello specifico dal Messico (6 studi in particolare per un totale di 1755 partecipanti), questi non sono stati considerati come parte complessiva del campione proveniente dall'America Latina, ma sono stati considerati a parte. Rispetto agli articoli inclusi, solo 39 soggetti provengono dalla Somalia, 38 dall'Eritrea e 11 soggetti provengono dalla

Corea (lo studio non rende noto se i partecipanti provengono dalla Corea del Nord o dalla Corea del Sud) (Han et al., 2020). 30 studi, invece, non consentono di discriminare un paese univoco o un'area di provenienza dei migranti studiati, ma considerano zone di partenza più ampie e non raggruppabili.

Paesi d'arrivo

I Paesi d'arrivo dei migranti, estratti dalla nostra revisione, sono evidenziati in Figura 7:

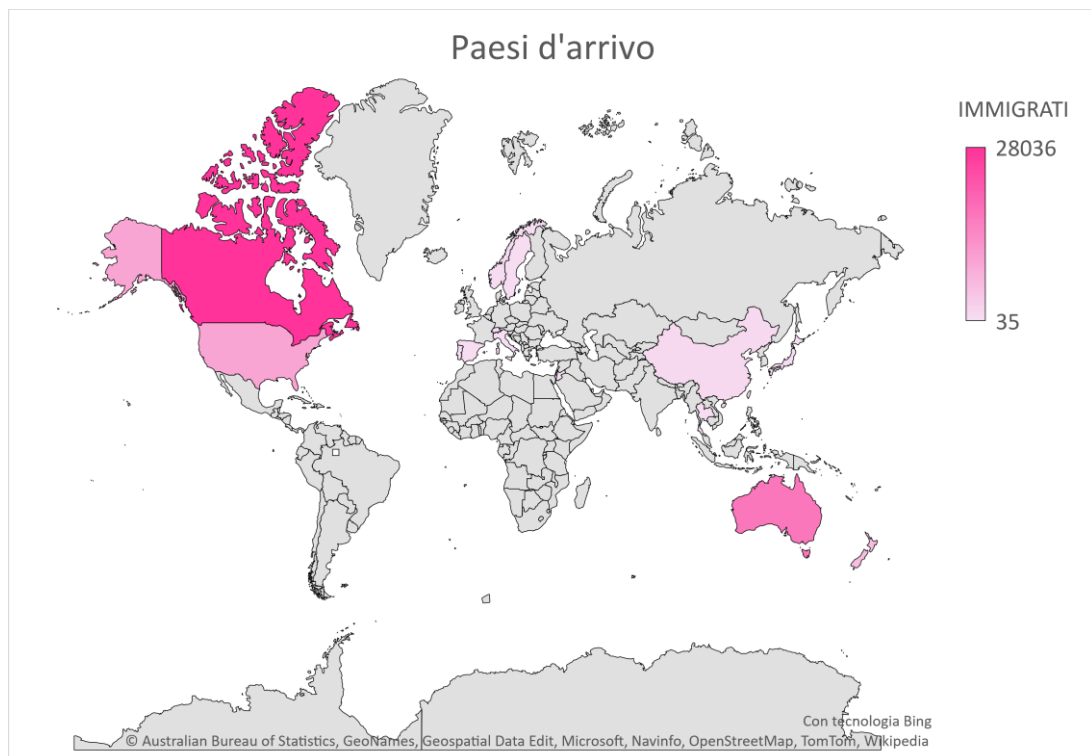


Figura 7 Paesi d'arrivo: in figura sono evidenziati, con diverse gradazioni di rosa, i Paesi raggiunti dai soggetti presi in considerazione nella seconda revisione. La maggiore intensità del colore rappresenta una maggiore densità di soggetti analizzati in un determinato Paese.

Come si può notare, il Canada (evidenziato in rosa scuro) è il Paese raggiunto dal maggior numero di migranti, complessivamente 28036. Il secondo Paese che ospita più migranti è l'Australia con 17068 soggetti, seguono gli Stati Uniti con 9596 immigrati e la Nuova Zelanda con 5657 individui. Tra i Paesi con un minor numero di immigrati analizzati, evidenziati in rosa chiaro, vi sono il Giappone (128 soggetti), il Portogallo (89 soggetti) ed infine il Libano (35 soggetti).

Principali test usati

I test utilizzati negli studi presi in esame sono complessivamente 65, il test più utilizzato è l'Edimburg Postnatal Depression Scale, EPDS (precedentemente descritto). È stato utilizzato in 53 studi su 71 totali e somministrato a 137391 donne. In uno studio di Dennis e colleghi in cui il campione è composto da immigrati recenti (meno di 5 anni in Canada) e immigrati non recenti (più di 5 anni) e native canadesi (di origine cinese), è stato somministrato l'EPDS. Prendendo in considerazione un cut off di 9 (possibile sintomatologia depressiva) e un cut off di 12 (alta sintomatologia depressiva), la percentuale di possibile sintomatologia depressiva negli immigrati era alta a 4 settimane postpartum (23.4% e 28.5% negli immigrati recenti e non recenti rispettivamente) e i punteggi sono più alti rispetto a quelli delle donne Canadesi anche a 12 e 52 settimane dopo il parto. La comorbidità tra sintomatologia depressiva e ansiosa (misurata con lo State-Trait Anxiety Inventory) nel campione di immigrati è del 14.4% a 4 settimane e scende al 10% lungo il primo anno postpartum (Dennis, Brown, Wanigaratne, Fung, et al., 2018). In un altro studio della stessa ricercatrice analizza un campione composto da migranti con diverso status legale: rifugiati, richiedenti asilo, immigrati e Canadesi. Confrontando i campioni, le donne rifugiate hanno punteggi più alti a 16 settimane postpartum misurati con l'EPDS (con un cut off di 9), nello specifico la percentuale è del 10% più alta rispetto agli immigrati e del 17% più alta rispetto alle donne Canadesi (Dennis et al., 2016).

Tra i numerosi altri studi che somministrano l'EPDS è opportuno soffermarsi su quelli che prendono in considerazione campioni composti da "migrant marriage", ossia l'immigrazione basata sul matrimonio, che è comune nel Sud-Est asiatico e nell'Asia Orientale. Uno di questi studi analizza un campione di donne immigrate a Taiwan confrontandolo con un campione di donne native Taiwanesi. Dai risultati emerge che le donne immigrate riportano di avere minore potere decisionale rispetto alle donne originarie del Taiwan, riportano minore supporto sociale ma anche minore sintomatologia depressiva, durante la gravidanza, rispetto ai nativi. Considerando i campioni singolarmente, il potere decisionale appare negativamente associato alla depressione postpartum per le donne Taiwanesi, mentre il supporto sociale risulta negativamente associato alla depressione postpartum sia nel campione di immigrati che di nativi (Chen & Chien, 2020). Un altro studio prende in esame un campione di donne Vietnamite

migrate a Taiwan, mettendolo a confronto con un campione di donne originarie Taiwanesi. I risultati mostrano una media all'EPDS maggiore nelle donne immigrate (10.35 vs. 9.09) sebbene tale differenza non sia statisticamente significativa. La percentuale di donne originarie del Vietnam con probabile depressione postpartum (il cut off preso in considerazione è maggiore o uguale a 13) è anche moderatamente maggiore rispetto al campione di controllo (26% vs. 24%). Anche la media dei punteggi relativi allo stress legato alla cura del bambino (misurati con il Child Care Stress Checklist) è più alta nelle donne immigrate (7.15 vs. 4.71). Tali risultati possono essere analizzati alla luce del fatto che le donne Vietnamite immigrate, spesso, hanno contatti sociali limitati sia prima che dopo il parto, e la mancanza di coinvolgimento in attività sociali può costituire un fattore di rischio per la salute e il benessere della donna, soprattutto nel periodo di transizione alla genitorialità che si associa ad un cambio dello stile di vita e spesso, in Asia, è legato anche ad un carico di aspettative nei confronti della neo mamma, che sarà coinvolta in attività strettamente legate alla cura della casa, della famiglia e dei bambini (Tsao et al., 2015b).

Un altro interessante studio che utilizza come strumento l'EPDS è quello condotto da Nihaya Daoud e colleghi, che pone a confronto nel suo studio un campione di immigrati, un campione di nativi Canadesi e un campione di Indigeni (Prime Nazioni, Métis e Inuit). Gli immigrati che superano i cut off considerati sono presenti con una percentuale maggiore, nello specifico, il 12.2% supera il cut off maggiore o uguale a 13, e il 24.1% supera il cut off maggiore o uguale a 10. Anche il campione di indigeni presenta una percentuale maggiore rispetto ai nativi canadesi: l'11.1% supera il cut off maggiore o uguale a 13 e il 21.2% quello maggiore o uguale a 10, mentre il campione di Canadesi presenta rispettivamente una percentuale di 5.6% e 12.9% rispetto ai due cut off. I principali fattori di rischio per la depressione post partum comprendono un basso livello educativo, l'utilizzo di antidepressivi prima della gravidanza, eventi di vita stressanti e un carente supporto sociale (Daoud, O'Brien, et al., 2019).

In merito alla variabile costituita dall'acculturazione, uno studio evidenzia come lo stress acculturativo correli negativamente con il supporto sociale e correla positivamente con i sintomi di Depressione Post Partum in un campione di donne immigrate di discendenza araba. Quindi, le donne che riportano alti livelli di stress acculturativo riportano anche maggiori sintomi di Depressione Post Partum. Nello specifico, 29 donne

(il 25.2%) riportano un EPDS maggiore o uguale a 10 (Alhasanat-Khalil et al., 2018). Uno studio, invece, associa l'acculturazione e i sintomi depressivi ad un aumento di disturbi del sonno durante tutta la gravidanza, riportando che più tempo gli immigrati Messicani passano negli Stati Uniti, peggiore è la loro salute mentale. Ciò può essere spiegato dall'assunzione di comportamenti poco salutari particolarmente dannosi durante la gravidanza (D'Anna-Hernandez et al., 2016).

Altri test adoperati sono il Perceived Stress Scale (PSS) che indaga il grado in cui un individuo percepisce gli eventi di vita come incontrollabili, non prevedibili e insostenibili (Roberti et al., 2006). Il test è stato usato in 11 degli studi inclusi e somministrato a 17950 soggetti. Lo State-Trait Anxiety inventory (STAI) consiste in 20 item che misurano l'ansia di tratto e 20 che misurano l'ansia di stato (Kendall et al., 1976), questo test è stato usato in 7 articoli e somministrato a 5899 partecipanti. Tutti gli altri test riscontrati negli articoli inclusi nella nostra review sono riportati nella tabella 2 assieme al numero di partecipanti a cui sono stati somministrati e al numero di articoli in cui sono stati utilizzati.

Tabella 2 Test relativi alla seconda revisione: In tabella sono riportati tutti i test utilizzati negli studi inclusi nella seconda revisione, di fianco al nome di ogni test è presente anche il numero di partecipanti a cui è stato somministrato e il numero di articoli che hanno utilizzato tale test.

Test	Partecipanti	Articoli	Test	Partecipanti	Articoli
EPDS	137391	53	GHQ-12	23	1
PSS	17950	11	GSI	103	1
STAI	5899	7	HITS	537	1
CES-D	5200	6	HSCL-25	35	1
SSS	4683	6	Hung PSS	208	1
PHQ-9	3104	5	HWSSS	34	1
SPS	1972	3	MASI	115	1
ASI	1713	3	IOM FP	318	1
PDPI-R	1700	3	MACV	98	1
HADS	4815	2	PAS	1426	1
AHIMSA	1544	2	MES	25	1
RES	1202	2	PSS-14	1426	1
MAF	1142	2	PDI-21	316	1
BDI	1038	2	MPAS	38	1
PRA	923	2	PSQI	711	1
ANRQ	657	2	MHI-5	277	1
DLC	303	2	MSSS	365	1
SSA	303	2	PST	103	1
MSPSS	150	2	PSDI	103	1
CAS	1358	1	SSPS-P	68	1
EDS-5	1003	1	WFL	246	1

Subjective SS	863	1	Social SS	268	3
FSSQ	519	1	WAST	12	1
GAD-7	341	1	SS Survey	3552	1
CWS	316	1	MacArthur SSS	631	1
BAS-MBIW	310	1	SASH	60	1
CCSC	188	1	SSSS	277	1
ARSAA-II	115	1	RHS-15	510	1
Burns DI	103	1	SCL-SS	341	1
Burns AI	103	1	SCL-90-R	103	1
DSS	98	1	VAS	22	1
ATSPPH	50	1	SAFA	98	1
DASS-21	23	1	PC-PTSD	12	1
CCS	22	1	TEC	103	1

CAPITOLO 6

DISCUSSIONE

Gli scopi del presente studio erano di mettere in evidenza la maggiore vulnerabilità dei migranti ai disturbi psicopatologici sulla base di difficoltà e fragilità a cui tali popoli sono soggetti (prima revisione), e analizzare nello specifico la condizione della donna migrante nel periodo che precede e segue il parto e l'associazione di questa specifica condizione all'insorgenza di Depressione Postpartum (seconda revisione).

Prima revisione: acculturazione e identità culturale

In linea con gli studi precedenti condotti sui rifugiati, i richiedenti asilo e gli immigrati, che rivelano la presenza di alti tassi di depressione clinicamente significativa, somatizzazione, disturbo post-traumatico da stress e ideazione suicidaria (Collins et al., 2011), anche le nostre revisioni evidenziano come i popoli in movimento siano maggiormente soggetti a disturbi psicopatologici. In particolare, sono emerse numerose difficoltà a cui tali soggetti sono sottoposti prima, durante e dopo la migrazione. Il rischio di insorgenza di disturbi mentali, per esempio, è incrementato dallo stress esperito dai soggetti in seguito alla migrazione in un altro paese con una cultura e un linguaggio diversi (Fichter et al., 2005). L'acculturazione è il processo mediante il quale si adottano le credenze culturali e le pratiche di una cultura differente dalla propria, e lo stress acculturativo sembra costituire un fattore di rischio per l'ideazione suicidaria tra gli immigrati di prima e seconda generazione (van Leeuwen et al., 2010). Lo stress acculturativo è un tipo di stress che nasce per via del processo di acculturazione e si articola in ansie, confusione, depressione, sentimenti emarginazione e alienazione, sintomi psicosomatici accentuati e confusione identitaria (Rudmin, 2009). Uno studio del 2011, incluso nella prima review da noi condotta, conferma l'ipotesi che lo stress acculturativo costituisca un fattore di rischio per ansia e depressione, ed altri studi confermano che la popolazione migrante è più vulnerabile allo stress per via del contesto sociale poco favorevole del Paese ospitante, delle limitazioni materiali e le poche risorse sociali e familiari (Revollo et al., 2011). Lo stress della migrazione è anche maggiore per le persone più anziane che incontrano maggiori difficoltà a trovare un impiego sicuro nel nuovo paese, che hanno maggiori difficoltà nell'apprendere la nuova lingua rispetto ai

soggetti giovani. Gli immigrati più anziani tendono anche ad aderire più fortemente alle tradizioni e ai valori della propria cultura d'appartenenza, e tutto ciò può condurre infine ad un isolamento di questa specifica classe sociale (Zilber et al., 2001).

Entrare a contatto con valori e norme differenti dalle proprie, assimilare una nuova cultura, può minacciare l'identità culturale dei migranti. Per gli adolescenti, affrontare lo stress acculturativo e la discriminazione da parte dei pari può ostacolare lo sviluppo della propria identità. Ciò è confermato da uno studio condotto su ragazzi ispanici negli Stati Uniti che riporta come l'assenza di un senso di sé coerente è associato a sintomi depressivi, e maggiori sintomi depressivi sono associati ad una minore coerenza identitaria, allo stesso modo, i sintomi depressivi inficiano la capacità di ristabilire una coerenza interna poiché sono connessi alla mancanza di energie e ad un diminuito interesse verso ciò che li circonda (Meca et al., 2019).

La propria identità culturale (composta anche da caratteristiche personali, quali età, genere, stato coniugale, educazione, impiego, classe sociale e posizione) va ad influenzare e mediare i problemi relativi all'acculturazione e lo stress associato al post migrazione. Essere parte di una minoranza etnica, poi, amplifica tale stress, così come il temere per l'incolumità della propria famiglia, soffrire la solitudine e la mancanza di contatti sociali per via dell'assenza di membri della propria comunità etnica nel Paese ospitante (Groen et al., 2019). Quest'ultima difficoltà potrebbe essere superata grazie alla formazione di enclavi, ossia aree in cui determinate minoranze si concentrano, formando una comunità a sé stante, culturalmente omogenea, separata ma allo stesso tempo ubicata all'interno del Paese ospitante. In altri studi, però, è stato mostrato che l'ipotesi della densità etnica (per cui gli immigrati che vivono nelle enclavi soffrono di minore rischio psicopatologico poiché condividono gli stessi valori, la stessa lingua e godono di maggiore supporto sociale) non è confermata, al contrario, sembra che coloro che vivono nelle enclavi siano soggetti ad un aumentato rischio psicopatologico (Mezuk et al., 2015).

Differenze rispetto allo status giuridico del migrante

Molti studi hanno messo a confronto campioni di migranti con uno status legale differente. Coloro che detengono uno status legalmente precario, che risiedono illegalmente nel Paese ospitante poiché la loro richiesta d'asilo è stata respinta, vivono con maggiori difficoltà, ansie e paure anche relative alla deportazione. Uno studio

conferma che le donne che temono la deportazione presentano una media di sintomi depressivi, ansia di stato e di tratto maggiori rispetto a coloro che non temevano la deportazione. Allo stesso modo, anche le donne preoccupate per la deportazione della loro famiglia presentano una media di sintomi depressivi maggiore rispetto alle donne che non sono preoccupate. È stata dunque osservata una correlazione significativa tra la paura della deportazione e l'ansia di stato e di tratto prenatale (Lara-Cinisomo et al., 2019).

Anche un altro studio dimostra come i richiedenti asilo riportino sintomi depressivi clinicamente rilevanti con maggiore frequenza rispetto a rifugiati e migranti illegali. Livelli d'ansia clinicamente rilevanti sono alti sia nel campione di richiedenti asilo che nel campione di migranti illegali. Questi due campioni riportano anche minori risorse dopo la migrazione. L'isolamento sociale, la difficoltà nel parlare la lingua fluentemente, la mancanza di coinvolgimento in attività ricreative che possono essere alimentate dalla mancanza di lavoro, dalle difficoltà finanziarie e dalla posizione marginale assunta all'interno della società sono solo alcune delle difficoltà con cui i richiedenti asilo e i migranti illegali devono confrontarsi (Heeren et al., 2014). Una lunga procedura d'asilo costituisce un fattore di rischio per disturbi mentali, ed è associato ad ansia, depressione e disturbi somatici (Lahuis et al., 2019).

Nei popoli rifugiati, che sono stati sottoposti ad eventi traumatici e torture, a violazione dei diritti umani, che fuggono da regimi che permettono la perpetuazione di violenza, assalti, stupri o che proibiscono la messa in atto di pratiche tradizionali (Tempany, 2009), la presenza di sintomi fisici non spiegati da un punto di vista organico (medically unexplained symptoms) è spesso più frequente rispetto alle altre popolazioni (Rohloff et al., 2014). Nella popolazione asiatica, per esempio, vi è la tendenza ad esprimere i problemi sul versante corporeo (p.e., disturbi psicosomatici e/o somatizzazioni in generale), al contrario delle popolazioni Occidentali che esprimono le proprie esperienze emotive in termini di disagi psicologici ed emotivi. La tendenza a somatizzare è alimentata dallo stigma sociale riferito ai disturbi mentali, che porta gli individui a non cercare un supporto professionale per il proprio malessere (Hussain & Cochrane, 2004) considerando lo psichiatra come un professionista che si occupa specificamente di schizofrenia, e non di depressione o ansia. In molte culture la somatizzazione è un modo

socialmente e culturalmente accettato per esprimere distress poiché i disturbi somatici legittimano il malessere (Rohlof et al., 2014).

Migrazione basata sul matrimonio

Un fenomeno diffuso in alcune aree dell'Asia è quello della migrazione basata sul matrimonio. Un decimo dei matrimoni a Taiwan avviene tra donne immigrate e uomini taiwanesi, la maggior parte delle donne proviene da Cina, Vietnam, ed altri paesi del Sud-Est asiatico (Chen et al., 2020). Generalmente, l'età media dei taiwanesi che sposano donne straniere è più alta di coloro che sposano donne del posto, la differenza d'età tra gli sposi è tipicamente ampia (con 10 o più anni di differenza). Riguardo al grado di educazione, le donne filippine tendono ad essere più istruite rispetto alle immigrate provenienti da Cina e Vietnam, e in media le donne straniere sono più istruite rispetto agli sposi taiwanesi (Jones, 2012). Diversi studi inclusi nelle nostre revisioni si sono interessati ad approfondire il tema della migrazione basata sul matrimonio, nello specifico, è stato riportato che fino ad un anno dopo il parto le donne straniere tendono a mantenere gli usi e costumi della propria cultura nativa; ciò porta ad un minore adattamento nei confronti della cultura taiwanese. Infatti, la media dei sintomi depressivi aumenta nel postpartum, poiché è stato osservato che minore è l'adattamento della donna alla cultura di Taiwan, e maggiori sono i sintomi depressivi (Chen et al., 2020). Tali donne soffrono anche l'isolamento e la mancanza di potere decisionale sulle questioni domestiche, la mancanza di supporto sociale da parte del marito si associa negativamente ai sintomi depressivi, e tali difficoltà sono generalmente frequenti se consideriamo che tali matrimoni si basano su dei patti piuttosto che sul legame emotivo e affettivo tra i due partner (Chen & Chien, 2020).

Multi-fragilità socioeconomiche e dinamiche sociali all'interno dei gruppi di immigrati

Sono stati riscontrati altri fenomeni rilevanti che allo stato dell'arte attuale non sono stati indagati sistematicamente, per esempio la violenza agita da parte del partner (IPV), un fenomeno diffuso in Asia Orientale nel 16.3% dei casi e in Africa Sub-Sahariana nel 50% dei casi. Tali stime potrebbero essere anche maggiori poiché la vergogna e lo stigma associati a tali esperienze rendono più complesso parlarne. Tale fenomeno, nel delicato periodo del peri-parto e in campioni di donne migranti, costituisce una grossa sfida,

soprattutto nei termini in cui la barriera linguistica, il differente ambiente socioculturale, l'isolamento sociale e la discriminazione non favoriscono la richiesta d'aiuto da parte della donna (Dahlen et al., 2018).

Per quanto riguarda i fattori socio-economici uno studio identifica alcune delle difficoltà che le donne immigrate devono generalmente affrontare, come la mancanza di supporto economico (l'accesso alla propria casa, la cura dei figli e aiuti finanziari), la paura di un trattamento discriminatorio, la paura dell'esclusione da parte della famiglia o della comunità più ampia e la paura della deportazione che spesso conduce ad una maggiore diffidenza nei confronti del coinvolgimento delle forze dell'ordine (Alaggia et al., 2009). Le donne che riportano IPV soffrono più frequentemente di depressione postpartum, ansia, pensieri autolesivi, spesso riportano stress e una familiarità con disturbi mentali in famiglia (Dahlen et al., 2018). Uno studio condotto su donne immigrate africane ha reso nota la presenza di strategie di coping specifiche: le donne che subiscono violenza da parte dei propri partner tendono a rivolgersi, prima di tutto, ai propri familiari, poi agli anziani o ai leader spirituali presenti all'interno della comunità, infine, come ultima alternativa, cercano aiuto al di fuori della propria comunità (Akinsulure-Smith et al., 2013), tali comportamenti non sono facilmente applicabili in un Paese culturalmente differente dal proprio, lontano dalla propria comunità in senso più ampio e lontano dai propri familiari. Il coinvolgimento dei leader spirituali è presente anche in altre culture e può essere dettato da altre necessità. Per esempio, in Somalia sono spesso richiesti trattamenti e interventi basati sulla religione, la moschea è spesso un luogo di attività comuni e la lettura del Corano è considerata curativa. Uno studio pilota del 2018 si è proposto di mettere a punto un intervento culturalmente appropriato per rifugiati islamici basato sul trattamento del trauma all'interno delle moschee e supportato dall'intervento dell'Imam, tale intervento si è rivelato essere utile e ben accettato dalla comunità, rivelandosi come un modello di intervento promettente per la comunità musulmana (Zoellner et al., 2018).

Seconda revisione: depressione post-partum

Lo studio di Falah-Hassani e colleghi (Falah-Hassani et al., 2015), ha riportato che circa il 20% delle donne immigrate fa esperienza di sintomi relativi alla depressione postpartum nel corso del primo anno dopo il parto, riconoscendo che le donne migranti

possono affrontare maggiori stressor nella transizione alla genitorialità che incrementano il rischio di insorgenza di depressione postpartum. Riprendendo la revisione precedentemente citata, i fattori di rischio che emergono dagli studi inclusi sono coerenti con le evidenze del presente studio, alcuni dei suddetti fattori di rischio sono il grado di educazione raggiunto, il reddito insufficiente, la disoccupazione, la mancanza di un partner, la difficoltà nelle abilità linguistiche, la migrazione basata sul matrimonio, la carenza di potere decisionale riguardante le questioni familiari, una storia di abusi e violenze, un basso supporto sociale, o supporto da parte di familiari e partner, e l'aver fatto esperienza di eventi di vita stressanti.

