

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



TÜRKİYE'DE YAPILAN OYUN TERAPİSİ İLE İLGİLİ
LİSANSÜSTÜ ÇALIŞMALARININ İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kübra GÜREL

Psikoloji Ana Bilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

ARALIK, 2023

**T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**TÜRKİYE'DE YAPILAN OYUN TERAPİSİ İLE İLGİLİ
LİSANSÜSTÜ ÇALIŞMALARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Kübra GÜREL
(Y2012.480063)**

**Psikoloji Ana Bilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr.Üyesi Engin EKER

ARALIK, 2023

ONAY FORMU

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum ‘‘Türkiye’de Yapılan Oyun Terapisi İle İlgili Lisansüstü Çalışmalarının İncelenmesi’’ adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça ’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.
(20/12/2023)

Kübra GÜREL

ÖNSÖZ

Bu tezin uygulama ve araştırma aşamasında sabırla ilgi ve bilgisini esirgemeyen, tez danışmanım; Dr. Öğr. Üyesi Engin EKER'e, hayatımı anlamlı kılan tez süresi boyunca motivasyonumun tükendiği anda daima hadi yapabilirsin diyen her zaman arkamda olan eşim Emre GÜREL'e, ders dönemi sürecinde beni evlerinde ağırlayan sevgili Simge ve Güven'e, en çok da daha ben gebeyken sürece karnımda eşlik eden canım kızım Zeynep'e tez sürecinde desteklerini eksik etmeyen arkadaşlarım ve aileme çok teşekkür ederim.

Aralık, 2023

Kübra GÜREL

TÜRKİYE’DE YAPILAN OYUN TERAPİSİ İLE İLGİLİ LİSANSÜSTÜ ÇALIŞMALARININ İNCELENMESİ

ÖZET

Çocukların psikolojik sağlıklarının korunması hem onlar için hem de bir ülkenin geleceği açısından son derece önemlidir. Oyun terapisi, çocukların psikolojik sorunlarının tedavisine yardımcı olan, psikolojik sağlıklarının korunmasında etkili olan ve giderek daha yaygın hale gelen bir terapi türüdür. Bu terapi, çocukların doğru şekilde ifade etmelerine, ruhsal sorunlarını açıklamalarına ve tedavi süreçlerine yardımcı olur.

Son yıllarda Türkiye’de oyun terapisi çalışmalarının arttığı gözlemlenmektedir. Bu çalışmada, Türkiye’de oyun terapisi hakkında yapılan tüm tezleri inceleyerek, geçmişte kat edilen yolu gözlemek ve gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutmak amaçlanmaktadır. Ölçüt örnekleme yöntemi ve doküman analizi tekniği kullanılarak Ulusal Tez Merkezi veri tabanından "oyun terapisi " kelimeleri ile literatür taranmış ve 54 tez çalışmaya ulaşılmıştır.

Elde edilen bulgulara göre, Türkiye’de oyun terapisi çalışmalarının 2013 yılında başladığı ve 2019 yılına kadar sayıca yapılan çalışmaların arttığı görülmüştür. 7 farklı oyun terapisi çeşidi ile çalışmalar yapılmıştır ve en çok çocuk merkezli terapi kullanılmıştır. Ancak, bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda, Türkiye’de oyun terapisi ile ilgili araştırma sayısının yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Farklı oyun terapisi yaklaşımları ve deney grupları ile daha fazla araştırma yapılmalı ve literatür geliştirilmelidir.

Sonuç olarak, çocukların psikolojik sağlıklarının korunması ve tedavisi için oyun terapisi gibi etkili yöntemlerin kullanılması son derece önemlidir. Türkiye’de bu alanda yapılan çalışmaların artırılması ve geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Oyun Terapisi, Çocuk, Oyun, Terapi.

AN EXAMINATION OF POSTGRADUATE STUDIES ON PLAY THERAPY CONDUCTED IN TURKEY

ABSTRACT

The preservation of children's psychological well-being is crucial, not only for their benefit but also from the perspective of a nation's future. Play therapy is a therapeutic approach increasingly recognized for assisting in the treatment of children's psychological issues and effectively preserving their mental health. This form of therapy aids children in expressing their emotions accurately, articulating mental challenges, and navigating the treatment process.

In recent years, a noticeable increase in play therapy studies in Turkey has been observed. This study aims to examine all the theses conducted on play therapy in Turkey, observe the progress made in the past, and shed light on future research. Using the criterion sampling method and document analysis technique, the National Thesis Center database was searched for literature using the keywords "play therapy," resulting in the identification of 54 thesis studies.

According to the findings, play therapy studies in Turkey commenced in 2013, and a notable increase in the number of studies conducted was observed until 2019. Seven different types of play therapy were explored, with child-centered therapy being the most prevalent. However, based on the data obtained from this research, it is determined that the number of studies on play therapy in Turkey is insufficient. Further research with different play therapy approaches and experimental groups should be conducted, and the literature should be enhanced.

In conclusion, the utilization of effective methods such as play therapy is highly important for safeguarding and treating the psychological health of children. Efforts to increase and develop studies in this field in Turkey are warranted.

Keywords: Play Therapy, Child, Play, Therapy.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	ix
I. GİRİŞ	1
A. Türkiye’de Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Genel Durum ve Çalışmalar ⁴	
1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	7
2. Karşıt Gelme Bozukluğu.....	7
3. Davranım Bozukluğu	7
4. Çocukluk Çağı Depresyonu	7
5. Tik Bozuklukları	8
6. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu	8
7. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)	8
8. Özgül Fobi	8
9. Yaygın Kaygı Bozukluğu	8
10. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi).....	9
11. Obsesif- Kompulsif Bozukluk.....	9
12. Tepkisel Bağlanma Bozukluğu	9
13. Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu.....	9

14. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	10
15. Beslenme Bozukluğu.....	10
16. Pika.....	10
17. Enürezis.....	10
18. Enkoprezis.....	10
II. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI.....	12
A. Araştırmanın problemleri.....	13
III. OYUN TERAPİSİ.....	14
A. Oyun Terapisi Tanımı.....	14
B. Oyun Terapisinin Tarihsel Arka Planı.....	17
C. Türkiye’de Oyun Terapisi.....	19
D. Oyun Terapisinde Temalar.....	21
E. Oyun Terapisinin Süreç ve Aşamaları.....	23
F. Oyun Terapisi Çeşitleri.....	24
1. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi (ÇMOT).....	24
a. ÇMOT’ta Oyuncak Seçimi.....	27
b. Hacı yatmaz.....	28
c. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi İlkeleri.....	28
d. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi Temel Becerileri.....	29
e. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi Oda Düzeni.....	30
f. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi Temaları.....	31
g. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi Öğeleri.....	32
2. Kum Tepsisi ve Kum Oyunu Terapisi.....	36
a. Kum Oyun Terapisinin Tarihçesi.....	37
b. Kum Oyunları Terapisinin Gerekçesi.....	38
3. Gelişimsel Oyun Terapisi.....	40

a. Dokunma Duyusunun Fizyolojik ve Biyokimyasal Etkileri	41
b. Çocuk Ruh Sağlığı İçin Dokunmanın Önemi.....	42
c. Dokunsal Eksikliği ve Travmatik Deneyimle İlişkili Problemler	42
d. Gelişimsel Oyun Terapisinin İşleyişi- Etki Mekanizması ve Etik Çerçeve	44
4. Deneysel Oyun Terapisi	45
a. Yaralanmaların Tedavisinde Ampirik Oyun Tedavisinin Rolü.....	47
b. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi.....	50
5. Theraplay	54
6. Filial Terapi.....	56
7. Nesne İlişkileri ve Bağlanma Temelli Oyun Terapisi.....	58
8. Yönlendirici Olmayan Grup Terapisi	58
G. Oyun Terapisinin Kullanım Alanları	59
H. Oyun Terapisinde Kuramsal Yaklaşımlar	60
1. Klasik Teoriler	61
2. Modern Teoriler	62
a. Psikanalitik Oyun Terapisi	64
b. Jungian Analitik Oyun Terapisi.....	64
c. Adler Oyun Terapisi	65
d. Oyun Terapisini Serbest Bırakma.....	66
İ. Yurtiçinde ve Yurtdışında Oyun Terapisi ile İlgili Bazı Çalışmalar	67
IV. YÖNTEM.....	72
A. Araştırma Modeli.....	72
B. Evren ve Örneklem.....	72
C. Verilerin Toplanması	72
V. BULGULAR.....	73

VI. TARTIŞMA VE SONUÇ	80
VII.KAYNAKÇA	89
ÖZGEÇMİŞ.....	105

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1.	Erikson’ın psikososyal gelişim evreleri:.....	5
Çizelge 2.	Çalışmaların yıllara göre dağılımı	73
Çizelge 3.	Çalışmaların araştırma yöntemine göre dağılımı.....	74
Çizelge 4.	Çalışmaların ele aldıkları oyun terapisi türlerine göre dağılımı	74
Çizelge 5.	Çalışmaların örneklemdaki bireylerin yaşlarına göre dağılımı.....	75
Çizelge 6.	Çalışmaların örneklem büyüklüğüne göre dağılımı.....	75
Çizelge 7.	Tezlerin enstitülere göre dağılımı	76
Çizelge 8.	Tezlerin bilim dallarına göre dağılımı	76
Çizelge 9.	Tezlerin türlerine göre dağılımı	76
Çizelge 10.	Tezlerin kullanılan araştırma desenleri türlerine göre dağılımı.....	77
Çizelge 11.	Tezlerin kullanılan istatistiki yöntemlerine göre dağılımı	78
Çizelge 12.	Tezlerin çalışılan psikopatolojilere göre dağılımı	79

I. GİRİŞ

Çocukluk, kişinin kendisini ve sosyal çevresini daha iyi tanımasını sağlayan kritik gelişim evrelerini içeren önemli bir dönemdir (Sevinç, 2003). Çocukluk döneminde birey; temel davranışları edinmekte, kabiliyetlerini ilerletmekte, farklı tecrübelerde bulunarak sosyallik kazanmakta sosyalleşmekte, yetenek kazanmaktadır. Böylece bu çağda çocuk, yaşamını destekleyen psikomotor, zihinsel, sosyal, duygusal ve dil gelişimi gibi temel yaşam becerilerini edinmeye başlar (Berrueta-Clement ve ark., 1984). Çocukluk evresi farklı bir deyişle insanı yetişkinlik evresine hazırlayan özel bir evredir. Keşifler ve meraklarla doludur. İlgi ve ihtiyaçlarının giderilmesi geleceğe uyumunu kolaylaştırır.

Çocuğun bu döneme kadar kazanacağı beceriler ailesine ve sosyal çevresine olan uyumunu kolaylaştırmakta, olumlu sosyal ve kişisel beceriler kazanmasını sağlamaktadır. Bilhassa 3 ile 6 yaş arasındaki çocuklar, geliştirmiş oldukları bu kabiliyetlerle kişilerarası ilişkilerinde, insanlarla iletişim kurmada önemli rol oynamaya ve düşüncelerini çeşitli sembolik unsurlar ve çeşitli vasıtalarla göstermeye gayret ederler (Sezici, 2013). Bu birikimli ilerleyen bir süreçtir. Yaş büyüdükçe farklı ortamlarda olumlu göstergeleri ortaya çıkacaktır.

Kendini ifade eden ve iletişim kurduğu insanları tanımaya başlayan okul öncesi dönemdeki çocuklar, bağımsızlık ve güven duygusuyla çevrelerini kontrol etme ve kendilerini tanıma olanağı bulurlar (Özdemir ve ark., 2012). Çocuğun çevresini kontrol etme ve kendini tanıma uğraşları çoğunlukla hoş hatıralar içerse de bazen zor ve stresli olabilir (Aydın, 2018). Bu karmaşık ve stres faktörü barındıran tecrübeler çocuğun ruhsal bütünlüğünü bozabilmekte ve psikolojik yönden önemli zararlara sebep olabilmektedir (Arık, 2009).

Okul öncesi dönem çocukları, tam fiziksel olgunluğa erişemedikleri ve sosyal teşvikleri doğru değerlendirmekte zorlandıkları için travmatik deneyimler açısından yüksek risk altında kabul edilmektedir (Aydın Yeşilyurt, 2019). Olumsuz yaşam olayları karşısında baş etme yolları yetişkinler gibi tecrübeli

olmayan çocuklar evde, okulda, dışarıda, aile içinde ya da diğer ortamlarda savunmasız kalabilirler.

Erken dönemde yaşanan “aile içi çatışmalar, fiziksel ve cinsel istismar, orantısız eleştiri ve suçlama, ölüm” gibi travmatik yaşantılar çocuklarda ruhsal sıkıntıya neden olabilir (Bernstein ve ark., 2003). Ancak bu tür travmatik yaşantılar çocuğun zihinsel, davranışsal, ruhsal, hissi ve fiziki gelişmesine negatif yönde tesir edebilmektedir (Carr ve ark; 2013). Duygusal zorlanmalar sonucunda çocukların olumsuz etkilenmesi yapılan nörolojik çalışmalar ile de kanıtlanmıştır. Warren ve ark. (2020), kırk beş çocukla icra ettiği araştırmada, fazlaca strese sebep olup ve anksiyete hissi yaratan durumlarla yüz yüze gelen çocuklarda, fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme esnasında normal beyin performansının bozulduğunu, bunun da duygu düzenleme ve karar verme becerilerini olumsuz etkilediğini bulmuşlardır.

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi kliniğine başvuran 3988 çocuk üzerinde yapılan bir araştırma, Çocukluk Çağı Travmatik Olaylarının Bağlanma Sorunları, Maddelere Yönelme, Davranışsal Problemler ve Post Travmatik Stres Bozukluğu gibi patolojik durumlarda önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuştur. (Vivrett ve diğerleri, 2018). Özellikle erken çağlarda tecrübe edilen travmaların çocuklarda OKB (Obsesif Kompulsif Bozukluk) belirtilerinin başlamasında (De Silva, 2001), düşünsel yapısının bozulmasında ve çocuklarda işlevsel olmayan inançların gelişmesinde (Sasson, 2005) etkili olduğu vurgulanmaktadır. Yaşanan travmatik olaylar karşısında psikolojik olarak sağlıklı kalmaları için çalışmalar yapılmıştır.

Okul öncesi dönem çocuklarının gelişim evrelerinde karşı karşıya geldikleri bu çeşit olayların patolojik sonuçlara yol açmaması ve sağlık yönünden daha sağlam bir kişilik sahibi olmaları için; koruyucu önlemlerin, zaman verimliliğinin ve erken müdahalenin kritik olduğu tartışılmıştır (Kılınç ve Saltık, 2020).

Okul öncesi dönemde ebeveynler, öğretmenler ve eğitimcilerin çocuklarla sürekli iletişim halinde olmasının çocuklar üzerinde olumlu etkisi olduğu vurgulanmaktadır (Howe, 2005). Bütüncül yaklaşmanın faydalı olduğu görülmüştür. Çocuğun temel eylemlerinden olan oyun da gelişimi ve değişimi için etkilidir.

Oyun, çocukların iletişim kurmasının ve anlamasının en makbul vasıtalarından biri olduğu için okul öncesinde çocuk gelişimine yönelik ciddi bir ehemmiyete sahiptir. (Kılınç ve Saltık, 2020). Bu dönemde çocuklar, hayatta kalmalarını ve dış dünyanın zorluklarına hazırlanmalarını sağlayacak temel yaşam becerilerini oyunlar aracılığıyla kazanmaya başlarlar (Yakar, 2019). Oyun çocuğun iç dünyasını dış dünyaya yansıtmasını sağlar. Çocuk kendiyle ilgili içgörü kazanır.

Oyun, çocuğun sosyal ilişkilerde bulunmasını, ifade gücünü geliştirmesini etmelerini ve ruhsal olarak gelişmelerini sağlar (Pehlivan, 2005). Çocuklar yaşitlarıyla oyun yoluyla geliştirdikleri ilişkiler sayesinde sosyal gelişimlerine katkı sağlar; kurallara, talimatlara ve nedensel ilişkilere uymanın, oyunda kazanım ya da yenilme kaybetme sonuçlarına bağlı olarak güçlü duygularını kontrol ederek zihinsel gelişimlerine, duygusal gelişimlerine, kaslarını geliştiren aktif eylemlerle fiziksel gelişimlerine katkıda bulunduğu tartışılmaktadır (Teber, 2015).

Oyun çocukların gelişimini desteklerken ruhsal bozuklukların tedavisine de önemli bir terapötik katkı sağlar (Schaefer, 2013). Oyunun iyileştirici gücü oyun terapisinin doğuşunu hazırlamıştır. Oyun terapisinin çocukluk döneminde gelişen ve kişilik oluşumunda kritik olan sağlıklı benlik bütünlüğü oluşturmada sağlam bir pratik sahası olduğu değerlendirilmektedir (Chinekeshe ve ark., 2014). Oyun hem ruhsal bozuklukların iyileştirilmesinde hem de sağlıklı kişilik oluşumunda oldukça etkilidir.

Oyun terapisinin ana gayesi, çocuğa harici dünyasının gerçekliğini anlamalarını sağlamak, kısa ve uzun zaman dilimindeki stres etkenlerine yönelik sergileyebileceği koruyucu mekanizmalar edindirmektir (Bonanno ve ark., 2011). Hem dış dünyadan korumak hem de psikolojik sağlamaktadır. Terapide çocuğun, duygusal, düşüncesel ve davranışsal varlığı bir bütün olarak kabul edilir.

Terapide oyunun, çocukların hissi ifadelerini, zihinsel anlayışını ve davranışla ilgili yönetim kabiliyetlerin tabii bir şekilde destek verdiği varsayılmıştır (Terr, 2013). Oyun terapisinin, çocuğun sorun çözme ve öz-yeterlik becerilerini keşfetmelerini ve test etmelerini sağlamak gibi değişik gayeleri de vardır (Chazan ve Cohen, 2010).

Çağımızda ruhsal dayanıklılığa ek olarak, oyun terapisi sıklıkla çocukluk problemlerini tedavi etmek için kullanılmaktadır. Oyun terapisinin davranış sorunları, kaygı bozuklukları, dürtü kontrol sorunları, travma ve bağlanma sorunları olan çocuklar için etkili bir tedavi olduğu iddia edilmiştir (Norton ve Norton, 1997). Çocuklarla ruh sağlığı sorunlarını çözmede etkili yollardan biri de oyundur. Çünkü oyun gelişimi dolayısıyla en çok faaliyette bulunduğu eylemdir.

Oyun, çocukla iletişime geçme ve anlayabilmenin en sıhhatli vasıtalarından birisi olması sebebiyle okul öncesi evrede bulunan çocuğu gelişmesi adına ciddi bir önem arz etmektedir (Kılınç ve Saltık, 2020). Bu çağda çocuklar, oyun vasıtasıyla kendilerini dış dünyadaki harici zorluklara karşı hazırlarken bununla beraber yaşamlarını idame ettirmelerine yarayacak temel yaşamsal kabiliyetleri de edinmeye başlarlar (Yakar, 2019).

A. Türkiye’de Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Genel Durum ve Çalışmalar

Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre sağlık “yalnızca sakatlığın ve hastalığın olmayışı değil, ruhsal, fiziksel ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 1948). İnsan biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak bir bütün varlıktır (Onur, 1995). Bu alanların birinde sorun yaşanması kişinin sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Ruh sağlığı çalışanları ise insanların psikolojik boyutuyla çalışır. Peki ruh sağlığı nedir? Latince ‘den gelen psişe "ruh" bilinçli ya da bilinçdışı tüm duygu, düşünce ve davranışları inceleyen yapıdır (Coşkun,2022). Bu süreçte bir durumun normal ya da normal dışı ayrımının yapılması gerekir. (Geçtan, 2003).

Çocuklarla çalışırken çocuğun psikopatolojinin değerlendirilmesinde bazı önemli ölçütler yer almaktadır: süre, yoğunluk, sıklık, yaşa uygunluk, cinsel rol beklentisi ve kültüre uygunluk (Austin ve Sciarra ,2015). Bir sorunun belli bir süre farklı ortamlarda belli sıklıkta ve yaşamsal faaliyetleri bozacak nitelikte görülmesi gerekmektedir. Çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan sağlıklı olması, ruhsal sağlık açısından var olan risk faktörlerinin bilinmesi ve önlenmesi toplum sağlığı açısından önemlidir (Yöntem Fidan, 2011). Bir yetişkinin bugününü incelerken Sargın (2012) insanların çocukluk dönemi yaşantılarının yetişkin

ruhsal yaşantısını etkilediğinden bahseder. Erken dönem yaşam olaylarını bilmek ise yetişkinlik sorunlarının daha kolay çözülmesini sağlayabilir.

Çocuk ruh sağlığı çalışırken elbette yetişkinler için belirlenen bilimsel ilkeler geçerlidir ancak çocuğun gelişim evresinin kendine özgü özelliklerinin de bilinmesi gerekmektedir. Çünkü bazı davranışlar belli bir yaş grubu için normal sayılırken başka bir grup için normal sayılmayabilir. Çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukların büyük bir kısmı gelişimsel bozukluklarla ilgilidir. Çocuğun psikososyal gelişim evreleriyle zihinsel gelişiminin paralel gitmesi gerekir aksi halde psikolojik sorunlar meydana gelebilir (Öztürk, 2022).

Çizelge 1. Erikson'ın psikososyal gelişim evreleri:

Erikson'un Dönemleri	Gelişimsel Periyot
Güvene karşı güvensizlik	Bebeklik (ilk yıl)
Bağımsızlığa karşı utanma ve şüphecilik	Bebeklik (1-3 yaş)
Girişkenliğe karşı suçluluk duyma	İlk çocukluk (okul öncesi yıllar 3-5 yaş)
Çalışkanlığa karşı aşağılık duygusu	Orta ve ileri çocukluk (İlkokul yılları, 6 yaş ile erinlik arası)
Kimlik kazanmaya karşı rol karmaşası	Ergenlik (10-20 yaş arası)
Yakınlığa karşı yalıtılmışlık	İlk yetişkinlik (20'ler 30'lar)
Üreticiliğe karşı verimsizlik	Orta yetişkinlik (40'lar 50'ler)
Benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk	İleri yetişkinlik (60 ve sonrası)
	(Santrock, 2014)

Çocuk ruh sağlığını olumsuz etkileyen sebepleri doğum öncesi ve doğum sonrası olarak inceleyebiliriz. Radyasyon ya da çeşitli ilaçlar sonrası gen değişimi, kromozom yapısı ve sayısındaki değişiklikler, anne babada var olan şizofreni gibi bazı kalıtsal rahatsızlıklar ve doğuştan bedensel sakatlıklar doğum öncesi sebepler olarak sayılabilir. Sonradan olma besin yetersizliği ile direncin düşmesi ile ilgili sakatlıklar ya da çocukluk dönemi felçler sonucu oluşan sakatlıklar, annenin olmaması, tutarsız, ilgisiz, baskıcı, fazla izin verici ya da fazla koruyucu anne ve baba tutumları, çocukluk çağı yaşantılar ve savaş, göç ve doğal afetler gibi toplumsal olaylar doğum sonrası sebepler olarak gösterilebilir (Sargın, 2012).

Ruhsal hastalıklar sadece Türkiye'de değil tüm dünya ülkelerinde yaygın biçimde görülürler. Kronik yapıya sahip olmakla birlikte hem de çok ciddi oranda işten güçten kalmaya işlevsizliğe, mesleki ve sosyal sorumluluklarının yerine getirilmemesine sebep olur. (Kılıç,2020).

Türkiye’de 1995 yılı sonrasında tüm ülkeyi temsil eden psikiyatrik tanı ölçeği kullanılarak yapılan ilk çalışma Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi iş birliğiyle erişkin nüfusa yönelik epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Projeye Türkiye Ruh Sağlığı Profili adı verilmiştir. Amaç ruhsal bozuklukların yaygınlığı, risk etmenleri, yeti yitiminin yansira ruhsal sorunlar için tedavi hizmetlerine başvuruya ilişkin veriler elde etmektir (Kılıç, 1998).

Ruh Sağlığı alanında Sağlık Bakanlığı kurumları dışındaki paydaşlardan bazıları Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Belediyeler ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)’dur (hsgm.saglik.gov.tr, 2023).

Sağlık Bakanlığı’nın 2006 yılında yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni temel alarak hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP) (2011-2023) ruh sağlığı alanında değişen ihtiyaçlar ve uluslararası örnekler kapsamında gerekli güncellemeler yapılarak 2021-2023 yıllarını kapsayan amaç, hedefler ve göstergeler belirlenmiştir. “Ruh sağlığı hizmetlerinde bütünlük toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelini hayata geçirmek, bireylerin ruh sağlığını takip etmek, korumak ve iyileştirmek” amaçlanmıştır (hsgm.saglik.gov.tr, 2023).

Yetiş (2017) Türkiye’de ve dünyada son yıllarda çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerine başvuru sayısının arttığını ve tedavi amaçlı psikiyatrik ilaç kullanımının da arttığını bahseder.

Yurtdışında yapılan bir çalışmada 18 yaş altı çocuk ve ergenlerin ruhsal bozukluk yaygınlığı %15,8 olarak bulunmuş; Türkiye’de yapılan çalışmalarda 4-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin ruhsal sorun görülme oranı %11,3 olarak bildirilmiştir (Aktepe ve ark. 2010). Bu yaş grubunda çoğunluk 7-12 yaş arası olmakla birlikte ilaç kullanımının 2 yaş itibariyle başladığı görülmüştür (Durukan ve ark. 2011).

İlaç tedavisi çocuk ve ergenlerde kullanılan tedavi yaklaşımlarından biridir. Ancak kullanım kurallarına uyulmadığında gelişmekte olan çocuk ve ergen için dönüşü olmayan yaralarda açabileceği unutulmamalıdır (Motavalli, 1994). Küçük yaşlardaki çocukların ilaç kullanımıyla ilgili ilaçların etkililiği ve güvenirliliğiyle ilgili çalışmaların yetersiz olması nedeniyle okul öncesi çağı çocuklarda psikotrop

ilaç etkinlik ve güvenilirliğine ilişkin çok merkezli, prospektif ve kontrollü çalışmalara gereksinim olduğunu bahseder (Özbek ve Bozobalı ,2003).

Bu çalışmada çocuklarda görülen psikolojik rahatsızlıklar Amerikan Psikiyatri Birliğinin tanı ve sınıflandırmasını kapsadığı DSM V tanı kitapçığında belirtilen kriterlere göre tanımlanmıştır.

1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Çoğunlukla 12 yaş öncesi başlayan ev, okul, arkadaş ortamı vb. farklı birçok ortamda ortaya çıkar. Gelişim düzeyine orantısız bir şekilde en az 6 ay görülüyor olmasıdır. Ayrıntılara özen göstermeme dikkatini sürdürmemeye belirtilen görevlerini yerine getirememe gibi durumlarda dikkatsizlik, yerinde durmama, aşırı hareketli, sıra bekleyememe, çok konuşma gibi aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olarak 3 alt tipi vardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

2. Karşıt Gelme Bozukluğu

Öfkeli/kolay kızan bir duygudurum, tartışmacı/karşı gelen davranış ya da kin besleme örüntüsünün, en az 6 ay süre ile olması halidir. Sık sık tepesi atma, sık sık alınganlık gösterme ve kızma, öfkeli kırgın ve gücenik olma hali. Beş yaş altı çocuklarda bu durumun, haftanın çoğu günlerinde, 5 yaşını doldurmuş çocuklarda ise, haftada en az 1 kez ortaya çıkması tanı için gereklidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

3. Davranım Bozukluğu

İnsanlara ve hayvanlara saldırganlık, eşyaları kırıp dökme, dolandırıcılık ya da hırsızlık ya da kuralları büyük ölçüde çiğneme gibi davranışların en az 2 ay süreyle görülmesi durumudur. Davranım bozukluğunun en az bir tanı ölçütü belirtisi 10 yaş öncesi başlayan türe çocuklukta başlayan tür, davranım bozukluğunun hiçbir belirtisi 10 yaşından önce başlamamışsa ergenlikte başlayan tür olarak adlandırılır. Ayrıca başlangıç yaşı bilinmeyen bir grupta vardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

4. Çocukluk Çağı Depresyonu

Kişinin kendini üzgün, hüzünlü, kederli, çökkün ya da kızmanın yoğun olarak eşlik ettiği geçmişte zevk alınan şeylerden zevk alamama ve ilgi yitimi

halidir. Çocuklarda ise içe dönük ilgi kaybı, yemek, uyku, okul ve dikkat sorunları görülebilir. İçe kapanma olduğu gibi öfke patlamalarıyla da kendini gösterebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

5. Tik Bozuklukları

Birden ortaya çıkan hızlı yineleyici, düzensiz hareketler ve ses çıkarmalardır. İstençdışı tiklerin sıklığı artabilir azalabilir. Herhangi bir madde kullanımı ya da sağlık problemiyle bağlanamaz. Süreğene ya da geçici görülebilir. Eğer 18 yaşının öncesinden beri hem ses hem de hareketle ilgili istençdışı tikler görülüyorsa Tourette bozukluğu akla gelir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

6. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Evden ya da bağlandığı birinden çocuğun ayrıldığında gelişimsel olarak uygun olmayan düzeyde aşırı abartılı korku ve kaygı duymasıdır. Çocuk ve ergenlerde tanı için 1 ay içerisinde evden uzaklaşmaya sebep okul ya da sosyal bir faaliyete katılma durumlarında aşırı korku ve kaygı duymak (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

7. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

En az 1 ay süreyle iş okul ya da diğer sosyal durumlarda özgül durumlarda konuşama halidir. Bu bozuklukta herhangi bir dil yapısı ve konuşma yapısıyla ilgili bir durum yoktur. Otizm kapsamında değildir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

8. Özgül Fobi

En az 6 ay süreyle karşı karşıya gelme durumunda ortaya çıkan aşırı abartılı korku halidir. Uçak binme, yükseklik, doktor, iğne ilaç gibi özgül nesne ya da durumlara verilen tepkilerdir. Çocuklar, korku ya da kaygı, ağlama, bağırma, tepinme ya da donakalma tepkileri gösterebilirler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

9. Yaygın Kaygı Bozukluğu

En az 6 ay süreyle huzursuzluk, kolay yorulma odaklanmakta güçlük yaşama hali, kolay sinirlenme, üzülüp kaygılanınca kaslarda gerginlik ya da

uyuma ya da uykuyu sürdürmekte zorluk yaşama halidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

10. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Çocuklarda hem yaşıtların hem de yetişkinlerin olduğu ortamlarda en az altı ay boyunca kişinin başkalarınınca değerdendirilecek ya da birden çok toplumsal durumda uygun olmayan belirgin abartılı korku ya da kaygı duyulmasıdır. Kişi küçük düşeceği, utanacağı, başkaları tarafından dışlanacağını düşünür ve bu durumlardan ya kaçır ya da kaçınır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

11. Obsesif- Kompulsif Bozukluk

Sık sık istemeden gelen birtakım düşünceler buna takıntı denir, düşüncelerin eyleme dönüştürülerek kendini rahatlatma hâli kompulsiyon yani zorlantı denir. Takıntı düşünceleri, zorlantı davranışları bazen temizlikle ilgili, bazen cinsellikle ilgili, bazen düzenle ilgili bazen de sayı sayma ile ilgili olabilir. Çocuklar bu davranış ve düşüncelerin amaçlarını dile getiremeyebilirler. Takıntılar kişinin zamanını alır. Belirgin bir sıkıntı ve işlevsellikte düşmeye neden olur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

12. Tepkisel Bağlanma Bozukluğu

Çocuğun 5 yaşından önce özellikle bebeklik döneminde ileri derecede yetersiz bakım görmesinden dolayı başkalarına karşı görece az toplumsal ve duygusal tepki gösterme, olumlu duygulanım kısıtlılığın olması. Bakım verene karşı çabuk kızma üzülmeye ya da korkma dönemlerinin olmasıdır. En az 1 yıl süre ile devam etmesi gerekir. Otizm kapsamı dışındadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

13. Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu

Çocuğun tanıdık olmayan erişkinlere yabancı ortamlarda ve yadırgamadığı şekilde ileri derecede senli benli toplumsal olarak uyumlu olmayan sözel davranışlar ve bedensel davranışlar göstermesidir. Yabancılara karşı çekinmeme çekip birlikte gitme konusunda cesur olma ve isteklilik göstermedir. 12 aydan daha uzun süre beklenmesi gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

14. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Doğrudan travmatik olaylara maruz kalma, başkalarının başına gelen olaylara tanıklık etme, bir yakını sevdiği ya da ailesinin başına travmatik bir olayın geldiğini öğrenmesidir. Örneğin ölüm, ölüm riskli kazalar gibi. Kişinin aynı olayı tekrar yaşıyormuş gibi olma hali. Çocuklarda oyunlar aracılığıyla travmatik olaylar tekrar tekrar canlandırırılar. Rüyalarında sık sık kâbus görürüler. Olumsuz duygusal durum, geçmişte katılınan faaliyetlere katılmama. Abartılı irkilme gibi durumlar gözlenebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

15. Beslenme Bozukluğu

Özel birtakım yiyeceklerin kişinin sağlığını ve kilosunu olumsuz etkileyecek biçimde kısıtlı alınması hali. En az ay süreyle ve 6 yaş öncesinde başlar. Belirgin kilo kaybına rağmen açlık hissi olmaması ve yemekten kaçınma durumu (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

16. Pika

Beslenme ve yeme bozuklukları arasında görülen bu bozukluk sürekli olarak besleyici değeri olmayan besin olmayan maddeleri yeme durumudur. En az 1 ay görülmesi beklenir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

17. Enürezis

İdrar kaçırma en az 3 hafta boyunca en az haftada iki kez görülmesidir. Bu tanı için kişinin 5 yaşından büyük olması gerekir. Yalnızca gece, yalnızca gündüz ya da her ikisinin olduğu kaçırılarda görülebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

18. Enkoprezis

En az 3 ay boyunca en az ayda 1 kez çocuğun kaka kaçırması durumudur. İstemli ya da istemsiz uygunsuz yerlere kaçırmalar olur. Tanı için çocuğun 4 yaşından büyük olması gerekir. Kabızlık eşlik edebilir de eşlik etmeyebilir de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2015).

