Zdrowie psychiczne małoletnich uchodźców przybywających do Europy bez opiekunów: przegląd systematyczny

Andrea Daniel-Calveras[a], Nuria Baldaquí[b], Inmaculada Baeza[a,c,d,e,1]

a Universitat de Barcelona, Barcelona, Hiszpania
b Katedra Psychiatrii i Psychologii, Hospital Clínic de Barcelona, SGR-881 Barcelona, Hiszpania
c Oddział Psychiatrii i Psychologii Dzieci i Młodzieży, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Hiszpania
d Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), ISCIII, Hiszpania
e Institut d'Investigacions Biomédiques August Pi Sunyer (CERCA-IDIBAPS), Barcelona, Hiszpania

Kontekst: *Prawie połowa uchodźców i osób ubiegających się o azyl w Europie ma mniej niż 18 lat, a wielu z nich to dzieci i młodzież, którzy przybyli tutaj bez opiekunów.*
Cel: *Celem niniejszego przeglądu systematycznego jest zarówno podsumowanie wyników badań dotyczących częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród małoletnich uchodźców przybywających do krajów europejskich bez opiekunów (grupa URM – unaccompanied refugee minors) od czasu ostatniego dostępnego przeglądu systematycznego (październik 2017), jak i opisanie czynników ryzyka związanych z tym zjawiskiem.*
Metody: *Przeprowadzono systematyczny przegląd baz danych w poszukiwaniu artykułów opublikowanych w okresie od 1 października 2017 do 1 maja 2022 roku.*
Wyniki: *Przedstawiono wyniki 23 badań przeprowadzonych w 9 krajach, które objęły 80 651 dzieci i młodzieży z grupy URM. W znacznej części badań najczęściej podawanym krajem pochodzenia był Afganistan, a ponad 75% badanych stanowili chłopcy. W większości badań (N = 13; 56,5%) oceniano częstość występowania zespołu stresu*

1 Autorka korespondencyjna z Oddziału Psychiatrii i Psychologii Dzieci i Młodzieży, InstitutClínic of Neurosciences, Hospital Clínic Universitari, Barcelona, Villarroel, 170, Barcelona 08036, Hiszpania.

 https://doi.org/10.63237/TYJM5822

pourazowego (PTSD). Wśród dzieci i młodzieży z grupy URM stwierdzono wysokie, lecz znacznie zróżnicowane między badaniami rozpowszechnienie poszczególnych zaburzeń zdrowia psychicznego: od 4,6% do 43% w przypadku PTSD, od 2,9% do 61,6% w przypadku depresji, od 32,6% do 38,2% w przypadku lęku oraz od 4% do 14,3% w przypadku problemów behawioralnych. W dwóch badaniach dotyczących prób samobójczych i zgonów również zaobserwowano wyższy wskaźnik w grupie URM w porównaniu z populacją przyjmującą w tym samym wieku. Badania dotyczące czynników ryzyka w odniesieniu do zdrowia psychicznego sugerują, że poziom wsparcia społecznego w kraju przyjmującym, środowisko wychowawcze oraz inne czynniki są powiązane z psychopatologią. Ponadto metaanaliza czterech badań dotyczących PTSD wśród osób z grupy URM oraz grupy małoletnich uchodźców pozostających pod opieką (grupa ARM) wykazała niższy wskaźnik występowania zaburzeń w grupie ARM: -1,14 (95% CI: -1,56–0,72).

***Wnioski:** Zespół stresu pourazowego (PTSD), depresja i lęk to najczęściej występujące problemy wśród populacji URM w Europie. Konieczna jest wczesna interwencja w krajach przyjmujących, aby osiągnąć poprawę wyników tej wrażliwej grupy społecznej w zakresie zdrowia psychicznego i uniknąć ewentualnego zaniedbania.*

Słowa kluczowe:
trauma relacyjna; przemoc wobec dziecka; przywiązanie; relacja terapeutyczna; psychoterapia dzieci

1. Wprowadzenie

Według Agencji ONZ ds. Uchodźców (UNHCR, 2021) pod koniec 2020 roku na całym świecie 74,4 mln osób zostało przymusowo wysiedlonych w wyniku prześladowań, konfliktów, przemocy lub naruszeń praw człowieka. Wśród nich było 26,4 mln uchodźców, z czego według szacunków 40% stanowiły dzieci. W tym samym roku w Europie przebywało 2 657 199 uchodźców (0,4% całkowitej populacji Europy, 0,6% w przypadku samych krajów członkowskich Unii Europejskiej), w tym 141 000 osób poniżej 18. roku życia ubiegających się o azyl. Prawie 10% tej ostatniej grupy (13 600) stanowili małoletni, którzy przybyli do Europy bez opiekunów (European Commission, 2021).

W latach 2010–2020 średnio 15,4% osób ubiegających się po raz pierwszy o azyl w Europie stanowiły osoby małoletnie bez opieki, a odsetek ten osiągnął poziom 25,5% w 2015 roku w związku z tzw. kryzysem migracyjnym. W tym okresie

większość małoletnich bez opieki pochodziła z Afganistanu (38%), Syrii (13,9%) i Erytrei (5,9%). Według Komisji Europejskiej Słowenia (70,6%), Włochy (48,5%), Bułgaria (37%) i Szwecja (33,4%) to kraje, w których odnotowano najwięcej osób ubiegających się o azyl (Eurostat, 2022).

Do głównych powodów, dla których uchodźcy opuszczają kraj ojczysty, zaliczają się: sytuacja społeczno-polityczna (prześladowania ze względu na pochodzenie etniczne, religię, rasę, poglądy polityczne lub kulturę, wojna, konflikty zbrojne i łamanie praw człowieka), warunki demograficzne i ekonomiczne (warunki pracy, bezrobocie i ogólna kondycja gospodarki danego kraju) oraz czynniki środowiskowe, w tym klęski żywiołowe (powodzie, huragany i trzęsienia ziemi) (News European Parliament, 2020). Jednak sytuacja życiowa obywateli państw trzecich w europejskich krajach przyjmujących nie jest łatwa – są oni bardziej narażeni na ubóstwo i wykluczenie społeczne w porównaniu z obywatelami danego kraju (odpowiednio 45,3% vs 19,6%), przerwanie nauki (28,2% vs 8,6%) oraz bezrobocie (17% vs 6,6%). Ponadto uzyskanie obywatelstwa w kraju przyjmującym nie jest łatwe, a ogólna liczba takich decyzji spadła w ostatnich latach (EMN, 2021).

Co się tyczy polityki migracyjnej, należy wziąć pod uwagę fakt, że różni się ona w poszczególnych krajach europejskich. Na przykład kraje skandynawskie, po dużym napływie osób ubiegających się o azyl w 2015 roku, dokonały przeglądu własnej polityki migracyjnej. Szwecja i Norwegia zaczęły wydawać zezwolenia na pobyt tymczasowy, natomiast w Danii postanowiono nie przyjmować uchodźców do roku 2019, kiedy to ponownie zaczęto zezwalać na pobyt tymczasowy. Po upływie tego czasu zezwolenie na pobyt przedłużano, jeśli nadal trwała sytuacja zagrożenia. W okresie ubiegania się o azyl uchodźcom oferuje się kursy pozwalające poznać język i kulturę danego kraju (Hagelund, 2020; Danish Ministry of Integration and Immigration, b.d.; Migrationsverket, b.d.; UNHCR, 2021). W Niemczech osoby ubiegające się o azyl są kierowane do ośrodków recepcyjnych. Jeśli wniosek o azyl zostanie przyjęty, przyznawane jest trzyletnie zezwolenie na pobyt, które można przedłużyć po wykazaniu środków finansowych i znajomości języka niemieckiego (UNHCR, 2021). W Holandii uchodźcy są kierowani do ośrodków, a w ciągu sześciu – dziewięciu miesięcy otrzymują odpowiedź na złożony wniosek; jeśli zostanie on zaakceptowany, przyznawane jest pięcioletnie zezwolenie na pobyt (Government of the Netherlands, b.d.).

Wśród osób ubiegających się o azyl oraz uchodźców najbardziej wrażliwą grupę stanowią dzieci i młodzież. Do grupy URM zalicza się osoby w wieku poniżej 18. roku życia, które zostały przymusowo wysiedlone, oddzielone od swoich rodzin i podróżują samotnie bez opieki osoby dorosłej (UNHCR, b.d.). Takie osoby małoletnie

znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji i są narażone na wysokie ryzyko wykluczenia społecznego. Ponadto doświadczenia tych osób w ośrodkach recepcyjnych w kraju przyjmującym mogą wiązać się z przemocą fizyczną, emocjonalną lub instytucjonalną bądź z zaniedbaniem (Zijlstra, Menninga, van Os & Kalverboer, 2020). Ważne jest, aby pracownicy służb ds. przesiedleń otrzymali przeszkolenie w zakresie zapobiegania takim doświadczeniom lub ich minimalizowania (Im & Swanm, 2020). W tym kontekście w Europie opracowano nowe wytyczne strategiczne dotyczące migracji i azylu, obejmujące Strategię UE w zakresie praw dziecka (2021–2024), która stanowi ramy działań UE na rzecz lepszego promowania i ochrony praw dzieci, w tym dzieci w sytuacji migracyjnej (Komisja Europejska, 2020).

Wiadomo, że bycie małoletnim uchodźcą ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego (Lázaro, 2020; Vervliet, Lammertyn, Broekaert & Derluyn, 2014). We wcześniejszym przeglądzie systematycznym (Kien et al., 2019) oceniono częstość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród młodzieży z grupy URM w krajach europejskich. Przegląd obejmujący 47 badań, w których wzięło udział 24 786 osób poniżej 18. roku życia będących uchodźcami lub ubiegających się o azyl, wykazał, że wśród małoletnich uchodźców częstość występowania PTSD wynosi od 19,0 do 52,7% (mediana: 35,5%), depresji – od 10,3 do 32,8% (mediana: 20,7%), zaburzeń lękowych – od 8,7 do 31,6% (mediana: 15,0%), a problemów emocjonalnych i behawioralnych – od 19,8% do 35,0% (mediana: 25,2%). Następnie opublikowano kolejny przegląd dotyczący zdrowia psychicznego osób z grupy URM, który obejmował nowsze artykuły, choć nie skupiał się on wyłącznie na Europie (Bamford, Fletcher & Leavey, 2021). Autorzy ci potwierdzili wysoki poziom PTSD i objawów zespołu stresu pourazowego (PTSS), depresji, lęku oraz problemów behawioralnych wśród osób z grupy URM. Biorąc pod uwagę, że według Światowej Organizacji Zdrowia na całym świecie zaburzeń psychicznych doświadcza od 10 do 20% dzieci i młodzieży, małoletni uchodźcy wykazują wyższy poziom cierpienia psychicznego (WHO, 2020).

Ponadto pewne czynniki są powiązane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym wśród małoletnich pozostających bez opieki. Niektóre badania wykazały, że brak opieki, doświadczenie przemocy i traumy sprzed migracji oraz płeć żeńska stanowią główne czynniki ryzyka w odniesieniu do pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego wśród takich osób (Fazel, Reed, Panter-Brick & Stein, 2012). W przeglądzie systematycznym badań dotyczących uchodźców na całym świecie ustalono również, że większa liczba stresujących zdarzeń życiowych oraz zakwaterowanie zapewniające niewielkie wsparcie są powiązane z gorszym stanem zdrowia psychicznego (Höhne, van der Meer, Kamp-Becker

& Christiansen, 2020). Ponadto, oprócz wyżej wymienionych czynników ryzyka, w innym przeglądzie systematycznym stwierdzono, że starszy wiek (wśród małoletnich) również wiąże się z gorszymi wynikami w zakresie zdrowia psychicznego (Bamford et al., 2021).

Głównym celem niniejszego badania jest przeprowadzenie przeglądu systematycznego artykułów zawierających dane na temat częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży z grupy URM w Europie od momentu opublikowania ostatniego przeglądu systematycznego na ten temat przez Kien et al., 2019. Od tego czasu znacznie wzrosła liczba osób małoletnich, które przybyły do Europy bez opiekunów, a nowe badania w tej dziedzinie dostarczyły dodatkowych informacji na temat tej wrażliwej grupy społecznej. Drugim celem jest opisanie czynników ryzyka zgłoszonych w badaniach uwzględnionych w niniejszym przeglądzie systematycznym.

2. Metody

Opracowano protokół przeglądu systematycznego zgodnie z wytycznymi „Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis" (PRISMA) (Shamseer et al., 2015). Został on zarejestrowany w międzynarodowym rejestrze przeglądów systematycznych PROSPERO pod numerem CRD42020182161 i jest dostępny pod adresem https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?RecordID=182161. Przy opracowywaniu niniejszego przeglądu systematycznego kierowano się wytycznymi PRISMA.

2.1. Kryteria włączenia

Przy wyborze artykułów zastosowano następujące kryteria: (1) artykuły oryginalne; (2) napisane w języku angielskim lub hiszpańskim; (3) opublikowane między 1 października 2017 a 1 maja 2022; (4) badania przeprowadzone w krajach europejskich; (5) badania dotyczące częstości występowania zaburzeń psychicznego lub problemów w zakresie zdrowia u dzieci i młodzieży z grupy URM, które w momencie przybycia do kraju przyjmującego miały mniej niż 18 lat.

2.2. Strategia wyszukiwania literatury i systematyzacja danych

Przeprowadzono systematyczne wyszukiwanie literatury w bazach danych Web of Science, PubMed, Scopus, Dialnet i MEDES, stosując następujące terminy:

((asylum seek OR (refugee) AND (unaccompanied) AND ((mental health) OR (mental disorder) OR (psychopathology)) AND ((minor) OR (children) OR (adolescent) OR (child)) AND Europe*. Wyszukiwanie literatury było dwuetapowe. Najpierw dwie badaczki (ADC i IB) przeprowadziły wyszukiwanie elektroniczne. Następnie ADC, NB i IB ręcznie przejrzały bibliografię wybranych artykułów w poszukiwaniu innych publikacji na podstawie cytowań zawartych w wybranych artykułach. Zarówno ADC, jak i IB wyodrębniły informacje z artykułów uwzględnionych w przeglądzie.