In linea con la seconda revisione da noi condotta, numerosi studi confermano che le donne immigrate sono più suscettibili all'insorgenza di depressione postpartum rispetto alla popolazione generale (Shafiei et al., 2015) per motivi specifici, come la mancanza di supporto sociale e la difficoltà ad accedere ai servizi sanitari (Rebecca Ganann et al., 2016). In aggiunta, le specifiche difficoltà correlate al processo migratorio possono incrementare il distress: tali donne spesso accumulano fattori di rischio che vanno ad esacerbare preoccupazioni relative alla gravidanza, tra cui anche i problemi finanziari, difficoltà con la propria dimora, la perdita dei legami sociali che si erano precedentemente formati, separazione dai familiari, traumi e perdite e isolamento sociale (Ratcliff et al., 2015), inoltre, spesso non godono opportunità lavorative e si ritrovano a fronteggiare un senso di fallimento nel nuovo Paese, specialmente per via delle difficoltà ad adattarvisi (Marcos-Najera et al., 2020). La mancanza di supporto sociale sembra essere maggiore nelle donne migranti, e a questa si aggiungono gli eventi di vita stressanti, le storie precedenti alla migrazione, la qualità del legame coniugale, sintomi somatici (Rebecca Ganann et al., 2016). È evidente come tali donne necessitino di maggiore supporto, la mancanza di questo ha un impatto negativo sulla capacità di fronteggiare la transizione alla genitorialità, ricordiamo infatti, che in molte culture, come in quella araba, il supporto familiare è cruciale soprattutto nei 40 giorni che seguono il parto, in genere un membro della famiglia affianca la neomamma per prendersi cura del neonato, della casa e degli altri bambini, lasciando che la donna riposi (Alhasanat et al., 2017). Il tipo di occupazione svolta e la stanchezza percepita ad essa connessa, così come il tempo trascorso dalla migrazione, hanno effetti significativi sui sintomi depressivi e sullo stress percepito. Anche il minore reddito si associa a maggiori sintomi depressivi e stress percepito (Chow

et al., 2019). Un altro studio conferma che la disoccupazione predice la depressione postpartum soprattutto nella coorte di soggetti di colore (Doe et al., 2017). Numerosi altri studi hanno riscontrato la maggiore incidenza di depressione postpartum e di altre patologie nelle donne immigrate. Nello specifico, per le donne provenienti dall’America Latina, i sintomi depressivi, il numero di esperienze traumatiche, e i fattori demografici correlano con sintomi d’ansia, e quindi all’aumentare dei sintomi depressivi e delle esperienze traumatiche aumentano anche i sintomi ansiosi (Farina et al., 2021). Il Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) del 2004-2005 riporta che la prevalenza di depressione postpartum nelle donne Latine e Afroamericane è maggiore rispetto a quella delle donne Caucasiche (Control & Prevention, 2008) ed altri studi confermano tali dati (Rich-Edwards et al., 2006; Segre et al., 2006).

Un’altra problematica, di cui abbiamo discusso sopra, e che si associa ad una maggiore insorgenza di DPP, è la violenza esercitata dal partner. Sebbene spesso ci si soffermi sulla violenza fisica, è stato provato che anche l’abuso emotivo ha degli effetti dannosi per la salute della donna (Navodani et al., 2019). Una forma di violenza diffusa soprattutto nel continente Africano è la mutilazione genitale femminile, ad oggi riconosciuta in Italia, attraverso la ratifica della Convenzione di Istanbul, come una forma di violenza (*Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica* 2011). La mutilazione genitale femminile (FGM/C) consiste nella rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o nell’apportare altre ferite agli organi genitali femminili per ragioni non mediche. In totale, le donne sottoposte a tale violenza sono più di 125 milioni. La sottoposizione a tali pratiche comporta anche difficoltà ostetriche come la necessità di parti cesarei, emorragie postpartum, ospedalizzazione prolungata della donna, rianimazione pediatrica, aborti o morte precoce del neonato. Uno studio ha messo a confronto un gruppo di donne sottoposte a mutilazione genitale e un gruppo di egual misura non sottoposto alla pratica, riscontrando però differenze non significative nella media dei punteggi ottenuti con l’EPDS. Una possibile spiegazione è data dal fatto che tali pratiche, generalmente, sono socialmente e culturalmente accettate in specifiche comunità. Solo dopo che le donne entrano in contatto con la cultura di un altro Paese e ne incorporano i valori possono cambiare la loro attitudine nei confronti della mutilazione genitale, e sviluppare disturbi quali depressione e isolamento sociale (Boghossian et al., 2020).

Limiti e criticità degli studi

Alcuni argomenti ci si aspetta abbiano un ruolo rilevante nell'analisi delle popolazioni migranti; tuttavia, tali temi non sono stati approfonditi sufficientemente in letteratura.

Tra questi, lo status socioeconomico è stato rilevato e considerato in pochi studi, molti dei quali non sono facilmente confrontabili poiché riportano valute e redditi medi molto diversi fra i paesi analizzati, inoltre, talvolta il ruolo esercitato dal reddito può apparire controverso. Per esempio, uno studio che indaga le differenze nell'espressione di sintomi e nella performance neuro cognitiva e sociale di Olandesi nativi, e immigrati di prima e seconda generazione al primo episodio psicotico, ha riscontrato che il funzionamento psicosociale evidenziato durante il primo controllo e il reddito erano i migliori predittori dei risultati ottenuti ad un anno di follow-up. In particolare, un reddito alto si associava ad un peggiore funzionamento su più domini (Stouten et al., 2019). Invece, un secondo studio che ha preso in considerazione delle triadi (composte da madre, padre e figlio) che risiedono in un campo rifugiati, riporta che un basso reddito mensile all'interno della famiglia era associato ad un maggiore uso della violenza da parte della madre. La letteratura passata conferma che uno status socioeconomico basso è considerato un fattore di rischio per il maltrattamento infantile nei paesi ad alto reddito ma tale assunto potrebbe essere applicabile anche per coloro che vivono in condizioni di povertà (Hecker et al., 2021). Un terzo studio si focalizza sul disturbo da gioco d'azzardo indagato su un campione di spagnoli e di immigrati, e riporta che l'essere più anziani o giovani ed il possedere un basso reddito familiare sono predittori di un punteggio più alto al South Oaks Gambling Screen, ossia il questionario self-report usato per valutare gli aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali del disturbo (Penelo et al., 2012). Di conseguenza non si può affermare con certezza quale sia il ruolo del reddito in relazione alla psicopatologia del migrante, sembra tuttavia che una maggiore incidenza sia presente agli estremi della distribuzione per reddito.

Un limite riscontrato negli studi inseriti riguarda il fatto che il luogo d'origine spesso non è specificato con precisione, buona parte degli studi prende in considerazione immigrati provenienti da svariate parti del mondo non facilmente raggruppabili. Per esempio, nello studio di Saraga e colleghi del 2013 la provenienza dei partecipanti coinvolge Portogallo, Europa dell'Est, Stati Arabi, Turchia, Italia, Africa sub-sahariana,

America Latina e Spagna, quindi diversi paesi non raggruppabili tra loro (Saraga et al., 2013).

Altri studi, sia nella prima che nella seconda revisione, non precisano un paese di provenienza dei soggetti, ma li raggruppano sulla base dell'etnia, come nello studio di Hagan e colleghi del 2021 in cui il campione è composto da Ispanici, Asiatici-Americani, Bianchi, provenienti dalle isole del Pacifico, Medio Orientali e multietnici (Hagan et al., 2021). Un altro studio del 2017, invece, divide i partecipanti sulla base della lingua parlata: lingua indo-iraniana, lingua del Niger-Congo, lingue semite, lingue germaniche e lingue slave meridionali (Wind et al., 2017).

Negli studi in cui la provenienza dei migranti è riportata, non sono specificate le rotte mediante le quali i migranti sono arrivati nel Paese di destinazione. Come sappiamo, tra le migrazioni irregolari esistono rotte via mare, via terra e via aerea che sottopongono gli individui a forti sforzi fisici e mentali differenti tra loro. La conoscenza della rotta affrontata potrebbe essere una variabile importante da indagare poiché potrebbe avere delle ripercussioni sui soggetti indagati, sebbene uno studio riporti il contrario. Questo studio, infatti, riportando le rotte attraverso le quali gli individui presi in esame sono arrivati in Germania, afferma che non vi sono differenze nei risultati, nel funzionamento globale e nella psicopatologia in funzione della rotta affrontata, anche viaggiare da soli o assieme ad amici non risultava statisticamente significativo, l'unico fattore protettivo risulta essere il coinvolgimento in una relazione affettiva stabile dopo il viaggio (Begemann et al., 2020). Precedenti studi riportano però che i latini, in quanto esposti ad esperienze di migrazione stressanti per via della pericolosità dei confini da attraversare, e in quanto vulnerabili al rischio di essere rapiti o violentati, sono particolarmente esposti al rischio di sviluppare ansia e depressione (Crocker, 2015; Lara-Cinisomo et al., 2019).

Pochi studi hanno preso in esame campioni di rifugiati detenuti nei campi per rifugiati, che, come denunciato da Amnesty International, sono sottoposti a molteplici violazioni dei diritti umani, come maltrattamenti, stupri, detenzione arbitraria a tempo indefinito e costretti ai lavori forzati (*Fermiamo la detenzione e la tortura di rifugiati e migranti in Libia*, 2021). Tra questi uno studio si interessa ad un campione di rifugiati da poco detenuti in un campo rifugiati ai confini della Siria, sottoposti al rumore di bombe e aeroplani, l'83.5% dei soggetti soffriva di PTSD e le donne erano a maggiore rischio probabilmente perché, per via della guerra, il proprio ruolo è tenuto a cambiare, i mariti

possono morire, riportare disabilità, le donne sono quindi sottoposte a maggiore stress, in quanto grava su di loro la responsabilità di mantenere la famiglia. Altre problematiche a cui sono sottoposte le donne rifugiate riguardano i matrimoni forzati e il sesso di sopravvivenza (una forma di prostituzione) (Acarturk et al., 2018). Un altro studio analizza triadi all'interno di un campo rifugiati in Tanzania, dimostrando come distress e trauma nelle madri ostacola la capacità di aggancio emotivo con il proprio bambino, massimizzando la probabilità di sviluppare un pattern di attaccamento insicuro e l'instaurarsi di dinamiche familiari che favoriscono il maltrattamento (Scharpf, Mkinga, et al., 2021). Lo stesso autore, in un altro studio, analizza un gruppo di adolescenti in un campo rifugiati in Tanzania esposti ad un maltrattamento continuato agito dai genitori che si associa ad un minore funzionamento della memoria a breve termine e della memoria di lavoro, e a disturbi internalizzanti, sintomi di disturbo post-traumatico da stress e pensieri disfunzionali riguardo sé stessi e il mondo (Scharpf, Mueller, et al., 2021). In aggiunta, in molti campi per rifugiati mancano servizi sanitari adeguati, ne consegue che le donne nel peri parto non vengono adeguatamente seguite e monitorate, e i disturbi mentali che possono insorgere durante e dopo il parto avranno delle conseguenze immediate e a lungo termine sia nelle madri che nei loro bambini (Fellmeth et al., 2018). Uno studio del 2019 si interessa al benessere di adolescenti rifugiati che vivono da uno a otto anni in un centro di accoglienza temporanea in Turchia (temporary accommodation centre). In questi soggetti i punteggi di ansia, depressione, senso di sé negativo e ostilità si sono ridotti rispetto ad un precedente studio condotto dagli stessi autori nel 2016, questo cambiamento può essere dovuto al fatto che la struttura del centro, prima organizzata in tende, si è convertita in containers. Il campo ha iniziato ad assomigliare sempre più ad una città con scuole primarie e secondarie e ciò ha apportato dei miglioramenti negli individui (Akgul et al., 2019)

Approccio al migrante come paziente

In generale, nella valutazione del singolo caso, la conoscenza del background culturale delle soggettività studiate, può essere d'aiuto per sviluppare e proporre interventi mirati ed efficaci. Arthur Kleinman (1978) ha concepito la cultura come un sistema di significati simbolici che possono influenzare l'esperienza e la realtà sociale degli individui. Anche la salute, la malattia e le pratiche sanitarie sono parte di un sistema culturale. Quindi, per

meglio comprendere le abitudini e le pratiche sanitarie delle donne immigrate è necessario conoscere e capire i loro valori culturali e le loro conoscenze, poiché la cultura può modellare le risposte individuali relative alla salute e alla malattia, influenzando percezioni, emozioni, linguaggio, diete, modo di vestire, l'immagine del proprio corpo, comportamenti e strutture familiari (Kleinman, 1978) (O'Mahony & Donnelly, 2007)

CONCLUSIONI

Dalla seguente trattazione emerge che lo status di migrante costituisce verosimilmente una condizione di fragilità psicopatologica, tuttavia, la popolazione migrante è estremamente eterogenea. Oltre alle differenze relative allo status giuridico, variabili quali la provenienza, l'età, gli eventi che hanno determinato la partenza, le condizioni di vita nel paese d'arrivo e le esperienze traumatiche a cui si è stati esposti costituiscono dei determinanti che possono modificare le condizioni cliniche e le rispettive manifestazioni osservate in questa popolazione. Inoltre, i fenomeni migratori sono condizionati da singoli eventi collocati nel tempo e nello spazio che modificano la composizione e le caratteristiche psicopatologiche dei migranti che giungono all'osservazione del clinico, ne consegue la necessità di un approccio che integri la consapevolezza dei fenomeni che spingono le persone, anno dopo anno, a partire, e le caratteristiche delle popolazioni colpite da tali eventi, al fine di riuscire a prestare loro migliore assistenza possibile.

È evidente, alla luce delle revisioni condotte, che la letteratura scientifica corrente manchi di sistematicità nell'analisi delle numerose variabili in gioco, ciò ostacola la comparabilità degli studi e l'analisi del fenomeno, così come la programmazione degli interventi. Se è pur vero che, come esposto nell'editoriale del Lancet, non esiste salute pubblica senza la salute del migrante (The Lancet Public, 2018), la disomogeneità in metodi, scopi ed esposizione dei risultati degli studi, si configura come un ostacolo per il raggiungimento di un'uguaglianza negli standard di salute e nelle cure per tutti gli uomini e donne.

BIBLIOGRAFIA

- Acarturk, C., Cetinkaya, M., Senay, I., Gulen, B., Aker, T., & Hinton, D. (2018). Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress and Depression Symptoms Among Syrian Refugees in a Refugee Camp. *J Nerv Ment Dis*, 206(1), 40-45. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000693>
- Adams, P. L., & Horowitz, J. H. (1980). Psychopathology and fatherlessness in poor boys. *Child Psychiatry Hum Dev*, 10(3), 135-143. <https://doi.org/10.1007/bf01433626>
- Ahmed, A., Bowen, A., & Feng, C. X. (2017). Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada: a preliminary study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 240. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1433-2>
- Akgul, S., Husnu, S., Derman, O., Ozmert, E., Bideci, A., & Hasanoglu, E. (2019). Mental health of Syrian refugee adolescents: how far have we come? *Turk J Pediatr*, 61(6), 839-845. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2019.06.003>
- Akinsulure-Smith, A. M., Chu, T., Keatley, E., Rasmussen, A. J. J. o. a., maltreatment, & trauma. (2013). Intimate partner violence among West African immigrants. 22(2), 109-126.
- Alaggia, R., Regehr, C., Rishchynski, G. J. I. j. o. l., & psychiatry. (2009). Intimate partner violence and immigration laws in Canada: how far have we come? , 32(6), 335-341.
- Alhasanat-Khalil, D., Fry-McComish, J., Dayton, C., Benkert, R., Yarandi, H., & Giurgescu, C. (2018). Acculturative stress and lack of social support predict postpartum depression among U.S. immigrant women of Arabic descent. *Arch Psychiatr Nurs*, 32(4), 530-535. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.02.005>
- Alhasanat-Khalil, D., Giurgescu, C., Benkert, R., Fry-McComish, J., Misra, D. P., & Yarandi, H. (2019). Acculturation and Postpartum Depression Among Immigrant Women of Arabic Descent. *J Immigr Minor Health*, 21(6), 1208-1216. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0837-z>
- Alhasanat, D., Fry-McComish, J., & Yarandi, H. N. (2017). Risk For Postpartum Depression Among Immigrant Arabic Women in the United States: A Feasibility Study. *J Midwifery Womens Health*, 62(4), 470-476. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12617>
- Almeida, L. M., Costa-Santos, C., Caldas, J. P., Dias, S., & Ayres-de-Campos, D. (2016). The impact of migration on women's mental health in the postpartum period. *Rev Saude Publica*, 50. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005617>
- Anderson, F. M., Hatch, S. L., Comacchio, C., & Howard, L. M. (2017). Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*, 20(3), 449-462. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0723-z>
- Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M., Maisano, B., & Geraci, S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Ann Ist Super Sanita*, 49(2), 169-175. https://doi.org/10.4415/ANN_13_02_08
- Arieli, A., & Aycheh, S. (1992). Psychopathology among Jewish Ethiopian immigrants to Israel. *J Nerv Ment Dis*, 180(7), 465-466. <https://doi.org/10.1097/00005053-199207000-00010>
- Arnetz, J., Rofa, Y., Arnetz, B., Ventimiglia, M., & Jamil, H. (2013). Resilience as a protective factor against the development of psychopathology among refugees. *J Nerv Ment Dis*, 201(3), 167-172. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848afe>
- Bailey, R. (2010). *Immigration and migration*. Infobase Publishing.
- Barhoma, M., Sonne, C., Lommen, M. J. J., Mortensen, E. L., & Carlsson, J. (2021). Stress management versus cognitive restructuring in trauma-affected refugees - A follow-up

- study on a pragmatic randomised trial. *J Affect Disord*, 294, 628-637. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.007>
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *J Nerv Ment Dis*, 195(4), 288-297. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243751.49499.93>
- Bean, T. M., Eurelings-Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Soc Sci Med*, 64(6), 1204-1215. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.010>
- Beck, B. D., Meyer, S. L., Simonsen, E., Sogaard, U., Petersen, I., Arnfred, S. M. H., . . . Moe, T. (2021). Music therapy was noninferior to verbal standard treatment of traumatized refugees in mental health care: Results from a randomized clinical trial. *Eur J Psychotraumatol*, 12(1), 1930960. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1930960>
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 31(4), 394-402. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00061.x>
- Becker, D. F., Weine, S. M., Vojvoda, D., & McGlashan, T. H. (1999). Case series: PTSD symptoms in adolescent survivors of "ethnic cleansing." Results from a 1-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(6), 775-781. <https://doi.org/10.1097/00004583-199906000-00027>
- Begemann, M., Seidel, J., Poustka, L., & Ehrenreich, H. (2020). Accumulated environmental risk in young refugees - A prospective evaluation. *EClinicalMedicine*, 22, 100345. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100345>
- Berry, J. W., & Hou, F. (2016). Immigrant acculturation and wellbeing in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 57(4), 254-264. <https://doi.org/10.1037/cap0000064>
- Berthold, S. M., Mollica, R. F., Silove, D., Tay, A. K., Lavelle, J., & Lindert, J. (2019). The HTQ-5: revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *Eur J Public Health*, 29(3), 468-474. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky256>
- Boghossian, A. S., Freebody, J., Moses, R., & Jenkins, G. (2020). Risk assessment for antenatal depression among women who have undergone female genital mutilation or cutting: Are we missing the mark? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 60(1), 76-81. <https://doi.org/10.1111/ajo.13001>
- Bright, K. S., Charrois, E. M., Mughal, M. K., Wajid, A., McNeil, D., Stuart, S., . . . Kingston, D. (2020). Interpersonal Psychotherapy to Reduce Psychological Distress in Perinatal Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 17(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph17228421>
- Brito, A. P. A., Silva, C. M., Riesco, M. L., & McArthur, A. (2022). Experiences of health professionals in screening for postpartum depressive symptoms: a qualitative systematic review protocol. *JBI Evid Synth*. <https://doi.org/10.11124/jbies-21-00329>
- Byrow, Y., Liddell, B., O'Donnell, M., Mau, V., McMahon, T., Bryant, R., . . . Nickerson, A. (2022). Profiles of post-migration stressors and mental health in refugees: A latent class analysis. *Psychiatry Res*, 311, 114494. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114494>
- Cabeza de Baca, T., Wojcicki, J. M., Epel, E. S., & Adler, N. E. (2018). Lack of partner impacts newborn health through maternal depression: A pilot study of low-income immigrant Latina women. *Midwifery*, 64, 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.014>
- Carta, M. G., Moro, D., Wallet Oumar, F., Moro, M. F., Pintus, M., Pintus, E., . . . Bhugra, D. K. (2018). A Follow-Up on Psychiatric Symptoms and Post-Traumatic Stress Disorders in

- Tuareg Refugees in Burkina Faso. *Front Psychiatry*, 9, 127.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00127>
- Ceballos, M., Wallace, G., & Goodwin, G. (2016). Postpartum Depression among African-American and Latina Mothers Living in Small Cities, Towns, and Rural Communities. *J Racial Ethn Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-016-0295-z>
- Cervantes, R. C., Fisher, D. G., Cordova, D., & Napper, L. E. (2012). The Hispanic Stress Inventory--Adolescent Version: a culturally informed psychosocial assessment. *Psychol Assess*, 24(1), 187-196. <https://doi.org/10.1037/a0025280>
- Chasan-Taber, L., Kini, N., Harvey, M. W., Pekow, P., & Dole, N. (2020). The Association Between Acculturation and Prenatal Psychosocial Stress Among Latinas. *J Immigr Minor Health*, 22(3), 534-544. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00909-2>
- Chedebois, L., Regner, I., van Leeuwen, N., Chauchard, E., Sejourne, N., Rodgers, R., & Chabrol, H. (2009). Relative contributions of acculturation and psychopathological factors to cannabis use among adolescents from migrant parents. *Addict Behav*, 34(12), 1023-1028. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.06.011>
- Chen, H. H., & Chien, L. Y. (2020). A comparative study of domestic decision-making power and social support as predictors of postpartum depressive and physical symptoms between immigrant and native-born women. *PLoS One*, 15(4), e0231340.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231340>
- Chen, H. H., Hwang, F. M., Lin, L. J., Han, K. C., Lin, C. L., & Chien, L. Y. (2016). Depression and Social Support Trajectories During 1 Year Postpartum Among Marriage-Based Immigrant Mothers in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs*, 30(3), 350-355.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.12.008>
- Chen, H. H., Lai, J. C., Hwang, F. M., & Chien, L. Y. (2020). Bi-dimensional acculturation and depressive symptom trajectories from pregnancy to 1 year postpartum in marriage-based immigrant women in Taiwan. *Psychol Med*, 1-9.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720004195>
- Choi, Y., Lim, S. Y., Jun, J. Y., Lee, S. H., Yoo, S. Y., Kim, S., . . . Kim, S. J. (2017). The Effect of Traumatic Experiences and Psychiatric Symptoms on the Life Satisfaction of North Korean Refugees. *Psychopathology*, 50(3), 203-210.
<https://doi.org/10.1159/000468544>
- Chou, K. L. (2007). Psychological distress in migrants in Australia over 50 years old: a longitudinal investigation. *J Affect Disord*, 98(1-2), 99-108.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.002>
- Chou, K. L. (2009). Pre-migration planning and depression among new migrants to Hong Kong: the moderating role of social support. *J Affect Disord*, 114(1-3), 85-93.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.005>
- Chow, A., Dharma, C., Chen, E., Mandhane, P. J., Turvey, S. E., Elliott, S. J., . . . Kozyrskyj, A. L. (2019). Trajectories of Depressive Symptoms and Perceived Stress From Pregnancy to the Postnatal Period Among Canadian Women: Impact of Employment and Immigration. *Am J Public Health*, 109(S3), S197-S204.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304624>
- Cochrane, R., & Stopes-Roe, M. (1981a). Psychological symptom levels in Indian immigrants to England--a comparison with native English. *Psychol Med*, 11(2), 319-327.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700052132>
- Cochrane, R., & Stopes-Roe, M. (1981b). Social class and psychological disorder in natives and immigrants to Britain. *Int J Soc Psychiatry*, 27(3), 173-183.
<https://doi.org/10.1177/002076408102700303>
- Collins, C. H., Zimmerman, C., & Howard, L. M. J. A. o. w. s. m. h. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *14(1)*, 3-11.

- Control, C. f. D., & Prevention. (2008). Prevalence of self-reported postpartum depressive symptoms--17 states, 2004-2005. *57*(14), 361-366.
- Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (2011).
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_944_listaFile_itemName_0_file.pdf
- Corbani, I. E., Rucci, P., Iapichino, E., Quartieri Bollani, M., Cauli, G., Ceruti, M. R., . . . Bassi, M. (2017). Comparing the prevalence and the risk profile for antenatal depressive symptoms across cultures. *Int J Soc Psychiatry*, *63*(7), 622-631.
<https://doi.org/10.1177/0020764017725543>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. J. T. B. j. o. p. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *150*(6), 782-786.
- Crocker, R. J. F. i. P. H. (2015). Emotional testimonies: An ethnographic study of emotional suffering related to migration from Mexico to Arizona. *3*, 177.
- D'Anna-Hernandez, K. L., Aleman, B., & Flores, A. M. (2015). Acculturative stress negatively impacts maternal depressive symptoms in Mexican-American women during pregnancy. *J Affect Disord*, *176*, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.036>
- D'Anna-Hernandez, K. L., Garcia, E., Coussons-Read, M., Laudenslager, M. L., & Ross, R. G. (2016). Sleep Moderates and Mediates the Relationship Between Acculturation and Depressive Symptoms in Pregnant Mexican-American Women. *Matern Child Health J*, *20*(2), 422-433. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1840-9>
- Dadi, A. F., Miller, E. R., & Mwanri, L. (2020). Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, *20*(1), 416.
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03092-7>
- Dahlen, H. G., Munoz, A. M., Schmied, V., & Thornton, C. (2018). The relationship between intimate partner violence reported at the first antenatal booking visit and obstetric and perinatal outcomes in an ethnically diverse group of Australian pregnant women: a population-based study over 10 years. *BMJ Open*, *8*(4), e019566.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019566>
- Daoud, N., Ali Saleh-Darawshy, N., Meiyin, G., Sergienko, R., Sestito, S. R., & Geraisy, N. (2019). Multiple forms of discrimination and postpartum depression among indigenous Palestinian-Arab, Jewish immigrants and non-immigrant Jewish mothers. *BMC Public Health*, *19*(1), 1741. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8053-x>
- Daoud, N., O'Brien, K., O'Campo, P., Harney, S., Harney, E., Bebee, K., . . . Smylie, J. (2019). Postpartum depression prevalence and risk factors among Indigenous, non-Indigenous and immigrant women in Canada. *Can J Public Health*, *110*(4), 440-452.
<https://doi.org/10.17269/s41997-019-00182-8>
- Darwish Murad, S., Joung, I. M., Verhulst, F. C., Mackenbach, J. P., & Crijnen, A. A. (2004). Determinants of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant adolescents aged 11-18. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *39*(3), 196-207.
<https://doi.org/10.1007/s00127-004-0734-8>
- Daud, A., af Klinteberg, B., & Rydelius, P. A. (2008). Trauma, PTSD and personality: the relationship between prolonged traumatization and personality impairments. *Scand J Caring Sci*, *22*(3), 331-340. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00532.x>
- Davies, L. C., & McKelvey, R. S. (1998). Emotional and behavioural problems and competencies among immigrant and non-immigrant adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*, *32*(5), 658-665. <https://doi.org/10.3109/00048679809113120>
- Deane, F. P., Leathern, J., & Spicer, J. J. A. J. o. P. (1992). Clinical norms, reliability and validity for the hopkins symptom checklist-21. *44*(1), 21-25.