Çocuk ve ergenlerde tedavi yöntemlerinden biri de ilaç kullanımüdür. İlaç gerekip gerekmediğine psikiyatri uzmanı yani doktor karar verir. İlaç verilirken çocuğun patolojisinin günlük yaşantıdaki şiddetine, sıklığına, sosyal uyumu

bozup bozmadığına, akademik başarıyı etkileyip etkilemediği gibi durumlara ya da aile içerisinde huzursuzluk durumuna bakılır (Öztürk ve Başgöl, 2020). Uzmanın ilaç yazmasındaki kriterler unutulmamalıdır.

En çok tartışılan konulardan biri ebeveynlerin ilaç mı kullanalım yoksa psikoterapiye mi başlayalım dediği konudur. Ebeveynler ilaç kullanımından kaçsa da ilacın gerekli olduğu durumlarda kullanmakta mutlaka fayda vardır. Bununla birlikte her çocuğun ilaç kullanmasına da gerek yoktur (Sevinç ve Bakay, 2016). İlaç kullanımı çocuğun bireysel tedavisine özel bir durumdur.

İlaç endüstrisinin gelişmesiyle birlikte çocuk ve ergenlerde psikotrop ilaç kullanım alanı artmıştır buna rağmen ne yazık ki çocuk ve ergenlerde ilaç kullanımıyla ilgili güvenilirlik ve etkililik çalışmaları yetersizdir. Türkiye’de ise çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuranların yarısından fazlasına (%57,4) psikotrop ilaç tedavi edildiği bilinmektedir (Kütük ve Demirkaya, 2017). Başvurulardaki tedavi uygulamaların neredeyse yarısının ilaç olması bazı sorunlara sebep olabilir.

İlaç kullanımında amaç tedaviye fayda sağlamasıdır ancak bazen bazı dezavantajları olabilir. Sürekli hareket etme ya da istemsiz hareket etme ya da anormal duruşa sebep olan hareket bozuklukları görülebilir. Kilo alımı ya da kilo kaybı yaşanabilir. Glikoz düzeyinde bozukluklar ya da bilişsel düzeyde bozukluklar görülebilir. Ya da alerjik reaksiyona bağlı döküntüler görülebilir. Bu yan etkilerle birlikte henüz küçük yaş grubu için ilaçların beyin ve metabolizmayla ilgili bilgiler yetersizdir (Aker, Üstünsoy, Kuğu ve Yazıcı, 2000). Bu durum ise etik tartışmalara sebep olmaktadır.

İlaç tedavilerinin bu kadar yüksekken ve çocuk ve ergenlerdeki tüm yan etkileri bilinmezken psikolojik müdahalelerin önemli olduğu bir kez daha görülmektedir. İlaç en çok tercih edilen yöntem olmamalı çocuğun biyolojik, psikolojik ve bilişsel tüm gelişim alanları da göz önüne alınarak ihtiyacı olan tedaviye uygun diğer yöntemler seçilmeli. Çocuğun doğal ifade etme biçimi olarak oyun ve uzman eşliğinde oyun terapisi çocuğun psikolojik sağlığının iyi olmasında fayda sağlayacaktır.

II. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI

Bu araştırmada oyun kavramının çocukların psikolojik sağlığının iyileştirici gücü bağlamında Türkiye’de oyun terapisiyle ilgili yapılan tez çalışmalarının genel bir bakışını sunmaktır.

Oyun terapisiyle alakalı araştırmaların hangi senelerde başladığı, hangi senelerde popülerlik kazandığı, icra edilen faaliyetlerin oyun terapisinin hangi türleriyle alakası bulunduğu, araştırmalarda hangi araştırma yöntemlerine göre yapıldığı ve istatistiki yöntemlerine göre dağılımı, örneklem büyüklüğü, tezlerin enstitü ve konularına göre dağılımı, araştırmaların doktora seviyesinde mi yoksa lisans seviyesinde mi icra edildiği ve tezlerin hangi psikopatolojilerine göre yapıldığı önemli olduğu belirtilmektedir.

Araştırmanın temel gayesi, Türkiye’de oyun terapisiyle alakalı sahada icra edilen çalışmaların farklı değişkenler doğrultusunda ele alınarak, mevcut durumlara vakıf olunmasını ve Türkiye’ de yapılacak olan yeni araştırmalara ışık tutmak ve mevcut bilgilerin güncellenmesi ve geliştirilmesi amacıyla Türkiye’de oyun terapisinde lisansüstü çalışmaların çeşitli değişkenlere göre incelemektir.

Gelişmekte olan oyun terapileri yöntem ve tekniklerinin derlenerek çocukla çalışan sadece ruh sağlığı uzmanlarına değil eğitim, teknoloji ve tıp gibi alanlarda da çocuğa fayda sağlanan ilgi alanı çocuk gruplara da aktarmayı sağlamaktır. Yapılan bir çalışmalarda aynı psikopatolojiye sahip başka bir çocuğun sürecinin çalışılmasında uzmana yardımcı olmasını amaçlanmaktadır.

Bu araştırma çocukların doğuştan gelen kendilerini iyileştirici kapasitesine sahip olmasını sağlayan oyunla ilgilidir. Duygusal, davranışsal ve gelişimsel problemler yaşayan çocuklar için oyun terapisi tercih edilen bir müdahaledir. Oyun terapisinin sırrı alan bilgisine sahip olmak, eğitim, süpervizyon, konsültasyon, farkındalık, kişisel yatırıma, beceri ve çocuğa olan inanca dayanır (Ray,2019). Bu süreçte uzmanın lisans bilgisi dışında çocukla sürecinin verimli ilerlemesi için oyunun tarihi, işlevi ve yapılan çalışmaların sonucuna ihtiyaç

vardır. Daha önceki yapılan çalışmalardan haberdar olmak, literatürdeki ihtiyaçları bilmek yeni çalışmalar için gereklidir bu yüzden bu çalışma bilimsel çalışmalar için referans niteliği taşımaktadır.

Oyun terapisi Türkiye’de görece yeni bir kavram olması nedeniyle lisansüstü alanda yapılan tezlerin diğer tezler için başvuru kaynağı olmayı sağlayacaktır. Türkiye’de bu çalışmalarla çocukların psikolojik sağlığında izlenecek yollarda eksikliklerin de tamamlanmasına yol açacaktır.

A. Araştırmanın problemleri

Oyun terapisi nedir?

Oyun terapisi kuramları nelerdir?

Türkiye’de Oyun terapileri süreci nasıl ilerlemiştir?

Türkiye’de lisansüstü çalışmaların oyun terapisi araştırmalarının çalışıldığı yıllar nelerdir?

Türkiye’de lisansüstü çalışmalar hangi oyun terapisi türü ile çalışılmıştır?

Türkiye’de lisansüstü çalışmaların araştırma yöntemleri ve istatistikî yöntemleri nelerdir?

Türkiye’de lisansüstü çalışmaların örneklem büyüklüğü nelerdir?

Türkiye’de lisansüstü çalışmaların tezlerin enstitü ve konularına göre dağılım nelerdir?

Türkiye’de lisansüstü çalışmaların araştırmaların yüksek lisans ve doktora düzeyine göre dağılımı nedir?

Türkiye’de lisansüstü çalışmalarda hangi psikopatolojilerde çalışılmıştır?

Türkiye’de lisansüstü çalışmaların sonuçları nelerdir?

III.OYUN TERAPİSİ

A. Oyun Terapisi Tanımı

Oyun terapisi, çocuk terapisinin en eski ve en popüler alanlarından birini oluşturmaktadır (Schaefer ve Kaduson, 2006). Oyunun terapötik amaçlı kullanımı Çocuk Ruh Sağlığı uzmanlarının oyunun çocuk gelişimindeki önemini fark etmesiyle başlamış (VanFleet, Sywulak ve Caparosa Sniscak, 2018) ve oyunun terapötik gücünün iletişim, ilişki geliştirme, duygusal düzenleme, stres ile başa çıkma, ahlaki yargı, egoyu güçlendirme, hayata hazırlanma, kendini gerçekleştirme başlıklarıyla ele alınması oyunun terapi amaçlı kullanımının özünü oluşturmuştur (Blundon Nash ve Schaefer, 2017). Oyunun eğlence ya da boş vakti geçirme ilgili değil iyileştirici yanının varlığı da fark edilmiştir.

Oyunun terapidaki rolünü açıklayan terapistlerin oyunun terapötik değeri hakkındaki temel varsayımları şu şekildedir (VanFleet, Sywulak ve Caparosa Sniscak, 2018):

1. Oyun, çocuğun gelişimine birçok yönden katkı sağlar. Oyun aracılığıyla çocukların bilişsel, sosyal, duygusal, motor, ahlaki becerileri ve yetkinlikleri gelişir.

2. Oyun, çocuğun biyolojik yapısında yer alan bir dürtü veya güçlü bir motivasyon kaynağıdır. İnsanlar hayatları boyunca oyun oynasalar da çocuklar bunu daha yaygın bir şekilde ve sıklıkla yaparlar.

3. Oyun, çocuğun duygularını, algılarını, mücadelelerini, dileklerini ve iç dünyasını anlatır.

4. Oyun, çocukların iletişim kurma şeklidir. Çocuklar düşüncelerini, duygularını, algılarını ve isteklerini oyun aracılığıyla akranlarına, anne-babalarına ve terapistlerine iletirler.

5. Oyun, çocuğun diğer çocuklarla ve ebeveynlerini ile bağ kurmasını destekler. Çocuk, arkadaşlarıyla oynarken gelenek görenekleri ve toplumsal

davranışları öğrenir. Ebeveynleri ile oynarken de kuşaklararası oyunlarla yetişkin-çocuk ilişkisinde bağ kurmayı öğrenir.

6. Oyunun özgürleştirici bir etkisi vardır. Oyun, çocuğun heyecanını ve mutluluğunu ortaya çıkarırken üzerindeki sıkıntıları ve engelleri azaltır ya da ortadan kaldırır.

7. Oyun aracılığıyla çocuklar problemlerinin üstesinden gelebilirler. Oyun onlara herhangi bir cezalandırma olmadan alternatif çözümler bulmalarını, kendilerini ve dünyayı keşfetmelerini, problemlerini yaratıcılıklarını kullanarak çözmelerini sağlayan duygusal güvenlik sunar.

8. Oyun, çocuklara güç ve kontrol deneyimini yaşayabilecekleri güvenli bir ortam sunar. Oyun sırasında çocuklar risk alabilir, düşük seviyedeki olumsuzlukları üstlenebilir, dürtülerini yönetmeyi ve düzenlemeyi öğrenebilirler.

Oyunun terapötik değeri hakkındaki varsayımlar oyunun çocuklarda terapi amaçlı kullanımının önemi ortaya koymakta ve oyun terapisinin çocukların gelişimi, motivasyonları, iletişim kurabilmeleri, duygu ve düşüncelerini ortaya koyabilmeleri, akranları ve ebeveynleri ile bağ kurabilmeleri, problemlerini çözebilmeleri gibi birçok alana katkı sağladığını göstermektedir.

Alanyazın incelendiğinde oyun terapisinin birçok farklı şekilde tanımlandığı görülmektedir.

Axline (1981)'ye göre oyun terapisi, oyunun çocukta kendini doğal bir ifade aracı olduğu gerçeğine dayanmaktadır. Oyun terapisi tıpkı yetişkin terapisinin belirli türlerinde bireyin güçlüklerini sözleriyle ifade etmesi gibi çocuğun da duygu ve problemlerini oyunla ifade edebilmesi için sunulan bir fırsattır.

Keppers (1981)'e ise oyun terapisini “çocuğun korku, nefret, yalnızlık, başarısızlık ve yetersizlik vb. duygu ve sorunlarını çözebilmesi için verilen hayati bir fırsat” olarak tanımlamaktadır.

Amerika Oyun Terapisi Derneğine göre oyun terapisi kavramı, “Eğitilmiş oyun terapistlerinin, danışanlarının psiko-sosyal zorluklarını önlemeleri veya çözümlenmelerine yardımcı olmada, optimal büyüme ve gelişimi desteklemede oyunun terapötik gücünü kullandığı kişilerarası bir süreç oluşturmak için teorik

bir modelin sistematik kullanımı.” olarak tanımlanır (United States Association for Play Therapy, t.y.).

Kanada Oyun Terapisi Derneğine göre ise “Oyun terapisi, 3-12 yaş arasındaki çocuklara yardımcı olmak için özel olarak geliştirilmiş bir psikoterapötik tedavi yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda oyun terapisti olarak adlandırılan eğitilmiş bir ruh sağlığı uzmanı, oyunun terapötik kullanımını yardımıyla sorunları keşfetmek ve çözmek için çocukla birlikte çalışır. Çocuk ve terapist, çocuğun duygularını güvenli şekilde ifade etmesini teşvik eden ve sağlıklı davranış gelişimini destekleyen özel olarak seçilmiş oyuncaklarla donatılmış oyun odası adı verilen bir danışma alanında beraber çalışırlar” (Eugster, t.y.).

Avustralya Oyun Terapistleri Derneği, oyun terapisini, çocukların duygularını ifade etmelerine ve duygusal sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmanın bir yolu olarak tanımlar. Hem terapist hem de danışanın kendilerini hem memnun eden hem de rahatsız eden şeyleri özgürce ve doğal olarak ifade edebildiği güvenli bir ilişki kurulduğunda oyun terapisi başarılı sayılır (Australian Play Therapists Association, 2021).

İngiltere Oyun Terapistleri Derneği de benzer şekilde oyun terapisini “Oyunu temel iletişim aracı olarak kullanarak, çocukların duygularını ifade edebilmelerine ve duygusal sorunlarıyla başa çıkabilmelerine yardımcı olmanın bir yoludur.” olarak tanımlamakta ve oyun terapisini teşvik ederek duygusal ve davranışsal sorunlar yaşayan çocukların, genç ve yetişkinlerin ihtiyaçlarını gidermenin ve kamu yararı için oyun terapisi uygulamasında yüksek standartları teşvik etmenin önemi üzerinde durmaktadır (British Association of Play Therapists, t.y.a).

Oyun terapisi, danışmanın çocukların dili olan oyunu kullanarak danışanlarla iletişim kurmak için oyuncaklar, sanat malzemeleri, oyunlar ve diğer oyun araçlarını kullandığı küçük çocuklara rehberlik etme yaklaşımıdır. 12 yaşın altındaki çocukların birçoğunun danışma seansına gelme, oturma ve terapistle sorunlarını anlatmak için sözlü olarak kendini ifade etme becerilerinin sınırlı olması ya da bu becerilerden yoksun olmaları tedaviden yararlanmalarının önüne geçmektedir. Bu nedenle çocuklarla yapılacak çalışmalarda oyun terapisi

kullanmak çocukların terapistle iletişim kurmak için oyuncaklar, sanat, hikayeler ve diğer eğlenceli araçları kullanmasını ve kendini bu yollarla anlatabilmesini mümkün kılmaktadır (Kottman, 2011).

B. Oyun Terapisinin Tarihsel Arka Planı

Psikanalizin ortaya çıkışıyla yapılan gözlemler, çocukların ilk yıllarda hem cinsel çekim hem de endişe ve hayal kırıklığı yaşadıklarını ve bunların hepsinin çocuklar üzerinde bir iz bıraktığını göstermiştir (Klein, 2015: 19). Freud (1982), Psikanalitik teorisini oluştururken çocuksu ve çocuk gelişimini tartışmış ve oyunun çocuklarda üç ana işlevi olduğunu bildirmiştir. (Teber, 2015: 6) İlk olarak, çocuğun kendini ifade etmesini arttırın. İkinci olarak arzu elden şeylere ulaşılması, üçüncü ise travmatik deneyimlerle mücadeledir.

İlk olarak oyun terapisi Sigmund Freud'un Küçük Hans analizi ile başlamaktadır. Bu analizle psikaanalitik tekniklerin küçüklere de tatbik edilebileceği gözlemlenmiştir. Yapılan araştırmalarla bu sahada iki metot daha kendini göstermiştir. Birincisi Anna Freud, diğeri ise Melanie Klein'dır. Anna Freud'un yönteminde, gizil dönemde çocuğun kendisinin ve çocuğun analizine odaklanarak, analitik işlemenin çocuk için uygun olmayacağını savunmuştur. (Klein, 2015: 21) Melanie Klein, tekniğinde analizin çocukları güçlendirdiğini ve analiz yardımıyla bile bir çocukta üst benliğin ağırlığını azaltmanın zor olduğunu gözlemlemiştir.

Rousseau (1712-1778), Emile adlı kitabında çocuk yetiştirme sorununu detaylandırmış ve çocuğa toplumda var olandan tamamen değişik bir bakıştan ele almıştır. Çocuğun yetişkinden ayrı özelliklere ve ihtiyaçlara sahip olduğunu vurguladı; Böyle bir ihtiyacın çocukların oynaması olduğunu belirtti. Yetişkinin bu gereksinime hudut getirmemesi gerekliliğini açıkladı (Rousseau, 2009). 1700'lerdeki bu gelişmelere karşın, oyun 1900'lerin başlarına değin terapötik bir araç olarak ele alınmamıştır (Bratton ve ark., 2005). Oyunla ve çocukla çalışmalarda her birçok konuda öncü olan elbette yine Freud'tur.

Freud (1909), Küçük Hans'ın çalışmasıyla terapötik pratikte terapötik oyunu kullanan ilk kişiydi. Daha yakın zamanlarda, Hermine Hug-Helmut'un (1921) çalışmaları terapide oyun terapisinin kullanımına eşlik etmiştir. Terapide oyunun

kullanımı Melanie Klein tarafından sürdürülmüştür. Klein (1955), oyun sırasında bilinçsiz materyalin zihindeki görünümüne odaklanmış ve psikanalitik bir okulda oyun kullanmıştır. Anna Freud (1946), Psikanalitik bir okulda oyunu kullanan ve Çocuk Psikanalizinin gelişimini etkileyen başka bir terapisttir (Nash & Schaefer, 2017: 4). Babasından gelen mirası taşımaktadır.

Psikanalitik okulda kullanılan oyundan sonra, David Levy (1938) bir Serbest Bırakma Terapisi Tekniği geliştirdi. Bu teknikte çocuk önce özgürce oynar ve sonra terapist çocukla oynar ve çocuğun travmasını oyuncaklarla tasvir eder. David Lembridge (1955), Levy'nin çalışmalarını "Yapılandırılmış Oyun Terapisi" başlığına genişletti. Bu yaklaşımla, bir çocuğun kaygı yaşadığı durumlar oyun yoluyla tasvir edilir ve çocuğun kaygısını kontrol etmeyi amaçlar.

Psikanalitik Yaklaşım ve Yapılandırılmış Oyun Yaklaşımları sonrası İlişkiyi Temel Alan Bir Oyun Yaklaşımı kendini gösterdi. Jesse Taft ve Frederick Allen, çocuk ve terapist arasındaki ilişkinin bu yaklaşımda iyileştirici olan şey olduğunu vurgulamıştır (Landreth, 2011). Bu gelişmeler sonrası savaştan zarar gören çocuklardan etkilenen ve bu çocuklar gibi tutum ve davranışları bulunan sorunlu çocuklara yönelik bir klinik hayata geçiren Margaret Lowenfeld, tedavilerinde kum ve minyatür oyuncaklar kullanmıştır. Bu tekniğe Dünya Teknolojisi denir (Lowenfeld, 1993). Bu teknikte, çocuklar küçük minyatür koleksiyonundan oyuncaklarla bir kum tepsisinde çalışırlar. Daha sonra Jungien, Analist Calf (2003) Lowenfeld'in çalışmalarından etkilendi ve Kum Tepsisi üzerindeki çalışmaları genişletti. Bu yöntem daha sonra "Kum Oyunu" olarak adlandırıldı (Homeyer & Sweeney, 2020: 30). Terapilerde kum oyununun da iyileştirici gücü fark edildi.

Oyun terapisiyle alakalı gelişmede önemli katkıları olan isimler arasında Virginia Axline' da var. Axline, oyun terapisine yönelik çocuğu merkeze alan bir anlayış getirmiştir. Bu yaklaşımı değiştirmek için şartsız kabul, empati ve samimiyetin önemini vurguladı (Axline, 2019). Axline, oyunun çocuklar açısından doğal olarak kendini dış dünyaya anlatma vasıtası olarak değerlendirmiş ve çocuğun problemlerini oyun yoluyla çözme yeteneğine sahip olduklarını vurgulamıştır. Bu açıdan yaptığı araştırmalar sonucunda oyun terapisi psikoterapötik bir tedavi olarak görülmeye başlanmıştır. Chaim Ginott, Clarke Mustakas, Louise Gurney ve Harry Landraet, çalışmalarına dayanarak Axline'in

genişlemesinde ve gelişmesinde etkili olmuştur (Bratton ve ark., 2005). Bu çalışmalar günümüzde Çocuk Merkezli Oyun Terapisi olarak isimlendirilmekte ve uygulama alanına sokulmaktadır (Landreth, 2011). Oyun terapisinin tarihsel gelişimine bakıldığında, psikanalitik teori ile birlikte kullanılmaya başlanan terapötik oyunun çeşitlendiğini, farklı oyun terapisi türlerine doğru genişlediğini görülmektedir.

C. Türkiye’de Oyun Terapisi

Oyun terapisi dünyada 1930'larda ilk olarak kendini göstermiş ve kuramsallaşmışsa da Türkiye'de terapi yöntemi olarak uygulamaya başlaması yakın bir tarihte olmuştur. Türkiye’de refah seviyesinin yükselişe geçmesi, halkın satın alma gücünün artması ve terapi beklentilerinin değişmesi ile birlikte psikoterapi 2000'li yıllarda yaygınlık gösterme evresine girmiştir. Bu tarihlerde çocuk sahasında uzman olan terapistler çok az sayıda olması sebebiyle çocuğun psikolojik tedavi sürecinde aile dinamikleri ve ilişkiler öncelikliydi ve kararlar ebeveynler aracılığıyla psikoeğitim ile alınıyordu. Türkiye’de terapi alanlarının sınırlı olması ve oyun terapisi alanında sınırlı eğitim veya araştırma bu alanın gelişimini sınırlamıştır.

Türkiye’de oyun terapisine ayrılan ilk kaynak, Hans Zülliger'in Bozak Yayınları tarafından yayınlanan "Çocukları Oyun Yardımı ile Tedavi Etmek" adlı kitabıdır (Zülliger, 2005). Berka Özdoğan'ın kaleme aldığı ve 1988 yılında basılan "Çocuklar ve Oyun: Oyunla Bir Çocuğa Yardım" kitabı, Türkiye’de oyun terapisi konusunda en geniş içeriğe sahip ilk kitap olarak bilinmektedir (Özdoğan, 2009). Elbette yazılı ve basılı çalışmalara devam edilmiştir.

Bu alanda yazılan ikinci kitap ise İsmail Ersevîm'in 2009 yılında yayınlanan ‘‘Oyun ve Oyun Tedavisi’’ dir. Kitabın içeriğinde Ersevîm, bir çocuğun zihinsel ve davranışsal sorunlarına oyun yoluyla nasıl müdahale edileceği konusunda bilgi vermiştir (Ersevîm, 2009). Garry Landrett'in Türkiye'de sıklıkla kullanılan "Oyun Terapisi İlişki Sanatı" adlı kitabı, 2011 yılında Altın Kalem Yayınları tarafından çevrilmiştir (Landreth, 2011). 2013 yılı başlarında Charles Schaefer'in "Oyun Terapisinin Temelleri" adlı kitabı, içerik bakımından oldukça zengin olan ve akademik alanda da kullanılabilen Türkiye’de yayınlanmıştır. 2014 yılında ise Theraplay'in tüm özellikleri ve terapötik modelleri üzerine bir kitabın çevirisi

Türkiye’de yayınlanmıştır (Booth ve Jernberg, 2014). Hem Türkçe yazılı hem de çevirili farklı kaynaklar psikoloji dünyasına kazandırılmıştır.

Almanya’da oyunun çocuklardaki pozitif etkisi ve tedavi edici gücü konusunda eğitim alan Berka Özdoğan, öğretmen olarak çalıştığı Ankara Üniversitesi’nde "Çocuk ve Oyun" adlı kurslar vermeye başladı. Bu dersler, Türkiye’de oyunun bir çocuğun hayatındaki önemini ortaya koyan ilk dersler olarak bilinir. Özdoğan’ın verdiği bu ders 10 yılın sonunda daha da geliştirilmiş ve 2000’li yıllarda "Oyunla Bir Çocuğa Yardım Etmek" adlı doktora programında seçmeli dersler arasında yerini almıştır (Teber, 2015). Zamanla üniversitelerde de oyunun iyileştirici olmasıyla ilgili dersler konulmaya devam etmiştir.

Türkiye’de oyun terapisiyle alakalı ilk dersler 2005 senesinde Reyhana Seedat tarafından başlanmıştır. Sonrası aynı senelerde Ferhunde Öktem ve Bahar Gökler bu alanda eğitimler verdiler. 2010’lu senelerde yabancı öğretmenler Türkiye’yi sıklıkla ziyaret etmiş ve bu sahada çeşitli oyun terapisi yöntemlerini ihtiva eden dersler verilmeye başlanmıştır. Byron Norton Deneyimsel Oyun Terapisi üzerine eğitimler düzenlerken, Reyhana Seedat da Gelişimsel Oyun Terapisi, Dışavurumcu Oyun Terapisi, özellikle çocuk oyun terapisi gibi kapsamlı eğitim programlarıyla birçok Türk oyun terapistinin eğitimine katkıda bulundu. Diğer eğitimlere göre daha çok bağlanma temelli olan Theraplay eğitimi ilk olarak 2012 yılında başlatılmıştır (Teber, 2015). 2017 yılından sonra eğitimi düzenleyen merkezler, oyun terapistlerinin bu alanda yetişmesine ve Türkiye’de bu alanda farkındalığın artırılmasına katkı sağlayarak, çeşitli terapi okulları ve ileri oyun terapisi yöntemleri de dahil olmak üzere birçok eğitim ve öğretmeni Türkiye’ye davet etti.

Ferhunde Öktem, Bahar Gökler, İsmail Ersevîm, bu alanın gelişimine öncülük etmiş ve katkıda bulunmuş öncü uzmanlardır. Öktem, uzun yıllardır yönlendirmesiz oyun terapisi yöntemini hem klinik alanda uygulamakta hem de bu sahada kayda değer eğitimler yürütmektedir. Uzmanlar Filiz Çetin, Birgül Emiroğlu, Elif Göcek, araştırmalarında hem oyun terapisi okullarını sıklıkla kullanmışlar ve çocuklarla sınıflarda ve bu alanda yeni terapistler yetiştirmek için eğitimler düzenlemiştir.

Türkiye’de Oyun Terapisi Derneği 2012 senesinde hayata geçirilmiştir. 2014 ve 2015 senelerinde Oyun ve Oyuncak Kongreleri yapılmıştır. Türkiye için icra edilen bu çalışmaları değerlendirirken oyun terapisinin yaygınlaşmasının 2010’lu yıllarda gerçekleştiğini söyleyebiliriz. Öncelikle yurt dışında oyun terapisi eğitimi almış uzmanlar bu yaklaşımların etkinliğini test etmiş, ülkemiz kliniklerinde uygulamış, daha sonra deneyimli uzman eğitmenler büyük kuruluşlar eşliğinde Türkiye’ye davet edilmiş, oyun terapisi okulunun gelişmesi ve yeni pratisyen doktorların yetiştirilmesi sağlanmıştır (Teber, 2015).

D. Oyun Terapisinde Temalar

Çocuklar oyunu kendi dünyalarının ifadesinde bir tür dil olarak kullanırlar. Oyun bir dil işlevi görmeye başladığında dünyayı algılamanın yanı sıra başa çıkma aracı haline de gelecektir. Çocukların yaşadıkları şeyleri anlatmak için kullandıkları biçimler oyun terapisi açısından tema olarak tanımlanır. Temalar, aynı zamanda o dile yüklenen anlamlardır (Ray, 2019). Temalar oyunda çocuğun iç dünyasını anlamayı sağlar. Birçok farklı anlamları olabilir ve çocuğa özeldir.

Oyun esnasında birçok farklı tema ortaya çıkabilir ama her tema ruh sağlığı ile ilgili değildir. Bazı oyunlar gelişim görevi olarak da ortaya çıkabilir (Landreth, 2011). Ayrıca çocuğun ortaya koyduğu temalar aileden bağımsız değildir. En temelde çekirdek aileden topluma kadar iç içe geçmiş pek çok bağlamın temalarda yansımaları görülmektedir. Bu bağlamda oyunların bütüncül perspektiften değerlendirilmesi önemlidir (Bronfenbrenner, 1979). Anne, baba, kardeşler, arkadaşlar, büyük ebeveynler, okul ve diğer sosyal alanları kültürü, değerleri, kişisel ve toplumsal geçmişi bir arada değerlendirmek gerekir.

Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde terapist, kendi becerilerini etkin olarak kullanabildiği takdirde çoğu zaman temaların derinleşmemesi ciddi sorun yaratmaz. Özü gereği ilişkinin iyileştirici yönüne odaklanan Çocuk Merkezli Oyun Terapisi, seansın doğasındaki güven ve kabul ortamıyla kendi sağaltım sürecine katkıda bulunur (VanFleet ve ark., 2018). Temaların varlığı sürecin terapist tarafından etkin anlaşılmasını sağlar bunun da bazı ipuçları vardır.

Temaların fark edilmesinde üç temel özellik dikkat çeker. İlk özellik olan tekrarlama, seans boyunca çocuğun farklı oyuncak ya da nesnelere benzer

oyunları oynamasıyla ortaya çıkar. Diğer özellik olan yoğunluk ise çocuğun belirli oyunlara daha yoğun enerji vermesi olarak gözlemlenir. Bu bazen çok hareketlilikle kendini gösterebildiği gibi bazen de sessizlikle gözlemlenebilir. Yoğunluk aynı zamanda çocuğun belirli bir soruna odaklandığını da gösterir. Üçüncü özellik bağlamdır. Çocuk hakkında sahip olunan bilgiler (gelişim düzeyi, yaşadığı olaylar gibi) oyunu anlamayı kolaylaştırır (Ray, 2019).

Yaygın Oyun Temaları:

Agresyon

Arzular ve dilekler

Bağlanma

Bakım verme

Dayanıklılık

Gelişimsel görevler ile ilgili yetkinlik kazanma

Güç ve kontrol

İyiye karşı kötü

Kazanma ve kaybetme

Keyif, üzüntü, kızgınlık ya da korku gibi farklı duygular

Kimlik

Korku ve kaygı ile ilgili yetkinlik kazanma

Kültürel semboller, gelenekler, ritüeller

Onarma

Problem çözme

Regresyon

Sınırlar

Süreklilik

Tehlike ve tehdit

Travmanın yeniden deneyimlenmesi ve başa çıkma yöntemleriyle ilgili yetkinlik kazanma

Uzmanlık

Yas ve kayıp

Mükemmeliyetçilik (VanFleet ve ark., 2018; Ray, 2019).

E. Oyun Terapisinin Süreç ve Aşamaları

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi seansları sıklıkla haftada bir kez ortalama olarak 30-45 dakika olarak planlanır ve genel olarak ısınma, agresif, regresif ve yeterlik olmak üzere dört aşamadan oluşur.

Isınma Aşaması; Terapinin başında ilişkinin inşa edilmeye başladığı dönemdir. Agresif aşama; çocuk seansın kendisi için tehdit edici olmadığını fark ettikçe rahatlar ve davranışları boyut değiştirir. Bu aşama aynı zamanda yaşanan sorunların arttığı da bir dönemdir. Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde sınır koymayı gerektirecek bir durum gerçekleşmediği sürece çocuk bütün güç duyguları deneyimlemesi için alan tanınır. Bu alan aynı zamanda gelişimin bir parçasıdır. Regresif aşama; çocuğun agresif davranışları azalmaya başladıkça bebeksi davranışlar ya da bakım verme temaları gibi regresif temalar ortaya çıkabilir. Regresif temaların ortadan kalkmasıyla çocuğun kendisini yeterli hissettiği yeterlilik aşaması ortaya çıkar (VanFleet ve ark., 2018).

