



Refakatsiz Mülteci Çocuklar ve Ruh Sağlığı

Unaccompanied Refugee Children and Mental Health

© Gökçe Yağmur Efendi¹, © Didem Behice Öztop²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Zorla yerlerinden edilmiş çocuklar ve ergenler, dünya üzerindeki mülteci nüfusunun yarısını oluşturmaktadır. Refakatsiz mülteci çocuklar ve ergenler psikopatolojiler açısından özellikle risk altında olan bir gruptur. Bu riskin sebebi sadece başka bir ülkede yaşamlarını sürdüren mülteciler olmaları değil, aynı zamanda ebeveynlerinin yokluğu nedeniyle travmatik deneyimler, sömürü veya istismar gibi olaylarla karşılaşma risklerinin artmış olmasıdır. Birçok çocuk göç sürecinden önce ve göç sırasında şiddet içeren eylemlere ve sevdiklerinin zarar görmesine tanık olur ya da kendisi hayati tehlike yaşarken, duygusal travma sığınılan ülkeye ulaştıktan sonra da sıklıkla devam etmektedir. Geride kalanlar hakkında duyulan endişe, geleceğe ilişkin belirsizlik ve mülteci olmanın yoksunluğu, çoğu zaman çocukların yaşadığı ruhsal zorlanmaların sürmesine neden olmaktadır. Refakatsiz mülteci çocukların ruh sağlığı alanındaki sorunlarının anlaşılması, uygun tedavi ve koruyucu önlemlerin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mülteci, çocuk, ruh sağlığı

ABSTRACT

Children and adolescents who are forcibly displaced represent half the refugee population worldwide. Unaccompanied refugee children and adolescents are at increased risk for psychopathologies. This increased risk is not only due to the fact that they are young refugees living in another country, but also due to the absence of their parents, making them more likely to encounter other incidents such as traumatic experiences, exploitation, or abuse. Before or during exile, many children witness persecution, the death of their loved ones, or find themselves in mortal danger. However, the agony usually continues after reaching the host country. The worry about others who stayed behind, the deprivation and humiliation of being a refugee, and uncertainty about the future often causes suffering. Understanding the difficulties of unaccompanied refugee children in the field of mental health is of great importance in providing appropriate treatment and preventive measures.

Keywords: Refugee, child, mental health

Giriş

Günümüzde, giderek artan sayıda çocuk ve ergen savaş, organize şiddet, siyasi veya dini çatışmalardan kaçmak için evlerinden uzaklaşmak durumunda kalmaktadır.¹ Uluslararası hukuk bakımından sığınmacılar ve mülteciler konusundaki hukuki zemin 1951 tarihli “Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Cenevre Sözleşmesi” ve bunu tamamlayan “Mültecilerin Hukuk Statüsüne İlişkin 1967 Protokolü” ile düzenlenmiştir. Bu anlaşmaya göre: “Mülteci; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle, yararlanmak

istemeyen yahut tabiiyeti yoksa ve bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen her şahıs” olarak tanımlanmıştır. Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü 2019 yılı verilerine göre dünyada 79,5 milyon zorla yerinden edilmiş kişi bulunmaktadır ve bu kişilerin %40’ının 18 yaş altında olduğu tahmin edilmektedir.²

Bir refakatsiz mülteci çocuk (RMÇ): “18 yaşın altında, her iki ebeveyninden ayrı, yasa veya geleneklerle bunu yapma sorumluluğu olan bir yetişkin tarafından bakılmayan kişi” olarak tanımlanmaktadır.³ Doğru ve kapsamlı tanımlamaya yönelik zorluklar, kesin rakamlar ve detaylı demografik bilgiler edinmeyi zorlaştırmaktadır. Mevcut veriler RMÇ’lerin başlıca menşei ülkelerinin Suriye, Afganistan, Eritre, Somali

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Dr. Gökçe Yağmur Efendi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

E-posta: gokceefendi@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-4206-3766

Geliş Tarihi/Received: 16.03.2023 **Kabul Tarihi/Accepted:** 12.11.2024 **Epub:** 02.07.2025 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 13.03.2026

Atf/Cite this article as: Efendi GY, Öztop DB. Unaccompanied refugee children and mental health. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2026;33(1):12-19

Copyright © 2026 Yazar(lar). Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



ve Arnavutluk olduğunu, büyük çoğunluğunun 14-17 yaş arası erkeklerden meydana geldiğini ancak kadın ve küçük yaştaki RMÇ'lerin oranının da giderek arttığını ortaya koymaktadır.⁴ Bazen mülteci çocuklar bir ülkeye yanlarında kendilerinin bakımından temel olarak sorumlu olmayan erişkinlerle gelebilmektedir. Ancak bu çocuklar, yanlarında kimse olmadan bir ülkeye gelen refakatsiz çocuklardan daha az incinebilir durumda olmayıp, onlarla aynı yasal statüde bulunmaktadır.

Çocuk mülteciler homojen bir popülasyon değildir ve yaşadıkları deneyimler bakımından farklılık gösterirler. Bazı RMÇ'ler yakın akrabalarının öldürülmesine, tecavüze uğramasına, tutuklanmasına ya da kaybolmasına tanıklık etmiştir. Bazıları da hapse atılmış, işkence görmüş ya da kaçırma, zorla evlendirme ve zorla silahaltına alma gibi şiddet biçimlerine maruz kalmıştır. Bu durumdaki birçok çocuk hayatlarının büyük kısmını vatanlarından uzakta geçirmekte ve bu esnada tekrar tekrar zulümden ve çatışmadan kaçmak zorunda kalmaktadır. Bazı çocuklar ülkelerinin ve topluluklarının yakınındaki mülteci kamplarına sığınırken, diğerleri kendilerini çok daha uzaklarda, ailelerinden ayrı ve evlerine geri dönme imkanından yoksun bulabilmektedirler.⁵

RMÇ'lerin göç etme süreçleri farklı gerekçelere dayanmaktadır. Mülteci çocukları tek başlarına ve korumasız şekilde göçe zorlayan sebeplerin başında şiddet, silahlı çatışma, zulüm, doğal afetler, iklim değişikliği nedeniyle oluşan tahribat, yoksulluk, eşitsizlik ve kişilerin daha iyi bir yaşam arayışı gelmektedir. Birçok kişi hedef ülkelerde daha iyi eğitim ve iş imkanı bulacağına inandığı için göç etmektedir. Bazı durumlarda ise reşit olmayan çocukların istenmeyen çocuk evliliklerinden, cinsiyete dayalı şiddetten (özellikle kız çocuklar) veya zorunlu askerlik hizmetinden (özellikle erkek çocuklar) kaçmak için evlerini terk ettikleri görülmektedir. Genel itibarıyla kızların ve kadınların erkek çocuklara ve yetişkin erkeklere kıyasla göç etme kararında daha az yetki sahibi oldukları bilinmektedir; bu karar genellikle aileler tarafından alınmaktadır. Çocukları göçe teşvik eden etkenlerin başında aileler gelmektedir. Kimi çocuklar ebeveynleri öldüğü veya onları koruma altına alacak başka aile bireyleri olmadığı için göç ederken kimileri de kendilerinden önce göç etmiş aile bireylerinin yanına ulaşmak için evlerini terk etmektedir. Bazı durumlarda ise çocuklar, yaşlı aile üyelerine göre başarı şansları daha yüksek olduğundan tek başlarına göç yolculuğuna çıkmaktadır.⁶