- Della Corte, L., La Rosa, V. L., Cassinese, E., Ciebiera, M., Zaręba, K., De Rosa, N., . . . Bifulco, G. (2021). Prevalence and associated psychological risk factors of postpartum depression: a cross-sectional study. *J Obstet Gynaecol*, 1-5. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1980512>
- Demir, Z., Boge, K., Fan, Y., Hartling, C., Harb, M. R., Hahn, E., . . . Bajbouj, M. (2020). The role of emotion regulation as a mediator between early life stress and posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in Syrian refugees. *Transl Psychiatry*, 10(1), 371. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01062-3>
- Dennis, C. L., Brennenstuhl, S., Wanigaratne, S., Brown, H. K., Grigoriadis, S., Marini, F. C., & Vigod, S. N. (2018). Unique trajectories of anxiety among Chinese-Canadian women across the first postpartum year: A longitudinal cohort study. *J Affect Disord*, 230, 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.005>
- Dennis, C. L., Brown, H. K., Brennenstuhl, S., Haddad, S., Marini, F. C., & Stremmler, R. (2020). Trajectory and Predictors of Fatigue Among Chinese Immigrant and Chinese Canadian-Born Women in the Postpartum Period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 49(2), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.003>
- Dennis, C. L., Brown, H. K., Wanigaratne, S., Fung, K., Vigod, S. N., Grigoriadis, S., . . . Brennenstuhl, S. (2018). Prevalence, Incidence, and Persistence of Postpartum Depression, Anxiety, and Comorbidity among Chinese Immigrant and Nonimmigrant Women: A Longitudinal Cohort Study. *Can J Psychiatry*, 63(1), 44-53. <https://doi.org/10.1177/0706743717720689>
- Dennis, C. L., Brown, H. K., Wanigaratne, S., Vigod, S. N., Grigoriadis, S., Fung, K., . . . Brennenstuhl, S. (2018). Determinants of comorbid depression and anxiety postnatally: A longitudinal cohort study of Chinese-Canadian women. *J Affect Disord*, 227, 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.033>
- Dennis, C. L., Fung, K., Grigoriadis, S., Robinson, G. E., Romans, S., & Ross, L. (2007). Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review. *Womens Health (Lond)*, 3(4), 487-502. <https://doi.org/10.2217/17455057.3.4.487>
- Dennis, C. L., Merry, L., & Gagnon, A. J. (2017). Postpartum depression risk factors among recent refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: results from a prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(4), 411-422. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1353-5>
- Dennis, C. L., Merry, L., Stewart, D., & Gagnon, A. J. (2016). Prevalence, continuation, and identification of postpartum depressive symptomatology among refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: results from a prospective cohort study. *Arch Womens Ment Health*, 19(6), 959-967. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0633-5>
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. J. J. o. c. p. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. 33(4), 981-989.
- Dietrich, H., Al Ali, R., Tagay, S., Hebebrand, J., & Reissner, V. (2019). Screening for posttraumatic stress disorder in young adult refugees from Syria and Iraq. *Compr Psychiatry*, 90, 73-81. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.001>
- Doe, S., LoBue, S., Hamaoui, A., Rezai, S., Henderson, C. E., & Mercado, R. (2017). Prevalence and predictors of positive screening for postpartum depression in minority parturients in the South Bronx. *Arch Womens Ment Health*, 20(2), 291-295. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0695-4>
- Düvell, F. J. S. I. (2008). Clandestine migration in Europe. 47(4), 479-497.
- E.M.N. European Migration Network <https://www.emnitalncp.it/definizione/migrante-economico/>

- Eruyar, S., Maltby, J., & Vostanis, P. (2018). Mental health problems of Syrian refugee children: the role of parental factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27(4), 401-409. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1101-0>
- Fadzil, F., Shamsuddin, K., & Wan Puteh, S. E. (2016). Traditional Postpartum Practices Among Malaysian Mothers: A Review. *J Altern Complement Med*, 22(7), 503-508. <https://doi.org/10.1089/acm.2013.0469>
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., Vigod, S., & Dennis, C. L. (2015). Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 70, 67-82. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.08.010>
- Familiar, I., Borges, G., Orozco, R., & Medina-Mora, M. E. (2011). Mexican migration experiences to the US and risk for anxiety and depressive symptoms. *J Affect Disord*, 130(1-2), 83-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.025>
- Farina, A. S. J., Kremer, K. P., Caldera Wimmer, S., Villarreal-Otalera, T., Paredes, T., & Stuart, E. (2021). Anxiety, Depression, and Trauma Among Immigrant Mexican Women up to Two-Years Post-partum. *J Immigr Minor Health*, 23(3), 470-477. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01096-1>
- Fellmeth, G., Plugge, E., Fazel, M., Charunwattana, P., Nosten, F., Fitzpatrick, R., . . . McGready, R. (2018). Validation of the Refugee Health Screener-15 for the assessment of perinatal depression among Karen and Burmese women on the Thai-Myanmar border. *PLoS One*, 13(5), e0197403. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197403>
- Fermiamo la detenzione e la tortura di rifugiati e migranti in Libia. (2021). Amnesty International. www.amnesty.it/appelli/fermiamo-la-detenzione-la-tortura-rifugiati-migranti-libia/
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Georgopoulou, E., Xepapadakos, F., & Fthenakis, E. W. (2005). Time trends in eating disturbances in young Greek migrants. *Int J Eat Disord*, 38(4), 310-322. <https://doi.org/10.1002/eat.20187>
- Fleuriet, J., & Sunil, T. (2018). The Latina Birth Weight Paradox: the Role of Subjective Social Status. *J Racial Ethn Health Disparities*, 5(4), 747-757. <https://doi.org/10.1007/s40615-017-0419-0>
- Fleuriet, K. J., & Sunil, T. S. (2015a). Reproductive habitus, psychosocial health, and birth weight variation in Mexican immigrant and Mexican American women in south Texas. *Soc Sci Med*, 138, 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.043>
- Fleuriet, K. J., & Sunil, T. S. (2015b). Subjective Social Status, Mental and Psychosocial Health, and Birth Weight Differences in Mexican-American and Mexican Immigrant Women. *J Immigr Minor Health*, 17(6), 1781-1790. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0178-0>
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Powers, M. B., Kauffman, B. Y., . . . Knowles, K. J. P. a. (2016). Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). 28(10), 1166.
- Foli, K. J., South, S. C., Lim, E., & Jarnecke, A. M. (2016). Post-adoption depression: Parental classes of depressive symptoms across time. *J Affect Disord*, 200, 293-302. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.049>
- Gaffney, K. F., Brito, A. V., Kitsantas, P., Kermer, D. A., Pereddo, G., & Ramos, K. M. (2018). Institute of Medicine Early Infant Feeding Recommendations for Childhood Obesity Prevention: Implementation by Immigrant Mothers From Central America. *J Pediatr Nurs*, 40, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.017>
- Gaffney, K. F., Kermer, D. A., Kitsantas, P., Brito, A. V., Ramos, K. M., Pereddo, G., & Villatoro, L. (2019). Early Life Factors for Overweight Risk Among Infants of Hispanic Immigrant Mothers. *J Pediatr Health Care*, 33(1), 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.05.011>

- Ganann, R., Sword, W., Thabane, L., Newbold, B., & Black, M. (2016). Predictors of Postpartum Depression Among Immigrant Women in the Year After Childbirth. *J Womens Health (Larchmt)*, 25(2), 155-165. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5292>
- Ganann, R., Sword, W., Thabane, L., Newbold, B., & Black, M. J. J. o. w. s. h. (2016). Predictors of postpartum depression among immigrant women in the year after childbirth. 25(2), 155-165.
- Gavin Jones, H.-h. S. (2008). International marriage in Est and Southest Asia: trends and research emphases *Citizenship Studies*, 12(1), 9-25.
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. J. T. L. P. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. 3(10), 973-982.
- Gibson, M. A. (2001). Immigrant Adaptation and Patterns of Acculturation. *Human Development*, 44(1), 19-23. <https://www.jstor.org/stable/26763493>
- Grasser, L. R., Burghardt, P., Daugherty, A. M., Amirsadri, A., & Javanbakht, A. (2020). Inflammation and Trauma-Related Psychopathology in Syrian and Iraqi Refugees. *Behav Sci (Basel)*, 10(4). <https://doi.org/10.3390/bs10040075>
- Groen, S. P. N., Richters, A. J. M., Laban, C. J., van Busschbach, J. T., & Deville, W. (2019). Cultural Identity Confusion and Psychopathology: A Mixed-Methods Study Among Refugees and Asylum Seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis*, 207(3), 162-170. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000935>
- Hagan, M., Lara, J., & Montanes, M. C. (2021). Childhood adversity, socioemotional functioning and generalized anxiety in young adults from mixed immigration status families. *Child Abuse Negl*, 118, 105128. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105128>
- Han, M., Goyal, D., Lee, J., Cho, H., & Kim, A. J. M. T. A. J. o. M. C. N. (2020). Korean immigrant women's postpartum experiences in the United States. 45(1), 42-48.
- Hauff, E., & Vaglum, P. (1995). Organised violence and the stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *Br J Psychiatry*, 166(3), 360-367. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.3.360>
- Hecker, T., Kyaruzi, E., Borchardt, J., & Scharpf, F. (2021). Factors Contributing to Violence Against Children: Insights From a Multi-informant Study Among Family-Triads From Three East-African Refugee Camps. *J Interpers Violence*, 8862605211013960. <https://doi.org/10.1177/08862605211013960>
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T., & Muller, J. (2014). Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry*, 55(4), 818-825. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.003>
- Hengst, S. M. C., Smid, G. E., & Laban, C. J. (2018). The Effects of Traumatic and Multiple Loss on Psychopathology, Disability, and Quality of Life in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis*, 206(1), 52-60. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000750>
- Hinton, D. E., Chhean, D., Fama, J. M., Pollack, M. H., & McNally, R. J. (2007). Gastrointestinal-focused panic attacks among Cambodian refugees: associated psychopathology, flashbacks, and catastrophic cognitions. *J Anxiety Disord*, 21(1), 42-58. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.009>
- Hinton, D. E., Pich, V., Chhean, D., Pollack, M. H., & Barlow, D. H. (2004). Olfactory-triggered panic attacks among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic. *Gen Hosp Psychiatry*, 26(5), 390-397. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.04.007>
- Hinton, D. E., Reis, R., & de Jong, J. (2015). The "Thinking a Lot" Idiom of Distress and PTSD: An Examination of Their Relationship among Traumatized Cambodian Refugees Using the

- "Thinking a Lot" Questionnaire. *Med Anthropol Q*, 29(3), 357-380.
<https://doi.org/10.1111/maq.12204>
- Hoffman, J., Liddell, B., Bryant, R. A., & Nickerson, A. (2019). A latent profile analysis of moral injury appraisals in refugees. *Eur J Psychotraumatol*, 10(1), 1686805.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1686805>
- Huang, Y. C., & Mathers, N. J. (2008). Postnatal depression and the experience of South Asian marriage migrant women in Taiwan: survey and semi-structured interview study. *Int J Nurs Stud*, 45(6), 924-931. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.02.006>
- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., & Steiner, H. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry Hum Dev*, 42(3), 307-319. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0219-4>
- Huemer, J., Volkl-Kernstock, S., Karnik, N., Denny, K. G., Granditsch, E., Mitterer, M., . . . Steiner, H. (2013). Personality and psychopathology in African unaccompanied refugee minors: repression, resilience and vulnerability. *Child Psychiatry Hum Dev*, 44(1), 39-50. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0308-z>
- Huijts, I., Kleijn, W. C., van Emmerik, A. A., Noordhof, A., & Smith, A. J. (2012). Dealing with man-made trauma: the relationship between coping style, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands. *J Trauma Stress*, 25(1), 71-78. <https://doi.org/10.1002/jts.21665>
- Hultstrand, J. N., Tyden, T., Malqvist, M., Ragnar, M. E., Larsson, M., & Jonsson, M. (2020). Foreign-born women's lifestyle and health before and during early pregnancy in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 25(1), 20-27.
<https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1706078>
- Hussain, F., & Cochrane, R. J. T. p. (2004). Depression in South Asian women living in the UK: a review of the literature with implications for service provision. 41(2), 253-270.
- Hymas, R., & Girard, L. C. (2019). Predicting postpartum depression among adolescent mothers: A systematic review of risk. *J Affect Disord*, 246, 873-885.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.041>
- Ichou, M., & Wallace, M. (2019). The Healthy Immigrant Effect
 The role of educational selectivity in the good health of migrants. *Demographic Research*, 40, 61-94. <https://www.jstor.org/stable/26726993>
- Iliceto, P., Pompili, M., Candilera, G., Borges, G., Lamis, D. A., Serafini, G., & Girardi, P. (2013). Suicide risk and psychopathology in immigrants: a multi-group confirmatory factor analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(7), 1105-1114.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0608-4>
- Imai, S., Kita, S., Tobe, H., Watanabe, M., Nishizono-Maher, A., & Kamibeppu, K. (2017). Postpartum depressive symptoms and their association with social support among foreign mothers in Japan at 3 to 4 months postpartum. *Int J Nurs Pract*, 23(5).
<https://doi.org/10.1111/ijn.12570>
- Jansen, P. W., Raat, H., Mackenbach, J. P., Jaddoe, V. W., Hofman, A., van Oort, F. V., . . . Tiemeier, H. (2010). National origin and behavioural problems of toddlers: the role of family risk factors and maternal immigration characteristics. *J Abnorm Child Psychol*, 38(8), 1151-1164. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9424-z>
- Jeong, H., Lee, Y. J., Kim, N., Jeon, S., Jun, J. Y., Yoo, S. Y., . . . Kim, S. J. (2021). Increased medial prefrontal cortical thickness and resilience to traumatic experiences in North Korean refugees. *Sci Rep*, 11(1), 14910. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-94452-6>
- Jin, Q., Mori, E., & Sakajo, A. (2016). Risk factors, cross-cultural stressors and postpartum depression among immigrant Chinese women in Japan. *Int J Nurs Pract*, 22 Suppl 1, 38-47. <https://doi.org/10.1111/ijn.12438>

- Jin, Q., Mori, E., & Sakajo, A. (2020). Nursing intervention for preventing postpartum depressive symptoms among Chinese women in Japan. *Jpn J Nurs Sci*, 17(4), e12336. <https://doi.org/10.1111/jjns.12336>
- Jones, G. W. (2012). *International marriage in Asia: What do we know, and what do we need to know?* Asia Research Institute, National University of Singapore.
- Jongedijk, R. A., Eising, D. D., van der Aa, N., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). Severity profiles of posttraumatic stress, depression, anxiety, and somatization symptoms in treatment seeking traumatized refugees. *J Affect Disord*, 266, 71-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.077>
- Kaewsarn, P., Moyle, W., & Creed, D. J. J. o. A. N. (2003). Traditional postpartum practices among Thai women. 41(4), 358-366.
- Kendall, P. C., Finch Jr, A., Auerbach, S. M., Hooke, J. F., Mikulka, P. J. J. J. o. c., & psychology, c. (1976). The State-Trait Anxiety Inventory: a systematic evaluation. 44(3), 406.
- Kim, S. H., Kim, H. K., & Lee, N. (2013). Psychological features of North Korean female refugees on the MMPI-2: latent profile analysis. *Psychol Assess*, 25(4), 1091-1102. <https://doi.org/10.1037/a0033097>
- Kim, Y. J. (2016). Posttraumatic Stress Disorder as a Mediator Between Trauma Exposure and Comorbid Mental Health Conditions in North Korean Refugee Youth Resettled in South Korea. *J Interpers Violence*, 31(3), 425-443. <https://doi.org/10.1177/0886260514555864>
- Kindermann, D., Schmid, C., Derreza-Greeven, C., Huhn, D., Kohl, R. M., Junne, F., . . . Nikendei, C. (2017). Prevalence of and Risk Factors for Secondary Traumatization in Interpreters for Refugees: A Cross-Sectional Study. *Psychopathology*, 50(4), 262-272. <https://doi.org/10.1159/000477670>
- King, L., Feeley, N., Gold, I., Hayton, B., & Zerkowicz, P. (2019). The healthy migrant effect and predictors of perinatal depression. *Women Birth*, 32(3), e341-e350. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.017>
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12, 85-93. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
- Klimidis, S., Stuart, G., Minas, I. H., & Ata, A. W. (1994). Immigrant status and gender effects on psychopathology and self-concept in adolescents: a test of the migration-morbidity hypothesis. *Compr Psychiatry*, 35(5), 393-404. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(94\)90281-x](https://doi.org/10.1016/0010-440x(94)90281-x)
- Ko, J. Y., Rockhill, K. M., Tong, V. T., Morrow, B., & Farr, S. L. (2017). Trends in Postpartum Depressive Symptoms - 27 States, 2004, 2008, and 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 66(6), 153-158. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6606a1>
- Koh, K. B. (1998). Perceived stress, psychopathology, and family support in Korean immigrants and nonimmigrants. *Yonsei Med J*, 39(3), 214-221. <https://doi.org/10.3349/ymj.1998.39.3.214>
- Koirala, P., & Chumchit, M. (2020). Depression and Domestic Violence Experiences Among Asian Women: A Systematic Review. *Int J Womens Health*, 12, 21-33. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S235864>
- Kolomanska-Bogucka, D., & Mazur-Bialy, A. I. (2019). Physical Activity and the Occurrence of Postnatal Depression-A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*, 55(9). <https://doi.org/10.3390/medicina55090560>
- La Greca, A. M., Ingles, C. J., Lai, B. S., & Marzo, J. C. (2015). Social Anxiety Scale for Adolescents: factorial invariance across gender and age in Hispanic American adolescents. *Assessment*, 22(2), 224-232. <https://doi.org/10.1177/1073191114540749>

- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., & De Jong, J. T. (2007). Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(10), 837-844. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0240-x>
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis*, 192(12), 843-851. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15>
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., van der Tweel, I., & De Jong, J. T. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis*, 193(12), 825-832. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000188977.44657.1d>
- Laban, C. J., Komproe, I. H., Gernaat, H. B., & de Jong, J. T. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(7), 507-515. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0333-1>
- Lahuis, A. M., Scholte, W. F., Aarts, R., & Kleber, R. J. (2019). Undocumented asylum seekers with posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Eur J Psychotraumatol*, 10(1), 1605281. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1605281>
- Lamere, K., & Golova, N. (2022). Screening for Postpartum Depression During Infant Well Child Visits: A Retrospective Chart Review. *Clin Pediatr (Phila)*, 99228221097272. <https://doi.org/10.1177/00099228221097272>
- Lara-Cinisomo, S., Fujimoto, E. M., Oksas, C., Jian, Y., & Gharheeb, A. (2019). Pilot Study Exploring Migration Experiences and Perinatal Depressive and Anxiety Symptoms in Immigrant Latinas. *Matern Child Health J*, 23(12), 1627-1647. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02800-w>
- Lara-Cinisomo, S., Plott, J., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2016). The Feasibility of Recruiting and Retaining Perinatal Latinas in a Biomedical Study Exploring Neuroendocrine Function and Postpartum Depression. *J Immigr Minor Health*, 18(5), 1115-1123. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0391-5>
- Le, H. N., Perry, D. F., Villamil Grest, C., Genovez, M., Lieberman, K., Ortiz-Hernandez, S., & Serafini, C. (2021). A mixed methods evaluation of an intervention to prevent perinatal depression among Latina immigrants. *J Reprod Infant Psychol*, 39(4), 382-394. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1733504>
- Le, L., Morina, N., Schnyder, U., Schick, M., Bryant, R. A., & Nickerson, A. (2018). The effects of perceived torture controllability on symptom severity of posttraumatic stress, depression and anger in refugees and asylum seekers: A path analysis. *Psychiatry Res*, 264, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.055>
- Leavey, G., Hollins, K., King, M., Barnes, J., Papadopoulos, C., & Grayson, K. (2004). Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(3), 191-195. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0724-x>
- Lecompte, V., & Rousseau, C. (2018). Determinants of Child Attachment in the Years Postpartum in a High-Risk Sample of Immigrant Women. *J Immigr Minor Health*, 20(5), 1166-1172. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0662-9>
- Lee, D. T., & Chung, T. K. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21(2), 183-191. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.10.003>
- Lee, K. H., Lee, H. Y., Park, I., Lee, Y. J., Kim, N., Jeon, S., . . . Kim, S. J. (2021). Neural correlates of emotional reactivity and regulation in traumatized North Korean refugees. *Transl Psychiatry*, 11(1), 452. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01579-1>

- Lee, L. C., & Hung, C. H. (2016). Predictors of post-partum stress in Vietnamese immigrant women in Taiwan. *Jpn J Nurs Sci*, 13(1), 38-45. <https://doi.org/10.1111/jjns.12084>
- Lee, Y. J., Jun, J. Y., Lee, Y. J., Park, J., Kim, S., Lee, S. H., . . . Kim, S. J. (2016). Insomnia in North Korean Refugees: Association with Depression and Post-Traumatic Stress Symptoms. *Psychiatry Investig*, 13(1), 67-73. <https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.1.67>
- Leis, J. A., Mendelson, T., Tandon, S. D., & Perry, D. F. (2009). A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*, 12(1), 3-13. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0039-0>
- Lenferink, L. I. M., Liddell, B. J., Byrow, Y., O'Donnell, M., Bryant, R. A., Mau, V., . . . Nickerson, A. (2022). Course and predictors of posttraumatic stress and depression longitudinal symptom profiles in refugees: A latent transition model. *J Psychiatr Res*, 146, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.009>
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Bmj*, 371, m4022. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>
- Logsdon, M. C., Morrison, D., Myers, J. A., Capps, J., & Masterson, K. M. (2018). Intention to Seek Depression Treatment in Latina Immigrant Mothers. *Issues Ment Health Nurs*, 39(11), 962-966. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1479905>
- Lovlie, A. L., & Madar, A. A. (2017). Postpartum Depression Among Somali Women in Norway. *J Immigr Minor Health*, 19(3), 638-644. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0487-y>
- Lundberg, P. C., & Trieu, T. N. (2011). Vietnamese women's cultural beliefs and practices related to the postpartum period. *Midwifery*, 27(5), 731-736. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.006>
- Mackinnon, A. L., Naguib, M., Barr, H. J., Levinsson, A., Robins, S., Feeley, N., . . . Gold, I. (2017). Delusional ideation during the perinatal period in a community sample. *Schizophr Res*, 179, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.027>
- Madianos, M. G., Gonidakis, F., Ploubidis, D., Papadopoulou, E., & Rogakou, E. (2008). Measuring acculturation and symptoms of depression of foreign immigrants in the Athens area. *Int J Soc Psychiatry*, 54(4), 338-349. <https://doi.org/10.1177/0020764008090288>
- Marcos-Najera, R., Rodriguez-Munoz, M. F., Soto Balbuena, C., Olivares Crespo, M. E., Izquierdo Mendez, N., Le, H. N., & Escudero Gomis, A. (2020). The Prevalence and Risk Factors for Antenatal Depression Among Pregnant Immigrant and Native Women in Spain. *J Transcult Nurs*, 31(6), 564-575. <https://doi.org/10.1177/1043659619891234>
- Markides, K. S., & Rote, S. (2019). The Healthy Immigrant Effect and Aging in the United States and Other Western Countries. *Gerontologist*, 59(2), 205-214. <https://doi.org/10.1093/geront/gny136>
- Martin, A., Rief, W., Klaiberg, A., & Braehler, E. J. G. h. p. (2006). Validity of the brief patient health questionnaire mood scale (PHQ-9) in the general population. 28(1), 71-77.
- Martinez, I., Kershaw, T. S., Keene, D., Perez-Escamilla, R., Lewis, J. B., Tobin, J. N., & Ickovics, J. R. (2018). Acculturation and Syndemic Risk: Longitudinal Evaluation of Risk Factors Among Pregnant Latina Adolescents in New York City. *Ann Behav Med*, 52(1), 42-52. <https://doi.org/10.1007/s12160-017-9924-y>
- Martinez, I., Kershaw, T. S., Lewis, J. B., Stasko, E. C., Tobin, J. N., & Ickovics, J. R. (2017). Between Synergy and Travesty: A Sexual Risk Syndemic Among Pregnant Latina Immigrant and Non-immigrant Adolescents. *AIDS Behav*, 21(3), 858-869. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1461-3>

- Martucci, M., Fava, G., Giacchetti, N., Aceti, F., Galeoto, G., Panfili, M., & Sogos, C. (2021). Perinatal depression as a risk factor for child developmental disorders: a cross-sectional study. *Riv Psichiatr*, *56*(6), 321-327. <https://doi.org/10.1708/3713.37046>
- Martucci, M., Fava, G., Giacchetti, N., Aceti, F., Galeoto, G., Panfili, M., & Sogos, C. J. R. d. P. (2021). Perinatal depression as a risk factor for child developmental disorders: a cross-sectional study. *56*(6), 321-327.
- Massey, D. S. (1999). *Why does immigration occur?: a theoretical synthesis*. na.
- McCabe-Beane, J. E., Segre, L. S., Perkhounkova, Y., Stuart, S., O'Hara, M. W. J. J. o. R., & Psychology, I. (2016). The identification of severity ranges for the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *34*(3), 293-303.
- McDaid, F., Underwood, L., Fa Alili-Fidow, J., Waldie, K. E., Peterson, E. R., Bird, A., . . . Morton, S. (2019). Antenatal depression symptoms in Pacific women: evidence from Growing Up in New Zealand. *J Prim Health Care*, *11*(2), 96-108. <https://doi.org/10.1071/HC18102>
- McGregor, L. S., Melvin, G. A., & Newman, L. K. (2015). Differential accounts of refugee and resettlement experiences in youth with high and low levels of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptomatology: A mixed-methods investigation. *Am J Orthopsychiatry*, *85*(4), 371-381. <https://doi.org/10.1037/ort0000076>
- Meca, A., Rodil, J. C., Paulson, J. F., Kelley, M., Schwartz, S. J., Unger, J. B., . . . Zamboanga, B. L. (2019). Examining the Directionality Between Identity Development and Depressive Symptoms Among Recently Immigrated Hispanic Adolescents. *J Youth Adolesc*, *48*(11), 2114-2124. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01086-z>
- Mezuk, B., Li, X., Cederin, K., Concha, J., Kendler, K. S., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2015). Ethnic enclaves and risk of psychiatric disorders among first- and second-generation immigrants in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *50*(11), 1713-1722. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1107-1>
- Mezzina, R., Gopikumar, V., Jenkins, J., Saraceno, B., & Sashidharan, S. P. (2022). Social Vulnerability and Mental Health Inequalities in the "Syndemic": Call for Action. *Front Psychiatry*, *13*, 894370. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.894370>
- Mghir, R., & Raskin, A. (1999). The psychological effects of the war in Afghanistan on young Afghan refugees from different ethnic backgrounds. *Int J Soc Psychiatry*, *45*(1), 29-36; discussion 36-40. <https://doi.org/10.1177/002076409904500104>
- Mohammad, K. I., Abu Awad, D., Creed, D. K., & Gamble, J. (2018). Postpartum depression symptoms among Syrian refugee women living in Jordan. *Res Nurs Health*, *41*(6), 519-524. <https://doi.org/10.1002/nur.21919>
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., Lavelle, J. J. J. o. n., & disease, m. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees.
- Mond, J., Slewa-Young, S., Gabriela Uribe Guajardo, M., Mohammad, Y., Johnson, E., & Milosevic, D. (2021). Self-recognition of trauma-related psychopathology and help-seeking among resettled Iraqi refugees in Australia. *Transcult Psychiatry*, *58*(2), 215-225. <https://doi.org/10.1177/1363461520901635>
- Montgomery, E. (2008). Long-term effects of organized violence on young Middle Eastern refugees' mental health. *Soc Sci Med*, *67*(10), 1596-1603. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.07.020>
- Mueller, J., Schmidt, M., Staeheli, A., & Maier, T. (2011). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *Eur J Public Health*, *21*(2), 184-189. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq016>