Oyun terapisindeki değişimin analizi konusunda Rogers (1961) 7 aşamalı kişilik değişim sürecinden yararlanılmaktadır. Bu terapötik değişim:

1. Aşama: Terapist ve oyun odasıyla yeni karşılaşan çocuk dirençlidir. Ailesinden ayrılmayı ya da oyun oynamayı istemeyebilir. Agresyonunu ifade etmenin bir biçimi olarak terapist ya da kendine yönelik birçok davranış sergileyebilir.

2. Aşama: Birinci aşamaya göre çocuk daha uyumludur. Ortama dair merakını gidermek için keşfetmeye yönelik oyunları deneyimler. Bu aşamada oyunları gündelik hayatta gördüğü filmler ya da video oyunlarının yansımasıdır.

3. Aşama: Dış dünyadan kopyalanan oyunlar yerine terapistle belirli bir mesafeyi koruyarak anlamlı oyunlar oynamaya başlar. Bu aşamada çocuk kendini daha güvenli hissetse de bu güvenlik hissi ara sıra dağılabilir.

4. Aşama: Her seansın belli bir diliminde odaklanarak anlamlı oyunları oynamaya başlar. Sözel ifadelerinde duygu içerikleri olabilir. Terapistle kurulan ilişkinin derinliğine göre daha fazla kendini açabilir.

5. Aşama: Çocuk oyun esnasındaki duygularını sıklıkla açıkça paylaşır. Oyunlarda kendini idare etmeye yönelik temalardan ziyade kendini ifade etmek ve geliştirmekle ilgili temalar görünmeye başlar. Kendine dair algısı değiştikçe daha çok sorumluluk almaya başlar. Sınırları kavradığı ve kendini kontrol edebildiği bir aşamadır.

6. Aşama: Çocuk koşulsuz saygıyı deneyimledikten sonra uyumlanarak başkalarına koşulsuz saygı göstermeye başlar. Yetişkinlere yönelik daha az talepkâr davranır ve sabır düzeyi de artar.

7. Aşama: Çocuk kendini gerçekleştirmiş ve gelişim düzeyine uygun biçimde empati ve koşulsuz olumlu saygı gösteren birey haline dönüşür.

Oyun terapisi seanslarında ilk defa olan her şey önemlidir ve genelde bu değişimler iyileşmenin temsilcisidir. Çocuğun yeni bir oyunu oynamaya başlaması değişimi gösteren bir işaretçidir. Diğer önemli sinyal ise sıklıkla oynadığı oyun temalarının değişmesidir (Landreth, 2011). Süreçte oyunlarla birlikte temaların da değişimi oyun terapisinin işe yaradığını çocuğun gelme nedeni olan sorunun çözümüyle ilgili işaret olduğunu gösterir.

F. Oyun Terapisi Çeşitleri

1. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi (ÇMOT)

Çocuk Oyun Terapisi (CCPT), Carl Rogers'ın Danışan Merkezli Yaklaşımına dayanarak 1940'larda Virginia Axline tarafından oyun terapisine uyarlanması yapılmıştır (Landreth, 2011). Çocuk oyun terapisinin yönlendiren bir yönü yoktur (VanFleet ve ark., 2018). Landreth (2011) bu yaklaşımda çocukla olan ilişkinin doğasını araştırır; "Çocuklar için bir şeyler yapmak yerine, bu bir tutum, bir felsefe ve çocuklarla birlikte olmanın bir yoludur". Bu yaklaşımla, çocuğa kendi yetenekleri emanet edilir ve oyun odasında sunulan kabul ve kapsayıcılık ile çocuk, eşlik eden bir terapistle süreçten geçer. Oyun odasının kendisinde kurulan terapist ve çocuk arasındaki ilişki tedavi edici olarak

değerlendirilir. Axline (2019: 99), Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde izlenmesi gerekli olan sekiz ana kaideyi listeler:

- a. Terapistler, çocuk ile en kısa zaman zarfında bir birlik oluşturmak için çocukla samimi ve dostane bir ilişkiyi sergilemelidir.
- b. Terapistler çocukları doğal halleriyle kabul eder.
- c. Terapistler ilişkilerde güven ve müsamaha hissettirir, böylece çocuklar hislerini dışı vurmakta tamamıyla özgür hissedebilir.
- d. Terapistler, çocukları yansıttığı hisleri tanımaya her zaman özen gösterir ve bu duyguları çocuğa davranışı hakkında fikir edinebileceği şekilde yansıtır.
- e. Terapistler, olanak sağlandığında çocukların problemlerini kendilerinin çözme kabiliyetine saygı gösterir. Karar vermek ve değişimi başlatmak çocuğun sorumluluğundadır.
- f. Terapist çocuğun hareketlerini ve konuşmasını hiçbir şekilde yönlendirmeye çalışmaz. Çocuk liderlik eder, terapist onu takip eder.
- g. Terapistler terapiyi hızlandırma yoluna gitmezler. Bu tedrici bir durumdur ve bunu bilirler.
- h. Terapistler, terapiyi dış dünyanın realitesine dayandırmak ve çocukların ilişki kurmadaki sorumluluklarının farkına varması için hudutlar ortaya koyarlar.

Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde, terapist çocuğun kendisine odaklanır. Tanı, semptomlar ve probleme odaklanmaz. ÇMOT seansları sırasında terapist, çocuğun sürecine eşlik eder, yansıtarak, gerektiğinde sınırlar koyarak ve koşulsuz olumlu saygı ve empatik anlayışla eşlik eder. ÇMOT yaklaşımının temel inançlarından biri, çocuğun destekleyici bir çevre ile gelişmeye başlayacağıdır (Ray & Landreth, 2017; Sweeney & Landreth, 2017). Terapist çocuğa olan duygularını yansıttıkça, çocuğun farkındalığı artar ve büyüme iyileşmeye doğru ilerler (Landreth, 2011). Çocuk Merkezli Oyun Terapisi, çocuğu soruna odaklanarak değiştirilmesi gereken özelliklere sahip bir kişi olarak görmediğinden, terapi hedefleri kavramı bir noktada terapi teorisinin felsefesiyle

bağdaşmaz (Sweeney & Landreth, 2017). Landreth (2011) daha genel terapötik hedefleri şu şekilde açıklamıştır:

Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin amaçları, bir çocuğa aşağıdakilerle yardımcı olmaktır:

1. Pozitif bir benlik saygısı geliştirmek
2. Çocuğun kendi mesuliyetinin daha fazla ayırđına varmasını sağlamak
3. Kendi kendini yönetmede ivme kazandırmak
4. Daha fazla kendini kabul eden ol
5. Davranışlarda bağımsızlık duygusunu geliştirmek
6. Kendi kendine çözüm
7. Kontrol duygusu yaşamak
8. Zorlukların üstesinden gelme sürecine duyarlı olun
9. Çocuğun kendini kabul etmesini sağlamak
10. Daha fazla özgüven (s. 71).

Anksiyete, ayrılıklar, dikkatte eksiklik, hiperaktiflik, gelişimle alakalı rahatsızlıklar, bağlanma sorunları, travma sonrası stres bozukluğu, mükemmeliyetçilik, tıbbi durumlar, ergen sorunları, akut travma ve karşıt görüşlü meydan okuma bozukluğu gibi durumlar için çocukluk çağı oyun terapisi bir müdahale olarak tercih edilmektedir. Terapi sırasında kullanılan refleksif tepkiler çocuğun benlik saygısını güçlendirir ve duygularını ifade etmesine ve tanımlamasına yardımcı olur. Böylece çocuğun zorluklarla başa çıkma yeteneği, sorunun neden olduğu doğrudan ve dolaylı olumsuz sonuçlara karşı artar. Çocuk bu terapi sürecini 4 aşamada gerçekleştirir: ısınma aşaması, agresif aşama, gerici aşama ve beceri aşaması. Terapist terapinin aşamalarını izler ve bırakma için uygun bir zaman planlar (VanFleet ve ark., 2018).

Çocuğu merkez alan terapide sınırlar önem arz eden unsurlardandır. Çocuğun terapi odasında sınırsız olarak arzu ettiklerini sergilemelerine müsaade yoktur. Bu amaçla, oyuncaklar, terapistler veya kendine zarar veren davranışlar gibi durumlarda uygun cümleler ve kısıtlamalar getirilir. Kısıtlamalar, çocukların

günlük yaşama uyum sağlama yeteneklerini artırır, çünkü yaşamın kendisinde uyulması gereken kurallar ve kısıtlamalar vardır.

a. ÇMOT'ta Oyuncak Seçimi

Oyunun terapilerde kullanıldığı ilk zamanlardan günümüze kadar oyuncaklar seanslarda kendine yer bulmuştur. Farklı oyun malzemeleri ve oyuncak çeşitliliği çocuğun farklı oyunlar yaratabilmesini ve bazı duygularını ifade edebilmesini kolaylaştırmaktadır. Oyun odası sadece eğlence amaçlı değil, terapötik amaca uygun olmalıdır. Bu yüzden oyuncakların seçimi ayrı önem arz etmektedir.

Seçilen oyuncaklar sembolik anlama sahip olup çocuğun kendini ifade etmesini sağlayacak, engellenmelerini ortadan kaldırıp daha bireysel kontrol kazandıracak ve kendini ifade edebilmesine yardımcı olacak oyuncaklar olmalıdır. Bu durumun yanında oyuncaklar sade, kırılmayacak, basit, mekanik oyuncaklar seçilmesi çocuğun sağlığı açısından daha uygundur. (Yıldız, 2015). Gerçek hayattaki nesnelerin oyuncaklar versiyonlarının oyun aracılığıyla iyileştirdiği gibi süreklilik açısından sağlamlık ve ulaşılabilir açısından niteliği ve niceliği de önemlidir.

Yönlendirici Olmayan Oyun Terapisinde oyun odasında bu oyuncakların bulunması uygundur:

- Savaşçılar (Robotlar, Askerler, Polisler, Savaşçı eşyaları)
- Peluşlar (Hayvanlar)
- Yaratıcı malzemeler (Oyun hamuru, Kil, Toprak, Kum havuzu)
- Bebekler (Bez Bebekler, Elbiseler)
- Oyun evi (Ev Mutfak Cihazları, Bulaşıklar)
- Araçlar (Otomobil, Kamyon, Uçak)
- Sanatsal malzemeler (Boyalar, Keskin Olmayan Maket Makas)
- 2 adet telefon (Koçkaya, 2016)

Oyun odası için oyuncak çantası, buradaki oyuncaklar taşınabilir ve çocuğun kendini ifade etmesini kolay kılacak oyuncaklar olmalıdır:

b. Hacı yatmaz

- Maske
- Asker
- Bebek evi
- Kaşık
- Stres topu
- Kör ya da plastik makas
- Plastik bıçak
- Oyun hamuru
- Hedef/Plastik tabanca
- Kelepçe
- Plastik bulaşık
- Taşıtlar
- Mücevher
- Abeslang
- Telefon
- Agresif kukla (Axline,2019)

c. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi İlkeleri

ÇMOT süreçlerine kılavuzluk yapan Axline'in çalışmalarıyla tertip edilen 8 kaide vardır. Öncelikli olarak ifade edilmesi gereken kaide, terapistlerin çocuklarla samimi ve dostane bir ilişki içerisinde olması gerçeğine dayanır. Bu ilişkinin sürekliliği, başka bir kaide olan çocukları doğal şekliyle kabul etmek ve diğer bir kaide olan özgürlükçü bir ambiyansı ortaya koymaktır.

Bir diğer önemli ilke ise özgür bir çalışma ortamında olan ve hisleri doğuştan gelen özellikleriyle kabul edilen bir çocuğun duygularının terapist tarafından çocuğa anlayış edindirecek biçimde ifade edilmesidir. Bunu yaparken, terapist çocuğun kendi sorunlarını çözme yeteneğine sahip olduğu ilkesine saygı

duyar ve çocuğun yeteneklerine saygı duyar. Çocuk farkında olmadan ona yardım teklif eder. Çocukların yöntemine saygı gösteren terapistler, ona rehberlik etmeye uğraşmaz ve bunun tedrici bir çözüme kavuşturmanın bir evresi olduğunun bilincindedirler. Sınırlar ilkesi, çocuğa tanınan bu hakları kullanan çocuğun gerçek bir bağlantı kuracağı şekilde uygulanmalıdır (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2018; Ryan ve Wilson, 2016; McMahon, 1992). ÇMOT Axline ilkeleri süreçte çocuğun iyileşmesini ve terapistin etkin olmasını sağlar. Aslında süreç bu kaidelerle ilerler.

d. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi Temel Becerileri

Terapistin kullanması gerekli olan bu kabiliyetler, çocukların terapötik ilişkide bulunmasına kolaylık sağlar. Bu kabiliyetler: yapılandırma becerileri, hayali oyunlara katılma yeteneği, empatik dinleme yeteneği ve sınır koyma becerisidir (Özdoğan, 1988; Çetin, 2013).

Yapılandırma Becerileri:

Bu becerilerle, çocuğun, oyunun genel kalıplarını ve haricinde bulunan çevreden farkını anlamasını sağlar. Bu da çocukların sürprizle yüz yüze gelmesini karşılaşmasını engelleyerek güvenli bir ortam yaratır. Öncelikli olarak terapistler çocuklara "Burası özel bir oyun odası. Burada ne istersen yapabilirsin. Yapmaman gereken bir şey varsa, sana söyleyeceğim." Çocukların tuvalete ihtiyacı varsa bir kez müsaade edilir. Geri döndüğünde oyuna yeniden başlanır. Oyunu sonlandırmak için terapistler, bitimden beş dakika önce, "Özel oyun seansımız 5 dakika sonra tamamlanacaktır." diyor. Çocuğu uyarır. Ardından, 1 dakika kaldığında, uyarılar tekrar edilir. Seans sonlandığında terapist "Özel oyun süremiz bitti" diyerek terapiye son verir (Çetin, 2013; VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2018). Çocuğun oynayarak iyileştiği aslında çocuğun oyun oynamayı bildiği bir süreçtir. Ancak, oda, oyuncaklar, ilişki, terapist, zaman ve mekân gibi faktörler özel olduğu için yapılandırmadan çocuğun haberi olması gerekir.

Empatik Dinleme Becerileri:

Bu, terapistin sorular yöneltmeden veya yargılamadan çocuğun oyunundaki duyguları yansıtma yeteneğidir. Bu beceriyle terapistler çocuklara davranış ve duygularını kabul ettiğini gösterir. Çocuklara oyun esnasında ne yaptığı ve nasıl hissettiği anlatılır. Söylediklerine çocuk tarafından itiraz olursa, o zaman

söylediği yol doğru olarak değerlendirilir. Terapist seansa katıyen kendi düşünce ve duygularını getirmez, sorular yönelterek çocuğa rehberlik etmez, tavsiye, öneri, öneri, övgü veya eleştiri vermez. Bir çocuğun sözlü ve sözsüz davranışlarını yansıtarak, kendi duygularını tanımlamasına yardımcı olur. Bir çocuk öfkeyle dövüyorsa "Şu anda çok kızgınsın" demek ve çocuğun bir konuyu sorup sormadığı sorusuna cevap vermeden önce "Bu soruyu sordun" demek empatik dinleme becerilerine misal verilebilir (Çetin; 2013; Ryan and Wilson, 2016). Orada yalnız olmadığını çocuğun duygu ve davranışlarına açık olduğunu gösteren bir dinleme ile yaklaşır terapist çocuğa.

Hayali Bir Oyuna Girme Yeteneği:

Bu, bir çocuğun hayali bir oyun kurduğu ve bir terapist tarafından davet olduğu hallerde kullanılan bir kabiliyettir. Terapist icra etmesi gereken rolleri kabul eder ve çocuktan gelen istek doğrultusunda destekte bulunur. Çocuğun anlayabileceği şekilde yansıtılması gereken duyguları yansıtır (Çetin, 2013).

Terapist oyun oynarken empatik olarak dinlemez, rol ihtiyacının ötesine geçmez, rolü çocuktan bilgi almak için kullanmaz. Empatik dinlemeye geri dönmek için çocuğun tek başına oynamaya geri dönmesi beklenmektedir (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2018). Terapist hayali oyuna çocuk davet ettiğinde yani ihtiyaç halinde dahil olur. Oyunu çocuk yönlendirdiği için terapist çocuğun verdiği görevleri yapar.

Sınır Koyma Yeteneği:

Çocuk Merkezli Oyunda terapist hudutları en aza indirir. Sınırlar, bir çocuk kendisine, terapistine ya da kullandığı materyallere zararı dokunduğunda belirlenir. Sınır açık ve net bir şekilde belirlenir. İkincisi çocuk saati ihlal ederse, bir dahaki seferki oturum da sona erer (Çetin; 2013). Üçüncüsü oyun süresi sona erdiğinde odadan çıkmak istemeyen çocuklar için oyunun bittiği mesajı ile kısıtlamalar belirlenir. (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2018). Sınırlar terapide ihtiyaç halinde devreye girer. Terapiste, kendine, oyunculara zarar vermek yoktur. Süre sınırlıdır. Hatırlatmalar ve kısıtlamalarla çocuğa bildirilir.

e. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi Oda Düzeni

Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin temel amaçlarından biri, çocuklara ruhen güven ve rahatlık hissi veren bir ortamı sağlamak olduğundan, çocuğun kolayca

erişebilmesi için odaya oyuncaklar yerleştirilir. Oyuncaklar her seansın başında aynı yerdedir (Çetin; 2013). Terapist odanın düzenlenmesinden ve temizlenmesinden sorumludur. Bir çocuk bir oyun seansı sırasında isterse odayı toplayabilir (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2018). Oda düzeni her çocuk için sabittir. Süre tamamlandığında çocuğun düzenle ilgili sorumluluğu yoktur.

f. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi Temaları

Her çocuk kendi benzersiz temalarını sunar. Terapistin çocuğu kendi başına değerlendirmesi önemli olsa da görünür olan bazı ortak temalar vardır. VanFleet, Sywulak ve Sniscak (2018) altındaki bazı yaygın oyun temaları şunlardır:

- Güç ve Kontrol
- Saldırganlık
- Zevk, üzüntü, öfke ve korku gibi çeşitli duygular
- İyi ve kötü
- Kazanmak ve kaybetmek
- Geliştirme görevlerinde yetkinlik kazanma
- Korku ve kaygı ile ilgili yetkinlik kazanma
- Resüsitasyon ve travma yönetiminde yetkinlik kazanma
- Kimlik
- Muhit
- Yukarı ve Alarm
- İçerik
- Gerileme
- Birleştirmek
- Tehlike / tehdit genel manada güvenlik / kurtarma / korumayla ilişkilendirilir
- Uzun ömürlülük
- Mütamadilik

- Sorunları giderme
- Kültür sembolleri, ritüel ve gelenekler
- Dilekler

Çocuğun oturum sırasında çocuğun oyunundaki temaları yapmak için kullandığı sinyaller vardır. Bu sinyaller, bir çocuğun belirli bir oyunu birden fazla kez tekrarlaması, benzer oyunları farklı oyuncaklarla oynaması, konsantre olması ve odaklanma, oyun oynanırken farklı oturumlarda aynı olması, oyun sırasında ani değişiklikler, oyunun bir önceki oturumda durduğu yerden devam etmesidir (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2018).

g. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi  geleri

- *Çocuk*

Çocuk oyun terapisi, çocuğa uygun koşullar sağlandığında, çocuğun entelektüel esnekliği ile kendini gerçekleştirme yeteneğine yüksek bir inanca sahiptir. Bir ocuk kendisini bir bilgi kaynağı olarak g rebildiğinde, başarılı olmak için motive olabilir (Landreth, 2011). Çocukların sürecini başlatanlar genelde anne babadır. Anne babalar ise Őikayetle gelirler.

Çocuklar, yetişkinlerin aksine, terapiye getirildiklerinde sorunlu olarak kabul edilir. Aslında, eksik veya yanlış yetiştirme biçimleri, sosyal evre, karmaşık deneyimler duygusal ve davranışsal sorunlara yol açar. Sorun yaşadığı sorunları ifade edemeyen bir ocuk bazen öfke ve saldırganlık gibi davranışlar sergileyebildiği, bazen de ie dönük davranışlar sergileyebilmektedir. Bir kişinin oyun terapisinde hissettiği koşulsuz kabul, güven ve sevgi sağlıklı bir insana dönüşmesine yardımcı olur ( ktem, 2012). Oyunla oynaya oynaya kabul gördüğü empatik yaklaşıldığı bir ortam sayesinde duygusal iyileşmeler görülür.

- *Terapist*

Çocuk Merkezli Oyun Terapisine göre, terapistin tutum ve duruşu seanslar sırasında değişebilir, ancak oyun terapisi odasındaki terapist sadece bir oyun terapistidir,  ğretmen, ebeveyn veya yaşam kou değildir. Rehberli oyun terapisinde terapist seansa ve çocuğa rehberlik eder, danışanın sorununa göre uyum sağlayarak doğru bir Şekilde terapi sürecini takip ederler. Aynı zamanda, hedefsiz oyun terapisinde, terapist sanıldığı gibi pasif değildir, ancak çocuğun

kendisi tarafından yürütülen iyileşme sürecine eşlik eder, duygusal yansımalar ve bilişsel müdahalelerle tamamen mevcuttur. Terapist, çocuğun oyununa ve davranışına mümkün olduğunca hassas, olabildiğince aktif ve istediği kadar yakın bir vaziyettedir.

Bir çocuğun davranışını ve oyununu doğru bir şekilde değerlendirmek ve koşulsuz olarak kabul etmek, çocuğa saygı duymak, bir terapistin başta gelen işlevlerindedir. Oyun odası içerisinde bulunan tüm materyaller bir çocuğun özel yaşamı olarak görülür ve ebeveynin veya öğretmenin gizlilik politikasına göre bilmeleri gerekli olan ciddi hadiseler haricinde her şey oyun odasında kalır (Harris ve Landreth, 2001; Yunuvar, 2014). Gizlilik ve sınırlar oyun odası dışında da devam eder. Çocuğun oyunu mahrem olarak kabul edilir ve paylaşılmaz.

Bir oyun terapisti, çocuklarla çalışan kişilerde olması gereken özveri, sabır, şefkat ve iyi huyluluk gibi kişisel özelliklerle birlikte teorik bilgiye sahip olmalıdır. Tüm bunların yanı sıra okul öncesi eğitim kurumlarındaki uygulamalar da destek olacaktır (Schaefer, 2013; Öğret, 2008). Çocukla ilgilenen kim varsa süreçte iş birliği yapmak çocuğa fayda sağlayacaktır.

Bir oyun terapisti ne bir öğretmen ne de bir ebeveynidir, sadece bir oyun terapistidir (Özdoğan, 2000). Terapist bir şeyler eğitmez ya da öğretmen çocuğun doğal oyunu için ortam sağlar.

Oyun Terapisi Derneği (APT) üyesi olan 28 oyun terapisti üzerinde oyun terapistlerinin niteliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada Nalavany ve ark. (2005); empati, samimiyet ve sıcaklık gibi özellikler sahip olunması gereken en temel beceriler haline gelirken, teorik bilginin daha az önemli olduğu kanıtlandı (Nalavany, Ryan, Gomory & Lacasse, 2005). 3 temel beceriyle birlikte süreçte çocuğa fayda sağlayacak başka beceriler de vardır.

Harris ve Landrett (2001), bir terapistin oyununda bulunması gereken özellikleri sekiz noktada özetlemiştir (Schaefer, 2013, Harris, Landreth, 2001).

- Terapist çocuğa ve yakın ilişkilere gerçek bir ilgi geliştirmelidir.
- Terapist çocuğa koşul koymadan yaklaşmalı ve hassas olmalıdır.
- Terapist doğal olarak çocuğun ilişkisinde bir güvenlik duygusu yaratır ve kendini ortaya çıkarmasına izin verir.

- Terapist daima çocuğun duyumlarına hassas olmalıdır.
- Terapist, çocuğun sorunlarını kendi kalitesinde çözebileceğine inanır ve bunu nazik bir şekilde yansıtır.
- Terapist, çocuğun oyun ve konuşmalarını yönlendirmek yerine, içeriden gelen duygularla terapiyi yönlendirmesine izin verir.
- Terapist, terapinin yavaş yavaş ilerlediğinden emin olur, hızlandırmaya çalışmaz.
- Terapist yalnız çocuğun mesuliyet almasına yardım edecek sınırlar koyar.

Psikolojik sağlık için travmatik ortamlarda büyüyen çocuklarda oluşabilecek psikopatolojik durumların olumsuz etkilerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması için önlemler alınmalıdır (Bayındır, 2010: Enlow, Egeland, Blood, Wright, Wright, Wright, 2012). Bu doğrultuda yüz yüze geldikleri olumsuz durumlar sebebiyle misafirhanelerde anneleriyle beraber yaşayan çocuklar tedbirli olunması gereken gruplar içerisinde yer almaktadır.

- *Oyun odası ve oyuncaklar*

Farklı oyun terapisi ekollerinde terapistler, ihtiyaçlarına göre kendi yeteneklerine göre farklı oyun odaları stilleri kullanırlar. Oyuncaklar küçük bir çantaya yerleştirilerek kür yapma ve seans şeklinde de kullanılabilir. İdeal oyun odası, ses yalıtımlı duvarlı, çocukların büyümesine uygun küçük mobilyalar, lavabolu, temizliği kolay aydınlık ve ferah bir oda olmalıdır.

Çocukların gerçek hayatı deneyimleyebilecekleri ve bunları terapötik oyunlarda işlevsel olarak kullanabilecekleri yer. Oyun odasında bulunması gereken oyuncaklar doktor ve onarım araçları, bebekler, aletler, kozmetik aksesuarlar, maskeler, şapkalar, bebekler, askeri aletler, tahta bloklar, müzik aletleri, oyuncak ev, öfkeyi ifade etmeye yönelik oyuncaklar, istikrar, kum havuzu, şövalye ve boyalar olarak sıralanabilir (Landreth, 2011; Teach, 2008; Best Man, 2017). Oyun odasının belirli nitelikleri vardır. Her bir oyuncakta çocuğun sürecinde iyileştirici nitelikte olmalıdır.

- *Süreç*

Terapötik sürecin 3 ana evresinden birincisi, çocukla ve terapist arasında bulunan temel terapötik ilişkinin oluştuğu ilk seansları ihtiva eden uyum sağlama ve dayanışma aşamasıdır. Terapistin çocuk hususunda veri biriktirmeye devam ettiği, çocuğun terapi ve oyun odasına alışmaya çalıştığı bu süreç, ilk 3-4 seansın ortalamasıdır. Diğer aşama, çocuğun daha terapötik ve derinliği yüksek oyun oynadığı faaliyet evresidir. Bu, çocuktaki değişikliklerin ve iyileşmenin çoğunun gerçekleştiği bu üç aşamanın en uzunudur. Bu süreçte çocuğun oyunları anlaşılır hale gelir ve çocuk iç dünyasının arzusunu, cevap verilmemiş gereksinimlerini, travma ve çatışmasını ortaya çıkarır. Odak noktası terapötik ilişkiler ve erken evrelerde mevcut sorunların ele alınması iken, kürtaj aşaması bebeğin ve ailenin ortaya çıkan değişim ve gelişmelerin sorumluluğunu üstlenmesine ve yaşamlarında yeni bir döneme hazırlanmasına olanak tanır (Schaefer, 2017). Çocuğun iyileşmesi üç aşama olarak görülebilir.

- *Aile*

Çocuklar ile icra edilen terapötik sürecin değişmez bir ögesi olan ebeveynler, daha hızlı ve sağlıklı bir iyileşme üzerinde ciddi bir tesire sahiptir. Landreth (2012) ebeveynleri terapi sürecinde işbirlikçi olarak tanımlamıştır. Terapi süreci, bir çocuğun, ebeveynin ve terapistin el ele gitme şekli olarak da tanımlanabilir. Ebeveynler oyun odasında fiziksel olarak bulunmasalar da her zaman çocuğun söyleminde ve eylemlerinde bulunurlar. Çocukları bir akvaryumda yaşayan balıklarla karşılaştırırsanız ve akvaryum aile ortamlarını temsil eder. Dolayısıyla anne babaların davranışları aile içindeki stres faktörleri terapi üzerinde doğrudan etkili olmaktadır.

Çocuklar haftada bir veya iki kez 40-50 dakika terapi seansları oynamaya gelirler, ancak günlerin ve saatlerin geri kalanını ebeveynleri ile kendi aile ortamlarında geçirirler, bu nedenle terapistlerin amaçlarından biri, eksik veya yanlış ebeveynlik stilleri üzerinde çalışarak onları meşgul etmek ve daha sağlıklı bir aşamaya getirmek olmalıdır. Ebeveynle farklı frekanslarda buluşmak, onlara karşı tarafsız ve açık fikirli olmak, mesajı diğer tarafa açıkça iletmek ve terapiyi burada gizli tutmak önemlidir.

2. Kum Tepsisi ve Kum Oyunu Terapisi

Kum Oyunu Terapisinin oluşumu için esin menbaı, İngiliz yazar H.G. Wells tarafından 1911'de yazılan "Zemin Oyunları" eserine dayanır. Bahse konu eserde Wells, iki küçük oğlu ile yerde oynadığı oyunları minyatür oyuncaklarla isimlendirmektedir. Bu oyunlar kendiliğinden oyunlardır. Wells tarafından yazılan bu kitap, İngiliz Çocuk Psikanalisti Margaret Lowenfeld'e ilham verdi. Lowenfeld, 1929'da adını verdiği oyun terapisi için "Dünya Tekniği" yaklaşımını geliştirdiğinde Wells'in çalışmalarından yararlanmışır. Bu yaklaşımla Lowenfeld, çocuk danışanlarından bir tepsi kum ve birçok minyatür içeren bir dünya yaratmalarını istedi. Bu teknikle çocukların ifade edemedikleri hayatları kumdaki minyatürlerden geçer. 1930'larda Lowenfeld, şimdi Çocuk Psikolojisi Enstitüsü olarak bilinen ofisinde psikoterapistlere ders verdi (Mitchell & Friedman, 1994).

Çalışmalara katılan Carl Gustav Jung'un öğrencisi Dora Kalff, 1950'lerde Lowenfeld ile tanıştı. Kalff; Jung'un yaklaşımı ile Lowenfeld'in yöntemini birleştirerek, literatürde ilk kez adlandırılacak olan "Kum Oyunu" terapi yöntemini yarattı (Delevi & Bugay, 2011). Kum ve minyatürlerde çocuğun oyunla iyileşmesini sağlayan geliştirilmiş bir yoldur. Tepsisi, kum ve çeşitli minyatürler eşliğinde süreç çocuğun iyileştirilmesi için geliştirilmiştir.

Bu yöntemde Kalff, çeşitli minyatürler, içi maviye boyanmış tepsiler ve doğal kum malzemeleri kullandı. Hem çocuklarda hem de yetişkinlerde kullanılan bu yöntemle kişiliğin bilinçsiz süreçleri minyatürler ve kumlar aracılığıyla dışa doğru yansıtılır. Bu yöntemle danışan, iç ve dış psikolojik süreçleriyle bağlantı kurar ve böylece iyileşme sürecini ruhunda oluşan bütünlük ile uygular (Kalff, 1991).

Dora Kalff, 1966'da yayınlanan Sandplay: A Psychotherapy Approach to the Psyche adlı kitabında bu yöntemi tartışmıştır. İlerleyen yıllarda terapistler, öncelikle Avrupa'da yaygınlaşan Kum Oyunu Terapisi yöntemini geliştirmek ve yaygınlaştırmak amacıyla 1980'li yıllarda toplantılar düzenlemeye başlamışlardır. Bir süre süren bu toplantılardan sonra 1985 yılında Dora Kalff ve 14 terapistin katılımıyla bu çalışmaların örgün eğitimle sürdürülmesi amacıyla "Uluslararası Kum Terapisi Derneği" oluşturulmuştur. Halen çalışmalarını üzerinde çalışmalarını

sürdüren dernek, dünya çapında birçok Kum Oyunu Terapisti yetiştirmektedir (International Society for Sandplay Therapy, 2021).

a. Kum Oyun Terapisinin Tarihçesi

Kum oyunu terapisi, 20. asrın ortalarında İsviçreli Jung analisti Dora Kalff'ın çalışmalarıyla sistemleştirilmiştir. Kalff (2003), Kum Oyunu Terapisinin gelişiminde 3 farklı bakış açısından yararlanarak konuya yaklaşmıştır:

- Margaret Lowenfeld (1890-1973), Kum Tepsisi Terapisi modeli geliştiren ve buna "Dünya Tekniği" adını veren çocuk psikiyatristi
- Jung Analitik Psikolojisi,
- Jungcu görüşe destek veren Şark felsefesi.

Herbert, George Wells'in 1911'deki Kum Oyunu Terapisine benzer birçok minyatürde oynanan The Floor Games adlı bir oyunun tanımını yazdı. Lowenfeld (1979), Dünya Tekniğinin geliştirilmesinde H. G. Wells'in Yer Oyunları'ndan etkilenmiştir (Friedman ve Mitchell, 1994). Yapılan çalışmalar farklı çalışmaların da doğmasına sebep oldu.

