

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ÇOCUK EBEVEYN İLİŞKİSİ TERAPİSİNİN (FİLİAL
TERAPİ) EBEVEYNLER VE ÇOCUKLAR
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zümrüt GENÇ

İstanbul

Ocak-2023

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

ÇOCUK EBEVEYN İLİŞKİSİ TERAPİSİNİN (FİLİAL TERAPİ)
EBEVEYNLER VE ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zümrüt GENÇ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE

İstanbul
Ocak-2023

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE

(İmza)

Üye

Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

(İmza)

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Volkan KOÇ

(İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

İmza

Doç. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisinin (Filial Terapi) Ebeveynler ve Çocuklar Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Zümrüt GENÇ

ÖN SÖZ

Araştırmamdaki her aşamada bana yardımcı olan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Bilge'ye teşekkürlerimi sunarım. Bu anlamlı ve zorlu sürecimde bana verdiği destek ve yaptığı yönlendirmelerle bakış açımı genişletmeme yardımcı olması benim için çok anlamlıydı.

Üniversite hayatıma geri dönmemde ve bu alanda ömrüm boyunca yapacağım her çalışmada varlığını hissettiğim ve hissedeceğim değerli hocam ve süpervizörüm Reyhana Seedat'a her daim minnettar olacağım.

Varlıklarıyla bu çalışmayı anlamlı kılan ve çocuklarıyla olan ilişkilerine verdikleri değere derin saygı duyduğum kıymetli annelere teşekkürü borç bilirim.

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini benden eksik etmeyen anne ve babama; hem hayat arkadaşı hem de meslektaş olarak desteğini hissettiğim eşime, her yorulduğumda ve sıkıştığımda bana moral ve destek veren kardeşlerime ve yeğenlerime teşekkür ediyorum.

Son olarak beni anne yapan, özüme yaklaştıran ve dünyayı daha neşeli hale getiren yavrularım Abdullah Tahir ve Rufeyde'ye sabır, anlayış ve tebessümleri için çok teşekkür ederim.

Zümrüt GENÇ

İstanbul-2023

ÖZET

**ÇOCUK EBEVEYN İLİŞKİSİ TERAPİSİNİN (FİLİAL
TERAPİ) EBEVEYNLER VE ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Zümrüt GENÇ

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE

Ocak, 2023 – 178 Sayfa

Çalışmanın amacı ‘Çocuk Ebeven İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin; çocukların sorun davranışları ve bu sorunların ebeveyn tarafından algılanış şekli, ebeveynin psikopatolojik belirti, ebeveynsel kabul, empati ve aleksitimi düzeyinin çocuk-ebeveyn ilişkisi üzerindeki etkilerinin incelenmesidir. Bu araştırmada nicel araştırma modellerinden deneysel yöntem kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini 6’şar kişilik deney ve kontrol grubu oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Filial Problem Kontrol Listesi, Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Yetişkin Çocuk Etkileşim Empati Ölçeği kullanılmıştır. Deney grubuna 10 haftalık Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) uygulanmasından önce ve sonra belirtilen testlerin her iki gruptan ölçümleri alınmıştır. Sontest sonrası etkililiğin ölçülebilmesi adına 24 hafta sonrasında deney grubuna izlem testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi’ne (Filial Terapi) katılan ebeveynlerin ebeveyn kabulü ile karşılıksız sevgi ve çocuğun benzersiz olduğunu takdir alt boyutları; olumlu ilişki alt boyutu; empati ile ve çocuğu kabulü iletme, çocuğun kendini yönlendirmesine olanak sağlama ve oyuna katılım alt boyutları puanlarında artma görülürken ebeveynlerin çocuklarında algıladıkları psikolojik belirti ile problemlili sosyal davranış ve duygu kontrol güçlüğü alt boyutları; depresyon alt boyutu; aleksitimi ile duygularını tanımada güçlük ve duygularını söze dökmede güçlük alt boyutları puanlarında azalma görülmüştür. 24 hafta sonrasında gerçekleştirilen izlem çalışmasında filial terapinin çocuğun benzersiz olduğunu takdir alt boyutu; olumlu ilişki alt boyutu; empati ile çocuğu kabulü iletme, çocuğun kendini yönlendirmesine

olanak sağlama ve oyuna katılım alt boyutları açısından puanlarındaki artışın ve aynı şekilde çocuklarında algıladıkları psikolojik belirti ile problemli sosyal davranış ve duygu kontrol güçlüğü alt boyutları; aleksitimi ile duygularını söze dökmede güçlük alt boyutu açısından puanlarındaki azalmanın etkisinin sürdüğü görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi, ebeveynsel kabul, empati, aleksitimi



ABSTRACT
INVESTIGATION OF THE EFFECT OF CHILD-PARENT
RELATIONSHIP THERAPY (FILIAL THERAPY) ON PARENTS
AND CHILDREN

Zümrüt GENÇ

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Yusuf BİLGE

January, 2023 - 178 Pages

The aim of the study is to examine the effect of Child-Parent Relationship Therapy (Filial Therapy) on children's problem behaviors and the way these problems are perceived by the parents, along with the level of the parent's psychopathological symptoms, parental acceptance, empathy, and alexithymia. In this study, the quasi-experimental method, one of the quantitative research models, was used. The sample of the research consisted of an experimental and a control group of six people each. Filial Problem Checklist, Porter Parental Acceptance Scale, Child Parent Relationship Scale, Brief Symptom Inventory, Toronto Alexithymia Scale, and Adult Child Interaction Empathy Scale were used to collect data. Before and after the 10-week Child-Parental Relationship Therapy (Filial Therapy) was applied to the experimental group, the measurements of the specified tests were taken from both groups. In order to measure the effectiveness after the posttest, a follow-up test was applied to the experimental group after 24 weeks. As a result of the analysis, scores in the sub-dimensions of Porter Parental Acceptance, Loves Child Unconditionally, Respect for the Child's Feelings and Right to Express Them, Appreciation of the Child's Unique Makeup, Recognition of the Child's Need for Autonomy and Independence, Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction, Communication of Acceptance, Positive Aspects of Relationship, Allowing the Child Self-Direction Involvement increased. On the other hand, a decrease was observed in the scores of the psychological symptoms perceived by the parents in their children, problematic social behavior and Toronto Alexithymia Scale, Difficulty Identifying Feelings and Difficulty Describing Feelings, and Depression sub-dimension. In the follow-up study performed after 24 weeks, the increase in the sub-dimensions of Appreciation

of the Child's Unique Makeup, Positive Aspects of the Relationship, Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction, Allowing the Child Self-Direction Involvement, as well as the decrease in psychological symptoms they perceive in their children, sub-dimensions of Problematic Social Behavior and Difficulty in Controlling Emotions, Toronto Alexithymia Scale, Difficulty Identifying Feelings and Difficulty Describing Feelings continued.

Keywords: Child-Parent Relationship Therapy, parental acceptance, empathy, alexithymia



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR	xvi

BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1. Amaç	2
1.2. Varsayımlar	2
1.3. Sınırlılıklar.....	2
1.4. Araştırma Soruları.....	3
1.5. Araştırma Hipotezleri.....	3

İKİNCİ BÖLÜM.....	6
ÇOCUK EBEVEYN İLİŞKİSİ TERAPİSİ.....	6
(FİLİAL TERAPİ)	6
2.1. Aile Eğitimi	6
2.2. Birey Merkezli Terapi	10
2.3. Oyun Terapi.....	13
2.3.1. Oyun	14
2.3.2. Oyun Tarihi.....	15
2.3.3. Oyun Terapisi Tarihi	17
2.3.4. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi	20
2.3.5. Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)	25
2.3.5.1. Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) Tarihi	25
2.3.5.2. Çocuk-Ebeveyn İlişkisi (Filial Terapi) Tanımı	27
2.3.5.3. Kuramsal Arka Plan	29

2.3.5.4. Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisinin (Filial Terapi) Amaç ve Faydaları.....	32
2.3.5.5. Temel Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) Becerileri	35
2.3.5.6. Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) Süreci.....	38
2.4. Alektimi	42
2.4.1. Kuramsal Arka Plan	46
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	48
YÖNTEM.....	48
3.1. Araştırmanın Modeli	48
3.2. Evren ve Örneklem	48
3.3. Veri Toplama Araçları	48
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	49
3.3.2. Filial Problem Kontrol Listesi (Filial Problem Check List)	49
3.3.3. Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği (Porter Parental Acceptance Scale).....	49
3.3.4. Çocuk Anababa İlişki Ölçeği (Child Parent Relationship Scale)	50
3.3.5. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory)	51
3.3.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği (Toronto Alexithymia Scale -20)	51
3.3.7. Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği (Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction).....	52
3.4. İşlem.....	52
3.5. Veri Analizi	54
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	56
ARAŞTIRMA BULGULARI.....	56
4.1. Demografik Bilgiler ile İlgili Elde Edilen Sonuçlar	56
4.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Filial Problem Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Ön test ve Son Test Puanlarının Mann Whitney U testi ile Karşılaştırma Sonuçları.....	56
4.3. Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	57
4.4. Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	58

4.5. Kontrol Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları.....	60
4.6. Kontrol Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	61
4.7. Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	63
4.8. Deney ve Kontrol Gruplarının Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test Puanlarının Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırma Sonuçları.....	64
4.9. Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	65
4.10. Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	66
4.11. Kontrol Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları.....	67
4.12. Kontrol Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	69
4. 13. Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları.....	71
4. 14. Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	72
4.15. Deney Ve Kontrol Gruplarının Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırma Sonuçları.....	73
4.16. Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	75
4.17. Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	75
4. 18. Kontrol Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları.....	76
4.19. Kontrol Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	77

4.20. Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	78
4.21. Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	79
4.22. Deney ve Kontrol Gruplarının Kısa Semptom Envanteri Toplam ve Alt Boyut Ön Test Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırma Sonuçları.....	80
4.23. Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	81
4.24. Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	83
4.25. Kontrol Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	85
4.27. Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	90
4.29. Deney Ve Kontrol Gruplarının Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Ön Test Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırma Sonuçları.....	93
4.30. Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	94
4.31. Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	95
4.32. Kontrol Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	96
4.33. Kontrol Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	97
4.34. Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	99
4.35. Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	100
4.36. Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları.....	101
4.37. Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test, Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları	102

4.38. Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	103
4.39. Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları	104

BEŞİNCİ BÖLÜM	104
----------------------------	------------

TARTIŞMA ve DEĞERLENDİRME.....	104
---------------------------------------	------------

5.1. Sonuç ve Öneriler.....	108
-----------------------------	-----

KAYNAKÇA.....	112
----------------------	------------

EKLER.....	132
-------------------	------------

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Deney ve Kontrol Gruplarının Filial Problem Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Ön test ve Son Test Puanlarının Mann Whitney U testi ile Karşılaştırma Sonuçları.....	57
Tablo 4.2: Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	58
Tablo 4.3: Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	59
Tablo 4.4: Kontrol Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	61
Tablo 4.5: Kontrol Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	62
Tablo 4.6: Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları.....	63
Tablo 4.7: Deney Ve Kontrol Gruplarının Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırma Sonuçları	64
Tablo 4.8: Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	65
Tablo 4.9: Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma Sonuçları	67
Tablo 4.10: Kontrol Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	68
Tablo 4.11: Kontrol Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma Sonuçları	70
Tablo 4.12: Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları.....	71
Tablo 4.13: Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	73
Tablo 4.14: Deney ve Kontrol Gruplarının Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının Ön test Puanlarının Mann Whitney U testi ile Karşılaştırma Sonuçları	74

Tablo 4.15: Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistik sonuçları	75
Tablo 4.16: Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma Sonuçları	76
Tablo 4.17: Kontrol Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	77
Tablo 4.18: Kontrol Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	78
Tablo 4.19: Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları.....	79
Tablo 4.20: Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	80
Tablo 4.21: Deney ve Kontrol Gruplarının Kısa Semptom Envanteri Toplam ve Alt Boyut Ön Test Puanlarının Mann Whitney U testi ile Karşılaştırma Sonuçları	81
Tablo 4.22: Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistik sonuçları.....	83
Tablo 4.23: Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları	83
Tablo 4.24: Kontrol Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	87
Tablo 4.25: Kontrol Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları	89
Tablo 4.26: Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	91
Tablo 4.27: Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları	92
Tablo 4.28: Deney ve Kontrol Gruplarının Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam ve alt boyutlarının Ön test Puanlarının Mann Whitney U testi ile Karşılaştırma Sonuçları	93
Tablo 4.29: Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	94

Tablo 4.30: Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma Sonuçları	96
Tablo 4.31: Kontrol Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları.....	97
Tablo 4.32: Kontrol Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma Sonuçları	98
Tablo 4.33: Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları.....	99
Tablo 4.34: Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları.....	101
Tablo 4.35: Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistik sonuçları	102
Tablo 4.36: Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test, Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları	103
Tablo 4.37: Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları	104
Tablo 4.38: Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları	106
Tablo 4.39: Deney Grubundan Elde Edilen Bulguların Anlamlı Değişiklik Tablosu	107

KISALTMALAR

APT	: (Association for Play Therapy) Oyun Terapisi Derneği
BAPT	: (British Assoociations of Play Therapy) İngiliz Oyun Terapisi Derneği
Akt	: Aktaran
Çev	: Çeviren
Eds./ Ed.	: Editör
sf	: Sayfa
vd	: Ve Diğerleri
FPKL	: Filial Problem Kontrol Listesi
PEKÖ:	: Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği
ÇAİÖ:	: Çocuk Anababa İlişki Ölçeği
KSE:	: Kısa Semptom Envanteri
TAÖ:	: Toronto Aleksitimi Ölçeği
YÇEEÖ:	: Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği
SPSS	: (Statistic Packets For Social Seciencies) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)'nin kuramsal arka planı Çocuk Merkezli Oyun Terapisi (Topham ve VanFleet, 2011: 144), bağlanma kuramı, aile sistemleri kuramı (Johnson, 1999: 55) ve bilişsel davranışçı yaklaşımlara dayanmaktadır. Kısa süreli ve kanıta dayalı bir yöntem (Guerney, 2000) bu terapi modelinde amaç, ebeveyne oyun terapisi temel becerilerini kazandırarak terapötik bir ajan olabilmesi konusunda destek olmak, etkili ve yeni ebeveynlik becerilerini kazanmasını sağlamak ve bu becerileri günlük hayatlarına geçirebilmeleri konusunda desteklemek, terapi seansları sonlandıktan sonra da ebeveynlik rolleriyle yaşayacakları zorluklarla baş etme konusunda kendilerini daha yetkin bir durumda hissetmelerine aracı olmaktır. Bu terapi metodunun kullanılma amacı ve uygulanan ebeveyn-çocuk grubuna göre farklı versiyonları olsa da bu çalışma için 10 hafta süren ve tek bir çocuk ile çalışılan modeli tercih edilmiştir (Landreth ve Bratton, 2006: 2). Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) ile yurt dışında yapılmış pek çok çalışma olması ile birlikte ülkemizde yapılmış oldukça kısıtlı çalışma bulunmaktadır. Mevcut tez çalışmasında 'Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi'nin; çocukların yeterlilik alanları ve sorun davranışları, bu sorunların ebeveyn tarafından algılanış şekli, ebeveynin psikopatolojik belirti, ebeveynsel kabul, empati ve aleksitimi düzeyi, çocuk-ebeveyn ilişkisi üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Birinci bölümde araştırmanın temel değişkenleri ve uygulanmış olan müdahale yöntemi tanımlanarak alanyazında bulunan çalışmalar aktarılacaktır. İkinci bölümde veri toplama araçları ve yapılan müdahalenin uygulama süreci ele alınacaktır. Üçüncü bölüm olan bulgular bölümünde ön test, son test ve izlem ölçümünden elde edilen bulgular incelenecektir. Tartışma bölümünde ise mevcut tez çalışmasından elde edilmiş bulgularla önceden yapılmış olan çalışmalardan elde edilen bulgular karşılaştırılacaktır. Ayrıca mevcut çalışmanın sınırlılıkları ile alanda yapılacak ilerideki çalışmalar için öneriler sunulacaktır.