- Naditch, M. P., & Morrissey, R. F. (1976). Role stress, personality, and psychopathology in a group of immigrant adolescents. *J Abnorm Psychol*, *85*(1), 113-118. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.85.1.113>
- Nakash, O., Nagar, M., & Lurie, I. (2016). The Association Between Postnatal Depression, Acculturation and Mother-Infant Bond Among Eritrean Asylum Seekers in Israel. *J Immigr Minor Health*, *18*(5), 1232-1236. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0348-8>
- Navodani, T., Gartland, D., Brown, S. J., Riggs, E., & Yelland, J. (2019). Common maternal health problems among Australian-born and migrant women: A prospective cohort study. *PLoS One*, *14*(2), e0211685. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211685>
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Brooks, R., Steel, Z., & Silove, D. (2009). Fear of cultural extinction and psychopathology among Mandaean refugees: an exploratory path analysis. *CNS Neurosci Ther*, *15*(3), 227-236. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2009.00094.x>
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Steel, Z., Silove, D., & Brooks, R. (2010). The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community. *J Psychiatr Res*, *44*(4), 229-235. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.08.006>
- Nickerson, A., Byrow, Y., Rasmussen, A., O'Donnell, M., Bryant, R., Murphy, S., . . . Liddell, B. (2021). Profiles of exposure to potentially traumatic events in refugees living in Australia. *Epidemiol Psychiatr Sci*, *30*, e18. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000068>
- Noh, S., & Avison, W. R. (1992). Assessing psychopathology in Korean immigrants: some preliminary results on the SCL-90. *Can J Psychiatry*, *37*(9), 640-645. <https://doi.org/10.1177/070674379203700908>
- O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M. L., Coppola, E., & Gaynes, B. N. (2019). Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, *321*(6), 588-601. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.20865>
- O'Mahony, J. M., & Donnelly, T. T. J. I. i. m. h. n. (2007). The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers. *28*(5), 453-471.
- Park, J., Catani, C., Hermenau, K., & Elbert, T. (2019). Exposure to family and organized violence and associated mental health in north Korean refugee youth compared to south Korean youth. *Confl Health*, *13*, 46. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0230-0>
- Patel, S. G., & Kull, M. A. (2011). Assessing psychological symptoms in recent immigrant adolescents. *J Immigr Minor Health*, *13*(3), 616-619. <https://doi.org/10.1007/s10903-010-9382-0>
- Patino, C., & Kirchner, T. (2010). Stress and psychopathology in latin-american immigrants: the role of coping strategies. *Psychopathology*, *43*(1), 17-24. <https://doi.org/10.1159/000255959>
- Penelo, E., Granero, R., Fernandez-Aranda, F., Aymami, N., Gomez-Pena, M., Moragas, L., . . . Jimenez-Murcia, S. (2012). Comparison between immigrant and Spanish native-born pathological gambling patients. *Psychol Rep*, *110*(2), 555-570. <https://doi.org/10.2466/02.18.PRO.110.2.555-570>
- Perez-Ramirez, F., Garcia-Garcia, I., Caparros-Gonzalez, R. A., & Peralta-Ramirez, M. I. (2017). Psychological assessment among immigrant and Spanish women during the postpartum period in Spain. *J Reprod Infant Psychol*, *35*(2), 159-171. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1246709>
- Pineros-Leano, M., Yao, L., Simonovich, S. D., Pineros-Leano, N., & Huang, H. (2021). "I Don't Have Time to Be Sad": Experiences and Perceptions of Sadness among Latina Mothers. *Soc Work*, *66*(2), 119-127. <https://doi.org/10.1093/sw/swab008>

- Ponting, C., Chavira, D. A., Ramos, I., Christensen, W., Guardino, C., & Dunkel Schetter, C. (2020). Postpartum depressive symptoms in low-income Latinas: Cultural and contextual contributors. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 26(4), 544-556. <https://doi.org/10.1037/cdp0000325>
- Portes, A., & Jensen, L. J. A. S. R. (1992). Disproving the enclave hypothesis: Reply. 57(3), 418-420.
- Ratcliff, B. G., Sharapova, A., Suardi, F., & Borel, F. (2015). Factors associated with antenatal depression and obstetric complications in immigrant women in Geneva. *Midwifery*, 31(9), 871-878. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.010>
- Records, K., Rice, M., & Beck, C. T. (2007). Psychometric assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *J Nurs Meas*, 15(3), 189-202. <https://doi.org/10.1891/106137407783095775>
- Revollo, H. W., Qureshi, A., Collazos, F., Valero, S., & Casas, M. (2011). Acculturative stress as a risk factor of depression and anxiety in the Latin American immigrant population. *Int Rev Psychiatry*, 23(1), 84-92. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.545988>
- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., . . . Health, C. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. 60(3), 221-227.
- Ritsner, M., & Ponizovsky, A. (1998). Psychological symptoms among an immigrant population: a prevalence study. *Compr Psychiatry*, 39(1), 21-27. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(98\)90028-1](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(98)90028-1)
- Roberti, J. W., Harrington, L. N., & Storch, E. A. J. J. o. C. C. (2006). Further psychometric support for the 10-item version of the perceived stress scale. 9(2), 135-147.
- Robinson, A. M., Benzie, K. M., Cairns, S. L., Fung, T., & Tough, S. C. (2016). Who is distressed? A comparison of psychosocial stress in pregnancy across seven ethnicities. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1015-8>
- Rohlf, H. G., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2014). Somatization in refugees: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(11), 1793-1804. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0877-1>
- Rudmin, F. J. I. J. o. I. R. (2009). Constructs, measurements and models of acculturation and acculturative stress. 33(2), 106-123.
- Sack, W. H., McSharry, S., Clarke, G. N., Kinney, R., Seeley, J., & Lewinsohn, P. (1994). The Khmer Adolescent Project. I. Epidemiologic findings in two generations of Cambodian refugees. *J Nerv Ment Dis*, 182(7), 387-395.
- Sampson, M., Yu, M., Mauldin, R., Mayorga, A., & Gonzalez, L. G. (2021). 'You withhold what you are feeling so you can have a family': Latinas' perceptions on community values and postpartum depression. *Fam Med Community Health*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000504>
- Sanders, J. M., & Nee, V. J. A. s. r. (1987). Limits of ethnic solidarity in the enclave economy. 745-773.
- Saraga, M., Gholam-Rezaee, M., & Preisig, M. (2013). Symptoms, comorbidity, and clinical course of depression in immigrants: putting psychopathology in context. *J Affect Disord*, 151(2), 795-799. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.001>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*, 2(3), 223-228. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30022-1)
- Saxbe, D. E., Schetter, C. D., Guardino, C. M., Ramey, S. L., Shalowitz, M. U., Thorp, J., . . . Human Development Community Child Health, N. (2016). Sleep Quality Predicts Persistence of Parental Postpartum Depressive Symptoms and Transmission of

- Depressive Symptoms from Mothers to Fathers. *Ann Behav Med*, 50(6), 862-875.
<https://doi.org/10.1007/s12160-016-9815-7>
- 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. *Dev Psychopathol*, 33(4), 1308-1321. <https://doi.org/10.1017/S0954579420000516>
- Scharpf, F., Mueller, S. C., Masath, F. B., Nkuba, M., & Hecker, T. (2021). Psychopathology mediates between maltreatment and memory functioning in Burundian refugee youth. *Child Abuse Negl*, 118, 105165. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105165>
- Schlechter, P., Hellmann, J. H., & Morina, N. (2021). Unraveling specifics of mental health symptoms in war survivors who fled versus stayed in the area of conflict using network analysis. *J Affect Disord*, 290, 93-101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.072>
- Schmidt, M., Kravic, N., & Ehlert, U. (2008). Adjustment to trauma exposure in refugee, displaced, and non-displaced Bosnian women. *Arch Womens Ment Health*, 11(4), 269-276. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0018-5>
- Schumacher, L., Burger, J., Zoellner, F., Zindler, A., Epskamp, S., & Barthel, D. (2021). Using clinical expertise and empirical data in constructing networks of trauma symptoms in refugee youth. *Eur J Psychotraumatol*, 12(1), 1920200. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1920200>
- Schwarz-Nielsen, K. H., & Elklitt, A. (2009). An evaluation of the mental status of rejected asylum seekers in two Danish asylum centers. *Torture*, 19(1), 51-59.
- Sechi, C., Prino, L. E., Rollé, L., Lucarelli, L., Vismara, L. J. I. J. o. E. R., & Health, P. (2021). Maternal Attachment Representations during Pregnancy, Perinatal Maternal Depression, and Parenting Stress: Relations to Child's Attachment. *19(1)*, 69.
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Losch, M. E. J. J. o. R., & Psychology, I. (2006). Race/ethnicity and perinatal depressed mood. *24(02)*, 99-106.
- Sein, K. K. (2013). Beliefs and practices surrounding postpartum period among Myanmar women. *Midwifery*, 29(11), 1257-1263. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.012>
- Shafian, A. K., Mohamed, S., Nasution Raduan, N. J., & Hway Ann, A. Y. (2022). A systematic review and meta-analysis of studies validating Edinburgh Postnatal Depression Scale in fathers. *Heliyon*, 8(5), e09441. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09441>
- Shafiei, T., Small, R., & McLachlan, H. (2015). Immigrant Afghan women's emotional well-being after birth and use of health services in Melbourne, Australia. *Midwifery*, 31(7), 671-677. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.011>
- Shakeel, N., Sletner, L., Falk, R. S., Slinning, K., Martinsen, E. W., Jenum, A. K., & Eberhard-Gran, M. (2018). Prevalence of postpartum depressive symptoms in a multiethnic population and the role of ethnicity and integration. *J Affect Disord*, 241, 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.056>
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., . . . Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *Bmj*, 350, g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- Sierau, S., Glaesmer, H., Klucken, T., & Stalder, T. (2019). Hair cortisol, lifetime traumatic experiences and psychopathology in unaccompanied refugee minors. *Psychoneuroendocrinology*, 104, 191-194. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.03.003>
- Simon, J., Kiss, N., Laszewska, A., & Mayer, S. (2015). Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Labour Migrants in the European Region. *Health Evidence Network Synthesis Report; WHO Regional Office for Europe; Copenhagen, no. 43.*

- Sinclair, I., St-Pierre, M., Vaillancourt, C., Gagnon, S., & Dancause, K. N. (2020). Variations in Relationships Between Perceived Stress and Birth Outcomes by Immigration Status. *Matern Child Health J*, 24(12), 1521-1531. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03014-1>
- Smid, G. E., Drogendijk, A. N., Knipscheer, J., Boelen, P. A., & Kleber, R. J. (2018). Loss of loved ones or home due to a disaster: Effects over time on distress in immigrant ethnic minorities. *Transcult Psychiatry*, 55(5), 648-668. <https://doi.org/10.1177/1363461518784355>
- Smorti, M., Ponti, L., & Pancetti, F. (2019). A Comprehensive Analysis of Post-partum Depression Risk Factors: The Role of Socio-Demographic, Individual, Relational, and Delivery Characteristics. *Front Public Health*, 7, 295. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00295>
- Specker, P., & Nickerson, A. (2019). Investigating the relationship between distinctive patterns of emotion regulation, trauma exposure and psychopathology among refugees resettled in Australia: a latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 10(1), 1661814. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1661814>
- Spiller, T. R., Schick, M., Schnyder, U., Bryant, R. A., Nickerson, A., & Morina, N. (2017). Symptoms of posttraumatic stress disorder in a clinical sample of refugees: a network analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 8(sup3), 1318032. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1318032>
- Spinhoven, P., Bean, T., & Eurelings-Bontekoe, L. (2006). Inconsistencies in the self-report of traumatic experiences by unaccompanied refugee minors. *J Trauma Stress*, 19(5), 663-673. <https://doi.org/10.1002/jts.20152>
- Stanek, M., Requena, M., Del Rey, A., & García-Gómez, J. (2020). Beyond the healthy immigrant paradox: decomposing differences in birthweight among immigrants in Spain. *Global Health*, 16(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00612-0>
- Steil, R., Gutermann, J., Harrison, O., Starck, A., Schwartzkopff, L., Schouler-Ocak, M., & Stangier, U. (2019). Prevalence of prolonged grief disorder in a sample of female refugees. *BMC Psychiatry*, 19(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2136-1>
- Steinhausen, H.-C., Metzke, C. W. J. J. o. Y., & Adolescence. (1998). Youth self-report of behavioral and emotional problems in a Swiss epidemiological study. 27(4), 429-441.
- Stevens, G. W., Vollebergh, W. A., Pels, T. V., & Crijnen, A. A. (2005a). Predicting externalizing problems in Moroccan immigrant adolescents in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(7), 571-579. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0926-x>
- Stevens, G. W., Vollebergh, W. A., Pels, T. V., & Crijnen, A. A. (2005b). Predicting internalizing problems in Moroccan immigrant adolescents in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(12), 1003-1011. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0988-9>
- Stevenson, K., Alameddine, R., Rukbi, G., Chahrouri, M., Usta, J., Saab, B., . . . Reynolds, R. M. (2019). High rates of maternal depression amongst Syrian refugees in Lebanon - a pilot study. *Sci Rep*, 9(1), 11849. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-48247-5>
- Stouten, L. H., Veling, W., Laan, W., & Van der Gaag, M. (2019). Psychopathology, cognition and outcome in Dutch and immigrant first-episode psychosis patients. *Early Interv Psychiatry*, 13(3), 646-656. <https://doi.org/10.1111/eip.12561>
- Tempany, M. (2009). What research tells us about the mental health and psychosocial wellbeing of Sudanese refugees: a literature review. *Transcult Psychiatry*, 46(2), 300-315. <https://doi.org/10.1177/1363461509105820>
- Teodorescu, D. S., Siqveland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2012). Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with

- a refugee background in Norway. *Health Qual Life Outcomes*, 10, 84.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-84>
- The Lancet Public, H. (2018). No public health without migrant health. *The Lancet Public Health*, 3(6), e259. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30101-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30101-4)
- Tobin, C., Di Napoli, P., & Wood-Gauthier, M. (2015). Recognition of Risk Factors for Postpartum Depression in Refugee and Immigrant Women: Are Current Screening Practices Adequate? *J Immigr Minor Health*, 17(4), 1019-1024.
<https://doi.org/10.1007/s10903-014-0041-8>
- Tsao, Y., Creedy, D. K., & Gamble, J. (2015a). Emotional well-being of Vietnamese immigrant women during the transition to motherhood: A descriptive cohort study. *Nurs Health Sci*, 17(1), 49-56. <https://doi.org/10.1111/nhs.12143>
- Tsao, Y., Creedy, D. K., & Gamble, J. (2015b). An Exploration of Parenting Stress in Immigrant and Taiwanese Mothers. *J Perinat Neonatal Nurs*, 29(4), 287-295.
<https://doi.org/10.1097/JPN.000000000000123>
- Tsao, Y., Creedy, D. K., & Gamble, J. (2016). A Comparison of Life Stress and Depressive Symptoms in Pregnant Taiwanese and Immigrant Women. *J Nurs Res*, 24(3), 272-281.
<https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000137>
- UNHCR. <https://www.unhcr.org/it/chi-aiutiamo/rifugiati/>
- UNHCR. (2021). *GLOBAL TRENDS FORCED DISPLACEMENT IN 2021*.
<https://www.unhcr.org/62a9d1494/global-trends-report-2021>
- van Bergen, D. D., Eikelenboom, M., Smit, J. H., van de Looij-Jansen, P. M., & Saharso, S. (2010). Suicidal behavior and ethnicity of young females in Rotterdam, The Netherlands: rates and risk factors. *Ethn Health*, 15(5), 515-530.
<https://doi.org/10.1080/13557858.2010.494719>
- van Heemstra, H. E., Scholte, W. F., Haagen, J. F. G., & Boelen, P. A. (2019). 7ROSES, a transdiagnostic intervention for promoting self-efficacy in traumatized refugees: a first quantitative evaluation. *Eur J Psychotraumatol*, 10(1), 1673062.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1673062>
- van Leeuwen, N., Rodgers, R., Regner, I., & Chabrol, H. (2010). The role of acculturation in suicidal ideation among second-generation immigrant adolescents in France. *Transcult Psychiatry*, 47(5), 812-832. <https://doi.org/10.1177/1363461510382154>
- Van Ommeren, M., Sharma, B., Komproe, Poudyal, B. N., Sharma, G. K., Cardeña, E., & De Jong, J. T. (2001). Trauma and loss as determinants of medically unexplained epidemic illness in a Bhutanese refugee camp. *Psychol Med*, 31(7), 1259-1267.
<https://doi.org/10.1017/s0033291701004470>
- Vang, Z., Sigouin, J., Flenon, A., Gagnon, A. J. P. C., & travail, L. S. K. C. D. P. S. U. R. s. d. c. C. d. p. e. p. d. v. D. d. (2015). The healthy immigrant effect in Canada: A systematic review. 3(1), 4.
- Veen, V., Stevens, G., Doreleijers, T., van der Ende, J., & Vollebergh, W. (2010). Ethnic differences in mental health among incarcerated youths: do Moroccan immigrant boys show less psychopathology than native Dutch boys? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(5), 431-440. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0073-0>
- Velthorst, E., Nieman, D. H., Veling, W., Klaassen, R. M., Dragt, S., Rietdijk, J., . . . van der Gaag, M. (2012). Ethnicity and baseline symptomatology in patients with an At Risk Mental State for psychosis. *Psychol Med*, 42(2), 247-256.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711001486>
- Vindbjerg, E., Mortensen, E. L., Makransky, G., Nielsen, T., & Carlsson, J. J. J. o. A. D. R. (2021). A rasch-based validity study of the HSCL-25. 4, 100096.
- Volkl-Kernstock, S., Karnik, N., Mitterer-Asadi, M., Granditsch, E., Steiner, H., Friedrich, M. H., & Huemer, J. (2014). Responses to conflict, family loss and flight: posttraumatic stress

- disorder among unaccompanied refugee minors from Africa. *Neuropsychiatr*, 28(1), 6-11. <https://doi.org/10.1007/s40211-013-0094-2>
- Vromans, L., Schweitzer, R. D., Brough, M. J. T. J. o. n., & disease, m. (2012). The Multidimensional Loss Scale: Validating a cross-cultural instrument for measuring loss. *200(4)*, 349-357.
- Wangel, A. M., Ryding, E. L., Schei, B., Ostman, M., Lukasse, M., & Bidens study, g. (2016). Emotional, physical, and sexual abuse and the association with symptoms of depression and posttraumatic stress in a multi-ethnic pregnant population in southern Sweden. *Sex Reprod Healthc*, 9, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.04.003>
- Weiss, D. S. (2007). The impact of event scale: revised. In *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 219-238). Springer.
- Westermeyer, J., Vang, T. F., & Neider, J. (1984). Symptom change over time among Hmong refugees: psychiatric patients versus nonpatients. *Psychopathology*, 17(4), 168-177. <https://doi.org/10.1159/000284051>
- Widmann, M., Warsame, A. H., Mikulica, J., von Beust, J., Isse, M. M., Ndetei, D., . . . Odenwald, M. G. (2014). Khat Use, PTSD and Psychotic Symptoms among Somali Refugees in Nairobi - A Pilot Study. *Front Public Health*, 2, 71. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00071>
- Wind, T. R., van der Aa, N., Knipscheer, J., & de la Rie, S. (2017). The assessment of psychopathology among traumatized refugees: measurement invariance of the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist-25 across five linguistic groups. *Eur J Psychotraumatol*, 8(sup2), 1321357. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1321357>
- Withers, M., Kharazmi, N., & Lim, E. (2018). Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries. *Midwifery*, 56, 158-170. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.019>
- Wittkowski, A., Patel, S., & Fox, J. R. (2017). The Experience of Postnatal Depression in Immigrant Mothers Living in Western Countries: A Meta-Synthesis. *Clin Psychol Psychother*, 24(2), 411-427. <https://doi.org/10.1002/cpp.2010>
- World Migration Report 2022*. (2021). (Vol. 3). International Organization for Migration <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>
- Xiong, R., & Deng, A. (2020). Prevalence and associated factors of postpartum depression among immigrant women in Guangzhou, China. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 247. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02946-4>
- Yadav, T., Shams, R., Khan, A. F., Azam, H., Anwar, M., Anwar, T., . . . Ghazanfar, S. (2020). Postpartum Depression: Prevalence and Associated Risk Factors Among Women in Sindh, Pakistan. *Cureus*, 12(12), e12216. <https://doi.org/10.7759/cureus.12216>
- Yaser, A., Slewa-Younan, S., Smith, C. A., Olson, R. E., Guajardo, M. G., & Mond, J. (2016). Beliefs and knowledge about post-traumatic stress disorder amongst resettled Afghan refugees in Australia. *Int J Ment Health Syst*, 10, 31. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0065-7>
- Yuval, K., & Bernstein, A. (2017). Avoidance in posttraumatic stress among refugee survivors of violent conflict and atrocities: Testing trans-cultural risk processes and candidate intervention targets. *Behav Res Ther*, 99, 157-163. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.10.008>
- Zhao, X. H., & Zhang, Z. H. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr*, 53, 102353. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>

- Zilber, N., Lerner, Y., Eidelman, R., & Kertes, J. (2001). Depression and anxiety disorders among Jews from the former Soviet Union five years after their immigration to Israel. *Int J Geriatr Psychiatry*, *16*(10), 993-999. <https://doi.org/10.1002/gps.456>
- Zoellner, L., Graham, B., Marks, E., Feeny, N., Bentley, J., Franklin, A., & Lang, D. J. S. (2018). Islamic trauma healing: initial feasibility and pilot data. *8*(3), 47.

Appendice 1: Caratteristiche degli studi inclusi nella prima revisione sistematica.

Articolo e anno	Stato di provenienza e d'arrivo	Numerosità campionaria	Età media	Status	Gruppo di confronto	Test Usati	Risultati
(Acarturk et al., 2018)	Da Syria a campo rifugiati ai confini della Syria	781	35.2	Rifugiato	Nessuno	IES-R; BDI-II	Si riscontra l'83,5% di probabile PTSD che può essere attribuito al fatto che il campione era costituito da "nuovi arrivati" e che il campo era situato ai confini della Syria, il 37,4% del campione presenta possibile depressione. Le donne presentano un maggiore tasso di PTSD, possibili spiegazioni: durante la guerra il ruolo di donna cambia, i mariti possono essere deceduti, disabili o assenti, la donna deve diventare la fonte principale di reddito, è riportato che le donne non si sentono al sicuro e spesso sono forzate a sposarsi o sono sottoposte a "survival sex".
(Adams & Horovitz, 1980)	Da Cuba a Stati Uniti	201	Da 7 a 15 anni	Rifugiato	Cubani e ragazzi neri con e senza padre.	LASS-1; MMPI	Non è stata trovata una correlazione tra la psicopatologia dei ragazzi e la mancanza del padre. La povertà sembra livellare le differenze date dal raggruppamento etnico, dall'età e dalla struttura familiare.
(Akgul et al., 2019)	Da Syria a campo rifugiati in Turchia	76	14.2	Rifugiato	Nessuno	BSI; GSI	L'unica correlazione significativa è tra gli anni passati nel campo e la sottoscala della depressione. Le adolescenti femmine riportano punteggi più alti per ansia, depressione, somatizzazione rispetto ai maschi.
(Meca et al., 2019)	Da America Latina a Stati Uniti	302	14.51	Immigrato seconda generazione	Nessuno	EPSI; CES-D	Vi è una relazione bidirezionale tra l'identità e i sintomi depressivi: la coerenza identitaria predice negativamente i sintomi depressivi. Allo stesso modo la depressione predice negativamente la coerenza e predice positivamente la confusione identitaria.
(Aragona et al., 2013)	Da Asia, Africa, America Latina, Europa Orientale, Romania, Cina, Bangladesh all'Italia	391	37.58	Immigrato	Nessuno	HTQ; HSCL-21; BSI-21; LDQ	La media di difficoltà di vita legate alla post migrazione era 6.48. 40 partecipanti (10.2%) mostravano sintomi con l'HTQ che superavano il cutoff per il PTSD. Tra coloro che avevano il PTSD il 97.5% soffriva di depressione, il 92.5% di ansia e l'80% di depressione.
(Arieli & Aycheh, 1992)	Da Etiopia a Israele	87	Da 17 a 50	Immigrato	Nessuno	POPS; ERI	La media totale 211-POPS per i sintomi moderati e severi è 27.1%, mentre la media d'ansia è 37.3%, depressione 28.4%, somatizzazione 29.4%, attività psicomotoria 11% e disturbi del sonno 28.8%. La scala riguardo la soddisfazione riporta che il 75% del campione era insoddisfatto della fluenza con cui parlavano ebreo, il 66% era insoddisfatto della situazione finanziaria, il 64% dell'attitudine dell'istituzione religiosa verso la comunità etiope e il 60% del grado di osservanza della religione in Israele.
(Arnetz et al., 2013)	Da Iraq, Medio Oriente a Stati Uniti	128	40.6	Rifugiato e immigrato	Rifugiati Iracheni (n=75), immigrati del Medio Oriente (n=53)	GHQ; PCL-5	I rifugiati riportano più frequentemente di essere stati esposti a violenza, i rifugiati avevano anche maggiori sintomi di PTSD rispetto agli immigrati. Essere un rifugiato era associato a maggiore distress psicologico, la resilienza è invece associata a minore distress correlato al trauma.
(Beck et al., 2021)	Da Syria, Iraq, Bosnia, Kosovo, Libano, Iran, Afghanistan, Somalia, Sri Lanka, Cecenia a Danimarca	74	42	Rifugiato	Nessuno	HTQ; WHO-5; DSS-20; SDQ; RAAS	Il campione è stato suddiviso in un gruppo sottoposto a musicoterapia focalizzata sul trauma (tr-MI) e chi è stato sottoposto al trattamento standard. Tutti i partecipanti avevano una diagnosi di PTSD. In totale si riscontra una remissione di 10 pazienti dopo la musicoterapia e di due pazienti del gruppo TAU.
(Spinhoven et al., 2006)	Da Angola, Sierra Leone, Cina ai Paesi Bassi	920	16.5	Rifugiato	Confronto con risposte del follow up	HSCL-37; RATS; SLE	I livelli di comportamento internalizzante e stress post-traumatico sono associati negativamente ma significativamente con il numero di inconsistenze e le omissioni. I rifugiati non accompagnati più giovani e con meno inconsistenze ed omissioni erano coloro che avevano guadagnato la residenza temporanea.