1954'te Dora Kalff, Zürih'teki Uluslararası Psikoterapi Kongresi'nde Margaret Lowenfeld'in "Dünya Tekniği" adlı konferansına katıldı ve bu yeni teknikten etkilendi. Jung'a bu yeni yaklaşımdan bahsetti ve Jung onu bu tekniği takip etmeye teşvik etti. Kalff, Lowenfeld ile temasa geçti ve 1956'da Lowenfeld'in tekniğini incelemek için Londra'ya gitti. Londra'da Donald Winnicott ve Michael Fordham ile çalışma fırsatı bulmuştur (Friedman ve Mitchell, 1994). Kalff ile Erich Neumann'ın fikirleri Kum terapisinin gelişmesinde etkili oldu.

Kum Oyunu Terapisi ile çalışırken edindiği klinik deneyim ve gözlemler sayesinde Kalff, Kum Oyunu Terapisinin Erich Neumann'ın gelişim teorisine paralel olduğunu buldu (Weinrib, 2004). Kalff (2003), Neumann'ın modelinden erken psikolojik gelişimi anlayabilmek için bir kılavuz olarak yararlandı ve Neumann'ın gelişim teorisi Kum Oyun Terapisinin ayrılmaz bir parçası olmaya devam etmektedir.

İngiltere'de, Jung analisti Michael Fordham (1996), çocuklar ile icra ettiği çalışmalara dayanarak, bireyleşmenin erken çocukluktan itibaren arketiplerle aktif

olarak görülebildiğini ifade etmiştir. Bu keşif Neumann'ın gelişim teorisini desteklemektedir.

Dora Kalff (2003), kum oyunu terapisi yöntemini geliştirirken, Margaret Lowenfeld, D. W. Winnicott, Erich Neumann, Michael Fordham, Daizetz Suzuki, Dalai Lama ve diğerlerinden ilham almıştır ve dayandığı okul Jung'un Analitik Psikolojisidir.

Dora Kalff konferanslar, seminerler ve atölye çalışmaları yoluyla Avrupa, Amerika ve Japonya'da kum oyunu terapisini yaygınlaştırmıştır (akt. Donald, 2014). Daha sonra, 1985 yılında Dora Kalff, Kum Oyunu Terapisini korumak, geliştirmek ve yaymak için Uluslararası Kum Oyunları Birliği'ni (ISST) kurdu (Kalff, 2003). ISST, Kum Oyunu Terapisti ve Kum Oyunu eğitimsi olmak için standardı belirler. Dernek, 1991'den beri Kum Oyunu Terapisi Dergisi'ni yayınlamaktadır (Bradway, 1999). Kum oyununun gelişmesinde ve tanıtılmasında birçok bilimsel çalışmalar yapılmış resmi kurumlar tarafından da çalışmalar devam etmektedir.

b. Kum Oyunları Terapisinin Gerekçesi

I. Dünya Savaşı esnasında Lowenfeld (1979), yetimhanelerdeki deneyimi esnasında travmanın yalnızca sözlü iletişim yoluyla izah edilemeyeceği sonucuna ulaşmıştır. Lowenfeld, insan beyninin dile bağlı kalmayan bir düşünme biçimi kullandığını keşfetti.

Kum Tepsisi Terapisi oluşturarak kişilerin sözel öncesi bir döneme ve sözlü olmayan tecrübelerle ulaşmalarını sağlamayı amaçlar. Bu amaçla, kum tepsisinde deneyimin ve sözsüz iletişimin önemini kabul etti (Lowenfeld, 1999). Hem söze ihtiyaç olmaması hem de danışanın süreci yönlendirmesi iyileştirmede etkili bir ayrıcalığıdır.

Kum Oyunu Terapisi, danışan tarafından yönlendirilen ve terapist tarafından kolaylaştırılan, danışanın içindeki sorunları ve kişilerarası sorunları tanımlayarak çalışmasına olanak sağlayan, duysal, sözsüz iletişimin olduğu, dışavurumcu ve yansıtıcı bir psikoterapi biçimidir (Homeyer, 2020).

Kum Terapisi, ergenlere sözsüz düşünce süreçlerini dahil etme fırsatı verir. Çocukluktan yetişkinliğe geçişte çatışmalara yardımcı olmak, hayal gücünü kullanmak, kimlikle alakalı duyguları geliştirmek için yaratıcılık ve akran

ilişkileri üzerinde çalışmak gibi birçok sahada yardımcı olur (Kestly, 2020). Yönlendirmenin olmaması hayal gücüne dayanması beynin aktif kullanılmasını da sağlamaktadır.

Kum terapisiyle beynimizin sağ ve sol loplarnı kullanmayı öğreniriz. Bu bir avantajdır ve terapinin ilerleyişini hızlandırır. Sözel olmayan kumdan oluşan bir tepside sahnelemek, zekayı sözel forma getirir ve manevi zekaya erişim sağlar (Kestly, 2019). İnsanlar olayları deneyimlediklerinde, bunu aynı anda yaparlar ve tüm duyularını harekete geçirirler. Dil doğrusaldır; deneyim çok boyutludur. Bu nedenle, deneyimler dilsel olarak tam olarak aktarılamaz. Bir kum tepsisinde, renk, kinestetik boyutlar, derinlik, yükseklik, nesnelere depolanması veya görünürlüğü, duygular, nesnelere arasındaki ilişkiler ve diğer birçok faktör aynı anda sürece dahil olur (Kestly, 2020). Kum oyununda kum sayesinde oynayanın iç dünyası dışa akar. Sözcükler yerine kum ve minyatürler vardır onlar konuşur.

Kum Terapisi, kelimelerle ifade edilmeyen duygu ve problemleri dışa vurmaya yardımcı olur. Kum Terapisinde oyun dildir; minyatürlerse kelimeleri ifade eder. Kum Terapisi, danışanın kendisini tam manasıyla ifade edebildiği aynı zamanda keşfettiği bir yolculuktur. Kum Terapisi, danışanın kum ile duysal deneyim gereksinimini karşılamaktadır. Kum Terapisi, özellikle yaralanmaların tedavisinde, danışanın kendisini acısından uzaklaştırmasını kolaylaştırır ve acıyı sembolize etmesine ve ifade etmesine olanak tanır. Ayrıca duygusal boşalma için güvenli bir alan sunar (Pearson ve Wilson, 2001). Duyguların dışarı çıkabilmesi için oynayan kişinin güvende hissetmesi gerekir ve birinin onu yönlendirmemesi de.

Kum Terapisi, sözlü olmayan bir seviyede "özgür ve korumalı alan" sunarak danışana bir katılım hissi sunar. Bu sınırlar bir güvenlik duygusu sağlar ve büyümeye kapı açar. Kum terapisinde en önemiyetli yorumlama danışana aittir. Terapistin merakına değil, danışanın ihtiyaçlarına hizmet eden bir değişim vardır. Kum terapisini, zayıf sözel becerilere sahip danışanlarda direncin üstesinden gelmede özellikle etkilidir. Kum Terapisi, zayıf sözel becerilere sahip insanlara yeni bir iletişim aracı sağlar ve böylece duygusal ifade becerilerini geliştirir. Kum Terapisi danışana durumu kontrol ettiği hissini verir. Ek olarak, Kum Terapisi, tepsiler ve minyatürler yoluyla bulaşma problemlerini çözmeyi kolaylaştırır. Kum Terapisi, ruhsal çatışmalara ve zorluklara ulaşmak için kapsamlı ve hızlı bir yol

izler (Homeyer, 2020). Duygu, düşünce ve davranışlardaki iyileşme yollarından biri de bu sebeple kum tepsisi oyunudur.

3. Gelişimsel Oyun Terapisi

Gelişimsel Oyun Terapisi (GOT), Viola Brody tarafından geliştirilen bir tekniktir. Terapist tarafından hem grup olarak hem de bireysel olarak kullanılabilir. GOT, şefkatli bir dokunuş görüntüsü ile başlar ve terapötik iyileşmesine katılır. Bu oyun terapisi yönteminde oyuncak yoktur, sadece terapist ve çocuk arasında kurulan doğru dokunsal ilişki vardır. Ve bu ilişkiler şefkatli dokunuşla elde edilir (Brody, 1997). İyileştirici faktör ilişkidir. Dokunsal temas ile ilişki çocuğun iyileşmesini sağlar.

Merkezi Amerika'da bulunan oyun terapisi adına bugün en büyük organizasyon olan Oyun Terapisi Derneği (APT), dokunmanın terapide kullanılabilirliğini söylüyor. Dokunmanın terapötik etkisinden bahseden bir APT çalışması var. Çalışma, bir çocuğun gelişimi için dokunmanın faydalarından bahsediyor, ancak terapistlerin doğru dokunuşa sahip olduğu gerçeğini vurguluyor. Verilen eğitim neticesinde çocukların gereksinimlerinin ortaya konması, zorunlu izinnamelerin temin edilmesi terapi sırasında doğru alanlara usulüne uygun bir biçimde girilmesi, çocuk ile sağlam bir bağ ve güven ortamının oluşturulması ve sağlıklı bir şekilde denetleyici destek sağlanması önemlidir (Association for Play Therapy, 2001). Süreç dokunma ve temas ile ilerlediği için çocukla sağlıklı bir bağ kurulması gereklidir.

Gelişimsel oyun terapisi duyuşsal oyunlardan oluşur. Bir çocuk için terapötik bir karar verirken, sorgulanan ilk şey, bağlanma ve ilişkilerle ilgili sorunların varlığıdır. Bakıcılarıyla erken yaşta güvenli bir bağ kuramayan çocuklar, gelecekte bazı davranış problemleriyle karşı karşıya kalırlar. Gelişimsel oyun terapisi, 0-2 yıllık bir süre boyunca bir bakıcı ile güvenli bir bağlantı kuramayan bir çocuğun doğru dokunuşuyla güvenli bir bağlantı kurmaya yardımcı olur. Bununla birlikte, kötü muamele görmüş (istismara uğramış, cinsel tacize uğramış) ve dokunma ihtiyacına ilk çocukluk yıllarında cevap verilmemiş (Hiperaktif, İhmal Edilmiş, Yıkıcı Davranış Bozuklukları) çocuklar için de etkin bir biçimde kullanılır. Otizm, Asperger Sendromu, Down Sendromu, Serebral Palsi gibi teşhisleri bulunan çocuklar için de tesirli bir tedavi metodudur

(Schwartzenberger, 2004). Bağlanma sorunu yaşayan, travma mağduru ve çeşitli nörolojik bozukluk ve hastalıklarda GOT fayda sağlamaktadır.

a. Dokunma Duyusunun Fizyolojik ve Biyokimyasal Etkileri

Yaşamın ilk aşamalarından itibaren, dokunma / dokunsal his hissi vardır. Bebek hala embriyo dönemindeyken, gebeliğin ilk 3 haftasında gelişen primer sinir sistemi cilt hücrelerinden oluşur. Embriyo, ilk dokunsal verileri bu sinir sistemi aracılığıyla kaydeder (Rger, 2001). Dokunma ile bedendeki hisler hafızaya kaydolur.

Embriyonik dönemde en ilkel haliyle başlayan dokunma ve dokunma deneyimi, bebek ışığa çıktıkça yoğun dokunma ve dokunma ile devam eder. Çünkü yeni doğan bir bebeğin duyuusal ihtiyaı artar ve bebeğin bu iğdsel ihtiyaına cevap olarak verilen bakım esas olarak dokunmaya dayanır. ocuk bakımı anne veya bakıcı tarafından iğdsel olarak sağlanırken, çocuğun ihtiyaçlarına duyuusal bir diyet uygulanır. (Erkan, 1990) Dokunmanın da farklı tanımları elbette vardır.

Türk Dil Kurumu (2015), dokunmayı "dokunmanın, vurmanın, bastırmanın, çekmenin vb. ciltte etkilerini alan bir duygu" olarak tanımlamaktadır. Dokunmak; hafif dokunuş, derin basınç, cilt germe, titreşim, hareket, sıcaklık ve ciltte ağrı gibi çeşitli uyarınları algılayan reseptörlerin uyarılmasıyla oluşur.

Bu şekilde fiziksel olarak hissedilen dokunma duyusu, beyinde çeşitli biyokimyasal reaksiyonları tetikler ve duyuma eşlik eden duygu da yaşanır. alışmalar, duyuusal temasın idrardaki stres hormonlarında (kortizol, katekolamin, norepinefrin, adrenalin) azalmaya neden olduğunu ve serotonin ve dopamin seviyesini arttırdığını göstermektedir. Bu tür biyokimyasal değişiklikler aynı zamanda depresyon semptomlarında azalmaya yol açar. Dokunmanın ayrıca bağlayıcı hormon olarak adlandırılan oksitosin hormonunu arttırdığı bildirilmiştir. (Sex, Touch for Social-Emotional and Physical Well-Being: A Review, 2010) 5 dakikalık masaj dokunuşundan sonra yapılan bir çalışmada, stres belirleyicileri olan kalp atış hızı, tükürük kortizol seviyeleri ve insülinde bir azalma yaşanmıştır. (Lindgren, 2010)

Dokunmaya dayalı bireysel dikkat, bebeğin fiziksel ve psikolojik gelişiminde hayati öneme sahiptir. Hastanede yenidoğanlarla yapılan pilot

çalışmada; her gün her on beş dakikada bir bakıcı tarafından bir grup çocuğa dokunularak temel bakımın yapıldığı ve bu çocukların ağırlığının kontrol grubuna göre daha fazla arttığı gözlenmiştir.

b. Çocuk Ruh Sağlığı İçin Dokunmanın Önemi

Hayatın başlangıç aşamaları olan anne karnındaki en ehemmiyetli duygu dokunma duygusudur. Embriyo uterusun duvarlarına dokunduğunda, ilk fiziki münasebet hissini yaşar. Bu evrede gelişme gösteren sinirsel sistem, baskı, hareket ve dokunma duygularını algılar. Bu duyusal uyarıcılar sinirsel sistemimizin gelişmesine yardımcı olduğundan, çocuk şefkatli dokunuşun ilk algısını oluşturmaya başlar (Erkan, 1990). Anne karnında başlayan dokunma doğuma kadar doğumdan sonra da devam eder. Hayatın ilk yılları temasın olması bu nedenle önemlidir.

Bu şefkatli dokunma algısı, bir çocuk doğduğunda çocuğun en temel gereksinimi haline gelir. Anne, çocuğun fiziki bakım gereksinimlerini içgüdüsel olarak karşılarken hem çocuk hem de kendisi için dokunma hissini tatmin eder. Bu süreç aynı zamanda bebeğin gelişimi için çok önemli olan "bağlanma" nın gerçekleştirilmesine yardımcı olur. Bağlanma teorisinin öncülerinden Bowlby, bağlanma sürecinin çocuğun kimliğini ve benlik algısını etkileyen en önemli faktör olduğunu belirtti. Kurala göre bağlanma kavramı; Bir çocuğun genel bakım ihtiyaçlarını karşılayan bir yetişkinin varlığının, aç olduklarında veya temizliğe ihtiyaç duyduklarında o bakıcı tarafından hissedildiği ve böylece çocuğun temel bir güvenlik duygusu geliştirdiği süreç olarak tanımlanabilir. Çocuğun her ihtiyacı karşılandığında, benlik saygısı algısı oluşmaya, güvende ve görünür hissetmeye başlar (Soysal, 2005).

Duyusal temasın bağlanma süreci üzerindeki etkileri üzerine yapılan çalışmalar, gelişimin erken aşamalarında sıklıkla sarılan ve dokunulan çocukların fiziksel, duygusal ve kişilerarası ölçeklerde yüksek puan aldığını göstermektedir.

c. Dokunsal Eksikliği ve Travmatik Deneyimle İlişkili Problemler

Bağlanma evresinde çok önemi bulunan duyusal münasebete farklı sebeplerle cevap verilmediği hallerde birtakım ruhsal ve duygu sorunları ortaya çıkabilmektedir. Çocuklarda Depresyon, Dikkat Eksikliği Bozukluğu, Öfke, Bağlanma Bozuklukları gibi birçok duygusal bozukluğun, çocuklarda Duyusal

Bütünleme Bozukluğu gibi bozuklukların ebeveynler arasındaki ilişkide travma ve duysal duygu eksikliğinden kaynaklanabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Schwartzberger, Oyun Terapisinde Sensörinöral Oyun Etkileşimleri, 2010). Hayatın ilk yıllarındaki bağlanmanın eksikliği ileride psikopatolojinin oluşmasına sebep olabilir. Bu süreçteki eksiklik düzenin bozulmasına sebep olabilir.

Duyusal uyarıcıların sinir ve beyin sistemlerimizin gelişmesine katkısı olduğu bilinen bir gerçektir. Bu duysal uyarıcılar içerisinde dokunma duyumuz yaşamsal bir öneme sahiptir. Duyusal sistem, beynin yeni verileri algılayabilmesi ve gerektiğinde işleyebilmesi için koordineli bir şekilde çalışmalıdır. (Schwartzberger, Oyun Terapisinde Sensörinöral Oyun Etkileşimleri, 2010)

Duyular arasındaki bu koordinasyon çeşitli nedenlerle bozulduğunda veya bozulduğunda çeşitli bozukluklar ortaya çıkar. Duyusal Bütünleme Bozukluğu veya Duyusal Bütünleme Bozukluğu, duyuları işlerken ortaya çıkan sorunlardan biridir. Bu sorunların nedenleri belirlenemese de travmatik deneyimlerin de bu tür sorunlara neden olabileceğine inanılmaktadır.

Duyusal Entegrasyon Bozukluğu (DBB), Kranovitz; "Günlük yaşamın işlevlerini yerine getirmek ve gerektiğinde kullanmak için duyular yoluyla alınan bilgilerin düzgün bir şekilde işlenememesi" olarak tanımlanmaktadır. Herhangi bir nörolojik bozukluğun neden olmadığı duysal kayıp veya işlev bozukluğu olarak da tanımlanabilir. (Kranovitz, 2014) Duyu bütünleme bozukluğu olarak da bilinen bu bozuklukla ilgili çalışmalar devam etmektedir.

Kranovitz (1998) tarafından yazılan ve Türkçe 'ye "Senkronize Edemeyen Çocuk" olarak çevrilen "Senkronize Olmayan Çocuk" kitabı, duysal entegrasyon bozukluklarını sınıflandırır. Sırasıyla; Sürekli bir duysal susuzluk durumu, duysal uyarılara cevap vermeyen bir tür daha az duysal duyarlılık ve herhangi bir duysal uyarıyı tamamen reddeden bir tür süper duysal duyarlılık ile karakterize edilen bir tür duysal arzu vardır.

Ek olarak, bu bozukluklarda, duysal uyarının uyarınının kalitesinin ayırt edilemediği bir Duyusal Ayrımcılık Bozukluğu vardır; Motor koordinasyon bozukluğuna neden olan duysal motor bozukluklar da bu sınıflandırmaya dahil edilmiştir.

Perry ve Salewitz travma araştırmalarına baktıklarında, erken çocuklukta travmatik deneyimlerin beyin gelişimini olumsuz yönde etkilediği ortaya çıktı. (Perry ve Salawitz, 2012) Beyin gelişiminin bu kadar etkilendiği gerçeği, beyin plastisitesinin çevresel olaylardan etkilendiği ve şekillendiği gerçeğiyle açıklanmaktadır. Kişinin bir olayda bulunduğu olayda olmadığını ve olaydan sonra sinir sisteminin nasıl etkilendiğini açıklar (Levine & Kline, 2014).

Travmatik deneyimler nedeniyle, yoğun ve uzun süreli stres nöronların yapısını etkiler. Bu, küçük çocukları daha fazla etkiler, çünkü güvenlik öyküsü yoktur ve homeostaz gelişmez. (Norton, Ferriegel, & Norton, Deneyimsel Oyun Terapisinde Somatik Travma İfadeleri, 2011) Travmalar sistemde sorunların doğmasına neden

d. Gelişimsel Oyun Terapisinin İşleyişi- Etki Mekanizması ve Etik Çerçeve

Gelişimsel Oyun Terapisinin iyileştirici gücü, benlik kavramının gelişimine dayanır. Yöntemin kurucusu Brody, duysal teması yenidoğanın kişisel gelişiminin ilk aşaması olarak görüyor. Çünkü yetişkin benliği ile çocuğun benliği arasında önemli farklılıklar vardır. Bir yetişkin arzularının ve tercihlerinin farkında olsa da bebekler öz farkındalıklarını yalnızca dokunsal duysal uyarılar yoluyla geliştirirler, çünkü bilişsel yetenekleri henüz gelişmemiştir.

Şehvetli teması (sarılma, beslenme vb.) içeren bakım fonksiyonları ile bebek diğerinin farkına varmaya başlar ve kendini ayrı bir varlık olarak algılamaya başlar. İlk olarak bebeklik döneminde bedensel dokunsal uyarılarla gelişen benlik, Des Lowry olarak adlandırıldı. Şefkatli duysal teması ile başlayan bedensel benlik algısı, zamanla psikolojik benliğin gelişimine katkıda bulunur.

Kişisel gelişime dayanan GOT, 6 ilkeye dayanmaktadır. Sırasıyla; "Dokunmayı deneyimleyen bir çocuk, kendine değer verme duygusu geliştirir." Yani, dokunulan çocuk kendini diğerinden ayırır. Çocuk dokunmaya ya kabul ya da reddetme ile cevap verir. Her iki ilişkide de çocuğun kendisi ve diğer arasında ayırım yaptığı kendisinin ve diğerinin varlığını tanıdığı anlaşılmaktadır.

Dokunulduğunu hissetmek için, bir çocuk dokunmaya izin vermelidir: şiddet mağduru olan travmatik ve özellikle istismara uğramış çocukların, bu yöntemin etkili olduğu dokunmaya karşı farklı tepkileri olabilir. Bazı çocuklar

kendini koruma refleksi tarafından dokunulmaya aşırı tepki verirken, bazı çocuklar travmatik deneyimlerin etkilerine karşı uyuşabilir ve tepkisiz hale gelebilir. Bu nedenle terapötik dokunuşun sağlanmasında en önemli faktörlerden biri çocuğun dokunmaya izin vermesidir.

Çocuk öncelikle dokunarak kendi varlığının vizyonunu hisseder. Çocuğun yaşamın ilk anlarından başlayarak dokunma olgusuna dikkat edildiğinde bu: "Ben varım ve diğerleri beni görüyor" düşüncesini geliştirir. Çocuğun gerçekten etkilendiğini hissettiği ilişkiler için, bir terapist tarafından Gelişimsel Oyun Terapisi seansı yapılmalıdır. Çocuğun isteği yerine getirilse de terapistin terapi sürecinde temel kontrol sağlaması önemlidir. Terapistin en önemli sorumluluğu, dokunmaya tepki veren veya vermeyen çocukların ihtiyaçlarını gözlemlemek, çocuğa dikkat etmek ve çocuğun ihtiyaçlarına göre dokunmaktır.

Bir çocuğun dokunmayı deneyimlemesi için, yetkili bir yetişkine dokunmak gerekir. Dokunmanın terapötik kullanımı, çok hassas ve profesyonel bir yaklaşım gerektiren bir durumdur. Bu nedenle çocuklarla bu şekilde çalışacak yetişkinlerin doğru dokunuşu deneyimledikleri ve kendilerine dokundukları süreçlerden geçmeleri gerekmektedir.

Brody (1992), dokunma etik açıdan oldukça kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gereken bir olgudur. Özellikle, çocuk istismarının yaygınlığı veya kabulü profesyonelleri tedirgin etmiştir. Dünyanın birçok ülkesinde alınan yasal önlemler, çocuklarla çalışan insanları çocuklara dokunma konusunda daha isteksiz hale getirmiştir. Ancak çocuğun geliştirmesi gereken şefkatli dokunuş çok öneme sahiptir. Bu hususta okul öncesi öğretmenleriyle icra edilen bir araştırmada, öğretmenin sınıf içerisinde öğrencilere dokunduğunda davranışlardaki bozukluğun azalma eğilimine girdiği dikkatte artış olduğu izlenimlerine karşın dokunmanın yine de bir korku oluşturduğu anlaşılmıştır.

4. Deneyimsel Oyun Terapisi

Deneyimsel Oyun Terapisi Byron E. Norton ve eşi Carol S. Norton tarafından literatürde yer bulmuştur. DOT, İlişkisel Oyun Terapisi ve Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin bir sentezidir. Terapistin terapistteki rolü ve çocuğun terapistte kullandığı metaforların yorumlanması diğer terapi türlerinden farklıdır. DOT, bir terapistin yönlendirilmediği oyun terapisi kategorisine dahil edilmiştir.

(Schäfer, 2013) Çocuğun içsel dünyasının oyun aracılığıyla anlamlandırılması ve yorumlanması sürecidir.

Schäfer (2013), çocuklar dil ve bilişsel beceriler açısından yetişkinlere kıyasla henüz olgunluk düzeyine ulaşmadıklarından, DOT iç dinamikleri aktiviteyle, yani oyunla analiz etmenin bir yolunu kullanır. Çünkü teori, çocukların dünyayı bilişsel olarak değil, ampirik olarak algıladıkları varsayımını savunmaktadır. Çocuklar oyun oynarken tüm duygularını deneyimlerler, çünkü iç dinamiklerini (korkular, sorular, öfke ve diğer çözülmemiş duygular) işlerler. Aynı zamanda, çocuk oyuncakların yardımıyla kurduğu sembolik ve fantezi oyununu harekete geçirir.

Deneysel oyun terapisinin bir çocuğa uygulanması için bazı öncüller vardır. Bu ön koşullardan en önemlisi çocuğun sembolik olarak oynama yeteneğidir. Bu beceri genellikle 2 yaşına kadar ortaya çıkar. Sembolik oyun oynayabilen bir çocuk terapi sürecine dahil olabilir.

Schwartzenger (2004), deneysel oyun terapisi; Travma öyküsü olan çocuklarda olduğu gibi, anksiyete sorunları, çeşitli korkular, psikosomatik ağrılar, çeşitli davranış sorunları, benlik saygısı sorunları, samimi kayıptan sonra keder gibi fenomenlerle karşı karşıya kalan çocuklarda da etkilidir.

DOT kurucuları Carol ve Byron Norton, yıllarca süren DOT uygulamasının bir sonucu olarak, çocukların DOT sürecinde 5 aşamadan geçtiğini öne sürdü. Bu aşamalar keşif aşaması, önleme testi aşaması, bağımlılık aşaması, terapötik büyüme aşaması ve bırakma aşamasıdır (Schaefer, 2013).

Keşif aşaması, tedavi sürecinin ilk seanslarıdır. Çocuk süreci anlamlandırmaya, terapist ve çevreyi tanımaya çalışır. Çocuk oyuncaklar ile oyunlar oynar ve sahasına genişlik kazandırır. Farklı sualler yönelterek güven sürecinin temelini atar. Bu aşamada terapist yorumlayıcı ifadelerden ziyade gözlemsel ifadelerle başvurur.

Test aşaması, çocukların terapist ve oyun terapi odasının hudutlarını kavramaya uğraştığı evredir. Bu evrede çocuklar, terapistin hudutlarını anlayabilmek için çeşitli negatif davranışlar içerisine girer. Terapistin o anda koşulsuz kabul algısı yaratması ve çocuğun her durumunun kabul edildiğini anlaması çok önemlidir. Özellikle travma gibi ifade edilmesi çok güç olan

mahremiyet gerektiren durumlarda, bu evrenin sağlıklı bir terapistçe idare edilmesi süreç bakımından önemlidir.

Terapide alışkanlık aşaması ve güvenli bir ortamın tam olarak yaratılmasından sonra bu aşamadaki çocuk fantezi oyunları ile travmatik deneyimler ortaya koymaya başlar. Terapisti bu oyunlara davet etmeye çalışır. Çocuk güvende olduğunu bildiği için duygusal kargaşası üzerine düşünmeye hazırdır. Terapist bu aşamada çocuğun yerinde olma hissi yaşar. Çocuk terapisti çocuğu bu şekilde besler, dış dünyanın gördüğü gibi ve terapistle paralel davranır. Terapist, travmanın yaşandığı süreye göre, sanki çocuk o yaşta ve bu koşullar altında tepki verebilirmiş gibi, oyunda yanıt vermelidir. Bu aşamada çocuk, travma anında yaşadığı güçsüz durumu çözer ve iktidarı tekrar kendi eline alır.

Terapötik büyüme aşaması, çocuk travmatik olayları tekrar tekrar yaşadıkten ve sona erdirdikten sonra travmatik kişi için yas tutma sürecini başlatır. Oda sorunu çalışma aşamasında olduğu gibi çocuğun davranışlarında da solma gözlemlenebilir. Artık çocuğun yeni bir kimliği vardır. Çocuk güçlendikçe yarattığı yeni benliği algılar ve kabul eder.

Terapist bu durumu çocuğa süreci bir bırakma aşaması, travmatik deneyimin çözülmesi ve ardından yeni benliğin kabulü ile bitirmesi için açıklar. Terapist ile çocuk arasında kurulan bu sağlıklı ilişkinin süreci ne kadar önemliyse, bu sürecin sağlıklı bir şekilde sonlandırılması da o kadar önemlidir. Birkaç kesinti seansından sonra, çocuk işlemi tamamlamaya hazırdır. Çocuğun artık bir terapistle ihtiyacı yoktur. Çevresiyle sağlıklı bir ilişki kurmaya hazır hisseder.

a. Yaralanmaların Tedavisinde Ampirik Oyun Tedavisinin Rolü

Tipik olarak, çocuklara bakan aileler veya bireyler, çocuklarının endişelerini belirli teşhisleri kullanarak bir uzmana iletir. Aslında çoğu durumda görülen dikkat problemleri, öfke kontrol problemleri, dürtü problemleri gibi belirtilerin travma sonrası stres bozukluğunun veya yaralanmanın beyindeki etkisinin sonucu olduğunu, bunun da sanılanın aksine çeşitli bozukluklarla ilişkili olmadığını belirtti. Kısacası, tüm semptomatik durumların büyük ve küçük yaralanmaların sonucu olduğunu belirtir (Perry & Szalavitz, 2012). Geçmişte

yaşanan travmalar bugünün psikopatolojisi olarak ortaya çıkar. Ve bedensel ve ruhsal hafıza onu tutmaya devam eder.

Van Der Kolk & Bessel, (1994) geçmişinde travma yaşamış çocuklarda, bir hareket yapılmadan önce düşünen beynin müdahale etmesi ve mantıklı kararlar vermesi beklenebilir. Travmaya maruz kalmaktan kaynaklanan bu davranışlar, duygusal beynimizin hayatta kalmaya verdiği reaksiyondur. Travma içeren hatıralarımız duygusal beynimizde saklanır. Travmatik davranışa etki eden bir durum, vücudun yaşadığı duygusal tecrübelerdir.

Schwartzberger, (2007), travmanın tedavisinde, travmayla duygusal beyin arasındaki bağlantı her zaman dikkate alınır. Tedavinin en ehemmiyetli yönlerinden biri, çocuğun yaralanma sırasında kaybetmiş olduğu güveni yeniden elde etmesidir. Çünkü çocuk daima tehdit altında hisseder. Çocuğun tehlikede olmadığını fark etmesi ve dünyayı yaşamak için güvenli bir yer olarak hissetmesi önemlidir. Bununla birlikte, bir başka husus, çocuğun travma sırasında vücudunda yaşamış olduğu duygusal deneyimdir. Bu negatif tecrübe vücudun keskin tepki vermesine neden olur. Tedavi sürecinde güvenli bir bölge sağlamanın yanı sıra, çocuk vücudunu güvenli duygusal tecrübelere açık tutar. Böylece vücudun anksiyete ve ani reaksiyonlarla savunmaya geçme pozisyonundan uzaklaşılır. Bu, travmanın tesirinin azaldığını göstermektedir.

Norton, (2007), travmatize olmuş çocuklar oyun terapisi sırasında travmatik deneyimlerini yeniden yaratırlar. Deneyimsel oyun terapistinin amacı, çocuğun travma sırasında çocuğun kesintiye uğramış savunma tepkisini serbest bırakmasına yardımcı olmaktır. Beynin sol tarafı erken çocukluk travmasından negatif tesir altına girer. Bu sahanın negatif etkisi faaliyet alanındadır; sosyal duygusal algı, ilişki kurma yeteneği, bedeni faaliyetler ve vücuttaki duyular aktivitenin bozulmasına neden olur. Bu faaliyetler için iyileşme, travmaya maruz kalmaktan kurtulmak için gereklidir.

Norton, (2007) bir çocuğun travma öyküsünü iletmesi, oyun oynarken çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Deneyimsel Oyun Terapisi, bir seans sırasında çocuğun duygusal-motor iletimine odaklanır. Bir çocuk travmayı tasvir ettiğinde, motor hareketler yoluyla duygusal iletimi tetikler. Burada çocuğun duygusal deneyimlerini dikkate almak önemlidir. Terapist çocuğun duygusal tepkilerini

içselleştirir ve çocuğa aynı şekilde yanıt verir. Bu, terapistin çocuğun travmasına erişmesine izin verir.

