

## Mülteciler ve Mülteci Çocukların Ruhsal Durumu

Serhat Nasıroğlu<sup>a</sup>, Veysi Çeri<sup>b</sup>

### Öz

Son yıllarda özellikle Orta Doğu'da savaşın şiddetlenmesi ile bölge ülkelerine yoğun bir mülteci akımı olmuştur. Ev sahibi ülkelere yerleşen bu mülteci bireylerin hukuki sorunları, eğitim, sağlık, barınma, temiz su, sağlıklı gıda temin edilmesi ve çalışma hakları gibi önemli konular ilgili ülkelerde tartışılmaktadır. Mülteci bireylerin yaşadıkları zorlu olayların yanı sıra ev sahibi ülkede buldukları sırada aldıkları sosyal desteğin ruh sağlığı üzerinde önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde mülteci olmanın önemli ruhsal sorunlarla yol açtığı anlaşılmaktadır. Mülteci bireyler, önemli oranda ayrımcılığa uğramakta birçok ülkede ötekileştirilmekte temel insani haklardan mahrum bırakılmaktadır. Derlememizde ülkemizdeki mülteci çocukların hukuksal haklarının anlaşılması, yaşadıkları önemli ruhsal travmaların, ruhsal sorunları arttıran risk faktörlerinin belirtilmesi, tedavi süreci gerektiren çocukların belirlenmesi ve tedavinin sürdürülebilmesi amacıyla okulların da içinde olduğu çalışmalar yapılması gerektiği, bazı olguların psikiyatrik terapötik desteğe veya ilaç alımına ihtiyaç duyabileceği anlatılmıştır. Sonuç olarak bu çocukların toplumsal uyumunun nasıl sağlanacağı ile ilgili önerilerde bulunmak ve mülteci krizi ile ilgili farkındalığı artırmak amaçlanmaktadır.

### Anahtar Kelimeler

Mülteci • Göç • Hukuk • Çocuk • Travma sonrası stres bozukluğu

a (✉) Dr., Sakarya Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 54000 Sakarya • Eposta: serhatmasiroglu@gmail.com

b Dr., Dumlupınar Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı • Eposta: veysiceri@gmail.com

1951 Birleşmiş Milletler Mülteci Statüsüne İlişkin Sözleşme (Cenevre Sözleşmesi), mülteci durumundaki kişiyi; “ırk, din, uyruk, belli bir sosyal grup ya da politik düşünceye üye olmak gibi nedenlerden kaynaklı, haklı nedenlere dayanan, zulüm korkusu yaşayan kişiler olarak” tanımlar (UN General Assembly, 1951). Mülteci çocuklar; çoğunlukla savaşta ve şiddete maruz kalmakla birlikte sürgünde yaşamış, aile üyelerinden herhangi birinin ya da başka insanların fiziksel ve cinsel olarak saldırıya uğradığına ve hatta öldürüldüğüne tanıklık etmiştir. Savaştan zarar görmüş ülkelerde, birçok çocuğun belli aralıklarla bombardımana da maruz kaldığı bilinmektedir. Birçok çatışma bölgesinde yedi yaşındaki çocuklar bile, çocuk asker olmaya zorlanmaktadır (Toole, 2003). Günümüzde dünya nüfusunun yüzde biri (yani 50 milyon insan) yerinden edilmiştir ve bunun 23 milyonu başka bir ülkede güvenlik arayışı içinde olan mülteciler, diğer 27 milyonu ise kendi vatanları içinde sürgün edilen kişilerden oluşmaktadır. Yaklaşık 7,6 milyon insan ise, 21. yüzyılın yeni sorunu olan çatışma ve işkenceler nedeni ile yerlerinden edilmiştir. Cenevre BM Mülteciler Yüksek Komiserliği 2013’ün (son on yılın en yüksek rakamı), neredeyse yarısı 18 yaşından küçük olan mülteciler yılı olduğunu belirtmektedir (Betts, Loescher ve Milner, 2013).

Yıkım ve zorlukların yaşandığı bölgeler, çoğunlukla orantısız şekilde genç nüfusun olduğu yerlerdir ve bundan dolayı da çok sayıda çocuk ve yetişkin aileleriyle ya da aileleri olmadan ülke sınırlarını geçmeye çalışmaktadırlar (Dudley, Steel, Mares ve Newman, 2012). Bu eziyetten kaçan ve gelir düzeyi yüksek olan ülkelere yerleşen söz konusu çocuk ve yetişkinler, bu yer değişimi sırasında çoğunlukla büyük fiziksel ve ruhsal zorluklarla başa çıkmakta ve gidecekleri yere ulaştıktan sonra da devam eden sorunlara katlanmaktadırlar. Bu mültecilerin çoğu, coğrafi olarak uzak ve düşük gelirli yerlerden gelmektedirler (United Nations High Commissioner for Refugees, 2009). Zorla yerlerinden edilen çocuklar yeni ortamlarındaki duygusal, sosyal ve zihinsel gelişim çizgisinde ilerlerken, geçmişte yaşadıkları olumsuz olaylara uyum sağlama güçlüğü çekmektedirler (McDermott, 2004).

Oldukça fazla sayıdaki mülteci etnik uyuşmazlık, az gelişmiş altyapı ve sorunlu sağlık sistemleri olan ve aynı zamanda siyasal istikrarı korumaya çalışan düşük ve orta gelirli ülkelere gitmek zorunda kalabilirler (Miller, 1996). Bu nedenle ev sahibi ülkelerde mültecilerin gelişi, sınırlı olan besin ve su kaynaklarının varlığını daha da azaltma korkusu oluşturmaktadır. Bu ülkelerdeki mülteciler, ev sahibi ülkelerdeki insanlardan ve yetkililerden taciz, cinsel istismar ve fiziksel şiddet görebilmektedir (Farwell, 2003; Pedersen, 2002).

Ruh sağlığı açısından ise maruz kalınan zarar kadar; savaşın, şiddetin, cinayetlerin ya da işkencenin yaşattıkları da psikiyatrik bozukluk riskini arttırmaktadır (Rousseau, 1995). Genç yaşta mülteciler, gelişen ruh sağlığı sorunlarına karşı giderek daha savunmasız kalmaktadır. Küçük yaşta mültecilerin %40’ının, başta Travma Sonrası Stres Bozukluğu, depresyon ve anksiyeteye bağlı sorunlar olmak üzere çeşitli psikiyatrik problemler yaşadığı tahmin edilmektedir (Hodes, 2000).

## Mültecilerin Uluslararası Hukukî Statüsü

Mülteciler ile ilgili sorunların, insanlığın yazılı tarihinden öncelere dayandığını, savaş nedeni ile birçok medeniyetin başka merkezlere yerleşmek zorunda kaldıklarını biliyoruz (Odman, 1995). Yerleşik hayata geçilmesi ile birlikte sınırlı kaynaklar ya da farklı sebeplerle insanoğlunun birbirine zarar verdiği, baskı uyguladığı düşünülmektedir. Son yüzyılda özellikle tek bir etnik kimlik üzerinde paradigmasını oluşturan devletlerin ortaya çıkmasıyla, yabancıların mülteci ülkeleri yerleşmesi ile ilgili sert kurallar uygulanmaya başlanmıştır. Günümüzde göç ve mültecilik sorunları, II. Dünya Savaşı sonrasında insanlığa karşı işlenen suçların ortaya çıkması ve Birleşmiş Milletler'in kurulması ile dünya gündeminde tartışılan bir kavram hâline gelmiştir (Goodwin-Gill, McAdam ve McAdam, 1996). II. Dünya Savaşı sonrasında insanoğlunun yaşamış olduğu bu büyük dram nedeni ile Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu'nda, 10 Aralık 1948 tarihinde İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi kabul edilmiştir. Bu belge, uluslararası insan hakları hukukunun en önemli belgelerinden biri olma niteliği taşımaktadır (Egglı, 2002). 1951 tarihinde Cenevre'de yapılan Mültecilerin Hukukî Durumuna Dair Sözleşme'si ise, uluslararası mülteci hukukuna dair mülteci ve sığınmacıların yasal haklarını ve statüsünü belirleyen en temel hukukî belgedir. Bunu, 1967 tarihinde New York'ta imzalanan protokol izlemiştir (Goodwin-Gill ve ark., 1996).

## Temel Hukuki Belgenin Bazı Önemli Kısımları

1951 Sözleşmesi'nin 1A (2) maddesi-mülteci statüsü verilmesi kriteri:

“1 Ocak 1951'den önce meydana gelen olaylar sonucunda ve 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 ikâmet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen” herhangi bir kişi mültecidir (Barkın, 2014).

## Mültecilerin kendi ülkelerine geri gönderilmesi ile ilgili madde:

“Bir mülteciyi; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir sosyal gruba mensubiyeti veya siyasi fikirleri dolayısıyla hayatı ya da özgürlüğü tehdit altında olacak ülkelerin sınırlarına, her ne şekilde olursa olsun geri göndermeyecek veya iade (refouler) etmeyecektir” (Barkın, 2014).

Son zamanlarda ülkemizde de sık tartışılan bazı konulara Cenevre Sözleşmesi açıklık getirmiştir. Mültecilerin; eğitim, mahkemelere erişim, ayrımcılık görmeme, din, mal mülk edinme, fikri ve sınaî mülkiyet, dernekleşme, çalışma ve sosyal yardım alma,

sosyal güvenlik, yerleşme ve seyahat, seyahat belgesi, kimlik, idari ödemeler, varlıkların transferi hakları bulunmaktadır (Barkın, 2014). “1 Ocak 1951’den öncesi” ibaresi, 1967’de New York’ta imzalanan bu sözleşme ile kaldırılmıştır (Özcan, 2005).

### **Türkiye’de Mültecilerin Hukuksal Statüsü**

Mültecilerin hukuksal statüsü, 1990-1991 Körfez Savaşı ve son yıllarda bölgemizde yaşanan iç savaşlar sonucunda ülke gündeminin önemli bir maddesi hâline gelmiştir. Türkiye bu alanda ilk olarak 14.09.1994 tarih ve 6169 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Türkiye’ye iltica eden veya başka bir ülkeye iltica üzere Türkiye’den ikâmet izni talep eden münferit yabancılar ile topluca sığınma amacıyla sınırlarımıza gelen yabancılara ve olabilecek nüfus hareketlerine uygulanacak usul ve esaslar hakkında yönetmeliği kabul etmiştir (Ergüven ve Özturanlı, 2013).