(T. Bean et al., 2007)	Da Angola, Sierra Leone, Cina ai Paesi Bassi. Da Marocco, Ghana, e Turchia al Belgio.	3205	15.23	Rifugiato	Rifugiati non accompagnati (n=1078), Immigrati in Belgio (n=1152), Nativi (n=975)	HSCL-37; RATS; SLE	Il punteggio totale HSCL-37 è 65.7 per i rifugiati, 56.2 per gli immigrati e 57.8 per i nativi (HSCL-37 depressione è rispettivamente 31.1, 24.5, 23.7), Il punteggio totale RATS è 49.1, 37.6, 31.8 e il totale di SLE 6.1, 3.3 e 3.0. Per le scale internalizzanti le ragazze avevano un punteggio maggiore, al contrario delle scale esternalizzanti. I rifugiati riportano più esperienze traumatiche rispetto agli altri campioni.
(Becker et al., 1999)	Da Bosnia ed Erzegovina	10	16.1	Rifugiato	Nessuno	CTEI; PTSD Symptoms Scale	Alla baseline 3 soggetti incontravano i criteri per il PTSD, al follow up solo uno soffriva del disturbo, la media PTSD di tutto il gruppo era 8.9 alla baseline e 4.0 al follow up.
(Begemann et al., 2020)	Da Afghanistan, Syria, Nigeria, Iran a Germania	133	22.1	Rifugiato	Nessuno	PANSS; Hamilton and Montgomery - ADS; CTQ; GAF; CGI	La valutazione dell'esperienza dei rischi esperiti mostra che il 42.8% dei soggetti aveva fatto esperienza di 3 o più fattori di rischio. Il livello globale di funzionamento e severità della psicopatologia è fortemente associato al numero di rischi accumulati.
(Carta et al., 2018)	Tuareg in Burkina Faso	409	Età<=39: 249	Rifugiato	Stesso campione al follow up (n=207)	PTSD screening scale	La frequenza di PTSD diminuisce tra le due osservazioni un po' di meno nei maschi, e nelle persone più anziane. La percentuale di persone positive, alla prima osservazione, al PTSD screening Scale era 85.6%. Alla seconda osservazione era scesa a 67.4%. Nessun fattore è significativamente associato al PTSD eccetto per la giovane età che costituisce un fattore protettivo.
(Cervantes et al., 2012)	Da America Latina a Stati Uniti	992	14.8	Immigrato seconda generazione	Nessuno	HSI-A; CDI; YSR	Il punteggio totale HSI-A (86.12) correla positivamente con il totale CDI, indicando che le stime di stress erano associate a sintomi depressivi più intensi. Il punteggio HSI-A correla positivamente anche con il punteggio YSR, ed è fortemente associato a problemi internalizzanti ed esternalizzanti.
(Chedebois et al., 2009)	Dall'Europa, Nord Africa, Dom-Tom, Asia, Nord e Sud America a Francia	292	17	Immigrato seconda generazione	Utilizzatori di cannabis (n=98) e non (n=194)	IAS; MEIM; IPPA; CES-D; BSSS; ASLEC; PHQ-4	Il punteggio medio CES-D è 10.68 per i non utilizzatori di cannabis, 12.53 tra gli utilizzatori. Sembra che l'individualismo e l'assimilazione costituiscano fattori protettivi verso l'uso della cannabis, questi fattori possono aiutare gli adolescenti a resistere alla pressione dei pari verso l'uso di sostanze. Anche l'integrazione può essere un fattore protettivo poiché la capacità di auto affermare che ne consegue è utile per contrastare l'incitamento all'uso di sostanze.
(Choi et al., 2017)	Da Corea del Nord a Corea del Sud	211	38.49	Rifugiato	Nessuno	CES-D; STAI-S; SCL; IES-R	La media di eventi traumatici era 6.67, tale numero era correlato con il punteggio CES-D; STAI-S; SCL-Somatizzazione. La media CES-D era 20.18, STAI-S era 44.44, SCL: 25.20 e il totale IES era 22.93. la soddisfazione a livello economico in un campione di Nord Coreani rifugiati in Sud Corea correla con il numero di esperienze traumatiche e sintomi psichiatrici quali PTSD, depressione e ansia. Tra tutte solo l'ansia però predice il livello di soddisfazione nella vita dei rifugiati. La severità sintomi psichiatrici aumenta all'aumentare degli eventi traumatici a cui sono esposti.
(Cochrane & Stopes-Roe, 1981a)	Da India a Inghilterra	400	36	Immigrato	Nativi (n=200)	Langner 22	Gli indiani hanno un punteggio inferiore ai nativi (1.86 contro 3.65), le femmine lo avevano più alto dei maschi (2.07 contro 1.72 per gli indiani, 4.45 contro 3.00 per i nativi). Nel campione di indiani. Inoltre, le femmine non sposate avevano punteggi maggiori di quelle sposate.

(Cochrane & Stopes-Roe, 1981b)	Da India e Pakistan a Inghilterra	640	ND	Immigrato	Indiani (n=200), Pakistani (n=200) e Nativi (n=240)	Langner 22	I risultati non supportano le due ipotesi riguardo la relazione inversa tra classe sociale e disturbi psicologici, poiché gli indiani mostrano un effetto inverso per cui coloro che hanno uno status sociale di alto livello riportano anche più sintomi. Soprattutto nel campione di donne indiane il più alto status sociale è associato a maggiori sintomi rispetto a chi aveva lo status sociale più basso.
(Daud et al., 2008)	Da Iraq a Svezia	78	39.4	Rifugiato	Gruppo che ha esperito torture (rifugiati iracheni 36, svedesi carcerati 42), e gruppo non traumatizzato (rifugiati arabi 31, svedesi nativi 52)	H/UTQ; KSP	I rifugiati traumatizzati hanno ottenuto punteggi più alti nei domini di ansia internalizzata, comportamento esternalizzato e evitamento con il KSP Rispetto al PTSD, il gruppo di rifugiati traumatizzati mostra punteggi maggiori rispetto agli svedesi traumatizzati.
(Davies & McKelvey, 1998)	Da Regno Unito, Irlanda, Nuova Zelanda, Vietnam, Bosnia, Iran, Cina, Iraq, Corea, Thailandia all'Australia	209	14.16	Immigrato	Nessuno	CBCL; YSR	Gli adolescenti non immigrati hanno livelli più alti in CBCL e YSR rispetto agli immigrati. Riguardo la CBCL, gli immigrati adolescenti riportano minori problemi esternalizzanti e minori competenze. Alti livelli internalizzanti erano associati al gruppo con più basso SES.
(Dietrich et al., 2019)	Da Syria, Iraq alla Germania	175	Iracheni 22.7, Siriani 21.9	Rifugiato	Rifugiati Siriani ed Iracheni	ETI; SCL-10; SSS-PSD	La diagnosi sulla base dell'ETI è del 9.5% dei partecipanti, i Siriani riportano punteggi lievemente maggiori di sintomi di PTSD. Sull'SCL-10 il punteggio medio era 1.6, indicando basse frequenze di ansia e depressione. Con un cut off di 1.85, il 19.4% del campione totale potrebbe avere un disturbo mentale.
(Erucar et al., 2018)	Da Syria a Turchia	263	42.2	Rifugiato	Rifugiati	SLE; GHQ-12; PSI-SF; CRIES-8; SDQ	Il punteggio SDQ per entrambi i genitori è in media 13.03. La media GHQ-12 è 14.49 e lo stress associato al parenting ha come media 94.8. In tutto il 47% del campione ha avuto un punteggio sopra la media GHQ-12 e il 44% hanno superato la media del PSI. Non ci sono differenze significative tra i punteggi tra madri e padri.
(Familiar et al., 2011)	Da Messico a Stati Uniti	2148	Età <35: 1196	immigrato	Nessuna esperienza di migrazione (n=1679), immigrati tornati indietro (n=118), parenti dei migranti (n=351)	CES-D; BAI	La prevalenza di umore depresso è 15.88%, i parenti dei migranti tendevano ad avere una sintomatologia depressiva più frequente rispetto ai non migranti. Coloro che hanno trascorso negli Stati Uniti 4 o più anni presentano un aumentato rischio di sintomi depressivi. L'età e il maggiore livello educativo hanno un effetto protettivo sui sintomi depressivi. La prevalenza d'ansia era 15.66%, coloro che non hanno mai migrato hanno la minore prevalenza d'ansia.
(Fichter et al., 2005)	Da Grecia a Germania	3735 di cui immigrati (n=815)	Immigrati 15.8, nativi 15.5	Immigrato	Nativi (n=2920)	EDI; ANIS; GHQ-28; SIAB-EX	L'indagine è stata riproposta nel tempo per valutare i cambiamenti. In entrambi i campioni le femmine hanno punteggi più alti dei maschi. A Monaco aumenta nel tempo la paura delle ragazze verso il proprio corpo, la prevalenza di disturbo bulimico è prevalente in entrambe le città. La differenza tra le due città diminuisce nel tempo.
(Scharpf, Mkinga, et al., 2021)	Dal Burundi ad un campo rifugiati in Tanzania	452	Madri: 34.49, padri: 41.52	Rifugiato	Madri (n=226) e Padri (n=226)	UCLA RI-5; SDQ; PCL-5; GSI	Maggiore psicopatologia nelle madri era associata a rappresentazioni di attaccamento insicuro. Il punteggio UCLA\PCL-5 per le madri è 31.56, per i padri è 33.14. Il punteggio medio BSI-18 è per le madri 31.56 e per i padri è 24.62.

(Scharpf, Mueller, et al., 2021)	Dal Burundi ad un campo rifugiati in Tanzania	155	13.01	Rifugiato	Nessuno	CBTT; SDQ; UCLA-RI-5; CTSPC	Alti livelli di abuso da parte dei genitori e di negligenza negli anni passati sono associati a livelli più alti di psicopatologia interferente con l'attenzione, che include problemi internalizzanti, PTSD, e cognizioni negative su sé stessi e il mondo. Più psicopatologia era collegata ad una ridotta capacità di memoria di lavoro.
(Schwarz-Nielsen & Elklitt, 2009)	Dall'Iraq alla Danimarca	53	Età >18 anni	Richiedente Asilo	Nessuno	HTQ; HSCL-25	La media dei punteggi d'ansia e depressione è 3.12 e 3.14 rispettivamente (sopra il cut-off di 1.75), nello specifico, il 94% dei partecipanti supera il cut off dei punteggi d'ansia ed il 100% supera il cut off per i punteggi relativi alla depressione. La media totale dei sintomi per il PTSD è 3.0 (supera il cut off di 2.5), nello specifico il 77% dei partecipanti supera il cut off stabilito.
(Stevens et al., 2005a)	Dal Marocco ai Paesi Bassi	376	14	Immigrato	Nessuno	CBCL; GHQ-28; YSR	Gli immigrati adolescenti riportano alti livelli di sintomi esternalizzanti. I maschi sono a più alto rischio rispetto alle femmine. La scuola e il rapporto con i pari sono fattori importanti: i ragazzi che escono regolarmente con gli amici, i cui amici sono "devianti" o che hanno problemi a scuola mostrano maggiori problemi esternalizzanti.
(Stevens et al., 2005b)	Dal Marocco ai Paesi Bassi	376	14	Immigrato	Nessuno	CBCL; GHQ-28; YSR	È stata osservata alta comorbilità tra problemi internalizzanti ed esternalizzanti, rivelando che gli adolescenti che esperiscono problemi di salute cronici sono maggiormente a rischio di soffrire di problemi internalizzanti. Il rapporto con la scuola e i pari, il fattore prossimale della famiglia predicono lo sviluppo di problemi internalizzanti. L'impatto della migrazione è piccolo.
(La Greca et al., 2015)	Da America Latina a Stati Uniti	1191	16.46	Immigrato	Nessuno	SAS-A; SAD-A	I ragazzi esibivano medie strutturate più alte al SAD-General. Alle sottoscala SAS-A le stime di paura di una valutazione negativa, d'evitamento sociale e distress, così come del SAD-general diminuiscono con l'età adolescenziale.
(Hauff & Vaglum, 1995)	Da Vietnam alla Norvegia	145	26	Rifugiato	Nessuno	SCL-90-R	La depressione è la diagnosi più prevalente (17.7%), Il punteggio al global severity index dell'SCL-90-R dopo 3 anni in Norvegia è 0.81 mentre all'arrivo era 0.83. i punteggi con la media più alta sono: ossessivo-compulsivo (1.17), depressione (1.12).
(Heeren et al., 2014)	Da Asia, Europa, Africa, America Latina a Svizzera	202 di cui richiedenti asilo (n=65), rifugiati (n=34), immigrati illegali (n=21), migranti lavorativi (n=26), nativi (n=56)	Richiedente asilo (33.7), rifugiato (34.8), immigrato illegale (37.8), immigrato lavorativo (39.0), nativi (39.4)	Richiedente asilo, rifugiato, immigrato illegale, migrate lavorativo	Richiedente asilo, rifugiato, immigrato illegale, migrate lavorativo e Nativi	HTQ; PDS; HSCL-25	La media di eventi traumatici è 8.4 per i richiedenti asilo che riportano una frequenza clinicamente più rilevante di sintomi depressivi (55), per rifugiati e immigrati illegali è invece 14 e 10. La diagnosi probabile di PTSD è presente il 34 soggetti richiedenti asilo e 12 rifugiati. I livelli di ansia sono più alti nei richiedenti asilo e negli immigrati illegali.
(Hengst et al., 2018)	Da Iraq a Paesi bassi	3177	35.4	Richiedente Asilo	Nessuno	HTQ; PMLP checklist; WHOQOL-BREF; BDQ	La maggior parte del campione ha fatto esperienza di perdite (261), perdita di bambini (24), membri familiari (258), amici (146). 219 persone del campione hanno fatto esperienza di uno o più eventi traumatici. Il punteggio BDQ è 18.30 e quello WHOQOL-BREF è 2.55. Perdite innaturali di un bambino e il numero di famigliari persi ha effetti significativi sulla psicopatologia.
(Hinton et al., 2004)	Dalla Cambogia agli Stati Uniti	100	45.6	Rifugiato	Nessuno	PDSS; CAPS; HSCL-25;	Il 45% descrive di avere avuto esperienza di attacchi di panico attivati dall'olfatto, di questi, 41 hanno il PTSD. La media PACQ era 2.7 per coloro che hanno attacchi di panico attivati dall'olfatto (OP), per coloro che non hanno tali attacchi (NOP) la media è 1.3. La media d'ansia

						PACQ Addendum	tramite HSCL era 3.0 per il gruppo OP, e 2.0 per i NOP. Per la depressione sono rispettivamente 2.4 e 1.7.
(Hinton et al., 2007)	Dalla Cambogia agli Stati Uniti	130	50.9 per chi ha il GIP, 53.3 per chi non lo aveva	Rifugiato	Nessuno	SCL-90-R; FSS; CCSS; ASI	46 partecipanti soffrono di panico gastrointestinale e 84 no, la media PASS è 6.7, la media CCSS era 2.7. 21 persone delle 46 avevano flashbacks la cui severità era alta. L'85.7% avevano flashback severi (intensità di 3 o 4).
(Hinton et al., 2015)	Dalla Cambogia agli Stati Uniti	200	ND	Rifugiato	Nessuno	PCL-5	I punteggi di PTSD sono alti, la media è di 3.2 su una scala Likert a 5 punti. Considerando i punteggi al PCL con un cutoff di 34, il 46% dei soggetti soddisfaceva i criteri di PTSD. Il contenuto di ruminazione è per l'81% riguardante preoccupazione su salute, finanza, comportamenti dei figli. Il 63% erano di tipo depressivo, il 47% riguardava rabbia e il 31% di trauma.
(Hoffman et al., 2019)	Da Sri Lanka, Iran, Iraq all'Australia	221	38.42	Richiedente asilo e rifugiato	Nessuno	MIAS; HTQ; PMLD; PDS-5; PHQ-9; DAR-5	La media degli eventi traumatici è di 3.02, quella riguardante i tipi di difficoltà riguardanti la vita è di 9.53. La percentuale di "Moral injury-Other" è del 37.8%," Moral injury-other + self" è 35.2%, no Moral injury era il 26.9%. In confronto al profilo "Moral injury-Other", gli individui con un profilo "Moral injury- other + self" hanno maggiore rabbia, depressione.
(Huemer et al., 2011)	Dall'Africa all'Austria	41	16.95	Rifugiato	Nessuno	YSR; UCLA PTSD; SCWP	Il numero di minori non accompagnati con disturbo della regolazione è 6, con PTSD sono 8 (le femmine mostrano un'incidenza maggiore), distimia 6.
(Huemer et al., 2013)	Dall'Africa all'Austria	41	16.95	Rifugiato	Nessuno	WAI	I soggetti riportano alti livelli di difesa repressiva (3.2), negazione dell'angoscia (2.7) e restrizione (4.1), ma alti erano anche i livelli di distress (3.0) e depressione (3.3).
(Huijts et al., 2012)	Da Medio Oriente, Ex Jugoslavia e altri paesi a Paesi Bassi	335	42.9	Rifugiato	Nessuno	COPE-EASY-32; HTQ	I modelli di coping ipotizzati sono 4, di questi due sono più plausibili: secondo il modello b il PTSD influenza sia le strategie di coping che la qualità della vita, nel modello c le strategie di coping influenzano la qualità della vita attraverso il PTSD. Il coping centrato sulle emozioni correla positivamente con la qualità della vita, il supporto sociale non sembra essere correlato con la severità del PTSD.
(Le et al., 2021)	Da America Centrale, Messico, Stati Uniti a Stati Uniti	86	27.7	Immigrato	Nessuno	PHQ-9; PDSS-SF	16 partecipanti (18.6%) hanno una storia di Disturbo Depressivo Maggiore. Non sono emerse differenze nei punteggi di PDSS-SF in nessun time point, però i punteggi tendono a diminuire tra il tempo 1 e il tempo 3 per tutti i partecipanti. Coloro che hanno completato 4-6 lezioni ("Mother and Baby Course") e coloro che ne hanno completate 1-3 riportano esperienze simili.
(Jeong et al., 2021)	Da Nord Corea a Sud Corea	101	Pazienti affetti da PTSD (40.3), gruppo di controllo esposto al trauma (30.9),	Rifugiato	Pazienti affetti da PTSD (27), gruppo di controllo esposto al trauma (23), gruppo sano (51)	BAI; BDI; SCL-S; IES-R	I punteggi BAI, BDI ed SCL-Somatizzazione sono più alti nel campione con il PTSD (rispettivamente 28.3, 23.0 e 31.2 per il gruppo con PTSD mentre 10.9, 8.4 e 20.2 per coloro esposti al trauma e 7.1, 8.5, 16.5 per il gruppo di controllo in salute). Il totale IES-R è 35.4 per il gruppo con PTSD e 10.6 per gli esposti al trauma.

			gruppo sano (36.6)				
(Iliceto et al., 2013)	Da Romania, Filippine, Polonia, Bangladesh, Ucraina e Senegal a Italia	471	Nativi 29.63, immigrati 30.14	Immigrato	Nativi (n=237), immigrati (n=234)	TEMPS-A; BHS; EPQ-R	La distribuzione di 5 variabili osservate (mancanza di speranza, temperamento affettivo, percezione negativa di sé e degli altri, introversione) sono associate al rischio suicidio. Considerando il rischio suicidio, introversione e mancanza di speranza sono correlati alla percezione negativa delle aspettative future e umore negativo. La psicopatologia si associava al nevroticismo e temperamento irritato.
(Jansen et al., 2010)	Da Capo Verde, Antille Olandesi, Indonesia, Marocco, Suriname, Turchia ai Paesi Bassi	4973	Nativi 32.1, Europei 31.6, Non Occidentali 29.4	Immigrato	Europei (n=406), non occidentali (n=1347), nativi (n=3190)	BSI, GSI	Le madri immigrate di prima generazione avevano figli con maggiori problemi comportamentali rispetto alle Olandesi. Il punteggio di sintomi psicopatologici è per i nativi 0.18, per gli europei 0.28, per i non occidentali invece 0.39.
(Mond et al., 2021)	Da Iraq all'Australia	66	44.23	Rifugiato (n=35), richiedente asilo (n=31)	Nessuno	HTQ; KPD	La media di eventi traumatici è 20.27, la media di sintomi traumatici è invece 2.95. La media di distress psicologico è 33.77. esamina la consapevolezza di una psicopatologia legata ad un trauma in un campione di rifugiati e l'associazione con la richiesta di aiuto. Solo la metà dei partecipanti riconoscevano di avere il PTSD, meno di un terzo dei partecipanti aveva chiesto aiuto ma la consapevolezza della propria condizione è fortemente associata con la richiesta di aiuto.
(Jongedijk et al., 2020)	Dal Medio Oriente e Nord Africa, Ex Jugoslavia, africa subsahariana ai Paesi Bassi	1147	40.93	Rifugiato	Nessuno	HTQ; HSCL-25	La larga maggioranza dei partecipanti raggiunge livelli clinici di sintomi relativi al PTSD (4.5%), ansia (54.5%) e depressione (58.8%). I partecipanti hanno fatto esperienza di PTE multipli, in media 13.88. I sintomi d'ansia sono in media 2.91, i sintomi depressivi sono in media 2.92.
(Chou, 2007)	Da Asia, Paesi Occidentali/industrializzati all'Australia	431	59.5	Immigrato	Nessuno	GHQ-12	Considerando un campione di immigrati più anziani (dai 50 anni in su) che migra in Australia emerge che nel corso di un anno i punteggi al GHQ-12 (general health questionnaire) peggiorano. I fattori che più impattano sono il tipo di visa e il paese d'origine. Altri predittori del punteggio al questionario considerato sono il vivere soli, i giorni passati in Australia, precarietà di salute percepita, patologie cardiache, asma, diabete, essere studente o senza entrate economiche, essere vedovo o divorziato e il grado di educazione.
(Chou, 2009)	Dalla Cina continentale ad Hong Kong	449	34.6	Immigrato	Nessuno	CES-D; LOT-R; MSPSS	Il 26.5% dei partecipanti ha ottenuto un punteggio maggiore al cut off fissato a 16 al CES-D, quindi i sintomi depressivi sono ad un livello clinicamente significativo. I nuovi immigrati che riportano bassi livelli di supporto sociale riportano anche alti livelli di CES-D, mentre ottimismo e controllo di sé si associavano ad alti livelli di CES-D.
(Kim, 2016)	Da Nord Corea a Sud Corea	144	18-20 anni	Rifugiato	Nessuno	HSCL-37; PTS	I partecipanti riportano in media 2.58 esperienze traumatiche, la media dei punteggi all'HSCL-37 sono: per la depressione 12.51 per i maschi e 11.53 per le femmine, riguardo l'ansia 8.37 per i maschi e 8.05 per le femmine, per i disturbi comportamentali invece 5.27 per i maschi e 3.63 per le femmine. Le ragazze mostrano anche una maggiore prevalenza di PTSD.
(Kindermann et al., 2017)	Da Germania, Iran, Iraq, Marocco alla Germania	64	37.25	Rifugiato	Nessuno	ETI; FST; PHQ-9; GAD-7; PSS-10; SOC-29	Con una media al PHQ-9 di 4.4, l'8% dei partecipanti soddisfaceva i criteri per depressione moderata o severa, superando il cutoff di 9. Con una media di 4.8 i sintomi d'ansia sono più alti della popolazione generale. L'ansia clinicamente significativa è stata riscontrata nel 16.1% del campione. Anche la media dello stress percepito (16.5) è più alta della popolazione normativa.

(Klimidis et al., 1994)	Città in cui non si parla inglese, Vietnam in Australia	631	17.2	Immigrato (n=101), rifugiato (n=91), seconda generazione (n=171)	Nativi (n=253), gruppo immigrati di seconda generazione, gruppo immigrati e gruppo rifugiati	VRPC	Le ragazze non differiscono dai ragazzi rispetto ai punteggi di ansia sociale e stato depressivo, ma avevano punteggi più alti d'ansia di stato. I rifugiati vietnamiti hanno un concetto di sé più povero.
(Koh, 1998)	Dalla Corea agli Stati Uniti	137	43.6	Immigrato	Nativi (n= 32), immigrati (n=105)	GARS; SCL-90	Gli immigrati avevano punteggi più elevati nelle sotto scale di somatizzazione rispetto ai non immigrati, mentre per il supporto familiare e lo stress percepito non si riscontrano differenze. Gli immigrati con un reddito minore avevano livelli di ansia, depressione e somatizzazione più alti.
(Lee et al., 2021)	Dalla Corea del Nord alla Corea del Sud	81	Nord Coreani: 36.15, Sud Coreani: 36.54	Rifugiato	Nativi (n=41), Rifugiati (N=40)	BDI; BAI; TAS; TEC	I risultati al BDI sono in media 8.95 per nativi e 15.69 per i rifugiati, anche i risultati del BAI sono più alti per i rifugiati (6.39 contro 19.59)
(Laban et al., 2004)	Dall'Iraq ai Paesi bassi	294	18-24 anni: 15.3%, 25-34 anni: 45.6%, 35-44 anni: 20.4%, 45-64 anni: 13.6%, >64: 5.1%	Richiedente asilo	Gruppo 1 risiede nei Paesi Bassi da meno di 6 mesi (n=362), Gruppo 2 risiede nei paesi bassi da 2 anni (n=474)	HTQ	Stando all'HTQ lo Stress domestico in giovinezza è presente nel 22.4% dei partecipanti. Le morti in famiglia sono avvenute nel 90.1% dei casi, la morte di un bambino è avvenuta nel 7.8% dei casi e la tortura nel 30.6%.
(Laban et al., 2005)	Dall'Iraq ai Paesi bassi	294	18-24 anni: 15.3%, 25-34 anni: 45.6%, 35-44 anni: 20.4%, 45-64 anni: 13.6%, >64: 5.1%	Richiedente asilo	Gruppo 1 risiede nei Paesi Bassi da meno di 6 mesi (n=362), Gruppo 2 risiede nei paesi bassi da 2 anni (n=474)	PMLP	L'incertezza verso il futuro, la mancanza di permesso per lavorare, solitudine e mancanza della famiglia sono più alte nel secondo gruppo. Questo ha punteggi più alti per ogni cluster tranne che per gli aspetti socio religiosi.
(Laban et al., 2007)	Dall'Iraq ai Paesi bassi	294	18-24 anni: 15.3%, 25-34 anni: 45.6%, 35-44 anni: 20.4%, >45 anni: 18.7%	Richiedente asilo	Gruppo 1 risiede nei Paesi Bassi da meno di 6 mesi (n=362), Gruppo 2 risiede nei paesi bassi da 2 anni (n=474)	WHOQOL-BREF	I richiedenti asilo che stanno più di 2 anni in Olanda riportano una qualità di vita più bassa, più alta disabilità e dolore cronico in confronto a coloro che sono arrivati nel paese da meno di 6 mesi. Una lunga procedura di richiesta d'asilo è associata con maggiori livelli di psicopatologia, bassi livelli di QoL, alta disabilità e minore salute fisica. Lunghezza di permanenza, eventi di vita avversi e PMLP (problemi di vita dovuti al post-migrazione) predicono la QoL e la salute fisica indipendentemente dalla psicopatologia.
(Laban et al., 2008)	Dall'Iraq ai Paesi bassi	294	18-24 anni: 15.3%, 25-34 anni: 45.6%, 35-44 anni: 20.4%, 45-64 anni:	Richiedente asilo	Gruppo 1 risiede nei Paesi Bassi da meno di 6 mesi (n=362), Gruppo 2 risiede nei paesi bassi da 2 anni (n=474)	WHOQOL-BREF; BDQ	Lo studio dimostra che i richiedenti asilo iracheni utilizzano molto poco i servizi di sanità mentale nonostante sia alto il loro livello di disturbi psichiatrici (soprattutto tra quelli che richiedono asilo da più di 2 anni). Inoltre, sembra che coloro che hanno problemi psichiatrici facciano più uso di servizi sanitari non specializzati nella salute mentale e quindi non ricevono le cure adeguate.

