

Mülteci Çocuk ve Ergenlerin Ruhsal Sağlığı ve Tedavi Yaklaşımları

SERKAN TURAN*

GONCA ÖZYURT*

Özet

Mülteci çocukların ruhsal sağlığı; barınma, eğitim, ekonomik olanaklar, geniş kapsamlı politikalar ve bu bağlam dahilinde göçmenlik olmak üzere tüm potansiyel sağlık belirleyicilerini etkileyen çok yönlü bir olgudur. Bireyler veya ailelerin, evlerini veya topluluklarını terk etmeleri gerektiğinde, bu tür deneyimlerin psikopatoloji riskini arttırdığı ve aynı zamanda aidiyet ve kimliğe yönelik önemli zorluklar yarattığı bilinmektedir. Dünyadaki mültecilerin yaklaşık dörtte biri çocuk olmasına rağmen mülteci çocuklarda ruh sağlığı sorunlarına yönelik araştırmalar sınırlıdır. Bu derlemede, son çalışmalar ışığında Mülteci çocukların ruhsal sağlığının tüm yönleriyle ele alınması ve gerek ruh sağlığı alanında gerekse diğer alanlarında çalışanlara yol gösterici olması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Mülteci, Çocuk, Ruh Sağlığı

Abstract

Mental health of refugee children; It is a multifunctional phenomenon that affects all potential health determinants, including housing, education, economic opportunities, broad-based policies and, in this context, immigration. When individuals or families need to leave their homes or communities, it is known that such experiences increase the risk of psychopathology and at the same time create significant difficulties for belonging and identity. Although approximately one quarter of the world's refugees are children, research on mental health problems in refugee children is limited. This review aims to address all aspects of the mental health of refugee children in the light of recent studies and to guide the employees in the field of mental health and other areas.

Keywords: Refugee, Children, Mental Health

Giriş

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) tarafından tanımlandığı gibi mülteci kavramı; vatandaşı olduğu ülke dışında olan ve “ırkı, dini, milliyeti, belirli bir sosyal gruba dahil olması veya siyasi düşüncesinden ötürü zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu” için vatandaşı olduğu ülkeye dönemeyen veya dönmek istemeyen bireyleri tanımlamaktadır (UNHCR, 1951).

BMMYK 2016 yılı değerlendirme raporu, dünya çapında 65,6 milyon mültecinin olduğunu ve 2015 yılı değerlendirme raporunun tahminlerinden bu yana 1,4 milyon artış olduğunu belirtirken; 18 yaşın altındaki çocuklar ve gençler bu mülteci nüfusunun yaklaşık yarısını (8.05 milyon, yaklaşık% 51) oluşturmaktadır (UNHCR, 2017). Çatışma, şiddet ve zulüm nedeniyle zor kullanılarak yerleri değiştirilen bireylerin sayısı küresel çapta rekor seviyelere ulaşırken; Türkiye ise dünyada en fazla sayıda mülteciye ev sahipliği yapan ülke olmayı sürdürmüştür. Ülkemiz, 3,6 milyondan fazla kayıtlı Suriyeli mültecinin yanı sıra 365.000’den fazla diğer uyruklardan kişiyi barındırmaktadır (UNHCR, 2019).

Mülteci çocukların ruhsal sağlığı, gelişimlerinin önemli basamaklarında yaşamak zorunda kaldıkları güvensizlik deneyimleri nedeniyle özel bir ilgi alanıdır. Sosyoekonomik zorluklar ve ülkelerindeki şiddete maruz kalmanın ağırlaştırıcı yükü, ardından göç ve son olarak farklı bir bağlamda yeniden yerleşim, onları fiziksel ve psikososyal gelişimlerine karşı çeşitli ve yoğun risklere maruz bırakmaktadır. Çocukların ruhsal sağlığını etkileyen risk faktörleri, olumsuz bir psikolojik ve duygusal gelişime yol açabilecek kişisel, sosyal ve çevresel faktörler olarak tanımlanabilmektedir (Masten, 2001).