1.1. Amaç

Mevcut araştırmada ebeveynlik becerilerinin daha yetkin olması konusunda rehberlik sağlanarak ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerinden hem çocuğun hem de ebeveynin duygu ve davranışları açısından daha sağlıklı ve stabil hale gelmesi, ebeveynin kendi duygularını daha rahat fark ederek çocuğunun davranışları üzerinden verdiği mesajları anlaması hem ebeveynin hem de çocuğun duygu düzenleme, özdenetim becerilerinin artması amaçlanmıştır. Bu amaçlara ulaşılması sonucunda çalışmaya katılan çocuğun ve ebeveynin bireysel olarak; ayrıca aile sisteminin de ilişki üzerinden fayda sağlayacağı beklenmiştir. Ebeveyn olurken formel bir eğitimden geçme imkânı olmayan yetişkinler için çocuğunu daha yakından tanıma, doğru karşılık verme, koşulsuz kabul etme gibi becerileri edinebilmeyi sağlayan Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi'nin araştırmalarda incelenen diğer toplumlara göre Türk kültüründe nasıl bir değişikliğe neden olacağının da gruplar arasında karşılaştırma yapılarak incelenmesi hedeflenmiştir.

1.2. Varsayımlar

1. Araştırmaya katılan ebeveynlerin kullanılacak ölçüm araçlarına objektif ve samimi cevap vereceği varsayılmaktadır.
2. Araştırmaya dahil olan deney grubunun araştırma grubunu temsil edeceği varsayılmaktadır.
3. Araştırmada kullanılacak ölçeklerin ölçülmek istenen değişkenleri ölçeceği varsayılmaktadır.

1.3. Sınırlılıklar

1. Araştırma deney ve kontrol grubuna dahil olan kısıtlı sayıdaki katılımcıyı kapsayacaktır.
2. Parametrik istatistik tekniklerinin varsayımları katılımcı azlığı nedeniyle karşılanamadığı için parametrik olmayan istatistik teknikleri kullanılacaktır.
3. Ebeveyn eğitimi 10 hafta ile sınırlıdır.

1.4. Araştırma Soruları

1. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi çocukların yeterlilik alanları ve sorun davranışları üzerinde ne kadar etkilidir?
2. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi deney grubundaki ebeveynlerin çocuklarının sorun davranışlarını değerlendirme şekillerini ne kadar etkilemektedir?
3. Deney grubundaki ebeveynlerin psikopatolojik belirti düzeyi Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi'nden ne kadar etkilenmektedir?
4. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi ebeveynlerin ebeveynsel kabul ve empati düzeylerinde nasıl bir değişime neden olacaktır?
5. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi'ne katılan deney grubundaki ebeveynlerin aleksitimi düzeyinde nasıl bir değişim söz konusu olacaktır?
6. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi çocuk-ebeveyn ilişkisini ne düzeyde etkilemektedir?

1.5. Araştırma Hipotezleri

1. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) yönlendirilmemiş oyun saati uyguladığı çocuğu ile ilgili algıladığı sorunlu davranış düzeyi, eğitime katılmayan ebeveynlerin (kontrol grubu) belirlediği çocuğuna göre anlamlı derecede düşük olacaktır.
2. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) ebeveynsel kabul düzeyi, eğitime katılmayan ebeveynlere (kontrol grubu) göre anlamlı derecede yüksek olacaktır.
3. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) tanımladığı çocuk-ebeveyn ilişki düzeyi eğitime katılmayan ebeveynlere (kontrol grubu) göre daha yüksek olacaktır.
4. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) psikopatolojik belirti düzeyi, eğitime katılmayan ebeveynlere (kontrol grubu) göre anlamlı derecede düşük olacaktır.
5. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) aleksitimi düzeyi, eğitime katılmayan ebeveynlere (kontrol grubu) göre anlamlı derecede düşük olacaktır.

6. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) empati düzeyi, eğitime katılmayan ebeveynlere (kontrol grubu) göre anlamlı derecede yüksek olacaktır.
7. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) yönlendirilmemiş oyun saati uyguladığı çocuğu ile ilgili algıladığı sorunlu davranış düzeyi, eğitim öncesindeki algıladığı sorun düzeyine göre anlamlı olarak daha düşük olacaktır.
8. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) ebeveynsel kabul düzeyi, eğitim öncesindeki ebeveynsel kabul düzeyine göre anlamlı olarak daha yüksek olacaktır.
9. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) tanımladığı çocuk-ebeveyn ilişki düzeyi, eğitim öncesindeki tanımladığı çocuk-ebeveyn ilişki düzeyine göre anlamlı olarak daha yüksek olacaktır.
10. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) psikopatolojik belirti düzeyi eğitim öncesindeki psikopatolojik belirti düzeyine göre anlamlı olarak daha düşük olacaktır.
11. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) aleksitimi düzeyi eğitim öncesindeki aleksitimi düzeyine göre anlamlı olarak daha düşük olacaktır.
12. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) empati düzeyi eğitim öncesindeki empati düzeyine göre anlamlı olarak daha yüksek olacaktır.
13. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) izlem çalışmasındaki yönlendirilmemiş oyun saati uyguladığı çocuğu ile ilgili algıladığı sorunlu davranış düzeyi eğitim sonrasındaki algıladığı sorun düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmayacaktır.
14. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) izlem çalışmasındaki ebeveynsel kabul düzeyi eğitim sonrasındaki ebeveynsel kabul düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmayacaktır.
15. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) izlem çalışmasındaki tanımladığı çocuk-ebeveyn ilişki düzeyi eğitim sonrasındaki tanımladığı çocuk-ebeveyn ilişki düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmayacaktır.

16. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) izlem çalışmasındaki psikopatolojik belirti düzeyi eğitim sonrasındaki psikopatolojik belirti düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmayacaktır.

17. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) aleksitimi düzeyi eğitim sonrasındaki aleksitimi düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmayacaktır.

18. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin (deney grubu) izlem çalışmasındaki empati düzeyi eğitim sonrasındaki empati düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmayacaktır.



İKİNCİ BÖLÜM

ÇOCUK EBEVEYN İLİŞKİSİ TERAPİSİ

(FİLİAL TERAPİ)

Bu kısımda aile eğitimi, Birey Merkezli Terapi, Oyun Terapi kavramları açıklanmıştır. Aile eğitiminde oyun terapisinin bir modeli olarak yaygın olarak kullanılan Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi kuramsal bağlamda ele alınmıştır. Alekstim ve empati kavramları çocuk anne ilişkisi üzerinden değerlendirilmiştir.

2.1. Aile Eğitimi

Ailedeki etkileşimlerin bireylerin kişilik gelişimine olan etkisi pekçok kuramda yer almıştır. Freud'a göre bu ikili etkileşimler hem yaşamın hem de gelişimin farklı evrelerinde bilinç gelişimi ile bağlantılı olmakla birlikte psikoseksüel gelişim evrelerinde ebeveyn-çocuk arasındaki etkileşim çocuğun kişiliğinin oluşumu ve şekillenmesinde de etkili olmaktadır (Geçtan,1998: 35).

Erikson ise özellikle yaşamın ilk dönemlerinden itibaren anne-bebek ilişkisinin, bebeğin insan ve dünyaya dair güven duygusunun derecesini büyük ölçüde belirlediğini ifade etmiştir. Özellikle bebeklerin ve çocukların yaşamlarındaki yakın yetişkinlerle kurdukları anlamlı ilişkilerdeki güven ve özerklik duyguları, onların duygusal ve sosyal açıdan sağlıklı bir birey olarak gelişebilmeleri açısından hayati öneme sahiptir (Gander ve Gardiner, 2001: 192).

Bireyin ilk beş yılı içerisindeki aile içi ilişki dinamiklerinin kişilik gelişiminde büyük bir öneme sahip olduğunu belirten Adler, ebeveyne duyulan sevginin çocuğun sosyalleşmesinde en önemli rolü oynayan faktör olduğunun üzerinde durmuştur (Adler, 1930: 135).

Çocuklar yetiştiği ailenin yapısından, aile içi iletişim ve etkileşimlerden bireysel anlamda pekçok açıdan etkilenmektedirler. Aile-çocuk arasındaki ilişkinin nitelikleri; çocukların benlik gelişimini (Brown, vd., 2009: 184), vicdan gelişimini (Kochanska, 2002: 191), sosyal beceri gelişimini (Chae ve Lee, 2011: 627; Darwish, vd., 2001: 13; McHale, Johnson ve Sinclair, 1999: 373; Pasiak, 2011: 46), duygu düzenleme

becerilerini (Romanchych, 2014: 85), sosyal-duygusal gelişimini ve okul performansını (Driscoll ve Pianta, 2011: 1), duygusal ve sosyal yetkinliklerini (Chen ve McCollum, 2000: 25; McCollum ve Chen, 2001: 119; McDowell ve Parke, 2009: 224), akran ilişkilerini (Black ve Logan, 1995: 255; Gerrits, Goudena ve van Aken, 2005: 229; Ladd ve Hart, 1992: 1179; Lindsey ve Mize, 2001: 348; Lindsey, Mize ve Pettit, 1997: 523; Pasiak, 2011: 60; Russell, Pettit ve Mize, 1998: 313), işbirliğine dayanan grup içi davranışlarını (Chen, vd., 2005: 417) ve davranış problemlerini (Attali, Vermigli ve Roazzi, 2015: 23ax; Haapasalo ve Tremblay, 1994: 1044; Miner ve Clarke-Stewart, 2008: 771; Romanchych, 2014: 85) etkilemektedir.

Günümüze değin geliştirilmiş olan aile eğitim programlarının özellikle çocuk bakımı ve eğitimi konusunda ebeveynleri eğitebilmekte önemli bir paya sahip olduğu gözlenmiştir. Bu tarz eğitim ve destek programlarına katılan ebeveynlerin çocukları ile daha olumlu iletişim kurdukları, çocuklarının ise daha özgüvenli, okul algılarının daha pozitif ve okul başarılarının daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Park, 2003: 1 ve Green, 2003: 543).

Aile eğitim programları ebeveynlik bilgilerini edinme, ebeveynlik becerilerini geliştirme, çocuk gelişimi hakkında daha ayrıntılı ve doğru bilgiye erişme, aile boyutunda yaşanabilen sorunlarla pozitif yöntemlerle başa çıkmayı öğrenme üzerine bilgi ve deneyimi artırmayı odak noktası haline getiren programlardır. Bu eğitim programlarının desteğiyle ebeveynlik becerilerinin gelişimine paralel olarak ebeveynlerde çocuklarının gelişim dönemine bağlı ihtiyaçlarına karşı duyarlılıklarının da arttığı gözlenmektedir (Bogensneider ve Johnson, 2004: 1).

Aile eğitim programlarının farklı şekillerde gruplanması söz konusudur. Örneğin eğitimin verileceği yere ve uygulanacak yöntemlere göre;

1. Evde verilen aile eğitimi
2. Okulöncesi kurumlarda verilen çocuk eğitimi ile kaynaştırılmış aile eğitimi
3. Kurumlarda verilen aile eğitimi
4. Basın-yayın araçları aracılığıyla yapılan aile eğitimi olarak gruplandırılabilir (Temel, 1998: 8)

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde yurt dışında yaygın olarak kullanılan ebeveyn eğitim programlarının şunlar olduğu görülmektedir: Adler'in bireysel psikoloji

yaklaşımına dayalı olarak geliştirilmiş olan Etkili Anne-Babalık İçin Sistematik Eğitim(STEP); davranışçı yaklaşıma dayalı olarak geliştirilmiş olan Davranışsal Eğitim; Rogers'ın birey merkezli yaklaşımına dayalı olarak Gordon (1975) tarafından geliştirilmiş olan Etkili Anne Baba Eğitimi(E.A.E.); akılcı duygusal yaklaşıma dayalı olarak William Glasser tarafından geliştirilmiş olan Ebeveyn Katılım Programı (Glasser ve Gough, 1987: 656) ve transaksiyonel analize dayalı olarak uygulanan programlar (L'abate, 1981: 143).

Aile eğitim programlarının etkinliğini ve yeterliliğini inceleyen meta analiz araştırmaları bu programların etkisini anlamak konusunda yardımcı olmaktadır. 59'u tez olmak üzere 163 çalışmayı inceleyen Shadish ve arkadaşları (1993: 992); 150 aile eğitim programını inceleyen Weisz ve arkadaşları (1995: 450); 26 davranışçı kurama dayalı aile eğitim programını inceleyen Serketich ve Dumas (1996: 171) aile eğitim programlarının genel anlamda ebeveyn, çocuk ve aile düzleminde olumlu bir etkisi olduğu sonucuna varmışlardır. Yapılan diğer bir meta-analiz araştırmasında incelenen 150 çalışmaya göre davranışsal eğitim programlarının davranışsal olmayan eğitim programlarından daha etkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada dikkat çekilen diğer bir nokta ise aile eğitim programlarının daha çok 0-6 yaş çocuğu olan aileleri hedeflemesi, ayrıca çalışmalarda çocukların ve diğer aile üyelerinin dışarıda bırakılarak anne-babanın dahil edilmesidir (Lundahl, Risser ve Lovejoy, 2006: 86).