			13.6%, >64: 5.1%				
(Grasser et al., 2020)	Da Syria e Iraq agli Stati Uniti	36	36.63	Rifugiato	Nessuno	PTSD Checklist, HSCL-25	Un totale di 36.1% partecipanti sono positivi ad un probabile PTSD con un cutoff considerato di 40. Quasi la metà (47.2%) sono positivi per l'ansia, e il 33.3% sono positivi alla depressione misurata con l'HSCL.
(Leavey et al., 2004)	Da Turchia, Somalia, Afghanistan e Cosovo a Regno Unito	329	13.2	Rifugiato	Nativi (n=130)	SDQ	Il 23% dei bambini riportano alti livelli di difficoltà totale. I punteggi SDQ sono simili tra i rifugiati e i non rifugiati ad eccezione per i problemi con i pari che sono più frequenti tra i rifugiati (soprattutto i più giovani).
(van Leeuwen et al., 2010)	Da Spagna, Italia, Portogallo, Nord Africa, Dom Tom, Asia in Francia	292	femmine: 17.2 e maschi: 16.9	Immigrato seconda generazione	Ragazzi (n=170) e ragazze (n=122)	SBQ-R; IAS; MEIM; IPPA; ASLEC; CES-D; BPI; PDQ-4; HBSC	Il pensiero suicidario è più frequente nelle femmine (41% vs 19.3%), le ragazze, oltre a riportare alti livelli di ideazione suicidaria, mostravano anche alti punteggi depressivi (12.88 vs. 10.18). Eventi di vita, attaccamento ai genitori, essere stati bocciati, lo status socioeconomico sono predittori del rischio suicidario.
(Le et al., 2018)	Da Turchia e Iran alla Svizzera	108	43.2	Rifugiato	Nessuno	PMLD; PTS; HSCL-25	Le torture più comuni sono quelle fisiche (n=105), essere stati forzati ad assumere posizioni stressanti (n=102), riportano una media di 10.16 difficoltà di vita. Il punteggio PTS era 1.77, i partecipanti riportano una media di rabbia esplosiva di 1.33 e di sintomi depressivi: 2.76.
(Lenferink et al., 2022)	Da Iraq, Syria, Iran, Afghanistan, Sri Lanka, Burma, Pakistan all'Australia	613	39.2	Rifugiato	Nessuno	PDS; PHQ-9; PMLD	Coloro che sono in Australia da massimo 2 anni (W1) la probabilità di PTSD e depressione è minore (7.2% per il PTSD e 25.4% per la depressione), nel follow up di 6 mesi (W2) invece, la percentuale di probabile PTSD è 8.3% e di depressione è 25%
(Madianos et al., 2008)	Da Albania e altri paesi balcanici, Europa dell'est, Asia e Africa alla Grecia	157	Femmine: 37.28, maschi: 30.35	Immigrato	Nessuno	IAS; CES-D	La media totale IAS era 32.92. Con un cut-off di 16, 68 individui hanno probabile depressione (le femmine sono maggiormente colpite rispetto ai maschi, 42 vs 26).
(Barhoma et al., 2021)	Da Afghanistan, ex Jugoslavia, Iran, Iraq, Libano alla Danimarca	126	43.3	Rifugiato	Pre-trattamento (n=126), 6 mesi di follow up (n=74), 18 mesi (n=34)	HTQ; HSCL-25, HAM-A; HAM-D; SCL-S, VAS; SDS; GAF	Si evince un aumento di sintomi di PTSD in 21 partecipanti dal pre al post trattamento. La media HTQ per chi è stato assegnato al trattamento stress management è 3.18, per chi è stato assegnato al trattamento di ristrutturazione cognitiva ha un punteggio medio di 3.21. Per la SCL-Somatizzazione la media è rispettivamente 2.69 e 2.50, per l'HAM-D invece 23.83 e 24.46, per l'HAM-A infine, 27.09 e 26.25.
(McGregor et al., 2015)	Da Uganda, Sudan, Afghanistan, Bhutan, Congo, Rwanda e Syria all'Australia	10	17.5	Rifugiato	Nessuno	YES-R; CPSS	Individua le differenze tra gruppi di rifugiati giovani con alti sintomi di PTSD (4 femmine e 1 maschio) e gruppi con bassi sintomi di PTSD, questi ultimi hanno un forte senso di appartenenza e identità, erano introspettivi e perspicaci, cercavano di dare un senso alle esperienze vissute e avevano forti valori e credenze, in più presentano un forte legame con la famiglia e buone relazioni con i pari. Il gruppo con sintomi più severi non parlava della propria appartenenza culturale, non riflettevano sul passato e sulle esperienze, il loro pensiero si focalizzava sul presente.

(Hagan et al., 2021)	Latini, Asiatici americani, bianchi, abitanti del pacifico, Medio Oriente negli Stati Uniti	322	22.31	Immigrato	Nessuno	BCISS, ACE; GAD-7; ISEL; SCS-SF; CD-RISC	L'84.1% ha subito almeno un'esperienza avversa in infanzia, e il 38.5% ne ha subite 4 o più. Il 20.5% dei giovani adulti supera il cut off di 14 al GAD, indicando livelli severi di ansia.
(Mghir & Raskin, 1999)	Da Afghanistan a Stati Uniti	38	Tajik: 16.05, Pashtun: 17.35	Rifugiato	Gruppo Tajik e Pashtun	HTQ; BDI; HSCL-25	Il totale HTQ è maggiore per il gruppo Pashtun (18.2) piuttosto che quello Tajik (13.48). Nelle madri prese in considerazione, il punteggio HSCL totale è 1.77 per i Tajik e 2.12 per i Pashtun, anche per la depressione, la media è 17.09 e 29.0. La depressione nei bambini è in media 5.39 nel gruppo Tajik e 12.87 per il gruppo Pashtun.
(Montgomery, 2008)	Da Iraq, Iran, Palestina, Siria e Libano alla Danimarca	131	15.30	Rifugiato	Nessuno	YSR	I giovani rifugiati avevano una media dalle 10 alle 17 esperienze traumatiche prima dell'arrivo in Danimarca. La media dei problemi esternalizzanti era 8.6, internalizzanti 9.9 (83esimo e 90esimo percentile). Tra i fattori di rischio per i disturbi esternalizzanti spicca l'esser stati testimoni di attacchi che hanno coinvolto altre persone. Il numero di tipologie di esperienze stressanti in Danimarca, il numero di tipologie di esperienze traumatiche prima dell'arrivo in Danimarca incrementavano i problemi internalizzanti.
(Mueller et al., 2011)	Da Africa, Asia occidentale, Asia orientale alla Svizzera	80	FAS: 32.10, AS: 32.40	Richiedente Asilo	Richiedenti asilo con richiesta respinta FAS (n=40), Richiedenti asilo con richiesta pendente AS (n=40)	PDS; HSCL-25; VRS;	Entrambi i gruppi riportano alta sintomatologia PTSD (FAS: 25.60, AS: 26.51. Stando al BDS e HSCL-25, solo il 12.5% (5) dei FAS e il 17.5% degli AS (7) non soddisfano i criteri per la diagnosi, mentre il 37.5% (15) dei FAS e il 53% (21) degli AS soffrono sia di ansia, depressive che di PTSD.
(Darwish Murad et al., 2004)	Dalla Turchia ai Paesi Bassi	384	13.8	Immigrato	Nessuno	YSR; GHQ-28	Fattori come perdere un anno, non vivere con entrambi i genitori, problemi mentali in famiglia e fattori stressanti come morti, problemi finanziari, problemi di salute sono fattori di rischio per problemi emotivi e comportamentali. Le ragazze presentano più problemi crescendo mentre per i maschi è l'opposto.
(Naditch & Morrissey, 1976)	Da Cuba agli Stati Uniti	155	19.4	Rifugiato	Nessuno	ACL	Il punteggio medio d'ansia è 12.1 per i maschi e 12.4 per le femmine. Il punteggio medio della depressione è 7.3 per i maschi e 7.8 per le femmine. La media del disadattamento è 19.8 per i maschi e 18.3 per le femmine. L'ansia correla negativamente con l'estroversione/introversione, ed era fortemente correlato con il malcontento tra le femmine ma non tra i maschi.
(Nickerson et al., 2009)	Da Iraq all'Australia	315	37.7	Rifugiato	Nessuno	PMLD; HTQ; HSCL-25	140 partecipanti (44.4%) sono estremamente preoccupati per l'estinzione dei Mandei. I partecipanti sono stati esposti in media a 3.5 tipi di eventi traumatici. I partecipanti riportano elevati livelli di depressione (107 superano il cut off raggiungendo una media di 1.81), 72 individui soddisfano i criteri per il PTSD con una media di 1.86.
(Nickerson et al., 2010)	Da Iraq all'Australia	315	38	Rifugiato	Nessuno	PMLD; HTQ; IFFI; HSCL-25	Alti livelli di PTSD sono esperiti da coloro che hanno i familiari in Iraq (media 2.1) rispetto a chi non ha famiglia in Iraq (1.64). Questi partecipanti riportano anche altri livelli di depressione (2.0 vs. 1.64).
(Nickerson et al., 2021)	Dall'Iraq, Iran, Siria, Sri Lanka, Afghanistan all'Australia	1085	38.11	Rifugiato	Nessuno	DAR-5; WHODAS; HTQ; PDS; PHQ-9	Il campione è diviso in coloro che sono stati esposti a tortura e trauma pervasivo (TPT), a violenza (VE), a privazione (DE), e coloro che sono stati esposti poco ad esperienze traumatiche (LE). La media PTSD è 35.11 per i TPT, 7.31 per gli LE, 22.44 per ve e 7.31 per gli LE. La media depressione è rispettivamente 11.91, 7.39, 10.12 e 7.39.

(Noh & Avison, 1992)	Dalla Corea agli Stati Uniti	1480	Immigrati: 40, Americani: 46	Immigrato	Coreani (n=420), Immigrati (n=86), Americani (n=974)	SCL-90	Alle sotto scale dell'SCL-90, gli immigrati Coreani e gli Americani avevano medie simili, eccezione fatta per la depressione (1.79 per gli americani vs. 1.30 per gli immigrati). L'ansia è in media 1.83 per i Coreani, 1.32 per i Coreani Immigrati, 1.47 per gli Americani. La somatizzazione è rispettivamente 1.44, 0.91 e 0.97.
(Van Ommeren et al., 2001)	Dal Buthan ad un campo rifugiati in Nepal	134	15.8	Rifugiato	Casi (n=68), Controlli (n=66)	HTQ; SPS; SDQ	Per il campione dei casi (coloro che hanno esperito attacchi di svenimento e vertigine durante l'epidemia) la media eventi traumatici esperiti è 1.7, la soddisfazione per il supporto familiare è in media 2.8, il supporto sociale percepito è 16.2, la dissociazione somatoforme tramite SDQ è 32.4. Per i controlli invece, gli eventi traumatici sono in media 1.1, la soddisfazione del supporto familiare è 3.0, la media SPS è 16.8 e quella SDQ è invece 23.9.
(Park et al., 2019)	Dal Nord Corea al Sud Corea	127	Nord Coreani: 19.82, Sud Coreani: 18.97	Rifugiato	Nord Coreani (n=62), Sud Coreani (n=65)	UCLA PTSD Index; PHQ-9; SDQ	L'88.7% dei rifugiati Nord Coreani è stato esposto ad almeno un tipo di evento traumatico. La media di eventi traumatici esperiti è 3.33 per i rifugiati e 0.55 per i Sud Coreani. La prevalenza di PTSD è di 8 persone tra i rifugiati e una persona tra i Sud Coreani, la media PHQ-9 è rispettivamente 6.87 e 5.18, la media SDQ è 13.66 e 9.52.
(Patel & Kull, 2011)	Dai Caraibi, America Latina, Asia Orientale, Sud Asia, Europa e Medio Oriente agli Stati Uniti	174	ND	Immigrato	Nessuno	ASEBA; YSR;	La percentuale di ragazzi che superano il cut off per disturbi affettivi è il 30%, dei problemi somatici il 22%, per i problemi d'ansia il 12%, ADHD il 7%. La media supera quella della popolazione generale.
(Patino & Kirchner, 2010)	Da Colombia, Bolivia, Perù, Honduras, Paraguay alla Spagna	210	33.4	Immigrato	Nessuno	CRI-A; SCL-90	Gli stressor maggiori sono non avere un lavoro e avere difficoltà economiche, la discriminazione e problemi in famiglia. La media SCL-90 per la somatizzazione nelle femmine è 1.23 (81esimo percentile), la media depressione è 1.55 (86esimo percentile), la media d'ansia è 1.05 (81esimo percentile). Nei maschi le medie sono rispettivamente 0.71 (85esimo percentile), 1.16 (87esimo percentile) e 0.77 (84esimo percentile).
(Penelo et al., 2012)	Dall'Europa Orientale, America Latina, America centrale, Nord Africa, Asia alla Spagna	1734	Spagnoli: 42.5, Immigrati: 37.2	Immigrato	Nativi (n=1601), Immigrati (n=133)	SOGS; SCL-90; TCI-R	Gli immigrati che hanno una dipendenza da gioco sono più giovani, spendono più ore a settimana e spendono più di 300 euro al giorno. I profili non differiscono di molto, vi sono solo poche differenze. La media SCL-90 nei Nativi è, per la somatizzazione 0.92, per la depressione 1.40, per l'ansia invece 0.95. Negli immigrati la media è rispettivamente 0.89, 1.48 e 0.99.
(Steil et al., 2019)	Da Afghanistan, Syria, Iran, Iraq, Eritrea, Somalia alla Germania	106	29.26	Rifugiato	Nessuno	HSCL-25; PG-13, SCL-19; PDS; HTQ	Il 9.41% dei soggetti a lutto (n=90) hanno ricevuto diagnosi di "prolonged grief disorder". Sono evidenti le correlazioni tra PGD ed ansia e depressione misurate con l'HSCL e con la somatizzazione.
(Revollo et al., 2011)	Dall'America Latina a Barcellona	414	18-34 anni: 60.1%	Immigrato	Nessuno	BISS; GADS	Sintomi depressivi misurati con il GADS sono in media 2.05, i sintomi d'ansia sono in media 3.37. La media di stress acculturativo è 1.84. Lo stress psicosociale generale (2.24) è un fattore di rischio per ansia e depressione.
(Ritsner & Ponizovsky, 1998)	Dalla Russia a Israele	1953	42.4	Immigrato	Nessuno	TBDI	In coloro a cui è stato diagnosticato il PDS (Psychological distress syndrome) ossia il 79-88%, il totale dei partecipanti che supera il cut off per i sintomi depressivi è 884, il totale per i sintomi d'ansia è 817.
(Sack et al., 1994)	Cambogia	209	19.8	Rifugiato	Ragazzi a Portland (n=110), a Salt Lake City (n=99)	KIDDIE SADS-E	Oltre il 40% dei partecipanti riporta sintomi di PTSD e PTSD Non Altrimenti Specificato. La percentuale di disturbo depressivo maggiore è 10.1% o disturbo depressivo non altrimenti specificato 5.3%. Circa la metà delle madri e un terzo dei padri soddisfa i criteri per una diagnosi di PTSD e vi è alta comorbidità con la depressione.

(Saraga et al., 2013)	Dal Portogallo, Europa Orientale, Città arabe, Turchia, Italia, Africa Subsahariana, America Latina, Spagna in Amsterdam	119	Immigrati: 37.6, gruppo controllo: 33.6	Immigrato	Gruppo di controllo composto da partecipanti nati in Svizzera, Francia e Belgio (n=34)	MADRS	La media MADRS è più alta nel campione dei migranti rispetto a quello di controllo. La media per le sotto scale di tristezza è 91.2 per il gruppo di controllo e 94.1 per il gruppo migrante, riguardo l'anedonia la media è 94.1 e 82.4, per le idee suicidarie la media è rispettivamente 35.5 e 56.5, la media MADRS è invece 20.5 e 26.9
(Schlechter et al., 2021)	Aree di conflitto nei Balcani (Bosnia, Croazia, Kosovo, Macedonia e Serbia)	4167	Immigrai nei Balcani: 42.5, Città Occidentali: 41.6	Rifugiato	Residenti nei Balcani (n=3313), rifugiati migrati in Europa Occidentale (n=854)	LSC-R; IES-R; BSI	I partecipanti provenienti dai paesi Occidentali riportano una severità maggiore di sintomi legati ad eventi traumatici (media: 31.84) rispetto a coloro che vivono nei Balcani (24.16). Questi riportano anche una severità maggiore di sintomi d'ansia, depressione, somatizzazione (media: 22.16 vs 15.19). La severità dei sintomi è maggiore in coloro che hanno una diagnosi di PTSD.
(Schmidt et al., 2008)	Bosnia (alcuni sono migrati in Svizzera)	87	Sfollati: 39.3, Rifugiati: 41.0, Non sfollati: 41.8	Sfollato e Rifugiato	Gruppo di Sfollati interni (n=26), Rifugiati (n=29), Non sfollati (n=32)	BTQ; LCS; SOP; SPI	Il numero maggiore di eventi traumatici è stato riportato dagli sfollati interni (5.1), e i rifugiati riportano più eventi traumatici rispetto ai non sfollati (3.3). Il numero di sfollati con PTS è 19, per i rifugiati 3, per i non sfollati 5. Riguardo l'intrusione i numeri sono rispettivamente 25, 11, 8, per l'evitamento 19, 6, 7, per l'iperarousal 22, 16, 8 e infine per la menomazione i numeri sono 19, 6 e 6.
(Schumacher et al., 2021)	Da Afghanistan e Syria in Germania	366	15.8	Rifugiato	Nessuno	CRIS-13; PROMIS-depression; SDQ; SSS-8	I sintomi di PTSD e depressione correlano all'interno di ogni cluster, i sintomi esternalizzanti sono associati al PTSD. I disturbi del sonno e l'intrusività giocano un ruolo centrale nella vita dei rifugiati.
(Kim et al., 2013)	Dal Nord Corea al Sud Corea	2883	34.67	Rifugiato	Nessuno	MMPI	Emergono 4 classi distinte di caratteristiche psicologiche: la classe non clinica, la classe demoralizzata, quella somatizzante e quella caratterizzata dal distacco. Coloro che sono state rimpatriate e quindi esposte a torture appartenevano più spesso alla classe 4. L'età più avanzata correlava con l'appartenenza alle classi 3 o 4. E contrariamente a quanto ipotizzato, la religiosità non costituiva un fattore protettivo.
(Sierau et al., 2019)	Da Syria e Afghanistan in Germania	142	17.4	Rifugiato	Nessuno	LEC-5; PCL-5; PHQ-9; GAD-7; SSS-8; SDQ	La media del trauma prolungato è 10.55, La media dei sintomi PTSD misurati con il PCL-5 è 1.24, la media dei sintomi depressivi con il PHQ-9 è 0.93, la media dei sintomi d'ansia con il GAD-7 è 1.00, la media dei sintomi somatici con l'SSS-8 è 0.94, con l'SDQ sono stati misurati i problemi emotivi (4.64) e i problemi della condotta (2.20).
(Groen et al., 2019)	Da Afghanistan e Iran ai Paesi Bassi	57	36	Richiedenti asilo (n=24), Rifugiato (n=33)	Afgani (n=28), Iracheni (n=29)	HTQ; HSCL-25; PMLP-CL	Gli uomini hanno fatto esperienza di più PTE rispetto alle donne (10.73 vs. 6.70). La media dei sintomi post-traumatici da stress è di 3.07 per gli Afgani e 2.79 per gli Iracheni, la media di ansia e depressione è invece rispettivamente 3.12 e 2.90, la media PMLP è 2.50 per gli Afgani e 2.39 per gli iracheni e infine la media di acculturazione è 0.87 e 0.99.
(Smid et al., 2018)	Da Turchia, Marocco, Suriname, Germania, Indonesia, Bosnia Herzegovina ai Paesi Bassi	1029	39.62	Immigrato	Nativi (n=795), Immigrati (n=234)	SCL-90-R; IES	Lo studio è stato condotto a T1 (2-3 settimane dopo il disastro), T2 (1-20 mesi dopo) e T3 (44-47 mesi dopo). Intrusione ed evitamento sono più alti a T1 (nei nativi 33.35 vs 11.96 a T3; negli immigrati invece 43.01 vs 29.14), lo stesso vale per i punteggi d'ansia in cui T1 e T3 sono rispettivamente 17.33 e 13.37 nei Nativi e 23.69 e 21.19 negli immigrati. Per la depressione 6.62 e 4.99 nei nativi e 8.37 e 7.89 negli immigrati.

(Specker & Nickerson, 2019)	Da Iran, Sri Lanka, Afghanistan, Iraq e Bangladesh all'Australia	93	34.51	Rifugiato	Adaptive regulators (n=19), maladaptive regulators (n=18) e high regulators (n=53)	HTQ; PSSI; WBSI; ERQ; DERS	I partecipanti sono stati esposti in media a 8.79 tipi di eventi potenzialmente traumatici. La diagnosi di PTSD è stata fatta in 16 individui del gruppo high regulators, 2 tra gli adaptive regulators e 7 dei maladaptive. La media della severità è rispettivamente 22.64, 15.42 e 29.17, le difficoltà di regolazione emotiva sono in media 14.19, 12.60 e 16.37.
(Spiller et al., 2017)	Da Turchia, Iran, Sri Lanka, Afghanistan e Bosnia Herzegovina in Svizzera	154	41.9	Rifugiato	Nessuno	HTQ; PDS; HSCL-25	Circa il 51% dei partecipanti soddisfaceva i criteri per la diagnosi di PTSD, con una media PDS di 37.88. Sono state trovate due forti correlazioni tra ipervigilanza e un'esagerata reazione di risposta, e tra intrusioni e difficoltà nell'addormentamento. Il sintomo più rilevato era l'eccessiva reazione emotiva agli stimoli.
(Stouten et al., 2019)	Da Marocco, Antille Olandesi, Suriname, Turchia e altri paesi a Paesi Bassi	162	27.51	Immigrato	Immigrato prima generazione (n=60), seconda generazione (n=56), nativi (n=46)	CPT; PANSS; WAIS-III; PSP	I cittadini olandesi riportano minori livelli di sintomi psicotici rispetto ai migranti. A livello neuro cognitivo, gli olandesi riportano migliori performance rispetto agli immigrati e a loro volta gli immigrati di seconda generazione hanno migliori performance rispetto a quelli di prima generazione
(T. M. Bean et al., 2007)	Da Angola ai Paesi Bassi	582	15.5	Rifugiato	Nessuno	HSCL-37; RATS; CBCL	La media totale HSCL è 65.5 a T1 e 66.8 a T2. I partecipanti in T1 riportano livelli elevati di disturbi internalizzanti con HSCL (media: 50.2), con CBCL invece 9.8. In particolare, per le scale internalizzanti (HSCL) il 50.2% supera il cut off del 95esimo percentile, il totale RATS è 48.7 a T1 e 48.3 a T2.
(Teodorescu et al., 2012)	Dall'Europa Orientale, Africa, Medio Oriente, Estremo Oriente, America Latina alla Norvegia	55	Maschi: 44.0, femmine: 39.3	Rifugiato	Nessuno	LEC; IES-R; HSCL-25; PTGI-SF; WHOQOL-Brief	La media totale PTGI-SF era 22.6, la media totale IES-R era 51.7 e l'80% per partecipanti aveva un punteggio che superava il cut-off. La sottoscala della depressione misurata tramite HSCL era in media 2.7, e il 93% dei pazienti supera il cut-off.
(Hecker et al., 2021)	Da Burundi e Tanzania a Campo rifugiati in Tanzania	452	Maschi: 41.57, Femmine: 34.58	Rifugiato	Madri e Padri	CTSPC; PCL-5; BSI-18	Riguardo alla madre, la media della severità dei sintomi PTSD tramite PCL-5 è 38.79, la media dei sintomi depressivi secondo BSI è 11.20, la media di disfunzionalità è 6.07. Riguardo al padre, La media della severità dei sintomi è 33.14, la media dei sintomi depressivi è 9.55, la media di disfunzionalità è 2.96.
(van Bergen et al., 2010)	Da Sud Asia-Suriname, Marocco e Turchia ai Paesi Bassi	4527	da 14 a 16 anni	Immigrato	Nativi (n=3090), Sud Asia-Suriname (n=266), Marocco (n=557), Turchia (n=614)	YMR (youth health monitor rotterdam) questionnaire	Il comportamento suicidario è riportato in 272 (8.8%) di nativi, 51 (19.2%) di Sud Asiatici-Surinamesi, 34 (6.1%) dei marocchini e 91 (14.8%) dei turchi. L'abuso fisico è un fattore rilevante per il comportamento suicidario nei Turchi e negli Olandesi. L'abuso sessuale costituisce un fattore di vulnerabilità per Olandesi e Sed Asiatici.
(van Heemstra et al., 2019)	Da Iran, Armenia, Afghanistan, Siria, Iraq, Sierra Leone, Congo, Uganda, Eritrea, Nigeria ai Paesi Bassi	49	36.02	Immigrato	Nessuno	GSES; BSI	46 partecipanti su 49 soffrono di PTSD, i punteggi medi al test GSES sono 2.09 a T1 (prima del trattamento) e 2.37 a T2 (dopo il trattamento). I punteggi BSI sono in media 2.40 a T1 e 2.24 a T2.

(Veen et al., 2010)	Da Marocco a Paesi Bassi	741 ragazzi e 819 genitori	Popolazione Generale Olandese (15.60), Popolazione generale marocchina (15.20), Olandesi carcerati (16.12), Marocchini carcerati (15.82)	Immigrato	Popolazione Generale Olandese (n=304), Popolazione generale marocchina (142), Olandesi carcerati (156), Marocchini carcerati (139)	YSR; CBCL	Rispetto ai giovani immigrati con un passato delinquenziale, gli Olandesi riportano punteggi maggiori di ansia e depressione, problemi d'attenzione, comportamento aggressivo e delinquente. I delinquenti coinvolti in crimini maggiori hanno maggiori punteggi esternalizzanti (16.18) rispetto a quelli che hanno commesso crimini meno gravi (12.94).
(Velthorst et al., 2012)	Dal Marocco, Suriname, Turchia ai Paesi Bassi	201	Minoranze etniche: 24.5, Olandesi: 21.4	Immigrato	Minoranze etniche (n=87), Nativi (n=114)	BDI; SCAN; CDS	La media totale tramite BDI-II per le minoranze etniche è 45.7, per i nativi olandesi è invece 40.4. La media totale CDS è 7.1 per le minoranze e 5.4 per i nativi.
(Volk-Kernstock et al., 2014)	Da Gambia, Somalia e Nigeria all'Austria	41	16.95	Rifugiato	Nessuno	UCLA; SCWP	La media dei punteggi riguardo la depressione è 14.50 (cut off 13), la media dei punteggi sull'ansia è 13.56. La media dei punteggi sulla somatizzazione è 14.23. La prevalenza di PTSD misurata attraverso l'UCLA rivela che il 17% del campione soddisfa i criteri, il 29.3% soddisfa solo parzialmente i criteri.
(Westermeyer et al., 1984)	Laos (Hmong) negli Stati Uniti	97	<20 (16), 20-29 (40), 30-39 (18), 40-49 (10), 50-59 (8), >59 (5)	Rifugiato	Pazienti in cura (n=17), non pazienti (n= 80)	SCL-90; ZDS	I pazienti riportano più sintomi misurati mediante SCL-90, Riguardo le sottoscale di somatizzazione la media è 1.34 per i pazienti e 0.66 per i non pazienti, per le scale di depressione le medie sono rispettivamente 2.00 e 1.35, per l'ansia invece 1.09 e 0.56. Riguardo lo Zung Depression scale i punteggi medi sono 66.9 per i pazienti e 56.2 per i non pazienti.
(Widmann et al., 2014)	Dalla Somalia a Nairobi	48	Utilizzatori di Khat: 34.0, non utilizzatori di Khat: 35.1	Rifugiato	Utilizzatori di Khat (n=33), non utilizzatori di Khat (n=15)	SDS; PDS	Le esperienze traumatiche sono riportate dal 98% del campione, la diagnosi di PTSD può essere fatta per 30 utilizzatori di Khat e il 9 non utilizzatori. Coloro che masticavano Khat riportano più sintomi depressivi rispetto ai non masticatori (3.84 vs. 1.27)
(Wind et al., 2017)	Da vari paesi ai Paesi Bassi	1256	43.3	Rifugiato	Indo-iraniani (n=262), Niger-Congo (n=134), popolazioni semitiche (n=288), ex Jugoslavia (n=199), popoli germanici (n=373)	HTQ; HSCL-25	Il numero di individui sintomatici per il PTSD è di 913 su 1256, il numero totale di individui sintomatici per un disturbo d'ansia è 713 e di sintomatici per un disturbo depressivo 721. La media di severità dei sintomi da PTSD è in media 2.9.

(Yaser et al., 2016)	Dall'Afghanistan all'Australia	150	32.8	Rifugiato (N=64), Richiedente asilo (n=52), Immigrato (n=34)	Nessuno	MHL; AWES; IES-R; HSCL-25	La media d'esposizione ad eventi traumatici tramite AWES è 12.9, il numero di partecipanti che superano il cut off nelle sottoscale per la depressione tramite HSCL-25 è di 22, il numero totale di probabile PTSD è 69. La media di eventi traumatici a cui i rifugiati sono stati esposti è di 12.9.
(Lee et al., 2016)	Da Nord Corea a Sud Corea	492	Rifugiati: 38.22, Nativi: 39.48	Rifugiato	Nativi (n=315), Rifugiati (n=177)	CES-D; IES-R	Il numero di partecipanti che superano il cut off ≥ 21 al CES-D è di 82 per i rifugiati e 32 per i nativi. La media di esperienze traumatiche per i rifugiati è 6.73. Rispetto ai rifugiati, il numero di individui che superano il cut off ≥ 25 mediante IES e che quindi hanno sintomi significativi di PTSD sono 71.
(Byrow et al., 2022)	Da Iraq, Iran, Syria, Sri Lanka, Afghanistan all'Australia	1085	38.11	Rifugiato e richiedente asilo	La classe di alta difficoltà, moderata difficoltà, bassa difficoltà, poi vi sono due sottogruppi che differiscono per tipi di stressor e sono la "classe della paura dell'immigrazione" e la classe della disconnessione sociale	HTQ; PMLDC; PHQ-9; PDS;	Il sottogruppo denominato "classe della paura dell'immigrazione" è caratterizzato da paura per il futuro per via della visa, separazione dalla famiglia e rimpatrio forzato. Questo status di insicurezza alimenta i sintomi di PTSD e depressione. L'altro sottogruppo denominato "la classe della disconnessione sociale" è associato all'isolamento. L'esposizione ad alti livelli di eventi potenzialmente traumatici aumenta il rischio di disconnessione.
(Yuval & Bernstein, 2017)	Dal Sudan ad Israele	110	32.7	Richiedente asilo	Nessuno	HTQ;	I rifugiati con più alti livelli di PTS presentavano un più alto evitamento comportamentale e reattività emotiva dopo l'esposizione agli stimoli. Inoltre, l'evitamento sembra mediare la gravità del PTS sulla reattività emotiva.
(Demir et al., 2020)	Dalla Syria alla Germania e Giordania	89	34	Rifugiato	Rifugiati in Germania (n=49), Rifugiati in Giordania (n=40)	PHQ-9; GAD-7; HTQ; CERQ	La media di disturbi depressivi misurati con il PHQ-9 è 10.22, la media d'ansia è 8.75, la media di disturbi post-traumatici secondo l'HTQ è 2.2 (cut off 2.5), la media di stress nelle prime fasi di vita è 35.31, la media di strategie mal adattive di regolazione delle emozioni è 45.49

Appendice 2: Caratteristiche degli studi inclusi nella seconda revisione sistematica.

Autore e anno	Paese di provenienza e arrivo	Status	Età	Grandezza campionaria	Gruppo confronto	Misure usate	Risultati
(Ahmed et al., 2017)	Da Siria a Canada	Rifugiato	27.2	12	Nessuno	EPDS; PC-PTSD; WAST	7 partecipanti su 12 riportano un EPDS > o uguale a 10. 6/12 hanno un punteggio positivo nella sottoscala dell'ansia. La media EPDS è 8.75. Coloro che hanno sia sintomi di depressione ed ansia erano 6 ed erano più giovani, 4 avevano una previa storia di depressione, 2 di loro sono positive anche per i sintomi di PTSD. Ognuna ha risposto negativamente alle domande riguardanti la violenza intima da parte del partner.
(Alhasanat et al., 2017)	Da Libano, Iraq, Egitto, Palestina, Giordania, Qatar, Arabia Saudita, Yemen a Stati Uniti	Immigrato	30.16	50	Nessuno	EPDS; PDPI-R	I fattori di rischio più frequenti erano l'ansia prenatale (50%), stress correlato a problemi finanziari (48%), e maternity blues (42%). Circa un terzo riportava mancanza di supporto da parte degli amici (34%) o stress di vita associati alla morte di un familiare (34%) o severi problemi di salute (32%). Stando ai punteggi dell'EPDS il 36% (n= 18) delle donne sono ad alto rischio di DPP, la media del punteggi è 8.72. I punteggi dell'EPDS e PDPI-R sono significativamente correlati.
(Alhasanat-Khalil et al., 2018)	Da Yemen, Libano, Iraq a Stati Uniti	Immigrato	29.32	115	Nessuno	MASI; MSPSS; EPDS	Il 17% delle donne riportano di essersi sentite depresse durante la gravidanza e 32% delle donne riportavano ansia prenatale. Queste riportano bassi livelli di stress acculturativo (media: 14.97) e sintomi di DPP (media: 5.70). Il 25.2% dei partecipanti riporta un EPDS > o uguale a 10. Le donne più anziane, che riportano ansia prenatale e si sono sentite depresse durante la gravidanza, tendono ad avere un livello maggiore di stress acculturativo.
(Alhasanat-Khalil et al., 2019)	Da Yemen, Libano, Iraq a Stati Uniti	Immigrato	29.32	115	Nessuno	EPDS; ARSAA-II	37 donne riportano ansia prenatale, 19 riportano di essersi sentite depresse durante la gravidanza. Le donne che riportano livelli più alti di emarginazione riportano anche più alti livelli di DPP. I punteggi di attrazione alla cultura americana e di attrazione alla cultura araba non correlavano con i sintomi di DPP.
(Almeida et al., 2016)	Da Brasile, Europa Orientale e Africa a Portogallo	Immigrato	31	277	Nativi (n=188), Migranti (n=89)	MHI-5; EPDS; PSS; SSSS	Lo status di migrante è associato ad un maggiore rischio di depressione postpartum e minore soddisfazione riguardo il supporto sociale. La depressione postpartum non sembra invece correlare con lo stress percepito e la salute mentale nel puerperio.
(Lovlie & Madar, 2017)	Da Somalia a Norvegia	Immigrato	28.3	39	Nessuno	EPDS	In tutto il campione solo 3 persone hanno un punteggio > o uguale a 10. La media è di 2.97. Storia di malattie mentali sembra essere associato significativamente con DPP, così come aver fatto esperienza di problemi economici durante gli ultimi 12 mesi.
(Cabeza de Baca et al., 2018)	Da America Latina a Stati Uniti	Immigrato	34.6	201	Nessuno	EPDS; CES-D	Il tipo di relazione prediceva la depressione prenatale. Maggiori livelli di depressione predicevano una più povera salute del neonato.

(Boghossian et al., 2020)	Da Egitto, Somalia, Sudan, Sierra Leone a Australia	Immigrato	30.5	178	Immigrati che non hanno subito mutilazione genitale femminile (n=89), Immigrati che l'hanno subita (n=89)	EPDS	<p>Un punteggio EPDS > di 12 è stato riscontrato nel 3% del gruppo sottoposto a mutilazione genitale femminile (FGM/C) e nel 10.6% del gruppo non sottoposto. Solo una donna in entrambi i gruppi ha riportato pensieri autolesivi.</p> <p>Il 29% delle donne presentano un EPDS>9 e il 16% hanno un punteggio >13. In particolare, la probabilità di depressione postpartum è dell'80 e 40% più alta negli Afroamericani e Latini rispetto ai nativi. Per le donne Latine il rischio maggiore di DPP è spiegato dallo status socioeconomico, dalla comunità di residenza e dallo status di immigrato.</p> <p>La media dei punteggi riguardanti lo stress è 26.2 nei primi mesi di gravidanza e diminuisce a 24.3 nella media/tarda gravidanza. Alti livelli di acculturazione si associavano a basso stress, nello specifico, le donne con "un'acculturazione biculturale" hanno un livello di stress significativamente minore per tutta la gravidanza.</p> <p>Il 24.1% dei partecipanti aveva un EPDS>10 ad 1 mese postpartum e va diminuendo. La media è 6.67 ad 1 mese, 4.02 a 6 mesi e 4.23 ad un anno postpartum. La media di supporto sociale e informativo aumenta da 1 a 6 mesi ma decresce a 6 mesi a 1 anno.</p> <p>La media EPDS è 4.11 nel secondo trimestre, 4.24 nel terzo trimestre, 5.57 ad un mese postpartum, 6.09 a 3 mesi postpartum, 6.92 a 6 mesi postpartum e 5.33 ad 1 anno. L'adattamento alla cultura del Paese ospitante e i sintomi depressivi sono negativamente correlati per tutto il periodo perinatale.</p> <p>Gli immigrati che vivono in Canada per più di 5 anni fino a 10 anni erano ad alto rischio per stress e depressione. Essere impiegati ad 1 anno nel postpartum era associato ad una minore probabilità di soffrire di depressione postpartum e stress. Le madri che riportano di essere esauste a causa del lavoro riportano anche di soffrire in maniera persistente di depressione e stress.</p> <p>La prevalenza di EPDS era maggiore a 4 settimane e decresce nel tempo. Non c'è differenza nella prevalenza di sintomatologia tra immigrati e immigrati di seconda generazione.</p> <p>In totale, 120 donne hanno fatto esperienza di comorbilità nelle 24 settimane postpartum. Tra i fattori di rischio per la comorbilità di ansia e depressione, quelli statisticamente significanti sono la storia di depressione, storia di depressione postpartum, la percezione materna dei problemi legati al sonno del bambino a 4 settimane postpartum, l'età inferiore di 26 anni, la percezione del supporto, lo stress acculturativo, la stanchezza materna</p>
(Ceballos et al., 2016)	Afroamericani e Latini negli Stati Uniti	Immigrato	Età <20: 630	3317	Bianchi (n=498), Latine (n=2355), Afroamericani (n=464)	EPDS	
(Chasan-Taber et al., 2020)	Da America Latina a Stati Uniti	Immigrato	Età <24: 1001	1426	Nessuno	PAS; PSS-14; HADS	
(Chen et al., 2016)	Da Cina, Vietnam a Taiwan	Immigrato	27	203	Nessuno	EPDS	
(Chen et al., 2020)	Da Cina e Sud Est Asiatico a Taiwan	Immigrato	29.94	310	Nessuno	EPDS; BAS-MBIW	
(Chow et al., 2019)	Bianchi, Ispanici, Asiatici e Neri in Canada	Immigrato	32.1	3307	Nessuno	CES-D; PSS;	
(Dennis, Brown, Wanigaratne, Fung, et al., 2018)	Da Cina a Canada	Immigrato	31.6	571	Immigrati seconda generazione (n=100), Immigrati recenti (n=224), immigrati non recenti (n=247)	EPDS; STAI	
(Dennis, Brown, Wanigaratne, Vigod, et al., 2018)	Da Cina a Canada	immigrato	Età<30: 222	571	Campione con comorbilità e senza comorbilità	EPDS; STAI; ASI	

(Corbani et al., 2017)	Da America Latina, Africa, Asia, altri paesi europei a Italia	Immigrato	32.2	830	Nativi (n=589), Altri Paesi europei (n=70), Asiatici (n=19), Africani (n=76), Sud Americani (n=76)	EPDS; BDI; SPS	La media EPDS è 6.1 in tutto il campione, la percentuale di sintomi di depressione antenatale è 12.4% in Italia e variano dal 11.4% negli altri paesi europei al 44.75 nel Nord Africa. Problemi coniugali, gravidanza a rischio, storia di disturbi psichiatrici, trattamento farmacologico, trattamento psicologico, problemi finanziari, cambio di residenza, e il numero di figli era associato a sintomi di depressione antenatale.
(Dahlen et al., 2018)	Da India, Filippine, Nuova Zelanda, Fiji, Sudan, Pakistan, Cina a Australia	Immigrato	27.7	30328	Nativi (n=13742)	EPDS	Il 4.3% delle donne riportano una storia di violenza intima da parte del partner, con le donne della Nuova Zelanda e Sudan che riportavano delle percentuali maggiori. Le donne che riportavano storie di violenza riportavano più facilmente anche un EPDS > o uguale 13 (7.63%), pensieri di autolesionismo (2.4%), ansia e depressione (34.2%).
(Daoud, Ali Saleh-Darawshy, et al., 2019)	Ebrei e Arabo/Palestinesi in Israele	Immigrato	16-24: 115; 25-34: 303	1128	Nativi (n=632), Immigrati ebrei (n=221), arabo-palestinesi (n=275)	EPDS	La prevalenza di DPP è più alta tra gli arabo/palestinesi (20.8%), seguiti dagli immigrati ebrei (9.1%). La prevalenza di DPP è anche più alta tra i giovani (16-24 anni), con un livello educativo minore, disoccupati e tra coloro che fanno uso di antidepressivi.
(Dennis et al., 2016)	Da Asia, America Latina, Africa, Europa, US, Australia a Canada	Richiedente Asilo (n=369), immigrato (n=303), Rifugiato (n=143)	29.2	1125	Nativi (n=310)	EPDS	L'EPDS è stato somministrato ad 1 e 16 settimane postpartum. La percentuale di rifugiati con EPDS >9 ad 1 e 16 settimane è rispettivamente 26.6% e 18.2%. Per i richiedenti asilo è 25.2% e 24.1%, per gli immigrati è 22.4% e 14.2%. Infine, per i nativi canadesi è 14.8% e 7.4%.
(Dennis et al., 2017)	Da America Latina, Africa, Asia a Canada	Richiedente Asilo (n=371), Immigrati (n=505), Rifugiato (n=148)	25-35: 673	1536	Nativi (n=512), immigrati (n=1024)	EPDS	La prevalenza di sintomi depressivi con EPDS > 12 a 16 settimane postpartum è 9.4% per i migranti. In particolare, la prevalenza è dell'11.5% per i rifugiati, 14.3% per i richiedenti asilo, 5.1% per gli immigrati. Tra i rifugiati, minori livelli di supporto sociale ed esperienza di abusi si associano a maggiori sintomi depressivi. Per i richiedenti asilo, i fattori statisticamente significativi sono fattori sociodemografici e biomedici, vivere senza il partner, non sentire l'appartenenza alla comunità canadese.
(Dennis, Brennenstuhl, et al., 2018)	Da Cina a Canada	Immigrato	31.6	571	Immigrati seconda generazione (n=100), Immigrati recenti (n=224), immigrati non recenti (n=247)	STAI; SPS; ASI; EPDS; MAF	La media dei livelli di ansia a 4 settimane postpartum era 33.72 e diminuisce nell'arco di un anno. Il gruppo di individui consistentemente ansiosi (19.5%) hanno anche una maggiore incidenza di stanchezza di base, depressione e stress acculturativo. Il 74% è consistentemente non ansioso e il 6.5% è ansioso-migliorante (caratterizzato da ansia di base che declina nel tempo).
(Dennis et al., 2020)	Da Cina a Canda	Immigrato	31.6	571	immigrati seconda generazione (n=100), Immigrati recenti (n=224), immigrati non recenti (n=247)	MAF; STAI; SPS, ASI; EPDS	I livelli medi di stanchezza sono 24.9 ad 1 mese, 23.1 a 3 mesi, 22.2 a 6 mesi e 23.2 ad 1 anno postpartum. La stanchezza non segue un pattern lineare: migliora da 1 a 6 mesi e poi peggiora da 6 a 12 mesi, inoltre l'ansia di stato e le caratteristiche del sonno del bambino sono associate ai livelli di stanchezza. Lo status di migrante non ha effetti significativi sulla stanchezza.

(Doe et al., 2017)	Da Africa e America latina a stati Uniti	Immigrato	28.1 per gli africani, 27.6 per le latine	314	Immigrati seconda generazione ispanici e afroamericani (n=135)	EPDS	La prevalenza di EPDS positivo è di 24.04% negli africani e 18.75% nei latini. La differenza tra immigrati di prima e seconda generazione africani è minima (23.81% nei primi e 22.81% nei secondi). Le donne latine immigrate di seconda generazione hanno la percentuale più bassa (7.14%), coloro che arrivano dalla Repubblica Dominicana e Portorico hanno 17.24% di positività e infine gli immigrati provenienti dal Messico o Sud America hanno la percentuale più ampia (32.26%).
(Farina et al., 2021)	Da Messico a Stati Uniti	Immigrato	Età <34: 76	103	Nessuno	Burns AI; Burns DI; TEC	La media ai punteggi sull'ansia è 13.14, la media di sintomi depressivi è 14.33, la media delle esperienze traumatiche subite è 3.40. Le donne con un reddito minore e un grado educativo minore avevano un numero più alto di esperienze traumatiche. I livelli di ansia sono significativamente correlati a quelli depressivi e moderatamente correlati con le esperienze traumatiche.
(Fellmeth et al., 2018)	Da Myanmar a campo rifugiati al confine con la Thailandia	Rifugiato	Mediana: 25	510	Rifugiati che parlano Burmese (n=235) e coloro che parlano S'gaw Karen (n=275)	RHS-15	41.1% dei partecipanti risultano positivi al RHS-15. La diagnosi di depressione è stata condotta usando l'intervista strutturata SCID (Structured Clinical Interview for the Diagnosis of DSM-IV Disorders).
(Fleuriet & Sunil, 2015a)	Da Messico a Stati Uniti	Immigrato	27.8	631	Immigrati seconda generazione (n=350)	PSS; RES; PHQ-9; PRA; The MacArthur SSS	I livelli di depressione, ansia associata alla gravidanza e stress percepito aumentano all'aumentare degli anni passati negli Stati Uniti. Lo stato sociale soggettivo e l'ansia associata alla gravidanza predicono un peso minore del neonato alla nascita negli immigrati di prima generazione.
(Fleuriet & Sunil, 2018)	Da Messico a Stati Uniti	Immigrato	ND	571	Immigrate gravide (n=147), non gravide (n=142), immigrate seconda generazione gravide (n=140), non gravide (n=142)	SSS; PSS; RES; PHQ-9	Le donne incinte immigrate e non hanno livelli più alti di stato sociale soggettivo. Solo lo stato sociale soggettivo è significativamente differente tra gli immigrati di secondo grado e quelli di primo, questo è correlato con i livelli di sintomi depressivi e stress sociale percepito.
(Fleuriet & Sunil, 2015b)	Da Messico a Stati Uniti	Immigrato	28.3	292	Immigrato seconda generazione (n=124)	PHQ-9; PRA; PSS; SSS	In entrambi i gruppi alti livelli di ansia correlata alla gravidanza si associano ad alti livelli di stress sociale percepito. Livelli più alti di ansia correlata alla gravidanza si associano in maniera significativa ad un peso minore nel neonato alla nascita.
(Gaffney et al., 2019)	Da America Latina a Stati Uniti	Immigrato	Età <33: 178	246	Nessuno	EPDS; WFL	Il rischio di depressione postpartum non influisce sul peso del bambino alla nascita.
(Gaffney et al., 2018)	Da America Latina a Stati Uniti	Immigrato	Età <33: 243	318	Nessuno	IOM feeding practice, EPDS	I punteggi all'EPDS sono bassi, con media 2.96. Il 6% delle madri avevano un EPDS> o uguale 10. Nonostante i punteggi siano bassi è stato riscontrato che un aumento del punteggio si associa ad uno stile di alimentazione non responsivo e controllante.
(R. Ganann et al., 2016)	Cinesi, Ebrei, Sud Asiatici, Italiani, Portoghesi, inglesi, francesi-canadesi in Canada	Immigrato	32.69	519	Nessuno	EPDS; FSSQ	Il numero di immigrati a cui è stato somministrato l'EPDS a 6 settimane, 6 mesi e un anno era rispettivamente di 343, 357 e 309 persone. Le percentuali di EPDS> o uguale a 12 è 10, 8 e 8%. Con un EPDS> o uguale a 9 le percentuali sono 24, 18 e 17%.

(Ratcliff et al., 2015)	Da Africa, Asia, Europa, Medio Oriente, Nord Africa e America Latina alla Svizzera	Immigrati con uno status legale precario	27.8	228	Immigrati con uno status legale non precario (n=110), Immigrati con status precario (n=118)	EPDS	La media EPDS era 9.8 con il 37% delle donne che superano il cut-off > o uguale a 12. La mancanza di supporto da parte del marito è un fattore di rischio per la depressione antenatale. Anche la minore durata di residenza in Svizzera era associata a livelli di EPDS maggiori. Infine, donne con uno status legale precario avevano anch'esse una percentuale maggiore rispetto a chi aveva uno status non precario (10.7 vs. 9.4).
(Han et al., 2020)	Da Corea a Stati Uniti	Immigrato	33.5	11	Nessuno	EPDS	La media EPDS è 6.5 e nello specifico, 3 donne hanno riportato un punteggio > o uguale a 9, rivelando di essere a rischio per sviluppare depressione postpartum.
(Hultstrand et al., 2020)	Da Europa e Asia in Svezia	Immigrato	Età <35: 294	3389	Immigrati (n=414)	HADS; EPDS; PSS	La salute percepita, lo stress e l'ansia durante i primi mesi di gravidanza non differiscono rispetto ai campioni, ma le donne non europee soffrono più frequentemente di sintomi depressivi.
(Chen & Chien, 2020)	Da Cina, Vietnam, Myanmar, Indonesia, Malesia, Giappone, Filippine, Cambogia, Nepal a Taiwan	Immigrato	30.03	407	Nativi (n=230), immigrati (n=177)	EPDS	Le donne immigrate riportano di avere meno potere decisionale rispetto alle donne native, e riportano anche minori punteggi di supporto sociale. La media di sintomi depressivi è 6.19. Le donne native riportano maggiori sintomi fisici postpartum.
(Le et al., 2021)	Da America Centrale, Messico, Stati Uniti a Stati Uniti	Immigrato	27.7	86	Nessuno	PHQ-9; PDSS-SF	16 partecipanti (18.6%) hanno una storia di Disturbo Depressivo Maggiore. Non sono emerse differenze nei punteggi di PDSS-SF in nessun time point, però i punteggi tendono a diminuire tra il tempo 1 e il tempo 3 per tutti i partecipanti. Coloro che hanno completato 4-6 lezioni ("Mother and Baby Course") e coloro che ne hanno completate 1-3 riportano esperienze simili.
(Imai et al., 2017)	Da Cina, Corea, Vietnam, Filippine, Myanmar, Bangladesh, Thailandia, India, Stati Uniti a Giappone	Immigrato	31.4	68	Nativi (n=97)	EPDS; SSSP-P	La media EPDS è 7.5, molto più alta dei nativi (media 4.2). Le circostanze finanziarie, il supporto emotivo del partner e il supporto informativo della famiglia erano significativamente correlati all'EPDS.
(Jin et al., 2016)	Da Cina a Giappone	Immigrato	31.2	22	Nessuno	VAS; EPDS; SSS, CCS	La media EPDS era di 9, 12 soggetti avevano un punteggio > o uguale a 10. Le donne ad alto rischio presentano un minore reddito e 9 di loro sono primipare. Si riscontra una moderata associazione negativa tra il supporto sociale percepito e il visual analogue scale (VAS). Non c'è associazione significativa tra SSS ed EPDS.
(Mohammad et al., 2018)	Da Siria a Giordania	Rifugiato	Età <35: 321	365	Nessuno	MSSS; EPDS	La media EPDS era 12.6, il 49.6% delle donne avevano un punteggio maggiore di 12, mentre il punteggio medio MSSS era 16.3. il 78.6% del campione riportava un basso supporto e il 21.4% un supporto medio, nessuno riportava di ricevere un supporto adeguato.