Ülkemiz kanunlarına göre Avrupa ülkelerinden gelerek 1951 Cenevre Sözleşmesi’nin 1. maddesindeki şartları karşılayan kişilere “mülteci” denilmektedir. Öte yandan Avrupa ülkeleri dışından gelen ve 1951 Cenevre Sözleşmesi’nin 1. maddesinde yer alan şartları taşıyan kişiye ise “sığınmacı” denilmektedir (Çiçekli, 2009). Bilindiği üzere son yıllarda özellikle iç savaşlar ve ülkelerindeki yabancı savaşçılar nedeni ile Suriye ve Irak gibi komşu ülkelerden gelen milyonlarca kişinin eğitim hakkı, sağlık ve barınma desteği, çalışma koşulları, vatandaşlık hakları, hukukî statüsü gibi sorunlar gündeme gelmiştir. Bu bağlamda ülkemizde 22 Ekim 2014 tarihinde Geçici Koruma Yönetmeliği yayınlanmıştır. Düzenlemeye göre yönetmelik kapsamındaki hiç kimse işkenceye, insanlık dışı ya da onur kırıcı ceza veya muameleye tabi tutulacağı veya ırkı, dini, tabiiyeti belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi fikirleri dolayısıyla hayatının veya hürriyetinin tehdit altında bulunacağı bir yere gönderilemeyecek; sınır kapılarına veya sınır geçiş yerlerine belgesiz veya geçersiz belgeyle geçici koruma amacıyla gelen yabancıların girişlerine valiliklerce izin verilebilecek; geçici koruma amacıyla sınırlara gelen veya sınırları geçen yabancıların üzerlerinde, eşya ve taşıtlarında, sınırda Kara Kuvvetleri Komutanlığı Hudut Birlikleri, sınır kapılarında yetkili kolluk birimleri ile deniz yetki alanlarında Sahil Güvenlik Komutanlığı tarafından güvenlik kontrolü yapılacaktır; kayıt işlemleri tamamlananlara, valilikler tarafından “Geçici Koruma Kimlik Belgesi” düzenlenecek; bu belge verilenlere Nüfus Hizmetleri Kanunu kapsamında yabancı kimlik numarası da verilecek; geçici koruma kimlik belgesinin şekli ve içeriği Genel Müdürlük tarafından belirlenecek; bu belge süreli veya süresiz olarak, hiçbir ücrete tabi olmaksızın düzenlenecektir. Yine çok tartışılan bir başka konu olan vatandaşlık konusuna da ilgili madde ile açıklık getirilmiştir. Geçici Koruma Kimlik Belgesi, Türkiye’de kalış hakkı sağlayacak; ancak bu belge, kanunda düzenlenen ikâmet izni veya ikâmet izni yerine geçen belgelere eşdeğer sayılmayacak; uzun dönem ikâmet iznine geçiş hakkı tanımayacak, süresi ikâmet izni toplamında dikkate alınmayacak ve sahibine Türk vatandaşlığına başvuru hakkı sağlamayacaktır (İçişleri Bakanlığı, 2014).

## **Mülteciler ile ilgili Faaliyet Gösteren Sivil Toplum Örgütleri**

Ulusal ve uluslararası birçok sivil toplum kuruluşu ve kurum, mültecilerin haklarını koruma ve sosyal yardımda bulunmak amacıyla faaliyet göstermektedir. Bunlardan bazılarını şöyle sıralayabiliriz: (a) BM Mülteciler Yüksek Komiserliği, (b) Yeryüzü Doktorları, (c) Uluslararası Mülteci Hakları Derneği, (d) International Medical Corps, (e) Helsinki Yurttaşlar Derneği, (f) Uluslararası Af Örgütü, (g) Uluslararası Katolik Muhacerat Komisyonu, (h) Caritas Internationalis, (i) Sınır Tanımayan Doktorlar, (j) İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı.

## **Ruh Sağlığı Açısından Mülteciler**

Mültecilerin, Cenevre Sözleşmesi ile yasal hakları olmasına rağmen, bu kişilerin sadece küçük bir kısmı Batı ülkelerine ulaşabilmektedir. Günümüzde mültecilerin büyük bir kısmı komşu ülkelerin sınırlarında yaşamaktadır (Crisp, 2003). Bu süreçte yaşanan sorunların sebep olduğu birçok risk faktörüyle çocuklar başa çıkmak zorunda kalmaktadır (Garmezy ve Rutter, 1983). Özellikle mülteci kampında yaşayan kişilerde; yaralanma, yaşadıkları anavatandan ayrılma, işkence görme, aile üyelerinin öldürülmesi, sosyal desteğin yetersiz olması, yaş, cinsiyet veya ailenin göç ettiği ülkenin özellikleri ve demografik faktörler gibi birçok farklı değişkenin ruhsal bozuklukların oluşmasına etki ettiği belirtilmektedir (Bronstein ve Montgomery, 2011).

Tüm yaşadıkları zorluklara ek olarak mülteciler, onları misafir eden ülkelere yerleştiklerinde yeni inanç sistemlerine, değerlerine ve daha farklı zorlayıcı durumlara uyum sağlamak zorundadırlar (Fazel ve Stein, 2002). Yeni aile rolleri ve süreçleri ise, yeniden yerleşimi zorlaştırmaktadır (Papadopoulos, 2001). Mülteci çocuklar yeni ve eski kültür arasında gidip gelmektedir. Bu yeni dönemde dört süreç gelişmektedir: iletişim, çatışma, kriz ve adaptasyon (Foner, 1997). Yeni yerleşim yerinde uyum sağlamada ise, ideolojik bağlılık veya geleneksel kültürden bilinen bağlantılar ve tanıdıklar yardımcı rol üstlenmektedir.

## **Mülteci Çocuklarda Ruhsal Bozukluk Açısından Risk Faktörleri**

### **Bireysel Risk Faktörleri**

**Şiddete Maruz Kalma:** Toplumsal travma ve ruhsal sorunların ilişkisi, savaşa maruz kalan mülteci çocuklar ve yetişkinlerde gösterilmiştir (Smith, Perrin, Yule, Hacam ve Stuvland, 2002). Bireyin travmatik olaylar sırasında doğrudan yaşadığı korku seviyesi ise, artan ruhsal sorunlarla ilişkili bulunmuştur (Almqvist ve Brandell-Forsberg, 1997).

**Eğitim:** Eğitimin tek başına çok önemli bir koruyucu faktör olduğu bilinmektedir. Bu anlamda yapılan bir çalışmada; 8-9 yaşından sonra takip edilen ruh sağlığında düzelme sağlanan mültecilerin, eğitime başlama süreçleri devam eden kişilere göre daha iyi durumda oldukları belirtilmiştir (Montgomery, 2010).

**Ailesel Faktörler:** Aile içerisindeki uyum ve bağlılığın, küçük yaşta çocukları duygusal ve travmatik belirtilerin kronikleşmesinden koruduğu bilinmektedir (Laor ve ark., 1996). Bazen ailenin işkenceye uğramış olması ya da kayıp birinin varlığı, çocukların kendi yaşadıkları olumsuzluklardan daha fazla etkileyebilmektedir (Daud, af Klinteberg ve Rydelius, 2008). Çocukken ebeveynlerinden birini kaybeden yetişkinlerde daha büyük bir hassasiyet olduğu ve bu hassasiyetin en önemli göstergesinin, kaybı yaşadktan sonra çocuğun aldığı bakımın niteliği olduğunu belirtilmiştir. (Rutter, 1987). Yapılan bir çalışmada, yer değiştirdikten sonra ebeveynleri boşanan çocukların, ebeveynleri boşanmayan çocuklardan daha fazla ruhsal sorun yaşadığı belirtilmiştir (Hjern, Angel ve Jeppson, 1998).

Montreal’de Kamboçyalı 67 gençle, ilki lise birinci sınıfta, ikincisi ise 2 yıl sonra yapılan bir araştırma; ailenin göç öncesi travmatik yaşantılarının duygusal ve davranışsal sorunlar ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (Rousseau, Drapeau ve Platt, 1999). Aile ortamı davranış sorunlarıyla ilgiliyken; cinsiyet ve kültürel etkileşim seviyesi ise, depresyon ve anksiyete düzeyini etkilemektedir. Kamboçyalı kızlar ve erkekler, geleneksel kurallara uyum sağlayarak ve ev sahibi ülkeden yeni gelenekler edinerek buradayışadıkları yetişkinlik sorunlarıyla farklı şekillerde başa çıkabilirler. Bir başka çalışmada ise Ajdukovic ve Ajdukovic, kendilerine toplu barınak sağlanan Hırvat mülteci çocukların, ev sahibi ailelerin yanına yerleştirilen akranlarına nazaran daha fazla ruhsal bozukluk riski taşıdığını belirtmiştir (Ajduković ve Ajduković, 1993).

Yapılan bir başka çalışmada, 35 farklı ülkeden gelen 13 ve 19 yaşları arasındaki 203 genç çalışmaya alınmıştır. Psikopatoloji, Çocuk Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği; genel işlevler ise Evrensel Çocuk Değerlendirme Ölçeği (EÇDÖ) ile incelenmiştir. Basit fobiler hariç psikopatolojinin toplam oranı, %21 olarak saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu %13, depresif bozukluk ve davranış bozukluğu oranları da %5 ve %6 olarak belirtilmiştir. %3 oranında ise öz kıyım girişimi tespit edilmiştir. Kızların erkeklerden daha yüksek bir psikopatoloji oranı olduğu belirtilmiş; bunun yanı sıra yeni yere yerleşilen ilk yılda babanın uzun süre işsiz kalmasının tüm ruhsal bozukluklar ile aile yapısı ise, sadece erkek çocukları açısından psikopatoloji ile bağlantılı bulunmuştur (Tousignant ve ark., 1999).

**Sosyal Destek:** Mülteciler açısından yeniden yerleşim döneminde ortaya çıkan stres etkenlerinin, bu popülasyon içerisindeki ruhsal sorunları arttırdığını biliyoruz. Yeni yere yerleştikten sonraki on yıllar boyunca mültecilerde meydana gelen ruhsal sorunları tespate yönelik araştırmalar, yeni ortamda yaşanan süreçten kaynaklanan farklı düzeylerdeki risklere dikkat çekmektedir. Bu araştırmalardan yola çıkarak, yerleşilen yeni ortamın mültecilerin ruhsal sağlığı açısından oldukça önemli olduğu sonucuna varabiliriz (Steel, Silove, Phan ve Bauman, 2002).

Mülteciler göç etmeden önce çoğunlukla insan hakları ihlallerine, işkenceye ve sistematik şiddete maruz kalırlar. Mültecilerin başlarından geçen travmatik yaşantılar,

genelde tek tek yaşanan değil; üst üste biriken, birbiriyle ilişkili olan olaylardır. Bu olaylar mültecilerin; güçlü durma, kimlik ve hayatın anlamı gibi duygularını sorgulayabilmektedir (Silove, 1999). Psikososyal etkenler ruh sağlığına, travma ve hayatın stres etkenlerine karşı savunmasızlığı arttırarak ya da bireyleri bu travma ve stres etkenlerine karşı koruyarak etki eder. Psikososyal etkenler; sosyal destek, dil yeterliliği, eğitim, istihdamı da kapsar. Başoğlu ve Paker, Türkiyeli siyasi eylemcilerin ruh sağlığına etki eden işkencenin, sosyal destek ile hafifletildiğini belirtmiştir (Başoğlu ve Paker, 1995). Stresin yarattığı ağır yük ise, sosyal desteklerle azaltılabilir (Beiser, 2005).

