KUM OYUNU TERAPİSİNİN 6-11 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUNLARINA ETKİSİ

İlksen Şenoba Şavkın
181180105

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Zabcı

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2022

KUM OYUNU TERAPİSİNİN 6-11 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUNLARINA ETKİSİ

İlksen Şenoba Şavkın
181180105
Orcid: 0000-0002-4791-8922

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Zabcı

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisanüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Türkiye'de kum oyunu terapisi alanında ilk çalışma olması sebebiyle mesafeyle yaklaşılan bir konuda araştırma yapmama olanak tanıyan, akademik bakış açısına tanık olarak pek çok şey öğrendiğim, Türkçe'ye karşı özenli tutumu ile psikanalitik psikoterapiyi ilk kez kendisiyle anladığımı hissettiğim sevgili hocam Neslihan Zabcı'ya minnettarım. Desteği ve katkısı paha biçilemez.

Mesleki hayatımda her zaman desteğini hissettiğim, psikoterapist olma yolculuğumda çokça emeği olan, çocukları anlamak konusunda ki adanmışlığına her zaman gıptayla baktığım ve tez çalışmam için alanda önemli eserlere ulaşabilmemi sağlayan sevgili hocam Mehmet Teber'e minnettarım.

Kum oyunu terapisi eğitiminin Türkiye'ye gelmesinde öncülük eden Nazlı Savaşan ve Nil Akat'a teşekkür ederim. Bu eğitimi almasaydım; böyle bir araştırma olanaksız olurdu. Kum oyunu terapisinin yayılması için Türkiye'ye gelip bu konuda beceri kazanmamız konusunda emek veren Carlo Ruffino, Elvira Carolina Valente, Braam Beetge ve Maria Kendler'e teşekkür ederim. Kum oyunu terapisi eğitim sürecini paylaştığım arkadaşlarımın desteği çok kıymetliydi. Kendilerine teşekkür ederim. Alanda önemli eserlere erişebilmem hususunda Ayşe Arslanoğlu'nun desteği ve çalışmam boyunca arkadaşlığı için hem kendisine hem de Şükriye Karahan'a çok teşekkür ederim.

Ebru Özlem Albayrak ile hem araştırmamın anahattı konusunda hem de kum tepsilerinin içerikleri hakkında yaptığımız fikir alışverişleri araştırmaya dair vizyonumu genişletti. Kendisine teşekkür ederim.

Tez savunma jürisinde yer alan hocalarım Nermin Çelen ve Gülçin Karadeniz'in savunma sırasındaki cesaretlendirici ve değerli önerileri ve katkıları için kendilerine teşekkür ederim.

Sevgili ve pek değerli arkadaşlarım İlknur Tuna ve Ferhan Kırış'a minnettarım, her yorulduğumda dinlenebileceğim bir liman, ağlayabileceğim bir omuz oldukları için. Mesai arkadaşlarımın yılmadan tezimle ilgili fikirlerimi dinlemesi, bana eşlik etmeleri ve manevi destekleri çok kıymetliydi, kendilerine çok teşekkür ederim.

Öznel yolculuğumda bana eşlik eden Özüm Demirel'in bu çalışmanın ortaya çıkmasındaki katkısı paha biçilemez. Yolda yalnız olmadığımı hissettirdiği ve beni her daim kapsadığı için kendisine minnettarım.

Çalışmaya katılım sağlayan çocuklar ve ailelerine minnettarım. Onlar olmadan bu çalışmayı gerçekleştirmek olanaksızdı.

Sevgili eşim Abdullah Şavkın ve kızım Meryem Reyhan Şavkın'a çalışmam boyunca yanımda oldukları ve destekledikleri için çok teşekkür ederim.

Ve tabi ki annem, bu çalışmayı görseydi, her zaman okumayı ve öğrenmeyi tavsiye eden haliyle benimle gurur duyardı, bu çalışmayı ona ithaf ediyorum…

İlksen Şenoba Şavkın

Şubat, 2022

ÖZ

KUM OYUNU TERAPİSİNİN 6-11 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUNLARINA ETKİSİ

İlksen Şenoba Şavkın

Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Zabcı
Maltepe Üniversitesi Lisanüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Kum oyunu terapisi, oyun terapisi, sanat terapisi ya da müzik terapisinde olduğu gibi kişinin kendisini sözlü ya da sözsüz olarak ifade etme imkanı bulduğu dışavurumcu terapötik bir yöntemdir. Bu araştırmanın amacı ülkemizde yeterince tanınmayan kum oyunu terapisinin çocuklarda görülen duygusal ve davranışsal sorunlara etkisini araştırmaktır.

Araştırma kapsamında kum oyunu terapisi 6-11 yaş arasındaki 26 çocuğa uygulanmıştır. Örneklem, İstanbul'da bulunan psikolojik danışmanlık merkezine başvuran ailelerin çocukları arasından seçilmiştir. Araştırmada tek gruplu öntest-sontest kontrol grupsuz yarı deneysel desen çalışması yürütülmüştür.

Araştırma kum oyunu terapisi uygulaması öncesinde ve sonrasında 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18) kullanılarak çocukların duygusal ve davranışsal sorunları ölçülmüştür. Araştırmada parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Wilcoxon testi, ölçek puanlarının ön test-son test puanlarını karşılaştırmak için kullanılmıştır. Araştırma sonucunda Kum Oyunu Terapisinin çocuklarda görülen duygusal ve davranışsal sorunların azalmasında etkili olduğu bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: oyun, kum oyunu, kum oyunu terapisi, duygusal sorunlar, davranış sorunları.

ABSTRACT

THE EFFECT OF SANDPLAY THERAPY ON EMOTIONAL AND BEHAVIORAL PROBLEMS OF CHILDREN THAT AGED 6-11

İlksen Şenoba Şavkın

Masters Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Master's Program
Advisor: Asst. Prof. Dr. Neslihan Zabcı
Maltepe University Graduate School, 2022

Sand play therapy is an expressive therapeutic method in which the person has the opportunity to express himself verbally or non-verbally, as in play therapy, art therapy or music therapy. The aim of this study is to investigate the effect of sand play therapy, which is not well known in our country, on emotional and behavioral problems in children.

Within the scope of the research, sand play therapy was applied to 26 children between the ages of 6-11. The sample was selected among the children of families who applied to the psychological counseling center in Istanbul. In the research, a quasi-experimental design study was carried out without a single group pretest-posttest control group.

Children's emotional and behavioral problems were measured using the Child Behavirol Check List (CBCL/6-18) before and after sand play therapy. Non-parametric tests were used in the study. Wilcoxon test was used to compare the pretest-posttest scores of the scale scores. As a result of the research, it was found that Sand Play Therapy was effective in reducing emotional and behavioral problems in children.

Keywords: play, sand play, sand play therapy, emotional problems, behavioral problems.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ vi
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER viii
TABLOLAR LİSTESİ xii
ŞEKİLLER LİSTESİ xvi
KISALTMALAR xvii
ÖZGEÇMİŞ xviii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1

1.1. Kum Oyunu Terapisi 1

1.1.1. Kum Oyunu Terapisi Nedir? 1
1.1.2. Kum Oyunu Terapisi Tarihçesi 2
1.1.3. Kum Oyunu Terapisinin Gerekçesi 3
1.1.4. Kum Oyunu Terapisi Sertifikasyon Süreci 4
1.1.5. Kum Tepsisi Terapisi ile Kum Oyunu Terapisinin Farkı 5
1.1.6. Çevrimiçi Kum Oyunu Terapisi ve Kum Tepsisi Terapisi 6
1.1.7. Türkiye'de Kum Oyunu ve Kum Oyunu Terapisi 7
1.1.8. Dünya'da Kum Oyunu Terapisi 8

1.2. Kum Oyunu Terapisinin Esasları 12

1.2.1. Kum Oyunu Terapisi 12
1.2.2. Kum ve Kumun Simgesel Anlamı 13
1.2.3. Kum Tepsisi ve Kum Tepsisinin Simgesel Anlamı 15
1.2.4. Su ve Suyun Simgesel Anlamı 15
1.2.5. Oyun 15
1.2.6. Minyatür Figürler Seçme ve Düzenleme 16
1.2.7. Kum Oyunu Terapisi Seans Protokolü 16
1.2.8. Terapistin Kum Oyunu Terapisindeki Rolü 18
1.2.9. Kum Oyunu Terapisinde Gelişim Teorisi ve Tepsilerin Yorumlanması 19

1.3. Kum Oyunu Terapisinde Analitik Psikoloji Kavramları ve Tepsideki Görünümleri 22

1.3.1. Aktarım ve Karşı Aktarım 22

1.3.2. Bilinç ve Bilinçdışı ... 23
1.3.3. Ego ... 24
1.3.4. Benlik (Self) ... 24
1.3.5. Ego-Benlik Ekseni ve Sorunları ... 25
1.3.6. Aşkın İşlev ... 25
1.3.7. Simge ... 26
1.3.8. Kompleks ... 26
1.3.9. Persona, Anima/Animus ... 26
1.3.10. Gölge ... 27
1.3.11. Bireyleşme Süreci ... 27
1.4. Çocuklarda Görülen Duygusal ve Davranışsal Sorunlar ... 28
1.5. Çocuklarda Görülen Ruhsal Bozukluklar ... 30
1.5.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ... 31
1.5.2. Karşıt Gelme Bozukluğu ... 31
1.5.3. Davranım Bozukluğu ... 31
1.5.4. Duygu Durum Bozukluğu ... 32
1.5.5. Anksiyete Bozukluğu ... 32
1.5.6. Somatizasyon Bozukluğu ... 34
1.5.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk ... 34
1.5.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ... 35
1.6. Araştırmanın Amacı ... 35
1.7. Araştırmanın Önemi ... 36
1.8. Sınırlılıklar ... 37
1.9. Varsayımlar ... 37
BÖLÜM 2. YÖNTEM ... 38
2.1. Araştırma Modeli ... 38
2.2. Araştırma Örneklemi ... 38
2.2.1. Örneklem Grubunun Demografik Özellikleri ... 39
2.3. Verilerin Toplanması ... 41
2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ... 41
2.4.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu ... 42
2.4.2. Sosyo-Demografik Bilgi Formu ... 42
2.4.3. Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği ... 42
2.5. İşlem ... 45
2.6. Verilerin İstatistiksel Analizi ... 47
BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR ... 48
3.1. Bulgular ... 48
3.1.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeğe Ait Bulgular ... 48

3.1.2. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Alt Test Bulguları 51

3.1.2.1. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testi Bulguları 51
3.1.2.2. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testi Bulguları 52
3.1.2.3. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Bulguları 53
3.1.2.4. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Davranışı Alt Testi Bulguları 54
3.1.2.5. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Bulguları 55
3.1.2.6. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Bulguları 56
3.1.2.7. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Bulguları 57
3.1.2.8. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Bulguları 58

3.1.3. Örneklem Grubunun 2007 Alt Test Bulguları 59

3.1.3.1. Örneklem Grubunun 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Test Bulguları .. 59
3.1.3.2. Örneklem Grubunun 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Test Bulguları 60
3.1.3.3. Örneklem Grubunun 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Test Bulguları 61

3.1.4. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Alt Test Bulguları 62

3.1.4.1. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Duygu Durum Bozukluğu Alt Test Bulguları 62
3.1.4.2. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Test Bulguları 63
3.1.4.3. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Test Bulguları 64
3.1.4.4. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli DEHB Alt Test Bulguları 65
3.1.4.5. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Test Bulguları 66
3.1.4.6. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Test Bulguları 67

3.1.5. Örneklem Grubunun İçe Yönelim ve Dışa Yönelim Alt Test Bulguları 68

3.1.5.1. Örneklem Grubunun İçe Yönelim Alt Test Bulguları 68
3.1.5.2. Örneklem Grubunun Dışa Yönelim Alt Test Bulguları..... 69

3.1.6. Örneklem Grubunun CBCL/6-18 Test Bulguları 70

3.2. Yorumlar..... 74

3.2.1. Çocuklarda görülen duygusal ve davranışsal sorunlar üzerinde kum oyunu terapisinin etkisine dair bulguların tartışması 74

BÖLÜM 4. SONUÇ 78

4.1. Özet 78
4.2. Yargı 79
4.3. Öneriler 79

EK'LER 81

KAYNAKÇA 89

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Örneklem Grubunun Cinsiyete ve Yaşa Göre Dağılımı 39

Tablo 2. Örneklem Grubunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı 40

Tablo 3. Örneklem Grubunun KOT Seans Sayısına Göre Dağılımı 40

Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin ve Alt Boyutlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları 48

Tablo 5. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 51

Tablo 6. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 52

Tablo 7. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 52

Tablo 8. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 53

Tablo 9. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 53

Tablo 10. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 54

Tablo 11. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Davranışı Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 54

Tablo 12. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Davranışı Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 55

Tablo 13. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 55

Tablo 14. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 56

Tablo 15. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 56

Tablo 16. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 57

Tablo 17. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 57

Tablo 18. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 58

Tablo 19. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 58

Tablo 20. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 59

Tablo 21. Örneklem Grubunun 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 59

Tablo 22. Örneklem Grubunun 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 60

Tablo 23. Örneklem Grubunun 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 60

Tablo 24. Örneklem Grubunun 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 61

Tablo 25. Örneklem Grubunun 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 61

Tablo 26. Örneklem Grubunun 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 62

Tablo 27. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Duygu Durum Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 62

Tablo 28. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Duygu Durum Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 63

Tablo 29. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 63

Tablo 30. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 64

Tablo 31. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 64

Tablo 32. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 65

Tablo 33. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 65

Tablo 34. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 66

Tablo 35. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 66

Tablo 36. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 67

Tablo 37. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 67

Tablo 38. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 68

Tablo 39. Örneklem Grubunun İçe Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 68

Tablo 40. Örneklem Grubunun Ampirik İçe Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 69

Tablo 41. Örneklem Grubunun Dışa Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 69

Tablo 42. Örneklem Grubunun Dışa Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 70

Tablo 43. Örneklem Grubunun Toplam Problem Puanına Ait Öntest-Sontest Puan Ortalamaları 70

Tablo 44. Örneklem Grubunun Toplam Problem Puanı Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması 71

Tablo 45. Araştırma Sonuçları ile Türkiye Normlarının Genel Sonuçlarının Karşılaştırılması 71

Tablo 46. Araştırma Sonuçları ile Türkiye Normlarının Ampirik Temelli Alt Test Sonuçlarının Karşılaştırılması 72

Tablo 47. Araştırma Sonuçları ile Türkiye Normlarının 2007 Alt Testler Sonuçlarının Karşılaştırılması 73

Tablo 48. Araştırma Sonuçları ile Türkiye Normlarının DSM Yönelimli Alt Testler Sonuçlarının Karşılaştırılması 73

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. CBCL/6-18 Ampirik Temelli Alt Testler 44

KISALTMALAR

ISST : International Society for Sandplay Therapy

ASEBA : Achenbach Ampirik Temelli Değerlendirme Sistemi

CBCL : Child Behavioral Check List

DSM : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

SPSS : Statistical Package for The Social Sciences

KOT : Kum Oyunu Terapisi

N : Denek Sayısı

Ort. : Aritmetik Ortalama

S.D. : Standart Sapma

z : z puanı

S.O. : Sıra ortalaması

S.T. : Sıra Toplamı

p : Anlamlılık Değeri

ÖZGEÇMİŞ

İlksen Şavkın

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Yüksek Lisans	2022	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı
Lisans	2015	İstanbul Bilgi Üniversitesi, Uluslararası Travma Çalışmaları (Burslu)
	2009	Haliç Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalı (YÖK Burslu)
Lise	2005	Özel Çınar Koleji

İş/İstihdam

Yıl	***Görev***
2015 – Halen	Simurg Psikolojik Danışmanlık-Kurucu Psikolog
2012 – 2015	Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği-Psikoloji Komisyon Başkanı
2011 – 2012	Üstün zekalı çocuklarla sosyal yaşam becerileri-Psikolog
2010 – 2011	Özel Eğitimle Yenidoğuş Rehabilitasyon Merkezi-Psikolog
2009 – 2010	Altınbaşak Anaokulu-Yıldız Anaokulu Psikolojik Danışmanlık
2008 – 2009	Ahenk Psikolojik Danışmanlık-Asistan

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	***Kurum***
2010 –	Üye : Türk Psikologlar Derneği
2017 –	Üye : EMDR Derneği
2020 –	Üye: Oyun Terapileri Enstitüsü

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

Uluslararası Çocuk Evleri ve Koruyucu Aile Sisteminin Geleceği Çalıştayı, Sözel bildirim, 2012.

1.Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi - Kadir Has Üniversitesi - Çocuk Koruma Kongresi, Sözel bildirim, 2014.

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Kum oyunu terapisiyle ilgili çalışmaların yaklaşık olarak 100 yıllık bir tarihi vardır. Günümüzde pek çok alanda kullanılan kum oyunu terapisi özellikle çocukların duygusal ve davranışsal problemlerini tanıma ve tedavi etme amacıyla kullanılır (Bugay & Delevi, 2011).

Kum oyunu terapisi teorisinin temel taşlarından biri, deneyimin bilinçli ve bilinçdışı yönlerinin oluşturduğu gerginlik ve uzlaşmanın kumda simgesel olarak temsil edilmesidir (Kalff, 2003). Danışan figürler, kum ve suyla oynadığı oyun aracılığıyla "zıt" unsurların uzlaşmasını sağlayarak psikolojik değişimi getirir.

Bu çalışmanın amacı ülkemizde yeterince tanınmayan kum oyunu terapisinin çocuklarda görülen duygusal ve davranışsal sorunlara etkisini araştırmaktır. Bu bölümde kum oyunu terapisinin tarihsel gelişimi, kum oyunu terapisi işleyişi, terapistin rolü ve analitik psikolojiden önemli kavramlar ele alınarak kum tepsisindeki görünümleri hakkında bilgiler incelenmiştir.

1.1. Kum Oyunu Terapisi

1.1.1. Kum Oyunu Terapisi Nedir?

Kum oyunu terapisi, hayal gücünün kullanıldığı yaratıcı bir terapi şeklidir. Terapötik ilişki ve kum tepsisi, danışana "özgür ve korunaklı [bir] alan" sağlar (Kalff, 2003). Bu alan içinde kum, su ve minyatürler aracılığıyla danışanın psişik yapısı görünür olur (Turner, 2005).

Kalff (2003), kum oyunu terapisini eğitimli bir kum oyunu terapisti tarafından danışanlara "özgür ve korunaklı alan" da sunulan kum, su ve minyatürler ile danışanın hayal gücünün somut bir şekilde görünmesine, danışanın içindeki iyileşme potansiyelinin açığa çıkmasına ve danışanın içsel dünyasını güvenli bir şekilde ifade edebilmesi için alan açarak danışanın aydınlanmasına olanak tanıyan bir teknik olarak tanımlamıştır.

Kum oyunu terapisi bir oyun terapi tekniğidir. Dört yaş ve üzeri tüm bireylere ve yetişkinlere de uygulanabilen bir terapi yöntemidir. Depresyon, travma, kaygı gibi pek çok psikolojik sorunda fayda veren etkili bir terapi tekniğidir (Teber ve Akat, 2021).

Kum oyunu terapisi bilinç ile bilinçdışı arasında bir köprü oluşturur. Jung'un teorisinde yer alan aşkın işlevi destekler ve hayata yeni bir bakış açısı kazandırır. Kum oyunu terapisi bilinçdışı materyalin bilince çıkmasını ve bütünleşmesini kolaylaştırır. Psişe (ruh), sözle dile gelemeyecek kadar yoğun ve zengin bir dile ihtiyaç duyar, kum oyunu terapisi simgeler aracılığıyla psişenin bu ihtiyacını karşılar. Kum oyunu terapisi, bir terapistin sahip olabileceği kelimelerin çok daha ötesinde bir zenginliğe sahiptir. Kum oyunu özellikle söz öncesi dönemde yaşanan deneyimlerin aktarılmasını ve yoğun duygusal durumların ifadesini kolaylaştırır (Kalff, 2003).

1.1.2. Kum Oyunu Terapisi Tarihçesi

Kum oyunu terapisi 20. yüzyılın ortalarında İsviçreli Jungcu analist Dora Kalff tarafından geliştirilmiştir. Kalff (2003), kum oyunu terapisini geliştirirken üç bakış açısından etkilenmiştir:

- Kum tepsisi terapi modelini geliştiren ve bu tekniğe "Dünya Tekniği" ismini veren çocuk psikiyatristi Margaret Lowenfeld (1890-1973),
- Jungcu analitik psikoloji,
- Jungcu bakış açısını destekleyen doğu felsefesi.

Herbert George Wells'in 1911'de kum oyunu terapisine benzer şekilde pek çok minyatürlerle oynanan "Zemin Oyunları" adlı bir oyun tarifi yazmıştır. Lowenfeld (1979), Dünya Tekniği'ni geliştirirken H. G. Wells'in Zemin Oyunlarından etkilenmiştir (Friedman ve Mitchell, 1994).

1954 yılında Dora M. Kalff, Margaret Lowenfeld'in "Dünya Tekniği" üzerine Zürih'teki Uluslararası Psikoterapi Kongresi'nde verdiği derse katılmış ve bu yeni teknikten çok etkilenmiştir. Jung'a bu yeni yaklaşımdan bahsetmiş ve Jung bu tekniği sürdürmesi için onu cesaretlendirmiştir. Kalff, Lowenfeld ile irtibata geçmiş ve 1956'da Lowenfeld'in tekniğini öğrenmek için Londra'ya gitmiştir. Londra'da Donald Winnicott ve Micheal Fordham ile çalışma imkânı bulmuştur (akt. Friedman ve Mitchell, 1994).

Kalff, kum oyunu terapisiyle çalışırken klinik deneyimleri ve gözlemleri sayesinde kum oyunu terapisinin Erich Neumann'ın gelişim teorisiyle paralel gittiğini keşfetmiştir (akt. Weinrib, 2004). Kalff (2003), Neumann'ın modelini erken dönem psikolojik gelişimi anlamak için rehber olarak kullanmıştır ve Neumann'ın gelişim teorisi kum oyunu terapisinin ayrılmaz bir parçası olarak kalmıştır.

İngiltere'de Jungcu analist Micheal Fordham (1996), çocuklarla yaptığı çalışmalarına dayanarak bireyleşmenin erken çocukluk döneminden itibaren arketiplerle aktif bir şekilde görünür olduğunu vurgulamıştır. Bu tespit Neumann'ın gelişim teorisini doğrulamaktadır.

Dora Kalff (2003), kum oyunu terapisi yöntemini geliştirirken Margaret Lowenfeld, D. W. Winnicott, Erich Neumann, Micheal Fordham, Daisetz Suzuki, Dalai Lama gibi pek çok isimden ilham almıştır ve temel dayandığı ekol ise Jung'un Analitik Psikolojisi'dir.

Dora Kalff, kum oyunu terapisini Avrupa, Amerika ve Japonya'da konferanslar, seminerler ve atölye çalışmaları ile yaygınlaştırmıştır (akt. Donald, 2014). Sonrasında Uluslararası Kum Oyunu Derneği (ISST), 1985 yılında kum oyunu terapisini korumak, geliştirmek ve yaygınlaştırmak amacıyla Dora Kalff tarafından kurulmuştur (Kalff, 2003). ISST, kum oyunu terapisti ve kum oyunu terapisti eğitimcisi olabilme standartlarını belirlemektedir. Dernek, 1991 yılından beri 'Kum Oyunu Terapisi Dergisi (Journal of Sandplay Therapy)' yayınlamaktadır (Bradway, 1999).

1.1.3. Kum Oyunu Terapisinin Gerekçesi

Birinci Dünya Savaşı sırasında Lowenfeld (1979), yetimhanelerde ki deneyimleri sırasında travmanın tek başına sözel iletişimle ifade edilemeyeceği kanısına varmıştır. Lowenfeld, o dönemlerde beynin dile bağlı olmayan bir düşünme şekli kullandığını keşfetmiştir. Bu yüzden kum tepsisi terapisini oluştururken bireylerin özellikle söz öncesi döneme ve sözel olmayan deneyimlere ulaşabilmelerini sağlamayı amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda kum tepsisindeki deneyimlerin ve sözsüz iletişimin önemini fark etmiştir (Lowenfeld, 1999).

Kum oyunu terapisi, danışanın kendi içindeki sorunları ve kişilerarası sorunlarını açığa çıkararak çalışmasını sağlayan, danışan tarafından yönetilen ve terapist tarafından kolaylaştırılan duyusal temelli, sözsüz iletişimin olduğu, dışavurumcu ve yansıtıcı bir psikoterapi biçimidir (Homeyer, 2020). Kum terapisi ergenlere, sözel olmayan düşünce süreçlerini de dahil ederek; çocukluktan yetişkinliğe geçişteki çatışmalar üzerine yardımcı olmak, kimlik duygusu geliştirmek için hayal gücünü, yaratıcılığı kullanmak ve akranlarla ilişkiler üzerine çalışmak gibi pek çok alanda yardımcı olur (Kestly, 2020).

Kum terapisi beynin iki yarısını da kullanmamıza izin verir. Bu bir avantaj olarak terapide daha hızlı ilerlemeyi sağlar. Sözsüz işleyen kum tepsisinde sahnelenen çalışma, zekayı sözel forma kavuşturur ve ruhsal zekaya erişimi sağlar (Kestly, 2019). Bireyler olayları deneyimlerken bunu tüm duyularını devreye sokarak aynı anda yaparlar. Dil doğrusaldır; deneyimler ise çok boyutludur. Dolayısıyla deneyimler dilsel olarak tamamıyla aktarılamaz. Kum tepsisinde renk, kinestetik boyutlar, derinlik, yükseklik, objelerin saklanması ya da görünür olması, duygular, nesneler arasındaki ilişkiler ve bunun gibi pek çok faktör aynı anda sürece dahil olur (Kestly, 2020).

Kum terapisi, söze dökülmeyen duygusal sorunların ifade edilmesini sağlar. Kum terapisinde oyun bir dil; minyatürler ise kelimelerdir. Kum terapisi, danışanın hem kendini tam anlamıyla ifade edebileceği hem de keşfedebileceği bir alandır. Kum terapisi, kumu kullanarak danışanın, duyusal deneyim ihtiyacını karşılar. Kum terapisi özellikle travma tedavisinde danışanın acısına mesafe koymasını kolaylaştırarak acıyı simgeleştirmesine ve dışavurmasına olanak sağlar. Bunun beraberinde duygusal boşalma için güvenli bir alan sunar (Pearson ve Wilson, 2001).

Kum terapisi, sözel olmayan bir düzeyde danışana "özgür ve korunaklı alan" sunarak danışana kapsanma hissi verir. Bu sınırlar güvende olma deneyimi sağlar ve gelişime kapı aralar. Kum terapisinde en önemli yorum danışanın yorumudur. Terapistin merakına değil, danışanın ihtiyacına hizmet eden bir paylaşım söz konusudur. Kum terapisi, direncin aşılmasında ve sözel becerileri zayıf olan danışanlarda özellikle etkilidir. Kum terapisi sözel becerileri zayıf kişilere yeni bir iletişim aracı sağlar ve böylece kişilerin duygusal ifade becerileri gelişir. Kum terapisi, danışana denetimin kendisinde olduğu hissini verir. Bunun yanı sıra kum terapisi, tepsi ve minyatürler aracılığıyla aktarım sorunlarının ele alınmasında kolaylık sağlar. Kum terapisi ruhsal çatışma ve sorunlara ulaşmak konusunda kapsamlı ve hızlı bir yol izler (Homeyer, 2020).

1.1.4. Kum Oyunu Terapisi Sertifikasyon Süreci

Kum oyunu terapisi, doğru eller tarafından kullanıldığında güçlü ve paha biçilemez bir yöntemdir. Doğru uygulanmadığı zaman ise danışana zarar verebileceği unutulmamalıdır. Kum oyunu terapisi ancak yetkin bir kum terapisti tarafından

yapılmalıdır. Kum oyunu terapistleri kendi kum oyunu terapi süreçlerinden geçmelidir (Kalff, 2003).

ISST tarafından kum oyunu terapisti olabilmenin şartları belirlenmiştir. Kum oyunu terapisti olabilme standartları teorik eğitim, grup süpervizyonları, bireysel süpervizyonlar, terapistin kendi analiz sürecinden geçmesi ve yazılı vaka ödevlerini içermektedir (Loue, 2015).

1.1.5. Kum Tepsisi Terapisi ile Kum Oyunu Terapisinin Farkı

Debbie Mego ve Sachiko Reece 2012 yılında gerçekleşen Ulusal Kum Terapisi Konferansı sunumlarında kum oyunu terapisi ile kum tepsisi terapisi arasındaki farkları şu şekilde sunmuşlardır:

- Kum oyunu terapisi Jungcu teorik alt yapıya sahiptir. Kum tepsisi terapisinde herhangi bir teorik alt yapı yoktur; her ekole uyarlanabilir.
- Kum oyunu terapisinde tepsi yapılırken terapistin yaklaşımı sessiz, yönlendirici olmayan, sözsüz iletişimin aktif olduğu, deneyimleme ve anlamaya odaklıdır. Kum tepsisi terapisinde danışanla tepsi hakkında yönlendirici, soruların ve sözel iletişimin etkin olduğu bir iletişim olur.
- Kum oyunu terapisi süreç odaklıdır ve bireyleşmeyi destekleme amacı taşır. Kum tepsisi terapisi ise daha çok semptom odaklıdır ve tanı koyma ya da sorun çözme amacı taşır.
- Kum oyunu terapisinde iyileşmenin sözel olmayan veya söz öncesi dönemde gerçekleştiğine inanılır. Kum tepsisi terapisinde söze dökme iyileşmenin önemli bir parçası olarak görülür.
- Kum oyunu terapisi süreci genelde uzun bir süreye yayılır; kum tepsisi terapisi ise daha kısa sürer.
- Kum oyunu terapisinde yorumlama geciktirilir; kum tepsisi terapisinde ise yorumlama her tepside yapılabilir.
- Kum oyunu terapisinde tepsi takdim edilirken yönlendirme olmaz; kum tepsisi terapisinde ise yönlendirme yapılabilir.
- Kum oyunu terapisinde tepsinin belirlenmiş bir şekli ve boyutu vardır; kum tepsisi terapisinde herhangi bir boyut ya da şekilde tepsiler kullanılabilir.