Norton (2011), Deneyimsel Oyun Terapisinde, çocuğun travmasıyla karşı karşıya kaldığı ve ilk olayda hissettiği ilk olayda hissettiği çaresizliğin üstesinden gelme sürecini başlatan ardışık tezahürleri 4 aşamada (4 S) açıklamıştır. Bu aşamalar şunlardır: duyuşal faz, bedensel aşama, ekspresyon fazı ve sakinleştirici faz.

Duyusal faz; çocuk tarafında travmatik bir reaksiyon meydana geldiğinde, çözülmüş hissin anıları yeniden hatırlanır. Bu anılar işitsel, görsel, dokunsal, zevkli, koku alma veya motor reaksiyonları tetikleyebilir. Genellikle tüm bu duyular bir kerede aktive edilir. Çocuk oyun odasında davranır, bu da bunu gösterir. Terapist bu aşamada çocuğun davranışlarına sözlü geri bildirim yerine çocuğun oryantasyon hareketlerini güçlendiren sesler çıkararak geri bildirim verir. Bu geri bildirim, çocuğu travmayı ifade etmenin bedensel aşamasına sokar.

Soma evresi; bu aşamada, çocuk terapide yaralanmanın bedensel etkilerini yansıtır. Çocuğun vücudu, yaralanma anında olduğu gibi yeniden aktive edilir. Çocuk oyunlarda içgüdüsel savunma hareketleri gösterir. Çocuğun vücudu travmaya tepki verir. Vücutta tike benzer kasılmalar, donma, ani hareketler görebilirsiniz. Bu sıkıştırılmış enerjiyi aktarma çabası, bir sonraki aşamaya, enerjiyi vücuttan uzaklaştırmayı amaçlayan ifade aşamasına yol açar.

Dalgalanma fazı; çocuğun travmatik enerjisini bedensel ifadelerle boşaltma sürecidir. Bir yaralanma sırasında hareketsiz ve sıkılmış bir çocuk bu deneyimi oyunda yaşar. Yaralanma anındaki tehlike ve tehdit nedeniyle, çocuklar kendilerini muhafaza edecek gücü elde edememiş ve doğru olan bedeni reaksiyonu gösterememiştir. Terapi sırasında çocuk aynı ana döner ve daha önce gösteremediği bir tepki gösterir, şimdi kendini koruyacak güce ulaşmıştır. Dış öfke ve suçluya karşı saldırganlık hissi, vücudun boşalmasına yardımcı olur. Bu aşamada, sakinleşme aşamasına geçiş, yaralanmayı bütünleştirmek için açılır.

Sakinleştirici faz; bir çocuk travmanın enerjisinin çoğunu önceki aşamada boşaltma yeteneğine sahip olduğunda, vücuttaki yaralanmaya verilen yanıtın serbest bırakılması olan sakinleştirici bir tepki yaşarlar. Bu, çocuk oyunlarda boşaldıktan sonra büyümlü bir sakinlik gösterdiğinde gözlenir. Bu noktadan

itibaren çocuk travma sırasında kaybettiği özgüvenini yeniden edinmeye başlama yoluna girer. Çocuk güvenlik duygusunu yeniden kazanır ve kontrol ettiği gücü yaşar. Çocukları yaşama tutunmak için daha önce yaşadığı travmatik reaksiyonlar yerini güvende olma sakinliğine bırakır.

b. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi

Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi, oyun ve oyuncakları direkt olarak çocuğun davranış ve düşüncelerine değişiklik kazandırmak için bir vasıta olarak kullanır. Oyunda kullanılan materyaller mevcut göreve göre seçilir ve bütün çocukların gereksinimlerine cevap vermek üzere tasarlanmıştır. Oyun terapisinin arkasındaki varsayım; düşünceler, durumlar, duygular ve davranışlar arasında bir bağlantı olduğudur. Bilişsel teori, bir bireyin düşüncesini, duygu tecrübelerini ve sonraki tutumlarını belirlediğini belirtir. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisinde, çocuklara rahatsızlık veren hislerin kontrolünü sağlamaları ve semptomları azaltmalarına olanak sağlamak amacıyla için daha iyi başa çıkma kabiliyetleri verilir (Vanfleet ve ark., 2018). Çocukların yönlendirilmeyen çocuğun merkezli olduğu yaklaşımdan sonra oldukça etkili ve tercih edilen eğiticilik ve öğreticilik maksatlı geliştirilmiştir.

Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi (BDOT), oyun terapistleri arasında Çocuk Merkezli Oyun Terapisinden sonra en fazla bahsedilen ikinci oyun terapisi yaklaşımı olarak kabul edilmektedir (Lambert ve diğerleri 2005; aktaran Ray, 2019). Bu yaklaşımın popüler olmasının nedenlerinden biri, Bilişsel Davranışçı Terapinin yetişkinlerle çalışmadaki yoğun kullanımından ileri gelmiş olabilir. Bilişsel Davranışçı Teknikleri, oyun teknikleriyle çokça birleştirme girişimi olmuştur ama bu gibi müdahalelerin nasıl yapılandırılacağı hakkında çok az çalışma bulunmaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapi ile oyun terapisi yönteminin birleştirilmesine en tutarlı katkı sağlayan Aaron Beck'in (1976) bilişsel terapi yaklaşımını kavramsallaştıran Susan Knell'dir.

Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi gelişimsel ve Klinik Psikoloji alanlarından aşamalı olarak türeyen bir yaklaşımdır. 1980'li yılların ortalarında gelişim psikologları Phillips (1985) ve Berg (1982) yaptıkları klinik çalışmalarla Bilişsel Davranışçı Terapi ile oyunu bir arada kullanmanın mümkün olabileceğine dair açıklamalar yapmaya başlamıştır. Daha sonra Knell ve Moore (1990) 5

yaşında ana sınıfına giden enkoprezisli bir çocukla gerçekleştirdikleri tedavinin vaka analizinde Bilişsel Davranışçı Terapi ve oyun terapisini entegre eden ilk yayını çıkarmışlardır. Bu vaka çalışmasının ortaya çıkmasıyla Knell ve arkadaşları (2013) tarihsel olarak çocuklarda bir iletişim aracı olarak kullanılan oyunu Bilişsel Davranışçı Terapide kullanmışlardır. Bilişsel Davranışçı Terapi ve oyunun entegre edilmesi son 20 yıldır artan bir şekilde ilgi görmektedir. Ayrıca seçici mutizm (Knel, 1993), ayrılma anksiyetesi (Knell, 1999), anksiyete bozukluğu (Knell, 1999; Knell ve Dasari, 2006), cinsel istismar (Knell ve Ruma, 1996, 2003), uyku bozuklukları (Knell, 2000) ve ebeveyn boşanması (Knell, 1993) sorunlarında teşhis alan çocuklarla vaka çalışmaları gerçekleştirilmiştir (Knell ve Dasari, 2016). BDOT'nin bu çalışmadaki dijital oyun bağımlılığı ve saldırganlık düzeyini azaltmadaki etki gibi diğer bozukluklarda da etkili olabileceği düşünülmektedir.

Knell'in kavramsallaştırdığı BDOT kısa, yapılandırılmış, yönlendirici, çocuk ve terapist arasındaki güvenilir ilişki bağlamında problem odaklıdır. BDOT, oyun materyalleri ve etkinliklerinin kullanımından dolayı gelişimsel olarak duyarlıdır. BDOT'nin belirleyici özellikleri; hedeflerin oluşturulması, oyun etkinliklerinin seçimi, eğitim ve övgü ile yorumların kullanımınıdır (Knell, 2009; aktaran Ray, 2019, s. 86). Terapiden beklenen bir sonuç; çocukların mantıksız fikirlerini değiştirmesi ve böylece daha az psikopatolojiye yol açılmasıdır. BDOT diğer oyun terapilerinin aksine tamamen çocuk merkezli olmayıp yapılandırılmış, psikoeğitimsel unsurları kullanarak amaç yönelimli ve terapist ile çocuk arasında iş birliği içerisinde gerçekleştirilir (Knell ve Dasari, 2009). Bu yüzden de tamamen yönlendirici terapiden ibaret değildir denebilir.

Bilişsel sınırlamalar, çocuğun ben merkezli ve soyut işlemlerde gelişim açısından uygun olmayışı ve terapinin genel olarak sözlü ilerlemesi çocuklarla terapi yürütmedeki zorlukların başında gelmektedir. Çoğu çocuk için işlevsel ve mantıksız bilişleri ayırt etmek oldukça zordur. Bu yüzden Knell ve arkadaşları tarafından oyunun araç olarak kullanılıp çocukla iletişime geçildiği bir yöntem olan Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi geliştirilmiştir (Knell ve Moore, 1990; Knell ve Ruma, 1996, 2003; Knell ve Dasari, 2006). BDOT aracılığıyla çocuklara kendi problemleri üzerinde söz sahibi olmaları ve davranışlarını değiştirme konusunda aktif bir katılımcı olma şansı verilmektedir. BDOT, duygusal gelişim

ve psikopatolojinin bilişsel ve davranışsal teorileri üzerine temellenmektedir (Beck, 1967; 1972).

Knell (1994) bilişsel davranışçı oyun terapisinin ilkelerini Beck'in bilişsel terapi ilkelerine uyarlayarak aşağıda sunulduğu gibi şekillendirmiştir.

1. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi, duygusal sorunların bilişsel modeli üzerine temellendirilir.
2. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi, kısa ve zaman sınırlıdır.
3. Terapötik ilişki, Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisinin etkililiği için gerekli bir şarttır.
4. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi, terapist ve çocuk arasındaki iş birliğine dayanır.
5. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi, danışanı açmak için sokratik yöntemi kullanır.
6. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi, yapılandırılmış ve yönlendirmecidir.
7. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi, sorun odaklıdır.
8. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi, eğitimsel bir model üzerine temellendirilir.
9. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi, çıkarımcı ve tümdengelimsel bir teknik kullanır.
10. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi, ev ödevlerini etkin bir şekilde kullanır.

Crawley ve diğerleri (2010) ise çocuklar için etkili bir Bilişsel Davranışçı Terapinin adımlarını şu şekilde sıralamaktadır.

1. Problemi tanımla (net ol, kısaca açıkla, suçlayıcı olmak yerine olumlu ve kabullenici ol)
2. Alternatif çözüm önerileri sun (muhtemel çözümleri listele)
3. En uygun çözüm konusunda değerlendirmede bulun (probleme uygun çözümü tespit et)

4. Seçilen çözümü uygulamaya koy (planlama yaparak sorunun çözümü için girişimde bulun)

Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi dört aşamada uygulanmaktadır. Bunlar; başlangıç, değerlendirme, tedavi ve sonlandırma şeklindedir.

Başlangıç aşaması: Çocuklar genelde ebeveynleri tarafından terapiye getirilmektedirler. Çocukların iradeleri dışında gelişen bu durumu yönetmek için de ilk seans boyunca ebeveynlere çocuklarını terapiye en uygun nasıl getirecekleri hususunda yardım etmek önemlidir. Nemiroff ve Annunzito (1990) tarafından yazılan A Child's First Book About Play Therapy (Oyun Terapisi Hakkında Bir Çocuğun İlk Kitabı) çocukların terapiye hazırlanmasında ebeveynlerin işini kolaylaştıracak bir kitap olarak önerilebilir. Başlangıç aşamasında terapist öncelikle gelişimsel geçmiş, tıbbi geçmiş, aile arka planı ve semptomlar açısından ebeveynlerle görüşme gerçekleştirir. Seansta ise terapist, basit bir dil kullanarak ebeveynin çocuğu ilk seansa katılımını sağlaması konusunda yardımcı olur. Kullanılan bu dil çocuğa özel bir dil olmalıdır. Çocukla yaşadığı sorun alanıyla ilgili basit ifadeler kullanılarak konuşulur. Bu sorunun giderilmesinde eylem planı ve hedefler hakkında konuşulur. Çocuktan beklentiler açık bir dille ifade edilir.

Değerlendirme aşaması: genellikle ebeveynle yapılan görüşmelerle başlar. Çocuğun sahip olduğu soruna özel geliştirilmiş bir değerlendirme aracı kullanılarak problem düzeyi tespit edilir. Tedavi planının yapısını belirleyecek olan teşhisin konması değerlendirme sayesinde gerçekleştirilir. Değerlendirme evresi teşhis, semptomlar, biyolojik faktörler, çevresel faktörler ve çocuğun oyun becerileri olmak üzere vaka bütün yönleriyle yapılandırılır. Değerlendirme aşaması seanslar devam ettikçe terapistin çocuk hakkında edindiği bilgiler ışığında sürekli yenileyebildiği bir aşamadır.

Tedavi aşaması: Bu aşamada terapist çocuğun sorununa uygun tedavi planı geliştirir. Terapi tekniklerinin sürece dâhil edilmesi açısından iki farklı başlık altında değerlendirilir: Bilişsel ve davranışsal teknikler. Çocuğa koyulan teşhiste, kullanımının etkili olduğu kanıtlanmış tekniklerin uygulanması tedavi aşamasının başarılı geçmesini sağlar. Kullanılan belirli bilişsel teknikler; psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, olumlu benlik geliştirme, problem çözme ve davranışsal

teknikler; davranış şekillendirme, maruz bırakma, sistematik duyarsızlaştırma ve rahatlama teknikleri olarak sıralanabilir.

Sonlandırma aşaması ise dereceli bir aşama olup çocuğun sorunu açısından gösterdiği gelişime göre gerçekleştirilir. Bu aşamada çocuk ve ebeveynler terapinin bitmesine alıştırılır. Terapinin bitirilmesine çocuğun hazır bulunma durumuna göre karar verilir. Semptomların yeterince azalması ile birlikte sonlandırmaya yaklaşıldığı çocuğa somut ve net bir dille ifade edilir. Örneğin; “Seninle X haftalık bir oturumumuz kaldı. X’ inci haftada seninle olan yolculuğumuz sona erecek.” (Knell ve Dasari, 2016).

5. Theraplay

Anne babalarla çocuklar arasında bulunan ilişkileri ifade eder; bağlanmaya dayalı oyun ve ebeveyn-çocuk ilişkileri geliştirmek için hususi tekniklere sahiptir. Theraplay'de oyuncak yok. Terapist ve ebeveyn oyun nesnelere olduğundan, bazen sanat malzemeleri veya çoklu duyuşsal unsurlar da kullanılır. Ebeveyn; bir terapistin rehberliğinde uyumlu bir şekilde meşgul olmayı, beslemeyi ve oynamayı öğrenirler (Axline,2019). Terapist ve çocuğun uyumlanma süreci sonrası iyileşme vardır. Belirli süreçlerle ilerler.

Theraplay, sağlıklı ebeveyn çocuk ilişkisinde olması gereken yedi temel özelliği içinde barındırmaktadır (Booth ve Jernberg, 2009):

- Etkileşimsel ve ilişki odaklıdır: Birey, dünyaya ilişki içinde olma isteği, ebeveynlerinin ses ve hareketlerinin ritmine senkron olma, yetişkinlerin sözel olmayan duyguları fark ederek bu hislere uyumlanma (rezonans) ve taklit becerisi ile dünyaya gelir. Sinir sisteminin yeni bağlantılar kurarak gelişmesi de becerilerin desteklenmesiyle yakından ilgilidir. Bebeklik dönemindeki ağlama, ebeveynin gözlerinin içine bakma, gülümseme ve tutup bırakma ilişki kurmaya yönelik eylemlerdir. Yeni doğan bireyin temel düzeydeki etkileşim kurma isteğini fark eden duyarlı ebeveynin bunları senkron, rezonans ve regüle olma temelinde yanıtlaması gerekir (Bowlby, 1969, 2008). Theraplay tedavisinde, sosyal etkileşim becerileri gelişmemiş çocuk ve ebeveynlerin duygusal ihtiyaçları karşılanır ve tedavi sonrasında bu etkileşimi devam ettirebilme becerileri öğretilir.

- “Şimdi ve Burada” deneyimi sağlar: Geçmişteki olumsuz yaşantıların altını çizmeden, çocuğun erken dönem ihtiyaçlarına ve seans içindeki olumsuz tutumlarına iyileştirici cevaplar verilir. Erken dönem çocukluk ihtiyaçlarını karşılamaya ve duygusal gelişimin aksadığı yaş aralığına yönelik oyunlar seçilir. Çocuğun geçmişinde deneyimleyemediği sosyal ve duygusal etkileşimi o an seans odasında deneyimlemesi hedeflenmektedir.

- Yetişkin çocuğa rehberlik eder: Çocuklardaki güvenlik, özgüven, sosyalleşme, ilişki kurma, ahlak gibi kavramların, olumlu benlik algısının ve psikososyal becerilerinin gelişmesinde ebeveynin çocuğa rehberlik yapması, kurallar ve yapılandırma ile hayatını şekillendirmesi gerekmektedir. Winnicott (1991), ebeveynlerin çocuğa öz benliği içinde gelişebilmesi için güven veren, ihtiyaç karşılayan ve besleyen bir ortam sunmaları ve bunların kontrolünü ele almalarını gerektiğini “kapsayıcı ortam” kavramı ile açıklamıştır.

Theraplay terapistleri de kapsayıcı ortam kavramından yola çıkarak seans boyunca oyunların kontrolünü elinde tutar; ebeveynlerin oyun arayıcılığıyla bu becerileri kazanmasını ve çocuğun gelişimsel aksaklığının giderilmesini hedefler.

- Duyarlı, uyumlu, empatik ve yansıtıcıdır: Ebeveynlerin, çocuğun olumlu veya olumsuz duygu durumunu fark edebilmesi, uyumlanıp uygun cevap verebilmesi ve duygunun şiddetini dengeleyebilmesi gerekmektedir. Çocuğun duygu durumuna dair yansıtma ya da geri bildirimlerde bulunulması çocuğun önce kendi duygularını ardından başkalarının sahip olduğu duyguları anlamasını sağlar (Stern, 2018).

Empati ile yaklaşılacak çocuğun empati becerisinin gelişmesi beklenir. Bu eylemler içsel çalışma modelinin ve bağlanma stillerinin temelini şekillendirir. Theraplay terapisti de seans boyunca dikkatini çocuğun duygu ve davranışları üzerinde tutar, çocuğun ihtiyacı olan uygun, dengeleyici ve empatik fiziksel ve sözel yaklaşımlar sergileyerek ebeveyne model olur.

- Sözel dönem öncesine ve sağ beyin gelişimine odaklıdır: Sağ beyin görevlerinden biri duygusal girdileri ve sözel olmayan iletişim yollarını işlemektir. Sağ beyin yapısı bebeklikte deneyimlenen etkileşimle gelişir; bağlanma stilleri, duygu regülasyon becerisi ve yaşam boyu ruh sağlığı bu gelişimle yakından ilgilidir. Theraplay sağ beyin gelişimini ve problemler alanların tedavisini keyif

veren, uyumlu, empatik, fiziksel, ritmik ve göz temasını içeren oyunlarla destekler.

- Duyuların bütününe hitap eder: Sağlıklı bebeklik ve çocukluk deneyimlerinin fiziksel aktivite, göz teması, olumlu işitsel uyaranlar, ritmik hareketler ve ses taklitleri gibi duyuşsal uyaranlar içermesi gerekmektedir. Çocuğun dokunma, denge, kendine ve nesnelere yönelik uzaysal/mekânsal algısı ve benlik gelişimi, çevresinde bulunan nesne veya kişilerle girdiği fiziksel ya da duyuşsal etkileşimlere bağılıdır (Williamson ve Anzalone, 2001).

Fiziksel temasın, sosyal, fizyolojik ve bilişsel gelişime, stres yönetimi ve olumlu beden algısına yönelik faydalarını kanıtlayan araştırmalar temasa dayalı Theraplay modelinin temelidir (Barnard ve Brazelton, 1990; Mäkelä, 2005; Tronick, 1995, Weis, 1990). Theraplay oyunları, çocuğun duyuşsal alanlarını uyararak duyu bütünlüğü sağlamayı, problemlili psikososyal ve bilişsel alanlarının tedavisini, duyuş durumunun dengelenmesini hedefler.

- Neşeli dolu bir deneyimdir: Bebeklik döneminde deneyimlenen neşeli aktiviteler ve oyunlar bireyin hayattan zevk alma, bağılılık, canlılık ve özgüven duyuşlarının temellerini atar. Ebeveyn çocuk arasındaki fiziksel ve duyuşsal uyum, çocuğun sinir sistemi gelişimini destekler (Hart, 2018).

Theraplay, neşeli ve ilgi çeken oyunları ile çocuk ve ebeveynin karşılıklı haz ve uyum sürecini hızlandırır. Tedavi sürecinde ebeveynler, sağlıklı ebeveyn çocuk ilişkisinin özelliklerini, çocukların duyuşsal ve gelişimsel ihtiyaçlarını, eylemlerin altında yatan mesajları, jest ve mimiklere duyarlı ve uyumlu hale gelmeyi, oyun oynamanın inceliklerini gözlemleyerek ve deneyimleyerek öğrenmektedirler. Schaefer (2011) terapistin, çocuğun problemlili alanları yerine olumlu özellikleri ve becerilerine yaptığı vurgular, çocuğun benlik algısının, ebeveynin ise çocuğa dair olumsuz algısının değişmesine sebep olmaktadır. Ebeveyn, terapistin uygunsuz davranış gösteren çocukla başa çıkma stratejilerini gözlemleyerek öğrenmekte ve günlük hayatta sakin kalma becerilerini edinmektedir.

6. Filial Terapi

3 ila 12 yaş arasındaki çocukların ailelerini tedavi etmek için kullanılan aile terapisine önde gelen yaklaşımdır. Bu yaştan itibaren daha büyük ve daha küçük

çocuklar için kullanılabilir. Bu terapötik teknikte, ebeveynler ÇMOT becerilerini öğrenerek psikoterapötik vericiler olarak hareket ederler. Bununla birlikte, aileler eğitilmiş Filial Terapinin rehberliği ve gözetimi altında evde çocuklarıyla oyun terapisi seansları düzenlerler. (Axline, 2019) Filial terapinin hedefleri şunlardır:

Çocuklar;

1. Öz güveninizi ve benlik saygınızı artırın.
2. Ebeveynler arasında güvenin artması
3. Olumsuz davranışlarının altında yatan duygusal sorunlarla çalışmalarını için fırsatlar yaratın.
4. Kendi duygularını öğrenmeleri ve anlamaları için onları güçlendirmek
5. Ebeveynlerin sahip oldukları ebeveynlik becerilerine olan güvenlerini arttırmak (Axline, 2019)

Filial terapisi, birçok önde gelen teorinin katkılarından yararlanan bütünsel bir yaklaşımdır. Günümüzde sadece terapistler oynamakla kalmıyor, aile terapistleri, psikologlar, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, danışmanlar ve eğitimcilerden oluşan profesyonelliğe sahip büyük bir kitle de Filial Terapiye giderek daha fazla ilgi duyuyor.

Filial Terapi, terapistin eğitimci rolünü üstlendiği psiko-egitimsel bir müdahale yöntemidir ve süreç önemlidir. Aslında Filial Terapinin odak noktası, ebeveynler ve çocuklar arasındaki ilişkiyi güçlendirmektir. Ancak bu süreçte eşler arasındaki iş birliğinin artması gibi başka olumlu sonuçlar da elde edilmektedir. Bu, tüm aileyi psikososyal olarak daha işlevsel hale getirir. Sevgi, şefkat, aidiyet, anlayış, arkadaşlık, zevk gibi olumlu başarılar, ailede yaşanan zorlukların ve aileyi terapiye yönlendiren sorunların ortadan kaldırılmasına yardımcı olur. Araştırmalar, Filial Terapinin aile hayatından memnuniyeti artırdığını, ebeveynlerin stres düzeyini ve çocukların sorunlarını azalttığını göstermektedir.

Terapist, anne-babalara çocuk oyun terapilerini ne şekilde uygulayacakları bilgisini verir. Eğitim sayesinde, ebeveynler çocukları için değişimin konusu haline gelir. Anne-babalar hassas dinleme, hudut belirleme, hayali oyunlar oynama ve oyun temasını kavrama gibi kabiliyetler kazanırlar. Ebeveynler bir

terapistin gözetiminde ÇMOT uygulama fırsatına sahip olduklarında, oyun seanslarına evde kendi başlarına devam ederler (Vanfleet, Rise, 2017).

Son terapinin uygulama alanı oldukça geniş olsa da ilk etapta uygulanamadığı durumlar vardır. Guerney'e (2013) göre, VanFleet (2005), Landreth ve Bratton (2006) aşağıda listelenen danışanlar için uygun değildir. Bunlar;

- Bilişsel bozukluk nedeniyle Filial terapiyi uygulayamayan anne-babalar
- Şiddetli duygu bakımından stres sebebiyle çocuklarına odaklanamayan ebeveynler
- Evlatlarına istimrarda bulunan anne-babalar
- Öğrenmede belirgi güçlük, Psikoz, Otizm, Agresiflik ve Bağlanma Bozukluğu olan çocuğun anne-babaları (Tortamış Özkaya, 2015).

7. Nesne İlişkileri ve Bağlanma Temelli Oyun Terapisi

Nesne İlişkileri ve Bağlanmaya Dayalı Oyun Terapisi, çocukların tematik oyununu araştırır. Aynı zamanda bu yaklaşım, nesne ilişkileri teorileri ile donatılmış bütüncül ve çok boyutlu bir yaklaşımdır. Bu ilişki merkezli ampirik yaklaşım, dengesiz nesne ilişkilerinin ve travmaya bağlı semptomların nörobiyolojik bir temele sahip olduğunu ve nöro gelişimin hiyerarşik ampirik doğasını yansıttığını ve onları etkilediğini kabul eder. Oyun terapisine yönelik bu yaklaşım, çocukların gelişiminin önemli erken aşamalarında kullanılır; Reddedilme, bakıcı uyuşturucu kullanımı, cinsel istismar ve ihmal gibi bağlanma travması yaşayan çocuklar için ideal bir yöntemdir.

Terapist, duyuşsal yönelimli "birincil süreç" oyunlarını kullanarak terapötik ilişki yoluyla uyumlu ve öznelar arası etkileşimlere müdahale eder. Ek olarak, terapist, tutarsız çalışan ve çocuğun benzersiz dünyasına giren kalıpları değiştirmek amacıyla tematik oyun yoluyla metaforik zorluklar yaratır (C. Patton ve Benedict, 2017).

8. Yönlendirici Olmayan Grup Terapisi

Bu teknikte bireysel oyun terapisi tekniğı gruba tatbik edilebilir. Grup terapisi, bireylerin birbirleriyle olan ilişkilerini ve tepkilerini derhal

değerlendirmeyi içeren, yol gösterici olmayan bir terapötik araçtır. Grup yaşamı terapiye reel bir öge ekler, çünkü bu terapide çocuk diğer çocukların yaşadığı evrende de yaşar ve başkalarının tepkilerini dikkate alarak duygularını anlaması gerekir. Grup terapisinin, çocuğun sorunlarının sosyal adaptasyonuna odaklanması durumunda bireysel görüşmeden daha etkili olacaktır. (Axline, 2019)

Schaefer (2011), birçok insan, hayatın kendisini tam olarak gerçekleştirebilmek için güçlü bir arzuya sahiptir. Bu gereksinimin merkezinde büyüme, bağımsızlık ve kendi kaderini tayin hakkı gibi temel fikirler vardır. Bu bütünlük arayışı yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Ve bir insanın bu süreçte ihtiyaç duyduğu temel unsur dengeli bir büyüme toprağı olacaktır. Bir bitkinin doğada büyümesine yardımcı olan güneş, yağmur ve verimli topraklar gibi, bir kişi de onu olduğu gibi kabul etmeli ve diğerleri de onu olduğu gibi kabul etmeli ve mevcut kişilik yapısına saygı göstermelidir.

Bir kişinin yaşadığı her deneyimde, ilişkileri ve düşünceleri psikolojik ve çevresel faktörlerin bir kombinasyonu ile sürekli değişmektedir. Dün olanlar, bugün olanlar kişi için hiçbir şey ifade etmez ve onu ilk gerçekleştiğinde olduğu gibi etkilemez ve bu deneyimin ertesi gün kafası üzerinde bir etkisi olacaktır.

Axline (2019), insanın kişiliğı tasnif edilmeye, kalıplaşmaya ve kategorilere ayrılmaya direnir. Bir birey yine de korku ve endişe yaşıyorsa, farklı koşullar oldukça farklı reaksiyonda bulunmuş olabilir. Bu nedenle, yönlendirici olmayan oyun terapisinde, bir kişinin kişilik kurumlarına vermiş olduğu bütün reaksiyonlar, ona yaşamı boyunca yaşadığı birikimi sunar. Tepki, açıklama, nesnellik, kabul ve bu konuda bir şeyler yapma mesuliyetini gerekli kılan girift ve ölçülü bir davranış şeklidir.

G. Oyun Terapisinin Kullanım Alanları

Oyun terapisi, günümüzde çocuklarla ve ergenlerle çalışırken ortaya çıkan sorunların çoğunun çözümünde işlevsel bir tedavi yöntemidir. Oyun terapisinin kullanıldığı problem alanları çeşitlendikçe, kullanılan uygulamalar, teknikler ve teknikler de çeşitlenmektedir. Oyun terapisinde farklı alanlar olmasına rağmen, benzer hedefler terapiye yöneliktir. Örneğin, Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde,

çocuğa mümkün olduğunca az talimat verilir. Amaç, çocuğa kendini daha fazla ifade etme fırsatı vermek, ona kendini kontrol etme duygusu vermek ve onu teşvik etmektir. Filial Terapide, terapi oyun odasının ötesine geçer ve evde ebeveynlerle birlikte devam eder. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisinde bilişsel değişiklikler yapılandırılmış seanslarla sağlanmaya çalışılmaktadır. Grup Oyun terapisi öncelikle psikososyal davranışı öğretmek ve travma sonrası etkileri azaltmak için kullanılır. Adler Oyun Terapisi, Gestalt Oyun Terapisi, Jung'ian Oyun Terapisi, Ampirik Oyun Terapisi, Terapi ve Çözüm Odaklı Oyun Terapisi gibi çeşitli yaklaşımlar da vardır (Guernsey, 2000).

Oyun terapisinde iyileşme, çocukla güvene dayalı bir ilişki, empatik bir yaklaşım, saygı ve çocuğun varlığının tam olarak kabul edilmesi yoluyla gerçekleşir. Bununla birlikte, ana etkenlerden biri, anne-babaların terapi sürecine müdahil olmasıdır. Oyun terapisi sürecinde aileler de çalışılmalıdır. Oyun terapisti aileyi sürece dahil etmezse veya aile kayıtsız davranırsa, istenen iyileşme seviyesi gelmeyebilir ve süreç gecikebilir. Çünkü bu durumda ilişkileri ve davranışları değişmeyen bir aile, üzüntülü, korkutucu ve gergin durumlarını evde de sürdürecektir. Bu da oyun terapisi sürecini zorlaştırmaktadır (Bekeç, 2018). Çocuklarda çalışırken oyun terapisinin işlevsel bir şekilde kullanıldığı ve araştırmalar sonucunda elde edilen önemli sonuçlar şu şekilde sıralanabilir;

- Cinsel ve fiziki istismara maruz çocuklar
- Ailede çatışmalar, anne-babalarını boşanma süreçlerini yaşamış çocuklar
- Hastanede kalması gereken çocuklar
- Agresif tutumlar gösteren ve şiddeti tecrübe etmiş çocuklar
- Dikkat yönünden eksikliğin hissedildiği çocuklar
- Uyuma, yemek yeme ve tuvalet yapma güçlüğü çeken çocuklar
- Utangaç ya da çekingenlik seviyesi yüksek çocuklar (Crenshaw & Stewart, 2017; Yeryüzü Doktorları, 2014).

H. Oyun Terapisinde Kuramsal Yaklaşımlar

Çocukların yaşla birlikte yaşadıkları aşamalar ile oyunların geçtiği aşamalar farklıdır. Düşüncelerindeki değişen aşamalar, somuttan soyuta, basitten

karmaşığa, bencillikten iş birliğine de yansır. Değişen ve gelişen bir döngü içinde oyun hakkında birçok görüş dile getirilmiş, teoriler oluşmuştur. Gilmore bu teorileri iki sınıfa ayırmıştır: Klasik ve Modern Teori (Baykoç Dönmez, 2000). Klasik teorisyenler ilk olarak 19. ve 20. yüzyıllarda ortaya çıkmışlardır. Başlangıçta kendi teorilerini başlatarak, Modern teorisyenler 1920'lerden sonra sosyal bilimlerde oyun terapisinin teorik ve pratik açıklamalarını ortaya koymuşlardır (Öğret, 2008). Bu teoriler aşağıdaki gibidir:

1. Klasik Teoriler

Aşırı Enerji Teorisi: Bu teori Alman şair Friedrich Schiller ve İngiliz filozof Herbert Spencer tarafından önerilmiştir. Bu teoriye göre canlıların bir miktar enerjiye gereksinim bulunmaktadır. İhtiyaçları arttıkça ek enerjiye ihtiyaç duyulur. Oyun, vücutta gerekenden daha fazla enerji olduğunda oynanır. Bir kişi oyunu aşırı enerjinin verdiği baskıdan uzaklaşmak için bir vasıta olarak kullanır. Bu kurumda oyun sadece enerji nabzına duyulan ihtiyaçtan dolayı oynanır ve bu nedenle oyunun içeriği önemli değildir (Sevinç, 2005; Pehlivan, 2005).