Yeniden yerleşme sürecinde ruh sağlığı ile ilgili risk ve koruyucu faktörleri anlamamıza yardımcı olan kapsamlı örnekler, ruh sağlığına olumlu katkıda bulunacak; mültecilerin yeniden yerleşmesi sonrası destek modellerinin gelişimi açısından oldukça önem taşıyacaktır (Mestheneos ve Ioannidi, 2002). Aynı zamanda mültecilere yönelik sosyal desteğin öneminin anlaşılması açısından komşuluk örnekleri daha anlaşılır olabilir. Yapılan bir çalışmada komşularla olan bağların zayıf olması, depresyonla ilişkilendirilmiştir (Sujoldžić, Peternel, Kulenović ve Terzić, 2006). Tüm bu çalışmaların ışığında, göç sonrası sosyal desteğin ve komşuluk ilişkilerinin bireylerin ruhsal sorunlarını azaltmakta önemli olduğunu görmekteyiz.

**Akültürizasyon:** Akültürizasyon, iki etnokültürel grubun birbirleriyle kesintisiz iletişim hâlinde olduğunda ortaya çıkan çift yönlü değişim süreci olarak tanımlanır (Trimble, 2003). Göçmen ve ev sahibi topluluklar, birbirleriyle olan kültürler arası bağlantılardan etkilenirler ve bu kültürel bağlantılar tarafından dönüştürülürler. Ayrıca bu topluluklardan, kültürel farklılıklara uyum sağlama yolu olarak kendi kültürlerinin bazı özelliklerini de değiştirmeleri beklenir (Berry, 2009).

Genel olarak bakıldığında tüm çoğulcu toplumlar, kültürel gruplar ve bu grupların bireyleri baskın olduğu ve olmadığı durumlarda, nasıl akültürize olunduğu konusuyla ilgilenmelidir. Bu önemli konu ile ilgili stratejiler, genelde günlük hayatta birbirleriyle karşılaşılan gruplar ve bireyler tarafından hazırlanmalıdır (Berry, 1997). Berry ve arkadaşları toplumla bütünleşmeyi isteyen gençlerin çok az, ötekileştirilen gençlerin ise daha fazla ayrımcılık yaşadığını belirtmiş; ayrı kalmak isteyenlerin kısmen daha çok (ama ötekileştirilenlerden daha az) ve asimile olmak isteyenlerin kısmen daha az (toplumla bütünleşen gençlerden daha fazla) ayrımcılık yaşadığını belirtmişlerdir (Berry, 2009). Ayrımcılık ve uyum arasındaki ilişkiye bakıldığında görülecektir ki ayrımcılı tek başına en güçlü sorunlardan biridir ve ayrımcılığın hem psikolojik hem de sosyokültürel uyum üzerinde oldukça olumsuz bir etkisi olduğu bilinmektedir (Berry ve Sabatier, 2010).

Kültürel anlamdaki asimilasyon tercihleri ise uyum açısından çok önemlidir çünkü bu şekilde gruplar arası iletişim ve bireylerin genel anlamda daha kalabalık bir toplumla nasıl etkileşime geçecekleri konusunda bazı çıkarımlarda bulunabiliriz (Za-



gefka ve Brown, 2002). Ayrıca, bireylerin ruhsal sağlığıyla ilgili etkili çıkarımlarda yapabileceklerini de önceki araştırmalardan bilmekteyiz (Phinney, Horenczyk, Liebkind ve Vedder, 2001).

Akültürizasyon; ev sahibi toplumun içine karışmak ve kişinin kendi kültürünü yaşama-ya devam etme konusundaki isteğinin birbiriyle uyumlu olmasının ruh sağlığı açısından olumlu olmaktadır (Berry ve Sabatier, 2010).

Yapılan bir çalışmada Travma Sonrası Stres Bozukluğunun ortaya çıkan yüksek oran (%20), Sudanlı mültecilerin kendilerini ABD'deki toplulukları içerisinde olduklarından daha az rahat hissettirilmesi, dışlanması ve yalnız bırakılması ile açıklanmaktadır (Geltman ve ark., 2005). Yapılan bir başka çalışmada ise, Kanada'da yaşayan Kamboçyalı genç mülteciler yerleşmelerinden 10-12 yıl sonra değerlendirilmiştir. Akültürizasyon seviyesi tek başına (ev sahibi ülkenin geleneklerine, alışkanlıklarına ve diline gösterilen uyumla ölçüldüğünde) ruhsal işleyiş ile ilişkilendirilememiş ancak konu cinsiyetle bağlantı kurmaya geldiğinde, kültürel olarak asimile olmuş erkek çocuklarının daha savunmasız oldukları görülmüştür (Rousseau, Drapeau ve Corin, 1996).

**Yeniden Yerleşim:** Mülteciler açısından yaşanan kötü yaşam olayları sonucunda nasıl bir yerde yerleşim alanı kurdukları önem taşımaktadır. Ruh sağlığı açısından yeniden yerleşimde kişinin kökeni ve ideolojik sorumluluklarına olan bağlılığı koruyucu bir rol üstlenebilir (Lustig ve ark., 2004).

Kanada'ya yerleştirilmiş Orta Amerikalı ve Güneydoğu Asyalı mülteci çocuklarla yapılan bir çalışmada; öğrenme güçlükleri, ikinci grupta agresiflik ve depresyonun aksine ilk grupta hiperaktivite ve sosyal yalıtılmışlık ile ilişki bulunurken, somatizasyon ise her iki grupta da görülmüştür (Rousseau ve ark., 1996). Rothe ve arkadaşları 2002 yılında ABD mülteci kampında tutulan 87 Kübalı çocuk ve gencin kamptan çıkarıldıktan sonraki 4. ve 6. aylarda %57 oranında TTSB belirtileri gösterdiğini belirtmiş ancak kamptaki sürenin uzunluğunun TTSB'nin belirtileri üzerindeki etkisine dair bir tahminde bulunamamıştır (Rothe ve ark., 2002). Daha yakın zamanda yapılan araştırmalar önleyici müdahaleler için pratik bir hedef sağlarken, yeniden yerleşim faktörlerine olan önemin de yönünü değiştirmiştir. Üçüncü bir ülkeye kalıcı yerleşimi takip eden yıllarda geçmiş bir travma deneyimi, mültecileri bekleyen birçok problemin yalnızca bir yönünü oluşturmaktadır (Davidson, Murray ve Schweitzer, 2008). Aslında travma genel olarak, geçmişte kalan bir olgudan öte, aile ve arkadaşların mülteci kampları veya savaş bölgelerinde kalması ile devam edebilen bir süreçtir. Buna ek olarak mülteciler topraklarını, aile ve yaşam biçimlerini kaybetme durumlarıyla başa çıkmaya çalışırken tamamen yeni bir toplumda, dil ve kültürel sistemde gidip gelmeyi öğrenmek durumunda kalırlar. Genel olarak yeniden yerleşimde ruh sağlığı belirtileri, başlangıç evrelerinde artış gösteren ve daha sonra zaman içinde aşama aşama azalmaya geçen eğrisel bir model sunar (Tran, Manalo ve Nguyen,



2007). Bununla birlikte daha yüksek travma deneyimi yaşamış bireyler, yerleştirmeden çok uzun zaman sonra daha büyük ruhsal bozukluk tanısı alma riski taşımaktadırlar (Steel ve ark., 2002).

### **Travmatik Deneyimlerin Üç Evresi**

Mülteciler arasında stres deneyimlerine verilen dört yaygın tepki tanımlanmıştır: beklenti, kötüye giden olaylar, hayatta kalma ve uyum. Bu tepkiler, aşağıda tanımlanan mülteci deneyiminin üç evresine uymaktadır (Fazel ve Stein, 2002):

**1. Kaçış Öncesi:** Mültecilerin çoğu kendi ülkelerinde ciddi travmatik olaylar yaşamışlardır. Maruz kaldıkları savaştan dolayı sıklıkla evlerini bırakıp kaçmaya zorlanmışlardır ve bu nedenle şiddet, işkence, yakın akraba ve arkadaş kayıplarına tanıklık etmişlerdir. Mülteci çocukların hayat ve okul dönemlerine dair anıları yoktur ya da olsa bile sekteye uğramıştır (Fazel ve Stein, 2002).

**2. Kaçış:** Yaşadıkları yeri hazırlıklı bir şekilde, ulaşımı ayarlanmış olarak ve gideceği yere dair net bilgi sahibi olarak arkalarında bırakan mültecilerin yanında, vatanlarının sınırlarını ya askeri baskı veya başka sebeplerle farklı bir ülkenin vatandaşı olmaya dair bir istekleri olmadan, gittikleri ülkede yaşamak zorunda kalan kişiler vardır. Mülteciler, bir arada veya yolculukları engellendiği takdirde birey veya grup toplulukları hâlinde kaçarlar ve esas amaçları, kendilerine sığınma sunacak olan komşu veya yakın bir ülkeye güvenli bir biçimde ulaşmaktır. O anlarda asıl önemli olan kaçmaktır ve bazı mülteciler için daha da uzaklara göç etmek bir zorunluluk hâline gelecektir. Bu evrede mülteci, kapıların arkasından kapandığını bilir. Bu nedenle temel sorunlarından biri doğduğu ülkeye, aile ve arkadaşlarına yönelik bağlarının yeniden tanımlanması olmaya baslar (Kunz, 1973).

**3. Yeniden İskân:** Mülteci çocuklar, eski ve yeni kültürler arasında iki arada bir dere kalırlar. Eğitimsel deneyimler ve ebeveynlere kıyasla daha hızlı dil ediniminden dolayı yaşça büyük nesil için kültürel aracı işlevi görürler (Birman, 1998).

### **Psikopatoloji**

Klinik olarak yapılan araştırmalarda, mülteciler arasında %4 ila %89 oranında değişen Depresif Bozukluk ve %50'nin üstünde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TTSB) oranları belirlenmiştir (Van Velsen, Gorst-Unsworth ve Turner, 1996). Ciddi savaş deneyimlerinin TTSB gibi psikiyatrik bozukluklar ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Mollica, Poole, Son, Murray ve Tor, 1997). Fazel ve arkadaşları 2005 yılında Bosna, Orta Amerika, İran, Kürdistan ve Rwanda'dan gelerek Batılı ülkelere yerleşmiş 7-17 yaş arası 260 mülteci çocuklarda TTSB oranını %11 olarak belirtmiştir (Fazel, Wheeler ve Danesh, 2005). Tibet'te yapılan bir başka çalışmada 61 savaş deneyimi yaşamış mülteci çocuk incelenmiş ve %11,5 oranında TTSB tanısı konmuştur (Ser-

van-Schreiber, Le Lin ve Birmaher, 1998). Bununla birlikte psikiyatrik bozukluklar yaşanan olayın türü, incelenen nüfus ve kullanılan teşhis metoduna bağlı olarak farklılık gösterir. Örneğin, Vietnamlıların %4-8'i (Felsman, Leong, Johnson ve Felsman, 1990) ve Bosnalıların %47'si (Papageorgiou ve ark., 2000) TTSB tanısı almıştır.