- Kum oyunu terapisinde minyatürler simge olarak görülür; kum tepsisi terapisinde işaret olarak görülür.
- Kum oyunu terapisinde minyatür koleksiyonu gölge materyali, arketipik simgeleri içerir; kum tepsisi terapisinde terapistin yönelimine göre minyatür koleksiyonu değişkenlik gösterebilir.
- Kum oyunu terapisinde hazırlanan sahne hakkında danışan dilerse yorum getirebilir, sahneyi isimlendirebilir; kum tepsisi terapisinde hazırlanan sahne hakkında tartışmalar ve sorular eşliğinde bazen tepside değişiklikler yapılabilir (akt. Beetge, 2018).

1.1.6. Çevrimiçi Kum Oyunu Terapisi ve Kum Tepsisi Terapisi

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Mart 2020'de küresel salgın ilan edilmiştir (Teber ve Akat, 2021). Pandemi döneminde yüz yüze yürütülen psikoterapi çalışmaları durmak zorunda kalmış ve terapi çalışmalarını çevrimiçi yürütmeye ihtiyaç doğmuştur.

Kum oyunu terapisi, teknik olarak çevrimiçi uygulanması oldukça zor olan bir terapidir. Kum oyunu terapisinde terapist ve danışan arasında gerçekleşen sözsüz iletişimi ve terapistin tanıklığını da içeren kapsayıcı duruşu çevrimiçi alanda sağlamak oldukça güçtür. Bu zorluğa rağmen pandemi döneminde bu kapsamda çeşitli uygulamalar yapılmıştır. Bunlardan biri, danışanın tüm terapi malzemelerini tedarik etmesini ve evinde kendisine küçük bir kum oyunu alanı oluşturmasını sağlamaktır. Danışan kum tepsisinde sahnelerini inşa ederken terapist de çevrimiçi görüşme platformu aracılığıyla danışana eşlik eder. Bir diğer uygulama ise, danışanların evlerine terapistleri tarafından hazırlanan materyallerin gönderilmesidir. Materyallerin danışanın terapistine aktarımı için özellikle önemli olduğunu savunan terapistler bu ikinci uygulamayı tercih etmişlerdir. Bir önceki uygulamada olduğu gibi süreç işlemiştir (Teber ve Akat, 2021).

Başka bir uygulama şeklinde ise, terapist danışandan evdeki objelerden rastgele toplamasını ve minyatür yerine kullanmasını ister. Danışanın kum tepsisi edinemediği durumlarda ise masa üzerine dikdörtgen bir şekil çizerek kum tepsisi işlevinde kullanması istenir. Bunların dışında Amerika Merkezli Sanal Kum Tepsisi (Virtual Sandtray) adlı mobil bir uygulama da kullanılmaktadır. Uygulamanın içinde üç boyutlu tepsi, kum ve yüzlerce figürden oluşan minyatür koleksiyonu vardır. Danışan uygulama

aracılığıyla kum tepsisini sahneler. Pandemi dönemi olağan dışı bir dönemdir. Ve olağan dışı yöntemler kullanmayı gerektirmiştir (Teber ve Akat, 2021).

International Society for Sandplay Therapy (ISST)'nin Avrupa ve Afrika başkan yardımcısı Carlo Ruffino (2020)'ya göre, terapistin kendi odasında ve terapiste ait minyatür koleksiyonuyla gerçekleşen kum terapisinin pek çok önemli bileşenini çevrimiçi terapide sağlamak mümkün değildir (akt. Teber veAkat, 2021).

Kum oyunu terapisi için her zaman ilk öncelik yüz yüze terapi tercih edilmelidir. Bir şekilde çevrimiçi terapiler gerektiği durumlarda ise terapistin esnek ve yaratıcı bir tutum sergileyip teknikle kendini sınırlandırmadan bütünsel bir değerlendirme yaparak danışanın ihtiyacına göre uyumlanmalıdır (Teber ve Akat, 2021).

1.1.7. Türkiye'de Kum Oyunu ve Kum Oyunu Terapisi

Türkiye'de kum terapisi, oyun terapileri eğitimi ile duyulur olmuştur. Türkiye'de 2012 yılında Reyhana Seedat'ın açtığı kapsamlı oyun terapileri eğitiminin içeriğinde kum tepsisi terapisinden bahsedilmiştir. Lenore Steinhardt 2012 yılında Türkiye'de ISST onaylı ilk kum oyunu terapisi eğitimini vermiştir (Teber, 2015). Kum Oyunu Terapisi eğitimi daha sonra Nil Akat ve Nazlı Savaşan'ın organizasyonuyla farklı ülkelerden eğitimcilerin katılımıyla 2018 yılında gerçekleşmiştir.

Eski kaynaklardan biri Ma'arif Müfettişlerinden Ahmet Hilmi'nin Osmanlı Türkçesi ile 1928 yılında yazdığı Kumlarda Çocuk Oyunları ismindeki kitabıdır. Kitapta kumun duyusal deneyiminin çocuklara iyi geldiğinden, beynin sağ ve sol lobunu aynı anda çalıştırmayı teşvik ettiğinden, sosyal beceriler konusunda çocuğa sunduğu katkılarından, çocuğun hayal dünyasını geliştirdiğinden bahsetmektedir. Ahmet Hilmi, genel olarak çocuklar için kum oyunu alanları oluşturulmasına dair fikirlerinden ve farklı ülkelerde yapılan uygulamalardan bahsetmiştir (Hilmi, 1928).

Kaynaklara göre ülkemizde kumun eğitim amaçlı kullanılmasına dair en eski kitap Muvaffak Uyanık'ın 1934 yılında basılan Yeni Mektebin Ders Vasıtalarından Kum isimli kitabıdır. Kitap, eğitimde kum sandığı ya da masalarının nasıl kullanılacağı ile ilgili öneriler içermektedir. Yazar, kumu öğrenme aracı olarak çok önemli gördüğünü ifade etmiştir. Yaptığı çalışmaları örnekler şeklinde sunmuştur (Uyanık, 1934).

Bugay ve Delevi, 2011 yılında yaptıkları çalışmada kum oyunu terapisini incelemişlerdir. Çalışma, kum terapisinin tarihsel gelişimini, kullanım alanlarını ve bir olgu sunumunu içermektedir (Bugay ve Delevi, 2011).

Ayşe Arslanoğlu tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada kum oyunu terapisinin çocuklarda duygu regülasyonuna katkısına yönelik alanyazın çalışması yapılmıştır. Çalışmada kum terapisinin tarihsel gelişimi, uygulama biçimi ve çocuklarda nasıl kullanıldığı, duygu regülasyonuna olan katkıları incelenmiştir (Arslanoğlu, 2020).

1.1.8. Dünya'da Kum Oyunu Terapisi

Mitchell ve Friedman, 1994 yılında hazırladıkları kitapta kum oyunu terapisinin tarihsel gelişimini incelemişlerdir. Ayrıca kitapta kum oyunu terapisiyle ilgili araştırmalara ve yayınlara yer vermişlerdir. İngilizce olan 87 dergi makalesi (çoğu uluslararası kum oyunu terapisi dergisinden), 24 kitap, 21 konferans sunumu, 7 yüksek lisans tezi ve 12 doktora tezini içerir. Ayrıca ingilizce olmayan 72 dergi makalesi (çoğu Japonya'dan) ve 13 kitap daha listelemişlerdir. Bu çalışmalar, kum oyunu terapisiyle yürütülen anoreksiya, trikotillomani, okul reddi, şizofreni, depresyon, alkol bağımlılığı, ergenlik sorunları, obsesif kompulsif bozukluk, selektif mutizm gibi çeşitli vaka sunumlarını içermektedir.

Lu ve arkadaşları (2010) tarafından Otizm Spektrum Bozukluğu olan çocuklarda kum oyunu terapisinin yaratıcı ve simgesel oyunu geliştirmesine yönelik bir araştırma yapılmıştır. 7-12 yaş aralığında 25 çocukla (4 ayrı sınıfta grup terapisi şeklinde) çalışılmıştır. Nitel bir çalışma yürütülmüştür. Öğretmenlere gözlem raporu verilmiştir. Çalışma sonunda yaratıcı ve simgesel oyun gelişiminde kum oyunu terapisinin otistik çocuklara faydası olduğunu bulunmuştur.

Wen ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada Çin'de sosyal sorunlar gösteren dokuz üniversite öğrencisi ile çalışma yürütülmüştür. Dokuz kişilik gruplar halinde sekiz grup kum oyunu seansı yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre kum oyunu terapisinin sosyal zorluklar konusunda yardımcı olduğu sonucuna varılmıştır.

Maree ve arkadaşları, 2012 yılında yayınlanan çalışmada Erickson yaklaşımı (hikaye anlatma yolu) ile kum oyunu terapisini bir araya getirerek depresif semptomları olan çocuklar ve ergenlerle nitel bir araştırma yapmışlardır. Çalışma kapsamında 7-18 yaş aralığında iki kız, dört erkek olmak üzere altı kişiyle çalışılmıştır. İki aylık süre

boyunca haftada bir kez seans gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda kullanılan terapi tekniğinin depresif semptomların %67 oranında düzelmesinde etkili olduğu ortaya koyulmuştur.

Jang ve Kim (2012), Güney Kore'de yapılan çalışmada uluslararası evlilik sebebiyle göç eden kadınların sosyal anksiyete, yalnızlık ve kendine ifade etmeye yönelik problemlerin tedavisinde kum oyunu terapisinin etkisini araştırmıştır. Deneysel çalışmalarını altı kişilik deney ve beş kişilik kontrol grubu ile yürütmüşlerdir. Deney grubuna on hafta süreyle haftada bir gün doksan dakikalık grup kum oyunu terapisi uygulamışlardır. Kum oyunu terapisinin evlilik sebebiyle göç eden kadınların sosyal kaygı, yalnızlık ve kendini ifade etme sorunlarına olumlu etkileri olduğu bulunmuştur.

Lee (2013) tarafından yapılan araştırmada akran ilişkilerinde güçlükler gösteren ve okul yaşamına uyum sağlayamayan dokuz yaşında bir kız çocuğuna kum oyunu terapisi yapılmıştır. Gözlemler Mahler'in kuramı açısından değerlendirilmiştir. Bu amaçla nesne ilişkileri kuramı üzerinden oyun temalarının içerikleri, değişimleri ve iç-dış dünya arasındaki ilişkilerine yönelik örüntüleri incelenmiştir. 10 ay süren 38 kum oyunu terapisi seansı yapılmıştır. Bu süreçte 28 tane kum oyunu tepsisi ortaya çıkmıştır. Çalışma sonunda çocuğun var olan sorunlarında gelişme gösterdiği, okula uyumunun arttığı ve annesinden alınan bilgilere göre okulda üç arkadaş edindiği bulunmuştur.

Beatrice Donald, 2014 yılında sunduğu doktora tezinde bir kaza sonucu bedensel engeli oluşan bir vakayı (genç kadın) 13 seans takip etmiş, bu süreçte beş kum oyunu sahnesi ortaya çıkmıştır. Kum oyunu terapisinin, genç kadının yeni bedenini kabullenmesi ve yeni yaşamına adapte olması konusunda fayda verdiği görülmüştür. Tezinde farklı perspektiflerden danışanın tepsilerini yorumlamış ve tepsileri tedavi süreci açısından incelemiş ve araştırması kapsamında nitel bir çalışma ortaya koymuştur.

Yu-seul Yang, annelerin çalışıyor olması sebebiyle büyükanne tarafından bakımı üstlenilen çocuklarla 2014 yılında bir çalışma yürütmüştür. Araştırmanın amacı kum oyunu terapisinin bu tür çocuklarda görülen davranış sorunları, benlik saygısı ve duygusal zeka üzerindeki etkilerini incelemektir. Yang, iki farklı şehirden 10-13 yaşlarında çocuklardan oluşan 15 kişilik deney grubu ve 15 kişilik kontrol grubu üzerinde çalışmasını yürütmüştür. Deney grubuyla 12 hafta boyunca haftada bir seans

gerçekleştirilmiştir. Çalışmada ön-test ve son-test uygulanmıştır. Araştırma sonucunda kum oyunu terapisinin davranış sorunlarını azalttığı, benlik saygısını arttırdığı ve duygusal zekayı güçlendirdiği bulunmuştur.

Maeng ve Jang (2014) tarafından anksiyete, sosyal sorunlar ve benlik saygısı sorunları yaşayan görme engelli üniversite öğrencileriyle yürütülen çalışma kapsamında 11 öğrenci ile çalışılmıştır. Haftada iki kez olmak üzere altmışar dakikalık kum oyunu terapisi seansları yürütülmüştür. Ön-test ve son-test puanları ile yapılan analiz sonucuna göre kum oyunu terapisinin görme engelli üniversite öğrencilerinin kaygılarını azaltmada ve benlik saygılarını arttırmada etkili olduğu bulunmuştur.

Boo (2014) tarafından yapılan çalışmada, bir danışanın kum tepsilerinde ortaya çıkan yaşam öyküsü ve terapi seanslarının bitiminden sonra simgesel imgelerindeki değişiklikleri incelenmiştir. Terapist, altı yaşında ve seçici mutizmi olan danışana bir ve iki yıl aralıklarla beş yıl süreyle üç tur kum oyunu terapisi uygulamıştır (toplamda 44 seansta 32 kum oyunu tepsisi ortaya çıkmıştır). Yaptığı kum tepsilerinden biri erken dönem diğeri sonraki döneme ait olmak üzere toplam altı adet kum tepsisi Kalff'ın kum oyunu terapisi teorisine ve Jungcu analitik psikolojiye dayalı tekniklere göre analiz edilmiştir. Bu sürecin sonucunda danışan, benliği, egosu ve animusuyla temas kurmuş ve yeniden doğuşunu sağlamıştır. Uzun aralara rağmen, danışan her zaman önceki turun sonundan yeni bir turun başlangıcında hikayesine devam edebilmiştir. Yeni başlangıçlarda bir önceki turun sonunda ortaya çıkan figürler ve havada bırakılan simgesel görüntülerin yeniden ortaya çıktığı görülmektedir. Danışan, tüm sürecini bu çalışmada bir bütün olarak ele almış ve terapist, çocuğun terapinin üçüncü turuna kadar kendisiyle bile sözel iletişime geçmediğini ifade etmiştir. Üçüncü turda terapistle başlayan sözel iletişimle birlikte özgüven, sosyal ortamda ilişki kurabilme konusunda ilerleme göstermiştir.

Nasab ve Alipour (2015) tarafından yapılan çalışmada ayrılma anksiyetesi ile mücadele eden 5 ve 7 yaş aralığında ki çocuklarda kum oyunu terapisinin etkisini ölçmek için kontrol grubu ve deney grubu oluşturularak çalışma yürütülmüştür. 15 kişiden oluşan deney grubunda olan her çocukla bireysel seansın bir saat sürdüğü 10 kum oyunu seansı gerçekleştirilmiştir. Kum oyunu terapisinin ayrılık kaygısı tedavisinde olumlu etkisi olduğu bulunmuştur.

Kim ve Yu Jin (2015), grup kum oyunu terapisinin akıllı telefon bağımlısı ergenlerin sosyal kaygı, dürtüsellik ve akran ilişkilerini iyileştirmede etkilerini araştırmışlardır. Araştırma kapsamında deney ve kontrol gruplarının olduğu ön-test son-test içeren deneysel bir çalışma ortaya koyulmuştur. Bu çalışmada bir ortaokulun öğrencilerine bir anket dağıtılmıştır. Bu çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden 16'sı deney grubuna, 16'sı ise kontrol grubuna alınmıştır. Deney grubu tekrardan her biri dörder kişiden dörde bölünmüştür. Her grup için 90 dakikalık haftalık grup terapisi uygulanmıştır. Araştırma sonucunda kum oyunu terapisinin akıllı telefon bağımlısı ergenlerin sosyal kaygı, dürtüsellik ve akran ilişkilerinin iyileşmesinde etkili olduğu bulunmuştur.

Soo-yeon (2015), alkolik ebeveyne sahip çocukların kaygı, bağlanma ilişkileri ve kişilerarası stres sorunlarında kum oyunu terapisinin etkisini araştırmıştır. Alkolik ebeveyne sahip düşük sosyo-ekonomik seviyeden 20 çocuk ölçek kullanılarak belirlenmiştir. Kontrol grubu ve deney grubuna eşit olmak üzere rastgele onar çocuk seçilmiştir. Yalnızca deney grubuna kum oyunu terapisi uygulanmıştır. 12 hafta boyunca 40 dakikalık seans yapılmıştır. İki ayrı terapist çalışmıştır. Ön test-son test ölçekleri uygulanmış ve kum oyunu terapisinin kaygıyı azaltmada, bağlanma ilişkilerini güçlendirmede ve kişilerarası stresi azaltmada etkili bir yöntem olduğu bulunmuştur.

Nadi ve arkadaşları (2016), düşük sosyo-ekonomik düzeydeki depresif semptomları olan çocuklarda kum oyunu terapisinin etkisini araştırmışlardır. Hafif ve orta derecede depresif belirtileri olan üç çocukla haftada iki kere görüşülerek 14 bireysel seans gerçekleştirilmiştir. Ön test-son test sonuçlarına göre kum oyunu terapisinin depresif belirtileri azaltmada etkili olduğu bulunmuştur.

Wang ve arkadaşları (2017), deneysel bir çalışma kapsamında düşük psikolojik dayanıklılığa sahip 19 üniversite öğrencisi seçmiştir. Wang ve arkadaşları bu öğrencilerle birer kontrol grubu ve deney grubu oluşturmuşlardır. Verileri ön-test son-test çalışmasıyla analiz etmişlerdir. Sekiz yapılandırılmış kum oyunu seansı gerçekleştirmişlerdir. Çalışma sonucunda deney grubunun psikolojik dayanıklılığının arttığı sonucuna varılmıştır.

Han ve arkadaşları (2017) tarafından dışa yönelim davranış problemleri olan 4-5 yaşlarında 6 anaokulundan 10 öğrenci seçilerek deney grubuna yerleştirilmiştir. Deney

grubundaki 10 öğrenciye haftada iki kere yarım saatlik kum oyunu terapisi uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Çalışma sonuçları deney grubunda bulunan çocuklarda iyileşme olduğunu göstermiştir. Kum oyunu terapisinin dışa yönelim davranış sorunları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

Khojasteh (2020), ilköğretim öğrencilerinin kaygı ve başarı motivasyonu üzerinde kum oyunu terapisinin etkilerini araştırmıştır. Bu araştırma, ön test-son test, kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır. İstatistiksel nüfus, 2019-2020 akademik yılında Kerman şehrinin tüm üçüncü sınıf öğrencilerini içermektedir. Örneklem, istatistiksel evrenden çok aşamalı küme örnekleme yöntemiyle seçilen, deney ve kontrol grubuna (her grupta 25 öğrenci) rastgele atanan 50 öğrenciden oluşmaktadır. Bu çalışmada veri toplamak için Hermen Başarı Motivasyon Testi ve Beck Anksiyete Envanteri kullanılmıştır. Ön test aşamasında her iki grup belirtilen araçlarla değerlendirilmiş, ardından deney grubuna 45 dakikalık dokuz oturum kum oyunu terapisi uygulanmış ve kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Toplanan veriler kovaryans analizi ile analiz edilmiştir. Veri analizi sonuçları, deney grubunun kum oyunu terapisi gerçekleştirdikten sonra kaygı düzeyinin düştüğünü ve motivasyon düzeyinin arttığını göstermiştir.

Matta ve Ramos (2020), obsesif kompulsif bozukluğu olan çocukların tedavisinde kum oyunu terapisinin etkisini incelemişlerdir. Çalışmada Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS), Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri ön test-son test şeklinde kullanılmıştır. Terapi sonunda OKB semptomlarında azalma olduğu bulunmuştur.

1.2. Kum Oyunu Terapisinin Esasları

Çoğu zaman eller, zihnin boş yere mücadele ettiği bir bilmeceyi nasıl çözeceklerini bilirler (Jung, 1957). Kum oyunu terapisinde ana unsurlar oyun, kum tepsisi, kum, su ve minyatürlerdir. Tabii ki, terapist danışan arasındaki ilişki ve süreç tüm bunlardan daha önemlidir. Aşağıda kum oyunu terapisinin esasları ayrı başlıklar halinde incelenmiştir.

1.2.1. Kum Oyunu Terapisi

Kum oyunu terapisi, oyun terapisi, sanat terapisi ya da müzik terapisinde olduğu gibi kişinin kendisini sözlü ya da sözsüz olarak ifade etme imkanı bulduğu dışavurumcu

terapötik bir yöntemdir. Kum oyunu terapisinde ana malzeme kum, su ve minyatürlerdir. Danışan, su geçirmez bir kum tepsisinde bu malzemelerle oyun oynar ve ortaya bir sahne çıkarır. Bu sahneye çoğunlukla bir hikaye de eşlik eder. Kum tepsisinin özel boyutları (yaklaşık 70 x 50 ve 10 cm derinliğinde) danışanın tüm sahneyi aynı anda görebilmesini sağlar. Kum oyunu terapisi, terapist tarafından herhangi bir yönlendirme olmadan yapılandırılmamış şekilde işler. Bir ıslak bir kuru olmak üzere iki adet kum tepsisi kullanılmaktadır. Tepsiler, içi gökyüzünü ve suyu (deniz, nehir, okyanus) temsil etmesi amacıyla maviye boyalıdır. Danışan canlı cansız pek çok figürü içeren minyatür koleksiyonundan figürler seçip kuma yerleştirir (Kalff, 1991). Danışan kuma şekil verebilir, kumu kullanma ya da kullanmama özgürlüğüne sahiptir. Bu terapi yönteminde danışan kendi yaratıcılığını özgür ve korunaklı alan içinde ortaya çıkararak terapi sürecine başlar. Kalff (2003), bireyleşme sürecinin kolaylaştırılmasında "özgür ve korunaklı alan[ın]" önemli bir araç olduğunun sıklıkla altını çizer. Terapist danışanı olduğu gibi kabul eder, özgür ve korunaklı alanı sunar ve danışanı sınırlar çerçevesinde korur. Her vakanın kendine özgü olduğu akıldan çıkmamalıdır. Terapist, danışanın benzersizliğini tanırsa, danışan yalnız olmadığını hisseder.

1.2.2. Kum ve Kumun Simgesel Anlamı

Kum yeryüzünün en basit ve temel elementlerinden biridir. Tek tanrılı dinlerin kutsal kitaplarında bireylerin topraktan yaratıldığı söylenir. Kumla kurduğumuz bağ, içimizdeki ruhla kurduğumuz bağı hatırlatır. Bir kum tanesi şu an olduğu yere gelene kadar binlerce mil ve binlerce yıl dolaşmış olabilir, bu açıdan kumunda bireyler gibi kendi tarihi vardır. İnsanlar deniz kenarında kumla oynayıp kaleler yapmayı severler, bu da bir tür kendini ifade şeklidir. Doğu kültüründe kum genellikle ritüellerde kullanılır. Kimi danışanlar yalnızca kumda oynamayı, figür kullanmadan sahne oluşturmayı da seçmektedirler (Homeyer, 2020). Kum, kum terapisinin önemli bir parçasıdır.

Terapide doğal yollarla oluşan gerçek kum kullanmak gerekir. Genellikle terapi odasında ıslak ve kuru kum olmak üzere iki tepsi bulunmaktadır. Kimi terapistler yedek tepsi bulundurmayı tercih etseler de bu bir zorunluluk değildir. Kimi danışanlar, kum tepsilerinde kumun yanı sıra su da kullanmak isterler (Homeyer, 2020).

Kum, katı ve belirli bir forma sahip olan taşı akışkan hale getiren yavaş bir sürecin sonucunda ortaya çıkar. Bu tanımıyla kum psikoterapi sürecine benzemektedir. Psikoterapide katı savunmaları kıran ve kişiyi daha esnek kılan yavaş bir süreçtir. Kuru kum akışkandır, açık renklidir, parmakların arasından kayıp gider, yumuşaktır ve kuru kuma dokunması rahatlatıcıdır. Üzerinde bir şeyler çizebilir, dalgalar ya da yığınlar yaratabilir ya da yalnızca dokunup okşayabiliriz. Ellerin kuru kuma dokunuşu genellikle zevk, üzüntü, pişmanlık gibi anneyle erken dönem ilişkimizde deneyimlediğimiz duyumlarla bağlantılı duyguları uyandırır. Kum aynı zamanda suyla birlikte yeni bir formda kazanabilir. Islak kum, daha yoğundur ve daha kolay şekil alır. Islak kum danışanın daha duygusal yönlerini ortaya çıkarmakla birlikte daha derin çalışmalar ortaya koymasını sağlar (Lowenfeld, 1999). Islak kum daha çok bedenle ilişkiliyken kuru kum ruhsal olan ile ilişkilidir. Yeme bozukluğu olan çocuklar, obsesif çocuklar, otistik çocuklar daha çok kuru kum kullanırlar. Islak kumun, danışanların kendi sağlam zeminini kurmak için kullandığı görülmüştür. Çocuk tepsinin etrafında çok dönüyor, objeleri gömüyor, kaybediyor ya da arıyor ise nesne sürekliliğinin olmadığı düşünülebilir (Kendler, 2018). İç dünyada yaratılan değişimle bağlantılı olarak ıslak kumda üç boyutlu şekiller ortaya çıkabilir. Kumda meydana gelen şekiller kalıcı değildir, kuruduğunda eski haline döner. Kumun bu özelliğini psişenin akışkanlığı ile ilişkilendirebilir. Su ilkel bir elementtir, anne karnında su vardır, su annelik ile ilişkilendirilebilir. Islak kumun rengi daha koyudur bu yüzden gölgeyi de çağrıştırır. Islak kumun üç boyutlu form kazanabilmesi gibi kişiliğimize derinlik katan ve onu üç boyutlu kılan da gölgedir. Islak kumun ellere yapışması, kirletmesi de gölgeyi anımsatır. Kum aynı zamanda bedeni de simgeler. Kuma dokunmak bedende kayıtlı duyumları anımsatır. Özellikle erken dönem anne ile kurulan ilk ilişkideki duyumlara değinmesi açısından önemlidir (Ruffino, 2018).

Duyu problemi olmadığı halde kuma dokunmak istemeyen ya da dokunmaktan rahatsız olan danışanlarda, danışanın bedeniyle ve annesiyle kurduğu ilişki nasıl diye düşünmek gereklidir. Bir danışan kuma temas ederken pat pat vurarak şekillendiriyorsa bazı şeyleri aşağıda tutmaya çalışma, bastırma, öfkenin dışa vurumu ya da zemini güçlendirme gibi düşünülebilir. Kumdaki el izlerine kişisel bir harita ya da imza gibi bakılabilir. Hiç el değmemiş, temas olmayan tepsiler, vakaya göre değişmekle birlikte yaralanma, gizli depresyon, erken dönemde gelişimsel eksiklikler, temas ve ilişki

korkuları, öğrenilmiş çaresizlik gibi durumlardan bir ve/veya birkaçını yansıtıyor olabilir (Beetge, 2018).

1.2.3. Kum Tepsisi ve Kum Tepsisinin Simgesel Anlamı

Kum tepsisi kum taşıyan bir kaptan çok daha fazlasıdır; ruhu da taşıyan bir kaptır. Jung, bireylerin ruhsal yapılanma sürecinin oluştuğu derin içsel alanı tanımlamak için "temenos" ifadesini kullanır. Temenos, kutsal ile dünyevi alan arasındaki sınırı ifade eder. Bu açıdan Jungian psikoterapide terapi süreci, temenos olarak anılır. Sadece terapi için değil, kum tepsisi için de temenos'tur diyebiliriz. Kum tepsisi, ruhu taşıyan ve muhafaza eden ve ayrıca kutsal ile dünyevi olanı ayıran bir kap olarak işlev görür (Homeyer, 2020).

Kum tepsisinin tek bakışta görülebilir ölçülerde olması terapötik açıdan daha etkili olması maksadıyla gereklidir. Ayrıca kum tepsisini portatif bir masa üzerine yerleştirmek iyi olur. Böylelikle danışan tepsiyi istediği yere çekebilir ya da etrafında gezinip farklı açılardan bakma imkanı bulabilir (Homeyer, 2020).

Kum tepsisinin iç tabanı ve iç kenarları mavi renge boyalıdır. İç tabanı suyu, okyanusu, denizi, nehiri temsil ederken iç kenarları gökyüzünü temsil etmektedir. Kimi terapistler gök mavisi tercih ederken kimi daha koyu mavi kullanır (Homeyer, 2020).

1.2.4. Su ve Suyun Simgesel Anlamı

Yaşamın var olabilmesi için suyun olması gereklidir. Su hayatın başlangıcını, duyguları ya da bilinçdışını simgeler. Bazen tepsideki mavilikle bazen de ıslak kum tepsisinde kullanılarak simgeselleşir (Steinhardt ve Hasharon, 1998).

Kum gibi su da duyusal bir deneyim sağlar. Temizlenmeyi ve yeniden doğumu, boğulmayı, ölümü ya da birçok başka metaforu simgeselleştirir. Su, kumun kıvamını ve işlenebilirliğini değiştirir (Homeyer, 2020).

1.2.5. Oyun

Kalff (2003), oyunu sözlü ifadenin sınırlılıklarının ötesinde bir dil olarak tanımlar. Danışan oyun oynamaya başladığında bilinçsiz bir şekilde kendini oyuna kaptırır. Bu oyun sırasında kumda oluşturulan görüntüler, söz öncesi unutulmuş ya da örtük travmaları simge ile ortaya çıkarır. Oyunun rolü bireyleşme sürecine aracılık etmektir.

Kum oyunu terapisi teorisinin temel taşlarından biri, deneyimin bilinçli ve bilinçdışı yönlerinin oluşturduğu gerginlik ve uzlaşmanın kumda simgesel olarak temsil edilmesidir. Danışanın figürler, kum ve suyla oynadığı oyun, bu "zıt" unsurların uzlaşmasını sağlayarak psikolojik değişimi getirir (Kalff, 2003).

1.2.6. Minyatür Figürler Seçme ve Düzenleme

Minyatür figürler, sözsüz iletişimdeki sözcüklerdir. Simgeler ya da metaforlar aracılığıyla kişinin iç dünyası gün yüzüne çıkar. Terapistlerin deneyimleri göstermektedir ki, danışanlar minyatür figürler aracılığıyla sözcüklerin ötesinde ifade sağlarlar. Kum terapisi odasına materyallerin seçimi rastgele olmamalıdır. Terapistin odadaki malzemeleri seçerken, bilerek ve düşünerek seçim yapması daha uygundur. Danışanlar açısından dağınık, aşırı büyük ya da kısıtlı bir koleksiyon oluşturmanın olumsuz tarafları vardır. Minyatür figür koleksiyonunun, kum terapistinin eğitimi ve deneyimi ile orantılı olarak büyümesi tavsiye edilir (Homeyer, 2020).

Minyatürler, dış dünyada olduğu kadar hayal dünyasında da karşılaştığımız tüm cansız ve canlı varlıkların mümkün olduğunca eksiksiz bir kesitini temsil etmelidir; ağaçlar, bitkiler, taşlar, mermerler, mozaikler, vahşi ve evcilleştirilmiş hayvanlar, insan figürleri (farklı meslek gruplarından, ırklardan, yaşlardan), askerler, masal figürleri, kültürel ve dini figürler, evler, çeşmeler, köprüler, gemiler, araçlar gibi (Kalff, 1991).

Minyatür figürleri açık raf düzeninde düzenlerken en alt raflarda daha ilkel beynin ifadesi olan ilkel objeler yer alırken en üst raflarda gelişmiş beynin ifadesi olarak ruhani objeler yer alır. Danışanın hangi raf ile vakit geçirdiği bu noktada terapist için anlamlıdır (Beetge, 2018).

1.2.7. Kum Oyunu Terapisi Seans Protokolü

Danışan kum oyunu terapisine ilgiliyse ya da oynamaya hazırsa terapist kum tepsisinin ve minyatürlerin nasıl kullanılacağı hakkında bilgilendirme yapar. Terapist kum terapisinin avantajlarını, oyun ve simge aracılığıyla kendini ifade etmekte özgür olduğunu ve oyunun derin anlamlarını açıklar. Terapist danışana kumda çalışmak için baskı yapmaz ya da yönlendirici tutumlar içerisine girmez. "Özgür ve korunaklı alan" içerisinde terapist danışanı ve danışanın ifadelerini tamamen kabul eder. Yargılamaların ve beklentilerin danışanı kaygılandırabileceği, özgür alana hizmet etmediği ve danışanın iyileşme sürecine zarar vereceği unutulmamalıdır (Weinrib, 2004).

Kum oyunu terapisi, kum tepsisi sınırları içerisinde gerçekleşir. Bu sınır danışanın deneyimini korumaya, terapinin etkisini arttırmaya hizmet eder. Belirli boyutlara sahip iki tane kum tepsisi vardır; birinde kuru kum diğerinde ıslak kum bulunur (Pearson ve Wilson, 2001).

Terapist kum oyununu tanıtırken genellikle "Burada kumla dolu iki tepsi var. Senin de gördüğün gibi bir tepsi nemli diğeri kuru… Kuma dokunmak ister misin?… Burada pek çok minyatür var. Kum tepsilerinde kullanabileceğin küçük minyatür oyuncaklar ve başka nesneler var. İstersen kumda sahne oluştururken bunları kullanabilirsin" gibi bir yönerge kullanır (Green, 2016, s.42).

Kum oyunu terapisi, terapisti ya da danışanı tehlikeye atabilecek durumlar dışında kısıtlaması olmayan, kum tepsisi içerisinde her şeyin ortaya çıkmasının mümkün olduğu bir yöntemdir. (Bazı çocuklar kum tepsileri içerisinde çalışmaktansa herhangi bir zemin üzerinde kum oyunu sahnelerini düzenlerler, terapist bu sahneleri de kum tepsisinde yapılmış gibi önemser ve yorumlar). Kum oyunu terapisi, her terapi ekolünde olduğu gibi belli bir seans süresi ile çerçevelenmiştir. Terapist, danışanı kum oyunu süresince izler; not alarak kayıt alır, terapist herhangi bir yönlendirmede bulunmaz. Danışan, kum oyunu tepsisini bitirdiğinde terapist yorum getirmez, erken getirilen yorumların süreci bozacağını bilir. Danışan yaptığı tepsiye dair bir şeyler söylemek, hikayesini anlatmak ya da bir isim vermek isterse terapist bunu dinler ve not eder. Terapist danışanın her seans ortaya çıkardığı tepsilerin fotoğrafını çeker ve bu konuda danışanı bilgilendirir. Tüm terapi süreci tamamlandığında terapist ve danışan tüm fotoğrafları gözden geçirerek süreci yorumlar (Enns ve Kasai, 2003).

Eğer danışan bir kum oyunu sahnesi oluştursa terapist şöyle diyebilir;

"Bugün sen buradan ayrıldıktan sonra, kumda yaptıklarının fotoğrafını çekeceğim, tabii ki senin için de uygunsa, daha sonra kum oyunu sahnelerine sen de istersen bakabilirsin" (Green, 2016, s.42).

Terapist danışanın çalışmasına tanık olur; danışanın duygusal ve fiziksel tepkilerine dikkat kesilirken kendi bedensel duyumlarını da önemser. Terapist-danışan arasındaki ilişki ve aktarımı danışanın deneyimini anlamak ve terapötik müdahalelere rehberlik edebilmek için anahtar görevi görür. Terapi sürecinde danışan ve terapist arasında sözsüz düzeyde etkileşimler söz konusudur. Psikodinamik bakış açısı ön

plandadır, terapistin kendi önyargılarının farkında olması ve danışanın sürecinden bunları ayırt edebilmesi önemlidir (Pearson ve Wilson, 2001).

Çocuklarla çalışırken kum oyununa ek olarak, diğer oyunlar ve sanat çalışmalarını da sürece dahil etmek yaratıcı aktiviteleri sürdürmek için olanak sağlar. Bu tür çalışmalar kum oyununda yapılan içsel çalışmanın devamı niteliğinde ya da kum oyununa geçişi ve hazırlığı sağlayan bir konumda olabilirler. Yetişkinlerle çalışırken ise güncel sorunlar üzerine konuşmak ve rüyaları sürece dahil etmek de yaratıcı aktiviteye sürdürmek adına önemlidir (Kalff, 1991).

1.2.8. Terapistin Kum Oyunu Terapisindeki Rolü

Terapistin işi, "özgür ve korunaklı alanı" danışana sunmak ve sınırları belirlemektir. Danışan seçtiği tüm figürleri kumun içine yerleştirir. Danışan tarafından ortaya konan kum sahnesi, ruhsal durumunun bazı açılarının üç boyutlu resmi gibi düşünülebilir. Kum tepsisinde bir drama gibi bilinçdışı bir sorun oynanır. Çatışma iç dünyadan dış dünyaya geçer ve görünür hale gelir. Bu oyun danışanın bilinç dışını etkiler ve psişik enerji harekete geçer. Terapist danışan arasında oluşan güven, anne-çocuk birliği evresindeki gibidir ve iyileştirici bir etkisi vardır. Kum oyunu terapisinde erken getirilen yorumlar, danışanı yönlendirme riski taşır. Ayrıca yorumlar danışanın simgelerin örtük bilgisine ulaşmasını engeller. Dora Kalff'a (2003) göre danışanın simgeyi deneyimlemesi iç görü kazanması açısından en önemli unsurdur, terapistin kelimeleri süreç için gerekli değildir. Bununla birlikte danışanın hayatı ile bağlantılı olduğu sürece belirli koşullarda yorumlama getirilebilir. Genel olarak süreç tamamlanana kadar yorum getirilmez. Terapinin sonlandırılması aşamasında terapist ve danışan tüm sürece ve kum oyunu tepsilerine baştan sona bakarak, birlikte yorum getirirler.

Terapide en önemli şey danışanın terapistle kurduğu ilişkide terapistin sürece tanıklığıdır. Buradaki tanıklık ayna nöronlarını tetikler. Terapi sürecinde hem terapist hem danışan dönüşür (Beetge, 2018). Danışanlar tekniklerle değil; süreç ve ilişki aracılığıyla iyileşir (Homeyer, 2020).

Terapist, kum oyunu terapisinde tepsi hazırlarken danışanı izler. Tepsi sonlandığında simgeler ve danışanın simgelere yüklediği anlamlar hakkında notlar alır.

Metaforik anlamları belirginleştirmek adına terapist yönlendirici olmayan sorular sorar (Ruffino, 2018).

Kum oyunu terapisi esnasında genellikle sessiz bir terapötik alan görünse de eylem ve etkileşim yoğunluğu fazladır. Terapist mümkün olduğunca danışanın kumu nasıl kullandığını ve minyatürleri seçerken ya da yerleştirirken gösterdiği bedensel tepkilerini izleyerek danışana tanıklık eder (Pearson ve Wilson, 2001).

Kum oyunu terapisti, ortaya çıkan psişik enerjinin değişimini birbirini izleyen seanslarda takip eder. Danışanın deneyimini nasıl simgeleştirdiğiyle ve deneyimleriyle ilgili söyledikleriyle ilgilenir. Danışanın bilinçdışı süreçlerini, kum tepsilerindeki simgelerde görünen olası anlamları ve danışanın mevcut problem ve deneyimlerinin bilgisini birleştirerek danışanı anlamaya çalışır (Weinrib, 2004).

Ruhun kendini iyileştirmek için içsel bir eğilimi vardır. Terapistin görevi, bu eğilimin yolunu sunmaktır (Kalff, 2003). Her vaka kendine özgüdür. Terapi odasına terapistin beklentisiz girmesi önemlidir (Enns ve Kasai, 2003).

1.2.9. Kum Oyunu Terapisinde Gelişim Teorisi ve Tepsilerin Yorumlanması

İnsan, annenin benliğinde korunan bir bütünlük olarak dünyaya gelir. Yeni doğan bir bebek, temel bedensel, korunma ve güvenlik ihtiyaçlarının anne tarafından karşılanmasıyla koşulsuz sevgiyi hisseder. Bu ilk bir yılı içeren evreye anne-çocuk birliği ismi verilir (Neumann, 1988). Yaklaşık bir sene sonra çocuk kendisini annesinin benliğinden ayırır. Çocuk annenin okşamaları ve şefkat göstermesiyle ilişkide daha fazla güvenlik deneyimler. İkinci evrede bu deneyimden bir güven ilişkisi büyür. Bu evreye anneyle ilişki ismi verilir. Güvenlik, üçüncü evrenin temelidir. Üçüncü evre benliğin hizalanması olarak adlandırılır. Yaklaşık üçüncü yaşın başlarına tekabül eden bu evrede çocuk bilinçdışında benliğin merkezini bulur, genellikle bu durumu bütünlük simgelerinin çizimleri, oyunları ve konuşmaları aracılığıyla dışa vurarak gösterir. Çocuk bütünlüğünü ifade etmek için insanlık tarihi boyunca tüm kültürlerde bilinçli ya da bilinçsiz olarak aynı antik simgesel dili kullanır (Kalff, 1991). Bu simgeler İsa, Meryem, Buda gibi ilahi içerikli insan figürleri ya da daire veya kare gibi geometrik ya da numerik yapılardır. Bu simgelerin bireyin ruhunun bütünlüğünü gösterdiği kabul edilir. Çünkü insanlık tarihi boyunca en eski zamanlardan bu yana istisnasız her yerde

görülmüşlerdir. Jung'a (1954) göre, çember, özellikle mükemmelliğin ve kusursuz varlığın simgesi olarak Tanrı'nın, ruhun, cennetin, güneşin ve ideal bireyin iyi bilinen bir ifadesidir. Ruhsal gelişimin erken evresi olan 0-3 yaş gelişim teorisine bu şekilde yaklaşılır. Egonun gelişimi ancak benliğin hizalanmasından sonra başlar. 3-6 yaş ego gelişiminin evreleri ise üç fazda ele alınır. Hayvansal-bitkisel faz, savaş/çatışma/mücadele fazı ve kolektif olana uyum fazı olarak adlandırılır (Kalff, 2003).

Kum oyunu terapisinde sahnelenen tepsilerde anne-çocuk birliği, cennet sahneleri, anne-çocuk çiftleri, yeme ve beslenme temaları ile kendini gösterir. Eğer bu dönem yaralıysa yutmak, tıkınmak, açlık temaları görülebilir. Anneyle ilişki evresi, çiftler halinde figürler ile görülebilir. Bu dönem yaralıysa kötü anne, cadı, ölüm temaları görülebilir. Benliğin hizalanması evresi, numinous diye adlandırılan ilahi bir huşu hissiyle kendini gösterir. Bir mandala ortaya çıkabilir. Bu hizalanma zıtlıkların birleştiği temalar, benlik simgeleri, doğum temaları ya da dini temalar ile kendi gösterir (Turner, 2005).

Kum oyunu terapisinde tepsilerde sahnelenen hayvansal-bitkisel faz, doğa temaları, tarih öncesi canlılar, hayvanlar için beslenme temalarıyla görünür. Mücadele fazı, kum tepsisinde insan ya da hayvan figürleri arasında olan dövüş sahneleri, kral/kraliçe (eril veya dişi arketiple özdeşleşme) ve ilişkide limitleri ve sınırları test etmekle görünür. Geçiş fazında, çitler ya da çitler içine alınmış hayvan figürleri ile görünür. Kolektif olana uyum fazında, çitler, insanlar, okul sahneleri, rekabet, iyi-kötü, evcil hayvanlar, şehirler, evler, arabalar, köprüler gibi figürlerin bulunduğu günlük hayattan sahneler ile görünür (Bradway ve McCoard, 1997).

Bir tepsi iki düzeyde ele alınır; objektif (nesnel) düzey ve subjektif (öznel) düzey. Yalnızca tepsi değil, tepsinin her öğesi de bu şekilde değerlendirilir. Tepsinin açık ve gizil anlamları üzerine düşünülmelidir. Genellikle simgelerin de olumlu-olumsuz iki anlamı bulunur (Beetge, 2018).

Hemen bir yoruma başvurmak tehlikelidir. Simgesel dilde birçok ihtimal bulunur. Terapide önemli olan danışanla birlikte deneyimin içinde olmaktır (Kalff, 2003).

Martin Kalff (1993), bir kum tepsisinin yorumlanmasında dikkate alınması gereken hususları şu şekilde belirtmiştir: Danışanın öyküsü ve klinik değerlendirmesi, seansın içeriği, danışanın duygusal tepkilerinin izlenmesi, kum tepsisi alanının kullanımı, kum seçimi, kumda yapılan şekillerin ve objelerin düzenlenmesi, tepside hakim renkler, tepsinin mavi zeminin kullanımı, figürlerin kullanımı ve alan içinde nasıl yerleştirildiği, figürleri ayrıştırma şekli, figürler arasında ve sahnenin farklı kısımları arasındaki ilişkiler, kumda yüzler ve bedenler yaratarak kişisel ifadenin gerçekleşmesi, sahnenin dinamik ve statik karakteri, kumun iki boyutlu kullanımı, bilince yakınlık, beynin farklı düzeylerinin entegrasyonu, simgesel değerin yorumlanması, sürecin tamamı bağlamında yorumlama, gelişim teorisi açısından yorumlama ve terapist-danışan arasındaki ilişki.

Kum oyunu terapisinde ortaya çıkan ilk tepsi/sahne önemlidir. Danışanın var olan sorunları, kaynakları ve iyileşme sürecinde nasıl bir yol izleyeceği genellikle ilk tepside ortaya çıkar (Kalff, 2003).

Kalff'a (2003) göre Kum oyunu terapisinde kum tepsisi üzerindeki sahne görünümlerindeki psikolojik değişiklikler kesin ve doğrusal bir gelişim göstermez. Değişimin sırası, doğası ve fazları kişiden kişiye değişir ve terapi süreci her danışan için farklı şekilde ilerler. İyileşme kişiye özgüdür. Danışan için terapi odasında kurulan "özgür ve korunaklı" alan Kalff (1991) tarafından terapinin değişmez en önemli şartı olarak görülür. Simgeler, tedavinin aşkın işlevi olarak temel araçtır. Aynı zamanda değişim sürecinde dişil ve eril rollerin, benliğin ve gölgenin arketipleri önemli bir rol oynar. Her danışan kendi bireysel ve biricik yolculuğunu yaşar. Terapistin işlevi biricik yolculuğa tanıklık/eşlik etmektir. Sözlü bir analizde olduğu gibi danışan yapmak istediği ya da yapabileceğini hissettiği şekilde çalışır.

Doğu felsefesine dayanan ying-yang modeli kum terapisinin temelinde yer alır ve bireylerin değişim deneyimlerini görmek açısından mevsimleri takip etmenin önemli olduğu düşünülür (Coutinho, 2014). Mevsimlere baktığımızda yazın sonbahara geçişi birbirinden tamamen ayrı veya ani bir olay değildir. Bu şekilde kum oyunu tepsilerinde değişim süreçleri ve safhaları da kademeli olur (Donald, 2014).

İyileşme sürecinde yaralanmalar kaotik, boş, bölünmüş, hapsolmuş, ihmal edilmiş, gizlenmiş, yüz üstü yatmış, yaralı, tehdit altında, engellenmiş temalarla

görünebilir. Köprü kurmak, yolculuk, enerji, derine inmek, doğum, beslenme, değişim, ruhsal, merkezlenme, bütünleşme temaları ise iyileşmeye ve dönüşüme işaret eder (Beetge, 2018).

Bowyer (1956) yaptığı araştırma sonucunda kum tepsilerini değerlendirirken 5 kriter belirlemiştir (akt. Friedman ve Mitchell, 1994);

1. Tepside kullanılan alanın yaş arttıkça büyüdüğünü tespit etmiştir.
2. Agresyon temaları, 8 yaşından önce benzerlik gösterirken 8 yaşından sonra kişisel farklılıkların gitgide belirginleştiği görülmektedir.
3. Tepside kontrol ve tutarlılık, yaş arttıkça gelişir. 2-3 yaş civarlarında daha kaotik sahneler görülürken 11 yaş civarında temaların daha bütün olduğu görülmektedir.
4. Kum kullanımı: küçük yaşlarda kumun döküldüğü, yoğurulduğu ve içine bir şeyler gömüldüğü; yaş büyüdükçe kumun daha yapılandırıcı kullanıldığı, yollar, nehirler, patikalar ile kendini gösterdiği görülmüştür.
5. İçerik açısından yaş ilerledikçe gerçekliğin arttığı, figürlerin sahne ile daha bütün bir hal aldığı görülmüştür.

1.3. Kum Oyunu Terapisinde Analitik Psikoloji Kavramları ve Tepsideki Görünümleri

1.3.1. Aktarım ve Karşı Aktarım

Kum oyunu terapisinde terapist, danışanın hem olumlu hem de olumsuz enerjisini kapsayabilmek için aktarım ve karşı-aktarım konularında çalışmalıdır. Karşı-aktarım kum tepsisi sahnelerinde genellikle sözlü terapide olduğundan çok daha güçlüdür. Örneğin, cinsel taciz içerikli travma yaşamış bir danışan, kum tepsisini sahnelerken, mağdur olmanın acısını, çaresizliğini ya da travmaya dair duyum ve duyguları canlandırabilir. Bu tür sahneler aynı zamanda terapistin ruhsal dünyasında çalışılmamış sorunlara dokunabilir ya da onları tetikleyebilir. Bu tür materyaller çıktığında terapist, danışanı nasıl kapsayacağını, nasıl yanıt vereceğini bilmelidir (Kestly, 2020).

Aktarım, danışanın kum tepsisinde yarattığı sahnede, onun seçtiği ya da terapistin konumuna göre kum tepsisinde konumlandırdığı nesnelerde kendisini ortaya koyar. Aktarımın ifadesi olan unsurlar aynı zamanda terapiste karşı-aktarımsal duygusal

tepkiler de uyandırabilir. Terapist, kum terapi odasında gerçekleşmekte olana dikkatli ve empatik bir şekilde eşlik ederken hem zihnini hem de bedenini sürece dahil eder. Elbette bu tepkiler eyleme dökülmemelidir ancak danışanın iç dünyasını ve onun davranış ve ilişki kurma örüntülerini anlamak için önemli araçlardır (Ruffino, 2018).

1.3.2. Bilinç ve Bilinçdışı

Bilinç, muazzam bir bilinçdışı alanın üzerindeki bir yüzey ya da deri gibidir. Belli miktarda malzemeyi bilinçte tutabiliriz. Zihnimizdeki birçok hatıradan birkaçı ile temas kurarız. Geri kalanlar bilinçdışındadır. Bilinç, psişik içeriklerin egoyla ilişkisini sürdüren işlevdir. Bilinç ruhsallıkla aynı şey değildir çünkü ruhsallık, bütün psişik içeriklerin toplamını temsil eder. Bilinçdışı ise bilinçli olmayan egoyla algılanamayan bütün psişik içerikleri ve süreçleri kapsayan psikolojik bir sınır çizgisidir (Jung, 1921).

Jung psikolojisinde bilinçdışı, kişisel (öznel) bilinçdışı ve arketipleri içeren kolektif bilinçdışı olarak ikiye ayrılır. Kişisel bilinçdışı kayıp hatıraları, bastırılmış acı verici düşünceleri, bilince ulaştırmak için yeterince güçlü olmadığımız bilinçdışı algıları ve henüz bilinç için yeterince olgun olmayan içerikleri içerir (Jung, 1966). Kişisel bilinçdışında hatıralar çoğunlukla travmatik olup örtük hafıza ve beden hafızasında saklı kalırlar. Bunlar o kadar arkaiktir ki, ruhsal gelişimin söz öncesi dönemine kadar uzanırlar, sözcüklerle ifade edilemezler. Kolektif bilinçdışı, tüm bireyler tarafından ortak paylaşılır. Kolektif bilinçdışının içeriği temelde arketiplerden oluşur (Jung, 1954).

Arketipler, bireylerin deneyimlerinin ya da algılarının kalıtımsal olarak aktarıldığı kalıplardır. Kum oyunu terapisinde arketipler imgeler, mitolojik öyküler ya da masallar aracılığıyla ortaya çıkar. Arketipler anne, baba, çocuk, düzenbaz gibi insan biçiminde ya da Jung'un ifade ettiği gibi doğum, ölüm, seyahat, evlilik gibi dönüşümsel arketipler olabilir (Hopcke, 2013).

Kolektif bilinçdışının temelleri, terapinin ve değişimin başlıca aracılarıdır. Danışan kum oyunu terapisinde oyun yoluyla arketiplerin simgesel görünümleri olan imgeleri ortaya çıkarır. Kum oyunu terapisinde gölgeyle uzlaşma sağlandığında danışan bütünlük hissi hissederek sahnelerde merkezileşmeye dair simgeler ortaya çıkarır. Bu ego benlik ekseninin değiştiğini gösterir (Donald, 2014).

Kum tepsisindeki akış bize psişik enerjinin yönü hakkında mesaj verir. Kum tepsisinde sol alttan sağ yukarı doğru yönelen hareketler bilinçdışı materyalin bilince

çıktığını gösterir. Kum tepsileri keskin olmayan bir şekilde bölünürse sağ tarafın bilinci, sol tarafın bilinçdışını simgeselleştirdiği görülebilir. Kişisel bilinçdışı, kültürel figürlerle ortaya çıkarken; kolektif bilinçdışı, evrensel figürlerle görünebilir (Ruffino, 2018).

1.3.3. Ego

Ego, bilinç alanının merkezini oluşturur ve psişik sistemde merkezi bir komplekstir (Neumann, 1989). Beden farkındalığı, varoluşumuzun farkındalığı ve hatıraları kapsayan büyük ölçüde sürekliliği ve kimliği bulunan fikirler kompleksini içerir. Bu kompleksin büyük bir çekim kuvveti vardır; bilinçdışından gelen içerikleri çeker, bu içerikler ego ile çağrışıma girdiği anda bilincimizdedir. Bilinçdışındaki malzeme ancak ego sayesinde bilince çıkabilir. Eğer çağrışım olmaz ise bilinçdışında kalırlar. Ego, bu yönüyle bilinçdışından doğmuştur ve benliğin etrafında dönmektedir. Kum oyunu terapisinde ego ve benlik birbiriyle aktif bir ilişki içindedir. Kimi danışanların tepsilerinde egoyu temsil eden bir simge olur. (Ruffino, 2018). Bazen kum tepsilerinde ateş, güneş ya da ışık egonun oluşumunu gösterebilir (Beetge, 2019).

1.3.4. Benlik (Self)

Benlik, psişenin merkezidir; psişik materyali organize edip yönetir. Benlik, zıtlıkların bütünleştiği yerdir. Zıtlık, bilince aittir. Bilinçdışında barınır. Zıtlıkların eriyip bütün olması benliği işaret eder. Benlik, ilahi olan parçamız, özümüzdür. Kişinin benliğinde olanın dışavurması bireyleşmeyi gösteririr (Jung, 1966).

Kalff (2003), "benliği" maneviyatın bir arketipi ve bedeni ise ruhun geliştiği bir zemin olarak görmüştür. Benlik, bir rüyada simgeyle ya da kum tepsisinde betimleme yoluyla ortaya çıkabilir. Zayıf ya da nevrotik ego gelişimlerinde simge üzerinden benliğin ortaya çıkışı başarısız olur. Bu durum çocukluğun erken evrelerinde, gerekli anne koruması verilmemesinden ya da benlik dışavurumunun savaş veya hastalık gibi dış etmenlerce engellenmesinden kaynaklanır. Psikoterapi ilişkisinde danışana sunulan "özgür ve korunaklı alan" sayesinde danışan ve terapist arasında oluşan güven ilişkisi ruhsal gelişimin ilk aşaması olan anne-çocuk birliği dönemini onarabilir (Kalff, 2003).

Kum tepsilerinde benliğin dışavurumu bazen mandala görünümü şeklinde olur. Jung, mandalaları bilinçdışı benliğin temsili olarak görmüş ve bunların yaratılmasının, danışanı bütünlüğe yaklaştırdığını düşünmüştür (Kalff, 1991).

Yoğun travmatik deneyimler yaşamış danışanlarda benlik kum terapisinde ilk olarak ilkel ve yıkıcı bir biçimde ortaya çıkar. Benliğin karanlık tarafı tepsinin büyük kısmını kaplar. Ortaya çıkan sahne çoğunlukla yaralanma, işkence, acı çekme, korku, kayıp, hüzün, yenilgi, ölüm ya da başarısızlığı çağrıştırır (Beetge, 2018).

1.3.5. Ego-Benlik Ekseni ve Sorunları

Ego-benlik ekseni, Neumann tarafından kişiliğin temeli olarak görülen bir kavramdır. Bebeklik döneminde benlik, anne ile kurduğu ilişkiden beslenir. Eğer bir aksaklık olursa ego katılaşmaya başlar. Benlik ile ego arasındaki bağ bozulur. Ego, benlikten korkmaya başlar. Ego-benlik ekseninin kısa olduğu, çok esnek yapılar psikotik danışanlarda görülür. Ego-benlik ekseninin uzun olduğu ve keskin/katı yapılar travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, psikosomatik rahatsızlıklar, duygularını kesip atmış rasyonelleştiren, simgeleştirmekte zorlanan, derinliği kaybolmuş yüzeysel ilişkiler yaşayan danışanlarda görülür. Bilinçdışında kalması gereken materyal bilince çıktığında ego dağılır ve psikoz ortaya çıkar. Benlik ortaya çıkıp egoyu yutar ve kişi benlik imajında hapsolup kalır (Neumann, 1988). Ego-benlik ekseninin kısa ve esnek olduğu danışanlarda sıklıkla kum, su ve doğal malzemeleri içeren kum tepsileri ortaya çıkar (Ruffino, 2018).

1.3.6. Aşkın İşlev

Aşkın işlev, bilinç ve bilinçdışı içeriklerin birliğinden doğar. Bilinçdışı, bilince yönelik telafi edici ve tamamlayıcı bir biçimde davranır. Bu yüzden bilinç ve bilinçdışı nadiren hemfikirdirler (Jung, 1957).

Psikoterapide terapist aşkın işleve aracılık eder. Danışanın bilinç ve bilinçdışında olanı bir araya getirmesini ve yeni bir tutuma geçmesini kolaylaştırır. Savların ve duyguların bir ileri bir geri mekik dokuyuşu zıtların aşkın işlevini temsil eder. İki konumun karşı karşıya gelmesi enerjiyle dolu bir gerilim doğurur ve bu gerilimden üçüncü yeni bir şey doğar. Böylece aşkın işlevin kullanımıyla zıtlıkların yarattığı gerginlik çözülmüş olur (Lilly ve Heiko, 2019). Zıtlıkların uzlaşmasından doğan canlı bir doğumdur (Ruffino, 2018). Bu doğumun gerçekleşmesi için simgelerin aşkın işlevinin kullanılması gerekir. Bu kullanım terapi için vazgeçilmezdir (Stevens, 2014).

Jung'un teorisinde zıtlıklardan üçüncü doğar ilkesi kumda beyaz-siyah, soğuk-sıcak, gece-gündüz, ay-güneş, kadın-erkek gibi karşımıza çıkabilir. Zıtlıkların bulunması ayrıca gerginliğin de işaretidir. Terapi, bilinçli olanla bilinçsiz olanın, gölge ile benlik gibi ayrı kimliklerin dinamik bir etkileşimine aracılık eder (Bradway ve McCoard, 1997).

1.3.7. Simge

Zıtlıklar arasındaki gerilim aşkın işlevi harekete geçirir ve simgelerin doğumuna neden olur. Simge bir ifade biçimidir ve kişiye özeldir (Ruffino, 2018).

Simge, bireyleşme yolculuğunda bilinçdışındaki kaynakların bilince çıkmasında aşkın işlev olarak rol oynar. Dora Kalff'a (2003) göre terapide içgörünün kelimelerle ifade bulmasındansa simgelerin deneyimlenmesi çok daha kıymetlidir.

Kum oyunu terapisindeki simgesel yaklaşım, intrapsişik (ruhsallık) modelin sınırlarının ötesine uzanır. Simgenin anlamı bilinçli veya bilinçdışı bir şekilde danışanın algıları ve kültürel deneyimleriyle somutlaşır. Simge bir yapı değildir; sınırlarla veya belirli bir konumla sınırlı değildir. Bir simge bölümlere ya da kategorilere ayrılamaz. Simgenin anlamı bireyin deneyimleri bağlamında sonsuza dek yenilenir (Donald, 2014).

1.3.8. Kompleks

Kompleks, yüklü duygusal içeriği olan çok önemli bir durumun imgesidir. Komplekslerin neredeyse tamamı bilinçdışındadır ve bilinçten bağımsız bir yapıdır; bilinçle kontrol edilemez. Kompleksin içeriği gölgenin bir parçası olabilir. Her kompleksin kendi içinde bir özü ve merkezi vardır ve arketipik bir geçmişi vardır. Kompleksin kökeni ahlaki çatışma, toplumla uyuşmayan istekler ya da travma olabilir (Jung, 1957).

1.3.9. Persona, Anima/Animus

Persona, iç dünya ile dış dünya arasında özü koruyan bir sınır görevi gören komplekstir. İçi dışı bir olmak sanıldığı kadar iyi değildir. Temelde persona gerçek bir şey değildir; bir bireyin ne olması gerektiği konusunda birey ve toplum arasındaki bir arabulucudur. Kişi kendi özüyle bütünleşirse maskelere (persona) o kadar az ihtiyaç duyar. Dışarıdan yoruma, yargıya ne kadar kapalıysa maske o kadar kalındır. Psikoterapi, danışanın o maske olmadan güvende olduğunu deneyimlemesini sağlar. Persona, dış dünyaya dönük olan yüzdür. Persona, rüyalarda kıyafetle kendini gösterir.

Anima-animus, bilinçdışına dönük olan yüzdür. Anima-animus, bireysel ile kolektif bilinçdışı arasında sınırdır (Jung, 1921). Psişede her şey dengede olmalıdır. Bilinçte oluşan yüksek bir durum bilinçdışında tam onunla karşıt olacak bir durum oluşturur. Persona ve anima-animus ilişkisine bu yönden bakılabilir. Bilinçte maskülen bir erkek (persona), bilinçdışında duygusal bir kadın (anima) ile dengelenir (Jung, 1954).

Kum tepsilerinde anima(eros), feminen figürlere; animus(logos), maskülen figürlere yansıtılır. Anima/animusun kişisel yönleri bir bireyin çocukluk dönemlerinde ilişki kurduğu feminen/maskülen figürlerle (anne, baba, kardeşler, büyükanne-büyükbaba, öğretmen gibi) olan deneyimleri ile şekil alır (Ruffino, 2018). Kum tepsilerinde persona, maske figürleriyle kendini gösterebilir (Beetge, 2018).

1.3.10. Gölge

Gölge, olduğumuz ama olmayı istemeyeceğimiz şey, olmadığımız ama olmayı istediğimiz şeydir (Trevi, akt. Ruffino, 2018). Gölge, benliğimizin kabul edemediğimiz yönlerine işaret eder. Bu yönler genellikle bizim ego idealimizle örtüşmezler ve genellikle toplum tarafından belirlenen değerlerle de uyuşmazlar. Bu nedenle gölge yönleri bastırırız ve onları başka bireylere yansıtarak gölgede kalan yönlerimizle savaşmayı tercih ederiz. Gölge bizi bilinçli olarak karşı çıktığımız şeylerin psişemizde mevcut olduğu gerçeğiyle yüzleştirir. Gölgeyi kabullenmek çatışmaya sebep olur ve öz-değer duygumuzu zedeler. Fakat gölgeyi kabul etmek, rahatlama ve özgürlük sağlar; öz-değer duygumuzu kuvvetlendirir. Gölge kabul edildiğinde gölgeyi bastırmak için kullanılan gizil psişik enerji özgürleşir ve bütünlük ya da yaratıcılığı ortaya çıkarmak için kullanılabilir (Kast, 1992 akt. Ruffino, 2018).

Kum tepsilerinde persona ile gölge figürleri karşı karşıya gelebilir. Gölge siyah yüz, karanlıkta kalan ya da saklanan bir simge olarak görünebilir. Rüyalarda gölge hemcins ile kendini gösterir (Ruffino, 2018). Kum tepsilerinde kumun altına gömülenler, gün ışığına çıkmamış potansiyeller olarak görülüp gölgeyi işaret ediyor ya da simgeleştiriyor olabilir (Beetge, 2018).

1.3.11. Bireyleşme Süreci

Bireyleşme, kişinin kendini gerçekleştirmesi süreci olarak ele alınır. Bilinç ile bilinçdışı arasındaki işbirlikçi çalışmayla zıtlıkların fark edilmesi ve birleştirilmesi ile benlik(self), bireyleşme ve bütünlük ortaya çıkar. Kum oyunu terapisinde bu çalışma

oyun, kum ve figürler aracılığıyla gerçekleşir. Kum oyunu terapisinde seçilen figürlerin hem görünen bilinçli anlamları hem de bilinçdışı gizlenmiş anlamları vardır. Bu iki zıtlığın ortaya çıkmasıyla bireyleşmeye giden bir süreç ortaya çıkar (Donald, 2014).

Bireyleşme, terapide ve terapi dışında devam eden bir süreçtir ve hiçbir zaman nihayete ermez. Bireyleşmeyi hayat boyu devam eden bir süreç olarak görebiliriz. Kum oyunu terapisi bittikten sonra bile danışan yeni bakış açılarını hayatına entegre etmeye ve bireyleşme sürecine devam eder (Kalff, 2003).

Marie-Louise von Franz (2021), bireyleşme yolculuğunda masalların öneminden ve kolektif bilinçdışından şu şekilde bahseder:

"Bu alanda uzun yıllar çalıştıktan sonra tüm peri masallarının bir ve aynı psişik gerçeği tanımlamaya çalıştıkları sonucuna vardım. Jung'un benlik olarak tanımladığı bu bilinmeyen gerçek, bireyin ruhsal bütünlüğüdür ve aynı zamanda paradoksal olarak kolektif bilinçdışının düzenleyici merkezidir. Her bireyin ve her toplumun bu psişik gerçeği yaşamak için kendi tarzları vardır" (Von Franz, 2021, s.18).

Kum oyunu terapisi danışanları, sık sık yaptıkları sahnelerine peri masalı motifleri getirir. Peri masalları danışanın değişim sürecinde önemli bir rol oynar. Danışanın kişisel deneyiminin arketipik örüntünün bir parçası olduğunun farkına varmasıyla değişim gelir. Terapist, psişik enerjinin hareketini kum tepsilerinde izler. Bu genellikle tepsinin belirli bir yönde hareket etmesi, koyulan figürlerin bir yeri işaret etmesi ya da o tarafa dönük olması ile görünür. Bu hareket danışanın sürecin yönü ve nasıl ilerlediği konusunda terapiste yol gösterir (Beetge, 2018).

1.4. Çocuklarda Görülen Duygusal ve Davranışsal Sorunlar

Psikanalist yazarlardan Claudon (2007), duygusal ve davranışsal sorunları ruhsal gerilimin habercisi olarak görür (akt. Zabcı, 2020). Çocuk, semptom (belirti) aracılığıyla ruhsal çatışmayı ortaya çıkarmaya çalışır. Anna Freud ise benzer bir şekilde ruhsal yaşamda yolunda gitmeyen durumlar söz konusu olduğunda semptom olarak dışa vurumun gerçekleştiğini söyler (Freud, A., 1965/2018). Ruhsal gerilim çocuğun duygusal ve/veya davranışsal sorunlarını tetikler ve böylelikle belirtiler ortaya çıkar. Winnicott'un (1956) da dediği gibi davranış sorunları ötekine duyurulmaya çalışılan bir yardım çağrısı gibidir. Bu beklenti dışarıdan yardım geleceğine dair umudun çocukta var olduğuna dair bir işarettir.

Parmak emme, tırnak yeme, uykuda diş gıcırdatma, kardeş çatışması, alt ıslatma, uyku sorunları, hırçınlık, ayrılık endişesi, okul başarısızlığı, dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, öfke krizleri, korku, içe kapanma, bedensel tepkiler, titizlik ve düzen hassasiyeti gibi duygusal ve davranışsal sorunlar çocuğun kendi ruhsal çatışmasını ortaya koyma şekli olarak ele alınmaktadır (Zabcı ve Karadeniz, 2021).

Psikanalitik ekolde duygusal ve davranışsal sorunlar birincil çatışmanın niteliğine göre farklı düzeylerde görülülebilir: psikotik, sınır ve nevrotik düzey (McWilliams, 1994/2013). Çocuğun hangi dönemde takıldığı sorunun hangi düzeyde olduğuna dair bilgi verir. Zarar görme endişesi, psikotik düzeyin meselesiyken; kayıp endişesi, sınır düzeyin; kastrasyon endişesi ise nevrotik düzeyin meselesidir (McWilliams, 1994/2013). Çocuğun bulunduğu gelişim dönemine göre bu endişeleri yaşaması olağandır ve bebeğin içeriden ve dışarıdan maruz kaldığı endişe verici deneyimlerden korunması temel annelik işlevlerindendir. Bunun yeterli ve düzenli olması bebeğin varoluşunun sürekliliğini mümkün kılar; böylece ruhsal olarak sağlıklı bir şekilde bebek büyür (Winnicott, 1956). Winnicott temel annelik işlevini "yeterince iyi annelik" ve "tutma (holding)" kavramlarıyla açıklamış ve annelik işlevini yerine getiren bir kişiden desteklenmeye çocuğun ihtiyaç duyduğunu eklemiştir (Winnicott, 1971/1998). Ogden (2004), Winnicot'un "tutma (holding)" kavramıyla Bion'un "kapsayıcı işlevler" kavramının alanyazında aynı anlamda kullanıldığını ifade etmiştir. Kapsayıcı işlevi kısaca özetlersek; bebek doğduğunda içeriden ve dışarıdan gelen beta elemanlardan (açlık, susuzluk, uykusuzluk, ıslaklık, ses gibi) rahatsız olur. Anne, bebeğin içinde bulunduğu olumsuz deneyimleri (beta elemanları) yatıştırır, anlamlandırır ve bebek için tahammül edilebilir hale getirir. Annenin bu dönüştürücü işlevine alfa işlevi denir. Bion, bu örüntüyü kapsayıcı işlev olarak adlandırır (Bion, 1962/2014). Çocuğun içsel ve dışsal olumsuz deneyimleri karşısında annenin duygusal eksikliği, bazı psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Zabcı ve Karadeniz, 2021).

Bir çocuğun duygusal ve/veya davranışsal sorunları tespit edilirken şu kriterler göz önünde bulundurulmalıdır: yaşa uygunluk, yoğunluk, süreklilik, cinsel rol beklentileri ve kültürel faktörler.

Yaşa uygunluk, her gelişim çağının kendine has özelliklerinin bulunduğu anlamına gelmektedir. Bir sorunu ele alırken çocuğun gelişim çağı göz önünde bulundurularak karar verilmelidir (Southam-Gerow ve Prinstein, 2014).

Yoğunluk kriterini değerlendirirken bazı duyguların ve davranışların sorun olarak ele alınabilmesi için davranışın şiddetine ve günlük hayatta çocuğun işlevini ne kadar bozduğuna bakmak gereklidir (Özbey, 2010).

Süreklilik kriterine göre çocuğun duygusal ve davranışsal sorununu bir süredir devam ettiriyor olması gereklidir.

Cinsel rol beklentileri kriterine göre çocuğun yaşadığı duygusal ve davranışsal sorunların kendi cinsiyetinde beklenmemesi gereklidir. Erkek çocukta normal görülen bir davranış kız çocukta anormal olarak ele alınabilir (Özbey, 2010).

Kültürel faktörler kriterinde bir davranışta sapma olup olmadığına karar verilirken kültürel faktörler de ele alınır (Yavuzer, 1995).

Davranış sorunları deyince hırçınlık, sinirlilik, geçimsizlik, çatışma, okuldan kaçma, çalma, kuralları çiğneme gibi belirtiler akla gelir. Bu çocuklar çevresi ile olan ilişkilerinde sürekli olarak gergindir. Duygusal sorunlarda ise korkular, kaygılar, endişeli olma, uyku sorunları, kekemelik ve tikler gibi belirtiler akla gelir. Bu çocukların çevresi ile ilişkileri kötü olmasa bile utangaç, sosyal ilişkileri zayıf ve güvensizdir. Parmak emme, alt ıslatma gibi belirtiler ise alışkanlık sorunu olarak ele alınır (Yörükoğlu, 2008). Bazı kaynaklarda da davranış sorunları dışa yönelim problemi olarak görülürken duygusal sorunlar, içe yönelim problemi olarak görülür (Erol ve Şimşek, 2010).

1.5. Çocuklarda Görülen Ruhsal Bozukluklar

Dünya Sağlık Örgütü (2009) tarafından yapılmış çalışmalar, dünyadaki çocuk ve ergenlerin yaklaşık %10 ile %20'sinin herhangi bir ruhsal hastalık gösterdiği ve bu hastalıkların hemen hemen yarısının 14 yaşından önce görüldüğünü göstermiştir. Diğer taraftan vakaların çoğunda hastalıkların teşhis ve tedavisinin yapılmadığı görülmüştür (akt. Erol ve Şimşek, 2010).

Çocukluk döneminde görülen ruhsal bozuklukların tanılanması ve tedavisi yetişkinlik döneminde görülebilecek ruhsal bozuklukların önlenmesi açısından oldukça önemlidir (Kırış, 2016).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabıdır. Bu kitapta çocuklarda ve yetişkinlerde görülen ruhsal bozukluklar tanımlanmıştır (Köroğlu ve Güleç, 1998). 2013 yılında kitabın son güncel versiyonu DSM-V ismiyle yayınlanmıştır. Bu bölümde çocuklarda görülen ruhsal bozukluklar DSM-V kılavuzuna göre ele alınacaktır.

1.5.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Bu bozuklukta ilk tanılama genellikle ilkokul döneminde görülür. Semptomlar, çocuğun gelişimine uygun olmayan ve işlevini bozacak düzeyde dikkat sorunları ve aşırı hareketlilik olarak görünür. Üç alt tipi vardır: dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm, hiperaktivitenin baskın olduğu görünüm ve dikkatsizliğin ve hiperaktivitenin bir arada olduğu birleşik görünüm. Dikkatsizlik ya da hiperaktivitenin iki ya da daha çok ortamda (ev, okul gibi) görünür olması, çocuğun işlevini bozacak düzeyde olması ve en az altı aydır devam ediyor olması beklenir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

1.5.2. Karşıt Gelme Bozukluğu

Bu bozukluk en az altı ay öfkeli/kolay kızan bir duygu durum, tartışmacı/karşı gelen bir davranış ya da kin besleme örüntüsü kardeşi dışında en az bir kişiyle etkileşimi sırasında kendini gösterir. Toplum normlarına ya da kurallarına karşı açıkça bir saldırı söz konusu değildir. Karşıt Gelme Bozukluğu, normlara ve kurallara karşı çıkma, düşmanlık gütme ve olumsuz duygular besleme gibi özellikler ile karakterizedir. Bu bozukluk çocuklarda okul yaşantısı, aile yaşantısı ve akran ilişkilerinde işlevi bozacak düzeyde sıkıntı yaratır. En az altı ay süreyle beş yaş altı çocuklarda genellikle haftanın çoğu günlerinde ortaya çıkması, beş yaş üzerindeki çocuklarda ise haftanın en az bir günü çıkması tanılama için gereklidir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

1.5.3. Davranım Bozukluğu

Davranım Bozukluğu tanısı alan çocuklar başkalarının temel haklarını ya da toplumsal değerleri hiçe sayarak toplum normlarını ve kurallarını yineleyici ve sürekli olarak ihlal ederler. Davranım Bozukluğu, en az iki ay süreyle bireylere ve hayvanlara

karşı saldırganlık, eşyaları kırıp dökme, dolandırıcılık ya da hırsızlık, kuralları çiğneme ile kendini gösterir. Üç alt tipi vardır: en az bir belirtinin 10 yaşından önce görünmesiyle "çocuklukta başlayan tip", hiçbir belirtinin 10 yaşından önce görünmemesiyle "ergenlikte başlayan tip" ve 10 yaşından önce başlayıp başlamadığı belirlenemediyse "başlangıcı belirlenmemiş tip" şeklindedir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

1.5.4. Duygu Durum Bozukluğu

Duygu durum bozuklukları, majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk olarak iki ana gruptan oluşmaktadır.

Majör depresyon en az iki hafta görülen işlevsellik düzeyini olumsuz etkileyecek yönde çökkün duygu durum ya da daha önce ilgisini çeken keyif veren etkinliklere karşı ilgisizlik ya da keyif alamama ile kendini gösterir. Bu duruma çocuklarda kolay kızma tutumu da eklenebilir. Yeme ve uyku düzeninde azalma ya da artma, dikkatini vermekte güçlük çekme, bitkinlik, değersizlik ya da suçluluk duyguları, yineleyici ölüm düşünceleri gibi semptomlar ortaya çıkabilir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

Çocuklarda sıklıkla olmasa da bipolar bozuklukta görülmektedir. Bipolar bozukluk iki şekilde görülür: tip 1'de mani ve hipomani ya da majör depresyon epizodları birlikte ya da birbiri ardınca görülürken tip 2'de yalnızca hipomani epizodu görülür. Manik epizod dönemlerinde kabarmış, taşkın duydu durum en az bir hafta neredeyse günün çoğunluğunda görülür. Manik dönemde içsel enerjinin artmasıyla az uyuma, çok konuşma, düşünce uçuşması, dikkat dağınıklığı, benlik saygısında abartılı bir durum, kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere katılma gibi durumlardan en az üçü belirgin şekilde görülür. Hastaneye yatış gerekecek kadar işlevselliği bozar. Hipomanik dönemde manik dönem için sayılan belirtiler en az dört ardışık gün neredeyse günün tamamında görülür. Bu bozukluk çocuğun işlevselliğini bozar ama hastaneye yatış gerektirecek kadar ağır değildir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

1.5.5. Anksiyete Bozukluğu

DSM-V'te anksiyete bozuklukları sınıflandırması şu şekildedir: ayrılma kaygısı bozukluğu, selektif mutizm, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu.

Ayrılma kaygısı bozukluğu, çocuğun bağlandığı kişiden ayrılmasıyla ilgili gelişimsel olarak yaşından beklenmeyecek düzeyde aşırı kaygı, korku duyması, tasalanması halidir. Korku, kaygı ve kaçınma halinin en az dört hafta sürmesi halinde çocuk tanı alır. Bu durum çocuğun okul ve sosyal yaşantısında işlevselliği olumsuz şekilde etkiler (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

Selektif mutizm, çocuğun kendini rahat hissettiği ortamlarda konuşabiliyorken kimi ortam ve/veya ortamlarda konuşmamasıdır. Konuşmamasının dil becerisiyle herhangi bir ilişkisi yoktur. Çocuğun toplumsal açıdan işlevselliğini olumsuz yönde etkiler. Tanılama için en az bir ay sürmesi beklenir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

Özgül fobi, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre orantısız bir biçimde korku ya da kaygı duyma şeklinde görülür. Çocuklarda ağlama, bağırıp çağırma, donakalma, tepinme ya da sıkıca sarılma ile kendini gösterebilir. Çocuklar, fobi kaynağı olan özgül nesne ya da durumdan kaçınırlar ya da yoğun korku ve/veya kaygıyla duruma katlanırlar. Tanılama için en az altı ay sürmesi gerekir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

Sosyal fobi, çocuğun başkaları tarafından değerlendirileceğini düşündüğü toplumsal etkileşimlerden, gözlenmekten ve başkalarının önünde bir şey sergilemekten çekindiği ya da çok yoğun kaygı ve/veya korku ile katlandığı durumdur. Çocuklarda belirleyici tanı kriteri, bu durumun yalnızca erişkinlerle bir aradayken olmaması, kendi yaşıtlarıyla da etkileşim kurarken bu noktada zorluk yaşamasıdır. Çocuklarda korku ve kaygı, ağlama, bağırıp çağırma, tepinme, dona kalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşmaktan kaçınma şeklinde görülebilir. Belirtilerin en az altı ay sürmesi tanılama için gereklidir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

Yaygın kaygı bozukluğu, korku ve kaygının çocuğun günlük yaşantısında işlevini çok olumsuz yönde etkilediği kaygının neredeyse yaşamın her alanına yayıldığı görülür. En az altı aylık sürenin çoğu gününde bir takım olay ya da etkinliğe karşı aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır. Bu kaygı ve kuruntuya dinlenememe, kolay yorulma, zihnin boşalması ya da odaklanmakta zorluk çekme, kolay kızma, kas gerginliği, uyku bozukluğu gibi semptomlardan yalnızca bir tanesinin eşlik etmesi tanılama için yeterlidir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

Panik bozukluk, yineleyen beklenmedik panik ataklar, çarpıntı, terleme, titreme, boğuluyor gibi olma, göğüste sıkışma, bulantı, baş dönmesi, üşüme ya da ter basma, uyuşma, çıldırma ya da ölüm korkusu gibi belirtilerden en az dört (ya da daha fazlasının) tanesinin görünmesiyle ortaya çıkar. En bir ay sürmesi beklenir. Ataklardan en az birinden sonra panik atak olacağıyla ilgili aşırı bir kaygılanma hali, ataklarla ilgili olarak uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikler görülür (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

Agorafobi, toplu taşıma araçlarını kullanma, açık yerlerde bulunma, kapalı yerlerde bulunma, sırada bekleme ya da kalabalık yerde bulunma, tek başına evin içinde gibi olma durumlarından en az ikisiyle ilgili olarak yoğun korku ya da kaygı duyma halidir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

1.5.6. Somatizasyon Bozukluğu

Somatizasyon bozukluğu, günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan ve sıkıntı veren bir ya da birden çok bedensel belirti şeklinde görülür. Kişinin sağlıkla ilgili sürekli düzeyde yoğun kaygı duyması ve bu kaygılarına zaman ayırması durumunun altı aydan uzun sürmesi halinde tanı alır (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

1.5.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı ile görülen kişinin oldukça zamanını alan, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olan ya da toplumsal alanda, okul, ev yaşantısında işlevsellikte düşmeyle görülen bir bozukluktur. Takıntılar, kimi zaman zorla ve istenmeden yaşanan, belirgin kaygı ve sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli olan düşünceler, itkiler veya imgeler olarak görünür. Kişi bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya, baskılamaya çalışır ya da zorlantılar aracılığıyla rahatlamaya çalışır. Zorlantılar, takıntılara tepki olarak ortaya çıkan katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışları (el yıkama, düzenleme gibi) ya da zihinsel eylemleri (dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma gibi) içerir. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, takıntıların yarattığı olumsuz hislerden korunma amacıyla yapılır (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

1.5.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu, travmatik yaşam olaylarına maruz kaldıktan sonra ortaya çıkar. Kişinin kendisine ya da sevdiklerinin başına gelen ya da tanık olduğu gerçek ya da göz korkutucu (tehditkar) bir şekilde ölüm, ağır yaralanma, cinsel saldırıya uğrama durumuna travma denir. Çocuklarda genellikle oyunları yoluyla travma tekrar tekrar canlandırılır. Travmaya dair ruhsal sıkıntı veren durumlarla ilgili kabuslar görünür. Çocuklarda bilişte olumsuz değişimler meydana gelir. Diğerlerine saldırgan davranma, her an tetikte olma, odaklanma sorunları ve uyku sorunlarıyla bozukluk kendini gösterebilir. Travmatik olay yeniden oluyormuş gibi anda olma halini kaybettiği çözülme (disosiyasyon) hali görülebilir. Travmatik olayı hatırlatan uyaranlara karşı aşırı hassas olma ya da bunlardan kaçınma hali olabilir. Tanı konabilmesi için belirtilerin bir aydan fazla sürmesi gerekmektedir. Kişinin toplumsal, okul ve ev işleyişinde işlevsellik olumsuz yönde etkilenir (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013).

1.6. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı çocuklarda görülen davranışsal ve duygusal sorunlar üzerinde kum oyunu terapisinin etkisini ölçmektir. Bağımsız değişken, kum oyunu terapisi uygulaması; bağımlı değişken duygusal ve davranışsal sorunları belirleyen ölçekten alınan test puanıdır. Bu amaçla cevaplanmaya çalışılan sorular şunlardır:

1. Çocuklarda görülen duygusal ve davranışsal sorunlar üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

    1.1. Çocuklarda görülen anksiyete/depresyon sorunları üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

    1.2. Çocuklarda görülen sosyal içedönüklük/depresyon sorunları üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

    1.3. Somatik yakınmalar gösteren çocuklar üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

    1.4. Kurallara karşı gelme davranışı gösteren çocuklar üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

    1.5. Çocuklarda görülen saldırgan davranışlar üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.6. Çocuklarda görülen sosyal sorunlar üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.7. Çocuklarda görülen dikkat sorunları üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.8. Ağır Bilişsel Tempo sorunu olan çocuklar üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.9. Çocuklarda görülen obsesif Kompulsif problemler üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.10. Çocuklarda görülen travma sonrası stres problemleri üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.11. Çocuklarda görülen duygu durum bozukluğu üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.12. Çocuklarda görülen anksiyete bozukluğu üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.13. Çocuklarda görülen somatizasyon bozukluğu üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.14. Çocuklarda görülen DEHB üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.15. Çocuklarda görülen karşıt gelme bozukluğu üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.16. Davranım Bozukluğu olan çocuklar üzerinde kum oyunu terapisinin etkisi var mıdır?

1.7. Araştırmanın Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (2009) tarafından yapılmış çalışmalar, dünyadaki çocuk ve ergenlerin yaklaşık %10 ile %20'sinin herhangi bir ruhsal hastalık gösterdiği ve bu hastalıkların hemen hemen yarısının 14 yaşından önce görüldüğünü göstermiştir. Diğer taraftan vakaların çoğunda hastalıkların teşhis ve tedavisinin yapılmadığı görülmüştür (akt. Erol ve Şimşek, 2010). Çocuklarda görülen duygusal ve davranışsal sorunların çocukluk çağında tedavi edilmesi ve sorunların yetişkinliğe taşınmaması, toplum ruh sağlığı açısından oldukça önemlidir (Erol ve Şimşek, 2010). Ülkemizde oyun terapilerinin kullanımı son yıllarda artmıştır. Oyun terapilerinin kliniklerde kullanımıyla birlikte çocuklarda görülen psikolojik sorunlarda tedavisine yönelik çalışmalarda

yapılmıştır (Örn., Altun, 2017; Ayna ve Üstekidağ, 2017; Çelik, 2017; Kırış, 2016; Özkaya, 2015; Teber, 2015; Zorlu, 2016). Ancak bugüne kadar kum oyunu terapisi ile ilgili ülkemizde bilimsel herhangi bir araştırma yapılmamıştır. Bu çalışma kum oyunu terapisini ele alan ilk çalışma olduğu için oldukça önemlidir. Ayrıca ülkemizde kum oyunu terapisinin etkinliğini de konu edinen ilk çalışmadır. Dünya literatüründe kum terapisinin etkinliğine dair pek çok çalışma vardır (Örn., Ban ve Woo, 2013; Boo, 2014; Cao, 2019; Han ve Suh, 2017; Janga ve Kim, 2012; Khojasteh, 2020; Lee, 2013; Maeng ve Jang, 2014; Matta ve Ramos, 2020; Nu ve Jang; 2017; Nasab ve Alipour, 2015). Yurtdışında yapılan çalışmalara bakıldığında araştırma grubunun kısıtlığı olduğu ya da tek bir duygusal ya da davranışsal sorun üzerinden araştırmalar yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmada ise örneklem grubunun yapılan çalışmalara göre daha geniş olması ve veri toplama aracının duygusal ve davranışsal sorunları kapsamlı ele alması açısından katkısı olmaktadır. Çalışma hem kum terapisinin ülkemizde bilinmesi hem de duygusal ve davranışsal sorunlar üzerindeki etkisinin görülmesi açısından önemlidir.

1.8. Sınırlılıklar

Araştırmanın yürütülmesi ve uygulanması sırasında bazı sınırlılıklar söz konusudur. Bu sınırlılıklar aşağıda ayrı maddeler halinde belirtilmiştir:

- Araştırma, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan ve İstanbul'da yaşayan ailelerin çocukları ile sınırlı kalmıştır.
- Araştırma özel bir psikolojik danışmanlık merkezine başvuran ailelerin çocukları ile sınırlı kalmıştır.
- Araştırma kapsamında kum oyunu terapisi uygulamaları tek bir terapistle sınırlı kalmıştır.
- Araştırmanın sonuçları CBCL/6-18 Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin verileriyle sınırlıdır.
- Araştırma sürecinde ilan edilen küresel salgın sebebiyle yüz yüze görüşmelerde sınırlılıklar söz konusu olmuştur.

1.9. Varsayımlar

- Araştırmaya katılan kişilerin ölçeklerdeki maddeleri gerçekliğe uygun yanıtladıkları varsayılmıştır.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın yöntemi, örneklem grubu, örneklem grubunun demografik özelliklerine dair bulgular, veri toplama araçları, araştırma verilerinin toplanması, verilerin işlenmesi ve istatistiksel analizlerine ait bilgilere yer verilecektir.

2.1. Araştırma Modeli

Araştırmada, kum oyunu terapisinin 6-11 yaş grubu çocuklarda görülen duygusal ve davranışsal sorunlar üzerindeki etkisini değerlendirmeye yönelik tek gruplu öntest-sontest kontrol grupsuz yarı deneysel desen çalışması kullanılmıştır. Bu model, deneme öncesi modellerden biridir; fakat gerçek anlamda bir deneme modeli niteliği taşımaz. Deneysel denetimlerin olanaksız olduğu durumlarda nedenselliğin incelenmesinde seçenekli bir yol olarak geliştirilmiştir (Karasar, 2014). Araştırma metodu açısından yarı deneysel desenlerin korealatif desenlerden daha güçlü tarafları olmasına karşın deneysel metodun seçkisiz seçim ve seçkisiz atama krtiterleri karşılanamadığı için deneysel özellik taşımazlar. İlgili yazında bu tür müdahale içeren araştırmalarda ön test – son test tek gruplu yarı deneysel desenlerin kullanılabileceği bildirilmektedir (Erkuş, 2017). Psikoloji ve eğitim biliminde bir yöntemin etkinliğini incelemeye yönelik araştırmalarda tek gruplu öntest-sontest kontrol grupsuz yarı deneysel desen çalışmalarına sıklıkla rastlanmaktadır (Örn., Aslan, 2011; Demir, 2017; Kırış, 2016; Teber, 2015).

2.2. Araştırma Örneklemi

Bu çalışma, İstanbul'da bulunan özel bir psikolojik danışmanlık merkezine başvuran ailelerin çocukları ile yapılmıştır. Psikolojik danışmanlık merkezine başvuran aileler, çocuklarının okul, aile ve sosyal yaşantılarından birinde veya birden fazlasında sorun yaşadıkları için psikoterapi desteği almak için merkeze başvurmuşlardır. Merkeze başvuran ailelerin çocuklarından sembolik oyun kapasitesi olan 6-11 yaş aralığında 26 çocuk seçilmiştir. Araştırmaya katılan çocuklar, Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nden yüksek skor alma kriteriyle seçilmiştir. Psikiyatrik tanısı bulunanlar ve ilaç kullananlar hariç tutulmuştur.

Araştırmaya katılan çocukların 11'i kız, 15'i erkektir. Terapi seansları 2019-2021 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Terapi çalışmaları kum oyunu terapisi eğitimi olan araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Bu sırada kum oyunu terapisi alanında

süpervizyon yetkisi olan uzmanlardan süpervizyon desteği alınmıştır. Terapilerin en kısası 10 seans, en uzun olanı ise 31 seans sürmüştür. Terapi süreleri çocukların başvuru sebeplerinin ortadan kalkmasına bağlı olarak belirlenmiştir. Ve buna göre sonlandırılmıştır.

2.2.1. Örneklem Grubunun Demografik Özellikleri

Bu çalışmaya katılan çocukların demografik özellikleri aşağıda tablolar halinde ayrı ayrı gösterilmiştir. Araştırmaya katılan çocuklara ait yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve seans sayısı gibi bilgilere tablolarda yer verilmiştir.

Örneklem grubunun yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Tablo 1'de gösterildiği gibi örneklem grubundaki çocukların 11'si (%42,3) kız, 15'i (%57,7) erkektir. Çocukların 3'ü (%11,5) 6 yaşında, 3'ü (%11,5) 7 yaşında, 2'si (%7,7) 8 yaşında, 5'i (%19,2) 9 yaşında, 3'ü (%11,5) 10 yaşında ve 10'u (%38,5) 11 yaşındadır.

Tablo 1. Örneklem Grubunun Cinsiyete ve Yaşa Göre Dağılımı

		N	%
Cinsiyet	**Kız**	11	42,3
	Erkek	15	57,7
Yaş	**6 yaş**	3	11,5
	7 yaş	3	11,5
	8 yaş	2	7,7
	9 yaş	5	19,2
	10 yaş	3	11,5
	11 yaş	10	38,5
	Toplam	29	100,0

Örneklem grubundaki çocukların eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Tablo 2'de gösterildiği gibi örneklem grubundaki çocukların 5'i (%19,2) 1. sınıfta, 1'i (%3,8) 2. sınıfta, 4'ü (%15,4) 3. sınıfta, 5'i (19,2) 4. sınıfta, 3'ü (11,5) 5. sınıfta ve 8'i (%30,8) 6.sınıfta eğitim görmektedir.

Tablo 2. Örneklem Grubunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	N	%
1. Sınıf	5	19,2
2. Sınıf	1	3,8
3. Sınıf	4	15,4
4. Sınıf	5	19,2
5. Sınıf	3	11,5
6. Sınıf	8	30,8
Toplam	26	100,0

Tablo 3'te örneklem grubunun katıldıkları kum oyunu terapisi seans sayısına göre dağılımı gösterilmiştir. Tablo 3'te gösterildiği gibi örneklem grubunun 4'ü (%15,4) 10 seans, 2'si (%7,7) 11 seans, 1'i (%3,8) 12 seans, 2'si (%7,7) 13 seans, 4'ü (%15,4) 15 seans, 1'i (%3,8) 17 seans, 3'ü (%11,5) 18 seans, 2'si (%7,7) 20 seans, 1'i (%3,8) 21 seans, 1'i (%3,8) 22 seans, 3'ü (%11,5) 24 seans, 1'i (%3,8) 29 seans ve 1'i (%3,8) 31 seans kum oyunu terapisine katılmıştır.

Tablo 3. Örneklem Grubunun KOT Seans Sayısına Göre Dağılımı

Seans Sayısı	N	%
10 Seans	4	15,4
11 Seans	2	7,7
12 Seans	1	3,8
13 Seans	2	7,7
15 Seans	4	15,4
17 Seans	1	3,8

18 Seans	3	11,5
20 Seans	2	7,7
21 Seans	1	3,8
22 Seans	1	3,8
24 Seans	3	11,5
29 Seans	1	3,8
31 Seans	1	3,8
Toplam	26	100.0

2.3. Verilerin Toplanması

Çocuklara terapi uygulanmadan önce ve bittikten sonra Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği çocukların anne ya da babası tarafından doldurulmuştur. Çocuklara ait demografik bilgileri edinmek amacıyla bir form hazırlanmış ve aileler tarafından doldurulması istenmiştir. Uygulamalar öncesinde çocukların ebeveynlerine bu çalışmanın araştırma amacıyla yapıldığı ve yanıtların gizli tutulacağı bilgisi verilmiş ve onayları alınmıştır. 26 çocuğun verileri toplandıktan sonra hesaplamaları ve değerlendirmeleri yapılmıştır.

2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada örneklem grubuna ait bilgilerin kaydedildiği demografik bilgi formu ile Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (Child Behavioral Check List) kullanılmıştır. 6-18 yaş aralığını kapsayan ölçeğin ebeveyn formu, çocukların aileleri tarafından doldurulmuştur.

Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği, Türkiye standardizasyonun olması, değerlendirmede ve uygulamada pratik olması, çocuklarda görülen duygusal ve davranışsal sorunları kapsamlı şekilde ele alması ve çocukların davranış problemlerini DSM tanı sisteminin sınıflamasına göre verebilmesi nedeniyle tercih edilmiştir.

2.4.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Tüm katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Bu formda katılımcıların bilgilerinin gizli tutulacağı, katılımcılardan toplanan verilerin sadece bilimsel araştırma amacı ile kullanılacağı ve istedikleri takdirde araştırmadan çekilebileceklerine dair bilgilere yer verilmiştir

2.4.2. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan sosyo-demografik bilgi formu, araştırmayı yürüten kişi tarafından hazırlanmıştır. Bu form çalışmaya alınan çocukların anne ve/veya babaları tarafından doldurulmuştur. Formun içeriğinde çocuğun adı, soyadı, doğum tarihi, yaşı, cinsiyeti, sınıfı ve okulu gibi bilgilerin yanı sıra anne-babanın eğitim, iş durumları ve ailenin iletişim bilgileri gibi bilgiler yer almaktadır.

2.4.3. Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği

Ölçeğin orijinal adı Child Behavioral Check List'tir. Achenbach tarafından Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği 1983 yılında geliştirilmiştir. 1991 yılında güncellenen versiyonu ile 4-18 yaş grubu çocuklar için kullanılmıştır. Ölçek 2001 yılında yeniden güncellenmiş; 1,5-5 yaş grubu ve 6-18 yaş grubu olmak üzere iki ayrı form oluşturulmuştur (Erol ve Şimşek, 2010). Ölçek, Achenbach Ampirik Temeli Değerlendirme Sistemi'nde (ASEBA) olan ölçeklerden biridir. Bu değerlendirme sistemi çocuklara yönelik bireysel tanımlamalara ve açık uçlu soruların değerlendirilmesine imkan tanımaktadır. Formların yanıtlanma süresi 15-20 dakikadır. ASEBA, çocukların ve gençlerin yeterlik ve uyum işlevleri ile sorun davranışlarını standart, bütüncül yaklaşımla ve kısa sürede değerlendirme imkanı sunan maliyet-etkin bir sistemdir. Çocuk hakkında ayrıntılı bilgiye sahip olabilmek açısında hem ebeveyn hem öğretmen hem de çocuğun kendisinin doldurabileceği formları mevcuttur; dolayısıyla çoklu bilgi kaynaklarından elde edilen verilerin karşılaştırılmasına imkan sağlamaktadır (Erol ve Şimşek, 2010). Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin farklı formları şu şekildedir: CBCL/1,5-5 formu olarak adlandırılan "1,5-5 Yaş Çocukları için Davranış Değerlendirme Ölçeği", CBCL/6-18 formu olarak adlandırılan "6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği", YSR/11-18 formu olarak adlandırılan "11-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Kendini Değerlendirme Ölçeği", TRF/6-18 formu olarak adlandırılan "6-18 Yaş için Öğretmen Bilgi Formu" dur.

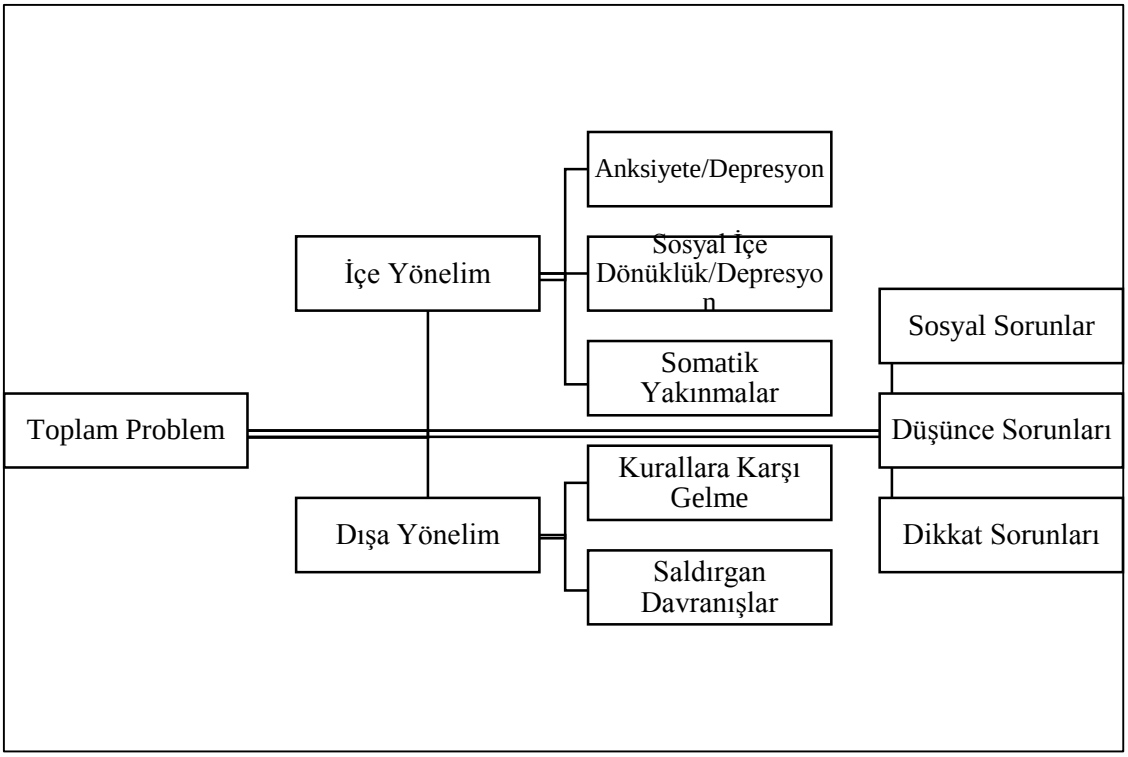
CBCL/6-18, 6-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin sorunlu davranışlarını değerlendirmek için kullanılır. Ölçek, anne, baba ya da bakım veren tarafından doldurulur.

Ölçek, toplam 4 sayfadan oluşur. Yeterlik alt testi olarak adlandırılan ilk 2 sayfada çocuğun yaşı, cinsiyeti, formu dolduran kişinin çocuğa yakınlığı, anne ve babanın işi, öğrenim durumları, yaşları ve iletişim bilgileri gibi demografik bilgilerin dışında yeterlik ile ilgili maddeler yer almaktadır. Yeterlilikle ilgili olan maddelerden "Etkinlik", "Sosyallik" ve "Okul" olmak üzere üç alt test puanı elde edilmektedir. Etkinlik alt testi, spor etkinlikleri, hobileri ve ev dışı yapılan işleri; Sosyallik alt testi, üye olunun kulüp ve kuruluşlar ile arkadaş ve kardeş ilişkilerini; Okul alt testi, okuldaki başarı derecelerini, sorunlarını ve okul etkinliklerine katılımını göstermektedir. Etkinlik, Sosyallik ve Okul alt testlerinin puanları toplanarak Toplam Yeterlik puanı elde edilir. İlk 2 sayfada çocuğa özgü açık uçlu bazı sorular yer alır ve puanlamaya dahil edilmezler. Bunlar çocuğun sağlık bilgilerini ve formu dolduran kişinin çocukla ilgili algısını, olumlu ya da olumsuz görüşlerini içeren bölümdür. Görüşmeci, bu sayede ölçekteki ifadelerle birlikte ölçeğin diğer maddelerinden elde edilen puanları da kullanır.

Ölçeğin son 2 sayfasında ise çocuklarda görülen davranış ve duygusal sorunları tanımlayan 113 madde vardır. Sorun davranışlar son altı ayda görülme sıklık derecesine göre 0 (doğru değil), 1 (bazen doğru) ve 2 (her zaman doğru) olarak derecelendirilmekte ve maddeler çeşitli alt ölçekler içinde gruplandırılmaktadır. Çocukların ölçekten aldığı yüksek puan duygusal ve davranışsal olarak sorunlar yaşadığını gösterirken, çocuğun düşük puan alması davranışsal ve duygusal sorunlarının olmadığını göstermektedir.

Puanlama ve değerlendirme bilgisayar programı yoluyla ya da elle yapılabilir. Problem testi bölümünde 8 maddeden fazla problem maddesi boş bırakıldığında ölçek değerlendirmeye alınmamalıdır. Ölçeklerin hem ham puan hem de T puanları bulunmaktadır. Araştırmalarda istatistiksel analiz için sendrom ölçeklerinin ham puanların kullanılması önerilmektedir (Erol ve Şimşek, 2010). Ölçeğin son 2 sayfasında yer alan Problem Testi bölümü Ampirik Temelli Alt Alt Testler ve DSM Uyumlu Alt Testlerden oluşmaktadır. Ölçekten *İçe Yönelim* ve *Dışa Yönelim* olarak iki ayrı davranış problemi puanı elde edilmektedir. İçe Yönelim grubunu *Anksiyete/Depresyon, Sosyal*

İçe Dönüklük/Depresyon ve *Somatik Yakınmalar*; Dışa Yönelim grubunu ise *Kurallara Karşı Gelme* ve *Saldırgan Davranışlar* alt testlerinin toplam problem puanı oluşturmaktadır. Ayrıca, her iki gruba da girmeyen *Sosyal Sorunlar, Düşünce Sorunları* ve *Dikkat Sorunları* alt testleri ölçekte yer almaktadır. Ölçeğin tümünden "Toplam Problem" puanı elde edilmektedir. Şekil 1'de tüm alt testler gösterilmiştir.



Şekil 1. CBCL/6-18 Ampirik Temelli Alt Testler

Ölçeğin DSM uyumlu alt testleri ise; *Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Duygudurum Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu* alt testlerinden oluşmaktadır. Ölçeğe 2007 yılında yapılan düzenleme ile *Ağır Bilişsel Tempo, Travma Sonrası Stres Bozukluğu* ve *Obsesif -Kompulsif Bozukluk* alt testleri dahil edilmiştir (Erol ve Şimşek, 2010).

Çocuklar ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/4-18) 1981 formu, Melda Akçakın ve Işık Savaşır tarafından 1983 yılında ülkemizde Türkçe 'ye çevrilmiş; 6-11 yaşlarında 80 çocuğa uygulanarak güvenirlik çalışması yapılmıştır. Melda Akçakın ve Neşe Erol tarafından 1991 yılına ait form Türkçe 'ye çevrilmiştir;

çevrilen form, 1983 yılında çevrilen versiyonu ile karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışmalar sonunda ölçekte bazı değişiklikler yapılmış ve 2001 yılında CBCL/6-18 formu adıyla son haline kavuşmuştur (Erol ve Şimşek, 2010).

Ölçeğin Türkiye norm çalışmaları için 1991-1992 yılları arasında veri toplanmıştır. Türkiye norm çalışmaları, 4278 normal örneklem ve 963 klinik örneklem olmak üzere toplam 5241 kişilik örneklem grubu ile yürütülmüştür. 2001 yılı CBCL/6-18 ölçeğinin güvenirlik çalışmasında "toplam problem" iç tutarlılık katsayısı .94 bulunmuştur (Erol ve Şimşek, 2010).

Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/ 6-18)'nin içerik geçerliliği için toplum ve klinik örneklem karşılaştırması yapılmıştır; her bir değişkenin demografik değişkenlere göre alt test puanlarının dağılımı varyans yüzdesi hesaplanarak bulunmuştur. Sekiz faktör yapısına sahip olan ölçeğin Türkiye geçerliliği için toplum ve klinik örneklem üzerinde doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin standardize edilmiş faktör yük değerleri incelendiğinde, maddeler ile alt ölçekler arasında güçlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Her bir maddenin faktör yük değerleri .39 ile .85 arasında anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmada ölçeğin maddelerinin %99'unun ölçülmesi amaçlanan belirtileri pozitif ve tatmin edici düzeyde anlamlı olarak ($p<.01$) ölçtüğü saptanmıştır. Genel olarak ölçek, tüm alt testlerde klinik ve toplum örneklemini anlamlı ($p<0.001$) ölçüde ayırt etmiştir. Klinik örneklemin puan ortalamaları normal örneklemdeki çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Erol ve Şimşek, 2010).

Araştırmada kullanılan ölçme aracının güvenirlik analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda ön-test uygulamasında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,903; son-test uygulamasında 0,940 olarak hesaplanmıştır.

2.5. İşlem

Araştırma kapsamında ölçekten yüksek skor alan 6-11 yaş aralığında çocuklar seçilmiş ve ailelerden araştırmaya katılmakta gönüllü olduklarına dair bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Terapi uygulamaları 2019-2021 yılları arasında yürütülmüştür. Bu açıdan araştırmanın uygulama kısmının bir bölümü Covid-19 küresel salgın dönemine denk gelmiştir ve bazı aksaklıklar yaşanmıştır. 14 çocuğun süreci pandemi öncesinde tamamlanmışken; 12 çocuğun çalışması pandemi dönemine sarkmıştır. Mart

2020'de pandemiden kaynaklı başlayan kısıtlamalar ile yüz yüze terapilere ara verilmiştir. Çocuklarla bağı devam ettirmek için çevrimiçi görüşmeler yapılarak hem çocukla hem aileyle görüşülmüştür. Bu süreçte çevrimiçi uygulamalar aracılığıyla çocuklarla sanat ve hikaye çalışmaları yapılmış; aileye ise hem pandemi dönemine dair hem de gündemde yaşadıkları sorunlara dair psiko-eğitim verilmiştir. Kısıtlama döneminde uygulayıcı her hafta görüşmeyi talep etmiş olsa da net bir görüşme aralığı tüm çocuklar için oluşturulamamıştır. Bazı ailelerin çevrimiçi terapilerin yetkinliğine dair endişeleri olmuştur. Bazı ailelerin ise pandemi kaynaklı kısıtlamalarla evde görüşme ortamı sağlamakta zorlandıkları olmuştur. Bu sorunların görüşme aralığını netleştirmede zorluğa sebep olduğu düşünülmüştür. Çevrimiçi yapılan görüşmeler terapi seansı sayısına dahil edilmemiştir. Haziran 2020'de kısıtlamaların azalmasıyla belli tedbirler dahilinde yüz yüze görüşmelere devam edilmiştir. Araştırmaya katılan çocuklarla kısıtlama olan dönem haricinde her hafta aynı gün, saat ve mekanda görüşmek üzere takvim hazırlanmıştır. Acil durumlar haricinde takvime sadık kalınmıştır. Bazı çocukların Covid-19 ya da temaslı olması durumunda karantina dönemine girmesiyle seans günü ve saatinde mutlaka telefon görüşmesiyle aradaki bağı koruma adına görüşülmüştür. Çocuklar psikolojik danışmanlık merkezine ebeveynleriyle gelmişler, terapi odasına ise kum terapisi uygulayıcısı ile girmişlerdir. Ortalama her seans 45-50 dakika sürmüştür. Ortalama 4 seansta bir aile görüşmesi yapılmış; hem çocukların durumu ile ilgili aileden geri bildirim alınmış hem de aileye ihtiyacına yönelik psiko-eğitim verilmiştir. Aile görüşmeleri ile çocukların kum terapisi seansları ayrı günlere programlanmıştır. Araştırmada terapi çalışmaları araştırmacının kendisi tarafından yürütülmüştür. Öncelikle çocuklara kum terapisi odası, kum tepsileri ile minyatürler gösterilmiş ve yöntem hakkında bilgi verilmiştir. Çocuklar kumla oynamaya istekli olduklarında terapist sürece eşlik etmiş, tepsi bittiğinde eğer varsa hazırlanan sahnenin hikayesini dinlemiş ve seans sonrasında (çocuk terapi odasından çıktıktan sonra) çocuğun da bilgisi dahilinde ortaya çıkan sahnenin fotoğraflarını çekip arşivlemiştir. Kumla oynamak istemedikleri seanslarda çocuklarla serbest oyun ve sanat çalışmaları yapılmıştır. Çocuklarla çalışırken kum oyununa ek olarak, diğer oyunları ve sanat çalışmalarını da sürece dahil ederek yaratıcı aktiviteleri sürdürmek kum oyunu terapisinin bir parçasıdır. Başvuru sebeplerine yönelik yürütülen çalışmada çocukların sorunlarında azalma görüldüğünde ayrılık aşaması planlanmış ve süreç

sonlandırılmıştır. Sorunların azaldığına ve belirtilerin kaybolduğuna yönelik karar aileyle birlikte karar verilmiştir. Çalışmanın biteceğine dair bilgi, çocuğa üç hafta öncesinde bilgi verilmiştir. Terapiler bittikten sonra en geç 1 hafta içinde son-test uygulanmıştır.

2.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Bu bölümde araştırmada toplanan verilerin analizleri hakkında bilgi verilmiştir. Elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro Wilk Testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağılım varsayımını karşılamadığı bulunmuştur.

Araştırma verilerinin analizinde IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for The Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Çalışma grubunun öntest-sontest ortalamalarının karşılaştırılmasında "Wilcoxon Testi" kullanılmıştır.

BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR

3.1. Bulgular

Bu bölümde araştırmaya dair verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Çeşitli alt testlere ait elde edilen bulgular ayrı ayrı tablolar halinde yer almaktadır.

3.1.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeğe Ait Bulgular

Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin ve Alt Boyutlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Alt Testler	n	Min.	Maks.	Ort.	ss
Anksiyete/Depresyon Ön-test	26	4,00	20,00	11,615	4,561
Anksiyete/Depresyon Son-test	26	1,00	18,00	5,038	4,247
Sosyal İçedönüklük/Depresyon Ön-test	26	1,00	14,00	4,807	3,298
Sosyal İçedönüklük/Depresyon Son-test	26	0,00	6,00	1,923	1,741
Somatik Yakınmalar Ön-test	26	0,00	17,00	3,730	3,852
Somatik Yakınmalar Son-test	26	0,00	10,00	2,153	2,361
Kurallara Karşı Gelme Davranışı Ön-test	26	0,00	11,00	2,538	2,436
Kurallara Karşı Gelme Davranışı Son-test	26	0,00	10,00	1,230	2,025
Saldırgan Davranışlar Ön-test	26	2,00	31,00	11,965	7,356
Saldırgan Davranışlar Son-test	26	0,00	13,00	4,653	3,123
Sosyal Sorunlar Ön-test	26	1,00	15,00	7,500	3,240
Sosyal Sorunlar Son-test	26	0,00	11,00	3,230	2,470
Düşünce Sorunları Ön-test	26	0,00	15,00	5,692	4,067
Düşünce Sorunları Son-test	26	0,00	13,00	2,192	2,856
Dikkat Sorunları Ön-test	26	1,00	18,00	8,384	4,050
Dikkat Sorunları Son-test	26	0,00	9,00	4,038	2,457
Ağır Bilişsel Tempo Ön-test	26	0,00	6,00	2,576	1,879
Ağır Bilişsel Tempo Son-test	26	0,00	3,00	1,153	0,967
Obsesif Kompulsif Problemler Ön-test	26	0,00	15,00	6,153	4,305

Obsesif Kompulsif Problemler Son-test	26	0,00	8,00	2,692	2,362
Travma Sonrası Stres Problemleri Ön-test	26	5,00	19,00	12,114	4,217
Travma Sonrası Stres Problemleri Son-test	26	1,00	14,00	5,000	3,521
Duygu Durum bozukluğu Ön-test	26	1,00	15,00	7,615	3,430
Duygu Durum Bozukluğu Son-test	26	0,00	8,00	3,307	1,954
Anksiyete Bozukluğu Ön-test	26	0,00	10,00	5,807	2,623
Anksiyete Bozukluğu Son-test	26	0,00	10,00	2,769	2,388
Somatizasyon Bozukluğu Ön-test	26	0,00	11,00	2,000	2,449
Somatizasyon Bozukluğu Son-test	26	0,00	8,00	1,423	1,983
DEHB Ön-test	26	1,00	13,00	7,115	3,302
DEHB Son-test	26	1,00	14,00	4,000	2,952
Karşıt Gelme Bozukluğu Ön-test	26	0,00	9,00	4,115	2,405
Karşıt Gelme Bozukluğu Son-test	26	0,00	7,00	1,923	1,741
Davranım Bozukluğu Ön-test	26	0,00	11,00	3,000	3,394
Davranım Bozukluğu Son-test	26	0,00	10,00	0,884	2,026
İçe Yönelim Ön-test	26	6,00	44,00	19,769	9,733
İçe Yönelim Son-test	26	2,00	30,00	9,115	6,345
Dışa Yönelim Ön-test	26	4,00	36,00	15,076	9,785
Dışa Yönelim Son-test	26	2,00	23,00	5,730	4,652
Toplam Problem Ön-test	26	29,00	106,00	61,738	19,668
Toplam Problem Son-test	26	8,00	100,00	28,500	17,978

Uygulama öncesi Anksiyete/Depresyon alt testinin puan ortalaması 11,615±4,561; uygulama sonrası Anksiyete/Depresyon alt testi puan ortalaması 5,038±4,247 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon alt testinin puan ortalaması 4,807±3,298; uygulama sonrası Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon alt testi puan ortalaması 1,923±1,741 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Somatik Yakınmalar alt testinin puan ortalaması 3,730±3,852; uygulama sonrası Somatik Yakınmalar alt testi puan ortalaması 2,153±2,361 olarak

belirlenmiştir. Uygulama öncesi Kurallara Karşı Gelme Davranışı alt testinin puan ortalaması 2,538±2,436; uygulama sonrası Kurallara Karşı Gelme Davranışı alt testi puan ortalaması 1,230±2,025 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Saldırgan Davranışlar alt testinin puan ortalaması 11,965±7,356; uygulama sonrası Saldırgan Davranışlar alt testi puan ortalaması 4,653±3,123 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Sosyal Sorunlar alt testinin puan ortalaması 7,500±3,230; uygulama sonrası Sosyal Sorunlar alt testi puan ortalaması 3,230±2,470 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Düşünce Sorunları alt testinin puan ortalaması 5,692±4,067; uygulama sonrası Düşünce Sorunları alt testi puan ortalaması 2,192±2,856 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Dikkat Sorunları alt testinin puan ortalaması 8,384±4,050; uygulama sonrası Dikkat Sorunları alt testi puan ortalaması 4,038±2,457 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Ağır Bilişsel Tempo alt testinin puan ortalaması 2,576±1,879; uygulama sonrası Ağır Bilişsel Tempo alt testi puan ortalaması 1,153±0,967 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Obsesif Kompulsif Problemler alt testinin puan ortalaması 6,153±4,305; uygulama sonrası Obsesif Kompulsif Problemler alt testi puan ortalaması 2,692±2,362 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Travma Sonrası Stres Problemleri alt testinin puan ortalaması 12,114±4,217; uygulama sonrası Travma Sonrası Stres Problemleri alt testi puan ortalaması 5,000±3,521 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Duygu Durum Bozukluğu alt testinin puan ortalaması 7,615±3,430; uygulama sonrası Duygu Durum Bozukluğu alt testi puan ortalaması 3,307±1,954 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Anksiyete Bozukluğu alt testinin puan ortalaması 5,807±2,623; uygulama sonrası Anksiyete Bozukluğu alt testi puan ortalaması 2,769±2,388 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Somatizasyon Bozukluğu alt testinin puan ortalaması 2,000±2,449; uygulama sonrası Somatizasyon Bozukluğu alt testi puan ortalaması 1,423±1,983 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi DEHB alt testinin puan ortalaması 7,115±3,302; uygulama sonrası DEHB alt testi puan ortalaması 4,000±2,952 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Karşıt Gelme Bozukluğu alt testinin puan ortalaması 4,115±2,405; uygulama sonrası Karşıt Gelme Bozukluğu alt testi puan ortalaması 1,923±1,741 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Davranım Bozukluğu alt testinin puan ortalaması 3,000±3,394; uygulama sonrası Davranım Bozukluğu alt testi puan ortalaması 0,884±2,026 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi İçe Yönelim alt testinin puan ortalaması 19,769±9,733; uygulama

sonrası İçe Yönelim alt testi puan ortalaması 9,115±6,345 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Dışa Yönelim alt testinin puan ortalaması 15,076±9,785; uygulama sonrası Dışa Yönelim alt testi puan ortalaması 5,730±4,652 olarak belirlenmiştir. Uygulama öncesi Toplam Problem puan ortalaması 61,738±19,668; uygulama sonrası Toplam Problem puan ortalaması 28,500±17,978 olarak belirlenmiştir.

3.1.2. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Alt Test Bulguları

3.1.2.1. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testi Bulguları

Örneklem grubunun Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 5'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Anksiyete/Depresyon Alt testi ön-test puan ortalaması 12,45 iken son-test puan ortalaması 6,63'tür. Erkek çocuklarının Anksiyete/Depresyon alt testi ön-test puan ortalaması 11,00 iken son-test puan ortalaması 3,86'dır.

Tablo 5. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum Ön Test		Klinik Son Test		Çalışma Ön Test		Çalışma Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Anksiyete/Depresyon	**Kız**	4,7	(3,5)	8,7	(4,5)	12,45	(4,27)	6,63	(5,42)
	Erkek	4,1	(3,2)	7,3	(3,9)	11,00	(4,81)	3,86	(2,77)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Anksiyete/Depresyon Alt testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında ($z = -4,465$) $p<0,001$ düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 6); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 26'sının (%100) Anksiyete/Depresyon son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 6. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Anksiyete/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	Z	P
Negatif Sıralar	26[a]	13,50	351,00		
Pozitif Sıralar	0[b]	,00	,00	-4,465	**,000***
Eşit	0[c]				
Toplam	26				

[a.] Anksiyete/Depresyon (Sontest) < Anksiyete/Depresyon (Öntest)

[b.] Anksiyete/Depresyon (Sontest) > Anksiyete/Depresyon (Öntest)

[c.] Anksiyete/Depresyon (Sontest) = Anksiyete/Depresyon (Öntest)

*p<0,001

3.1.2.2. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testi Bulguları

Örneklem grubunun Ampirik Temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 7'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon alt testi ön-test puan ortalaması 5,18 iken son-test puan ortalaması 2,27'dir. Erkek çocuklarının Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon alt testi ön-test puan ortalaması 4,53 iken son-test puan ortalaması 1,66'dır.

Tablo 7. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		**Toplum**		**Klinik**		**Çalışma**			
						Ön Test		**Son Test**	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Sosyal İçedönüklük /Depresyon	**Kız**	2,1	(2,2)	3,9	(3,1)	5,18	(4,06)	2,27	(2,41)
	Erkek	1,9	(2,1)	3,4	(2,9)	4,53	(2,72)	1,66	(1,04)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -4,217) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 8); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 23'ünün (%88,4) Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 8. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	Z	P
Negatif Sıralar	23[d]	12,91	297,00		
Pozitif Sıralar	1[e]	3,00	3,00	-4,217	**,000***
Eşit	2[f]				
Toplam	26				

[d.] Sosyal İçedönüklük/Depresyon (Sontest) < Sosyal İçedönüklük/Depresyon (Öntest)

[e.] Sosyal İçedönüklük/Depresyon (Sontest) > Sosyal İçedönüklük/Depresyon (Öntest)

[f.] Sosyal İçedönüklük/Depresyon (Sontest) = Sosyal İçedönüklük/Depresyon (Öntest)

*p<0,001

3.1.2.3. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Bulguları

Örneklem grubunun Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 9'da görüldüğü gibi kız çocuklarının Somatik Yakınmalar Alt Testi ön-test puan ortalaması 4,54 iken son-test puan ortalaması 2,63'tür. Erkek çocuklarının Somatik Yakınmalar Alt Testi ön-test puan ortalaması 3,13 iken son-test puan ortalaması 1,80'dir.

Tablo 9. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Somatik Yakınmalar	**Kız**	1,2	(1,9)	2,7	(3,1)	4,54	(4,98)	2,63	(3,04)
	Erkek	1,1	(1,8)	2,1	(2,2)	3,13	(2,79)	1,80	(1,74)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Somatik Yakınmalar Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -2,717) p<0,01 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 10); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 13'ünün (%50,0) Somatik Yakınmalar son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 10. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Somatik Yakınmalar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	Z	P
Negatif Sıralar	13[g]	7,35	95,50		
Pozitif Sıralar	1[h]	9,50	9,50	-2,717	**,007***
Eşit	12[i]				
Toplam	26				

[g.] Somatik Yakınmalar (Sontest) < Somatik Yakınmalar (Öntest)

[h.] Somatik Yakınmalar (Sontest) > Somatik Yakınmalar (Öntest)

[i.] Somatik Yakınmalar (Sontest) = Somatik Yakınmalar (Öntest)

*p<0,01

3.1.2.4. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Davranışı Alt Testi Bulguları

Örneklem grubunun Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Davranışı Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 11'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Kurallara Karşı Gelme Davranışı Alt Testi ön-test puan ortalaması 2,45 iken son-test puan ortalaması 1,54'dür. Erkek çocuklarının Kurallara Karşı Gelme Davranışı Alt Testi ön-test puan ortalaması 2,60 iken son-test puan ortalaması 1,00'dır.

Tablo 11. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Davranışı Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	**Kız**	0,9	(1,3)	2,3	(2,4)	2,45	(3,11)	1,54	(2,94)
	Erkek	1,5	(1,8)	3,5	(3,2)	2,60	(1,91)	1,00	(1,00)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Kurallara Karşı Gelme Davranışı Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -3,597) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 12); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 18'inin (%69,2) Somatik Yakınmalar son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 12.Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Kurallara Karşı Gelme Davranışı Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	Z	P
Negatif Sıralar	18[j]	11,11	200,00		
Pozitif Sıralar	2[k]	5,00	10,00	-3,597	**,000***
Eşit	6[l]				
Toplam	26				

[j.] Kurallara Karşı Gelme (Sontest) < Kurallara Karşı Gelme (Öntest)

[k.] Kurallara Karşı Gelme (Sontest) > Kurallara Karşı Gelme (Öntest)

[l.] Kurallara Karşı Gelme (Sontest) = Kurallara Karşı Gelme (Öntest)

*p<0,001

3.1.2.5. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Bulguları

Örneklem grubunun Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 13'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Saldırgan Davranışlar Alt Testi ön-test puan ortalaması 11,09 iken son-test puan ortalaması 4,63'dür. Erkek çocuklarının Saldırgan Davranışlar Alt Testi ön-test puan ortalaması 12,60 iken son-test puan ortalaması 4,66'dır.

Tablo 13. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Saldırgan Davranışlar	**Kız**	3,9	(4,0)	9,1	(6,0)	11,09	(7,03)	4,63	(3,58)
	Erkek	5,2	(4,8)	11,2	(6,8)	12,60	(7,76)	4,66	(2,87)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Saldırgan Davranışlar Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -4,464) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 14); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 26'sının (%100) Saldırgan Davranışlar son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 14. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Saldırgan Davranışlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	Z	P
Negatif Sıralar	26[m]	13,50	351,00		
Pozitif Sıralar	0[n]	,00	,00	-4,464	**,000***
Eşit	0[o]				
Toplam	26				

[m.] Saldırgan Davranışlar (Sontest) < Saldırgan Davranışlar (Öntest)

[n.] Saldırgan Davranışlar (Sontest) > Saldırgan Davranışlar (Öntest)

[o.] Saldırgan Davranışlar (Sontest) = Saldırgan Davranışlar (Öntest)

*p<0,001

3.1.2.6. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Bulguları

Örneklem grubunun Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 15'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Sosyal Sorunlar Alt Testi ön-test puan ortalaması 9,45 iken son-test puan ortalaması 4,63'dür. Erkek çocuklarının Sosyal Sorunlar Alt Testi ön-test puan ortalaması 6,06 iken son-test puan ortalaması 2,20'dir.

Tablo 15. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Sosyal Sorunlar	**Kız**	3,0	(2,5)	6,0	(3,5)	9,45	(3,07)	4,63	(2,97)
	Erkek	3,2	(2,7)	6,1	(3,6)	6,06	(2,60)	2,20	(1,37)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Sosyal Sorunlar Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -4,239) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 16); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 23'ünün (%88,4) Sosyal Sorunlar son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 16. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Sosyal Sorunlar Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	Z	p
Negatif Sıralar	23[p]	12,96	298,00		
Pozitif Sıralar	1[q]	2,00	2,00	-4,239	**,000***
Eşit	2[r]				
Toplam	26				

[p.] Sosyal Sorunlar (Sontest) < Sosyal Sorunlar (Öntest)

[q.] Sosyal Sorunlar (Sontest) > Sosyal Sorunlar (Öntest)

[r.] Sosyal Sorunlar (Sontest) = Sosyal Sorunlar (Öntest)

*p<0,001

3.1.2.7. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Bulguları

Örneklem grubunun Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 17'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Düşünce Sorunları Alt Testi ön-test puan ortalaması 6,18 iken son-test puan ortalaması 2,54'dür. Erkek çocuklarının Düşünce Sorunları Alt Testi ön-test puan ortalaması 5,33 iken son-test puan ortalaması 1,93'dür.

Tablo 17. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Düşünce Sorunları	**Kız**	0,9	(1,4)	3,5	(2,9)	6,18	(3,94)	2,54	(4,15)
	Erkek	0,9	(1,6)	3,7	(2,9)	5,33	(4,25)	1,93	(1,43)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Düşünce Sorunları Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -3,969) $p<0,001$ düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 18); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 22'sinin (%84,6) Düşünce Sorunları son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 18. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Düşünce Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	Z	P
Negatif Sıralar	22[s]	12,18	268,00		
Pozitif Sıralar	1[t]	8,00	8,00	-3,969	**,000***
Eşit	3[u]				
Toplam	26				

[s.] Düşünce Sorunları (Sontest) < Düşünce Sorunları (Öntest)

[t.] Düşünce Sorunları (Sontest) > Düşünce Sorunları (Öntest)

[u.] Düşünce Sorunları (Sontest) = Düşünce Sorunları (Öntest)

*p<0,001

3.1.2.8. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Bulguları

Örneklem grubunun Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 19'da görüldüğü gibi kız çocuklarının Dikkat Sorunları Alt Testi ön-test puan ortalaması 8,09 iken son-test puan ortalaması 3,90'dır. Erkek çocuklarının Dikkat Sorunları Alt Testi ön-test puan ortalaması 8,60 iken son-test puan ortalaması 4,13'dür.

Tablo 19. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Ampirik Temelli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Dikkat Sorunları	**Kız**	2,5	(2,0)	5,3	(3,1)	8,09	(3,11)	3,90	(3,26)
	Erkek	3,0	(2,2)	5,5	(3,0)	8,60	(4,71)	4,13	(1,76)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Dikkat Sorunları Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -4,136) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 20); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 22'sinin (%84,6) Dikkat Sorunları son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 20. Örneklem Grubunun Ampirik Temelli Dikkat Sorunları Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	Z	P
Negatif Sıralar	22[v]	12,43	273,50		
Pozitif Sıralar	1[w]	2,50	2,50	-4,136	**,000***
Eşit	3[x]				
Toplam	26				

[v.] Dikkat Sorunları (Sontest) < Dikkat Sorunları (Öntest)

[w.] Dikkat Sorunları (Sontest) > Dikkat Sorunları (Öntest)

[x.] Dikkat Sorunları (Sontest) = Dikkat Sorunları (Öntest)

*p<0,001

3.1.3. Örneklem Grubunun 2007 Alt Test Bulguları

3.1.3.1. Örneklem Grubunun 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Test Bulguları

Örneklem grubunun 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 21'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi ön-test puan ortalaması 1,81 iken son-test puan ortalaması 1,00'dır. Erkek çocuklarının Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi ön-test puan ortalaması 3,13 iken son-test puan ortalaması 1,26'dır.

Tablo 21. Örneklem Grubunun 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

2007 Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Ağır Bilişsel Tempo	**Kız**	0,6	(1,0)	1,9	(1,8)	1,81	(1,47)	1,00	(1,00)
	Erkek	0,6	(1,0)	1,5	(1,6)	3,13	(1,99)	1,26	(0,96)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -3,451) p<0,01 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 22); yani çocukların son-test

puanları azalmıştır. Çocuklardan 18'inin (%69,2) Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 22. Örneklem Grubunun 2007 Ağır Bilişsel Tempo Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	z	P
Negatif Sıralar	18[y]	11,83	213,00		
Pozitif Sıralar	3[z]	6,00	18,00	-3,451	**,001***
Eşit	5[aa]				
Toplam	26				

[y.] Ağır Bilişsel Tempo (Sontest) < Ağır Bilişsel Tempo (Öntest)

[z.] Ağır Bilişsel Tempo (Sontest) > Ağır Bilişsel Tempo (Öntest)

[aa.] Ağır Bilişsel Tempo (Sontest) = Ağır Bilişsel Tempo (Öntest))

*p<0,01

3.1.3.2. Örneklem Grubunun 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Test Bulguları

Örneklem grubunun 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 23'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi ön-test puan ortalaması 6,90 iken son-test puan ortalaması 3,18'dir. Erkek çocuklarının Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi ön-test puan ortalaması 5,60 iken son-test puan ortalaması 2,33'dür.

Tablo 23. Örneklem Grubunun 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

2007 Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Obsesif-Kompulsif Problemler	**Kız**	2,0	(1,9)	4,8	(2,8)	6,90	(3,75)	3,18	(2,75)
	Erkek	1,8	(1,8)	3,6	(2,3)	5,60	(4,71)	2,33	(2,05)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -3,979) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 24); yani çocukların son-

test puanları azalmıştır. Çocuklardan 22'sinin (%84,6) Obsesif Kompulsif Problemler son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 24. Örneklem Grubunun 2007 Obsesif Kompulsif Problemler Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	Z	P
Negatif Sıralar	22[ab]	12,20	268,50		
Pozitif Sıralar	1[ac]	7,50	7,50	-3,979	**,000***
Eşit	3[ad]				
Toplam	26				

[ab.] Obsesif Kompulsif Problemler (Sontest) < Obsesif Kompulsif Problemler (Öntest)

[ac.] Obsesif Kompulsif Problemler (Sontest)) > Obsesif Kompulsif Problemler (Öntest)

[ad.] Obsesif Kompulsif Problemler (Sontest) = Obsesif Kompulsif Problemler (Öntest)

*p<0,001

3.1.3.3. Örneklem Grubunun 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Test Bulguları

Örneklem grubunun 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 25'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi ön-test puan ortalaması 12,54 iken son-test puan ortalaması 6,09'dır. Erkek çocuklarının Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi ön-test puan ortalaması 11,80 iken son-test puan ortalaması 4,20'dir.

Tablo 25. Örneklem Grubunun 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

2007 Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Travma Sonrası Stres Problemleri	**Kız**	4,8	(3,7)	9,9	(4,9)	12,54	(4,74)	6,09	(4,61)
	Erkek	4,7	(3,4)	9,0	(4,3)	11,80	(3,93)	4,20	(2,30)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -4,465) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 26); yani çocukların son-

test puanları azalmıştır. Çocuklardan 26'sının (%100) Travma Sonrası Stres Problemleri son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 26. Örneklem Grubunun 2007 Travma Sonrası Stres Problemleri Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	Z	P
Negatif Sıralar	26[ae]	13,50	351,00		
Pozitif Sıralar	0[af]	,00	,00		
				-4,465	**,000***
Eşit	0[ag]				
Toplam	26				

[ae.] Travma Sonrası Stres Problemleri (Sontest) < Travma Sonrası Stres Problemleri (Öntest)

[af.] Travma Sonrası Stres Problemleri (Sontest) > Travma Sonrası Stres Problemleri (Öntest)

[ag.] Travma Sonrası Stres Problemleri (Sontest) = Travma Sonrası Stres Problemleri (Öntest)

*p<0,001

3.1.4. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Alt Test Bulguları

3.1.4.1. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Duygu Durum Bozukluğu Alt Test Bulguları

Örneklem grubunun DSM Yönelimli Duygu Durum Bozukluğu Alt Test puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 27'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Duygu Durum Bozukluğu Alt Testi ön-test puan ortalaması 7,90 iken son-test puan ortalaması 3,63'tür. Erkek çocuklarının Duygu Durum Bozukluğu Alt Testi ön-test puan ortalaması 7,40 iken son-test puan ortalaması 3,06'dır.

Tablo 27. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Duygu Durum Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Duygu Durum Bozukluğu	**Kız**	2,4	(2,4)	5,9	(3,8)	7,90	(3,47)	3,63	(2,57)
	Erkek	2,3	(2,3)	4,8	(3,3)	7,40	(3,50)	3,06	(1,38)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Duygu Durum Bozukluğu Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -4,308)

p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 28); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 24'ünün (%92,3) Duygu Durum Bozukluğu son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 28. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Duygu Durum Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	z	P
Negatif Sıralar	24[aq]	13,42	322,00		
Pozitif Sıralar	1[ar]	3,00	3,00	-4,308	**,000***
Eşit	1[as]				
Toplam	26				

[aq.] Duygu Durum Bozukluğu (Sontest) < Duygu Durum Bozukluğu (Öntest)

[ar.] Duygu Durum Bozukluğu (Sontest) > Duygu Durum Bozukluğu (Öntest)

[as.] Duygu Durum Bozukluğu (Sontest) = Duygu Durum Bozukluğu (Öntest)

*p<0,001

3.1.4.2. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Test Bulguları

Örneklem grubunun DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 29'da görüldüğü gibi kız çocuklarının Anksiyete Bozukluğu Alt Testi ön-test puan ortalaması 5,81 iken son-test puan ortalaması 3,72'dir. Erkek çocuklarının Anksiyete Bozukluğu Alt Testi ön-test puan ortalaması 5,80 iken son-test puan ortalaması 2,06'dır.

Tablo 29. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Ansiyete Bozukluğu	**Kız**	2,4	(2,0)	4,0	(2,4)	5,81	(2,22)	3,72	(3,10)
	Erkek	2,1	(1,9)	3,3	(2,3)	5,80	(2,95)	2,06	(1,43)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Anksiyete Bozukluğu son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -3,948) p<0,001

düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 30); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 22'sinin (%84,6) Anksiyete Bozukluğu son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 30. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Anksiyete Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	z	P
Negatif Sıralar	22[at]	13,07	287,50		
Pozitif Sıralar	2[au]	6,25	12,50	-3,948	**,000***
Eşit	2[av]				
Toplam	26				

[at.] Anksiyete Bozukluğu (Sontest) <Anksiyete Bozukluğu (Öntest)

[au.] Anksiyete Bozukluğu (Sontest)> Anksiyete Bozukluğu (Öntest)

[av.] Anksiyete Bozukluğu (Sontest) = Anksiyete Bozukluğu (Öntest)

*p<0,001

3.1.4.3. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Test Bulguları

Örneklem grubunun DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 31'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi ön-test puan ortalaması 2,72 iken son-test puan ortalaması 2,09'dur. Erkek çocuklarının Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi ön-test puan ortalaması 1,46 iken son-test puan ortalaması 0,93'dür.

Tablo 31. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Somatizasyon Bozukluğu	**Kız**	0,7	(1,4)	1,6	(2,2)	2,72	(3,25)	2,09	(2,54)
	Erkek	0,6	(1,3)	1,1	(1,5)	1,46	(1,55)	0,93	(1,33)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Somatizasyon Bozukluğu son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -1,392) p> 0,05

düzeyinde anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 32); yani çocukların son-test puanları azalmamıştır. Çocuklardan 15'inin (%57,6) Somatizasyon Bozukluğu son-test puanı ile ön-test puanı eşittir.

Tablo 32. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Somatizasyon Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	z	P
Negatif Sıralar	8[aw]	6,06	48,50		
Pozitif Sıralar	3[ax]	5,83	17,50	-1,392	**,164**
Eşit	15[ay]				
Toplam	26				

[at.] Somatizasyon Bozukluğu (Sontest) < Somatizasyon Bozukluğu (Öntest)

[au.] Somatizasyon Bozukluğu (Sontest) > Somatizasyon Bozukluğu (Öntest)

[av.] Somatizasyon Bozukluğu (Sontest) = Somatizasyon Bozukluğu (Öntest)

3.1.4.4. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli DEHB Alt Test Bulguları

Örneklem grubunun DSM Yönelimli DEHB Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 33'de görüldüğü gibi kız çocuklarının DEHB Alt Testi ön-test puan ortalaması 7,18 iken son-test puan ortalaması 4,18'dir. Erkek çocuklarının DEHB Alt Testi ön-test puan ortalaması 7,06 iken son-test puan ortalaması 3,86'dır.

Tablo 33. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
DEHB	**Kız**	2,4	(2,0)	4,5	(2,5)	7,18	(3,65)	4,18	(4,14)
	Erkek	2,9	(2,2)	5,1	(2,5)	7,06	(3,15)	3,86	(1,80)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, DEHB Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -3,897) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 34); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 22'sinin (%84,6) DEHB son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 34. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli DEHB Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	z	p
Negatif Sıralar	22[az]	13,00	286,00		
Pozitif Sıralar	2[ba]	7,00	14,00	-3,897	**,000***
Eşit	2[bb]				
Toplam	26				

[az.] DEHB (Sontest) < DEHB (Öntest)

[ba.] DEHB (Sontest) > DEHB (Öntest)

[bb.] DEHB (Sontest) = DEHB (Öntest)

*p<0,001

3.1.4.5. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Test Bulguları

Örneklem grubunun DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 35'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi ön-test puan ortalaması 3,72 iken son-test puan ortalaması 2,09'dur. Erkek çocuklarının Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi ön-test puan ortalaması 4,40 iken son-test puan ortalaması 1,80'dir.

Tablo 35. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	**Kız**	1,6	(1,8)	3,6	(2,2)	3,72	(2,45)	2,09	(2,11)
	Erkek	2,0	(1,8)	4,1	(2,4)	4,40	(2,41)	1,80	(1,47)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -3,943) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 36); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 20'sinin (%76,9) Karşıt Gelme Bozukluğu son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 36. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Karşıt Gelme Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	z	p
Negatif Sıralar	20[bc]	10,50	210,00		
Pozitif Sıralar	0[bd]	,00	,00	-3,943	**,000***
Eşit	6[be]				
Toplam	26				

[bc.] Karşıt Gelme Bozukluğu (Sontest) < Karşıt Gelme Bozukluğu (Öntest)

[bd.] Karşıt Gelme Bozukluğu (Sontest) > Karşıt Gelme Bozukluğu (Öntest)

[be.] Karşıt Gelme Bozukluğu (Sontest) = Karşıt Gelme Bozukluğu (Öntest)

*p<0,001

3.1.4.6. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Test Bulguları

Örneklem grubunun DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 37'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Davranım Bozukluğu Alt Testi ön-test puan ortalaması 2,72 iken son-test puan ortalaması 1,27'dir. Erkek çocuklarının Davranım Bozukluğu Alt Testi ön-test puan ortalaması 3,20 iken son-test puan ortalaması 0,60'dır.

Tablo 37. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

DSM Yönelimli Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Davranım Bozukluğu	**Kız**	1,0	(1,6)	2,6	(3,0)	2,72	(3,79)	1,27	(3,00)
	Erkek	1,8	(2,4)	4,5	(4,4)	3,20	(3,18)	0,60	(0,82)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Davranım Bozukluğu Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -3,424) p<0,01 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 38); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 15'inin (%57,6) Davranım Bozukluğu son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 38. Örneklem Grubunun DSM Yönelimli Davranım Bozukluğu Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	z	p
Negatif Sıralar	15[bf]	8,00	120,00		
Pozitif Sıralar	0[bg]	,00	,00	-3,424	**,001***
Eşit	11[bh]				
Toplam	26				

[bf.] Davranım Bozukluğu (Sontest) < Davranım Bozukluğu (Öntest)

[bg.] Davranım Bozukluğu (Sontest) > Davranım Bozukluğu (Öntest)

[bh.] Davranım Bozukluğu (Sontest) = Davranım Bozukluğu (Öntest)

*p<0,01

3.1.5. Örneklem Grubunun İçe Yönelim ve Dışa Yönelim Alt Test Bulguları

3.1.5.1. Örneklem Grubunun İçe Yönelim Alt Test Bulguları

Örneklem grubunun İçe Yönelim Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 39'da görüldüğü gibi kız çocuklarının İçe Yönelim Alt Testi ön-test puan ortalaması 22,18 iken son-test puan ortalaması 11,54'dür. Erkek çocuklarının İçe Yönelim Alt Testi ön-test puan ortalaması 18,00 iken son-test puan ortalaması 7,33'dür.

Tablo 39. Örneklem Grubunun İçe Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

İçe Yönelim Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
İçe Yönelim	**Kız**	7,9	(5,9)	14,2	(8,0)	22,18	(10,79)	11,54	(8,29)
	Erkek	7,2	(5,7)	12,9	(6,9)	18,00	(8,83)	7,33	(3,82)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, İçe Yönelim Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -4,386) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 40); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 25'inin (%96,15) İçe Yönelim son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 40. Örneklem Grubunun Ampirik İçe Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	z	p
Negatif Sıralar	25[ah]	13,92	348,00		
Pozitif Sıralar	1[ai]	3,00	3,00	-4,386	**,000***
Eşit	0[aj]				
Toplam	26				

[ah.] İçe Yönelim (Sontest) < İçe Yönelim (Öntest)

[ai.] İçe Yönelim (Sontest) > İçe Yönelim (Öntest)

[aj.] İçe Yönelim (Sontest)) = İçe Yönelim (Öntest))

*p<0,001

3.1.5.2. Örneklem Grubunun Dışa Yönelim Alt Test Bulguları

Örneklem grubunun Dışa Yönelim Alt Testi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 41'de görüldüğü gibi kız çocuklarının Dışa Yönelim Alt Testi ön-test puan ortalaması 14,90 iken son-test puan ortalaması 5,81'dir. Erkek çocuklarının Dışa Yönelim Alt Testi ön-test puan ortalaması 15,20 iken son-test puan ortalaması 5,66'dır.

Tablo 41. Örneklem Grubunun Dışa Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

Dışa Yönelim Alt Testler		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Dışa Yönelim	**Kız**	4,8	(4,8)	11,4	(7,9)	14,90	(11,34)	5,81	(6,17)
	Erkek	6,6	(6,0)	14,7	(9,3)	15,20	(8,88)	5,66	(3,37)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Dışa Yönelim Alt Testi son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -4,461) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 42); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 26'sının (%100) Dışa Yönelim son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 42. Örneklem Grubunun Dışa Yönelim Alt Testi Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	z	p
Negatif Sıralar	26[ak]	13,50	351,00		
Pozitif Sıralar	0[al]	,00	,00	-4,461	**,000***
Eşit	0[am]				
Toplam	26				

[ak.] Dışa Yönelim (Sontest) < Dışa Yönelim (Öntest)

[al.] Dışa Yönelim (Sontest)) > Dışa Yönelim (Öntest)

[am.] Dışa Yönelim (Sontest) = Dışa Yönelim (Öntest)

*p<0,001

3.1.6. Örneklem Grubunun CBCL/6-18 Test Bulguları

Örneklem grubunun toplam problem puanı ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 43'de görüldüğü gibi kız çocuklarının toplam problem ön-test puan ortalaması 65,18 iken son-test puan ortalaması 33,54'dür. Erkek çocuklarının toplam problem ön-test puan ortalaması 59,20 iken son-test puan ortalaması 24,80'dir.

Tablo 43. Örneklem Grubunun Toplam Problem Puanına Ait Öntest-Sontest Puan Ortalamaları

CBCL/6-18		Toplum		Klinik		Çalışma			
						Ön Test		Son Test	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Toplam Problem	**Kız**	21,3	(14,6)	45,5	(22,3)	65,18	(22,71)	33,54	(26,21)
	Erkek	23,2	(15,8)	46,9	(21,6)	59,20	(17,49)	24,80	(7,19)

Örneklem grubunun ön-test ve son-test puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Wilcoxon Testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, Toplam Problem son-test puanı ile ön-test puanı arasında (z= -4,433) p<0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 44); yani çocukların son-test puanları azalmıştır. Çocuklardan 25'inin (%96,1) Toplam Problem son-test puanı, ön-test puanından daha düşüktür.

Tablo 44. Örneklem Grubunun Toplam Problem Puanı Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Farklılaşması

	N	S.O.	S.T.	z	p
Negatif Sıralar	25[an]	14,00	350,00		
Pozitif Sıralar	1[ao]	1,00	1,00	-4,433	**,000***
Eşit	0[ap]				
Toplam	26				

[an.] Toplam Problem (Sontest) < Toplam Problem (Öntest)

[ao.] Toplam Problem (Sontest) > Toplam Problem (Öntest)

[ap.] Toplam Problem (Sontest) = Toplam Problem (Öntest)

*p<0,001

Örneklem grubunun CBCL/6-18 Ölçeği'ne ait genel sonuçlarının öntest-sontest puanlarını içeren araştırma sonuçları ile Türkiye normlarına ait veriler Tablo 45'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 45. Araştırma Sonuçları ile Türkiye Normlarının Genel Sonuçlarının Karşılaştırılması

		Türkiye Normları				Araştırma Sonuçları			
Alt Test	**Cinsiyet**	**Toplum**		**Klinik**		**Öntest**		**Sontest**	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
İçe Yönelim	**Kız**	7,9	(5,9)	14,2	(8,0)	22,18	(10,79)	11,54	(8,29)
	Erkek	7,2	(5,7)	12,9	(6,9)	18,00	(8,83)	7,33	(3,82)
Dışa Yönelim	**Kız**	4,8	(4,8)	11,4	(7,9)	14,90	(11,34)	5,51	(6,17)
	Erkek	6,6	(6,0)	14,7	(9,3)	15,20	(8,88)	5,66	(3,37)
Toplam Puan	**Kız**	21,3	(14,6)	45,5	(22,3)	65,18	(22,71)	33,54	(26,21)
	Erkek	23,2	(15,8)	46,9	(21,6)	59,20	(17,49)	24,80	(7,19)

Örneklem grubuna ait CBCL/6-18 Ölçeği'nden elde edilen Ampirik Temelli Alt Test öntest-sontest puanlarını içeren araştırma sonuçları ile Türkiye normlarına ait veriler Tablo 46'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 46. Araştırma Sonuçları ile Türkiye Normlarının Ampirik Temelli Alt Test Sonuçlarının Karşılaştırılması

Ampirik Temelli Alt Testler	Cinsiyet	Türkiye Normları				Araştırma Sonuçları			
		Toplum		Klinik		Öntest		Sontest	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Anksiyete/Depresyon	**Kız**	4,7	(3,5)	8,7	(4,5)	12,45	(4,27)	6,63	(5,42)
	Erkek	4,1	(3,2)	7,3	(3,9)	11,00	(4,81)	3,86	(2,77)
Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon	**Kız**	2,1	(2,2)	3,9	(3,1)	5,18	(4,06)	2,27	(2,41)
	Erkek	1,9	(2,1)	3,4	(2,9)	4,53	(2,72)	1,66	(1,04)
Somatik Yakınmalar	**Kız**	1,2	(1,9)	2,7	(3,1)	4,54	(4,98)	2,63	(3,04)
	Erkek	1,1	(1,8)	2,1	(2,2)	3,13	(2,79)	1,80	(1,74)
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	**Kız**	0,9	(1,3)	2,3	(2,4)	2,45	(3,11)	1,54	(2,94)
	Erkek	1,5	(1,8)	3,5	(3,2)	2,60	(1,91)	1,00	(1,00)
Saldırgan Davranışlar	**Kız**	3,9	(4,0)	9,1	(6,0)	11,09	(7,03)	4,63	(3,58)
	Erkek	5,2	(4,8)	11,2	(6,8)	12,60	(7,76)	4,66	(2,87)
Sosyal Sorunlar	**Kız**	3,0	(2,5)	6,0	(3,5)	9,45	(3,07)	4,63	(2,97)
	Erkek	3,2	(2,7)	6,1	(3,6)	6,06	(2,60)	2,20	(1,37)
Düşünce Sorunları	**Kız**	0,9	(1,4)	3,5	(2,9)	6,18	(3,94)	2,54	(4,15)
	Erkek	0,9	(1,6)	3,7	(2,9)	5,33	(4,25)	1,93	(1,43)
Dikkat Sorunları	**Kız**	2,5	(2,0)	5,3	(3,1)	8,09	(3,11)	3,90	(3,26)
	Erkek	3,0	(2,2)	5,5	(3,0)	8,60	(4,71)	4,13	(1,76)

Örneklem grubunun CBCL/6-18 Ölçeği'nden aldıkları 2007 Alt Test öntest-sontest puanlarını içeren araştırma sonuçları ile Türkiye normlarına ait veriler Tablo 47'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 47. Araştırma Sonuçları ile Türkiye Normlarının 2007 Alt Testler Sonuçlarının Karşılaştırılması

2007 Alt Test	Cinsiyet	Türkiye Normları				Araştırma Sonuçları			
		Toplum		Klinik		Öntest		Sontest	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Ağır Bilişsel Tempo	**Kız**	0,6	(1,0)	1,9	(1,8)	1,81	(1,47)	1,00	(1,00)
	Erkek	0,6	(1,0)	1,5	(1,6)	3,13	(1,99)	1,26	(0,96)
Obsesif Kompulsif Problemler	**Kız**	2,0	(1,9)	4,8	(2,8)	6,90	(3,75)	3,18	(2,75)
	Erkek	1,8	(1,8)	3,6	(2,3)	5,60	(4,71)	2,33	(2,05)
Travma Sonrası Stres Problemleri	**Kız**	4,8	(3,7)	9,9	(4,9)	12,54	(4,74)	6,09	(4,61)
	Erkek	4,7	(3,4)	9,0	(4,3)	11,80	(3,93)	4,20	(2,30)

Örneklem grubunun CBCL/6-18 Ölçeği'nden aldıkları DSM Yönelimli Alt Test ön-test ve son-test puanlarını içeren araştırma sonuçları ile Türkiye normlarına ait veriler Tablo 48'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 48. Araştırma Sonuçları ile Türkiye Normlarının DSM Yönelimli Alt Testler Sonuçlarının Karşılaştırılması

DSM Yönelimli Alt Testler	Cinsiyet	Türkiye Normları				Araştırma Sonuçları			
		Toplum		Klinik		Öntest		Sontest	
		Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)	Ort.	(SD)
Duygu Durum Bozukluğu	**Kız**	2,4	(2,4)	5,9	(3,8)	7,90	(3,47)	3,63	(2,57)
	Erkek	2,3	(2,3)	4,8	(3,3)	7,40	(3,50)	3,06	(1,38)
Anksiyete Bozukluğu	**Kız**	2,4	(2,0)	4,0	(2,4)	5,81	(2,22)	3,72	(3,10)
	Erkek	2,1	(1,9)	3,3	(2,3)	5,80	(2,95)	2,06	(1,43)
Somatizasyon Bozukluğu	**Kız**	0,7	(1,4)	1,6	(2,2)	2,72	(3,25)	2,09	(2,54)
	Erkek	0,6	(1,3)	1,1	(1,5)	1,46	(1,55)	0,93	(1,33)
DEHB	**Kız**	2,4	(2,0)	4,5	(2,5)	7,18	(3,65)	4,18	(4,14)
	Erkek	2,9	(2,2)	5,1	(2,5)	7,06	(3,15)	3,86	(1,80)

Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu	**Kız**	1,6	(1,8)	3,6	(2,2)	3,72	(2,45)	2,09	(2,11)
	Erkek	2,0	(1,8)	4,1	(2,4)	4,40	(2,41)	1,80	(1,47)
Davranım Bozukluğu	**Kız**	1,0	(1,6)	2,6	(3,0)	2,72	(3,79)	1,27	(3,00)
	Erkek	1,8	(2,4)	4,5	(4,4)	3,20	(3,18)	0,60	(0,82)

3.2. Yorumlar

Bu araştırma 6-11 yaş arası çocuklarda görülen davranışsal/duygusal sorunlar üzerinde kum oyunu terapisinin etkinliğini ölçmeyi amaçlamıştır. Bu kısımda araştırma sonucunda elde edilen verilerin yorumlanması ve başka bulgularla tartışılması amaçlanmıştır.

3.2.1. Çocuklarda görülen duygusal ve davranışsal sorunlar üzerinde kum oyunu terapisinin etkisine dair bulguların tartışması

Araştırmada kum oyunu terapisinin Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'ne göre çocuklarda görülen davranışsal ve duygusal sorunlar üzerinde olumlu etkisi olacağı hipotezi öne sürülmüştür. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular araştırma hipotezini destekler nitelikte gerçekleşmiştir.

Araştırma sonucunda çocukların CBCL/6-18 ölçeği toplam problem alt testi puanlarının anlamlı bir biçimde azaldığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular CBCL/6-18 Erol ve Şimşek tarafından tespit edilmiş olan Türkiye'nin toplum/normal normları ile uyumlu bulunmuştur (Erol ve Şimşek, 2010). Dolayısıyla kum oyunu terapisi çocukların problemli davranış puanlarının toplum normları düzeyine ulaşmasında etkili olmuştur.

Araştırmada uygulanan kum oyunu terapisinin içe yönelim ve dışa yönelim sorunlarını azalttığı görülmüştür. Elde edilen sonuçlar Han ve arkadaşları tarafından dışa yönelim davranış problemleri olan çocuklara uygulanan kum oyunu terapisinin sonuçlarını içeren araştırma ile örtüşmektedir (Han vd., 2017).

CBCL/6-18'in 3 temel alt testi vardır: Amprik temelli alt testler, 2007 Alt testler ve DSM yönelimli alt testler. Bu temel alt testlerin de kendi içerisinde başlıkları vardır. Bu alt testlere ait alt başlıklar, genel olarak duygusal ve davranışsal sorunlara karşılık

gelmektedir. Kum oyunu terapisi bahsi geçen üç temel alt testin kapsadığı duygusal ve davranışsal sorunların tamamında anlamlı değişimlere yol açmıştır.

Araştırmada kum oyunu terapisinin anksiyete/depresyon belirtilerinin azalmasında etkili olduğu bulunmuştur. Maree ve arkadaşları (2012) kum oyunu terapisi yoluyla depresif semptomlar gösteren çocuklarla çalışmışlar ve kullanılan terapi tekniğinin depresif semptomların %67 oranında düzelmesinde etkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Nadi ve arkadaşları (2016), depresif semptomları olan çocuklarda kum oyunu terapisinin etkisini araştırmışlardır ve depresif belirtileri azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Nasab ve Alipour (2015) ayrılma anksiyetesi ile mücadele eden 5 ve 7 yaş aralığındaki çocuklarda kum oyunu terapisinin etkisini ölçmüşlerdir ve kum oyunu terapisinin ayrılık kaygısı tedavisinde olumlu etkisi olduğu bulunmuştur. Soo-yeon (2015), alkolik ebeveyne sahip çocukların kaygı, bağlanma ilişkileri ve kişilerarası stres sorunlarında kum oyunu terapisinin etkisini araştırmıştır. Kum oyunu terapisinin kaygıyı azaltmada, bağlanma ilişkilerini güçlendirmede ve kişilerarası stresi azaltmada etkili bir yöntem olduğu bulunmuştur. Kum oyunu terapisinin kaygının tedavisinde etkili olduğu yönündeki benzeri bulgulara Khojasteh (2020) de ulaşmıştır.

Araştırmada kum oyunu terapisinin Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon sorunlarının azalmasında etkili olduğu tespit edilmiştir. Na ve Jang (2017), düşük benlik saygısı ve depresyonu olan çocuklarla yaptıkları çalışmasında kum oyunu terapisinin benlik saygısını arttırmada ve depresyonun azalmasında etkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Başka çalışmalarda da kum oyunu terapisinin benlik saygısını artırdığına yönelik benzer bulgular bulunmuştur (Maeng ve Jang, 2014; Yang, 2014).

Araştırmada kum oyunu terapisinin Somatik Yakınmalar içeren sorunlarda da etkili olduğu tespit edilmiştir. Bu konuda alanyazında çalışmalara rastlanmamıştır; mevcut çalışmada elde edilen veriler bu açıdan önemlidir.

Araştırmada kum oyunu terapisinin Kurallara Karşı Gelme sorunlarında etkili olduğu tespit edilmiştir. Kim ve Yu Jin (2015), kurallara karşı gelen dürtüsellik sorunu olan çocuklarla araştırma yapmış ve kum oyunu terapisinin dürtüsellik belirtilerinin iyileşmesinde etkili olduğunu bulmuştur.

Araştırmada kum oyunu terapisinin Saldırgan Davranışlar temelli sorunlarda etkili olduğu tespit edilmiştir. Bulgular, kum oyunu terapisinin, aile dağılması yaşayan

çocuklarda saldırganlığa ilişkin dışsallaştırılmış davranış problemlerinin azaltılması üzerindeki etkilerini bildiren başka bir çalışmanın bulgularıyla (Ban ve Woo, 2013) tutarlıdır.

Araştırmada kum oyunu terapisinin Sosyal Sorunlarda da etkili olduğu tespit edilmiştir. Wen ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada kum oyunu terapisinin sosyal zorluklar konusunda yardımcı olduğu sonucuna varılmıştır. Lee (2013) tarafından yapılan araştırmada akran ilişkilerinde güçlükler gösteren ve okul yaşamına uyum sağlayamayan dokuz yaşında bir kız çocuğuna kum oyunu terapisi yapılmıştır. Çalışma sonunda çocuğun var olan sorunlarında gelişme gösterdiği, okula uyumunun arttığı ve sosyal sorunlarının azaldığı bulunmuştur. Araştırma bulgularının diğer çalışmalarla tutarlı olduğu görülmektedir.

Araştırmada kum oyunu terapisinin Düşünce Sorunlarında ve Ağır Bilişsel Tempo da etkili olduğu tespit edilmiştir. Bu konularda alanyazında çalışmalara rastlanmamıştır; mevcut çalışmada elde edilen veriler bu açıdan önemlidir.

Araştırmada kum oyunu terapisinin Obsesif Kompulsif Problemler de etkili olduğu tespit edilmiştir. Matta ve Ramos (2020), obsesif kompulsif bozukluğu olan çocukların tedavisinde kum oyunu terapisinin etkisini incelemişlerdir. Terapi sonunda OKB semptomlarında azalma olduğu bulunmuştur.

Araştırmada kum oyunu terapisinin Dikkat Sorunlarında da etkili olduğu tespit edilmiştir. Byungho Jung (2019) araştırmasında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocuklarda kum oyunu terapisinin olumlu etkilerinin olduğunu ortaya koymuştur. Kum oyunu terapisinin dikkat sorunlarının tedavisinde etkili olduğu yönündeki benzeri bulgulara No ve Kim (2013) de ulaşmışlardır.

Araştırmada kum oyunu terapisinin Travma Sonrası Stres Problemlerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Cao ve arkadaşları (2019) Travma sonrası stres bozukluğu tanısı almış çocuklarla yaptıkları araştırmada kum oyunu terapisinin tedavide etkin olduğunu bulmuşlardır.

Tüm bu veriler ışığında bakıldığında kum oyunu terapisinin anksiyete, sosyal içe dönüklük, depresyon, somatik yakınmalar, saldırgan davranışlar, sosyal sorunlar, kurallara karşı gelme, düşünce sorunları, dikkat sorunları, travma sonrası stres problemleri, ağır bilişsel tempo, obsesif kompulsif belirtiler gibi duygusal ve

davranışsal sorunlar olarak görülen alanlarda olumlu fark yaratmıştır Ayrıca DSM'de tanımlanmış DEHB, Davranım Bozukluğu, Karşıt Gelme Bozukluğu, Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu gibi duygusal ve davranışsal sorunlarda kum oyunu terapisinin fark yarattığı görülmüştür. Ayrıca alanyazında kum oyunu terapisinin somatik yakınmalar, düşünce sorunları ve ağır bilişsel tempo gibi sorun alanlarında etkisine dair çalışmalara rastlanmamıştır; mevcut çalışmada elde edilen verilerin alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmada kum oyunu terapisinin somatizasyon bozukluğu üzerinde olumlu bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

BÖLÜM 4. SONUÇ

Bu bölümde araştırmanın süreci ve araştırma sonucunda elde edilen bulgular anlatılmaktadır. Aynı zamanda bulgular doğrultusunda araştırmada ulaşılan noktayı açıklayan yargı bölümü yer almaktadır. Son olarak da alanyazına katkı sağlayabilmek adına diğer araştırmacıların başka nasıl çalışmalar yapabileceklerine dair öneriler bulunmaktadır.

4.1. Özet

Bu araştırma 6-11 yaş arası çocuklarda görülen davranışsal/duygusal sorunlar ve ruhsal bozukluklar üzerinde kum oyunu terapisinin etkinliğini ölçmeyi amaçlamıştır.

Araştırma, İstanbul'da bulunan özel bir psikolojik danışmanlık merkezine başvuran ailelerin çocukları ile yapılmıştır. Psikolojik danışmanlık merkezine başvuran aileler, çocuklarının okul, aile ve sosyal yaşantılarından birinde veya birden fazlasında sorun yaşadıkları için merkeze başvurmuşlardır. Merkeze başvuran ailelerin çocuklarından sembolik oyun kapasitesi olan 6-11 yaş aralığında 26 çocuk seçilmiştir. Araştırmaya katılan çocuklar, Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nden yüksek skor alma kriteriyle seçilmiştir. Kum oyunu terapisinin etkinliğini belirlemek amacıyla tek gruplu öntest-sontest kontrol grupsuz yarı deneysel desen çalışması kullanılmıştır. Araştırmada Wilcoxon Testi ile ölçek puanlarının ön test-son test karşılaştırması yapılmıştır.

Araştırma bulguları, kum oyunu terapisinin anksiyete, sosyal içe dönüklük, depresyon, somatik yakınmalar, saldırgan davranışlar, kurallara karşı gelme, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, travma sonrası stres problemleri, ağır bilişsel tempo, obsesif kompulsif belirtiler gibi duygusal ve davranışsal sorun olarak nitelendirilen alanlarda etkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca DSM'de tanılanmış DEHB, Davranım Bozukluğu, Karşıt Gelme Bozukluğu, Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu gibi duygusal ve davranışsal sorunlarda kum oyunu terapisinin etkili olduğu mevcut çalışmada görülmüştür. Ayrıca alanyazında kum oyunu terapisinin somatik yakınmalar, düşünce sorunları ve ağır bilişsel tempo gibi sorun alanlarında çalışmalara rastlanmamıştır, bu açıdan çalışmanın alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmada kum oyunu terapisinin somatizasyon bozukluğu üzerinde olumlu bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

Kum oyunu terapisi ile ilgili Türkiye'de bugüne kadar bilimsel herhangi bir araştırma yapılmamıştır. Bu çalışma kum oyunu terapisini ele alan ilk çalışma olması sebebiyle oldukça önemlidir. Dünya literatüründe kum terapisinin etkinliğine dair pek çok çalışma vardır. Bu çalışma ülkemizde kum oyunu terapisinin etkinliğini de konu edinen ilk çalışmadır. Çalışma hem kum oyunu terapisinin ülkemizde tanınması hem de etkinliğinin desteklenmesi açısından önemlidir.

4.2. Yargı

Araştırmada kum oyunu terapisinin Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'ne göre çocuklarda görülen davranışsal ve duygusal sorunlar üzerinde olumlu fark yaratacağı hipotezi öne sürülmüştür. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular araştırma hipotezini destekler nitelikte gerçekleşmiştir.

4.3. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda sonraki çalışmalara yönelik öneriler aşağıda ayrı maddeler halinde sıralanmıştır:

- Bu Araştırma psikolojik danışmanlık merkezine başvuran ailelerin çocukları ile sınırlıdır. Araştırma sonunda elde edilen bulguların genellenebilir olması için farklı yaş, sosyo-ekonomik düzey, il ya da ilçe gruplarını kapsayan daha kapsamlı örneklem grubuna ait araştırmalar önerilir.
- Araştırmada tek gruplu çalışma yürütülmüştür. Sonraki çalışmalarda örneklemin genişletilmesi, kontrol grubu ya da karşılaştırma grubu dahil edilerek daha sağlıklı bir araştırma yapılabilir.
- Kum oyunu terapisinin etkinliğini ölçmek için kullanılan ölçek terapilerin bitmesini takip eden bir hafta içinde doldurulmuştur. İzleme çalışmaları daha uzun tutularak kum oyunu terapisinin uzun süreli etkilerini incelemeye ihtiyaç vardır.
- Kum oyunu terapisi uygulamaları araştırmayı yürüten kişi tarafından uygulanmıştır. Birçok terapistin katıldığı araştırmalar ile terapistin yeterliliği ve deneyiminin sürece etkisinin ölçülmesi önerilir.
- Araştırma örnekleminde psikiyatrik tanı alan çocuklar bulunmamaktadır. Gelecek araştırmalarda kum oyunu terapisinin farklı psikiyatrik tanılar üzerine

etkinliğinin ölçülmesi amacıyla bir ve/veya birkaç alanda psikiyatrik tanı alan çocuklara uygulanarak tanı bazlı etkinliğinin ölçülmesi yararlı olabilir.

- Araştırmada objektif test verilerinden elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir. Sonraki çalışmalarda projektif testlerden yararlanılması kum oyunu terapisinin ruhsal işleyişteki etkisini görmek açısından yararlı olabilir.

EK'LER

EK-1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

AİLE HAKKINDA BİLGİLER

İkamet Adresi:

Cep Telefonu:

E-Posta:

Evlilik Tarihi:

Boşanma Tarihi:

Çocuk Sayısı:

Anne-Baba Durumu: ( ) Birlikte ( ) Boşanmış ( ) Ayrı yaşıyor

ÇOCUK HAKKINDA BİLGİLER

Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi:

Doğum Yeri:

Yaşı:

Okulu:

Sınıfı:

Psikiyatrik Tanı:

Psikiyatrik İlaç: ( ) Evet, kullanıyor ( ) Hayır, kullanmıyor

ANNE HAKKINDA BİLGİLER

Doğum Tarihi:

Eğitim Düzeyi: ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( )Lise ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Y. Lisans

Mesleği:

Cep Telefonu:

İkamet Adresi:

BABA HAKKINDA BİLGİLER

Doğum Tarihi:

Eğitim Düzeyi: ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( )Lise ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Y. Lisans

Mesleği:

Cep Telefonu:

İkamet Adresi:

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

6-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

No:

ÇOCUĞUN ADI, SOYADI	EV ADRESİ ve TEL NO:	ANNE BABANIN İŞİ (Ayrıntılı biçimde yazınız). EĞİTİMİ (Toplam kaç yıl okula gittiğinizi yazınız)
CİNSİYETİ: ❒ ERKEK ❒ KIZ	YAŞI:	BABANIN İŞİ :.....TEL NO :.....EĞİTİMİ:.....YAŞI..... ANNENİN İŞİ :.....TEL NO :.....EĞİTİMİ:.....YAŞI.....
BUGUNUN TARIHI GÜN----AY------YIL------	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ GÜN----AY------YIL	FORMU DOLDURAN: ❒ ANNE ❒ BABA ❒ DİĞER.....ÇOCUKLA OLAN İLİŞKİSİ.....
SINIFI:---------- OKULA DEVAM ETMİYOR ❒	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Lütfen bütün maddeleri işaretlemeye çalışınız. Teşekkürlerimize	

I. Çocuğunuzun yapmaktan hoşlandığı sporları a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme. güreş, balık tutma gibi.

❒ Hiç yok

	Çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır ?				*Çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?*			
	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum
a._____	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
b._____								
c._____	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

II. Çocuğunuzun spor dışındaki ilgi alanlarını, uğraş, oyun ve aktivitelerini a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Pul, bebek, araba, akvaryum, el işi, kitap, satranç, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek,resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi ya da televizyon izlemeyi katmayınız)

❒ Hiç yok

	Çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır ?				*Çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?*			
	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum
a._____	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
b._____								
c._____	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

III. Çocuğunuzun üyesi olduğu kuruluş, kulüp ya da takımları a, b, c şıklarına yazınız. (Spor, müzik, İzcilik, folklor gibi.)

❒ Hiç yok

	Çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir?			
	Bilmiyorum	Az Aktif	Normal	Çok Aktif
a._____	❒	❒	❒	❒
b._____	❒	❒	❒	❒
c._____	❒	❒	❒	❒

IV. Çocuğunuzun evde ya da ev dışında yaptığı işleri a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin:Gazete alma, bakkala gitme, pazara gitme, bahçe-tarla işleri, hayvancılık, elektrik- su faturası yatırma, çocuk bakımı, sofra kurma-kaldırma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan heryeri katınız.

❒ Hiç yok

	Çocuğunuz her birini ne kadar başarı ile yapar?			
	Bilmiyorum	Normalden Az	Normal	Normalden Fazla
a._____	❒	❒	❒	❒
b._____	❒	❒	❒	❒
c._____	❒	❒	❒	❒

Copyright 2001 T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont, www.ASEBA.org
Türkçe Çeviri ve Uyarlaması Neşe Erol tarafından
T.M. Achenbach'ın izniyle yapılmış ve basılmıştır (2002,2007).
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

6-1-01 Baskısı-201

1

V.1- Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç yakın arkadaşı vardır?
(Kardeşlerini katmayınız)

Hiç yok	1	2 ya da 3	4 ya da fazla
❐	❐	❐	❐

2- Çocuğunuz okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarıyla birlikte olur? (Kardeşlerini katmayınız)

1 den az	1 ya da 2	3 ya da daha fazla
❐	❐	❐

VI. Yaşıtlarıyla karşılaştırıldığında çocuğunuzun:

	Kötü	Normal Sayılır	Oldukça İyidir	Kardeşi Yoktur
a. Kardeşleriyle arası nasıldır?	❐	❐	❐	❐
b. Diğer çocuklarla arası nasıldır?	❐	❐	❐	
c. Size karşı davranışları nasıldır?	❐	❐	❐	
d. Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?	❐	❐	❐	

VII. 1- Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? Çocuğunuz okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz:----------

	Başarısız	Orta	Başarılı	Çok Başarılı
a. Türkçe / Türk Dili Edebiyatı	❐	❐	❐	❐
b. Hayat Bilgisi / Sosyal Bilgiler	❐	❐	❐	❐
c. Matematik	❐	❐	❐	❐
d. Fen Bilgisi	❐	❐	❐	❐
Diğer derslerde nasıldır? Örneğin: Yabancı dil, bilgisayar. (Beden eğitimi, resim ve müziği katmayınız)				
e. ----------	❐	❐	❐	❐
f. ----------	❐	❐	❐	❐
g. ----------	❐	❐	❐	❐

2- Çocuğunuz alt özel sınıf ya da bir özel eğitim kurumunda okuyor mu?
❐ Hayır ❐ Evet- Ne tür bir sınıf ya da okul?----------

3- Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?
❐ Hayır ❐ Evet- Kaçıncı sınıfta ve nedeni----------

4- Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu?
❐ Hayır ❐ Evet- açıklayınız----------

Bu sorunlar ne zaman başladı?----------

Sorunlar bitti mi?
❐ Hayır ❐ Evet- Ne zaman?

Çocuğunuzun herhangi bir bedensel hastalığı ya da zihinsel engeli var mıdır?

❐ Hayır ❐ Evet- açıklayınız----------

Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandıran ve öfkelendiren özellikleri nelerdir?

Çocuğunuzun en beğendiğiniz özellikleri nelerdir?

Lütfen yan sayfaya geçiniz

Aşağıda çocuk ve gençleri tanımlayan maddelerin bir listesi bulunmaktadır. Her bir madde **çocuğun şu andaki ya da son 6 ay** içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuk için **çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0** sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

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

0 1 2 1. Yaşından çok daha çocuksu davranır

0 1 2 2. Anne babanın izni olmadan içki içer

0 1 2 3. Çok tartışan bir çocuktur

0 1 2 4. Başladığı etkinlikleri (oyunu, dersleri, işleri) bitiremez

0 1 2 5. Hoşlandığı ya da zevk aldığı çok az şey vardır

0 1 2 6. Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar

0 1 2 7. Bir şeylerle övünür, başkalarına hava atar

0 1 2 8. Bir konuya odaklanamaz, dikkatini uzun süre toplayamaz

0 1 2 9. Kafasından atamadığı, onu rahatsız eden bazı düşünceleri vardır (mikrop bulaşma, simetri takıntısı, okul sorunları, bilgisayar gibi) (açıklayınız).....

0 1 2 10. Yerinde sakince oturamaz, çok hareketli ve huzursuzdur.

0 1 2 11. Gereken gayreti göstermeden, sırtını tamamen büyüklere dayayıp her şeyi onlardan bekler.

0 1 2 12. Yalnızlıktan şikayet eder

0 1 2 13. Kafası karışık, zihni bulanıktır

0 1 2 14. Çok ağlar

0 1 2 15. Hayvanlara eziyet eder

0 1 2 16. Başkalarına eziyet eder, kötü davranır, kabadayılık eder

0 1 2 17. Hayal kurar, hayallere dalıp gider

0 1 2 18. Kendine bilerek zarar verdiği ya da intihar girişiminde bulunduğu olmuştur

0 1 2 19. Hep dikkat çekmeye çalışır

0 1 2 20. Eşyalarına zarar verir

0 1 2 21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir

0 1 2 22. Evde söz dinlemez

0 1 2 23. Okulda söz dinlemez

0 1 2 24. İştahsızdır

0 1 2 25. Başka çocuklarla geçinemez

0 1 2 26. Hatalı davranışından dolayı suçluluk duymaz, oralı olmaz, aldırmaz

0 1 2 27. Kolay kıskanır

0 1 2 28. Ev, okul ya da diğer yerlerde kurallara uymaz, karşı gelir

0 1 2 29. Bazı hayvanlardan, durumlardan (yüksek yerler), ya da ortamlardan (asansör, karanlık gibi) korkar (okulu katmayınız) (açıklayınız): ----------

0 1 2 30. Okula gitmekten korkar, okul korkusu vardır

0 1 2 31. Kötü bir şey düşünebileceği ya da yapabileceğinden korkar

0 1 2 32. Kusursuz, dört dörtlük, her konuda başarılı olması

0 1 2 33. Kimsenin onu sevmediğinden yakınır

0 1 2 34. Başkalarının ona karşı olduğu, zarar vermeye, ya da açığını yakalamaya çalıştığı hissine kapılır

0 1 2 35. Kendini değersiz, önemsiz ya da yetersiz hisseder

0 1 2 36. Sık sık kaza sonucu bir yerlerini incitir

0 1 2 37. Çok kavga çıkarır, kavgaya karışır

0 1 2 38. Çok fazla sataşılır, dalga geçilir

0 1 2 39. Başı belada olan kişilerle dolaşır

0 1 2 40. Olmayan sesler ve konuşmalar işitir (açıklayınız):

---

0 1 2 41. Düşünmeden hareket eder, aklına eseni yapar

0 1 2 42. Başkalarıyla birlikte olmaktansa yalnızlığı tercih eder

0 1 2 43. Yalan söyler, hile yapar, aldatır

0 1 2 44. Tırnaklarını yer

0 1 2 45. Sinirli ve gergindir

0 1 2 46. Kasları oynar, seğirmeleri ve tikleri olur (açıklayınız):

---

0 1 2 47. Geceleri kabus görür

0 1 2 48. Başka çocuklar tarafından sevilmez

0 1 2 49. Kabızlık çeker

0 1 2 50. Çok korkak ve kaygılıdır

0 1 2 51. Başı döner, gözleri kararır

0 1 2 52. Kendini çok suçlu hisseder

0 1 2 53. Aşırı yer

0 1 2 54. Kendini sebepsiz yere çok yorgun hissettiği olur

0 1 2 55. Fazla kiloludur

56. **Sağlık sorunu olmadığı halde:**

0 1 2 a. Ağrı ve sızılardan yakınır (baş ve karın ağrısı dışında)

0 1 2 b. Başağrılarından yakınır (şikayet eder)

0 1 2 c. Bulantı, kusma duygusu olur

0 1 2 d. Gözle ilgili şikayetler (Gözlük, lens kullanma dışında) (açıklayınız):

---

0 1 2 e. Döküntü, pullanma ya da başka cilt hastalığı olur

0 1 2 f. Mide- karın ağrısından şikayet eder

0 1 2 g. Kusmaları olur

0 1 2 h. Diğer (açıklayınız):

Lütfen arka sayfaya geçiniz

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

0 1 2 57. İnsanlara vurur, fiziksel saldırıda bulunur
0 1 2 58. Burnunu karıştırır, derisini ya da vücudunu yolar, saç ve kirpiğini koparır. (açıklayınız) ----------

0 1 2 59. Herkesin içinde cinsel organıyla oynar

0 1 2 60. Cinsel organıyla çok fazla oynar

0 1 2 61. Okul ödevlerini tam ve iyi yapamaz

0 1 2 62. El, kol, bacak hareketlerini ayarlamada güçlük çeker, sakardır

0 1 2 63. Kendinden büyük çocuklarla vakit geçirmeyii tercih eder

0 1 2 64. Kendinden küçüklerle vakit geçirmeyi tercih eder

0 1 2 65. Konuşmayı reddeder

0 1 2 66. İstemeyerek de olsa, belli bazı hareketleri/ davranışları tekrar tekrar yapar (ellerini defalarca yıkama, kapı kilidini tekrar tekrar kontrol etme gibi) (açıklayınız)----------

0 1 2 67. Evden kaçar

0 1 2 68. Çok bağırır

0 1 2 69. Sırlarını kendine saklar, hiçkimseyle paylaşmaz,

0 1 2 70. Olmayan şeyleri görür (açıklayınız):

---

0 1 2 71. Topluluk içinde rahat değildir, başkalarının kendisi hakkında ne düşünecekleri ve ne söyleyecekleriyle ilgili kaygı duyar

0 1 2 72. Yangın çıkartır

0 1 2 73. Cinsel sorunları vardır (açıklayınız):

---

0 1 2 74. Gösteriş meraklısıdır, maskaralık yapar

0 1 2 75. Çok utangaç ve çekingendir

0 1 2 76. Diğer çocuklardan daha az uyur

0 1 2 77. Gece ve/veya gündüz diğer çocuklardan daha çok uyur (açıklayınız):

---

0 1 2 78. Dikkati kolayca dağılır

0 1 2 79. Konuşma problemi vardır (açıklayınız):

---

0 1 2 80. Boş gözlerle bakar

0 1 2 81. Evden birşeyler çalar

0 1 2 82. Ev dışındaki başka yerlerden birşeyler çalar

0 1 2 83. İhtiyacı olmadığı halde pek çok şeyi biriktirir (açıklayınız):

---

0 1 2 84.Tuhaf,alışılmadık davranışları vardır (eşyaların belili bir düzende ve sırada olmasını isteme gibi) (açıklayınız) ----------

0 1 2 85. Tuhaf, alışılmadık düşünceleri vardır (bazı sayıları, sözcükleri tekrarlama ve bunları zihninden atamama gibi (açıklayınız)----------

0 1 2 86 . İnatçı ve huysuzdur, aksidir

0 1 2 87. Ruhsal durumu ya da duyguları çabuk değişir

0 1 2 . 88. Çok sık küser

0 1 2 89. Şüphecidir, kuşku duyar

0 1 2 90. Küfürlü ve açık saçık konuşur

0 1 2 91. Kendini öldürmekten söz eder

0 1 2 92. Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız):

---

0 1 2 93. Çok konuşur

0 1 2 94 Başkalarına rahat vermez, onlara sataşır, onlarla çok dalga geçer

0 1 2 95. Öfke nöbetleri vardır, çabuk öfkelenir

0 1 2 96. Cinsel konuları fazlaca düşünür

0 1 2 97. İnsanları tehdit eder

0 1 2 98. Parmak emer

0 1 2 99. Sigara içer, tütün çiğner

0 1 2 100. Uyumakta zorlanır (açıklayınız):

---

0 1 2 101. Okuldan kaçar, dersini asar

0 1 2 102. Hareketleri yavaştır, enerjik değildir

0 1 2 103. Mutsuz, üzgün ve çökkündür (depresyondadır)

0 1 2 104. Çok gürültücüdür

0 1 2 105. Sağlık sorunu olmadığı halde madde kullanır (içki ve sigarayı katmayınız) (açıklayınız)

---

0 1 2 106. Çevresindeki kişi ve eşyalara kasıtlı olarak zarar verir, zorbalık eder

0 1 2 107. Gündüz altını ıslatır

0 1 2 108. Gece yatağını ıslatır

0 1 2 109. Mızırdanır, sızlanır

0 1 2 110. Karşı cinsiyetten biri gibi olmak ister

0 1 2 111. İçine kapanıktır, başkalarıyla kaynaşmaz

0 1 2 112. Evhamlıdır, her şeyi dert eder

113. Çocuğun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız:

---

0 1 2 ----------

0 1 2 ----------

0 1 2 ----------

EK-3: 6-18 Yaş Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçek Maddeleri ve 6-11 Yaş Ölçek Değerlendirme Normları

ANKSİYETE/DEPRESYON

Maddeler: 14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112

Normlar: Erkek (toplum 4,1 / klinik 7,3) – Kız (toplum 4,7 / klinik 8,7)

SOSYAL İÇE DÖNÜKLÜK/DEPRESYON

Maddeler: 5, 42, 65, 69, 75, 102, 103, 111

Normlar: Erkek (toplum 1,9 / klinik 3,4) – Kız (toplum 2,1 / klinik 3,9)

SOMATİK YAKINMALAR

Maddeler: 47, 49, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g

Normlar: Erkek (toplum 1,1 / klinik 2,1) – Kız (toplum 1,2 / klinik 2,7)

KURALLARA KARŞI GELME DAVRANIŞI

Maddeler: 2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105, 106

Normlar: Erkek (toplum 1,5 / klinik 3,5) – Kız (toplum 0,9 / klinik 2,3)

SALDIRGAN DAVRANIŞLAR

Maddeler: 3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 104

Normlar: Erkek (toplum 5,2 / klinik 11,2) – Kız (toplum 3,9 / klinik 9,1)

SOSYAL SORUNLAR

Maddeler: 11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79

Normlar: Erkek (toplum 3,2 / klinik 6,1) – Kız (toplum 3,0 / klinik 6,0)

DÜŞÜNCE SORUNLARI

Maddeler: 9, 18, 40, 46, 58, 59, 60, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 92, 100

Normlar: Erkek (toplum 0,9 / klinik 3,7) – Kız (toplum 0,9 / klinik 3,5)

DİKKAT SORUNLARI

Maddeler: 1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61, 78, 80

Normlar: Erkek (toplum 3,0 / klinik 5,5) – Kız (toplum 2,5 / klinik 5,3)

AĞIR BİLİŞSEL TEMPO

Maddeler: 13, 17, 80, 102

Normlar: Erkek (toplum 0,6 / klinik 1,5) – Kız (toplum 0,6 / klinik 1,9)

OBSESİF- KOMPULSİF PROBLEMLER

Maddeler: 9, 31, 32, 52, 66, 84, 85, 112

Normlar: Erkek (toplum 1,8 / klinik 3,6) – Kız (toplum 2,0 / klinik 4,0)

TRAVMA SONRASI STRES PROBLEMLERİ

Maddeler: 3, 8, 9, 11, 31, 34, 45, 47, 50, 52, 69, 87, 103, 111

Normlar: Erkek (toplum 4,7 / klinik 9,0) – Kız (toplum 4,8 / klinik 9,9)

İÇE YÖNELİM

Maddeler: Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon, Somatik Yakınmalar

Normlar: Erkek (toplum 7,2 / klinik 12,9) – Kız (toplum 7,9 / klinik 15,2)

DIŞA YÖNELİM

Maddeler: Kurallara Karşı Gelme, Saldırgan Davranışlar

Normlar: Erkek (toplum 6,6 / klinik 14,7) – Kız (toplum 4,8 / klinik 11,4)

TOPLAM PROBLEM

Maddeler: Ölçek kağıdındaki işaretlenen tüm puanların toplamı

Normlar: Erkek (toplum 23,2 / klinik 46,9) – Kız (toplum 21,3 / klinik 45,5)

DUYGU DURUM BOZUKLUĞU

Maddeler: 5, 14, 18, 24, 35, 52, 54, 76, 77, 91, 100, 102, 103

Normlar: Erkek(toplum 2.3 / klinik 4.8)- Kız(toplum 2.4/ klinik 5.9)

ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Maddeler: 11, 29, 30, 45, 50, 112

Normlar: Erkek(toplum 2.1 / klinik 3.3)- Kız(toplum 2.4/ klinik 4.0)

SOMATİZASYON BOZUKLUĞU

Maddeler: 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g

Normlar: Erkek(toplum 0.6/ klinik 1.1)- Kız(toplum 0.7/ klinik 1.6)

DEHB

Maddeler: 4, 8, 10, 41, 78, 93, 104

Normlar: Erkek(toplum 2.9/ klinik 5.1)- Kız(toplum 2.4/ klinik 4.5)

KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU

Maddeler: 3, 22, 23, 86, 95

Normlar: Erkek(toplum 2.0/ klinik 4.1)- Kız(toplum 1.6/ klinik 3.6)

DAVRANIM BOZUKLUĞU

Maddeler: 15, 16, 21, 26, 28, 37, 39, 43, 57, 67, 72, 81, 82, 90, 97, 101, 106

Normlar: Erkek(toplum 1.8/ klinik 4.5)- Kız(toplum 1.0/ klinik 2.6)

EK-4: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Veli;

Bu araştırma, Dr. Öğretim Üyesi Neslihan ZABCI danışmanlığında, T.C. Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Psikolog İlksen Şavkın tarafından yüksek lisans tez çalışması adı altında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, kum oyunu terapisinin duygusal ve davranışsal sorunlar üzerindeki etkisini ölçmektir.

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

Sizin de çocuğunuza Kum Oyunu Terapisi yöntemi ile terapi yapılacaktır. Bu terapiden elde edilen sonuçların bilimsel çalışmalarda kullanılması ve kum oyunu terapisinin yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Bu amaçla izniniz gerekmektedir.

Eğer izin veriyorsanız lütfen aşağıdaki metni okuyup imzalayınız.

Bilimsel bir çalışmaya katkı verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Danışmanlık merkezinde İlksen Şavkın tarafımdan çocuğuma uygulanan Kum Oyunu Terapisi sürecinde doldurmuş olduğum form ve anketlerin çocuğumun bilgileri gizli tutularak bilimsel araştırma amaçlı kullanılmasına müsaade ediyorum. Bu formların nasıl bir çalışmada kullanılacağı konusunda bilgilendirildim. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Adı-Soyadı

İmza

KAYNAKÇA

Altun, K. (2017). Gelişimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 4-8 yaş grubu çocukların travma sonrası duygusal streslerine olan etkileri. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Amerikan Psikiyatri Derneği. (2013). *DSM-IV Tanı Ölçüleri Başvuru El Kitabı.* (E. Köroğlu, Çev.). İstanbul: HYB Yayıncılık.

Arslan, C. (2011). Soru sorma becerilerini geliştirmeye dönük öğretim uygulamalarının öğretmen adaylarının soru oluşturma becerilerine etkisi. *Eğitim ve Bilim Dergisi, 36*(160), 236-249.

Arslanoğlu, A. (2020). *Kum oyunu terapisinin çocuklarda duygu regülasyonuna katkısına yönelik literatür çalışması* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Kent Üniversitesi, İstanbul.

Ayna, Y. E. ve H. Ü. (2017). Çocuk merkezli oyun terapisi ile deneyimsel oyun terapisinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9*(19), 212-220.

Ban, P. J. ve Woo, J. Y. (2013). An analysis of changes and themes in delinquency and aggression of children in crisis of family disorganization through sandplay therapy. *The Korean Journal of Rehabilitation Psychology 20*(1), 65-100.

Beetge, B. (2018, Ağustos 11-13). ISST Onaylı Kum Terapisi eğitimi sertifika programı 2.Modül [Ders Notları]. İstanbul.

Beetge, B. (2019, Nisan 12-15). ISST Onaylı Kum Terapisi eğitimi sertifika programı 4.Modül [Ders Notları]. İstanbul.

Bion, W.R. (2014). *Yaşayarak Öğrenmek*. (T. Güvenir& L. Ekin, Çev.). İstanbul: Bağlam Yayıncılık. (Orijinal baskı tarihi 1962).

Boo, J. M. (2014). A case study of sandplay therapy on a child with selective mutism: a story of a life continuing over time in sandplay therapy. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy, 5*(1), 23-29. doi: https://doi.org/10.12964/jsst.130014

Bradway, K. (1999). Sandplay with children. *Journal of Sandplay Therapy, 8*(2).

Bradway, K. ve McCoard, B. (1997). *Sandplay: Silent Workshop of The Psyche.* Londra: Routledge.

Bugay, A. ve Delevi, R. (2011). Kum oyunu terapisi: Kuramsal bilgiler ve bir olgu örneği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 18*(2), 127-134.

Büyüköztürk, Ş. (2017). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (23. Baskı). İstanbul: Pegem Akademi Yayınları.

Cao, J., Jin, L., Cui, C. ve Cui, M. (2019). A study on the effects of sandplay therapy on second grade middle school students with PTSD. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 10*(1). 75-103. doi: https://doi.org/10.12964/jsst.19004

Coutinho, S. (2014). *An Introduction to Daoist Philosophies* (Kindle Ed.). New York: Columbia University Press.

Çelik, M. (2017). Deneyimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 3-10 yaş grubu çocukların çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres düzeyine etkisinin incelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Demir, V. (2017). Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının üniversite öğrencilerinin kaygı düzeylerine etkisi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 7*(12), 100-118.

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

Enns, C. Z. ve Kasai, M. (2003). Hakoniwa: Japanese sandplay therapy. *The Counseling Psychologist, 31*(1), 93-112. doi: https://doi.org/10.1177/0011000002239403

Erkuş, A. (2017). *Davranış Bilimleri için Bilimsel Araştırma Süreci*. (5. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Erol, N. ve Şimşek, Z. (2010). *Davranış Değerlendirme Ölçeği El Kitabı.* Ankara: Mentis Yayıncılık.

Fordham, M. (1996). *Children as individuals.* New York: Free Association Books.

Freud, A. (2013). *Çocuklukta Normallik ve Patoloji.* Babaoğlu, A. N. (Çev.). İstanbul: Metis Yayınları. (Orijinal baskı tarihi 1965).

Friedman, H. S. ve Mitchell, R. R. (1994). *Sandplay: Past, Present and Future*. Londra: Routledge.

Green, E. (2016). *Çocuk ve Ergenlerle Jungcu Oyun Terapisi El Kitabı.* Ankara: Nobel Yaşam Yayınevi.

Han, Y., Lee, Y. ve Suh, J. H. (2017). Effects of sandplay therapy program at a childcare center on children with externalizing behavioral problems. *The Arts in Psychotherapy, 52*, 24-31. doi: https://doi.org/10.1016/J.AIP.2016.09.008

Hilmi, A. (1928). *Kumlarda Çocuk Oyunları.* İstanbul: Devlet Matbaası.

Hopcke, R. H. (2013). *A Guided Tour of the Collected Works of C.G. Jung.* Kolorado: Shambhala.

Janga, M. ve Kim, Y. H. (2012). The effect of group sandplay therapy on the social anxiety, loneliness and self-expression of migrant women in ınternational marriages in south korea. *The Arts in Psychotherapy, 39,* 38-41. doi: https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.11.008

Jung, B. (2019). Beyond medications: understanding executive function deficits of children with adhd through jungian sandplay therapy. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 10*(1). 1-19. doi: https://doi.org/10.12964/jsst.19001

Jung, C. G. (1921). *Psychological Types*. R. F. Hull (Ed.), *The Collected Works of Carl Gustav Jung* içinde (Cilt 6). Londra: Routledge.

Jung, C. G. (1954). *The Archetypes and the Collective Unconscious*. S. H. Read, M. Fordham ve G. Adler (Ed.), *The Collected Works of Carl Gustav Jung içinde* (Cilt 9). New York: Routledge.

Jung, C. G. (1957). *The Structure and Dynamics of the Psyche*. S. H. Read, M. Fordham, ve G. Adler (Ed.), *The Collected Works of Carl Gustav Jung* içinde (Cilt 8). New York: Routledge.

Jung, C. G. (1966). *Two Essays on Analytical Psychology*. S. H. Read, M. Forham, G. Adler ve W. M. Guire (Ed.), *The Collected Works of Carl Gustav Jung* içinde (R. F. Hull, Çev., Cilt 7). New York: Routledge.

Kalff, D. M. (1991). Introduction to sandplay therapy. *Journal of Sandplay Therapy, 1*(1), 7-15.

Kalff, D. M. (2003). *Sandplay*. California:Temenos Press.

Kalff, M. (1993). Tweenty points to be consired in the ınterpretation of a sandplay. *Journal of Sandplay Therapy, 2*(2), 19-31.

Karasar, N. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemi.* (26.baskı). Ankara: Nobel Yayınevi.

Kendler, M. (2018, Aralık 14-17). ISST Onaylı Kum Terapisi eğitimi sertifika programı 3.Modül [Ders Notları]. İstanbul.

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.

Khojasteh, S. (2020). The effectiveness of sand play therapy on anxiety and achievement motivation of primary school students. *Journal of Child Mental Health*, *7*(1), 68-80. doi: 10.29252/jcmh.7.1.7

Kırış, B. F. (2016). Gelişimsel oyun terapisinin çocuk evlerinde kalmakta olan 6-12 yaş gurubu çocukların davranış problemlerine etkileri. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Köroğlu, E. ve Güleç, C. (1998). *Psikiyatri Temel Kitabı* (Cilt 2). İstanbul: HYB Yayıncılık.

Lee, Y. J. (2013). A study of the sandplay therapy case of a 9-year-old girl seen from Mahler's ego developmental viewpoint. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy, 4*(1), 21-34. doi: https://doi.org/10.12964/jsst.130004

Lilly, J. P. ve Heiko, R. (2019). Jungian analytical play therapy. *Play Therapy, 14*(3*),* 40-42.

Homeyer, L. E. (2020). *Kum Tepsisi Terapisi.* (H. Kahyaoğlu Çakmakçı ve S. Karakoç Demirkaya, Çev.). İstanbul: Apamer Yayıncılık.

Loue, S. (2015). *Ethical Issues in Sandplay Therapy Practice and Research.* New York: Springer.

Lowenfeld, M. (1999). *Understanding Children's Sandplay: Lowenfeld's World Technique*. Canada: Sussex Academic Press.

Lu, L., Petersen, F., Lacroix, L. ve Rousseau, C. (2010). Stimulating creative play in children with autism through sandplay. *The Arts in Psychotherapy*, *37*, 56-64. doi: https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.09.003

Maeng, J. Y. ve Jang, M. (2014). The effects of sandplay therapy on the anxiety, self-esteem, and sociality of college students with blidness. *Journal of Symbols & Sanplay Therapy, 5*(1), 14-22. doi: https://doi.org/10.12964/jsst.130013

Maree, J., Ebersöhn, L. ve A. de Villiers, D. (2012). Combining ericksonian and sandplay approaches to therapy with children who manifest depression as a developmental barrier. *Journal of Psychology in Africa*, 22(2), 221-228. doi:10.1080/14330237.2012.10820520

Matta, R. ve Ramos, D. (2020).The application of sandplay therapy in children with obsessive compulsive disorder. *Psychologia*, 62, 106-125. doi: https://doi.org/10.2117/psysoc.2020-B009

McWilliams, N. *Psikanalitik Tanı.* (E. Kalem, Çev.). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları. (Orijinal bası yılı 1994).

Na, G. ve Jang, M. (2017). The effects of sandplay therapy on ınternalized shame and self-expression of children of alcoholics. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy*. *8*(1). 35-52. doi: https://doi.org/10.12964/jsst.170002

Nadi, A., Banijamali, S., Khosravi Z. ve Dehshiri, G. (2016). The effect of sandplay therapy on decreasing the depresssion symptoms in children in low social class. *Quarterly Journal of Psychological Studies, 12(2),* 7-30. doi: 10.22051/PSY.2016.2381

Nasab, H. M. ve Alipour, Z. M. (2015). The effectiveness of sandplay therapy in reducing symptoms of separation anxiety in children 5 to 7 years old. *Journal of Educational Sciences & Psycholohgy*, *5*(1), 47-53.

Neumann, E. (1988). *The Child.* (R. Manheim, Çev.). Londra: Karnac.

Neumann, E. (1989). *The Origins and History of Consciousness.* Londra: Karnac.

No, S. ve Kim, M. (2013). The effects of sandplay therapy on anxiety, ınterpersonal stress, and salivary cortisol levels of university students with ADHD tendencies. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy*. *4*(1). 9-15. doi: https://doi.org/10.12964/jsst.130002

Ogden T. H. (2004). On holding and containing, being and dreaming. *The International Journal of Psychoanalysis, 85*, 1349-1364. doi: https://doi.org/10.1516/T41H-DGUX-9JY4-GQC7

Özbey, S. (2010). Okul öncesi çocuklarda uyum ve davranış problemleriyle başa çıkmada ailenin rolü. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 21*(21), 9-18.

Özkaya, B. (2015). Ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerine odaklanan bir oyun terapisi yaklaşımı: Filial Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 7(*2). 208-220.

Pearson, M. ve Wilson, H. (2001). *Sandplay&Symbol Work.* Melbourne: Australian Council for Ducation Research Ltd.

Ruffino, C. P. (2018, Nisan 27-29). ISST Onaylı Kum Terapisi eğitimi sertifika programı 1. Modül [Ders Notları]. İstanbul.

Soo-yeon, Y. (2015). The effects of sandplay therapy on the anxiety, attachment relations, and ınterpersonal stress of children of alcoholic fathers. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy, 6*(1), 25-42. doi: https://doi.org/10.12964/jsst.150002

Southam-Gerow, M. A. ve Prinstein, M. J. (2014). Evidence base updates: The evolution of the evaluation of psychological treatments for children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *43*(1), 1-6. doi: https://doi.org/10.1080/15374416.2013.855128

Steinhardt, L. ve Hasharon, R. (1998). Sand, water and universal form in sandplay and art therapy. *Art therapy: Journal of the American Association, 15*(4), 252-260. doi: https://doi.org/10.1080/07421656.1989.10759334

Stevens, A. (2014). *Jung*. (N. Örge, Çev.). Ankara: Dost Kitabevi.

Teber, M. (2015). Çocuk merkezli oyun terapisinin çocuklarda görülen davranış sorunlarının çözümüne etkisi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

Teber, M. ve Akat, N. (2021). *Online Kum Oyunu ve Kum Tepsisi Terapisi*. M. Teber (Ed.), *Çocuklarla Online Terapi içinde.* İstanbul: Yenikapı Yayınları.

Turner, B. (2005). *Handbook of Sandplay Therapy.* California: Temenos Press.

Uyanık, M. (1934). *Yeni Mektebin Ders Vasıtalarından Kum.* İstanbul: Devlet Matbaası.

Yang, Y. (2014). The effects of sandplay therapy on the behavioral problems, self-esteem, and emotional ıntelligence of children in grandparents-grandchildren families in rural korean areas. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. *5*(1). 7-13. doi: https://doi.org/10.12964/jsst.130012

Von Franz, M. L. (2021). *Masalları Yorumlamak.* (C. Şeref, Çev.), İstanbul: Pinhan Yayıncılık.

Wang, D., Nan, J. ve Zhang, R. (2017). Structured group sandplay to ımprove the resilince of college students: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, *55*, 186-194. doi:10.1016/j.aip.2017.04.006

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

Wen, Z., Risheng, Z., Haslam, D. ve Zhiling, J. (2011). The effects of restirected group sandplay therapy on ınterpersonal ıssues of college students in china. *The Arts in Psychotherapy, 38*, 281-289. doi: 10.1016/j.aip.2011.08.008

Winnicott, D. W. (1998). *Oyun ve Gerçeklik*. (T. Birkan, Çev.), İstanbul: Metis Yayınları. (Orijinal baskı tarihi 1971).

Winnicott, D. W. (1956). *Primary Maternal Preoccupation. Through Paediatrics to Psychoanalysis içinde*. London: Tavistock Publications.

Woolson, R. F. (2008). Wilcoxon Signed-Rank Test. Wiley Encyclopedia of Clinical Trials. doi:10.1002/9780471462422.eoct979

Yang, Y. S. (2014). The effects of sandplay therapy on the behavioral problems, self-esteem, and emotional ıntelligence of children in grandparents-grandchildren

families in rural korean areas. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy, 5*(1), 7-13. doi: https://doi.org/10.12964/jsst.130012

Yavuzer, H. (1995). *Çocuk Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yörükoğlu, A. (2008). *Çocuk Ruh Sağlığı*. İstanbul: Özgür Yayınları.

Zabcı, N. (2020). *Çocukluk Çağı Depresyonu: Psikanalitik Yaklaşım. Psikanaliz Defterleri 5 içinde.* İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Zabcı, N. ve Karadeniz, G. (2021). Koronavirüs pandemisinde annenin ruhsal süreçlerinin çocuklarda görülen belirtilere yansımaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13,* 12-26. doi: 10.18863/pgy.852022

Zorlu, A. (2016). Yönlendirici Olmayan Oyun Terapisinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtili Çocukların Duygu ve Davranışları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

KAYNAKÇA İLE DIŞ KAPAK ARASINDA BİR BOŞ SAYFA BIRAKILACAKTIR.