Dinlenme Teorisi: Bu teori Alman şair Lazar tarafından ortaya atılmıştır (Öğret, 2008). Buna göre, bazı zorlayıcı aktiviteler insanları zihinsel ve fiziksel olarak yıpratır ve bunun sonucunda insanlar dinlenme ihtiyacı hissederler. Bir kişi, yaşam döngüsünde gerçekleştirmesi gereken görevlerden başka faaliyetlerde bulunduğu gerçeği dinlemeyi deneyimler. Bu durum insanları dinlendiği kadar yeniler de (Sevinç, 2004). Oyun teorisinin geri kalanı, enerjiyi geri kazanmak için oynandığını göstermektedir. Burada da oyunun şekli ve içeriği önemli değildir (Baykoç Dönmez, 2000). Bu kısımda oyunun biçimi ve muhteviyatı ehemmiyete sahip değildir.

Varsayım Deneme Teorisi: Bu teori Carl Groos'ca geliştirilmiştir. Çocukların neden oynadığı fikrini geliştirdi. Ona göre oyun bir olgunluk ön denemesidir (Özdoğan, 2009). Çocuk içgüdüsel olarak sonraki süreçlerde sahip olacağı davranışı ön oyun şeklinde edinir. Oyun burada gelecekteki çalışmalar için bir ön hazırlık olarak görülüyor. Bu teoride Groos, oyun bilincine vurgu yaparak, çocuğun oyunla nasıl yetişkin olacağını keşfetme ve yetişkin olmakla ilgili durumları uygulama fırsatına sahip olduğunu savunmuştur (Oktay, 2013).

İletişim Teorisi: Bu teori Stanley Hall tarafından tanıtıldı. Ön koşullar, deney teorisine karşı hazırlandı. Bu teori aynı zamanda bir tekrarlama teorisi olarak da kullanılır. Hall, çocuklukta oyunların bir kişinin gelişim ve ilerleme sürecinin bir özeti olduğu fikrini savundu. Oyun ve gelecekteki davranış arasında hiçbir çıkar kurulamaz, kendini ilkel etkinlikten ayırarak kendini işe hazırlama etkinliğidir. Burada çocuk, içinde bulunduğu ırkın karakteristik deneyimlerini tekrarlar. Oyun, çocuğun içinde yaşadığı kültürün bir yansıması olarak yorumlanmaktadır (Öğret, 2008).

Huizing'in Teorisi: Bu teoriye göre, oyun farklı kültürlerden kaynaklanmamış, kültürlerin oluşumunda önemli bir özellik olarak var olmuştur. Buradaki oyun, gönüllü ve gönüllü olarak yapılan belirli bir işleve sahiptir. Oyun ücretsiz ve sürekli (Poyraz, 2003).

2. Modern Teoriler

Sevinç (2005), modern teorilerde, iki ortak nokta üzerinde durulduğu görülür. Birincisi, çocuklar muhayyileleriyle oluşturdukları oyunlar aracılığıyla kendilerini ifade olanağı bulurlar; diğeri ise oyun tutkularını tatmin etmek için bir fırsat olarak gördükleri bir ortamdır.

Psikanalitik Teori: Sigmund Freud tarafından ortaya atılan bu teori, oyunun çocukların duygusal gelişiminde önemli bir rol oynadığı fikrini vurgulamaktadır. Ona göre, oyun çocukların duygusal sorunları hakkında bilgi edinmenizi sağlayan bir araç olarak ifade edilir (eylem. Johnson ve ark., 1987). Freud'un ortaya attığı bu teori, oyunun çocuklar üzerindeki etkisine odaklanır ve oyunun insanların duygu ve arzularını ortaya çıkarmak için bir araç olarak kullanıldığı fikrini kabul eder (Öğret, 2008). Psikanalitik teoride her davranışın bir nedeni vardır ve oyunlarda o davranışın aynası olarak görülür. Bu teoriye göre oyun, karmaşık durumlar karşısında bedeni boşaltır ve toplumun kabul etmeyeceği eğilimleri ifade etmenin bir aracı olarak kullanılır (Erşan, 2006).

Psikososyal Gelişim Teorisi: Freud gibi, Erikson da psikanalitik teorisini bu enstitüdeki oyunu açıklamak için kullandı ve oyunun kişilik gelişimindeki rolünü araştırdı. Oyun, çocukların gelişiminin bir aynasıdır ve çocuklar oyunlarını oluştururken gerçek benzerlikler kazanırlar (Akt; Bee, 1994). Erickson, oyunu terapide kullanan ilk bilim adamı olarak bilinir. Davranış olgusunun iki faktöre

bağlı olduğunu vurguluyor: biyolojik ve sosyo-kültürel faktörler. Ayrıca oyunların kızlar için ve erkekler için farklı olduğunu söyledi. Buna göre kız çocuklarının pasif ve içe dönük bir yapıya sahipken, erkek oyunlarının aktif ve dışa dönük olduğunu belirtmiştir (Akt; Bruce, 1993). Bu teoride oyun, gelişim dönemleri ile ayırt edilir ve özellikle çocukluk yıllarının ilk dört aşamasında meydana gelen değişiklikler çocuğun oyun ihtiyacını artırır. Çocuğun ihtiyaç duyduğu bu oyunlar sayesinde endişelerini, arzularını ve arzularını canlandırarak rahatlama yolunu takip eder. Böylece gelişim ve aşamalar arası geçiş daha sağlıklı olur (Smoke and Foundation, 2011).

Mental Teori: Psikolog Piaget tarafından ortaya atılan bu teori, oyunun zihinsel gelişimdeki önemine dikkat çekmiş ve oyunun çocuğun zihinsel gelişiminde belirli seviyelere göre gerçekleştiğini savunmuştur (Özdoğan, 2009). Gelişimin bir parçası olarak gördüğü bir oyunu üç bölümde ele aldı; Eğitim oyunları sembolik ve kural tabanlı oyunlardır (Öğret, 2008). Piaget'e göre, zekanın gelişimi asimilasyon ve adaptasyona bağlıdır; Asimilasyon, alınan bilginin toplanması ve hafızaya yerleştirilmesi süreci iken, adaptasyon bu bilginin daha önce çalışılan bilginin bulunduğu sisteme yerleştirilmesi aşamasıdır (Baykoç ve Dönmez, 1992). Çocuğun zihinsel gelişiminin bir parçası olan adaptasyon, sosyalleşme, iş birliği, dil vb. konular psikoloji alanlarında önemli bir yer tutmaktadır. Piaget, zihinsel gelişimin biyolojik gelişimde yaşanan değişikliklere, organizmanın yapısındaki nitel değişikliklere benzer olduğunu savunmuştur (Akt; Pamir, 1996).

Sosyokültürel Teori: Vygotsky, oyunların işleyişini etkileyen başka bir isimdi. Oyunun zihinsel gelişimde çok daha büyük bir rol oynadığını belirterek, oyunun maddeyi nesneden ayırarak öğrenilebileceğini vurguladı. Çocuk sosyalleşme sırasında sosyal ve fiziksel ortamdaki davranışlarını inceler. Bu bakımdan Vygotsky, oyunu sosyal bir aktivite olarak görüyor. (Nikolopulo, 2004 ve Teach, 2008). Aynı zamanda, ona göre, sadece zevk ve eğlence için oynamayın. Bazı durumlarda, zevk yoktur. Bu bağlamda, gerçek oyun bir dizi hayali durum yaratmak, katılmak ve daha sonra kurallara uymak şeklinde ilerler. Tüm kurallar hayali bir unsurdan kaynaklanır ve üç yaşın altında bulunan çocuğun çevresinden algıladığı gerçeklere göre oyun oluşturduğu ve hayalinde canlandırdığı öğeler ihtiva eden oyunlara yönelmedikleri iddia edilmektedir. Bu

yaştan sonraki çocuklar çevrenin realitesini ve hayal unsurlarını birlikte kullanabilirler (Akt; Qajar, 2016). Vygotsky'nin önemi, kendi başına var olan bir teori olmasından değil, entegrasyon yoluyla farklı teorik görüşlerin oluşmasından kaynaklanmaktadır (Akt; Bruce, 1993).

a. Psikanalitik Oyun Terapisi

Psikanalitik teoriye dayalı oyun terapisi 1900'lerin başlarında kendini göstermiş ve zamanımızda ergen ve çocukların tedavi edilmesinde ciddi bir rol oynamaya devam eder (Punnet, 2016). Hermine Hug-Helmut (1921), Hans Freud'dan sonra çocuk terapisinde oyun ihtiyacını vurgulayan ilk terapistti ve çocuğun terapide kendini ifade etmesi için oyun materyalleri sağladı. Hermine Hug-Hellmuth bunu Anna Freud ve Melanie Klein'ın çalışmalarından önce yapmış olsa da önemli bir terapötik girişimde bulunmadı. Bununla birlikte, Hug-Helmuth çocuklar için yetişkin terapilerine erişimde zorluklar olduğunu belirtmiştir (Landreth, 2011).

İlk analistler, oyunun biçiminin ve içeriğinin çocuklar için büyük sembolik öneme sahip olduğunu ve oyun durumunun önceki ve şimdiki çatışmaların sembolik ifadesine izin verdiğini fark ettiler. Bu 40 analist, psikanalizin, yetişkinlerle psikanalizin ilkelerinde yapılması gereken bazı değişikliklerle birlikte, çocuklar için geçerli olduğunu savundu. Klein, en tanınmış erken analistlerden biri olan Melanie Klein, çocukları oyun tabanlı terapiler kullanarak tedavi etmiştir. Klein, yetişkinler gibi çocukların da analistleriyle iletim nevrozu geliştirdiğini ve çatışmalarının kökenlerinin, oyunlarını analiz ederek kolayca ayırt edilebileceğini savunur. Bu nedenle, Klein terapisinde oyun, yetişkinlerle analizde serbest bir ilişki yönteminin eşdeğeri olarak görülür (Levy, 2013).

b. Jungian Analitik Oyun Terapisi

Jungian Oyun Terapisi, çocuk terapisinde sembolik önemi vurgulayan dinamik, yaratıcı bir yaklaşımdır (Green, 2016). Jungian Oyun Terapisine göre; Gelişimleri sırasında, çocuklar bu önemli bakıcılarla ilişkili herhangi bir işlev bozukluğu veya travmanın yanı sıra birincil bakıcılarının duygularını, düşüncelerini ve özelliklerini, içe dönüklük (başkalarının inançlarını içselleştirme) veya tanımlama (başkalarının değerlerine ve duygularına güçlü bir bağlılık) yoluyla içselleştirirler.

Jung oyun terapisinin uygulamaları ve uygulamaları arasında çocuklara duygusal olarak güvenli bir ortamda yeterli alan sağlamak veya EAC (dahil); duygusal olarak güvenli olan bu alanla kişisel gelişim yaşanabilir (Green, 2013). Green (2016), Jung oyun terapisinin ve Jung oyun terapistlerinin temel amacı hakkında konuşur:

"Jung oyun terapisinin temel amacı, çocuklukta bireyselleşme sürecidir (örneğin, bütünsel olmak, psikolojik olarak bireysel olmak). Süreç, eğitilmiş bir yetişkin ve bir çocuk arasındaki sıcak empatik ilişki ile kolaylaştırılmıştır. Bireyselleşme hedefi, sembolün dönüşümü ile harekete geçirilir, çocuğun sembolleri terapi sürecinde oluşur. Jung oyun terapistleri, klinik süreç boyunca çocuğun sembollerinin üretimini ve dönüşümünü gözlemler. Terapist imgelere değer verir (ya da yargılamadan gözlemler), böylece çocuklar dürtülerini kontrol edebilir ve iç ve dış dünyalarındaki enerji akışının dengesini koruyabilirler".

c. Adler Oyun Terapisi

Yirminci yüzyılın başlarında Alfred Adler'ce geliştirilmiş olan psikolojik bir teori olan Kişisel Psikoloji, Adler'in oyun terapisinin temelini oluşturmaktadır. Adler'in teorisi, doğa insanlarının nasıl oluştuğuna, kişiliklerinin nasıl oluştuğuna, başkalarıyla nasıl etkileşime girdiklerine, nasıl motive olduklarına ve nasıl uyumsuz hale geldiklerine dair bir açıklama sunar (Kottman ve Meany-Wallen, 2016).

Adler'in teorisine göre, insanlar sosyal, amaçlı ve yaratıcı varlıklardır. Öznel bir bakış açısından diğerleri ve dünya çocuğu insan doğasının bu görüşüne dayanarak kavramsallaştırmaları sebebiyle, Adler oyun terapistleri toplum ve ailenin çocuğun etkileşim biçimi ve kişiliği üzerindeki tesirini göz önüne alırlar. Bununla beraber çocukların motivasyon ve hedefini çocuğun kişisel ve benzersiz ait olma ve anlam ifade etme yollarını anlamaya çalışırlar (Kottman ve Meany-Wallen, 2016). "Adler Oyun Terapisi, çocuklarla terapötik çalışmalarda oyunu (oyuncaklar, hikayeler, drama, bebekler, rol yapma oyunları) bir iletişim aracı olarak kullanan aktif ve oldukça manipülatif bir yaklaşımdır" (Kottman, 2013, s. 87). Adler Oyun Terapisi, Alfred Adler tarafından geliştirilen bireysel psikolojinin teorik çerçevesini ve bazı terapötik müdahale stratejilerini oyun terapisinin temel ilkeleriyle birleştirir (Kottman, 2013).

d. Oyun Terapisini Serbest Bırakma

Release Play Therapy, çocuk oyunlarını iyileşme veya değişime yönelik bir vasıta olarak kullanır. Bununla birlikte, terapist Psikanalitik tedavide yapıldığı gibi yorumlamaya odaklanmaz (Kaduson, 2013). Bu yaklaşımla, çocuk farklı oyuncaklar ve malzemeler arasında gitmesine izin vermez. Çocuğa oyun oynarken oyuncakların ne düşündüğü ve hissettiği sorulur. Bu kontrollü ortam, örtülü, bastırılmış gizli duygular serbest bırakılınca kadar birçok kez tekrarlanır. Terapist, çocuğun sözlü veya sözsüz olarak yansıttığı duygularını not alır ve yansıtır (Öktem, 1999).

Landreth (2011), terapistin bu yaklaşımdaki temel rolü, seçilen oyuncaklarla çocuğu rahatsız eden deneyimleri canlandırmak için çevreyi değiştirmektir. Çocuğun odaya ve terapistle alışmak için serbest oyun düzenlemesine izin verilir ve daha sonra terapist, kendilerini uygun hissettikleri bir zamanda stresli durumları belirtmek için oyun materyallerini kullanır. Gove Hambridge (1955), Levy'nin Yönetmenin Oyun Terapisi adlı çalışmasını genişletti. Terapötik bir ilişkinin gelişimini takip eden bu yaklaşım, endişe durumlarını doğrudan deneyimlemeyi, durumu canlandırmayı ve çocuğa ücretsiz oynamaya zorlanan prosedürlerden uzaklaşma fırsatı vermeyi içerir.

Kaduson (2013), psikanalitik yaklaşımın aksine, serbest bırakma terapisinde terapist yorumlamaya odaklanmaz. Çocuk oyunu, iyileşme veya değişim için bir araç olarak kullanılır. Serbest oyun terapisi, çeşitli oyun aktivitelerinin ve tekniklerinin kullanılmasının yanı sıra, çocukların oyun yoluyla ne hissettiklerini ifade etmelerine yardımcı olmak için oyun oynamayı da içerir.

Oyun aktiviteleri, çocukların saldırganlık ve korku gibi kaygılı duyguları, konuşma veya hayali oyun yoluyla tek başlarına çözemeyecekleri serbest bırakma yeteneğini kazanmalarını sağlar. Astramovic, (1999) Serbest Oyun Terapisinde terapist, çocuğun travmatik olay hakkındaki olumsuz düşüncelerini tasvir etmek için materyaller kullanarak, çocuğun duygusal sorunlarını oyun yoluyla tanımlamaya ve çocuğun farklı konularda yapılandırılmış bir ortamda ne düşündüğünü bulmaya çalışır.

İ. Yurtiçinde ve Yurtdışında Oyun Terapisi ile İlgili Bazı Çalışmalar

Bu bölümde hem bireysel oyun terapisi hem de grup terapisi olmak üzere iki grupta oyun terapisinin etkinliği ve öncelikle yurtdışında yürütülen oyun terapisinin bireysel çalışmaları gözden geçirilmektedir.

Montemayor (2014), okul öncesi davranış problemleri olan çocuklara yönelik çocuğu merkeze alan oyun terapisi uygulamalarının etkinliğini araştırmıştır. Değişiklikler, çocuğun davranış kontrol listesi kullanılarak incelendi. Çalışma, çocuklara müdahaleden önce ve sonra 3 ölçüm aldı. Çocuk oyun terapisi 6 hafta boyunca kullanıldı. Tek denekli kalıplardan A-B-A paterninin kullanıldığı bu çalışma sonucunda, oyun terapisinin çocukların olumsuz davranışlarını azaltmada son derece etkili olduğu gözlenmiştir. Olumlu davranış değişikliklerinin %80.30'u ebeveyn değerlendirmelerinde, %50'si öğretmen değerlendirmelerinde ve %71'i tüm puanlarda gözlenmiştir.

Swan (2011), Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin zihinsel engelli çocuklarda sorunlu davranış üzerindeki etkinliğini araştırmıştır. Çalışmada, çocuklardaki değişiklikler anormal davranış kontrol listesi kullanılarak incelenmiştir. Çalışma, çocuklar üzerinde kullanımdan önce ve sonra 3 ölçüm almıştır. Çocuk oyun terapisi 5 hafta boyunca kullanıldı. Tek denekli kalıpların A-B-A paterninin kullanıldığı bu çalışmanın sonuçları incelendiğinde, çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklar için çok etkili olduğu bulunmuştur.

Schottelkorb (2007), ilkokul çağındaki çocuklarda Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulamalarının Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) üzerine etkisini araştırmıştır. Öğretmenler ve ebeveynler DEHB derecelendirme ölçeğini kullandılar. Çalışmada müdahale öncesi 3 ölçü alınmış ve sonrasında 5 haftalık oyun terapisi uygulanmıştır. Uygulama sonrası tekrar 3 ölçüm yapıldı. Tek denekli projelerde AB-A paterninin kullanıldığı bu çalışma sonucunda, sınıfta DEHB davranışında anlamlı bir değişiklik gözlendiği tespit edilmiştir.

Beers (1985), saldırgan davranış sergileyen bir çocukta 8 haftalık oyun terapisi kullandıktan sonra, Eyberg'in çocuğunun davranışının bir envanterinin ve kişilerarası davranış ölçeğinin agresif davranışın yoğunluğunda bir azalma gösterdiğini, ancak bir süre sonra takipte hafif bir azalma olduğunu göstermiştir.

Oualline (1976), uyumsuz okul davranışı olan sağır çocuklarla bireysel yönsüz oyun terapötik uygulamalarında, 10 seans boyunca serbest bireysel oyuna katıldıktan sonra Wineland Sosyal Olgunluk Ölçeği'nde ölçülen verilere göre davranışın sosyal olgunluğunda anlamlı bir artış tespit edilmiştir.

Johnson ve Stockdale (1975), hastaneye yatırılan ve endişeli olan çocuklara bebeklerle oyun terapisi uyguladıktan sonra kaygıda bir azalma gözlemlemiştir. Kelly (1976) çalışmasında, karanlık korkusuna uygulanan oyunun duyarsızlaştırılmasının bir sonucu olarak karanlık korkusunun azaldığını bulmuştur.

Cox (1953), sosyal uyumsuzlukla ilişkili 10-13 hafta boyunca uygulanan bireysel oyun terapisi uygulamaları sonucunda sosyal uyumda önemli bir iyileşme göstermiştir. Pelham (1972), Missouri Çocuk Boyama Servisi tarafından ölçülen verilere göre sosyal uyumda önemli bir iyileşme olduğunu ve anaokulunda 6-8 seanslık bireysel oyun terapisinin bir sonucu olarak çocukların sosyal benlik algısı testini bildirmiştir. Ek olarak, öğretmen değerlendirmeleri sınıfta oyun terapisine katılan çocukların davranışlarında olumlu değişiklikler göstermiştir.

Kişisel uygulamaların yanında, oyun terapisi grup faaliyetlerinde de görülür. Chinesh ve ark.'nın (2013) okul öncesindeki çocuğun duygu ve ilişki yönünden becerilerini oyun terapisi yoluyla incelediği bir çalışmada, 372 öğrenci rastgele iki eşit gruba (rastgele ve kontrol grupları) ayrıldı ve haftada üç kez toplam 15 seans oyun terapisi yapıldı. Ön ve son test neticeleri ışığında, bu çalışmanın sonuçlarına göre, oyun terapisinin sosyal ve duygusal becerileri geliştirdiği bulunmuştur.

Tayndall-Lind, Landreth ve Giordano (2001), aile içi şiddete tanık olan çocuklarla gelişmiş grup oyunu terapisinin etkinliğini araştırmıştır. Deney grubundaki çocuklar davranış problemlerinde, saldırganlıkta, kaygıda ve depresyonda önemli bir azalmanın yanı sıra benlik saygısında önemli bir artış gösterdi.

Jackson ve ark. (1999), okul öncesi yaştaki bir kontrol grubuna kıyasla şiddetli stres yaşayan 6 okul öncesi çocukla 16 haftalık grup oyunu terapisinin sonucunu incelemiştir. Grup, çocukların sosyal becerilerini geliştirmelerine, ilgili duyguları ifade etmeyi öğrenmelerine, stresli olayları anlamalarını

geliştirmelerine ve yeni başa çıkma becerileri öğrenmelerine yardımcı olmaya odaklandı. Kontrol grubu ve tedavi grubunun sonuçları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, ancak nitel ebeveyn raporlarına göre, çocukların psikososyal işlevlerinde bir iyileşme gözlenmiştir.

Oyun terapisi cinsel şiddet hadiselerinde de kullanılır. Perez (1988), cinsel istismara maruz kalmış çocuklarla bireysel ve grup oyun terapisinin etkinliğini incelemiştir. Her iki müdahalede de bu, benlik algısı ve öz-yeterlilikte istatistiksel olarak anlamlı iyileşmelerle sonuçlanmıştır.

Oyun terapisi konuşma bozuklukları için de kullanılır. Wakaba (1983) tarafından yapılan bir çalışmada, haftada bir kez, beş ay boyunca kekemelik yapan ve bir saat boyunca sevk edilmeden grup oyunu terapisine katılan 3 Japon erkek çocuğundan sonra kekemelik semptomlarının düzeldiği gözlenmiştir. Bouillion (1974), konuşma ve dil gecikmesi olan çocuklara grup oyunu terapisi uyguladı ve grup oyunu terapisinin, kontrol grubuna ve diğer tedavi gruplarına kıyasla akıcılık ve artikülasyonda anlamlı derecede daha yüksek değişikliklere neden olduğunu bulmuştur.

Oyun terapisi uygulamaları gelişimsel engelli çocuklarda olduğu gibi normal gelişimsel özelliklere sahip çocuklarda da kullanılmaktadır. Schopler ve ark. (1971), otizm ve psikotik tanısı alan çocukların, grup oyunu terapisinin yapılandırılmamış uygulamasının bir sonucu olarak 8 haftanın sonunda uygun davranışlar sergilemeye başladıklarını bulmuşlardır.

Gibbs (1945) üç klinikte 63 çocukla çalıştı ve grup oyunu terapisinin, bireyselleştirilmiş tedaviye göre daha verimli olduğu söylenemese de eğitim sorunları, Yaygın Anksiyete ve Davranış Bozuklukları için etkisi bulunduğunu belirtti. Fleming ve Snyder (1947), Yönlendirici Olmayan Grup Oyun Terapisini kullandıkları bir çalışmada sosyal uyumda ölçülebilir gelişmeler olduğunu bildirmiştir.

Mehlman (1953), özel kurumlarda 32 zihinsel engelli çocukla çalışmak için direktif dışı oyun terapisini kullandı ve davranış ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı gelişmeler bildirmiştir. Zihinsel engelli çocuklarla yapılan daha önceki bir çalışmada, grup oyunu terapisi, birlikte ortaya çıkan davranış problemleri olan sekiz çocukla çalışılmıştır. Sosyal olgunlukta önemli bir değişiklik olmamasına

rağmen, çalışmanın deneyden önce mevcut olmayan bazı zihinsel kapasiteyi aktive ettiğini söylemek için yeterli kanıt olduğunu belirttiler. Myers (1971), zihinsel engelli 48 çocukla grup Kukla Terapisinin kullanımını araştırdı ve tedavi grubunun duygusal adaptasyonunda önemli bir iyileşme buldu.

Bratton ve ark. (2005), okul öncesi dönemde bireysel ve grup oyun terapisini içeren çalışmaları analiz etmiş ve yüksek bir ortalama etki büyüklüğü bulmuştur. Çalışmada oyun terapisinin sosyal uyumsuzluk, çekingen davranış, saldırganlık, uyumsuz okul davranışı, kaygı ve korku, otizm, zihinsel engellilik, cinsel şiddet, konuşma ve dil sorunları, depresyon, boşanma, aile içi şiddet, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi konularda etkinliği üzerine çalışmalar yapılmış ve etkili sonuçlar elde edilmiştir.

Türkiye’de oyun terapisi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmakta olup, çalışmalar aşağıdaki gibidir:

Sezici (2013) tarafından yapılan bir araştırma, okul öncesi çocuklarda sosyal, duygusal ve davranışsal becerilerin sosyal bilişsel öğrenme teorisine dayanan oyun terapisinin etkinliğini belirlemeyi amaçlamıştır. Çalışma yarı deneysel olup 4-5 yaş arası 79 çocuk ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmadaki veriler; Okul öncesi çağıdaki bir çocuğun ve ailenin tanı şekli, sosyal yeterlilik ve davranışı değerlendirmek için bir ölçekte bir araya gelmiştir. Oyun terapisi kapsamı içinde hazırlanmış olan Oyun hamuru çalışma programı, bir deney grubu içindeki 39 çocuğa tatbik edildi. Araştırmanın neticeleri değerlendirildiğinde, deney ve kontrol grupları içinde bulunan çocukların son testteki ortalama puanlarıyla tekrarlanan test arasındaki farkın istatistikî olarak anlamlı bulunduğu deney grubundaki çocukların alt boyutlardan aldıkları ortalama puanların oyun testi çalışması sonunda nizami şekilde arttığı ve oyun terapisinin okul öncesi çocukların sosyal, duygusal ve davranışsal becerilerinde artış gösterdiği neticesine ulaşılmıştır. Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisine dayanan Oyun Hamuru Çalışma Programı'nın, okul öncesi çocukların sosyal, duygusal ve davranışsal becerilerini geliştirmeleri için etkili bir program olması nedeniyle kullanılabilirdiği gözlemlenmiştir.

Bulut'un (2008) cinsel tacize maruz kalmış çocuklara yönelik tavsiye edilen 5 evreden mütevellit psikodinamik eğilimli tedavi metodu, bilhassa oyun gibi

sözsüz bir tekniğe dayanan bu yöntemde etkin neticeler vermektedir. Literatürü incelerken, bu metodun başlı başına bir yönelim olduğu söylenebilir. Bu yöntem çoğunlukla varsayımlarını psikanalizden aldığından, kavramlar birçok ruh sağlığı uzmanına oldukça aşinadır. Bu sahada araştırmada bulunmak isteyen uzmanlaşmış kesim, oyun terapisiyle ilgili eğitim sonrası psikodinamik birtakım tekniklerle terkip edilebilirler.

Oyun terapisinin yanı sıra oyun temelli psikoeğitim üzerine araştırma olarak alan literatüründe yer aldığı görülmektedir. Gyožalan ve Koçak (2014) tarafından hazırlanan "Oyunlara Dayalı Dikkat Eğitim Programı" 5-6 yaş arası 62 çocuğun dil becerilerine etkisi incelenmiştir. Çocukların dil becerilerini belirlemek için veri toplama aracı olarak "Peabody-Resim-Sözlük Testi" kullanılmış ve ön test olarak kullanılmıştır. Daha sonra 20 dersten oluşan ve haftada 2 kez olmak üzere planlanan deneme grubundaki çocuklara "Dikkat Öğrenme Oyun Programı" uygulandı. Eğitim programının bitiminden hemen sonra final testi olarak hem deneme hem de kontrol gruplarındaki çocuklara aynı test uygulanmıştır. Bu çalışma sonucunda "Dikkat Öğrenme Oyun Programının 5-6 yaş arası çocukların dil becerilerinin geliştirilmesinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

Durualp ve Aral (2010) çalışmalarında, anaokuluna devam eden altı yaşındaki çocukların sosyal uyum ve becerilerini incelemeye, çocukların ilgi ve ihtiyaçlarına karşılık gelen oyun tabanlı bir sosyal beceri eğitim programı geliştirmeye ve çocukların sosyal uyum ve becerilerinde uygulanan eğitim programının etkili olup olmadığını belirlemeye çalışmışlardır. Çalışma 60-72 aylık çocuklar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Pilot grupta anaokuluna devam eden 48 çocuk, kontrol grubunda ise anaokuluna devam eden 48 çocuk yer aldı. Okul öncesi eğitim programlarına ek olarak, deney grubundaki çocuklara sekiz hafta boyunca haftada üç kez oyun tabanlı sosyal beceri eğitim programı uygulandı. Deney ve kontrol gruplarındaki çocukların sosyal uyum ile ortalama beceri puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ve Oyun Tabanlı Sosyal Beceri Eğitim Programı'nın etkili olduğu görülmüştür.

Oyun terapisinin klinik faydaları, kişisel anekdotlara dayanan psikoloji alanında uzun zamandır rapor edilmiş ve araştırılmış olmasına rağmen, oyun terapisinin etkinliğini kesin olarak göstermek için titiz araştırma yöntemlerini kullanarak daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

IV. YÖNTEM

Bu araştırmada yazılı belgelerin toplanarak analiz edildiği bilgi toplama yöntemine başvurulmuştur. Nitel bir araştırma tasarımı kullanılmıştır. Nitel araştırma faaliyetleri; materyalleri, durumları ve tutumları inceleyen araştırmalardır (Büyüköztürk ve ark., 2019). Literatür taramada çalışmada hedeflenen örnekleme stratejilerinin bir kriter örneği kullanılmıştır. Bu çalışmada kriter şudur: Çalışmanın tam metnine başvurulabilir, Türkiye'de yapılır, oyun terapisine yöneliktir ve tezdır. Bilgilerin fark değişkenlerle incelenmesi bu alana ilgi duyan uygulayıcı, eğitimci, öğrenci ve ebeveynler için pratiklik sağlanmıştır.

A. Araştırma Modeli

Mevcut çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi yöntemi kullanılmıştır. Doküman analizi mevcut kayıt ya da belgelerin, veri kaynağı ya da belgelerin incelenmesi ve bunların analizini içeren bir tekniktir (Karasar,2016).

B. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni; YÖK tezlerde yer alan veri tabanıdır. Örneklemse, oyun terapisi ile ilgili 2013-2022 tarihleri arasında yapılan tez çalışmalardır.

C. Verilerin Toplanması

Çalışmaların tanımlanmasında tezlerle ilgili YÖK veri tabanları incelenmiştir. Bulunan çalışmalardan uygun çalışmaların belirlenmesi sürecinde aşağıdaki adımlar uygulanmıştır: Çalışmada hangi çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ve bu çalışmalara ulaşmak için hangi anahtar kelimelerin taranması gerektiği belirlenmiştir. İkinci aşama, bulunan tüm çalışmaların, yazarın ve ne zaman yapıldığının başarılıp başarılmayacağını, çalışmanın konusuyla ilgili olup olmadığını inceler. Son aşamada 54 tez elde edilmiş ve bu çalışmalar çeşitli kriterlere göre değerlendirilmiştir.

V. BULGULAR

Türkiye'de oyun terapisiyle ilgili örnekleme yer alan tezler yıllara göre dağılımına, yöntemlerine, oyun terapisi çeşitlerine, örneklemedeki kişilerin yaşına ve örneklem büyüklüklerine göre analiz edilmiştir. Ayrıca, tezler enstitülerine göre, bilim dallarına göre, türlerine göre, araştırma desenleri, istatistikî yöntemleri ve psikopatolojilerine göre gözden geçirilmiştir. Çizelge 2, oyun terapisi ile ilgili çalışmaların yıllara göre dağılımını göstermektedir.