Etnik temizlik kurbanı Bosnalı çocuklar, ABD'ye yolculuklarından bir yıl sonra yüksek oranda TTSB (%65) ve depresyon (%35) belirtileri göstermişlerdir (Weine ve ark., 1995). Yine aynı şekilde Afgan mülteci gençler yüksek oranlarda komorbid TTSB ve depresyon (%34) tanıları almışlardır (Mghir, Freed, Raskin ve Katon, 1995). Çalışmacılar TTSB'yi savaş deneyimleri ile ilişkili bulurken, depresyonu ise içinde buldukları yaşam şartları ve yakın dönem stresli olayları ile ilişkili bulmuşlardır (Sack, Clarke ve Him, 1993). Tüm bu çalışmaların ışığında TTSB ve depresyon ile ilişkilendirilen belirli yaşantıların bilinmesi, mülteci çocuklarda ruh sağlığı problemlerinin erken belirlenmesine ve daha etkili ruh sağlığı hizmetleri almalarına katkıda bulunur (Heptinstall, Sethna ve Taylor, 2004). Savaşa maruz kalmış genç ve çocuk mültecilerde belirlenen diğer yaygın problemler arasında somatik şikâyetler, uyku problemleri, davranış bozukluğu, sosyal geri çekilme, dikkat problemleri, yaygın korku, aşırı bağımlılık, huzursuzluk ve sınırlılık ile akran ilişkisi kurmada zorluklar sayılabilir (Tousignant ve ark., 1999).

Ruhsal sorunların dışında toplu nüfus hareketleri, sağlık hizmetleri, su sistemleri ve sanitasyon, yetersiz beslenme ve aşırı kalabalık; mülteci kamplarında hastalıkların yayılmasına da sebep olmaktadır. Çocukların hastalıklara karşı savunmasız olduğu ülkelerde, silahlı çatışmaların başlaması ölüm oranlarını, özellikle de büyük risk altında olan 5 yaş altı guruplarda hızlı bir şekilde arttırmaktadır. Aynı zamanda yetersiz beslenme, kronik enfeksiyonlar, duygusal çevre ve diğer faktörler nedeniyle fiziksel büyüme ve gelişmede gecikme oluşabilmektedir. Gelişimsel gecikmenin olduğu durumlarda tüberküloz veya parazit enfeksiyonlar da dâhil olmak üzere, tanısı konmamış doğumsal bozukluklar düşünülmelidir. Konvülsiyonları olan çocuklarda exotik serebral enfeksiyonlar da dikkate alınmalıdır (NSW Refugee Health Service Refugee Children, 2009).

### **Türkiye'de Mültecilerin Sayısı**

Türkiye'de kamplarda kalan mülteciler belediyelerde ve Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) kamplarında kalanlar şeklinde ikiye ayrılmış durumdadırlar. AFAD'ın 17 Nisan 2015 verilerine göre kamplarda kalan kişi sayısı 258.537 olarak belirtilmiştir. Hatay ilinde 5 çadır ve 1 konteynir kentte toplam 15.087 kişi, Gaziantep'te 4 çadır ve 1 konteynir kentte toplam 49.956 kişi, Şanlıurfa'da 5 çadır kentte 102.545 kişi, Kilis'te 2 konteynir kentte 36.460 kişi, Mardin'de 3 çadır kentte 14.000 kişi, Kahramanmaraş'ta bir merkezi çadır kentte 17.295 kişi barınmaktadır (AFAD, 2015).

Türkiye Psikiyatri Derneği'nin 2014 mülteci raporundaki verilere göre; Diyarbakır'da 4500, Batman'da 11 farklı merkezde toplam 3000 Ezidi'nin bulunduğu, bunların ilk

zamanlarda Ezidi köyünde daha önce boş olan Ezidi evlerine ve yeni yapılan çadır kente yerleştirildiği, Mardin’de AFAD kampları dışında 2800’e yakın Ezidi sığınmacının ev, çadır, akraba, belediye tesisleri gibi yerlerde kaldığı, Şırnak ilinde daha önce sanayi sitesi olarak inşa edilen bir merkezin Ezidilere tahsis edildiği ve burada yaklaşık 5000 kişinin bulunduğu belirtilmiştir (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2015). 2014 BMMYK raporuna göre Suriyeli mültecilerin durumuna bakıldığında, birçok farklı yerleşim merkezinde bulunan 2.784.731 kayıtlı ve 68.392 kayıt dışı olmak üzere toplamda 2.716.339 mülteci vardır. Mültecilerin %49,4’ünü erkeklerden, %50,6’sını ise kadınlardan oluşmakta; yine mültecilerin %77’sini kadınlar ve 18 yaş altı çocuklar oluştururken, %23’ünü ise 18 yaş üstü erkekler oluşturmaktadır (UNHCR, 2015).

### **Genel Yaklaşımlar ve Tedavi Yöntemleri**

Mülteci çocuklar açısından tedaviye yönelik literatür sayısı maalesef yeterli değildir. Yeniden yerleşme sırasında mülteci çocuklar güvenlik ve hayatta kalma ile başlayan bir dizi sorunla başa çıkmak zorundadır (Geltman, Augustyn, Barnett, Klass ve Groves, 2000). Bu çocuklar ilk önce (ve bazen sadece) sosyal yardımlar, eğitim ve mesleki eğitim gibi hizmetler arayışına girmektedirler (Geltman ve ark., 2000). Bu aşamada tedavi açısından en önemli konulardan biri, sosyal ekolojinin çoklu düzeylerinde müdahaleler gerektiren düşük gelir seviyesindeki kişilere katkıda bulunacak risk faktörlerini azaltmasıdır (Lustig ve ark., 2004).

TTSB terapisine yönelik son yıllarda yapılan araştırmalar önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Bilişsel Davranışsal Terapi (BDT) tekniklerinin, TTSB tedavisinde en başarılı müdahaleler olduğu kanıtlanmıştır (Foa ve Meadows, 1998). Bilişsel Davranışçı tekniklerin kanıta dayalı güçlü bir temeli vardır ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nun tedavisinde tercih edilen bir yöntemdir (National Institute for Clinical Excellence, 2005).

Cochrane Collaboration (2010) tarafından yakın dönemde yapılan bir inceleme, hem yetişkinler hem de çocuklar için TTSB tedavisinde psikoterapi ve ilaç tedavisinin kombine olarak kullanılmasının tek başına uygulanmalarına göre bir üstünlüğü tespit edilememiştir (Hetrick, Purcell, Garner ve Parslow, 2010). Farmakoterapi, ciddi uyku sorunlarına ve komorbid depresyonlar durumlarında yardımcı olsa da başlangıç tedavisinde önerilmez. Eğer kişi sığınmacı konumundaysa, aşamalı bir yaklaşım önerilir: Güvenlik nesnel bir şekilde sağlanana kadar müdahaleler pratik aile ve sosyal destek üzerine olmalıdır. Sonrasında tedavi, TTSB belirtilerinin tedavisi ve sosyal entegrasyon için destek gibi hasta önceliklerini içermelidir (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Son yirmi yılda Travma Sonrası Stres Bozukluğu’yla ilgili olarak (TTSB), ilaç yardımıyla başa çıkmada önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Çok merkezli rastgele kliniksel deneyler Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri’nin (SSRIs) ve Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri’nin (SNRIs) etkinliğini bilinmektedir (Bernardy ve Friedman, 2015).

## **Göz Hareketi ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)**

Göz Hareketi ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR), yakın zamanda keşfedilmiş ve TTSB tanısı konan hastalarda travmatik anıların yeniden işlenmesinde kullanan bir tedavi yöntemidir (National Institute for Clinical Excellence, 2005). Travmatize olmuş mülteci çocuklarda EMDR'in iyileşme sürecini kolaylaştırdığı, kişinin travmatik anılar üzerinde kontrolü ele geçirmesini sağladığı düşünülmektedir. Bilginin yeniden işlenmesiyle travmatik anıların yok edilmesine dayanan bu işlemin, travmatik belirtilerin düzelmesine pozitif bir etkiye sahip olduğu öne sürülmektedir. Beynin iki kısmında bağlantı kurulduğunda travmayla ilişkili anılar, resim ve düşüncelerin değiştiği belirtilir (Oras, Ezpeleta ve Ahmad, 2004). Bu çocuklarda uygulanan bir başka yöntem olan müzik terapisi ise, öğrenme güçlüklerinden okul davranışlarına kadar geniş yelpaze içinde öğrenme ortamlarında uygulanan psikososyal temelli müdahalelerden biridir (Smith ve Hairston, 1999). Aynı zamanda travma yaşantısı geçirmiş genç mültecileri de kapsayan kişilerle çalışırken; şarkı yazma, grupla şarkı söyleme, rahatlatma teknikleri, enstrümantal doğaçlama, müzik ile hareket ve müzik ile sanat aktiviteleri gibi yöntemlerin etkili olduğu kanıtlanmıştır (Day, 2005).

## **Okul Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Yerel güçlerden destek alarak, topluluk odaklı ve erişilebilir bir çerçevede potansiyel olarak mülteciler olanların ve diğer hassas çocukların ihtiyaçlarına odaklanmak gerekmektedir (Fazel, Doll ve Stein, 2009). Okul müdahaleleri oldukça önemlidir çünkü öğretmenin yaptığı tarama, öğrencilerin hizmet alamadığını ortaya koyabilir. Müdahaleler, çocuğun zamanının çoğunu geçirdiği bir çevrede yapılır. Tedavi, akran desteği ile öğretmen yardımını da içermektedir (Masia, Klein, Storch ve Corda, 2001). Bu yöntemde çocuğu bir ruh sağlığı uzmanına sevk etmek, ebeveynlerle okulda bir araya gelmek veya problemleri konuşmak üzere öğrenci ile öğretmenin direk görüşmeler yapması gibi seçenekler mevcuttur (ruh sağlığı uzmanı tarafından tanıtılan stratejiler kullanılarak). Fazel ve arkadaşları, hiperaktivite ve duygusal belirtilerdeki düzelmenin öğretmenlerin artan farkındalığı ve mülteci grupları anlamaya yönelik hassasiyetleri ile gerçekleşebileceğine dair görüş belirtmişlerdir (Fazel ve ark., 2009).

Oyun ve sanatsal ifade edici yöntemler son zamanlarda yaygın olarak kullanılır. Artan özgüven, duyguların ifade edilmesi, problem çözüme ve yaratıcı ifadeye bağlı çatışmanın çözülmesi terapi yönteminin faydalarındandır (Schaefer, 1993). Son on yıllık süreçte, yaratıcı ifade etme aktivitelerinin göçmen çocukların kayıplarıyla başa çıkmalarında, travmayla yüzleşmek ve baskı ile alt üst olmuş sosyal bağları yeniden kurmak zorunda kaldıklarında ve hayatlarına anlam ve kimlik inşa etmek istediklerinde yararlı yöntem olduğu görülmüştür (Miller ve Billings, 1994). Benzer şekilde Tolfree, okulların savaş ve yerinden edilme gibi durumlardan etkilenmiş çocukların psikososyal ihtiyaçlarını karşılayabilmek ve özellikle duygusal ifade, kişisel destek ve geçmiş deneyimlerini anlamlandırılmalarını artırmasında önemli olduğunu belirtmiştir (Tolfree, 1996).

Ergenlerle yapılan grup tartışmalarının ve burada uygulanan drama tekniğinin mülteci ergenler açısından önemli yarar sağladığı belirtilmektedir (Couroucli-Robertson, 2002). Öncelikli olarak drama, sözlü anlatım sorunları yaşayan ergenler için sözsüz ifadeyi kolaylaştırmakta olup, aynı zamanda güvenli bir çevrede canlandırılacak olan çözümlere ulaştırabilecek çeşitli yolların ve çatışma ifadelerinin ortaya çıkmasına yol açar (Shuttleworth, 1981). Playback ise, katılımcının sosyal ve etik sorumluluklarına dair farkındalığına dayanan ortak bir plan etrafında çalışmayı kolaylaştırır ve gerçeklikle araya bir mesafe konulmasını tanımlar. Bu, belirli bir konu etrafında (ırkçılık, göç, eşitsizlik) veya daha geniş anlamda sosyal adalete bağlılık şeklinde gerçekleştirilebilir. Farklı yaş gruplarıyla çeşitli çevrelerde (okullar, hastaneler, işyerleri, toplum merkezleri) 30'dan fazla ülkede playback salonları kullanılmaktadır (Rousseau ve ark., 2007).

### Sonuç ve Öneriler

Mülteci çocuklarda ruhsal bozuklukların ve organik sorunların daha sık olduğunu görmekteyiz. Yapılan birçok çalışmada, mültecilere yönelik koruyucu ve risk faktörleri belirlenmiştir. Bireyleri koruma adına en önemli süreçlerden birinin, sosyal destek olduğunu belirtmek gerekiyor. Ev sahibi ülkenin gelen yabancı konuklara yönelik ötekileştirici tutumda olmamasının önemli bir aşama olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda öncelikli olarak kişilerin göç etme hakkının en temel insan hakkı olduğunu toplumun bilmesi ve içselleştirmesi gerekmektedir. Şu aşamada ülkemizdeki mülteci sorunun önemli bir parçası olarak;

1) Entegrasyonun ilk adımında, ülkelerini terk etmek zorunda kalmış çocuklara ve bireylere saygılı olunması gerektiği, yerinden edinme hakkının uluslararası bir hak olduğunun, tüm ruh sağlığı çalışanlarının da bu bilinçte olmasının büyük önem taşıdığı ve bu amaçla mülteci hakları ile ilgili ilgili ruh sağlığı derneklerinin kendi üyelerine yönelik bilgilendirme sürecine girmeleri gerektiği,

2) Ülkemizdeki mülteci sorunu ve bu kişilerin entegrasyonu ile ilgili ilgili derneklerin gelecekteki muhtemel sorunlara ışık tutacak ve yasal düzenlemelere taslak oluşturacak analiz ve raporlar hazırlaması gerektiği,

3) Mülteci çocukların kendi dilleriyle, sivil toplum örgütlerinin desteği ve birçok ilde kendi imkânlarıyla eğitim aldığı ancak bu okulların yetersiz olduğu ve Türkçe öğretilmemesi yüzünden entegrasyonu olumsuz etkilediği,

4) Mülteci çocukların eğitim sorunu ve hangi dillerde, hangi zaman dilimlerinde ve nasıl bir müfredatta eğitim göreceklarının ilgili kurumlarla birlikte görüşülerek bir yol haritası çizilmesi gerektiği,

5) BM bünyesindeki ilgili kuruluşların sürece aktif katılımın sağlanması açısından Türkiye temsilcileriyle daha sık görüşmeler yapılması gerektiği,

6) Mülteci sorunlarının toplumda tartışılması açısından bu alandaki uzman kişilerin topluma mesajlar vermesi gerektiği,

7) Ruhsal bir hizmet verebilmesi için, ülkemizdeki tüm etnik mülteci unsurları kapsayacak merkezler kurulması ve ulusal çapta gönüllü çağrısında bulunulması gerekmektedir.

Extended Abstract

## Refugees and Mental State of Refugee Children

Serhat Nasıroğlu<sup>a</sup>, Veysi eri<sup>b</sup>

### Abstract

With wars escalating in the Middle East, there has been a surge in refugee flows to neighboring countries. Issues such as the legal status and working rights of the refugees in host countries as well as the provision of education and health services, sheltering, clean water, and healthy food are now important topics of discussion in the host countries. Difficult ordeals that refugees experience and the social support they receive in host countries are known to be important factors that affect their mental health. Studies show that becoming a refugee leads to significant mental health issues. It is common for refugees to face discrimination and hostility in many countries and to be deprived of their basic human rights. This study shows that to protect the legal rights of refugee children in Turkey, examine psychological traumas and risk factors associated with mental health, and identify those in need of treatment and provide treatment, targeted projects should be implemented at schools, and therapeutic support and prescription of drugs may be necessary in some cases. This study aims to make specific recommendations regarding the integration of refugee children into societies and to help raise awareness about the refugee crisis.

### Keywords

Refugee • Immigration • Law • Children • Post-traumatic stress disorder

a (✉) Child Psychiatry Division, Department of Child and Adolescent Mental Health, Sakarya University, Sakarya 54000 Turkey • Email: serhatnasirođlu@gmail.com

b Department of Child and Adolescent Mental Health, Dumlupınar University • Email: veysiceri@gmail.com

Received: March 11, 2015

Accepted: June 9, 2015

OnlineFirst: August 2, 2015

Copyright © 2016 • The International Refugee Rights Association • <http://mejrs.com/en>

ISSN 2149-4738

DOI 10.12738/mejrs.2016.1.1.0003 • Spring 2016 • 1(1) • 57-76



The 1951 United Nations (UN) Convention on the Status of Refugees (the Geneva Convention) defines a refugee as “someone who is unable or unwilling to return to their country of origin owing to a well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group, or political opinion” (UN General Assembly, 1951). Refugee children not only experience war and violence but also witness family members and others being physically and sexually assaulted or even killed in exile. In war-torn countries, many children live under a constant threat of bombardment. Moreover, in many regions of conflict, children as young as seven are known to be forced to become soldiers (Toole, 2003). One percent of the world’s population, i.e., 50 million people, is displaced today, of which 23 million are refugees seeking shelter in another country and 27 million are internally displaced within their own country. Approximately 7.6 million people are displaced because of conflict and persecution, the new scourges of the 21st century. The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights in Geneva reports that in 2013, nearly half of all refugees were under the age of 18, the highest proportion recorded within the last decade (Betts, Loescher, & Milner, 2013).

Regions that face war and destruction typically have high concentrations of young people, and thus, many children as well as adults attempt to cross international borders with or without their families (Dudley, Steel, Mares, & Newman, 2012). Children and adults who flee war and make their way into high-income countries not only overcome enormous physical and mental difficulties on the way but also suffer from continuing problems in their destinations. Many refugees are from low-income countries that are usually distant from the host country (United Nations High Commissioner for Refugees, 2009). Displaced children, as they make emotional, social, and mental health progress in their new environments, must also attempt to live with their past negative experiences (McDormett, 2004).

Many refugees have no place to go except to low- and middle-income neighboring countries that have their own ethnic problems, small infrastructure, insufficient health care, and political instability (Miller, 1996). Inflows of refugees often exacerbate the fear in host countries that their limited food and water resources will be further diminished by new arrivals. Refugees in these countries sometimes face harassment, sexual abuse, and physical violence by residents and officials of host countries (Farwell, 2003; Pedersen, 2002).

In terms of mental health, both witnessing and experiencing war, violence, killing, and torture are factors that increase the risk of developing psychiatric disorders (Rousseau, 1995). Young refugees are at a greater risk of developing mental health problems than adults. It is estimated that approximately 40% of young refugees develop psychiatric problems, including post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, and anxiety-related problems (Hodes, 2000).

## **International Legal Status of Refugees**

It is well known that refugee problems have a history that dates back to the period before the invention of writing and that all civilizations have been displaced because of war (Odman, 1995). It is believed that with the increase in human settlements, conflicts over sharing limited resources escalated, leading to more fighting and repression. Within the last century, rules governing resettling refugees became stricter with the emergence of states that define their identities on the basis of a single ethnic group. Immigrant and refugee issues became an important item on the international agenda following crimes against humanity that were perpetrated during World War II and the establishment of the United Nations (Goodwin-Gill, McAdam, & McAdam, 1996). The great human tragedy of World War II led to the adoption of the Universal Declaration of Human Rights by the United Nations General Assembly on December 10, 1948. This declaration remains one of the most important documents in the international human rights law (Egglı, 2002). The UN Convention on the Status of Refugees, approved in 1951, is the key legal document in the international refugee law, establishing the rights and status of refugees and asylum seekers. This convention was followed by a 1967 protocol that was signed in New York (Goodwin-Gill et al., 1996).

## **Main Provisions of Key Legal Document**

Article 1A (2) of the 1951 Convention—criteria for granting refugee status:

A refugee is defined as any person who, “As a result of events occurring before January 01, 1951 and owing to well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, is outside the country of his nationality and is unable or, owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence as a result of such events, is unable or, owing to such fear, is unwilling to return to it” (Barkin, 2014).

**Article on returning refugees to their country of origin:** “No Contracting State shall expel or return (refouler) a refugee in any manner whatsoever to the frontiers of territories where his life or freedom would be threatened on account of his race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion” (Barkin, 2014).

The Geneva Convention has established clear principles regarding some issues that began to be discussed in Turkey. It contains provisions on refugees’ rights regarding education, access to courts, nondiscrimination, freedom of religion, movable and immovable property, intellectual and industrial property, association, working and social security, settlement, travel, travel documents, identity papers, administrative assistance, and transfer of assets, among others (Barkin, 2014). The phrase “before 1 January 1951” was removed when this protocol was signed in 1967 in New York (Özcan, 2005).

### **Legal Status of Refugees in Turkey**

The legal status of refugees became an important issue in Turkey following the Gulf War of 1990–1991 and recent civil wars in the region. The first legal document Turkey adopted in this field was the regulation Decision No. 6169 of the Council of Ministers, dated September 14, 1994, on principles and procedures to be followed when individuals seek refuge in Turkey or request residence permits to seek refuge in other countries when groups of foreign nationals seek asylum within Turkey's borders and when there are potential population movements (Ergüven & Özturanlı, 2013).

Turkish law defines individuals who meet the criteria in Article 1 of the 1951 Geneva Convention and whose country of origin is in Europe as “refugees.” In contrast, individuals who meet the criteria in Article 1 of the 1951 Geneva Convention but whose country of origin is outside Europe are defined as “asylum seekers.” As is well known, millions of people fled civil wars and foreign combatants in neighboring countries such as Syria and Iraq and entered Turkey in recent years, and issues relating to their access to education, health services, and shelter as well as their working conditions, citizenship rights, and legal status are high on the political agenda. Within this context, a Regulation on Temporary Protection was adopted on October 22, 2014. This regulation stipulates that no one covered by the regulation shall be returned to places where they would be subject to torture or inhumane or degrading treatment or punishment or where their lives or freedom would be under threat because of their race, religion, nationality, membership in a social group, or political views; that governors shall have the power to allow into country foreign nationals without proper documentation who arrive at border gates or crossings for seeking temporary protection; that the person, property, and vehicles of foreign nationals arriving at or crossing the borders for temporary protection shall be searched for security by the Border Units of the Turkish Land Forces on the land borders, by authorized security personnel in border gates, and by the Coast Guard in maritime jurisdictions; that those registered shall be issued Temporary Protection Identity Cards by the relevant governorships; that holders of this card shall be issued foreign identification numbers; that the General Directorate shall decide the contents and the format of the temporary protection identity card; and that no fees shall apply for receiving this card, which can be temporary or permanent. The regulation also clarifies another controversial issue, citizenship, in the relevant article. The temporary protection identity card allows its holders to stay in Turkey, but it is not considered to be or equivalent to a residence permit; moreover, it does not automatically lead to the granting of a long-term residence permit. Its duration is not counted in the calculation of residence permit duration, and it does not grant its holder the right to apply for Turkish citizenship (Ministry of the Interior, 2014).

### **Civil Society Organizations that Work with Refugees**

Many local and international civil society organizations work to protect the rights of refugees and provide social services. Some of these are as follows: (a) The Office of the UN High Commissioner for Refugees; (b) Doctors Worldwide, (c) International Association for Refugee Rights, (d) International Medical Corps, (e) Helsinki Citizens' Assembly, (f) Amnesty International, (g) International Catholic Migration Commission, (h) Caritas Internationalis, (I) Doctors Without Borders, (j) Human Resource Development Foundation, and (k) Van Women's Association.

### **Refugees and Mental Health**

Although the Geneva Convention provides refugees with many rights, very few refugees actually make it to Western countries. Most live within the borders of neighboring countries (Crisp, 2003), and children have to face many risk factors associated with the difficulties of this process (Garmezy & Rutter, 1983). It is reported that people who live in refugee camps, in particular, are at a risk of developing mental health problems stemming from injury, separation from homelands, torture, killing of family members, lack of adequate social support, age- and gender-related factors, and conditions and demographics of the host country (Bronstein & Montgomery, 2011).

In addition to many hardships that they face during their journeys, refugees face pressure after they settle in host countries in adjusting to new belief systems, values, and other societal characteristics (Fazel & Stein, 2002). New family roles and processes also make it difficult to adjust to resettlement (Papadopoulos, 2001). Refugee children feel stranded between their old and new cultures in the host country. During this period, they usually go through four processes: communication, conflict, crisis, and adaptation (Foner, 1997). Ideological commitments and contacts or acquaintances from the country of origin facilitate the process of adapting to the new place of settlement.

## **Mental Illness Risk Factors among Refugee Children**

### **Individual Risk Factors**

**Exposure to Violence:** Studies conducted with refugee children and adults who were exposed to war show that social trauma and mental health are related (Smith, Perrin, Yule, Hacam, & Stuvland, 2002). The level of fear experienced during traumatic events is shown to be associated with a higher frequency of mental problems (Almqvist & Brandell-Forsberg, 1997).

**Education:** It is well established that education is a very important protective factor. It is reported that refugees aged 8 or 9 who receive education achieve greater mental health gains than those who have not yet begun receiving education (Montgomery, 2010).

**Family Factors:** It is known that harmony within and devotion to family help keep young children's emotional and traumatic symptoms from becoming chronic (Laor et al., 1996). Sometimes, the torture of a family member or a missing person can have a greater effect on children than hardships that they experience (Daud, af Klinteberg, & Rydelius, 2008). It is reported that adults who lose a parent in childhood develop greater sensitivity and that the quality of care received after the loss is the most important predictor of this sensitivity (Rutter, 1987). Another study found that children whose parents divorced following relocation experienced more frequent mental problems than those whose parents remained married following relocation (Hjern, Angel, & Jeppson, 1998).

In a study conducted in Montreal with 67 young people in two waves, one during the first year of high school and the other two years later, it was found that traumatic pre-immigration experiences were associated with emotional and behavioral problems (Rousseau, Drapeau, & Platt, 1999). Family environment is related to behavioral problems, and gender and level of cultural interaction affect levels of depression and anxiety. Cambodian boys and girls are able to face the problems of adulthood in different ways by following traditional rules and acquiring new traditions in the host country. In another study, Ajdukovic and Ajdukovic (1993) found that Croatian refugee children who were provided with collective shelter were at a greater risk of developing mental illnesses than their peers who were placed with families.

Another study was conducted with the participation of 203 teenagers aged 13–19 from 35 countries. Psychopathology was examined using the Diagnostic Interview Schedule for Children, and general functions were examined using the Children's Global Assessment Scale. Excluding simple phobias, the rate of psychopathology was found to be 21%. Rates of anxiety disorder, major depression, and conduct disorder were found to be 13%, 5%, and 6%, respectively. The rate of attempted suicide was 3%. It was found that psychopathology rates were higher among girls than boys. Long-term unemployment of the father in the first year following relocation was found to be associated with all mental problems, and family structure was found to be associated with psychopathology among boys (Tousignant et al., 1999).

**Social Support:** It is known that stress factors during resettlement exacerbate mental problems among refugee populations. Studies on identifying mental health problems among refugees in decades following resettlement underline different levels of risk associated with experiences in the new environment. A conclusion that emerges from these studies is that new settlement environments have important consequences for refugees' mental health (Steel, Silove, Phan, & Bauman, 2002).

Refugees often face violations of their human rights, torture and systematic violence prior to immigration; they typically do not have a single traumatic experience

but a series of them that are usually interconnected and accumulating over time. These experiences often lead refugees to question their capacity for resilience, their identities, and the meaning of life (Silove, 1999). Psychosocial factors either increase vulnerability in the face of mental health problems, traumas, and sources of stress or protect individuals against these traumas and stress factors. Psychosocial factors include social support, language proficiency, education, and employment. Başoğlu and Paker report that social support mitigated the negative effects of torture on the mental health of Turkish political activists (Başoğlu & Paker, 1995). The heavy burden of stress can also be mitigated by social support (Beiser, 2005).

Comprehensive case studies on risk factors and protective factors for mental health during resettlement would help protect mental health and significantly contribute to the development of support models to be implemented following refugee resettlement (Mestheneos & Ioannidi, 2002). Studies on neighborhood relations also contribute to demonstrate the importance of social support for refugees. It was found that weak relations with neighbors are associated with depression (Sujoldžić, Peternel, Kulenović, & Terzić, 2006). All these studies show that post-immigration social support and neighborhood relations are important in mitigating mental health problems.

**Acculturation** is defined as a two-way process of change that emerges when two ethno-cultural groups come into permanent contact (Trimble, 2003). Host and immigrant communities are affected and transformed by intercultural ties between them. In addition, these communities are expected to change some characteristics of their culture for adapting to cultural differences (Berry, 2009).

In a general sense, acculturation interests all pluralistic societies, cultural groups, and individual members of these groups, regardless of whether individual members are the dominant element. Strategies to address this important issue are prepared by groups and individuals who come into daily contact with one another (Berry, 1997). Berry et al. found that young people who select integration face very little discrimination, followed by those who select assimilation and separation strategies; those who are marginalized face the highest level of discrimination (Berry, 2009). Studies on the relation between discrimination and adaptation report that discrimination is one of the most commonly faced problems and that it has a strong negative effect on both psychological and sociocultural adaptation (Berry & Sabatier, 2010).

Preferences concerning cultural assimilation are also very important for adaptation because they allow researchers to make inferences about inter-group communication and the interaction of individuals with larger societies (Zagefka & Brown, 2002). In addition, previous research shows that assimilation preferences are strong predictors of an individual's mental health (Phinney, Horenczyk, Liebkind, & Vedder, 2001).

When desires to integrate into the host society and preserve one's own culture are not at odds, acculturation makes a positive impact on the mental health of individuals concerned (Berry & Sabatier, 2010).

A study on the high rate of PTSD (20%) among Sudanese refugees in the United States attributes this finding to their feelings of discomfort and experience of marginalization and isolation (Geltman et al., 2005). In another study, young Cambodian refugees in Canada were examined 10–12 years after their settlement in the country. The level of acculturation (measured as the degree of adaptation to traditions, customs, and language of the host society) was not found to be related to mental functioning, but in interaction with gender, it was found to be a significant factor: culturally assimilated boys were found to be more vulnerable (Rousseau, Drapeau, & Corin, 1996).

**Resettlement:** The place of settlement following negative life experiences is a very important consideration for refugees. Loyalty to one's roots and ideological commitments can play a protective role in terms of mental health following resettlement (Lustig et al., 2004).

In a study on Central American and Southeast Asian refugee children who were settled in Canada, learning difficulties were found to be associated with hyperactivity and social isolation in the former group and aggression and depression in the latter group, and somatization was observed in both groups (Rousseau et al., 1996). In a study on 87 Cuban children and adolescents who stayed in a refugee camp in the United States in 2002, Rothe et al. (2002) found that in the 4th and 6th months after they left the camp, 57% displayed PTSD symptoms, but the length of the stay in the camp was not found to be associated with the presence of any symptoms. More recent studies make practical recommendations concerning preventive interventions and are responsible for a shift in focus among factors that play a role after resettlement. In the years following permanent settlement in a third country, past experiences of trauma constitute only one among many challenges that refugees face (Davidson, Murray, & Schweitzer, 2008). Often, trauma is not a past experience left behind but a process that continues as long as family or friends remain in refugee camps or war zones. As they attempt to face the losses of family, territory, and lifestyle, refugees also have to adapt to be between their own cultures and languages and new ones. Symptoms of mental disorders following resettlement follow a trajectory that increases in initial stages and then gradually declines (Tran, Manalo, & Nguyen, 2007). However, individuals who have experienced particularly severe traumas are at risk of being diagnosed with major mental disorders even some time after resettlement (Steel et al., 2002).



### **Three Phases of Traumatic Experience**

Four common types of responses to stressors have been identified among refugees: anticipation, deteriorating events, survival, and adaptation. These responses are consistent with the three phases of refugee experience explained below (Fazel & Stein, 2002):

**1. Pre-flight:** Most refugees experience severe trauma in their country of origin. They are often forced to flee their home because of war and witness or experience violence, torture, and loss of close family members and friends. Refugee children have no memories of school or life before immigration, or if they do, their memories are interrupted (Fazel & Stein, 2002).

**2. Flight:** Some refugees have advance preparation regarding their journey and are knowledgeable about conditions in their destinations, whereas others have to flee in haste because of military pressure or any emergency, but they actually have no desire to become citizens of another country when they find themselves living as strangers in foreign lands. Refugees flee together in small groups or as individuals, and their main goal is to arrive safely in countries that offer them asylum. At that point, the important matter is only to flee, and for some, migrating to more distant places becomes a necessity. At this stage, refugees realize that returning is not an option. From this point onward, the main concern becomes redefining their ties to their country of origin and to friends and family who may have been left behind (Kunz, 1973)

**3. Resettlement:** Refugee children often straddle the boundary between their old and new cultures. As a result of the education they receive in host countries and their faster acquisition of new languages, they serve as cultural intermediaries for the older generation of refugees.

### **Psychopathology**

Clinical studies show that rates of depressive disorder among refugees vary between 4% and 89% and of PTSD are above 50% (Van Velsen, Gorst-Unsworth, & Turner, 1996). Experience of severe conflict is associated with psychiatric disorders such as PTSD (Mollica, Poole, Son, Murray, & Tor, 1997). In a study on 260 refugee children aged 7–17 who were resettled in such Western countries and regions as Bosnia, Central America, Iran, Kurdistan, and Rwanda, Fazel et al. found that the rate of PTSD was 11% (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). In another study conducted in Tibet, 61 refugee children who experienced war were examined, and 11.5% of them were diagnosed with PTSD (Servan-Schreiber, Le Lin, & Birmaher, 1998). However, the prevalence of psychiatric disorders varies by the type of experience, population examined, and methods of diagnosis used. For example, only 4%–8% of Vietnamese refugees were diagnosed with PTSD (Felsman, Leong, Johnson, & Felsman, 1990), whereas 47% of Bosnian refugees received the same diagnosis (Papageorgiou et al., 2000).

Among Bosnian refugee children who were victims of ethnic cleansing, very high rates of PTSD (65%) and depression (35%) were observed a year after their journey to the United States (Weine et al., 1995). Similarly, a large proportion (34%) of young Afghan refugees was diagnosed with comorbid PTSD and depression (Mghir, Freed, Raskin, & Katon, 1995). Researchers find PTSD to be associated with the experience of war and with depression related to current living conditions and recent experience of stressful events (Sack, Clarke, & Him, 1993). Identifying life experiences that are associated with PTSD and depression contributes to the timely diagnosis of mental health problems among refugee children and to the provision of more effective mental health care (Heptinstall, Sethna, & Taylor, 2004). Other common problems in refugee children and adolescents who have experienced war include somatic complaints, sleep problems, behavioral disorders, social withdrawal, attention problems, widespread fear, extreme dependency, restlessness, irritability, and difficulty establishing peer relationships (Tousignant et al., 1999).

In addition to mental health problems, mass population movements, deficiencies in health services, sanitation and access to potable water, malnutrition, and overcrowding lead to the spread of diseases in refugee camps. In countries where children are vulnerable to diseases, the onset of armed conflict increases death rates rapidly, especially among children under the age of 5. Malnutrition, chronic infections, emotional environments, and other factors can also lead to delays in physical growth and development. Tuberculosis, parasitic infections, and undiagnosed birth defects are among common factors associated with developmental delay. Exotic cerebral infections should also be considered in children who are having convulsions (NSW Refugee Health Service, 2009).

### **Number of Refugees in Turkey**

There are two types of refugee camps in Turkey: those administered by municipalities and those administered by the Disaster and Emergency Management Authority (AFAD). According to AFAD, as of April 17, 2015, there were 258,537 people staying in refugee camps: 15,087 in five tent cities and one container camp in Hatay; 49,956 in four tent cities and one container camp in Gaziantep; 102,545 in five tent cities in Şanlıurfa; 36,460 in two container camps in Kilis; 14,000 in three tent cities in Mardin; and 17,295 people in a central tent city in Kahramanmaraş (AFAD, 2015).

According to a 2014 report by the Psychiatric Association of Turkey, there are totally 4500 Yazidi people in Diyarbakır and 3000 in 11 different locations in Batman who were initially sheltered in empty Yazidi houses in a Yazidi village and in a newly constructed tent city; approximately 2800 Yazidi asylum seekers stay with relatives or in rented houses, tents, or municipal centers outside AFAD camps; and a site that was initially constructed as an industrial zone now houses approximately 5000 Yazidis

in Şırnak (Psychiatric Association of Turkey, 2015). According to a 2014 UN High Commissioner for Refugees report, there are totally 2,716,339 Syrian refugees in many locations, 2,784,731 registered and 68,392 unregistered. Of these refugees, 49.4% are male and 50.6% are female; women and children under the age of 18 comprise 77% of the total number, and men over the age of 18 comprise 23% (UNHCR, 2015).

### **General Approaches and Treatment Methods**

The number of studies on treating mental health problems among refugee children is limited. During resettlement, refugee children have to overcome many problems, the most important of which concern security and survival (Geltman, Augustyn, Barnett, Klass, & Groves, 2000). These children are primarily (and sometimes solely) concerned with securing social services, education, and vocational training (Geltman et al., 2000). At this stage, one of the most important issues in terms of treatment is mitigating risk factors, which requires interventions at multiple levels of social ecology and would contribute the most to low-income individuals (Lustig et al., 2004).

Important progress has been made in recent studies on PTSD. Cognitive behavioral therapy (CBT) has been shown to be the most effective intervention in treating PTSD (Foa & Meadows, 1998). CBT techniques are evidence based and are commonly used in treating PTSD (National Institute for Clinical Excellence, 2005).

A recent study by the Cochrane Collaboration (2010) found that the combined use of psychotherapy and drugs in treating PTSD in adults and children was not superior to either method on its own (Hetrick, Purcell, Garner, & Parslow, 2010). Although it helps with severe sleep problems and comorbid depression, pharmacotherapy is not recommended for initial treatment. If a patient is an asylum seeker, a gradual approach is preferred: interventions should focus on practical family and social support until physical security is ensured. In the following stage, interventions should focus on patient priorities such as treating PTSD and support for social integration (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Significant progress has been made in recent years in the medical treatment of PTSD. Multicenter randomized clinical trials show that selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors are effective in this regard (Bernardy & Friedman, 2015).

### **Eye Movement Desensitization and Reprocessing**

Eye movement desensitization and reprocessing is a recently developed treatment method that is being used to help patients diagnosed with PTSD reprocess traumatic memories (National Institute for Clinical Excellence, 2005). It is believed that EDMR facilitates the process of healing in traumatized refugee children, helping patients regain control over traumatic memories. This method based on eliminating traumatic

memories by reprocessing information is reported to be effective in treating post-trauma symptoms. Trauma-related memories, pictures, and thoughts are reportedly changed by establishing links between the two sides of the brain (Oras, Ezpeleta, & Ahmad, 2004). Music therapy, another method used with refugee children, is a psychosocial intervention that is used in learning environments for many problems, from learning difficulties to behavioral problems, at school (Smith & Hairston, 1999). Writing songs, singing in groups, relaxation techniques, instrumental improvisation, moving to music, and art activities accompanied by music are shown to be effective when working with young refugees with traumatic experiences (Day, 2005).

### **School-Based Mental Health Services**

Interventions should garner local support, be community oriented and accessible, and focus on the needs of refugees and other vulnerable children (Fazel, Doll, & Stein, 2009). School interventions are very important because teachers can easily identify students who are not receiving any services; these interventions are performed in the environment in which children spend most of their time. The treatment also includes peer support and teachers' help (Masia, Klein, Storch, & Corda, 2001). In this method, different options such as referring children to a mental health specialist, holding meetings with parents, and having direct talks between teachers and students concerned (using strategies taught by a mental health specialist) are available. Fazel et al. (2009) argue that increasing teachers' levels of awareness and understanding of refugee groups might help improve symptoms of hyperactivity and emotional problems.

In recent years, games and artistic expression have also become widely used treatment methods. Among the benefits of this therapy are improvements in self-confidence, the ability to express feelings, problem solving, and conflict resolution through creative expression. Within the last decade, creative expression activities have been found to be useful in helping refugee children face losses and traumas, re-establish social ties that were severed by war, build identities, and find meaning in life (Miller & Billings, 1994). Similarly, Tolfree argues that schools play an important role in meeting the psychosocial needs of displaced children or children who are victims of war, providing social support and helping them express their feelings and make sense of past experiences (Tolfree, 1996).

Group discussions held by adolescents and drama techniques in adolescent groups have been found to be very helpful for refugee adolescents (Couroucli-Robertson, 2002). Drama makes nonverbal expression possible for adolescents who find verbal expression difficult, and it provides safe environments for playing out conflicts and identifying means of solving them (Shuttleworth, 1981). Playback makes it easier to work on common plans based on participants' awareness of social and ethical responsibilities, and it allows for keeping a distance with reality. This can be done

around a specific topic (such as racism, immigration, inequality) or a more general commitment to social justice. Playback rooms are used with different age groups and in diverse places (schools, hospitals, workplaces, community centers) in more than 30 countries (Rousseau et al., 2007).

### **Conclusion and Recommendations**

Mental health disorders and organ problems are more common among refugee children. Previous research has identified many risk factors and protective factors among refugees, and social support is one of the most important factors for protecting individuals. It is well known that preventing the marginalization of refugees by host countries is important, and in this context, one priority should be to ensure that individuals' right to migrate is recognized by the wider society as a basic human right. The following recommendations should be considered in managing refugee issues in Turkey:

- 1) The first step in integration is respecting children and other individuals who are forced to leave their country and raising awareness that resettlement is an internationally recognized right. It is very important for providers of mental health care to also have this awareness. To this end, mental health associations should train their members about refugee rights.
- 2) Relevant associations and civil society organizations in Turkey should conduct comprehensive studies and prepare reports on the country's refugee problem and on integrating refugees to shed light on potential issues and problems and to prepare the groundwork for future legislation.
- 3) Refugee children receive education in their own language with the support of civil society organizations and the efforts of their families, but these schools are not sufficient and may have adverse effects on integration because the language of instruction is not Turkish.
- 4) A roadmap should be prepared by relevant authorities regarding educating refugee children in general and specific issues such as the language and duration of education and curricula to be followed.
- 5) To ensure the active participation of UN institutions in the process, more frequent meetings should be held with UN representatives in Turkey.
- 6) Experts on refugee issues should make public statements to initiate a public debate on the issue.
- 7) Centers should be established to provide mental health care to refugees of all ethnicities, and there should be a national call for volunteers.

## Kaynakça/References

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2015). *AFAD Suriye Afet Raporu*. <https://www.afad.gov.tr/TR/IcerikDetay1.aspx?ID=16&IcerikID=848> adresinden edinilmiştir.

Ajduković, M., & Ajduković, D. (1993). Psychological well-being of refugee children. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 843–854.

Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse & Neglect*, 21(4), 351–366.

Barkın, A. E. (2014). 1951 Tarihli Mülteciliğin Önlenmesi Sözleşmesi. *Ankara Barosu Dergileri*, 72(1), 331–361.

Başoğlu, M., & Pakar, M. (1995). Severity of trauma as predictor of long-term psychological status in survivors of torture. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(4), 339–350.

Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 96(March-April), 30–44.

Bernardy, N. C., & Friedman, M. J. (2015). Psychopharmacological Strategies in the Management of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): What have we learned? *Current Psychiatry Reports*, 17(4), 1–10.

Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5–34.

Berry, J. W. (2009). A critique of critical acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 33(5), 361–371.

Berry, J. W., & Sabatier, C. (2010). Acculturation, discrimination, and adaptation among second generation immigrant youth in Montreal and Paris. *International Journal of Intercultural Relations*, 34(3), 191–207.