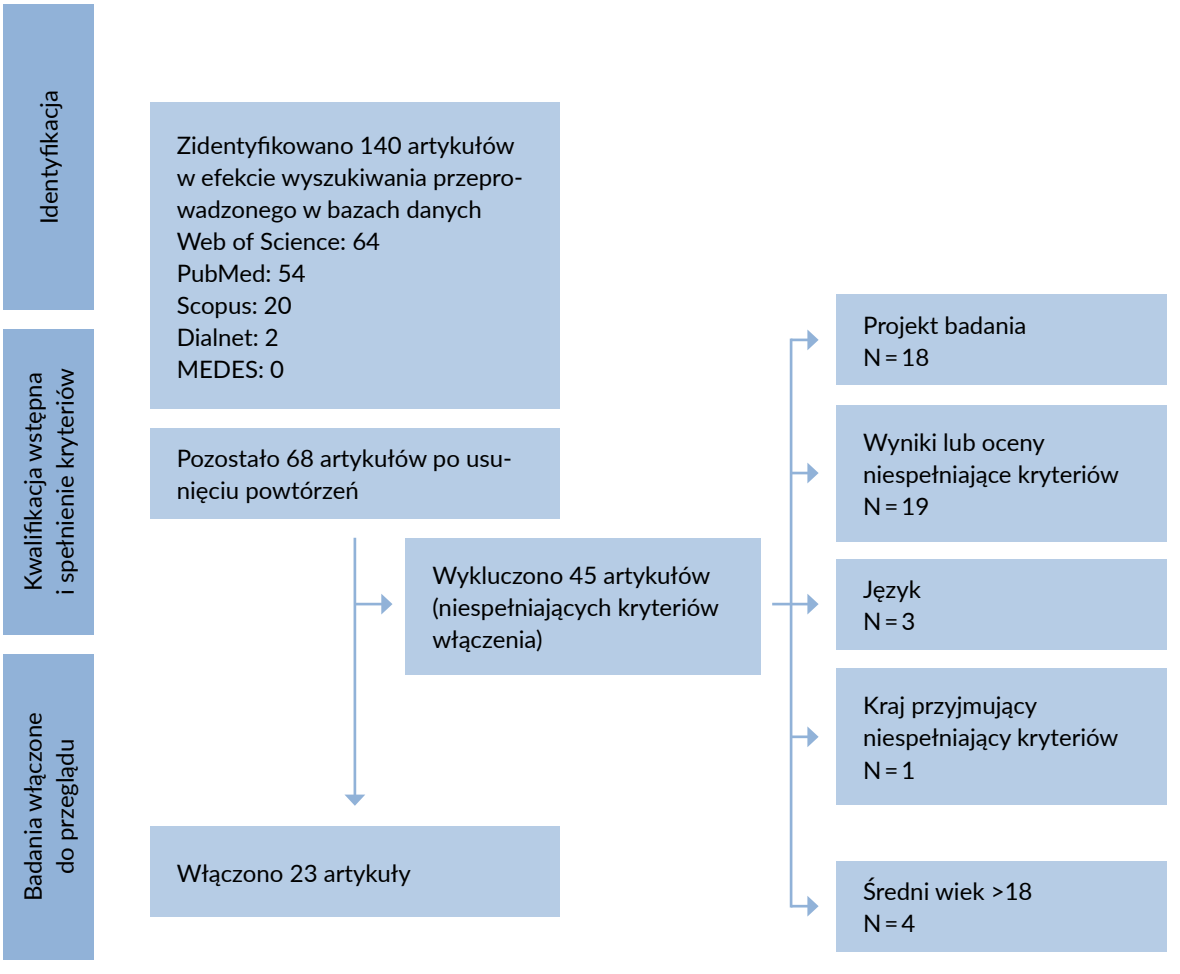
2.3. Ocena jakościowa

Przegląd poddano ocenie jakościowej z wykorzystaniem skali Newcastle-Ottawa dla badań kohortowych (Wells et al., 2013) po uwzględnieniu korekty o jeden element zgodnie z Pozzi et al. (2020) (materiał uzupełniający, tabela 1).

2.4. Analiza statystyczna

Przeprowadzono metaanalizę badań, które spełniały następujące kryteria: co najmniej trzy badania (Baglioni et al., 2016) oceniające częstość występowania tego samego zaburzenia w próbie osób z grupy URM, gdzie uwzględniono inną grupę porównawczą, a zgłoszone wyniki zawierały liczbę osób z tym zaburzeniem. W rezultacie przeprowadzono jedynie metaanalizy badań dotyczących PTSD wśród osób z grupy URM w porównaniu z małoletnimi uchodźcami pozostającymi pod opieką (ARM). Do obliczenia efektów łącznych i ich odchylenia standardowego (SD) zastosowano model efektów losowych, uwzględniając zmienność między badaniami. Test Q Cochrana został wykorzystany do oceny heterogeniczności statystycznej między badaniami. Ryzyko błędu systematycznego określono, korzystając z wykresów lejkowych, a do analizy asymetrii tych wykresów zastosowano testy Eggera. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu R statistics w wersji 3.6.3 (http://www.r-project.org) z wykorzystaniem biblioteki *metafor* w wersji V.24–0. Za statystycznie istotną uznano wartość $p < 0{,}05$.

Schemat 1. Schemat blokowy procesu doboru badań



3. Wyniki

3.1. Opis uwzględnionych badań

Spośród 140 znalezionych publikacji 23 artykuły opisujące 21 niezależnych badań spełniły kryteria kwalifikacyjne i zostały poddane dogłębnej analizie. Na rysunku 1 przedstawiono schemat blokowy analizowanych artykułów oraz przyczyny ich wykluczenia.

Analizowane artykuły opisują oryginalne badania kohortowe i przekrojowe przeprowadzone w Niemczech (N = 7; Laukamp, Prüfer-Krämer, Fischer & Krämer,

2019; Müller, Büter, Rosner & Unterhitzenberger, 2019; Müller et al., 2019; Sierau, Schneider, Nesterko and Glaesmer, 2019; Hanewald et al., 2020; Höhne et al., 2021; Pfeiffer i in), Szwecji (N = 5; Hjern & Kling, 2019; Sarkadi, Bjärtå, Leiler & Salari, 2019; Björkenstam; Mittendorfer-Rutz, Hagström & Hollander, 2020; Solberg et al., 2020), Danii (N = 2; Norredam, Nellums, Nielsen, Byberg & Petersen, 2018; Amiri et al., 2021). Holandii (N = 2; van Os, Zijlstra, Knorth, Post & Kalverboer, 2018; Zijlstra et al., 2019), Norwegii (N = 2; Jensen, Skar, Andersson & Birkeland, 2019; Oppedal, Ramberg & Røysamb, 2020), Wielkiej Brytanii (N = 2; Ehntholt et al., 2018; Armitage et al., 2022), Francji (N = 1; Bergevin et al., 2021), Grecji (N = 1; Giannopoulou, Mourloukou, Efstathiou, Douzenis & Ferentinos, 2022) oraz Szwajcarii (N = 1; Genton, Wang, Bodenmann & Ambresin, 2019).

W tabeli 1 podsumowano charakterystykę populacji, metody oceny oraz wyniki uwzględnionych badań, które zawierały dane dotyczące 80 651 dzieci i młodzieży z grupy URM. W badaniach tych uczestniczyło więcej chłopców niż dziewcząt (średnio odpowiednio 75% vs 25%). Średni wiek uczestników w momencie oceny wahał się od 9,6 (SD = 3,8) do 21,6 (2,0) lat, chociaż wszyscy przybyli do kraju przyjmującego przed ukończeniem 18. roku życia. Krajami pochodzenia uczestników były najczęściej Afganistan, Erytrea, Irak, Syria i Somalia. Zastosowano zróżnicowane metody diagnozowania zaburzeń zdrowia psychicznego. Tylko w jednym badaniu był to ustrukturyzowany wywiad kliniczny (Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders – SCID-IV) (Ehntholt et al., 2018); trzy opierały się na ocenie klinicznej bez ustrukturyzowanego wywiadu (Genton et al., 2019; Hjern & Kling, 2019; Laukamp et al., 2019), cztery bazowały na informacjach pochodzących z rejestrów populacyjnych (Amiri et al., 2021; Björkenstam et al., 2020; Mittendorfer-Rutz et al., 2020; Norredam et al., 2018), a piętnaście wykorzystywało kwestionariusze wypełniane samodzielnie, takie jak kwestionariusz przesiewowy do oceny traumy u dzieci i młodzieży (CATS) czy kwestionariusz przesiewowy do badania zdrowia uchodźców (RHS) itp. (Armitage et al., 2022; Bergevin et al., 2021; Giannopoulou et al., 2022; Hanewald et al., 2020; Höhne et al., 2021; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Müller, Gossmann et al., 2019; Oppedal et al., 2020; Pfeiffer et al., 2022; Sarkadi et al., 2019; Sierau i in., 2019; Solberg, Vaez, Johnson-Singh & Saboonchi, 2020; van Os et al., 2018; Zijlstra et al., 2019).

Tabela 1. Opis artykułów uwzględnionych w przeglądzie

Miejsce/kraj badania	Projekt badania	Rok	Średni wiek (lata) (SD)	Wielkość próby N	Płeć N (%)	Kraj pochodzenia N (%)	Rok oceny	Ocena	Wynik dotyczący zdrowia psychicznego	Wyniki dotyczące czynników ryzyka i ochronnych
Amiri et al. (Dania), Duński Instytut Badań nad Zapobieganiem Samobójstwom	Retrospektywne badanie kohortowe	2021	Brak danych	7020	Głównie mężczyźni (odsetka nie podano)	Syria, Afganistan, Iran i Erytrea (odsetka nie podano)	2015–2019	Dane z krajowych rejestrów administracyjnych	Próby samobójcze i zgony w wyniku samobójstwa	
Armitage et al. (Wielka Brytania), Instytut Zdrowia Dziecka Great Ormond Street przy UCL	Badanie przekrojowe, retrospektywne	2022	Mediana: 16,2	101 z grupy URM	M: 85 (84) K: 16 (16)	Erytrea (28) Sudan (16) Etiopia (13) Wietnam (9) Inne (32)	2016–2019	Dostępne dane kliniczne i inna dokumentacja, SDQ	Objawy zaburzeń zdrowia psychicznego, PTSD, celowe samookaleczenia i próby samobójcze	
Bergevin et al. (Francja), Szpital Roberta Debré, Paryż	Retrospektywne badanie obserwacyjne	2021	Mediana: 15	107 z grupy URM	M: 95 (88) K: 12 (11)	Afryka Subsaharyjska 67 (62,6) Afryka Północna 14 (13,1) Pozostałe 26 (24,3)	2017–2018	Dane kliniczne, CRIES-13	PTSD	
Björkenstam et al. (Szwecja), Uniwersytet w Uppsali	Podłużne badanie kohortowe	2020	21,6 (2,0)	710 170 Szwedów 3034 osoby z grupy URM, 30 467 z grupy ARM	M: 1100 (36) F: 1934 (64)	Irak 990 (33) Somalia, Erytrea i Etiopia 655 (22) Afganistan 291 (10) Inne 1098 (36)	2009–2016	Rejestry ludności	MDD, PTSD, lęk	O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką; czas trwania pozwolenia na pobyt w Szwecji (kraju przyjmującym), poziom wykształcenia
Ehntholt et al. (Wielka Brytania), Szpital St Pancras	Badanie przekrojowe	2018	19,1 (1,1)	35 dzieci z grupy URM	M: 21 (60) D: 14 (40)	Afganistan 11 (31,4) DRK 3 (8,6) Iran 3 (8,6) Uganda 3 (8,6)	2017	SCID-IV, RATS, SLE, DEC-UK	PTSD, MDD	R: Narażenie na traumę, stresujące zdarzenia życiowe i doświadczenie związane z zatrzymaniem
Genton, Wang, Bodenmann & Ambresinet (Szwajcaria), Uniwersytet w Lozannie	Badanie retrospektywne kohorty z roczną obserwacją	2019	16,4 (1,2)	109 z grupy URM	M: 95 (87,2) K: 14 (12,8)	Erytrea 43 (39,4) Afganistan 35 (32,1) Somalia 11 (10,1) Syria 6 (5,5) Inne 14 (12,8)	2015–2016	Ocena kliniczna	Zaburzenia czynnościowe, depresja, PTSS, zaburzenia snu	
Giannopoulou et al. (Grecja), Szpital Uniwersytecki Attikon	Badanie przekrojowe	2022	16,2 (1,2)	90 z grupy URM	M: 76 (84,4) K: 14 (15,6)	Syria 46 (47,8) Afganistan 13 (14,4) Pakistan 9 (10%) Inne 22 (27,8)	2018	WTQ, DSRS, CRIES-13, CPTCI	PTSS, depresja	R: Ubieganie się o azyl, liczba doświadczeń traumatycznych/ stresujących, płeć męska, niski poziom wsparcia społecznego
Hanewald et al. (Niemcy), Uniwersytet Justusa Liebiga w Gießen	Badanie przekrojowe	2020	17,7 (1,01)	523 z grupy URM	M: 390 (74,6) K: 133 (25,4)	Afganistan 208 (39,8) Erytrea 157 (30,0) Syria 85 (16,3) Somalia 73 (14,0)	2015–2017	RHS-15	PTSD, depresja i lęk.	R: Kraj/obszar pochodzenia (Afganistan, Somalia), starszy wiek w momencie migracji oraz płeć męska
Hjern & Kling (Szwecja), Instytut Karolinska na Uniwersytecie w Sztokholmie	Badanie przekrojowe	2019	10,3 13,4	265 z grupy URM, 344 z grupy ARM	M: 186 (54,1)/230 (87) F: 158 (45,9)/35 (13)	Afganistan 162 (61,1) Syria 40 (15,1) Inne 63 (23,8)	2015	Pytania otwarte	PTSS, problemy ze snem	O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką

Miejsce/kraj badania	Projekt badania	Rok	Średni wiek (lata) (SD)	Wielkość próby N	Płeć N (%)	Kraj pochodzenia N (%)	Rok oceny	Ocena	Wynik dotyczący zdrowia psychicznego	Wyniki dotyczące czynników ryzyka i ochronnych
Höhne et al. (Niemcy), Charité-Universitätsmedizin Berlin	Badanie przekrojowe	2021	Wszyscy uczestnicy, z wyjątkiem 8 osób, mieli mniej niż 18 lat w momencie przybycia do kraju przyjmującego. Średni wiek w momencie oceny: URM: 18,2 (1,5) ARM: 18,1 (1,8)	172 z grupy URM, 52 z grupy ARM	M: 191 (85,3) F: 33 (14,7)	Afganistan 78 (35) Syria 76 (34) Inne 70 (31)	2018–2019	PHQ-9/PHQ-A, RHS-15, MEHIRA-SQ	Depresja, cierpienie psychiczne	R: Liczba stresujących zdarzeń życiowych, płeć żeńska, strach przed deportacją O: Cotygodniowy kontakt z członkiem rodziny, uczęszczanie do szkoły oraz znajomość języka niemieckiego (języka kraju przyjmującego)
Jensen, Skar, Andersson i Birkelan (Norwegia), Uniwersytet w Oslo	Prospektywne badanie kohortowe	2019	13,8 (1,4)	98 z grupy URM	M: 79 (81) K: 19 (19)	Afganistan 22 (22,4) Inne 76 (77,6)	2012–2017	HSCL-37A, CPSS, CSSI-8, SLE, DSSYR, FSSQ.	PTSD, depresja, lęk, objawy eksternalizacyjne, somatyzacja	R: Narażenie na traumę, codzienne stresy, starszy wiek w momencie migracji O: Wsparcie społeczne
Laukamp, Prüfer-Krämer, Fischer i Krämeet (Niemcy), Uniwersytet w Bielefeldzie	Badanie przekrojowe	2019	16 (1,89)	346 z grupy URM	M: 270 (78) K: 76 (22)	Syria (19,8) Irak (17,2) Afganistan (11,7) Inne (51,3)	2011–2017	Dane zgłoszone przez samych pacjentów	PTSD, depresja, inne problemy psychiczne i behawioralne, inne problemy zdrowotne	
Mittendorfer-Rutz, Hagström i Hollander (Szwecja), Instytut Karolinska	Retrospektywne badanie kohortowe	2020	Zakres: 10–21 (średniej nie podano)	23.425	Nie podano	Nie podano dla całej próby	2017	Dane pochodzące z agencji krajowych i organizacji pozarządowych	Zgony w wyniku samobójstwa	R: Płeć męska, traumatyczne zdarzenia, niskie wykształcenie lub jego brak, długotrwały proces azylowy
Müller, Büter, Rosner i Unterhitzenberger (Niemcy), Katolicki Uniwersytet w Eichstätt-Ingolstadt	Badanie przekrojowe	2019	16,28 (1,69)	68 z grupy URM 30 z grupy ARM	M: 88 (89,8) F: 10 (10,2)	Afganistan 54 (55,1) Syria 14 (14,3) Erytrea 11 (11,2) Inne 19 (19,4)	2017	CATS (CATS-TL, CATS-SS), HSCL-37A (HSCL-Tot, HSCL-Dep, HSCL-Anx, HSCL-Int, HSCL-Ext), ERSS.	PTSD, depresja, lęk, objawy o charakterze internalizacyjnym i eksternalizacyjnym	R: Liczba traumatycznych zdarzeń, niski poziom znajomości języka niemieckiego (języka kraju przyjmującego) O: Zasoby codziennego użytku, wsparcie społeczne; status uchodźcy pozostającego pod opieką
Müller et al. (Niemcy), Katolicki Uniwersytet w Eichstätt-Ingolstadt	Prospektywne badanie kohortowe	2019	17,32 (1,93)	47 z grupy URM 25 z grupy ARM	M: 65 (90,3) F: 7 (9,7)	Afganistan: 36 (59) Erytrea: 9 (12,5) Syria: 8 (11,1) Irak: 7 (9,7)	2017–2018	CATS (CATS-TL, CATS-SS), HSCL-37A (HSCL-Tot, HSCL-Dep, HSCL-Anx, HSCL-Int, HSCL-Ext), ERSS.	PTSD, depresja, lęk, objawy behawioralne o charakterze internalizacyjnym i eksternalizacyjnym	R: Liczba traumatycznych doświadczeń; status wniosku o azyl O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką
Norredam et al. (Dania), Uniwersytet w Kopenhadze	Prospektywne badanie kohortowe	2018	6,9/14,9	1252 z grupy URM 11 446 z grupy ARM	M: 6050 (52,9)/919 (73,4) K: 5396 (47,1)/333 (26,6)	Bośnia i Hercegowina: 4873 (38,4) Somalia: 1551 (12,2) Irak: 1539 (12,1) Palestyna: 1173 (9,2) Afganistan: 302 (2,4) Inne: 3260 (25,7)	1993–2012	Rejestr ludności	Zaburzenia psychotyczne, afektywne i nerwicowe	R: Obywatelstwo (Afganistan i Irak) O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką

Miejsce/kraj badania	Projekt badania	Rok	Średni wiek (lata) (SD)	Wielkość próby N	Płeć N (%)	Kraj pochodzenia N (%)	Rok oceny	Ocena	Wynik dotyczący zdrowia psychicznego	Wyniki dotyczące czynników ryzyka i ochronnych
Oppedal, Ramberg i Røysamb (Norwegia), Norweski Instytut Zdrowia Publicznego	Badanie przekrojowe	2020	18,6 (2,6)	895 z grupy URM	M: 737 (82,4) K: 158 (17,6)	Afganistan 456 (51) Somalia 107 (12) Irak 63 (7) Inne 269 (30)	Brak danych	CES-D Trzy pytania dotyczące natrętnych objawów PTS	Depresja	O: Dłuższy pobyt i silniejsza tożsamość kulturowa
Pfeiffer et al. (Niemcy), Uniwersytet w Ulm Badanie przeprowadzone w Belgii, Grecji i we Włoszech	Badanie podłużne	2022	16,8 (2,4)	187 z grupy URM	M: 147 (78,4) K: 40 (21,6)	Afryka Zachodnia 53 (29) Azja Południowa (Afganistan i Pakistan) 53 (29) Inne 81 (42)	2017–2020	RATS, SLE, DSSYR	PTSS	R: Płeć (kobieta) na początku badania
Sarkadi, Bjärtå, Leiler i Salar (Szwecja), Uniwersytet w Uppsali	Badanie przekrojowe	2019	16,6 (1,1)	19 z grupy URM, 12 z grupy ARM	M: 22 (75,9) F: 7 (24,1)	Afganistan: 18 (62,1) Syria: 7 (24,1) Inne: 4 (13,8)	2017	RHS-13, CRIES-8	PTSD, depresja, lęk i objawy traumy	O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką
Sierau, Schneider, Nesterko i Glaesmer (Niemcy), Uniwersytet w Lipsku	Badanie przekrojowe	2018	17,3 (1,2)	105 z grupy URM	M: 105 (100)	Afganistan: 62 (59,0) Syria: 36 (34,3) Inne: 7 (6,7)	2017	MSSI, LEC-5, PCL-5, PHQ-9, GAD-7, SSS-8, SDQ.	Objawy PTSD, depresji i lęku	O: Wsparcie społeczne
Solberg et al. (Szwecja), Wyższa Szkoła Szwedzkiego Czerwonego Krzyża	Badanie przekrojowe	2020	17,1	304 z grupy URM, 805 z grupy ARM	M: 600 (53,1) F: 529 (46,9)	Syria 574 (50,8) Afganistan 404 (35,8) Irak 151 (13,4)	2018	CRIES-8	PTSD	R: Obywatelstwo (Afganistan) O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką
van Os et al. (Holandia), Uniwersytet w Groningen	Badanie przekrojowe	2018	9,6 (3,8)/16,7 (0,8)	16 z grupy URM, 11 z grupy ARM	M: 3 (27)/14 (88) F: 8 (72)/2 (13)	Afganistan: 12 (44,4) Irak: 6 (22,2) Inne: 9 (33,3)	2016–2017	BIC-Q wraz z SDQ, SLE i RATS		R: Stresujące zdarzenia życiowe i uraz O: Status uchodźcy pozostającego pod opieką
Zijlstra et al. (Holandia), Uniwersytet w Groningen	Badanie przekrojowe	2018	16,3 (1,13)	98 z grupy URM	M: 69 (70,4) K: 29 (29,6)	Afganistan 24 (24,5) Somalia 12 (12,2) Erytrea 9 (9,2) Inne 53 (54,1)	2012–2016	SDQ, BIC-Q	Problemy emocjonalne, behawioralne i związane z nadpobudliwością	R: Starszy wiek w momencie przybycia do kraju przyjmującego O: Środowisko wychowawcze dobrej jakości; status pobytu i czas trwania pobytu w Holandii (kraju przyjmującym)

SD: odchylenie standardowe, n: liczba osób w próbie, u: bez opieki, a: pod opieką, M: mężczyzna, F: kobieta.

Próba: grupa ARM: małoletni uchodźcy z opiekunem, URM: małoletni uchodźcy bez opieki.

Narzędzia diagnostyczne: BIC-Q: Kwestionariusz do oceny najlepszego zabezpieczenia interesów dziecka (Best Interests of the Child-Questionnaire); CATS: Kwestionariusz przesiewowy do oceny traumy u dzieci i młodzieży (Child and Adolescent Trauma Screen); CATS-SS: Skala nasilenia objawów CATS; CATS-TL: Zestawienie zdarzeń potencjalnie traumatycznych CATS; CES-D: Skala nasilenia objawów depresji (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale); CIDI: Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (Composite International Diagnostic Interview); CPSS: Skala Nasilenia Objawów PTSD u Dzieci (Child PTSD Symptom Scale); CPTCI: Inwentarz Pozatraumatycznych Procesów Poznawczych u Dzieci (Child Post-Traumatic Cognitions Inventory); CRIES: Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń u Dzieci (Children's Revised Impact of Event Scale); CSSI-8: Skrócona wersja Inwentarza Objawów Somatycznych u Dzieci (Children's Somatic Symptoms Inventory-8); DEC-UK: Lista Kontrolna Doświadczeń Związanych z Zatrzymaniem – wersja brytyjska (Detention Experiences Checklist); DSRS: Skala Samooceny Depresji (Depression Self-Rating Scale); DSSYR: Skala Nasilenia Codziennych Czynników Stresogennych dla Młodych Uchodźców (Daily Stressors Scale for Young Refugees); ERSS: Skala Zasobów Życia Codziennego i Nasilenia Czynników Stresogennych (Everyday Resources and Stressors Scale); FSSQ: Kwestionariusz Funkcjonalnego Wsparcia Społecznego (Functional Social Support Questionnaire); GAD-7: Skala objawów zespołu lęku uogólnionego (Generalized Anxiety Disorder Scale); HSCL-25: Lista kontrolna nasilenia objawów Hopkinsa (Hopkins Symptom Checklist-25); HSCL-37A: Lista kontrolna nasilenia objawów Hopkinsa dla nastolatków (Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents); HSCL-Tot: wynik całkowity na skali HSCL-37A (HSCL-37A

total score); HSCL-Dep: Ocena nasilenia objawów depresji na skali HSCL-37A (HSCL-37A depression scale); HSCL-Anx: Ocena nasilenia objawów lęku na skali HSCL-37A (HSCL-37A anxiety scale); HSCL-Int: Ocena nasilenia objawów internalizacji na skali HSCL-37A (HSCL-37A internalizing cluster); HSCL-Ext: Ocena nasilenia objawów eksternalizacji na skali HSCL-37A (HSCL-37A externalizing cluster); HTQ: Kwestionariusz do oceny ekspozycji na zdarzenia traumatyczne (Harvard Trauma Questionnaire); LEC-5: Kwestionariusz do oceny ekspozycji na potencjalne zdarzenia traumatyczne w klasyfikacji DSM-5 (Life Event Checklist for DSM-5 for SLE); MEHIRA-SQ: Kwestionariusz przesiewowy do oceny zdrowia psychicznego dla uchodźców i osób ubiegających się o azyl (MEHIRA Screening Questionnaire); MSSI: Kwestionariusz do oceny wsparcia społecznego (Multi- Sector Social Support Inventory); PCL-5: Lista kontrolna do oceny nasilenia objawów zespołu stresu pourazowego (Posttraumatic Stress Disorder Checklist); PHQ-9: Kwestionariusz zdrowia pacjenta – 9-punktowy moduł do oceny nasilenia objawów depresji (Patient Health Questionnaire 9-item module for symptoms of depression); RATS: Kwestionariusz pomiaru reakcji nastolatków na stres pourazowy (Reactions of Adolescent to Traumatic Stress); RHS-13: Kwestionariusz przesiewowy do badania zdrowia uchodźców (Refugee Health Screener-13); RHS-15: Kwestionariusz przesiewowy do badania zdrowia uchodźców (Refugee Health Screener); SCID-IV: Ustrukturyzowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń z osi DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV); SDQ: Kwestionariusz Mocnych Stron i Trudności dotyczący problemów behawioralnych/mocnych stron i trudności dziecka (Strength and Difficulties Questionnaire for behavioral problems/child's strengths and problems); SLE: Stresujące zdarzenia życiowe (Stressful Life Events); SSS-8: Skala Nasilenia Objawów Somatycznych(Somatic Symptoms Scale); WTQ: Kwestionariusz do oceny ekspozycji na traumatyczne zdarzenia wojenne (War Trauma Questionnaire).

Wyniki: PTSD: zespół stresu pourazowego; PTSS: objawy stresu pourazowego; SLE: stresujące zdarzenia życiowe; MDD – ciężkie zaburzenie depresyjne.

Wyniki dotyczące czynników ryzyka i ochronnych: R: czynniki ryzyka; O: czynniki ochronne.

3.2. Częstość występowania problemów i zaburzeń zdrowia psychicznego

We wszystkich uwzględnionych badaniach odnotowano wysoką częstość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży z grupy URM. Wyniki tych badań sklasyfikowano zgodnie z następującymi pięcioma kategoriami psychopatologicznymi przyjętymi przez Kien et al. (2019): PTSD, depresja, zaburzenia lękowe, myśli i zachowania samobójcze oraz problemy emocjonalne i behawioralne, do których jednocześnie dodano kategorię „inne".

3.2.1. Zespół stresu pourazowego

Znaleziono trzynaście badań (56,5%) oceniających częstość występowania tego zaburzenia lub jego objawów wśród małoletnich bez opieki: sześć z nich miało charakter przekrojowy (Armitage et al., 2022; Ehntholt et al., 2018; Giannopoulou et al., 2022; Hjern i Kling, 2019; Laukamp et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Sierau et al., 2019; Solberg, Vaez et al., 2020 oraz van Os et al., 2018), trzy stanowiły prospektywne badania podłużne (Björkenstam et al., 2020; Jensen et al., 2019; Pfeiffer et al., 2022), a jedno było badaniem retrospektywnym obejmującym roczną obserwację (Genton et al., 2019).

W badaniach przekrojowych częstość występowania PTSD wahała się od 4,6 (Laukamp et al., 2019) do 81% (Giannopoulou et al., 2022).

W badaniu obejmującym roczną obserwację, przeprowadzonym przez Genton et al. (2019), które dotyczyło problemów ze zdrowiem psychicznym u 109 osób małoletnich z grupy URM ubiegających się o azyl, stwierdzono objawy PTSD u 13,8% badanych. Natomiast w długoterminowym badaniu oceniającym stan zdrowia psychicznego u 95 osób małoletnich z grupy URM ubiegających się o azyl, przeprowadzonym bezpośrednio po ich przybyciu do Norwegii oraz w ciągu kolejnych 5 lat, odnotowano częstość występowania objawów zespołu stresu pourazowego (PTSS) na poziomie 63,2% po upływie 6 miesięcy, 56,6% po upływie 2 lat oraz 41,9% po upływie 5 lat od przybycia. Ponadto w badaniu podłużnym, obejmującym trzy punkty oceny (punkt początkowy, miesiąc ósmy i miesiąc dwudziesty pierwszy) i przeprowadzonym w trzech różnych krajach (Belgia, Grecja i Włochy), odnotowano niewielki, ale istotny spadek PTSS w miarę upływu czasu (Pfeiffer et al., 2022).

Wykorzystując krajowe rejestry ludności, porównano wyniki dotyczące zdrowia psychicznego populacji 710 170 osób urodzonych w Szwecji z grupą 33 501 małoletnich uchodźców. Stwierdzono, że osoby z grupy URM są narażone na ośmiokrotnie większe ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego (PTSD) (skorygowany współczynnik ryzyka aHR: 8,40; 95% CI 6,16–11,47) w porównaniu z osobami urodzonymi w Szwecji (Björkenstam et al., 2020).

3.2.2. Depresja

W 10 artykułach (43,5%) przedstawiono nowe dane dotyczące częstości występowania depresji wśród osób z grupy URM (Björkenstam et al., 2020; Ehntholt et al., 2018; Genton et al., 2019; Giannopoulou et al., 2022; Höhne et al., 2021; Jensen et al., 2019; Laukamp et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Oppedal et al., 2020 oraz Sierau et al., 2019).

W badaniach przekrojowych stwierdzono częstość występowania zaburzeń depresyjnych wśród osób z grupy URM na poziomie od 2,9 do 9% (Ehntholt et al., 2018; Laukamp et al., 2019), podczas gdy odpowiednio 40 i 81,4% z nich uzyskało wyniki powyżej klinicznej granicy depresji mierzonej w różnych skalach (Giannopoulou et al., 2022; Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019; Oppedal et al., 2020; Sierau et al., 2019) (tabela 1).