Çizelge 2. Çalışmaların yıllara göre dağılımı

Yıllar	Tezler (f)	Yüzde %
2013	2	3,70
2014	1	1,85
2015	3	5,56
2016	5	9,26
2017	5	9,26
2018	6	11,11
2019	15	27,78
2020	3	5,56
2021	8	14,81
2022	6	11,11
Toplam (f)	54	100

Oyun terapisiyle alakalı ilgili araştırmaların son senelerde bilhassa 2019 yılında arttığı, 2019 yılında yazılan tez sayısının diğer yıllara göre daha fazla olduğu görülmektedir. 2016 yılına kadar sadece 6 çalışma yapılmış olması ve 2013 yılı öncesine kadar hiçbir çalışma yapılmamış olması dikkat çekicidir. Çizelge 3'te oyun terapisi ile alakalı araştırmaların araştırma yöntemine göre dağılımı gösterilmektedir.

Çizelge 3. Çalışmaların araştırma yöntemine göre dağılımı

Yöntem	Tezler (f)	Yüzde %
Nitel	1	1,85
Nicel	53	98,15
Toplam (f)	54	100

Çizelge 3'e göre tez araştırmalarında 53 nicel araştırma yöntemi kullanılmış ve 1 nitel çalışma yapılmıştır. Makalelerde, aksine, daha nitel araştırmaların yapıldığı açıktır. Çizelge 4, oyun terapisi çalışmalarının ilişkili oldukları oyun terapisi türlerine göre dağılımını göstermektedir.

Çizelge 4. Çalışmaların ele aldıkları oyun terapisi türlerine göre dağılımı

Oyun Terapisi Temaları	Tezler (f)	Yüzde %
Yapılandırılmış	3	5,56
Çocuk Merkezli	13	24,07
Deneyimsel	3	5,56
Grup Oyun Terapisi	3	5,56
Psikodinamik	3	5,56
Theraplay	7	12,96
Diğer	22	40,74
Toplam (f)	54	100

Çizelge 4, 54 tezde oyun terapisi türlerine göre dağılımını göstermektedir. Yapılandırılmış Oyun Terapisi 3 tezde tartışılmıştır ve bu terapi türü toplam çalışma sayısının yüzde 5,5'ini oluşturmuştur. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi en sık 13 tezde göz önünde bulundurulmuştur, bu da yüzde 24'tür. Deneyimsel Oyun Terapisi 3 tezde tartışılmış ve yüzde 5,5'ini oluşturmuştur. Grup oyun Terapisi, Psikodinamik Oyun Terapisi, daha az özetle tartışılmış ve yüzde 5,5 olarak derecelendirilmiştir.

Çizelge 4'e göre icra edilen oyun terapisi çalışmalarında ağırlıklı olarak çocuk terapisi çalışmaları, Çocuk Merkezli Oyun Terapisi çalışmaları diğer tüm oyun terapisi çalışmalarından daha fazla kullanılmıştır. Theraplay, Filial Terapi üzerine tez; Çizelge 5'te oyun terapisi çalışmalarının örneklemdaki bireylerin yaşlarına göre dağılımı görülmektedir.

Çizelge 5. Çalışmaların örneklemdaki bireylerin yaşlarına göre dağılımı

Yaş	Tezler (f)	Yüzde %
2-5	2	9
2-6	2	9
3-6	1	4,5
3-10	3	14
4-8	2	9
4-6	1	4,5
4-9	1	4,5
5-7	5	21
5-10	2	9
6-11	3	15
6-12	1	4,5
Toplam (f)	23	100

Çizelge 5'e göre yapılan çalışmalarda örneklemdaki bireylerin yaşları çizelgede görüldüğü gibi her yaş grubu ile ilgili olarak homojen şekilde dağılmıştır. 6-12 yaşından itibaren yaş ilerledikçe yapılan çalışmalarda azalma olduğu açıktır. Çizelge 6, oyun terapisi çalışmalarının örneklem büyüklüğüne göre dağılımını göstermektedir.

Çizelge 6. Çalışmaların örneklem büyüklüğüne göre dağılımı

Birey Sayısı	Tezler (f)	Yüzde %
1-10	10	18,52
11-20	12	22,22
21-30	15	27,78
31-40	7	12,96
40+	10	18,52
Toplam (f)	54	100

Çizelge 6'ya göre yapılan çalışmalar genellikle 21-30 örneklem büyüklüğüne sahiptir. İkinci sırada örneklem büyüklüğü 11-20 olan çalışmalar yer almaktadır. Örneklem büyüklüğü 1-10 ve 40+ olan çalışmalar üçüncü sırada yer alırken, örneklem büyüklüğü 31-40 olan çalışmalar son sırada yer almaktadır. 41 kişiden fazla olan makaleler üzerinde herhangi bir çalışma yapılmadığı görülmektedir. Çizelge 7, oyun terapisi ile ilgili tezlerin enstitülere göre dağılımını göstermektedir.

Çizelge 7. Tezlerin enstitülere göre dağılımı

Enstitü	Tez (f)	Yüzde %
Sosyal Bilimler Enstitüsü	28	51,85
Eğitim Bilimleri Enstitüsü	14	25,93
Sağlık Bilimleri Enstitüsü	8	14,81
Fen Bilimleri Enstitüsü	4	7,41
Toplam (f)	54	100

Çizelge 7'ye göre, sosyal bilimlerdeki tez çalışmalarının sayısı, diğer kurumlarda yapılan toplam çalışma sayısından daha fazladır. Yapılan çalışmaların sayısında Sosyal Bilimler Enstitülerinden sonra Eğitim Bilimleri, Sağlık Bilimleri ve son olarak Fen Bilimleri Enstitüleri vardır. Çizelge 8, oyun terapisi üzerine tez araştırmalarının bilim dallarına göre dağılımını göstermektedir.

Çizelge 8. Tezlerin bilim dallarına göre dağılımı

Konu	Tez (f)	Yüzde %
Psikoloji	33	61,11
Eğitim ve Öğretim	14	25,93
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	3	5,56
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3	5,56
Bilgisayar Mühendisliği Bilimleri	1	1,85
Toplam (f)	54	100

Çizelge 8'i düşünürken psikoloji ilk sırada gelmektedir. Deneklerin yarısından fazlası psikoloji alanındaki çalışmalardan oluşmaktadır. Eğitim ve öğretim ikinci sıradadır. Kalan konular, bu iki konudaki çalışmalardan çok daha küçük görünmektedir. Çizelge 9, oyun terapisi üzerine tez araştırmalarının türlerine göre dağılımını göstermektedir.

Çizelge 9. Tezlerin türlerine göre dağılımı

Tür	Tez (f)	Yüzde %
Doktora	10	18,52
Yüksek Lisans	44	81,48
Toplam (f)	54	100

Oyun terapisi ile ilgili yazılan tez çalışmalarının ağırlıklı olarak yüksek lisans derecesine göre hazırlandığı görülmektedir. Çizelge 10’da oyun terapisi üzerine tez araştırmalarının araştırma desenlerine göre dağılımını göstermektedir.

Çizelge 10. Tezlerin kullanılan araştırma desenleri türlerine göre dağılımı

Tezlerde Kullanılan Araştırma Desenleri	Tez (f)	Yüzde %
Betimsel	10	18,52
Betimsel, Tarama	1	1,85
Betimsel Analiz	1	1,8
Betimsel-İlişkisel	1	1,85
Deneysel Desen/ Gözlem	1	1,85
Durum Analizi	10	18,52
Gözlem	1	1,85
İçerik Analizi	10	18,52
Keşfedici Desen	1	1,85
Tarama	17	31,48
Tarama/İlişkisel	1	1,85
Toplam (f)	54	100

Çizelge 10’a göre oyun terapisi ile ilgili yazılan tezlerde çeşitli araştırma desenlerinin kullanıldığı görülmektedir. Betimsel araştırma deseni en sık kullanılan desen olarak ön plana çıkmaktadır, toplamda 10 tezde bu desen kullanılmıştır. Bu desen, bir durumu, olayı veya olguyu detaylı bir şekilde tanımlamayı amaçlayan bir araştırma desendir. Durum analizi, içerik analizi ve tarama deseni de sıklıkla kullanılan araştırma desenleridir. Durum analizi ve içerik analizi desenleri, mevcut bir durumu, belirli bir bağlamı veya belirli bir konuyu analiz etmek amacıyla kullanılırken, tarama deseni daha geniş bir alanda bilgi toplamak ve mevcut literatürü derlemek için kullanılmaktadır. Bu desenler sırasıyla 10, 10 ve 17 tezde kullanılmıştır. Diğer kullanılan araştırma desenleri arasında betimsel-ilişkisel desen, betimsel analiz, gözlem, keşfedici desen ve deneysel desen/gözlem bulunmaktadır. Bu desenler daha az sayıda kullanılmıştır, her biri 1 veya 2 tezde yer almıştır.

Çizelge 11’de oyun terapisi üzerine tez araştırmalarının istatistikî yöntemlerine göre dağılımını göstermektedir.

Çizelge 11. Tezlerin kullanılan istatistiki yöntemlerine göre dağılımı

Tezlerde Kullanılan İstatistiki Yöntem	Tez (f)	Yüzde %
Tanımlayıcı İstatistikler	10	18,52
Güvenilirlik Analizi	2	3,70
Anova	1	1,85
T Testi	3	5,56
Regresyon Analizi	5	9,26
Korelasyon Analizi	10	18,52
Parametrik Olmayan Yön.	1	1,85
Ki-Kare Testi	10	18,52
Faktör Analizi	1	1,85
Diğer	11	20,37
Toplam (f)	54	100

Verilen çizelgeye göre, tezlerde çeşitli istatistiksel yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir. En sık kullanılan istatistiksel yöntemler arasında tanımlayıcı istatistikler ve korelasyon analizi yer almaktadır. Her ikisi de toplamda 10 tezde kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, veri setinin özelliklerini ve dağılımını tanımlamak için kullanılan bir yöntemdir. Korelasyon analizi ise değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek ve bağımlılık derecesini ölçmek amacıyla kullanılır. Ki-Kare testi de sıkça kullanılan bir istatistiksel yöntemdir ve toplamda 10 tezde yer almaktadır. Bu test, iki kategorik değişken arasındaki ilişkiyi ve bağımsızlık derecesini değerlendirmek için kullanılır. Regresyon analizi, t-testi ve güvenilirlik analizi de tezlerde kullanılan diğer yaygın istatistiksel yöntemler arasında yer almaktadır. Regresyon analizi, bir bağımlı değişken ile bir veya daha fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için kullanılırken, t-testi, iki grup arasındaki farklılıkları belirlemek için kullanılır. Güvenilirlik analizi ise bir ölçme aracının güvenilirliğini değerlendirmek için kullanılan bir yöntemdir. Diğer istatistiksel yöntemler arasında faktör analizi, parametrik olmayan yöntemler ve ANOVA gibi yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemler daha az sayıda tezde kullanılmıştır.

Çizelge 12 oyun terapisi üzerine tez araştırmalarının çalışılan psikopatolojilerine göre dağılımını göstermektedir.

Çizelge 12. Tezlerin çalışılan psikopatolojilere göre dağılımı

Psikopatolojiler	Tez (f)	Yüzde (%)
DEHB	3	5,45
Boşanma	2	3,64
Kaygı	6	10,91
Duygusal problemler	9	16,36
Davranışsal problemler	4	7,27
Sosyal beceriler	6	10,91
Dil ile ilgili	4	7,27
ÖÖG	1	1,82
Hastalıklar	8	14,55
TSSB	4	7,27
Salgın hastalık(covid-19)	1	1,82
Bağımlılık	2	3,64
Otizm	3	5,45
MR	1	1,82
Dijital oyunla eğitim	1	1,82
Toplam (f)	54	100

Verilen çizelgede oyun terapisi üzerine tez araştırmalarının çalışılan psikopatolojilerine göre dağılımını göstermektedir. Çocuklarda görülen psikopatolojiler çeşitli olmakla birlikte farklı birçok psikopatolojide çalışılmıştır. Duygusal problemler 16,36 yüzde ile en çok çalışılan konulardandır. Hastalıklar (medikal tedaviler), Kaygı, sosyal beceriler en çok çalışılan psikopatolojilerdir. DEHB, TSSB, MR gibi diğer çalışılan diğer psikopatolojilerdendir.

VI. TARTIŞMA VE SONUÇ

Oyun terapisi, çocuğun ruhsal sağlığının korunmasında ve psikolojik rahatsızlığının tedavi edilmesinde yardımcı olan ve son yıllarda popüler hale gelen bir terapi türüdür (Yılmaz, 2019). Çocuklar yaşları ve gelişimleri nedeniyle kendilerini doğru ve net bir şekilde ifade edemeyebilirler; bu süreçte yaşadıkları ruhsal sorunları anlatabilmek ve bu sorunlarla baş edebilmek için uzmanların desteğine gereksinim duyarlar. Oyun terapisi ile kendilerini çok daha kolay ve doğru bir şekilde ifade etme şansına sahip olurlar. Diğer tedavilerle birlikte kullanıldığında, oyun terapisi önemli bir katkı sağlayabilir (Yılmaz, 2019). Yetişkinler kendilerini konuşarak ifade ederken çocuklarda kendilerini oyun aracılığıyla ifade ederler.

Oyun terapisi üzerine araştırmalar yirminci yüzyılda başladı (Schaefer, 2013). Türkiye’de oyun terapisi ile YÖK verilerine göre ilgili tez çalışmaların 2013 yılında başlamış olması, bunların çoğunun 2019 yılından sonra yapılmış olması ve oyun terapisi ile ilgili çalışma sayısının yurt dışındaki literatüre göre düşük olması dikkat çekicidir. Türkiye’de son yıllarda oyun terapisi ile ilgili çalışmaların sayısında bir artış olduğu görülmektedir. Bu, son yıllarda araştırmacıların oyun terapisine önceki yıllara göre ilgi duyduklarını göstermektedir. Ancak yine de sayısal olarak az olduğu görülmektedir.

Nicel araştırma yöntemi, oyun terapisi hakkında yazılan tezlerin hemen hepsinde kullanılmıştır. Bu durum nitel araştırma yöntemleri kullanılarak yapılan araştırmaların nicel araştırma yöntemlerinden daha uzun sürmesinden kaynaklanmış olabilir (Arık ve Türkmen, 2009). Oyun terapisi ele aldıkları türlerine göre çalışmalar incelendiğinde, çocuk merkezli oyun terapisi konusunda daha fazla araştırma yapıldığı görülmektedir. Çocuk oyun terapisi, çocukları ilgilendiren olgularda en etkili oyun terapisi türlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Çiftçi, 2019). Bu durumun çocuk oyun terapisinin Türkiye’de daha popüler hale gelmesine ve öğrenmeye yoğunlaşmasına yol açtığı

düşünülmektedir. Eğitim ve süpervizyonlara ulaşma imkânı da bunu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaların 4 ila 10 yaş arasında eşit olarak dağıldığı görülebilir. 10 yaş itibariyle çalışma sayısındaki azalma dikkat çekicidir. 12 yaş üstü çocuklarda kullanılmamasının bu yaştan itibaren oyun terapisinin etkinliğinin azalmasından kaynaklandığı söylenebilir (Turan, 2018). Ergenler ile artık yaratıcı teknikler, sanat faaliyetleri ya da bilişsel modeller daha çok tercih edilmektedir. Bu onların yaşın büyümesiyle birlikte bilişsel ve sembolik oyun kapasitelerinin değişmesiyle ilgili olabilir.

Çalışmalar örneklem büyüklüğüne göre değerlendirildiğinde, 31-40 kişi ve daha fazlasını içeren çalışmaların azlığı dikkat çekicidir. Türkiye’de 40+ kişinin katılımıyla 10 çalışma yapılmıştır. Terapi sürecinin uzunluğu ve örneklemde yer alması gereken koşulları karşılayan kişileri bulmanın zorluğu, örneklem büyüklüğünün küçük olmasına yol açmış olabilir. Zaman ve maaliyet faktörü terapiye devam eden kişi sayısını etkilediği düşünülmektedir.

Oyun terapisi ile ilgili araştırma tezlerinin enstitülere dağılımı incelendiğinde, en fazla çalışmanın 28 çalışma ile Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde, 14 çalışmanın Eğitim Bilimler Enstitüsü'nde, 8 çalışmanın Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde, 4 çalışmanın ise Doğa Bilimleri Enstitüsü'nde yapıldığı tespit edilmiştir. Oyun terapisi psikolojik bir kavram olduğundan ve Psikoloji Bölümü Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde bulunduğu için, bu enstitüde daha fazla araştırma olduğuna inanılmaktadır.

Tezlerin bilim dallarına göre dağılımı ağırlıklı olarak psikoloji alanında olduğu görülmektedir. Oyun terapisi çocukların ruh sağlığının korunmasına yardımcı olan ve ruh sağlığının tedavisinde etkili olan bir yaklaşım olduğundan (Yılmaz, 2019), psikoloji konusunda daha fazla araştırma yapılması normal bulunmuştur. Oyun terapisi üzerine epeyce tez çalışmasının olmaması, konuya farklı açılardan bakılmadığını göstermektedir. Yazılı tezlerin çoğunun yüksek lisans tezlerinden oluştuğu fark edilir. Türkiye’de lisansüstü eğitime devam edilmesi ile doktora çalışmalarına geçiş hızı düşük olduğu için bu sonuç normal olarak değerlendirilmiştir.

Tezlerin kullanılan araştırma desenlerine türlerine göre dağılımına bakıldığında ise betimsel çalışmaların daha fazla olduğu ve istatistik türlerinin de tanımlayıcı istatistik ve korelasyon analizi olduğu görülmektedir. Verilere ulaşım ve analizi kolaylığı sebebiyle tercih edildiği düşünülmektedir.

Tezlerde çalışılan psikopatolojilerin dağılımına bakıldığında ise duygusal problemler, kaygı, davranışsal problemler ve travmaların yoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu danışanların başvurma sebepleri dolayısıyla ve araştırmacının literatürdeki eksikleri tamamlama amacıyla daha fazla çalışıldığına göstergesi olabilir. Çocuk ve ergen ruh sağlığındaki amaç sağlıklı psikolojik işleve sahip olmak ve bunu sürdürmektir. Ancak çocukluk döneminde görülen çalışılmayan bozukluklar çocukların normal gelişimini aksatabilir ve ideal işlevselliklere erişmesine engel olabilir (Ayhan, Uluman ve Buzlu, 2022).

Oyun terapisi, çocuğun iç dünyasını ifade etmeleri için çok ehemmiyetli bir vasıta. Terapi esnasında çocuklar yaşamış olduğu travmaları sembollerle anlatırlar (Landreth ve Bratton, 1999) ve süreç boyunca kendilerini güvende ve rahat hissederler. Terapi kısa sürede doğru bilgiyi sağlar. Çocuğun sorun olarak gördüğü düşünce ve duyguları fark etmesini sağlar ve onlara duygularını ifade etme fırsatı verir. Çocuğun terapi sürecinde yerinde doğru müdahalelerle tedavi edildiği (Öğret, 2008). Her ne kadar 2019 yılında oyun terapisi ile ilgili araştırmalarda geçmiş yıllara göre çalışma sayısına göre belirgin bir artış olsa da Türkiye’de araştırmacıların bu konuya daha fazla odaklanmaları gerektiğine inanılmaktadır.

Araştırmada kullanılan araştırma yöntemleri incelendiğinde nicel araştırmanın ağırlıklı olduğu görülmektedir. Oyun terapisi ile ilgili araştırmalarda, özellikle tez araştırmalarında nitel araştırmalara daha fazla yer verilmesi ülke literatürüne katkı sağlayacaktır. Tez araştırmalarının çoğunun Sosyal Bilimler Enstitülerinde olduğu görülmektedir. Eğitim, sağlık ve bilim kurumlarında çalışmaların yapılmış olması, oyun terapisine farklı açılardan bakıldığını ve bu çalışmaların artırılmasının çok önemli olduğunu göstermektedir.

Oyun terapisi ile ilgili araştırmaların çoğunun Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde yapıldığı görülmektedir. Araştırma çeşitliliğinin artmasını sağlamak amacıyla Türkiye’de diğer ekollerinde çocuklara uygulanması farklı oyun terapisi

türü hakkında daha fazla veri elde etmeyi sağlayacaktır. Çalışmaların 3-12 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Oyun terapisi, gecikmiş duygusal olgunluğun bir sonucu olarak 16 yıla kadar kullanılabilir (Turan, 2018). Bu nedenle 12 yaş üstü çocuklarla oyun terapisi çalışmaları yapılmalıdır. Daha sağlıklı sonuçlar elde etmek için daha büyük örneklem büyüklüğü ile çalışmalar yapmanın faydalı olacağına inanılmaktadır.

Çocuk Merkezli küçük çocuklarda daha çok kullanılırken ergenlerde Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi ve Kum Oyunu Terapileri kullanılabilir. Türkiye’de son zamanlarda popüler hale gelen oyun terapisi ile ilgili bu çalışmadan elde edilen veriler, bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu ortaya koymuştur. Duygusal, davranışsal, sosyal ve dil ile ilgili psikopatolojilerde yoğunlukla çalışılmıştır. DEHB gibi nörogelişimsel bozukluklarda bunlarla birlikte çalışılan konulardır. Sonuç olarak son yıllarda oyun terapi ile ilgili çalışmalar gittikçe artmaktadır. Ancak sayı bakımından oldukça yetersizdir. Daha fazla farklı psikopatolojiler üzerinde çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu çalışma da psikolojik sağlığın iyileşmesinde çocuklara ulaşmada oyun terapisinin gerekli olduğu ve faydalı olduğu görülmüştür.

Bilimsel çalışmaların sayısal olarak az olması ve çeşitliliğinin az olmasının sebepleri şunlar olabilir:

Türkiye’de çocuk ve ergenlere yönelik ruh sağlığı çalışmalarına ihtiyacın artması nedeniyle ulusal ruh sağlığı planlamaları yapılması ve sağlık politikaların oluşturulması zorunlu hale gelmektedir. Politikaların oluşturulmasındaki en büyük amaçlardan biri bu yaş grubuna ulaşmada ruh sağlığı profesyonellerinin sayıca azlığı, olguların tespit edilmesi ve tanılanmasında yaşanan güçlükler gibi nedenlerle çalışma maliyetleri artmakta ve geniş örneklemelere ulaşmak zorlaşmaktadır (Dursun, Güvenir ve Özbek, 2010).

Oyun terapileri ile Türkiye’de bilimsel çalışmaların yapıldığı farklı dernekler ve enstitüler olmakla birlikte burada ekollerin bilimselliği koruması açısından kendi standartları yer almaktadır. Türkiye’de 2012’ de Oyun Terapileri Derneği (Teber,2015) ve 2019 yılında Oyun Terapileri Enstitüsü kurulmuştur (oyunterapileri.org, 2023). Burada çeşitli eğitimler, kongreler, sempozyumlar gibi bilimsel faaliyetler ve atölye çalışmaları yapılmaktadır. Türkiye’de bu

derneklerin belirlediği standartlara sahip olmayan yani akredite olmayan eğitimciler tarafından da eğitimler verilmektedir. Bu eğitim sonrası süreçte süpervizyon almamış eğitimcilerin oyun terapisi uygulayıcılarının var olmasına sebep olmuştur. Dernek standartlarının belirlendiği eğitimler yerli ve yabancı hocalarla olmakla birlikte özellikle yeni mezun bir öğrencinin bazı eğitim ücretlerinin de döviz kurlarıyla belirlenmesiyle birlikte eğitime mali kanallardan ulaşım imkanını daraltmış diğer eğitimcilerin daha ucuz ve daha kısa süreli eğitimler açmasına sebep olmuştur. Elbette kalite ucuza satın alınmaz. Eğitimler sonrası süpervizyon ücretleri her uzmanın kendi belirlediği ücret olduğu ve bu ücrette ülke ekonomisine göre de güncellendiği için ulaşılabilirliği engellenmesine sebep olmaktadır.

Türkiye’de Nisan 2022’de hastanelerde oyun terapileri odası açılması kararlaştırılmıştır. Ankara, İstanbul, Bingöl ve Kayseri gibi illerde faaliyet göstermeye başlamıştır (Akay, 2022). Çalışmalar sadece Psikoloji kliniklerinde olmadığını hastanelerde de çalışmaların yapıldığını göstermiştir. Bu durum ülkemizin sosyal refahı için oldukça önemlidir. Ancak yetkin bir ruh sağlığı uzmanının olup olmaması ya da düzenli takiple ilgili veri bulunamamıştır. Bir çocuğa ulaşım ve düzenli terapi yapılıp sürecin devam edip etmemesi süreci olumsuz etkilemektedir.

Oyun terapileri uygulayıcı kişiler ruh sağlığı çalışanlarıdır. Bu alanda lisans ya da yüksek lisans eğitimi almış kişilerdir. Türkiye’de ise çoğunlukla Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ve Psikoloji Lisans mezunlarıdır. YÖK’ün belirlediği ders programlarında zorunlu dersler arasında Oyun Terapileri ile ilgili ders bulunmamakla birlikte çoğunlukla seçmeli olarak yer almaktadır (yok.gov.tr, 2023) Yüksek lisans programlarına bakıldığında Türkiye’de çocuk uzmanlı alanı olarak Klinik psikolojide bir elin parmaklarını geçmeyecek kadar üniversiteler programlar açılmaktadır. Bunlardan en bilindik ise İstanbul Bilgi Üniversitesi’dir (bilgi.edu.tr, 2023). Klinik Psikoloji Yüksek lisans alt dallarından biri de çocuk ve ergenlerdir. Yine Yüksek lisans düzeyinde zorunlu ders olarak oyun terapileri olmamakla birlikte seçmeli ders olarak programlarda yer almaktadır. Üniversitelerde ders programlarında yeteri derecede yer almaması bu soruna sebep olabilir. Bu da mezun ruh sağlığı çalışanı ya da uzmanının üniversitelerin enstitüleri dışında farklı eğitimler almalarına sebep olmaktadır. Kişinin gelişimi

için lisans dışı eğitim almak elbette önemlidir. Ancak bilimsel faaliyetler birikimli ve kişisel çabayla birlikte gerçekleşir. Zaman ve maliyet açısından ülke ekonomisi ve eğitim maliyetlerini düşündüğümüzde yetkin uzman azlığına sebep olmaktadır.

Oyun terapisi odası terapötik amaca hizmet eden dört dörtlük donatılmış bir odada ya da bir çanta dolusu malzemeye de yapılabilir. Kuramsal yönelim ve terapi çeşidi oyun odasının düzenlenmesinde etkilidir (Scfaefer, 2017). Oyun terapilerinin farklı ekolleri olmakla birlikte farklı ekollerinde belirli standartlara sahip oda ve oyuncakları vardır. Odanın kurulması mesleğe yeni başlayacak biri için maliyetli olabilir. Ya da başka bir uzmanın odasını kiralamak kişi için ekstra maliyete sebep olabilir. Bu durumun da oyun terapisiyle ilgili yapılacak bilimsel çalışmalara bir kısıtlılık getirebileceği düşünülmektedir.

Klinik görüşmeler danışanla ortak belirlenmiş bir mekânda belirli gün ve saate belirli bir ücret karşılığında yapılmaktadır. İyileştirici etkililiği için sınırların belirlenmesi çerçevenin çizilmesi gerekmektedir (Erol,2019). Çocuklarla yapılan görüşmelerde de elbette çerçeve şarttır. Ancak yetişkinlerinden farklı olmakla birlikte zorlukları da olabilir. Çünkü terapi kararı ve devam kararı danışan olan çocuğa değil bakım verene aittir. Çocuk değil etraftakiler sorunla ilgili mustarıdır bu yüzden terapiye gönüllü olma ve iyileşme arzusu çocukta görülmeyebilir.

Çocuklarda psikiyatrik sorunların çözülmesinde öncelik tanının konulmasıdır. Bu tanı ise mutlaka doktor tarafından konulması gerekir. Tedavi ekibinde psikologlar, psikolojik danışmanlar ve sosyal hizmet uzmanları yer alır. Ancak bazı zorluklar meydana gelir. Tedaviden kastedilen birkaç seans görüşülmesi rehberlik etmek de dahil edilebilir. Ancak bu süreçte aileler geri durabilir.

1. Tedaviden ailenin çekinmesi ve korkması; aile sorunun tedavi için büyük olmadığını düşünebilir.
2. Tedavi süresi aileyi korkutabilir; ailenin tedavinin hızlı ilerlemesini ister. Sabır göstermeyebilir ve aceleci davranabilirler.
3. Tedaviye inanma ya da inanmama tedavinin yarım kalıp ya da tamamlanmasına sebep olabilir (Öztürk, 2022).

Çocuklarla çalışırken ilaç tedavisi anne babaların fazla tepki gösterdiği korktuğu bir tedavi şeklidir. Toplumumuzda diğer hastalıklarda kontrolsüz ve doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımları olmasına rağmen psikiyatrik rahatsızlıklarda tedaviye katkı sağlayacak olan ilaçla tedaviye aileler karşı olurlar. Yapılan yanlışlardan biri her türlü rahatsızlığın çözümünü sadece ve öncelikli ilaç tedavisinde bulmaktır. Diğer hata ise ilaca karşı aşırı negatif tutumlardır. İlaç tedavi yöntemlerinden biridir. Hekim uygun görüp öneride bulunduğu kaçınılmamalıdır (Öztürk,2022). Ailelerin başvurulan her tedavinin ilaçlı olacağı inancı başvuru sebeplerini ve tedaviye devamını etkileyebilmektedir.

Belediyeçilik ve hastane kuruluşlarında çocuk ve ergen psikiyatrinde ve çocuk psikoloğunun başvuru sayısının yoğunluğu ve uzman yetersizliği karşısında ailelerin terapiye devam etmesinde sorunlar yaşanabilmektedir ve uygun oda sayısının eksikliği de önemli bir konudur. Randevu devamsızlığı çocukların yeterli ruh sağlığı alanında hizmet almasını engellemektedir (Aras, Ünlü ve Taş, 2007).

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Ancak bu hizmetler özel sağlık sigortası kapsamında geçerli değildir (Esatoğlu, 2019). Ruh sağlığı hizmeti almak isteyen kişilerin son yıllarda artan talepleriyle bekleme listelerindeki kişiler artmakta ve uzun listelerde çözümün gecikmesine neden olmaktadır (Mutlu, 2009). Sağlık hizmetleri her bireyin doğuştan sahip olduğu bir haktır. Küreselleşmeyle ruh sağlığı hizmetlerinin özel teşebbüslerde de varlığı artmıştır. Ancak kişilerin özel teşebbüslerde de sağlık hizmetlerinin sigorta kapsamında olmaması devamlı ilgili sorunlar yaşamasına sebep olabilmektedir.

Özel danışmanlık merkezlerinde her uzmanının seans ücreti kendi bulunduğu çevreye ve yetkinlik durumuna göre belirlenmektedir. Başvuru sebebinin çözülmesi içinde belirli bir süre devam gerektiği ve seans ücretleri her bir seans için ayrı alındığı için aileler için maliyetli olmaktadır. Büyük şehirlerde uzmana ulaşım ve yol imkanlarını düşündüğümüzde ulaşılabilirliği ve devamı etkilediği düşünülmektedir.

Başol ve Işık (2015)' e göre Sağlıkta Dönüşüm Programı reformu ile sigorta kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, kalite ve akreditasyona önem veren bir bakış açısının geliştirilmesi ile değiştirilebilir.

Tüm bu durumlara bakıldığında ise şunlar önerilmektedir:

1. Araştırma Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında "oyun terapisi" ile literatür taranarak yapılmıştır. Araştırma kapsamının arttırılabilmesi için sadece tezler değil bu alanda farklı veri tabanlarında yayınlanmış makaleleri de kapsayacak şekilde araştırmalar yapılabilir. Bu şekilde daha geniş kapsamlı bir çalışma planlanabilir.

2.Çalışmalar daha çok Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ekolünde yapılmıştır. Diğer oyun terapisi ekollerıyla de tez çalışmaların yapılması veri tabanlarının zenginleşmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

3.Yeni bir uygulama alanı olan oyun terapisi sadece Psikoloji ve Eğitim alanında çalışanların ilgisini çeken bir konu olmamıştır. Sağlık, Fen, Teknoloji ve Tıp alanında da çalışmalar yapılmıştır. Öncelikle Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ile Psikoloji bölümlerinin lisans, yüksek lisans ve doktora programlarında konu ya da ders olmalı; bahsi geçen diğer programlarda da ilgisi olan öğrenciler için de seçmeli ders olarak yer almasının yararlı olabileceğine inanılmaktadır.

4.Türkiye'de oyun terapilerini destekleyici, geliştirici eğitici ve öğretici derneklerin farklı ekollerde sayılarının artırılması ve oyun terapilerin standartlaştırıcı eğitimler verilmesi sağlanabilir.

5.Ruh Sağlığı Hizmet ödemeleri Sağlık Sigortası ödemeleri kapsamına alınarak başvuru yapan kişilerin terapiye devamları sağlanabilir.

6.Çocukların ve ailelerin terapiye ulaşılabilirliğini sağlamak amaçlı Aile Hekimlikleri gibi Psikolojik Danışmanlık Merkezleri kurulması önerilebilir.

7.Yaş grubunun çoğunlukla küçük yaşlarda olduğu görülmüş yaşı büyük çocuklar içinde çalışmaların yapılması elde edilecek bilgilerin daha çeşitli olmasına imkân tanıyacaktır. Büyük yaş çocuklarda ve ergenlerde Kum Terapisi Oyununun işlevsel olabileceği düşünülmektedir.