Türkiye'de günümüze değin pek çok aile eğitim programı uygulanmış olmakla birlikte özellikle yaygınlaştırılabilmiş bazı destekleyici aile eğitim çalışmalarından bahsetmek mümkündür. Bunlardan ilki 0-4 Yaş Erken Çocukluk Gelişimi Anne Eğitimi Programı (AEP)dir. Bu program Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı, Milli Eğitim Bakanlığı Çıraklık ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü ve UNICEF işbirliği ile yürütülmüştür. AEP uygulamalarında iki farklı grup bulunmaktadır. 0-24 aylık bebeği olan anneler için program, ev ziyareti şeklinde bireysel olarak yapılırken; 25-48 ay çocuğu olan anneler programı grup çalışmaları ile devam ettirmektedirler. Programın içeriğinde annelere 0-4 yaş çocuğun sağlığı, beslenmesi ve gelişimi; ilk yardımın genel çerçevesi ve uygulanması; aile planlaması ile ilgili bilgiler verilirken aynı zamanda bu bilgilerin günlük hayatta kullanılması da amaçlanmıştır. AEP'na katılan ebeveynler çocuklarının yaşına bağlı olarak aynı zamanda evde veya Halk Eğitim Merkezi'nde uygulanan Gelişimsel Eğitim Programı'na da dahil olmuşlardır. GEP,

çocuğun gelişimsel dönemine uygun olarak hazırlanan yapılandırılmış ve belli kurallar çerçevesinde oynanan oyunlardan oluşmaktadır. Bu oyunlar çocukların duygusal, sosyal, psikomotor, bilişsel, dil ve özbakım becerilerini destekleyen ve geliştiren özelliktedir (Turan, Aksoy ve Turla, 1997: 84)

Ülkemizde geliştirilmiş ve uygulanmış diğer bir çalışma Milli Eğitim Bakanlığı Çıraklık ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü ile Anne Çocuk Eğitimi Vakfı(AÇEV)’nın birlikte yürüttüğü Anne Çocuk Eğitim Programı’dır. Bu programa dahil edilecek çocuğa ilkokula başlamadan bir önceki yılda ulaşılması hedeflenmektedir. Program haftada 3’er saatlik grup toplantısı şeklinde 25 hafta devam etmektedir. Çocuk gelişimi, duygu ifadeleri, sağlık, oyun, beslenme, disiplin, iletişim, annenin ihtiyaçları ve anne-çocuk ilişkisinin ebeveynlere aktarıldığı çalışmalara yer verilmektedir. Bunun yanı sıra programa katılan çocukların okul için hazır bulunuşluğunu artıran çalışmalar yoluyla destekleyici bir etki de oluşturmaktadırlar. Bu çalışmalarda dil gelişim,, sınıflandırma, sıralama, kavram öğrenimi, el-göz koordinasyonunu artırma konusunda uygulamalar yapılarak bilişsel açıdan da gelişim de hedeflenmektedir (Sucuka, Özkök, Vardar, 1997: 51).

Ülkemizde yaygın olarak uygulanmış olan diğer bir program Ana Baba Okulu’dur. Bu program İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Eğitim Bölümü’nde yer alan öğretim elemanları tarafından geliştirilmiştir. Çok yönlü ve kapsamlı bir şekilde hazırlanmış olan bu programın içeriğinde bebeklikten ergenliğe gelişimsel özellikler, temel ihtiyaç ve becerilerin kazanılmasında ailenin sorumlulukları, genel olarak görülen anne-baba tutumları, ebeveyn-çocuk iletişimi, cinsel eğitim, anne-baba arasındaki problem çözme becerileri ile çalışan anne ve çocuğu arasındaki ilişki konuları bulunmaktadır (Aydoğmuş, vd., 2001: 26)

0-6 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerle gerçekleştirilen anne-baba eğitim programlarının çocukların dil, bilişsel, motor, özbakım ve sosyal beceri alanlarında; kendilik algılarında; okul başarısı, okula uyum ve eğitim programlarından yararlanma düzeylerinde olumlu yönde anlamlı etkisinin olduğu görülmüştür. Bu eğitim programlarının ebeveyn düzeyinde ise ilişkilerde olumlu tutum geliştirme, olumlu disiplin becerileri geliştirme, ilgili davranma ve duygu yansıtan tepkiler verebilme, aşırı koruyucu veya baskıcı disiplin davranışlarını kontrol edebilme üzerinde olumlu etkileri olmuştur (Kağıtçıbaşı, 1989: 23; 1990: 41; Baç Karaaslan ve

Bal, 2006: 16; Ömeroğlu ve Can Yaşar, 2006: 241; Ömeroğlu, Kurtulmuş ve Ceylan, 2006: 140; Erkan ve Durmuşoğlu, 2007: 349)

Türkiye’de 1975-2000 yılları arasında anne-baba eğitimi ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarının incelendiği bir araştırmada verilen bu eğitimlerin sonucunda annelerin bilgi düzeyinde ve demokratik davranışlarında artış; çocuk yetiştirmede gösterilen olumsuz davranışlarda azalma; aile içi iletişimde olumlu yönde anlamlı değişim olduğu görülmüştür (Çorbacı-Oruç, Haktanır ve Dinçer, 2004)

Yukarıda yer verilen bilgi ve araştırmaların sonuçları doğrultusunda çocukları tanımak, ihtiyaçlarını belirleyerek bunları zamanında ve yeterli düzeyde gidermek ve desteklemek, ebeveynlik becerilerini öğrenmek ve geliştirmek amacıyla aile eğitim programlarına katılımın önemi anlaşılmaktadır. Birbirinden farklı kuramlara dayalı olarak geliştirilen eğitim programlarının bulunmasıyla birlikte bu çalışmada, Rogers’ın Birey Merkezli Terapi yaklaşımına dayalı olarak geliştirilen Çocuk Merkezli Oyun Terapisi’nin modellenmesiyle oluşturulan Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) kullanılmıştır. Bu ebeveyn eğitim programının daha iyi anlaşılması adına öncelikle temelini oluşturan kuram ve modellere yer verilmiştir.

2.2. Birey Merkezli Terapi

Birey merkezli terapinin de içinde yer aldığı insancıl yaklaşımların ortak özelliği, bilinçli farkındalığa vurgu yaparak ‘burada-şimdi’ yaşantılarına odaklanmaları ve terapötik bir atmosfer içindeki danışan-terapist ilişkisinin kendisinin temel iyileştirici faktör olduğunu savunmalarıdır (Kramer, Bernstein ve Phares, 2014). Terapötik ilişki, psikoterapideki iyileşmenin önemli bir parçası olarak pek çok kez tanımlanmıştır (Patterson, 1984: 431; Smith, Glassve Miller, 1980: 184; Wampold, 2001: 75).

Carl Rogers 1939’lu tarihlerde psikolojik sorunlar yaşayan çocuklarla başlayan çalışmalarını çift, aile ve gruplarla sürdürerek yaklaşımını oluşturmuştur (Bozarth, 1998: 56). Rogers’ın insancıl (hümanistik) psikolojideki kavramlar üzerine temellendirdiği birey merkezli terapiye göre, terapistin teknik becerilerinden ziyade insan olarak terapide var oluşu ve terapinin spontanlık içerisinde danışana özgü şekilde sürmesi iyileştirici özelliktedir (Meador ve Rogers, 1973: 121).

Birey merkezli terapi kişilerin kendisini tanıyabildiği gibi iyileştirme kaynaklarına da sahip olduğunu; hatta gerekli koşullar sağlandığında kişiliğin değişim ve gelişiminin mümkün olduğunu öne sürmüştür (Rogers, 1957: 95; 1975: 9). İnsancıl yaklaşımın temel felsefesine dayanan ‘birey merkezli’ yaklaşıma sahip olan bir terapist insanların sahip olduğu potansiyelin ortaya çıkarılarak gelişmesine destek olabildiği gibi değişiminde de uyarıcı bir etki gösterebilmektedir (Rogers, 1986: 375).

Carl Rogers (1977: 105)’a göre terapinin asıl hedefi danışanın yaşadığı sorunları çözmekten ziyade karşılaştığı veya karşılaşılabileceği sorunlara karşı başa çıkma konusunda güçlenmesidir. Aynı zamanda bireyin kendine güvenmesi, yeni deneyimlere açık olması, dıştan gelen verileri kendi kaynakları ile değerlendirerek sonuca ulaşması ve kişisel gelişimi devam ettirmek konusunda istekli olması özelliklerinin cesaretlendirilmesi de hedefler arasındadır (Bozarth ve Brodley, 1991: 45)

Rogers’a göre, kendisini neyin incittiğini, terapi sürecinde hangi yönde ilerlenilmesi gerektiğini, hangi sorunun kendisi açısından önemli olduğunu ve kendi içsel yaşantılarının en derininde neler olduğunu en iyi bilen kişi danışanın yine kendisidir (Rogers, 1961:11). Kişinin içsel potansiyelini ortaya çıkararak gerçekleştirme ve geliştirme motivasyonuna sahip olması “gerçekleştirme eğilimi olarak tanımlanmıştır (Rogers, 1959: 197). Bu tanımdan yola çıkılarak insanların tamamen ‘iyi’ olması değil, potansiyellerini ortaya çıkarırken içsel ve dışsal engellemelerle bunu sınırlı olarak gerçekleştirebildikleri kastedilmiştir (Rogers 1951: 167, 1959: 184, 1961: 76; Brodley, 1998: 22). Bireyin terapi sürecindeki içsel yönelimleri öz farklılaşmayı artırırken; öz-düzenleme ve öz-kabulün de daha verimli hale gelmesine etki eder (Ryan ve Deci, 2000: 68).

Terapötik ilişkinin önemine vurgu yapan Rogers terapi sürecinin üç temel koşulu olduğunun altını çizmiştir. Bunlar; uyumluluk, koşulsuz olumlu kabul ve empatidir (Rogers, 1942: 30).

1. Uyumluluk: Dürüstlük ve spontanlığı çağrıştıran bir koşuldur. Rogers (1961: 61), bu koşulun yerine gelebilmesi için duygu ve tutumların tam olarak ifade edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hatta bu duygu ve tutumların iyi bir ilişkiye destek vermediği bilinse dahi ifade edilmesinin uyumluluğun bir parçası olduğunu ifade etmiştir. Cornelius-White (2007: 229) uyumun terapist ve terapi ile ilişkinin farklı

yönlerini açıklayan beş boyutlu bir model ileri sürmüştür. “İçtenlik, sembolleştirme, güvenilirlik, organizmanın bütünleşmesi ve akış” olarak isimlendirilen bu boyutların yalnız başlarına ya da aynı anda deneyimlenebileceği; bununla birlikte birbirlerini açıklamak için kullanılabileceği ifade edilmiştir.

2. Koşulsuz Olumlu Kabul: Duygu, davranış ve durumdan bağımsız olarak danışanın deneyimlerinin tüm yönlerine kendilik değeri adına samimi ve koşulsuz bir kabul sunmayı ifade eden koşuldur (Rogers, 1957: 98). Bu şartlar altında salt bir insan olarak değer verilmenin ve beğenilmenin sağladığı güven duygusunun, iyileşme sürecinde çok önemli ve yardımcı bir unsur olduğu düşünülmüştür (Rogers, 1961: 283)

3. Empati: Empatinin terapötik ilişkinin başlangıcından itibaren tüm değişim sürecinde son derece önemli olduğunu savunan yaklaşımlar bulunmaktadır (Kohut, 1984: 32; Rogers, 1951: 32). Rogers (1980: 151), karşıdaki kişinin olduğu gibi önemsenmesinin, o kişinin kendimiz için ne olmasını istediğimize dair kendi beklentilerimizden vazgeçmenin, ihtiyaçlarımıza uyacak şekilde kişiyi değiştirme arzumuzdan vazgeçmenin yakın ilişkide en zenginleştirici yol olduğu ifade edilmektedir.

Empatik bir yol ile kişinin özel algısal dünyasına girerken kişinin deneyimlediği herhangi bir şey için (hissettiği anlam, korku, öfke, hassasiyet, kafa karışıklığı vb.) her an adım adım duyarlı olunması gerektiği vurgulanmıştır (Rogers, 1975: 5). Terapötik bir ilişkide empati, kişinin korktuğu unsurlara taze ve korkmamış gözlerle yeniden bakmanın yanı sıra kişinin dünyasına ait hisleri iletmeyi de içermektedir (Rogers, 1980: 10). Empati, terapistin düşünme ve deneyimleme süreçlerinde danışanına eşlik etmesini içermektedir (Rogers, 1961: 265; Akhtar, 2007: 4; Brown, 2007: 257). Dolayısıyla doğru bir şekilde gösterilen empati, danışanın kendi duygularını fark ederek onları kabullenmesine imkan sağlayacaktır (Greenberg vd., 2001: 380). Terapi sürecinde danışanın deneyimlerinin akışındaki muhtemel anlamlara işaret ederek faydalı olana odaklanması, bu anlamları tam olarak deneyimlemesi ve deneyimlerinde ilerlemesi için terapist empati yoluyla yardım edebilmektedir (Rogers, 1975: 4). Burada dikkat edilmesi gereken nokta, danışanın özgür bir biçimde kabul veya reddedebilmesi adına yansıtmanın kesin olmayan ifadelerle dile getirilmesidir (Rogers, 1961: 18).

Birey merkezli terapi çerçevesinde terapötik değişimin gerçekleşebilmesi için bazı koşullar gerekli görülmüştür. Yapıcı kişilik değişiminin gerçekleşmesi için aşağıda yer alan koşulların var olması ve bir süre devam etmesi gerekir:

1. İki kişi psikolojik temas halindedir.
2. Danışan olarak adlandıracağımız ilk kişi, uyumsuzluk durumundadır; bunun anlamı savunmasız veya endişeli hissetmesidir.
3. Terapist olarak adlandıracağımız ikinci kişi, ilişkide uyumlu bir tavır içerisinde ve bütünleşmiştir.
4. Terapist, danışan için koşulsuz olumlu saygı duyar.
5. Terapist, danışanın içsel referans çerçevesini empatik bir anlayışla deneyimler ve bu deneyimi danışana iletmeye çalışır.
6. Terapistin empatik anlayışının ve koşulsuz olumlu bakış açısının danışanla iletişimi asgari düzeyde sağlanır (Rogers, 1957: 96).

Birey merkezli terapi sürecinde terapist şeffaf, koşulsuz kabule dayanan, empatik bir tutum içerisinde hareket ederek danışanın değişiminde katalizör etkisi meydana getirmektedir (Glauser ve Bozarth, 2001: 142).

2.3. Oyun Terapi

Amerika Birleşik Devletler’inde çalışmalarını sürdüren Oyun Terapisi Derneği [Association for Play Therapy (APT)], oyun terapisini, “Eğitilmiş oyun terapistlerinin, danışanların psikososyal zorlukları önlemesine veya çözmesine ve optimal büyüme ve gelişmeyi gerçekleştirmesine yardımcı olmak için oyunun terapötik güçlerini kullandığı kişilerarası bir süreç oluşturmak için teorik bir modelin sistematik kullanımı” olarak tanımlamaktadır (APT, 2022).

İngiliz Oyun Terapistleri Derneği (British Association of Play Therapists) oyun terapisinin, çocukların düzgün bir şekilde çözme şansı bulamadıkları karmaşık duyguları ve üzücü olayları anlamalarına yardımcı olduğunu belirtmiştir. Oyun terapisinde, çocuklar, günlük hayatta kendilerini neyin rahatsız ettiğini yetişkin terapisinde olduğu gibi kelimelerle açıklamak zorunda kalmak yerine, oyunu kendi seviyelerinde ve kendi hızlarında, sorgulanmadan veya tehdit edilmeden iletişim kurmak için kullanmaktadırlar (BAPT, 2022).

2.3.1. Oyun

Oyun oynayan çocuklar kendi içgüdülerine, fikirlerine ve ilgilerine göre hareketlerinin içeriğini ve amacını kendi sebeplerine göre seçerler (Else, 2009: 11)

Çeşitli uzmanların yıllar boyunca önerdiği farklı görüşlere işaret eden Sutton-Smith(1997) 7 noktaya değinmişlerdir. Oyun;

1. Uyum sağlama davranışı (gelişim ve öğrenmeyi ilerleten)
2. Beceri ve yöntem uygulaması (hiyerarşi ve güç kurmaya yardımcı)
3. İyimserlik mekanizması (hayatın olumsuz ya da karamsar yönünü tolere eden)
4. Alışılmış olanın dışına çıkabilme yolu (abartılı, rol içeren sahneler yoluyla)
5. Benlik ve kimlik ifade şekli
6. Sosyal bağlanma ve sosyalleşme aracı
7. Eğlenceli bir süreç

Burghardt (2005: 328) insanlar ve hayvanlar açısından oyunun temel 5 kriterle karakterize olduğunu ifade etmiştir:

1. Oyun, tanıdık ve duygusal olarak güvenli bir ortamda (rahat alan) gerçekleşmelidir.
2. Oyunun, oyunun kendisinden başka belirli bir amacı yoktur. Yani, sınırlı acil işlevi vardır.
3. Oyun hem gönüllü hem de kendini pekiştiricidir. Burghardt bunu oyunun içsel bileşeni olarak görür.
4. Oyun, ne yapısal ne de zamansal dizilerde gerçekliğe paralel değildir.
5. Oyun davranışları tekrarlayan davranış kalıpları gösterir.

Garvey (1990: 4) oyunun zevkli/eğlenceli olması; dışa bağlı bir amaç taşımaması; spontane ve gönüllü ortaya çıkması; aktif bir bağlılık gerektirmesi ve hayal ürünü öğeler taşıması gibi özellikler taşıdığından bahsetmiştir.

Günümüzde nörobilim dalında da oyuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların geldiği noktada oyunun beyinde yer alan nöral bağlantıları oluşturma ve güçlendirme konusunda etkili olduğu görülmüştür (Panksepp, 2005: 280)

Önemli bir çocuk psikoloğu olan David Elkind (2007: 280) ustalık oyunu, akrabalık oyunu, yenilikçi oyun ve terapötik oyun olmak üzere dört çeşit oyun tanımlaması yapmıştır. Çocukların özellikle zorlu durumlarda kendini ifade etme yolu bularak travma, stres ya da dürtüsellikle başa çıkmasına yardımcı olan terapötik oyundan ve tüm çocukların oyunu bu amaçla kullandıklarından genişçe bahsetmiştir.

2.3.2. Oyun Tarihi

İlk çağdan dönemimize kadar uzanan tüm dönemlerde oyun filozoflardan bilim insanlarına kadar pek çok kişinin çalışma konusu olmuştur. Antik Batı dünyasına bakıldığında çocuğun kabiliyetsiz, aciz ve oyun oynama gibi bir takım özel ihtiyaçlara sahip olduğunun düşünüldüğü görülmektedir. Plato, çocuğun oyun ihtiyacının altını çizirken fazla yetişkin gözlemine maruz kalmasının doğru olmadığını vurgulamıştır. 17. ve 18. yüzyıllarda ise Hristiyan dünyasında oyun, boş ve olumsuz güdülerle dolu olduğu düşünülerek fiilen bastırılmıştır (Hughes, 2010: 5). Özellikle İngiltere ve Amerika’da çocuklarla ilgili bu olumsuz tutum hakimken Fransız filozof Jean-Jacques Rousseau(1762) çocuğa dair olumlu bir dünyayı sunan Emile ya da Eğitim Üzerine isimli romanını yayınlamıştır. Rousseau, çocukların doğal halleri içerisinde iyilik ve erdem kazanmaya yönelik olduklarını, çocukların yetişkinlerin küçültülmüş bir modeli olmadığını ve çocuğu anlamak için oyunun çok önemli bir anahtar olabileceğini ifade etmiştir. 19. yüzyıl itibariyle ise çocuklara yozlaşmış bir doğaya sahip bir varlık olarak bakmak yerine oyuncu bir dünyaya sahip oldukları kabul edilmiştir. Çocukların oyun oynamaları hoş görülmekten çok daha ötede takdir edilmeye başlanmıştır (Chudacoff, 2007: 126).

Jean Piaget(1962: 3) bilişsel teorisinde çocukların yetişkinlerden farklı bilişsel sisteme sahip olduğunu vurgulayarak iki kavram üzerinde durmuştur: Özümseme (asimilasyon) ve uyumsama (akomodasyon). Gerçek dış dünyadan yeni bir uyarıcıyı alıp halihazırda var olan düşünce sistemine yerleştirme anlamına gelen özümseme ve ortamdaki yeni bir şeye göre düşünce sistemini değiştirme anlamına gelen uyumsama kavramları çocuğun oyununu anlamak konusunda da anlamlı görülmüştür.

Piaget(1969) çocukluk döneminde oyunun 3 dönem halinde geliştiğini ifade etmiştir.

1. Alıştırırmalı (İşlevsel) Oyun (0-2 yaş): Nesneleri atma, tutma

2. Sembolik (Simgesel) Oyun(2-11 yaş): Diğer bireylerin kimliklerinin temsil edilmesi

3. Kurallı Oyun(12 ve sonrası)

Sigmund Freud(1999: 38) oyunun çocukların dünyaya uyumunu kolaylaştırmak üzerine kullandıklarının üzerinde durmaktadır. Oyun oynayan her çocuk bir yazar gibi davranarak kendine bir dünya yaratmakta ve kendi dünyasında yer alanları yine kendisini mutlu edecek biçimde yeniden düzenlemektedir. Çocuk oyununu oldukça ciddiye almakta ve ona pek çok duygu yüklemektedir. Gerçeklik ile oyun dünyasına yüklenen duyguları ayırt edebildiği için çocuğun oyunu “düşleme”den ayrılmaktadır.

Oyun terapisinin günümüzdeki önemli isimlerinden biri olan Garry Landreth(2012), çocuğun iç dünyasının dışa vurumu konusunda oyunun üzerinde durmuştur. Ona göre çocuğun dili oyun, kelimeleri ise oyuncaklarıdır. Çocukların doğal olarak oyun ile ilişkili olduğunu “Kuşlar uçar, balıklar yüzer, çocuklar oyun oynar.” sözleriyle ifade etmiştir.

Oyunun doğası ve amaçları hakkında oyun terapistleri şu varsayımları ileri sürmüştür:

1. Oyun, biyolojik yapının bir parçası olan bir dürtü ve motivasyondur.
2. Oyun, çocuk gelişiminin önemli bir özelliği ve tüm gelişim alanlarına beceri ve yetenek kazandıran bir araçtır.
3. Oyun, çocuğun iç dünyasını yansıtır.
4. Oyun, çocuğun akranları ve yetişkinler ile iletişim kurma şeklidir.
5. Oyun, çocuğun akranlarıyla oynaması ve kuşaklar arası aktarım yollarıyla sosyal bağ kurma yoludur.
6. Oyun, olumlu ve olumsuz duyguları ortaya çıkarma veya giderme yoluyla özgürleştirici etkiye sahiptir.
7. Oyun, çocukların kendi problemlerini çözme konusunda yetkinliklerini artırarak duygusal güvenlik hissi oluşturur.
8. Oyun, çocuklara güç ve kontrol ile ilgili günlük hayatta mümkün olmayan deneyimleri yaşayabilecekleri güvenli bir ortam sunar.

9. Oyun fakirlik ve savaş dahil olmak üzere pek çok bağlamda ve pek çok sosyal birliktelik çerçevesinde gerçekleşebilir (VanFleet, Sywulak ve Sniscak, 2010: 8).

Oyun çocuğun kendini ifade edebileceği doğal ortamı olduğu için, çocukta birikmiş gerginlik, hayal kırıklığı, güvensizlik, saldırganlık, korku, şaşkınlık, kafa karışıklığı gibi duygularını oyun ile açığa çıkarma fırsatı olur. Bu duyguları, oyun oynayarak yüzeye çıkarır, onlarla yüzleşir, onları kontrol etmeyi öğrenir veya onları terk eder. Duygusal rahatlamaya ulaştığında, kendi başına bir birey olmanın, kendi adına düşünmenin, kendi kararlarını vermenin, psikolojik olarak daha olgun hale gelmenin ve bu sayede benliğini gerçekleştirmenin kendi içindeki gücü fark etmeye başlar (Axline, 1947: 16).

Leo Vygotsky, oyunun üç işlevi olduğunu belirtmiştir: Çocuğun yakınsal gelişim alanının keşfedilmesi, öz düzenlemeyi kolaylaştırması ve çocuğun hareket-düşünce ayrımını yapabilmesi (Hirsh-Pasek, Golinkoff, ve Eyer, 2003: 230). Yapılan araştırmalarda sosyal becerisi yüksek olan çocukların daha karmaşık oyunları oynama beceri düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Farver, Kim ve Lee, 1995: 1088). Ayrıca çocukların duygu düzenleme becerileri ile oyun arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Galyer ve Evans, 2001: 93; Lindsey ve Colwell, 2003: 39; Hoffmann ve Russ, 2012: 175; Koçyiğit, Sezer ve Yılmaz, 2015: 287)

2.3.3. Oyun Terapisi Tarihi

Çocuklar yetişkinlerden daha farklı düşünür ve bu düşünce “mantıksal” olarak nitelendirilemez. Bu düşünme biçimi zihnimizde yetişkinlerin kastettiği anlamda "nedensel" ve "rasyonel" bir düşünme şekli olarak tasarlanmamalıdır. Oyunun terapötik kullanımını ve bir çocukla çalışmaya psikolojik bir yaklaşımı anlatan ilk yayınlanmış vaka, Sigmund Freud'un 1909'da fobisi olan 5 yaşındaki bir çocuk olan klasik "Küçük Hans" vakasıyla ilgili raporuydu. Freud (1909/1955), Hans'ı sadece kısa bir ziyaret esnasında gördü ve tedaviyi, Hans'ın babasına oyunlarıyla ilgili babasının Hans'ın oyunuyla ilgili notlarına dayalı önerilerle yanıt vermenin yollarını tavsiye ederek yürüttü. "Küçük Hans", bir çocuğun yaşadığı zorluğun duygusal nedenlere atfedildiği ilk kayıt vakasıdır (Akt. Landreth, 2002: 47).

İlk çocuk psikanalisti olarak bilinen ve yetişkinlerde kullanılan psikanalizin çocuklarda kullanılamayacağını düşünen Hermine Von Hug-Hellmuth (1921) oyunu bir analiz aracı olarak kullanmış ve oyun materyallerini seanslarına dahil ederek çocukların kendilerini ifade etme düzeyini artırmayı hedeflemiştir. Bununla birlikte Hug-Hellmuth yaklaşımını bir teoriye dönüştürerek kuramlaştırmamıştır (Akt. Landreth, 2002: 47).

Melanie Klein psikanalitik çerçevede oyunun terapötik anlamda kullanılması gerektiği fikrine destek vererek, bunu sürdüren kişi olmuştur (Schafer, 2013). Klein çalışmalarında yapılandırılmış oyun materyali ve psikanalitik metotlar kullanarak 6 yaşından daha küçük olan çocuklarla çalışmıştır (Kottman, 2011: 1361). Klein yetişkin terapisindeki analizlerde ortaya çıkan önceki deneyim ve saplantıların çocuklarda oyun yoluyla hazır temsiller olarak görüldüğünün altını çizerek oyunun terapistteki önemine atıfta bulunmuştur (Klein, 1975: 22).

Oyun terapisinde psikanalitik yaklaşımı benimseyen diğer isim Anna Freud (1946) “Çocukta bana karşı güçlü bir bağıllık kurmak ve onu gerçek bir bağıllık ilişkisine dönüştürebilmek adına çok acılar çektim.” demiştir. Aynı zamanda oyun yoluyla terapist ve çocuk arasında terapötik bir ilişki kurulabileceğini ifade etmiştir. Anna Freud, çoğu çocuğun terapiye gönüllü olarak gelmediğini ve ebeveynleri tarafından getirildiğini fark etmiştir. Çocukla terapist arasında tatmin edici bir ilişki geliştikçe, seansların vurgusunun yavaş yavaş oyuna odaklanmaktan daha sözlü etkileşimlere odaklanmaya kaydığını fark etmiştir. Freud, çocuklarda serbest çağrışım tekniğini kullanamadığı için gündüz düşü denilen hayallerin ve rüyaların analizine odaklanmıştır. Çocukların çoğu serbest çağrışım tekniğini kullanamadığı için Freud rüyaların analizine odaklandı (Schaefer ve O'Connor, 1983: 5).

Oyun terapisinde bir sonraki büyük gelişme Serbest Bırakma Oyun Terapisi'dir. Bu yaklaşım daha sonraki dönemlerde ‘Yapılandırılmış Oyun Terapisi’ olarak anılmaya başlanmıştır. Bu yaklaşımı ortaya koyan David Levy (1938: 387) özellikle travmatize olmuş çocukların katarsis yoluyla çözümlenmesine yardımcı olacak oyuncakları kullanmıştır. Bu yaklaşımı geliştirirken çocuklar için kaygı uyandıran durumların terapi sırasında tekrar canlandırılabilmesini istemiştir. Oyunun katartik bir etki oluşturduğunu vurgulayan ve psikoanalitik bir çerçeveye sahip olan Serbest Bırakma Oyun Terapisinde terapist, çocuğun olumsuz deneyimini yeniden güvenli bir ortamda

meydana getirmek için oyuncakları kullanan ve ortamı etkileyen bir yönetmene benzer (Landreth, 2002: 50).

İlişkisel Oyun Terapisi olarak adlandırılan Jesse Taft (1933) ve Frederick Allen'ın (1934) çalışmalarının ortaya çıkması, oyun terapisinde üçüncü önemli gelişmeyi oluşturmuştur. İlişkisel oyun terapisinin felsefi temeli; geçmiş tarihin, bilinçdışının ve terapist-danışan ilişkisinin gelişiminin önemini vurgulayan Otto Rank'ın (1936) çalışmalarına dayanmaktadır. İlişkisel oyun terapisinde birincil vurgu, terapist ve çocuk arasındaki duygusal ilişkinin iyileştirici gücüne yapılmaktadır. Allen ve Taft, çocukları, davranışlarını yapıcı bir şekilde değiştirme kapasitesine sahip içsel güce sahip kişiler olarak gördüklerini vurgulamıştır. Bu nedenle çocuklara oyun oynamayı ya da oynamamayı seçme ve kendi etkinliklerini yönlendirme özgürlüğü verilmiştir (Akt. Landreth, 2002: 52).

Virginia Axline (1947: 9), Carl Rogers'ın hem öğrencisi hem de meslektaşı olarak birey-merkezli terapi kuram ve ilkelerini, oyun terapisine uygulayan kişi olmuştur. Axline, çocukların gelişim ve değişimi için ihtiyaç duydukları her beceri ve gücün kendi içlerinde var olduğuna inanmıştır (Landreth, 2002: 53). Birey merkezli terapisindeki “koşulsuz sevgi, empatik anlayış ve uyum” özelliklerinin altını çizerek yaklaşımını “Yönlendirmesiz Oyun Terapisi” olarak adlandırmıştır. Axline'ın oyun terapisti alanında etkili olmasını sağlayan birkaç sebep vardır.

1. Terapi yöntemlerini araştırma yöntemlerine uygun şekilde kanıta dayalı olarak araştıran ve sunan ilk oyun terapistidir.
2. Oyun Terapisi (Axline, 1947: 9) kitabı ortaya koyduğu teorisini ve oyun terapisinin uygulanışına dair esas yapıyı aktaran bir kitap olmuştur.
3. Günümüzde otistik olarak tanımlanabilecek bir çocuğun bir yıldan uzun süren oyun terapisti sürecini anlattığı Dibs: Benliğini Arayan Çocuk (Axline, 1964: 219) adlı kitabıyla oyun terapisinin tekniğini ve gerekliliğini bir çocuğun duygusal olumlu gelişimi ışığında aktarmıştır (Ray, 2011: 37).

Yönlendirmesiz oyun terapisti, çocuğa en uygun koşullarda büyümeyi deneyimlemesi için sunulan bir fırsat olarak tanımlanabilmektedir. Bir çocuktaki birikmiş gerginlik, hayal kırıklığı, güvensizlik, saldırganlık, korku, şaşkınlık, kafa karışıklığı duygularının oyun yoluyla doğal ortamında ifade edilmesi için fırsatı verilmektedir. Bu duyguları oyun yoluyla yüzeye ve açığa çıkarır, onlarla yüzleşir, onları kontrol

etmeyi öğrenir veya onları terk eder. Duygusal rahatlamaya ulaştığı noktada kendi başına bir birey olmanın, kendini düşünmenin, kendi kararlarını vermenin, psikolojik olarak daha olgun hale gelmenin ve böylelikle benliğini gerçekleştirmenin gücünü kendi içinde fark etmeye başlar (Axline, 1947: 16).

Guerney (2001: 13) ve Landreth (2002: 55)'in çalışmaları ışığında “Yönlendirmesiz Oyun Terapisi”nin “Çocuk Merkezli Oyun Terapisine” dönüştüğü görülmüştür (Ray, 2011: 37).

Clark Moustakas (1959) oyun terapisinde ilişki için gerekli koşulları belirtmiştir. Bunlar; saygı, anda kalma, empati, koşulsuz kabul ve ifade özgürlüğüdür.

Haim Ginott (1959: 160) terapist- çocuk ilişkisinde duyguların sözel ve sembolik olarak ifade edilmesini önererek “ilişkisel odağa” katkı sağlamıştır.

2.3.4. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi

Çocuklarda kendini ifade etmeyi kolaylaştırmanın gelişimsel olarak en uygun yolu oyundur ve bu nedenle ruh sağlığı bakımı arayan her çocuk için uygundur (Elkind, 2007: 36; Piaget, 1962). Çocukların sınırlı sözlü ifadeleri göz önüne alındığında, oyun, terapistlerin çocuğun doğal dilini kolaylaştırmasına olanak tanır (Ginott, 1959: 160). Böylece çocukların duygularını, isteklerini, ihtiyaçlarını ve gelecekteki beklentilerini ifade etmeleri için güvenli ve güvenli bir ortam sağlar. Terapistlerin hem çocuk hem de ebeveynler için anlayışı ve ustalığı kolaylaştırmada en çok yardım edebilecekleri şey çocuğun iç dünyasını görmektir (Landreth, 2012).

Çocuk merkezli oyun terapisti, davranışsal ve duygusal sorunları olan çocuklara yardımcı olma amacı ile geliştirilmiş yönlendirici olmayan bir yaklaşım üzerine kurulmuştur (Guerney, 2001: 13; Landreth, 2002: 53; Wilson ve Ryan, 2005: 16; Cochran, Nordling ve Cochran, 2010: 4). Çocuk merkezli oyun terapisindeki temel varsayım; çocukların sorunlarını çözme, özyeterlilik ve özgüvene ulaşma konusunda yeterli bir kapasite ile doğmuş olmalarıdır (VanFleet, Sywulak ve Sniscak, 2010: 15). Yönlendirici olmayan oyun terapisti, çocuğu kontrol etmek veya değiştirmek için hiçbir çaba göstermez ve çocuğun davranışının her zaman kendini gerçekleştirme dürtüsünden kaynaklandığı teorisine dayanır. Yönlendirici olmayan oyun terapisinin amaçları, çocuğun kendini tanıması ve kendini yönlendirmesidir (Landreth, 2002: 53).

Çocuk merkezli oyun terapisinin temelini oluşturan birey merkezli terapiyi geliştiren Carl Rogers (1951: 42), insanların yaşadığı problemlere karşı gösterdikleri tepkileri, değişimin meydana gelişi ve çocuk gelişimi de dahil olmak üzere bireysel gelişime dair hipotezlerini 19 önerme ile ortaya koymuştur.

1. Her birey, merkezi olduğu sürekli değişen bir deneyim dünyasında var olur.
2. Organizma, alana, deneyimlendiği ve algılandığı gibi tepki verir. Bu algısal alan, birey için "gerçeklik"tir.
3. Organizma, bu fenomenal alana organize bir bütün olarak tepki verir.
4. Organizmanın tek bir temel eğilimi ve çabası vardır - deneyimleyen organizmayı gerçekleştirmek, sürdürmek ve geliştirmek.
5. Davranış temel olarak organizmanın, algılandığı gibi, alanda deneyimlendiği gibi ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik amaca yönelik girişimdir.
6. Duygu, bu tür hedefe yönelik davranışa eşlik eder ve genel olarak kolaylaştırır. Duygunun türü davranışın tamamlayıcı yönlerine karşı arayışla ilgilidir ve duygunun yoğunluğu, organizmanın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için davranışın algılanan önemi ile ilgilidir.
7. Davranışı anlamak için en iyi bağ, bireyin kendisinin içsel referans çerçevesidir.
8. Toplam algısal alanın bir kısmı yavaş yavaş benlik olarak farklılaşır.
9. Çevre ile etkileşim sonucunda ve özellikle diğerleriyle değerlendirmeci etkileşimin bir sonucu olarak, benliğin yapısı, bu kavramlara bağlı değerlerle birlikte, "ben" veya "bana"nın özelliklerinin ve ilişkilerinin algılanmasının organize, akışkan ama tutarlı kavramsal bir modelini oluşturur.
10. Deneyimlere atfedilen değerler ve benlik yapısının bir parçası olan değerler, bazı durumlarda doğrudan organizma tarafından deneyimlenen değerlerdir. Bazı durumlarda ise içe atılan veya diğerlerinden devralınan, ancak sanki doğrudan deneyimlenmiş gibi çarpıtılmış bir şekilde algılanan değerlerdir.
11. Bireyin yaşamında deneyimler meydana geldikçe, bunlar;
 - (a) sembolize edilir, algılanır ve benlikle bir ilişki içinde organize edilir.
 - (b) özyapıyla algılanan bir ilişki olmadığı için görmezden gelinir.

(c) deneyim benliğin yapısıyla tutarsızsa simgeleştirme reddedilir veya uyacak şekilde çarpıtılır.

12. Organizmanın benimsediği davranış biçimlerinin çoğu benlik kavramıyla uyumlu olanlardır.

13. Davranış, bazı durumlarda, sembolize edilmemiş organik deneyimler ve ihtiyaçlardan kaynaklanabilir. Bu tür davranış, benliğin yapısıyla tutarsız olabilir ancak bu gibi durumlarda birey davranışı sahiplenmez.

14. Psikolojik uyumsuzluk; organizma, sembolize edilmeyen ve kendilik yapısının gestaltında organize edilmeyen önemli duyuşal ve visseral deneyimlerin farkında olmayı reddettiğinde ortaya çıkar. Bu durum var olduğunda, temel veya potansiyel bir psikolojik gerilim söz konusudur.

15. Psikolojik uyum, benlik kavramı, organizmanın tüm duyuşal ve içsel deneyimlerinin, benlik kavramıyla tutarlı bir ilişki içinde sembolik bir düzeyde özümsemiği veya olabileceği şekilde olduğunda ortaya çıkar.

16. Benliğin yapısı ile tutarsız olan herhangi bir deneyim tehdit olarak algılanabilir ve bu algılardan ne kadar çok olursa, benlik yapısı kendini sürdürmek için o kadar katı bir şekilde organize olur.

17. Belirli koşullar altında, kendilik yapısına karşı herhangi bir tehdit olmadığında benlikle tutarsız olan deneyimler gözlenebilir, incelenebilir ve benliğin yapısı bu deneyimleri özümsemek ve içermek üzere revize edilebilir.

18. Birey bütün duyuşal ve içgüdüsel deneyimlerini tutarlı bir şekilde algılar, kabul eder ve entegre bir sistem haline getirirse, o zaman başkalarını daha fazla anlar ve başkalarını ayrı bireyler olarak kabul eder.

19. Birey organik deneyimlerinden daha fazlasını kendi benlik yapısında algılayıp kabul ettikçe varolan değer sistemini daha fazla içselleştirmeye başlar. Bu şekilde birey, devam eden bir organizma değerlendirme süreci ile çarpık bir şekilde sembolize edilen içe yansıtmalara dayanan mevcut değer sistemini yenisiyle değiştirdiğini keşfeder.

Bu önermelerin bilinmesi ve oyun terapisinde uygulanması gerekli görülmektedir (Ray, 2011: 72).

Çocuk merkezli oyun terapisinde çocuk istediği gibi oynama veya sessiz kalma özgürlüğüne sahiptir. Terapist, bir çocuğun duyguları ifade edildiğinde, tanımlandığında ve kabul edildiğinde, çocuğun bunları kabul edebileceğine ve daha sonra bu duygularla başa çıkmakta özgür olduğuna inanarak, çocuğun düşüncelerini ve duygularını aktif olarak yansıtır. Axline (1950) oyun terapisi kavramını özetlerken, "Bir oyun deneyimi terapötiktir. Çünkü, çocuk ve yetişkin arasında güvenli bir ilişki sağlar, böylece çocuk kendini kendi terimleriyle ifade etme özgürlüğüne ve alanına sahiptir," demiştir (Akt. Landreth, 2002: 53). Çocuk merkezli oyun terapisi, terapistin a) çocuğa güvenmesi, b) kendi kendine yardım etme becerisine güvenmesi, c) çocuğun kendi gücünü fark ederek risk alması için serbest bırakması temelinde ortak bir yaşam ilişkisinden ortaya çıkan bir deneyimdir (Landreth ve Bratton, 2006: 5).

Axline (1947: 73), Rogers'ın birey merkezli yaklaşımındaki felsefesini temel alarak oyun terapisinin doğasına ve terapistin rollerine ait 8 prensip oluşturmuştur.

1. Terapist, çocukla mümkün olan en kısa sürede iyi bir ilişkinin kurulduğu sıcak, dostane bir ilişki geliştirmelidir.
2. Terapist çocuğu olduğu gibi kabul eder.
3. Terapist, çocuğun duygularını tamamen ifade etmekte özgür hissetmesi için ilişkide bir serbestlik duygusu oluşturur.
4. Terapist, çocuğun ifade ettiği duyguları tanımak için tetiktedir ve bu duyguları, davranışlarına ilişkin içgörü kazanacak şekilde ona geri yansıtır.
5. Terapist, kendisine fırsat verildiğinde çocuğun kendi sorunlarını çözme yeteneğine derin bir saygı duyar. Seçim yapma ve değişimi başlatma sorumluluğu çocuğa aittir.
6. Terapist, çocuğun hareketlerini veya konuşmasını hiçbir şekilde yönlendirmeye çalışmaz. Çocuk yol gösterir; terapist takip eder.
7. Terapist, terapiyi aceleye getirmeye çalışmaz. Bu aşamalı bir süreçtir ve terapist tarafından bu şekilde tanınır.
8. Terapist, yalnızca, terapiyi gerçeklik dünyasında tutmak ve çocuğun ilişkideki sorumluluğunun farkına varması için gerekli olan sınırlamaları belirler.