Dünyada ve Türkiye'de RMÇ'ye ilişkin istatistik verilerin yetersizliği sorunun boyutlarının anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF); "Çocuk Çocuktur: Yollardaki Çocukların Şiddet, İstismar ve Sömürüden Korunması" başlıklı raporunda tek başına göç sürecini yaşayan mülteci ve göçmen çocukların sayısının 2010 yılından bu yana beş kat arttığını ifade etmektedir.⁷ UNICEF, RMÇ'lerin sayısını 2010 ve 2011 yıllarında 66 bin olarak belirtirken, 2015 ve 2016 yıllarında bu çocukların sayısının yaklaşık 80 ülkede en az 300 bine ulaştığını vurgulamaktadır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği Küresel Eğilimler Raporu, 153 bin yalnız seyahat eden veya ailelerinden ayrı düşmüş çocuğun farklı ülkelerde

sığınma başvurusunda bulunduğunu ve bu sayının muhtemelen gerçek rakamların altında bir tahmin olduğunu ifade etmektedir. Dünya çapındaki RMÇ'lerin yarısı Güney Sudan kökenlidir ve ülkedeki mülteci nüfusunun yüzde altısını temsil eden 41 bin RMÇ ile en yüksek sayı Etiyopya'dan bildirilmiştir.⁸

Türkiye, coğrafi ve stratejik konumu nedeniyle tarih boyunca göç hareketlerine ev sahipliği yapmıştır. Türkiye'nin göç geçiği son yıllarda özellikle ülkenin doğu ve güneyindeki komşu ülkelerde yaşanan savaş ve istikrarsızlık ile daha karmaşık ve kitlesel bir boyut kazanmıştır. Türkiye'de RMÇ'ye ilişkin istatistik verilerine ise 2005 yılından itibaren ulaşılabilir. 2005-2012 yılları arasında sığınma talebinde bulunan RMÇ sayısı, çoğu Afganistan, Somali ve İran kökenli, 342'si erkek olmak üzere 352 olarak saptanmıştır. 2007-2011 yılları arasında ise 24.569 kaçak çocuk göçmen yakalanmıştır ve bu sayıya Suriyeli göçmen çocuklar dahil edilmemiştir.⁹ Bu çocuklar, kolluk kuvvetlerince tespit edilmiş, kayıt altına alınmış ve statüleriyle ilgili yasal sürecin başlatıldığı çocuklardır. Dünyada ve ülkemizde RMÇ'ye ilişkin sayıların çok daha fazla olduğu düşünülmektedir. 2023 verilerine bakıldığında Suriye'deki göç dalgası ile gelen ve geçici koruma kapsamında kamplarda yaşayan 0-18 yaş aralığındaki erkek çocuk sayısı 857.922 ve kız çocukların sayısı 800.178'dir.¹⁰ Bu çocuklardan kaçının refakatsiz olduğuna dair resmi bir istatistik bulunmamaktadır. Ancak sadece bu sayılar bile düzensiz göç sürecinde çocukların önemli bir popülasyon olduğuna işaret etmektedir.

Ruh sağlığı alanında, RMÇ'ler mülteci popülasyonu içinde özellikle risk altında bir grup olarak görülmektedir. Bunun sebeplerinden biri olarak öne sürülen "doz etkisi", travma sonrası stresin travmatik deneyimlerin sayısı ile ilişkili olduğunu öne sürer ve refakatçisi olan mülteci çocuklara kıyasla, RMÇ'lerin daha fazla sayıda travmatik olay yaşadığı bildirilmektedir.^{11,12} Ayrıca, kişi için önemli birinden (örneğin ebeveynlerden) ayrılma deneyimi, artmış travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) riski ile ilişkilidir.¹³ Buna ek olarak, aile, göç bağlamında "strese karşı bir tampon" olarak görülmektedir ve RMÇ'ler bu koruyucu faktörden yoksundur.^{14,15} Bu nedenle araştırmacılar RMÇ'lerin, daha fazla ruhsal bozukluğa sahip olma ihtimali yüksek olan, oldukça savunmasız bir grup olduğu sonucuna varmıştır. Bu sonuç, RMÇ'lerin, mülteci olmayan çocuklara ve refakatçisi olan mülteci çocuklara göre daha fazla ve/veya daha şiddetli psikopatoloji yaşadığını ortaya koyan çalışmalar ile doğrulanmaktadır.^{5,15}

RMÇ'ler de dahil olmak üzere mülteciler hakkındaki veriler ve bilgiler esas olarak hükümetlerin ve sivil toplum kuruluşlarının raporları aracılığıyla elde edilmektedir ancak bu örneklem için ruh sağlığı alanındaki bilgiler yetersizdir ve raporlarda ruh sağlığı istatistikleri genellikle yer almamaktadır. Dünya genelinde RMÇ sayısının giderek arttığı ve bu grubun ruh sağlığı sorunları açısından artmış risk altında bulunduğu göz önüne alındığında, bu mülteci grubunun ihmal edilen ruh sağlığı ihtiyaçlarına yönelik müdahaleler önem kazanmaktadır. Bu makalede RMÇ'lerin ruh sağlığı ile ilgili mevcut çalışmaların gözden geçirilmesi ve özetlenmesi amaçlanmıştır.

RMÇ'ler ve Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı

RMÇ'ler genellikle silahlı çatışmalardan ve insan hakları ihlallerinden kaçmak için ülkelerinden uzaklaşmaya zorlanmışlardır. Bu çocuklar, diğer mülteci çocuklarla benzer sıkıntılar yaşasalar da ailelerinden ayrılma veya ailelerinin kayıplarının yanı sıra ebeveyn desteği olmadan yerinden olma ve yeniden yerleştirme süreçleriyle tek başlarına mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Maruz kaldıkları kayıplar, yaşadıkları travmalar ve artmış incinebilirlikleri nedeniyle RMÇ popülasyonunda refakatçisi olan mülteci çocuklara göre psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı daha yüksektir.¹⁶

Mevcut literatüre bakıldığında, RMÇ'lerin ruh sağlığı alanındaki zorlanmalarının büyük ölçüde TSSB bağlamında ele alındığı görülmektedir. Mülteci çocukların sıklıkla tekrarlayan travmatik deneyimleri ve aile bireyleri, akraba, arkadaş, ev ve eşyalar dahil kişisel kayıpları göz önünde bulundurulduğunda bu durum şaşırtıcı değildir.¹⁷ Bu çocukların, yeniden yerleştirme sırasında yeni bir kültüre uyum sağlama zorlukları, çeşitli kaynaklara sınırlı erişimleri, geleceğine dair yaşadıkları belirsizlik ile destek ve rehberlik eksikliği TSSB'nin yanı sıra çocuk ve ergenlerde normal gelişimsel süreçleri de olumsuz etkilemektedir.¹⁸