W badaniu obejmującym roczną obserwację zdiagnozowano depresję u 17,4% osób z grupy URM (Genton et al., 2019). Badanie obejmujące pięcioletnią obserwację, przeprowadzone w Norwegii, wykazało częstość występowania depresji na poziomie 21,3% po upływie 6 miesięcy, 25,6% po upływie 2 lat oraz 15,2% po upływie 5 lat od przybycia (Jensen et al., 2019). Jednak Björkenstam et al., 2020, stwierdzili,

że po upływie wielu lat od przybycia ryzyko leczenia poważnych zaburzeń depresyjnych u osób z grupy URM było niższe niż u młodzieży urodzonej w Szwecji.

Ponadto w badaniu przeprowadzonym na podstawie danych z Duńskiego Centralnego Rejestru Psychiatrycznego stwierdzono iloraz współczynników zapadalności (IRR), skorygowany o wiek w momencie przybycia oraz płeć, na poziomie 1,33 (0,89–2,01) dla wszelkich zaburzeń afektywnych (F30–39, Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, ICD-10) (Norredam et al., 2018).

3.2.3. Zaburzenia lękowe

W pięciu artykułach (21,7%) opublikowano nowe dane dotyczące częstości występowania zaburzeń/objawów lękowych wśród małoletnich migrantów bez opieki (Björkenstam et al., 2020; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Norredam et al., 2018; Sierau et al., 2019).

W jednym z badań przekrojowych odnotowano, że 38,2% z tych osób uzyskało wynik powyżej klinicznej wartości granicznej dla zaburzeń lękowych (Müller, Büter et al., 2019), podczas gdy w innym badaniu stwierdzono, że 23,8% osiągnęło wartość graniczną dla zaburzeń lękowych uogólnionych (Sierau et al., 2019). W długoterminowym badaniu analizującym stan zdrowia psychicznego osób z grupy URM w momencie ich przybycia do Norwegii oraz w ciągu kolejnych 5 lat wykazano częstość występowania objawów lękowych na poziomie 32,6% po upływie 6 miesięcy, 31,2% po upływie 2 lat i 24,4% po upływie 5 lat od przybycia (Jensen et al., 2019). Analizując zaburzenia lękowe jako całość (diagnozy F40–F49 według ICD-10, które obejmują PTSD), w badaniu wykorzystującym dane z Duńskiego Centralnego Rejestru Psychiatrycznego uzyskano wartość IRR po korekcie dla badanej próby na poziomie 1,67 (1,32–2,13) (Norredam et al., 2018). Porównując młodzież z grupy URM z młodzieżą urodzoną w Szwecji, stwierdzono, że po upływie wielu lat od przybycia ryzyko leczenia zaburzeń lękowych wśród młodzieży z grupy URM jest niższe (Björkenstam et al., 2020).

3.2.4. Myśli i zachowania samobójcze

Dane dotyczące tej kwestii przedstawiono w trzech badaniach (Amiri et al., 2021; Armitage et al., 2022; Mittendorfer-Rutz et al., 2020). Na podstawie danych zbiorczych z duńskich krajowych rejestrów administracyjnych z lat 2015–2019 ustalono, że wśród osób z grupy URM (poniżej 18. roku życia) odnotowano 1164,7 prób samobójczych na 100 000 osób w porównaniu z 82,9 na 100 000 osób wśród ich

rówieśników w populacji ogólnej (Amiri et al., 2021). Dane dotyczące osób z grupy URM, które korzystały z usług trzech placówek służby zdrowia w Wielkiej Brytanii, wykazały, że 8% z tych osób zgłaszało samookaleczenia lub próby samobójcze (Armitage et al., 2022).

Analizując zgony samobójcze wśród osób z grupy URM (w wieku 14–18 lat) w Szwecji, Mittendorfer-Rutz et al. (2020) odnotowali wskaźnik wynoszący 40,7 na 100 000 osób w porównaniu z 7,6 w populacji ogólnej, co stanowi pięciokrotną różnicę. Wynik ten jest sprzeczny z ustaleniami Amiri et al. (2021), którzy nie odnotowali żadnych zgonów samobójczych wśród osób z grupy URM.

3.2.5. Problemy emocjonalne i behawioralne

W jednym z badań (Sierau et al., 2019) stwierdzono, że problemy behawioralne oceniane za pomocą Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ) występowały częściej wśród osób z grupy URM (14,3%) w porównaniu z populacją ogólną (4,6%). Natomiast w badaniu holenderskim, w którym wykorzystano ten sam kwestionariusz, u zaledwie 4% badanych odnotowano problemy z zachowaniem i nadpobudliwością (Zijlstra et al., 2019). W badaniu tym opisano również problemy emocjonalne u 29% osób z grupy URM (Zijlstra et al., 2019). W jednym z nowszych badań również wykorzystano kwestionariusz SDQ, ale nie wyjaśniono konkretnie uzyskanych za jego pomocą wyników (Armitage et al., 2022).

W innym badaniu stwierdzono objawy eksternalizacyjne powyżej wartości granicznej u 10,3% osób z grupy URM przy użyciu podskali z kwestionariusza Hopkins Symptom Checklist-37 dla nastolatków (HSCL-37A) (Müller, Büter et al., 2019).

3.2.6. Inne

W badaniu opartym na Duńskim Centralnym Rejestrze Psychiatrycznym stwierdzono, że skorygowany iloraz współczynników zapadalności (IRR) dla zaburzeń psychotycznych (F20–29) wynosi 1,29 (0,89–1,86) (Norredam et al., 2018).

W dwóch badaniach wykorzystano narzędzie RHS-15 do przesiewowego wykrywania objawów depresji, lęku i zespołu stresu pourazowego bez rozróżniania poszczególnych objawów i stwierdzono, że 43,6 (Hanewald et al., 2020) oraz 61,6% (Höhne et al., 2021) uczestników uzyskało wynik pozytywny, co wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo występowania co najmniej jednego zaburzenia. W badaniu przeprowadzonym przy użyciu skróconej wersji tego samego narzędzia (RHS-13)

stwierdzono, że 72% uchodźców w Szwecji uzyskało wynik pozytywny, podczas gdy 55% wykazywało poważne objawy cierpienia emocjonalnego (Sarkadi et al., 2019).

3.3. Czynniki prognostyczne zdrowia psychicznego i czynniki powiązane

3.3.1. Narażenie na traumę

W pięciu badaniach (21,7%) oceniano rolę traumy jako czynnika prognostycznego problemów ze zdrowiem psychicznym (Ehntholt et al., 2018; Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Pfeiffer et al., 2022). W większości badań liczba traumatycznych doświadczeń była powiązana z wynikami dotyczącymi zdrowia psychicznego: PTSS (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019), lękiem i depresją (Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019). Natomiast w jednym badaniu stwierdzono, że obciążenie traumatyczne sprzed migracji oraz codzienne czynniki stresogenne w momencie rozpoczęcia badania nie miały istotnego wpływu na wskaźniki PTSS ani w momencie rozpoczęcia badania, ani w ujęciu podłużnym (po upływie ośmiu i dwudziestu jeden miesięcy) (Pfeiffer et al., 2022).

W jednym z badań oceniono liczbę traumatycznych zdarzeń, jakich doświadczyły osoby małoletnie bez opieki oraz osoby małoletnie pozostające pod opieką. Stwierdzono, że wszyscy uczestnicy doświadczyli co najmniej jednego traumatycznego zdarzenia oraz że średnio zgłaszali 8,8 (SD = 3,0) różnych doświadczeń traumatycznych (Müller, Büter et al., 2019). Najczęściej wskazywano na związaną z migracją „niebezpieczną podróż lub transport" (96,6% małoletnich). Do kolejnych najczęściej wymienianych zdarzeń należało bycie świadkiem, jak ktoś w społeczności został uderzony w twarz, uderzony pięścią lub pobity (78,6% uczestników), zaatakowany, dźgnięty nożem, ostrzelany, ciężko ranny lub zabity (76,5%), a także doświadczenie braku jedzenia lub wody przez kilka dni (76,5%). W porównaniu między grupami małoletni bez opieki (URM) zgłaszali znacznie więcej traumatycznych doświadczeń niż małoletni pozostający pod opieką (ARM), nawet po uwzględnieniu wieku. W niniejszym badaniu stwierdzono, że całkowita liczba traumatycznych doświadczeń jest najsilniejszym czynnikiem prognostycznym rozwoju PTSS, depresji i lęku (Müller, Büter et al., 2019).

Inne stresujące zdarzenia życiowe zgłaszane przez osoby z grupy URM (Ehntholt et al., 2018) obejmowały: niechcianą rozłąkę z rodziną (87%), przemoc fizyczną (87%) oraz przekonanie o znalezieniu się w wielkim niebezpieczeństwie (84%). Giannopoulou et al. (2022) stwierdzili, że najczęstszą traumą doświadczoną przed

migracją było rozstanie z rodzicami (80%), a także doświadczenie porwania, rabunku lub oszustwa podczas podróży do Grecji (pierwszego kraju w Europie). Podobne wyniki uzyskano w długoterminowym badaniu przeprowadzonym w Norwegii (Jensen et al., 2019). Przed przybyciem do Norwegii badani doświadczyli średnio 5,7 stresujących zdarzeń życiowych, z których najczęstszymi były: śmierć bliskiej osoby (66%), bycie świadkiem przemocy (66%) oraz wojna (66%). W trakcie dalszej obserwacji dzieci i młodzież zgłaszały średnio 2,7 nowych traumatycznych zdarzeń po przybyciu do Norwegii. Wśród nich 55% było świadkami przemocy, 51% doświadczyło śmierci lub choroby bliskiej osoby, a 33% było świadkami przemocy w miejscu zamieszkania.

3.3.2. Małoletni bez opieki i małoletni pozostający pod opieką

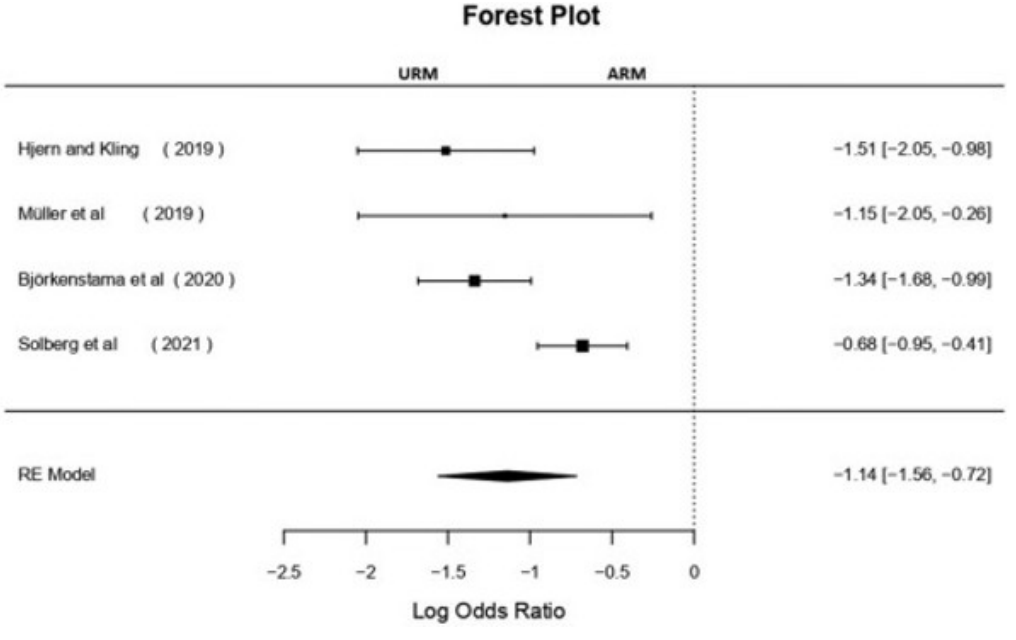
W tabeli 1 wymieniono dziewięć (39,1%) artykułów, w których porównano małoletnich bez opieki z małoletnimi pozostającymi pod opieką (Björkenstam et al., 2020; Hjern i Kling, 2019; Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019; Müller, Gossmann et al., 2019; Norredam et al., 2018; Sarkadi et al., 2019; Solberg, Nissen et al., 2020; van Os et al., 2018).

Stwierdzono, że małoletni bez opieki są narażeni na znacznie większe ryzyko doświadczenia wyższego poziomu stresu psychicznego (Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019), problemów ze snem (Hjern i Kling, 2019), depresji (Höhne et al., 2021) oraz PTSD (Solberg, Nissen, et al., 2020) w porównaniu z małoletnimi znajdującymi się pod opieką, chociaż według jednego z badań różnica ta może nie występować po uwzględnieniu całkowitej liczby traumatycznych zdarzeń, wieku i długości pobytu (Müller, Büter et al., 2019). Podobne dane uzyskano w ramach duńskiego ogólnokrajowego badania kohortowego opartego na rejestrach, w którym odnotowano, że 11,3% małoletnich bez opieki, w porównaniu z 7% małoletnich pozostających pod opieką, otrzymało diagnozę psychiatryczną. W trakcie osobnej analizy zaburzeń w badaniu tym stwierdzono, że wśród osób bez opieki odnotowano istotnie wyższy odsetek zaburzeń neurotycznych niż wśród osób znajdujących się pod opieką, nawet po uwzględnieniu wieku i płci (IRR: 1,67; 95% CI 1,32–2,13), a różnicy tej nie stwierdzono w przypadku żadnej innej kategorii diagnostycznej (Norredam et al., 2018). Korzystając ze skali RHS do badania przesiewowego nasilenia objawów PTSD, depresji i lęku, Sarkadi et al. (2019) stwierdzili, że osoby z grupy URM uzyskały znacznie wyższy wynik (M = 32,06, SD = 12,89) w porównaniu z osobami z grupy ARM (M = 7,50, SD = 8,22). Jednak w badaniu obejmującym roczną obserwację porównawczą wyników dotyczących zdrowia psychicznego u 47 osób

z grupy URM i 25 z grupy ARM nie stwierdzono istotnych różnic między tymi dwiema grupami (Müller, Gossmann et al., 2019).

W jednym badaniu przekrojowym oceniono różnice w liczbie stresujących zdarzeń życiowych, których doświadczyli małoletni. Autorzy stwierdzili, że osoby z grupy URM doświadczyły średnio 7,1 (SD = 2,0) stresujących zdarzeń życiowych, podczas gdy średnia wśród osób z grupy ARM wyniosła 4,1 (SD = 1,4) (van Os et al., 2018).

Wykres 1. Wykres przedstawiający częstość występowania zespołu stresu pourazowego (PTSD) wśród małoletnich uchodźców bez opieki (URM) i małoletnich uchodźców pozostających pod opieką (ARM)



Przeprowadzono metaanalizę obejmującą dane z czterech badań spełniających kryteria pomiaru częstości występowania PTSD (Björkenstam et al., 2020; Hjern i Kling, 2019; Müller, Büter et al., 2019 oraz Solberg, Nissen et al., 2020), w których porównano grupy URM i ARM. Wyniki metaanalizy wskazują, że istniała istotna ogólna różnica między grupami: -1,14 (95% CI: -1,56–0,72), przy czym częstość występowania PTSD była niższa w grupie ARM (wykres 1). Dla metaanalizy sporządzono wykres lejkowy, który nie wykazał żadnych oznak asymetrii. Przeprowadzono test Eggera, który nie wykazał istotnej asymetrii (uzupełnienie schemat 1).

