

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI**

**ÇOCUK MERKEZLİ OYUN TERAPİSİNİN
ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN DAVRANIŞ
SORUNLARININ ÇÖZÜMÜNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Mehmet TEBER

İstanbul, 2015

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI

**ÇOCUK MERKEZLİ OYUN TERAPİSİNİN
ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN DAVRANIŞ
SORUNLARININ ÇÖZÜMÜNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Mehmet TEBER

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Şaziye Senem Başgöl

İstanbul, 2015

Tez Etik ve Bildirim Sayfası

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Çocuklarda Görülen Davranış Sorunlarının Çözümüne Etkisi” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.



03.07.2015

Mehmet TEBER

İmza

ONAY

Mehmet TEBER tarafından hazırlanan “Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Çocuklarda Görülen Davranış Sorunlarının Çözümüne Etkisi” konulu bu çalışma, 03/07/2015 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda jüri tarafından oybirliği ile başarılı bulunmuş ve yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

	Adı Soyadı	İmza
TEZ DANIŞMANI	Yrd. Doç. Dr. Şaziye Senem Başgöl
JÜRİ ÜYESİ	Yrd. Doç. Dr. İtir Tarı Cömert
JÜRİ ÜYESİ	Yrd. Doç. Dr. Neslihan Arıcı Özkan

ÖNSÖZ

Oyun çocuğun en temel ihtiyaçlarından biridir. Çocuklar oyun yolu ile birçok gelişim alanında gelişim sağladığı gibi oyun yolu ile aynı zamanda birçok sorunların da üstesinden gelebilmektedir. Oyunun psikolojik olarak iyileştirici yönü ile ilgilenen terapi alanı oyun terapisi'dir. Oyun Terapisi 1900'lü yılların başından itibaren kullanılmaya başlanan bir terapi yaklaşımıdır ve çocuklarda görülen davranış sorunlarının ve psikolojik sorunlarının çözümünde etkili bir yöntemdir.

Türkiye'de yeni gelişmekte olan ve üzerine yeni yeni araştırmaların arttığı bir alandır. Oyun Terapisi'nin birçok yaklaşımı bulunmaktadır. Bunlardan biri de Çocuk Merkezli Oyun Terapisi'dir. Bu çalışmada Çocuk Merkezli Oyun Terapisi'nin 6-10 yaş arasındaki çocuklarda görülen davranış sorunlarına etkisi incelenmiştir.

Bu çalışma süresince bana desteğini her zaman sunan ve yol göstericim olan tez danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Şaziye Senem Başgül'e teşekkürlerimi sunuyorum. Ayrıca tez süresince yanımda olan ve bana destek olan eşime, mesai arkadaşlarım Muhammet Genç ve Ramazan Uslu'ya da minnettarım. Verilerin hazırlanması konusunda emeği geçen Esra Korkmaz'a da teşekkür borçluyum. En büyük teşekkürlerden birisini bana çocuklarını getiren ailelere ve benimle oynayarak hayatımı ve mesleğimi zenginleştiren çocuklara borçluyum.

Umarım bu çalışma oyun terapisi alanında çalışma yapmak isteyen birçok araştırmacıya ilham verir.

ÖZET

Oyun terapisinin birçok çeşidi vardır. Bunlardan biri de Çocuk Merkezli Oyun Terapisidir. Bu çalışma kapsamında Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarının çözümüne etkisi incelenmiştir.

Araştırma kapsamında İstanbul'da 6-10 yaş arasındaki 30 çocuğa Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanmıştır. Örneklem özel danışmanlık merkezine başvuran çocuklar arasından seçilmiştir. Araştırmada öntest-sontest deseni kullanılmıştır.

Çocukların davranış sorunları araştırma öncesinde ve sonrasında 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) kullanılarak ölçülmüştür. Elde edilen veriler bağımlı t testi ve wilcoxon testi ile analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarını ve psikolojik sorunları azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Oyun, oyun terapisi, çocuk merkezli oyun terapisi, ÇDDÖ, çocuk, davranış sorunları, psikolojik sorunlar.

ABSTRACT

There are many type of play therapy. One of them is Child-Centered Play Therapy. In this research the effect of Child-Centered Play Therapy on children's problematic behaviors is analysed.

As a part of research Child-Centered Play Therapy is implemented 30 children between age 6-10. Sample were chosen from who admitted to private counseling center in Istanbul. In this research pretest-posttest research desing is used.

Children's problematic behaviors is measured before and after the research by Child Behavioral Check List (CBCL). The data ise analysed paired-samples t test and wilcoxon test. As a result, it is founded that Child-Centered Play Therapy is an effective method on childrens problematic behaviors and psychological problems.

Keywords: Play, play therapy, child centered play therapy, CBCL, child, problematic behaviors, psychological problems

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TABLO LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiv
KISALTMA VE SİMGELER	xv
BÖLÜM I GİRİŞ	1
1.1. Çocuk ve Oyun	2
1.1.1. Çocuk ve Çocukluk	2
1.1.2. Çocukluk Döneminde Oyun ve Oyunun Önemi.....	2
1.2. Oyun Terapisi	6
1.2.1. Oyun Terapisi Nedir?	6
1.2.2. Oyun Terapisi Tarihi	6
1.2.3. Türkiye’de Oyun Terapisi	10
1.3. Oyun Terapisi Çeşitleri.....	13
1.3.1. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi	13
1.3.2. Deneyimsel Oyun Terapisi	15
1.3.3. Gelişimsel Oyun Terapisi	18
1.3.4. Theraplay	21
1.3.5. Kum Terapisi	23
1.3.6. Psikanalitik Oyun Terapisi	24
1.3.7. Kukla Terapisi	28
1.3.8. Oyun Terapisi Araştırmaları.....	31
1.3.8.1. Dünyada Oyun Terapisi Araştırmaları	31
1.3.8.2. Türkiye’de Oyun Terapisi Araştırmaları.....	35
1.4. Çocuklarda Görülen Ruhsal Bozukluklar	37

1.4.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	37
1.4.2. Karşıt Gelme Bozukluğu	38
1.4.3. Davranım Bozukluğu.....	38
1.4.4. Beslenme Bozukluğu.....	38
1.4.5. Pika	38
1.4.6. Tik Bozuklukları.....	39
1.4.7. Enürezis	39
1.4.8. Enkoprezis	39
1.4.9. Ayrılma Anksiyetesi.....	39
1.4.10. Seçici Konuşmazlık	39
1.4.11. Tepkisel Bağlanma Bozukluğu.....	40
1.4.12. Çocukluk Çağı Depresyonu.....	40
1.4.13. Özgül Fobi	40
1.4.14. Sosyal Kaygı Bozukluğu	40
1.4.15. Yaygın Kaygı Bozukluğu	41
1.4.16. Obsesif-Kompulsif Bozukluk.....	41
1.4.17. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	41
1.5. Araştırmanın Amacı.....	42
1.6. Araştırmanın Önemi	42
1.7. Araştırmanın Hipotezleri	42
1.8. Sınırlılıklar	42
1.9. Varsayımlar.....	43
BÖLÜM II YÖNTEM	44
2.1. Araştırma Yöntemi	44
2.2. Araştırma Örnekleme	44
2.2.1. Örneklem Grubunun Demografik Özellikleri.....	45
2.3. Verilerin Toplanması	47
2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	47

2.4.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	47
2.4.2. Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği.....	47
2.5. İşlem	50
2.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	51
BÖLÜM III BULGULAR	52
3.1. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Alt Testlerine Ait Bulgular	52
3.1.1. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testine Ait Bulgular	52
3.1.2. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon Alt Testine Ait Bulgular	53
3.1.3. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testine Ait Bulgular	54
3.1.4. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Kurallara Karşı Gelme Alt Testine Ait Bulgular	55
3.1.5. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testine Ait Bulgular	56
3.1.6. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testine Ait Bulgular	57
3.1.7. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testine Ait Bulgular	58
3.1.8. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testine Ait Bulgular	59
3.2. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Alt Testlerine Ait Bulgular	60
3.2.1. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular	60
3.2.2. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular	61
3.2.3. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular	62
3.2.4. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli DEHB Alt Testine Ait Bulgular	63

3.2.5. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular	64
3.2.6. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular	65
3.3. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Alt Testlerine Ait Bulgular	66
3.3.1. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testine Ait Bulgular	66
3.3.2. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testine Ait Bulgular	67
3.3.3. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testine Ait Bulgular	68
3.4. Araştırmaya Katılan Çocukların İçe Yönelim ve Dışa Yönelim Alt Testlerine Ait Bulgular	69
3.4.1. Araştırmaya Katılan Çocukların İçe Yönelim Alt Testine Ait Bulgular	69
3.4.2. Araştırmaya Katılan Çocukların Dışa Yönelim Alt Testine Ait Bulgular	70
3.4. Araştırmaya Katılan Çocukların CBCL/6-18 Testine Ait Bulgular	71
BÖLÜM IV TARTIşMA VE YORUM	76
BÖLÜM V SONUÇ VE ÖNERİLER	80
5.1. Sonuç	80
5.2. Öneriler	81
EKLER	82
EK-1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu	82
EK-2: 6-18 Yaş Çocuklar ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği.....	83
EK-3: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği/6-18 Alt Ölçek Maddeleri ve Ölçek Değerlendirme Normları.....	86
EK-4: Onay Formu	89
KAYNAKÇA	90
ÖZGEÇMİş	97

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı	45
Tablo 2. Katılımcıların Yaş Durumlarına Göre Dağılımı.....	45
Tablo 3. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	46
Tablo 4. Katılımcıların Aldıkları Seans Sayısına Göre Dağılımı	46
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	52
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	53
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Sosyal İçerik Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları.....	53
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Sosyal İçerik Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	54
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	54
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	55
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Kurallara Karşı Gelme Alt testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları.....	55
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Kurallara Karşı Gelme Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	56
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	56
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	57

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	57
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	58
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	58
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	59
Tablo 19. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	59
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Çocukların Amprik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	60
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	60
Tablo 22. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	61
Tablo 23. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	61
Tablo 24. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	62
Tablo 25. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	62
Tablo 26. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	63
Tablo 27. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	63
Tablo 28. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	64

Tablo 29. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	64
Tablo 30. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	65
Tablo 31. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	65
Tablo 32. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	66
Tablo 33. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	66
Tablo 34. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	67
Tablo 35. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	67
Tablo 36. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	68
Tablo 37. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	68
Tablo 38. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması.....	69
Tablo 39. Araştırmaya Katılan Çocukların İçe Yönelim Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	69
Tablo 40. Araştırmaya Katılan Çocukların İçe Yönelim Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	70
Tablo 41. Araştırmaya Katılan Çocukların Dışa Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	70
Tablo 42. Araştırmaya Katılan Çocukların Dışa Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	71

Tablo 43. Araştırmaya Katılan Çocukların CBCL/6-18 testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları	71
Tablo 44. Araştırmaya Katılan Çocukların CBCL/6-18 Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması	72
Tablo 45. Genel Sonuçların Türkiye Normları İle Araştırma Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 46. Amprik Temelli Alt Testler Türkiye Normları İle Araştırma Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	73
Tablo 47. DSM Yönelimli Alt Testler Türkiye Normları İle Araştırma Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	74
Tablo 48. 2007 Alt Testlerin Türkiye Normları İle Araştırma Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	75
Tablo 49. ÇDDÖ/6-18 Amprik Temelli Alt Testler ve Maddeleri.....	86
Tablo 50. ÇDDÖ/6-18 DSM Yönelimli Alt Testler ve Maddeleri.....	86
Tablo 51. ÇDDÖ/6-18 2007 Alt Testleri ve Maddeleri.....	87
Tablo 52. Türkiye’de 6-11 Yaş Çocuklarının Amprik Temelli Alt Testlerin Test Toplum ve Klinik Ortalama Puanları	87
Tablo 53. Türkiye’de 6-11 Yaş Çocuklarının DSM Yönelimli Alt Testlerin Toplum ve Klinik Ortalama Puanları.....	88
Tablo 54. Türkiye’de 6-11 Yaş Çocuklarının 2007 Alt Testlerin Toplum ve Klinik Ortalama Puanları	88

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. CBCL/6-18 İçe Yönelim ve Dışa Yönelim Alt Testleri..... 49



KISALTMA VE SİMGELER

APT	: Association for Play Therapy
CBCL	: Child Behavioral Check List
ÇDDÖ	: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği
ÇMOT	: Çocuk Merkezli Oyun Terapisi
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DOT	: Deneyimsel Oyun Terapisi
GOT	: Gelişimsel Oyun Terapisi
N	: Denek Sayısı
Ort.	: Aritmetik Ortalama
S.D.	: Standart Sapma
Z	: z puanı
S.O.	: Sıra ortalaması
S.T.	: Sıra Toplamı
p	: Anlamlılık Değeri
vb.	: Ve benzeri
akt.	: Aktaran

BÖLÜM I

GİRİŞ

Çocuklar, dünyamızın önemli bir parçasıdır. Bununla birlikte çocukların sosyal politikalar ve insan düşüncesinde önemli yer edinmesi 19. yüzyılla birlikte olmuştur. Öncelerinde çocukların ihtiyaçlarına odaklanmış olan anlayış yerini çocukların haklarının gündeme geldiği bir anlayışa dönüşmüştür (Ercan, 2011). Önceki yüzyıllarda çocukların eğitimi iyi bir yurttaş yetiştirmek gayesi ile planlanmıştır. Çocukların eğitimi zamanla çocuğun yeteneklerini keşfetmek gayesi ile yapılmaya başlamıştır (Yavuzer, 2005). Sosyo-politik programlarda kendine yer bulamayan çocuk ve çocukluk anlayışı geride kalmıştır. Çocuklara yönelik eğitim politikaları, sosyal politikalar hızla artmıştır. Çocuk bilim dünyasında ayrı bir varlık olarak ele alınmaya başlamış çocuklar hakkında üretilen kuramlar ve araştırmalar hızla artmıştır. Birleşmiş Milletler'in Çocuk Hakları Sözleşmesi ile bu süreç hızlanmıştır.

Oyun dünyada çocuklar var olduğundan beri var olan bir olgudur. Çocuklar vakitlerinin büyük çoğunluğunu oyun ile geçirirler. Çocuklar için oyunun önemine dair sözler, ilk düşünür ve filozoflar tarafından ifade edilmiştir. Oyunun eğitim amaçlı kullanımı 1900'lü yıllarda olmuştur. Çocukların beden terbiyesi için kullanılan oyun, terapi yaklaşımlarının gelişmesi ile birlikte çocuk terapilerinde de yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır.

Psikanalitik oyun terapisi ile başlayan oyun terapisi serüveni günümüzde Theraplay gibi yeni nesil oyun terapisi yaklaşımları ile devam etmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından belirlenen çocukluk dönemi ruhsal bozuklukların tedavisinde oyun terapisi etkili bir yöntemdir.

Türkiye'de oyun terapisinin kullanımı ise yenidir. Bu alanda özellikle 2000'li yılların sonunda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Oyun terapisi alanındaki bilimsel araştırmalar ise kısıtlıdır. Bu çalışmada oyun terapisinin etkinliğini ölçen bir çalışmadır. Araştırma kapsamında Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin çocuklarda görülen davranış problemlerinin üzerindeki etkisi incelenmiştir.

1.1. Çocuk ve Oyun

1.1.1. Çocuk ve Çocukluk

Çocuk konusu ilk çağ filozoflarından bu yana eğitimcilerin ve düşünürlerin ilgi alanında olmuştur. Önceleri iyi bir yurttaş yetiştirmek için çocuğun eğitilmesi gündeme gelmiştir. Platon çocukların yeteneklerine uygun eğitimin faydalı olacağına değinirken, aynı vurguyu çocuk konusunda ilk incelemelerde bulunan Comenius'ta yapmıştır. Rousseau'ın Emile kitabında çocuk eğitimde çocukların arzu ve dürtülerinden yola çıkmak gerektiğine değinmiştir. Pestalozzi'nin 1774 yılında kendi çocuğu üzerinde yaptığı gözlemler çocuk psikoloji konusunda yapılan ilk bilimsel çalışmalardandır. Sonrasında Teidemann, Darwin, Preyer çocuk psikolojisi araştırmalarına öncülük etmiştir (Yavuzer, 2005).

Çocuk konusu zamanla Birleşmiş Milletler'in de gündemine girmiştir. Çocukların hakları konusunda yapılan çalışmalar kapsamında kime çocuk denileceğine karar verilmiştir. Birleşmiş Milletler 18 yaş altındaki her kişiyi çocuk olarak tanımlamıştır (Birleşmiş Milletler, 1989) Çocuk Hakları Sözleşmesi Birleşmiş Milletler tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilmiştir. 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmeyi Türkiye dahil olmak üzere 193 ülke kabul etmiş ve onaylamıştır. Sözleşmeyle çocuk haklarının korunması amaçlanmış ve taraf devletlerin bu hakların yaşama geçirilmesi için yükümlülüklerine uymaları gerektiği hükme bağlanmıştır. Bu sözleşmenin ilk maddesinde çocukta tanımlanmış ve (Yavuzer, 2005) 18 yaşın altındaki her kişi çocuk olarak kabul edilmiştir. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin 31. maddesinde çocukların dinlenme ve oyun oynama hakkına sahip oldukları belirtilmiştir (Birleşmiş Milletler, 1989).

Çocukluk dönemi 18 yaşa kadar olan zamanı kapsamakla birlikte, gelişim uzmanları çocukluğu temel olarak 3 dönemde ele almışlar. 0-2 yaş bebeklik dönemi olarak adlandırılırken, 2-12 yaş dönem çocukluk dönemi, 12 yaş üstü dönem ise ergenlik dönemi olarak adlandırılmıştır (Bee ve Boyd, 2009).

1.1.2. Çocukluk Döneminde Oyun ve Oyunun Önemi

Türk Dil Kurumu oyunu “yetenek ve zeka geliştirici, belli kuralları olan, iyi vakit geçirmeye yarayan eğlence” olarak tanımlamıştır (Türk Dil Kurumu). Yavuzer oyunu sonucu düşünülmeden eğlenmek amacıyla yapılan aktivite olarak tanımlamıştır

(Yavuzer, 2005). Bu açıdan bakıldığında oyun işin karşıtı olarak düşünülebilir. İşte daha çok bir sonuç varken oyunda daha çok önemli olan süreçtir, eğlenmektir.

Sadrettin Celal Antel, Türkiye Cumhuriyeti'nde yeni harflerle ilk pedagoji kitabını yazan kişi olarak bilinmektedir. Antel Pedagoji isimli bu eserinde çocuğun yeteneklerinin ve yetilerinin inkişafı için doğal olarak oyuna yöneldiğini belirtir. Oyunun ciddi hayata hazırlık müsameresi olduğuna değinir. Bir çocuğun geleceğinde erkek ve kadın olabilmesi için uzun seneler veya kadın oyunu oynamalarına ihtiyacı olduğundan bahseder. Antel kitabında oyunlarını temel olarak üç gruba ayırır. Bir yaşına kadar olan oyunlara hassi oyunlar, dört-beş yaşına kadar devam eden oyunlara hareki oyunlar adını verir. Daha sonra ruhi oyunlar başlar. Onlar da fikir ve his oyunları diye iki gruba ayrılır (Antel, 1931).

Türkiye'deki ilk pedagoji uzmanlarından biri olan Hasip Ahmet Aytuna, iş ve oyunun ayrımını yaparken işin daha çok dış etkenlerle (geçim kaygısı, ihtiyaçlarını karşılama zorunluluğu vb.) yapıldığını ve çocuktaki oyun arzusunun dış bir faktör ile değil içeriden geldiğini söylemiştir. İşte bir dereceye kadar mecburiyet olduğuna değinen Aytuna oyunda ise hiç bir mecburiyetin olmadığını belirtmiştir (Aytuna, 1932).

Bühler (1928), Piaget'ten yıllar önce oyunu beş grupta toplamıştır. Bühler çocuğun bebeklik yıllarında kendi bedeni ile oynamasını, yakalama, sallama oyunlarını 'işlevsel oyun' olarak nitelemiştir. İşlevsel oyunu "yapısal oyun" takip etmektedir. Bu oyunda çocuk üst üste bloklar dizmekte, kumdan kaleler yapmaktadır. Çocuğun kalemle resim yapması, oyuncakları takip çıkarması yapısal oyun içinde değerlendirilmektedir. Üçüncü oyun grubu olarak "illüzyon" oyunlarından bahsetmektedir. Bu oyun Piaget'in sembolik oyun tanımı ile eşdeğerdir. Çocuk bir tahta parçasını araba yapıp onunla oynayabilmektedir. İllüzyon oyunlarının üst düzeyi, ileri aşaması rol oyunlarıdır. Rol oyununda çocuk anne-baba, öğretmen, ya da bir hayvan olup o rol içinde oynayabilmektedir. İşlevsel oyunun, üst aşaması olan yapısal oyunun daha üst aşaması kurallı oyunlardır. Kurallı oyunda çocuk kuralları olan, yapılandığı bir oyunu sosyal grupla oynar (akt. Özdoğan, 2009).

Piaget (1945), çocukta oyun gelişiminin üç aşamada gerçekleştiğini belirtmiştir. Piaget çocuğun 18 aya kadar elleri, ayakları ile oynama, diğerlerinin davranışlarını taklit etme gibi oyunları 'alıştırmalı oyun' olarak tanımlamıştır. İkinci aşamada çocuk 'sembolik oyun' oynamaktadır. Bu aşamada çocuk bir sopayı at yapabilmektedir. 2-6

yaş arasındaki sembolik oyun dönemini kurallı oyunun takip ettiğine değinen Piaget, 7 yaşından sonra çocukların, ‘cezalı, kurallı oyun’ oynamaya başladığını belirtmiştir. Bu oyun Piaget’e göre 12 yaşına kadar devam etmektedir (akt. Yavuzer, 2005).

Smilansky (1968), ise oyunu dört kategoride toplamış, Bühler’in rol oyununu sembolik oyun içinde değerlendirmiş ve şu dört kategoriyi belirlemiştir: işlevsel oyun, yapısal oyun, dramatik veya sembolik oyun, kurallı oyun (akt, Smith, 1986).

Oyun çocuklar için doğal bir süreçtir ve çocuk denildiğinde akla oyun gelmektedir. Landreth oyunun çocuklar için doğallığını “Kuşlar uçar, balıklar yüzer ve çocuklar oynar.” cümlesi ile ifade etmiştir. Landreth’e göre oyun çocukların doğal iletişim aracıdır. Oyun çocuğun kendini ifade etmek için kullandığı sembolik bir dildir. Landreth, oyunun aslında her zaman ve her yerde tek adresi olduğunu da belirtmiştir (Landreth, 2011).

Oyun çocuğun doğal bir iletişim dili olduğu gibi çocuğa birçok katkı sağlar. Murphy, oyunun çocukların kim olduğunu anlamaya katkı sağladığını, keşif yapmasına vesile olduğunu, sözcük dağarcığını güçlendirdiğini ve ilişkilerini geliştirdiğine değinmiştir. Murphy aynı zamanda oyunun çocuğun beyin devlerini geliştirdiğini; bilişsel, duyuşsal ve fiziksel olarak tüm alanlarda gelişimlerinde katkı sağladığını belirtmiştir. Bunun yanında çocuklar oyunda birçok karmaşık becerileri de öğrenmektedir (Murphy, 2009). Jones (2008), oyunun çocuk gelişiminde aldığı gıdalar kadar önemli bir yer tuttuğuna inanmaktadır.

Ülkemizde çocuk ve oyun hakkındaki en kapsamlı kitaplardan birini yazmış olan Özdoğan, çocukların iki yaşlarından itibaren sembolik oyun oynamaya başladığını belirtmiştir. Bu yaştan önceki oyunlar daha çok harekete ve etkileşime dayanan oyunlardır. 2 yaşından sonra çocuklar hayal güçlerinin yardımı ile oyuncaklar yolu bir fantezi kurup fantezi ya da sembolik oyun oynayabilirler (Özdoğan, 2009).

Özdoğan oyunun çocuklar için katkılarına değinirken çocukların oyun yoluyla zihinsel faaliyetlerde bulunduğuna ve mantıklı düşünceye oyun yolu ile geçtiğine değinmiştir. Oyunun sosyal gelişim rolüne de değinen Özdoğan, çocuğun oyuna uyum sağlayabilmek için birçok sosyal beceriyi geliştirdiğini belirtmiştir. Çocuk sosyal ortamda kullanacağı birçok davranış biçimini oyunda denemektedir. Çocuklar, oyun içinde farklı roller üstlenerek hem rolleri deneyimlemiş, hem de başka rollerin bakış açılarını öğrenmiş olurlar (Özdoğan, 2009).

Oyunun çocuklar için artılarına uzun olarak değinen Süslü, oyun yoluyla çocukların, yaratıcı düşünmeyi öğrendiğini; oyunun kendi başına karar vermeyi geliştirdiğini, sorumluluk almayı öğrettiğini, hayal gücünü ve plan yapma becerisini geliştirdiğini aktarmıştır. Oyunun dikkati bir yere toplama, kas gelişimini hızlandırma, çevreyi araştırma ve problem çözme yeteneğini geliştirme, toplu yaşam için gerekli olan kuralları öğrenme, işbirliği yapma ve paylaşmayı öğrenme konusunda oldukça faydaları bulunmaktadır. Aynı zamanda oyun yolu ile çocuklar kendini tanımakta, özgürlüğü deneyimlemekte, değişik sosyal rolleri deneme imkanı bulmaktadır (Süslü, 2014).

Özdoğan, oyunun çocuk için sağaltıcı ve iyileştirici bir rolü olduğuna da değinmiştir. “Oyun gelişim alanı olduğu kadar aynı zamanda bir psikolojik tedavi alanıdır. Tedavi konusunda oyunun rolünü kanıtlayan ve oldukça keskin sonuca varmış olan araştırmalar bulunmaktadır.” demiş ve oyunun iyileştiriciliğini şöyle açıklamıştır:

“Çocuk oyunlarda yaşadığı zor yaşantıları tekrar yaşar. Yetişkinlerin yaşadığı zor yaşantıları tekrar tekrar konuşurlar, bu geçmiş yaşantıları ile uygun çözüm yolu buluncaya kadar ilgilenirler. Çocuklar da zor yaşantılardan, oyun yolu ile üstesinden gelir. Eğer çocuk yasak olan bir şeyi yaptığı için annesi tarafından cezalandırılırsa, kırgınlık ve suçluluk duygusunun üzerinden oyunla gelir” (Özdoğan, 2009).

Çocuklar oyun terapisi sürecinde oyuncaklarla duygu ve ihtiyaçlarını ifade ederler. Çocuklar oyun terapisinde dil becerisinin yerine sembolik oyun yeteneklerini kullanırlar. Çocuk oyun terapisi sürecinde kendi iç dünyasını da keşfeder. Oyun sürecinde kurulan ilişki de çocukta iyileşme ve gelişme olmasına da yardım eder. Oyun yolu ile çocuk geçmiş travmatik yaşantılarını da deneyimler ve böylece bir duygusal boşalma sağlar. Ayrıca terapötik sınırlar çocuğun kendini kontrol etmesine imkan sunar (Öğretir, 2008).

Oyun terapisinin çocuklar için iyileştirici olarak kullanıldığı ilk alan fobilerdir (Özdoğan, 2009). Bir fobinin oyunda nasıl iyileştiğini açıklayan Zülliger şunları demiştir (Zülliger, 2005):

“Çocuk korktuğu bir fobi objesi ile oyunda yüzleşir. Bu fobi objesi ile bir özdeşleşme sağlanır. Bu obje onu elinde bulduranın gözünde değerden düşer. Çocuk benliğinde böylece narsistik bir değer artışı olur. Çünkü fobi objesi ile istediği gibi oynayabilmek ve ona sözünü geçirebilmek gücünü kazanır”.

1.2. Oyun Terapisi

1.2.1. Oyun Terapisi Nedir?

Amerika merkezli Oyun Terapisi Derneği'nin sitesinde oyun terapisi, "eğitimli oyun terapistlerinin danışanların psikososyal sorunları engellemelerine ya da çözmelerine, ideal büyüme ve gelişimi gerçekleştirmelerine yardımcı olmak amacıyla, oyunun terapötik gücünden yararlandıkları kişiler arası bir süreç tesis etmek için kuramsal bir modelin sistemli bir biçimde kullanılması" olarak tanımlanmıştır (Association for Play Therapy).

İngiltere merkezli Oyun Terapisi Derneği ise oyun terapisini, "çocukların davranışlarını değiştirmede, özgüvenlerini geliştirmede, sağlıklı ilişkiler kurmasında çocuklara yardımcı olan etkili bir terapi" olarak tanımlamıştır (British Association of Play Therapists).

1.2.2. Oyun Terapisi Tarihi

Oyun Terapisinin ilk ortaya çıkışı çocuk psikoterapisinin çıkışına denk gelir. Terapötik oyun fikrini psikoterapi literatürüne sokan ilk kişi Sigmund Freud'dur (Schaefer, 2013).

Freud (1982) psikanaliz kuramını kurgularken bebeklik ve çocukluk gelişimini ele almış ve çocuklarda oyunun üç ana işlevi olduğunu bildirmiştir. İlki çocuğun kendini ifade etmesinin arttırılmasıdır. İkincisi arzuların gerçekleştirilmesi, üçüncüsü ise travmatik yaşantıların üstesinden gelinmesidir (akt. Schaefer, 2013).

Freud (1909), ayrıca Küçük Hans'ı tartıştığı yazılarında oyunun önemine değinmiştir. Küçük Hans'ın babası tarafından aktarılan oyun aktivitelerini Hans'ın bilinçdışı çatışmalarını anlamada ve yorumlamada kullanmıştır (akt. Knell, 1993).

Freud psikanalizin kurucusudur. Psikanaliz, ruhsal yaşamdaki bilinçsiz içeriklerin bilinçli duruma getirilmesini hedeflemiştir. Bilinçsiz içeriği bilince taşımak için kullanılan yöntem ise "serbest çağrışım"dır. Serbest çağrışım hastanın içindeki her türlü düşünceyi içeriğine, anlamlı ve "ayıp" olup olmadığına, bakmaksızın anlatmasıdır. Hasta bunu yaparken şezlongda yatar durumdadır. Yani psikanaliz uygulanacak hasta konuşarak kendini ifade eder. Psikanalizin bu yönteminin çocuklarda işe yaramayacağı çok kısa sürede anlaşılmıştır. Çünkü çocukları şezlongda tutmak pek mümkün

olmamakta ve çocuklar istenildiği gibi çağrışım sunamamaktadır (Zülliger, 2005). Çocuklarda terapi yöntemi olarak serbest çağrışım yönteminin uygulanamaması yeni teknikleri zorunlu kılmıştır. Bunun üzerine erişkinlerdeki çağrışım yerine çocuklardaki oyun tekniği kullanılması fikri ortaya çıkmıştır.

Oyunun terapide ilk kullanımı Hugg-Hellmuth tarafından olmuştur (Knell, 1993). Helmuth (1921), oyunu çocuk psikanalizin önemli bir parçası olarak görmüştür. Hellmuth altı yaşından büyük olan çocuklara, çocukların evine giderek terapi yapmıştır. Hellmuth terapilerinde çocuk resimlerini ve çocuğa ait olan oyuncakları kullanmıştır. Ancak herhangi bir oyun terapisi tekniğinden söz etmemiş ve bu konuda pek yayın yapmamıştır (akt. Knell, 1993).

Çocuğun oyunla tedavisine yönelik teknik geliştiren Freud'un kızı olan Anna Freud olmuştur. Böylece oyun terapisinin temelleri atılmıştır. Anna Freud'un geliştirdiği oyun terapisinde, öncelikle çocuğun bir oyuncak dolabından istediği oyuncakları seçmesi sağlanır (akt. Zülliger, 2005). Çocuk bu oyuncaklarla kendi kurduğu oyunları oynar. Terapist çok uzun oyun gözlemlerinden sonra oyunlarda saklı olan temaları bulur sonrasında bu temaları yorumlayarak çocuğun bilincine ve göz önüne getirmeye çalışır. Dolayısı ile ilk geliştirilen oyun terapisinde oyunlarda yatan gizli anlam keşfedilmekte ve bu anlamlar ihtiyatlı bir şekilde çocuğa yorumlanmaktadır.

Çocuk psikanalizcilerinden Melaine Klein (1932), çocuk psikoterapisinde oyunu kullanan diğer bir psikanalistir. Ancak Klein, Anna Freud'dan farklı olarak çocuk oyunlarını yorumlamadan önce uzun süre beklenilmesini gereksiz görür. Klein, çocuk oyununda bir şey sezilir sezilmez hemen yorumlanması gerektiğine inanmış, hatta böyle yapılmasını zorunlu görmüştür. Gerek Anna Freud, gerekse Klein oyunun çocuğun bilinçdışı ile dolaysız bir bağlantı kurmaya yardımcı olduğuna inanmışlardır. Terapilerinde oyunlardan elde ettikleri bilgileri çocuklara yorumlayarak onların iyileşmesini hedeflemişlerdir (akt. Zülliger, 2005).

1935 yılında İsviçreli çocuk psikanalisti Hans Zülliger, Psikoterapi Uygulamasında Çocuk Oyunun Yararları isimli bir makale yayınlamış ve makalesinde "salt oyun tedavisi" adı altında yeni bir oyun terapisi yönteminden bahsetmiştir. Bu yöntemde Zülliger psikoterapistin oyun sonrasında yaptığı yorumu devre dışı bırakmış ve bilinçdışı içerikle ilgilenmeden sadece oyunla çocuğu iyileştirmeye çalışmıştır. Zülliger'i bu düşünceye iten, çocuklarda yaptığı çalışmalarda çocukların daha

kendilerine herhangi bir yorum yapılmadan sadece oynayarak sorunlarından kurtulduklarını, ruhsal bozukluklarının iyileştiğini görmesi olmuştur. Bu haliyle Zulliger geliştirdiği yaklaşımda çocuğun oyunu yaşamasını, oyundan bir şeyler öğrenmesinden çok daha fazla önemsemiştir (Zülliger, 2005).

Psikanalizden kaynaklanan oyun yaklaşımlarından sonra oyun Terapisinin oluşumundaki ikinci ana gelişme 1930'lu yıllarda David Levy'nin (1938), geliştirdiği 'salınım-boşaltım terapi (release therapy)' tekniğidir. Bu yaklaşımda terapistin temel rolü çocukta stres oluşturan durumları oyuncaklar yolu ile tekrar canlandırmaya dayanmaktadır. Levy'nin yaklaşımında çocuk ilk olarak oyun oynaması için serbest bırakılmaktadır. Terapinin ilerleyen aşamalarında terapist çocuğun yaşadığı travmayı oyuncaklarla canlandırmakta ve çocukla birlikte oynamaktadır (akt. Landreth, 2011).

Gove Hambidge (1955), Levy'nin çalışmalarını "Yapılandırılmış Oyun Terapisi" başlığı altında genişletmiştir. Hambidge, Levy'e göre daha doğrudan bir yol takip etmiş, çocukta endişe oluşturan durumları sistematik bir şekilde terapiye oyuncaklar vasıtasıyla taşımıştır. Oyuncaklar üzerinden çocuğun, endişe durumunu kontrol edebilmesini hedeflemiştir (akt. Landreth, 2011).

Oyun terapisinin tarihsel gelişimindeki üçüncü önemli akım ilişki merkezli oyun terapileridir. Jesse Taft ve Frederic Allen bu konudaki ilk çalışmaları yapan kişilerdir. İlişki merkezli oyun terapisinde ana değiştirici ve iyileştirici gücün terapistle çocuk arasındaki ilişki olduğu düşünölmüştür. Bu terapide geçmiş yaşantıları yorumlama ve tekrarlama girişimi yoktur. 1936 yılında Otto Rank'ın çalışmasıyla gelişen ilişki merkezli oyun terapisinde önemli olan çocuk ile doğal bir ilişki kurmaktır. Bu terapide çocuğun oynayıp oynamama ve oyunu istediği gibi yönlendirme konusunda özgürdür (Landreth, 2011).

Oyun terapisti tarihindeki dördüncü ana gelişme Virginia Axline'nın çalışmasıdır. Axline Carl Rogers tarafından geliştirilen Danışan Merkezli Terapi'nin esaslarını oyun terapisine uyarlamış ve "Yönlendirmesiz Oyun Terapisi" adıyla yeni bir oyun terapisti geliştirmiştir. Bu terapide Axline, çocuğu iyi donatılmış bir oyun odasına almış ve odada çocuğa sessiz kalma, oynamama özgürlüğünü tanımıştır. Yönlendirmesiz oyun terapisinde çocuk oyunu istediği gibi kendi kurgulamaktadır. Amaç çocuğun kendi oynadığı oyunlarda kendini fark etmesini sağlamaktır. Bu terapide çocuğu değiştirmek ve yönlendirmek için çaba sarf edilmez. Çünkü değişimin ana

dinamiği, çocuğun kendi davranışlarını fark etmesi ve kendini yönetmesidir (Landreth, 2011).

Axline tarafından geliştirdiği yönlendirmesiz oyun terapisi tekniği daha sonraları Garry Landreth tarafından iyice kavramsallaştırılmış ve Çocuk Merkezli Oyun Terapisi adı ile anılmaya başlamıştır. Çocuk merkezli oyun terapisinde çocuğun iç dünyasına açıkça güvenilir. Çocukların doğuştan iyileşme kapasite ile geldiklerine inanılır. Bu terapide çocuk oyun odasında kendi tarihini ve yolunu oluşturur ve terapist bu yola saygı duyar. Terapist sadece çocuğun içindeki iyileştirici gücün ortaya çıkması için zemin hazırlar (Landreth, 2011).

Psikanalitik yaklaşımın önde gelenlerinden Klein'in (1955) öncülük ettiği tekniklerden biri de minyatür oyuncakların kullanımudur. Klein minyatür şeklindeki küçük oyuncakları çeşitli kutularda saklamış ve çocukların bunlarla oynamasını sağlamıştır. Daha sonra Margareth Lowenfeld tarafından bu teknik daha ileri taşınarak. "Dünya Tekniği" oluşturulmuştur. Bu teknik için bir kum tepsi, suya ulaşma imkanı ve dünyadaki birçok şeyi temsil eden küçük minyatür oyuncaklar kullanılmaktadır. Çocuk bu minyatür oyuncakları kum tepsisine dilediği gibi koyar ve oynar. Bu kum tepsi ağırlıklı olarak bilinçdışı içeriklerin dışa vurumu olarak değerlendirilmektedir (Schaefer, 2013).

C. G. Jung'un öğrencilerinden Dora Kalff, Jung tarafından geliştirilen rüya analizinin çocuklarda pek işe yaramadığını kısa sürede fark etmiştir. Gerekçe olarak da çocukların sözel ifade becerilerinin düşüklüğünü göstermiştir. Bunun üzerine çocuklar üzerinde geçerli olan bir metot arayışına girmiştir. Kalff, 1954 yılında Zürih'te katıldığı bir kongrede Lowenfeld'in Dünya Tekniği'ni duymuştur. Bunun üzerine Kalff, Lowenfeld ile birlikte bu teknik ile çalışmaya başlamıştır. Kalff zaman içinde çocukların kumdaki çalışmaların Jung'un bahsettiği içsel psikik süreçlere denk geldiğini düşünmüş ve çalışmalarını bu konu üzerine yoğunlaştırmıştır. Zamanla zenginleştirdiği bu tekniğe Lowenfeld'in de onayını alarak Kum Terapisi adını vermiştir. Bu teknik daha sonra yaygınlaşmış ve dünyanın birçok yerinde kullanılmaya başlanmıştır (Kalff, 2003).

1967 yılında, Ann Jernberg Chicago Head Start programının başkanı olur ve asistanı Phyllis ile çalışmalarına başlarlar. Jernberg, ekibi ile birlikte psikolojik desteğe ihtiyacı olan çocukları saptamış ve var olan tedavi merkezlerine yönlendirmişlerdir. Yönlendirilecek merkezlerin kısıtlı oluşu nedeniyle Jernberg ve ekibi çocukları

yönlendirme yapmak yerine, psikolojik olarak sorunlu çocuklara yönelik bir program geliştirmeye başlamışlardır. Austin Des Laures, ve Vioa Brody'den esinlenerek bir model oluşturmuştur. Ernestine Thomas, bu modeli ilk uygulayan terapistlerden biri olarak çocuğun sağlığı hakkında ümitli olmanın, çocuğun güçlü ve potansiyel sahibi olduğuna inanmanın önemini modele eklemiştir (Theraplay Institue). Theraplay yönlendirmeci bir oyun terapisiidir. Çocukla oynanacak oyunlar önceden belirlenmiştir. Theraplay çocuklarla ebeveyn arasındaki ilişkiyi güçlendirmeye yönelik bir oyundur. Dolayısı ile ebeveyn de terapist ile birlikte terapiye katılır ve çocuğu ile oynar. Terapist ise anneyi yönlendirir (Booth ve Jernberg, 2014)

1.2.3. Türkiye’de Oyun Terapisi

Oyun Terapisi 1930’lu yıllarla birlikte gelişirken Türkiye’de oyun terapisinin kullanımı geç olmuştur . Psikoterapinin ülkemizde yaygınlaşması iki binli yıllarda olmuştur. Önceleri “deli doktoru” olarak görülen ruh sağlığı uzmanlarına sağlık çalışanı olarak bakılması yeni yeni gerçekleşmektedir. Önceden psikoloğa ve psikiyatriste gitmek ayıp olarak görülürken, günümüzde normalleşmektedir. Ekonomik kalkınma ile birlikte halkın alım gücü artınca ve terapiye gitmek normalleşince terapistlere olan talep artmıştır. Gelişim yıllarında psikologlar çocuk ve yetişkin olmak üzere her yaş grubu ile ilgilenmiştir. İlk dönem ruh sağlığı çalışanları çocuklarda var olan sorunları ya ilaç ile ya da aile ilişkilerini düzenleyerek çözüme yoluna gitmiştir. Ülkemizde terapi alanının gelişmemiş olması, bu konudaki kaynakların kısıtlı olması nedeni ile oyun terapisi pek bilinmemiştir (Teber, 2014).

Türk-İslam kültüründe oyunun ilk öneminden bahseden İbni Sina’dır. İbni Sina dokuz yüzlü yıllarda “Her yaşın bir hali vardır. Çocukluğun yakışığı da oyundur.” diyerek çocuk için oyunun önemine değinmiştir (Karaosmanoğlu, 1985).

Oyunun öneminden bahseden diğer öncülerden biri Gazali’dir. Gazali binli yıllarda yazdığı İhyau Ulumiddin kitabında çocukların sürekli ders ile uğraştırılmasına karşı çıkmış dersten sonra oynamalarına izin verilmesini önermiştir. Çocuğun oyundan men edilip derse bağlanması durumunda kalbinin ölüp, zekasının iptal olacağına değinmiştir. (Çamdibi, 1988).

Kaynaklara göre ülkemizde çocuk ve oyun konusunu ele alan en eski kitap Selim Sırrı Tarcan’ın Terbiye-i Bedeniye ve Mektep Oyunları kitabıdır. Bu kitap 1913 yılında Osmanlı Türkçesi ile basılmıştır. Kitap daha çok beden terbiyesini ele alan

oyunları içermektedir. Tarcan kitabında oyunun öneminden şöyle bahsetmektedir (Tarcan, 1913):

“Mektep çocuklarının sıhhat ve selameti için oyun elzendir. Tedrisat-ı iptidaiyede (ilk okulda) okuyup yazmak kadar oyunun ehemmiyeti vardır. Kıraat hocası, imla hocası, hesap hocası gibi bir de oyun hocası lazımdır.”

1931 yılında yayınlanan Terbiyevi Oyunlarla Zihni ve Hareki Faaliyet Temrinleri’de bu alandaki ilk kitaplardandır (Decroly ve Monchamp, 1931). 1932 yılında yayımlanan Ahmet Hikmet’in Decroly’nin Terbiyevi Oyunlar kitabı oyunun önemini aktaran diğer kitaplardandır (Hikmet, 1932). Decroly oyunun üç ana işlevinden bahsetmiştir. Oyunla çocukların dikkatini geliştirmek, çocuğun neler öğrendiğini oyun içinde tespit etmek, çocukların zihni seviyelerini oyun içinde tespit etmek mümkündür. Bunlara ek olarak Hikmet oyunun, çocuğun hareket ihtiyacını karşıladığını, çocuk için neşe kaynağı olduğunu, çocuğun özen, düzen duygularını geliştirdiğini aktarmaktadır (Hikmet, 1932).

Ülkemizde oyun terapisi ile ilgili ilk kitap 1974 yılında yayınlanmıştır. Hans Zülliger’in kitabı Çocukta Oyunla Tedavi adı ile Bozak Yayınları tarafından yayınlanmıştır. Bu kitap daha sonraları Cem Yayınevi tarafından yayınlanmaya devam etmiştir (Zülliger, 2005).

Ülkemizde Oyun Terapisi ile ilk kitabı kaleme alan Berka Özdoğan’dır. Özdoğan, kendi çabası ile bastırıldığı kitaba Çocuk ve Oyun: Çocuğa Oyunla Yardım ismini vermiştir. İlk baskısını 1988 yılında yapan bu kitap ülkemizde oyun terapisi ile ilgili ilk kapsamlı kitaptır. Kitap sonraki yıllarda Anı Yayıncılık’tan basılmıştır (Özdoğan, 2009).

Bu alanda yazılan ikinci kitap İsmail Ersevîm’in kitabıdır. 2009 yılında yayınlanan “Oyun ve Oyun Tedavisi” adını taşıyan kitap, oyun yolu ile çocukların psikolojik sorunlarının çözümünden bahseden ilk yerli kitaplardandır (Ersevîm, 2009).

2011 yılında oyun terapisi alanındaki öncülerden olan Garry Landreth’in kitabı Oyun Terapisi: İlişki Sanatı Altın Kalem Yayınları tarafından dilimize çevrilmiştir (Landreth, 2011 Çev. Tarcan, 2013). Oyun Terapisine ilginin artması üzere Charles Schaefer’in Oyun Terapisinin Temelleri kitabı 2013 yılında dilimize çevrilmiştir (Schaefer, 2013). Yeni dönem oyun terapilerinden olan Theraplay’in ana kitabının çevirisi 2014 yılında ülkemizde yayımlanmıştır (Booth ve Jernberg, 2014).

Oyunun psikolojik sorunlarda iyileşmeye etkisi üzerine tezler de yapılmıştır. Ülkemizde bu alanda yapılan ilk çalışma 1987 yılına aittir ve Akman tarafından yapılmıştır. Bu tez, ‘Anaokulu çocuklarında görülen ayrılık kaygısının giderilmesinde farklı oyun tekniklerinin etkisi’ adı ile yayınlanmıştır (Akman, 1987). Bir sonraki tez çalışması 2007 yılına aittir ve ‘Zihinsel engelli çocuklarda oyun tedavisinin etkinliğinin araştırılması’ adı ile Kaya tarafından yapılmıştır (Kaya, 2007). Oyun Terapisi alanında yayınlanan ilk bilimsel makaleler Bulut ve Öğretir tarafından 2008 yılında yayınlanmıştır. Bulut’un çalışması erken çocukluk dönemi cinsel istismarının psikodinamik oyun terapisi yöntemi ile çözümünü ele almıştır (Bulut, 2008). Öğretir ise çalışmasında genel anlamda oyuna ve oyun terapisi tekniklerine değinmiştir (Öğretir, 2008). 2010 sonrasında oyun terapisi konusunda yapılan tez çalışmalarında artış görülmekle birlikte henüz yeterli düzeyde değildir.

Türkiye’de oyunun çocuk için önemine dair ilk dersleri veren Berka Özdoğan’dır. Berka Özdoğan Almanya’da bu konuda eğitimler almış ve öğretim görevlisi olduğu Ankara Üniversitesi’nde 1990’lı yılların ortalarında “Çocuk ve Oyun” başlıklı ders açmıştır. 2000’li yıllarda bu ders “Çocuğa Oyunla Yardım” başlığı alanında doktora programı kapsamında seçmeli ders olarak açılmıştır (Teber, 2014).

Ülkemizde oyun terapisi alanındaki ilk eğitimler 2000’li yıllarda verilmiştir. Bu alanda ilk eğitim 2005 yılında Reyhana Seedat tarafından açılmıştır (The Health News). Kayıtlara geçen ilk oyun terapisi eğitimlerinden diğeri Halime Odağ Vakfı tarafından düzenlenen eğitimdir. Bu eğitim 2007 yılında Ferhunde Öktem ve Bahar Gökler öncülüğünde verilmiştir (İzmir Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Derneği).

2010’lu yıllarda ülkemizde yabancı uzmanların açtığı birçok oyun terapisi eğitim programı düzenlenmiştir. Byron Norton Oyun Terapisi ile ilgili ilk eğitimini ülkemizde 2009 yılında vermiştir. Sonraki yıllarda Byron Norton’un Deneyimsel Oyun Terapisi eğitimleri ile ülkemizde oyun terapistleri yetişmiştir. 2012 yılında ülkemize gelen Reyhana Seedat da açtığı kapsamlı eğitim programları ile birçok oyun terapisti yetiştirmiştir. 2012 yılında açılan Theraplay eğitimleri sonraki yıllarda da devam etmiştir. Yine aynı yıl Lenore Steinhardt Kum Terapisi eğitimi için ülkemize gelmiştir.

Ülkemizde oyun terapisinin duayeni olan bilinen isimler Ferhunde Öktem, Bahar Gökler, İsmail Ersevîm’dir. Öktem, Virginia Axline’nin yönlendirmesiz oyun terapisi yaklaşımını çocuklarla yaptığı klinik çalışmalarda kullanmış ve eğitimler de vermiştir.

Bu alanda öncü diğer isimler Filiz Çetin, Birgül Emiroğlu, Elif Göçek'tir. Bu uzmanlar hem terapilerinde yoğun şekilde oyun terapisini kullanmakta hem de bu konuda eğitimler vermektedir. İlk oyun terapisini kullanan uzmanlar eğitimlerini yurtdışındaki üniversitelerden almıştır. Günümüzde ülkemizde birçok oyun terapisi yaklaşımının eğitimi verildiği için artık uzmanlar oyun terapisi konusundaki eğitimlerini Türkiye'de tamamlamaktadır.

Ülkemizdeki Oyun Terapisi Derneği 2012 yılında kurulmuştur (Oyun Terapileri Derneği). Ülkemiz 2014 yılında 19. Dünya Oyun Kongresi'ne ev sahipliği yapmıştır. 2015 yılında ise Erzurum'da Uluslararası Oyun ve Oyuncak Kongresi düzenlenmiştir. Tüm bu tarihsel süreçler birlikte değerlendirildiğinde ülkemizde oyun terapisinin yaygınlaşmasının 2010'lu yıllardan sonra olmuştur. Yurtdışında oyun terapisi eğitimi alanlar ülkelerine döndüklerinde bu yaklaşımı kullanmışlar, sonrasında ise iyi eğitimcileri ülkemize davet ederek birçok oyun terapistinin yetişmesine olanak sağlamışlardır.

1.3. Oyun Terapisi Çeşitleri

1.3.1. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi (ÇMOT) temellerini Carl Rogers'in Danışan Merkezli Terapisi'nden almıştır. Carl Rogers'in prensipleri Virginia Axline tarafından 1940'lı yılların sonunda oyun terapisine uyarlanmıştır (Landreth, 2011).

Önceleri yönlendirici olmayan oyun terapisi adı ile bilinen bu terapide çocuğu değiştirmek ve kontrol etmek gibi bir amaç yoktur. Bu yaklaşımda amaç çocuğun kendi davranışlarının farkına varmasını sağlamak ve kendini yönetmesine izin vermektir. Terapist terapidaki değişim için çocuğa ve onun kaynaklarına güvenir. Terapistle danışan arasında kurulan bu ilişki, çocuk tarafından büyümek ve gelişmek için kullanılır. Bu nedenle terapidde asıl olan ilişkidir (Axline, 1949).

Axline 1969 yılında çocuk ve terapist arasındaki ilişkiyi geliştirecek temel 8 prensip belirlemiştir (Kranz ve Lund, 1993).

- Terapist çocukla gerçekten ilgilenir ve onunla sıcak bir ilişki kurar.
- Terapist çocuğu koşulsuz olarak kabul eder.
- Terapist ilişkide güven ve müsamaha hissettirir. Böylece çocuk kendini tamamen ifade etme özgürlüğüne kavuşmuş olur.

- Terapist çocuğun duygularına karşı oldukça duyarlıdır ve çocuğun duygularını nazikçe geri ona yansıtır böylece çocuk kendinin farkına varır.
- Terapist, çocukta sorumlu hareket etme kapasitesinin olduğuna derinden inanır. Çocuğun kişisel problemleri çözmeye yeterli olduğunu bilir ve buna müsaade eder.
- Terapist çocuğun iç yönlendirmesine güvenir, ilişkinin her alanını yönetmesine izin verir.
- Terapist, terapötik sürecin doğal ilerleyişini kabul eder ve terapi sürecini hızlandırmaya çalışmaz.
- Terapist, çocuğun kişiliğine ve ilişkilerine yardımcı olacak terapötik sınırlar koyar.

Axline tarafından temelleri atılan ÇMOT daha sonra Garry Landreth tarafından daha sistematik hale getirilmiştir. ÇMOT çocuğun problemleri yerine ilişkiye odaklanmayı tercih eder. Bu ilişkinin çocuğun iyileştirme gücünü harekete geçireceğine inanır. Çocuk iyileşmeyi özenle hazırlanmış oyun terapi odasındaki oyuncaklar yolu ile gerçekleştirir. Çocuğun hangi oyuncacı seçip, hangi oyunu oynayacağı tamamen çocukça belirlenir. Çocuğun içinden gelen oyun yönlendirmesinin, terapistin dışarıdan sunacağı yönlendirmeden daha faydalı olacağına inanılır (Landreth, 2011).

ÇMOT’de problem yerine çocuk, geçmiş yerine şu an, düşünce ve hareketler yerine duygular, açıklama yerine anlayış, düzeltme yerine kabullenme önemlidir. Terapist komut vermesi yerine çocuğun terapötik süreci yönetmesi esastır. Değişim için ana güç terapistin bilgisi değil, çocuğun içsel kaynakları ve bilgeliğidir. ÇMOT genel olarak 2-10 yaş arasındaki çocuklarda kullanılır. Otizm, zeka ile ilgili sorunlar dışında depresyon, kaygı, takıntı gibi belli başlı çocuk sorunlarında etkilidir (Landreth, 2011).

İlişki merkezli oyun terapilerinin tarihi Carl Rogers’a dayanır. Rogers önceleri “nondirektif-yönlendirici olmayan” adını verdiği terapi yaklaşımını daha sonra “danışan-merkezli terapi” şeklinde değiştirmiştir. Rogers terapide değişimin, kurulan ilişki ile gerçekleştiğine inanmıştır. Rogers’ın öğrencilerinden olan Virginia Axline 1940’lı yılların sonunda danışan merkezli terapinin prensiplerini oyun terapisine uyarlamıştır. Bunun sonucu olarak çocuk merkezli oyun terapisinin temelleri atılmıştır. Bu terapide terapistin rolü çocuğun kendini gerçekleştirmesini sağlamaktır. Terapist bunu çocuğun düşüncelerini, eylemlerini, söylemlerini ve duygularını ona geri yansıtarak yapmaktadır. Axline tarafından geliştirilen bu terapi yaklaşımı daha sonra

Garry Landreth tarafından sistemleştirilmiş ve “çocuk merkezli oyun terapisi” adı ile anılmaya başlanmıştır (Landreth, 2011).

1.3.2. Deneyimsel Oyun Terapisi

Deneyimsel Oyun Terapisi (DOT) Byron E. Norton ve Carol Crowel Norton tarafından geliştirilmiş, terapist tarafından yönlendirmenin yapılmadığı bir oyun terapisi. DOT, İlişkisel Oyun Terapisi (Relationship Play Therapy) ile Çocuk Merkezli Oyun Terapisi'nin sentezi ve daha da geliştirilmiş şeklidir (Schaefer, 2013).

DOT çocukların dünyayı bilişsel olarak değil, deneyimsel olarak algıladığı varsayımı üzerine kuruludur. Çocuklar kuşku, sorular ve korkularını bilişsel olarak anlamaktan çok deneyimsel olarak anlarlar ve aktarırlar. Çünkü çocuklar rahatsız edici duygular üzerine etraflıca düşünemezler, bunu yerine o duyguları çeşitli ortamlarda, çeşitli davranışlar ile hareket ederek deneyimlerler (Moustakas, 1997).

Çocuk 2 yaşından itibaren sembolik oyunlar ve fantezi oyunları oynamaya başlar. Bu dönemden sonra çocuklar, semboller ve oyuncaklar vasıtası ile sorunlarını canlandırabilirler. Oyunda oyuncaklar yolu ile canlandırma yapan çocuk, gerçeklikten uzaklaşarak bunalmaktan kurtulur. DOT'da çocuğun terapistle kurduğu ilişki iyileşmenin temel bileşenidir. DOT'da Çocuk Merkezli Oyun Terapisi gibi çocuğun iyileşmek için çaba harcadığına inanır. Aynı şekilde çocuk, acısını nasıl ele alacağını ve nasıl oyuna döneceğini herkesten daha iyi bilir. Bu nedenle DOT'da terapist oyun terapi odasında çocuğu yönlendirmez. Çocuk içinden geldiği oyuna ve oyuncuğa yönelebilir ve dilediği oyun senaryosunu kurgulayabilir (Schwartzberger, 2004).

Eğer çocuk kendi oyunlarına terapisti dahil etmek isterse, terapist o zaman çocukla birlikte oynamaya başlar. DOT'da terapist çocuğun kendine verdiği rolü yerine getirir. Kendisi gibi hareket etmesini isterse öyle hareket eder. Çocuk kendini güçlü terapisti zayıf konuma koyabilir. Bu yolla çocuk hayatta yetişkinlerde olan gücü terapide deneyimler. Çocuğun verdiği role giren terapist de çocuğun yaşadıklarını ve duygularını deneyimleme imkanı bulur. Bu duygular güçsüzlük, aşağılanma, hor görülme, cezalandırılma, değersizlik gibi duygulardır (Schaefer, 2013).

DOT'u Çocuk Merkezli Oyun Terapisi'nden ayrıştığı konulardan biri metaforların yorumudur. Çocuk, yaşadıkları kaygı ve korkuları fantezi oyunları ile maskeleyerek sergiler. İçsel süreçleri dışarı yansıtırken metaforik öğeler kullanırlar

(Moustakas, 1997). Örneğin “Ormandayız ve etrafımda böcekler var” diyerek oyun kurgulayan bir çocuk, “Korkuyorum” duygusundan daha öte bir şeyler anlatmaktadır. Bir metafor çocuk adına binlerce ifadeyi anlatabilir ve çocuğun yaşadığı travmatik deneyime dair ipuçları sunar. Metafor, gerçeğe açılan bir köprüdür. DOT terapisti, çocuğu anlamak için bu metaforlara önem verir. Oyuncakların metaforik anlamları DOT terapisti için önemlidir. Ancak ÇMOT’de terapist ilişkiye odaklanır. Terapi esnasında metaforları bulmaya, anlamlandırmaya çalışmaz. DOT terapisti ise bu metaforlardan elde ettiği bilgileri önemser, gerekli durumlarda aile ile de paylaşır (Schaefer, 2013).

DOT’un ÇMOT’den diğer bir farkı ise terapistin rolüdür. ÇMOT’de terapist sözel yollarla geri bildirimlerde, yansıtılarda bulunarak çocuğun deneyimini pekiştirir. DOT’da ise terapist sözel geri bildirim, içeriği aktarmak yerine daha çok çocukla birlikte çocuğun oyununu deneyimler. Terapist oyuncakların sembolizmine, rol dağılımına, çevresel bağlama, korku nesnelere karşılık verebilir. Terapistin amacı çocukla birlikte oynayarak çocuğun deneyimini derinleştirmektir. Ancak terapist oyuna katılırken hiçbir zaman oyunu yönlendirmez (Schwartzemberger, 2004).

DOT’da terapist oyun içinde çocuğun gerçek hayatta yaşadığı duygulanımı canlandırır. Örneğin çocuk ateş edip de terapisti vurduğunda terapist “Ahh vuruldum, bacağım acıyor.” şeklinde tepki verebilir. Burada terapist çocuğa bir şekilde gerçek hayatta zarar veren bir deneyimde çocuğun yaşadığı acıyı canlandırmış ve böylece deneyimi zenginleştirmiş olur. DOT’da önemli olan birlikte yaşanan travmatik deneyimi deneyimlemektir. Çocuk travmasını yeniden canlandırırken terapisti istediği konuma oturtabilir. Ona ateş edebilir, vurabilir, ölü numarası yapmasını isteyebilir, ellerini arkadan bağlayıp yere yatırabilir. Çocuk eşyaya, kendine ve terapistine açıkça zarar vermediği sürece deneyimlemede serbesttir. ÇMOT’de ise çocuğun terapistine ateş etmesine izin verilmez. Çünkü çocuğun bu davranıştan bir süre sonra pişmanlık duyacağı varsayılır. Çocuk ateş etmek için bir başka figüre (hacı yatmaz, erkek bebek) yönlendirilir. Bunu yaparken de “Biliyorum beni vurmak istiyorsun, ancak ben bu odada ateş edilmek için değilim. İstersen bu bebeği benmiş gibi düşünüp ona ateş edebilirsin” şeklinde yönlendirme yapılır. Dolayısı ile DOT sınırlar konusunda daha esnek bir terapidir (Schaefer, 2013).

DOT başta travma yaşayan çocuklar olmak üzere kaygıları, korkuları olan çocuklarda kullanılabilir. Bunun yanında DOT çocukluk depresyonu, boşanma sonrası

uyum sorunu, psikosomatik ağrılar, özgüven sorunları gibi konularda da etkilidir (Schwartzberger, 2004).

DOT yeni nesil bir terapi yaklaşımıdır. Byron Norton ve eşi Carol Norton tarafından geliştirilmiştir. 40 yılı aşkın süredir çocuklarla çalışan Byron Norton, 40.000'i aşkın oyun terapi seansı yapmıştır. Bu seanslar sonucunda elde edilen verilerle DOT'u geliştirmiştir. Norton çifti, alandaki çalışmalarını 1997 yılında kitaplaştırmışlardır. DOT temellerini İlişkisel Oyun Terapisi ile Çocuk Merkezli Oyun terapisinden alır. DOT'un 3 temel bileşeni vardır (Schaefer, 2013):

Çocuklar içsel süreçlerini ifade etmek için oyunu, sembolleri ve metaforları kullanacak *kapasiteye* sahiptir.

Terapistin çocuğun deneyimlerini anlamak ve bunu ona geri aktarmak konusunda *yetkin* olmalıdır.

Ebeveynler çocuklarının terapi süreçlerini öğrenmek ve bu süreçlere *dahil olmak ve sorumluluk almakla* yükümlüdür.

Norton çifti, yaptıkları çalışmalar sonucunda çocukların terapide yaşadıkları travmayı yeniden deneyimlediklerini, ancak bunu metaforlar ve semboller yoluyla yaptıklarını keşfetmişlerdir. Terapistin görevi de bu deneyimlemeyi anlamak ve çocuğun izin verdiği ölçüde deneyimlemenin içinde yer alarak deneyimi pekiştirmektir.

Norton çifti yaptıkları çalışmalarda çocukların 5 aşamadan geçerek terapi sürecini tamamladıklarını görmüşlerdir. Bunlar keşif, korunma için sına, bağımlılık, terapötik büyüme ve sonlandırma aşamalarıdır (Schaefer, 2013).

Keşif aşaması, ilk birkaç seansı kapsar. Çocuk bu aşamada oyun odasını, oyuncakları keşfetmekle ve nasıl çalıştıklarını, şekillerini, yerlerini incelemekle meşguldür. Bu aşamada çocuklar temkinlidir. Çünkü terapinin nasıl bir şey olduğunu da deneyimlemektedirler.

Korunma için sına aşamasında, çocuk terapistle bir güven ilişkisi geliştirip geliştiremeyeceğini sınar. Terapistin doğru yaklaşımı ile oyun odasının dışında olmadığı kadar bir özgürlüğe sahip olduğunu fark eder. Terapistin kendisinin dışarı vurduğu duyguların ve düşüncelerin ne kadarını kabul edeceğini test eder. Çocuk bu aşamada, terapistin desteğini görüp görmeyeceğini anlamak için karşıt tutumlar sergileyebilir. Çocuk bu aşamadan geçtiğinde bilir ki, kendisi içindeki acı ile yüzleştiğinde güvenlik,

saygı ihtiyacı terapist tarafından karşılanacaktır. Bu aşama sonunda çocuk, hissettiği acıyı terapistle paylaşmaya hazır hale gelir.

Bağımlılık aşamasında çocuk travmatik deneyimini çalışmaya başlar. Bunu fantezi oyunları ile yapar. Terapistte güven geliştirdiği için onu oyuna davet etme konusunda isteklidir. Terapist bu seanslarda çocuğun yerinde olmanın nasıl olduğunu anlar. Çünkü çocuk onu kendi pozisyonuna sokmuş ve dış dünyanın ona davrandığı gibi davranmıştır. Çocuk bu aşamada ona acılarını deneyimleyebileceği bir ortam sunduğu için bağımlıdır.

Terapötik büyüme aşamasında, çocuk, travma personasını bir önceki aşamada sonlandırdığı için deyim yerindeyse bir yas tutar. Biraz donuklaşır ve ilk keşif aşamasında olduğu gibi, odada gezinir. Çocuk bu aşamada yeni edindiği kimliği, benliğini yaşar. Terapist çocuğun bu yeni benlik algısını onaylar. Çocuk bu sürecin sonunda kimlik algısı için artık terapistte bağlı olmaz.

Sonlandırma aşamasında, çocuk artık var olan bir ilişkiyi sonlandırmaya hazırlanır. Çocuğun terapinin ve kurulan terapötik ilişkinin sonlandığı hissedebilmesi için birkaç seans gerekebilir. Bu sürecin sonunda çocuk terapistine “Hoşça kal” diyebilecek hale gelir.

1.3.3. Gelişimsel Oyun Terapisi

Gelişimsel Oyun Terapisi (GOT) Viola Brody tarafından geliştirilmiş, terapist tarafından yönlendirilen bir oyun terapisi. Bu oyun terapisinin temelinde çocuğun dokunma yoluyla iyileştirilmesi vardır (Schwartzenberger, 2004).

GOT dokunmayı temel Terapötik araç olarak kullanır. Dokunmakla terapistin benliği çocuğun kendiliğinin oluşmasına katkı sağlar ve çocuk ötekinin kendiliğinin farkına varır. Bu iki kendilik arasında iletişim başlar (Brody, 1992).

Dokunmak, çocuk için hayati öneme sahiptir. Yeteri kadar dokunulmayan bebekler ölür. İnsanlar doğumla birlikte ilk olarak birileri tarafından görülürler. Varlıklarının başkaları tarafından farkına varılması görülmeden sonra dokunma ile olur. Bu nedenle çocuklar hasta olarak, canları acıdiklarında anne-babaların yanına gelerek kendilerine dokunmasını isterler. Yetişkinlikte ise cinsel birliktelik yoğun dokunma deneyimi içerir (Brody, 1992).

Terapist çocukla dokunma merkezli çeşitli oyunlar oynar. Bu oyunlar Brody tarafından geliştirilmiş etkinliği gözlemlenmiş oyunlardır. Terapistin dokunması ile çocuk hem kendilik duygusunu geliştirmiş olur, hem de sağlıklı gelişimini hızlandırır (Brody, 1997).

Gelişimsel oyun terapisinde oyuncak yoktur, sadece dokunma içeren oyunlar vardır. Dokunma oyunları çocuğun cinsel bölgeleri hariç tüm vücudunu kapsar. GOT'nin temel varsayımı, dokunma konusunda yeterli birisinden şefkatli dokunmayı deneyimleyen çocukların iyileşeceği, ihmal ve travmadan kaynaklanan yaralarını iyileştireceğidir. GOT, bireysel olarak uygulanan bir terapi olduğu gibi grup olarak da uygulanabilmektedir (Brody, 1997).

Dokunmak hayatın en temel öğelerinden biridir. Bebekler küçüklüklerinden itibaren dokunmayı arzu ederler. Aynı zamanda bebekler, sallanmaktan, kucakta taşınmaktan ve öpülmekten genel olarak hoşlanırlar. Çocuklar ise, kendi oyunlarında birbirlerine dokunurlar. Dokunmak çocuklar için bir ihtiyaçtır. Dokunma yolu ile çocuk kendi benliğini ve diğer benliği tanır ve ikisi arasında diyalog başlar. Çocuk dokunma yolu ile hem bilişsel, hem de fiziksel olarak büyür (Erkan, 1990).

Dokunmak aynı zamanda bebek-anne yakınlaşmasının ve bağlanmasının en temel aracıdır (Association for Play Therapy, 2001). Bebeklik dönemindeki kucaklanma, sallanma, pırpışlanma, öpülme, temizlenme ve emzirilme hep dokunma yolu ile gerçekleşir. Çocuk büyüdükçe dokunmanın niteliği değişir, çocuk korktuğunda annesinin dizine yanaşır, canı acıdığına gelip annesinden-babasından öpücük alır, itiş kakış oyunlarıyla anne-babası ile olan temasını devam ettirir. Kısacası dokunmak çocuktan yetişkinliğe ilerledikçe farklı formlara girerek hayatımızda devam eder (Erkan, 1990).

Aşırı aktif, tacize uğramış ya da şiddet görmüş çocuklar bu temel ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Aynı zamanda bebekliğinde ihmal edilmiş, yeteri kadar ilgi görmemiş çocuklar da dokunma ihtiyaçlarını tam karşılayamazlar. Çocukların bu karşılanmamış ihtiyaçları ancak çocuklara doğru dokunmayı bilen şefkatli dokunucular tarafından karşılanabilir. Çocuğun sağlıklı bir şekilde büyüebilmesi için yeterli dokunmaya ihtiyacı vardır. GOT, çocuğun ihtiyaç duyduğu bu şefkatli dokunmayı çocuğa sunar (Brody, 1992).

Brody'nin deyiimi ile çocuğa dokunma Amerikan toplumun bir tabusudur. Bu tabu çocukları olası cinsel tacizden korunmak için zamanla abartılı bir şekilde gelişmiştir. Zamanla çocuklara izinsiz dokunmaya hukuki olarak ciddi yaptırımlar uygulanmıştır. Bu nedenle öğretmenler ve terapistler çocuğa dokunmaktan korkmaya başlamışlardır. Bu durum çocukları cinsel tacizden korurken, onları en temel ihtiyaçlarından olan dokunmadan da mahrum bırakmıştır (Brody, 1997).

Dünyanın en büyük oyun terapisi organizasyonu olan Amerika merkezli Oyun Terapisi Derneği (Association for Play Therapy-APT) dokunmanın terapide kullanılabilceğini belirtmektedir. APT'nin dokunma üzerine hazırladığı dosyada dokunmanın çocuklar üzerindeki faydalarından bahsedildikten sonra dokunma konusunda terapistlerin dikkat etmesi gereken konulara yer verilmiştir. Bu konuların başında dokunma konusunda eğitim almak, dokunmanın gerçekten çocuğun ihtiyacı olduğunu tespit etmek, aileden yazılı izin almak, dokunmanın kullanıldığı durumlarda bir süpervizörün gözetiminde olmak, erotik dokunmadan uzak durmak, çocuğa öfkeli uyarılmış bir şekilde dokunmaktan kaçınmak vardır (Association for Play Therapy, 2001).

Gelişimsel oyun terapisi dokunma üzerine kurulu oyunlardan oluştuğu için tüm çocuklar için faydalıdır. Terapötik kullanımda öncelikli olarak bağlanma ve ilişki sorunu olan çocuklarda kullanılır Özellikle 0-2 yaş döneminde temel bakım veren kişi ile güvenli bağlar kuramamış çocuklar gelecek hayatlarında zorluk çekerler. Gelişimsel oyun terapisi bu çocukların dokunma yolu ile temel bakım verenleri ile yeniden güvenli bağ kurmalarına yardım etmektedir. Bunun yanında kötü dokunma geçmişi olan (şiddete, cinsel tacize uğramış) ve yanında yeteri kadar dokunulmayan (hiperaktif, ihmal edilmiş, yıkıcı davranış bozuklukları olan) çocuklarda da etkili olarak kullanılmaktadır. Otizm gibi yaygın gelişimsel bozukluklar da ve psikotik çocuklarda da oldukça etkili bir terapi yöntemidir (Schwartzenger, 2004).

Brody, geniş bir ailenin en büyük çocuğudur. 20 yıllık öğretmenlik hayatında çocuklarla çalışmıştır. Brody 20 yıllık öğretmenlik hayatının ardından 1953'te bir hastanede psikoterapist olarak çalışmaya başlar. Bu hastanede özellikle psikosomatik sorunları olan çocuklarla çalışmıştır. Brody burada çocuk analizi çalışmalarında pek sonuç alınamayan çocuklarla çalışma teklifinde bulunmuştur. Brody, çocuklarda yaptığı çalışmada temel olarak dokunma yaklaşımını kullanmıştır. Hastane ortamında Brody dokunma yöntemi olarak çocukları taşıyarak, kucaklayarak, yıkayarak, sallayarak ve

kendine dokunulmasına müsaade ederek kullanmıştır. Brody bu çocuklarla yaptığı çalışmalardan olumlu sonuçlar elde etmiştir (Brody, 1997).

Brody hastanede yaptığı çalışmada terapinin asıl işlevinin çocukların gelişimi sekteye uğramış ben'ini ya da kendiliğini geliştirmek (development of self) olduğunu fark etmiştir. Brody çalışmalarında Austin Des Lauriers, filozof Martin Buber ve Janet Adler'den esinlenmiştir. Onlardan öğrendiği kendilik gelişimini (self-development) Gelişimsel Oyun Terapisi'nin de ana noktalarından biridir (Brody, 1997).

35 yıllık bir çalışma ve araştırmanın sonucunda Brody Gelişimsel oyun terapisini geliştirir. GOT, 6 temel prensip üzerine kuruludur (Brody, 1997):

- Bir başkası tarafından dokunulmayı deneyimleyen çocuk, kendilik hissini geliştirir.
- Çocuk, başkaları tarafından psikolojik anlamda görüldüğünü ilk olarak dokunulma yolu ile deneyimler.
- Çocuğun dokunulmayı deneyimleyebilmesi için dokunma konusunda yeterli bir yetişkinin ona dokunması gerekir.
- İyi bir dokunucu olabilmek için, yetişkinin kendisine dokunulmaya müsaade etmesini öğrenmesi gerekir.
- Çocuğun dokunmayı hissedebilmesi için, kendisine dokunmaya müsaade eder hale gelmesi gerekir.
- Çocuğun dokunulduğu bir ilişkiyi sağlayabilmek için, terapist GOT'deki dokunma aktivitelerini doğru uygulamalıdır.

1970 yılında Brody yaptığı tüm çalışmaları bir araya getirerek, kendini destekleyen çocuk analistlerinin de teşviki ile ilk eğitimini açar. Geliştirdiği bu yönteme "Gelişimsel Oyun Terapisi" adını verir. 1993 yılında bu konudaki çalışmalarını kitaplaştırır ve The Dialogue of Touch: Developmental Play Therapy (Dokunmanın Dili: Gelişimsel Oyun Terapisi) kitabını yayınlar.

1.3.4. Theraplay

Theraplay, bir çeşit oyun terapisi tekniğidir. Bu oyun terapi tekniğinde aile de (anne ya da baba) oyun terapisine dahil olur. Theraplay'in amacı aile ile çocuk arasındaki bağları güçlendirmektir Theraplay için özel bir oyun odasına ihtiyaç yoktur. Bu terapide oyuncaklardan çok oyunlar ön plandadır. Bu nedenle diğer oyun

terapilerinin aksine oyuncaklarla dolu bir odada değil, sade bir odada yerde oturarak terapi gerçekleştirilir. Terapiye ebeveynler de dâhil olur (Booth ve Jernberg, 2014).

Theraplay'de terapist, eğlence içeren, mücadele gerektiren, duygusal olarak besleyici oyunlarla ebeveyn ve çocuğa rehberlik eder (Theraplay Türkiye). Zaman içinde terapist kendini geri plana çekerken, ebeveynin çocuğu ile etkin bir şekilde oynamasını sağlar. Bu oyunlarla birlikte ebeveyn ile çocuk arasındaki bağ güçlenir, çocuk ebeveyninden gelen sınırları kabul etmeye başlar ve ebeveyni tarafından duygusal beslenmeye açık olur.

Theraplay'de oyunlar 4 farklı kategoride yer alır. Bunlar yapı oyunları, bağıllık oyunları, besleme oyunları ve mücadele oyunlarıdır. Çocukların bu dört kategori içerisinde hangi oyunlara daha çok ihtiyacı olduğu Theraplay terapisti tarafından belirlenir. Yani Theraplay'de her çocuğa özgü bir oyun ve terapi planı çıkarılır ve seansta bu oyunlar sırası ile oynanır (Booth ve Jernberg, 2014). Terapist hangi çocuk için ne tür oyunların seçileceğine Marschak Etkileşim Metodu'nu kullanarak karar verir. Bu metot çocuklar ile onlara bakım verenler arasındaki etkileşimi gözlemlemek için geliştirilmiş yapılandırılmış bir metottur. İlk görüşme sonrası terapist çocuğun bakım verenine çocukla yapacağı bir dizi görevler verir. Çocukla ona bakım veren kişi sade bir odada bu görevleri yerine getirirler. Bu süreç kamera kaydına alınır. Terapist bu kamera kaydını izleyerek çocuğun yapı, mücadele, besleme ve bağıllık oyunlarından hangisine daha çok ihtiyacı olduğunu saptar ve buna göre terapi planını oluşturur.

Theraplay bebeklikten itibaren 18 yaşa kadar olan çocuklarda ve hatta yetişkinlere bile uygulanan bir terapi yöntemidir. Özellikle geçmişinde bağlanma sorunu olan çocuklarda tercih edilmekle birlikte, depresyon, karşıt gelme bozukluğu, öfke sorunları, gelişimsel gerilikler ve otizmde etkili olan bir terapi yöntemidir. Evlat edinilmiş çocukların üvey anne-babalarına bağlanmaları sağlamada da etkili bir yöntemdir (Booth ve Jernberg, 2014).

1967 yılında, Ann Jernberg Chicago Head Start programının psikoloji biriminin başkanı olur ve asistanı Phyllis ile çalışmalarına başlarlar. Jernberg, ekibi ile birlikte yaptığı çalışmalarda psikolojik desteğe ihtiyacı olan 300 kadar çocuk saptarlar. Bu çocukları terapi için çeşitli merkezlere yönlendirmek istemişlerdir. Fakat yönlendirilecek merkezlerin kısıtlı olması, üstelik 300 çocuk için hizmet almanın pahalı ve meşakkatli olması önlerini tıkamıştır. Bu durum Jernberg ve ekibini yeni arayışlara

itmiştir. Jernberg yönlendirme yapmak yerine, psikolojik olarak sorunlu çocuklara yönelik bir program geliştirmeye başlamışlardır. Austin Des Lares'den anne-çocuk iletişimin temel kavramlarını Vioa Brody'den ise besleyici ilişki, dokunma, sallama, birlikte şarkı söyleme gibi kavramları alıp bir model oluşturmuştur. Ernestine Thomas, bu modeli ilk uygulayan terapistlerden biri olarak çocuğun sağlığı hakkında ümitli olmanın, çocuğun güçlü ve potansiyel sahibi olduğuna inanmanın önemini modele eklemiştir. 1970 yılında geliştirilen bu yeni modele Theraplay adı verilmiştir. 1971 yılında Theraplay Enstitüsü kurulmuş ve Jernberg 1979 yılında bu modelle ilgili ilk kitabını yayınlamıştır (Theraplay Institute).

1.3.5. Kum Terapisi

Kum Terapisi, bir çeşit oyun terapisi tekniğidir. Bu teknikte kum, su, yüzlerce minyatür oyuncak ve kum tepsi kullanılır. Kum terapisi sözel olmayan bir terapi çeşididir ve çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde kullanılır. Kumun kendisi zaten terapötik bir etkiye sahiptir. Çocuklar kumla oynamaya meraklıdır ve birçok yetişkin çocukluğunda kumla oynayarak vakit geçirmiştir (Delevi ve Bugay, 2011).

Kum terapisinde terapist, danışana iki adet kum tepsi sunar. Bu tepsilere birinde kuru kum, diğesinde ıslak kum vardır. Danışan hangi tepsiyi kullanacağına karar verir. Bu tepsinin boyu insanın bir bakışta görebileceği büyüklüktedir. Yani ölçüleri gözün görme alanına göre belirlenmiştir. Tepsinin içi maviye boyanmıştır ve bu mavilik deniz, nehir ve suyu temsil eder. Bu terapide terapist danışana yüzlerce belki binlerce minyatür de sunar. Bu minyatür oyuncaklar, tarihi mekanlar, taş, deniz kabuğu gibi gerçek objelerden oluşur. Danışan bu minyatürlerden istediklerini seçerek seçtiği tepsi de dilediği sahneyi oluşturur (Kalff, 2003).

Bu terapinin temelleri Jung'un terapisine dayanır ve onun ilkelerini kullanır. Kollektif bilinçdışı, arketipler gibi kavramlar bu terapinin altyapısını oluşturur. Danışan, küçük minyatürler yolu ile kum üzerine çatışmalarını, bilinçdışı süreçlerini yansıtır. Bilinçdışının yüzeye çıkması ile bilinç aktive, bilinçdışı ile bilinç arasında köprü kurulur. Bu durum iyileşmeye ve değişime yol açar (Kalff, 2003).

Kum Terapisi özellikle sekiz yaşından itibaren çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde kullanılabilir. Arketipler, bilinçaltı süreçler üzerinden işleyen derin bir terapi çeşidi olduğu için psikoterapide psikotik durumlar hariç tüm sorun alanlarında rahatlıkla kullanılabilir. Bu terapi diğer terapi yöntemleri ile aynı zamanlı olarak da

kullanılabilir. Bir danışana eş zamanlı olarak hem bilişsel davranışçı terapi hem de kum terapisi yapmak mümkündür (Delevi ve Bugay, 2011).

Kumun terapide ilk kullanımı bir İngiliz pediatrik olan Margeret Lowenfield tarafından 1920'li yılların sonunda olmuştur. Lowenfield çocuklarla olan çalışmalarında çocuklarla iletişim kurmanın yollarını aramıştır. Lowenfield, H. G. Wells'in 1911'de yayınlanan Yer Oyunları (Floor Games) kitabından etkilenmiştir. Wells bu kitapta, askerler, uzun tahtalar, bloklar gibi küçük oyuncaklarla çocuklarla oynanacak oyunlardan bahsetmektedir. Lowenfield bu oyuncakları çeşitlendirip, oyunun içine kum tepsisi, kum ve suyu ekleyerek 1920'lü yılların sonunda Dünya Tekniği adında kendi tekniğini geliştirmiştir (Kalff, 2003).

Kum Terapisi tekniğini geliştiricisi ise Dora Kalf'tır. Dora Kalf Carl Jung'un öğrencilerindedir. Kalf, Jung tarafından geliştirilen rüya analizinin çocuklarda pek işe yaramadığını kısa sürede fark etmiştir. Gerekçe olarak da çocukların sözel ifade becerilerinin düşüklüğünü göstermiştir. Bunun üzerine çocuklar üzerinde geçerli olan bir metot arayışına girmiştir. Kalf, 1954 yılında Zürih'te katıldığı bir kongrede Lowenfeld'in Dünya Tekniği'ni duymuş ve bunu Jung'un bahsettiği içsel psikik süreçlere entegre olarak yorumlamıştır. Jung'un öğretileri ile zenginleşen bu tekniğe Kum Terapisi adını vermiştir. (Kalff, 2003).

1.3.6. Psikanalitik Oyun Terapisi

Psikanaliz Sigmund Freud tarafından geliştirilmiştir. Klasik psikanalizde hasta bir şezlonga uzanmakta ve serbest çağrışım yöntemi ile aklına gelenleri söylemektedir. Bu yolla hastanın bilinçsiz içeriği bilinç alanına taşınmaktadır. Önceleri arapsaçı gibi görünen bu içerik zamanla bir anlam kazanmaya başlar. Terapist burada ortaya çıkan bu içeriği psikanaliz ilkelerine göre hastaya yorumlar (Zülliger, 2005). Freud yetişkinler üzerine terapiler yapmış ama çocuklar üzerine terapiler yapmamıştır. Hans adını verdiği bir çocuğu uzaktan takip etmiştir. Küçük Hans vakasını anlattığı kitabında Hans'ın oyunlarını babasının aktardığı kadarı ile analiz etmiştir. Freud oyunları çocukların iç dünyasını anlamada kullanmıştır. Freud Hans'ın eşyaları dizmesini, tırmanmasını ve atçılık oynamasını anlamlı bulmuş ve bu oyunlardan üzerinden yorumlamalarda bulunarak Hans'ın fobisini ele almıştır (Freud, 2010).

Klasik psikanalizin çocuklara uygulanmasının zor olduğu kısa sürede anlaşılmıştır. Çünkü klasik psikanaliz konuşması üzerine kuruludur. Çocuklar ise

kendileri hakkında pek konuşkan değildir. Üstelik çocuklar konuşurken psikanalizin yasalarına pek bağlı kalamamışlardır. Hareketli olan çocukların şezlonga uzanıp terapi süresi boyunca uzanarak durması ise pek mümkün olmamıştır. Bu durum erken dönem psikanalizcilerini çocukla çalışırken yeni yöntemler aramaya itmiştir (Zülliger, 1955).

Hug Hellmuth çocuklarla psikanalitik çalışmalar yapan ilk kişi olarak bilinmektedir. Helmuth, çalışmalarında resim ve ara sıra oyun kullanmasına rağmen belli bir teknik geliştirmemiştir. Helmuth, 6 yaş altındaki çocukların psikanalizine ise hiç girişmemiştir, (Klein, 1955).

Psikanalitik oyun yaklaşımının öncülerinden biri Freud'un kızı Anna Freud'dur. Anna Freud'un geliştirdiği tekniğin özü şöyledir: Çocuk uzun süre kendi seçtiği oyuncaklarla oynatılır. Oyuncaklar oyuncak dolabından seçilir. Çocuk oyunu kendi kurar. Çocuğu psikanalizden geçiren hekim, çocuk tarafından oynana birçok oyunu gözlemler, oyunda saklı yatan anlamları keşfeder ve bunu ihtiyatlı şekilde çocuğa sunar (Zülliger, 2005).

Psikanalitik oyun yaklaşımının diğer bir öncüsü Melaine Klein'dır. Klein çocuklarla yaptığı ilk çalışmaları 1919 yıllarında çocukların evinde ve çocuğun oyuncakları ile yapmıştır. Çocuk oyunda fantezi ve anksiyetelerini ifade ettikçe Klein'de tutarlı bir şekilde bunları çocuğa yorumlamıştır. Bu yorumlama sonrasında oyuncak değişik malzemelerin çıktığını görmüştür. Klein bu çalışmaları Psikanalitik Oyun Terapisi'nin başlangıcını oluşturmuştur (Klein, 1955).

Klein 1920 ile 1923 yıllarında diğer çocuk vakalarıyla daha da deneyim kazanmıştır. 1923 yılında psikanalize aldığı iki yaş dokuz aylık bir çocuğun tedavisinden sonra tekniği daha da kavramsallaştırmıştır. Rita adı verilen, hayvan fobisi ve gece terörü olan bu çocukla yaptığı çalışmalar sonucunda yorumun terapideki gücünü görmüş ve terapinin bir parçası haline getirmiştir. Bu durumu kendisi şöyle ifade etmektedir: "Freud'un rüyaları yorumlamasına benzer bir şekilde, çocuğun oyununa yaklaştığımda onun bilinçdışına girebildiğimi gördüm." (Klein, 1955)

Klein oyunu nasıl yorumladığına, kendi makalesinden örnek verilebilir. Klein'e bir gün okulu sevmeyen, başarısı arkadaşlarından düşük olan 7 yaşında bir kız getirilir. Klein bu kızın oyununda kendisi ve bir erkek yerine koyduğu bir oyuncak ile yoğun olarak oynadığını görür. Diğer oyuncaklar bu ikisinin oyununu izlemek istediğinde kızılıp kenara konur. Bu iki çocuk oynadığında sürekli kaza çıkarmakta ve etrafi

dağıtmaktadır. Klein diğer gözlemlerine de dayanarak çocuğa bir erkek çocuk ile kendisi arasında cinsel bazı şeyler olmuş olabileceği, bunun da onu rahatsız ettiği ve belki de bu nedenle okula gitmek istemediği yorumunu yapar. Çocuk tepki vermez ancak oyuna yeni malzemeler getirir. Bu seanstan sonraki seanslarda rahatlama görülür. Klein, bu rahatlama ve yeni malzeme gelmesini yoruma bağlar. Bu nedenle oyun terapisinde merkeze yorumu alır. Terapist doğru yorum yapmadığında oyunda yeni konuların çıkmayacağına ve oyunun tedavi edici yönde ilerlemeyeceğine inanmıştır (Klein, 1955). Küçük çocukların da yerinde yapılan yorumları anladığını belirtmiştir. Yorumların kısa net ve çocukların dili ile yapılmasını istemiştir. Anna Freud'dan farklı olarak Klein, yorum için uzun süre beklemeye gerek olmadığına inanır. Analist bir şeyler sezer sezmez bunu çocuğa yorumlamak gerektiğine inanmıştır (Zülliger, 2005).

Klein odasında küçük figürler buldurmaya özen gösterir. Oyuncakların deneyim ve fantezileri ifade etmeye imkan tanımaktadır. Bu amaç için, oyuncakların mekanik olmamasının ve insan figürlerinin yalnızca renk ve büyüklüklerinin farklı olması ve belirli bir mesleği belirtmemesi gerektiğini belirtmiştir. Oyuncakların basit olmalarını önemser. Çünkü aynı oyuncak ortaya çıkan malzemeye göre farklı durumlarda kullanabilmektedir. Klein, her bir çocuğun oynadığı oyuncakları ayrı çekmecede tutmuştur. Bu durumu hastanın paylaştığı serbest çağrışımların danışan ile terapisti arasında kalmasına benzetir (Klein, 1955).

Klein psikanalitik oyun tekniğinin kullanılacağı odada bulunması gereken malzemeleri şöyle sıralar: Yıkabilir bir zemin, akan su, bir masa, birkaç sandalye, küçük bir kanepesi, birkaç yastık ve çekmeceli dolap. Odadaki oyuncaklar ise şöyledir: tahtadan erkek ve kadın (genellikle iki büyüklükte), arabalar, el arabası, salıncıklar, trenler, uçaklar, hayvanlar, ağaçlar, tahtalar, evler, çitler, kağıt, makas, bıçak, kurşunkalemler, tebeşirler veya boyalar, yapıştırıcı, toplar ve misketler, şekil verilebilen hamurlar ve ip (Klein, 1955).

Klein analist tarafından sağlanan oyuncakların tanımladığı şekilde, basit ve küçük olup, mekanik olmaması gerektiğine inanmıştır. Bununla birlikte çocukların terapiye oyuncak getirmesine müsaade etmiştir. Klein oyuncakları oyun analizi için mutlak gerekli görmemiştir. Resim, biraz su ve bir kaç kap ile oynanan oyunlarla, ya da rol oyunları ile de çocuk analizinin yapılabileceğine inanmıştır (Klein, 1955).

Erken dönem önemli çocuk psikanalizcilerden biri de İsviçre’li Hans Zülliger’dir. Hans Zülliger kendi çocukla çalışmalarının sonucunda çocukların bazen kendilerine yorumda bulunulmadan sadece oyunla ruhsal sorunlarından kurtulduklarını görür. 1935 yılında Psikoterapi Uygulamasında Çocuk Oyunun Yararları üzerine yazı yazar ve burada yorum olmadan yapılan ‘salt oyun tedavisi’ yönteminden bahseder (Zülliger, 2005). Bu yöntemde bilinçsiz içeriklere başvurmaya gerek yoktur. Zülliger bu tekniğe uzun ikilemler sonucunda ulaştığından bahseder. Çünkü önceleri iyileştiren şeyin yorum olduğunu düşündüğü için yoruma sıkı sıkıya bağlanır. Ancak zamanla yorumu şart olarak görmekten vazgeçer. Hatta “Yorumlara uzun süre tedavide başvurulmamalı, yorum tekniğinden ancak kaçınılmaz durumlarda yararlanılmalıdır” demiştir (Zülliger, 1955). Zülliger, önemli olanın çocuğun yaşaması olduğuna inanmıştır.

Çocuk psikanalizin diğer öncülerinden biri de Winnicott’dur. Winnicott oyunla ilgili psikanaliz literatüründe yerini bulmayan bir şeyler olduğuna inanmıştır. Winnicott (1955) kendinden önce çocuk psikanalistlerinin oyunun içeriğine odaklandıkları için eleştirmiştir. Ona göre oyunun içeriğine aşırı odaklanan analist çocuğu görmeyebilir. Winnicott oyunu sağlıklı olmanın göstergesi olarak görmüştür. Winnicott (Winnicott, 2014) şöyle der: “Doğal olan oyun oynamaktır. Psikanalizse yirminci yüzyıla özgü son derece karmaşık bir olgudur. Sadece Freud’a değil, aynı zamanda oyun oynama denen doğal ve evrensel olan şeye ne kadar şey borçlu olduğumuzu analiste sürekli hatırlatmakta fayda vardır.”

Winnicott çocuğun oyundan yararlanmasının tek yanının psikanaliz olarak varsayılmasını dar görüşlülük olarak görmüştür. Oyunun kendisini bir terapi olarak görmüş, derine inmeden ve yorum çabasına girilmeden de terapi olacağına değinmiş ve Axline’nın çalışmalarını örnek olarak göstermiştir (Winnicott, 2014). Winnicott yorum hakkında Anna Freud’a daha yakındır. Malzeme olgunlaşmadan yapılan yorumun telkin olacağını ve bunun da çocuğun boyun eğmesine neden olacağına değinir. Ayrıca oyunun kendiliğinden gelişmesi gerektiğini, boyun eğerek ya da rıza göstererek oynanan oyunla psikanaliz yapılamayacağına değinir (Winnicott, 2014).

Modern analitik kuramcılar bu ilk çalışmaları genişletmişler ve çocuk terapilerinde oyunun önemine sıklıkla değinmişlerdir. Tüm bu veriler toplandığında psikanalistler tarafından oyun terapide yararlı bir araç olarak görülmesine karşın oyunun

kendisinin terapötik olması ve çocuğun tedavisinde yorumun rolü konusunda farklı düşünmüşlerdir (Schaefer, 2013).

1.3.7. Kukla Terapisi

Kuklalar psikoloji alanında hem tanılama, hem de terapi sürecinde uzun zamandır kullanılmaktadır. Fakat kuklanın terapide kullanımı ile ilgili kısıtlı sayıda araştırma yapılmıştır.

Kuklalar temel olarak çocuğun hayatındaki önemli kişiler hakkında bilgi vermektedir. Çocuk bu önemli kişiler hakkındaki fantezi ve duygularını kukla yoluyla yansıtmaktadır. Kukla gerçek kişi olmadığı için çocuk çok rahat şekilde öfkesini kuklaya yansıtabilmektedir. Bu yansıtma nedeni ile yargılanması ve eleştirilmesi genellikle gerçekleşmez. Bu da çocukların kukla yoluyla duygularını daha rahat ifade etmelerine olanak tanır. (Bromfield, 1994)

Kuklanın psikoterapide ilk ve en kapsamlı kullanımı 1935’li yıllarda Bender ve Waltman tarafından yapılmıştır. Bu ikili New York’taki Bellevue Hastanesi’nde Psikiyatri bölümündeki çocuklara kukla terapisi uygulamışlardır. Kukla terapisi yolu ile çocukların ifade edemediği duygu, düşünce ve çatışmaları ifade ettiklerini görmüşlerdir. Daha sonra bu hastanedeki çocuklar için “Afrika’daki Casper” adında bir kukla oyunu üretmişlerdir. Casper yabancılarla dolu bir dünyaya giden küçük bir çocuğu temsil etmiştir. Bu oyunu izlerken çocukların kuklalarla etkileşime girmesi sağlanmış, sonrasında ise kukla üzerinde çocuklarla tartışarak çocukların hissettiklerini kukla oyununa projekte etmelerine izin vermişlerdir. Bender ve Waltman, kuklanın öfkesini ve anne-baba ve kardeşleri ile olan ilişkisini ifade etmede çok etkili olduğunu gözlemlemişlerdir. Öfke ve sevginin dengeli ifadesinin çocukta bulunan problemleri çözdüğüne inanmışlardır. Kukla oyununda asıl terapötik gücün oyun sonrasında tartışma kısmı olduğunu vurgulamışlardır. Bu ve benzeri oyunlar dışında Bender ve Waltman kukla atölyeleri açmışlar ve burada çocukların kendi kuklalarını üretmelerini sağlamışlardır (Bender ve Woltmann, 1936).

Kukla terapisinin erken kullanıcılarından biri İsviçre’li Rampert’tir. Rampert (1938) çocuklarla yaptığı terapötik çalışmaları zenginleştirmek amacıyla çalışmalarında kuklaları da kullanmıştır (akt. Hawkey, 1951).

Lyle ve Holly (1941), kuklalarla çocuklar üzerinde çalışma yapmışlar ve çocukların kelimelerle ifade edemedikleri duygu ve düşüncelerini kuklalarla ifade ettiklerini görmüşlerdir. Kukla oyununda çocuklar bilinçli yada bilinçsiz bir şekilde kendilerini bir kukla ile özdeşleştirirler. Çocuğun kukla üzerinde eline takarak tam hakimiyet kurması ile çocuk egosunu genişletir (akt. Bernier, 1983).

Jenkins ve Beckh 1942 yılında parmak kuklaların ve maskelerin terapide kullanımı ile ilgili makale yazmışlardır. Jenkins ve Bech'de kuklaları Bender ve Waltman gibi grup çocuklara uygulamış ve terapideki bireysel kullanım alanını geliştirmek için çalışmalar yapmıştır. Bu araştırmacılar parmak kuklaların el kuklalarından daha işlevsel olduklarını belirlemişlerdir. Jenkins çocuğun dil ile ifade etmekten çekindiği tabu, yasak, ayıp davranışların kukla ile ifade edilebileceğini, çünkü hata yapanın çocuk değil kukla olacağını belirtmiştir. Terapistin de kukla üzerinden dolaylı şekilde mesaj verebileceğini belirtmiştir (akt. Bernier, 1983).

Hawkey, kuklanın psikoterapide tanılama ve terapi amaçlı birçok şekilde kullanılabilceğini belirtmiştir. Odasında kum tepsisi, oyuncak ve boyaların yanına kuklaları koymuştur. Bazı kullanımlarda çocuğun kuklaları alıp fantezilerini yansıtmalarını izlemiş, bazı durumlarda çocuğun kukla ile anlattıklarını ona yorumlamış bazı durumlarda ise kuklaları kullanarak çocuklara kendisi oyun sergilemiştir. Hawkey ergenlik döneminde olan çocukların oyuncaklarla oynamak için büyük ama problemlerini dile getirmek için de büyük olduklarını belirtmiş ve kuklanın bu yaş grubu için en iyi seçenek olabileceğini belirtmiştir. (Hawkey, 1951).

Kors, kuklayı hem çocuk hem de yetişkinlerde kullanmıştır. Varoluşçuluk merkezinde kuklaları yorumlayan Kors, kukla ile çocuğun bir katarsis yaşadığını ve bunun kendi problemlerine daha gerçekçi yaklaşmayı sağladığına değinmiştir. Kors kuklanın derin bir iç-yansımaya zemin hazırladığını ve kişinin dünyasını toplum baskısı altında olmadan ifade etmesine imkan tanıdığını belirtmiştir. Kors, kukla terapilerini 3 adım çerçevesinde yürütmüştür. Kors danışanlarından önce kuklalarla bir oyun üretmesini istemiş, böylece danışanın iç dünyasını görmüş sonra da ortaya çıkan bu oyun üzerine danışanı ile konuşmuş ve danışanın kendi dünyasını kendisinin fark etmesini sağlamıştır. Son adımda ise kişinin kendi dünyasının ortalama normal insan dünyasından nerede farklılaştığını bulmaya çalışmıştır (Kors, 1963).

Cassell (1965) hastanede yatan ve kalp kateterizasyonu yapılan çocuklar üzerinde kukla terapisinin etkisini incelemiştir. Çocuklara, kendilerine yapılan medikal operasyon, kukla yolu ile aktarılmıştır. Uygulamada çocuğun kukla oyununda hem doktor, hem de hasta olması sağlanmıştır. Cassell bu işlem yapılan çocukların medikal müdahaleden duygusal olarak daha az hasar aldıklarını saptamıştır. Bu çocuklar tedavinin devamı için hastaneye gelmede istekli davranmışlardır. Schuman, Marcus ve Nesse de (1973) psikiyatrik hastalar üzerinde kukla ile çalışmalar yapmıştır. Yaptıkları araştırmada kukla çalışması ile ifade edilememiş derin duyguların ifade edildiklerini gözlemlemişlerdir. Kuklalar ile hastalara sorunlarla baş etmeden yeni davranışlar öğretilebileceğini belirtmişlerdir (akt. Bernier, 1983).

Pope, Edel ve Lane (1975), öğrenme güçlüğü olan çocuklar için kukla atölyesi düzenlemiştir. Bu atölyede önce çocuklar kendi kuklalarını yapmış, sonra bu kuklalarla oyun oluşturmuş, sonra da bu oyunu izleyiciler oyunda oynamışlardır. Bu çalışmanın çocukların özgüvenin gelişimine yardım ettiği gözlemlenmiştir. Çalışma süresince planlama yapılarak sınır, dikkat, dürtüsellik gibi konularda çocuklara mesafe katması amaçlanmıştır (akt. Bernier, 1983).

Irwin ve Shapiro (1975) kuklayı psikoterapide tanımlama amacı ile kullanmıştır. Bireysel kullanımda çocuğa 25 kukla verilmiş ve çocuğun bu kuklalardan dilediğini seçip bir hikaye oluşturması istenmiştir. Hikaye sonrasında kuklalara çeşitli sorular sorularak çocuktan elde edilen bilgi derinleştirilmiştir. Sonrasında ise çocukla deneyim hakkında konuşulur. Terapist aynı rüya materyalini analiz ettiği gibi, kukla materyalini de analiz eder (akt. Bernier, 1983).

Burch (1980), çocukların yaşadıkları travmayı hatırlamaları, tekrarlamaları ve çalışmalarını için kuklayı kullanmıştır. Travmatik olayın başka türlü çalışılmasının zor olduğu durumlarda spontane bir şekilde kuklayı bir aracı olarak kullanmıştır (akt. Bernier, 1983).

Shapiro, kuklanın terapötik etkilerini şöyle belirtmiştir: duyguları ifade etme, rolleri yeniden deneyimleme, iletişim becerilerinin pratiğini yapma, yalnızlığa ve izolasyona yardımcı olma, olumsuz duyguları yansıtma. Shapiro yaptığı çalışmalarda terapide kukla kullanımının 7-9 yaş arasındaki çocuklarda daha fazla etkili olduğunu gözlemlemiştir (Shapiro, 1995).

Kukla terapide birçok şekilde kullanılmıştır. Bu kullanımları kısaca şu şekilde özetlemek mümkündür:

Çocuk kuklaların karşısında serbest bırakılır. Çocuk kuklalardan dilediklerini seçer ve onlarla ilgili bir öykü kurgular. Terapist öyküyü analiz eder çocuk hakkında iç görü edinir. Bu yöntem kuklanın çocuğu değerlendirmede, tanılamada projektif test gibi kullanımını içerir. Terapist edindiği bilgiye göre değerlendirmesini yapar.

Çocuk kuklalardan dilediğini seçer ve öykü kurgular. Daha sonra terapist çocukla birlikte bu öykünün çocuk hakkında ne söylediğini birlikte değerlendirirler.

Çocuk kuklalardan dilediğini seçer ve seçtiği kuklalar ile bir öykü kurgular. Bu öyküyü kuklalar ile anlatır. Terapist öyküyü öykü içindeki çözümsüzlükleri, çatışmaları, bilişsel hataları ve duygu yüklerini yeniden düzenleyerek öyküyü çocuğa geri aktarır.

Terapist çocuğun var olan sorununa iyi gelecek bir oyun/terapötik bir öykü kurgular. Bu oyunu kuklalarla canlandırır. Çocuk bu oyunu izleyerek kendi sorununa yönelik bir çıkış yolu bulur.

1.3.8. Oyun Terapisi Araştırmaları

1.3.8.1. Dünyada Oyun Terapisi Araştırmaları

Axline, yönlendirmesiz oyun terapisinin çocukların zeka düzeyine etkisini 15 çocuk üzerinde incelemiştir. Çalışmada oyun terapisi sonrasında çocukların üçte birinin IQ puanının arttığı görülmüştür. Axline bunun nedenini çocukların zihinsel performanslarını tam sergilemesine engel olan duygusal engellerden kurtulmalarına bağlamıştır (Axline, 1949).

Axline çocukların gözünde oyun terapisini değerlendirdiği bir başka çalışmada oyun terapisi uygulanan çocukların duyguların ve hislerinin daha farkına vardıklarını gözlemlemiştir. Terapi sonrasında çocukların kendini kabullenmelerinin, kendine yönelik farkındalıklarının ve kendini gerçekleştirmelerinin arttığını belirtmiştir. (Axline, 1950).

Demeria ve Cowden (1992) 6 çocuğa 10 seanslık çocuk merkezli grup oyun terapisi uygulamıştır. Uygulanan terapi sonrasında çocukların kendilik algısının ve tasarımının olumlu anlamda geliştiğini saptamıştır.

Fall, yaptığı çalışmada oyun terapisi ile kişisel yeterlilik arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Oyun terapisinde değişimi sağlayan ana noktalardan birinin terapinin çocukların kişisel yeterliliklerini arttırması olduğunu öne sürmüştür (Fall, 1994).

Clathworthy (1981) hastanede kalan 114 çocuk üzerinde oyun terapisinin etkisini incelemiştir. Kontrol ve deney grubuna ayrılan çocukların deney grubunda olan çocuklarla her gün 30 dakikalık oyun terapisi uygulanmıştır. Oyun terapisi uygulanan grubun kaygısının kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde azaldığı bulunmuştur (akt. Webb, 1995).

Kaduson ve Finnerty kendilik kontrolü içeren oyunların Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklar üzerindeki etkisini incelemiştir. Kontrol ve deney grubuna alınan çocuklardan kontrol grubunda olanlara kişisel kontrol içeren bilişsel davranışçı oyun ve biofeedback içeren bir oyun yaklaşımı ile müdahale edilmiştir. Çalışma sonrasında kontrol grubundaki çocukların hiperaktivite düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı gözlemlenmiştir (Kaduson ve Finnerty, 1995).

Duff, 1996 yılında yaptığı çalışmada 52 aile üzerinde aile oyunlarının aile ilişkileri üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışma sonucunda grup aile oyunlarının aile bireyleri arasındaki ilişkiyi anlamlı ölçüde etkilediğini bulmuştur (Duff, 1996).

LeBlanc ve Ritchie, 42 deneysel oyun terapisi araştırması üzerinde meta analiz çalışması yapmıştır. Yaptıkları çalışmada oyun terapisinin çocukların davranışları üzerinde orta derecede pozitif etkiye sahip olduğu görülmüştür. Terapinin etkisini arttıran iki temel faktör olarak aile katılımı ve seans süresi bulunmuştur. En etkili çalışmalar 30-35 hafta süren çalışmalar olmuştur (LeBlanc ve Ritchie, 1999).

Bratton ve Ray, tarafından yapılan bir meta analiz çalışmasında 1940-2000 yılları arasında yapılan 82 oyun terapisi araştırması incelenmiştir. Çalışmasında oyun terapisinin en etkili olduğu alanları özgüven, davranışsal uyum, duygusal uyum, sosyal beceriler, zeka, korku ve kaygı olduğunu saptamıştır (Bratton ve Ray, 2000).

Landreth ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada çocuk merkezli oyun terapisinin etkinliği ölçülmüştür. Çalışmada aile içi şiddet gören çocuklara iki hafta süreyle her gün ÇMOT uygulanmıştır. ÇMOT'nin çocukların davranış sorunlarının çözümündeki etkileri incelenmiştir. Araştırma sonucunda ÇMOT'nin çocukların genel davranış sorunlarında, içe yönelimli ve dışa yönelimli davranış sorunlarında anlamlı oranda değişim sağladığı görülmüştür (Landreth, Kot ve Giordano, 1998).

Ledyard'ın yaptığı bir çalışmada bakım evinde kalan çocuklara ÇMOT uygulamıştır. Çalışma sonucunda terapi uygulanan çocuklarda depresyon düzeyinin azaldığı, özgüvenin yükseldiği, sosyalleşme becerilerinin arttığı görülmüştür (Ledyard, 1999).

Both, risk grubunda bulunan 4, 5 ve 6. Sınıftan 180 öğrenci üzerinde çocuk merkezli oyun terapisinin etkisini ölçen bir araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırma kapsamında deney ve kontrol grubu oluşturulmuştur. Deney grubunda bulunan çocuklara 1-25 seans arasında değişen süreyle terapi uygulanmıştır. Terapiler haftada bir uygulanmıştır. Çalışma sonucunda terapi uygulanan çocukların özgüven ve özdenetim düzeylerinde bir artış görülmemiştir. Ancak kontrol grubundaki çocukların özgüveni ve özdenetim becerileri yıl içinde azalırken, deney grubundaki çocukların özgüveni sabit kalmıştır (Both, 1999).

Landreth, Giordano ve Lind ev içi şiddete maruz kalmış çocuklar üzerinde ÇMOT'nin grup uygulamasını yapmışlardır. Çalışmada kardeşler terapiye birlikte alınmıştır. Çalışmada deney ve kontrol grubu olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Deney grubundaki çocukların davranış değerlendirmesi Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği ile yapılmıştır. Deney gurubundaki çocukların olumsuz davranışlarında anlamlı ölçüde azalma görülmüştür. Çocuklar toplam davranış puanında olduğu gibi içe yönelim ve dışa yönelim alt testlerinde de anlamlı ölçüde düşük puan almışlardır (Landreth, Tyndall-Lind ve Giardono, 2001).

Shen, Çin'de depreme maruz kalmış 30 çocuk üzerinde ÇMOT'nin grup uygulamasını yapmıştır. Shen çalışmasında ÇMOT'nin çocuklarda travma sonrasında ortaya çıkan kaygı ve intihar düşüncelerini azaltmada etkili olduğunu bulmuştur (Shen, 2002).

Ogawa doğal afete maruz kalmış ya da aşırı derecede korkunç bir olayla karşılaşmış çocuklar üzerinde ÇMOT uygulamış ve terapinin bu çocuklarda görülen travmanın etkilerini azalttığını saptamıştır (Ogawa, 2004).

Cochran ve arkadaşları aşırı derecede yıkıcı davranışlar gösteren iki çocuk üzerinde ÇMOT'nin etkilerini derinlemesine ele aldıkları çalışmasında ÇMOT'nin çocuklardaki yıkıcı davranışlar, öfke ve dikkat sorunları üzerinde oldukça etkili sonuçlar verdiğini bulmuşlardır (Cochran ve arkadaşları, 2010).

Blanco ve arkadaşları uzun dönem uygulanan ÇMOT'nin çocukların akademik başarıları üzerindeki etkilerini ölçmüşlerdir. Çalışma kapsamında akademik olarak riskli durumda bulunan 18 çocuğa 26 seans ÇMOT uygulanmıştır. Terapi sonrasında çocukların dil, genel bilgi ve yazma alanlarında anlamlı artışlar görülmüştür (Blanco, Ray ve Holliman, 2012).

Schottelkorb ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ÇMOT ve Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapinin travmatize olmuş çocuklar üzerindeki etkinliğini araştırmışlardır. 6-13 yaş arasındaki çocuklardan bir kısmına ÇMOT diğer kısmına travma odaklı bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Her iki terapi yaklaşımın çocuklarda görülen travma semptomlarını azaltmada etkili olduğu görülmüştür (Schottelkorb, Dumas ve Garcia, 2012).

Bratton ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ÇMOT'nin anaokulu çocuklarında görülen yıkıcı davranışlar üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Terapi 52 düşük gelirli ailenin çocuğuna uygulanmıştır. Çalışma sonrasında ÇMOT'nin çocuklarda görülen yıkıcı davranışları, öfkeyi ve dikkat sorunlarını önemli oranda azalttığı görülmüştür (Bratton ve arkadaşları, 2013).

Filial Terapi, ÇMOT'nin temel ilkelerinin 10 haftalık program dahilinde anne-babalara öğretildiği bir eğitim programıdır. Bu program ÇMOT temelli olarak Bernard ve Louise Guerney tarafından geliştirilmiş ve eğitim Garry Landreth tarafından sistematize edilmiştir. Eğitim programına katılan ebeveynler evde çocukları ile 30 dakikalık oyun oynamaktadırlar. Filial terapinin çocuklar üzerindeki etkinliğini ölçen araştırmalar çocuk merkezli oyun terapisinin etkinliğini ölçen araştırmalar kapsamında değerlendirilebilmektedir (Landreth ve Rennie, 2000).

Jang, tarafından Kore'de yapılan çalışmada Filial Terapinin çocuklar üzerindeki etkinliği ölçülmüştür. Bu çalışmada 4 hafta, 8 oturumda düzenlenen Filial Terapi oturumunun çocuklarda görülen davranış sorunlarında anlamlı değişikliğe yol açtığı görülmüştür (Jang, 2000).

Tew, doktora çalışmasında Filial Terapi'nin etkisini kronik hastalığı olan çocukların olumsuz davranışları üzerindeki etkisini ölçmüştür. Deney grubunda yer alan ebeveynlerinin çocuklarının, Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'nden elde edilen verilere göre toplam problemlili davranış puanlarının ve anksiyete/depresyon alt ölçek puanlarının anlamlı oranda azaldığı görülmüştür (Tew, 1997).

Landreth ve Kidon İsraili aileler üzerinde yoğunlaştırılmış Filial Terapi programı uygulamış ve bu programın çocuklar üzerindeki etkisini ÇDDÖ ile ölçmüşlerdir. Araştırma sonucunda terapinin çocuklardaki içe yönelim, dışa yönelim ve toplam davranış puanlarını anlamlı ölçüde azalttığı bulunmuştur (Landreth ve Kidron, 2010).

Lim ve Ogawa, Sudan'lı mülteci çocuklar üzerinde Filial Terapi uygulamışlardır. Derinlemesine yapılan bu çalışmada iki çocuk üzerinde terapinin etkisi ölçülmüştür. Bu çalışmada oyun terapisinin çocuklardaki davranım bozukluğu, agresif davranışlar ve sosyal problemler üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Lim ve Ogawa, 2014).

1.3.8.2. Türkiye'de Oyun Terapisi Araştırmaları

Ülkemizde oyun terapisi yenidir. Bu nedenle bu konuda yapılan araştırmalar da yeni yeni artmaktadır. Oyunun çocuklarda görülen ruh sağlığı sorunlarını çözmedeki etkisi üzerine yapılan araştırmaların ilki Akman tarafından yapılan doktora çalışmasıdır. 1987 yılına dayanan bu araştırmada anaokulu grubunda ayrılık kaygısı yaşayan çocuklar dörder kişiden dört gruba ayrılmıştır. Bir grup kontrol grubu olarak seçilmiştir. Diğer 3 gruba çeşitli oyun teknikleri ile müdahale edilmiştir. İlk grupta yönlendirmesiz oyun tekniği kullanılmış, ikinci grupta oyunlar araştırmacı tarafından yönlendirilmiş, üçüncü grupta ise çocuklara ayrılık kaygısı yaşayıp daha sonra bu kaygının üstesinden gelip mutlu olan çocuklarla ilgili öyküler anlatılmıştır, öyküler resimle desteklenmiş sonrasında ise öykü çocuklarla tartışılmıştır. Her bir müdahale 45 dakikadan 8 hafta sürmüştür. Araştırma sonucuna göre her üç gruptaki çocukların kaygısının kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde azaldığı görülmüştür. Etkili olan üç teknik arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır (Akman, 1987).

2005 yılında Ekil Kaya tarafından bir yüksek lisans tezinde oyun tedavisi ele alınmıştır. Tez "Zihinsel Özürlü Çocuklarda Oyun Tedavisinin Etkinliği'nin Karşılaştırması" başlığı ile yayınlanmıştır. Bu çalışmada çocuklar deney ve kontrol grubu olarak iki gruba ayrılmıştır. Kontrol grubundaki çocuklara klasik iş uğraş terapisi ile fizyoterapi uygulanırken deney grubundaki çocuklara oyun tedavisi uygulanmıştır. Araştırma sonucunda oyun tedavisi uygulanan çocukların daha çok gelişim gösterdiği saptanmıştır (Kaya, 2005).

Tural (2012) tarafından yapılan araştırmada ameliyat öncesinde çocuklarla oynanan, çocuğu ameliyata hazırlayan hazırlayıcı oyunun çocukların kaygı ve korku düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmada çocuklar üç gruba ayrılmış. Bir grup kontrol grubu olmuş. Diğer gruptaki çocuklara sadece ameliyatla ilgili eğitim verilmiş, üçüncü gruptaki çocuklara ise eğitimin yanında 30 dakika içinde doktor malzemelerinin bulunduğu oyun seti ile serbest oyun oynamışlardır. 7-12 yaş arasındaki çocuklarda eğitimle birlikte oynanan oyun, çocukların kaygı düzeyini eğitim grubuna göre daha azaltmamıştır. Ancak oyun grubundaki çocuklar eğitim grubundaki çocuklara göre daha az tıbbi işlem, çevresel, kişisel ve kişilerarası korku yaşamışlardır.

Sezici (2013) tarafından yapılan doktora çalışması, oyun terapisinin okul öncesi çocuklarda sosyal yetkinlik ve davranış yönetimine etkisini araştırmıştır. Çalışma 4-5 yaşında 79 çocukla yapılmış, çalışmada deney ve kontrol grupları oluşturulmuştur. Yapılan alışma sonucunda Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisine göre şekillendirilmiş Oyun Hamuru alışma Programı ile oyun oynayan çocukların diğer çocuklara göre sosyal, duygusal ve davranış becerilerinde artış görölmüştür.

Gözalan, tarafından yapılan çalışmada Oyun Temelli Dikkat Eğitim Programının 5-6 yaş çocuklarının dil ve dikkat gelişimine etkisi incelenmiştir. Karaman ilinde 62 çocuk üzerinde yapılan araştırmada kontrol ve deney grubu oluşturulmuştur. Deney grubunda yer alan çocuklara 10 hafta süre ile haftada 2 kez 30-40 dakika süre ile eğitim programı uygulanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Araştırma sonucunda eğitim programının çocukların dikkat ve dil becerilerini anlamlı ölçüde arttırdığı bulunmuştur (Gözalan, 2013).

Orhan tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada terapötik oyunun etkisi incelenmiştir. Pediatrik onkoloji hastalarında periferik damar yolu açılırken çocukların kaygısını azaltmak için terapötik oyun kullanılmıştır. Bu oyun içinde çocuğa yapılacak damar yolu açma işlemi çocuğa oyun ile anlatılmıştır. 20 çocuk deney grubunda 20 çocuk da kontrol grubunda olmak üzere toplam 40 çocuk üzerinde çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucunda deney grubunda bulunan çocukların durumluluk kaygı durumunun kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde azaldığı bulunmuştur (Orhan, 2014).

Ülkemizde yukarıda belirtilen tez çalışmalarının yanında oyun terapisi ile ilgili bilimsel makaleler de yayınlanmıştır. Bulut'un, 2008 yılında kaleme aldığı makalesinde

Psikodinamik Oyun Terapisi yaklaşımı ile erken dönem çocukluk istismarının çözümüne yönelik 5 aşamalı bir yaklaşım planı öne sürmüştür (Bulut, 2008).

Öğretir yaptığı çalışmada oyun ve oyun terapisini kapsamlı olarak ele almıştır. Çalışmada oyun terapisi ile ilgili klasik kuramların yanında modern kuramlara da yer verilmiştir. Kuramlar karşılaştırmalı ve ayrıntılı olarak ele alınmıştır (Öğretir, 2008).

Durualp ve Aral, ana sınıfına devam eden altı yaşındaki çocukların sosyal becerilerine Oyun Temelli Sosyal Beceri Eğitimi Programının etkisini incelemiştir. Çalışmada anaokulu çocukları iki gruba ayrılmış deney grubuna eğitim programı uygulanmıştır. Eğitim programı uygulanan grubun kontrol grubuna göre sosyal becerilerinde anlamlı oranda gelişim görülmüştür (Durualp ve Aral, 2010).

Akgün ve Yeşilyaprak 2010 yılında yaptıkları çalışmada 4-5 yaş arasında çocuğu olan annelere Anne Çocuk İlişkisini Oyunla Geliştirme eğitim programını uygulamıştır. Çalışmada anneler kontrol, deney ve plasebo grubu olarak 3 gruba ayrılmıştır. Çalışma sonunda eğitim uygulanan gruptaki annelerin çocukları ile arasındaki ilişkide anlamlı oranda gelişme bulunmuştur (Yeşilyaprak ve Akgün, 2010).

Bugay ve Delevi, yaptığı çalışmalarda Kum Terapisini incelemiştir. Çalışmada ülkemizde henüz pek bilinmemekte olan Kum Terapisinin belirgin özelliklerini ele almıştır. Kum Terapisinin tarihsel gelişimi, kullanım alanları ile kum terapisi ile ilgili pratik temel kurallar ele alınmıştır (Delevi ve Bugay, 2011).

1.4. Çocuklarda Görülen Ruhsal Bozukluklar

Çocuklarda ve yetişkinlerde görülen ruhsal bozukluklar Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kılavuzunda tanımlanmıştır (Koroğlu ve Güleç, 1998). Bu kılavuzun son güncel versiyonu 2013 yılında DSM-V olarak yayınlanmıştır. Bundan sonraki kısımda bu kılavuza göre çocuklarda görülen belli başlı ruhsal bozukluklar aktarılacaktır.

1.4.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkar. Çocukta gelişimsel olarak uygunsuz dikkat sorunları ve aşırı hareketlilik görülür. DEHB olan çocukların engellenmeye yönelik toleransları azdır bu nedenle bu gibi durumlarda çocuk atak ve huzursuz olur. Tanı genelde ilkököl dönemi

ile birlikte konmaktadır. Belirtilerin ya da yol açtığı aksaklıkların ev ya da okul gibi en az iki ortamda görünmesi gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

1.4.2. Karşıt Gelme Bozukluğu

Karşıt Gelme Bozukluğu'nda toplum normlarına ve kurallara açıkça saldırı yoktur. Ancak bu kurallara karşı çıkma, düşmanca yaklaşma, olumsuz duygular besleme vardır. Belirtiler genelde okul öncesinde ortaya çıkar tanı genelde ilkokul döneminde konulur. Okul çağında okul sorunları, akran ilişkileri, anne-baba ile çatışmalar sürekli olursa Karşıt Gelme Bozukluğu düşünülebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.3. Davranım Bozukluğu

Davranım Bozukluğu olan çocuklar toplum normlarını ve kurallarını sürekli ve tekrarlayıcı bir biçimde ihlal ederler. Hırsızlık, yalan, hayvanlara zarar verme, güvenliği tehdit edecek davranışlarda bulunma Davranım Bozukluğunun kapsamına girmektedir. Bu çocuklar yangın çıkarma, eşyaya zarar verme yolu ile başkalarının mülküne zarar verirler. Erken yaşlarda okuldan kaçıp, dışarıda vakit geçirebilirler. Eğer belirtilerden biri 10 yaşından önce başlarsa çocuklukta başlayan tip, 10 yaşından önce hiç bir belirti bulunmayıp sonra çıkarsa ergenlikte başlayan tip olarak adlandırılır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.4. Beslenme Bozukluğu

Belirgin bir biçimde kilo alamama ya da en az 1 aylık bir sürede belirgin bir kilo kaybı olması durumudur. Tanı konulabilmesi için 6 yaşından önce olması gerekir. Tipik belirtisi yemeyi reddetme, acıkma belirtisi göstermeme ve beslenme zamanına karşı karşıt tutumlar sergilemedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.5. Pika

Beslenme ve yeme bozuklukları içinde yer alır. Besin değeri olmayan maddelerin (kağıt, pastel boya, zamk, pislik, dışkı, toprak vb.) devamlı olarak yenmesidir. Tanı konulabilmesi için en az 1 ay süre ile bu maddelerin yenmesi gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.6. Tik Bozuklukları

Tikler normal davranışını andıran istemsiz, ani ve tekrarlayıcı ses ve hareketlerdir. Tek bir tik genelde bir saniyeden az sürer. Tikler vokal tikler (ses tikleri) ve motor tikleri (hareket tikleri) olarak iki gruba ayrılırlar. DSM-V'e göre tikler dört grupta incelenirler. Geçici tik bozukluğu çocukluk dönemi ile sınırlıdır ve 1 yıldan az süren tiklerdir. Kronik tik bozukluğu 1 yıldan uzun sürer ve 3 aydan daha az süre kesilme dönemi olmaz. Tourette Sendromu vokal ve motor tiklerinin aynı kişide hemen her gün ve bir yıldan fazla görünmesi durumunda söz konusu olur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.7. Enürezis

Çocuklarda görülen yineleyici nitelikteki istem dışı işemidir. En az 3 ay süre ile haftada en az iki kere olması durumunda tanı konur. Tanı konabilmesi için çocuğun en az 5 yaşında olması gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.8. Enkoprezis

İstemsiz ya da amaçlı olarak dışkının uygunsuz yerlere yapılmasıdır. En az 3 ay süre ile ayda en az bir kez böyle bir olayın olması gerekir. Tanı konabilmesi için çocuğun takvim yaşının en az 4 olması gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.9. Ayrılma Anksiyetesi

Çocuğun evden ya da bağlandığı kişiden ayrıldığında gelişim düzeyine göre beklenenden fazla kaygı duymasıdır. Tanı için durumun 18 yaşından önce başlaması ve en az 4 hafta sürmesi gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.10. Seçici Konuşmazlık

Çocuğun konuşma yeteneği olmasına karşın çocuğun en az bir toplumsal durumda konuşmamasıdır. Bu durum nedeni ile çocuğun toplumsal ilişkileri bozulur. Tanı konabilmesi için söz konusu durumun en az 1 ay devam etmesi gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.11. Tepkisel Bağlanma Bozukluğu

Yeteri kadar bakım verenin olmadığı durumlarda çocukların girdikleri toplumsal ortamlara uyum sağlayamama durumudur. 5 yaşından önce başlar. Ketlenmiş tip de çocuk gelişimine uygun biçimde etkileşime giremez. Toplumsal ortamlarda aşırı derecede ketlenmiş, uyarılmış ya da ambivalandır. Ketlenmemiş tipinde çocuk uygunsuz ve rastgele toplumsal ilişkiler kurar. Nedeni ise çocuğun duygusal ya da fiziksel gereksinimlerinin sürekli görmezden gelinmesidir. Birincil bakım verenin çok sık değişmesi diğer nedendir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.12. Çocukluk Çağı Depresyonu

Çocuklukta görülen depresyon genelde yetişkinlikte görülen depresyon ile örtüşmektedir. Erişkinlerde görülen depresyon tanısında depresif görünüm ve çökkün duygudurum bazı çocuklarda görülüp bazılarında görülmeyebilir. Depresyonda, çocuklarda bütün etkinliklere karşı ilgi yitimi bulunur. Aşırı uyku ya da uykusuzluk depresyonun diğer belirtilerindedir. Enerji azlığı, aşırı değersizlik duygusu, odaklanmakta zorluk, depresyonda görülen diğer durumlardır. Çocuklarda depresif görünüm yerine irritabilite kolay kızma tanı için yeterli olabilir. Depresyon geçiren çocuklarda büyümeye bağlı beklenen kilo artışı olmaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.13. Özgül Fobi

Özgül bir nesne yada durumla ilgili belirgin bir korku ve kaygı duyma durumudur. Çocuklarda korku ya da kaygı kendini ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma ya da sıkıca sarılma ile kendini gösterebilmektedir. Çocuklar ya fobi kaynağından kaçarlara ya da büyük bir kaygı ve korku ile buna katlanırlar. Tanı konulabilmesi için bu korkuların altı aydan daha uzun sürmesi gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.14. Sosyal Kaygı Bozukluğu

Sosyal kaygı, kişinin başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku duyması durumudur. Çocuklarda bu kaygının sadece yetişkinlerin değil aynı zamanda yaşlılarının olduğu ortamda da ortaya çıkması gerekir. Sosyal kaygısı olan çocuklar olumsuz değerlendirilecek biçimde davranmaktan

korkarlar. Özgül fobide olduğu gibi çocuklarda kaygılar korkma, kaygılanma, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme biçiminde görülebilir. Tanı için altı aydan daha uzun süre bu durumun görünmesi beklenir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.15. Yaygın Kaygı Bozukluğu

En az altı aylık bir sürenin çoğunda birtakım etkinliklere yönelik aşırı kaygı ve kuruntu halidir. Kişiler kuruntularını denetim altına almakta güçlük çekerler. Bu kuruntuya çocuklar için sakinleşememe, kolay yorulma, odaklanmada güçlük çekme, kolay kızma, kas gerginliği, uyku bozukluğu belirtilerinden bir tanesinin eşlik etmesi yeterlidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.16. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Takıntıların ya da zorlantıların ya da her ikisinin birlikte olduğu durumdur. Takıntılar kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan yineleyici sürükleyici düşüncelerdir. Belirli bir kaygıya ya da sıkıntıya neden olurlar. Kişi bu düşüncelere, itkilere, imgelere aldırılmamaya ya da bunları bastırmaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme girişiminde bulunur. Zorlantı ise kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yineleyici davranışlar (el yıkama, düzenleme vb.) ya da zihinsel eylemlerdir (sayı sayma, sözcükleri sessiz biçimde yenileme) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.4.17. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma kişinin gerçek ya da göz korkutucu biçimde ölümle, ağır yaralanma ya da cinsel saldırıya uğramış olma durumudur. Bu durumla karşılaşan kişi örseleyici olayları yineleyici, istemsiz şekilde hatırlayabilir bu olayla ilgili korkutucu düşler görebilir. Çocuklarda bu durum yineleyici oyunlar şeklinde görülebilir. Bu gibi durumlar sonrasında bazı kişiler çözümlenemeyen dissosiyasyon (çözülme) yaşarlar. Kişilerde travmatik olayı hatırlatan ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaran ile karşılaşınca yoğun uzun süreli ruhsal sıkıntı olur. Bu nedenle bu olayı çağrıştıran her şeyden kaçınma girişiminde bulunurlar. Bu ve benzeri belirtilerin bir aydan fazla olması durumunda travma sonrası stres bozukluğu söz konusu olur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.5. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma çocuklarda görülen davranış sorunlarının ve ruhsal bozukluklarının tedavisinde çocuk merkezli oyun terapisinin etkinliğini ölçmeyi amaçlamaktadır.

1.6. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de şu ana kadar oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunları ve psikolojik problemleri üzerindeki etkilerine yönelik bir araştırma yapılmamıştır. Oyun terapisi son 5 yıldır uzmanlarca kullanılmaktadır. Ancak etkinliğini ölçen araştırmalar dünya literatüründe bulunmasına rağmen ülkemizde henüz başlamamıştır. Bu araştırma bu alanda ilk olması açısından önemlidir. Oyun terapisinin etkinliğinin kanıtlanması bu alana olan yönelimi arttırabilecektir.

1.7. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın iki temel hipotezi bulunmaktadır.

- Çocuk Merkezli Oyun Terapisi çocuklarda görülen davranış problemlerinin ortadan kaldırılmasında etkilidir.
- Çocuk Merkezli Oyun Terapisi çocuklarda görülen ruhsal bozuklukların tedavisinde etkilidir.

Davranış sorunları kapsamında ruhsal bozukluk tanısı içine girmeyen tırnak yeme, kıskançlık, uykuda diş gıcırdatma, parmak emme gibi davranışlar ele alınmıştır. Ruhsal bozukluk olarak DSM-V’te tanımlanan bozukluklar ele alınmıştır.

1.8. Sınırlılıklar

Araştırmanın yürütülmesi ve uygulanması aşamasında çeşitli sınırlılıklar söz konusu olmuştur. Bu sınırlılıklar aşağıda sıralanmıştır:

- Araştırma İstanbul ilinde yaşayan, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek ailelerin çocukları ile sınırlıdır.
- Araştırma tek bir danışmanlık merkezine başvuran çocuklar ile sınırlıdır.
- Araştırma terapiyi uygulayan terapistin bir tek kişi olması ile sınırlıdır.
- Araştırmanın sonuçları veri toplama aracı olarak kullanılan ölçeğin verileri ile sınırlıdır.

1.9. Varsayımlar

- Araştırmaya katılan kişilerin anketlerdeki maddeleri içtenlikle cevapladıkları varsayılmıştır.
- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının, araştırmanın amacına uygun olduğu kabul edilmiştir.



BÖLÜM II

YÖNTEM

Bu bölümde sırasıyla; araştırmanın yöntemi, evren ve örneklem, örneklem grubunun demografik özelliklerine ilişkin bulgular, verilerin toplanması, veri toplama araçları, işlem ve verilerin istatistiksel analizlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

2.1. Araştırma Yöntemi

Bu çalışma kapsamında yürütülen araştırma bir yarı-deneysel bir araştırmadır. Araştırma aynı zamanda bir değerlendirme araştırmasıdır. Araştırmada Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin etkinliği denetlenmiştir. Araştırma kapsamında çeşitli sorunlarla psikolojik danışmanlık merkezlerine başvuran çocuklara, anne-babalarının onayları dahilinde Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanmıştır. Terapi öncesinde ve sonrasında çocukların psikolojik durumları ölçek ile ölçülmüştür. Terapi yaklaşımının etkinliğini belirlemek amacıyla öntest-sontest yöntemi kullanılmıştır.

2.2. Araştırma Örneklemi

Araştırma İstanbul'da bir danışmanlık merkezine başvuran ya da buraya yönlendirilen çocuklar ile yapılmıştır. Araştırmaya 6-10 yaş arasında 30 çocuk katılmıştır. Yaş dilimi olarak 6 yaş altındaki çocuklar araştırmaya dahil edilmemiştir. Çünkü kullanılan ölçek 6-18 yaş arası çocuklar için geliştirilmiştir. Araştırmaya 10 yaş üstü çocuklar alınmamıştır. Çünkü çocuk merkezli oyun terapisi genel olarak 10 yaşından büyük çocuklara uygulanmamaktadır.

Araştırmaya katılan çocukların hepsi İstanbul'da, İstanbul'un farklı ilçelerinde ikamet etmektedir. Çocuklar ön değerlendirmeden sonra terapiye alınması gerekli görülen ve ailelerinden izin alınan çocuklar arasından seçilmiştir. Araştırmaya katılan çocuklar var olan sorunlarından dolayı herhangi bir medikal tedavi almayan çocuklar arasından seçilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların 8'si kız 22'si erkektir. Terapiler 2014-2015 yılları içinde gerçekleştirilmiştir. Terapiler, oyun terapisi konusunda eğitimli olan araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Terapilerin en kısası 8 seans, en uzun olanı ise 15 seans sürmüştür.

2.2.1. Örneklem Grubunun Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan 30 çocuğa ait demografik özellikler tablolar halinde aşağıda gösterilmiştir. Bu tablolarda, araştırmaya katılan çocukların; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, oyun terapisine katılım seans sayısına göre dağılımları ayrı ayrı gösterilmiştir.

Örneklem grubunun cinsiyetleri göre dağılımı **Tablo 1**'de incelenmiştir. **Tablo 1**'de görüldüğü gibi, örneklem grubunu oluşturan çocukların 8'i (%26,7) kız, 22'si (%73,3) erkektir.

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Kız	8	26,7
Erkek	22	73,3
Toplam	30	100,0

Örneklem grubunun yaşlarına göre dağılımı **Tablo 2**'de incelenmiştir. **Tablo 2**'de görüldüğü gibi, örneklem grubunu oluşturan çocukların 8'i (%26,7) 6 yaşında, 9'u (%30) 7 yaşında, 6'sı (%20,0) 8 yaşında, 7'si (%23,3) 9 yaşındadır.

Tablo 2. Katılımcıların Yaş Durumlarına Göre Dağılımı

Yaş	n	%
6 Yaş	8	26,7
7 Yaş	9	30,0
8 Yaş	6	20,0
9 Yaş	7	23,3
Toplam	30	100,0

Örneklem grubunun eğitim durumlarına göre dağılımı **Tablo 3**'te incelenmiştir. **Tablo 3**'te görüldüğü gibi, örneklem grubunu oluşturan çocukların 13'ü (%43,3) 1. sınıfta, 19'u (%30) 2. sınıfta, 5'i (%16,7) 3. sınıfta, 3'ü (%10) 4. sınıfta eğitim görmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	n	%
1.Sınıf	13	43,3
2.Sınıf	9	30,0
3.Sınıf	5	16,7
4.Sınıf	3	10,0
Toplam	30	100,0

Örneklem grubunun katıldıkları oyun terapisi seans sayısına göre dağılımı **Tablo 4**'te incelenmiştir. **Tablo 4**'te görüldüğü gibi, örneklem grubunu oluşturan çocukların 7'si (%23,3) 8 seans, 3'ü (%10) 9 seans, 3'ü (%10) 10 seans, 6'sı (%20) 11 seans, 8'i (%26,7) 12 seans, 1'i (%3) 13 seans, 1'i (%3) 14 seans, 1'i (%3) 15 seans oyun terapisine katılmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların Aldıkları Seans Sayısına Göre Dağılımı

Seans Sayısı	n	%
8 Seans	7	23,3
9 Seans	3	10,0
10 Seans	3	10,0
11 Seans	6	20,0
12 Seans	8	26,7
13 Seans	1	3,3
14 Seans	1	3,3
15 Seans	1	3,3
Toplam	30	100,0

2.3. Verilerin Toplanması

Kişisel Bilgi Formu ve Çocuk Davranışları Değerlendirme Ölçeği, oyun terapisine katılan çocukların anne ya da babasına terapi öncesinde ve terapi sonrasında verilerek doldurmaları sağlanmıştır. Uygulamalar öncesinde deneklere, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne bağlı Klinik Psikolojisi Yüksek Lisans Tezi kapsamında yürütüldüğü ve yanıtların gizli tutulacağı, bilgilerin araştırma amacıyla kullanılacağı ifade edilmiştir. Formların doldurulması tamamlandığında verilerin hesaplamaları ve değerlendirmeleri yapılmış ve sonra Microsoft Excel formatına işlenmiştir. Formu toplam 30 kişi yanıtlamıştır.

2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik bilgi formu ve 6-18 Yaş Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'nin (Child Behavioral Checklist) anne-babalara verilen versiyonu kullanılmıştır. Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği oyun terapisine öncesinde ve terapi sonlandırıldıktan sonra anne-babadan herhangi birine verilmiştir.

Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'nin seçilme nedeni uygulama ve değerlendirme prosedürlerinin kolay olması, Türkiye standartlarının bulunması ve çocuklarda görülen davranış ve ruhsal sorunları en kapsamlı şekilde ele alan ölçek olmasıdır.

2.4.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Sosyo-demografik bilgi formu bu araştırma için araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bu form araştırmaya alınan çocukların anne ya da babaları tarafından doldurulmuştur. Bu formda ailenin iletişim bilgileri, anne-babanın eğitim ve iş durumları, çocuğun doğum tarihi, yaşı, sınıfı ve okulu gibi bilgiler bulunmaktadır.

2.4.2. Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği

Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'nin orijinal adı Child Behavioral Check List'dir. Bu test Achenbach Amprık Temelli Değerlendirme Sistemi (ASEBA)'nin bir parçasıdır. ASEBA'yı diğer değerlendirme sistemlerinden ayıran noktası açık uçlu

sorulara da yer verilmiş olmasıdır (Erol ve Şimşek, 2010). Bu değerlendirme sisteminin bir parçası olarak aşağıdaki ölçekler bulunmaktadır:

1,5-5 Yaş Çocukları için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/1,5-5)

6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18)

11-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Kendini Değerlendirme Ölçeği (YSR/11-18)

6-18 Yaş için Öğretmen Bilgi Formu (TRF/6-18)

Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği 1983 yılında Achanbach tarafından geliştirilmiştir. 1993 yılında güncellenen formu 4-18 yaşlarını kapsamaktadır. 2001 güncellemesi ile test ikiye ayrılmıştır. İlk formu 1,5-5 yaş arası çocukları kapsarken, ikincisi 6-18 yaşlarını kapsamaktadır. CBCL/6-18 dört sayfadan oluşmaktadır. İlk 2 sayfada çocuk hakkındaki demografik bilgilere, çocuğun hobilerine, hastalıklarına, anne-babalarının çocuklarında sevdikleri özelliklere yönelik sorular bulunmaktadır. Ölçeğin son iki sayfasında çocuğun yaşadığı davranış ve duygusal sorunları kapsayan 113 madde bulunmaktadır. Bu maddeler çocuğun anne-babası ya da temel bakım vereni tarafından doldurulmaktadır (Erol ve Şimşek, 2010).

Ölçekte ilk iki sayfada yer alan bölüm Yeterlilik Testi olarak bilinmektedir. Yeterlilik alt testi Etkinlik, Sosyallik ve Okul alt testi olarak üç alt testten oluşmaktadır. Bu üç alt testten toplam yeterlilik puanı elde edilmektedir.

Ölçeğin son iki sayfası ise Problem Testi'dir. Problem Testi Amprik Temelli Alt Testler ve DSM Yönelimli Alt testler olarak iki temel başlıkta gruplanmaktadır. Amprik Temelli Alt Testten İçerik Yönelim ve Dışarı Yönelik olarak iki ayrı davranış problem puanı elde edilmektedir. İçerik Yönelik grubunda Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçerik Dönüklük/Depresyon ve Somatik Yakınmalar alt testinden oluşmaktadır. Dışarı Yönelim grubunda ise Kurallara Karşı Gelme ve Saldırgan Davranışlar alt testleri bulunmaktadır. Her iki gruba girmeyen Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları ve Dikkat Sorunları alt testleri de bulunmaktadır. Şekil 1'de tüm alt testler listelenmiştir.



Şekil 1. ÇDDÖ/6-18 İçe Yönelim ve Dışa Yönelim Alt Testleri

ÇDDÖ/6-18'in alt testleri Ampirik Temelli Alt Testler ve DSM Yönelimli Alt testler olarak iki temel başlıkta gruplanmıştır. 2007 yılında yapılan araştırmalarla CBCL/6-18'den 2007 Alt Testleri elde edilmiştir. Bu alt test de Bunlar Obsesif-Kompulsif Problemler Alt Testi, Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Alt Testi'dir. Bu üç alt testin gruplaması ve değerlendirilmesi ile ilgili bilgiler Ek 3'te verilmiştir (Erol ve Şimşek, 2010).

Ölçekte her bir maddede “Doğru Değil”, “Bazen yada Biraz Doğru” ve “Çok ya da Sıklıkla Doğru” olmak üzere 3 seçenek vardır. “Doğru Değil” 0 (sıfır), “Bazen ya da Biraz Doğru” 1 (bir), “Çok ya da Sıklıkla Doğru” 2 (iki) puan olarak kodlanmıştır. Çocukların ölçekten aldığı yüksek puan yoğun davranış sorunları ve duygusal sorun yaşadığını gösterirken, düşük puanlar çocuğun davranış ve duygusal sorunlarının az olduğunu göstermektedir. Puanlamayı ve değerlendirmeyi elle ya da bilgisayar programı yolu ile yapmak mümkündür. 8 maddeden fazla problem maddesinin boş bırakılması durumunda ölçek değerlendirmeye alınmaz. Ölçeklerin hem ham puan hem de T puanları bulunmaktadır. Araştırmalarda sendrom ölçeklerinin istatistiksel analizleri için ham puanların kullanılması önerilmektedir (Erol ve Şimşek, 2010).

Çocuklar ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği'nin CBCL/4-18 formu ilk olarak dilimize 1983 yılında Melda Açıkalin ve Işık Savaşır tarafından çevrilmiş güvenilirlik çalışması yapılmıştır. CBCL/4-18'in 1993 formu Neşe Erol ve Melda

Açıklan tarafından çevrilmiştir. Ölçeğin normları 1995-1996 yılında toplanmıştır. 2001 formunda yapılan değişikliklerin araştırmaları yapılarak Türkçe'ye uyarlanmış ve CBCL/6-18 halini almıştır (Erol ve Şimşek, 2010).

ÇDDÖ'nün Amerika'daki güvenilirlik çalışması 1981 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada 743 çocuktan elde edilen veride madde puanlarının görüşmeciler arası güvenilirliği sınıf içi korelasyon katsayısı 0.96 olarak hesaplanmıştır. Madde puanlarının test-tekrar test güvenilirliği 73 çocuğun annesine testin bir hafta ara ile uygulanmasından elde edilmiş 0.95 olarak bulunmuştur. Ölçek puanları üzerinden alpha değerleri ile yapılan iç tutarlılık çalışmasında değerler 0.78-0.07 arasında çıkmıştır. Ölçek puanlarının alt test puanlarının güvenilirliğini değerlendirmek için Pearson korelasyonları (rs) ve t testi kullanılmıştır. 8 gün ara ile yapılan değerlendirmede test-tekrar test r_s katsayısı 0.91-0.95 arasında olmuştur. 2007 alt testlerinde test-tekrar test katsayısı $p<.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Yapılan iç tutarlılık çalışması ise alpha değeri 0.67 olarak bulunmuştur.

ÇDDÖ'nün Türkiye güvenilirlik çalışmaları 1995-1996 yılında 963 klinik örneklem ve 4278 normal örneklem olmak üzere toplam 5241 çocuktan elde edilen verilerle yapılmıştır. Ölçeğin 2001 formunun test-tekrar test güvenilirliği toplam problemde .93 bulunmuştur. İç tutarlılık katsayısı toplam problemde .94 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin geçerlilik çalışması için 8 faktör yapısına bağlı olan ölçeğin klinik ve normal örneklem üzerinde doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin standardize edilmiş yük değerleri incelenmiş ve maddeler ve alt ölçekler arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Yapılan çalışmada ölçeğin genel olarak maddelerin % 99'unun ölçülmesi amaçlanan belirtileri anlamlı olarak ($p<.01$), pozitif ve tatmin edici düzeyde ölçtüğü görülmüştür. Ölçek genel olarak tüm alt testlerde toplum ve klinik örneklemi anlamlı ölçüde birbirinden ayırt etmiştir ($p<0.001$). klinik örneklemdeki çocukların puan ortalaması toplum örneğinden anlamlı olarak daha yüksektir (Erol ve Şimşek, 2010).

Araştırma kapsamında yapılan çalışmada formun test-tekrar test güvenilirlik katsayısı toplam problemlerde alpha değeri .89 olarak bulunmuştur.

2.5. İşlem

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 20.0 İstatistik paket programı kullanılmıştır.

2.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucu elde edilen veri ve bilgiler IBM SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programına veri olarak girildikten sonra aynı program üzerinde analiz edilmiş ve analiz sonuçlarına göre yorumlar yapılmıştır. Araştırmanın amacı ve hipotez doğrultusunda verilerin analizinde; Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği Amprik Temelli, DSM Yönelimli ve 2007 alt testleri Öntest-Sontest puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığının tespiti için “Wilcoxon testi” uygulanmıştır. Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği içe yönelim, dışa yönelim alt testi ve genel toplam Öntest-Sontest puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığının tespiti için ise “Bağımlı grup t testi” uygulanmıştır.



BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde verilerin analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Tüm bulgular tablolar halinde ayrı ayrı verilmiştir.

3.1. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Alt Testlerine Ait Bulgular

3.1.1. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocuklarının ampirik temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testin, test puan ortalamaları incelenmiştir. **Tablo 5**'te görüldüğü gibi, kız çocukların Anksiyete-Depresyon alt testi öntest puan ortalaması 12,25 iken son test puan ortalaması 6,75'dir. Erkek çocukların Anksiyete-Depresyon alt testi öntest puan ortalaması 9,70 iken son test puan ortalaması 5,50'dir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
						Ort.	SD	Ort.	SD
Anksiyete/Depresyon	Kız	4.7	(3.5)	8.7	(4.5)	12,25	2,36	6,75	4,78
	Erkek	4.1	(3.2)	7.3	(3.9)	9,70	1,25	5,50	2,95

Çocuk merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği ampirik temelli Anksiyete/Depresyon alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi yapılmış ve sonucunda sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,003$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 6). Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	11 ^a	7,00	77,00		
Pozitif Sıralar	1 ^b	1,00	1,00	-2,987	,003*
Eşit	2 ^c				
Toplam	14				

^a. Sontest Anksiyete/Depresyon < Öntest Anksiyete/Depresyon

^b. Sontest Anksiyete/Depresyon > Öntest Anksiyete/Depresyon

^c. Sontest Anksiyete/Depresyon = Öntest Anksiyete/Depresyon

* $P<0,01$

3.1.2. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocuklarının ampirik temelli Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon alt test puan ortalamaları **Tablo 7**'de incelenmiştir. Kız çocukların Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon alt testi öntest puan ortalaması 5,80 iken son test puan ortalaması 2,80'dir. Erkek çocukların Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon alt testi öntest puan ortalaması 5,33 iken son test puan ortalaması 3,91'dir.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
						Ort.	SD	Ort.	SD
Sosyal İçer	Kız	2.1	(2.2)	3.9	(3.1)	5,80	1,48	2,80	1,64
Dönüklük/Depresyon	Erkek	1.9	(2.1)	3.4	(2.9)	5,33	1,15	3,91	1,83

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği ampirik temelli Sosyal İç Dönüklük/Depresyon alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek Wilcoxon Testi uygulanmış ve sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,003$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Sosyal İç Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	12 ^a	8,25	99,00		
Pozitif Sıralar	2 ^b	3,00	6,00	-2,949	,003*
Eşit	3 ^c				
Toplam	17				

^a. Sontest Sosyal İç Dönüklük/Depresyon < Öntest Sosyal İç Dönüklük/Depresyon

^b. Sontest Sosyal İç Dönüklük/Depresyon > Öntest Sosyal İç Dönüklük/Depresyon

^c. Sontest Sosyal İç Dönüklük/Depresyon = Öntest Sosyal İç Dönüklük/Depresyon

* $P<0,01$

3.1.3. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocuklarının ampirik temelli Somatik Yakınmalar alt test puan ortalamaları **Tablo 9**'da incelenmiştir. Kız çocukların Somatik Yakınmalar alt testi öntest puan ortalaması 4,00 iken sontest puan ortalaması 1,75'tir. Erkek çocukların Somatik Yakınmalar alt testi öntest puan ortalaması 5,80 iken sontest puan ortalaması 2,60'tır.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest Ort.	Öntest SD	Sontest Ort.	Sontest SD
Somatik Yakınmalar	Kız	1.2	(1.9)	2.7	(3.1)	4,00	1,41	1,75	1,70
	Erkek	1.1	(1.8)	2.1	(2.2)	5,80	3,42	2,60	2,95

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği ampirik temelli Somatik Yakınmalar alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sonucunda sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,001$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	13 ^a	7,00	91,00		
Pozitif Sıralar	0 ^b	,00	,00	-3,201	,001*
Eşit	1 ^c				
Toplam	14				

^a. Sontest Somatik Yakınmalar /Depresyon < Öntest Somatik Yakınmalar

^b. Sontest Somatik Yakınmalar /Depresyon > Öntest Somatik Yakınmalar

^c. Sontest Somatik Yakınmalar /Depresyon = Öntest Somatik Yakınmalar

*P<0,01

3.1.4. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocuklarının ampirik temelli Kurallara Karşı Gelme alt test puan ortalamaları **Tablo 11**'de incelenmiştir. Kız çocukların Kurallara Karşı Gelme alt testi öntest puan ortalaması 8,00 iken sontest puan ortalaması 4,16'dır. Erkek çocukların Kurallara Karşı Gelme alt testi öntest puan ortalaması 8,35 iken sontest puan ortalaması 5,11'dir.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Alt testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
						Ort.	SD	Ort.	SD
Kurallara Karşı	Kız	0.7	(1.1)	3.2	(3.5)	8,00	5,62	4,16	3,76
Gelme Davranışı	Erkek	1.5	(1.8)	3.5	(3.2)	8,35	3,58	5,11	2,57

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği ampirik temelli Kurallara Karşı Gelme alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,001$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 12). Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	18 ^a	11,44	206,00		
Pozitif Sıralar	2 ^b	2,00	4,00	-3,781	,001*
Eşit	3 ^c				
Toplam	23				

^a. Sontest Kurallara Karşı Gelme /Depresyon < Öntest Kurallara Karşı Gelme

^b. Sontest Kurallara Karşı Gelme /Depresyon > Öntest Kurallara Karşı Gelme

^c. Sontest Kurallara Karşı Gelme /Depresyon = Öntest Kurallara Karşı Gelme

* $P<0,01$

3.1.5. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların ampirik temelli Saldırgan Davranışlar alt test puan ortalamaları **Tablo 13**'te incelenmiştir. Kız çocukların Saldırgan Davranışlar alt testi öntest puan ortalaması 17,00 iken sontest puan ortalaması 8,80'dir. Erkek çocukların Saldırgan Davranışlar alt testi öntest puan ortalaması 16,00 iken sontest puan ortalaması 10,58'dir.

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
						Ort.	SD	Ort.	SD
Saldırgan Davranışlar	Kız	3.9	(4.0)	9.1	(6.0)	17,00	7,14	8,80	3,49
	Erkek	5.2	(4.8)	11.2	(6.8)	16,00	4,02	10,58	4,98

Çocuk merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği ampirik temelli Saldırgan Davranışlar alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,001$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 14). Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	15 ^a	8,90	133,50		
Pozitif Sıralar	1 ^b	2,50	2,50	-3,395	,001*
Eşit	1 ^c				
Toplam	17				

^a. Sontest Saldırgan Davranışlar < Öntest Saldırgan Davranışlar

^b. Sontest Saldırgan Davranışlar > Öntest Saldırgan Davranışlar

^c. Sontest Saldırgan Davranışlar = Öntest Saldırgan Davranışlar

* $P<0,01$

3.1.6. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların ampirik temelli Sosyal Sorunlar alt test puan ortalamaları **Tablo 15**'te gösterilmiştir. Kız çocukların Sosyal Sorunlar alt testi öntest puan ortalaması 11,16 iken sontest puan ortalaması 6,00'dır. Erkek çocukların Sosyal Sorunlar alt testi öntest puan ortalaması 9,00 iken sontest puan ortalaması 5,36'dır.

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest Ort.	SD	Sontest Ort.	SD
Sosyal Sorunlar	Kız	3.0	(2.5)	6.0	(3.5)	11,16	3,18	6,00	3,03
	Erkek	3.2	(2.7)	6.1	(3.6)	9,00	2,00	5,36	2,73

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği ampirik temelli Sosyal Sorunlar alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sonucunda sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,001$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 16). Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	14 ^a	8,39	117,50		
Pozitif Sıralar	1 ^b	2,50	2,50	-3,272	,001*
Eşit	2 ^c				
Toplam	17				

^a. Sontest Sosyal Sorunlar < Öntest Sosyal Sorunlar

^b. Sontest Sosyal Sorunlar > Öntest Sosyal Sorunlar

^c. Sontest Sosyal Sorunlar = Öntest Sosyal Sorunlar

* $P<0,01$

3.1.7. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların ampirik temelli Düşünce Sorunları alt test puan ortalamaları **Tablo 17**'de incelenmiştir. Kız çocukların Düşünce Sorunları alt testi öntest puan ortalaması 7,16 iken sontest puan ortalaması 3,00'dır. Erkek çocukların Düşünce Sorunları alt testi öntest puan ortalaması 7,47 iken sontest puan ortalaması 5,47'dir.

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest Ort.	Öntest SD	Sontest Ort.	Sontest SD
Düşünce Sorunları	Kız	0.9	(1.4)	3.5	(2.9)	7,16	3,60	3,00	2,52
	Erkek	0.9	(1.6)	3.7	(2.9)	7,47	3,04	5,47	2,80

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği ampirik temelli Düşünce Sorunları alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi yapılmış ve sonucunda sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,001$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 18). Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	19 ^a	12,26	233,00		
Pozitif Sıralar	3 ^b	6,67	20,00	-3,475	,001*
Eşit	1 ^c				
Toplam	23				

^a. Sontest Düşünce Sorunları < Öntest Düşünce Sorunları

^b. Sontest Düşünce Sorunları > Öntest Düşünce Sorunları

^c. Sontest Düşünce Sorunları = Öntest Düşünce Sorunları

* $P<0,01$

3.1.8. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların ampirik temelli Dikkat Sorunları alt test puan ortalamaları **Tablo 19**'da incelenmiştir. Kız çocukların Dikkat Sorunları alt testi öntest puan ortalaması 9,50 iken sontest puan ortalaması 5,16'dır. Erkek çocukların Dikkat Sorunları alt testi öntest puan ortalaması 8,86 iken sontest puan ortalaması 6,53'dir.

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest Ort.	Öntest SD	Sontest Ort.	Sontest SD
Dikkat Sorunları	Kız	2.5	(2.0)	5.3	(3.1)	9,50	3,93	5,16	3,43
	Erkek	3.0	(2.2)	5.5	(3.0)	8,86	2,26	6,53	3,56

Çocuk merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği ampirik temelli Dikkat Sorunları alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,001$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Çocukların Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	18 ^a	9,89	178,00		
Pozitif Sıralar	1 ^b	12,00	12,00	-3,348	,001*
Eşit	2 ^c				
Toplam	21				

^a. Sontest Dikkat Sorunları < Öntest Dikkat Sorunları

^b. Sontest Dikkat Sorunları > Öntest Dikkat Sorunları

^c. Sontest Dikkat Sorunları = Öntest Dikkat Sorunları

* $P<0,01$

3.2. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Alt Testlerine Ait Bulgular

3.2.1. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocuklarının DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Alt Testin, test puan ortalamaları **Tablo 21**'de incelenmiştir. Kız çocukların Duygudurum Bozukluğu alt testi öntest puan ortalaması 10,80 iken sontest puan ortalaması 5,80'dir. Erkek çocukların Duygudurum Bozukluğu alt testi öntest puan ortalaması 7,70 iken sontest puan ortalaması 5,25'dir.

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest Ort.	SD	Sontest Ort.	SD
Duygudurum Bozukluğu	Kız	2.4	(2.4)	5.9	(3.8)	10,80	3,42	5,80	1,30
	Erkek	2.3	(3.3)	4.8	(3.3)	7,70	2,34	5,25	2,78

Çocuk merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sonucunda sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,000$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 22). Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 22. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Duygudurum Bozukluğu Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	20 ^a	14,08	281,50		
Pozitif Sıralar	4 ^b	4,63	18,50	-3,771	,000*
Eşit	1 ^c				
Toplam	25				

^a. Sontest Duygudurum Bozukluğu < Öntest Duygudurum Bozukluğu

^b. Sontest Duygudurum Bozukluğu > Öntest Duygudurum Bozukluğu

^c. Sontest Duygudurum Bozukluğu = Öntest Duygudurum Bozukluğu

* $P<0,01$

3.2.2. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocuklarının DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu alt test puan ortalamaları **Tablo 23**'te incelenmiştir. Kız çocukların Anksiyete Bozukluğu alt testi öntest puan ortalaması 6,60 iken sontest puan ortalaması 3,40'dır. Erkek çocukların Anksiyete Bozukluğu alt testi öntest puan ortalaması 5,86 iken sontest puan ortalaması 3,73'tür.

Tablo 23. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
						Ort.	SD	Ort.	SD
Anksiyete Bozukluğu	Kız	2.4	(2.0)	4.0	(2.4)	6,60	2,30	3,40	3,43
	Erkek	2.1	(1.9)	3.3	(2.3)	5,86	1,64	3,73	1,53

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sonucunda sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,000$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	17 ^a	9,88	168,00		
Pozitif Sıralar	1 ^b	3,00	3,00	-3,616	,000*
Eşit	2 ^c				
Toplam	20				

^a. Sontest Anksiyete Bozukluğu < Öntest Anksiyete Bozukluğu

^b. Sontest Anksiyete Bozukluğu > Öntest Anksiyete Bozukluğu

^c. Sontest Anksiyete Bozukluğu = Öntest Anksiyete Bozukluğu

* $P<0,01$

3.2.3. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocuklarının DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu alt test puan ortalamaları **Tablo 25**'te incelenmiştir. Kız çocukların Somatizasyon Bozukluğu alt testi öntest puan ortalaması 3,33 iken sontest puan ortalaması 1,33'tür. Erkek çocukların Somatizasyon Bozukluğu alt testi öntest puan ortalaması 3,87 iken sontest puan ortalaması 1,37'dir.

Tablo 25. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
						Ort.	SD	Ort.	SD
Somatizasyon Bozukluğu	Kız	0.7	(1.4)	1.6	(2.2)	3,33	1,15	1,33	2,30
	Erkek	0.6	(1.3)	1.1	(1.5)	3,87	2,79	1,37	1,40

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sonucunda sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,007$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	9 ^a	5,00	45,00		
Pozitif Sıralar	0 ^b	,00	,00	-2,692	,007*
Eşit	2 ^c				
Toplam	11				

^a. Sontest Somatizasyon Bozukluğu /Depresyon < Öntest Somatizasyon Bozukluğu

^b. Sontest Somatizasyon Bozukluğu /Depresyon > Öntest Somatizasyon Bozukluğu

^c. Sontest Somatizasyon Bozukluğu /Depresyon = Öntest Somatizasyon Bozukluğu

* $P<0,01$

3.2.4. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli DEHB Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocuklarının DSM Yönelimli DEHB alt test puan ortalamaları **Tablo 27**'de incelenmiştir. Kız çocukların DEHB alt testi öntest puan ortalaması 8,00 iken sontest puan ortalaması 4,66'dır. Erkek çocukların DEHB alt testi öntest puan ortalaması 8,00 iken sontest puan ortalaması 5,70'tir.

Tablo 27. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest Ort.	SD	Sontest Ort.	SD
DEHB	Kız	2.4	(2.0)	4.5	(2.5)	8,00	2,64	4,66	2,51
	Erkek	2.9	(2.2)	5.1	(2.5)	8,00	1,56	5,70	2,90

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği DSM Yönelimli DEHB alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sonucunda sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,005$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 28). Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 28. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	10 ^a	5,50	55,00		
Pozitif Sıralar	0 ^b	0,00	0,00	-2,816	,005*
Eşit	3 ^c				
Toplam	13				

^a. Sontest DEHB /Depresyon < Öntest DEHB

^b. Sontest DEHB /Depresyon > Öntest DEHB

^c. Sontest DEHB /Depresyon = Öntest DEHB

* $P<0,01$

3.2.5. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu alt test puan ortalamaları **Tablo 29**'da incelenmiştir. Kız çocukların Karşıt Gelme Bozukluğu alt testi öntest puan ortalaması 6,50 iken sontest puan ortalaması 3,00'dir. Erkek çocukların Karşıt Gelme Bozukluğu alt testi öntest puan ortalaması 6,37 iken sontest puan ortalaması 4,50'dir.

Tablo 29. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler	Toplum		Klinik		Çalışma			
	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
					Ort.	SD	Ort.	SD
Karşıt Olma Karşıt Kız	1.6	(1.8)	3.6	(3.2)	6,50	1,91	3,00	1,41
Gelme Bozukluğu Erkek	2.0	(1.8)	4.1	(2.4)	6,37	0,91	4,50	1,60

Tablo 30'da Çocuk merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için yapılan Wilcoxon Testi sonuçları gösterilmiştir. Buna göre, sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,004$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 30. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	11 ^a	6,91	76,00		
Pozitif Sıralar	1 ^b	2,00	2,00	-2,917	,004*
Eşit	0 ^c				
Toplam	12				

^a. Sontest Karşıt Gelme Bozukluğu < Öntest Karşıt Gelme Bozukluğu

^b. Sontest Karşıt Gelme Bozukluğu > Öntest Karşıt Gelme Bozukluğu

^c. Sontest Karşıt Gelme Bozukluğu = Öntest Karşıt Gelme Bozukluğu

* $P<0,01$

3.2.6. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu alt test puan ortalamaları **Tablo 31**'de incelenmiştir. Kız çocukların Davranım Bozukluğu alt testi öntest puan ortalaması 8,28 iken sontest puan ortalaması 4,57'dir. Erkek çocukların Davranım Bozukluğu alt testi öntest puan ortalaması 10,30 iken sontest puan ortalaması 6,00'dir.

Tablo 31. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
						Ort.	SD	Ort.	SD
Davranım	Kız	1.0	(1.6)	2.6	(3.0)	8,28	6,34	4,57	3,10
Bozukluğu	Erkek	1.8	(2.4)	4.5	(4.4)	10,30	4,23	6,00	3,80

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sonucunda sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,000$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 32). Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 32. Araştırmaya Katılan Çocukların DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	17 ^a	10,68	181,50		
Pozitif Sıralar	2 ^b	4,25	8,50	-3,493	,000*
Eşit	1 ^c				
Toplam	20				

^a. Sontest Davranım Bozukluğu < Öntest Davranım Bozukluğu

^b. Sontest Davranım Bozukluğu > Öntest Davranım Bozukluğu

^c. Sontest Davranım Bozukluğu = Öntest Davranım Bozukluğu

* $P<0,01$

3.3. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Alt Testlerine Ait Bulgular

3.3.1. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocuklarının 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testin, test puan ortalamaları **Tablo 33**'de incelenmiştir. Kız çocukların Ağır Bilişsel Tempo alt testi öntest puan ortalaması 7,00 iken sontest puan ortalaması 3,00'dır. Erkek çocukların Ağır Bilişsel Tempo alt testi öntest puan ortalaması 2,75 iken sontest puan ortalaması 1,58'dir.

Tablo 33. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

2007 Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest Ort.	Öntest SD	Sontest Ort.	Sontest SD
Ağır Bilişsel Tempo	Kız	2.0	(1.9)	4.0	(2.5)	7,00	0,00	3,00	0,00
	Erkek	0.6	(1.0)	1.5	(1.6)	2,75	0,96	1,58	1,19

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği 2007 Ağır Bilişsel Tempo alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sonucunda sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,018$) $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir (Tablo 34).

Tablo 34. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	9 ^a	6,56	59,00		
Pozitif Sıralar	2 ^b	3,50	7,00	-2,358	,018*
Eşit	2 ^c				
Toplam	13				

^a. Sontest Ağır Bilişsel Tempo < Öntest Ağır Bilişsel Tempo

^b. Sontest Ağır Bilişsel Tempo > Öntest Ağır Bilişsel Tempo

^c. Sontest Ağır Bilişsel Tempo = Öntest Ağır Bilişsel Tempo

* $P<0,05$

3.3.2. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocuklarının 2007 Obsesif Kompulsif Problemler alt test puan ortalamaları **Tablo 35**'de incelenmiştir. Kız çocukların Obsesif Kompulsif Problemler alt testi öntest puan ortalaması 5,60 iken sontest puan ortalaması 2,40'dır. Erkek çocukların Obsesif Kompulsif Problemler alt testi öntest puan ortalaması 5,44 iken sontest puan ortalaması 3,22'dir.

Tablo 35. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

2007 Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
						Ort.	SD	Ort.	SD
Obsesif Kompulsif Problemler	Kız	2.0	(1.9)	4.0	(2.5)	5,60	1,51	2,40	2,50
	Erkek	1.8	(1.8)	3.6	(2.3)	5,44	1,23	3,22	1,92

Tablo 36'da Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği 2007 Obsesif Kompulsif Problemler alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için yapılan Wilcoxon Testi sonuçları gösterilmiştir. Buna göre, sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,002$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 36. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	12 ^a	7,42	89,00		
Pozitif Sıralar	1 ^b	2,00	2,00	-3,052	,002*
Eşit	1 ^c				
Toplam	14				

^a. Sontest Obsesif Kompulsif Problemler < Öntest Obsesif Kompulsif Problemler

^b. Sontest Obsesif Kompulsif Problemler > Öntest Obsesif Kompulsif Problemler

^c. Sontest Obsesif Kompulsif Problemler = Öntest Obsesif Kompulsif Problemler

* $P<0,01$

3.3.3. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocuklarının 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri alt test puan ortalamaları **Tablo 37**'de incelenmiştir. Kız çocukların Travma Sonrası Stres Problemleri alt testi öntest puan ortalaması 16,40 iken sontest puan ortalaması 8,40'dır. Erkek çocukların Travma Sonrası Stres Problemleri alt testi öntest puan ortalaması 11,58 iken sontest puan ortalaması 8,64'tür.

Tablo 37. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

2007 Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
						Ort.	SD	Ort.	SD
Travma Sonrası	Kız	4.8	(3.7)	9.9	(4.9)	16,40	3,84	8,40	5,02
Stres Problemleri	Erkek	4.7	(3.4)	9.0	(4.3)	11,58	2,31	8,64	3,74

Tablo 38'de Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için yapılan Wilcoxon Testi sonuçları gösterilmiştir. Buna göre, sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,001$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 38. Araştırmaya Katılan Çocukların 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	17 ^a	11,35	193,00		
Pozitif Sıralar	3 ^b	5,67	17,00	-3,294	,001*
Eşit	2 ^c				
Toplam	22				

^a. Sontest Travma Sonrası Stres Problemleri /Depresyon < Öntest Travma Sonrası Stres Problemleri

^b. Sontest Travma Sonrası Stres Problemleri /Depresyon > Öntest Travma Sonrası Stres Problemleri

^c. Sontest Travma Sonrası Stres Problemleri /Depresyon = Öntest Travma Sonrası Stres Problemleri

* $P<0,01$

3.4. Araştırmaya Katılan Çocukların İçe Yönelim ve Dışa Yönelim Alt Testlerine Ait Bulgular

3.4.1. Araştırmaya Katılan Çocukların İçe Yönelim Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların İçe Yönelim Alt Testin, test puan ortalamaları **Tablo 39**'da incelenmiştir. Kız çocukların İçe Yönelim alt testi öntest puan ortalaması 14,50 iken sontest puan ortalaması 8,50'dir. Erkek çocukların İçe Yönelim alt testi öntest puan ortalaması 13,77 iken sontest puan ortalaması 9,18'dir.

Tablo 39. Araştırmaya Katılan Çocukların İçe Yönelim Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

İçe Yönelim Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
						Ort.	SD	Ort.	SD
İçe Yönelim	Kız	8,0	(3.8)	15,3	(3.6)	14,50	8,33	8,50	5,55
	Erkek	7,1	(3.5)	12,3	(2.9)	13,77	6,73	9,18	5,73

Tablo 40'da Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği İçe Yönelim alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için yapılan Wilcoxon Testi sonuçları yer almaktadır. Buna göre, sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,000$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir.

Tablo 40. Araştırmaya Katılan Çocukların İçe Yönelim Alt Testin Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	25 ^a	15,76	394,00		
Pozitif Sıralar	4 ^b	10,25	41,00	-3,821	,000*
Eşit	1 ^c				
Toplam	30				

^a. Sontest İçe Yönelim < Öntest İçe Yönelim

^b. Sontest İçe Yönelim > Öntest İçe Yönelim

^c. Sontest İçe Yönelim = Öntest İçe Yönelim

* $P<0,01$

3.4.2. Araştırmaya Katılan Çocukların Dışa Yönelim Alt Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların Dışa Yönelim alt test puan ortalamaları **Tablo 41**'de incelenmiştir. Kız çocukların Dışa Yönelim alt testi öntest puan ortalaması 18,75 iken sontest puan ortalaması 11,00'dır. Erkek çocukların Dışa Yönelim alt testi öntest puan ortalaması 18,72 iken sontest puan ortalaması 12,36'dır.

Tablo 41. Araştırmaya Katılan Çocukların Dışa Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Dışa Yönelim Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest Ort.	SD	Sontest Ort.	SD
Dışa Yönelim	Kız	4,6	(3,1)	12,3	(3,2)	18,75	13,70	11,00	6,39
	Erkek	6,7	(4,1)	14,7	(5,1)	18,72	9,25	12,36	7,42

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği Dışa Yönelim alt testinden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Wilcoxon Testi uygulanmış ve sıralamalar ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,000$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir (Tablo 42).

Tablo 42. Araştırmaya Katılan Çocukların Dışa Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O	S.T	z	p
Negatif Sıralar	23 ^a	16,70	384,00		
Pozitif Sıralar	5 ^b	4,40	22,00	-4,126	,000*
Eşit	2 ^c				
Toplam	30				

^a. Sontest Dışa Yönelim < Öntest Dışa Yönelim

^b. Sontest Dışa Yönelim > Öntest Dışa Yönelim

^c. Sontest Dışa Yönelim = Öntest Dışa Yönelim

* $P<0,01$

3.4. Araştırmaya Katılan Çocukların CBCL/6-18 Testine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların CBCL/6-18 test puan ortalamaları **Tablo 43**'te incelenmiştir. Kız çocukların toplam öntest puan ortalaması 64,12 iken sontest puan ortalaması 35,75'tir. Erkek çocukların toplam öntest puan ortalaması 61,72 iken sontest puan ortalaması 43,36'dır.

Tablo 43. Araştırmaya Katılan Çocukların CBCL/6-18 testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

CBCL/6-18 Testi		Toplum		Klinik		Çalışma			
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Öntest		Sontest	
						Ort.	SD	Ort.	SD
Genel Puan	Kız	36,3	(12,4)	82,5	(24,4)	64,12	33,99	35,75	18,59
	Erkek	39,7	(15,3)	79,8	(19,9)	61,72	19,39	43,36	20,56

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını test etmek için Bağımlı Grup t Testi uygulanmış ve sonucunda ortalamalar arasındaki fark, istatistiksel olarak ($p= 0,000$) $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Söz konusu farklılık öntest lehine gerçekleşmiştir (Tablo 44).

Tablo 44. Araştırmaya Katılan Çocukların CBCL/6-18 Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	Ort.	S.D.	t	p
Öntest	30	62,36	23,50	6,795	,000*
Sontest	30	41,33	20,03		

* $P<0,01$

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları genel sonuç öntest ve sontest puanlarının Türkiye normları ile karşılaştırılması verileri Tablo 45'te gösterilmiştir.

Tablo 45. Genel Sonuçların Türkiye Normları İle Araştırma Sonuçlarının Karşılaştırılması

ALT TEST	Cinsiyet	Türkiye Normları				Araştırma Sonuçları			
		Toplum		Klinik		Öntest		Sontest	
		Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.
Dışa Yönelim	Kız	4,6	(3,1)	12,3	(3,2)	18,75	13,70	11,00	6,39
	Erkek	6,7	(4,1)	14,7	(5,1)	18,72	9,25	12,36	7,42
İçe Yönelim	Kız	8,0	(3,8)	15,3	(3,6)	14,50	8,33	8,50	5,55
	Erkek	7,1	(3,5)	12,3	(2,9)	13,77	6,73	9,18	5,73
Toplam PUAN	Kız	36,3	(12,4)	82,5	(24,4)	64,12	33,99	35,75	18,59
	Erkek	39,7	(15,3)	79,8	(19,9)	61,72	19,39	43,36	20,56

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları ampirik temelli alt testler öntest ve sontest puanlarının Türkiye normları ile karşılaştırılması verileri Tablo 46'da gösterilmiştir.

Tablo 46. Ampirik Temelli Alt Testler Türkiye Normları İle Araştırma Sonuçlarının Karşılaştırılması

ALT TEST	Cinsiyet	Türkiye Normları				Araştırma Sonuçları			
		Toplum		Klinik		Öntest		Sontest	
		Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.
Anksiyete/Depresyon	Kız	4.7	(3.5)	8.7	(4.5)	12,25	2,36	6,75	4,78
	Erkek	4.1	(3.2)	7.3	(3.9)	9,70	1,25	5,50	2,95
Sosyal İçerik Dönüklük/Depresyon	Kız	2.1	(2.2)	3.9	(3.1)	5,80	1,48	2,80	1,64
	Erkek	1.9	(2.1)	3.4	(2.9)	5,33	1,15	3,91	1,83
Somatik Yakınmalar	Kız	1.2	(1.9)	2.7	(3.1)	4,00	1,41	1,75	1,70
	Erkek	1.1	(1.8)	2.1	(2.2)	5,80	3,42	2,60	2,95
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	Kız	0.7	(1.1)	3.2	(3.5)	8,00	5,62	4,16	3,76
	Erkek	1.5	(1.8)	3.5	(3.2)	8,35	3,58	5,11	2,57
Saldırgan Davranışlar	Kız	3.9	(4.0)	9.1	(6.0)	17,00	7,14	8,80	3,49
	Erkek	5.2	(4.8)	11.2	(6.8)	16,00	4,02	10,58	4,98
Sosyal Sorunlar	Kız	3.0	(2.5)	6.0	(3.5)	11,16	3,18	6,00	3,03
	Erkek	3.2	(2.7)	6.1	(3.6)	9,00	2,00	5,36	2,73
Düşünce Sorunları	Kız	0.9	(1.4)	3.5	(2.9)	7,16	3,60	3,00	2,52
	Erkek	0.9	(1.6)	3.7	(2.9)	7,47	3,04	5,47	2,80
Dikkat Sorunları	Kız	2.5	(2.0)	5.3	(3.1)	9,50	3,93	5,16	3,43
	Erkek	3.0	(2.2)	5.5	(3.0)	8,86	2,26	6,53	3,56

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları DSM yönelimli alt testler öntest ve sontest puanlarının Türkiye normları ile karşılaştırılması verileri Tablo 47'de gösterilmiştir.

Tablo 47. DSM Yönelimli Alt Testler Türkiye Normları İle Araştırma Sonuçlarının Karşılaştırılması

ALT TEST	Cinsiyet	Türkiye Normları				Araştırma Sonuçları			
		Toplum		Klinik		Öntest		Sontest	
		Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.
Duygudurum Bozukluğu	Kız	2.4	(2.4)	5.9	(3.8)	10,80	3,42	5,80	1,30
	Erkek	2.3	(3.3)	4.8	(3.3)	7,70	2,34	5,25	2,78
Anksiyete Bozukluğu	Kız	2.4	(2.0)	4.0	(2.4)	6,60	2,30	3,40	3,43
	Erkek	2.1	(1.9)	3.3	(2.3)	5,86	1,64	3,73	1,53
Somatizasyon Bozukluğu	Kız	0.7	(1.4)	1.6	(2.2)	3,33	1,15	1,33	2,30
	Erkek	0.6	(1.3)	1.1	(1.5)	3,87	2,79	1,37	1,40
DEHB	Kız	2.4	(2.0)	4.5	(2.5)	8,00	2,64	4,66	2,51
	Erkek	2.9	(2.2)	5.1	(2.5)	8,00	1,56	5,70	2,90
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	Kız	1.6	(1.8)	3.6	(3.2)	6,50	1,91	3,00	1,41
	Erkek	2.0	(1.8)	4.1	(2.4)	6,37	0,91	4,50	1,60
Davranım Bozukluğu	Kız	1.0	(1.6)	2.6	(3.0)	8,28	6,34	4,57	3,10
	Erkek	1.8	(2.4)	4.5	(4.4)	10,30	4,23	6,00	3,80

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine katılan çocukların Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları 2007 alt testler öntest ve sontest puanlarının Türkiye normları ile karşılaştırılması verileri Tablo 48'de gösterilmiştir.

Tablo 48. 2007 Alt Testlerin Türkiye Normları İle Araştırma Sonuçlarının Karşılaştırılması

ALT TEST	Cinsiyet	Türkiye Normları				Araştırma Sonuçları			
		Toplum		Klinik		Öntest		Sontest	
		Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.	Ort.	S.D.
Ağır Bilişsel Tempo	Kız	2.0	(1.9)	4.0	(2.5)	7,00	0,00	3,00	0,00
	Erkek	0.6	(1.0)	1.5	(1.6)	2,75	0,96	1,58	1,19
Obsesif Kompulsif Problemler	Kız	2.0	(1.9)	4.0	(2.5)	5,60	1,51	2,40	2,50
	Erkek	1.8	(1.8)	3.6	(2.3)	5,44	1,23	3,22	1,92
Travma Sonrası Stres Problemleri	Kız	4.8	(3.7)	9.9	(4.9)	16,40	3,84	8,40	5,02
	Erkek	4.7	(3.4)	9.0	(4.3)	11,58	2,31	8,64	3,74

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE YORUM

Bu çalışmada Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin çocuklarda görülen davranış problemleri ve psikolojik problemler üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Bu bölümde çalışma sonucunda elde edilen verilerin tartışılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılan çocuklar özel bir danışmanlık merkezine başvuranlar arasından seçilmiştir. Araştırmaya 6-10 yaş arasında 30 çocuk katılmıştır. Bu çocuklara 8-15 seans aralığında değişen oyun terapisi uygulanmıştır. Terapiler haftada bir yapılmıştır. Araştırmaya alınan çocukların anne ya da babalara terapi öncesinde ve terapi sonrasında Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği doldurtulmuş ve bu ölçekten elde ettiği puanlar, istatistiksel analize tabi tutularak oyun terapisinin etkinliği ölçülmüştür.

Çalışmada iki temel hipotez ele alınmıştır. İlk hipotezde oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış problemlerinin ortadan kaldırılmasında etkili olacağı öngörülmüştür. İkinci hipotezde ise oyun terapisinin Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeğine göre çocuklarda görülen ruhsal bozuklukların tedavisinde etkili olacağı ileri sürülmüştür. Araştırma sonucunda her iki hipotezin doğrulandığı görülmüştür.

Araştırma sonucunda çocukların toplam problemleri davranış puanlarının anlamlı bir biçimde azaldığı görülmüştür. Elde edilen sonuçlar ÇDDÖ'nün Erol ve Şimşek tarafından saptanmış olan Türkiye'nin toplum normları ile uyumlu çıkmıştır (Erol ve Şimşek, 2010). Denilebilir ki ÇMOT, çocukların problemleri davranış puanlarını toplum normlarına indirmiştir. İlk hipotez doğrulanmıştır. Yani ÇMOT çocuklarda görülen davranış sorunlarının ortadan kaldırılmasında etkilidir.

Çalışmada uygulanan ÇMOT'nin dışa yönelim ve içe yönelim sorunlarını azalttığı görülmüştür. Bu verilerimiz Landreth ve arkadaşları tarafından aile içi şiddete tanık olmuş ve şiddet görmüş çocuklara uygulanan ÇMOT terapilerinin sonuçları ile örtüşmektedir. Landreth ve arkadaşları tarafından yürütülen iki çalışmada çocukların hem toplam davranış problemlerinin hem de içe yönelim ve dışa yönelim problemlerinin azaldığı bulunmuştur (Landreth, Kot ve Giordano, 1998) ve (Landreth, Tyndall-Lind ve Giardano, 2001).

ÇDDÖ'nün 3 temel alt testi bulunmaktadır: Amprik temelli alt testler, DSM yönelimli alt testler ve 2007 Alt testler. Bu 3 temel alt testin de kendi içinde başlıkları bulunmaktadır. Bu alt testlerin alt başlıkları genel olarak psikolojik problemlere karşılık gelmektedir. ÇMOT bu üç temel alt testte yer alan tüm psikolojik sorunlarda anlamlı değişimlere yol açmıştır. Araştırmanın ikinci hipotezi de böylece doğrulanmıştır.

Çalışmada ÇMOT'nin anksiyete/depresyon belirtilerinin azaltılmasında etkili olduğu görülmüştür. Çalışmamız ÇMOT'nin duygudurum bozukluğu gibi daha genel bir sorun alanında da etkili olduğunu göstermiştir. Aynı şekilde çalışma da ÇMOT'nin Anksiyete Bozukluğu olarak nitelendirilebilecek geniş bir sorun kümesinde de etkili olduğu görülmüştür. Tural (2012) hastanede yatılı kalan çocukların kaygılarını azaltmak için oyun terapisi yaklaşımına başvurmuş ve oyun terapisinin kaygıyı azalttığını saptamıştır. Tew, ÇMOT'yi kullandığı bir çalışmada ÇDDÖ üzerinden ölçüm yapmış ve terapi sonrasında çocuklardaki anksiyete/depresyon puanının azaldığını bulmuştur (Tew, 1997). ÇMOT'nin depresyon düzeyini azalttığı yönündeki benzeri bulgulara (Ledyard, 1999) da ulaşmıştır. Yani ÇMOT hem duygudurum hem de anksiyete alanında görülen sorunların çözümünde etkili bir terapi yöntemidir.

Çalışmada ÇMOT'nin Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon sorunlarını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Ledyard (1999) ÇMOT uyguladığı çocuklarda özgüvenin arttığını bulmuştur. Btaton ve Ray (2000) 82 oyun terapisinin meta analizini yaptığı çalışmada oyun terapinin en etkili olduğu alanlardan biri olarak özgüven alanını göstermiştir. Sosyal içer dönüklüğün azalması aynı zamanda özgüvenin yükseldiği anlamına gelmektedir. Çalışmadan elde ettiğimiz veri diğer araştırmacıların sonuçları ile örtüşmektedir. Bu çerçeveden bakıldığında ÇMOT'nin depresyonu azaltıp, özgüveni yükselterek sosyalleşmeyi arttığı söylenebilir.

Çalışmamız göstermiştir ki, ÇMOT Somatik Yakınmalar içeren sorunlarda da etkilidir. Bazı çocuklar psikolojik problemlerini somatize ederler. Bu çocuklarda karın ve baş ağrıları ve kusma gibi somatik belirtiler görülebilir. Bu durum Somatizasyon Bozukluğu olarak adlandırılır. ÇMOT'nin somatik belirtilerin ortadan kaldırılmasında ve somatizasyon bozukluğunun tedavisinde etkili bir terapi yöntemi olduğu görülmüştür.

Aynı zamanda çalışmamız Kurallara Karşı Gelme sorunlarında da etkilidir. Karşıt Gelme Bozukluğunun ana belirtilerinden biri kurallara karşı gelmedir. ÇMOT

hem karşıt gelme bozukluğunda hem de kurallara karşı gelme olarak nitelendirilebilecek sorun alanında etkili olmuştur. Yine bu çalışmada ÇMOT'nin Saldırgan Davranışlar ve Davranım Bozukluğu alanında etkili olduğu görülmüştür. Cochran ve arkadaşları (2012) ile Bratton ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmalar da ÇMOT'nin saldırgan davranışlar gösteren, karşı gelen çocuklar üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. ÇMOT aşırı uçta olan yıkıcı davranışları klinik sınırların altına taşımada oldukça etkili olmuştur. Çalışmadaki bu veriler bu araştırmacıların verileri ile örtüşmüştür. Yani ÇMOT, kurallara karşı gelme, saldırgan davranışlar ile başlayan karşıt gelme ve davranım bozukluğuna kadar giden yıkıcı davranış alanlarında etkili bir terapi yöntemidir.

Çalışmada ÇMOT'nin Sosyal Sorunlarda da etkili olduğu bulunmuştur.. Bratton ve Ray'ın (2000) meta analiz çalışmasında oyun terapisinin en etkili olduğu alanlardan biri olarak davranışsal uyum ve sosyal beceriler gösterilmiştir. ÇMOT'nin sosyalleşme becerilerini arttırarak sosyalleşme sorunlarını azalttığı sonucuna ulaşanlardan biri de Ledyard'dır (1999). Tüm bu veriler ışığında oyun terapinin çocuğun sosyal uyum becerilerini geliştirdiği söylenebilir.

Çalışmada ÇMOT, sosyal sorunların yanında düşünce sorunlarında da etkilidir. Düşünce sorunlarının bir alanı olan obsesif kompulsif bozukluklar ÇMOT'nin etkili olduğu diğer bir alandır. Bazı çocuklarda bir düşünce sorunu olarak Ağır Bilişsel Tempo görülebilir ki, ÇMOT'nin bu alanda da etkili olduğu görülmüştür.

ÇMOT'nin etkili olduğu bir diğer alan Dikkat Sorunlarıdır. Bu sorun alanı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olarak geniş olarak ele alındığında bile ÇMOT'nin bu alanlardaki sorunları azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar Kaduson ve Finnery (1995) tarafından saptanan ve oyun terapisinin DEHB sorunlarını azalttığı yönündeki bulguları ile uyumlu çıkmıştır. Cochran ve arkadaşları (2012) ile Bratton ve arkadaşlarının (2013) yaptığı araştırmalarda da ÇMOT'nin dikkat üzerindeki etkisi ölçülmüş ve dikkat problemlerini azalttığı görülmüştür. Oyun terapinin DEHB temelli sorunların azaltılmasında etkili olduğuna dair bu sonuç Kaduson ve Finnerty (1995) bulguları ile paralellik arz etmektedir. Yani ÇMOT dikkat ve hareketlilik sorunlarını azaltmaktadır.

Çalışmamızda ÇMOT'nin etkili olduğu bir diğer alan olarak Travma Sonrası Stres Problemleri dikkat çekmektedir. Ogava tarafından 2004 yılında, Schottelkorb

tarafından 2012 yılında yapılan araştırmalarda aynı şekilde MOT'nin travmatize olmuş çocuklar üzerindeki etkisi incelenmiş ve terapinin travma semptomlarını azaltmada oldukça etkili olduğu görülmüştür. Bu bulgu bizim çalışmamızla da doğrulanmıştır.

Tüm bu veriler ışığında bakıldığında MOT anksiyete, depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, kurallara karşı gelme, saldırgan davranışlar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, ağır bilişsel tempo, travma sonrası stres problemler, obsesif kompulsif problemler gibi psikolojik problem olarak nitelendirilen alanlarda etkilidir. Ayrıca DSM'de tanılanmış DEHB, Duygudurm Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Karşıt Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu gibi psikolojik problemlerde MOT'nin etkili olduğu çalışmamızda görülmüştür.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Oyun terapisi 1900'lü yıllarda doğmuş bir terapi yaklaşımıdır. Türkiye'ye gelişi 2000'li yılları bulmuştur. Bu alanda ülkemizde yeni yeni çalışmalar yapılmaktadır. Tez çalışmalarında oyun eğitim programları zihinsel engelli çocuklara (Kaya, 2005), medikal müdahaleye maruz kalacak çocuklara (Tural, 2012; Orhan, 2014) uygulanmıştır. Yine çocukların dikkat (Gözalan 2013; Sezici 2013) ve sosyal becerilerini geliştirmek için oyun temelli eğitim programları uygulanmış ve oyun temelli eğitim programlarının etkisi ölçülmüştür.

Oyun terapisi alanında yazılan bilimsel makalelerin bir kısmı oyun terapisi ve uygulanışını ele almıştır (Bulut, 2008; Öğretir, 2008; Bugay ve Delevi, 2011). Bir kısım makalelerde ise oyun temelli eğitim programlarının çocukların sosyal becerilerine (Durualp ve Aral, 2010), anne-çocuk ilişkisine (Akgün ve Yeşilyaprak, 2010) etkisi incelenmiştir.

Oyunun ve oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış ve psikolojik problemlerinin çözümüne etkisini ölçen herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Bu açıdan bu çalışma Türkiye'de bir ilk olmak özelliğini taşımaktadır. Çalışmada oyun terapisinin çocukların davranış problemleri ve psikolojik problemleri üzerindeki etkisi ölçülmüştür. Elde edilen verilen oyun terapisi yaklaşımının çocukların davranış problemlerini ortadan kaldırmada ve psikolojik problemlerinin tedavisinde etkili bir müdahale aracı olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde oyun terapisine yönelik dersler psikoloji ve psikolojik danışmanlık lisans programlarında okutulmamaktadır. Yüksek lisans düzeyinde oyun terapisi dersleri çok kısıtlı üniversitenin eğitim müfredatında bulundurmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı alanında eğitim gören öğrenciler oyun terapisi alanında yeterince bilgi ve yeterlilik sahibi olmadan mezun olmaktadır. Sevindirici olan gelişme ise özellikle son beş yılda oyun terapisine olan yönelimdir. Bu alandaki eğitimlerin ve araştırmaların artması ile çok daha fazla çocuk bulunduğu yerlerde oyun tedavisi ile davranış problemlerine ve psikolojik problemlerine çözüm bulabilecektir.

5.2. Öneriler

Araştırmanın bulguları doğrultusunda ilerideki araştırmalara yönelik olarak geliştirilen öneriler aşağıda yer almaktadır.

- Araştırma İstanbul ilinde özel bir danışmanlık merkezine başvuran çocuklarla sınırlıdır. Araştırmadan elde edilen bulguların genellenebilirliğini arttırmak için farklı il, ilçe, yaş grubu ve sosyo ekonomik grubu kapsayan daha kapsamlı araştırmalar yapılabilir.
- Araştırmada yapılan terapiler 1 yıla yakın bir süre içinde gerçekleştirildiği için kontrol grubu oluşturulamamıştır. Bundan sonraki araştırmalarda kontrol grubu oluşturularak daha sağlıklı bir etkinlik değerlendirmesi yapılabilir.
- Oyun terapisinin etkinliği terapilerin sonlanmasından bir hafta içinde ölçülmüştür. Daha uzun süreli yapılacak izleme çalışmalarına ihtiyaç vardır.
- Oyun terapisi araştırmacının kendisi tarafından uygulanmıştır. Terapistin deneyimi ve yeterliliği etkilerinin de ölçülebilmesi amacıyla birçok terapistin katıldığı araştırmalar yapılabilir.
- Araştırma klinik tanı konmamış çocuklar üzerinde uygulanmıştır. Oyun terapisinin farklı klinik tanılardaki etkinliğinin ölçülmesi amacıyla bir ya da bir kaç alanda tanı almış çocuklara uygulanıp tanı bazlı etkinliğinin ölçülmesi faydalı olabilir.

EKLER

EK-1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

AİLE HAKKINDA BİLGİLER

İkamet Adresi :
Ev Telefonu :
Cep Telefonu :
E-Posta :
Evlilik Tarihi :
Boşanma Tarihi :
Çocuk Sayısı :
Anne-Baba Durumu : () Birlikte () Boşanmış () Ayrı yaşıyor

ÇOCUK HAKKINDA BİLGİLER

Adı-Soyadı :
Doğum Tarihi :
Doğum Yeri :
Yaşı :
Okulu :
Sınıfı :
Psikiyatrik İlaç : () Evet kullanıyor () Hayır kullanmıyor

BABA-HAKKINDA BİLGİLER

Doğum Tarihi :
Eğitim Düzeyi : () İlkokul () Ortaokul () Lise () Ön Lisans () Lisans () Y. Lisans
Mesleği :
Cep Telefonu :
İkamet Adresi :

ANNE-HAKKINDA BİLGİLER

Doğum Tarihi :
Eğitim Düzeyi : () İlkokul () Ortaokul () Lise () Ön Lisans () Lisans () Y. Lisans
Mesleği :
Cep Telefonu :
İkamet Adresi :

EK-2: 6-18 Yaş Çocuklar ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği

Bugünün Tarihi :

Formu Dolduran : () Anne () Baba () Diğer

Çocuğun;

Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

D. Tarihi :

Sınıfı :

Annenin;

İşi :

Tel No :

Eğitimi :

Yaşı :

Babanın;

İşi :

Tel No :

Eğitimi :

Yaşı :

Aşağıda çocuk ve gençleri tanımlayan maddelerin bir listesi bulunmaktadır. Çocuğunuzun davranışı ile ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde çocuğun şu anki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuk için **çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0** sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız. Teşekkürlerimizle.