Batı ülkelerinde yeniden yerleşimi takip eden süreçte, TSSB yetişkin mültecilerde olduğu gibi çocuk ve ergen mültecilerde de en yaygın görülen ruhsal bozukluk olarak gösterilmiştir.¹⁹ Gelişmiş ülkelerde travmatik stres semptomlarından veya TSSB'den etkilenen RMÇ'lerin oranını %20-53 arasında bildiren çeşitli çalışmalar mevcuttur.²⁰ Bir çalışmada araştırmacılar RMÇ örnekleminde TSSB sıklığını %18 olarak bildirmişlerdir ve aynı çalışmada geç başlangıçlı TSSB sıklığı %16 olarak saptanmıştır ve geç başlangıçlı TSSB, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve bildirilen stresli yaşam olaylarının sayısı ile ilişkili bulunmuştur.²¹ Norveç ve Belçika'da gerçekleştirilen yakın tarihli bir çalışma, RMÇ'lerin %53'ünün 18 aylık bir süre boyunca süregelen şekilde yüksek TSSB belirtileri bildirdiğini göstermiştir.²² Toplama kamplarından sağ kurtulan Kamboçyalı ergenlerin yer aldığı bir çalışmada; yeniden yerleşimi takiben, 14 yıl gibi uzun bir zaman sonra bile, geç başlangıçlı TSSB bulgularının ortaya çıkabildiği bildirilmiştir.²³

RMÇ'lerde; daha büyük yaşta olmanın TSSB semptomları ile ilişkisi gösterilmiştir. RMÇ'lerin yerleştikleri ülkedeki yasal konumlarının 18 yaşına geldiklerinde yeniden değerlendirilecek olmasının geleceğe dair belirsizlik duygularını artırabileceği ve bu nedenle daha ileri yaşta olmanın TSSB için bir risk faktörü olabileceği ileri sürülmüştür.²⁴ Aynı zamanda bazı çalışmalarda düşük eğitim düzeyinin de TSSB için diğer bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir.²⁵ Düşük eğitim düzeyine sahip, reşit olmayan mülteci çocukların Batı toplumunun talepleriyle karşı karşıya kaldıklarında hissettikleri yetersizlik ve çaresizlik duygularının TSSB semptomlarının şiddetiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, TSSB'nin şiddeti, özellikle RMÇ'lerde görülebilen suçluluk ve utanç duygularından da etkilenmektedir.²⁶ TSSB gelişimini etkileyen diğer bir faktör, yerleşilen ülkede sağlanan desteğin miktarı ve yoğunluğudur. RMÇ'ler ile yapılan bir çalışmada, yaşamlarını düzenlemeleri

için yeterli destek sağlanmayan çocuklarda TSSB ve depresif belirtiler anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.²⁷ Özellikle, ergen mülteciler ile gerçekleştirilen çalışmalarda, travmatik olay maruziyetinin TSSB ile, göç sonrası faktörlerin ise depresyon belirtileri ile daha fazla ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{28,29} Ayrıca ergen mültecilerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin de TSSB ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{30,31} Her ne kadar literatürde kız cinsiyette olmanın TSSB riskini artırdığı gösterilmiş olsa da cinsiyetin etkisi RMÇ popülasyonunda daha az araştırılmıştır. TSSB semptomları ile ilgili olarak, cinsiyetin etkisini inceleyen altı çalışmadan üçünde kız RMÇ'lerin TSSB semptomlarından daha fazla etkilendiği saptanmıştır.^{22,24,32} İki çalışmada herhangi bir cinsiyet farkı bulunmadığı^{33,34} ve bir çalışmada ise erkek RMÇ'lerde daha yüksek TSSB prevalansı olduğu saptanmıştır.²¹ Kız RMÇ'ler tarafından bildirilen cinsel istismar oranları daha yüksek olmasına rağmen, fiziksel saldırıya uğrama gibi diğer travmatik olaylar erkek RMÇ'ler arasında daha yaygındır.³⁵

TSSB, savaşa ve çatışmaya maruz kalan çocuklarda yaygın olmakla birlikte, travmaya maruz kalan tüm çocukların TSSB geliştirmedeğini vurgulamak önemlidir. Travmatik yaşantı sonrası hissedilen şiddetli sıkıntı ve korku travmaya karşı normal bir tepki olup, bu belirtilerde travmatik olaydan sonraki ilkelarda ve yıllarda önemli ölçüde doğal bir iyileşme gözlenmektedir.³⁶ Örneğin Punamäki ve ark.³⁷ Gazze'de savaşa maruz kalan 10-12 yaş arası çocukların %76'sında başlangıçta yüksek düzeyde TSSB ile ilişkili semptom olmasına rağmen belirtilerin 11 ay içinde tamamen iyileşme gösterdiğini, çocukların %12'sinin ise 1 yıl sonraki takiplerde TSSB belirtilerinin devam etmekle beraber bu belirtilerin ilk değerlendirmeye kıyasla görece düşük düzeyde seyrettiğini göstermiştir. Ancak RMÇ'lerin TSSB semptomlarının uzunlamasına seyrine ve tedaviye ilişkin daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Literatürde RMÇ ve duygudurum bozuklukları ile ilgili çalışmalar, mevcut sorunun giderek tanınmasıyla beraber artmaktadır. Refakatçisi olan mülteci çocuklar ile gerçekleştirilen ruh sağlığı çalışmalarında depresyon oranları çalışmalar arasında tutarlı değildir, ancak Amerika Birleşik Devletleri'ne yerleşen mülteci ergenler ile yapılan araştırmalar, her üç çocuktan ikisinde depresyon tanısını düşündürecek semptomların varlığını bildirmiştir.¹³ Tipik olarak, çalışmalarda depresif atak geçiren mülteci çocukların oranı %25 ile %50 arasında değişmektedir.^{29,38} Çalışmalarda TSSB ve depresyon oranları, kullanılan yöntem ve örneklem farklılıkları nedeniyle değişkenlik göstermektedir. Klinik görüşmelerden, anket uygulamalarına kadar değişen araçlar ve araştırılan popülasyonun geçmiş deneyimlerinin bu farklılığı açıklayabileceği belirtilmektedir.³⁹