3.3.3. Płeć

W pięciu badaniach (21,7%) oceniających różnice w problemach ze zdrowiem psychicznym w zależności od płci uczestników uzyskano wyniki przeciwstawne (Giannopoulou et al., 2022; Hanewald et al., 2020; Laukamp et al., 2019; Mittendorfer-Rutz et al., 2020; Pfeiffer et al., 2022).

W badaniu kohortowym obejmującym 399 mężczyzn i 124 kobiety z grupy URM stwierdzono, że mężczyźni odczuwali większe obciążenie spowodowane objawami i uzyskiwali więcej pozytywnych wyników w badaniach przesiewowych (mediana RHS = 10; pozytywny wynik w skali RHS-15 = 58,9%) w porównaniu z kobietami (mediana = 5,5; pozytywny wynik w skali RHS-15 = 48,4%) (Hanewald et al., 2020). Wyniki te stoją w bezpośredniej sprzeczności z badaniem przekrojowym, które objęło 270 mężczyzn i 76 kobiet i nie wykazało istotnych różnic w częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego między grupami (Laukamp et al., 2019). Ponadto w wieloośrodkowym badaniu podłużnym przeprowadzonym w trzech krajach europejskich kobiety zgłaszały wyższy poziom PTSS niż mężczyźni na początku badania, ale płeć nie miała wpływu na przebieg PTSS w czasie (Pfeiffer et al., 2022).

W innych artykułach analizowano potencjalną rolę płci jako czynnika prognostycznego nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym. Stwierdzono związek płci męskiej zarówno ze wskaźnikiem PTSS (Giannopoulou et al., 2022), jak i zgonem w wyniku samobójstwa (Mittendorfer-Rutz et al., 2020). Natomiast w badaniu Höhne et al., 2021 płeć żeńska była czynnikiem prognostycznym większego cierpienia psychicznego wśród osób z grupy URM.

3.3.4. Wiek w momencie migracji

W trzech badaniach (13%) analizowano wpływ wieku badanych w momencie migracji (Jensen et al., 2019; Hanewald et al., 2020; Zijlstra et al., 2019). W badaniu kohortowym stwierdzono istotny związek między wiekiem a stopniem zaburzeń psychicznych, wskazujący na większe obciążenie spowodowane zaburzeniami zdrowia psychicznego wśród starszych osób z grupy URM (Jensen et al., 2019). Ponadto w badaniu przekrojowym stwierdzono, że starszy wiek w momencie przybycia do kraju przyjmującego pomaga przewidzieć problemy emocjonalne (Zijlstra et al., 2019). Co więcej, badanie z pięcioletnią obserwacją wykazało, że starszy wiek w momencie migracji wiązał się z mniejszymi zmianami w objawach depresji i PTSD w miarę upływu czasu (Hanewald et al., 2020).

3.3.5. Wsparcie społeczne i rodzaj zakwaterowania

W kilku badaniach (N = 5; 21,7%) oceniano wpływ wsparcia społecznego w kraju przyjmującym na ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego wśród małoletnich bez opieki (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Sierau et al., 2019 oraz Zijlstra et al., 2019).

Niski poziom wsparcia społecznego i wysoki poziom codziennych kłopotów wiążą się ze zwiększonym poziomem lęku, depresji, zachowań eksternalizacyjnych oraz PTSD (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Sierau et al., 2019). W szczególności 60% osób z grupy URM, obserwowanych przez pięć lat, twierdziło, że otrzymało mniej wsparcia społecznego niż by sobie tego życzyło. Ponadto zgłaszali oni, że „często" lub „bardzo często" borykają się z następującymi codziennymi problemami: zbyt mała ilość pieniędzy (27%), poczucie braku bezpieczeństwa (22%), niepewność co do przyszłości (20%) oraz trudności w uzyskaniu dokumentów od organów administracji (17%) (Jensen et al., 2019). Oceniając sytuację dzieci i młodzieży z grupy URM, umieszczanych w różnych typach placówek (rodziny zastępcze, małe grupy zamieszkujące razem, małe jednostki mieszkalne i kampusy) w Holandii, stwierdzono, że dzieci przebywające na kampusach i w małych grupach zamieszkujących razem doświadczały znacznie więcej problemów emocjonalnych niż te przebywające w rodzinach zastępczych. Ponadto w przypadku dzieci z grupy URM, mieszkających w dużych ośrodkach recepcyjnych, jakość środowiska wychowawczego była najniższa, częstość występowania problemów ze zdrowiem psychicznym – największa, a dostęp do opieki psychiatrycznej – najgorszy (Zijlstra et al., 2019).

3.3.6. Status wniosku o udzielenie azylu

Status wniosku o udzielenie azylu sprawdzono w czterech (17,4%) z analizowanych badań (Giannopoulou et al., 2022; Mittendorfer-Rutz et al., 2020; Müller, Büter et al., 2019; Sarkadi et al., 2019). Badanie obserwacyjne wykazało, że uczestnicy, których wnioski były nadal rozpatrywane lub zostały odrzucone w trakcie obserwacji, wykazywali znacznie więcej objawów niż uczestnicy, których wnioski o azyl przyjęto w okresie między ocenami. Najsilniejszy związek stwierdzono w odniesieniu do objawów zaburzeń internalizacyjnych, a następnie depresji, lęku i PTSD (Müller, Gossmann et al., 2019). Podobnie w badaniu przekrojowym stwierdzono, że częstość występowania silnych objawów (w tym depresji, lęku i PTSD) była dwukrotnie wyższa wśród osób wciąż oczekujących na decyzję w sprawie wniosku o azyl

w porównaniu z osobami, które otrzymały zezwolenie na pobyt (Sarkadi et al., 2019). W Grecji – jednym z krajów europejskich stanowiących bramę do UE dla osób ubiegających się o azyl – stwierdzono w badaniu, że staranie się o azyl w ramach procedury łączenia rodzin wiązało się z wyższym poziomem objawów depresji, PTSS oraz przekonań negatywnych (Giannopoulou et al., 2022).

Jeśli chodzi o zgony samobójcze, wszystkie takie przypadki odnotowane w roku 2017 w badaniu szwedzkim dotyczyły osób, które złożyły wniosek o azyl dwa lata wcześniej (Mittendorfer-Rutz et al., 2020).

Ponadto strach przed deportacją odpowiadał za 3% wariancji w modelu regresji służącym do przewidywania trudności psychicznych wśród osób z grupy URM (Höhne et al., 2021).

3.3.7. Nauka w szkole i poziom znajomości języka kraju przyjmującego

W dwóch badaniach analizowano wpływ edukacji szkolnej i poziomu wykształcenia na problemy ze zdrowiem psychicznym osób z grupy URM (Björkenstam et al., 2020; Höhne et al., 2021). W obu przypadkach frekwencja szkolna i nauka w kraju przyjmującym stanowiły czynniki chroniące przed problemami ze zdrowiem psychicznym (Björkenstam et al., 2020; Höhne et al., 2021), a ryzyko wystąpienia powszechnych zaburzeń psychicznych malało wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia (Björkenstam et al., 2020).

Ponadto dostępne informacje wskazują na to, że wśród osób z grupy URM, które popełniły samobójstwo w Szwecji w 2017 roku, 67% z nich miało niskie wykształcenie lub nie miało go wcale (Mittendorfer-Rutz et al., 2020).

Jeśli chodzi o znajomość języka kraju przyjmującego (niemieckiego), jej niski poziom wiązał się z wyższym poziomem stresu psychicznego wśród osób z grupy URM (Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019).

3.3.8. Inne

Hanewald et al. (2020) stwierdzili różne wzorce objawów zaburzeń psychicznych w zależności od konkretnej grupy językowej badanych, przy czym osoby posługujące się językiem somalijskim i farsi (z Afganistanu) zgłaszały więcej objawów niż osoby posługujące się językiem arabskim (głównie z Syrii, Iraku, Algierii i Maroka) oraz tigrinia (z Erytrei).

Porównując osoby z grupy URM pod kątem kraju pochodzenia, stwierdzono, że u małoletnich z Afganistanu częstość występowania PTSD była wyższa niż

u małoletnich z Syrii (Solberg, Nissen et al., 2020). Jednak w innym badaniu ustalono, że kraj pochodzenia osób z grupy URM nie pozwalał przewidzieć występowania zaburzeń psychicznych (Höhne et al., 2021).

4. Dyskusja

W 23 badaniach uwzględnionych w niniejszym przeglądzie stwierdzono wysoką częstość występowania PTSD, depresji i lęku w grupie dzieci i młodzieży uchodźczej, którzy przybyli do Europy bez opiekunów. Odnotowano w nich częstość występowania PTSD na poziomie od 4,6 do 43%, depresji – od 2,9 do 61,6%, zaburzeń/objawów lękowych – od 23,8 do 38,2%, a problemów behawioralnych – od 4 do 14,3%. Ponadto w dwóch badaniach wskazano na wyższą częstość występowania prób samobójczych i zgonów wśród dzieci i młodzieży uchodźczej bez opieki w porównaniu z ogólną populacją krajów przyjmujących.

Wyniki te są zbliżone do ustaleń poprzedniego przeglądu systematycznego dotyczącego problemów ze zdrowiem psychicznym osób należących do grupy URM w Europie: 35,5% w przypadku PTSD (95% CI 19,0–52,7%), 20,7% w przypadku depresji (95% CI 10,3–32,8%) oraz 15% w przypadku zaburzeń lękowych (95% CI 8,7–31,6%), przy medianie częstości występowania myśli i zachowań samobójczych wynoszącej 5% (Kien et al., 2019). Inne przeglądy skupiające się na osobach z grupy URM na całym świecie również podkreśliły wysoką częstość występowania PTSD, PTSS, depresji, lęku i problemów behawioralnych wśród tej grupy (Bamford et al., 2021; von Werthern, Grigorakis & Vizard, 2019). Dane dotyczące innych zaburzeń/problemów były mniej jednoznaczne, jednak wydaje się jasne, że w porównaniu z ogólną populacją w wieku poniżej 18. roku życia dzieci i młodzież z grupy URM są narażone na większe ryzyko wystąpienia PTSD, depresji i lęku. Ogólnie rzecz biorąc, częstość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży z grupy URM jest znacznie wyższa niż częstość występowania takich zaburzeń wśród wszystkich dzieci i młodzieży na całym świecie, która według doniesień wynosi 2,6% dla dowolnego zaburzenia depresyjnego (95% CI 1,7–3,9%), 6,5% dla wszelkich zaburzeń lękowych (95% CI 4,7–9,1%) oraz 5,7% dla wszelkich zaburzeń zachowania (95% CI 4,0–8,1%) (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015).

Badania uwzględnione w niniejszym przeglądzie systematycznym charakteryzują się dużą zmiennością pod względem jakości zastosowanych skal oceny, przy czym około 21% z nich uzyskało ocenę w dolnym przedziale (<3). W poszczególnych badaniach odnotowano istotnie różne wyniki dotyczące częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego, co może wynikać z kilku czynników. Na przykład

przeprowadzano badania różnego rodzaju (tj. przekrojowe w porównaniu z podłużnymi), a także wykorzystano różne metody diagnozowania problemów ze zdrowiem psychicznym (tj. kryteria diagnostyczne w porównaniu ze skalami objawów). Ponadto niektóre badania nie uwzględniały wszystkich kategorii diagnostycznych, a inne zrealizowano na niewielkiej próbie. Wszystkie te kwestie należy wziąć pod uwagę podczas analizy wyników zarówno niniejszego przeglądu, jak i wcześniejszych badań poświęconych tej tematyce (Bamford et al., 2021; Kien et al., 2019; von Werthern et al., 2019).

Analizując wszystkie badania uwzględnione w niniejszym przeglądzie, stwierdzono, że krajem pochodzenia uchodźców był najczęściej, choć nie zawsze, Afganistan. Na przykład w duńskim badaniu opartym na rejestrze większość małoletnich przybywających bez opiekunów pochodziła z Bośni i Hercegowiny. Różnica ta mogła jednak wynikać ze specyficznego okresu objętego badaniem (1993–2010), który pokrywał się z okresami skrajnej niestabilności politycznej i wojny w tamtym regionie (Norredam et al., 2018). Konflikty polityczne na całym świecie, niezależnie od odległości od Europy, zazwyczaj prowadzą do imigracji małoletnich na ten kontynent, a Afganistan od ponad 20 lat pozostaje krajem niestabilnym (Council on Foreign Relations, 2021). Według Eurostatu, urzędu statystycznego Unii Europejskiej, w 2019 roku Afganistan był głównym krajem pochodzenia pod względem obywatelstwa osób uznanych za małoletnich bez opieki, którzy ubiegali się o azyl w państwach członkowskich UE (Eurostat, 2020). Obywatele Afganistanu stanowili 30% całkowitej liczby zarejestrowanych osób małoletnich bez opieki.

Ważną kwestią przy analizowaniu tych statystyk jest fakt, że znaczny odsetek małoletnich bez opieki, którzy złożyli wnioski o azyl, następnie je wycofał. Sugeruje się, że może to być wskaźnik handlu dziećmi (Euractiv.com, 2015). Powiązane jest to z faktem, że od czasu upadku Związku Radzieckiego obserwuje się znaczny przepływ osób przez granice w Azji Środkowej, co może obejmować przemyt migrantów (Sengupta et al., 2018). Obawy te pokrywają się z innym znanym zagrożeniem, na jakie narażone są osoby małoletnie przybywające bez opiekunów z Afganistanu, a mianowicie handlem ludźmi w celach seksualnych (Departament Stanu Stanów Zjednoczonych, 2018).

Przeanalizowane badania wskazują, że w Europie jest więcej chłopców niż dziewcząt wśród małoletnich uchodźców bez opieki (>75% badanych grup), co jest zgodne z wynikami wcześniejszych przeglądów (Kien et al., 2019; von Werthern et al., 2019). Spośród wszystkich małoletnich uchodźców przybywających do Europy bez opiekunów, którzy w 2019 r. złożyli wnioski o azyl, 84,9% stanowili chłopcy (Eurostat, 2020).

Jak już zostało to wcześniej opisane, doświadczenia dzieci i młodzieży z grupy URM sprzed migracji (np. wojny lub konflikty polityczne, ubóstwo itp.), w trakcie procesu migracji (przemyt, handel ludźmi itp.) oraz po migracji do kraju przyjmującego (brak wsparcia rodzinnego lub społecznego, niepewność podczas prawnego procesu ubiegania się o azyl, zmiany kulturowe, bariera językowa itp.) mogą sprawiać, że są one szczególnie narażone na zaburzenia zdrowia psychicznego (Bamford et al., 2021; Höhne et al., 2020; Kien et al., 2019). Aby uniknąć potencjalnego wykorzystywania, zaniedbywania lub znęcania się nad tą grupą małoletnich, należy podjąć działania mające na celu ochronę tych osób na wszystkich etapach procesu migracyjnego. Organizacje i instytucje międzynarodowe, a także kraje przyjmujące, muszą podjąć konkretne działania, aby zadbać o ich dobrostan.