Geliştirilmiş olan bu 8 prensip temelde 3 ilkeye dayanmaktadır:

1. Çocuğu çocuk olarak kabul etmek: Burada kabul; soru sormak, öğüt vermek, çocuğun fikirlerine, isteklerine veya duygu ifadelerine meydan okumak veya çocuğu başka şekilde değerlendirmek olmaksızın yetişkinin eleştirmemesi anlamına gelmektedir. Övgü ve diğer açık pekiştireçlerden kaçınılır. Böylece çocuk, kabulün kendisi yerine belirli davranışlara bağı olduğu yönünde hiçbir mesaj almamış olur. Kabul, sınırı ihlal eden birkaç davranış dışında tamamen koşulsuzdur. Terapist; empati, onaylama, saygı ve diğer anlayış ifadelerini kullanarak çocuğa kabulü aktarır. Terapistin bu kabul edici tutumuyla çocuk, diğer insanlarla ilgili duygularını ve deneyimlerini - sıklıkla ifade edilmeyen veya daha yargılayıcı ortamlarda, örneğin ev veya okul gibi dolaylı olarak ifade edilen - tüm yönlerini keşfetme özgürlüğüne kavuşur. Çocuğun tüm yönlerinin, hatta daha az övgüye değer olanların bile yetişkin tarafından kabul edilmesi, çocuğun içgörü geliştirmesine ve nihayetinde kendisinin tüm yönlerini kabul etmesine izin verir. Psikolojik anlamda yapılan savunmalar, uyumsuz davranışlara katkıda bulunur ve çocuğun potansiyelini gerçekleştirmesini engeller. Kendini kabul etme ise, doğal olarak savunmaların düşmesine izin verir.

2. Çocuk yol gösterir: Terapist, ‘çocuğun yol göstermesi’ ilkesine tutarlı bir şekilde bağı kalmalıdır. Bu ilke; yetişkinin, çocuğun duygularını, düşüncelerini veya açık davranışlarını incelikli yollarla bile yönlendirmeye çalışmaması anlamına gelir. Terapist, çocuğun oyun seansında ne yapacağını ve ne söyleyeceğini seçmesine izin verir. Küçük çocuklar da dahil olmak üzere danışanlar, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarına ilişkin kendi algılarına göre oyun oynayarak ve konuşarak kendilerini ifade edebilir. Bunun anlamı; iyileşmeye giden yolu yaşından bağımsız her bireyin kendi çizebilecek olmasıdır. Örneğin, bir çocuk regresif bir şekilde bebek gibi davrandığı bir oyuna girme ihtiyacı hissediyorsa ve terapist bunun yerine resim çizmesini reddediyor veya öneriyorsa, bu, çocuğun erken dönem çevresindeki sorunları çözme ihtiyacıyla ilgilenmesini engelleyebilir.

3. Sınırlar: Oyun oturumları sırasında aktif olunduğu ve pek çok nesnenin kullanımı söz konusu olduğu için bazı davranış sınırlamaları ile ilgili bir ilke içermektedir. Bu sınırlar yetişkinler tarafından belirlenir. Oyun oturumları sırasında yetişkinin çocuk tarafından yönetilmeyen tek eylemi çizilen bu sınırlardır.. Sınırlar yalnızca terapiyi gerçeklik dünyasında tutmak ve çocuğun ilişkideki sorumluluğunun farkına varmasını sağlamak için gereklidir. Örneğin, çocuğun terapistte vurmasına veya oyun

odadaki mobilyaları kırmasına izin verilmeyecektir. Hem çocuk hem de terapist için güvenlik, limitler açısından en önemli noktadır (Axline, 1947:).

2.3.5. Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)

Ebeveynlerin birey ve ebeveyn olarak yeterliklerini nasıl hissettikleri, çocuklarıyla olan etkileşimlerini ve dolayısıyla çocuklarının gelişimini önemli ölçüde etkiler. Ebeveyn-çocuk ilişkisinde zorluk ortaya çıktığında ve işler yolunda gitmediğinde, ebeveynler kendilerini suçlamaya yatkındır ve ebeveyn olarak yeterliliklerinden şüphe duyarlar (Landreth,2002: 357).

Ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkinin dinamikleri, çocukların gelişimini en kesin şekilde etkiler ve bu ilişkideki ana faktör, ebeveynin ebeveyn kontrol odağı ile ilgili tutumu ve benlik algısıdır. Bir ebeveynin benlik algısı, kontrol odağını etkiler ve bu da ebeveyn rehberliğinin yönünü ve kapsamını ve çocuklarının yaşamlarına katılımını etkiler(Swick ve Graves 1986; Swick, 1987; Spivack ve Cianci,1987).

Genel olarak, çocuklar gelişimsel zorluk yaşadıklarında veya ebeveynler çocuklarıyla olan kişilerarası ilişkilerinde uzun süreli zorluklar yaşadıklarında, ebeveynler kendilerini kontrolden çıkmış hissederler, hiçbir şey yapamayacaklarına inanırlar ve kendilerini yetersiz hissederler. Ebeveynler, olumlu ebeveyn-çocuk ilişkilerinin gelişimini teşvik eden öğrenme becerilerinde yardıma ihtiyaç duyarlar (Landreth, 2002: 364). Ebeveynlere yönelik hazırlanmış programların ebeveynlerin kontrol duygusunu artırmaya yardımcı olduğunu ve dolayısıyla çocukların davranışlarını olumlu yönde etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Swick, Gladstone ve Hayes, 1988). Ebeveynlik doğal bir süreç sonucunda kazanılan bir durum olmakla birlikte, ebeveynliğe dair beceri eğitimi ve uygulamaları toplumsal anlamda dünya genelinde yeterli seviyede değildir. Bu bölümde anlatılacak olan filial terapi ya da diğer adıyla çocuk ebeveyn ilişkisi terapisinin önemi bu gerekçelere dayandırılabilir.

2.3.5.1. Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) Tarihi

Ebeveynleri çocuklarla ilgili durumlarda terapötik ajanlar olarak kullanılabileceğine dair ilk çalışmalar 20. yüzyılın başlarına denk gelmektedir. Freud(1909), 5 yaşındaki Hans isimli çocuğun tedavisinde babasının tepkilerini yönlendirmiş ve bu tedaviyi

evde sürdürmüştür. Hatta bu erkek çocuğunun tedavisinin babasının dahil olmaması durumunda mümkün olamayacağını da belirtmiştir.

Dorothy Baruch(1949: 158), ebeveyn çocuk ilişkilerini geliştirmek amacıyla evde oyun seansları yapılması gerektiğini savunmuştur. Natalie Fuchs (1957: 89), kızının tuvalet eğitiminde yaşadığı duygusal tepkilerin üstesinden gelebilmek adına babası Carl Rogers'ın tavsiyesi ve teşvikiyle evde özel oyun zamanları kullanmıştır. Bu özel oyun saatlerinin prosedürleri Axline'ın (1947: 53) yazılarında belirttiği prosedürlere dayanmaktadır. Kızının duygusal tepkilerine yardımcı olmak noktasında önemli sonuçlar elde etmiş ve bunları kitabında bunları raporlamıştır.

Moustakas (1959), ebeveyn ve çocuk arasındaki bu özel oyun terapisi tipi evde oyun seanslarının en eski ve ayrıntılı tanımlarından birini yapan kişi olmuştur. Evde yapılacak bir oyun oturumunda ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkiyi, 'çocuğun kendini önemli bir kişi olarak keşfettiği, kendisine değer verildiğini ve sevildiğini gördüğü ve ailedeki yeri doldurulamaz üyeliğini tanıdığı bir ilişki' olarak ifade etmiştir. Ayrıca bu oyun seanslarını; çocuğun kendisini duygusal olarak ifade etmesinin ve bastırılmış gerilimlerini serbest bırakmasının bir yolu olarak görmüştür.

Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisini (Filial Terapi) bahsedilen bu oyun seanslarından ayıran en önemli farklar ise düzenli sistematik eğitim, süpervizyon çalışması ve kapalı bir grup formatında deneyimlerini değerlendirme fırsatıdır (Landreth, 2002: 338).

Bernard Guerney (1964: 304) yaklaşık 50 yıl önce filial terapiyi ilk kez tanımlamıştır. Filial terapinin amacı; çocuk ebeveyn ilişkisinin doğasında var olduğunu varsaydığı terapötik gücü maksimize ederek ebeveynleri kendi çocukları için terapötik bir ajan olarak kullanabilmek olarak görülmüştür. Guerney'in ebeveynlerin çocuklarıyla oyun seansını düzenlemek için eğittiği ve "çok özel yol" olarak tanımladığı bu yaklaşım yönlendirici olmayan çocuk merkezli oyun terapisine benzemektedir (Guerney, 1964: 304).

Filial Terapi kavramındaki latince 'evlat' anlamına gelen 'filial' kelimesi, 'filias(kız çocuk)' ve 'filios(erkek çocuk)' kelimeleri ile aynı kökten gelmektedir. 'Çocuklarla İlişkiyi Geliştiren Aile Terapisi, Filial Aile Terapisi, Filial Oyun Terapisi, Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi' gibi pek çok tanım da aynı amaçla kullanılmıştır (VanFleet, 2021: 23).

Guerney(1964: 306) filial terapi eğitimini yönergelerle öğretme, oyun seansları uygulama ve rol yapmanın yanı sıra ebeveynlerin tutum ve duygularının grup olarak işlenmesi olarak tanımlamıştır. Ayrıca bu yaklaşımın yalnızca birbirine uyumlu çocuk ve ebeveynler için değil; önemli duygusal ve davranışsal zorluklar yaşayan çocuk ve ebeveynler için de olduğunu vurgulamıştır.

Guerney (1964: 304)’in makalesinin yayınlanmasının ardından kısa süre içinde pek çok çalışma yapılarak yayınlanmıştır (Andronico, vd., 1967: 11; Andronico ve Guerney, 1967: 2; Guerney, Guerney ve Stover,1972: 275; Guerney, Stover ve Andronico,1967: 66). Bu yaklaşımın tanınırlığı ve yaygınlaşması Guerney'den eğitim almış olan Risë VanFleet(2021: 45) ve Barry Ginsberg(2002: 65) tarafından önemli derecede desteklenmiştir. Bütün bu çalışmalara ek olarak Landreth yapılandırılmış ve yoğunlaştırılmış 10 seanslık bir filial terapi eğitim formatı geliştirmiş ve Bratton(2006: 2) ile birlikte bu formatı ‘Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi(Child Parent Relationship Therapy)’ adlı bir metin haline getirerek diğer filial terapi yaklaşımlarından ayırmıştır. Ardından bu protokol uygulayıcılar ve araştırmalar için uygulamada bir bütünlüğün olması açısından Bratton, Landreth, Kellam ve Blackard, 2006: 3) tarafından manuelleştirilmiştir. Guerneyler tarafından geliştirilen orijinal grup formatı (Ginsberg, Stutman ve Hummel, 1978: 154; Guerney, 1964: 304), Gary Landreth tarafından geliştirilen kısa süreli 10 seanslık formatı (Landreth, 1991; Landreth ve Bratton, 2006: 2) ve Rise VanFleet (VanFleet, 2021: 45) tarafından uyarlanan bireysel bir aile terapisi modeli gibi farklı filial terapi formatları bulunmaktadır. Bu farklı modeller arasında büyük bir tutarlılık olsa da, bazı önemli farklılıklar da bulunmaktadır (Topham ve VanFleet, 2011: 145). Mevcut çalışmada bu yöntemden yaygın olarak ‘Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi’ olarak bahsedilmekle birlikte genel anlamda bilinen ‘Filial Terapi’ şeklinde de kullanılmıştır.

2.3.5.2. Çocuk-Ebeveyn İlişkisi (Filial Terapi) Tanımı

Filial terapi oyun terapisinin gücünden yararlanan ve psiko-eğitim modeline dayanarak çocukları, ebeveynleri ve aileleri değiştiren ve güçlendiren bir aile terapisi. Filial terapi, terapistlerin ebeveynleri veya bakıcıları, kendi çocukları ile yönlendirilmemiş özel oyun seansları yürütürken eğittiği ve denetlediği teorik olarak bütүнleştirici bir terapi biçimini ifade etmektedir. Terapist çocukların oyun temalarını ebeveynlerle tartışmakta ve ebeveynlerin çocuklarının motivasyonlarını,

duygularını, niyetlerini ve davranışlarını bağlam içinde anlamalarına yardımcı olmaktadır (VanFleet, 2011: 17).

Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi);(a) sadece bir değil zamanla tüm çocuklar tedaviye dahil edilebildiği, (b)oyunun doğası, çok çeşitli yaştaki çocukların (2 ila 12 yaş arası) dahil edilmesine izin verdiği, (c) geniş bir yelpazedeki psikolojik problemlerin (ör. travma, davranış problemleri, yas ve kayıp, sorunlu aile süreçleri vb.) tedavisi hedeflenerek tasarlandığı, (d)zamanla sınırlandırılmış, yapılandırılmış ve basit olduğu için aile terapistleri tarafından özellikle uygun görülmektedir (Topham ve VanFleet, 2011: 145).

Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) ebeveynlerin kendilerini daha değerli ve yetenekli olarak algılamalarını ve kişilerarası grup desteğini hissetmelerini sağlamaktadır. Gruplar yeni katılıma kapalıdır, ikinci seans itibariyle katılım kabul edilmemektedir. Ebeveynler 10 hafta boyunca haftalık 2 saat olacak şekilde bir araya gelmektedirler (Landreth, 2002: 365).

Ebeveynlerle yürütülen bu terapötik süreçte ebeveynler açısından uygun terapötik yanıtlar sağlamak için çocuğun sorunlarının ayrıntılı bir geçmişi veya psikolojik bir profili gerekli değildir. Çünkü filial terapi çocuğun kendi başına seansta terapistle nasıl etkileşime girdiğine odaklanan kişilerarası bir yaklaşımdır. Ebeveynin sadece oyun oturumunda çocuğun ani davranışlarına ve sözlü ifadelerine uygun şekilde nasıl tepki vereceğini öğrenmesi gerekmektedir. Terapötik ilkelerde ve terapistin belirli tepkilerinde ustalaşmaları beceri eğitimi aracılığıyla öğretilmektedir (Guerney, 2003: 103).

Filial terapide terapötik programa göre haftada bir kez ebeveynin terapötik bir ajan olarak katıldığı oyun seanslarını mevcuttur. Çocuk merkezli oyun terapisi prensiplerine göre beceriler öğrenen ebeveynlerin aynı zamanda bu becerileri çocuklarıyla uygulaması filial terapisi eğitimi, çoğunluğu yalnızca eğitim amaçlı olan çoğu ebeveyn eğitim programından ayıran dinamik bir süreç sağlamaktadır. Tipik olarak 2-10 yaş aralığında kullanılan bir terapi olmakla birlikte çocuk merkezli oyun terapisinin genellenebildiği daha büyük çocuk ve ergenlere uygun formatları da bulunmaktadır. Özel oyun saatleri bir ebeveyn ve bir çocukla gerçekleştirilebilmektedir (Landreth, 2002: 359).

Ebeveynler, ebeveyn-çocuk ilişkisini geliştiren, böylece hem çocuk hem de ebeveyn için kişisel büyümeyi ve değişimi kolaylaştıran, yargılayıcı olmayan bir anlayış ve kabul ortamı yaratmayı öğrenirler. Filial terapisinin odak noktası, ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkinin önemi ve çocuğun gerçekte nasıl bir birey olduğuna dair özüne ulaşmaktır. Bu ilişki, değişim sürecinin aracı olarak görülmektedir. Bu nedenle amaç, ebeveynin çocukla, çocuğun iç yönelimli, faydalı olana doğru hareket eden, yaratıcı, kendi kendini iyileştirme gücünü serbest bırakacak şekilde ilişki kurmasına yardımcı olmaktır(Landreth, 2002: 339).

2.3.5.3. Kuramsal Arka Plan

a) Aile sistemleri kuramı

Sağlıklı aile ilişkilerini geliştirmeye yaptığı vurgu nedeniyle, Filial Terapi, çeşitli aile terapisi teorik bakış açılarıyla tutarlılık göstermektedir. Filial terapisinin bazı ilkelerinin aile terapisiyle uyumu vurgulanmıştır. Bu ilkeler; çocuğu veya ebeveyni patolojikleştirmekten kaçınma, değişimin birincil mekanizması olarak ebeveyn-çocuk ilişkisine odaklanma ve doğrusal veya tıbbi bir yaklaşıma meydan okumadır. Filial terapi patolojileri hedef almak yerine, ailenin ilerlemesinin önündeki engelleri belirleme ve aşma konusunda eğitim ve beceri geliştirmeye odaklanmaktadır. İyi işleyen aile ilişkileri bağlamında ailelerin sorunları doğal olarak çözdükleri ve zorlukların üstesinden geldikleri varsayılmaktadır (Topham ve VanFleet, 2011: 147).

Filial terapide danışan çocuk, anne ve baba olarak bireyler değil; tüm aile bireyleri arasındaki ilişkinin kendisidir. Dolayısıyla ailenin bir parçası değiştiğinde aile dinamikleri etkilenecek tüm aile sistemi değişmektedir (VanFleet, 2011: 18). Aile sistemleri değişikliğine yönelik bu yaklaşım; ebeveyn-çocuk bağlanma kalitesinin aile ilişkilerini etkilediğini gösteren bağlanma araştırması (Berlin, Cassidy ve Appleyard, 2008: 333) ve katılımcıların istikrarlı olarak aile iletişimi çatışma yönetimi karşılıklı empati ve saygı konularında olumlu gelişmeler yaşadıklarını gösteren filial terapi araştırması (Lahti, 1992: 44; Wickstrom, 2009: 193) tarafından desteklenmektedir.

b) Psikodinamik Kuram

Filial terapi, psikodinamik teoriden aldığı ‘bilinçdışı’ ve ‘savunma mekanizmaları’ kavramlarının büyüme ve bireysel olarak kendini tanıma becerisi üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Oyun aracılığıyla kaygı, sevinç, üzüntü gibi duygularla birlikte iç dünyalarını açığa çıkarabilmeleri katarsis, duygu boşalımı ve sağalmayı çağrıştırmaktadır (Van Fleet, 2011).

Filial terapide ebeveynlerle yapılan oyun sonrası oturum tartışmalarının önemli bir odak noktası, ebeveynlerin oyundaki çocuklarına karşı davranışsal tepkileri (kişilerarası refleksler) ve bunlarla ilişkili duygusal veya bilişsel (intrapşik) tepkileri arasındaki dinamik ilişkidir. Terapistler, ebeveynlere çocuklarına karşı refleksif tepkilerini (ör., çocuğun oyun oturumunda liderliği ele geçirmesine izin verememe) tanımada rehberlik etmekte, ebeveynlerin duygusal tepkilerini keşfetmelerine ve anlamalarına yardımcı olmaktadır.

Terapistler, ebeveynlerin mevcut refleksif tepkilerini ve duygusal ve bilişsel tepkilerini önceki kişilerarası deneyimlere (örneğin, ebeveynlerin kendilerini kontrol altında hissettikleri geçmiş ilişkiler) bağlamasına kısaca yardımcı olabilir. Oturumlar arası dinamik tartışmalar yoluyla, çocuğa verilen bilinçsiz ve otomatik tepkilerin katılımı zayıflatılarak, ebeveynleri çocuklarıyla daha üretken ve kasıtlı etkileşim kalıpları geliştirmeleri için özgürleştirebilmektedirler (Topham ve VanFleet, 2011: 146).

c) Hümanistik Yaklaşım

Filial terapi Rogeryan teorisinin de temel öğeleri olan empati, koşulsuz kabul, saygı ve içtenlik kavramlarının kullanımına olanak sağlamaktadır. Ebeveynler bu öğeleri oyun seanslarında çocukların duygu, düşünce ve motivasyon kaynaklarına karşı kullandıkça benlik kavramının gelişimine olanak sağlayabilmektedir. Ebeveynlerin çocukları ile kuracağı yeni iletişimin ve grup sürecine etkin katılımının sağlanabilmesi adına terapistin de ebeveynlerin duygu, düşünce, çatışma ve arzularını anladığını iletmesi güvenli ve kabul edici bir ortam hissini oluşturabilmektedir (VanFleet, 2011: 17).

d) Davranışçı Yaklaşım

Filial terapide oyun seanslarında ve ebeveyn eğitim sürecinde davranışçı teoriler ve öğrenme ilkeleri etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Oyun seanslarında yapılandırma, sınırlar, güvenlik ve davranışların açık sonuçları karşısında seçimler yapma konularında davranışçı öğeler açıkça görülebilmektedir. Ebeveynlerle yapılan eğitim sürecinde de davranış şekillendirme, dolaylı öğrenme ve pekiştirme teknikleri kullanılarak yeni beceri ve davranışları öğrenmeleri sağlanabilmektedir (VanFleet, 2011: 17).

e) Kişilerarası İlişkiler Kuramı

Harry Stack Sullivan'ın (1953) çalışması ve kişilerarası teori, Bernard Guerney ve aile terapisinin kurucularının çoğu üzerinde olduğu gibi filial terapinin gelişimi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Sullivan, bir bireyin semptomlarının ötesine, kişilerarası bağlama bakmış ve insan deneyiminin kişilerarası etkiler ile bireylerin içsel anlam sistemleri (intrapsişik süreçler ve deneyimler) arasındaki dinamik etkileşimin ürünü olduğunu vurgulamıştır (Evans, 1996). Guerney, Sullivan'ın fikirlerinin birçoğunu geliştiren ve genişleten Leary'den (1957) de önemli ölçüde etkilenmiştir. Leary, bireylerin bilinçsiz, otomatik ve katı hale gelebilen ve kaygıyı azaltma ihtiyacı tarafından yönlendirilen ilişkilerdeki deneyimlerine dayanan 'kişilerarası refleksler' geliştirdiğini öne sürmüştür.

Kişilerarası ilişki teorisinden yola çıkılarak filial terapide ebeveyn- çocuk ilişkisini ele almak, hem çocuğun hem de ebeveynin sorumluluk alarak daha sağlıklı bir ilişki yaşamasına yardımcı olmaktadır (VanFleet, 2011: 18).

f) Bilişsel Kuram

Bilişsel terapi düşünce duygu ve davranışların birbirlerini etkilediği fikrine dayanmaktadır. Düşüncede meydana gelen değişimler, duygu ve davranışların da doğal olarak değişmesini sağlamaktadır. Filial terapide, yönlendirici olmayan oyun seanslarının, çocukların duygularını ifade etmesi ve farklı rol/kimliklerle oynaması yoluyla düşünme şekillerini değiştirmeye yardımcı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ebeveynlerin oyunda ortaya çıkan temalara tepki göstermesi durumunda, terapistler, ebeveynlerin kendi düşüncelerini çözümleyerek farklı bir bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Terapinin başlangıcında çocuklarının kasdî olarak

kendilerini kızdırdığını veya tepki gösterdiğini düşünen ebeveynler süreç sonunda çocuklarının yaşadıkları sorunların davranışı nasıl yönlendirebildiğine dair daha şefkatli ve gerçekçi bir anlayış kazanabilmektedir (VanFleet, 2011: 18).

g) Gelişimsel/ Bağlanma

Çocukların duygu, düşünce ve davranışları genellikle gelişim dönemine uygun bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Terapistler bu gelişim basamaklarını ebeveynlerin takip etmesini sağlayarak filial terapi oyun seanslarında daha gerçekçi ve kabule yatkın olmalarına yardım etmektedir.

Bağlanma ile ilgili yaşanan sorunlar da oyun aracılığıyla ortaya çıkabilmektedir. Bu tür durumlarda terapist, ailenin bu durumdan olumsuz yönde etkilenmesinin önüne geçerek bu durumu bir sorunu ortaya çıkararak görünür kılan bir fırsat gibi düşünmelerine yardımcı olmaktadır (VanFleet, 2011: 18).

2.3.5.4. Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisinin (Filial Terapi) Amaç ve Faydaları

a) Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisinin (Filial Terapi) Faydalı Olması İle İlgili Varsayımları

- Çocuk sorunlarının kaynağı genellikle ebeveynin patolojisinden ziyade ebeveynin bilgi ve beceri eksikliğidir.
- Çocuklarıyla terapötik bir rolde oynamak, ebeveynlerin çocuklarıyla daha olumlu ve uygun bir şekilde ilişki kurmasına yardımcı olmaktadır. Ebeveynlerin çocuklarıyla oynadıkları oyun yoluyla, ebeveynin çocuğa yönelik duygu ve davranışlarının doğru-yanlış algılanma döngüsü kırılabilmektedir. Ayrıca oyun seansları, doğası gereği, çocuğun gerçek yaşamda ifade edemeyeceği düşüncelerini, duygularını ve ihtiyaçlarını oyun aracılığıyla iletmesine olanak tanır. Ebeveynin bu sürecin bir parçası olması, deneyimi, hem ebeveyn hem de çocuk için terapötik hale getirmektedir.
- Birey merkezli terapinin kurucusu Rogers (1951: 9)'ı takip eden Rogerian yaklaşımda ebeveynlerin çocuklarıyla oyun seansları düzenlemesi ile ilgili filial terapiden önce yapılmış çalışmalar vardır. Baruch (1949: 9) ebeveynlerin çocuklarıyla, herhangi bir sorun yaşamadan, günlük yaşamda karşılaştıkları kişisel

sorunları çözmelerine yardımcı olmak için seanslar yapabileceğini savunmuştur. Moustakas(1959: 222), terapist olarak çocuklarla oyun terapisi yoluyla çalıştıktan ve terapi sürecini bitirdikten sonra ebeveynleri kendi çocuklarıyla oynatmıştır. Bu oyunların terapi sürecinde edinilen kazançları korumaya ve daha fazla sorunu önlemeye yardımcı olduğunu bulmuştur. Ancak Baruch ve Moustakas, ebeveynlere oyun terapisinin becerilerini kazandırmak için sistematik bir eğitim önermemişlerdir. Filial terapi ise oyun seansı performanslarını etkili bir düzeye getirmek için ebeveynlerin süpervizyon altında kapsamlı bir şekilde eğitilmesini önermiştir. Oyun seansları için eğitimin sistematik ve profesyonel oyun terapisi öğrencilerine verilen eğitime mümkün olduğunca benzer nitelikte olması gerekmektedir.

- Ebeveynlere çocuklarının değişimi için birincil aracı olma rolü verildiğinde yardımcı olabilmektedirler. Bu aracı role uygun görülme, terapistin çocuklarıyla olan olumlu ilişkisine karşı ebeveynlerin direncini ortadan kaldırabilmektedir. Filial terapi ile ebeveynlerin kendilerini çocuğa yardım etmek konusunda hayati öneme sahip olduklarını görmeleri beklenmektedir.