Mültecilik Deneyimi

Mültecilik deneyimi genellikle üç aşamada değerlendirilebilir: göç öncesi, göç ve göç sonrası (Pumariega ve diğerleri, 2005). Göç öncesi evre; sıklıkla okula devam edememe ve işe gidememe gibi sosyal karışıklık ve kaosla kendini gösteren vatanlarından kaçma evresidir. Mülteciler, arkadaşlarının ve ailesinin güvenliğinin yanı sıra kendi güvenliklerine yönelik şiddet ve tehditlerin gündelik bir olay olduğu bir ortamda kendi düşünceleriyle başa çıkmakta zorlanmaktadır. Askerlik görevini yerine getirmek için doğrudan silahlı bir çatışmaya zorlanan çocuklar; tecavüz, işkence, savaş yaralanmaları, madde kötüye kullanımı, depresyon, anksiyete ve intihar düşünceleri açısından risk altındadır (Lustig ve diğerleri, 2004). İkinci aşama olan Göç evresi; mültecilerin evlerinden ve tanıdığı ortamlardan

uzaklaşması ve yeniden yerleşmeyi planladıkları alan için arama yapmaları ve/veya seyahat etmeleri ile kendini gösterir. Mülteci çocuklar ise özellikle bu aşamada kendilerini savunmasız hissedebilmektedir; çünkü ebeveynleri veya velileri, duygusal gereksinimlerinin farkında olamayacak ve bunlara cevap veremeyecek kadar yoğun olabilir (Pumariaga ve diğerleri, 2005). Diğer taraftan, bu aşamada, ebeveynlerden ve bakıcılardan ayrılmanın sıklıkla görülmesiyle birlikte davranışsal ve duygusal zorluklarda sıklıkla artma izlenmektedir (Morina ve diğerleri, 2010).

Göç sonrası dönemde ise tehdit oluşturan etken ortadan kalkmakla birlikte yeni bir stres etkeni ortaya çıkmaktadır. Yeniden yerleştikleri ülkedeki güvenli ve müreffeh bir yaşamın umudu ve beklentisi, mülteci çocukların ve ailelerinin yakın yerleşme dönemindeki kederlerini ertelemelerine yardımcı olabilirken, sonuçta çoğu, vatanlarının, ailelerinin, arkadaşlarının ve maddi mallarının kaybına yas tutacaktır (Lustig ve diğerleri, 2004).

Güncel Literatürün Gözden Geçirilmesi

Mültecilerin ruh sağlığı başta dil sorunları olmak üzere çeşitli nedenlerden dolayı yeterince araştırılmamaktadır. Profesyonel çevirmenlerin ruhsal sağlık hizmeti sağlarken gerekli olan maliyetleri; dünyadaki en gelişmiş sağlık hizmetleri sistemlerinde bile karşılanamamaktadır. Diğer bir neden ise; birçok sığınmacı ve mülteci, ev sahibi ülkelerinin yerel olarak konuşulan dilini konuşamamakta ve bu durum aynı zamanda psikometrik verilerin güvenilirliği hakkında sorunlar ortaya çıkarmaktadır (Morina ve diğerleri, 2010).

Bazı araştırmalar, topluma oranla mülteciler arasında ruhsal sağlık sorunlarının daha sık görüldüğünü (Steel ve diğerleri, 2009) ve yaşam kalitelerinde düşüklük bildirmektedir (Aziz ve diğerleri, 2014). Mülteci deneyimlerinin psikiyatrik sonuçları, tehdit ve kayıp olaylarından kaynaklanabilmektedir. Hayatı tehdit eden olayların etkileri, uyarılma ve kaygıyı arttırmak olacaktır ve bu kalıcı olduğunda stres reaksiyonları, uyum bozuklukları ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile sonuçlanabilmektedir. Örneğin, Bogic ve arkadaşlarının Savaşın etkilenen mültecilerle yaptıkları çalışmalarda depresyon sıklığının % 2,3 ila % 80 arasında, TSSB sıklığının % 4,4 ila % 86 arasında ve kaygı bozukluğu sıklığının % 20,3 ila % 88 arasında olduğunu belirtilmektedir (Bogic ve diğerleri, 2015). Çalışmaların çoğu TSSB ve depresyon ile ilgili olsa da, yeniden yerleşilen ülkelerdeki mülteci çocukların ve gençlerin de ciddi psikiyatrik bozukluk riski altında olduğu bilinmektedir.

Psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışı, yaş, cinsiyet ve atıflar gibi bireysel farklılıkların; uyum, ebeveynin ruh sağlığı ve işlevselliğinin, sosyal destek gibi aile faktörleri ve kültürel olarak inanç sistemleri dahil olmak üzere sosyo-kültürel değişkenlerin, farklılıkların ve bu farklılıkların etkileşimi ile olmaktadır (Fazel ve diğerleri, 2012).

Bebeklikten yetişkinliğe kadar her yaş dönemi için mültecilik deneyiminin farklı sonuçları olabilmektedir. Bebeklerde, daha büyük çocuklarda ve ergenlerde şiddete maruz kalmanın, ayrılma ve birleşme korkusunun artmasıyla sonuçlanabileceği uzun zamandır bilinmektedir. Özellikle bebekler için uyum süreçlerinin, bakım kalitesi ve bakım verenlerle ilişkilerde çok önemli olduğu ve bakıcılardan uzun süreli veya tekrarlanan ayrılmanın sıkıntıya neden olduğu iyi bilinmektedir. Ayrıca şiddete maruz kalan bebeklerin daha sonra TSSB geliştirebilecekleri tespit edilmiştir (Almqvist ve diğerleri, 1997). Benzer yanıtlar, gözaltı merkezlerinde tutulan, sıklıkla şiddete ve ebeveynlerden ayrılmalara tanık olan bebeklerde de görülebilir (Cleveland ve diğerleri, 2018). Bu, TSSB için olağan tanı kriterlerinin bebekler için değiştirilmesi gerektiğini göstermiştir (Scheeringa ve diğerleri, 2006).

Bu tür bozuklukların gelişimi yaştan bağımsız olarak görülebilmekle birlikte bazı yaş grupları diğerlerinden daha yoğun semptomlar yaşayabilmektedir. Özellikle çocuklar, travmatik deneyimler sonucunda davranışsal ve duygusal problemler geliştirebilirken; ergenlerde sıklıkla TSSB görülmektedir (Nasiroğlu ve diğerleri, 2016). Ergenlerde önemli gelişimsel düşünceler, umursamaz ve kendine zarar verici davranışların TSSB fenomenolojisinin bir parçası olarak tanınmasını içerir. Derlemeler, yerleştikleri ülkelerdeki çocuk ve ergen mülteciler arasında yüksek oranda TSSB prevalansı olduğunu (% 11) göstermiştir (Fazel ve diğerleri, 2005).

Prevalans verileriyle ilgili olarak birçok önemli gözlem vardır. TSSB ve depresyon prevalanslarının; çalışmalarda oranlarda önemli bir heterojenite olmasına rağmen, % 30'lar civarında olduğu görülmektedir. İşkenceye maruz kalma ve yaşanan toplam travma olaylarının sayısı, sırasıyla TSSB ve depresyonun en güçlü belirleyicileri olarak ortaya çıkmaktadır. Daha geniş örnekleme tasarlanmış çalışmalar; TSSB için yapılan tahminin % 15 civarında daha düşük prevalans oranları bildirmekte ve bu sonuçlar yakın zamanda yayımlanan bir gözden geçirme yazısı ile desteklenmektedir (Priebe ve diğerleri, 2016).

Travma sonrası etkileri araştıran birçok çalışma, özellikle Holocaust mağdurlarının çocuklarına odaklanarak, bu çocukların ruhsal sağlık durumunu araştırmıştır. 32 çalışmayı kapsayan meta-analizin sonuçları,

Holocaust mağdurları olan ebeveynlerin olumsuz zihinsel durumları ile çocukların psikiyatrik sorunları arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedir (Van Ijzendoorn ve diğerleri, 2003). Mülteciler açısından, ebeveynler ile çocuk ruh sağlığı durumu arasındaki ilişkinin kanıtları karışık olmakla birlikte, 42 çalışmanın yer aldığı bir meta-analize göre ebeveynlerin TSSB tanısının, çocukların ruhsal güçlükleri üzerinde önemli bir etkisi olduğunu bildirmiştir ($r = 0.35$) (Lambert ve diğerleri, 2014). Ek olarak, mülteci çocuklar ve gençler ebeveynleri veya bakımverenlerinin yol açtığı ikincil travmatizasyona yatkındır. TSSB tanılı olguların; daha fazla genel sağlık sorunlarına, daha kötü tıbbi koşullara ve sağlıkla ilgili daha olumsuz yaşam kalitesine sahip olduğu bilinmektedir. TSSB'nin ayrıca ağrı sıklığında ve şiddetinde artış ile de ilişkili olabileceği bildirilmektedir (Pacella ve diğerleri, 2013).