Betts, A., Loescher, G., & Milner, J. (2013). *The United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR): The politics and practice of refugee protection*. New York, NY: Routledge.

Birman, D. (1998). Biculturalism and perceived competence of Latino immigrant adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26(3), 335–354.

Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: A systematic review. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 14(1), 44–56.

Couroucli–Robertson, K. (2002). Brief drama therapy of an immigrant adolescent with a speech impediment. *The Arts in Psychotherapy*, 28(5), 289–297.

- Crisp, J. (2003). *A new asylum paradigm? Globalization, migration and the uncertain future of the international refugee regime*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR).
- Çiçekli, B. (2009). *Uluslararası hukukta mülteciler ve sığınmacılar*: Ankara: Seçkin.
- Daud, A., Af Klinteberg, B., & Rydelius, P.-A. (2008). Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 7-17.
- Davidson, G. R., Murray, K. E., & Schweitzer, R. (2008). Review of refugee mental health and wellbeing: Australian perspectives. *Australian Psychologist*, 43(3), 160–174.
- Day, T. (2005, September). *Harmony in diversity: Using music therapy to address the needs of traumatized refugee youth*. Paper presented at the THEMHS Conference, Sydney, Australia.
- Dudley, M., Steel, Z., Mares, S., & Newman, L. (2012). Children and young people in immigration detention. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(4), 285–292.
- Egglı, A. V. (2002). *Mass refugee influx and the limits of public international law* (Vol. 6). Hague: Martinus Nijhoff Publishers.
- Ergüven, N., Özturanlı, B. (2013). Uluslararası Mülteci Hukuku ve Türkiye. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 62(4), 1007-1061.
- Farwell, N. (2003). In war's wake: Contextualizing trauma experiences and psychosocial well-being among Eritrean youth. *International Journal of Mental Health*, 32, 20–50.
- Fazel, M., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87(5), 366–370.
- Fazel, M., Doll, H., & Stein, A. (2009). A school-based mental health intervention for refugee children: An exploratory study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 297–309.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314.
- Felsman, J. K., Leong, F. T., Johnson, M. C., & Felsman, I. C. (1990). Estimates of psychological distress among Vietnamese refugees: Adolescents, unaccompanied minors and young adults. *Social Science & Medicine*, 31(11), 1251–1256.
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1998). *Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foner, N. (1997). The immigrant family: Cultural legacies and cultural changes. *International Migration Review*, 31, 961–974.



- Garnezy, N. E., & Rutter, M. E. (1983). *Stress, coping, and development in children*. Ney Work, NY: McGraw Hill.
- Geltman, P. L., Augustyn, M., Barnett, E. D., Klass, P. E., & Groves, B. M. (2000). War trauma experience and behavioral screening of Bosnian refugee children resettled in Massachusetts. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 21*(4), 255–261.
- Geltman, P. L., Grant-Knight, W., Mehta, S. D., Lloyd-Travaglini, C., Lustig, S., Landgraf, J. M., & Wise, P. H. (2005). The “lost boys of Sudan”: Functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors resettled in the United States. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 159*(6), 585–591.
- Goodwin-Gill, G. S., McAdam, J., & McAdam, J. (1996). *The refugee in international law*. New York, NY: Clarendon Press Oxford.
- Heptinstall, E., Sethna, V., & Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(6), 373–380.
- Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*. doi:10.1002/14651858.CD007316
- Hjern, A., Angel, B., & Jeppson, O. (1998). Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. *Scandinavian Journal of Public Health, 26*(1), 18–25.
- Hodes, M. (2000). Psychologically distressed refugee children in the United Kingdom. *Child Psychology and Psychiatry Review, 5*(2), 57–68.
- İçişleri Bakanlığı. (2014, 13 Ekim). *2014/6883 karar sayılı Geçici Koruma Yönetmeliği*. T.C. Resmi Gazete, 29153.
- Kunz, E. F. (1973). The Refugee in flight: Kinetic models and forms of displacement. *International Migration Review, 7*(2), 125–146.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C., Golomb, A., Silverberg, D. S., Weizman, R., & Cohen, D. J. (1996). Israeli preschoolers under Scud missile attacks: A developmental perspective on risk-modifying factors. *Archives of General Psychiatry, 53*(5), 416–423.
- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J. D., & Saxe, G. N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(1), 24–36.
- Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(7), 780–786.
- McDermott, B. M. (2004). Child and youth emotional trauma: an explanatory model of adverse outcomes. *Psychiatry, Psychology and Law, 11*(2), 269–279.

- Mestheneos, E., & Ioannidi, E. (2002). Obstacles to refugee integration in the European Union member states. *Journal of Refugee Studies, 15*(3), 304–320.
- Mghir, R., Freed, W., Raskin, A., & Katon, W. (1995). Depression and posttraumatic stress disorder among a community sample of adolescent and young adult Afghan refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 183*(1), 24–30.
- Miller, K. E. (1996). The effects of state terrorism and exile on indigenous Guatemalan refugee children: A mental health assessment and an analysis of children's narratives. *Child Development, 67*(1), 89–106.
- Miller, K. E., & Billings, D. L. (1994). Playing to grow: A primary mental health intervention with Guatemalan refugee children. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*(3), 346–356.
- Mollica, R. F., Poole, C., Son, L., Murray, C. C., & Tor, S. (1997). Effects of war trauma on Cambodian refugee adolescents' functional health and mental health status. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(8), 1098–1106.
- Montgomery, E. (2010). Trauma and resilience in young refugees: A 9-year follow-up study. *Development and Psychopathology, 22*(2), 477–489.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Gaskell.
- National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guideline Number 26. London: Gaskell and the British Psychological Society.
- NSW Refugee Health Service Refugee Children. (2009). *Fact sheet 8*. Retrieved from [http://www.swslhd.nsw.gov.au/refugee/pdf/Resource/FactSheet/FactSheet\\_08.pdf](http://www.swslhd.nsw.gov.au/refugee/pdf/Resource/FactSheet/FactSheet_08.pdf)
- Odman, T. (1995). *Mülteci kukuku*. Ankara: AÜSBF İnsan Hakları Merkezi Yay.
- Oras, R., Ezpeleta, S. C. D., & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry, 58*(3), 199–203.
- Özcan, M. (2005). *Avrupa Birliği sığınma hukuku: Ortak bir sığınma hukukunun ortaya çıkışı*. Ankara: USAK Books.
- Papadopoulos, R. K. (2001). Refugee families: Issues of systemic supervision. *Journal of Family Therapy, 23*(4), 405–422.
- Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A., Iordanidou, R., Yule, W., Smith, P., & Vostanis, P. (2000). War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 9*(2), 84–90.

- Pedersen, D. (2002). Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Social Science and Medicine*, 55(2), 175–190.
- Phinney, J. S., Horenczyk, G., Liebkind, K., & Vedder, P. (2001). Ethnic identity, immigration, and well-being: An interactional perspective. *Journal of Social Issues*, 57(3), 493–510.
- Rothe, E. M., Lewis, J., Castillo-Matos, H., Martinez, O., Busquets, R., & Martinez, I. (2002). Posttraumatic stress disorder among Cuban children and adolescents after release from a refugee camp. *Psychiatric Services*, 53(8), 970–976.
- Rousseau, C. (1995). The mental health of refugee children. *Transcultural Psychiatry*, 32(3), 299–331.
- Rousseau, C., Benoit, M., Gauthier, M.-F., Lacroix, L., Alain, N., Rojas, M. V., ... Bourassa, D. (2007). Classroom drama therapy program for immigrant and refugee adolescents: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(3), 451–465.
- Rousseau, C., Drapeau, A., & Corin, E. (1996). School performance and emotional problems in refugee children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 239–251.
- Rousseau, C., Drapeau, A., & Platt, R. (1999). Family trauma and its association with emotional and behavioral problems and social adjustment in adolescent Cambodian refugees. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1263–1273.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331.
- Sack, W., Clarke, G., & Him, C. (1993). A six-year follow-up of Cambodian youth traumatised as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 431–437.
- Schaefer, C. (1993). *The therapeutic powers of play*. Northvale, NJ: Aronson.
- Servan-Schreiber, D., Le Lin, B., & Birmaher, B. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder and major depressive disorder in Tibetan refugee children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(8), 874–879.
- Shuttleworth, R. (1981). Adolescent drama therapy. *Drama in Therapy*, 2, 157–172.
- Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: Toward an integrated conceptual framework. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 200–207.
- Smith, D. S., & Hairston, M. J. (1999). Music therapy in school settings: Current practice. *Journal of Music Therapy*, 36(4), 274–292.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 147–156.

Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: A population-based study. *The Lancet*, *360*(9339), 1056–1062.

Sujoldžić, A., Peternel, L., Kulenović, T., & Terzić, R. (2006). Social determinants of health—A comparative study of Bosnian adolescents in different cultural contexts. *Collegium Antropologicum*, *30*(4), 703–711.

Tolfree, D. (1996). *Restoring playfulness: different approaches to assisting children who are psychologically affected by war or displacement*. Falun: Rädde Barnen.

Toole, M. (2003). The health of refugees: An international public health problem. In P. Allotey (Ed.), *The health of refugees: Public health perspectives from crisis to settlement* (pp. 35–53). Melbourne: Oxford University Press.

Tousignant, M., Habimana, E., Biron, C., Malo, C., Sidoli-LeBianc, 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 & Adolescent Psychiatry*, *38*(11), 1426–1432.

Tran, T. V., Manalo, V., & Nguyen, V. T. (2007). Nonlinear relationship between length of residence and depression in a community-based sample of Vietnamese Americans. *International Journal of Social Psychiatry*, *53*(1), 85–94.

Trimble, J. (2003). Introduction: Social change and acculturation. In K. M. Chun, P. B. Organista, & G. Marin (Eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 3–13). Washington, DC: American Psychological Association.

Türkiye Psikiyatri Derneği. (2015). *Mülteci raporu*. <http://www.psikiyatri.org.tr/news.aspx?notice=1311> adresinden edinilmiştir.

UN General Assembly. (1951). *Convention Relating to the Status of Refugees* (United Nations, Treaty Series, vol. 189). Retrieved from <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3be01b964.html>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2009). *2008 Global trends: Refugees, asylum-seekers, returnees, internally displaced persons and stateless persons*. Geneva: Author.

United Nations High Commissioner for Refugees. (2015). *Syrian refugees in Europe: What Europe can do to ensure protection and solidarity*. Retrieved from <http://www.refworld.org/docid/53b69f574.html>

Van Velsen, C., Gorst-Unsworth, C., & Turner, S. (1996). Survivors of torture and organized violence: Demography and diagnosis. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(2), 181–193.

Weine, S. M., Becker, D. F., McGlashan, T. H., Laub, D., Lazrove, S., Vojvoda, D., & Hyman, L. (1995). Psychiatric consequences of “ethnic cleansing”: Clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *The American Journal of Psychiatry*, *152*, 536–542.

Zagefka, H., & Brown, R. (2002). The relationship between acculturation strategies, relative fit and intergroup relations: immigrant-majority relations in Germany. *European Journal of Social Psychology*, *32*(2), 171–188.