0: Doğru Değil (Bildiğiniz kadarıyla) 1: Bazen ya da Biraz Doğru 2: Çok yada Sıklıkla Doğru

0	1	2	1. Yaşından çok daha çocuksu davranır
0	1	2	2. Anne babanın izni olmadan içki içer
0	1	2	3. Çok tartışan bir çocuktur.
0	1	2	4. Başladığı etkinlikleri (oyunu, dersleri, işleri) bitiremez.
0	1	2	5. Hoşlandığı ya da zevk aldığı çok az şey vardır.
0	1	2	6. Kakasını tuvaletten başka yere yapar.
0	1	2	7. Bir şeylerle övünür, başkalarına hava atar.
0	1	2	8. Bir konuya odaklanamaz, dikkatini uzun süre toplayamaz
0	1	2	9. Kafasından atamadığı onu rahatsız eden bazı düşünceleri vardır (mikrop bulaşma, simetri takıntısı vb.)
0	1	2	10. Yerinde sakince oturamaz, çok hareketli ve huzursuzdur.
0	1	2	11. Gereken gayreti göstermeden sırtını tamamen büyüklere dayayıp her şeyi onlardan bekler.
0	1	2	12. Yalnızlıktan şikayet eder.
0	1	2	13. Kafası karışık, zihni bulanıktır.
0	1	2	14. Çok ağlar.
0	1	2	15. Hayvanlara eziyet eder.
0	1	2	16. Başkalarına eziyet eder, kötü davranır, kabadayılık eder.
0	1	2	17. Hayal kurar, hayallere dalıp gider.
0	1	2	18. Kendine bilerek zarar verdiği ya da intihar girişiminde bulunduğu olmuştur.
0	1	2	19. Hep dikkat çekmeye çalışır.
0	1	2	20. Eşyalarına zarar verir.
0	1	2	21. Ailesine ya da başkasına ait eşyalara zarar verir.
0	1	2	22. Evde söz dinlemez.
0	1	2	23. Okulda söz dinlemez.
0	1	2	24. İştahsızdır.
0	1	2	25. Başka çocuklarla geçinemez.
0	1	2	26. Hatalı davranışından dolayı suçluluk duymaz.
0	1	2	27. Kolay kıskanır.

0	1	2	28. Evi okul ya da diğer yerlerde kurallara uymaz, karşı gelir.
0	1	2	29. Bazı hayvanlardan, durumlardan (yüksek yer), ya da ortamlardan (asansör, karanlık gibi) korkar.
0	1	2	30. Okula gitmekten korkar, okul korkusu vardır.
0	1	2	31. Kötü bir şey düşünebileceği ya da yapabileceğinden korkar.
0	1	2	32. Kusursuz, dört dörtlük her konuda başarılı olması gerektiğine inanır.
0	1	2	33. Kimsenin onu sevmediğinden yakınır.
0	1	2	34. Başkalarının ona karşı olduğunu, zarar vermeye ya da açığını yakalamaya çalıştığı hissine kapılır.
0	1	2	35. Kendini değersiz, yetersiz ya da önemsiz hisseder.
0	1	2	36. Sık sık kaza sonucu bir yerlerini incitir.
0	1	2	37. Çok kavga çıkarır, kavgaya karışır.
0	1	2	38. Çok fazla sataşılır, dalga geçilir.
0	1	2	39. Başı belada olan kişilerle dolaşır.
0	1	2	40. Olmayan sesler, konuşmalar işitir (açıklayınız).
0	1	2	41. Düşünmeden hareket eder, aklına eseni yapar.
0	1	2	42. Başkaları ile birlikte olmaktansa yalnızlığı tercih eder.
0	1	2	43. Yalan söyler, hile yapar, aldatır.
0	1	2	44. Tırnaklarını yer.
0	1	2	45. Sinirli ve gergindir.
0	1	2	46. Kasları oynar, değirmeleri ve tikleri olur (açıklayınız).
0	1	2	47. Geceleri kabus görür.
0	1	2	48. Başka çocuklar tarafından sevilmez.
0	1	2	49. Kabızlık çeker.
0	1	2	50. Çok korkak ve kaygılıdır.
0	1	2	51. Başını döner, gözleri kararır.
0	1	2	52. Kendini çok suçlu hisseder.
0	1	2	53. Aşırı yer.
0	1	2	54. Kendini sebepsiz yere çok yorgun hissettiği olur.
0	1	2	55. Fazla kiloludur.
			56. Sağlık sorunu olmadığı halde
0	1	2	a. Ağrı ve sızılardan yakınır (baş ve karın ağrısı dışında).
0	1	2	b. Baş ağrılarında yakınır (şikayet eder).
0	1	2	c. Bulantı, kusma duygusu olur.
0	1	2	d. Gözle ilgili şikayetleri vardır (gözlük, lens kullanma dışında) (açıklayınız)
0	1	2	e. Döküntü, pullanma ya da başka cilt hastalığı olur.
0	1	2	f. Mide-karın ağrısından şikayet eder.
0	1	2	g. Kusmaları olur.
0	1	2	h. Diğer (açıklayınız)
0	1	2	57. İnsanlara vurur, fiziksel saldırıda bulunur.
0	1	2	58. Burnunu karıştırır, derisini ya da vücudunu yolar, sağ veya kirpiğini koparır (açıklayınız)
0	1	2	59. Herkesin içinde cinsel organı ile oynar.
0	1	2	60. Cinsel organı ile çok fazla oynar.
0	1	2	61. Okul ödevlerini tam ve iyi yapamaz.
0	1	2	62. El, kol ve bacak hareketlerini ayarlamada güçlük çeker, sakardır.
0	1	2	63. Kendinden büyük çocuklarla vakit geçirmeyi sever.
0	1	2	64. Kendinden küçüklerle vakit geçirmeyi sever.
0	1	2	65. Konuşmayı reddeder.
0	1	2	66. İstemeyerek de olsa belli davranışları tekrar tekrar yapar (ellerini defalarca yıkama, kapıları kontrol etme)
0	1	2	67. Evden kaçır.
0	1	2	68. Çok bağırır.
0	1	2	69. Sırlarını kendine saklar, hiç kimseyle paylaşmaz.
0	1	2	70. Olmayan şeyleri görür (açıklayınız).
0	1	2	71. Topluluk içinde rahat değildir, başkalarının kendi hakkında ne düşündükleri ve söyleyecekleri ile kaygılıdır.
0	1	2	72. Yangın çıkartır.
0	1	2	73. Cinsel sorunları vardır (açıklayınız).
0	1	2	74. Gösteriş meraklısıdır, maskaralık yapar.
0	1	2	75. Çok utangaç ve çekingendir.
0	1	2	76. Diğer çocuklardan daha az uyur.
0	1	2	77. Gece ve/veya gündüz diğer çocuklardan daha çok uyur (açıklayınız)

0	1	2	78. Dikkati kolayca dağılır.
0	1	2	79. Konuşma problemi vardır (açıklayınız).
0	1	2	80. Boş gözlerle bakar.
0	1	2	81. Evden bir şeyler çalar.
0	1	2	82. Ev dışındaki başka yerlerden bir şeyler çalar.
0	1	2	83. İhtiyacı olmadığı halde pek çok şeyi biriktirir (açıklayınız).
0	1	2	84. Tuhaf alışılmadık davranışları vardır (eşyaların belli bir düzende sıralanmasını isteme gibi) (açıklayınız).
0	1	2	85. Tuhaf alışılmadık düşünceleri vardır (bazı sayıları, sözcükleri tekrarlama, zihninden atamama gibi).
0	1	2	86. İnatçı ve huysuzdur, aksidir.
0	1	2	87. Ruhsal durumu ya da duyguları çabuk değişir.
0	1	2	88. Çok sık küser.
0	1	2	89. Şüphelidir, kuşku duyar.
0	1	2	90. Küfürlü ve açık saçık konuşur.
0	1	2	91. Kendini öldürmekten söz eder.
0	1	2	92. Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız).
0	1	2	93. Çok konuşur.
0	1	2	94. Başkalarına rahat vermez, onlara sataşır, onlarla çok dalga geçer.
0	1	2	95. Öfke nöbetleri vardır, çabuk öfkelenir.
0	1	2	96. Cinsel konuları fazlaca düşünür.
0	1	2	97. İnsanları tehdit eder.
0	1	2	98. Parmak emer.
0	1	2	99. Sigara içer, tütün çiğner.
0	1	2	100. Uyumakta zorlanır (açıklayınız).
0	1	2	101. Okuldan kaçır, dersini asar.
0	1	2	102. Hareketleri yavaştır, enerjik değildir.
0	1	2	103. Mutsuz, üzgün ve çökkündür.
0	1	2	104. Çok gürültücüdür.
0	1	2	105. Sağlık sorunu olmadığı halde madde kullanır (içki ve sigarayı katmayınız) (açıklayınız).
0	1	2	106. Çevresindeki kişi ve eşyalara kasıtlı olarak zarar verir.
0	1	2	107. Gündüz altını ıslatır.
0	1	2	108. Gece altını ıslatır.
0	1	2	109. Mızırdanır, sızlanır.
0	1	2	110. Karşı cinsiyetten biri gibi olmak ister.
0	1	2	111. İçine kapanıktır, başkaları ile kaynaşmaz.
0	1	2	112. Evhamlıdır, her şeyi dert eder.
0	1	2	113. Çocuğun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız.

EK-3: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği/6-18 Alt Ölçek Maddeleri ve Ölçek Değerlendirme Normları

Tablo 49. ÇDDÖ/6-18 Amprik Temelli Alt Testler ve Maddeleri

Amprik Temelli Alt Testler	Maddeleri
Anksiyete/Depresyon	14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112
Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon	5, 42, 65, 69, 75, 102, 103, 111
Somatik Yakınmalar	47, 49, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g
Kurallara Karşı Gelme	2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105, 106
Saldırgan Davranışlar	3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 104
Sosyal Sorunlar	11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79
Düşünce Sorunları	9, 18, 40, 46, 58, 59, 60, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 92, 100
Dikkat Sorunları	1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61, 78, 80

Tablo 50. ÇDDÖ/6-18 DSM Yönelimli Alt Testler ve Maddeleri

DSM Yönelimli Alt Testler	Maddeleri
Duygudurum Bozukluğu	5, 14, 18, 24, 35, 52, 54, 76, 77, 91, 100, 102, 103
Anksiyete Bozukluğu	11, 29, 30, 45, 50, 112
Somatizasyon Bozukluğu	56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g
DEHB	4, 8, 10, 41, 78, 93, 104
Karşıt Gelme Bozukluğu	3, 22, 23, 86, 95
Davranım Bozukluğu	15, 16, 21, 26, 28, 37, 39, 43, 57, 67, 72, 81, 82, 90, 97, 101, 106

Tablo 51. ÇDDÖ/6-18 2007 Alt Testleri ve Maddeleri

2007 Alt Testleri	Maddeleri
Ağır Bilişsel Tempo	13, 17, 80, 102
Obsesif Kompulsif Problemler	9, 31, 32, 52, 66, 84, 85, 112
Travma Sonrası Stres Problemleri	3, 8, 9, 11, 31, 34, 45, 47, 50, 52, 69, 87, 103, 111

Tablo 52. Türkiye’de 6-11 Yaş Çocuklarının Amprik Temelli Alt Testlerin Test Toplum ve Klinik Ortalama Puanları

Amprik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Anksiyete/Depresyon	Erkek	4.1	(3.2)	7.3	(3.9)
	Kız	4.7	(3.5)	8.7	(4.5)
Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon	Erkek	1.9	(2.1)	3.4	(2.9)
	Kız	2.1	(2.2)	3.9	(3.1)
Somatik Yakınmalar	Erkek	1.1	(1.8)	2.1	(2.2)
	Kız	1.2	(1.9)	2.7	(3.1)
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	Erkek	1.5	(1.8)	3.5	(3.2)
	Kız	0.7	(1.1)	3.2	(3.5)
Saldırgan Davranışlar	Erkek	5.2	(4.8)	11.2	(6.8)
	Kız	3.9	(4.0)	9.1	(6.0)
Sosyal Sorunlar	Erkek	3.2	(2.7)	6.1	(3.6)
	Kız	3.0	(2.5)	6.0	(3.5)
Düşünce Sorunları	Erkek	0.9	(1.6)	3.7	(2.9)
	Kız	0.9	(1.4)	3.5	(2.9)
Dikkat Sorunları	Erkek	3.0	(2.2)	5.5	(3.0)
	Kız	2.5	(2.0)	5.3	(3.1)

Tablo 53. Türkiye’de 6-11 Yaş Çocuklarının DSM Yönelimli Alt Testlerin Toplum ve Klinik Ortalama Puanları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Duygudurum Bozukluğu	Erkek	2.3	(3.3)	4.8	(3.3)
	Kız	2.4	(2.4)	5.9	(3.8)
Anksiyete Bozukluğu	Erkek	2.1	(1.9)	3.3	(2.3)
	Kız	2.4	(2.0)	4.0	(2.4)
Somatizasyon Bozukluğu	Erkek	0.6	(1.3)	1.1	(1.5)
	Kız	0.7	(1.4)	1.6	(2.2)
DEHB	Erkek	2.9	(2.2)	5.1	(2.5)
	Kız	2.4	(2.0)	4.5	(2.5)
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	Erkek	2.0	(1.8)	4.1	(2.4)
	Kız	1.6	(1.8)	3.6	(3.2)
Davranım Bozukluğu	Erkek	1.8	(2.4)	4.5	(4.4)
	Kız	1.0	(1.6)	2.6	(3.0)

Tablo 54. Türkiye’de 6-11 Yaş Çocuklarının 2007 Alt Testlerin Toplum ve Klinik Ortalama Puanları

2007 Alt Testler		Toplum		Klinik	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Ağır Bilişsel Tempo	Erkek	0.6	(1.0)	1.5	(1.6)
	Kız	2.0	(1.9)	4.0	(2.5)
Obsesif Kompulsif Problemler	Erkek	1.8	(1.8)	3.6	(2.3)
	Kız	2.0	(1.9)	4.0	(2.5)
Travma Sonrası Stres Problemleri	Erkek	4.7	(3.4)	9.0	(4.3)
	Kız	4.8	(3.7)	9.9	(4.9)

EK-4: Onay Formu

Sayın veli;

Oyun Terapisi tüm dünyada çocuk sorunlarını çözmeye etkili bir yöntemdir. Ülkemizde ise yeni yeni gelişmektedir. Bu terapinin yaygınlaştırılması için çeşitli zamanlarda terapinin etkinliğini ölçen çalışmalar yürütülmektedir. Bu araştırmalarda terapi öncesinde ve sonrasında anne-babalara çeşitli formlar uygulanmakta, terapi öncesinde ve sonrasındaki değişime göre terapinin etkinliği ölçülmektedir.

Sizin de çocuğunuza Çocuk Merkezli Oyun Terapisi yöntemi ile terapi yapılacaktır. Bu terapiden elde edilen sonuçların bilimsel çalışmalarda kullanılması ve oyun terapisinin yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Bu amaçla izniniz gerekmektedir. Eğer izin veriyorsanız lütfen aşağıdaki metni okuyup imzalayınız.

Bilimsel bir çalışmaya katkı verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Danışmanlık merkezinde uzmanlar tarafımdan çocuğuma uygulanan Çocuk Merkezli Oyun Terapisi sürecinde doldurmuş olduğum form ve anketlerin çocuğumun bilgileri gizli tutularak bilimsel araştırma amaçlı kullanılmasına müsaade ediyorum. Bu formların nasıl bir çalışmada kullanılacağı konusunda bilgilendirildim.

Adı-Soyadı

İmza

KAYNAKÇA

- Akman, Y. (1987). *Anaokulu çocuklarında görülen ayrılık kaygısının giderilmesinde farklı oyun tekniklerinin etkisi*. Yayımlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *DSM-5: Tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) İstanbul: HYB Yayıncılık.
- Antel, S. C. (1931). *Pedagoji*. İstanbul: Kanaat Kitabevi.
- Association for Play Therapy (2001). *Paper on touch*. Clovis: Association for Play Therapy.
- Association for Play Therapy (2014). <http://www.a4pt.org/ps.playtherapy.cfm?ID=1158>
Erişim Tarihi: 26.03.2014
- Axline, V. M. (1949). Mental deficiency-symptom or disease. *Journal of Consulting Psychology*, 13(5), 313-327.
- Axline, V. M. (1950). Play therapy experiences as described by child participants. *Journal of Consulting Psychology*, 14 (1), s: 53.
- Aytuna, H. A. (1932). *Umumi Pedagoji*. İstanbul: Ahmet Sait Matbaası.
- Bee, H ve Boyd D. (2009). *Çocuk gelişim psikolojisi*. (O. Gündüz, Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Bender, L. ve Woltmann, A. G. (1936). The use of puppets shows as a psychotherapeutic method for behavior problems in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 341.
- Bernier, G. M. (1983). *Puppetry as an art therapy technique with an emotionally disturbed children*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hahnemann Üniversitesi.
- Birleşmiş Milletler. (1989). *Çocuk haklarına dair sözleşme*. Unicef: http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html Erişim Tarihi: 21.07.2014
- Blanco, P. J., Ray, D. C. ve Holliman, R. (2012). Long-term child-centered play therapy and academic achievement of children: A follow-up study. *International Journal of Play Therapy*, 21(1), 1-13.

- Booth, P. B. ve Jernberg, A. M. (2014). *Theraplay*. (Ş. Çavuşoğlu, Çev.) İstanbul: Gün Yayıncılık.
- Booth, P. (1999). Impact of child centered play therapy on self esteem, locus of control and anxiety of at risk 4th, 5th and 6th grade students. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 1-18.
- Bratton, S. ve Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9(1), 47-88.
- Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y. ve Jones, L. D. (2013). Head start early mental health intervention: Effect of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 22(1), 28-42.
- British Association of Play Therapists. (2015). *Information for Professionals*. <http://www.bapt.info/professionalinfo.htm> Erişim Tarihi: 26.03.2015
- Brody, V. (1992). The dialogue of touch: Developmental play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 1, 21-30.
- Brody, V. (1997). *The Dialogue of Touch*. London: Jason Aranson.
- Bromfield, R. (1994). The use of puppets in play therapy. *Child and Adolescents Social Work Journal*, 12(6), 435-444.
- Bulut, S. (2008). Erken çocukluk dönemi cinsel istismarının psikodinamik oyun terapisiyle teşhisi ve tedavisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 131-144.
- Cochran, J. L., Cochran, N. H., Nordling, W. J., McAdam, A. ve Miller, D. T. (2010). Two case studies of child centered play therapy for children referred with highly disruptive behavior. *International Journal of Play Therapy*, 19(3), 130-143.
- Çamdibi, M. (1988). Çocuk terbiyesinde ebeveyn ve eğitimciler. *Altınoluk Dergisi*, 28, 34-36.
- Decroly, O. ve Monchamp, M. (1931). *Terbiyevi oyunlarla zihni ve hareki faaliyet temrinleri*. İstanbul: Devlet Matbaası.

- Delevi, R. ve Bugay, A. (2011). Kum oyunu terapisi: Kuramsal bilgiler ve bir olgu örneği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18 (2), 127-134.
- Demeria, M. B. ve Cowden, S. T. (1992). The effects of client centered group play therapy on self concept. *International Journal of Play Therapy*, 1, 53-67.
- Duff, S. E. (1996). A study of the effects of group family play on family relations. *International Journal of Play Therapy*, 5 (2), 81-93.
- Durualp, E. ve Aral, N. (2010). Altı yaşındaki çocukların sosyal becerilerine oyun temelli sosyal beceri eğitiminin etkisinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 39, 160-172.
- Ercan, R. (2011). Modern çocukluk paradigması. *Journal of World of Turks*, 3 (2), 85-98.
- Erkan, F. (1990). Kriminolojide çocuğun psiko-sosyal gelişimi açısından dokunmanın önemi. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, 53 (1-4), 145-151.
- Erol, N. ve Şimşek, Z. (2010). *Davranış değerlendirme ölçekleri el kitabı*. Ankara: Mentis Yayıncılık.
- Ersevimi, İ. (2009). *Oyun ve oyun tedavisi*. İstanbul: Cinius Yayınları.
- Fall, M. (1994). Self efficiency: An additional dimensions in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 3(2), 21-32.
- Freud, S. (2010). *Çocukta fobinin analizi: Küçük Hans vakası*. (D. Muradoğlu, Çev.) İstanbul: Say Yayıncılık.
- Gözalan, E. (2013). *Oyun temelli dikkat eğitim programının 5-6 yaş çocuklarının dikkat ve dil becerilerine etkisinin incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi.
- Hawkey, L. (1951). The use of puppets in child psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 24(3), 206-214.
- Hikmet, A. (1932). *Decroly'nin terbiyevi oyunları*. İzmir: Bilgi Matbaası.
- İzmir Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Derneği (2015). *Etkinlikler*. <http://izmirodag.com/etkinlikler.aspx> Erişim Tarih: 12.01.2015
- Jang, M. (2000). Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 21-38.

- Kaduson, H. G. ve Finnerty, K. (1995). Self control game interventions for ADHD. *International Journal of Play Therapy*, 4(2), 15-29.
- Kalff, D. M. (2003). *Sandplay*. California: Temenos Press.
- Karaosmanoğlu, Y. (1985). *İbni Sina ve eğitime dair*. Sızıntı Dergisi (82).
- Kaya, E. (2005). *Zihinsel özürlü çocuklarda oyun tedavisinin etkinliğinin karşılaştırılması*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Klein, M. (1955). Psychoanalytic play technique. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25, 223-237.
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive behavioral play therapy*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Kors, P. C. (1963). The use of puppets in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 17, 54-63.
- Köroğlu, E. ve Güleç, C. (1998). *Psikiyatri Temel Kitabı* (Cilt 2). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Kranz, P. L. ve Lund, N. L. (1993). Axline's eight principles of play therapy revisited. *International Journal of Play Therapy*, 2(2), 53-60.
- Landreth, G. L., Kot, S. ve Giordano, M. (1998). Intensive child centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7(2), 17-36.
- Landreth, G. ve Rennie, R. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 19-37.
- Landreth, G. L., Tyndall-Lind, A. ve Giardono, M. A. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 53-83.
- Landreth, G. ve Kidron, M. (2010). Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy*, 19(2), 64-78.
- Landreth, G. L. (2011). *Oyun terapisi: İlişki Sanatı*. (S. Yazıcı, Çev.) Kocaeli: Altın Kalem Yayınları.
- LeBlanc, M. ve Ritchie, M. (1999). Predictors of play therapy outcomes. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 19-34.

- Ledyard, P. (1999). Play therapy with elderly: A case study. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 57-75.
- Lim, S.-L. ve Ogawa, Y. (2014). "Once I have kids, now I am raising kids": Child-parent relationship therapy with a sudanese refuge family - a case study. *International Journal of Play Therapy*, 23(2), 70-89.
- Moustakas, C. (1997). *Relationship play therapy*. Maryland: Rowman & Littlefield.
- Murphy, A. P. (2009). *Oyun çocuğun gıdasıdır*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Ogawa, Y. (2004). Childhood trauma and play therapy intervention for traumatized children. *Journal of Professional Counseling*, 32(1), 19-29.
- Orhan, E. (2014). *Pediyatrik onkoloji hastalarına periferik damar yolu açılırken terapötik oyun ile verilen eğitimin anksiyete düzeyine etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Oyun Terapileri Derneği. (2015). *Hakkında*. <http://www.oyunterapileriderneği.org/otd-hakk305nda.html> Erişim Tarihi: 12.01.2015
- Öğretir, A. D. (2008). *Oyun ve oyun terapisi*. Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi, 22, 94-100.
- Özdoğan, B. (2009). *Çocuk ve oyun* (5. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Schaefer, C. E. (2013). *Oyun terapisinin temelleri*. (B. T. Özkaya, Çev.) Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M. ve Garcia, R. (2012). Treatment of childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 57-73.
- Schwartzberger, K. (2004). *Developmental play therapy*. <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10000> Erişim Tarihi: 26.07.2014
- Sezici, E. (2013). *Okul öncesi çocuklarda oyun terapisinin sosyal yetkinlik ve davranış yönetimine etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Marmara Üniversitesi.
- Shapiro, D. E. (1995). Puppet modeling technique for children undergoing stressful medical procedures. *International Journal of Play Therapy*, 4(2), 31-39.

- Shen, Y. J. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression and adjustment. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 43-63.
- Süslü, N. E. (2014). *Çocuk eğitiminde oyun dili*. İstanbul: Hayy Kitap.
- Tarcan, S. S. (1913). *Terbiye-i bedeniye ve mektep oyunları*. İstanbul: İkbâl Kütüphanesi.
- Teber, M. (2014). *Oyun terapisi tarihi*.
<http://www.oyunterapileri.org/2015/02/turkiyede-oyun-terapisi.html> Erişim Tarihi: 20.10.2014
- Tew, K. L. (1997). *The efficacy of filial therapy with families with chronically ill children*. Yayımlanmamış doktora tezi, North Texax Üniversitesi
- The Health News. (2015). *Çocukla güvenli ilişkide oyun terapisi*.
<http://www.thehealthnews.org/tr/news/2045/guven.terapisi.html> Erişim Tarihi: 12.01.2015
- Theraplay Institue. (2014). *History of theraplay*.
<http://www.theraplay.org/index.php/theraplay/what-is-theraplay/history-of-theraplay> Erişim Tarihi: 22.04.2014
- Theraplay Türkiye. (2015). *Theraplay nedir?*
<http://theraplayturkey.org/theraplay/theraplay-nedir/> Erişim Tarihi: 10.02.2015
- Tural, E. (2012). *Ameliyat öncesi dönemde çocuğa verilen eğitim ve terapötik oyun yönteminin çocuğun kaygı, korku ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi*. Yayımlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi.
- Türk Dil Kurumu. (2014). *Büyük Türkçe Sözlük.*
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.55551526d37db9.53229119 Erişim Tarihi: 21.06.2014
- Webb, J. R. (1995). Play therapy with hospitalized children. *International Journal of Play Therapy*, 4(1), 51-59.
- Winnicout, D. W. (2014). *Oyun ve gerçeklik*. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Yavuzer, H. (2005). *Çocuk psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yeşilyaprak, B. ve Akgün, E. (2010). Anne çocuk ilişkisini oyunla geliştirme eğitim programının etkililiği. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 43(2), 123-147.

Zülliger, H. (2005). *Çocukta oyunla tedavi*. İstanbul: Cem Yayınları.



ÖZGEÇMİŞ

Mehmet Teber 1980 yılında Kocaeli İzmit'te dünyaya geldi. İlk orta ve lise öğrenimini İzmit'te tamamladı. 1998 yılında girdiği Boğaziçi Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü'nden 2003 yılında Onur Derecesi ile mezun oldu. Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Bilimleri yüksek lisans programına katıldı.

Birçok eğitim kurumunda psikolojik danışman olarak görev aldı. 2008 yılından bu yana kendi danışmanlık merkezinde çocuklar üzerine bireysel görüşmeler almakta ve terapiler yapmaktadır. Oyun Terapisi alanında uzmanlaşmaya devam etmektedir. Evli ve 2 çocuk babasıdır. Yayınlanmış 5 kitabı bulunmaktadır. İstanbul'da ikamet etmektedir.

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Görev Yaptığı Kurum: Ahenk Psikoloji

E-Posta : m.teber@yahoo.com