8.Öztürk ve Uluşahin (2020)'e göre ilaçla tedavi çocukların psikolojik sağlığında, ruhsal durum ve davranış değişikliğinde güçlü yöntemlerdendir. DEHB, psikotik bozukluklar, OKB, tik bozuklukları ve depresyon çocuk ve ergenlerde ilaçla tedavide iyi yanıt alınan ve ilaç kullanılmasında öncelikli ve etkili olan bozukluk gruplarıdır. Ancak ilaçla tedaviye ek başka uygulamalarda yer almaktadır. Çocuklarla başta oyun olmakla birlikte bireysel psikoterapiler, grup terapileri, davranış terapileri, eğitsel ve sanat terapileri ve aile danışmanlığı gibi çocuğun sürecini olumlu etkileyecek diğer uygulamalardır (Teber,2021). Bu sebeple psikiyatri kliniğine başvuran çocuklara bu uygulamalar da önerilebilir.

Bu kısıtlılıklara rağmen çalışma sonuçlarının, Türkiye'de çocuk ve ergen ruh sağlığında oyunla iyileşmenin kullanımlarına ilişkin önemli bir katkı sağlayacağını düşünmekteyim. Bu konudaki tez çalışmaları ne yazık ki belirttiğim sebepler dolayısıyla oldukça azdır. Eksik olan bu alana ilişkin Türkiye'de çalışmaların artırılması ve deneyimlerin paylaşılması gelişmekte olan çocuk ve ergen ruh sağlığı için katkı sağlayacaktır.

VII. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- AKAY, R. (2022). **Oyun Terapisi (Teori Teknik ve Kültüre Has Vaka Örnekleri)**. Efe Akademi Yayınları. Efe Akademi Yayınevi.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ. (2015). **Ruhsal bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı**, beşinci baskı (dsm-5) tanı ölçütleri başvuru el kitabı'ndan, çev. Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- BAYKOÇ DÖNMEZ, N. (2000). **Üniversite Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü ve Kız Meslek Lisesi Öğrencileri İçin Oyun Kitabı**. 1.Basım. Esin Yayınevi, İstanbul.
- BLUNDON NASH, J.& SCHAEFER, C. E. (2017). Oyun terapisi temel kavramlar ve uygulamalar, **Oyun Terapisinin Temelleri** içinde (Ed.Charles E. Schaefer). Çev. B. Tortamış Özkaya. Ankara: Nobel.
- BOOTH, P. B. VE JERNBERG, A. M. (2014). **Theraplay**. (Ş. Çavuşoğlu, Çev.) İstanbul: Gün Yayıncılık.
- BOWLBY, J. (1969). **Attachment and loss v. 3** (Vol. 1).
- BOWLBY, J. (2008). **A secure base: Parent-child attachment and healthy human development**. Basic books.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş., KILIÇ ÇAKMAK, E., AKGÜN, Ö., KARADENİZ, Ş., DEMİREL, F. (2019). **Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri**. Ankara: Pegem Akademi, 40-120.
- COŞKUN, F. (2022). **İnsan doğası** Donald W. Winnicott, çev. Pelin Koç, Pinhan yay. İstanbul 2017, 208 s.
- CRAWLEY, S.A., PODELL, J.L., BEIDAS, R.S., BRASWELL, L. VE KENDALL, P.C. (2010). **Cognitive behavioral therapy for youth**. İçinde K.S. Dobson (Ed.). Handbook of Cognitive Behavioral Therapies. (Third Edition). The Guilford Press.

- EROL, E. (2019). **Çocuk terapilerinde klinik** çerçeve. Erol, E. (Ed). Çocuk ve Ergen Odaklı Klinik Görüşme. İstanbul: İdeal Kültür Yayınları.
- FORDHAM, M. (1996). **Children as individuals**. New York: Free Association Books.
- FRIEDMAN, H. S. VE MITCHELL, R. R. (1994). **Sandplay: Past, Present and Future**. Londra: Routledge.
- GREEN, E. J. (2013). Jungian analitik oyun terapisi. C. E. Schaefer (Ed.), **Oyun terapisinin temelleri (61-86)** içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- GREEN, E. J. (2016). **Çocuk ve ergenlerle Jungcu oyun terapisi el kitabı**. (N. Cihanşümül Maral, Çev.). İstanbul: Nobel Yaşam Yayınları.
- HOMEYER, L. E. (2020). **Kum Tepsisi Terapisi**. (H. Kahyaoğlu Çakmakçı ve S. Karakoç Demirkaya, Çev.). İstanbul: Apamer Yayıncılık.
- KALFF, D. M. (2003). **Sandplay**. California: Temenos Press.
- KARASAR, N. (2016). **Bilimsel Araştırma Yöntemi**. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- KEPPERS, G. L (1981). **These children are fighting a desperate battle**, In Play Therapy (Virginia M. Axline). New York: Ballantine Books.
- KESTLY, T. (2019). Oyun Terapisi. D. Crenshaw ve A. Stewart (Ed.), **Oyun Terapisi** içinde. İstanbul: Apamer Yayıncılık.
- KESTLY, T. (2020). Ergen Kum Tepsisi Terapisi. C. E. Schafer ve L. Gallo-Lopez (Ed.), **Ergenler ile Oyun Terapisi** içinde. İstanbul: Yenikapı Yayınları.
- KLEIN, M. (2015). **Çocuk Psikanalizi**. (Çev: A. Demir) İstanbul: Pinhan Yayıncılık.
- KNELL, S.M. (2017). Bilişsel davranışçı oyun terapisi. (Çev. B. Tortamış Özkaya). C. Schaefer (Ed.), **Oyun Terapisini Temelleri** (ss. 313-328). Nobel Yayıncılık.
- KOTTMAN, T. (2011). **Play Therapy- Basic and Beyond (Second Edition)**. Virginia: American Counseling Association.

- KOTTMAN, T. (2013). Adlerian oyun terapisi C.E. Schaefer, (Ed.). **Oyun terapisinin temelleri** (87-104) içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- KRANOWITZ, C. S. (2014). Senkronize Olamayan Çocuk. İstanbul: Pepino Yayıncılık.
- LANDRETH, G. (2011). **Oyun terapisi: ilişki sanatı**. Kocaeli: Altın Kalem Yayınları.
- LANDRETH, G. (2012). Play therapy: The art of the relationship. 3 rd ed, BrunnerRoutledge: New York.
- LEVINE, P. A., & KLİNE, M. (2014). **Ey Travma Bizden Uzak Dur**. İstanbul: Doğan Kitap.
- LEVY, A. J. (2013). Oyun Terapisine psikanalitik yaklaşımlar. C. E. Schaefer, (Ed.), **Oyun terapisinin temelleri** (43-60) içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- LOWENFELD, M. (1999). **Understanding Children's Sandplay: Lowenfeld's World Technique**. Canada: Sussex Academic Press.
- MCMAHON, L. (1992). **The Handbook Of Play Therapy**. London: Routledge.
- MITCHELL, R. R., & FRIEDMAN, H. S. (1994). **Sandplay: Past, present and future**. New York: Routledge.
- OKTAY, A. (2013). **Oyuna Kurumsal Yaklaşım**, Ü. Tüfekçioğlu (Edit.), Çocukta Oyun Gelişimi, Açık öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.
- ONUR, B. (1995). **Gelişim psikolojisi**. İmge Kitabevi, Ankara, 152.
- ÖKTEM, D. (2012). **Türkiye'deki çocuk adalet sisteminin yönetimi ve yaş ayrımcılığına ilişkin paradigmanın incelenmesi, Türkiye'de çocuk adalet sisteminin yönetimi**. Ankara: Uluslararası Çocuk Merkezi Yayınları.
- ÖKTEM, F. (1999). Oyun tedavisi. A. Ekşi, (Ed.), **Ben hasta değilim** (682-698) içinde. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- ÖZBEK, A., ve BOZABALI, Ö. G. (2003). **Okul öncesi çocuklarda psikotrop ilaç kullanımı**. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 13, 57-64.

- ÖZDOĞAN B. (2000). **Çocuk ve Oyun**, 3. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 127-134.
- ÖZDOĞAN, B. (1988). **Çocuk ve Oyun Terapisi**. Yargıçoğlu Matbaası, Ankara
- ÖZDOĞAN, B. (2009). **Çocuk ve oyun** (5. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
- ÖZTÜRK, M. (2021). **Çocuk psikiyatrisi**. 1. Basım, İstanbul: Uçurtma Yayınları.
- ÖZTÜRK, M., ve Başgül, Ş. S. (2020). **Çocuklarda dürtüsellik / dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı ve tedavisi**. Uçurtma Yayınları.
- ÖZTÜRK, M.O. Ve ULUŞAHİN A. (2020). **Ruh sağlığı ve bozuklukları**. (17. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Evi.
- PEARSON, M. VE WILSON, H. (2001). **Sandplay&Symbol Work**. Melbourne: Australian Council for Ducation Research Ltd.
- PEHLİVAN, H. (2005). **Oyun ve Öğrenme**. Anı Yayıncılık, Ankara.
- PERRY, B., & SZALAVITZ, M. (2012). **Köpek Gibi Büyütülmüş Çocuk**. İstanbul: Okyanus Yayınları.
- POYRAZ, H. (2003). **Okul Öncesi Dönemde Oyun ve Oyuncak**. Anı Yayıncılık. S.136, Ankara
- PUNNET, A. F. (2016). Psychoanalytic and jungian play therapy. K. J. O'Connor, C.E. Schaefer, L.D. Braverman, (Eds.), In **Handbook of play therapy** (pp. 63-92). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- RAY, D.C. (2019). **İleri Düzey Oyun Terapisi: Çocuklarla uygulamada gerekli koşullar, bilgi ve beceriler**. (Çev. D. Olgaç). Pinhan Yayıncılık.
- RAY, DEE C. (2019). **İleri düzey oyun terapisi: çocuklarla uygulamada gerekli koşullar, bilgi ve beceriler**. (D. Olgaç, Çev.). İstanbul: Pinhan Yayıncılık.
- ROUSSEAU, J. J. (2009). **Emile**. (Ü. Akagündüz, Çev.). İstanbul: Selis.
- RUEGER, R. (2001). **Dokunmanın Mutluluğu**. İstanbul: Okyanus Yayıncılık.

- RYAN, V., WILSON, K. (2016). **Yönlendirmesiz Oyun Terapisinde Vaka Çalışmaları**. (B. Aslan, Çev.) Ankara: Nobel Yayınevi.
- SANTROCK, J. W. (2014). **Yaşam boyu gelişim: gelişim psikolojisi** (G. Yüksel, Çev.) Ankara: Nobel.
- SARGIN, N. (2012). **Çocuklarda ruh sağlığı**. Eğitim Yayınevi.
- SCHAEFER CE. (2013). **Foundations Of Play Therapy**. Çeviri. Tortamış Özkaya B. Oyun Terapisinin Temelleri, 2. Baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 10- 53.
- SCHAEFER, C. E. & KADUSON, H. G. (2006). **Preface in Contemporary Play Therapy- Theory, Research and Practice** (Ed. Charles E. Schaefer & Heidi Gerard Kaduson). New York: The Guilford Press.
- SCHAEFER, C. E. (Ed.). (2011). **Foundations of play therapy**. John Wiley & Sons.
- SCHAEFER, C. E. (Ed.). (2017). **Oyun terapisinin temelleri** (B. T. Özkaya, Çev.) Ankara: Nobel Yayıncılık.
- SEVİNÇ, M. (2004). **Erken çocukluk gelişimi ve eğitiminde oyun**. Morpa Kültür Yayınları. S.90, İstanbul.
- SEVİNÇ, M. (2005). **Erken Çocuklukta Gelişim ve Eğitimde Yeni Yaklaşımlar**. 1.Basım. 2.Cilt. Morpa Kültür Yayınları. İstanbul.
- SWEENEY, D. S., & LANDERTH, G. L. (2017). Çocuk merkezli oyun terapisi. C. E. Schaefer (Ed.) **Oyun terapisinin temelleri** (B. Tortamış Özkaya, Çev.) içinde (s. 129-152). Ankara: Nobel.
- TEBER, M. (2021). **Çocuklarla Online Terapi**. Yenikapı Yayınevi: İstanbul.
- ÜNÜVAR, P. (2014). **Oyun terapisi. Okul Öncesi Dönemde Çocukları Değerlendirme ve Taima Teknikleri**, Alev Önder (Ed.). Ankara: Pegem Akademi Yayınevi.
- VAN FLEET, R., SYWULAK, A.E., & CAPAROSA SNISCAK, C. (2018). **Çocuk merkezli oyun terapisi** (H. Kural & B. Tuncel, çev.). İstanbul: Apamer.

VANFLEET, R. (2017). Filial Terapi Oyunun Gücü İle Aile İlişkilerini Kuvvetlendirmek. C. Schaefer içinde, **Oyun Terapisinin Temelleri** (s. 153-170). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

WEINRIB, E. L. (2004). **Images of Self**. California: Temenos Press

WINNICOTT, D. W. (1991). **Playing and reality**. Psychology Press.

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

DERGİLER

AKER T, ÜSTÜNŞOY S, KUĞU N, ve YAZICI A. (2000). Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. **36. Ulusal Psikiyatri Kongresi**, Poster Bildirisi.

AKTEPE E, DEMİRCİ K, ÇALIŞKAN A, SÖNMEZ Y. (2010). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları. **Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, 23(2): 100-108

ARAS, Ş., ÜNLÜ, G., VE TAŞ, F. V. (2007). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 10(1), 28-37.

AUSTRALIAN PLAY THERAPISTS ASSOCIATION, 2021. **Australian Play Therapists Association**

Ayhan, C. H., Uluman, Ö., & Buzlu, S. (2022). Çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını koruma ve geliştirmede önemli bir güç: hemşireler. **Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi**, 8(2), 87-96.

BARNARD, K. E., & BRAZELTON, T. (1990). Touch: The foundation of experience: Full revised and expanded proceedings of Johnson & Johnson Pediatric Round Table X. **International Universities Press**, Inc.

BAŞOL, E. VE IŞIK, A. (2014). Türkiye’de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı

değerlendirme ve öneriler . **International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal** , 2 (2) , 1-26 .

BAYINDIR N. (2010). “Aile İçinde Yaşanan Şiddete Karşı Çocuğun Gösterdiği Tepkiler”, **Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, (2): 1-9.

BEE, H., (1994). Lifespan Development. Harper Colling **College Publishers**, NY: New York. S.29

BOOTH, P. B., & JERNBERG, A. M. (2009). **Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play**. John Wiley & Sons.

BRADWAY, K. (1999). “Sandplay with children”. **Journal of Sandplay Therapy**, 8(2).

BRATTON, S. C., RAY, D., RHINE, T. & JONES, L. (2005). “The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes”. **Professional Psychology: Research and Practice**, 36(4), 376-390.

BRODY, V. (1992). “The Dialogue of Touch: Developmental Play Therapy”. **Journal Of Play Therapy**, sayı 1, ss.12-30.

BRODY, V. (1997). “The Dialogue Of Touch: Developmental Play Therapy”. **London: Jason Aronson Inc**

BRONFENBRENNER, U. (1979). “Contexts of child rearing: problems and prospects”. **American Psychologist**, cilt 34, sayı 10, ss. 844–850.

BRUCE, T., (1993). “Time to Play In Early Childhood Education: Third Impression Hodder& Stoughton”, **London**. Ss. 64-100

BULUT, S. (2008). “Seçici konuşmamazlık (selective mutizm): Sebepleri ve tedavi yaklaşımları”. **Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, sayı 17, ss.52-65.

CHINEKESH, A., KAMALIAN, M., ELTEMASI, M., CHINEKESH, S. & MANIJEH, A. (2013). “The effect of group play therapy on social-

emotional skills in pre-school children”. **Global Journal of Health Science**, 24, 163-175

COX, F. (1953). “Sociometric status and individual adjustment before and after play therapy”. **Journal of Abnormal Social Psychology**, 48, 354–356.

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.

DONALD, B. (2014). “Understanding sandplay therapy from a contemporary philosophical perspective: between east and west”. **Simon Fraser University**, Canada. doi:<https://summit.sfu.ca/item/14830>

DUMAN, G. VE TEMEL, Z. F. (2011). “Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'nde Anasınıfına Devam Eden Çocukların Oyun Davranışlarının İncelenmesi.” **Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, cilt 1, sayı 1.

Dursun O. B. , Güvenir T. ve Özbek A. (2010) Çocuk ergen ruh sağlığında epidemiyolojik çalışmalar: yönemsel bir bakış. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry**. 2010; 2(3): 401-416.

DURUALP, E. VE ARAL, N. (2010). “Altı yaşındaki çocukların sosyal becerilerine oyun temelli sosyal beceri eğitiminin etkisinin incelenmesi”. **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, sayı 36, ss.160-172.

DURUKAN İ, KARAMAN D, KARA K, TÜRKER T, TUFAN AE, YALÇIN Ö VE ark. (2011). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı. **Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, 24(2): 113-120.

ENLOW MB, EGELAND B, BLOOD EA, WRIGHT RO, WRIGHT RJ. (2012). “Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study”. **J Epidemiol Community Health**, cilt 66, sayı 11:1005-1010.

- ERKAN, F. (1990). "Kriminolojide Çocuğun Psiko-sosyal Gelişimi Açısından Dokunmanın Önemi". **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası**, ss.145-151.
- FİELD, T. (2010). "Touch for socioemotional and physical well-being: A review". **Developmental Review**, ss.367-383.
- FLEMING, L. & SNYDER, W. (1947). "Social and personal changes following nondirective group play therapy". **American Journal of Orthopsychiatry**, sayı 17, ss.101-116.
- GIBBS, J. (1945). "Group play therapy." **British Journal of Medical Psychology**, sayı 20, ss.244-254.
- GÖZALAN, E. VE KOÇAK, N. (2014). "Oyun temelli dikkat eğitim programının 5-6 yaş çocukların kelime bilgi düzeylerine etkisinin incelenmesi." **KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, 16, 115-121.
- GUERNEY, L. (2000). "Filial Therapy into the 21st century". **International Journal of Play Therapy**, sayı 9, ss.1-17.
- HARRIS TE, LANDRETH GL. (2001). Essential personality characteristics of effective play therapists. This One New York, **Brunner-Routledge**, 23-29.
- HART, S. (2018). Brain, attachment, personality: An introduction to neuroaffective development. **Routledge**.
- JACKSON, Y., RUMP, B. S., FERGUSON, K., & BROWN, A. (1999). "Group play therapy for young children exposed to major stressors: Comparison of quantitative and qualitative evaluation methods". **Journal of Child and Adolescent Group Therapy**, sayı 9, ss.3-16.
- JOHNSON, LL, YAWKEY, D.T. AND CHRISTİE, FJ., (1987). Play and Early Childhood Development, **Harper Collins Publishers**, NY: New York. S.9
- JOHNSON, P., & STOCKDALE, D. (1975). "Effects of puppet therapy on palmar sweating of hospitalized children". **Johns Hopkins Medical Journal**, 137, 1-5

- KADUSON, H. G. (2013). Serbest bırakma oyun terapisi. C. E. Schaefer (Ed.), **Oyun terapisinin temelleri** (105–126) içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- KALFF, D. (1991). "Introduction to sandplay therapy". **Journal of Sandplay Therapy**, 1(1).
- KILIÇ, C. (2020). Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz?. **Toplum ve Hekim**, 35(3), 179- 187.
- KNELL, S. M. (1998). Cognitive-behavioral play therapy. **Journal of Clinical Child Psychology**, cilt 27 sayı 1, 28-33. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2701_3.
- KNELL, S. VE DASARI, M. (2006). Cognitive behavioral therapy for anxiety and phobias. (Second Edition). İçinde H.G. Kaduson ve C.E. Schaefer (Eds.), **Short-Term Play Therapy for Children** (ss. 22-50). **Guilford Press**.
- KNELL, S. VE DASARI, M. (2016). **Cognitive–behavioral play therapy for anxiety and depression**. (Second Edition). İçinde L.A. Reddy, T.M. Files, and C.E. Schaefer (Eds.), **Empirically Based Play Interventions for Children** (ss. 77.91). **American Psychological Association**.
- KNELL, S.M. (2009). Cognitive behavioral play therapy: theory and applications. İçinde A.A. Drewes (Ed.), **Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: Evidence based and other effective treatments and techniques** (ss. 117-134). **John Wiley & Sons, Inc**.
- KNELL, S.M. VE DASARI, M. (2009). CBPT: Implementing and Integrating CBPT into clinical practice. İçinde A.A. Drewes (Ed.), **Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: Evidence based and other effective treatments and techniques** (ss. 321-352). **John Wiley & Sons, Inc**. 132
- KOTTMAN, T. & MEANY-WALLEN, K. (2016). **Partners in play: an Adlerian approach to play therapy**. Alexandria: **American Counseling Association**

- KÜTÜK, M. Ö., ve DEMİRKAYA, S. K. (2017). Çocuk ve Ergenlerde Psikotropik İlaç Kullanımı Farklılıkları ve Genel İlkeleri. **Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry- Special Topics**, s. 1-7.
- LINDGREN, L., RUNDGREN, S., WINSO, O., LEHTIPALO, S., WIKLUND, U., KARLSSON, M., ET AL. (2010). “Physiological responses to touch massage in healthy volunteers”. **Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical**, 105-110.
- MÄKELÄ, J. (2005). “The importance of touch in development of children”. **The Finnish Medical Journal**, 60, 1543-1549.
- MANTEMAYOR, L. (2014). “Exploring the effectiveness of child-centered play therapy in young children: A quantitative single case research design”. **Texas: A & M University- Corpus Christi, Doctor of Philosophy in Counselor Education**.
- MEHLMAN, B. (1953). “Group play therapy with mentally retarded children”. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, 48, 53–60.
- MYERS, D. (1971). “A comparison of the effects of group puppet therapy and activity group therapy with mentally retarded children”. Doctoral dissertation, **Lehigh University**, Dissertation Abstracts International, 31, 5234.
- NALAVANY BA, RYAN SD, GOMORY T & LACASSE JR. (2005). “Mapping The Characteristics of A 'Good' Play Therapist”. **International Journal of Play Therapy**, 14(1), pp. 27-50.
- NİCOLOPOULO, A. (2004). “Oyun, bilişsel gelişim ve toplumsal dünya: Piaget, Vygotsky ve sonrası”. (Çev.: M.T. Bağlı.) **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi**, 37 (2), 137 – 169
- NORTON, B. (2007). “Trauma expression in play therapy”. Paper presented at the 13th Annual Colorado Association for Play Therapy Conference, **Denver, CO**.
- NORTON, B., FERRİEGEL, M., & NORTON, C. (2011). “Deneyimsel Oyun Terapisinde Somatik Travma İfadeleri”.

- ÖĞRETİR, A.D. (2008). “Oyun ve oyun terapisi”. **Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi**. Sayı.22, ss.94-100
- PATTON SARAH C. & BENEDİCT HELEN E. (2017). Nesne İlişkileri ve Bağlanma Temelli Oyun Terapisi, Oyun Terapisi Kapsamlı Teori ve Uygulama Rehberi, Editörler: David A. Crenshaw, Anne L. Stewart (Çeviri Editörleri Derya Nesrin Bıyıklı –Büke Tuncel), **Apamer Psikoloji Yayınları**, İstanbul 2017, ss 20-21.
- RAY, D. C. & LANDRETH, G.L. (2017). Çocuk merkezli oyun terapisi. D. A. Crenshaw & A. L. Stewart (Ed.), **Oyun terapisi kapsamlı teori ve uygulama rehberi** (D. N. Bıyıklı & B. Tuncel, Çev.) içinde (s.5-19). İstanbul: Apamer Psikoloji.
- SCHOPLER, E., BREHM, S., KINSBOURNE, M., & REİCHLER, R. (1971). “Effect of treatment structure on development in autistic children”. **Archives of General Psychiatry**, 24, 415-421.
- SOYSAL, A. Ş. (2005). “Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış”. **Klinik Psikiyatri**, 88-99.
- STERN, D. N. (2018). **The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology**. Routledge.
- TORTAMIŞ ÖZKAYA, B. (2015). “Ebeveyn-Çocuk İlişkisi Üzerine Odaklanan Bir Oyun Terapisi Yaklaşımı: Filial Terapi.” **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 208-220.
- TRONICK, E. Z. (1995). “Touch in mother-infant interaction”. **Touch in early development**, 53-65.
- TURAN, M. (2016). **İnsan rûhu, ezeli olan tanrısal bir öz müdür?** Necmettin Erbakan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi , 41 (41) , 102-130 .
- TYNDALL-LİND, A., LADRETH, G. & GIORDANO, M. (2001). “İntensive group play therapy with child witnesses of domestic violence”. **International Journal of Play Therapy**, cilt 10, sayı 1, ss.53-83.
- VAN DER KOLK, & BESSEL, A. (1994). “The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress”. **Harvard Review of Psychiatry**, 1(5). doi:10.3109/10673229409017088

WAKABA, Y. (1983). "Group play therapy for Japanese children who stutter".
Journal of Fluency Disorders, 8, 93-118.

WEISS, S. J. (1990). **Parental touching: Correlates of a child's body concept and body sentiment.**

WILLIAMSON, G. G., & ANZALONE, M. E. (2001). Sensory integration and self-regulation in infants and toddlers: Helping very young children interact with their environment. Zero to Three: **National Center for Infants**, Toddlers and Families, 2000 M Street, NW, Suite 200, Washington, DC 20036-3307.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

ASSOCIATION FOR PLAY THERAPY (2014).
<http://www.a4pt.org/ps.playtherapy.cfm?ID=1158>

ASTRAMOVICH, R.L. (October 31, 1999). Play therapy theories: a comparison of three approaches. Erişim adresi: <https://eric.ed.gov/?id=ED435889>

BRITISH ASSOCIATION FOR PLAY THERAPISTS (t.y.a). "Play Therapy".
<https://www.bapt.info/>

EUGSTER, K. (t.y.). Play Therapy: How It Helps Children Feel Better and Improve Behaviour. Canadian Association for Play Therapy.
<https://legacy.cacpt.com/wpcontent/uploads/2018/07/Play-Therapy-print-letter-size.pdf>

INTERNATIONAL SOCIETY FOR SANDPLAY THERAPY. (2021). "History: International Society for Sandplay Therapy". Ocak 10, 2021 tarihinde International Society for Sandplay Therapy: <https://www.isst-society.com/history> adresinden erişildi.

SCHWARTZENBERGER, K. (2004). Developmental Play Therapy.
<http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10000>

SCHWARTZENBERGER, K. (2010). Neurosensory Play Interactions in Play Therapy. <http://www.playtherapyseminars.com/Articles/Details/10008> adresinden alınmıştır

SEVİNÇ, P. D., ve BAKAY, U. K. (2016). Çocuğum için psikiyatri ilaçları gerçekten gerekli mi? catidanismanlik.com: <http://catidanismanlik.com/post/cocugum-icin-psikiyatri-ilaclari-gercekten-gerekli-mi> adresinden alınmıştır.

TÜRK DİL KURUMU. (2015). Aralık 15, 2015 tarihinde Güncel Türkçe Sözlüğü:

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.56c87b_a39fd097.30612749 adresinden alındı

UNITED STATES ASSOCIATION FOR PLAY THERAPY (t.y.). Definition of Play Therapy. <https://www.a4pt.org/page/AboutAPT>

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf

<https://oyunterapileri.org/>

<https://oyunterapileridernegi.org/>

<https://psyma.bilgi.edu.tr/tr/sayfa/alt-dallar-92/>

https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Yeni-Ogretmen-Yetistirme-Lisans-Programlari/Rehberlik_ve_Psikolojik_Danismanlik_Lisans_Programi.pdf

TEZLER

BEERS, P. (1985). “Focused videotape feedback psychotherapy as compared with traditional play therapy in treatment of the oppositional disorder of childhood.” Doctoral dissertation, University of Illinois at Urbana–Champaign, Dissertation Abstracts International, 46, 1330.

BOUILLION, K. (1974). “The comparative efficacy of nondirective group play therapy with preschool, speech or language delayed children”. Doctoral dissertation, Texas Tech University, Dissertation Abstracts International, 35, 495.

ERŞAN, Ş. (2006). “Okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden altı yaş grubundaki çocukların oyun ve çalışma (iş) ile ilgili algılarının

incelenmesi". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

KAÇAR, S. (2016). "Okul Öncesi Normal Gelişim Gösteren 5-6 Yaş Grubu Çocukların Tercih Ettikleri Oyun Türlerinin Dil Gelişimi Ve Problem Çözme Becerisi Üzerine Etkisinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Gelişim Psikolojisi Programı, İstanbul.

KOÇKAYA, S. (2016). "Okul öncesi çocuklarının çekingenlik davranışları üzerine oyun terapisi uygulamalarının etkisi". Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

MUTLU, C. (2009). Çocuk ruh sağlığı hizmetlerinde öncelik belirleme yöntemlerinin değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık doktora tezi.

OUALLINE, V. (1976)." Behavioral outcomes of short-term nondirective play therapy with preschool deaf children". Doctoral dissertation, North Texas State University, Dissertation Abstracts International, 36, 7870.

PELHAM, L. (1972). "Self-directive play therapy with socially immature kindergarten students". Doctoral dissertation, University of Northern Colorado, Dissertation Abstracts International, 32, 3798.

PEREZ, C. (1988). "A comparison of group play therapy and individual play therapy for sexually abused children". Doctoral dissertation, University of Northern Colorado, Dissertation Abstracts International, 48, 3079.

SCHOTTELKOLB, A. A. (2007). "Effectiveness of child-centered play therapy and person-centered teacher consultation on ADHD behavioral problems of elementary 68 68 school children: A single case design". Texas: University of North Texas, Dissertation Prepared for the Degree of Doctor of Philosophy.

SEZİCİ, E. (2013). "Okul Öncesi Çocuklarda Oyun Terapisinin Sosyal Yetkinlik ve Davranış Yönetimine Etkisi". İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

- SWAN, K. L. (2011). "Effectiveness of play therapy on problem behaviors of children with intellectual disabilities: A single subject design". Texas: University of North Texas, Dissertation Prepared for the Degree of Doctor of Philosophy.
- TEBER, M. (2015). "Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Çocuklarda Görülen Davranış Sorunlarının Çözümüne Etkisi". Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- UĞUR, GAYE PINAR. (2019). Sağlık sigorta şirketleri ve sağlık kurumları işbirliği süreçlerinin incelenmesi. MS thesis. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- YILDIZ, S. (2015). "Oyun terapisiyle bütünleştirilmiş grup terapisinin çocukların utangaçlık düzeylerine etkisi". Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

DİĞER KAYNAKLAR

- CRENSHAW, D. A., & STEWART, A. L. (2017). Oyun terapisi kapsamlı teori ve uygulama rehberi. İstanbul: APAMER Psikoloji Yayınları.
- ÇETİN, F. (2013). Çocuk Merkezli Oyun Terapisi Eğitim Notları. 2013
- KILIÇ, C. (1998) Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: ana rapor; Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (ed). Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
- MOTAVALLI, N. (1994). Antidepresan ilaçların çocuk ve ergen psikiyatrisinde kullanımı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 4:1-4, 31-38.
- WHO. Constitution. World Health Organization, Geneva, 1948.
- YERYÜZÜ DOKTORLARI VE PEDAGOJİ DERNEĞİ. (2014). "Soma Çocukları İçin Oyun Terapisi Projesi." Manisa, Soma, Türkiye.

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad: Kübra GÜREL

Öğrenim Durumu

Lisans: 2014 – 2018 Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Merkezi

Mesleki Deneyim

Kendine ait Tokat merkezde yer alan Kübra Gürel Psikolojik Danışmanlık ve Eğitim Merkezi adı verilen kurumda çalışmaktadır.

Alınan Eğitimler

- Oyun Terapisi Eğitimi Programı (Birgül Bakay Emiroğlu- Oyun Terapileri Derneği Onaylı-50 Saat)
- Oyun Terapisi Eğitimi Programı (Ahenk Çocuk- Mehmet Teber- 4 Gün)
- Oyun Terapisi Eğitimi II. Modül Yapılandırılmış Oyun ve Sanat Psikoterapisi Teknikleri Eğitimi (Birgül Bakay Emiroğlu- Oyun Terapileri Derneği Onaylı-16 Saat)
- Aile Destekli Oyun Terapisi Eğitimi (Birgül Bakay Emiroğlu- Oyun Terapileri Derneği Onaylı-5 Saat)
- Çocuk Ergen Bilişsel ve Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimi (Vahdet Görmez- Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Onaylı-80 Saat)
- EMDR 1. Düzey Temel Eğitimi (Emre Konuk- Davranış Bilimleri Enstitüsü- 7 Günlük Eğitim)
- Çocuk ve Ergen EMDR 1. Düzey Eğitimi (Ümran Korkmazlar- Fide Danışmanlık Merkezi- 3 Günlük Eğitim)
- Cinsel Terapi Eğitimi (Cem Keçe- CİSED- 6 Ay -12 Gün)