TSSB tanısının en kolay yolu tekil travmatik olayları takip etmektir; bununla birlikte, birçok mültecinin uzun süre boyunca birden fazla travmatik olay ve kayıp yaşadığı bilinmektedir. Bu grup için, temel TSSB semptomlarına ek olarak (yeniden yaşantılama, uyarılma ve kaçınma), duygudurum düzenleme, benlik kavramı, kişilerarası ilişkiler ve çözülme gibi yakınmalar olabilir (Hyland ve diğerleri, 2017). Komplike TSSB diye adlandırılan bu tablonun geçerliliğini, klinik faydasını ve tedavi etkilerini tanımlamak için daha fazla çalışma yapılması gerekir ancak hastalık çocuklarda tanınmıştır (Ottisova ve diğerleri, 2018).

Türkiye-Suriye sınırına yakın mülteci kamplarında 4-10 yaş arası çocukların değerlendirildiği bir çalışmada; ebeveynlerin bildirdiğine göre, bu çocuklar artan düzeyde korku (% 62), kaygı ve çekilme (% 49), duygusal problemler (% 45), davranış problemleri (% 38) ve hiperaktivite (% 20) göstermiştir (Sirin ve Rogers-Sirin, 2015). Suriye-Türkiye sınırındaki bir mülteci kampında yapılan bir başka çalışma, çocukların büyük çoğunluğunun, bir aile üyesinin kaybı gibi birden fazla kritik yaşam olayı ve hatta % 44'ü savaşla ilgili beş veya daha fazla kritik yaşam olayı bildirmiştir. Benzer şekilde, çocukların % 44'ü duygudurum bozukluğu belirtileri gösterirken, % 20'sinin depresif belirtiler gösterdiği bildirilmiştir (Sirin ve Rogers-Sirin, 2015).

Mülteci çocuklarda en sık görülen tanı travma sonrası stres bozukluğu olmasına rağmen, bu popülasyon arasında depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları da sıklıkla görülmektedir. Hastalığın seyriyle ilgili olarak, hem TSSB hem de özellikle depresyon, yeniden yerleşim ve sosyal entegrasyonla birlikte zaman içinde azalma gösterme eğilimindedir, ancak yeniden yerleşim stres etkenleri düşük olduğunda bu daha hızlıdır (Heptinstall ve diğerleri, 2004; Oppedal ve diğerleri, 2015).

Göç deneyimleri, aile değişiklikleri ve kayıplar, sosyal izolasyon, toplum desteği ve kültürünün kaybı, aile yapılanmasında, günlük rutinlerdeki ve bakım kalitesindeki değişikliklere neden olabilir. Bunlar antisosyal davranışların ortaya çıkması için risk faktörleri şeklinde değerlendirilmekte ve ağırlıklı olarak savaşa maruz kalmayan mülteci çocukların bile, yeniden yerleşim ülkelerinde artan davranış riski altında oldukları tespit edilmiştir (Tousignant ve diğerleri, 1999). Yapılan çalışmalar; TSSB ve depresyon tanılı ebeveynlere sahip çocukların davranış bozukluğu, duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu ve TSSB açısından risk teşkil ettiğini bildirmektedir (Panter-Brick C ve diğerleri, 2014; Eruyar ve diğerleri, 2018). Çocuklar için ek risk faktörleri olarak ebeveynlerin anlaşmazlığı ve şiddete yol açabilecek çatışmalar olduğu tanımlanmaktadır (Catani, 2008; Timshel ve diğerleri, 2017).

Göç öncesi yüksek travma oranlarına ve önemli psikiyatrik zorluklara rağmen, Kanada'da yapılan izlem çalışmalarında gösterildiği gibi, güvenli bir statüye sahip çoğu mültecinin iyi bir şekilde uyum sağlaması dikkat çekicidir. Ayrıca Kanada'da 11-13 yaşları arasında olgulardan örnekleme oluşan bir çalışma, algılanan ayrımcılığın duygusal semptomların önemli bir belirleyicisi olduğunu belirtmektedir (Beiser ve diğerleri, 2016).

Mülteci çocuklar yüksek psikoz riski altında olmakla birlikte (Plener ve diğerleri, 2015), çaresizlik ve umutsuzlukla ilişkili diğer problemler arasında kendine zarar verme ve ciddi bedensel belirti bozuklukları bulunmaktadır (Aronsson ve diğerleri, 2009).

Bütün bu çalışmalar ışığında; yerleşim ülkesi ile ilgili olumlu bir görüşe sahip olan birleşik ailelerin daha iyi uyum sağlama olasılığının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Psikiyatrik Müdahale Yaklaşımları

Güncel yazın incelendiğinde özellikle mültecilik psikopatolojisine yönelik yapılan vurgu; esneklik, toparlanabilme becerisi ve travma sonrası büyüme yerine bozukluk ve hastalığa odaklanma eğiliminde olan bir literatürün sonucu olarak anlaşılabilir. Geçtiğimiz birkaç yıl boyunca mülteci çocuklar ve bakımvereni olmayan çocuklar ve yetişkinler hakkında ruhsal sağlık mekanizmaları ve müdahaleleri üzerine birkaç sistematik derleme yayınlandı. Bu müdahaleler, ebeveynleri, aileleri ve toplumdaki veya okuldaki tanımlanmış grupların yanı sıra, bozuklukları gelişmekte olan veya risk altında olan çocukları da hedeflemiştir.

Müdahale piramidinin en alt katı, müdahalelerin acil güvenliği ve temel fiziksel ihtiyaçları desteklemesi gerektiğini kapsarken; ikinci müdahale katmanı, toplum ve aile desteğini arttırmayı amaçlamaktadır. Üçüncü katman, odaklanmış fakat uzmanlaşmış olmayan bir desteği (örneğin, cinsel şiddete maruz kalan kadınlara yönelik toplum temelli destek grupları) temsil etmekte ve dördüncüsü -ihtiyacı olan kişilerin daha küçük bir kısmı için- özel ruhsal sağlık hizmetlerine odaklanmaktadır. Yaratıcı sanatlar ve drama terapisi, yaratıcı anlatım atölyeleri ve sanat terapisi gibi bazı pozitif etkileri olan müdahalelerin etkisi incelenmiştir (Nose ve diğerleri, 2017).

Sağlık araştırma yöntembilim çalışmalarının çoğu travma sonrası stres bozukluğuna odaklanmış ve muhtemel travmatik olaylara maruz kalma sıklığı nedeniyle geliştirilen müdahaleler arasında öyküleştirelmüş maruziyet terapisi (NET), travma odaklı bilişsel davranış terapisi (TFCBT) ve göz hareketleriyle duyarsızlaşma ve yeniden işleme terapisi (EMDR) bulunur (Nose ve diğerleri, 2017).

Güncel kanıtlar incelendiğinde, mülteci çocuklarda TSSB'nin nasıl önlenebileceği bilinmemektedir ve yoksulluk, ulaşım, iletişim, damgalanma veya ebeveyn yoksunluğu gibi güçlükleri olan mülteci çocuklarda TSSB'yi tedavi etmek için bireysel yöntemlerin kullanılması desteklenmektedir (Praetorius ve diğerleri, 2016).

Çocuklarda tedaviyi değerlendiren araştırmalarda, TSSB önleme ve depresyon sağaltımı arasındaki ilişki açısından çok az kanıt bulunmaktadır. Örneğin, çatışmadan etkilenen çocuklarda okula dayalı bir TSSB müdahalesi olumlu sonuç vermezken, mülteci çocuklarda ve TSSB olgularında ise yalnızca mülteci çocuklarda depresyon azalmıştır (Tol ve diğerleri, 2013; Ngo ve diğerleri, 2008).

Uzmanlaşmış ruh sağlığı tedavi yaklaşımları, avukatlarla ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği içinde müdahaleyi içermelidir. Bu müdahalelerin içeriğinde; göçmenlik statüsü, yeterli barınma, istihdam ve ailenin yeniden birleşmesi, hastanın iyileşmesi ve ev sahibi ülkede anlamlı rollerin yeniden kurulması gibi amaçlar yer almalıdır (Silove, 2013).

Mültecileri, etnik-kültürel veya dini topluluklarla birleştirmek, onları tecrit ve ayrımcılığa karşı korumaya yardımcı olabilir (Kirmayer ve diğerleri, 2011).

Sonuç

Mülteci çocuklarda ruh sağlığının değerlendirilmesi ve sağaltımı için kanıta dayalı yöntemlerin nasıl etki gösterdiğine dair hala kısıtlı sayıda bilginiz

bulunmaktadır. Bu durum özellikle bakıcıları olmayan veya yaşlı mülteciler arasında kalan çocuk ve ergenler için daha fazla önem taşımaktadır. Ayrıca, göç öncesi olumsuz veya potansiyel olarak travmatik deneyimler, göç sırasındaki çeşitli stres etkenleri, göç sonrası yaşam sorunları ve ruhsal sağlık arasındaki etkileşim oldukça karmaşık bir yapı içermektedir. Bu nedenle travma geçirmiş mültecilerdeki ruh sağlığı koşullarının değerlendirilmesi ve tedavisi özel kültürel uyarlamalar gerektirebilir. Ruhsal sağlık sorunları için mülteci çocukların taranması ve daha sonra bu ortak ve sıklıkla işlevselliği bozucu teşhisler için hem bireysel hem de toplum düzeyinde kanıta dayalı müdahalelerin uygulanması bakımından yapılması gereken çok iş bulunmaktadır.



*Serkan Turan
Ödemiş Devlet Hastanesi
drserkanturan@icloud.com

*Gonca Özyurt
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
goncaenginozyurt@gmail.com

Kaynakça

- Almqvist, K., Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian pre-school children exposed to organized violence. *Child Abuse and Neglect*, 24(1):351-366. [PubMed]
- Aronsson, B., Wiberg, C., Sandstedt, P., & Hjern, A. (2009). Asylum-seeking children with severe loss of activities of Daily living: Clinical signs and course during rehabilitation. *Acta Paediatrica*, 98, 1977-1981.
- Aziz, I.A., Hutchinson, C.V., Maltby, J.(2014). Quality of life of Syrian refugees living in camps in the Kurdistan Region of Iraq. *PeerJ* 2:e670. <https://doi.org/10.7717/peerj.670>
- Beiser, M., Hou, F. (2016). Mental health effects of premigration trauma and postmigration discrimination on refugee youth in Canada. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, 464-470.
- Bogic, M., Njoku, A., Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health Human Rights* 15:29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Catani, C., Schauer, E., & Neuner, F. (2008). Beyond individual war trauma: Domestic violence against children in Afghanistan and Sri Lanka. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 165-176.
- Cleveland, J., Kronick, R., Gros, H., Rousseau, C. (2018). Symbolic violence and disempowerment

as factors in the adverse impact of immigration detention on adult asylum seekers' mental health *Internal Journal Public Health*, 63(8):1001-1008. doi: 10.1007/s00038-018-1121-7. Epub 2018 Jun 2.