4.1. Czynniki prognostyczne i towarzyszące dla zdrowia psychicznego

Jeśli chodzi o czynniki ryzyka i prognostyczne dla tej populacji, w 15 z uwzględnionych badań (Björkenstam et al., 2020; Ehntholt et al., 2018; Giannopoulou et al., 2022; Hanewald et al., 2020; Hjern i Kling, 2019; Höhne et al., 2021; Jensen et al., 2019; Laukamp et al., 2019; Mittendorfer-Rutz et al., 2020; Müller, Büter et al., 2019; Müller, Gossmann et al., 2019; Norredam et al., 2018; Oppedal et al., 2020; Pfeiffer et al., 2022; Sarkadi et al., 2019; Sierau et al., 2019; Zijlstra et al., 2019) wykazano, że płeć, wiek, wsparcie społeczne, narażenie na traumę, rodzaj zakwaterowania, procedura ubiegania się o azyl, edukacja oraz umiejętności językowe w kraju przyjmującym stanowiły czynniki najczęściej powiązane ze stanem zdrowia psychicznego.

4.1.1. Narażenie na traumę

Narażenie na traumę zgłaszane przez dzieci i młodzież z grupy URM zwiększa ryzyko wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019) nie tylko w dzieciństwie i okresie dojrzewania, ale także w wieku dorosłym. Co jednak ważniejsze, znaczna część tych małoletnich zgłasza doświadczenie traumy w kraju przyjmującym, w tym przemocy w ośrodkach recepcyjnych, co dodatkowo negatywnie wpływa na ich dobrostan psychiczny (Jensen et al., 2019; Zijlstra et al., 2020). Pfeiffer et al. (2022) wskazali, że doświadczenie traumy sprzed migracji wpływa na PTSS jedynie podczas oceny początkowej, ale nie podczas wizyt kontrolnych w okresie do 21 miesięcy. Oprócz doświadczenia traumy sprzed migracji i w jej trakcie również czynniki stresogenne

po migracji, związane z osiedleniem się w nowym kraju lub niepewnym statusem wizowym, mogą być czynnikami prognostycznymi dla zdrowia psychicznego, jak szczegółowo opisano powyżej.

Wiadomo, że liczba trudnych doświadczeń z dzieciństwa, w tym traumy, których doświadczają osoby z grupy URM, może zwiększać ryzyko psychozy (Varese et al., 2012). Mając to na uwadze, zaskakujące jest, że tylko jedno badanie ujęte w niniejszym przeglądzie systematycznym zawierało dane dotyczące zaburzeń psychotycznych (Norredam et al., 2018).

4.1.2. Migracja bez opieki

Stwierdzono, że brak osoby towarzyszącej stanowi silny czynnik prognostyczny wyższego poziomu stresu psychicznego wśród wszystkich uchodźców małoletnich (Stotz, Elbert, Müller & Schauer, 2015). Wyniki badań uwzględnionych w naszym przeglądzie dostarczają dalszych dowodów na poparcie tej tezy (Björkenstam et al., 2020; Hjern i Kling, 2019; Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019; Müller, Gossmann i in., 2019; Norredam et al., 2018; Sarkadi et al., 2019; Solberg, Vaez et al., 2020; van Os et al., 2018). Ponadto wyniki metaanalizy potwierdzają, że w grupie URM częstość występowania PTSD była wyższa niż w grupie ARM. Jednym z możliwych wyjaśnień tego zjawiska jest fakt, że osoby z grupy URM częściej doświadczają większej liczby traumatycznych zdarzeń w porównaniu z osobami z grupy ARM (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert & Spinhoven, 2007; Hodes, Jagdev, Chandra i Cunniff, 2008; Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019; van Os et al., 2018). Ponadto osoby z grupy URM są zazwyczaj starsze niż osoby z grupy ARM (Hjern i Kling, 2019; Müller, Büter et al., 2019; Norredam et al., 2018; van Os et al., 2018), co również może pomóc w wyjaśnieniu wyższej częstości występowania zaburzeń psychicznych wśród osób z grupy URM. Obecność rodziny może odgrywać ważną rolę w procesie migracji, a spójność rodzinna została uznana w niedawnym przeglądzie systematycznym za czynnik ochronny związany z mniejszą częstością występowania zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży uchodźczej (Scharpf, Kaltenbach, Nickerson & Hecker, 2021). Podsumowując, istnieje szereg czynników, które mogą zwiększać częstość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego w grupie małoletnich bez opieki.

4.1.3. Płeć

Zgodnie z przeglądem systematycznym (Mohwinkel, Nowak, Kasper & Razum, 2018) kobiety należące do grupy URM są bardziej narażone na wystąpienie objawów stresu pourazowego (PTSS) i częściej wykazują poważne objawy PTSS niż mężczyźni z tej samej grupy. Kobiety z grupy URM wykazywały również wyższy odsetek objawów depresji, choć nie stwierdzono istotnych różnic między płciami w zakresie częstości występowania zaburzeń depresyjnych (Mohwinkel et al., 2018). Jednak w niniejszym przeglądzie tylko pięć badań uwzględniało płeć w analizie częstości występowania zaburzeń w próbach, a sprzeczne wyniki nie pozwalały na wyciągnięcie żadnych wniosków. Niektórzy autorzy wskazywali, że mężczyzn charakteryzował wyższy poziom stresu psychicznego, PTSS oraz większa liczba zgonów samobójczych (Giannopoulou et al., 2022; Hanewald et al., 2020; Mittendorfer-Rutz et al., 2020), podczas gdy inni autorzy zauważali wyższy poziom stresu psychicznego i wyjściowego poziomu PTSS u kobiet (Höhne et al., 2021; Pfeiffer et al., 2022). W jednym badaniu nie stwierdzono różnic w częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego, głównie PTSD i depresji, między płciami (Laukamp et al., 2019). Należy podkreślić, że większość osób z grupy URM to chłopcy (von Werthern et al., 2019). Na przykład w 2015 roku oszacowano, że chłopcy stanowili aż 90% takich imigrantów (Euractiv, 2015), a tak ogromna dysproporcja liczebna może ograniczać zdolność badaczy do identyfikacji potencjalnych różnic między płciami.

W populacji ogólnej różnice w częstości występowania zaburzeń zdrowia psychicznego między małoletnimi płci męskiej i żeńskiej różnią się w zależności od wieku badanych. Nie stwierdzono istotnych różnic u dzieci w wieku przedszkolnym (Egger & Angold, 2006), ale odnotowuje się wyższą częstość występowania problemów wśród młodych chłopców w wieku szkolnym (Gutman, Joshi, Parsonage & Schoon, 2015). Później, w okresie dojrzewania, częstość występowania staje się większa u dziewcząt i różnica ta utrzymuje się w okresie wczesnej dorosłości. Jeśli chodzi o konkretne zaburzenia, zaburzenia depresyjne i lękowe występują częściej u dziewcząt już od wczesnego wieku, a różnica ta z czasem się pogłębia. Ponadto dziewczęta częściej spełniają kryteria rozpoznania PTSD (Alisic et al., 2014; Tolin & Foa, 2006). Zaburzenia zachowania występują częściej u chłopców w każdym wieku, choć wśród dziewcząt to schorzenie może być niedostatecznie zdiagnozowane. Badacze sugerują, że różnice te mogą wynikać z różnic biologicznych (Choleris, Galea, Sohrabji & Frick, 2018) oraz czynników społecznych związanych z płcią (Andermann, 2010).

4.1.4. Wiek

Wpływ wieku w momencie migracji na ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych wśród osób należących do grupy URM został oceniony w ramach wcześniejszego przeglądu systematycznego, w którym stwierdzono, że starsze osoby z tej grupy są bardziej narażone na rozwój zaburzeń psychicznych (O'Higgins, Ott & Shea, 2018). Jest to zgodne ze zidentyfikowanymi przez nas wynikami badań, wskazującymi na większe obciążenie zaburzeniami zdrowia psychicznego (Hanewald et al., 2020) oraz problemami emocjonalnymi (Zijlstra et al., 2019), a także na mniejsze zmiany w objawach depresji i PTSD w miarę upływu czasu (Jensen et al., 2019) wśród starszych osób z grupy URM w porównaniu z młodszymi. Fakt, że starsze osoby małoletnie z grupy URM borykały się z większą liczbą problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, można częściowo wyjaśnić tym, że młodsi uchodźcy otrzymują i korzystają z większego wsparcia i uwagi ze strony specjalistów w kraju przyjmującym niż starsi. Ponadto strach przed potencjalną deportacją z kraju przyjmującego do kraju pochodzenia po ukończeniu 18. roku życia (Hanewald et al., 2020) mógł wpływać na zdrowie psychiczne starszej młodzieży z grupy URM. Jednak te same różnice w częstości występowania między różnymi grupami wiekowymi obserwuje się również w populacji ogólnej w wieku poniżej 18. roku życia. Takie zaburzenia, jak depresja, lęk i zespół stresu pourazowego, występują częściej w okresie dojrzewania niż w dzieciństwie (Polanczyk et al., 2015). Wzrost częstości występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie dojrzewania może wynikać ze zmieniających się czynników społecznych na tym etapie życia oraz czynników biologicznych związanych z rozwojem neurologicznym i dojrzałością. W okresie dojrzewania rozwijają się układ limbiczny i kora przedczołowa, a wcześniejsze dojrzewanie układu limbicznego może być przyczyną niestabilności emocjonalnej i zaburzeń nastroju u niektórych osób (Ahmed, Bittencourt-Hewitt & Sebastian, 2015).

Kolejnym czynnikiem, który należy wziąć pod uwagę przy analizowaniu wieku osób z grupy URM w momencie migracji, jest możliwa rozbieżność między wiekiem podanym przez samych zainteresowanych a wiekiem ustalonym przez władze niektórych krajów przyjmujących na podstawie pomiarów biologicznych, takich jak badanie stomatologiczne. W badaniu przeprowadzonym w Norwegii 56% osób, które zadeklarowały, że są małoletnimi, w rzeczywistości nimi nie było według wskaźników biologicznych (Jakobsen, Meyer DeMott, Wentzel-Larsen & Heir, 2017).

4.1.5. Wsparcie społeczne i rodzaj zakwaterowania

W populacji ogólnej wsparcie społeczne odgrywa ważną rolę w utrzymaniu dobrego samopoczucia psychicznego. Pomaga jednostkom radzić sobie z narażeniem na stres i skutecznie zmniejsza jego potencjalny wpływ na zdrowie psychiczne (Cohen & Janicki-deverts, 2009; Uchino, 2006), ograniczając w ten sposób częstość występowania objawów stresu pourazowego (PTSS) i depresji. Dowody wskazują, że lepszą korelację z wynikami w zakresie zdrowia psychicznego wykazuje postrzegane wsparcie społeczne niż to faktycznie otrzymane (Lakey & Orehek, 2011). Wśród przeanalizowanych danych większość badań wskazywała, że osoby z grupy URM były narażone na wysokie ryzyko doświadczania niskiego poziomu wsparcia społecznego i zwiększonego poziomu codziennych kłopotów, co było powiązane z większą częstością występowania lęku, depresji, zachowań eksternalizacyjnych oraz zespołu stresu pourazowego (Giannopoulou et al., 2022; Jensen et al., 2019; Müller, Büter et al., 2019; Sierau et al., 2019). Podjęcie wysiłków na rzecz zwiększenia wsparcia społecznego, jakie otrzymują te osoby, mogłoby pozytywnie wpływać na ich zdrowie psychiczne. Sierau et al. (2019) stwierdzili, że osoby z grupy URM największe wsparcie społeczne otrzymywały od swoich rodzin, a w dalszej kolejności – od rówieśników i dorosłych mentorów. Dla osób z grupy URM przybywających do Europy samotnie kontakt z rodziną w kraju pochodzenia miał bardzo duże znaczenie subiektywne (Höhne et al., 2021), co wpływało na otrzymywanie wsparcia społecznego z innych sieci. W związku z tym w badaniu podkreślono, że pozbawione kontaktu z rodziną osoby z grupy URM otrzymują mniej wsparcia od rówieśników i mentorów w porównaniu z osobami z tej samej grupy przebywającymi z rodziną (Sierau et al., 2019).

Jedną ze zmiennych powiązanych z poziomem wsparcia społecznego dostępnego dla takich osób w kraju przyjmującym jest rodzaj oferowanego im zakwaterowania. Opieka zastępcza oraz formy zakwaterowania uwzględniające uwarunkowania kulturowe wiążą się z najwyższym poziomem wsparcia społecznego i lepszymi wynikami w zakresie zdrowia psychicznego (O'Higgins et al., 2018). W niniejszym przeglądzie stwierdzono, że jakość środowiska wychowawczego była najwyższa w rodzinach zastępczych, a następnie w małych jednostkach mieszkalnych, małych grupach zamieszkujących razem i ośrodkach zamkniętych, przy czym poziom ten korelował odwrotnie z częstością występowania problemów psychiatrycznych (Zijlstra et al., 2019).

4.1.6. Status wniosku o udzielenie azylu

Oczekiwanie na decyzję po złożeniu wniosku o udzielenie azylu może być trudną sytuacją, która niesie ze sobą negatywne skutki. U osób wciąż oczekujących na decyzję w sprawie wniosku o azyl wykazano wyższą częstość występowania zespołu stresu pourazowego, depresji i objawów lękowych w porównaniu z osobami, które otrzymały już zezwolenie na pobyt (Müller, Büter et al., 2019; Sarkadi et al., 2019). Ponadto stwierdzono, że u osób dorosłych proces azylowy, który może wiązać się z koniecznością szczegółowego opowiadania o traumatycznych doświadczeniach z przeszłości podczas rozmów kwalifikacyjnych, może nasilać objawy PTSD (Knaevelsrud, 2015).

Niepewny status prawny osoby ubiegającej się o azyl ma istotne konsekwencje, które mogą utrudniać jej integrację w społecznościach przyjmujących (Procter, Kenny, Eaton & Grech, 2018). Greckie badanie wykazało, że ubieganie się o azyl w Europie wiązało się z większym nasileniem PTSS i negatywnymi procesami poznawczymi (Giannopoulou et al., 2022). Niepokojące jest to, że stwierdzono również, iż długotrwały proces ubiegania się o azyl (trwający co najmniej dwa lata) był częścią historii osobistej każdej osoby należącej do grupy URM, która popełniła samobójstwo w Szwecji w roku 2017 (Mittendorfer-Rutz et al., 2020).

4.1.7. Nauka w szkole i poziom znajomości języka kraju przyjmującego

Poziom znajomości języka używanego w kraju przyjmującym był powiązany z dobrostanem psychicznym dzieci pierwszego pokolenia imigrantów (Cavicchiolo et al., 2020). W przypadku osób z grupy URM w Niemczech niższy poziom znajomości języka niemieckiego wiązał się z wyższym poziomem stresu psychicznego (Höhne et al., 2021; Müller, Büter et al., 2019). Podobnie poziom wykształcenia tych małoletnich – zarówno w momencie przybycia do kraju przyjmującego, jak i później – może znacząco wpływać na ich doświadczenia. Wcześniejsze badania przeprowadzone w Holandii i Norwegii nie wykazały związku między poziomem wykształcenia w momencie przybycia a zmianami w zakresie zdrowia psychicznego po (odpowiednio) jednym i dwóch latach obserwacji (Bean et al., 2007; Jensen, Skårdalsmo & Fjermestad, 2014). Jednak niektóre badania uwzględnione w niniejszym przeglądzie wskazują, że lepsza frekwencja szkolna i wyższe osiągnięcia edukacyjne wiążą się z niższym poziomem problemów ze zdrowiem psychicznym (Björkenstam et al., 2020; Höhne et al., 2021). Natomiast badanie dotyczące osób dorosłych, które przybyły do Szwecji jako osoby małoletnie bez opieki lub

z opiekunami, wykazało, że osoby, które osiągnęły wyższy poziom wykształcenia, częściej korzystały z usług opieki psychiatrycznej, w przeciwieństwie do tego, co zaobserwowano wśród rdzennej ludności szwedzkiej (Manhica, Almquist, Rostila & Hjern, 2017).

