

Come reagiscono al trauma i bambini sfollati? Un'analisi esplorativa degli studi condotti in contesti di guerra



Marianna Purgato^{1,2}, Federico Tedeschi¹, Eleonora Prina¹, Davide Papola^{1,2}, Chiara Gastaldon^{1,2}, Anna Borghesani¹, Corrado Barbui^{1,2}

1. Centro OMS per la ricerca in salute mentale, Dipartimento di neuroscienze, biomedicina e movimento, Sezione di psichiatria, Università di Verona; 2. Cochrane Global Mental Health, Università di Verona

Obiettivi: confrontare la reazione psicologica alle esperienze traumatiche in contesti di guerra nei bambini sfollati rispetto a quelli non sfollati.

Metodi: abbiamo effettuato un'analisi esplorativa secondaria di quattro studi randomizzati, considerando solo quei bambini che non ricevevano nessun tipo di intervento psicosociale nei contesti umanitari in Paesi a basso e medio reddito.

Risultati: i risultati, ottenuti dall'analisi di quattro studi randomizzati controllati, hanno evidenziato un trend simile nel miglioramento spontaneo dei sintomi psicologici e nelle misure di resilienza nei bambini sfollati e in quelli non sfollati.

Conclusioni: i risultati evidenziano che la condizione di sfollato non si associa a un grave deterioramento della salute mentale, rispetto a quella di trovarsi nel proprio villaggio di origine. La ricerca futura dovrebbe focalizzarsi sull'analisi delle determinanti sociali della salute mentale, coinvolgendo campioni numerosi di bambini.

***Aims:** To compare the psychological reaction to traumatic war experiences in displaced versus non-displaced children.*

***Methods:** We report a secondary explorative analysis of four large randomized trials involving children not receiving psychosocial interventions in humanitarian settings in low- and middle-income countries.*

***Results:** We analyzed 4 randomized controlled trials. Results highlighted a similar trend in the spontaneous trajectories of psychological symptoms and resilience outcomes in displaced versus non-displaced children.*

***Conclusions:** These results highlight that being displaced is not associated with serious deterioration of mental health, compared to living in the original village. Future research should be focused on the analysis of social determinants of mental health using large samples of children.*

Introduzione

La letteratura internazionale che negli ultimi anni si è occupata delle conseguenze psicologiche del trauma ha riconosciuto che l'esposizione a eventi legati in modo diretto o indiretto alle guerre (per esempio esperienze di violenza fisica e psicologica, torture, attentati e altri eventi) nonché a fattori di stress psicologico e fisico cronico nelle aree colpite da conflitti armati (per esempio violenza familiare o povertà cronica) può avere un impatto significativo sullo stato psicologico dei bambini che vivono in contesti umanitari nei Paesi a basso e medio reddito [1-3]. Le reazioni all'esposizione a fattori traumatici possono variare, spaziando da meccanismi di resilienza, atti al mantenimento dello stato di benessere psicologico nonostante le avversità [4,5], fino allo sviluppo di problematiche inerenti la salute mentale nel lungo termine [6-10]. I dati epidemiologici pre-

senti in letteratura riportano tassi elevati di Disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e di altri disturbi della salute mentale (come ansia e depressione) nelle persone che vivono in contesti umanitari in Paesi a basso e medio reddito [11-13]. Le nuove stime epidemiologiche dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sulla prevalenza dei disturbi mentali in contesti di guerra e conflitto, pubblicate nel 2019 nella rivista *the Lancet*, hanno considerato i Paesi colpiti da conflitti in un periodo di tempo di 10 anni [14]. Questi dati hanno confermato una prevalenza elevata (22%) di PTSD, depressione e disturbi d'ansia misti sia nei bambini che negli adulti. A queste considerazioni va aggiunto il fatto che i bambini sfollati sono sottoposti a una serie di fattori di stress psicologico che aumentano la loro vulnerabilità a sviluppare disagio psicologico [15,16]. Per esempio, questi bambini possono vivere in prima

persona la perdita del sostegno familiare e della propria comunità di appartenenza, trovarsi in situazioni di povertà anche estrema e veder violati diritti come quello alla salute e all'educazione.