Reşit olmayan mültecilerin yeni bir ülkeye göç ettikten sonra birden fazla ruh sağlığı sorunu geliştirme olasılıkları yüksektir. Ayrıca çalışmalarda savaştan etkilenen çocuklarda ortaya çıkan TSSB'nin sonraki süreçte depresyon gibi diğer ruhsal bozukluklarla ilişkisi olduğu vurgulanmaktadır.⁴⁰ Örneğin Somalili ergen mültecilerde TSSB ve depresif belirtiler arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.⁴¹ Bosnalı mülteci çocukları içeren bir çalışmada ise yüksek düzeyde depresif belirtiler

sergileyen çocukların büyük bir kısmında TSSB semptomlarının da depresyona eşlik ettiği gösterilmiştir.⁴² Mülteci çocukların yeni bir ülkeye geldiklerinde sıklıkla çeşitli ruhsal sorunlar ve belirtiler yaşadıkları açıktır, ancak ruhsal bozuklukların heterojen görünümünden dolayı, bazı çocuklara kesin bir tanı koymak zor olabilmektedir. Özellikle travmatik yaşantılara yanıt olarak regresyon gösteren veya TSSB semptomlarını yeniden yaşantılayan çocuklarda semptomları tanımakla ilgili sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Farklı kültürel geçmişlere sahip RMÇ'lerde ruhsal belirtiler fiziksel semptomlarla ifade edilebilmekte ve çoğu RMÇ ruh sağlığı ve bozukluklarını zihinlerinde kavramsallaştırma konusunda zorluk yaşayabilmektedir.⁴³

Günümüzde RMÇ ve iki uçlu duygulanım bozukluğu ilişkisini araştıran bir araştırma literatürde yer almamaktadır ancak artan kanıtlar çocukluk dönemi travmalarının bipolar bozuklukta sık ve şiddetli olduğunu, hastalık seyri boyunca intihar davranışını ve hastalığın başlangıç yaşını etkilediğini ve ayrıca ataklar arasındaki dönemde hastaların duygusal işlevleri üzerinde de etkili olduğunu göstermektedir.⁴⁴ Bu nedenle travmatik yaşantıların ve göç sürecinin uzunlamasına etkilerinin gözlemlenmesi adına bu popülasyonda iki uçlu bozukluğa ilişkin de çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Yaş ve Ruhsal Durum İlişkisi

RMÇ literatüründe, daha büyük yaşlar sıklıkla TSSB, depresyon ve anksiyete için artmış riskle ilişkilendirilmiştir.^{6,45} Altı yaşından küçük katılımcıları içeren mevcut literatür ise çelişkili sonuçlar vermektedir. RMÇ'lerin bakımından sorumlu olan çeşitli görevlilerin bildirimlerine dayalı ölçeklerle gerçekleştirilen araştırmalar, daha genç RMÇ'lerin dışsallaştırma, sosyal sorunlar, dikkat sorunları ve agresiflik ölçeklerinde daha büyük yaştaki benzerlerine göre önemli ölçüde daha fazla sorun sergilediğini göstermektedir.⁴⁶ Ancak benzer bir yaş grubunda öz bildirim ölçekleri kullanıldığında böyle bir yaş korelasyonu bulunmamıştır.³³ Ancak, küçük çocukların yaşadıkları zorlukları dile getirme şeklinin ölçeklerle sorgulanan belirtilerden farklı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır ve bu konuda ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Yaş ve ruhsal belirti ilişkisi incelenirken RMÇ popülasyonu için az sayıda çalışmanın örneklemelerini gelişimsel aşamalarına göre ayırdığı ve karşılaştırdığı belirtilmelidir. Çoğu çalışma on yaşın altındaki RMÇ'leri deneyimlerini güvenilir şekilde aktaramadıkları düşüncesi nedeniyle özellikle hariç tutmuştur.²⁴ Genç RMÇ'lerin anlatılarındaki tutarsızlıklar kısmen doğrulanmış olsa da, bunlar anlatılanları geçersiz kılmamalı, gelişimsel farklılıklar olarak kabul edilmelidir.⁴⁷

Ergenliğin gelişimsel değişiklikler açısından kritik bir dönem oluşturması, ruhsal bozukluklardaki yaşla ilişkili farklılıkların anlaşılmasına yardımcı olabilir. Ergenlik fizyolojik, duygusal, sosyal ve bilişsel değişikliklerle birlikte, artan sosyal farkındalık, kimlik gelişimi ve özerklik güdüsü ile karakterizedir.⁴⁸ Savaş, kaçış süreci ve yeniden yerleşme aşamalarında, özellikle ebeveyn rehberliği ve desteği olmadan, bu süreçlerin sekteye uğrayabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda ergenlerin

“erişkin” kabul edildikleri yaşa gelmeye yaklaştıklarında, devlet desteğini ve yasal statülerini kaybetme riski ile karşı karşıya oldukları da göz önüne alındığında, TSSB, kaygı ve depresyon oranlarının bu dönemde artması, şaşırtıcı değildir. RMÇ olarak nitelendirilmeyen 18 yaşın üzerindeki genç yetişkin mülteciler en yüksek depresyon ve anksiyete oranlarına sahiptirler.⁴⁹ Bu nedenle 18 yaş sınırına yakın olan RMÇ grubunda ruh sağlığı bozukluklarına özellikle dikkat edilmelidir.

Cinsiyet ve Ruhsal Durum İlişkisi

RMÇ'lere ilişkin mevcut literatür, kızların duygusal problemler, TSSB ve depresyon gelişimi açısından erkeklere göre daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir.^{5,17,50} Bu durumun kızların cinsel istismar, zorla evlilik ve fuhuş gibi daha zorlu göç yaşantılarına maruz kalmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Hedeflenen ülkeye varışta kız RMÇ'lerde saptanan yüksek oranda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar bu riskleri gösteren bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.⁵¹ Üstelik ev sahibi ülkelerde de cinsel istismarın devam edebileceği ortaya konmuştur.⁵² Ayrıca kadınların kimlik oluşumunun gelişimsel açıdan hassas bir aşamasında kendi ülkelerindeki daha bağımlı toplumsal pozisyonlarından, ev sahibi ülkelerdeki bağımsızlığa geçiş süreci ile birlikte daha büyük kültürel sorunlarla karşılaştıkları iddia edilmektedir.⁵³

Kadın RMÇ'lerin yaklaşık %10'unun gebe olduğu veya çocuklarıyla birlikte seyahat ettiği tahmin edilmekle beraber, 18 yaş altı refakatsiz mülteci annelere ilişkin kesin veriler henüz mevcut değildir. Literatürde refakatsiz mülteci ergen annelerin ruh sağlığı ile ilgili fazla çalışma yer almamaktadır. Refakatsiz mülteci ergen annelerin yaşamını ve anneliğini araştıran tek bir nitel çalışma bu kızların karşılaştıkları duygusal zorluklara ışık tutmaktadır. Bu zorluklar; mutsuzluk, stres ve hayal kırıklığı, depresyon ve intihar düşüncesi ile odaklanma ve uyku güçlükleri olarak saptanmıştır.⁵⁴

Dünya genelinde artan çocuk cinsel sömürüsü ile ilgili genel kaygılarla birlikte, özellikle kadın mültecilerin maruz kalabileceği insan ticareti tehlikesi endişe uyandırmaktadır. Ancak günümüze kadar, insan ticaretine maruz kalmış RMÇ'ler hakkında araştırmaya dayalı herhangi bir bilgi tanımlanamamıştır.

Aile Bireyleri ile İletişim ve Ruhsal Durum İlişkisi

RMÇ'lerde görülen ruhsal bozukluklar ile çeşitli sosyodemografik faktörlerin ilişkisini ele alan yakın tarihli çalışmalar, ruhsal bozukluklara karşı koruyucu olabileceği düşünülen aile bireyleri ile iletişim mevcudiyetini özellikle değerlendirmiştir. Norveç'te gerçekleştirilen bir çalışmada aile üyeleriyle sık iletişim halinde olan RMÇ'lerde daha az depresyon belirtisi ve artmış kültürel uyum oranları tespit edildiği bildirilmiştir.⁵⁵ Ayrıca, iki farklı kesitsel çalışma, aile teması olmayan RMÇ'lerde daha yüksek oranda ruhsal sıkıntı bildirmiştir.^{56,57} Almanya'da 2023 yılında gerçekleştirilen ve 172 RMÇ'nin değerlendirildiği yakın tarihli bir başka çalışmada da bir aile üyesiyle haftalık temas ruhsal sorunları azaltan en güçlü faktör olarak saptanmıştır.⁵⁸ Bununla birlikte, refakatçisi olan mülteci çocuklara yönelik psikolojik

müdahalelerin gözden geçirildiği bir araştırma, ebeveynlere karşı aşırı sorumluluk duygusu veya ebeveynlerinin yaşadığı travma nedeniyle strese maruz kalma gibi sık aile temasının potansiyel yüklerini vurgulamaktadır.⁵⁹ Ancak RMÇ popülasyonunda aile ile iletişimin ruhsal açıdan olumsuz etkileri olabileceği literatürde bildirilmemiştir ve bu temasın potansiyel olumsuz etkilerine ilişkin RMÇ örnekleminde daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

RMÇ'lerin Takip ve Uzun Dönem İzlem Sonuçları

Ruhsal bozukluklar araştırılırken uzunlamasına bakış açısı önemli kabul edilmekle birlikte, bu alandaki çalışmaların çoğu, sürekliliği büyük ölçüde karanlıkta bırakan kesitsel tasarımlarla sınırlıdır. RMÇ'ler ile gerçekleştirilen takip çalışmalarında; sığınma talebinin reddi, takip dönemlerinde artan psikolojik sıkıntı oranları ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur.⁶⁰ Bir çalışmada, 12, 18, 24 ve 26. aydaki takip değerlendirmelerinde intihar düşüncesinde artış olduğu bildirilmektedir.³² Bu, sadece ruh sağlığı bozukluklarının kronik seyri değil, aynı zamanda sağlanan müdahale ve tedavinin eksikliğini de yansıtmaktadır.^{22,45}

Sağlık Hizmetlerine Ulaşımında Engeller

Genel olarak, RMÇ'lerin ruh sağlığı ihtiyaçları ile ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri arasında büyük bir uçurum olduğu görülmektedir. Üç çalışma, RMÇ'lerin sadece %11,7 ile %36'sının ev sahibi ülkelerde ruh sağlığı hizmetlerine başvurduğunu göstermiştir.⁶¹ Ebeveyn rehberliği eksikliği dolayısıyla, RMÇ'ler için ruh sağlığı hizmetlerine başvuru, esas olarak sosyal hizmet kurumlarının ya da vasilerinin ruhsal ihtiyaçları hakkındaki algılarına ve anlayışına dayanmaktadır.

Bu durumun yanı sıra depresyon ve anksiyetenin içe yönelik doğasının da az sayıda RMÇ'nin ruh sağlığı hizmeti almasını açıklayabileceği düşünülmektedir.⁶² RMÇ'lerin acil psikiyatrik hizmetlere kendine zarar verme ve intihar davranışı ile başvurma oranları oldukça fazladır.⁶³ Bu bulgu, ancak daha şiddetli ruhsal bozukluk belirtilerine sahip çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı hizmeti almak için başvuruyor olduğunu düşündürmektedir.

RMÇ'lerin ruh sağlığı hizmetlerini algılamalarına ve bu hizmetlere yönelik tutumlarına yönelik nitelendirici bir araştırma, ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkileyen zihinsel sağlık modellerine işaret etmektedir.⁴³ Bazı kavramsallaştırmalar klasik Batı fikirlerini yansıtırken, diğerleri ruh sağlığı sorunlarını küçümser, yeniden çerçeveleştirir ve somatize eder. Ruh sağlığı alanında hizmet sağlayıcıların yetersiz klinik bilgisi, RMÇ'ler tarafından bu tür hizmetlerin yeterince bilinmemesi, ülke içinde sık yer değiştirme, birinci basamak sağlık hizmetlerine kayıt sorunları, kısıtlı dil becerileri ve tercümanların uygunsuz kullanılması dahil olmak üzere pratik zorluklar kaçınılmaz olarak RMÇ'lerin ruh sağlığı hizmetleri almasını zorlaştırmaktadır.⁶⁴ Bununla birlikte, ev sahibi ülkelerde daha uzun süreli yaşamının ruh sağlığı hizmet kullanımının artması, ruhsal güçlüklerin algılanmasındaki değişiklikler ve Batı tutum ve uygulamalarına uyum sağlama doğrultusunda yardım arama davranışını ifade etme yeteneğinin artması ile ilişkili olduğunu

belirtmek önemlidir.⁶⁵ Ruh sağlığı ihtiyaçları, göçmenlik gözetim merkezleri koşullarında daha da geri planda kalabilmektedir. Günümüzde, gözetim merkezlerinde bulunan RMÇ'lerin ruh sağlığı hakkında çok az şey bilinmesine rağmen, bir çalışma, RMÇ'lerde hali hazırda mevcut olan depresyon, TSSB, anksiyete, intihar düşüncesi ve psikoz gibi ruh sağlığı zorluklarının gözetim merkezi benzeri ortamlarda şiddetlenebileceğini öne sürmüştür.⁶⁶ Ancak gözetim merkezi koşullarında zaman geçiren mültecilerin ruh sağlığına yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

RMÇ'ler için Kanıt Dayalı Müdahaleler

RMÇ'ler için tedavi ve müdahalelerde kanıt dayalı yaklaşımlar gereklidir. Bununla birlikte, bugüne kadar, mülteciler için uygun tedavilere dair bilgiler, diğer travmatize olmuş popülasyonlara dair bilgilerin çok gerisinde kalmaktadır. RMÇ'lerin birbiri ile etkileşim içinde ve karmaşık pek çok ruhsal ve gelişimsel gereksinimleri vardır. Bununla birlikte, RMÇ'lerin ruhsal sağlık sorunlarının tedavisini ele alan araştırmalar şimdiye kadar genellikle olgu çalışmaları ve olgu serileri şeklindedir. Bu çalışmalar ilişkisel psikodinamik terapi ve travma odaklı bilişsel davranışçı terapi (TF-CBT) kullanımı için bazı kanıtlar sağlamaktadır. Altı RMÇ ile gerçekleştirilen bir çalışmada TF-CBT ile tüm olgular için klinik olarak anlamlı bir belirti azalması olduğu gösterilmiştir.⁶⁷ Ehntholt ve ark.⁶⁸ savaşla ilgili travma yaşayan mülteci çocuklar, sığınmacılar ve RMÇ'ler için okul tabanlı bir CBT müdahalesini değerlendirmiştir. Müdahale, psikoeğitim, ikili dikkat çalışması, rüya çalışması, rahatlama ve aktivite planlamasına odaklanan altı seanstan oluşmaktadır. Bu müdahale, yalnızlık ve umutsuzluk duygularında azalma ve TSSB semptomları ile davranışsal zorluklarda önemli düşüş sağlamıştır. Başka bir çalışmada ise araştırmacılar, 12 RMÇ ile gerçekleştirdikleri 10 seanslık bir müdahale oluşturmak için sistemik terapi tekniklerini kullanmışlardır. Araştırmacılar, göç, aile ve kültürel farklılıklar üzerinde çalışmak için genogramlar, fotoğraflar, kartlar ve oyunlar kullanmışlardır. Yazarlar, katılımcıların depresyon ve aleksitimi puanlarında önemli düşüşler ve müdahale sonunda benlik saygısında artış bildirmişlerdir.⁶⁹ Bununla birlikte, bu araştırmalar uzunlamasına kanıt eksikliği ve küçük örneklem boyutları gibi kısıtlılıklara sahiptir.

Tedaviye ilişkin tüm çalışmalar, RMÇ'lerin duygularını ifade edebilecekleri ve travmatik anılarını anlatım yoluyla keşfedebilecekleri güvenli bir yer yaratmanın önemini vurgulamaktadır.⁷⁰ Bazı araştırmacılar, dil engelleri ve RMÇ'lerin travmatik olayları anlatmak yerine unutmayı tercih etme eğilimi gibi faktörlerin müdahalenin başlangıcında anlatı sürecini zorlaştırabileceğini belirtmektedir.⁷¹ Kendiliğin inşası, çocukların ergenlik döneminde yaşadıkları önemli bir süreçtir. Bununla birlikte, ülkelerinden ve ailelerinden ayrılma, travmatik olaylar ve yabancı bir ülkede yaşamak, RMÇ'lerin kendilik algısını ciddi şekilde zayıflatabilmektedir. Terapi, RMÇ'lerin farklı kimlikleri uzlaştırmalarına yardımcı olabilir ve göç sırasında kaybettikleri ergen kimliğini yeniden oluşturmalarına olanak sağlayabilir. Bu popülasyonla gerçekleştirilen törepatik çalışmalarda başa çıkma stratejileri, dayanıklılık ve duygu

işleme becerilerinin çalışılmasının da faydalı olabileceği düşünülmektedir.⁷²

RMÇ'lere yönelik olarak etkinliği kanıtlanmış kanıta dayalı müdahaleler Şekil 1'de gösterilmiştir.

Mevcut Kanıtların Temel Sınırlılıkları

Bu alandaki çalışmaların büyük çoğunluğu; gelişimsel seviyenin göz önünde bulundurulmaması, çocukların yaşadıkları zorlukları hatırlamakta güçlük yaşaması, zorlukların ifade edilmesindeki kültürel farklılıklar, geçmiş hakkında konuşma ile ilgili sorunlar, öğrenme güçlükleri, özellikle yasal durumlar nedeniyle bilgilerin ifşa edilmesini zorlaştıran öz bildirim yöntemleri kullanılması gibi çeşitli kısıtlılıklara sahiptir. Ülkelerinden ayrılmadan önce çocukların gelişim ve ruh sağlıkları konusundaki bilgi yetersizliği, bulguların daha geniş bir bağlamda ele alınmasını zorlaştırmaktadır. Çoğu çalışmada ev sahibi ülkenin kullandığı dile dayanan değerlendirme araçlarının kullanılması anketlerin kültürel ve dilsel geçerliliğini tartışmalı hale getirmekte ve çalışma örneklemelerinin popülasyonu temsil edebilirliğini azaltmaktadır. Çocuklarla iletişim kurulurken ruh sağlığına ilişkin eğitimi bulunmayan tercümanların kullanılması çalışmaların geçerliliğini etkileyebilmektedir.

Kültürel psikiyatri bağlamında olası müdahalelerin ve tedavilerin tartışılması ve değerlendirilmesi konusunda da eksiklik vardır. Şimdiye kadar yayınlanan araştırmalar neredeyse tamamen TSSB, kaygı ve depresyon belirtileri üzerinde durmuştur. Çalışmalar, daha geniş bir yelpazede olası ruh sağlığı zorluklarını açıklamaya ya da yasin kalıcı potansiyel etkilerini göz önünde bulundurmaya odaklanmamıştır. Batı kültürünü merkezine alan sınıflandırma sistemlerine, özellikle de TSSB'nin bir kavram olarak kullanılmasına ve çeşitli travma semptomlarının kontrol listeleri kullanılarak saptanmasına da çeşitli itirazlar vardır.⁷³ Bir kavram olarak TSSB'nin mültecilerin deneyimlerinin çeşitli yönlerini ve karmaşık doğasını yeterince ele almayan, gelişimsel ve kültürel kategorileri göz ardı eden indirgemeci bir tanı olabileceği düşünülmektedir.⁷⁴ Ek olarak, bu tür kavramsallaştırmaların sorunu depolitize ederek mevcut sorunları sosyo-politik ve ekonomik bağlamlardan kopardığı düşünülmektedir.⁷⁵ Literatürdeki çoğu çalışmanın Batı ülkelerinde gerçekleştirilmesine rağmen, dünya çapındaki mültecilerin çoğunluğunun bu ülkelerin dışında yaşadığını belirtmekte önemlidir. Zorla yerinden edilmiş

Terapi Tekniği	Açıklama
Psikodinamik Terapi ve TF-CBT	Psikodinamik terapi ilkelerini Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (TF-CBT) ile birleştiren ve refakatsiz mülteci çocuklarda derinlemesine psikolojik sorunları ve travma tepkilerini ele alan bir terapi tekniği.
Okul Tabanlı CBT	Mülteci çocuklara ve refakatsiz çocuklara yönelik, okul ortamında uygulanan, yapılandırılmış programlar aracılığıyla anksiyete, stres ve depresyonu yönetmelerine yardımcı olan Okul Tabanlı Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT).
Sistemik Terapi Teknikleri	Refakatsiz mülteci çocukların aileleri ve sosyal sistemleri içindeki etkileşimlerine odaklanan ve genogram gibi araçlar kullanarak aile dinamiklerini ve kültürel farklılıkları araştıran ve ele alan sistemik terapi teknikleri.

Şekil 1. Refakatsiz mülteci çocuklar için kanıta dayalı müdahaleler TF-CBT: Travma odaklı bilişsel davranışçı terapi, CBT: Bilişsel davranışçı terapi

bireylerin yaklaşık üçte ikisinin Avrupa'ya ulaşmadığı tahmin edilmektedir. RMÇ'lerin ruh sağlığı alanındaki ihtiyaçları ile ilgili çalışmalar artıyor olsa da şu anda gelişmekte olan ülkelerde bu tür ihtiyaçlara çok az dikkat edilmektedir. Bu tür ortamların RMÇ'leri daha büyük bir psikolojik zedelenme riskine soktuğu varsayılmaktadır.³⁹ Benzer şekilde, az sayıda çalışma ülkesine geri gönderilen RMÇ'lere odaklanmıştır. Mevcut literatürde bildirilen ruh sağlığı sorunlarının sıklığı ve mültecilerin ana vatanlarındaki ruh sağlığı hizmetlerinin genelde yetersiz olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu çocukların gelecekteki ruhsal durumları ile ilgili endişeler ortaya çıkmaktadır. Özellikle, bazı menşei ülkelerin "güvenli" olarak sınıflandırılmaya başlanması ve buna karşılık gelen artan zorunlu geri dönüş oranları dikkate alındığında gelecekte bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu açıktır. Ayrıca her ne kadar RMÇ olma tanımının merkezinde yer alsın ve ruhsal iyilik hali açısından özellikle risk faktörü olarak kabul edilse de bakım verenenden ayrılma ve bakım veren ile bağlanma ilişkisinin kaybı özellikle RMÇ'leri anlama adına mevcut literatürde yeterince ele alınmamaktadır. Bununla birlikte, bağlanma ile ilgili literatür, bakım verenle sürekli, güvenilir ilişkilere olan ihtiyacı kesin olarak doğrulamaktadır ve bağlanma sürecinde yaşanan aksaklıkları çeşitli bozukluklarla ilişkilendirmektedir. Bu nedenle, RMÇ'lerde bağlanma sürecinin sekteye uğramasının ergenlik ve sonrasında güvenli bağlanma oluşumu üzerinde ciddi sonuçları olabileceği ve daha uzun vadede çocuk gelişimini ve ruh sağlığını etkileyen başka bir faktör olarak kabul edilebileceği varsayılmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Her ne kadar RMÇ ve ruh sağlığı alanında çok sayıda araştırma gerçekleştirilmiş olsa da bu son derece önem taşıyan konunun ele alınması gereken farklı yönleri mevcuttur. RMÇ'lerin ruh sağlığına ilişkin gelecekte yapılacak araştırmaların, ruh sağlığı sorunlarının tedavisinde grup müdahalelerinin etkililiğinin yanı sıra sosyal desteğin etkisini incelemesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Ayrıca RMÇ'lerde ruhsal sorunların sürekliliğinin daha iyi anlaşılabilmesi için bu alanda boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. RMÇ'lerin yeniden yerleşim deneyimi, kültürel ruh sağlığı algıları ve dayanıklılık faktörlerine odaklanan çalışmalar da, RMÇ'lerin ruh sağlığı ihtiyaçlarının ve ruhsal iyi oluşlarının kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına katkıda bulunabilir.

Medyadaki mevcut tasvirler rağmen, RMÇ'ler de dahil olmak üzere mültecilerin büyük oranda kendi ülkeleri içerisinde yer değiştirmeye zorlandıkları ve büyük çoğunluğunun Batı ülkelerine ulaşamadıkları unutulmamalıdır. Kısıtlı fiziksel destek ve daha da kısıtlı ruh sağlığı hizmeti alan bu grup, sürekli devam eden travmalara maruz kalmaktadır. Avrupa'ya ve diğer Batı ülkelerine tehlikeli göç süreçleri yaşayan RMÇ'ler için, daha genç ve daha büyük yaş grubu RMÇ'ler arasında ruh sağlığı profilleri açısından farklar saptanmış olup bu durumun ruh sağlığı hizmetleri ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hem etik zorunluluk hem de insan hakları göz önünde bulundurularak, RMÇ'lerin ruh sağlığı ihtiyaçlarının karşılandığından emin olunması adına gerekli hizmetlere erişimlerini kolaylaştıracak

adımların atılması, mevcut hizmetlerin kültürel bağlamı da dikkate alacak şekilde iyileştirilmesi ve koruyucu müdahale programlarının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Sonuç olarak, günümüzde resit olmayan RMÇ krizinin uzun yıllar boyunca birden fazla cephede ele alınması gerekmektedir ve ruh sağlığı oldukça önemli bir alandır. Ancak RMÇ'lerle ilgili tartışmalara ruh sağlığı da dahil edildiğinde, başka türlü kayıp bir nesil olarak adlandırılabilir bu gençler, güvenlik ve bir "yuva" bulmuş kişiler haline gelebilir.

Dipnotlar

Yazarlık Katkıları

Konsept: G.Y.E., Dizayn: G.Y.E., D.B.Ö., Veri Toplama veya İşleme: G.Y.E., Analiz veya Yorumlama: G.Y.E., D.B.Ö., Literatür Arama: G.Y.E., Yazan: G.Y.E.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Gentleman A. It is a disgrace to Europe: former child refugee lord dubs on the calais camp. *The Guardian*. 2016;5.
- UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Global Trends in Forced Displacement-2021*. Geneva:UNHCR. 2022.
- UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). *UNHCR Comprehensive Policy on Refugees in Urban Areas*. 1997.
- UN Migration. *Europe Flow Monitoring Surveys-Children and Migration*. 2019.
- Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195:288-297.
- Vervliet M, Vanobbergen B, Broekaert E, Derluyn I. The aspirations of Afghan unaccompanied refugee minors before departure and on arrival in the host country. *Childhood*. 2015;22:330-345.
- UNICEF. *A child is a child*. New York, NY: UNICEF. 2017.
- UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Global Trends in Forced Displacement-2019*. Copenhagen, Denmark: UNHCR. 2020.
- Atasü Topcuoğlu RE. Profiling migrant children in Turkey: social policy and social work suggestions-a rapid assessment research. *IOM: Ankara*. 2012.
- T.C. Ministry of Interior, Presidency of Migration Management. 2023.
- Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2009;3:13.
- Mollica RF, McInnes K, Poole C, Tor S. Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *Br J Psychiatry*. 1998;173:482-488.
- Berthold SM. War traumas and community violence: psychological, behavioral, and academic outcomes among Khmer refugee adolescents. In: *Violence*. 2014:15-46.
- Geltman PL, Grant-Knight W, Mehta SD, Lloyd-Travaglini C, Lustig S, Landgraf JM, Wise PH. The "lost boys of Sudan": functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors re-settled in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:585-591.
- Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J Adolesc Health*. 2009;44:291-297.
- Wiese EB, Burhorst I. The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcult Psychiatry*. 2007;44:596-613.
- Derluyn I, Broekaert E. Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethn Health*. 2007;12:141-162.
- Guarnaccia PJ, Lopez S. The mental health and adjustment of immigrant and refugee children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1998;7:537-553.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365:1309-1314.
- Bronstein I, Montgomery P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011;14:44-56.
- Smid GE, Lensvelt-Mulders GJ, Knipscheer JW, Gersons BP, Kleber RJ. Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011;40:742-755.
- Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:337-346.
- Sack WH, Him C, Dickason D. Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:1173-1179.
- Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunliffe A. Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:723-732.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:748-766.
- Stotz SJ, Elbert T, Müller V, Schauer M. The relationship between trauma, shame, and guilt: findings from a community-based study of refugee minors in Germany. *Eur J Psychotraumatol*. 2015;6:25863.
- Mitra R, Hodes M. Prevention of psychological distress and promotion of resilience amongst unaccompanied refugee minors in resettlement countries. *Child Care Health Dev*. 2019;45:198-215.
- Ellis BH, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76:184-193.
- Heptinstall E, Sethna V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13:373-380.
- Stein B, Comer D, Gardner W, Kelleher K. Prospective study of displaced children's symptoms in wartime Bosnia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34:464-469.
- Thabet AA, Abed Y, Vostanis P. Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45:533-542.
- Jensen TK, Skårdalsmo EM, Fjermestad KW. Development of mental health problems-a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2014;8:29.
- Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, Wilhelmsen NH. Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2015;20:106-116.
- Montgomery E, Foldspang A. Validity of PTSD in a sample of refugee children: can a separate diagnostic entity be justified? *Int J Methods Psychiatr Res*. 2006;15:64-74.
- Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand J Psychol*. 2014;55:33-37.

36. Forbes D, Creamer M, Bisson JI, Cohen JA, Crow BE, Foa EB, Friedman MJ, Keane TM, Kudler HS, Ursano RJ. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *J Trauma Stress*. 2010;23:537-552.
37. Punamäki RL, Qouta S, El-Sarraj E. Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *Int J Behav Dev*. 2001;25:256-267.
38. Montgomery E. Trauma and resilience in young refugees: a 9-year follow-up study. *Dev Psychopathol*. 2010;22:477-489.
39. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379:266-282.
40. Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM, Kim S, Steinberg AM, Ellis H, Birman D. Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *J Trauma Stress*. 2012;25:682-690.
41. Kia-Keating M, Ellis BH. Belonging and connection to school in resettlement: young refugees, school belonging, and psychosocial adjustment. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2007;12:29-43.
42. Slodnjak V, Kos A, Yule W. Depression and parasuicide in refugee and Slovenian adolescents. *Crisis*. 2002;23:127-132.
43. Majumder P, O'Reilly M, Karim K, Vostanis P. This doctor, I not trust him, I'm not safe: the perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61:129-136.
44. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2008;10:867-876.
45. Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Soc Sci Med*. 2007;64:1204-1215.
46. Sourander A. Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse Negl*. 1998;22:719-727.
47. Spinhoven P, Bean T, Eurelings-Bontekoe L. Inconsistencies in the self-report of traumatic experiences by unaccompanied refugee minors. *J Trauma Stress*. 2006;19:663-673.
48. Steinberg L, Morris AS. Adolescent development. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:83-110.
49. Felsman JK, Leong FT, Johnson MC, Felsman IC. Estimates of psychological distress among Vietnamese refugees: adolescents, unaccompanied minors and young adults. *Soc Sci Med*. 1990;31:1251-1256.
50. Huemer J, Karnik N, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Plattner B, Friedrich M, Steiner H. Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42:307-319.
51. Pavli A, Maltezos H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med*. 2017;24.
52. Lay M, Papadopoulos I. Sexual maltreatment of unaccompanied asylum-seeking minors from the Horn of Africa: a mixed method study focusing on vulnerability and prevention. *Child Abuse Negl*. 2009;33:728-738.
53. Keles S, Friborg O, Idsøe T, Sirin S, Oppedal B. Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles. *Ethn Health*. 2016;21:300-317.
54. Vervliet M, De Mol J, Broekaert E, Derluyn I. That I live, that's because of her: intersectionality as framework for unaccompanied refugee mothers. *Br J Soc Work*. 2014;44:2023-2041.
55. Oppedal B, Idsøe T. The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scand J Psychol*. 2015;56:203-211.
56. Hollins K, Heydari H, Grayson K, Leavey G. The mental health and social circumstances of Kosovan Albanian and Albanian unaccompanied refugee adolescents living in London. *Diversity Health Soc Care*. 2007;4:277-285.
57. Sierau S, Schneider E, Nesterko Y, Glaesmer H. Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28:769-780.
58. Höhne E, Banaschewski T, Bajbouj M, Böge K, Sukale T, Kamp-Becker I. Prevalences of mental distress and its associated factors in unaccompanied refugee minors in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32:1211-1217.
59. Piegenschke K, Sihorsch M, Christiansen H. Begleitete minderjährige Flüchtlinge. *Kindheit Entwicklung*. 2019.
60. von Werthern M, Grigorakis G, Vizard E. The mental health and wellbeing of unaccompanied refugee minors (URMs). *Child Abuse Negl*. 2019;98:104146.
61. Michelson D, Sclare I. Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2009;14:273-296.
62. Bean T, Mooijart A, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Validation of the child behavior checklist for guardians of unaccompanied refugee minors. *Child Youth Serv Rev*. 2006;28:867-887.
63. Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA. Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *Springerplus*. 2015;4:131.
64. Davies M, Webb E. Promoting the psychological well-being of refugee children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2000;5:541-554.
65. Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M. Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child Care Health Dev*. 2013;39:651-659.
66. Zwi K, Mares S. Stories from unaccompanied children in immigration detention: a composite account. *J Paediatr Child Health*. 2015;51:658-662.
67. Unterhitzenberger J, Eberle-Sejari R, Rassenhofer M, Sukale T, Rosner R, Goldbeck L. Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC Psychiatry*. 2015;15:260.
68. Ehntholt KA, Smith PA, Yule W. School-based cognitive-behavioural therapy group intervention for refugee children who have experienced war-related trauma. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2005;10:235-250.
69. Demazure G, Gaultier S, Pinsault N. Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27:447-466.
70. Bouaziz N, Hussein ME, Rakotomalala C, Valentin E, Touhami F, Radjack R, Di C, Moro MR. Comment accueillir le délire d'un adolescent étranger isolé en consultation transculturelle? *Adolescence*. 2013;313:541-550.
71. Touhami F, Radjack R, Moro MR. Penser les enfants isolés, des objets pour dire le temps. *Le Carnet Psy*. 2015;188:36-41.
72. Unterhitzenberger J, Rosner R. Case report: manualized trauma-focused cognitive behavioral therapy with an unaccompanied refugee minor girl. *Eur J Psychotraumatol*. 2016;7:29246.
73. Nickerson A, Bryant RA, Brooks R, Steel Z, Silove D, Chen J. The familial influence of loss and trauma on refugee mental health: a multilevel path analysis. *J Trauma Stress*. 2011;24:25-33.
74. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ*. 2001;322:95-98.
75. McGregor LS, Melvin GA, Newman LK. Familial separations, coping styles, and PTSD symptomatology in resettled refugee youth. *J Nerv Ment Dis*. 2015;203:431-438.