W jednym z badań wyższy poziom wykształcenia wiązał się z mniejszą liczbą zgonów w wyniku samobójstwa wśród dorosłych (Phillips & Hempstead, 2017), czego nie potwierdziło inne badanie (Pompili et al., 2013). W grupie URM mężczyźni z niewielkim lub zerowym wykształceniem stanowili grupę o najwyższym wskaźniku zgonów w wyniku samobójstwa (Mittendorfer-Rutz et al., 2020). Warto zauważyć efekt cykliczny: zdrowe dzieci osiągają lepsze wyniki w nauce, co z kolei wiąże się z lepszym stanem zdrowia w późniejszym życiu (Langford et al., 2015). Niektóre osoby z grupy URM są dalekie od zdrowia w momencie przybycia do Europy, co może mieć istotny wpływ na ich edukację i stan zdrowia w dłuższej perspektywie.

4.1.8. Inne potencjalne czynniki ochronne lub czynniki ryzyka związane ze zdrowiem psychicznym

W populacji osób z grupy URM warto zbadać również inne parametry.

Rola wiary, religii i duchowości może w rzeczywistości stanowić jeden z najważniejszych czynników sprzyjających dobrostanowi psychicznemu wśród uchodźców i osób ubiegających się o azyl przebywających w krajach przyjmujących na etapie przejściowym (Posselt et al., 2019). Jednak pozycja „znaczenie religii" w jednym z kwestionariuszy nie pozwalała w sposób istotny przewidzieć poziomu stresu psychicznego u osób należących do grupy URM (Höhne et al., 2021). Pomocne mogłoby być bardziej szczegółowe badanie konkretnych powiązań między duchowymi aspektami doświadczeń tych osób a ich zdrowiem psychicznym.

Należy również zbadać dyskryminację etniczną i rasową jako potencjalny czynnik ryzyka w odniesieniu do zaburzeń zdrowia psychicznego wśród osób z grupy URM. W przypadku osób dorosłych dyskryminacja rasowa była powiązana z zespołem stresu pourazowego wśród osób ubiegających się o azyl w Australii (Silove, Field, Manicavasagar & Steel, 1997). W badaniu dotyczącym dzieci i młodzieży uchodźczej, objętej opieką w ramach systemu zdrowia psychicznego w Grecji, stwierdzono u nich więcej diagnoz związanych ze zdrowiem fizycznym (Z) w porównaniu z populacją grecką, w której odnotowano większą liczbę diagnoz psychiatrycznych (F). Sugeruje to, że uchodźcy mogą mieć inne potrzeby lub większe trudności w dostępie do publicznej opieki zdrowotnej w porównaniu z osobami urodzonymi w danym kraju (Triantafyllou et al., 2018) – być może z powodu różnic etnicznych oraz braku

tłumaczy w placówkach służby zdrowia. Istnieją europejskie strategie mające na celu zwiększenie wrażliwości kulturowej i przełamanie barier językowych uniemożliwiających imigrantom dostęp do systemu opieki zdrowotnej, i należy je wdrażać na szerszą skalę (Gil-Salmerón, Katsas, Riza, Karnaki & Linos, 2021).

4.1.9. Wczesna interwencja w krajach przyjmujących

Objawy psychiatryczne występujące u uchodźców są często związane z traumatycznymi zdarzeniami na różnych etapach migracji, w tym z czynnikami stresogennymi pojawiającymi się na wczesnym etapie pomigracyjnym (Kien et al., 2019). Nieleczone objawy mogą prowadzić do stanu przewlekłego, który będzie miał negatywny wpływ na samopoczucie i funkcjonowanie tych osób (Solberg, Nissen et al., 2020). Wczesna interwencja skoncentrowana na ocenie stanu zdrowia psychicznego uchodźców byłaby pomocna w wykryciu problemów psychicznych i ułatwieniu dostępu do odpowiedniego leczenia, zapobiegając w ten sposób rozwojowi choroby przewlekłej. Sugeruje się, aby badania przesiewowe pod kątem stresu psychicznego przeprowadzać co najmniej dwukrotnie w pierwszych miesiącach po przybyciu tych osób do kraju przyjmującego ze względu na możliwość wystąpienia opóźnionej reakcji na stres, który początkowo może pozostać niewykryty (Hollifield et al., 2021).

W niektórych badaniach opisano konkretne interwencje, które mogłyby pomóc wrażliwym grupom uchodźców. Na przykład w jednym z artykułów opisano opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia mobilną interwencję w zakresie zdrowia psychicznego, którą zastosowano w celu ułatwienia dorosłym uchodźcom z Syrii dostępu do systemów opieki zdrowotnej krajów przyjmujących (Burchert et al., 2019). W Niemczech, w odniesieniu do osób z grupy URM, które spędziły w tym kraju co najmniej sześć miesięcy, w ramach randomizowanego badania kontrolowanego oceniono program interwencji grupowej ukierunkowanej na traumę „Mein Weg" w porównaniu ze standardową opieką. Wyniki wykazały poprawę w odniesieniu do objawów zespołu stresu pourazowego i depresji po interwencji, która utrzymywała się następnie przez okres do trzech miesięcy w grupie interwencyjnej (Pfeiffer, Sachser, Tutus, Fegert & Plener, 2019).

4.1.10. Możliwe różnice między przeglądem systematycznym badań dotyczących osób z grupy URM w państwach europejskim i w innych krajach

Oprócz przeglądu autorstwa Kien et al. (2019), który skupiał się wyłącznie na badaniach europejskich, inne przeglądy dotyczące zdrowia psychicznego osób z grupy

URM obejmowały badania z całego świata (Bamford et al., 2021), łącznie z jednym przeprowadzonym w Etiopii (von Werthern et al., 2019), jednym – na Filipinach oraz jednym – w USA. Należy zauważyć, że między Europą a krajami na innych kontynentach, takimi jak USA, istnieją obecnie znaczne różnice w zakresie procedury azylowej dla osób z grupy URM (Council on Foreign Relations, 2022; Agencja Unii Europejskiej ds. Azylu, 2022), w zależności od kraju pochodzenia (głównie Afganistan, Syria i Irak w przypadku imigrantów w Europie w porównaniu z krajami Ameryki Środkowej w odniesieniu do imigrantów w USA) (Council on Foreign Relations, 2022; Eurostat, 2022) oraz powodów wyjazdu (czynniki społeczno-polityczne w porównaniu z przyczynami ekonomicznymi) (Parlament Europejski, 2020).

Niektóre z europejskich badań ujętych w niniejszym przeglądzie systematycznym (11 z 23, 47,8%) zostały już uwzględnione w poprzednim przeglądzie systematycznym autorstwa Bamford et al. (2021). Niemniej celem niniejszego badania było skupienie się wyłącznie na Europie z zamiarem zminimalizowania potencjalnego wpływu różnic regionalnych przy ocenie częstości występowania problemów ze zdrowiem psychicznym w grupie URM.

4.1.11. Ograniczenia

Niniejszy przegląd ma kilka ograniczeń. Po pierwsze, różnice kulturowe i bariera językowa mogą stanowić istotne przeszkody utrudniające rzetelną ocenę kliniczną badanej populacji. Po drugie, istnieje znaczna heterogeniczność pod względem krajów pochodzenia uchodźców, obejmujących m.in.: Afganistan, Syrię, Erytreę, Somalię, Irak, Iran oraz Bośnię i Hercegowinę. Po trzecie, warto podkreślić, że tylko kilka krajów europejskich zrealizowało badania dotyczące osób z grupy URM, podczas gdy inne – takie jak Włochy i Hiszpania, gdzie jest znaczna liczba takich migrantów (UNICEF, UNHCR & IOM, b.d.) – nie przeprowadziły ani nie opublikowały żadnych analiz w okresie objętym niniejszym przeglądem systematycznym. Osoby należące do grupy URM, które przybywają do tych krajów, mogą charakteryzować się odmiennym profilem zdrowia psychicznego, ponieważ zazwyczaj pochodzą z różnych krajów i emigrują do Europy z różnych powodów: większość z nich przybywa z Maroka oraz krajów subsaharyjskich z powodów ekonomicznych (Bravo & Santos-González, 2017). Mając to na uwadze, możliwość uogólnienia wyników niniejszego przeglądu systematycznego na inne grupy ludności należącej do grupy URM w Europie jest wątpliwa. Niemniej w ramach niniejszego przeglądu zebrano nowe informacje, które pozwalają uzyskać pełniejszy obraz wyzwań związanych ze zdrowiem psychicznym, przed jakimi stoi obecnie ta szczególnie wrażliwa grupa społeczna.

4.1.12. Wnioski i perspektywy

Podsumowując, dzieci i młodzież z grupy URM, objęte najnowszymi badaniami dotyczącymi zdrowia psychicznego, były bardziej narażone na występowanie określonych zaburzeń w porównaniu z dziećmi i młodzieżą niepochodzącymi ze środowisk imigranckich. Główne diagnozy w tej populacji obejmowały zespół stresu pourazowego, lęk i depresję, przy czym liczba prób samobójczych i zgonów była wyższa niż w populacji przyjmującej. Zidentyfikowano wiele czynników ryzyka i czynników prognostycznych dotyczących wyników w zakresie zdrowia psychicznego tej grupy. Kraje przyjmujące muszą uwzględnić problemy związane ze zdrowiem psychicznym takich osób, z których wiele można złagodzić poprzez opracowanie interwencji psychologicznych mających na celu zapewnienie wyższego poziomu wsparcia społecznego i zmniejszenie poziomu codziennych trudności.

Dodatkowo należy zauważyć, że pandemia COVID-19 mogła mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży (Marqués de Miranda, da Silva, Sena Oliveira i Simoes-e-Silva, 2020; Solerdelcoll, Arango & Sugranyes, 2021), a efekt ten będzie prawdopodobnie jeszcze bardziej dotkliwy w grupach szczególnie narażonych, takich jak URM. Warto, aby mieli to na uwadze zarówno lekarze, jak i osoby podejmujące decyzje dotyczące polityki publicznej mającej wpływ na tę populację.

Finansowanie: IB otrzymała wsparcie od Instytutu Zdrowia im. Karola III przy hiszpańskim Ministerstwie Zdrowia (ISCIII, PI18/0242, INT19/00021), „Cofinanciado por la Unión Europea".
Dostępność danych: Dane zostaną udostępnione na żądanie.
Podziękowania: Podziękowanie kierowane są do ISCIII za grant INT19/00021 przyznany IB, panu R. Borrasowi za doradztwo statystyczne oraz panu A.D. Pierce'owi za pomoc redakcyjną w zakresie języka angielskiego. Dziękujemy również dr E. Höhne za uprzejme wyjaśnienie naszych wątpliwości dotyczących jego badania.

Artykuł ukazał się pierwotnie jako: Daniel-Calveras, A., Baldaquí, N., & Baeza, I. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, *133*, 105865. Przedruk za zgodą wydawcy.

Tłumaczenie: Dagmara Wolska

E-mail autorki korespondencyjnej: **ibaeza@clinic.cat** (I. Baeza)

Bibliografia

Ahmed, S.P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C.L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *15*, 11–25.

Alisic, E., Zalta, A.K., van Wesel, F., Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., & Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *204*(5), 335–340.

Amiri, D.K., Madsen, T., Norredam, M., Brande, S.E., Mittendorfer-Rutz, E., Nordentoft, M., & Erlansen, A. (2021). Suicide and suicide attempts among asylum-seekers in Denmark. *Archives of Suicide Research*, *26*(3), 1438–1448. https://doi.org/10.1080/13811118.2021.2011809

Andermann, L. (2010). Culture and the social construction of gender: Mapping the intersection with mental health. *International Review of Psychiatry*, *22*(5), 501–512.

Armitage, A.J., Cohen, J., Heys, M., Hardelid, P., Ward, A., & Eisen, S. (2022). Description and evaluation of a pathway for unaccompanied asylum-seeking children. *Archives of Disease in Childhood*, *107*(5), 456–460.

Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalder, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds, C.F., & Riemann, D. (2016). Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological Bulletin*, *142*(9), 969–990.

Bamford, J., Fletcher, M., & Leavey, G. (2021). Mental health outcomes of unaccompanied refugee minors: A rapid review of recent research. *Public Health*, *198*, 314–321. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34196826/

Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(4), 288–297.

Bergevin, A., Husain, M., Cruz, M., Blanc, C.L., Dieme, A., Girardin, M.L., Toujouse, C., Tkhayat, R.B., Slabab, S., Corseri, O., Maglorius, M., Vercamer, C., Eskander, E., Desselas, E., Lachaume, N., Garraffo, A., Sorge, F., Roux, E.L., Gaschignard, J., … Faye, A. (2021). Medical check-up of newly arrived unaccompanied minors: A dedicated pediatric consultation service in a hospital. *Archives of Pediatrics*, *28*(8), 689–695.

Björkenstam, E., Helgesson, M., Norredam, M., Sijbrandij, M., de Montgomery, C.J., & Mittendorfer-Rutz, E. (2020). Common mental disorders among young refugees in Sweden: The role of education and duration of residency. *Journal of Affective Disorders*, *274*, 116–123. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.038

Bravo, A., & Santos-González, I. (2017). Asylum-seeking children in Spain: Needs and intervention models. *Psychosocial Intervention*, *26*(1), 55–62.

Burchert, S., Alknemem, M.S., Bird, M., Carswell, K., Cuijpers, P., Hansen, P., Heim, E., Harper Shehadeh, M., Sijbrandij, M., Van't Hof, E., & Knaevelsrud, C. (2019). User-centered app adaptation of a low-intensity E-mental health intervention for Syrian refugees. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, Article 663.

Cavicchiolo, E., Manganelli, S., Girelli, L., Chirico, A., Lucidi, F., & Alivernini, F. (2020). Immigrant children's proficiency in the host country language is more important than individual, family and peer characteristics in predicting their psychological well-being. *Journal of Immigration and Minority Health*, *22*(6), 1225–1231.

Choleris, E., Galea, L.A.M., Sohrabji, F., & Frick, K.M. (2018). Sex differences in the brain: Implications for behavioral and biomedical research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *85*, 126–145.

Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2009). Can we improve our health by altering our social networks? *Perspectives on Psychological Science*, *4*(4), 375–378.

Council on Foreign Relations. (2021). *War in Afghanistan*. https://www.cfr.org/global-conflict-tracker/conflict/war-afghanistan

Council on Foreign Relations. (2022). *U.S. detention of child migrants*. https://www.cfr.org/backgrounder/us-detention-child-migrants

Egger, H.L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(3–4), 313–337.

Ehntholt, K.A., Trickey, D., Harris Hendriks, J., Chambers, H., Scott, M., & Yule, W. (2018). Mental health of unaccompanied asylum-seeking adolescents previously held in British detention centres. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *23*(2), 238–257.