A oggi solo un numero esiguo di studi longitudinali si è occupato di esplorare il corso naturale dei sintomi psicologici e dei processi di resilienza nei bambini nel tempo [6,7]. Un'importante opportunità per comprendere le traiettorie longitudinali della salute mentale e del benessere psicosociale di questi bambini proviene dalla possibilità di analizzare i "gruppi di controllo" negli studi di intervento. Tali gruppi sono composti da bambini che hanno partecipato a sperimentazioni cliniche randomizzate per valutare l'efficacia degli interventi psicosociali e, che in tali sperimentazioni, sono stati assegnati al gruppo di controllo (lista di attesa).

Il presente studio descrive un'analisi di quattro studi randomizzati focalizzati sulla valutazione dell'efficacia di un intervento psicosociale implementato nel setting scolastico, con bambini sia sfollati dal proprio villaggio d'origine che non sfollati, esposti a guerre e conflitti in Burundi, Indonesia, Nepal e Sri Lanka [17-20]. Il nostro obiettivo era quello di confrontare: 1) le diverse direzioni dei sintomi psicologici nel tempo, comparando la gravità dei sintomi e la loro evoluzione nei bambini sfollati rispetto a quelli che vivevano nel luogo di origine; 2) le diverse direzioni della reazione di resilienza nel tempo, confrontando i bambini sfollati rispetto a quelli che vivevano nel luogo di origine.

Metodi

Partecipanti

Le analisi si sono focalizzate su bambini in età scolare che frequentavano la scuola. Abbiamo effettuato un confronto tra i bambini sfollati dal proprio villaggio/abitazione di origine e quelli che vivevano nel proprio villaggio/abitazione. I bambi-

ni erano stati assegnati alla condizione di controllo "lista di attesa", in un set di sperimentazioni cliniche randomizzate identiche dal punto di vista metodologico, delle misure di esito e del contesto di studio (guerra e conflitto in Paesi a basso e medio reddito).

Le analisi sono state effettuate utilizzando un database contenente i dati di ogni singolo bambino partecipante alle sperimentazioni, con osservazioni cliniche ripetute per un periodo di sei mesi. Rimandiamo al lavoro pubblicato da Purgato e colleghi nel 2018 [21-23] per un approfondimento della metodologia di costruzione del database. In breve, abbiamo effettuato una revisione sistematica e meta-analisi con dati individuali di studi randomizzati che valutavano l'efficacia di interventi psicosociali in contesti di crisi umanitaria. Abbiamo chiesto agli autori delle sperimentazioni di condividere i loro database e tutti hanno acconsentito condividendo i dati e prendendo parte al progetto.

L'analisi oggetto di questo studio si è focalizzata su una selezione di studi randomizzati presenti nel database che fornissero informazioni sui bambini sfollati o non sfollati in contesti di guerra, sui sintomi psicologici e sulle misure di resilienza.

Setting

Il setting di riferimento era rappresentato da Paesi a basso e medio reddito in accordo con i criteri della World Bank [24], ed esposti a crisi umanitarie specificamente di guerra e/o conflitto armato. Abbiamo utilizzato una definizione di crisi umanitaria internazionale che copre un'ampia gamma di situazioni di emergenza tra cui guerre, conflitti armati e catastrofi innescate da pericoli naturali o industriali. Secondo i dati presenti in letteratura, tali crisi colpiscono in modo sproporzionato le popolazioni che vivono nei Paesi a basso e medio reddito, con conseguenze importanti sulla salute mentale dei bambini e sulla loro possibilità di accedere ai servizi sanitari ed educativi [25, 26]. Una delle conseguenze più comuni di tali crisi è rappresentata dall'allontanamento delle popolazioni in zone o Paesi più o meno limitrofi.

Misure di esito

Abbiamo utilizzato come misure di esito le scale di valutazione che misuravano i sintomi psicologici di PTSD, depressione, ansia e funzionamento generale. Per le misure di esito associate alla resilienza, abbiamo fatto riferimento alle misure del senso di speranza e del supporto sociale. Tutte le misure di esito erano adattate culturalmente alle caratteristiche delle popolazioni coinvolte negli studi.

TABELLA 1. Descrizione delle sperimentazioni randomizzate incluse nel lavoro.

AUTORE ANNO	PAESE	CONTESTO	MISURE DI ESITO
Jordans 2010	Gulariya, Nepal-ganj, Ghorahi, Dhangadhi; Nepal	Scuola	Sintomi di PTSD; sintomi depressivi; sintomi di ansia; difficoltà psicologiche non cliniche; aggressività fisica; difficoltà nel funzionamento generale; senso di speranza; comportamentopro-sociale.
Tol 2008	Poso; Indonesia	Scuola	Sintomi di PTSD; sintomi depressivi; sintomi di ansia; elementi di sofferenza relativi al trauma; aggressività fisica; difficoltà nel funzionamento generale; senso di speranza; strategie di coping; supporto sociale; connessione familiare.
Tol 2012	Jaffna; SriLanka	Scuola	Sintomi di PTSD; sintomi depressivi; sintomi di ansia; difficoltà psicologiche; difficoltà nel funzionamento generale; strategie di coping; problemi della condotta; esposizione alla violenza e fattori di stress quotidiano
Tol 2014	Bubanza, Cibitoke; Burundi	Scuola	Sintomi di PTSD; sintomi depressivi; sintomi di ansia; senso di speranza; difficoltà nel funzionamento generale; strategie di coping; supporto sociale

TABELLA 2. Applicazione del test Mann Whitney at tempi 1 (T1), 2 (T2) e 3 (T3). PTSD= disturbo post-traumatico da stress.

Misure di esito	T1 (Chi2, p)	T2 (Chi2, p)	T3 (Chi2, p)
Sintomi di PTSD	0,548 (0,4593)	0,448 (0,5031)	0,023 (0,8791)
Sintomi depressivi	0,013 (0,9077)	6,527 (0,0106)*	7,830 (0,0051)*
Sintomi di ansia	3,524 (0,0605)	0,745 (0,3880)	0,223 (0,6368)
Senso di speranza	2,161 (0,1415)	0,586 (0,4438)	0,440 (0,5072)
Supporto sociale	2,879 (0,0897)	0,236 (0,6274)	0,318 (0,5731)
Difficoltà di funzionamento	0,472 (0,4923)	0,012 (0,9116)	0,123 (0,7260)

* Indica una differenza statisticamente significativa tra i bambini sfollati ed i bambini non sfollati

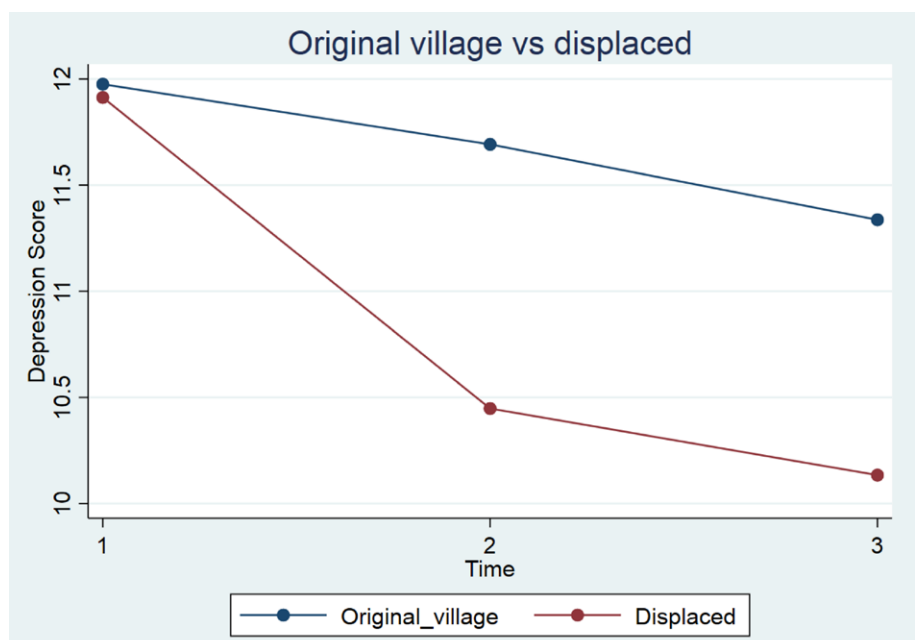


Figura 1. Rappresentazione grafica dell'andamento dei sintomi depressivi nel tempo nei bambini sfollati (displaced) e nei bambini non sfollati (original village).

Sequenza temporale delle valutazioni

Abbiamo analizzato il cambiamento dei sintomi psicologici e della resilienza nel tempo, in accordo alla timeline usata nelle sperimentazioni analizzate: valutazione basale (T1); 1-2 mesi dopo la valutazione basale (T2); 4-6 mesi dopo la valutazione basale (T3).

Analisi statistiche

Per ogni misura di esito e periodo di tempo, è stato effettuato un test U di Mann Whitney per confrontare i risultati dei bambini sfollati con quelli ancora residenti nel villaggio di origine.

Risultati

Complessivamente abbiamo analizzato i dati di 397 bambini coinvolti in sperimentazioni randomizzate con un disegno metodologico identico. In **Tabella 1** è riportata una sintesi descrittiva delle caratteristiche degli studi inclusi. I bambini coinvolti negli studi erano stati assegnati al gruppo di controllo “lista d’attesa” in studi condotti in Burundi, Sri Lanka e Indonesia. Al tempo delle sperimentazioni, tutti e tre i Paesi si trovavano in una situazione di guerra e/o conflitto armato e instabilità politica. Gli studi sono stati condotti in contesto scolastico. I bambini avevano un’età compresa tra 8 e 16 anni. Lo studio condotto in Nepal, sebbene avesse le stesse caratteristiche metodologiche degli altri studi inclusi, non forniva dati per effettuare una analisi statistica longitudinale dei sintomi.

Sintesi quantitativa

A un valore $P < 0,05$, non abbiamo riscontrato differenze statisticamente significative tra i bambini sfollati e quelli che vivevano nel loro villaggio di origine nell’andamento dei sintomi di PTSD e ansia, e neanche per il funzionamento generale e le misure di resilienza (senso di speranza e supporto sociale). Abbiamo osservato una differenza statisticamente significativa in relazione ai sintomi depressivi (test U di Mann Whitney al tempo 2: $\text{Chi}^2 6,527$ ($p = 0,011$); al tempo 3: $\text{Chi}^2 7,830$ ($p = 0,005$). Questo risultato mostra che i bambini sfollati sembravano avere un miglioramento spontaneo dei sintomi depressivi più marcato rispetto a quanto osservato nei bambini che vivevano nel loro villaggio di origine. I risultati per tutte le misure di esito sono mostrati in **Tabella 2**. L’andamento del punteggio dei sintomi

depressivi nei due gruppi nel tempo è illustrato in **Figura 1**.

Conclusioni

L’obiettivo del presente lavoro era quello di analizzare l’andamento spontaneo dei sintomi psicologici e della resilienza nei bambini sfollati dal loro villaggio di origine e in quelli non sfollati. In base alle nostre conoscenze non esistono, a oggi, studi che abbiano utilizzato i dati individuali di campioni numerosi di bambini per effettuare tali confronti. La presente analisi rappresenta un contributo scientifico per la strutturazione degli interventi di tipo psicosociale e psicoterapeutico per i bambini in età scolare esposti a traumi multipli e gravi per varie ragioni. Primo, abbiamo osservato un miglioramento generale spontaneo in tutti i bambini analizzati, indipendentemente dal fatto che fossero o meno sfollati. Tale miglioramento è in linea con le recenti teorizzazioni nella letteratura internazionale relative alla capacità dei bambini di rispondere agli eventi traumatici gravi grazie alla messa in atto delle proprie risorse [27,28]. Fino a pochi anni fa la maggior parte delle sperimentazioni scientifiche era focalizzata principalmente sulla valutazione di interventi volti a ridurre i sintomi psicologici, con poco interesse per le misure di resilienza. Oggi, invece, si sta osservando un passaggio verso una maggiore considerazione delle risorse personali dei bambini, della promozione del loro benessere, e del loro inserimento sociale, con un approccio meno medicalizzante [13,29-32]. Questo studio mostra che i bambini riescono a mettere in campo le proprie risorse nella risposta al trauma, con un conseguente miglioramento spontaneo della sintomatologia. Secondo, il risultato emerso in modo statisticamente significativo sottolinea che i bambini sfollati dal proprio villaggio di origine attraversano un miglioramento dei sintomi depressivi più marcato rispetto ai bambini non sfollati. Una possibile interpretazione di questo dato rimanda al maggiore supporto di tipo familiare o extra familiare che i bambini sfollati potrebbero ricevere a causa del fatto che hanno dovuto abbandonare la loro casa. Per questo, alcune determinanti sociali della salute mentale diverse rispetto a quella di vivere nel proprio villaggio di origine potrebbero aver contribuito a proteggere la salute mentale di questi bambini. Una revisione sistematica sulle determinanti sociali pubblicata nel 2018 ha organizzato le determinanti sociali della salute mentale

in diverse categorie [33]. Queste categorie comprendevano, oltre al fatto di vivere o meno nel proprio villaggio di origine, anche fattori di tipo demografico, ambientale, sociale e culturale ed economico. Ciascuno di questi fattori a sua volta è stato suddiviso in fattori distali e prossimali. Sebbene l’esperienza di essere sfollati sia un fattore prossimale, che implica l’esperienza diretta del bambino, questo potrebbe associarsi ad una serie di fattori protettivi della salute mentale, siano essi distali e/o prossimali. Questo modello è stato ripreso anche dalla *Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development* [34], che non solo ha abbracciato la prospettiva delle determinanti sociali della salute mentale, ma ha anche sottolineato come la ricerca sulla salute mentale nei bambini sia il miglior investimento possibile in ambito di salute pubblica globale. Infine, lo studio presentato – sebbene basato su informazioni provenienti da sperimentazioni disegnate con un altro obiettivo – offre alcuni spunti per la strutturazione degli interventi psicoterapici per i bambini esposti a traumi gravi e multipli. Interventi che ad esempio potrebbero focalizzarsi sul rinforzo dei fattori protettivi, delle risorse, e sull’interazione e la coesione sociale come fattori favorenti la promozione della salute mentale. Il tutto in contesti non medicalizzanti che siano di facile accesso per i bambini e per le loro famiglie.

I risultati di questo lavoro, sebbene fondati su una metodologia rigorosa, vanno interpretati con cautela in quanto le analisi condotte sono di tipo esplorativo. Sarebbe auspicabile che ulteriori studi si focalizzassero sull’analisi specifica dei sintomi depressivi e della loro evoluzione nel tempo, coinvolgendo campioni di bambini numerosi per prolungati periodi temporali.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano di non avere conflitti di interessi.

Finanziamenti: per la costruzione del database originale con i dati individuali, la dottoressa Purgato era stata finanziata dalla Commissione europea con un grant Marie Curie International Outgoing Fellowship FP7 (acronimo del progetto: CHILD TRAUMA IN LMIC).

✉ marianna.purgato@univr.it

La bibliografia di questo contributo è consultabile online.

1. Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet* 2011;378:1581-91. doi: S0140-6736(11)61094-5 [pii];10.1016/S0140-6736(11)61094-5 [doi].
2. Tol WA, Kohrt BA, Jordans MJ et al. Political violence and mental health: a multi-disciplinary review of the literature on Nepal. *Soc Sci Med* 2010;70:35-44. doi: S0277-9536(09)00628-5 [pii];10.1016/j.socscimed.2009.09.037 [doi].
3. Turrini G, Purgato M, Acarturk C et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;1-13. Epub 2019/02/12. doi: 10.1017/s2045796019000027. PubMed PMID: 30739625.
4. Wessels M. Supporting resilience in war-affected children: How differential impact theory is useful in humanitarian practice. *Child Abuse & Neglect* 2018;78:13-8.
5. Wessels M. Bottom-up approaches to strengthening child protection systems: Placing children, families, and communities at the center. *Child Abuse & Neglect* 2015;43:8-21.
6. Betancourt TS, Brennan RT, Rubin-Smith J et al. Sierra Leone's former child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors, and mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:606-15. doi: S0890-8567(10)00286-8 [pii];10.1016/j.jaac.2010.03.008 [doi].
7. Betancourt TS, Newnham EA, McBain R, Brennan RT. Post-traumatic stress symptoms among former child soldiers in Sierra Leone: follow-up study. *Br J Psychiatry* 2013;203:196-202. doi: bjp.bp.112.113514 [pii];10.1192/bjp.bp.112.113514 [doi].
8. Betancourt TS, Thomson DL, Brennan RT et al. Stigma and Acceptance of Sierra Leone's Child Soldiers: A Prospective Longitudinal Study of Adult Mental Health and Social Functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2019. Epub 2019/06/10. doi: 10.1016/j.jaac.2019.05.026. PubMed PMID: 31176749.
9. Barbui C, Albanese E. Global mental health: good news, bad news and responsibilities for the future. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;1-2. Epub 2019/11/20. doi: 10.1017/S2045796019000738. PubMed PMID: 31739821.
10. Nesterko Y, Jackle D, Friedrich M et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;1-11. Epub 2019/08/01. doi: 10.1017/S2045796019000325. PubMed PMID: 31364579.
11. Purgato M, Gastaldon C, Papola D et al. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;7:CD011849. doi: 10.1002/14651858.CD011849.pub2 [doi].
12. Josse. *Interventions Humanitaires en Santé Mentale Dans Les Violences de Masse*. Bruxelles, 2009.
13. Bryant RA, Edwards B, Creamer M et al. A population study of prolonged grief in refugees. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;1-7. Epub 2019/08/20. doi: 10.1017/S2045796019000386. PubMed PMID: 31423962.
14. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019. Epub 2019/06/16. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1. PubMed PMID: 31200992.
15. Fazel M, Betancourt TS. Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *Lancet Child Adolesc Health* 2018;2:121-32. Epub 2018/09/01. doi: 10.1016/S2352-4642(17)30147-5. PubMed PMID: 30169234.
16. Werlen L, Gjukač D, Mohler-Kuo M, Puhana MA. Interventions to improve children's access to mental health care: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;1-27. Epub 2019/10/18. doi: 10.1017/S2045796019000544. PubMed PMID: 31619313.
17. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJ et al. School-based mental health intervention for children in war-affected Burundi: a cluster randomized trial. *BMC Med* 2014;12:56. doi: 1741-7015-12-56 [pii];10.1186/1741-7015-12-56 [doi].
18. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJ et al. Developing a function impairment measure for children affected by political violence: a mixed methods approach in Indonesia. *Int J Qual Health Care* 2011;23:375-83. Epub 2011/06/17. doi: 10.1093/intqhc/mzr032. PubMed PMID: 21676960.
19. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJ, Vallipuram A, Sipsma H, Sivayokan S, et al. Outcomes and moderators of a preventive school-based mental health intervention for children affected by war in Sri Lanka: a cluster randomized trial. *World Psychiatry*. 2012;11:114-22.

20. Jordans MJ, Komproe IH, Tol WA, Kohrt BA, Luitel NP, Macy RD, et al. Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected Nepal: a cluster randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:818-26. doi: JCPP2209 [pii];10.1111/j.1469-7610.2010.02209.x [doi].
21. Purgato M, Gross AL, Betancourt T et al. Focused psychosocial interventions for children in low-resource humanitarian settings: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2018;6:e390-e400. doi: S2214-109X(18)30046-9 [pii];10.1016/S2214-109X(18)30046-9 [doi].
22. Purgato M, Gross AL, Jordans MJ et al. Psychosocial interventions for children exposed to traumatic events in low- and middle-income countries: study protocol of an individual patient data meta-analysis. *Syst Rev* 2014;3:34. doi: 2046-4053-3-34 [pii];10.1186/2046-4053-3-34 [doi].
23. Purgato M, Tedeschi F, Betancourt TS et al. Mediators of focused psychosocial support interventions for children in low-resource humanitarian settings: analysis from an Individual Participant Dataset with 3,143 participants. *J Child Psychol Psychiatry* 2019. Epub 2019/11/09. doi: 10.1111/jcpp.13151. PubMed PMID: 31701533.
24. World Bank. Countries and Lending Groups, 2018. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
25. Tol WA, Purgato M, Bass JK, Galappatti A, Eaton W. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: a public mental health perspective. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015;24:484-94. doi: S2045796015000827 [pii];10.1017/S2045796015000827 [doi].
26. IASC. IASC reference group for Mental Health and Psychosocial support in Emergency settings. IASC Guidelines on the Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. 2007.
27. Tol WA, Song S, Jordans MJ. Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict--a systematic review of findings in low- and middle-income countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54:445-60. doi: 10.1111/jcpp.12053 [doi].
28. Tay AK, Riley A, Islam R et al. The culture, mental health and psychosocial wellbeing of Rohingya refugees: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28:489-94. Epub 2019/04/23. doi: 10.1017/S2045796019000192. PubMed PMID: 31006421.
29. Annan J, Sim A, Puffer ES, Salhi C, Betancourt TS. Improving Mental Health Outcomes of Burmese Migrant and Displaced Children in Thailand: a Community-Based Randomized Controlled Trial of a Parenting and Family Skills Intervention. *Prevention science* 2017;18:793-803. doi: 10.1007/s11212-016-0728-2. PubMed PMID: CN-01618458.
30. Tol W JM, Kohrt BA, Betancourt TS, Komproe IH. Promoting Mental Health and Psychosocial Well-Being in Children Affected by Political Violence: Part I--Current Evidence for an Ecological Resilience Approach In: M FCaF, editor. *Handbook of Resilience in Children of War*. New York: Springer Science Business Media 2013.
31. Saraceno B. Rethinking global mental health and its priorities. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;1-3. Epub 2019/10/12. doi: 10.1017/S204579601900060X. PubMed PMID: 31601286.
32. Purgato M, Jayaram G, Surkan PJ et al. Encompassing a global mental health perspective into psychotherapy research: a critique of approaches to measuring the efficacy of psychotherapy for depression. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28:275-7. Epub 2019/01/16. doi: 10.1017/S2045796018000781. PubMed PMID: 30642409.
33. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry* 2018;5:357-69. Epub 2018/03/28. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9. PubMed PMID: 29580610.
34. Patel V, Saxena S, Lund C et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018. Epub 2018/10/14. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X. PubMed PMID: 30314863.