- Eruyar, S., Maltby, J., Vostanis, P. (2018). Mental health problems of Syrian refugee children: the role of parental factors. *European Child & Adolescent Psychiatry* 27, 401-409. [PubMed]
- Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365:1309-14. Doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6 [PubMed] [CrossRef]
- Fazel, M., Reed, R.V., Panter-Brick, C., et al. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379:266-82. 10.1016/S0140-6736(11)60051-2 [PubMed] [CrossRef]
- Hepinstall, E., Sethna, V., Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(6):373-380. [PubMed]
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C.R., Cloitre, M., Downes, A.J., Jumbe, S., ... Roberts, N.P. (2017). Validation of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136, 313-322.
- Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz M, et al. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ* 183(12):E959-E67.
- Lambert, J.E., Holzer, J., Hasbun, A. (2014). Association between parents' PTSD severity and children's psychological distress: a meta-analysis. *Journal of Trauma and Stress*, 27: 9-17
- Lustig, S.L., Kia-Keating, M., Knight, W.G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J.D., et al. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 43:24-36 10.1097/00004583-200401000-00012 [PubMed] [CrossRef]
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychology*, 56: 227,38.
- Morina, M., Maier, T., Schmid-Mast, M. (2010). Lost in translation? Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60:104-10. 10.1055/s-0029-1202271 [PubMed] [CrossRef]
- Nasıroğlu, S., Çeri, V. (2016). Posttraumatic stress and depression in Yazidi refugees. *Neuropsychiatry Disease Treatment*, 12:2941-2948.
- Ngo, V., Langley, A., Kataoka, S.H., Nadeem, E., Escudero, P., Stein, B.D. (2008). Providing evidence-based practice to ethnically diverse youths: examples from the cognitive behavioral intervention for trauma in schools (CBITS) program. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 47: 858-62
- Nose, M., Balette, F., Bighelli, I., et al. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: systematic review and meta-Analysis. *PLoS One*, 12: e0171030
- Oppedal, B., Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(2):203-211. [PubMed]
- Ottisova, L., Smith, P., Oram, S. (2018). Psychological consequences of human trafficking: Complex posttraumatic stress disorder in trafficked children. *Behavioral Medicine*, 44, 234-241.
- Pacella, M.L., Hruska, B., Delahanty, D.L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27:33-46
- Panter Brick C., Grimon, M.P., Eggerman, M. (2014). Caregiver-child mental health: A prospective study in conflict and refugee settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 313-327.

[PubMed]

- Plener, P., Munz, L., Allroggen, M., Kapusta, N., Fegert, J., Groschwitz, R. (2015). Immigration as risk factor for nonsuicidal self-injury and suicide attempts in adolescents in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 34.
- Praetorius, R.T., Mitschke, D.B., Avila, C.D., Kelly, D.R., Henderson, J. (2016). Cultural integration through shared learning among resettled Bhutanese women. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment*, 26: 549-60
- Priebe, S., Giacco, D., El Nagib, R. (2016). Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Pumariega, A.J., Rothe, E., Pumariega, J.B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41(5):581-597. doi: 10.1007/s10597-005-6363-1. [PubMed] [CrossRef]
- Scheeringa, M., Wright, M., Hunt, J., Zeanah, C. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 644-651. [PubMed]
- Silove, D. (2013). The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. *Intervention*, 11(3):237-248.
- Sirin, S.R., Rogers-Sirin L. (2015). *The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children: Young Children in Refugee Families*. Washington, DC: Migration Policy Institute. Cartwright K, El- Khani A, Subryan A, Calam R. Establishing the feasibility of assessing the mental health of children displaced by the Syrian conflict. *Global Mental Health*, 2:1-13. 10.1017/gmh.2015.3
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R.A., Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and metaanalysis. *JAMA Journal of American Medicine Association* 302:537-549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- Text Of The 1951 Convention Relating To The Status Of Refugees, UNHCR: The UN Refugee Agency, 1951, P. 3, Para. 1
- Timshel, I., Montgomery, E., Dalgard, N. (2017). A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families. *Child Abuse and Neglect*, 70, 315-330.
- Tol, W.A., Song, S., Jordans, M.J. (2013). 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. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 54: 445-60.
- Tousignant, M., Habimana, E., Biron, C., Malo, C., Sidoli-Le Blanc, E., Bendris, N. (1999). The Quebec Adolescent Refugee Project: Psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1426-1432.
- UNHCR Global Trends - Forced Displacement in 2017. UNESCO web sitesinden 13 Nisan 2019 tarihinde erişildi: <https://www.unhcr.org/globaltrends2017/>
- UNHCR Suriye acil durumu. UNESCO web sitesinden 13 Nisan 2019 tarihinde erişildi: <https://www.unhcr.org/tr/suriye-acil-durumu>
- Van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Trauma and Stress*, 16: 459-469