Euractiv. (2015, November 11). *Afghan boys behind huge increase in unaccompanied minor migrants to EU*. https://www.euractiv.com/section/justice-home-affairs/news/afghan-boys-behind-huge-increase-in-unaccompanied-minor-migrants-to-eu/

European Commission. (2020). *EU strategy on the rights of the child (2021–24)*. https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12454-EU-strategy-on-the-rights-of-the-child-2021-24-_ca

European Commission. (2021). *Migration and asylum*. https://ec.europa.eu/info/topics/migration-and-asylum_en

European Migration Network. (2021). *Annual report on migration and asylum 2020*. European Commission. https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_en

European Parliament. (2020). *Exploring migration causes: Why people migrate*. https://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/world/20200624STO81906/exploring-migration-causes-why-people-migrate

European Union Agency for Asylum. (2022). *Asylum report 2020: Section 4 data*. https://euaa.europa.eu/asylum-report-2020/section-4-data-common-european-asylum-system

Eurostat. (2020). *Asylum applicants in the EU*. https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10774034/3-28042020-AP-EN.pdf/03c694ba-9a9b-1a50-c9f4-29db665221a8

Eurostat. (2022). *Children in migration – asylum applicants*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Children_in_migration_-_asylum_applicants#Unaccompanied_minors

Fazel, M., Reed, R.V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *The Lancet*, *379*(9812), 266–282.

Genton, P.C., Wang, J., Bodenmann, P., & Ambresin, A.E. (2019). Clinical profile and care pathways among unaccompanied minor asylum seekers in Vaud, Switzerland. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *33*(5). https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0140

Giannopoulou, I., Mourloukou, L., Efstathiou, V., Douzenis, A., & Ferentinos, P. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Greece living "in limbo". *Psychiatriki*. https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.074

Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). Access to healthcare for migrant patients in Europe: Healthcare discrimination and translation services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(15), Article 7901. https://doi.org/10.3390/ijerph18157901

Government of the Netherlands. (n.d.). *Asylum procedure*. https://www.government.nl/topics/asylum-policy/asylum-procedure

Gutman, L., Joshi, H., Parsonage, M., & Schoon, I. (2015). *Children of the new century: Mental health findings from the Millennium Cohort Study*. Centre for Mental Health. https://www.centreformentalhealth.org.uk/publications/children-new-century

Hagelund, A. (2020). After the refugee crisis: Public discourse and policy change in Denmark, Norway and Sweden. *Comparative Migration Studies*, *8*, Article 9. https://doi.org/10.1186/s40878-019-0169-8

Hanewald, B., Knipper, M., Fleck, W., Pons-Kühnemann, J., Hahn, E., Ta, T.M.T., Brosig, B., Gallhofer, B., Mulert, C., & Stingl, M. (2020). Different patterns of

mental health problems in unaccompanied refugee minors (URM): A sequential mixed method study. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, Article 1.

Hjern, A., & Kling, S. (2019). Health care needs in school-age refugee children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(21), Article 4255.

Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(7), 723–732.

Höhne, E., Banaschewski, T., Bajbouj, M., Böge, K., Sukale, T., & Kamp-Becker, I. (2021). Prevalences of mental distress and its associated factors in unaccompanied refugee minors in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01926-z

Höhne, E., van der Meer, A.S., Kamp-Becker, I., & Christiansen, H. (2020). A systematic review of risk and protective factors of mental health in unaccompanied minor refugees. *European Child & Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01678-2

Hollifield, M., Toolson, E.C., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Yamazaki, J., Woldehaimanot, T., & Holland, A. (2021). Distress and resilience in resettled refugees of war: Implications for screening. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(3), Article 1238.

Im, H., & Swan, L.E.T. (2020). Capacity building for refugee mental health in resettlement: Implementation and evaluation of cross-cultural trauma-informed care training. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *22*(5), 923–934.

Jakobsen, M., Meyer DeMott, M.A., Wentzel-Larsen, T., & Heir, T. (2017). The impact of the asylum process on mental health: A longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*, *7*(6), Article e015157.

Jensen, T.K., Skar, A.M.S., Andersson, E.S., & Birkeland, M.S. (2019). Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: Pre- and post-flight predictors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(12), 1671–1682.

Jensen, T.K., Skårdalsmo, E.M., & Fjermestad, K.W. (2014). Development of mental health problems - A follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *8*, Article 29.

Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krcza, E., Jank, R., Klerings, I., Szelag, M., Kerschner, B., Brattström, P., & Gartlehner, G. (2019). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European countries: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(10), 1295–1310.

Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, *118*(3), 482–495.

Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Pouliou, T., Murphy, S., Waters, E., Komro, K., Gibbs, L., Magnus, D., & Campbell, R. (2015). The World Health Organization's health promoting schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *15*, Article 130.

Laukamp, A., Prüfer-Krämer, L., Fischer, F., & Krämer, A. (2019). Health of Syrian unaccompanied asylum seeking adolescents (UASA) at first medical examination in Germany in comparison to UASA from other world regions. *BMC International Health and Human Rights*, *19*, Article 1.

Lázaro, L. (2020). Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables [Mental health, psychopathology and vulnerable populations]. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, *37*(3), 3–5.

Manhica, H., Almquist, Y., Rostila, M., & Hjern, A. (2017). The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: A national cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *26*(5), 526–534. https://doi.org/10.1017/S2045796016000445

Marques de Miranda, B., da Silva, A.B., Sena Oliveira, A.C., & Simões-e-Silva, A.C. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, *51*, Article 101845.

Migrationsverket. (n.d.). *Applying for asylum*. https://www.migrationsverket.se/English/Private-individuals/Protection-and-asylum-in-Sweden/Applying-for-asylum/Asylum-regulations.html

Ministry of Immigration and Integration Denmark. (2019). *International migration Denmark: SOPEMI report 2019*. https://integrationsbarometer.dk/tal-og-analyser/filer-tal-og-analyser/arkiv/SOPEMI2019.pdf

Mittendorfer-Rutz, E., Hagström, A., & Hollander, A.C. (2020). High suicide rates among unaccompanied minors/youth seeking asylum in Sweden. *Crisis*, *41*(4), 314–317.

Mohwinkel, L.M., Nowak, A.C., Kasper, A., & Razum, O. (2018). Gender differences in the mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *BMJ Open*, *8*(7), Article e022389.

Müller, L.R.F., Büter, K.P., Rosner, R., & Unterhitzenberger, J. (2019). Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: A cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *13*, Article 8.

Müller, L.R.F., Gossmann, K., Hartmann, F., Büter, K.P., Rosner, R., & Unterhitzenberger, J. (2019). 1-Year follow-up of the mental health and stress factors in asylum-seeking children and adolescents resettled in Germany. *BMC Public Health*, *19*, Article 1388.

Norredam, M., Nellums, L., Nielsen, R.S., Byberg, S., & Petersen, J.H. (2018). Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark: A nation-wide register-based cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(4), 439–446.

O'Higgins, A., Ott, E.M., & Shea, M.W. (2018). What is the impact of placement type on educational and health outcomes of unaccompanied refugee minors? A systematic review of the evidence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *21*(3), 354–365.

Oppedal, B., Ramberg, V., & Røysamb, E. (2020). The asylum-process, bicultural identity and depression among unaccompanied young refugees. *Journal of Adolescence*, *85*, 59–69.

Pfeiffer, E., Behrendt, M., Adeyinka, S., Devlieger, I., Rota, M., Uzureau, O., Verhaeghe, F., Lietaert, I., & Derluyn, I. (2022). Traumatic events, daily stressors and posttraumatic stress in unaccompanied young refugees during their flight: A longitudinal cross-country study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *16*, Article 26.

Pfeiffer, E., Sachser, C., Tutus, D., Fegert, J.M., & Plener, P.L. (2019). Trauma-focused group intervention for unaccompanied young refugees: "Mein Weg"-predictors of treatment outcomes and sustainability of treatment effects. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *13*, Article 18.

Phillips, J.A., & Hempstead, K. (2017). Differences in U.S. suicide rates by educational attainment, 2000–2014. *American Journal of Preventive Medicine*, *53*(4), e123–e130.

Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., & Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(3), 345–365.

Pompili, M., Vichi, M., Qin, P., Innamorati, M., De Leo, D., & Girardi, P. (2013). Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1–3), 437–440.

Posselt, M., Eaton, H., Ferguson, M., Keegan, D., & Procter, N. (2019). Enablers of psychological well-being for refugees and asylum seekers living in transitional countries: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, *27*(4), 808–823. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30417476/

Pozzi, M., Ferrentino, R.I., Scrinzi, G., Scavone, C., Clementi, E., Radice, S., & Molteni, M. (2020). Weight and body mass index increase in children and adolescents exposed to antipsychotic drugs in non-interventional settings: A meta-analysis and meta-regression. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(10), 1329–1341. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32617775/

Procter, N.G., Kenny, M.A., Eaton, H., & Grech, C. (2018). Lethal hopelessness: Understanding and responding to asylum seeker distress and mental deterioration. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(1), 448–454.

Sarkadi, A., Bjärtå, A., Leiler, A., & Salari, R. (2019). Is the Refugee Health Screener a useful tool when screening 14-to 18-year-old refugee adolescents for emotional distress? *Journal of Refugee Studies*, *32*(1), i141–i150.

Scharpf, F., Kaltenbach, E., Nickerson, A., & Hecker, T. (2021). A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, *83*, Article 101930.

Schock, K., Rosner, R., & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*(1), Article 26286.

Sengupta, A. (2016). Central Asia. In A. Triandafyllidou (Ed.), *Migrant smuggling data and research: A global review of the emerging evidence base* (Vol. 2, pp. 45–63). International Organization for Migration.

Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ*, *350*, Article g7647. https://doi.org/10.1136/bmj.g7647

Sierau, S., Schneider, E., Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2019). Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(6), 769–780.

Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, *170*(4), 351–357.

Solberg, Ø., Nissen, A., Vaez, M., Cauley, P., Eriksson, A.K., & Saboonchi, F. (2020). Children at risk: A nation-wide, cross-sectional study examining post-traumatic stress symptoms in refugee minors from Syria, Iraq and Afghanistan resettled in Sweden between 2014 and 2018. *Conflict and Health*, *14*, Article 67.

Solberg, Ø., Vaez, M., Johnson-Singh, C.M., & Saboonchi, F. (2020). Asylum-seekers' psychosocial situation: A diathesis for post-migratory stress and mental health disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, *130*, Article 109914. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109914

Solerdelcoll, M., Arango, C., & Sugranyes, G. (2021). Calling for the integration of children's mental health and protection into COVID-19 responses. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *14*(2), 113–116.

Stotz, S.J., Elbert, T., Müller, V., & Schauer, M. (2015). The relationship between trauma, shame, and guilt: Findings from a community-based study of refugee minors in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*(1), Article 25863.

Tolin, D.F., & Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, *132*(6), 959–992.

Triantafyllou, K., Othiti, I., Xylouris, G., Moulla, V., Ntre, V., Kovani, P., Gertsou, I., & Anagnostopoulos, D. (2018). Mental health and psychosocial factors in young refugees, immigrants and Greeks: A retrospective study. *Psychiatriki*, *29*(3), 231–239. https://doi.org/10.22365/jpsych.2018.293.231

Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*(4), 377–387. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16758315/

UNHCR. (2020). *UNHCR resettlement handbook*. https://www.unhcr.org/protection/resettlement/46f7c0ee2/unhcr-resettlement-handbook-complete-publication.html

UNHCR. (2021). *Global trends: Forced displacement in 2020*. https://www.unhcr.org/60b638e37/unhcr-global-trends-2020

UNICEF. (2020). *Latest statistics and graphics on refugee and migrant children*. https://www.unicef.org/eca/emergencies/latest-statistics-and-graphics-refugee-and-migrant-children

UNICEF, UNHCR, & IOM. (2020). *Factsheet on refugee and migrant children Jan–June 2020*. https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org.eca/files/2021-03/UNHCR-UNICEF-IOM%20Factsheet%20on%20refugee%20and%20migrant%20children%20Jan-June%202020.pdf

United States Department of State. (2018, June 28). *Trafficking in persons report - Afghanistan*. Refworld. https://www.refworld.org/docid/5b3e0bc5a.html

van Os, C., Zijlstra, A.E., Knorth, E.J., Post, W.J., & Kalverboer, M.E. (2018). Recently arrived refugee children: The quality and outcomes of best interests of the child assessments. *International Journal of Law and Psychiatry*, *59*, 20–30.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(4), 661–671.

Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *23*(5), 337–346.

von Werthern, M., Grigorakis, G., & Vizard, E. (2019). The mental health and wellbeing of unaccompanied refugee minors (URMs). *Child Abuse & Neglect*, *98*, Article 104146.

Wells, G., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2013). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. Ottawa Hospital Research Institute. https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

World Health Organization. (2020). *Maternal and child mental health*. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/

Zijlstra, A.E., Menninga, M.C., van Os, E.C.C., & Kalverboer, M.E. (2020). They ask for protection: An exploratory study into experiences with violence among unaccompanied refugee children in Dutch reception facilities. *Child Abuse & Neglect*, *103*, Article 104442.

Zijlstra, E., Menninga, M.C., Van Os, E.C.C., Rip, J.A., Knorth, E.J., & Kalverboer, M.E. (2019). 'There is no mother to take care of you': Views of unaccompanied children on healthcare, their mental health and rearing environment. *Residential Treatment for Children & Youth*, *36*(2), 118–136.

Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review

Background: *Nearly half of the refugee and asylum seeking population in Europe is under the age of 18, and many of these individuals are unaccompanied children and adolescents. Objective: The aim of this systematic review is both to summarize findings regarding the prevalence of mental health disorders among unaccompanied refugee minors (URM) in European countries since the last available systematic review (October 2017), and to describe associated risk factors.*

Methods: *Five databases were systematically searched for articles published between October 1, 2017 and May 1, 2022.*

Results: *The findings from 23 studies conducted in 9 countries which examined 80,651 child and adolescent URM are explained. Afghanistan was the most common country of origin in the majority of studies and >75% of the subjects were boys. Most of the studies (N = 13, 56.5%) assessed posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence. We found a high prevalence of mental health disorders among URM children and adolescents, which varied considerably between studies, ranging from 4.6% to 43% for (PTSD), 2.9% to 61.6% for depression, 32.6% to 38.2% for anxiety and 4 to 14.3% for behavioral problems. Two studies looking at suicide attempts and deaths, also observed higher rates in URM compared to the host population of the same age. The studies looking at mental health risk factors suggest that levels of social support in the host country, rearing environment, and other factors are associated with psychopathology. Moreover, a meta-analysis of four studies regarding PTSD in URM and accompanied refugee minors (ARM) showed a lower prevalence among ARM: -1.14 (95% CI:-1.56—0.72).*

Conclusions: *PTSD, depression and anxiety are the most prevalent problems among the URM population in Europe. Early intervention in host countries is needed in order to improve mental health outcomes for this vulnerable population and avoid possible neglect.*

Keywords:
relational trauma; child abuse; attachment; therapeutic relationship; child psychotherapy

Cytowanie:
Daniel-Calveras, A., Baldaquí, N., Baez, I. (2026). Zdrowie psychiczne małoletnich uchodźców przybywających do Europy bez opiekunów: przegląd systematyczny. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 25(3), 216–259.

Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

Fundusz Sprawiedliwości
Ministerstwo Sprawiedliwości
Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości