



T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

SURİYELİ MÜLTECİ ÇOCUKLARDA POST TRAVMATİK STRES
BOZUKLUĞU İÇİN THERAPLAY GRUP OYUN TERAPİSİ
ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BÜŞRA İŞCAN KUZUCU

DOÇ. DR. HÜSEYİN ÜNÜBOL

İstanbul, 2021

T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

SURİYELİ MÜLTECİ ÇOCUKLARDA POST TRAVMATİK STRES
BOZUKLUĞU İÇİN THERAPLAY GRUP OYUN TERAPİSİ
ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BÜŞRA İŞCAN KUZUCU
184102074

DANIŞMAN: DOÇ. DR. HÜSEYİN ÜNÜBOL

İstanbul, 2021

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Suriyeli Mülteci Çocuklarda Post Travmatik Stres Bozukluğu İçin Theraplay Grup Oyun Terapisi Etkinliğinin Araştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.././2021

Büşra İŞCAN KUZUCU

TEŞEKKÜRLER

Mülteci bireylere yönelik psikolojik destek çalışmalarıyla ufkumu açan ve tez yazım sürecimde desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL'a teşekkür ederim.

Ülkemizde travma mağduru çocuk, genç ve yetişkinlere ücretsiz psikolojik destek veren ender kurumlardan olan ve çatısı altında araştırmamı yürütmeme izin veren Yetim Vakfı'nın değerli yöneticileri ve tez yazım sürecinde her türlü desteği vererek grup terapilerini benimle birlikte yürüten meslektaşlarım; başta Koord. Gülhan TOY, Uzm. Psk. Amine Hümeýra BULDUR, Uzm. Psk. Büşra YAZICI, Psk. Dan. İnas BEKDAŞ, Klnk. Psk. Melek Merve ERKILINÇ, Klnk. Psk. Meral KAVAK, Klnk. Psk. Tuğba ÖZ, Klnk. Psk. Zehra GÖKDEMİR, Klnk. Psk. Zeynep ARSLAN'a ve çocuklarımızın kalbine dokunan tüm çalışanlarımıza ve gönüllülerimize teşekkür ederim.

Çocukluk çağımdan bugüne olan eğitim serüvenimde maddi ve manevi desteğini esirgemeyen ve mesleğimi seçmeme vesile olan canım babama; hayatımın ve araştırma sürecimin her anında koşulsuz sevgisiyle yanımda olan hayranlık duyduğum anneme; varlığı ve başarılarıyla model olup güç veren abime; kafamın karıştığı her noktada bana yeni bakış açıları kazandıran, her zaman destekleyici ve kapsayıcı olan sevgili eşime teşekkür ederim.

Araştırmamı yazım sürecimde derin üzüntüyle sonsuzluğa uğurladığım Bulut'a, hayatımda olduğu on sene içerisinde bana karşılıksız sevebilmenin ve şefkat duymanın inceliklerini öğrettiği, her acziyetin altında mucizevi bir güç olduğunu gösterdiği, dünyaya, insanlara ve çocuklara karşı kalbimi genişlettiği için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim ve araştırma sürecim boyunca bana yoldaşlık eden meslektaşlarım Eda ÇAVUŞ, Evrim AVŞAR ve Selin KUL'a teşekkür ederim.

Ve son olarak hayatına dokunduğum tüm çocuklara iç dünyalarını bana açtıkları, oyun ve iyileşme süreçlerine eşlik etmeme izin verdikleri için teşekkür ederim.

ÖZET

(İŞCAN KUZUCU, Büşra, Yüksek Lisans, İstanbul, 2021)

Suriyeli Mülteci Çocuklarda Post-Travmatik Stres Bozukluğu İçin Theraplay Grup Oyun Terapisi Etkinliğinin Araştırılması

Bireyler benzer biyolojik sistemlerle dünyaya gelmiş olmalarına rağmen kendilerini ve dünyayı algılama, yorumlama ve tepki verme biçimlerinin farklı olmasının nedeni çocukluk çağında deneyimledikleri travmatik yaşantılardır. Travmanın ardından sinir sisteminde oluşan aksaklıklar sonucunda bireylerde; bilişsel, davranışsal ve duygusal pek çok semptom ortaya çıkmaktadır. Travma sonrasında bellekte oluşan aksaklıkların ve ortaya çıkan semptomların tedavisi için kullanılan oyun terapi ekollerinden biri de Theraplay®'dir. Bu çalışmada savaş, göç ve ebeveyn vefatı gibi travmatik deneyimler yaşamış Suriyeli çocukların travma sonrası stres düzeylerinin azalması ve öznel mutluluk düzeylerinin artması amaçlanmıştır. Araştırmaya Yetim Vakfı'ndan ücretsiz psikososyal destek alan 7-15 yaş aralığındaki ve yaş ortalaması $12,06 \pm 2,30$ olan 22 kız ve 10 erkek olmak üzere toplam 32 kişi katılmıştır. Araştırmanın ilk adımı olarak katılımcılara araştırma ölçekleri ve demografik veri formunun bulunduğu anket formu uygulanmıştır. İkinci adımda, yaş aralıklarına göre gruplandırılan çocuklara 12 hafta boyunca ve haftada bir olacak şekilde Theraplay Grup Oyun Terapisi yapılmıştır. Terapinin ardından araştırma ölçekleri ve demografik veri formu tekrar uygulanmıştır. Veri analizlerine göre çalışmaya katılan çocukların terapi öncesi ve sonrasındaki stres ve öznel mutluluk düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Uygulanan Theraplay Grup Oyun Terapisi ile çocukların stres düzeylerinin düştüğü ve öznel mutluluk düzeylerinin arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Travma, TSSB, Öznel Mutluluk, Theraplay, Oyun Terapisi*

ABSTRACT

(ISCAN KUZUCU, Busra, Master Thesis, Istanbul 2021)

A Study of Theraplay Group Play Therapy Effectiveness for Post Traumatic Stress Disorder in Syrian Refugee Children

Although individuals were born with similar biological systems, their different perceptions, interpretations, and reactions about themselves and the world are due to their childhood traumatic experiences. As a result of the malfunction of the neurological system caused by trauma; individuals develop a variety of cognitive, behavioral, and emotional symptoms. Theraplay® is one of the game therapy schools with the aim of treating post-traumatic symptoms and malfunctions of the neurological system. This research aims to reduce stress levels and increase the subjective well-being of Syrian refugee children who have been exposed to traumatic experiences such as war, migration and loss of a parents. The study included 22 women and 10 men aged 12.06 + -2.30 years, who received psychosocial support from Yetim Vakfi. As a first research step, the questionnaire form with the research scales and the demographic data sheet is used. In the second step, the children are grouped according to their age and the group Theraplay is practiced on a weekly basis. Research scales and demographic data sheet are performed again after therapy. According to the data analysis, a significant difference in the stress level and in the subjective happiness of the children between pre- and post-therapy states was found. The Theraplay Group Play Therapy is found to have reduced their stress levels and increased their subjective happiness.

Key Words: *Trauma, PTSD, Subjective Happiness, Theraplay, Play Therapy*

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜRLER.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	x
GİRİŞ.....	1
1.ARASTIRMANIN KURAMSAL TEMELİ.....	3
1.1. SURİYE İÇ SAVAŞININ KISA TARİHİ	3
1.2. GÖÇMEN, MÜLTECİ VE SİĞİNMACI KAVRAMLARI.....	4
1.3. SURİYELİ BİREYLERİN GÖÇ SONRASI YAŞADIĞI POLİTİK, SOSYAL VE PSİKOLOJİK SORUNLAR.....	6
1.3.1. Çalışma Sorunları	7
1.3.2. Sosyal Sorunlar.....	7
1.3.3. Eğitim Sorunları.....	8
1.3.4. Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Sorunları.....	8
1.4. TRAVMA VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....	9
1.4.1. Travmanın Tanımı ve Nörobiyolojisi	9
1.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları	10
1.5. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU.....	11
1.5.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanımı.....	11
1.5.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tarihçesi	11
1.5.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri	12
1.5.4. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Stres Bozukluğu	13
1.5.4.1. Okul Öncesi Çağı Çocuklarında TSSB Belirtileri	13
1.5.4.2. Okul Çağı Çocuklarında TSSB Belirtileri	13
1.5.4.3. Önergenlik ve Ergenlikte TSSB Belirtileri	14
1.6. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ	14
1.6.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	14
1.6.2. Psikoterapi ile Tedavi Yöntemleri	15
1.6.2.1. İlk Müdahaleler.....	15
1.6.2.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntemi.....	16
1.6.2.3. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)	17

1.6.2.4. Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment, ACT)	17
1.6.2.6. Oyun Terapileri	18
1.7. OYUN TERAPİSİ.....	18
1.7.1. Oyun Tanımı ve Özellikleri	18
1.7.2. Oyun Terapisi Tanımı	19
1.7.3. Oyun Terapisinin Tarihçesi	20
1.7.4. Oyunun İyileştirici Etkenleri	21
1.7.5. Oyun Terapisi Türleri	23
1.7.5.1. Psikanalitik Oyun Terapisi.....	23
1.7.5.2. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi.....	24
1.7.5.3. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi	25
1.7.5.4. Adlerian Oyun Terapisi.....	26
1.7.5.5. Deneyimsel Oyun Terapisi	26
1.7.5.6. Gelişimsel Oyun Terapisi	27
1.8. THERAPLAY.....	27
1.8.1.Kavramlar ve Amaçlar.....	29
1.8.2. Travma Tedavisi ve Theraplay	31
1.8.3.Theraplay Boyutları	33
1.8.3.1. Theraplay’ in Yapı Boyutu	33
1.8.3.2. Theraplay’ in Bağlılık Boyutu	34
1.8.3.3. Theraplay’ in Besleme Boyutu	34
1.8.3.4. Theraplay’ in Mücadele Boyutu	35
1.8.4. Tedavi Planı ve Süreci	35
1.8.5. Grup Theraplay	36
1.9. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	37
1.10. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	38
1.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	38
1.12. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI	39
2.YÖNTEM.....	40
2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	40
2.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	40
2.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	41
2.3.1. Demografik Veri Formu	41
2.3.2. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği	41
2.3.3. Öznel Mutluluk Ölçeği	41
2.4. İŞLEM	42
2.4.1. Bağlanma Temelli Grup Theraplay Sürecinin Amacı ve Planlaması.....	42
2.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ.....	44
3.BULGULAR	45

4.TARTIŞMA	59
4.1.Sonuç ve Öneriler	63
5.KAYNAKÇA	65
EKLER.....	77
EK 1 - SURİYELİ MÜLTECİ ÇOCUKLARA UYGULANAN THERAPLAY GRUP TERAPİSİNİN ÖRNEK SEANS İÇERİKLERİ	77
EK 2 - SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	82
EK 3 - ÇOCUKLAR İÇİN TRAVMA SONRASI STRES TEPKİ ÖLÇEĞİ.....	84
EK 4 - ÖZNEL MUTLULUK ÖLÇEĞİ	85
EK 5 – ÖZGEÇMİŞ	86



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	45
Tablo 2. Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistik.....	47
Tablo 3. Terapi Öncesi ve Sonrası Katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	47
Tablo 4. Terapi Öncesi ve Sonrası Kız Katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	48
Tablo 5. Terapi Öncesi ve Sonrası Erkek Katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	49
Tablo 6. Terapi Öncesi ve Sonrası 8-11 Yaş Katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	49
Tablo 7. Terapi Öncesi ve Sonrası 12-15 Yaş Katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	50
Tablo 8. Kardeş Sayısına Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	51
Tablo 9. Türkiye’de Bulunma Süresi Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	51
Tablo 10. Evde Yaşayan Kişi Sayısına Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	52
Tablo 11. Çocuğun Çalışma Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi	52

Tablo 12. Evde Aile Bireylerinden Şiddet Görme Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi..... 53

Tablo 13. Sağlık Sorununa Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi..... 54

Tablo 14. Savaşta veya Göç Sırasında Yaralanma Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi..... 54

Tablo 15. Savaşta Kayıp ya da Kayıpların Olması Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi..... 55

Tablo 16. Savaşta veya Göç Sırasında Fiziksel Yaralanma, Kaza veya Ölüme Tanık Olma Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi..... 55

Tablo 17. Savaşta veya Göç Sırasında Görsel ya da İşitsel Patlamaya Tanık Olma Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi..... 56

Tablo 18. Türkiye’de Sosyal Hayata Uyum Sağlama Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi..... 57

Tablo 19. Sosyal Ortamda Fiziksel veya Sözel Şiddet Görme Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi 57

Tablo 20. Akranlara Göre Mutluluk Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi..... 58

KISALTMALAR LİSTESİ

ACT	: Acceptance and Commitment Therapy – Kabul ve Kararlılık Terapisi
APA	: American Psychiatric Association - Amerikan Psikiyatri Derneği
APT	: Association for Play Therapy - Oyun Terapi Derneği
BDOT	: Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BMMYK	: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
ÇMOT	: Çocuk Merkezli Oyun Terapisi
DEB	: Dikkat Eksikliği Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DOT	: Deneyimsel Oyun Terapisi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EMDR	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
GOT	: Gelişimsel Oyun Terapisi
MEM	: Marschak Etkileşim Methodu
SSRI	: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UAÖ : Uluslararası Af Örgütü

UNHCR : United Nations High Commissioner for Refugees - Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği

YUKK : Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu



GİRİŞ

Travma kavramı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı'ndan (DSM-V) yola çıkılarak kişilerin yaşamlarını tehdit ederek cinsel şiddet, ölüm veya ciddi yaralanmalarla sonuçlanan olaylar olarak tanımlanmaktadır. Mol ve arkadaşları (2005) ise çocukluk çağında uzun süre maruz kalınan olumsuz yaşam deneyimleri üzerine araştırmalar yaparak travmatizasyon olgusunun DSM kriterlerinin de ötesine geçtiğini ifade etmişlerdir. Yaşamı açık şekilde tehdit eden savaş, göç, yaralanma, kaza ve şiddet gibi travmatik yaşantıların haricinde görünürde yaşamı tehdit etmeyen, çocukluk döneminde sürekli ve uzun süreli maruz kalınan fiziksel ya da duygusal ihmal ve istismarlar gelişim sürecini uzun vadede ve olumsuz şekilde etkilemektedir (APA, 2013; Gomez, 2012; Knipe, 2018)

Yaşanan travmatik olayın ardından beyin nörol ağlarının hasar görmesi ile duygusal, davranışsal ya da bilişsel pek çok semptom ortaya çıkabilir. Shapiro (2018) ortaya çıkan bu semptomları, travma nedeniyle iyileştirme işlevi bozulan beyin, bellekte depoladığı olumsuz yaşam deneyimlerinin dışa vurumu olarak ifade etmiştir. Bunun yanında travmatik olay ardından kişi de ortaya çıkan, geçmişe dönüş ve duygusal tetiklenmeler; kaçınma düşünceleri ve davranışları; travmatik olayla bağlantılı aşırı uyarılmışlık ya da tepkisel davranışlar; bellek bozuklukları; kişinin kendine dair gerçek dışı suçlamaları; sosyal içe çekilme, olumsuz duygulanım, hissizlik ve düşük hayat doyumu gibi semptomlar Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktadır. Travmatik olaylar ya da uzun süreli maruz kalınan kompleks travmatik deneyimler kişinin yaşam boyu mutluluk düzeyini de etkilemektedir. Öznel mutluluk kavramı ya da öznel iyi oluş hali; neşe, heyecan, yüksek enerji, heves, isteklilik gibi olumlu duygulanımları; üzüntü, öfke, kaygı gibi olumsuz duygulanımlardan daha fazla deneyimleme halidir. Bireyin olumsuz yaşam deneyimleri iyileştirilerek gelecekteki muhtemel yaşantılara karşı dayanıklılığının artırılması yaşam kalitesinin yükselmesine, dengeli bir yaşam sürmesine bu bağlamda öznel mutluluklarının artmasına olanak sağlamaktadır (APA, 2013; Ben-Zur, 2003; Gomez, 2012; Siegel, 1999).

Yetişkin bireylerdeki çocukluk çağı travmalarının ve travma sonrasında ortaya çıkan stres bozukluklarının tedavisi için sıklıkla konuşmaya dayalı tedaviler

uygulanırken; sözel becerileri yeterince gelişmemiş çocukların tedavisinde çeşitli oyun terapi teknikleri tercih edilmektedir. Bu araştırma da çocukların travma yaşantılarının ve etkilerinin giderilmesi için Theraplay Grup Oyun Terapisi ekolü kullanılmıştır. Theraplay, Ann Jernberg tarafından Bowlby'nin (2005) Bağlanma Kuramı temel alınarak geliştirilen, sağlıklı ebeveyn ve çocuk ilişkisinin özelliklerini içinde barındıran bir tedavi yöntemidir. Aynı zamanda Theraplay'in güven ilişkisine dayalı, çocuğun gelişimine duyarlı, beynin bozulmuş nöral ihtiyaçlarına uyumlu, ritmik, ödüllendirici, neşeli, çocuğun yaşantılarına ve değerlerine saygılı olma özellikleri travma tedavisinde kullanılmasının başlıca nedenlerindedir. Theraplay, travmatik yaşantıların çocuğun var olan bağlanma stiline olan olumsuz etkisini göz önünde bulundurarak güvenli bağlanmanın oluşturulmasını amaçlar. Güvenli bağlanma çocukların psikolojik dayanıklılığını arttırırken travmatik yaşantıların üstesinden gelmeyi kolaylaştırır. Theraplay süreci içinde terapist, çocuğun güvenlik, sakinlik, rahatlık ve eğlence duygularını deneyimlemesine yardımcı olur. Bireysel uygulanabildiği gibi grup terapisi olarak kullanılan Theraplay, travma mağduru kişilerin sosyal destek ihtiyaçlarının ve yalnızlık duygularının giderilmesini sağlar (Axline, 1947; Booth ve Jernberg, 2009).

1. ARAŞTIRMANIN KURAMSAL TEMELİ

1.1. SURİYE İÇ SAVAŞININ KISA TARİHİ

Birinci Dünya Savaşı öncesinde Osmanlı İmparatorluğu idaresinde bulunan ve bugünkü Lübnan, Filistin, İsrail, Ürdün topraklarını da içine alan Büyük Şam vilayetinin 20 yy. başlarına kadar sınırları net olarak çizilmemiştir. Ortadoğu'nun sınırları Birinci Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında İtilaf Devletleri'nin bölgeyi hakimiyet altına alması ve paylaşmasıyla kesin olarak belirlenmiştir. Savaş sonrasında Fransız mandası altına giren Suriye'de öncelikli uygulanmak istenilen strateji, bölgeyi daha küçük eyaletlere bölerek yönetmeye dayalı sömürge politikası olmuştur. Bu politikaya bağlı olarak Suriye topraklarında yaşayan pek çok farklı dini ve etnik azınlık ayrıştırılmış ve birbirlerine karşı kıskırtılmıştır. Böylece toplumun bağımsızlık için bir araya gelmesinin önüne geçilmeye çalışılmıştır. Yaklaşık yirmi yıl süren manda yönetiminde Milletler Cemiyeti Yönetmeliklerine uymayan ve bölge içerisinde istikrarsız bir politika uygulayan Fransa 1946 yılında bölgeden çekilmiştir. Ardından Suriye'nin bağımsızlığını ilan etmesine rağmen halkın ortaya çıkan pek çok farklı siyasi fikre ve lidere olan güvensizliği, Fransız mandasının amaçladığı gibi günümüze kadar uzanan yerel sorunların temelini atmıştır (Fildiş, 2013).

1947 yılında ilk temelleri atılan ve Ortadoğu coğrafyasında tek devlet ideolojisiyle kurulan Baas Partisi Suriye'de yaşanan askeri darbeler ve çeşitli siyasal değişimler nedeniyle 1970 yılına kadar iktidarda varlığını hedeflediği şekilde sürdürememiştir. 1970 yılında Hafız Esad'ın Baas Partisi lideri ve ülke cumhurbaşkanı olmasıyla başlayan tek partili iktidar dönemi günümüze kadar sürmüştür. Hafız Esad'ın vefatı ardından 2000 yılında sosyalist Baas partisinin liderliğini ve ülke cumhurbaşkanlığını devralan oğlu Beşşar Esad, 2010 yılı itibarıyla halkın siyasi özgürlük talepleriyle karşılaşmaya başlamıştır. 2011 yılının başlarında Tunus, Yemen, Libya gibi ülke halklarına benzer şekilde sokağa dökülen ve iktidara yönelik protestolarını yüksek sesle dile getiren halkı durdurmaya yönelik başlayan şiddet kısa sürede tüm ülkeye yayılmıştır. Rejimin, halkın ayaklanmasına şiddetle karşılık vermesinden dolayı ayaklanmanın ilk senesinde resmi olmayan verilere göre yaklaşık 30 bin sivil vefat etmiştir (Ataman, 2012; Erdal, 2017; Topal, 2015).

İsyanın başlarında sessiz kalan Türkiye, sivil halka yapılan şiddetin artarak devam etmesi sonucunda Esad'ı halkına karşı duyarlı olması konusunda uyarmıştır. Suriye içinde olumlu politik gelişmelerin olmamasından ardından Türkiye, Şam Büyükelçiliğini kapatıp Esad'ın karşısında olan Suriye Ulusal Konseyi'nin açık bir şekilde destekçisi olmuştur. Kanlı iç savaştan kaçan sivil halk için sınır şehirlerde çadır kentler oluşturulmaya başlanmıştır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (BMMYK) açıkladığı verilere göre Aralık 2020 itibariyle Türkiye genelinde yaklaşık 3.6 milyon Suriye vatandaşı ikamet etmektedir (Orhan, 2013; UNHCR, 2020).

1.2. GÖÇMEN, MÜLTECİ VE SİĞİNMACI KAVRAMLARI

Göç; bireylerin veya grupların yaşadığı yerdeki coğrafik, sosyo-politik, demografik ve ekonomik beklentilerinin karşılanmaması sonucunda ikamet ettiği yerden, daha uzak bir yere taşınma eylemidir (Çakır, 2011). Bireylerin, sosyo-ekonomik kaygıları gönüllü olarak göç etmelerine neden olurken; savaş, siyasi baskı, doğal afet gibi faktörler bireylerin zorunlu olarak taşınmasına neden olmaktadır. Göç edenlerin ortak gayesi gittikleri yerlerde, daha iyi koşullarda yaşamlarını sürdürmektir. İnsanlık tarihi kadar eski olan göç olgusu, yer değiştiren bireylerin yaşamlarında değişikliğe sebep olmanın yanında taşınılan yeni coğrafyaların da sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan olumlu veya olumsuz şekilde etkilenmesine neden olmaktadır (Cengiz, 2015; Deniz, 2009).

Göç etme şekli ve göç eden bireylerin uluslararası hukuk tarafından tanınıp/tanınmaması veya korunup/korunmaması, yaşama alanından ayrılan kişilerin nasıl tanımlanacağını farklılaştırmaktadır (Olçay, 2012).

Göçmen kavramının uluslararası hukukta tek bir tanımı olmamakla beraber göç eden bireylerin göç etme sebeplerine bağlı olarak sadece bir kısmı göçmen olarak tanımlanmaktadır. Bireyler yer değiştirme kararı alırken pek çok farklı etmeni göz önünde bulundurmaktadır. Eğitim, yeni bir iş, aile birleşmesi gibi amaçların haricinde; doğal afetler, kıtlık ve fakirlik gibi zor şartları da geride bırakmak için taşınmayı tercih edebilirler. Göçmenlerin yer değiştirme esasında gönüllülük vardır ve daha iyi hayat koşullarında yaşamayı hedeflemektedirler. Kişi aslında kendi ülkesinde korunma ve vatandaşlık haklarından faydalanabildiği için göç etme koşulları daha konforlu, belgelere

ve izinlere dayalı gerçekleşebilmektedir. Göçmenlik; hukuken yasal ve kaçak olarak ikiye ayrılmaktadır. İzin belgelerinin var olup olmaması veya sınırlarından girilen ülkenin bu kişileri kabul edip etmemesi göçmenlik kategorisini değişmesine neden olmamaktadır (Olçay, 2012; UNHCR, 2016).

Mülteci; toplum huzurunun kalmadığı bölgelerde yaşanabilecek muhtemel şiddet, eziyet ve saldırı tehlikesinden kaçmak için ülkesinin sınırından çıkıp en yakın ülkelerden uluslararası korunma talebinde bulunan kişidir. Mülteciler, kendi ülkelerindeki korunma ve yaşam haklarından yararlanamamaktadır. BMMYK kitapçığındaki mülteci tanımında; mülteci bireylerin kendi evlerinde ikamet edemeyecek kadar tehlikeli koşullar içinde bulunduğundan kendi ülkelerinin milli sınırları dışına çıkmaya mecbur kalmaları detaylı olarak çerçevesiyle açıklanmıştır. Milli sınırların dışına çıkan bireylerin sığınma talepleri başka ülkeler tarafından onaylanmazsa, yaşamlarının ölümle sonlanması muhtemeldir. Mülteciler genellikle ani bir şekilde ayrıldıkları ülkelerinden, mal varlıklarını bırakarak, zor koşullar altında ve korku duygusuyla yolculuk yaparak güvenli bölgeye varmayı hedeflemektedirler. Göçmen ve mülteci tanımlarının hangi noktalarda ayrıştığı 1951 Sözleşmesi'ndeki, mülteci bireyler tanımı içerisinde kullanılan "zulme uğramaktan haklı nedenlerle korkan" kişi ibaresi ile netleştirilmiştir. Korku ve zulüm kavramlarının her birey tarafından farklı şekilde anlamlandırılıp yorumlanacağı öngörülerek zulme maruz kalmanın nedenleri; din, ırk, azınlık olma hali, tabii olunmuş bir grup, siyasi fikirler şeklinde belirlenmiştir (Olçay, 2012; UNHCR, 2016).

Sığınmacı kavramı "Vatandaşı olduğu memlekette vuku bulan siyasi olaylar sebebi ile bu ülkeyi iradesiyle veya zorla terk etmiş ve yeni bir devletin vatandaşlığına geçmemiş, herhangi bir devletin de diplomatik korumasında olmayan kimsedir." olarak tanımlanmıştır (Odman, 2006). Sığınma durumunda olma hali, kişinin bulunduğu yeni milli sınırlar içerisinde kısa süreli barınma durumudur. Mülteci sıfatının birey tarafından kazanımı için, kişinin bulunduğu yeni ülkenin hukuku tarafından durumunun incelenmesi ve iltica etme haklarının onaylanması gerekmektedir. Geçici korunma verilen bu süreçte, kişiler sığınmacı olarak tanımlanır (Çiçekli, 2009). Sığınmacı ve mülteci kavramları; Türk Hukuk Mevzuatında kişinin hangi ülkeden iltica ettiğine bağlı olarak da ayrışır. Avrupa'dan gelip Türkiye'den korunma talep eden kişiler mülteci; Avrupa haricindeki ülkelerden gelip Türkiye'den geçici korunma talep eden kişiler ise sığınmacı olarak

adlandırılmıştır. Kişilerin hangi ülkeden geldiklerine göre yapılan bu ayırım, uluslararası mülteci hukuku ile bağdaşmamaktadır. Uluslararası hukukta mültecilik haklarına sahip olan kişinin, Türkiye iç hukukunda mülteci olma haklarını elde edemediği görülmektedir (Ermumcu, 2013).

Uluslararası ve Türkiye’de ki haber mecralarının çoğunda mültecilerden söz edilirken göçmen, mülteci ve sığınmacı kavramları birbirinden ayrıştırılmaz. Kamuoyu tarafından göç etme kavramı, kişilerin yaşadıkları yerden isteyerek ve daha iyi ekonomik fırsatlar da yaşamak için taşınması şeklinde algılanır ve bu durum kafa karışıklığına neden olur. Oysa hayati tehlike altında yaşayan mültecilerin, kamuoyu tarafından yanlış algılanması ve desteklenmemesi ciddi hayati ve sosyal hak kayıplarına neden olabilir (UNHCR, 2016).

1.3. SURIYELİ BİREYLERİN GÖÇ SONRASI YAŞADIĞI POLİTİK, SOSYAL VE PSİKOLOJİK SORUNLAR

Hem Osmanlı İmparatorluğu dönemi boyunca hem de Cumhuriyetten sonra Türkiye’ye pek çok göç hareketi gerçekleşmiştir. 2010 yılında Arap Baharı süreciyle başlayan ve sonrasında da Suriye iç savaşı şeklinde devam eden süreç nedeniyle ülkesinden ayrılıp Türkiye sınırları içerisinde yaşamaya başlayan Suriye vatandaşlarının sayısı günümüzde 3.6 milyona ulaşmıştır (İçduygu, Erder ve Gençkaya, 2014; Ribas-Mateos, 2005, s.32, UNHCR, 2020).

Suriye vatandaşlarının durumu Türkiye iç hukukundaki göçmen veya mülteci tanım standartlarına uymadığı için statülerinin kesinleşmesi adına, ilk olarak 2012 tarihinde bir genelge düzenlenmiştir. BMMYK’nın uluslararası koruma ve barınma standartlarını karşılayan bu genelge ilk aşamada mültecilerle ve onların haklarıyla alakadar olan sivil toplum kuruluşlarıyla paylaşılmamıştır. İçerdiği hakların, ilgili bireyler ve kamu kuruluşunda çalışanlar tarafından açık şekilde bilinmemesi karışıklığa neden olmuştur. 2014 yılında ise “Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu” çıkarılmıştır. Böylece Suriyeli bireyler “geçici koruma” adında bir statüye hak kazanmışlardır. 6458 Sayılı YUKK’un “Geçici koruma” başlıklı 91. Maddesinin 1. fıkrası şu şekildedir: “(1) Ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri

dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılara geçici koruma sağlanabilir” (Resmi Gazete, 2013: Md. 91). Geçici Koruma Yönetmeliği'nin yayınlanmasıyla, toplumsal göç gerçekleştiren yabancılar ülkesine bakılmaksızın bu yönetmeliğe tabii tutulmuştur fakat yönetmelik içeriğinin yabancılara haklarını yeterince koruyamadığı konusu hala tartışılmaktadır. Geçici Koruma Yönetmeliğiyle kitlesel göç gerçekleştiren yabancılara Türkiye'ye girişi kolaylaştırırken barınma, sağlık gibi temel yaşam gerekliliklerinin nasıl karşılanacağı konusunda net bir çözüm sunulmamıştır (Bozbeyoğlu, 2015; İçduygu, Erder ve Gençkaya, 2014; UAÖ, 2014).

1.3.1. Çalışma Sorunları

Türkiye iç hukuku beyanınca Türkiye'deki Suriyeli vatandaşların çalışma hakkı bulunmamaktadır. Pasaporta sahip olan Suriyelilerin Türkiye'ye gelmiş tüm yabancı bireyler gibi çalışma iznine başvurma hakkı bulunmaktadır. Çalışma izni kabulü için pasaport, ikamet adresi ve bireyin iş teklifi alması gibi şartları olması yanında işverenin çalışan almak istediği pozisyon için gerekli şartları sağlayan Türk vatandaşı bulamadığını beyan etmesi gerekmektedir. 2014 yılında yayınlanan yönetmelik, Göç İdaresi Müdürlüğü'nden kimlik kartı alan Suriyeli bireylerin ikamet adresi olmasa bile Bakanlar Kurulu'nun belirlediği iş kollarında çalışmak için çalışma izni başvurusunda bulunmalarına olanak sağlanmıştır. Suriyelilerin çalışma konusunda önlerinin açılmasına rağmen çalışma izni alan Suriyeli kişi sayısı oldukça azdır. Bu durum işverenlerin, çalışmaya ihtiyacı olan Suriyelileri gayri resmi olarak işe almasına neden olmuştur. Resmi olarak çalışmayan Suriyeli bireyler hiçbir sosyal güvence ve haktan yararlanamamakla beraber işverenler tarafından kişilik hakları suiistimal edilirse savunmasız kalmaktadırlar (Kap, 2014; UAÖ, 2014).

1.3.2. Sosyal Sorunlar

Geçici Koruma Yönetmeliği yayınlanmadan önce Türkiye'ye gelen Suriyelilerin “misafir” statüsüyle kabul edilmesi toplum tarafında Suriyelilerin ülkelerindeki sorunlar çözüldüğünde döneceklerine dair bir algı oluşturmuştur. Ardından yürürlüğe giren yönetmelik kapsamında kimlik kartı almaları, barınma, çalışma, eğitim haklarından

faydalanmaya başlamaları toplumun misafir algısına ters düşmüştür. Bu yaşananlar, Suriyelilerin Türk vatandaşlarının faydalanamadığı haklardan faydalandığına ve devlet tarafından kayırıldıklarına dair yanlış bir inancın oluşmasının temelini oluşturmuştur (Bozbeyoğlu, 2015).

1.3.3. Eğitim Sorunları

Eğitimin çocuğun hayatındaki yadsınamaz rolünden dolayı her çocuğun eğitim alma hakkı Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 28. Maddesince korunma altına alınmıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni kabul eden devletlerin, ülkesinde yaşamaya başlayan çocuk mülteci ve sığınmacılara eğitim verme sorumluluğu bulunmaktadır (Sayın, Usanmaz ve Aslangiri, 2016). Milli Eğitim Bakanlığı'nın açıkladığı verilere göre 2019-2020 döneminde okula gitme çağındaki Suriyeli mülteci çocukların %63,29'u eğitim alma hakkından yararlanmaktadır. Mülteci ailelerin karşılaştığı hukuki ve maddi temelli problemler, Suriyeli çocukların bir kısmının temel eğitimlerini alamamalarına neden olurken ülkeye uyum sağlama, sosyal ilişkiler kurma ve Türkçe öğrenme süreçlerini de güçleştirmektedir (MEB, 2020.; UAÖ, 2014; Taylor ve Sidhu, 2012).

Suriyeli çocukların Türkçe hazırlık eğitimi almadan yaşlarına uygun ara sınıflardan eğitimlerine direkt başlamak durumunda olmaları, Türkçe dil bilgisi yetersizlikleri, mülteci nüfusunun yoğun olduğu il ve ilçelerdeki okullarda sınıf kontenjan sorunun yaşanması, özel eğitime ihtiyaç duyanların Sağlık Bakanlığı'ndan rapor alamadığı takdirde rehabilitasyon hizmeti alamaması eğitim süreçlerini engelleyen başlıca problemler arasında yer almaktadır. Bunlara ek olarak, öğretmenler ile Suriyeli ebeveynlerin iletişim kuramamaları, mültecilerin sınıf ortamında olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalmaları, maddi imkansızlıklar nedeniyle sınıf içerisinde kendilerini yetersiz hissetmeleri eğitimlerinin yarım kalmasına veya devamsızlık yapmalarına neden olmaktadır (Tanrıku, 2017; Uzun ve Bütün, 2016).

1.3.4. Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Sorunları

Suriyeli mülteciler, resmi kayıtlarının ardından aldıkları kimlik kartlarıyla kamu hastanelerinden ücretsiz muayene ve tedavi alma hakkına sahipken; resmi kayıt

işlemlerinin yavaşlığı, hastanelerde yaşanan yoğunluk, sağlık hizmeti verilirken yaşanan ortak dil problemi, savaş sırasında oluşan yaralanmaların tedavisi ve uzuv kaybı yaşayanların protez ihtiyacı gibi pahalı sağlık hizmetlerinin karşılanamaması sağlık alanında da aksamalara yaşanmasına neden olduğu ifade edilmektedir (Çorabatır ve Hassa, 2013; Sayın, Usanmaz ve Aslangiri, 2016).

Kültürel olarak farklı bir ortamda bulunmak ve yaşamaya çalışmak pek çok insan için stres yaratan bir durumken mültecilerin savaşa maruz kalması, başka bir ülkeye zorunlu göç etmesi, gittikleri yeni ülkeye adapte olmaya çalışmaları, maddi ve sosyal destek azlığı ve bu süreçte karşılaştıkları pek çok zorluk psikososyal destek ihtiyaçlarının artmasına neden olmaktadır. Ülkemizde mülteci bireylere ücretsiz psikososyal destek veren kurumların sayısı oldukça azdır. (Buz, 2004; Sayın, Usanmaz ve Aslangiri, 2016).

1.4. TRAVMA VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

1.4.1. Travmanın Tanımı ve Nörobiyolojisi

Ruh sağlığı uzmanlarınca ortak kaynak kabul edilen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V)-TR tanımına göre travma, bireyin sonucunda ölümle veya ciddi bir yaralanmayla sonlanacağını düşündüğü bir olay ya da olaylar yaşaması, cinsel saldırıya uğramış olması; bu olayların bir başkasının başına gelirken şahit olması veya bir yakının başına geldiğini öğrenmesi ya da duymasıdır (APA, 2013).

Beyin stres altındayken korku ve öfke duygularından sorumlu bölgesi amigdala çalışmaya başlar ve çeşitli kimyasallar üretir. Salgılanan kimyasallardan biri olan stres hormonu kortizol, tehlikeli durumlar karşısındaki savaş ya da kaç tepkisinin gerçekleşmesi için sindirim ve bağışıklık sistemlerinden enerjiyi geri alarak vücudun korunmasını sağlar. Karşılaşılan ani ve büyük travmatik olaylar ya da kronikleşen travmatik yaşantılar da ise beyin içerisindeki birçok bölgenin işleyişinde bozulmalar gerçekleşir. Travma sonrasında kortizol hormonunun ve sempatik sinir sisteminin yüksek seviyede etkin kalması bireyin sürekli alarm halinde ve hareketli olmasına, nedensiz tetiklenmesine, dışarıdan aşırı gözüken tepkiler vermesine yol açarken iç denge kurmak için parasempatik sinir sistemi devreye girer. Sinir sistemindeki aksaklıklar nedeniyle

savaş ya da kaç tepkisinin gerçekleşemediği durumlarda ise beyin donma tepkisi ya da dissosiyatif belirtiler ile kendini korumaya çalışır. (Booth ve Jernberg; 2009; Fisher ve Kelly, 2007; Gerhardt, 2006).

1.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Her çocuk büyüme sürecinde pek çok stres faktörüyle karşı karşıya gelir. Karşılaşılan stresörün ne olduğu, şiddeti, sürekliliği, travmatik olayın ardından ailenin tutumu, bireysel ve çevresel unsurların ne ve nasıl olduğu yaşanan olayın çocuğun hayatında travma olarak kalmasında etkilidir (Baysak, 2010; Derin ve Öztürk, 2018).

Çocukluk çağında en sık yaşanan ve sonrasında stres, travma sonrası stres bozukluğu veya travma sonrası stres semptomlarının çıkmasına neden olan çocukluk çağı travmaları; motorlu araç kazası yaşama, akran zorbalığına uğrama, fiziksel, cinsel, duygusal istismar veya ihmal yaşama, terör veya savaşa tanık olmadır (De Bellis ve Zisk, 2014).

Fiziksel istismar, çocuğun yetişkin tarafından zarar verme amacıyla tokat atma, sarsma, yakıcı madde ile zarar verme, ısırma gibi cezalarla kasten yaralanması; *fiziksel ihmal*, çocuğun bakım, beslenme, barınma, sağlık, eğitim gibi ihtiyaçlarının kasten karşılanmaması (Dubowitz ve Bennett, 2007; Kelly,1983); *duygusal istismar*, çocuğun kasten aşağılanma ve reddedilme davranışlarına maruz bırakılması ve bu süreçte kendiyile alakalı olumsuz bir algı oluşturması; *duygusal ihmal*, ebeveynlerin fiziksel veya psikolojik rahatsızlıkları, madde bağımlılığı veya gündelik yoğunluklar nedeniyle çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamaması veya kendi psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını çocuk üzerinden karşılaması, bunun yanında çocuğun zihinsel, gelişimsel ve duygusal ihtiyaçları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için çocuğun öğrenme ve keşfetme ihtiyaçlarını aşırı korumacı davranarak engellemesi ya da aksine çocuğun kapasitesinin çok üstünde taleplerde bulunması (Glaser, 2002); *cinsel istismar*, yasal olarak erişkin kabul edilmeyen çocuğa bir yetişkin veya kendinden daha büyük bir çocuk tarafından cinsel haz alma amacıyla eylemde bulunulması, çocuğa bedenini göstermesi için zor kullanılması veya herhangi çıplak bir bedenin gösterilmesi, çocuğun pornografik

içeriklere maruz bırakılması, okul öncesi dönemi çocukların kandırılarak cinsel temalı oyunlar oynatılması (Johnson, 2004) olarak tanımlanmaktadır.

1.5. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

1.5.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanımı

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), kişinin travmatik olaya maruz kalmasının ardından, en az bir ay boyunca dehşet, korku, çaresizlik duygularının yanında olayı zihninde tekrar tekrar yaşama, olayın içsel ve çevresel hatırlatıcılarından kaçınma ve aşırı uyarılmış halde bulunma durumudur. Travmatik olayın tekrar tekrar yaşanması, hatırlanmak istenmeyen anıları hatırlatan görüntülere tanık olma, kabuslar görme ve flashbackler ile olur. Kaçınma davranışı, olayı hatırlatan durum, mekan ve insanlardan uzak durarak gerçekleşir. Aşırı uyarılmış hal ise uykusuzluk, sinirlilik hali, konsantrasyon bozukluğu veya tehlike yaratabilecek durumlara aşırı dikkatli olma hali ile olur. Travmatik olayın yaşanmasının hemen ardından çıkan belirtiler bir aydan kısa sürüyorsa Akut Stres Bozukluğu olarak tanılanır. Akut Stres Bozukluğu tanısı alan kişinin TSSB tanısı alacağı kesin olmamakla beraber ihtimali yüksektir (Yehuda, 2002).

1.5.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tarihçesi

Tarihten günümüze gelen yapıtlara bakıldığında travmatik olaylara verilen tepkilerin evrensel olduğu anlaşılmıştır. İlk çağlarda travmatik olay karşısında ya da sonrasında yaşanan dona kalma hali felç olarak adlandırılmıştır. I. Dünya Savaşı başlamadan önce stres sonrası yaşanan sinir krizlerine “dehşet nevrozu” adı verilirken savaşın ardından askerlerin zihinlerinde tekrarlanan savaş anılarına ve dehşet nevrozuna benzer davranışlarına “bomba şoku” adı verilmiştir. II. Dünya Savaşı’nda benzer semptomlar “savaş yorgunluğu” veya “savaş nevrozu” şeklinde adlandırılmıştır. Bu terimler, askerlerin savaş sonrasında sahip oldukları olumsuz duygu durumları, ruhsal çöküntüleri, uykusuzluk, huzursuzluk halleri dinlenmelerinin ardından geçecekmiş veya ruhsal olarak zayıf oldukları için bunları yaşıyorlar mesajını vermiştir. Akut stres durumları hipnoz, konuşma terapisi ve sodyum amital ile tedavi edilmeye çalışılmıştır. Askerlerde uzun vadeli iyileşmenin gerçekleşmemesi sonucunda savaşın etkisini

silmenin mümkün olmadığı anlaşılmıştır. Minimum düzeyde işlevsellik ile hayatına devam eden askerler ise ruh sağlığı uzmanları tarafından sağlıklı kabul edilmiştir. 1970 yılında Vietnam Savaşı ile tekrar gündeme gelen savaş nevrozunun ana hatları, Gaziler Vakfı'nın Sosyal Yardım Operasyonu adlı tedavi programı kapsamında askerlerin uzun vadede ruhsal durumlarını incelemesi ile ortaya konmuştur. 1980 yılında ise APA tarafından Travma Sonrası Stres Bozukluğu başlığı ile DSM kitabına girerek tanısıl olarak resmileştirilmiştir (Herman, 2015).

1.5.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri

DSM-V'e göre TSSB tanısının konulabilmesi için kişinin yaşadığı travmatik olaydan sonra başlayan ve 1 ayı aşkın süredir ortaya çıkan 4 semptom grubu olması gerekir (APA, 2013):

- 1- *Yaşadıklarını istemsizce yeniden deneyimleme durumu*; olay, görüntü kareleri veya rüyalar şeklinde kişinin zihninde tekrar canlanabilir. Kişi gerçeklikten uzaklaşarak olay yeniden oluyormuş gibi geçmişe dönebilir. Olayı hatırlatan uyaranlar veya çağrışımlarla karşılaşırse ruhsal sıkıntı duyabilir veya bedensel tepkiler verebilir. Örneğin, savaş mağduru kişilere havai fişeklerin bombayı hatırlatması buna bağlı olarak kişinin seslerden rahatsız olması, kalp atışlarının hızlanması.
- 2- *Olayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma hali*; kişi olaya ait anılardan, anılara eşlik eden düşünce ve duygulardan kaçınmaya ya da bunları zihninden uzaklaştırmaya çalışabilir. Olayı hatırlatan kişi, mekan, durum gibi dışsal uyaranlardan kaçınmaya ya da uzak durmaya çalışabilir. Örneğin, boğulma tehlikesi geçiren kişinin deniz taşıtlarıyla yolculuk yapamaması.
- 3- *Bilişsel ve ruhsal olumsuz değişimler yaşama durumu*; kişi olayın önemli noktalarını fizyolojik bir neden olmaksızın hatırlamayabilir. Kendisi ve dış dünyayla alakalı suçlayıcı ve olumsuz düşünceler geliştirebilir. Olumsuz duygu durumu yoğunlaşıp, süregenleşebilir. Sosyal etkinliklere ilgisi azalırken sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşayabilir. Örneğin, tecavüz mağduru kişinin geç saatlerde dışarda olduğu için kendini suçlaması.
- 4- *Uyarılmışlık ve tepkisel davranma hali*; kişi çevresine veya kendine yönelik sinirli ve saldırgan tutumlar sergileyebilir. Her an kötü bir şey olacaktı gibi

tetikte bekleyip uyarılardan abartılı şekilde irkilebilir. Konsantrasyon ve uyku problemleri yaşayabilir.

1.5.4. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Ruh sağlığı uzmanları TSSB semptomlarının ve TSSB sonrası gelişimsel ve davranışsal bozulma alanlarının kişinin yaşına göre farklılık gösterdiğini belirtmiştir (Hamblen ve Barnett, 2014).

1.5.4.1. Okul Öncesi Çağı Çocuklarında TSSB Belirtileri

Yetişkinlerde TSSB tanı ölçütlerine bakıldığı zaman kişinin sözel yolla ortaya koyduğu sekiz semptomun altı çizilmektedir. Okul öncesi çağı çocuklarının sözel becerileri yeterince gelişmediği için TSSB semptomları sıklıkla davranış şeklinde kendini göstermektedir. Okul öncesi çağı çocuklarında semptomlar ayrılma anksiyetesi, uyku düzensizlikleri, olayla ilgili olan ya da olmayan hatırlatıcılardan kaçınma ya da aksine ilgili nesne ve kelimelerle meşgul olma, olayla benzer oyun davranışları tekrarlama, yaşına uygun gelişimsel becerilerini edinememe ya da edindiği becerileri kaybetme, bağlanma problemleri yaşama, teması karşı hassasiyet şeklinde kendini gösterebilir (Cook ve ark., 2003; Hamblen ve Barnett, 2014).

1.5.4.2. Okul Çağı Çocuklarında TSSB Belirtileri

Okul çağında olan çocukların yetişkinlerden farklı olarak genellikle flashback ve amnezi yaşamadıkları bunun yerine travmatik olayın örgüsünü sıralarken hata yaptıkları görülmüştür. Bunun yanında benzer travmatik olayların gerçekleşmeden önce çeşitli sinyallerin karşısına çıktığına dair yanlış bir inanç geliştirebilir. Bu inanç bağlamında yeterince tetikte olurlarsa, travmadan korunmaları mümkün olduğuna inanabilirler. Tekrarlayan oyun, çizim ve sözel yollar, dürtsellik veya kontrolü elinde tutma ihtiyacı, utanç ve düşük özgüven duyguları, dengesiz duygu durumu ve sürekli ilgi talepleriyle TSSB varlığını gösterebilirler (Cook ve ark., 2003; Hamblen ve Barnett, 2014).

1.5.4.3. Önergenlik ve Ergenlikte TSSB Belirtileri

Ergenlerdeki TSSB semptomları zaman zaman geçmişten getirdikleri oyunları tekrarlama ve tepkisel davranma halinin çocuk ve yetişkinlerden daha fazla olmasıyla farklılık gösterir. Bunun haricinde yetişkinlerle benzer semptomlar yaşarlar (Hamblen ve Barnett, 2014).

1.6. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ

1.6.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

İnsan beyni, stres faktörüyle karşılaştığında uygun tepkiyi vermek için çeşitli nörobiyolojik aktivasyonlar başlatır. TSSB ardından, beyinde strese karşı aktive olması gereken hipotalamus-hipofiz-adrenalin ekseninde ve serotonin ve noradrenalin kimyasalları üretiminde aksaklıklar yaşanır. Sonuç olarak var olan nörobiyolojik aksaklıklar stres karşısında uyumsuz düşünce ve davranışların ortaya çıkmasına neden olur (Hatungil, 2008; Ipser ve Stein, 2011).

Günümüzde TSSB tanısı almış çocuk ve yetişkinlerin tedavisinde Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü (SSRI) görevi olan antidepresanların tek başına ya da etken maddesi mirtazapin olan ilaçlarla birlikte kullanıldığında pek çok semptomun azaldığı belirlenmiştir (Schneier ve ark., 2015). Bunun yanında araştırmalar sonucunda fluoksetin, prazosin, trazodon etkin maddeli ilaç kullanımının uykusuzluk, kabus, aşırı uyarılmışlık ve kaçınma semptomlarının azalmasına yardımcı olduğu bulunmuştur (Friedman, 2013; Raskind ve ark., 2013; Yorbık ve ark., 2001).

1.6.2. Psikoterapi ile Tedavi Yöntemleri

1.6.2.1. İlk Müdahaleler

TSSB tedavisine yönelik ilk sistematik müdahale yaklaşımlardan birini 19.yy başlarında Pierre Janet histerik (dissosiyatif) ve obsesif kişilerle olan klinik deneyimleri sonucu ortaya koymuştur. Günümüzde somatizasyon, konversiyon, borderline kişilik bozukluğu ve TSSB olarak adlandırılan hastalıklar, 19.yy'da stresli bir olay sonucu yaşanan histerik semptomlar olarak adlandırılmıştır. Janet, kişilerdeki yoğun duygu ve davranış arasındaki ilişkiye odaklanarak travmatik olayın bellekte bölünmelere neden olduğu sonucuna varmış; bölünme nedeniyle belleğin yeni bilgileri alma ve var olan bilgiler ile sentezleme işlevinin bozulduğunu öne sürmüştür. Travmaya bağlı anılar değişmeden ya da bellek tarafından iyileştirilmeden bilinçaltında varlığını sürdürmeye devam etmekte dissosiyatif belirtiler, flashbackler ve rüyalar ile ortaya çıkmaktadır (Hart ve ark., 1989; Van der Hart ve Horst, 1989).

Terapist ve hasta arasında kurulan terapötik ilişkinin iyileşmenin temel unsuru olarak gören Janet TSSB tedavisini üç aşamada sunmuştur. Birinci aşama, travmatik anılar ile yüzleşmeden önceki hazırlık aşamasıdır, semptom odaklıdır ve hastanın duygusal olarak stabilize olması hedeflenir. İkinci aşama, travmatik anıların ortaya çıkarıldığı ve tedavi edildiği aşamadır. Janet, bilinçaltında var olan travmatik anıların bulunup ortaya çıkarılmasının iyileşmenin ana faktörü olduğunu savunmuştur. Seanslarında hipnoz ve otomatik yazım tekniğiyle ortaya çıkan anıların hasta tarafından yeniden çerçevelenmesini sağlamıştır. Üçüncü aşama ise hastalığın nüksünü önlemeyi, tedavi sonrası kalan semptomların belirlenme ve tedavisini, bölünmüş kişilik yapılanmasının entegrasyonunu ve kişinin rehabilitasyonunu içerir. Travma nedeniyle aksayan motor ve zihinsel becerilerinin yeniden öğretilmesini, hastanın iyi oluşunu sağlayacak aktiviteler için cesaretlendirilmesini de içinde barındırır (Hart ve ark., 1989; Van der Hart ve Horst, 1989).

Janet'in ardından dissosiyasyon ve travma ilişkisine odaklanan Freud ise, erken dönem araştırmalarında kişinin yaşadığı tek bir olayın ruhsal hastalığa neden olamayacağını, travmatik olayın çocukluk çağı nevrozları ile etkileşime girip

psikopatalojiye neden olduğunu düşünmüştür. Ardından ise bu düşünceden uzaklaşarak, kişilerin travmatik olayın üstesinden gelmek için tekrar yaşantılandığını ve bastırıldığını ileri sürmüştür. Tedavilerinde travmatik olayın ortaya çıkartılıp kaldırılmasını böylece kişilerin iyileşmesini hedeflemiştir (Van Der Kolk ve ark., 1996).

1.6.2.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntemi

TSSB semptomlarının yoğunluğunun, şiddetinin, sıklığının azalmasında veya tamamen sonlanmasında en çok kullanılan terapi tekniklerinden biri Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yöntemidir. BDT tedavisi kendi içinde maruz bırakma, bilişi yeniden düzenleme, kaygıyı yönetme ve hepsinin bir arada kullanıldığı müdahalelerden oluşur. Maruz bırakma müdahalelerinde kişi, korktuğu olay, kişi, ortam veya anılarla yüzleştirilir. Yüzleştirme süreci gerçek (yaşantısal) veya seans odası içerisinde hayali (imgesel) şekilde olabilir, süresi ve şiddeti terapist tarafından kontrol edilir. Maruz bırakma müdahalesinin bir başka türü olan sistematik duyarsızlaştırma da ise terapist, kişinin korkusunu aşamalı şekilde arttırırken öncesinde öğrettiği gevşeme egzersizleriyle eş zamanlı olarak rahatlamasını sağlar (Foa ve ark., 2010; Foa ve Meadows, 1997).

Uzun Süreli Maruz Bırakma Terapi ise maruz bırakmanın, müdahale olmaktan çıkıp yapılandırılmış seanslar ile uzun bir tedavi tekniği olmasıdır. Genel hatlarıyla terapi formatının ilk aşaması, kişiyle travma geçmişi ve travma sonrası ortaya çıkan durumlar üzerine konuşulması, terapi işleyişinin anlatılması ve hedef konulması, gevşeme ve rahatlama tekniklerinin psikoeğitiminin verilmesidir. İkinci aşamada, kişinin kaçındığı olay, kişi, ortam veya anıların listesi çıkarılır. Yaşantısal veya imgesel şekilde maruz bırakma uygulaması yapılırken terapist bilişsel müdahaleleriyle kişinin korkusunu mantıksal boyutta ele almasını sağlar. Devam eden seanslar boyunca, başta çıkarılan kaçınma listesi üzerinden çalışılmaya ve travmatik olayla bağlantılı duygu ve düşüncelerle alakalı koşulmaya devam edilir. Tedavinin son seansında kişinin terapinin başından bu yana ulaştığı hedeflere değinilir. Tedavi sonrası için ihtiyacı olduğunda kullanabileceği tekniklere ekleme yapılabilir (Foa, 2006).

Çocuklara uyarlanan BDT tedavisinde, travmanın hikayeleştirilmesi, maruz bırakma, psikoeğitim ve rahatlama tekniklerine ek olarak aileye psikoeğitim verilerek

işbirliği yapılır buna bağlı olarak çocuğun sahip olduğu olumsuz duygu, davranış ve işlevsiz düşüncelerin azalması hedeflenir (Cohen ve ark., 2007; Saunders ve ark., 2004).

1.6.2.3. Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)

TSSB tedavisinde çok sık kullanılan bir teknik olan EMDR'ın temel inanışlarından biri; insan beyni, olumsuz duyguların üzerinden gelmeyi ve öğrenmenin gerçekleşmesini sağlayan adaptif bilgi işleme sistemine sahiptir. Bu sayede yaşanan olumlu ve olumsuz deneyimler bellek ağlarının farklı kısımlarına uygun ve işlevsel şekilde depolanır. Kişinin yaşadığı travmalar veya uzun süreli maruz kaldığı stres faktörleri ise bu sistemin işleyişini bozarak travmatik anının işlenmeden, deneyimlendiği haliyle bellekte kalmasına neden olur. TSSB semptomlarının ortaya çıkmasında ve üzerinden zaman geçmesine rağmen travmatik anı hatırlatıcılarından rahatsızlık duyulmasındaki ana faktör işlevsel olmayan anıların beyin tarafından iyileştirilmeden depolanmasıdır. Beynin doğuştan sahip olduğu doğal iyileşme sistemi, travmatik olayın üzerinden yıllar geçse de olumsuz deneyimi işlemek için girişimlerde bulunur. Ancak sistemdeki bozukluk buna imkan vermediği için kişi süregelen yıllar boyunca tetiklenebilir. EMDR terapisi, sistemde oluşan bozukluklara ve engellere müdahale ederek travmatik anıların iyileştirilerek işlevsel biçimde depolanmasını hedefler (Shapiro, 2018).

Tinker ve Wilson (1999) tarafından oyun terapilerine entegre edilerek çocuklara uyarlanan EMDR tedavi yaklaşımının, TSSB tedavisinde yetişkinler de olduğu kadar çocuklar da etkili olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır (Rodenburg ve ark., 2009).

1.6.2.4. Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment, ACT)

ACT, kişinin olumsuz duygu, davranış ve işlevsiz düşüncelerinin yok olmasından ziyade kişinin gönüllü olarak travmatik anıya yüklediği anlamı ve anıyla ilişkisini bilişsel müdahalelerle, bilinçli farkındalık ve kabul egzersizleriyle değiştirmeyi hedefler (Hayes ve ark., 2006). ACT tedavisinde yaratıcı umutsuzluk (creative hopelessness) müdahalesi ile TSBB ardından ortaya çıkan kontrol davranışlarının kişiye fayda sağlamadığının

farkındalığını oluşturulur ve yeni davranış kalıpları üretmek hedeflenir. Duyu kanalları (ses, tat, koku vb.) kullanılarak ve içinde bulunulan andaki uyaranlara odaklanılarak yapılan bilinçli farkındalık (mindfulness) egzersizleri kişinin, olaylara, dünyaya ve kendisine yeni bir perspektiften bakabilmesini sağlar. TSSB tanısı almış kişilerin meşguliyetlerinden ve sosyal çevrelerinden soyutlanma nedenlerinden biri de enerjilerinin çoğunu travma hatırlatıcılarından kaçınmak ve ruhsal gerginliklerini yatıştırmak için harcamalarıdır. ACT, kişinin davranış değişikliği göstermesini ve kendisine iyi gelecek sosyal aktivitelerde bulunabilmesini kolaylaştırır. Kişinin, kendine güvenmeme, seçim yapamama gibi davranışlarını kendi değerleri doğrultusunda kararlar verebilmesi şeklinde değiştirmeyi hedefler. Özetle, travmatik olaya bakış açısının değiştirilerek kabulün yaşanması, zedelenen benlik algısının iyileştirilmesi, kaçınma ya da kontrol davranışlarının azaltılarak yaşanan anda kalma becerisinin artırılması ve kişinin travmatik olay öncesindeki gibi kendine iyi gelen davranışlar için destek sağlanması TSSB tedavisinde ACT modelinin müdahale yöntemlerindedir. (Batten ve ark., n.d.).

1.6.2.6. Oyun Terapileri

Oyun terapileri çocukların kelimelerle anlatamadıkları duygu, düşünce ve deneyimlerini sembolik ya da direkt oyun aracıyla aktarmasını sağlar. Bununla birlikte çocuklara, problem çözme, öğrenme, sorunların üstesinden gelme ve başa çıkabilme becerilerini kazandırmayı hedefler (Bratton ve ark, 2005; Landreth, 1991).

1.7. OYUN TERAPİSİ

1.7.1. Oyun Tanımı ve Özellikleri

Geçmişten günümüze birçok oyun türü ve tanımı var olmuştur. Garvey (1977) oyunu eğlenceli, gönüllü, amaç doğrultusunda olmayan, çocuğun aktif olduğu ve hayal gücünü ortaya koyduğu bir aktivite olarak tanımlamıştır. Brown (2009) ise oyunun eğlenceli ve istemli olmasının yanı sıra tamamen amaçsız olmadığını, çocuğun zaman kavramından uzaklaşarak özgür hissettiğini ve bunu sürdürmeye istekli olduğunu eklemiştir. Vygotsky (1966) ise oyun tanımındaki temel unsurun keyif olmaması

gerektiğini öne sürerek, çocuklara oyundan daha çok keyif veren aktiviteler olabileceğini ya da oyun sırasında çocuğun keyif almama (oyunda kaybetmek gibi) ihtimalinin olduğunu belirtmiştir. Geçmişten günümüze oyun tanımının şekillenmesi ile oyun, yetişkin yönlendirmesinden uzak olan, hayali unsurlar içeren, çocuğun aktif rol oynadığı ve benlik farkındalığının minimum olduğu bir süreç olarak tanımlanabilir (Ray, 2011).

Piaget'nin bilişsel teorisine göre ise oyunu tam manasıyla anlayabilmek için iki temel kavramın bilinmesi gerekir: özümseme (asimilasyon) ve uyumsama (akomodasyon). Özümseme dış dünyadan alınan verilerin bellekte var olan şemalara eklenmesi; uyumsama ise yeni ortamdan alınan verilerin eski verilerin yerine geçmesi ve çocuğun düşünce biçiminin değişmesidir. Oyun terapisinde çocuklar, dış dünyadan seans odasına taşıdıkları deneyimleri hali hazırdaki düşünce stillerine oyun aracılarıyla entegre ederler (özümseme). Terapistin empatik yaklaşımı, çocuğun güvende ve oyunu kontrol edebildiğini hissetmesiyle ise değiştirilmesi hedeflenen davranışlar önce oyun odasında, ardından gerçek dünyada kabul görür şekilde değişir (uyumsama). Piaget'in oyunun çocuk gelişimindeki etkisini keşfettiği bu yaklaşım, oyun terapistlerine ışık tutmuştur (Piaget, 1962; Ray, 2011).

1.7.2. Oyun Terapisi Tanımı

Oyun Terapisi Derneği'nin tanımına göre oyun terapisi “eğitilmiş oyun terapistlerinin oyunun terapötik gücünden yararlanarak danışanın, yaşadığı psikososyal zorlukları çözmesi veya engellemesi aynı zamanda ideal büyüme ve gelişmelerini gerçekleştirmelerini, kurumsal oyun terapi modellerini sistemli şekilde kullanarak kişiler arası bir süreçle gerçekleştirmesidir.” (APT, n.d.).

Çocuklar, büyüme süreçlerinde gelişimsel ihtiyaçları ya da zorlu deneyimleri nedeniyle duygusal ve davranışsal problemler yaşayabilmektedir. Bunun yanında, ergenlik öncesi soyut düşünme ve sözel becerileri yeterli düzeyde gelişmediği için kendilerini ve içsel süreçlerini oyun ya da aktivitelerle ifade etmektedirler. Çocuğun iyileşmesi ve değişimi için gereken ana unsurlardan ilki terapist ve çocuk arasındaki teröpatik ilişkidir. İlişkinin kurulmasının ardından çocuk doğrudan konuşmaktan ya da yüzleşmekten çekindiği problemlerini, kaygı ve korkularını, kendisini anlayacağına ve

duyacağına inandığı bir terapistin eşliğinde, güvende hissettiği ve duygusal açıdan desteklendiği oyun terapi odasında oynayarak ifade eder (Bratton ve ark., 2005; Landreth, 1991).

1.7.3. Oyun Terapisinin Tarihçesi

Psikoloji ve tıp topluluklarının çocuğun ruhsal dünyasına ilgisinin artmasıyla oyunun terapötik işlevi psikoterapiye girmeye başlamıştır. Oyun terapisinin ilk izleri Freud'un at fobisi olduğu için evden çıkamayan "Küçük Hans" vakasında görülmektedir. Direkt oyun içermeyen bu vakada Freud, Hans'ın babasından çocuğunun oyun davranışlarını gözlemlemesini ve rapor şeklinde kendisine sunmasını istemiştir. Freud, oyunları analiz ettiğinde ise kendi seksüel gelişim teorisiyle paralel sonuçlara varmış ve vakayı sonlandırmıştır. Hermine Hug-Hellmuth, Melanie Klein ve Anna Freud da 20.yy. da oyunu psikanaliz yöntemi olarak kullanmış ve sistematik bir yol çizmeseler bile çalışmalarıyla oyun terapisinin temellerini atmıştır (Freud, 1909; Ray, 2011; Schaefer, 2011).

Freud'a (1982) göre çocuk oyun sayesinde yaşadığı travmatik olayı tekrar canlandırma şansı bulur. Canlandırma esnasında ki oyunu kontrol edebilme ve güç duygusu sayesinde travmatik deneyimler bilinçdışından bilince gelir böylece duygusal gerilimi azalır. Çocuğun duygusal boşalım sürecinin yetişkin katarsisinden farklı olduğu noktayı ise çocuğun travmatik olayı bilince getirdikten sonra tekrar deneyimlemesi ve güç duygusu ile üstesinden gelebilmesi olduğunu ileri sürmüştür (Akt.: Erwin, 2002).

Melanie Klein (1975), oyunların bilinçdışında bastırılan travmatik deneyimleri sembolize ettiğini düşünmüştür. Sembolleştirilen travmatik anının ortaya çıkarılması ve analiz edilmesi yaklaşımını devam ettirmiştir. Ayrıca çocuğun davranışlarının altında yatan anlamları bulabilme becerisine doğuştan sahip olduğunu, bunun için terapistin yardımına ihtiyaç duyduğunu öne sürmüştür. Bunun yanında, minyatürleri oyun terapi sürecine dahil ederek daha sonra Lowenfeld (1939) tarafından yapılandırılacak olan Kum Tepsisi Terapisinin temelini atmıştır (Ray, 2011; Schaefer, 2011).

Anna Freud (1946), terapist ve çocuk arasındaki ilişkinin iyileşmeye ve oyununun analizine olan katkısı üzerine çalışmalar yaparak terapötik ilişkinin gerekliliğini vurgulamıştır. Ardından psikanalitik yaklaşımdan ve çocuğun yönlendirilmediği oyun terapilerinden farklı olarak David Levy (1938) çocuğun duygusal geriliminin azalmasını yönlendirici ve amaca yönelik yapılandırılmış oyun seanslarıyla daha hızlı sağlanacağını savunmuştur. Salınım-boşaltım terapisi olarak adlandırdığı yönteminde travmanın ortaya çıkmasında yardımcı olacak özel seçilmiş oyuncaklar tercih etmiştir (Ray, 2011; Schaefer, 2011).

Oyun terapisine üçüncü dalga yeniliği getiren ve geleneksel oyun terapinin günümüzdeki temelini atan ise Virginia Axline olmuştur. Çocukların olumsuz deneyimlerinin haricindeki düşüncelerini, duygularını ve taleplerini sözel ya da sözel olmayan oyunla daha kolay açığa vurduğunu söylemiştir. Çocuğa, terapötik ilişkinin kuvvetlenmesi, seçilmiş oyuncaklarla dolu terapi odasının çocuğa güvende hissettirmesi ve değişimin gerçekleşmesi için koşulsuz sevgi, empatik anlayış ve uyum ortamı sunmuştur. Axline, yönlendirmeyen oyun terapinin araştırmalarla iyileştirici etkisini ortaya koyan ilk oyun terapistidir (Axline, 1947; Ray, 2011; Schaefer, 2011).

Geleneksel oyun terapinin zaman içerisinde gelişmesine ve oyun terapilerine ihtiyacın artmasına paralel olarak 1967 yılında Ann Jernberg, sağlıklı ebeveyn çocuk ilişkisindeki bağlanma unsurunu temel alarak Theraplay tekniğini geliştirmiştir. İçinde yapılandırılmış eğlenceli oyunların ve fiziksel aktivitelerin bulunduğu Theraplay, ebeveyn, çocuk ve terapistin oyun odasında interaktif rol almasını hedeflemektedir (Booth ve Jernberg, 2009).

1.7.4. Oyunun İyileştirici Etkenleri

Bütün oyun terapileri çocuğun iyileşmesini sağlayan unsurlar içerir. Oyun, çocuğun terapiye başlama hedefinin gerçekleşmesini ve yaşadığı psikososyal zorlukların üstesinden gelmesini sağlayan aşağıdaki terapötik unsurları içinde barındırır (Ray, 2011; Schaefer, 2011):

Eğlence: Oyun terapileri çoğu zaman çocuk ve terapistle birlikte eğlenme imkânı sunar. Çocuğun problemleriyle çalışılan terapi evrelerinde, oyunun çocuğa neşeli gelmediği fark edilse bile genellikle terapötik ortam sayesinde çocuğun terapistle daha hızlı ilişki kurmasını ve duygusal zorluk yaşadığı hayat akışında deneyimlemediği eğlence hissini yaşamasını sağlar.

Sembolik İfade: Çocukların, soyut düşünme ve sözel dil becerilerindeki gelişimsel sınırlılıklar kendilerini yeterince ifade edememelerine neden olur. Bu yüzden terapötik oyun çocuğun kendini ifade edebilmesindeki en etkili yoldur (Schaefer, 1993, 1999). Oyun oynamak ise doğası gereği çocuğun rahat olmasını ve yaşadığı psikososyal problemleri oyun odasında sahnelemesini sağlar (Landreth, 1993). Çocuğun, problemleri üzerinde oyunla dolaylı şekilde durması, -miş gibi oynaması ve hayali etmenleri oyununa dahil etmesi iyileşme sürecini kolaylaştırır, farkındalık sağlar ve başa çıkma becerilerinin gelişmesine sebep olur. Aynı zamanda çocuk, terapistin seçtiği oyunlar, aktiviteler ya da terapötik oyuncaklar vasıtasıyla yer değiştirme, yansıtma, sembolizasyon gibi savunma mekanizmalarını kullanarak bilinçdışıdaki travmatik yaşantıları bulma ve çözme imkânı bulur (Klein, 1955).

Katarsis: Yönlendirilmemiş oyun terapisinde travmatik deneyimlerin tekrar tekrar sahnelemesi veya terapist tarafından yönlendirilerek yapılan etkinlikler duygusal ve davranışsal dışavurumlara sebep olur. Böylece bellekteki anılar işlenir; çocuk duygu ve düşünceleri üzerinde kontrol sahibi olur (Waelder, 1932).

Sosyal Gelişim, Bağlanma ve İlişkiyi Geliştirme: Çocuğun oyun esnasında terapistle olan etkileşimi, çocuğun sosyal hayatında ilişki kurabilme ve sürdürebilme becerilerinin gelişmesini sağlar. Aynı zamanda bağlanma temelli terapi ekolleri, ebeveyn çocuk arasındaki olumlu duygusal bağın gelişmesini hedef alır (Drewes, 2006). Terapi sürecine ebeveynin aktif katılımı ve terapist tarafından yönlendirilmesi; ebeveynin, çocuğun davranışlarına yönelik tutum ve algısında, empati becerilerinde ve aile içi ilişkilerde olumlu değişimlere sebep olur (Rennie ve Landreth, 2000).

Güç ve Kontrol: Geleneksel oyun terapi odasında çocuk deneyimlerini sahnelerken her şeyi yapabilme ve istediği kişiyi olabilme gücünü ve kontrolünü hisseder.

Çocuğun oyun odasında oyuncaklarla nasıl oynayacağına kendi karar vermesi, olumsuz deneyimlerindeki çaresizlik duygusunun tersine güçlü hissettirir. Böylece kendine dair “Dış dünyada da yetkin olabilirim.” inancı pekişir.

Enerji Salınımı ve Olumlu Duygulanım: Çocuklar yaşam şartları ve ortamları nedeniyle bedenlerinde biriken enerjiyi ortaya çıkaracak imkân bulamayabilirler. Terapötik anlamı olmasa da terapi odası enerjinin salınması için çocuğa güvenli ortamı sağlar. Bunun yanında oyunun neşeli ortamı hem yetişkinlerin hem de çocukların olumsuz duygularını azaltır (Aborn, 1993).

Yüceltme: Çocukların günlük hayatlarında dürtüsel davranmaları sosyal ortamlarında problem oluşturabilir. Terapist seçtiği oyunlarla çocuğa alternatif davranışlar olduğunu öğretir (Schaefer, 1999).

Gelişimin Hızlanması: Vygotsky (1967) çocukların oyun esnasında gelişimsel becerilerinin üstünde davranışlar sergilediğini gözlemlemiştir. Oyun terapisi de çocuğun gelişimsel sürecini destekler.

1.7.5. Oyun Terapisi Türleri

Terapi ekolleri ve danışana yaklaşım stilleri, insan gelişimine olan bakış açıları ve değişimin gerçekleşmesi için farklı yollar kullanmaları ile birbirinden farklılaşmıştır. Oyun terapileri farklı terapi ekollerinin temel alınması ve geliştirilmesiyle ortaya çıkmıştır (Lambert ve ark., 2005).

1.7.5.1. Psikanalitik Oyun Terapisi

20. yy. başlarında Freud psikanalitik kuramın gelişimi ve geçerliliğinin sağlanması için diğer analistleri, çocukların ruhsal bozukluklarını araştırmaları ve tedavi yöntemi geliştirmeleri hususunda desteklemiştir. Freud (1908) “Her çocuk oyun içinde yaratıcı bir yazar gibi hareket eder, oyunda kendisine ait bir dünya yaratır ya da daha doğrusu dünyasındaki şeyleri kendisini hoşnut eden yeni bir biçimde yeniden düzenler.” diyerek oyunun çocukların ruhsal bozukluklarının tedavisindeki rolünü anlatmıştır.

Çocuk analiziyle alakalı ilk literatür çalışmasını ise Hug-Hellmuth (1921) yapmıştır. Geleneksel analistler, rüyaları yetişkin hastanın bilinçdışını keşfetmek kullanırken çocukların bilinçdışına oyun ile varabileceklerini ve tedavi edebileceklerini kabul etmişlerdir. Oyunun oynanma şeklinin ve içerdiği eylemlerin çocuğun bilinçdışı çatışmalarının sembolik yansıması olduğunu fark etmişlerdir. Erken dönem psikanalistlerden Melanie Klein (1975), çocuk ve terapist arasındaki aktarım nevrozunun ve oyun sürecindeki terapist yorumunun gerekliliğini diğer analistlerden daha çok vurgulamıştır. Terapistin yorumu kısa, anlaşılır ve çocuğun cümlelerini içerirse çocuğun bunu kolaylıkla anlayıp psikanaliz sürecini anlamlandırabileceğini, terapötik ilişkinin gelişebileceğini ve çocuğun geçmiş travmatik deneyimlerinin daha kolay açığa kavuşacağını düşünmüştür. Winnicott (1991), Klein'in oyunu tek başına çocuğun tedavisi için kullanmadığını, terapistin yorumları için bir yardımcı araç olarak kullandığını belirtmiştir. Anna Freud, Klein gibi psikanaliz amaçlarının özünde aynı kalacak şekilde çocuk tedavisine uyarlanabileceği fikrine sahiptir. Tedavi sürecinde pek çok tavsiye ve rahatlama müdahalesi kullanmasına rağmen yorumu en önemli faktör olarak görmüştür (A. Freud, 2018). Yorum olmadan, yalnızca oyunun terapötik gücü ile derinlemesine psikoterapi yapılacağını ileri süren Winnicott (1991), psikanalitik oyun yaklaşımının gelişmesine ve modernleşmesine en çok katkı sağlayan kişi olmuştur. Modern psikanalitik oyun çalışmalarıyla ise oyunun kendisinin, terapötik ilişkinin ve oyundaki eğlence ve hayal unsurlarının üzerinde durulmuş ve perspektif genişletilmiştir (Klein, 1955; Schaefer, 2011).

1.7.5.2. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi

Virginia Axline (1947), Carl Rogers'ın (1951) Birey Merkezli Terapi modelinin felsefe ve kavramlarını çocukların tedavisi için oyun terapisine uyarlamıştır. Adın da anlaşıldığı üzere terapi süreci çocuğun merkezde olduğu ve sürecin onun etrafında döndüğü bir yapıya sahiptir. Yetişkinlerin tedavisinde olduğu gibi çocuğu bir birey olarak merkeze alan terapist, yönlendiren ya da çocuğun problemlerinin altını çizen biri olmaktan ziyade çocuğun kendini keşfetme sürecine yardım eden bir arkadaş rolündedir (Landreth ve Sweeney, 1999; Sweeney ve Landreth, 2009).

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi (ÇMOT), hakkında yapılan geniş literatür araştırmaları ve kanıta dayalı çalışmalar sayesinde ÇMOT'tan etkilenecek ortaya çıkan pek çok oyun terapi modeli olmasına rağmen en yaygın tanınan tedavi modellerinden biri olmayı sürdürmektedir (Lambert ve ark, 2005; Ray, 2011).

ÇMOT, çocuğun doğal iletişim yollarını kullanarak terapistle ilişki kurmasını sağlayan, gelişim sürecine duyarlı olan, çocuğun sahip olduğu içsel kaynakları kullanabileceğine ve değişebileceğine inanan, çocuğun problemlerinden ziyade birey olmasının önemine atıfta bulunan bir felsefeye sahiptir. Terapi sürecinde neyi nasıl yapacağına çocuk karar verirken terapist, çocuğun davranışlarını çocuğun perspektifinden anlamlandırma rolüne sahiptir (Schaefer, 2011).

1.7.5.3. Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi

Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi (BDOT) Susan Knell'in (1993), Aaron Beck (1979) perspektifinden Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) kavramlarını ve felsefesini çocuk tedavisine uyarlamasıyla ortaya çıkmıştır. BDT'nin yetişkin tedavisindeki popülerliği sayesinde, BDOT literatür ve kanıta dayalı araştırma temelini zayıf olmasına rağmen terapistler tarafından en çok bahsedilen ikinci terapi ekolü olmuştur (Lambert ve ark., 2005; Ray, 2011).

BDOT terapistleri kişiliğin, bireyin doğuştan sahip olduğu özellikler, çevresel etmenler ve çevreden alınan verilerin işleme şekli ve süreci ile şekillendiğini savunmuştur. Bunlara ek olarak her bireyin doğuştan bilişsel bozulmalar yaşamaya yatkın olduğu inancına sahiptir. BDOT çocuğun gelişimine duyarlıdır buna bağlı olarak çocuğun yaşına uygun aktiviteler ve materyaller terapist tarafından seçilir; çocuğun da seans içinde spontan bir şeyler ortaya koymasının önüne geçilmez. Yapılandırılmış ve yönlendirici olmasının yanında tedaviye başlarken hedefin netleştirilmesi, tedavi sürecinde psikoeğitim yapılması ve terapist yorumlarının övgü (olumlu pekiştireç) içermesi unsurları diğer oyun terapi ekollerinden farklılaşmasını sağlar. (Knell, 2015; Schaefer, 2011)

1.7.5.4. Adlerian Oyun Terapisi

Adlerian oyun terapisi, Terry Kottman'ın (2011), Alfred Adler'in ortaya koyduğu Bireysel Psikoloji'nin kavramlarını ve felsefesini oyun terapisine uyarlamasıyla ortaya çıkmıştır. Lambert ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmaya göre Adlerian oyun terapisi, oyun terapistleri tarafından en çok kullanılan üçüncü ekoldür. Adler'in Bireysel Psikoloji kuramında ortaya koyduğu 4 ana sav vardır; insanlar sosyal varlıklardır ve bir gruba ait olma ihtiyaçları bulunur; her davranış bir amaç doğrultusunda ortaya konulur; her insan objektif bir dünya görüşüne sahiptir ve çevresinde olanları bu bağlamda yorumlar; insan karar verme ve sonuçlar üretme hususunda eşsizdir. Adlerian oyun terapisi de bu 4 sava dayanmıştır. Oyun terapistleri, oyun terapi sürecinde çocuğun sosyal ilişki durumlarını takip ederek seans içerisinde bunu destekleyici uygun materyal ve aktiviteler kullanır; çocuğun davranışlarının altında yatan asıl amacı bulmaya çalışır ve çocuğa farkındalık kazandırır, çocukların ve sosyal ilişkide olduğu kişilerin kendilerine ait olumsuz görüşlerini değiştirmeyi amaçlayarak kendini tekrarlayan olumsuz davranış örüntülerini bozar, çocukların yeni kararlar verebilme, kendini değiştirebilme, olumlu amaçlar edinebilme, sosyalleşebilme, olumlu davranış örüntüleri kurabilme becerilerinin olduğuna inanarak çocuğun bu yeteneklerini fark etmesini sağlar (Carlson, Watts ve Maniacci, 2006; Kottman, 2003, 2010).

1.7.5.5. Deneyimsel Oyun Terapisi

Deneyimsel Oyun Terapisi (DOT) Carol C. Norton ve Byron E. Norton tarafından geliştirilen, çocuğun içsel sıkıntılarını çözebilmesi için deneyimsel ve merkezde olduğu bir ortam sunan yönlendirmesiz oyun terapi çeşididir. Çocuklar benlik bütünlüklerini tehdit edecek olaylar deneyimlediklerinde, bu deneyimi dış dünyaya aktarma girişiminde bulunurlar. DOT terapistleri, çocuğun işlevsiz ya da uyumsuz kabul edilen davranışlarını ve içsel çatışma yansımalarını yaşadıkları olumsuz deneyimin aktarımı olarak kabul etmektedir. Çocuğa, kendini ifade edebilmesi ve içsel çatışmalarını çözebilmesi için istediği şekilde oynama hakkı sunarlar. Çocukların, oyun sürecinde olumsuz deneyimlerini, çatışmalarını, kaygı ve korkularını üstü kapalı bir şekilde dışa vurmaya dayalı savunma mekanizması olan fanteziyi kullandığını kabul etmektedirler. Oyun odasında fantezinin kullanımını metaforlar ile gerçekleştirmek böylece bilinçdışına da

erişim sağlanmaktadır. Çocuğun metaforlarına tanık olan DOT terapisti ise oyuna aktif katılım sağlayarak ve çocuğun deneyimlerini kabul ederek direncinin azalmasına, dışavurum ve iyileşme sürecinin ise hızlanmasına yardımcı olmaktadır. Çocuk oyunda güç ve kontrol sahibidir böylece yaşadığı travmatik olaylar, olumsuz duygular ve düşünceler üstünde kontrol sahibi olmayı ve onları yönetme becerisini kazanır (Ferriegel, 2007; Norton, 2009; Schaefer, 2011).

1.7.5.6. Gelişimsel Oyun Terapisi

Gelişimsel Oyun Terapisi (GOT) 1970 yılında Viola Brody tarafından ortaya konulan merkezinde iyileştirici temasın olduğu bir oyun terapisi. GOT, herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip olmayan çocuklara olumlu benlik algısının artması için uygulanabilirken, otizimli, travma mağduru, DEB, DEHB, yıkıcı davranışlar sergileyen, gelişimsel kimlik bozukluğu olan 2-12 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilir. GOT tedavisinde krem, boya kalemleri, kâğıt gibi basit malzemeler kullanılmakta ve iyileştirici ana faktörün temas etmek olduğu ileri sürülmektedir. Seans içeriğindeki yapılandırılmış oyunlar yetişkin tarafından yönetilir. Terapist çocuğu fark etme, çocuğa temas etme, çocuğun verdiği sinyallere yanıt verme ve çocuğun duygusal ihtiyaçlarının karşılandığını fark etmesini sağlama hedefleri ile terapiyi yürütmektedir. GOT bireysel şekilde yapıldığı gibi gönüllü terapistler yardımıyla grup formatında da uygulanabilmektedir (Brody, 1993).

1.8. THERAPLAY

Theraplay, Dr. Ann Jernberg (1979) tarafından 1967'de Bağlanma Kuramı (Bowlby, 2005), Kendilik Psikolojisi (Kohut, 2009) ve Nesne İlişkileri (Stern, 2020) gibi insanın gelişimi ve ilişkileriyle ilgili kuramlardan etkilenerek ortaya konmuştur. Jernberg, Des Lauriers'in (1962) otizimli çocuklarla yaptığı çalışmalarından terapistin direkt beden ve göz teması kurma, oyuncu biçimde çocuğa eşlik etme ve ilişki kurma becerilerini; Viola Brody'nin (1993) etkileşimi amaçlayan şarkı söyleme, kucakta sallama, sarılma ve fiziksel temas kurma eylemlerini ve Ernestie Thomas'ın çocuğun sağlığı ve potansiyeli için yaptığı olumlu vurgulamaları sentezlemiştir. Erken dönemde kurulamamış sağlıklı bağlanmanın ve bunun yarattığı duygusal ihtiyaçların karşılanması için küçük çocukların

zevk aldığı geleneksel oyunları Theraplay’i ortaya çıkarırken kullanmıştır (Booth ve Jernberg, 2009).

Bireyin, hayatı boyunca dengeli bir ruh sağlığına sahip olabilmesi için erken çocukluk döneminde tutarlı bakım alması ve ebeveyni ile güvenli ilişki kurmasının önemi bağlanma kuramları tarafından açıklanmıştır. Bowlby (1973), çocuğun kendisi, başkaları ve dünya hakkındaki algısının, ebeveyn çocuk arasındaki ilk etkileşimlere göre şekillenmesine “içsel çalışma modeli” adını vermiştir. Ebeveynin bebeğiyle keyifli oyunlar oynaması, çocuğa sevildiği ve ebeveyni üzerinde olumlu etki bıraktığı hissini yaşatır. Böylece kendisine dair olumlu benlik inancının, dünyanın iyi, güvenli ve keyifli bir yer olduğuna dair algısının temeli atılır. Ebeveyni hakkında sevgi dolu, fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılayan güvenilir bir varlık olduğu inancını geliştirir. Buna ek olarak, kendi bedeninin farkına varır; birey algısının gelişmesiyle dış dünyadan ayrışması kolaylaşır; hareketli oyunlar içerisinde zaman, yerçekimi gibi kavramları tanır; oyunun kuralları dahilinde ahlaki ve sosyal gerçekleri zihinde çerçevelemeye başlar. Neden fark etmeksizin çocukluk döneminde keyifli etkileşimlerin az olması, çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmaması, ihmal ya da istismar edilmesi bireyin olumsuz içsel model geliştirmesine, devamında uygunsuz davranışlar sergilemesine, ilişki ve bağlanma problemleri yaşamasına neden olmaktadır. Theraplay, erken dönemde yaşanan bu aksamaların telafisi ve tedavisi için tasarlanmıştır (Booth ve Jernberg, 2009).

Theraplay, eğlenceli, ilişki temelli, etkileşimsel, sözel içeriklerden ziyade fiziksel aktivite odaklı, terapötik oyuncakların kullanılmadığı ve seansların her çocuğa özel oyunlarla yapılandırıldığı bir oyun terapi türüdür. Ebeveynler ve çocuk arasındaki zedelenmiş ilişkiyi tekrar yapılandırmayı ya da aile içindeki uyumu arttırmayı hedeflediği için ebeveynlerin/bakım verenlerin terapiye aktif şekilde katılımı sağlanır. Ebeveynin terapi sürecindeki rolü, ilk aşamalarda terapist ve çocuk arasındaki olumlu etkileşimi ve oyun oynamanın inceliklerini gözlemlemektir. Devam eden seanslar boyunca ebeveyn Theraplay oyunlarına aktif katılır, terapist tarafından yönlendirilir ve ileri seanslarda oyunların liderliğini yapma becerisi kazanıp çocuğa öncülük eder. Theraplay, geçmiş olumsuz deneyimleri seans içinde vurgulamadan, mevcut duygusal, sosyal ve davranış problemlerinin tedavisini hedefler. Yapılandırılmış yoğun seansları sayesinde kısa sürede

etkili sonuçlar alınmasını sağlar. Tüm yaş grupları için bireysel ya da grup seansları şeklinde uygulanabilir. (Booth ve Jernberg, 2009; Schaefer, 2011).

1.8.1.Kavramlar ve Amaçlar

Araştırmaların, bireyin zaman içerisinde değişim kapasitesinin azaldığı ve halihazırda kurduğu bağlanma stiline kalıcı olduğuna dair sonuçları olsa da Theraplay terapistleri “Değişim her zaman mümkündür.” inancı ile hareket etmektedir. Bowlby (2008), bireyin yaşamı boyunca olumsuz deneyimlere farklı tepkiler verdiğini, ruhsal dengenin olumlu ya da olumsuz yönde değişim gösterebileceğini, psikoterapinin de bu değişim kapasitesinden güç alarak çalıştığını ifade etmiştir. Theraplay de tüm bağlanma temelli terapilerin hedeflerini bir araya getirerek hem çocuğun hem de ebeveyn deneyimleri üzerinden değişimi sağlayan çok yönlü bir yaklaşıma sahiptir (Stern, 1996).

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

- *Etkileşimsel ve ilişki odaklıdır:* Birey, dünyaya ilişki içinde olma isteği, ebeveynlerinin ses ve hareketlerinin ritmine senkron olma, yetişkinlerin sözel olmayan duyguları fark ederek bu hislere uyumlanma (rezonans) ve taklit becerisi ile dünyaya gelir. Sinir sisteminin yeni bağlantılar kurarak gelişmesi de becerilerin desteklenmesiyle yakından ilgilidir. Bebeklik dönemindeki ağlama, ebeveynin gözlerinin içine bakma, gülümseme ve tutup bırakma ilişki kurmaya yönelik eylemlerdir. Yeni doğan bireyin temel düzeydeki etkileşim kurma isteğini fark eden duyarlı ebeveynin bunları senkron, rezonans ve regüle olma temelinde yanıtlaması gerekir (Bowlby, 1969, 2008). Theraplay tedavisinde, sosyal etkileşim becerileri gelişmemiş çocuk ve ebeveynlerin duygusal ihtiyaçları karşılanır ve tedavi sonrasında bu etkileşimi devam ettirebilme becerileri öğretilir.
- *“Şimdi ve Burada” deneyimi sağlar:* Geçmişteki olumsuz yaşantıların altını çizmeden, çocuğun erken dönem ihtiyaçlarına ve seans içindeki olumsuz tutumlarına iyileştirici cevaplar verilir. Erken dönem çocukluk ihtiyaçlarını karşılamaya ve duygusal gelişimin aksadığı yaş aralığına yönelik oyunlar seçilir.

Çocuğun geçmişinde deneyimleyemediği sosyal ve duygusal etkileşimi o an seans odasında deneyimlemesi hedeflenmektedir.

- *Yetişkin çocuğa rehberlik eder:* Çocuklardaki güvenlik, özgüven, sosyalleşme, ilişki kurma, ahlak gibi kavramların, olumlu benlik algısının ve psikososyal becerilerinin gelişmesinde ebeveynin çocuğa rehberlik yapması, kurallar ve yapılandırma ile hayatını şekillendirmesi gerekmektedir. Winnicott (1991), ebeveynlerin çocuğa özbenliği içinde gelişebilmesi için güven veren, ihtiyaç karşılayan ve besleyen bir ortam sunmaları ve bunların kontrolünü ele almalarını gerektiğini “kapsayıcı ortam” (holding environment) kavramı ile açıklamıştır. Theraplay terapistleri de kapsayıcı ortam kavramından yola çıkarak seans boyunca oyunların kontrolünü elinde tutar; ebeveynlerin oyun arayıcılığıyla bu becerileri kazanmasını ve çocuğun gelişimsel aksaklığının giderilmesini hedefler.
- *Duyarlı, uyumlu, empatik ve yansıtıcıdır:* Ebeveynlerin, çocuğun olumlu veya olumsuz duygu durumunu fark edebilmesi, uyumlanıp uygun cevap verebilmesi ve duygunun şiddetini dengeleyebilmesi gerekmektedir. Çocuğun duygu durumuna dair yansıtma ya da geri bildirimlerde bulunulması çocuğun önce kendi duygularını ardından başkalarının sahip olduğu duyguları anlamasını sağlar (Stern, 2018). Empati ile yaklaşılan çocuğun empati becerisinin gelişmesi beklenir. Bu eylemler içsel çalışma modelinin ve bağlanma stillerinin temelini şekillendirir. Theraplay terapisti de seans boyunca dikkatini çocuğun duygu ve davranışları üzerinde tutar, çocuğun ihtiyacı olan uygun, dengeleyici ve empatik fiziksel ve sözel yaklaşımlar sergileyerek ebeveyne model olur.
- *Sözel dönem öncesine ve sağ beyin gelişimine odaklıdır:* Sağ beyin görevlerinden biri duygusal girdileri ve sözel olmayan iletişim yollarını işlemektir. Sağ beyin yapısı bebeklikte deneyimlenen etkileşimle gelişir; bağlanma stilleri, duygu regülasyon becerisi ve yaşam boyu ruh sağlığı bu gelişimle yakından ilgilidir. Theraplay sağ beyin gelişimini ve problemlili alanların tedavisini keyif veren, uyumlu, empatik, fiziksel, ritmik ve göz temasını içeren oyunlarla destekler.
- *Duyuların bütününe hitap eder:* Sağlıklı bebeklik ve çocukluk deneyimlerinin fiziksel aktivite, göz teması, olumlu işitsel uyaranlar, ritmik hareketler ve ses taklitleri gibi duygusal uyaranlar içermesi gerekmektedir. Çocuğun dokunma, denge, kendine ve nesnelere yönelik uzaysal/mekânsal algısı ve benlik gelişimi,

çevresinde bulunan nesne veya kişilerle girdiği fiziksel ya da duyuşsal etkileşimlere bağıdır (Williamson ve Anzalone, 2001). Fiziksel temasın, sosyal, fizyolojik ve bilişsel gelişime, stres yönetimi ve olumlu beden algısına yönelik faydalarını kanıtlayan araştırmalar temasa dayalı Theraplay modelinin temelidir (Barnard ve Brazelton, 1990; Mäkelä, 2005; Tronick, 1995, Weis, 1990). Theraplay oyunları, çocuğun duyuşsal alanlarını uyararak duyu bütünlüğü sağlamayı, problemlili psikososyal ve bilişsel alanlarının tedavisini, duyuş durumunun dengelenmesini hedefler.

- *Neşe dolu bir deneyimdir:* Bebeklik döneminde deneyimlenen neşeli aktiviteler ve oyunlar bireyin hayattan zevk alma, bağılılık, canlılık ve özgüven duyuşlarının temellerini atar. Ebeveyn çocuk arasındaki fiziksel ve duyuşsal uyum, çocuğun sinir sistemi gelişimini destekler (Hart, 2018). Theraplay, neşeli ve ilgi çeken oyunları ile çocuk ve ebeveynin karşılıklı haz ve uyum sürecini hızlandırır.

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

1.8.2. Travma Tedavisi ve Theraplay

Travmanın aşırı uyarılmışlık ya da hissizlik semptomları beynin erken çocukluk döneminde gelişen alt bölgesi ile bağılantılıdır. Beynin alt bölgeleri yoğun uyarılma halindeyken, üst seviye nörolojik aktivitelerin sağlıklı şekilde gerçekleşmesi mümkün olmamaktadır. Bu bağlamda araştırmacılar, kişinin travmayı mantıksal açıdan ele alıp belleğinde işlemleyebilmesi ve travma semptomlarının azalması için alt beyine hitap eden dokunma, yatıştırma, ritim gibi kişinin uyarılmışlık seviyesine uygun duyuşsal aktivitelerden yararlanılması gerektiğini öne sürmektedir. Theraplay'ın bağlanma temelli olması travmatize olmuş çocukların bağlanma örüntülerinin iyileşmesine böylece travma

ile daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır. Bunun yanında daha güvende ve sakin hissederken, rahatlamayı ve eğlenmeyi öğrenmektedirler. (Booth ve Jernberg, 2009; Perry ve Szalavitz, 2007; Wylie, 2004).

Theraplay seansları, travma mağduru çocukların travmatik geçmişleri ve hassasiyetleri dikkate alınarak yapılandırılmaktadır (Booth ve Jernberg, 2009; Perry ve Szalavitz, 2007):

- Öncelikle terapist çocuğun hassasiyetlerinin farkına varmak ve çocuğa uyumlanmak için travma geçmişinin ve sonrasındaki sürecin detaylarını derinlemesine öğrenir. Çocuk ile etkileşimde bulunan bireyleri (ebeveyn, öğretmen, bakım veren vb.) travma semptomları ve günlük hayatındaki muhtemel tetikleyici faktörler ile ilgili bilgilendirir.

- Travmayı iyileştiren aktivitelerin temel özellikleri güven ortamı sağlaması, aynı örüntü ile tekrar etmesi, ilişkisel, ritmik, çocuğun farklılıklarına saygılı, yatıştırıcı, besleyici ve neşeli olmasıdır. Gelişim dönemi zor geçen, neşe ortamını deneyimlemeyen, düşmanca tutumlara maruz kalan çocukların hayattan neşe beklentisi azdır ve terapistin ona zarar vereceği yargısı ile oyunun neşeli ortamından ve fiziksel temastan korkabilirler. Theraplay terapisti, sürecin başında çocuğun korkularını anladığını gösteren empatik tutumu ile oyunların oynanma amacını uygun şekilde açıklar.

- Travma mağduru çocukların içsel çalışma modelinde herkesin ya da her şeyin güvenilmez ve tehlikeli olduğu, kendisinin en kötü şeylere layık olduğu, her an başına bir şey gelebileceği bu yüzden kontrolü elinde tutması gerektiğine dair inançları vardır. Çocuklar bu yoğun önyargıları nedeniyle kendilerine yönelik olumlu eylemleri bile negatif şekilde yorumlamaya, oyunun yapılandırılmış halinden tetiklenerek direnç göstermeye travma öyküsü olmayan çocuklardan daha eğilimlidir. Bu durumda Theraplay terapisti, daha hassas, çocuğun ortam ve oyunlar hakkındaki merakını gideren, yoğun güvenlik mesajı veren ve yatıştırıcı bir tutum sergilemeye dikkat eder.

- Travmatik çocukların ipuçlarını okumak ve temasa karşı dirençlerini kırmak diğer çocuklarıkinden daha zor olmaktadır. Tedavi sürecinde terapist, çocuktan gelen fiziksel ve duygusal ipuçlarını yakalamaya özen gösterip çocuğun gergin veya uyarılmış haline uyumlanmaya yoğun dikkat sağlar. Çocuğun dokunulmaya karşı verdiği tepkisel davranışlarına ve reddedici sözel ifadelerine saygı duymak, çocuğun sağlıklı dokunmayı

öğrenmesi ve terapistle güvenmesinin ilk adımıdır. Kurulan güven ilişkinin ardından dokunmanın çocuğa iyi gelmesi için sakin ve temkinli davranır.

- Travmatize olmuş çocukların davranışları birbirinden farklılık gösterir; bazıları çok donuk iken, bazıları çok hareketli ve endişeli olabilir. Theraplay, seans içinde çocuğun ideal duygu seviyesinde kalmasını hedefler. Çocuğa nazikçe yaklaşmak, oynanacak oyunların listesine veya oyuncaklara önden birlikte göz gezdirmek, ara sıra oyunun kontrolünü çocuğa vermek, sağ beyine yönelik sakinleştirici aktiviteler yapmak çocuğun ideal uyarılmışlık seviyesinde kalmasını sağlar. Aynı zamanda bu çocukların, oyunlara olan direncini kırmak ve sevecekleri oyunları listelemek zor olabilir. Bu gibi durumlarda terapist, işe yarayan ve çocuğun neşelendiği oyunları tekrarlar; yakınlık kurmak için fırsat yaratmaya çalışır; fiziksel temas ve yakınlığı yavaş yavaş sağlar. Bazen terapistin tüm çabasına rağmen çocuk tetiklenerek alarm haline geçebilir; yıkıcı ve uygunsuz davranışlar sergileyebilir; bu durumda terapist ilk olarak çocuğun ihtiyacını ve tetiklendiği alanları fark edip çocuğu anladığını hassas şekilde ifade eder; çocuğun fiziksel mesafeye ihtiyacı varsa bunu sağlar; ayaktaysa çocuğun seviyesine iner ve hızlı hareket etmez; yemesi için bir şeyler ikram eder; mümkün olduğunca kısık ve ritmik konuşur ve sakinleştiği zaman ilişkilerini onarmak için gerekli şeyleri yaparak güveni tekrar inşa eder.

1.8.3. Theraplay Boyutları

Booth ve Jernberg (2009), ebeveyn çocuk etkileşimleri üzerine araştırmaları ve gözlemleri sonucunda Theraplay etkileşimlerini 4 boyut temelinde sınıflandırmıştır: Yapı, Bağlılık, Besleme, Mücadele.

1.8.3.1. Theraplay'in Yapı Boyutu

Bowlby (2008), bebeğin kendini fiziksel ya da duygusal olarak güvende hissetmesi için ebeveyninin dünyayla onun yerine başa çıkması, hayat akışı içerisindeki rutinleri organize etmesi ve planlaması gerektiğini söylemiştir. Ebeveynin çocuk adına ana kararlar vermesi ve kurallar koyması çocuğun güvende hissetmesinin yanında, güvenli şekilde dış dünyayı keşfedebilmesini, dünyaya anlam yüklemesini ve başkasının oluşturduğu bu düzen sistemini zamanla öz düzenleme becerisi olarak içselleştirmesini

sağlar. Theraplay sürecinde yapı kurma, duygusal düzensizliği ya da davranış bozukluğu olan, dürtüsel ya da tepkisel, iş birliğine yatkın olmayan, kontrol edilemeyen ya da kaygı kaynaklı kontrolü elinde tutmak isteyen, DEHB tanısı almış çocukların ve ebeveynlerin ihtiyaçları doğrultusunda sağlanır. Terapi sürecindeki her seansın aynı şarkıyla başlaması ve bitmesi, terapistin neşeli ama kararlı tutumu ile seansa liderlik etmesi, hareketli oyunları durağan oyunların takip etmesi süreç içerisinde de yapı kurulmasını ve çocuğun güvenli hissetmesini sağlar. Çocuk yapı boyutu ile dışarıda deneyimlediği dünyanın aksine güvenli bir dünya olduğunu öğrenir. (Booth ve Jernberg, 2009; Mäkelä ve Hart, 2011; Schaefer, 2011).

1.8.3.2. Theraplay'in Bağlılık Boyutu

Bebek, ebeveynine bakarak, gülümseyerek ya da mırıldanarak bağlılık kurmak istediğinin sinyallerini gönderir. Annenin bebeğe içtenlikle yanıt vermesi ve karşılıklı yapılan keyifli aktiviteler sağlıklı bağlanma ile beraber bebeğe dünyada yalnız olmadığını, değerli olduğunun ve yakın ilişkiler kurmanın keyifli bir şey olduğu algısını oluşturur. Bebek kendi duygularını annenin bu duyguyu aynalaması ile anlamlandırır. Travma mağduru, katı kurallar içinde büyütülen, ilişki kurma becerisi gelişmemiş, kaygılı ve içe kapanık çocukların bağlılık oyunları ile ilişki ve empati kurma becerileri, olumlu benlik algıları, yalnız olmadığına dair inançları ve hayattan keyif alma duyguları gelişir (Booth ve Jernberg, 2009; Schaefer, 2011; Winnicot, 1991).

1.8.3.3. Theraplay'in Besleme Boyutu

Sağlıklı ebeveynler, çocuklarını koşulsuz şekilde sevdiklerini pek çok yolla hissettirirler. Çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılama, temas kurma, günlük rutin içindeki banyo, masaj ya da saç tarama gibi etkinlikler çocuğun duygusal olarak beslenmesini ve ebeveynine karşı bağlılığının güçlenmesini sağlar. Ebeveyni ile gerçekleşen bu etkileşimlerin güven sağlayıcı ve rahatlatıcı etkisini fark eden çocuğun bu sayede duygularını düzenleme ve stresini kontrol etme becerileri gelişir. Travma mağduru olan, ihmal ya da istismar yaşamış, çevre tarafından kabul görmeyen, bebeklik döneminde ebeveyni ile sağlıklı bağlanma kuramayan çocukların besleme oyunları ile duygusal ihtiyaçları karşılanır ve duygularını düzenleme becerileri geliştirilir. Her

kapsamında destekleneceğini belirler ve terapi planı oluşturur. Tedavi süreci ebeveyn ve çocuğun içinde buldukları durum ve değişim hızıyla alakalı olsa da ortalama 18 ila 25 hafta boyunca devam etmektedir. İlk 3 ya da 4 hafta boyunca ebeveyn, terapist ile çocuk arasındaki etkileşimi, terapistin tutumlarını, çocuğun ise tepkilerini gözlemler. Devam seanslarda ebeveyn terapistin yönlendirmeleriyle oyunlarda aktif rol alır, tedavinin sonuna doğru ise liderlik görevini üstlenir. Theraplay seansları ortalama yarım saat sürmektedir; kalan vakti ise terapistler, ebeveynlere psikoeğitim vererek ve seans hakkındaki görüşlerini paylaşarak değerlendirmektedir (Marschak, 1960; Schaefer, 2011).

Theraplay seansları çocuğun içtenlikle karşılanması; seans odasına oyunbaz şekilde yol alma; el ele tutuşarak hoş geldin şarkısı söyleme; dikkati çocuğun üstünde toplayan kontrol ve krem sürme etkinliği; seçilen yapı, bağlılık, besleme ve mücadele oyunları; güle güle şarkısını söyleme şeklinde yapılandırılır. Seansların değişmeyen şarkı, pudralama, krem sürme, besleme gibi etkinlikleri varken, terapist tarafından boyutları içeren oyunlar her hafta değişim gösterebilir (Booth ve Jernberg, 2009).

1.8.5. Grup Theraplay

Grup Theraplay, bireysel Theraplay tedavisinin amaçlarından aynı anda pek çok çocuğun yararlanması için geliştirilmiş bir yöntemdir. Bireysel Theraplay’de olduğu gibi çocuğun neşeli bir oyun ortamı içerisinde 4 boyut açısından desteklenerek olumlu benlik algısının artması, problemleri alanların giderilmesi, ilişki ve etkileşim kurma becerisinin gelişmesi, güven ve bağlılık duygularının sağlanması, değerli ve özel olduğunu hissetmesi, olumlu deneyimler yaşaması hedeflenir. Travmatize olmuş çocukların terapi sürecine güvendiği geniş ailesini, sosyal çevresini veya akranlarını dahil etmek çocuğun yalnız olmadığını ve sosyal desteğinin olduğunu hissettirir. Grup Theraplay çocukluktan erişkinliğe kadar tüm yaş gruplarına uyarlanabilir. Terapist, seansların akışı grubun yaş aralığına, ihtiyaçlarına ve dinamiğine göre yapılandırır. Gruba liderlik yapan terapist yardımcı liderler eşlik eder (Booth ve Jernberg, 2009).

Grup Theraplay’in boyutlardan esinlenilerek belirlenmiş 3 kuralı vardır: Besleme boyutunu aktaran, “Birbirimizi incitmeyeceğiz.”; yapıyı ve etkileşimin önemini

vurgulayan “Hep birlikte hareket edeceğiz.”; bağlılık ve mücadele yapısını aktaran ve Theraplay’ın temel taşı olan neşe ortamını vurgulayan “Çok eğleneceğiz.”. Aynı zamanda grup Theraplay sürecinin başlangıç ve bitişinde değişmeyen iki aktivite vardır: Kontrol ve Besleme. Her grup seansı, terapist ve yardımcı terapistlerin sorumlu olduğu çocuğun biricik ve kıymetli hissetmesi için odak haline getirilip fiziksel ya da duygusal olarak kontrol edilmesiyle başlar. Çocuğa krem sürülür, pamukla dokunulur ya da üzüntüsü olan çocuğa olumlu duygular uçurulur. Her grup seansı sonlanırken ise çocuklar terapist tarafından atıştırılma ile beslenir. Böylece çocuk duygusal olarak doyar, güven ve bağlılık hisleri gelişir. Bunun yanında terapistler seans planlarını yaparken neşeli ve gruba aidiyet hissettiren Merhaba şarkısı ile başlamaya ve Hoşçakal şarkısı ile bitirmeye özen gösterir. Seanslar ortalama 30-45 dakika sürerken; grubun yaş aralığı, problemleri, dikkat sürelerine bağlı bu süre değişkenlik gösterebilir. Grupların buluşma aralıklarının en az haftada bir şeklinde olması terapistin amacına ulaşmasını ve grup içinde daha hızlı ilişki kurulmasını sağlamaktadır (Booth ve Jernberg, 2009).

1.9. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırmada “Suriyeli Mülteci Çocuklarda Post Travmatik Stres Bozukluğu İçin Theraplay Grup Oyun Terapisi Etkinliğini” incelenecektir. Yetim Vakfı Psikososyal Destek Merkezi’nden ücretsiz psikososyal destek verilen Suriyeli mülteci çocuklara uygulanan ölçekler ve grup terapisinden edinilen bulgular ile araştırmanın sonuçlandırılması hedeflenmektedir.

Ülkemizde yaşayan çocuk ve yetişkin mültecilerin yaşadıkları travmayı atlatıp yeni hayatlarına adapte olması hem bireysel hem de toplumsal açıdan çok önemlidir. Savaş travmasına maruz kalan Suriyeli bireylere, özellikle ülkemizdeki mülteci popülasyonunun büyük bir kısmını oluşturan Suriyeli çocuklara gerekli psikososyal müdahaleler yapılmazsa gelecek dönemde toplumsal açıdan büyük problemlerle karşılaşmamız muhtemeldir.

Theraplay, çocukların özsaygı ve başkalarına güvenme becerilerine yardımcı olan yapılandırılmış ve bağlanma temelli bir oyun terapisi yöntemidir. Theraplay yönteminin sınıflar ve farklı klinik ortamlar içerisinde kullanımını sağlayan, yapılandırılmış grup

oyunları ve kendine özgü terapötik kurallarıyla gruba dair bağlantı ve aidiyet duygularını geliştirmeyi amaçlayan versiyonu ise Grup Theraplay olarak adlandırılır.

Ülkemizde Suriyeli göçmenlerin travmalarının iyileştirilmesiyle alakalı çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Aynı zamanda etkinliği kanıtlanmış olan ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılan Theraplay oyun terapisi ile ilgili ülkemizde az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çocuk mültecilerle alakalı grup oyun terapi tedavisi çalışması literatürde yoktur. Yetim Vakfı'nda yapılacak bu araştırma ile literatüre büyük bir katkı sağlanacaktır.

1.10. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

H₁: Savaş ve göç travması olan çocuklar sıklıkla olası TSSB tanısını karşılayacaktır.

H₂: Savaş ve göç travması olan çocukların öznel mutluluk düzeyleri düşük çıkacaktır.

H₃: Demografik özellikler ve travma sonrası etki arasında bir ilişki bulunacaktır.

H₄: Uygulanan Theraplay grup terapisi tedavisi olası TSSB tanı düzeyinin düşmesine etki edecektir.

H₅: Uygulanan Theraplay grup terapisi tedavisi öznel mutluluk düzeyinin artmasına etki edecektir.

1.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Çalışma Yetim Vakfı'ndan ücretsiz psiko-sosyal destek alan çocuklar ile sınırlıdır.
- Tedavi süreci grup terapisi uygulayan sekiz psikolog ile sınırlıdır.
- Bulgular ölçek verileri ile sınırlıdır

- Theraplay grup terapisinin etkinliği Travma Sonrası Stres Bozukluğu düzeyi ile sınırlıdır.
- Tedavi sürecinde çocukların psikolojilerini etkileyebilecek bazı unsurlar - buldukları yerden taşınma, çalışma zorunluluğu, ülke genelini etkileyen bulaşıcı hastalık- nedeniyle bazı katılımcıların terapiye devam etmemelerinin ya da devamsızlık yapmalarının önüne geçilememiştir.

1.12. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

- Araştırma katılımcılarının evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
- Araştırma katılımcılarının Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ve Özne! Mutluluk Ölçeği'ni gerçeği yansıtır şekilde cevap verdiği varsayılmıştır.
- Kullanılan ölçeklerin ölçülen nitelikleri ölçmede geçerli olduğu varsayılmıştır.
- Grup terapistlerinin Theraplay Grup Terapisi yönteminin kural ve ilkelerine uygun hareket ettiği varsayılmıştır.

2.YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, Theraplay Grup Oyun Terapisi etkinliğinin Suriyeli mülteci çocukların travma sonrası stres tepkilerine ve mutluluk düzeylerine uzun vadeli etkisinin incelendiği deneysel bir çalışmadır. Araştıma kapsamında uygulanan bağlanma temelli grup oyun terapisi etkinliğinin, katılımcıların travma sonrası strese verdikleri tepki puanlarının düşmesine ve mutluluk düzeylerinin artmasına herhangi bir etkisinin olup olmadığına cevap aranmıştır. Yapılan çalışmada retrospektif temelde ilişkisel tarama modeli tercih edilmiştir. Bu bağlamda oluşturulan gruplar içinde karşılaştırma yöntemi uygulanmıştır (Karasar, 2020). Grup içi karşılaştırma için katılımcıların terapi öncesi ve sonrası ölçek puanları karşılaştırılmış ve etki edeceği düşünülen demografik değişkenlere göre farklılıklar incelenmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkeni Theraplay Grup Oyun Terapisi, bağımlı değişkeni ise çocukların travma sonrası stres tepkileri ve mutluluk düzeyleri olarak belirlenmiştir.

2.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Yapılan çalışmaya, Türkiye'ye göç etmek zorunda kalan ve Yetim Vakfı'ndan ücretsiz psikososyal destek almak için başvuran 7-15 yaş aralığında yaş ortalaması $12,06 \pm 2,30$ olan 22 kız (%68,8) ve 10 erkek (%31,3) olmak üzere toplam 32 Suriyeli mülteci katılmıştır. Katılımcıların ebeveynlerinin yazılı izinlerinin alınmasının ardından katılımcılar yaş aralıklarına göre 8 kişilik 4 gruba seçkisiz olarak atanmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet ve demografik bilgileri ayrıntılı olarak Tablo-1'de sunulmuştur.

2.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.3.1. Demografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan ve katılımcıların cinsiyet, yaş, sınıf, yetimlik-öksüzlük durumu gibi demografik süreçlerinin yanında Suriye'deki ve göç sürecindeki yaşantılarına dair soruların bulunduğu veri formudur. Demografik veri formu Ek-2'de verilmiştir.

2.3.2. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği

Pynoos ve arkadaşları (1987) tarafından çocukların travma sonrasında yaşadıkları strese tepki düzeylerini ölçmek için geliştirmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Erden ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçek dördümlü Likert tipinde 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte ters yönlü soru bulunmamaktadır. Alınan puanın 12-24 arasında olması hafif düzey stres, 25-39 puan orta düzey stres, 40-59 arası ağır düzey stres ve 60 puan üstü çok ağır stresi belirtmektedir. Uyarlama çalışmasında 0,75 olarak bulunan Cronbach Alfa katsayısı terapi öncesi uygulamada 0,88 olarak ve terapi sonrası uygulamada 0,85 olarak bulunmuştur. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği Ek-2'de verilmiştir.

2.3.3. Öznel Mutluluk Ölçeği

Lyubomirsky ve Lepper (1999) tarafından bireylerin öznel mutluluk düzeylerini ölçmek için geliştirmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Doğan ve Totan (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçek yedili Likert tipinde 4 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte ters yönlü soru bulunmamaktadır. Uyarlama çalışmasında 0,70 olarak bulunan Cronbach Alfa katsayısı terapi öncesi uygulamada 0,67 olarak ve terapi sonrası uygulamada 0,74 olarak bulunmuştur. Öznel Mutluluk Ölçeği Ek-3'te verilmiştir.

2.4. İŞLEM

Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulu'ndan araştırma için kullanılacak olan sosyodemografik form ve ölçeklerin uygunluğuna dair onay alınmıştır. Gönüllülük esası ile araştırmaya dahil olan çocukların ebeveynlerine araştırma ile ilgili bilgilerin bulunduğu onam formu ve sosyodemografik form tercümanlar arayıcılığıyla sunulmuş, doldurmaları sağlanmış ve yazılı izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılan toplam 32 katılımcı yaş aralıklarına göre 8 kişiden oluşan 4 gruba ayrılmıştır. Theraplay Grup Oyun Terapi sürecine başlamadan araştırmacı, her çocukla bireysel görüşmeler yaparak ön-testleri uygulamıştır. Ardından Yetim Vakfı Psikososyal Destek Merkezinde Ocak 2020 – Mart 2020 tarihleri arasında haftada bir olacak şekilde araştırmacının da dahil olduğu beş Theraplay uygulayıcısı tarafından katılımcılara tercüman arayıcılığıyla 12 seans bağlanma temelli Theraplay Grup Oyun Terapisi uygulanmıştır. Son seanstan bir hafta sonra araştırmacı, katılımcılar ile tekrar bireysel görüşmeler yaparak son-testleri uygulanmıştır. Toplanan veriler tasnif edilerek bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizi için hazırlanmıştır.

2.4.1. Bağlanma Temelli Grup Theraplay Sürecinin Amacı ve Planlaması

Bu araştırmanın amacı, savaş ve göç travmasına sahip olan ve mülteci olmanın zorluklarını yaşayan katılımcıların yapılan grup terapi etkinliği ile travma sonrası stres tepkilerinin azalması ve mutluluk düzeylerinin artmasıdır. Müdahale süreci 12 seanstan oluşmaktadır. Grup terapi seanslarının içeriği, bağlanma temelli Theraplay Oyun Terapisi tekniklerini ve oyunlarını içermektedir. Grup Theraplay seansları değişmeyen ritüelleri ve terapist tarafından çocukların yaş ve ihtiyaç durumuna göre seçilen oyunları içerir. Bağlanma odaklı Theraplay'in değişmeyen ritüelleri; çember halinde oturma ve "Merhaba Şarkısı" ile seansa başlama, grup kurallarının hatırlatılması, terapistin çocukların benlik farkındalığını arttırmayı hedefleyen "Kontrol" etkinliğini yapması, terapi sürecini bitirmeden önce ise çocukların almayı ve vermeyi öğrenmesinin hedeflendiği yiyecek paylaşımı ve ardından "Güle Güle Şarkısı'nın" söylenmesidir. Bunlara ek olarak her seans konuşmadan ziyade interaktif olma odaklı yaklaşık 4 veya 5 oyunu daha içermektedir. Araştırma süreci boyunca gruplara aynı terapistler ve terapi

öncesi eğitime tabii tutulmuş tercümanlar eşlik etmiştir. Müdahale sürecinin ve haftalık seansların içeriği Ek-1 kısmında ayrıntılı olarak verilmiştir.

12 haftalık seanstan oluşan grup oyun terapisi süreci planırken ilk 3 seans ile çocukların terapi yapılan ortama, terapistlere ve grup içerisindeki katılımcılara alışması, güven duyması, Theraplay'ın kurallarını ve ritüellerini içselleştirilmeleri hedeflenmiştir. İlk seans çocukların çember şeklini alması, terapistin ve tercümanın kendini tanıtması ardından Grup Theraplay kurallarını (1. Birbirimizi incitmeyeceğiz; 2. Hep birlikte hareket edeceğiz; 3. Çok eğleneceğiz.) söylemesi ile başlamıştır. Oyunlara geçmeden grup olma hissinin pekişmesi ve katılımcılar arası bağlılığın kuvvetlenmesi amacıyla çocukların önerileri doğrultusunda grup ismi belirlenmiş ve 12 hafta boyunca oyun terapi seansları grup ismini içeren açılış şarkısı ile başlamıştır. Katılımcıların travma mağduru olması, birbirlerini ve grup terapistlerini yeni tanıyor olması sebebiyle ilk 3 seansın oyunları fiziksel yakınlıktan ziyade yalnızca göz teması içeren, çocukların kendilerini tanıtmalarına imkan yaratan, güven duygularının pekişmesi için sakin kalabilme ve rahat olabilme odaklı Theraplay oyunlarından seçilmiştir. Bu seanslarda ağırlıklı olarak Theraplay'ın bağlılık ve besleme boyutlarının oyunlarından yararlanılmıştır.

Araştırma sürecinin 4. ve 9. seans aralığında Grup Theraplay arayıcılığıyla güvende hissetme, travma sonrası uyarılma halinin ve dürtüselliğin düzenlenmesi, sağlıklı sosyal ilişkiler kurabilme, benlik algısının yapılandırılması, seçilen oyunlar ile neşe dolu hissedebilme ve açığa çıkan olumlu duyguları yaşama genelleyebilme, çocuklarda olumlu içsel çalışma modelinin gelişmesini sağlama ve güvenli bağlanma stilinin yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir. Bu seanslarda Theraplay'ın bağlılık, besleme, yapı ve mücadele boyutlarının birlikte kullanıldığı oyunlar terapist tarafından seçilmiştir.

Theraplay sürecinin 10. ve 12. seans aralığı çocukları grup terapisinin bitişine hazırlayan ve kazandıkları edinimleri terapi ardından devam ettirebilmelerini amaçlayan oyunları içermektedir. Terapist, Theraplay'ın 4 boyutundan farklı oyunlar seçmiş ve 12 haftalık süreçte çocukların en çok sevdiği oyunları tekrar oynatarak neşe duygusunu pekiştirmiştir.

2.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Araştırmada yer alan katılımcıların sayısı ve yapılan normallik analizi sonucunda parametrik olmayan testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Kişi ve yzde dağılımların belirlenmesinde frekans analizi, araştırma ölçek puanları için değerlendirmede betimleyici istatistik, terapi öncesi-sonrası puan farklarının incelenmesinde Wilcoxon İŞaretli Sıralar Testi, demografik değişkenler için araştırma ölçek puanları arasındaki farklılıkların incelenmesinde Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamda karar vermede $p=0,05$ anlamlılık düzeyi göz önüne alınmıştır.



3. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kız	22	68,8
	Erkek	10	31,3
Yaş	7-11 yaş	12	37,5
	12-15 yaş	20	62,5
Sınıf	3. Sınıf	1	3,6
	4. Sınıf	7	25,0
	5. Sınıf	4	14,3
	6. Sınıf	3	10,7
	7. Sınıf	8	28,6
	8. Sınıf	3	10,7
	9. Sınıf	2	7,1
Yetimlik durumu	Var	1	3,1
	Yok	31	96,9
Öksüzlük durumu	Var	2	6,3
	Yok	30	93,8
Kardeş sayısı	3 kardeş ve altı	9	28,1
	4 kardeş ve üstü	23	71,9
Türkiye’de bulunma süresi	5 yıl altı	6	18,8
	6 yıl üstü	26	81,3
Türkçe bilme durumu	Evet	29	90,6
	Hayır	3	9,4
Evdeki kişi sayısı	5 ve altı	11	34,4
	6-10	21	65,6
Barında sorunu	Var	0	0
	Yok	32	100,0
Maddi kazancın ihtiyaçları karşılması	Evet	0	0
	Hayır	32	100,0
Çocuğun çalışması	Evet	3	9,4
	Hayır	29	90,6
Evde şiddet görme	Var	20	62,5
	Yok	12	37,5
Sağlık sorunu	Var	5	15,6
	Yok	27	84,4
Göç şekli	Tek başına	0	0
	Ailesiyle birlikte	32	100,0
Savaş veya göçte fiziksel yaralanma/kaza	Var	3	9,4
	Yok	29	90,6
Savaşta kayıp veya kayıplar	Var	27	84,4
	Yok	5	15,6
Savaş veya göçte yaralanma/kaza/ölüm şahitlik	Var	21	65,6
	Yok	11	34,4
Savaş veya göçte görse/işitsel patlama şahitlik	Var	28	87,5
	Yok	4	12,5
Sosyal hayata uyum	Evet	25	78,1
	Hayır	7	21,9

Sosyal ortamlarda fiziksel/sözel şiddet	Evet	18	56,3
	Hayır	14	43,8
Akranlarına göre mutluluk	Evet	16	50,0
	Hayır	16	50,0
Toplam		32	100,0

Yapılan çalışmaya 7-15 yaş aralığında yaş ortalaması $12,06 \pm 2,30$ olan 22 kız (%68,8) ve 10 erkek (%31,3) olmak üzere toplam 32 kişi katılmıştır. 7-11 yaş aralığında 12 kişi (%37,5) varken 12-15 yaş aralığında 20 kişi (%62,5) bulunmaktadır. 3. sınıf öğrencisi 1 kişi (%3,6), 4. sınıf öğrencisi 7 kişi (%25,0), 5. sınıf öğrencisi 4 kişi (%14,3), 6. sınıf öğrencisi 3 kişi (%10,7), 7. sınıf öğrencisi 8 kişi (%28,6), 8. sınıf öğrencisi 3 kişi (%10,7) ve 9. sınıf öğrencisi 2 kişi (%7,1) kişi vardır.

Yetim olan 1 kişiye (%3,1) karşın yetim olmayan 31 kişi (%96,9) vardır. Öksüz olan 2 kişiye (%6,3) karşın öksüz olmayan 30 kişi (%93,8) vardır. 3 ve altı kardeşi olan 9 kişinin (%28,1) yanında 4 ve üstü kardeşi olan 23 kişi (%71,9) bulunmaktadır. 5 yıl altı süredir Türkiye’de bulunan 6 kişi (%18,8) ve 6 yıl üstü süredir Türkiye’de olan 26 kişi (%81,3) vardır. Katılımcılardan 29’u (%90,6) ihtiyacını karşılayacak düzeyde Türkçe bilirken 3 kişi (%9,4) bilmemektedir. Evdeki kişi sayısı 5 ve altı olan 11 kişi (%34,4) ve 6-10 kişi arasında olan 21 kişi (%65,6) çalışmaya katılmıştır.

Katılımcılarının tamamının barınma sorunu bulunmamaktadır. Katılımcıların hepsinde maddi kazanç ihtiyaçları karşılayacak düzeydedir. Çalışmaya katılan 3 çocuk (%9,4) çalışırken 29’u (%90,6) çalışmamaktadır. Evde aile bireylerinden şiddet gören 20 çocuk (%62,5) varken 12 çocuk (%37,5) şiddet görmemektedir. Sağlık sorunu olan 5 çocuğun (%15,6) yanında 27 çocuğun (%84,4) sağlık sorunu bulunmamaktadır. Katılımcıların tamamı ailesi ile birlikte göç etmiştir.

Savaş veya göçte fiziksel yaralanma/kaza yaşayan 3 çocuk (%9,4) varken yaşamayan 29 çocuk (%90,6) bulunmaktadır. Savaşta kayıp veya kayıplar yaşayan 27 çocuğun (%84,4) yanında yaşamayan 5 çocuk (%15,6) vardır. Çalışmada, savaş veya göçte yaralanma/kaza/ölüm gibi durumlara şahit olan 21 çocuk (%65,6) ve olmayan 11 çocuk (%34,4) yer almıştır. Savaş veya göçte görse/işitsel patlamaya şahit olan 28 çocuk

(%87,5) varken şahit olmayan 4 çocuk (%12,5) vardır. Türkiye'ye geldikten sonra sosyal hayata uyum sağlayan 25 çocuk (%78,1) varken 7 çocuk (%21,9) uyum sağlayamamıştır. Sosyal ortamlarda fiziksel/sözel şiddet gören 18 çocuğa (%56,3) karşında şiddet görmeyen 14 çocuk (%43,8) vardır. Son olarak, akranlarına göre mutlu olan 16 çocuk (%50,0) ve mutlu olmayan 16 çocuk (%50,0) bulunmaktadır.

Tablo 2. Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Toplam Puanları İçin Betimleyici İstatistik

Ölçek	Min	Max	\bar{x}	ss	Çarpıklık	Basıklık
Travma Sonrası Strese Tepki-Ön Ölçüm	18	72	46,00	16,64	-0,15	-1,08
Travma Sonrası Strese Tepki-Son Ölçüm	6	57	32,25	13,61	0,20	-0,72
Öznel Mutluluk-Ön Ölçüm	7	23	14,81	4,34	0,31	-0,48
Öznel Mutluluk-Son Ölçüm	8	25	16,62	3,79	-0,05	-0,35

Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği toplam puanları için hesaplanan en küçük-en büyük değerler, ortalama ve standart sapma dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri ve kişi sayısı göz önüne alınarak parametrik olmayan testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 3. Terapi Öncesi ve Sonrası Katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçekler	Sıralar	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk/Son Ölçüm	Negatif Sıra	28	16,64	466,00	-3,778	0,000
	Pozitif Sıra	4	15,50	62,00		
	Eşit Sıra	0				
ÖMÖ İlk/Son Ölçüm	Negatif Sıra	12	10,63	127,50	-2,164	0,030
	Pozitif Sıra	18	18,75	337,50		
	Eşit Sıra	2				

Terapi öncesi ve sonrası katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ($z=-3,778$; $p<0,001$) ve Öznel Mutluluk Ölçeği ($z=-2,164$; $p<0,05$) ön test-son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda 28 çocuğun son test sonucunda Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği puanı düşerken 4 çocuğun yükselmiştir. Diğer yandan 18 çocuğun son test sonucunda Öznel Mutluluk Ölçeği puanı artarken 12 çocuğun düşmüş ve 2 çocuğun benzer kalmıştır. Sonuç olarak yapılan terapi sonrasında çocukların travmaya bağlı stres düzeylerinde ve mutluluk düzeylerinde anlamlı değişimler yaşanmıştır.

Tablo 4. Terapi Öncesi ve Sonrası Kız Katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçekler	Sıralar	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk/Son Ölçüm	Negatif Sıra	19	11,87	225,50	-3,215	0,001
	Pozitif Sıra	3	9,17	27,50		
	Eşit Sıra	0				
ÖMÖ İlk/Son Ölçüm	Negatif Sıra	7	7,29	51,00	-2,020	0,043
	Pozitif Sıra	13	12,23	159,00		
	Eşit Sıra	2				

Terapi öncesi ve sonrası kız katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ($z=-3,215$; $p<0,01$) ve Öznel Mutluluk Ölçeği ($z=-2,020$; $p<0,05$) ön test-son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda 19 çocuğun son test sonucunda Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği puanı düşerken 3 çocuğun yükselmiştir. Diğer yandan, 7 çocuğun Öznel Mutluluk Ölçeği puanı düşerken 13 çocuğun artmış ve 2 çocuğun aynı kalmıştır.

Tablo 5. Terapi Öncesi ve Sonrası Erkek Katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçekler	Sıralar	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk/Son Ölçüm	Negatif Sıra	9	5,33	48,00	-2,090	0,037
	Pozitif Sıra	1	7,00	7,00		
	Eşit Sıra	0				
ÖMÖ İlk/Son Ölçüm	Negatif Sıra	5	3,50	17,50	-1,021	0,307
	Pozitif Sıra	5	7,50	37,50		
	Eşit Sıra	0				

Terapi öncesi ve sonrası erkek katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ($z=-2,090$; $p<0,05$) ön test-son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken Öznel Mutluluk Ölçeği ($z=-1,021$; $p>0,05$) ön test-son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yapılan analiz sonucunda 9 çocuğun son test sonucunda Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği puanı düşerken 1 çocuğun yükselmiştir.

Tablo 6. Terapi Öncesi ve Sonrası 8-11 Yaş Katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçekler	Sıralar	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk/Son Ölçüm	Negatif Sıra	11	6,55	72,00	-2,590	0,010
	Pozitif Sıra	1	6,00	6,00		
	Eşit Sıra	0				
ÖMÖ İlk/Son Ölçüm	Negatif Sıra	5	3,90	19,50	-1,533	0,125
	Pozitif Sıra	7	8,36	58,50		
	Eşit Sıra	0				

Terapi öncesi ve sonrası 8-11 yaş katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ($z=-2,590$; $p<0,05$) ön test-son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken Öznel Mutluluk Ölçeği ($z=-1,533$; $p>0,05$) ön test-son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yapılan analiz sonucunda 8-11 yaş aralığında 11 çocuğun son test sonucunda Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği puanı düşerken 1 çocuğun yükselmiştir.

Tablo 7. Terapi Öncesi ve Sonrası 12-15 Yaş Katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçekler	Sıralar	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk/Son Ölçüm	Negatif Sıra	17	10,62	180,50	-2,819	0,005
	Pozitif Sıra	3	9,83	29,50		
	Eşit Sıra	0				
ÖMÖ İlk/Son Ölçüm	Negatif Sıra	7	6,57	46,00	-1,725	0,085
	Pozitif Sıra	11	11,36	125,00		
	Eşit Sıra	2				

Terapi öncesi ve sonrası 12-15 yaş katılımcıların Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ($z=-2,819$; $p<0,01$) ön test-son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken Öznel Mutluluk Ölçeği ($z=-1,725$; $p>0,05$) ön test-son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yapılan analiz sonucunda 12-15 yaş aralığında 17 çocuğun son test sonucunda Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği puanı düşerken 3 çocuğun yükselmiştir.

Tablo 8. Kardeş Sayısına Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Kardeş Sayısı	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	3 kardeş ve altı	9	19,72	177,50	-1,216	0,224
	4 kardeş ve üstü	23	15,24	350,50		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	3 kardeş ve altı	9	17,83	160,50	-0,504	0,615
	4 kardeş ve üstü	23	15,98	367,50		
ÖMÖ İlk Ölçüm	3 kardeş ve altı	9	14,56	131,00	-0,736	0,462
	4 kardeş ve üstü	23	17,26	397,00		
ÖMÖ Son Ölçüm	3 kardeş ve altı	9	19,28	173,50	-1,053	0,292
	4 kardeş ve üstü	23	15,41	354,50		

Kardeş sayısına göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda kardeş sayısına göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Türkiye’de Bulunma Süresi Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Bulunma süresi	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	5 yıl altı	6	12,08	72,50	-1,280	0,200
	6 yıl üstü	26	17,52	455,50		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	5 yıl altı	6	14,50	87,00	-0,580	0,562
	6 yıl üstü	26	16,96	441,00		
ÖMÖ İlk Ölçüm	5 yıl altı	6	13,50	81,00	-0,872	0,383
	6 yıl üstü	26	17,19	447,00		
ÖMÖ Son Ölçüm	5 yıl altı	6	18,00	108,00	-0,437	0,662
	6 yıl üstü	26	16,15	420,00		

Türkiye’de bulunma süresine göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda Türkiye’de bulunma süresine göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Evde Yaşayan Kişi Sayısına Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Kişi sayısı	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	5 kişi ve altı	11	19,05	209,50	-1,112	0,266
	6-10 kişi	21	15,17	318,50		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	5 kişi ve altı	11	17,50	192,50	-0,737	0,662
	6-10 kişi	21	15,98	335,50		
ÖMÖ İlk Ölçüm	5 kişi ve altı	11	14,95	164,50	-0,677	0,498
	6-10 kişi	21	17,31	363,50		
ÖMÖ Son Ölçüm	5 kişi ve altı	11	17,68	194,50	-0,519	0,604
	6-10 kişi	21	15,88	333,50		

Evde yaşayan kişi sayısına göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda evde yaşayan kişi sayısına göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Çocuğun Çalışma Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Çalışma durumu	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	Evet	3	15,67	47,00	-0,162	0,872
	Hayır	29	16,59	481,00		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	Evet	3	12,17	36,50	-0,841	0,400
	Hayır	29	16,95	491,50		
ÖMÖ İlk Ölçüm	Evet	3	12,17	36,50	-0,843	0,399
	Hayır	29	16,95	491,50		

ÖMÖ Son Ölçüm	Evet	3	20,50	61,50	-0,780	0,435
	Hayır	29	16,09	466,50		

Çalışma durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda çalışma durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Evde Aile Bireylerinden Şiddet Görme Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Şiddet görme	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	Var	20	16,65	333,00	-0,117	0,907
	Yok	12	16,25	195,00		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	Var	20	16,27	325,50	-0,175	0,861
	Yok	12	16,88	202,50		
ÖMÖ İlk Ölçüm	Var	20	13,88	277,50	-1,051	0,240
	Yok	12	20,88	250,50		
ÖMÖ Son Ölçüm	Var	20	17,18	343,50	-0,528	0,597
	Yok	12	15,38	184,50		

Evde aile bireylerinden şiddet görme durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda evde aile bireylerinden şiddet görme durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. Sağlık Sorununa Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Sağlık sorunu	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	Var	5	15,20	76,00	-0,338	0,736
	Yok	27	16,74	452,00		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	Var	5	18,50	92,50	-0,520	0,603
	Yok	27	16,13	435,50		
ÖMÖ İlk Ölçüm	Var	5	15,20	76,00	-0,339	0,735
	Yok	27	16,74	452,00		
ÖMÖ Son Ölçüm	Var	5	18,40	92,00	-0,496	0,620
	Yok	27	16,15	436,00		

Sağlık sorunu durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda sağlık sorunu durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. Savaşta veya Göç Sırasında Yaralanma Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Savaşta yaralanma	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	Var	3	15,33	46,00	-0,226	0,821
	Yok	29	16,62	482,00		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	Var	3	9,17	27,50	-1,424	0,154
	Yok	29	17,26	500,50		
ÖMÖ İlk Ölçüm	Var	3	13,33	40,00	-0,616	0,538
	Yok	29	16,83	488,00		
ÖMÖ Son Ölçüm	Var	3	16,50	49,50	0,000	1,000
	Yok	29	16,50	478,50		

Savaş veya göç sırasında fiziksel yaralanma veya kaza yaşama durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda savaş veya göç sırasında fiziksel yaralanma veya kaza yaşama durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Savaşta Kayıp ya da Kayıpların Olması Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Savaşta kayıp	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	Var	27	16,83	454,50	-0,467	0,640
	Yok	5	14,70	73,50		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	Var	27	15,46	417,50	-1,455	0,146
	Yok	5	22,10	110,50		
ÖMÖ İlk Ölçüm	Var	27	17,07	461,00	-0,807	0,420
	Yok	5	13,40	67,00		
ÖMÖ Son Ölçüm	Var	27	15,78	426,00	-1,017	0,309
	Yok	5	20,40	102,00		

Savaşta kayıp ya da kayıpların olması durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda savaşta kayıp ya da kayıpların olması durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Savaşta veya Göç Sırasında Fiziksel Yaralanma, Kaza veya Ölüm Tanık Olma Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Yaralanma/kaza ölüm şahitlik	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	Var	21	18,17	381,50	-1,390	0,165
	Yok	11	13,32	146,50		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	Var	21	16,98	356,50	-0,397	0,691
	Yok	11	15,59	171,50		
ÖMÖ İlk Ölçüm	Var	21	18,00	378,00	-1,254	0,210
	Yok	11	13,64	150,00		

ÖMÖ Son Ölçüm	Var	21	15,40	323,50	-0,917	0,359
	Yok	11	18,59	204,50		

Savaşta veya göç sırasında fiziksel yaralanma, kaza veya ölüme tanık olma durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda savaşta veya göç sırasında fiziksel yaralanma, kaza veya ölüme tanık olma durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Savaşta veya Göç Sırasında Görsel ya da İşitsel Patlamaya Tanık Olma Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Görsel/ İşitsel Patlamaya Tanık Olma	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	Var	28	16,82	471,00	-0,513	0,608
	Yok	4	14,25	57,00		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	Var	28	17,25	483,00	-1,198	0,231
	Yok	4	11,25	45,00		
ÖMÖ İlk Ölçüm	Var	28	15,70	439,50	-1,287	0,198
	Yok	4	22,13	88,50		
ÖMÖ Son Ölçüm	Var	28	15,55	435,50	-1,518	0,129
	Yok	4	23,13	92,50		

Savaşta veya göç sırasında görsel ya da işitsel patlamaya tanık olma durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda savaşta veya göç sırasında görsel ya da işitsel patlamaya tanık olma durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Türkiye’de Sosyal Hayata Uyum Sağlama Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Sosyal Hayata Uyum Sağlama	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	Evet	25	16,80	420,00	-0,342	0,732
	Hayır	7	15,43	108,00		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	Evet	25	16,62	415,50	-0,137	0,891
	Hayır	7	16,07	112,50		
ÖMÖ İlk Ölçüm	Evet	25	17,18	429,50	-0,778	0,437
	Hayır	7	14,07	98,50		
ÖMÖ Son Ölçüm	Evet	25	17,46	436,50	-1,100	0,271
	Hayır	7	13,07	91,50		

Türkiye’de sosyal hayata uyum sağlama durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda Türkiye’de sosyal hayata uyum sağlama durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19. Sosyal Ortamda Fiziksel veya Sözel Şiddet Görme Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Fiziksel/Sözel Şiddet Görme	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	Evet	18	17,69	318,50	-0,817	0,414
	Hayır	14	14,96	209,50		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	Evet	18	18,25	328,50	-1,198	0,231
	Hayır	14	14,25	199,50		
ÖMÖ İlk Ölçüm	Evet	18	15,58	280,50	-0,629	0,529
	Hayır	14	17,68	247,50		
ÖMÖ Son Ölçüm	Evet	18	16,39	295,00	-0,076	0,939
	Hayır	14	16,64	233,00		

Sosyal ortamda fiziksel veya sözel şiddet görme durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda sosyal ortamda fiziksel veya sözel şiddet görme durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20. Akranlara Göre Mutluluk Durumuna Göre Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği Puanları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

Ölçek	Akranlara göre mutluluk	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	z	p
ÇTSS-TÖ İlk Ölçüm	Evet	16	17,88	286,00	-0,830	0,407
	Hayır	16	15,13	242,00		
ÇTSS-TÖ Son Ölçüm	Evet	16	18,19	291,00	-1,019	0,308
	Hayır	16	14,81	237,00		
ÖMÖ İlk Ölçüm	Evet	16	13,28	212,50	-1,948	0,051
	Hayır	16	19,72	315,50		
ÖMÖ Son Ölçüm	Evet	16	18,34	293,50	-1,118	0,264
	Hayır	16	14,66	234,50		

Akranlara göre mutluluk durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Çocuklar için Travma Sonrası Strese Tepki Ölçeği ve Öznel Mutluluk Ölçeği puanları arasındaki fark Mann-Whitney U Testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda akranlara göre mutluluk durumuna göre katılımcıların terapi öncesi ve terapi sonrası ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.TARTIŞMA

Travmatik deneyimler bireylerin psikolojik sağlıklarını önemli ölçüde etkileyen yaşam olaylarıdır. Bu yaşam olayları içsel dünyada önemli izler bırakan ve hayatının bütününde uzun süreli etkileri de bulunmaktadır. Bu bağlamda Travma Sonrası Stres Bozukluğu psikoloji literatüründe önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada Suriye'den göç etmek zorunda kalan mülteci çocuklar üzerinde bağlanma temelli Theraplay Grup Oyun Terapisi'nin travma sonrası stres ve mutluluk düzeylerine etkisi incelenmiştir. Bu kısımda elde edilen bulgular literatür çalışmaları ışığında değerlendirilmiştir.

Elde edilen analiz verilerince travma sonrası stres ve mutluluk puanları incelendiğinde kızlarda travma sonrası strese verilen tepkinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Binbay, Direk ve Aker'in (2014) yaptığı çalışmaya göre kız çocuklarının istismar ve ihmal gibi travmatik yaşantılara daha fazla maruz kalması buna neden olmaktadır.

Yapılan çalışmada çocuklara verilen Theraplay Grup Oyun Terapisi'nin travma sonrası stres düzeyini azaltmada ve öznel mutluluk düzeyini arttırmada etkin bir terapi yöntemi olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda katılımcıların %87,5'inin travma sonrası stres düzeyinde anlamlı düşüş görülürken %56,25'inde öznel mutluluk düzeylerinin anlamlı şekilde yükseldiği görülmüştür (Bknz. Tablo 3). Elde edilen bulgular Theraplay Grup Oyun Terapisi'nin çocuklar üzerinde stresi azaltmada ve mutluluk düzeyinin artmasında faydalı bir yöntem olduğunu vurgulamaktadır.

Theraplay oyun terapisinin bu etkinliği kuramsal altyapısı ve hipotezleri ile açıklanabilir. Theraplay oyun terapisi etkileşim ve bağlanma temellidir. Bu etkileşim ve bağlanmada çocukların anneleri ve aile bireyleri ile daha sargın ve sıkı ilişkiler kurulmasını sağlamakta ve etkileşimin niteliğini arttırmayı hedeflemektedir (Gençer ve Aksoy, 2016). Theraplay oyun terapisinin travmatik deneyimlerle başa çıkmakta ve stresi azaltmadaki etkinliği çocuğun annesi ve ailesi ile daha etkili iletişim kurmasını sağlaması ile sağlanabilir. Theraplay oyun terapisi içerisinde kullanılan bilişsel-davranışçı oyun teknikleri de çocukların yaşadıkları psikolojik sorunlarla mücadelesinde etkilidir. Özellikle çocuğun terapide aktif olması ve özgün ortamın oluşturulması çocuğun kendini

ifade etmesinde kolaylaştırıcıdır. Yapılan bilişsel ve davranışsal müdahalelerle de çocuğun yaşadığı duygusal sorunlara çözüm üretme amaçlanmaktadır (Teke ve Sürücü, 2020).

Theraplay grup oyun terapisi ilkeleriyle çocukların psikolojik sağlıklarında olumlu etkiler gerçekleşir. Theraplay grup odaklı oyun terapisinde çocuk güvenli ortamda olduğunu bilir, çocuklar birlikte oyunlar oynar ve seans sürecinde eğlenirler (Sancak, 2019). Bu ilkeler bağlamında çocuğun sorunlarının anlaşılmasında ve etkili psikolojik yardımın ve desteğin sağlanmasında gerekli ortam oluşturulmaktadır. Bunun yanında yetişkin koruması ilkesi de çocukların kendilerini güvende hissetmelerinde yardımcı olmaktadır. Suriyeli sığınmacı çocuklar yaşadıkları savaş ve çatışma ortamında kendilerini güvende hissetmemektedir. Bu noktada Theraplay oyun terapisi çocukların gerek terapi sırasında gerekse ebeveynleri ile bağlanma ilişkisini güçlendirerek kendilerini güvende hissettikleri bir ortam oluşturmaktadır. Çocukların hissettikleri bu güvenlik duygusu travma sonrası semptomların azalmasında ve travma ile mücadele etmelerinde yardımcı rol oynamaktadır (Booth ve Winstead, 2016).

Eruyar ve Vostanis (2020) çalışmalarında Theraplay oyun terapisinin çocuk-aile etkileşimindeki etkileri ve bağlanma üzerindeki olumlu katkıları ile çözüm odaklı bir yaklaşım olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda, hem ailenin özellikle bağlanma noktasında birincil bakım veren annenin de yaşadığı psikolojik sorunların çözülmesinde çocuk özelinde yaşanan ilerleme etkili olmaktadır. Çocuk-ebeveyn etkileşiminin ve bağlanma biçimindeki değişimin hem annenin hem de çocuğun ruh sağlığı için anlamlı bir parametre olduğu belirtilmiştir. Ippen ve arkadaşları (2011) da özellikle çocuk ve aile psikopatolojilerinde bağlanma temelli görüşmelerin çocuklardaki travma sonrası stres bozukluğu belirtilerin azaltılmasında faydalı olduğunu belirtmiştir.

Jernberg (1984) Theraplay oyun terapisinin çocukların öz saygısına yaptığı katkılar ile olumlu başa çıkma becerilerine atıfta bulunur. Terapi ile çocukların benlik saygısı yükselmekte ve olaylarla mücadele etme becerileri pozitif yönde etkilenmektedir. Bu olumlu gelişmeler çocukların travmalara mücadele etmesinde faydalı olmaktadır. Theraplay oyun terapisinin travma sonrası yaşanan stresi azaltma da duygu düzenleme becerisine yaptığı katkılar da önemlidir. Salo ve arkadaşları (2020) çalışmalarında

çocukların duygu düzenleme becerilerinin yapılan Theraplay oyun terapisi ardından anlamlı şekilde yükseldiğini göstermiştir. Çocuklar duygularını tanımada, tanımlamada, yaşamada ve davranışlarına yansıtmasında daha başarılı bulunmuştur.

Wettig, Coleman ve Geider (2011) çalışmalarında travmatik deneyimlerin sonucu olarak düşünülebilecek olan utangaçlık ve sosyal geri çekilme noktasında Theraplay oyun terapisinin etkinliğini belirtmiştir. Yapılan çalışmada terapi sonucunda çocukların sosyal geri çekilme düzeyinde azalma görülürken kendine güven ve kendini ifade etme düzeylerinde artış görülmüştür. Bojanowski ve Ammen (2011) ise travmatik deneyimlerin bir başka sonucu olarak görülecek içselleştirme ve dışsallaştırma problemlerinde, Theraplay oyun terapisi sonrasında çocukların puanlarında anlamlı düşüşler gözlenmiştir. Money, Wilde ve Dawson (2020) ise yaptıkları meta-analiz çalışmasında, Theraplay oyun terapisinin çocuklardaki davranış problemlerinde, duygusal bozukluklarda ve olumsuz yaşam deneyimlerinde etkili bir terapi yöntemi olduğunu göstermiştir.

Theraplay oyun terapisi savaş ve çatışma temelli travmalara benzer şekilde istismar gibi çocukluk çağı travmalarında da etkili bulunmuştur. Stubenbort, Cohen ve Trybalski (2010) yaptıkları çalışmada oyun terapisinin istismar gibi travmatik deneyimlerle başa çıkmada etkili olduğunu göstermiştir. Bu etkinlik travmatik deneyimin yaşattığı tehlike ve stres algısına karşı ebeveyn ile kurulan güvenli bağlanma ile aşılmaktadır. Çocuk, sorunlarla başa çıkmada yalnız olmadığını görmekte ve ebeveynine daha güvenli bağlanmaktadır. Theraplay oyun terapisi etkinliğinde Brayman (2016), içsel kontrol mekanizması ve sosyal beceri/iletişim noktalarının önemine atıfta bulunmuştur. İnteraktif deneyimler ve katılımcı doğası ile Theraplay oyun terapisi çocukların içsel dünyalarında yaşadıkları sorunları çözmelerinde kontrol mekanizması kazandırmakta ve duygusal-davranışsal sorunlarla mücadele etmede sosyalleşmeyi ve etkileşim kurmanın önemini vurgulamaktadır. Weir ve arkadaşları (2013) ise Theraplay oyun terapisinin aile ortamının ve iletişiminin iyileştirilmesindeki öneme katkı sağlayarak çocuğun büyüyebileceği pozitif aile ortamının, yaşanan psikolojik sorunlarla mücadele etmedeki dolaylı katkısını belirtmiştir. Aile ortamının pozitif olması ve aile bireyleri arasındaki etkili iletişim paternleri çocuğun kendini iyi hissetmesinde ve psikolojik sorunları ile başa çıkmasında gerekli ortamın oluşmasına yardımcı olmaktadır.

Theraplay oyun terapisinin travma, stres ve mutluluk düzeyine etkileri beyin görüntüleme çalışmaları ile de açıklanabilir. Siegal ve Hartzell (2003) çalışmalarında oyun terapisi ile beynin sağ lobunda ve ön lobunda sinaps sayısında anlamlı artış olduğu görülmüştür. Ayrıca hipokampus da yeni nöronlar oluşurken limbik sistemin düzenli işleyişine de yardımcı olmaktadır. Hipokampus travmatik anıların depolanmasında ve işlenmesinde etkili bir beyin merkezidir. Bunun yanında travmatik deneyimlere bağlı olarak duygusal sorunlar ve davranış problemleri de limbik sistemdeki yapısal ve işlevsel bozulmalardan etkilenmektedir (Akt: Gençer ve Aksoy, 2016).

Literatür çalışmalarının incelenmesinde ülkemizde Theraplay için fazla sayıda çalışma olmadığı görülmüştür. Türe ve Barut (2020) çalışmasında 1987-2020 tarihleri arasında tez ve makale çalışmalarında oyun terapisi alanında 40 araştırma olduğu görülmüştür. Bu çalışmalar içinde 1 makalenin Theraplay oyun terapisi odaklı olduğu görülmüştür. Sonrasında yapılan çalışmalarla bu sayı artmasına rağmen çalışma sayısı yeterli görülmemiştir. Bu çalışma ile Theraplay oyun terapisinin etkili bir terapi yöntemi olarak çocukların yaşadıkları psikolojik sorunlarda kullanılabilceği vurgulanmıştır. Ayrıca bağlanmayı ve aile ile iletişimi merkeze alması ile Theraplay oyun terapisi çocuklar için çok yönlü ve koruyucu hizmetler sunmaktadır.

Son olarak, çalışmamızda demografik değişkenler için anlamlı farklılıkların bulunmaması Theraplay oyun terapisinin demografik değişkenlerden etkilenmeyen ve katılımcıların tamamı için etkili bir yöntem olduğunu göstermiştir. Türk literatür için Theraplay oyun terapisinin farklı psikopatolojiler üzerinde incelenmesinin ve grup karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmüştür. Özellikle istismar, ihmal, aile içi şiddet gibi başlıklarda Theraplay oyun terapisi odaklı çalışmalarının yapılması faydalı olacaktır. Diğer yandan çocukların ebeveynleri ile iletişimi ve etkileşiminin önemi bilinmektedir. Bu noktada ebeveynlerin bilinçlendirilmesi dolaylı anlamda Theraplay oyun terapisinin faydasını gösterecektir. Özellikle kreş, anaokulu ve ilköğretim düzeyindeki eğitimciler ve uzmanlara düşen görevler bulunmaktadır.

4.1.Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmada Theraplay Grup Oyun Terapisi'nin savaş ve göç mağduru olan Suriyeli mülteci çocuklardaki travma sonrası stres tepkilerine ve mutluluk düzeylerine etkisi incelenmiştir. 12 haftalık uygulamanın ardından çocukların travma sonrası stres tepki düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş, mutluluk puanlarında ise anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgular kapsamında Theraplay Grup Oyun Terapisi'nin çocuklardaki stresi tepkilerinin azalmasına ve mutluluk düzeylerinin artmasına faydalı olduğu görülmektedir. Araştırmanın analiz sonuçları tartışma bölümünde detaylı olarak ele alınmıştır.

Literatüre katkı sağlaması açısından yapılacak sonraki çalışmaların bu araştırma sonuçlarından faydalanırken bu araştırmada bulunan sınırlılıklar elimine edilmelidir. Bu araştırmanın örneklem grubu 8-15 yaş aralığındadır. Gelecek çalışmalarda rastgele seçilmiş daha büyük ve farklı örneklem gruplarına ek olarak kontrol ve plasebo örneklem grubunun araştırmaya dahil edilmesi Theraplay'in etkililiği hakkında daha detaylı sonuçlara varılmasını sağlayacaktır.

Bu araştırma savaş ve göç yönünden dezavantajlı olan çocuklar üzerinde uygulanmıştır. Aynı çalışmanın farklı travma geçmişine sahip ya da dezavantajlı bireyler ve Türk bireyler ile uygulanması etkililiği ile ilgili literatüre katkı sağlayacaktır.

Bu araştırma sürecinde ebeveynler ile yalnızca sosyodemografik veri formu doldurulurken iletişime geçilmiştir. Çocukların travma sonrası stres tepkilerinin ve mutluluk düzeylerinin ebeveyn ve çocuk arasındaki iletişim tutumları ve bağlanma stilleri ile ilgili araştırmaların zenginleştirilmesi için bakım verenleri terapi sürecine dahil edebilme uygunluğu sağlayan benzer Theraplay çalışmaları tekrarlanabilir.

Theraplay Grup Terapi uygulaması, yapılacak benzer çalışmalarda sınıf öğretmenlerinin ve okul psikolojik danışmanlarının eğitilmesiyle okul ortamına entegre edilebilir. Böylece daha çok çocuğun bu yöntemden faydalanması sağlanabilir. Suriyeli ve Türk çocuklardan karışık örneklem grupları oluşturularak akranlar arası iletişim ve akran zorbalığı hakkında sonuçlar elde edilerek literatüre katkı sağlanabilir.

Türkiye’de Theraplay’e ve Theraplay Grup Oyun Terapisine dair yeterince çalışma olmadığı görülmektedir. Yurtdışında yapılan çocukların ruh sağlığı ve ebeveyn-çocuk bağlanma stilleriyle ilgili araştırmalarda önemli bir yere olan Theraplay’e ülkemizdeki çalışmalarda ağırlık verilebilir.



5. KAYNAKÇA

- Aborn, A. I. (1993). Play and positive emotion. Therapeutic powers of play, 291-308.
- APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Association of Play Therapy (n.d.). About play therapy overview. Retrieved May 10, 2021, from www.a4pt.org
- Ataman, M. (2012). Suriye’de İktidar Mücadelesi, Baas Rejimi, Toplumsal Talepler ve Uluslararası Toplum. *SETA Raporu, Nisan*, 8-11.
- Axline, V. (1947). *Play Therapy*. New York: Ballantine.
- Barnard, K. E., & Brazelton, T. (1990). Touch: The foundation of experience: Full revised and expanded proceedings of Johnson & Johnson Pediatric Round Table X. International Universities Press, Inc.
- Batten, S. V., Orsillo, S. M., & Walser, R. D. (n.d.). Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. Series in Anxiety and Related Disorders, 241–269. doi:10.1007/0-387-25989-9_10
- Baysak, E. (2010). Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Tükenmişlik ve İlişkili Etkenler (Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi).
- Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy and the emotional disorders. Penguin.
- Ben-Zur, H. (2003). Happy adolescents: The link between subjective well-being, internal resources, and parental factors. *Journal of youth and adolescence*, 32(2), 67-79.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Debeci, A., Kadri Gültekin, B., Şar, V., Taycan, O., & Ulaş, H. (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler [Psychiatric epidemiology in Turkey: Main advances in recent studies and future directions]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 264–281

- Bojanowski, J. J., & Ammen, S. (2011). Discriminating between pre-versus post-theraplay treatment Marschak Interaction Methods using the Marschak Interaction Method Rating System. *International Journal of Play Therapy*, 20(1), 1-11.
- Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2009). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. John Wiley & Sons.
- Booth, P. B., & Winstead, M. L. R. (2016). Theraplay®: Creating secure and joyful attachment relationships. K.J. O'Connor, C.E. Schaefer, L.D. Braverman (ed), in *Handbook of Play Therapy* (pp.165-194). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss v. 3* (Vol. 1).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. In *Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger* (pp. 1-429). London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Bowlby, J. (2005). *A secure base: Clinical applications of attachment theory* (Vol. 393). Taylor & Francis.
- Bowlby, J. (2008). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic books.
- Bozbeyoğlu, E. (2015). Mülteciler ve insan hakları. *Moment Dergi*, 2(1), 60-80.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376–390.
- Brayman, R. (2016). The effectiveness of Theraplay as treatment for older children with attachment difficulties. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository website: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/565
- Brody, V. (1993). *The dialog of touch: Developmental play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Brown, S. (2009). *Play: How it shapes the brain, opens the imagination, and invigorates the soul*. New York: Penguin.
- Buz, S. (2004). *Zorunlu Çıkış Zorlu Kabul- Mültecilik*, Ankara: SGDD Yayınları.
- Carlson, J., Watts, R. E., & Maniacci, M. (2006). *Adlerian therapy: Theory and practice*. American Psychological Association

- Cengiz, D. (2015). Zorunlu Göçün Mekânsal Etkileri Ve Yerel Halkın Algısı; Kilis Örneği. *Electronic Turkish Studies*, 10(2).
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M., & Staron, V. (2007). A Pilot Randomized Controlled Trial of Combined Trauma-Focused CBT and Sertraline for Childhood PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 811–819.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents: White paper from the national child traumatic stress network complex trauma task force. *Los Angeles: National Center for Child Traumatic Stress*, 35(5), 390-398.
- Çakır, S. (2011). Türkiye’de göç, kentleşme/gecekondu sorunu ve üretilen politikalar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2011(23), 209-222.
- Çiçekli, Bülent (2009). Uluslararası Hukukta Mülteciler ve Sığınmacılar, Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Çorabatır, M., & Hassa, F. (2013). Sivil toplum örgütlerinin Türkiye’deki Suriyeli mülteciler için yaptıkları çalışmalar ile ilgili rapor. *İGAM-İltica ve Göç Araştırmaları Merkezi*.
- De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The Biological Effects of Childhood Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 185–222.
- Deniz, O. (2009). Uluslararası göçler ve Türkiye’ye yansıması. Çantay Yayınları, İstanbul.
- Derin, G., & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif Bozukluklar Ve Sınırda (Borderline) Kişilik Bozukluğunda Ruhsal Travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3), 29-42.
- Des Lauriers, A. M. (1962). The experience of reality in childhood schizophrenia.
- Doğan, T., & Totan, T. (2013). Psychometric properties of Turkish version of the Subjective Happiness Scale. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 1(1), 21-28.
- Drewes, A. A. (2006). Play-based interventions. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 2, 139-157.

- Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*, 369(9576), 1891–1899.
- Erdal, İ. N. C. E. (2017). Suriye’de Baas Rejiminin Kuruluşu ve Türkiye. *Tarih ve Günce*, 1(1), 261-280.
- Erden, G., Kılıç, E. Z., Uslu, R. I., & Kerimoğlu, E. (1999). Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(3), 143-49.
- Ermumcu, S. (2013). Sığınmacıların ve mültecilerin sosyal güvenlik hakkı. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 4(2), 58-76.
- Eruyar, S., & Vostanis, P. (2020). Feasibility of group therapy with refugee children in Turkey. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(4), 626-637.
- Erwin, E. (2002). *The Freud encyclopedia: Theory, therapy, and culture*. Taylor & Francis.
- Ferriegel, M. (2007). Healing images of the psyche in experiential play therapy. Paper presented at the 13th Annual Colorado Association for Play Therapy Conference, Denver, CO.
- Fildiş, A. T. (2013). Günümüzde Suriye’de Yaşanan Sorunların Tarihsel Arka Planına Kısa Bir Bakış. *Ortadoğu Analiz*, 6(52), 55-62.
- Fisher, S. & Kelly, V. (2007). “The Fear-Driven Brain: A Regulation Model for Attachment Disorders.” Presented at the conference of the Association for the Training and Treatment of Attachment Disorders in Children (ATTACH).
- Foa, E. B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 67(Suppl 2), 40-45.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2010). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual review of psychology*, 48(1), 449-480.
- Freud, A. (1946). *The psycho-analytical treatment of children*. New York: New York University Press.

- Freud, A. (2018). Normality and pathology in childhood: Assessments of development. Routledge.
- Freud, S. (1908). Creative Writers and Day-Dreaming. *The Standard Edition*, 9, 141-54.
- Freud, S. (1909). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. *Klassiekers Van de Kinderen Jeugdpsychotherapie*, 26.
- Friedman, M. J. (2013). PTSD: Pharmacotherapeutic Approaches. *FOCUS*, 11(3), 315–320.
- Garvey, C. (1977). Play. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gençer, A. A., & Aksoy, A. B. (2016). Anne çocuk etkileşiminde farklı bir yaklaşım: Theraplay oyun terapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 244-254.
- Gerhardt, S. (2006). Why love matters: How affection shapes a baby's brain. *Infant Observation*, 9(3), 305–309.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 697–714.
- Gomez, A. M. (2012). EMDR therapy and adjunct approaches with children: Complex trauma, attachment, and dissociation. Springer Publishing Company.
- Hamblen, J., & Barnett, E. (2014). PTSD in children and adolescents. *National Center for PTSD*, in www.ncptsd.org.
- Hart, O., Brown, P., & Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 379–395.
- Hart, S. (2018). Brain, attachment, personality: An introduction to neuroaffective development. Routledge.
- Hart, S., & Makela, J. (2011). Theraplay: An Intensive, Engaging, Interactive Play that Promotes Psychological Development” in Hart, S. (Ed.) Neuroaffectiv psykoterapi med born (Neuroaffective Psychotherapy for Children).
- Hatungil, R. (2008). Stres ve Demansta Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Ekseninin Rolü. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (3) , 1-7.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
- Herman, J. L. (2015). Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror. Hachette uK.
- Hug-Hellmuth, H. (1921). On the technique of child analysis. *International Journal of Pscyhoanalysis*, 2,287-305
- Ippen, C., Harris, W., Van Horn, P., & Lieberman, A. (2011). Traumatic and stressful events in early childhood: Can treatment help those at highest risk? *Child Abuse and Neglect*, 35(7), 504-513.
- Ipser, J. C., & Stein, D. J. (2011). Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(06), 825–840.
- İçduygu, A., Erder, S. ve Gençkaya, Ö. F. (2014). Türkiye'nin Uluslararası Göç Politikaları, 1923-2023: Ulus-devlet Oluşumundan Ulus-Ötesi Dönüşümlere. İstanbul: Koç Üniversitesi Göç Araştırmaları Merkezi.
- Jernberg, A. (1984). Theraplay: Child therapy for attachment fostering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 21(1), 39-47.
- Jernberg, A. M. (1979). Theraplay: A new treatment using structured play for problem children and their families. Jossey-Bass.
- Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet*, 364(9432), 462–470.
- Kap, D. (2014). Suriyeli mülteciler: Türkiye'nin müstakbel vatandaşları. *Akademik Perspektif*, 1(3), 30-35.
- Karasar, N. (2020). *Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler* (35. baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kelly, J. A. (1983). Treating child-abusive families: Intervention based on skills-training principles. New York: Plenum Press.
- Klein, M. (1955). The psychoanalytic play technique. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25(2), 223.

- Klein, M. (1975). *The psychoanalysis of children*. London: Hogarth Press. (Original work published 1932).
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive-behavioral play therapy*. Rowman & Littlefield.
- Knell, S. M. (2015). Cognitive-behavioral play therapy. *Handbook of play therapy, 119*.
- Knipe, J. (2018). *EMDR toolbox: Theory and treatment of complex PTSD and dissociation*. Springer Publishing Company.
- Kohut, H. (2009). *The restoration of the self*. University of Chicago Press.
- Kottman, T. (2003). *Partners in play: An Adlerian approach to play therapy (2nd ed.)*. American Counseling Association.
- Kottman, T. (2010). *Adlerian play therapy treatment manual*. Unpublished manuscript.
- Kottman, T. (2011). *Play therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*. American Counseling Association.
- Lambert, S.F., LeBlanc, M., Mullen, J.A., Ray, D.C., Baggerly, J., White, J., & Kaplan, D. (2005). Learning more about those who play in session: The National Play Therapy in Counseling Practices Project (Phase I). *International Journal of Play Therapy, 14*, 7-23.
- Landreth, G. L. (1991). *The art of the relationship*. Muchie, IN: Accelerated Development.
- Landreth, G. L. (1993). *Self-expressive communication*.
- Landreth, G. L., & Sweeney, D. S. (1999). The freedom to be: Child-centered group play therapy. In D. S. Sweeney & L. E. Homeyer (Eds.), *The handbook of group play therapy: How to do it, how it works, whom it's best for* (p. 39–64). Jossey-Bass.
- Levy, D. (1938). Release therapy in young children. *Psychiatry, 1*, 387-389.
- Lowenfeld, M. (1939). The world pictures of children: A method of recording and studying them. *British Journal of Medical Psychology, 18*, 65-101.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research, 46(2)*, 137-155.
- Mäkelä, J. (2005). The importance of touch in development of children. *The Finnish Medical Journal, 60*, 1543-1549.

- Mäkela, J., & Hart, S. (2011). Theraplay: Intensiv, engagerende, interaktiv leg som et middle til at fremme psykisk udvikling. *Neuroaffektiv Psykoterapi med Voksne. Copenhagen, Denmark: Hans Reitzels Forlag, 40.*
- Marschak, M. (1960). A method for evaluating child-parent interaction under controlled conditions. *The Journal of Genetic Psychology, 97*(1), 3-22.
- MEB (2020). Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2019-2020.
- Mol, S. S., Arntz, A., Metsemakers, J. F., Dinant, G. J., Vilters-Van Montfort, P. A., & Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *The British Journal of Psychiatry, 186*(6), 494-499.
- Money, R., Wilde, S., & Dawson, D. (2020). The effectiveness of Theraplay for children under 12-A systematic literature review. *Child and Adolescent Mental Health, 25*(3), 1-14
- Norton B. E. (2009). Understanding the use of metaphors in Experiential Play Therapy. Paper presented at Colorado Association for Play Therapy Conference, Denver, CO.
- Odman, M. T. (2006). “Mülteci Hukuku Türk Mülteci Politikası ve Uygulaması”. *Güncel Hukuk Dergisi, 26-36.*
- Olçay, Z. (2012). Mülteci-göçmen belirsizliğinde iklim mültecileri. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 99*(232-233), 201.
- Orhan, O. (2013). “Suriye Türkmenleri: Siyasal Hareketler ve Askeri Yapılanma”. *Ortadoğu Analiz, cilt: 5, (Sayı: 51), 56.*
- Perry, B., & Szalavitz, M. (2007). The Boy Who Was Raised as a Dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook Child Psychiatrist's Notebook--What Traumatized Children Can Teach Us About Loss, Love, and Healing.
- Piaget, J. (1962). Play, dreams and imitation in childhood. New York: W.W. Norton & Co.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., & Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry, 44*(12), 1057-1063.
- Raskind, M. A., Peterson, K., Williams, T., Hoff, D. J., Hart, K., Holmes, H., ... Peskind, E. R. (2013). A Trial of Prazosin for Combat Trauma PTSD With

Nightmares in Active-Duty Soldiers Returned From Iraq and Afghanistan. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 1003–1010.

Ray, D. (2011). *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice*. Taylor & Francis.

Rennie, R., & Landreth, G. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 19–37.

Resmi Gazete. (2013). Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK), Sayı: 28615.

Ribas-Mateos, N. (2005). *Migration, Welfare, and Borders, The Mediterranean in the Age of Globalization*. New Brunswick, NJ and London: Transaction Publishers.

Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599–606.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.

Salo, S., Flykt, M., Mäkelä, J., Lassenius-Panula, L., Korja, R., Lindaman, S., & Punamäki, R. L. (2020). The impact of Theraplay® therapy on parent-child interaction and child psychiatric symptoms: a pilot study. *International Journal of Play*, 9(3), 331-352.

Sancak, S. (2019). *Effects of group theraplay on social skills and problem behaviors of preschoolers in classroom environment*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2004). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment*. Charleston: National Crime Victims Research and Treatment Center.

Sayın, Y., Usanmaz, A., & Aslangiri, F. (2016). Uluslararası Göç Olgusu ve Yol Açtığı Etkiler: Suriye Göçü Örneği. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 18(31), 1-13.

Schaefer, C. E. (1993). *The therapeutic powers of play*. Northvale, NJ: Aronson.

- Schaefer, C. E. (1999). Curative factors in play therapy. *Journal for the Professional Counselor*, 14(1), 7-16 Northvale, NJ: Aronson.
- Schaefer, C. E. (Ed.). (2011). *Foundations of play therapy*. John Wiley & Sons.
- Schneier, F. R., Campeas, R., Carcamo, J., Glass, A., Lewis-Fernandez, R., Neria, Y., ... Wall, M. M. (2015). Combined Mirtazapine And SSRI Treatment Of PTSD: A Placebo-Controlled Trial. *Depression and Anxiety*, 32(8), 570–579.
- Shapiro, F. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *Basic Principles, Protocols, and Procedures*, Ed, 2.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
- Stern, D. N. (1996). Plenary Lecture at the Sixth World Congress on Infant Mental Health. Tampere, Finland.
- Stern, D. N. (2018). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Routledge.
- Stern, D. N. (2020). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Routledge.
- Stubenbort, K., Cohen, M. M., & Trybalski, V. (2010). The effectiveness of an attachment-focused treatment model in a therapeutic preschool for abused children. *Clinical Social Work Journal*, 38(1), 51-60.
- Sweeney, D., & Landreth, G. (2009). Child-centered play therapy. *Play therapy theory and practice: Comparing theories and techniques*, 123-162.
- Tanrikulu, F. (2017). Türkiye’de yaşayan Suriyeli çocukların eğitim sorunu ve çözüm önerileri. *Liberal Düşünce Dergisi*, (86), 127-144.
- Taylor, S. ve Sidhu, K. (2012). Supporting refugee students in schools: *What constitutes inclusive education?* *International Journal of Inclusive Education*, 16(1), 39-56.
- Teke, E., ve Sürücü, A. (2020). Oyun Terapisiyle Bütünleştirilmiş Grupla Psikolojik Danışmanın İlkokul Öğrencilerinin Sosyal Kaygı Düzeylerine Etkisi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(2), 695-708.
- Tinker, R. H., & Wilson, S. A. (1999). *Through the eyes of a child: EMDR with children*. WW Norton & Co.

- Topal, C. (2015). Suriye iç savaşı ve uluslararası düzen.
- Tronick, E. Z. (1995). Touch in mother-infant interaction. *Touch in early development*, 53-65.
- Türe, E., & Barut, Y. (2020). Türkiye’de Yapılan Oyun Terapisi Çalışmalarının İncelenmesi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 4(8), 127-138.
- Uluslararası Af Örgütü (2014). Hayatta Kalma Mücadelesi: Türkiye'deki Suriye'den Gelen Mülteciler. <https://www.amnesty.org/en/documents/EUR44/017/2014/tr/> Erişim Tarihi: 10.12.2020
- UNHCR (2016). Türkiye’de UNHCR Gerçekler ve Rakamlar. <http://www.unhcr.org/turkey/home.php?content=178> Erişim Tarihi: 1.1.2021
- UNHCR (2020). Turkey Operational Update December 2020. <https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2021/01/UNHCR-Turkey-Operational-Update-December-2020-FINAL.pdf> Erişim Tarihi: 10.1.2021
- Uzun, E. M., & Bütün, E. (2016). Okul öncesi eğitim kurumlarındaki Suriyeli sığınmacı çocukların karşılaştıkları sorunlar hakkında öğretmen görüşleri. *Uluslararası Erken Çocukluk Eğitimi Çalışmaları Dergisi*, 1(1).
- Van der Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 397–412.
- Van der Kolk, B. A., Weisaeth, L., & Van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (p. 47–74). The Guilford Press.
- Vygotsky, L. S. (1966). Play and its role in the mental development of the child. *Voprosy Psikhologii*, 12, 6-18.
- Vygotsky, L. S. (1967). Play and its role in the mental development of the child. *Soviet psychology*, 5(3), 6-18.
- Waelder, R. (1932). The Psychoanalytic Theory of Play. *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 208-224.
- Weir, K. N., Lee, S., Canosa, P., Rodrigues, N., McWilliams, M., & Parker, L. (2013). Whole family therapy: Integrating family systems theory and therapy to treat adoptive families. *Adoption Quarterly*, 16(3-4), 175-200.

- Weiss, S. J. (1990). Parental touching: Correlates of a child's body concept and body sentiment.
- Wettig, H. H. G., Coleman, A. R., & Geider, F. J. (2011). Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children. *International Journal of Play Therapy*, 20(1), 26-37.
- Williamson, G. G., & Anzalone, M. E. (2001). Sensory integration and self-regulation in infants and toddlers: Helping very young children interact with their environment. Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers and Families, 2000 M Street, NW, Suite 200, Washington, DC 20036-3307.
- Winnicott, D. W. (1991). Playing and reality. Psychology Press.
- Wylie, M. S. (2004). The limits of talk. *Psychotherapy networker*, 28(1), 30-36.
- Yehuda, R. (2002). Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*, 346(2), 108-114.
- Yorbık, Ö., Dikkatli, S., Cansever, A., & Söhmen, T. (2001). Çocuklarda ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin tedavisinde fluoksetinin etkinliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11, 251-256.

EKLER

EK 1 - SURIYELİ MÜLTECİ ÇOCUKLARA UYGULANAN THERAPLAY GRUP TERAPİSİNİN ÖRNEK SEANS İÇERİKLERİ

Aşağıda Suriyeli mülteci çocuklara 12 hafta boyunca yapılan Theraplay grup terapi sürecinin 1., 6., ve 12. seans içerikleri verilmiştir. 1. seans çocukların terapi yapılan ortama, terapistlere ve grup içerisindeki katılımcılara alışması, güven duyması, Theraplay’ın kurallarını ve ritüellerini içselleştirilmeleri hedefi ile yapılandırılan seansın örneğidir. 6. seans çocuklardaki travma sonrası uyarılma halinin ve dürtüselliğin düzenlenmesi, sağlıklı sosyal ilişkiler kurabilme, benlik algısının yapılandırılması hedefi ile yapılandırılan seansın örneğidir. 12. seans çocukları grup terapisinin bitişine hazırlayan ve kazandıkları edinimleri terapi ardından devam ettirebilmeleri amacı ile yapılandırılan seansın içeriğini örneklendirmektedir.

1. SEANS	
Terapist açılış konuşması (<i>Yalnızca 1.seans</i>)	İlk seans terapistin kendini, yardımcı terapisti, theraplay sürecini anlatacağı bir konuşma ile başlar. “Merhaba arkadaşlar, hepiniz hoşgeldiniz. Sizleri aramızda görmekten çok mutluyuz. Bugün 12 haftalık bir oyun programına başlıyoruz. Her hafta aynı gün aynı saatte bu grupla beraber oyunlar oynamak için buluşacağız.
Kurallar (<i>Ritüel</i>)	Hep birlikte hareket edeceğiz, birbirimize zarar vermeyeceğiz, çok eğleneceğiz. (Çok eğleneceğiz derken eller havada sallanacak.)
Tanışma	Çocuklara tek tek kendilerini tanıtmaları için söz verilir ve etiketlere isim takılarak yakalarına yapıştırılır.
Grup ismi belirleme	Bu oyun grubumuz boyunca hep beraber vakit geçireceğiz ve bir grup halinde oyunlarımızı oynayacağız. Hadi grubumuza bir isim verelim... (Terapist gruba yardımcı olmak için örnek isimler (Mutlu tavşanlar, ışıldayan gözler, mutlu kalpler, günışığı) verebilir ve tek tek her katılımcının fikirlerini alır.)
Merhaba Şarkısı (<i>Ritüel</i>)	Merhaba <i>Grubun İsmi</i> Merhaba <i>Grubun İsmi</i> hoşgeldiniz, iyi ki geldiniz. Merhaba <i>Ayşe</i> , Merhaba <i>Ahmet</i> ,
Kontrol – Krem (<i>Ritüel</i>) (<i>Besleme Boyutu</i>)	Lider terapist ve yardımcı terapistler tarafından herkesin ellerine krem konur ve lideri beklemesi istenir. Lider “eller gelmiş, bütün parmaklarımız burada” gibi cümleler kurarken yardımcı terapistler kremi çocuklara sürer. Lider yakınlığı kabul etmeyen çocuklardan kendisini izleyerek kremi kendilerine sürmesini ister.
1.Oyun: İsim – Hareket (<i>Tanışma Oyunu</i>) (<i>Bağlılık Boyutu</i>)	Herkes bir hareket yapar ve Merhaba ben <i>Ayşe/Ahmet</i> der. Gruptaki diğer kişiler o hareketi yapar ve hep bir ağızdan Merhaba <i>Ayşe/Ahmet</i> der.

<p>2.Oyun: Yürü – Dur (Yapı Boyutu)</p>	<p>Lider katılımcılara odanın içinde rast gele yürümesini söyler. Beklenmedik bir anda “Dur!” der ve grup üyeleri oldukları yerde kıvılcımdan dururlar. Lider her dur dediğinde “Gördüğünüz ilk kişiye selam verin.”, “Gördüğünüz ilk kişiye gülümseyin.”, “Gördüğünüz ilk kişiyle birbirinize el sallayın.” “Gördüğünüz ilk kişiyle ayakları tokuşturun” gibi yönergeler verir.</p>
<p>3.Oyun: Çarşafın Balon İlerletme (Bağlılık Boyutu)</p>	<p>Herkes çarşafın ya da battaniyenin bir ucundan sıkıca tutar. Lider gruptaki kişilerden birisinin ismini söyler. Tüm grup balonu ismi söylenen kişiye doğru yollamak için çarşafa eğim verir. Balonun ulaştığı kişi yeni birinin ismini söyler.</p>
<p>4.Oyun: Patlayan Mısırlar (Yapı ve Bağlılık Boyutu)</p>	<p>Lider bir çocuğu seçer ve o çocuk ortaya seçilir. Ve patlayan mısır şarkısı söylenir. “Yağımızı dökelim Mısırları koyalım Tuzunu da ekelim Kapağı kapatalım Altını da açalım Isıt, ısıt, ısıt, ısıt, Isıt, ısıt, ısıt, ısıt, Patla! Patla, patla, patla Patla, patla, patla Şimdi dur. Zıpla!!” Bu şarkı söylenirken terapist şarkının hareketlerini yapar daha sonra patlamış mısır olarak seçilen çocuk yerine başkasını seçer. Son olarak bütün çocuklar bir arada yapılır ve biter.</p>
<p>5.Oyun: Hava Durumu (Besleme Boyutu)</p>	<p>Lider hava durumunu anlatmaya başlar ve liderin anlattıklarının ve yaptıklarına göre katılımcılar lideri taklit eder. ‘Bugün İstanbul’da kara kara bulutlar vardı da eller omuzlarda bulut yapılır. Daha sonra bulutlardan hafif hafif yağmur çiselemeye başladı derken parmaklarla başımızı pıt pıt pıt dokunuşlar yapılır” gibi.. Hava durumuna uygun olacak şekilde lider hareketleri uyarlar.</p>
<p>Besleme Ritüeli ve EMDR Şarkısı (Besleme ve Bağlılık Boyutu)</p>	<p>“Işıklar tüm yıldızlar Gözlerin ışık saçar Çok özel ve bir tane Mahmut, Fatma, Ayşe, ve Ahmet’le Oynarız biz birlikte Her zaman her seferinde” Bu şarkı çocuklar atıştırmalık ile beslendikten sonra söylenir; şarkı söylenirken çocuklar ellerini dizlerine EMDR tıptılarıyla hafif ve liderle uyumlu olacak şekilde vurur.</p>
<p>Bitiş Şarkısı (Ritüel)</p>	<p>Güle Güle Grubun İsmi Güle Güle Grubun İsmi Hoşçakalın haftaya bir daha oynayalım. Güle Güle Ayşe, Güle Güle Ahmet...</p>

6.SEANS	
Merhaba Şarkısı <i>(Ritüel)</i>	Merhaba <i>Grubun İsmi</i> Merhaba <i>Grubun İsmi</i> Hoşgeldiniz, iyi ki geldiniz. Merhaba <i>Ayşe</i> , Merhaba <i>Ahmet</i> ,
Kontrol – Krem <i>(Ritüel)</i> <i>(Besleme Boyutu)</i>	Lider terapist ve yardımcı terapistler tarafından herkesin ellerine krem konur ve lideri beklemesi istenir. Lider “eller gelmiş, bütün parmaklarımız burada” gibi cümleler kurarken yardımcı terapistler kremi çocuklara sürer. Lider yakınlığı kabul etmeyen çocuklardan kendisini izleyerek kremi kendilerine sürmesini ister.
1.Oyun: Balonu Geçir <i>(Bağlılık ve Mücadele Boyutu)</i>	Balon kişiden kişiye geçer ancak geçiren kişi balonu geçirmeden önce geçireceği kişinin adını söyler. Oyunu daha da zorlaştırmak için; geçirdiği kişinin adını söylemek yerine, balonu geçirdiği kişiyi tarif edecek bir şey söylemesi istenebilir (en sevdiği aktivite, en sevdiği yemek, saç rengi vs).
2.Oyun: Balon Yarışı <i>(Mücadele Boyutu)</i>	Grup lider tarafından ikiye bölünür. 2 grubun da başındaki kişiye bir balon verilir ve aynı anda arkalarındaki kişiye başlarının üzerinden balonu vermeleri istenir. Balon en arkaya ulaştığında, arkadaki kişi balonu alarak en öne gelir ve başlangıçtaki kişi öne gelene kadar oyun devam eder. İlk bitiren grup kazanır. Yaş grubuna göre oyun daha da zorlaştırılmak istenirse bir baş üstünden, bir bacaklarının arasından arkaya doğru aktarılır.
3.Oyun: Folyodan El İzi <i>(Bağlılık Boyutu)</i>	Her çocuğa folyo verilir ve ellerini sarmaları istenir (nasıl saracakları gösterilir, ellerinin kıvrımlarına bastırılmaları istenerek şeklinin daha güzel çıkması sağlanır).
4.Oyun: Gazete Kağıdı <i>(Mücadele Boyutu)</i>	Müsvette kağıt/gazete lider ve yardımcı terapistler tarafından tutulur ve çocuklar kağıtları yumruklar. Gazeteler bölünebilecek en küçük formuna gelene kadar oyun devam eder.
5.Oyun: Oyun: Gazete Basket <i>(Mücadele Boyutu)</i>	Yukarıda oynanan oyunun kağıtları top haline getirilir. Lider/terapistler kollarını basket potası gibi çember yapar ve çocuklar içinden kağıttan topları atar. İstenilirse lider çocukları 2 gruba bölerek çocuklara basket yarışı yaptırabilir.
Besleme Ritüeli ve Mindfulness Egzersizi <i>(Besleme Boyutu)</i>	“Şimdi rahat bir şekilde oturalım. Oturduğunuz yerde rahat hissettiğinizden emin olun lütfen. Şimdi oturduğunuz yeri fark edin, bedeninizin sandalyeye değen yerlerini (bacakların, kalçaların, sırtın vb. sayılabilir) hissedin. Şimdi derin nefesler alalım birlikte. Haydi sanki bir sıcak çikolata ya da süt bardağı elimizde varmış gibi düşünelim ve yavaşça derin nefeslerimizle onu soğutarak içeceğimiz ılıklığa getirelim. Burnunuzdan aldığımız her nefes karnınızı bir balon gibi şişirsin. Ve ağızından yavaşça verdiğiniz nefesle elinizdeki sütü soğutmaya başlasın. Yavaş ve derin 4 nefes... Harika, şimdi büyük güzel bembeyaz pofuduk bir bulut hayal etmenizi isteyeceğim. Bu bulut Sevgi Bulutumuz. Sevgi Bulutu şimdi başımızda. Başımızı rahatlatıyor. Sonra yavaş yavaş tüm kafamıza yayılıyor. Kaşlarınız rahat, kulaklarınız rahat... Dudaklarınız, çeneniz rahat... Boynunuz, enseniz gevşiyor, rahatlıyor. Omuzlarınız rahat. Kollarınız rahat. Elleriniz, el parmaklarınız rahat. Göğüs kafesiniz, kalbiniz rahatlıyor. Mideniz, beliniz rahat... Kalçanız, bacaklarınız rahat. Ayak bilekleriniz, ayaklarınız, ayak parmaklarınız rahat.

	<p>Sevgi Bulutu bütün vücudumuzu rahatlatıyor ve haftaya bir daha buluşmak üzere güle güle diyor. Güle güle sevgi bulutu...”</p> <p>Bu yönergeler söylenirken terapist hangi bölgeyi söylüyorsa o bölgeye dokunur çocukların da yapmasını ister.</p> <p>Sevgi bulutu egzersizi çocuklar atıştırma ile beslendikten sonra yapılır.</p>
Bitiş Şarkısı (Ritüel)	<p>Güle Güle <i>Grubun İsmi</i> Güle Güle <i>Grubun İsmi</i> Hoşçakalın haftaya bir daha oynayalım. Güle Güle <i>Ayşe</i>, Güle Güle <i>Ahmet</i>...</p>

12.SEANS	
Merhaba Şarkısı (Ritüel)	Merhaba <i>Grubun İsmi</i> Merhaba <i>Grubun İsmi</i> Hoşgeldiniz, iyi ki geldiniz. Merhaba <i>Ayşe</i> , Merhaba <i>Ahmet</i> ,
Kontrol – Krem (Ritüel) (Besleme Boyutu)	Lider terapist ve yardımcı terapistler tarafından herkesin ellerine krem konur ve lideri beklemesi istenir. Lider “eller gelmiş, bütün parmaklarımız burada” gibi cümleler kurarken yardımcı terapistler kremi çocuklara sürer. Lider yakınlığı kabul etmeyen çocuklardan kendisini izleyerek kremi kendilerine sürmesini ister.
1.Oyun: 1-2-3 (Yapı ve Mücadele Boyutu)	Lider çocuklardan çember şeklini bozmadan ayağa kalkmalarını ister. 1-2 ve 3 numaralarının her birine özel bir hareket gösterir (1 deyince zıpla, 2 deyince tek ayak zıpla, 3 deyince ellerini çırp gibi...).
2.Oyun: Pamuk Topu Üfleme (Yapı ve Mücadele Boyutu)	Çocuklar yere yüz üstü yatar; terapist iki çocuğum tam ortasına bir çizgi ve pamuk topu koyar. Çocuklar pamuk toplarına pipetle üfleyerek birbirlerinin alanına geçirmeye çalışır.
3.Oyun: Krem veya Pudra İzleri (Besleme Boyutu)	Terapist ve yardımcı terapistler çocukların avuç içlerine krem sürer ya da doğrudan pudra döker. Ardından tüm çocuklar çemberin ortasına konulan koyu renkli mukavvanın üstüne avuç izini çıkarır. Terapist krem tercih ettiyse mukavvanın üzerine pudra dökülerek krem izlerinin belirginleşmesi sağlanır.
4.Oyun: Eleleyiz (Bağlılık ve Yapı Boyutu)	Çocuklar çember şeklini bozmadan ayağa kalkar ve el ele tutuşur. Liderin eleleyiz şarkısını söylemeye başlamasıyla “Eleleyiz 8 kişiyiz sağa doğru döneriz Eleleyiz 8 kişiyiz sola doğru döneriz..(2 defa) Tek başına alkışla.., Arkadaşınla alkışla.. Dizlerine vur şimdi.., Arkadaşına yap şimdi.. Eleleyiz 8 kişiyiz sağa doğru döneriz Eleleyiz 8 kişiyiz sola doğru döneriz..(2 defa)”
5.Oyun: Yüz Boyama veya Süsleme (Besleme Boyutu)	Terapist ve yardımcı terapistler çocukların yüzlerine yıkanabilir yüz boyaları ile kalpler, kelebekler, çeşitli desenler çizer veya oyun hamurundan, elışı kağıtlarından, kurdele veya folyodan taçlar, yüzükler veya bileklikler yapar.

6.Oyun: İltifat ve Teşekkür <i>(Besleme ve Bağlılık Boyutu)</i>	Terapist grubun son oyununu oynadığını, gruba veda etmeden önce tüm çocukların birbirine teşekkür etmesini ve yanındaki hakkında güzel bir şeyler söylemesini ister. Önce terapist tüm çocuklara teker teker teşekkür ve iltifat eder sonra sırayı yanındakine verir.
Besleme Ritüeli <i>(Besleme Boyutu)</i>	Lider ve yardımcı terapistler göz teması kurarak çocukları küçük atıştırmalıklarla besler.
Bitiş Şarkısı <i>(Ritüel)</i>	Güle Güle <i>Grubun İsmi</i> Güle Güle <i>Grubun İsmi</i> Güle Güle <i>Ayşe</i> , Güle Güle <i>Ahmet...</i>



EK 2 - SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Çalışmaya dahil olacak çocuğun;

- 1) Cinsiyeti : KIZ () ERKEK ()
- 2) Doğum tarihi :.....
- 3) Okula gidiyor mu? Gidiyorsa sınıf düzeyi?
EVET () HAYIR ()
- 4) Yetimlik durumu :
VAR () YOK ()
- 5) Öksüzlük durumu :
VAR () YOK ()
- 6) Kardeş sayısı :
Tek çocuk () 2 çocuk () 3 çocuk () 4 çocuk () 5
çocuk () 6 çocuk ve üzeri ()
- 7) Türkiye’de bulunma süresi:
1 yıldan az () 1-3 yıl arası () 3-5 yıl arası () 5-7 yıl arası ()
7 yıldan fazla ()
- 8) İhtiyacını karşılayacak düzeyde Türkçe bilme durumu :
EVET () HAYIR ()
- 9) Evde yaşayan kişi sayısı :
5 ve altı () 6-10 kişi () 11-15 () 16 ve üstü ()
- 10) Barınma sorunu :
VAR () YOK ()
- 11) Ebeveynin maddi kazancının ihtiyacı karşılaması :
Karşılıyor () Karşılmıyor ()
- 12) Çalışıyor mu? Çalışıyorsa nerede?
EVET ()..... HAYIR ()
- 13) Evde aile bireylerinden şiddet görme durumu:
VAR () YOK ()
- 14) Mevcut sağlık sorunu:
VAR ()..... YOK ()

15) Göç Şekli:

Tek Başına () Ailesiyle birlikte () Diğer ()

16) Savaş veya göç sırasında ciddi fiziksel yaralanma veya kaza yaşama durumu:

VAR () YOK ()

17) Savaşta aile bireylerinden kayıp ya da kayıpların olma durumu:

VAR () YOK ()

18) Savaş veya göç sırasında fiziksel yaralanma, kaza veya ölüme tanık olma durumu:

VAR () YOK ()

19) Savaş veya göç sırasında görsel ya da işitsel patlamaya tanık olma durumu:

VAR () YOK ()

20) Türkiye'ye gelişinden sonra sosyal hayata adapte olabildiğini düşünüyor musunuz?

EVET () HAYIR ()

21) Sosyal ortamlarda (okul, kurs, ev dışında) fiziksel veya sözel şiddet görüyor mu?

EVET () HAYIR ()

22) Akranlarına göre mutlu olduğunu düşünüyor musunuz?

EVET () HAYIR ()

EK 3 - ÇOCUKLAR İÇİN TRAVMA SONRASI STRES TEPKİ ÖLÇEĞİ

Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği

Puanlama:	Zamansal yüzde	Günlük-haftalık süre
0: Hiçbir zaman	Hiç;	Hiç;
1: Çok az bir zaman	%15 den az zaman	10-14 günde bir kez
2: Az bir zaman	%15-30	5-10 günde bir kez
3: Çoğu zaman	%30-50	2-5 günde bir kez
4: Pek çok zaman	%50 den fazla zaman	Haftada 3 günden fazla veya 15 günden fazla

(Soruları sorarken (olay) yerine, çocuğun öznel yaşantısını tanımlayarak sormaya ve her soruyu puanlamaya özen gösteriniz.)

1. Bu (olay/ olanlar) senin yaşındaki çocukların çoğunu üzecek ya da rahatsız edecek türden miydi?
2. (Olayı) düşündüğünde korku, endişe ya da sıkıntı hissediyor musun?
3. Olanlar aklından tekrar tekrar geçiyor mu? Yani (olay) la ilgili gözünün önünde görüntüler belirliyor mu ya da aklına sesler geliyor mu?
4. (Olay) la ilgili düşünceler istemediğin halde tekrar tekrar aklına geliyor mu?
5. A) Kötü rüyalar görüyor musun?
B) (Olay)la ilgili güzel ya da kötü rüyalar görüyor musun?
6. Sana böyle bir olayın yine olabileceğini düşündüren şeyler var mı? Neler?
7. Arkadaşlarıyla oynamak, spor yapmak ya da okuldaki etkinliklere katılmak gibi (olay) dan önce yapmaktan hoşlandığın şeyleri yapmayı şimdi de aynı şekilde seviyor musun?
8. İçin için kendini daha yalms hissettiğin (ya da kendini kalmış gibi hissettiğin) oluyor mu; sana sanki başkaları senin neler çektiğini gerçekte hiç anlamıyorlarmış gibi geliyor mu?
9. Kendini nasıl hissettiğini düşünmek bile istemeyecek kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?
10. Konuşamayacak ya da ağlayamayacak kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?
11. Eskisine göre (olaydan öncesine göre) şimdi daha kolay yerinden sıçıyor musun, ya da daha tedirgin ve huzursuz bir halde misin?
12. İyi uyuyor musun?
13. (Olayla ilgili) "Keşke yapsaydım" dediğin bir şey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü ya da suçlu hissediyor musun? Ya da "Keşke yapmasay-

dım" diye düşündüğün bir şeyi yapmış olduğun için? (Örneğin bir şeyin olmasını engellemediğin, birisine yardım etmediğin, ya da başkası kadar kötü bir duruma düşmediğin için?)

14. Olanlarla ilgili düşünceler ve duygular örneğin okulda ya da evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamaya engel oluyor mu?

15. Eskisi (olaydan öncesi) kadar kolaylıkla dikkatini toplayabiliyor musun?

16. Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden uzak durmak istiyor musun?

17. Bir şey sana (olayı) anımsattığında ya da düşünmeme neden olduğunda gerginlik ya da sıkıntı hissediyor musun?

18. Küçükken yaptığın ama bıraktığın bazı şeyleri (olay) dan beri yine yapmaya başladın mı? (Örneğin, birisinin hep yanında olmasını istemek, birisiyle uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek, ya da yatağına daha sık ciş, kaka kaçırmak?)

19. (Olay) dan beri eskisine göre daha fazla karın ağrısı, baş ağrısı çektiğin, ya da kendini daha sık hasta hissettiğin oluyor mu?

20. Eskiden olsa yapamayacağın davranışları şimdi yapmaktan kendini alıkoyamadığın oluyor mu? (Örneğin, daha çok kavga etmek, daha az söz dinlemek, bisikletine daha dikkatsizce binmek, bir yerlere tırmanmak, birisine küfretmek, oyun sırasında ya da caddede karşıdan karşıya geçerken daha dikkatsiz davranmak?)

Child Post-Traumatic Stress Reaction Index (1992)
Frederick C, Pynoos R, Nader K

EK 4 - ÖZNEL MUTLULUK ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyarak size uygun kutucuğu (X) ile işaretleyiniz.

Cinsiyet: Yaş:							
1. Genelde kendimi şu şekilde değerlendiririm: Çok mutlu değilim <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> Çok mutluyum	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	
2. Emsallerimle (akran) karşılaştırdığımda çoğuna göre kendimi şöyle değerlendiririm: Daha az mutlu <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> Daha çok mutlu	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	
3. "Bazı insanlar genellikle çok mutludurlar, ne olup bittiğine aldırmaksızın her şeyden keyif alırlar." Böyle bir ifade sizi ne ölçüde tanımlamaktadır? Hiç uygun değil <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> Tamamen Uygun	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	
4. "Bazı insanlar genellikle çok mutlu değildirler ve olmaları gerektiği kadar mutlu görünmezler." Böyle bir ifade sizi ne ölçüde tanımlamaktadır? Hiç uygun değil <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> Tamamen Uygun	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	

Doğan, T., & Totan, T. (2013). Psychometric properties of Turkish version of the Subjective Happiness Scale. The Journal of Happiness & Well-Being, 1, 1, 21-28.