(D'Anna-Hernandez et al., 2015)	Da Messico a Stati Uniti	Immigrato	27.48	98	Nessuno	ARMSA-II; SAFA; DSS; PSS; MACV; CES-D	L'età correla negativamente con l'acculturazione, coloro che sono meno acculturati tendono ad essere più anziani. I sintomi depressivi erano associati a maggiore stress acculturativo e stress percepito ma non all'acculturazione o alla discriminazione percepita.
(D'Anna-Hernandez et al., 2016)	Da Messico a Stati Uniti	Immigrato	28.2	60	Nessuno	EPDS; SASH; PSSI	Minore acculturazione e maggiori sintomi depressivi erano significativamente correlati con il sentirsi meno rinvigoriti al mattino. Le donne maggiormente acculturate presentano maggiori interruzioni del sonno durante la notte e le donne che impiegano più tempo per addormentarsi riportano un aumento di sintomi depressivi.
(King et al., 2019)	Da Europa, Medio Oriente/Nord Africa, America Latina, Asia dell'Est, Africa e Sud Asia al Canada	Immigrato	31.9	341	Immigrati recenti (n=60), Immigrati a lungo termine (n=84), Nativi (n=197)	EPDS; ANRQ; SCL-SS; GAD-7	I migliori predittori di depressione postpartum ad 8 settimane per i Canadesi includono rischio psicosociale, ansia prenatale e sintomi depressivi così come sintomi depressivi nel primo postpartum. I sintomi somatici prenatali predicono i sintomi depressivi tra gli immigrati recenti. I sintomi depressivi ad una settimana e la mancanza di supporto emotivo da parte del partner sono predittori di sintomi di depressione post partum sia nei Canadesi che negli immigrati.
(Lara-Cinisomo et al., 2016)	Da America Latina a Stati Uniti	Immigrato	29.26	34	Nessuno	EPDS; ARSMA-II; HWSSS	Il 32% delle donne riportano un EPDS> o uguale a 10. A 4 settimane la percentuale di donne che incontra i criteri per la depressione diventa il 15 %, ad 8 settimane è il 20%.
(Lara-Cinisomo et al., 2019)	Da America Latina a Stati Uniti	Immigrato	30.44	25	Nessuno	MES; EPDS; STAI	Le donne che avevano paura della deportazione riportano una media di sintomi depressivi maggiore durante il reclutamento (7.92) e ad 8 settimane postpartum 4.75. Mentre nelle donne che non temono la deportazione la media è rispettivamente 3.38 e 2.67. Le donne che sono preoccupate per la deportazione dei famigliari presentano una media di 7.12 e 4.35 (a 8 settimane), più alta rispetto a quella di chi non teme la deportazione (2.86 e 2.14).
(Lecompte & Rousseau, 2018)	Da Bangladesh, India, Pakistan, Sri Lanka, Comoros, Ghana, Haiti, Marocco, Messico, Turchia, Tunisia al Canada	Immigrato	Età <40: 33	35	Nessuno	HSCL-25; MSPSS	I livelli medi di ansia sono 1.76 e di depressione 1.84 (con un cut-off di 1.75). 5 bambini sono nati prematuri e 6 con un peso basso alla nascita. I livelli di attaccamento sicuro sono molto bassi, con solo 9 bambini che riportano un punteggio maggiore a 5.
(Lee & Hung, 2016)	Da Vietnam a Taiwan	Immigrato	24.2	208	Nessuno	Hung PSS; BDI; SSS	La media del Hung PSS era 78.7 ± 13.6 , con il range che varia da 61–154. Il punteggio SSS era in media 26.2 con un maggior supporto da parte della famiglia. I punteggi riguardanti la depressione rientrano tutti in un range normale eccetto una donna classificata come avente la depressione postpartum.
(Logsdon et al., 2018)	Da America Latina a Stati Uniti	Immigrato	27.9	50	Nessuno	CES-D; ATSPPH	Il punteggio medio di CES-D indica che la maggior parte del campione non presenta sintomi depressivi (14.70). Un maggior supporto sociale e controllo percepito sono associati ad un decremento dell'intenzione a chiedere e cercare un trattamento.

(MacKinnon et al., 2017)	Origine non definita al Canada	Immigrato	31.92	316	Nessuno	EPDS; CWS; ANRQ; PDI-21	I livelli di ideazione delusional sono più bassi rispetto a quelli della popolazione generale. Lo Status di immigrato modera l'effetto del rischio psicosociale, esso infatti predice più sintomi delusionali nei migranti.
(Marcos-Najera et al., 2020)	Origine non definita alla Spagna	Immigrato	32.98	1524	Nativi (n=1118), immigrati (n=399)	PHQ-9; PDPI-R	La prevalenza di depressione antenatale nelle donne è del 17.9%. Il gruppo di nativi ha una prevalenza minore (15.2% vs. 25.8%) e presenta casi meno severi. Per gli immigrati, la primi parità, il trasferimento, la percezione di supporto strumentale da parte degli amici o supporto emotivo da parte del partner costituiscono fattori di rischio significativi.
(Martinez et al., 2017)	Latine negli Stati Uniti	Immigrato	18.45	772	Nessuno	CES-D; AHIMSA	Il 18.3% dei partecipanti riportano tutti e tre i fattori sindemici analizzati (uso di sostanze, violenza intima da parte del partner e depressione).
(Martinez et al., 2018)	Latine negli Stati Uniti	Immigrato	18.45	772	Nessuno	CES-D; AHIMSA	La media dei livelli sindemici è 1.66, la media della severità aumenta all'aumentare del livello di sindemia; quindi, in coloro che riportano più di un fattore sindemico (uso di sostanze, violenza intima da parte del partner e depressione) aumenta l'intensità degli stessi fattori.
(McDaid et al., 2019)	Dalle isole del Pacifico alla Nuova Zelanda	Immigrato	Età >=25: 4578	5657	immigrati del Pacifico (n=727), europei (n=3168), altre donne (n=1762)	EPDS; PSS;	Le donne del Pacifico avevano livelli significativamente più alti rispetto agli europei di sintomi depressivi antenatali (ADS, 23% contro il 14.2% delle altre donne e il 7.9% degli europei). Pensieri negativi riguardo la cultura neozelandese erano associati ad ADS nelle donne del Pacifico.
(Nakash et al., 2016)	Da Eritrea a Israele	Richiedente Asilo	26	38	Nessuno	MPAS; EPDS	I partecipanti riportavano un'alta identificazione con la cultura Eritrea (media: 18.4) rispetto a quella Israeliana (media: 12.5). I punteggi di depressione postpartum nel campione sono in media 14.9, e l'81,6% supera il cut off di 13. I livelli di attaccamento madre-bambino erano nel range medio (53,2).
(Navodani et al., 2019)	Da India, Sri-Lanka, Europa, America Latina, Africa all'Australia	Immigrato	Età <35: 952	1358	Nativi (n=1115), immigrati (n=243)	EPDS; CAS	Un' alta percentuale di donne migranti riporta sintomi d'ansia nella prima gravidanza (10.8% vs 6.8% delle donne australiane). Una più alta percentuale di migranti riporta anche sintomi depressivi (EPDS> o uguale a 13) nella prima gravidanza (11.7% contro l'8.5%), e a 18 mesi (17.2% contro l'8.8%).
(Daoud, O'Brien, et al., 2019)	Origine non definita al Canada	Immigrato	Età < 25: 11728	74231	Nativi (n=53803) e indigeni n=3152 (Métis, First Nation, Inuit), immigrati (n=17276)	EPDS	La prevalenza di EPDS > o uguale a 10 ed EPDS > o uguale a 13 è più alta tra gli immigrati (12.2% e 24.1% rispettivamente), e tra gli indigeni (11.1% e 21.2%) rispetto ai Canadesi che presentavano percentuali minori (5.6% e 12.9%). I fattori di rischio per entrambi i cut off considerati sono simili: l'etnia, basso livello di educazione, basso reddito, prendere antidepressivi, aver fatto esperienza di abuso, basso supporto sociale.
(Perez-Ramirez et al., 2017)	Da Asia, Africa, America Latina, Altri paesi europei alla Spagna	Immigrato	29.34	103	Nativi (n=50), immigrati (n=53)	PSS; SCL-90-R; GSI; PST; PSDI	Nel postpartum le donne immigrate riportano delle medie più alta alle sotto scale di: sensibilità interpersonale, depressione, ansia fobica, ideazione paranoidea, psicoticismo, questo implica che le donne immigrate necessitano di maggiore supporto

(Ponting et al., 2020)	Latine e Afroamericane negli Stati Uniti	Immigrato prima generazione 382, seconda generazione 155	25.7	537	Nessuno	HITS; EPDS	psicologico ed emotivo dalle famiglie e dal personale medico rispetto ai nativi spagnoli. La media dell'EPDS ad uno, sei e dodici mesi postpartum era rispettivamente di 4.81, 5.20, 5.47. A un mese circa l'8.7% dei partecipanti aveva un punteggio tra 10 e 12 e il 7.1% era nel range di possibile depressione (EPDS>=12). A 6 mesi la percentuale arriva a 9% e 9.3% e ad un anno aumenta ancora al 9.9% e 9.6%. Le medie di violenza domestica e discriminazione sono basse (6.27 e 8.93 rispettivamente)
(Jin et al., 2020)	Da Cina a Giappone	Immigrato	31.2	38	Nessuno	STAI; EPDS; SSS	Riguardo lo stress, il punteggio medio allo STAI è di 41.4 per le donne Giapponesi e di 43.58 per le donne cinesi. La percentuale di partecipanti che ha riportato un punteggio EPDS > di 10 è del 21.1%
(Robinson et al., 2016)	Africani, prime nazioni, asiatici, arabi, Latino-americani in Canada	Immigrato	Età<30: 1314	3552	Bianchi (n=2636)	EPDS; SSS; PSS; STAI	Le donne che si identificano con una minoranza etnica riportano più frequentemente sintomi depressivi, ansiosi, inadeguato supporto sociale e problemi di salute fisica ed emotiva durante la gravidanza. Coloro che riportano un EPDS > o uguale a 13 sono il 5.9% dei bianchi, 7% degli asiatici, 12.9% di altri paesi asiatici, 15.4% degli arabi, 7.2% Latino-americani, 6.8% di neri, 7.7% di coloro che provengono dalle First Nations.
(Saxbe et al., 2016)	Latine e Afroamericane negli Stati Uniti	Immigrato	25.73	711	Nessuno	EPDS; PSQI	Essere nati fuori dagli Stati Uniti ed essere Latini si associa ad un sonno migliore, al contrario dell'essere Afroamericani che si associa ad un sonno peggiore. A T1 (1 mese) il 13.4% delle madri aveva un EPDS> o uguale a 9, a T2 (6 mesi) la percentuale rimane invariata, a T3 (12 mesi) era del 13.5%.
(Shafiei et al., 2015)	Da Afghanistan all'Australia	Immigrato	Età< 35: 32	39	Nessuno	EPDS	Di tutti i partecipanti, il 31% presentava un EPDS> o uguale a 13, il 41% delle donne riportano di sentirsi depresse o infelici da quando hanno avuto il bambino. Isolamento e mancanza di supporto sono i fattori che contribuiscono in maniera maggiore al distress emotivo nelle donne.
(Shakeel et al., 2018)	Da Europa Occidentale, Pakistan, Sri Lanka, Medio Oriente, Europa Orientale, Africa Subsahariana, Est Asia, America Latina alla Norvegia	Immigrato	29.9	643	Minoranze etniche (n=371), Europa Occidentale (n=272)	EPDS	60 donne hanno un EPDS > o uguale a 10, nello specifico la percentuale è del 4.8% per il campione dell'Europa Occidentale e il 12.7% per le minoranze etniche. Eventi di vita avversi, la mancanza di supporto sociale e sintomi depressivi sono fattori di rischio significativi per la depressione postpartum.
(Sinclair et al., 2020)	Da Armenia, Benin, Camerun, Djibouti, Francia, Guinea, Haiti, Costa d'Avorio, Libano, Marocco, Messico, Pakistan, Polonia, Arabia Saudita, Senegal, Siria, Tunisia, Turchia, Venezuela al Canada	Immigrato	31.3	73	Nativi (n=24), immigrati recenti (n=31) e immigrati non recenti (n=18)	PSS; EPDS;	È stata riscontrata una relazione interattiva tra lo status di migrante e lo stress percepito con il peso alla nascita a 16-19 e 24-26 settimane di gestazione. La percentuale di possibile depressione a 16-18 è dell'8.3% tra i nativi, 16.7% tra gli immigrati a lungo termine, 16.1% tra gli immigrati recenti, di 16.7%, 11.1% e 12.9% a 24-26 settimane e di 4.2%, 11.1% e 16.1% a 32-34 settimane.

(Stevenson et al., 2019)	Dalla Syria al Libano	Rifugiato	28.02	60	Nativi (n= 25), rifugiati (n=35)	EPDS	Il punteggio medio di EPDS è alto per tutto il campione (16.12), con una media maggiore nei rifugiati siriani (17.77) rispetto ai libanesi (13.80). Per tutte le madri del campione siriano sembra esserci una correlazione tra un alto punteggio EPDS e la giovane età in cui ci si è sposati, la residenza illegale, l'esposizione a violenza domestica, e storia di disturbi mentali.
(Tobin et al., 2015)	Da Asia, Latino America, Africa, Europa a Stati Uniti	Rifugiato	28.6	126	Nessuno	PDPI-R	Di tutti i partecipanti, il 28% risulta a rischio per la depressione postpartum rispetto al 20% della popolazione generale. Il 42% delle donne riportano livelli di stress e il 51% riporta mancanza di supporto sociale da parte dei partner, degli amici e della famiglia.
(Tsao et al., 2015b)	Da Vietnam a Taiwan	Immigrato	23.6	23	Nessuno	DLC; SSA; DASS-21; GHQ-12; EPDS	La media EPDS era 10.4, circa il 26% (n = 6) dei partecipanti hanno la depressione postpartum. Un basso peso alla nascita si associa a più alti livelli di depressione nelle madri. Le donne che riportano più alti livelli di circostanze di vita difficili, basso supporto sociale e stress relativo all'accudimento del bambino e distress psicologico, soffrivano verosimilmente di depressione postnatale.
(Tsao et al., 2015a)	Da Vietnam a Taiwan	Immigrato	Vietnamite: 24.5, Taiwanesi: 29.4	188	Nativi (n=162), immigrati (n=26)	EPDS; CCSC	Per le donne taiwanesi la media CCSC era 5.94, più bassa rispetto alla media riportata dalle donne vietnamite (7.15). Delle donne immigrate, il 26% riportano un EPDS > o uguale a 13, con una media di 10.35, rispetto al 9.09 delle donne Taiwanesi.
(Wangel et al., 2016)	Da Europa del Nord, centro Europa, Arabi, Turchi e Curdi, Asia alla Svezia	Immigrato	Età <35: 876	1003	Nativi (n=788), immigrati (n=215)	EDS-5	La prevalenza di sintomi depressivi è più alta tra i non nativi svedesi rispetto ai nativi (21.9% e 11.5% rispettivamente). La prevalenza di abuso emotivo in infanzia era del 15.9%, abuso fisico 14.2% e sessuale 15.5%. L'abuso emotivo e fisico era associato significativamente a sintomi depressivi per tutto il campione.
(Wittkowski et al., 2017)	Da Afghanistan, Myanmar, India, Vietnam all'Australia	Rifugiato	ND	22	Nessuno	EPDS	Riporta la necessità di un programma di screening per le donne rifugiate in gravidanza che le porti a parlare dei loro sentimenti e le aiuti a capire i normali cambiamenti comportati dalla gravidanza. In totale, 7 partecipanti avevano un EPDS > o uguale a 10.
(Xiong & Deng, 2020)	Da Origine sconosciuta alla Cina	Immigrato	Età < 30: 627	1230	Nessuno	EPDS	Di tutti i partecipanti, 418 donne superano il cut off dell'EPDS > o uguale a 10 (una prevalenza 34% a 5 settimane). I fattori maggiormente associati alla DPP sono il basso supporto sociale, il reddito inferiore, la relazione coniugale debole e vivere a Guangzhou da meno di 2 anni.
(Tsao et al., 2016)	Da Vietnam a Taiwan	Immigrato	Vietnamite: 23.6, Taiwanesi: 28.7	280	Nativi (n=236), immigrati (n=44)	EPDS; DLC; SSA	la media degli eventi di vita difficili era 2.21 per i Taiwanesi, le donne vietnamite ne riportavano 3.11. La media EPDS per le donne Taiwanesi è 8.33, coloro che superano il cut off di 13 erano il 18.6%, nelle vietnamite la percentuale è del 31.8%, con una media del 10.25.

Appendice 3: glossario dei questionari utilizzati negli studi

ACE	Adverse Childhood Experiences scale
ACL	Adjective checklist developed by Zuckerman and Lubin
ANIS	Anorexia Nervosa Inventory for self-rating
ASEBA	The Achenbach System of Empirically Based Assessment
ASI	Anxiety Sensitivity Index
ASLEC	Adolescent Self-Rating Life Events Checklist
AWES	Afghan War Experience Scale
BAI	Beck Anxiety Inventory
BCISS	Border Community and Immigration Stress Scale
BDI	Beck Depression Inventory
BDQ	Brief Disability Questionnaire
BHS	Beck Hopelessness Scale
BISS	Barcelona Immigration Stress Scale
BTQ	Bosnian Trauma Questionnaire
BPD	Borderline Personality Disorder Scale
BSI	Brief Symptom Inventory
BSSS	Brief Sensation Seeking Scale
CAPS	Clinician-Administered PTSD scale
CBCL	Child Behavior Checklist
CBTT	Corsi Block Tapping Task
CCSS	Catastrophic Cognitions Severity Scale
CDI	Children's Depression Inventory
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale
CDS	Calgary Depression Scale
CERQ	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
CES-D	Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale
CGI	Clinical Global Impression scale
CPSS	Child Posttraumatic Stress Scale
CPT	Continuous Performance task
CRI-A	Coping Responses Inventory-Adult
CRIES-13	Children's Revised Impact of Event Scale-13
CTEI	Communal Traumatic Experiences Inventory
CTQ	Children Trauma Questionnaire
CTSPC	Parent-Child Conflict Tactics Scale
DAR-5	The Dimensions of Anger Reactions-5
DEERS	Difficulties in Emotion Regulation Scale Short version -18
DSS-20	Dissociative Symptoms Scale-20
EDI	Eating Disorder Inventory
EPQ-R	The Eysenck Personality Questionnaire-Revised
EPSI	Erikson Psychosocial Stage Inventory
ERQ	Emotion Regulation Questionnaire
ETI	Essen Trauma Inventory
ERI	Events en Route to Israel
FSS	Flashback severity scale
FST	Questionnaire for secondary Traumatization
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Scale
GADS	Goldberg Anxiety and Depression Scale
GAF	Global Assessment of Functioning
GARS	Global Assessment of recent stress
GHQ-12	General health questionnaire-28
GSES	General self-efficacy scale
GSI	Global severity index
HAM-A	Hamilton Anxiety

HAM-D	Hamilton Depression
ADS	Hamilton and Montgomery-Asberg Depression scale
HBSC	Health Behavior in school aged children
HSCL-25	The Hopkins Symptom Check List-25
HSI-A	Hispanic Stress Inventory- Adolescent Version
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
IAS	Immigrant Acculturation Scale
IES	Impact of Event scale
IFFI	Intrusive fear for family index
IPPA	Inventory of parent and peer Attachment
ISEL	Interpersonal Support Evaluation Checklist
KPD	Kessler Psychological Distress scale
KIDDIE SADS-E	Schedule of affective disorders and schizophrenia for school age children
KSP	Karolinska Scales of Personality
Langner 22	Langner 22- Item Scale of Distress
LASS-1	Louseville Aggression survey schedule
LDQ	Post-Migration Living Difficulties Questionnaire
LEC	The Life Events Checklist
LCS	Locus of Control scale
LOT-R	Life Orientation Test
LSC-R	Life Stressor Checklist-Revised
MADRS	The Montgomery Asberg Scale
MEIM	Multigroup Ethnic Identity Measure
MHL	the Mental Health Literacy survey
MIAS	the Moral Injury Appraisals Scale
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
PACQ	Panic Attack Cognitions Scale
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PCL-5	PTSD checklist
PDQ-4	Personality Diagnostic Questionnaire-4
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale
PDSS	Panic Disorder Severity Scale
PG-13	Prolonged Grief Disorder Scale
PHQ-9	The Patient Health Questionnaire
PMLP	Post Migration Living Problems Checklist
POPS	the Physicians Outpatient Psychopathology scale
PROMIS-D	Patient Reported Outcome Measurement Information System-Depression
PSI-SF	Parenting Stress Inventory
PSP	Personal and Social Performance Scale
PSS-10	The Perceived Stress Scale
PSSI	PTSD Symptom Scale
PTGI-SF	Post Traumatic growth Inventory
RAAS	Revised Adult Attachment Scale
RATS	The Reactions of Adolescents to Traumatic Stress Questionnaire
SAD-A	Social Avoidance and Distress-Adolescent
SAS-A	Social Anxiety Scale-Adolescent
SBQ-R	Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised
SPI	Scale of Perceived Incompetence
SOP	Scale of Persistence
SCAN	Schedule for clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCL-90	Symptom Checklist-90
SCL-S	Symptom Checklist-Somatizzazione
SCS-SF	Self-Compassion Scale- Short Form

SCWP	Scales for Children Afflicted by war and Persecution
SDQ	Somatoform Dissociaiton Questionnaire
SDS	Severity of dependence scale
SIAB-EX	Structured Interview for Anorexic and Bulimic Syndromes
SLE	The Stressful Life Events Questionnaire
SOC-29	The sense of Coherence Scale
SOGS	South Oaks Gambling Screen
SPS	Social Provision Scale
SSS-8	Somatic Symptom Scale
SSS-PSD	Short Screening Scale for Posttraumatic Stress Disorder
STAI-S	State-Trait Anxiety Inventory
TAS	Toronto Alexithymia Scale
TBDI	the Talbieh Brief Distress Inventory-Revised
TCI-R	Temperament and Character Inventory-Revised
TEMPS-A	Temperament Evaluation of Memphis, Pisa,Paris and San Diego
SS	The Satisfaction Scale
TEC	Trauma Exposure Checklist
UCLA-RI	University of California at Los Angeles/ Adolescent PTSD Reaction Index
VRPC	Varimax-Rotated Principal Components
VAS	Visual Analogue Scale
VRS	The Verbal Rating Scale
WAI	Weinberg Adjustment Inventory
WAIS-III	Wechsler Adult Intelligence Scale
WBSI	The White Bear Suppression Inventory
WHO-5	Well-being Index
WHODAS	Thr World Health Organization Disability Assessment Schedule
WHOQOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life
YES-R	Youth Experience Scale for Refugee
YSR	Youth Self Report
ZDS	Zung Depression Scale
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
MacArthur SSS	MacArthur Scale of Subjective Social Status
ASI	Acculturative Stress Index
PDPI-R	Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised
SPS	Social Provisions Scale
AHIMSA	Acculturation Habits and Interests Multicultural Scale for Adolescent
ANRQ	Antenatal risk Questionnaire
DLC	Difficult Life Circumstances Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
MAF	Multidimensional Assessment of Fatigue Scale
PRA	Multidimensional scale of perceived Social Support
RES	Rosenberg self-esteem scale
SSA	The Social Support APGAR
ARSAA-II	The Acculturation Rating Scale for Arabic Americans- II
ATSPPH	Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale
BAS-MBIW	Self-Developed Bidimensional Acculturation scale for Marriage-Based Immigrant Women
Burns AI	Burns Anxiety Inventory
Burns DI	Burns Depression Inventory
CAS	Composite Abuse scale
CCSC	Child Care Stress Checklist
CCS	Cross Cultural Stressor
CWS	Cambridge Worry Scale
DASS-21	The Depression Anxiety Stress Scale
DSS	The Discrimination Stress Scale

FSSQ	Duke-UNC Functional Social support Questionnaire
EDS-5	Edinburgh Depression Scale-short version
HITS	Hurt, Insulted, threatened with Harm and Screamed
Hung PSS	Hung Postpartum Stress Scale
HWSSS	Hispanic Women's Social Stressor Scale
IOM FP	Infant Feeding Practice and Styles
MACV	The Mexican American Cultural Values Scale for Adolescents and Adults
MASI	Multidimensional Acculturative Stress Inventory
MES	Migration Experiences Survey
MHI-5	Mental Health Inventory-5
MPAS	Maternal Postnatal Attachment Scale
MSSS	Maternal Social Support Scale
PAS	Psychological Acculturation Scale
PDI-21	Peters et al. Delusions Inventory
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
PST	Total Positive Symptoms
RHS-15	The Refugee Health Screener-15
SAFA	The Societal, Attitudinal, Environmental, and Familiar Acculturative Stress Scale
SASH	Short Acculturation Scale for Hispanics
SSPS-P	The Social Support Perception Scale for Parents Rearing Preschoolers
Subjective SS	Subjective Social Status
Social SS	Social Support Scale
SS Survey	Social Support Survey
PC-PTSD	Primary Care PTSD Screening Tool
WAST	Women Abuse Screening Tool
WFL	Weight for Length

RINGRAZIAMENTI

A Gino Strada, che per anni si è dedicato al salvataggio di vite umane e alla lotta per l'uguaglianza e i diritti di tutti gli esseri umani, ricordando a tutti noi quanto sia giusto e doveroso offrire il proprio contributo alla cura delle vittime della disumanità.

A Cristoforo, al mio compagno di vita, per essermi sempre stato accanto, condividendo con me gli stessi ideali e speranze verso il futuro.

A Gianvito e Mary, per avermi accompagnata in questi due anni e per avermi rallegrata anche nei momenti più stressanti.

A Caterina, per la sua autenticità e spontaneità, e per avermi insegnato ad apprezzare cose che non avrei mai considerato.