- Ebeveyn-çocuk ilişkisi, neredeyse her zaman bir çocuğun hayatındaki en önemli ilişkidir. Bu nedenle eğer bir çocuğa, anne-baba gibi güçlü insanların huzurunda ifade, içgörü ve yetişkin kabulü deneyimleri sağlansaydı ebeveynin terapötik rolü yerine getirmede elde ettiği her başarının, aynı şeyi yapan bir terapistinkinden çok daha güçlü olduğu görülebilirdi. Çocuğa karşı nispeten az miktarda şefkat, dikkat, ilgi vb. gösteren bir terapist karşılık ebeveynin daha fazla terapötik olması beklenebilmektedir (Guerney,1964: 308).

b) Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) Seanslarının Amaçları

1. Çocuk tarafından kendisine, hiçbir materyale ve ebeveynine zarar vermemesi gibi belirgin sınırların tam olarak belirtilmiş olması
2. Çocuğun oyun aracılığıyla iletmek ve ifade etmeye çalıştığı temel ihtiyaç ve duyguları konusunda ebeveynin empatik anlayışının geliştirilmesi
3. Çocuğa duygu ve düşüncesi ne olursa olsun bu ihtiyaç ve duygularının anlaşıldığını ve bir birey olarak tamamen kabul edildiğinin anında iletilmesi
4. Çocuğun eylemlerinin sorumluluğunu görmeyi ve kabul etmeyi öğrenme ihtiyacının desteklenmesi

Bu noktada sınırların anlaşılması ve sıkı bir şekilde uygulanması önemli görülmüştür. Çocuğun kendisinin ve duygularını kabul edildiğini ancak bazı hareketlerine tolerans gösterilmediği gibi bu hareketleri yapması durumunda istemediği sonuçları seçmiş olacağını öğrenmesi beklenmektedir (Guerney, 1964: 305).

c) Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisinin (Filial Terapi) Çocuklara Yönelik Terapötik Hedefleri

1. Duygularını tanımayı, kabul etmeyi ve tam olarak ifade etmelerini sağlamak
2. Özgüvenlerini ve öz saygılarını arttırmak
3. Etkili problem çözme ve başa çıkma stratejileri ve becerileri geliştirmelerine yardım etmek
4. Uyumsuz davranışları ve sorunları azaltmak veya ortadan kaldırmak
5. Proaktif ve olumlu sosyal davranışlar geliştirmelerine yardımcı olmak
6. Duyulmalarına fırsat vermek
7. Ebeveynlerine duydukları güveni artırmak
8. Tüm gelişimsel alanlarda sağlıklı ve dengeli bir şekilde gelişebilmesinin yolunu açan ebeveyniyle güvenli bağlanma ilişkilerinin kurulmasına ve güçlü ilişkileri olan bir aile ortamında büyümesine katkıda bulunmak (VanFleet, 2011: 38).

d) Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisinin (Filial Terapi) Ebeveynlere Yönelik Terapötik Hedefleri

1. Ebeveynlerin çocuklarının yanı sıra kendi içsel deneyimlerine (örneğin, duygular, ihtiyaçlar, arzular) uyum sağlamalarına, onları kabul etmelerine ve bunlara yanıt vermelerine yardımcı olmak
2. Genel olarak çocuk gelişimi konusunda idrakini artırmak ve özel olarak çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarını ve zorluklarını anlamasını sağlamak
3. Oyunun ve duyguların hayatımızdaki önemini fark etmelerini sağlamak
4. Ebeveynlik yeteneklerine olan güveni artırmak

5. Ebeveynlik becerilerini geliştirmelerine yardımcı olarak daha olumlu sonuçlar almalarına destek olmak
6. Çocuklarıyla kurdukları iletişim kalitesini artırmak ve bunun devamlılığını sağlamak
7. Sakince ve tutarlı bir şekilde sınırlar koymayı öğrenmesine yardım etmek
8. Çocuklarına karşı besledikleri güven ve yakınlık duygularını artırmak
9. Çocuklarına karşı besledikleri hayal kırıklığı hissini azaltmak
10. Çocuklarıyla ilişkilerini olumsuz etkileyebilecek sorunları belirlemesini ve ele almasını sağlamak (VanFleet, 2021: 39).

2.3.5.5. Temel Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) Becerileri

Filial terapide, ebeveynler her hafta uygulama için seçtikleri çocuklarıyla yönlendirmesiz oyun seansları düzenlemektedir. Ebeveynlere, bu 30 dakikalık yönlendirmesiz özel oyun zamanlarında, kendi duygu ve ihtiyaçlarını bir kenara koymaları ve çocuklarına empati göstererek onları onaylamaları öğretilmektedir. Oyun oturumlarını sağlıklı ve verimli yürütebilmek için gereken dört beceriyi öğrenmektedirler: yapılandırma, empatik dinleme, çocuk merkezli hayali oyun ve sınır belirleme. Bu dört beceri, birlikte etkili bir şekilde kullanıldığında, ebeveynlerin çocuklarını kabul düzeylerini ve bakımlarını gerekli sınırlarla dengelemelerine yardımcı olmaktadır. Ebeveynlere becerileri öğrettikten ve bunları rol yapmada uyguladıktan sonra, terapistler oyun oturumlarını gözlemlemekte ve oyun oturumlarının ardından doğrudan geri bildirim sağlamaktadır. Bu geribildirim tartışmalarında terapistler, ebeveynlerin, çocuklarının duygu ve ihtiyaçlarına ilişkin becerilerini ve farkındalıklarını geliştirmeye devam etmelerine ve çocuklarına tam olarak dikkat etmelerini ve ulaşılabilir olmalarını neyin engelleyebileceğini anlamalarına yardımcı olmaktadır. Ebeveynler becerilere aldıktan sonra evde oyun seanslarına başlamaktadır ve terapist, filial becerilerini günlük ebeveyn-çocuk etkileşimine genelleştirmek için ebeveynle birlikte çalışmalar yapmaktadır (Topham ve VanFleet, 2011: 149).

Filial terapi eğitimlerinin, sürecin etkinliğine katkı sağlayan dinamikleri, geçmişini düzeltmeye çalışmak yerine geleceğe odaklanma ve umut aşılmasıdır. Bu şekilde

ebeveynlerin üzerindeki ‘başarısız ebeveyn’ damgası kaldırılmış olmaktadır (Landreth, 2002: 350).

a) Yapılandırma

Ebeveynlere, bir oyun oturumunu nasıl başlatacakları ve bitirecekleri öğretilerek çocuğa karşı bu geçişlerde netleşmeleri öğretilmektedir (Topham ve VanFleet, 2011: 147).

b) Empatik Dinleme

Ebeveynlere kendi duygu ve düşüncelerini geçici olarak bir kenara koyarak çocuklarının davranışlarına, niyetlerine ve duygularına tam olarak katılmaları; oyun seansı boyunca çocuğun davranış ve duygularını sözlü olarak yansıtmaları öğretilmektedir (Topham ve VanFleet, 2011: 147).

c) Çocuk merkezli hayali oyun

Ebeveynler, çocukları tarafından davet edildiklerinde rol yapma oyununa girmekte ve verilen rollerini mümkün olduğunca çocuğun isteklerine yakın bir şekilde canlandırmaktadırlar. Oyunlarda her zaman çocuğun liderliğini takip ederek farklı yüz ifadeleri, tonlama ve drama kullanmayı öğrenmektedirler (Topham ve VanFleet, 2011: 153).

d) Sınır (limit) Koyma

Ebeveynler, oturum sırasında güvenliği ve alanı(mekan ve zaman) korumak için sınırlar belirlemektedir. Sınırları net ve spesifik bir şekilde belirtmeyi, çocuk uymazsa uyarıda bulunmayı ve sonucu gerçekleştirmek için net fakat cezalandırıcı olmayan bir ses tonu kullanmayı öğrenmektedirler. Çocuğun kendi kendini düzeltmesi için iki şansı bulunmaktadır. Aksi durumlarda ebeveynler sonucu uygulayarak genellikle oyun oturumunu bitirmektedir (Topham ve VanFleet, 2011: 147).

e) Oyun Odasının Hazırlanması ve Oyuncakların Seçimi

Filial terapideki oyun oturumlarında kullanılacak oyuncaklar Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde kullanılan oyuncaklar ile aynıdır. Bu oyuncak gruplarının her birinden en az birkaçını ebeveynin temin etmesi istenir (VanFleet, 2021: 49).

Gerçek Hayat Oyuncakları

Küçük oyuncak bebek

Biberon

Doktor çantası (stetoskop ile):

Oyuncak telefonlar

Küçük oyuncak bebek evi

Oyuncak bebek ailesi: Bükülebilir anne, baba, erkek kardeş, kız kardeş, bebek, vs.

Oyuncak para

Birkaç evcil ve vahşi hayvan

Araba/Kamyon

Mutfak eşyaları

Tercihe bağlı

Kuklalar: bir agresif, bir nazik

Oyuncak evi mobilyası

Kostüm/Süslenme eşyaları

Agresif Oyuncaklarla Dışavurum

Hedef tabancası

Plastik bıçak

İp

Agresif hayvan

Ufak oyuncak askerler (12-15)

Şişirilebilir hacıyatmaz

Maske

Tercihe bağlı

Anahtarlı olan oyuncak kelepçe

Yaratıcı/Duygusal İfade İçin Oyuncaklar

Oyun hamuru

Boyama kalemleri

Boş kağıt

Makaslar

Şeffaf bant

Yumurta kartonu, strafor bardak/kase

Halka fırlatma oyunu

Bir deste oyun kağıdı

Yumuşak sünger top

Oyun oturumu başına iki adet balon

Tercihe bağlı:

Bir kilitli torba içinde sanat/el işi malzemeleri (örn., renkli fon karton, uhu, iplik, düğmeler, boncuklar, kumaş)

Tamircilik oyuncakları/küçük yapı blokları

Dürbün

Tef, davul, ve diğer müzik aletleri

Sihirli değnek (Bratton, Landreth, Kellam ve Blackard, 2006: 12).

2.3.5.6. Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) Süreci

a) Değerlendirme Aşaması

Değerlendirme aşamasında şu sıralamanın takip edilmesi tavsiye edilmektedir (Guerney, 2003: 113):

1. Ebeveynle tanışma, hikaye ve sorunları öğrenme
2. Aile ile gözlem oturumu yürütme

3. Yorum ve tavsiyelere yer verilen bir toplantı yapma.

Terapist, endişelerini ve ortaya çıkan sorunları tartışmak için önce ebeveynlerle bir araya gelir, empatik bir şekilde onları dinler ve aile ve durum hakkında daha fazla bilgi edinir. Çocuklar olmadan ebeveynler, ortak ebeveynlik ilişkisindeki herhangi bir sorun da dahil olmak üzere zorluklar ve hayal kırıklıkları hakkında özgürce konuşabilirler (Topham ve VanFleet, 2011: 150).

b) Ebeveyn eğitimi aşaması

Çocuk merkezli oyun terapisi ve filial terapi için teorik temel ve ampirik kanıtlar, ebeveynlere kısaltılmış biçimde ve teknik olmayan bir terminolojide sunulmaktadır. Ebeveynlerin şüphe ve endişelerini dile getirmeleri için yeterli zaman verilir. Çocuk merkezli oyun terapisinin arkasındaki teoriye göre, yaklaşımın semptomlara değil, çocuğa hitap etmek için tasarlandığı; çocuğun terapötik çalışma için en çok ihtiyaç duyulan alanları seçeceği ve böylece oyunu kendi bireysel psikolojik ihtiyaçlarını karşılayacağı için farklı sorunları olan çocuklara sahip tüm ebeveynlerin aynı yaklaşımı kullanmasının herhangi bir engel oluşturmayacağı açıklanmaktadır. Terapist, giriş olarak bir videotıyp veya eğitimsiz bir çocukla yaptığı bir demo oyun terapisini izlettikten sonra, oyun seanslarının nasıl yürütüleceğini göstermek için katılımcı ebeveynlerin çocukları ile oyun seansları yürütür. Ebeveynler bu seansları gözlemler ve tartışırlar. Zamanla bu beceriler kendilerine öğretilecek, pratik yapacak ve terapist olacaklardır. Tüm bu uygulama ve alıştırmalar sonucunda ebeveynler bir oturumda uygulayacak kadar becerileri öğrenmiş olurlar. Eğitime katılan ebeveynler ve terapist arasında düzenlenen taklit oyun oturumları sayesinde ebeveynler bir oyun seansı yapabilecekleri duygusu kazanmış olurlar. Rol oyunu yapma konusunda ebeveynler başlangıçta gergin olsalar da çoğu ebeveyn bu konuda oldukça başarılıdır ve sadece biraz beceri düzeltmesi ile yeterli bir oyun terapisti yeterliliğine ulaşabilirler. Bir ebeveyn bu kısa seansı gerçekleştirmekte gerçekten zorlanıyorsa, ebeveyn ve terapist, becerileri tekrar kullanır ve ebeveyne kendi çocuklarıyla oynamaya başlamadan önce başka bir taklit oyun seansı fırsatı verilir. Amaç, hem ebeveyni hem de çocuğu ilgilendiren ciddi veya beklenmedik zorluklar dışında, ebeveynin ilk oyun seansını kendi çocuğuyla yapabileceğine ikna etmektir (Guerney, 2003: 115).

Terapist, ebeveynlerin oyun seanslarını yürütmeyi öğrenmesini kolaylaştırmak için anında ve teşvik edici geri bildirim sağlar (Topham ve VanFleet, 2011: 153).

c) Süpervizyonlu Oyun Seansları Aşaması

Ebeveynler tarafından öğrenilen beceriler; empatik yanıt verme, izleme, sınır belirleme, yapılandırma (örneğin, çocuğa seansların doğası hakkında bilgi verme) ve uygun zaman becerileridir (çocuğun ne yapacağına karar verdiğini açıklama vb.). Profesyonel çocuk merkezli oyun terapistinin bu becerileri, harici nedenler dışında nadiren değiştirilir; örneğin video yakınlaştırma boyutu veya evdeki oda yerleşimi gibi gerekçeler sınırlarda küçük değişiklikler gerektirebilir. Daha önce açıklanan sahte oyun oturumları burada kullanılır. Sahte oyun seansının ardından, terapist gözlem yaparken ebeveynler kendi çocuklarıyla veya kendi aralarında oyun seansları uygularlar. Oyun seansının ardından (başlangıçta ebeveyn başarısını en üst düzeye çıkarmak için genellikle kısadır), terapist çok fazla övgü, cesaretlendirme ve gerekirse daha fazla beceri uygulamasıyla birlikte -sistemik olarak yönlendirilmiş geri bildirim sağlar. Ebeveyn rolü oyun seansının dışında bırakılarak farklı bir role girilmesi ve bu rolle geri bildirim alınması stresli bir zorluk barındırdığı halde, ebeveynler oyun terapistlerinin kendilerini salt bir insan olarak değerlendirdiklerini ayırt edebilirler. Bir ebeveyn olarak genellikle ebeveynlik becerilerinde gösterilen hatalarda onuru kırılmış, tehdit altında ve savunmacı hissedilmesine rağmen oyun oturumundaki yeni beceriler konusunda yapılan hatalar ebeveynleri daha az zorlamaktadır. Terapistlik rolü öğrenilirken ebeveynliğe dair standartlar söz konusu değildir (Guerney, 2003: 116).

Ebeveynlerin rolü yerine getirmede ve oyun terapisti becerilerini kullanmada birçok sorunu olsa bile, şüphelerine ve korkularına rağmen büyük ölçüde bunu sürdürmeye istekli oldukları kabul edilmektedir. Cesaretlendirme, pekiştirme ve çok fazla empatinin, filial terapistlerinin tepkilerine ve öğretim şekillerine hakim olması beklenmektedir. Bu, filial terapisinin en hassas aşamasıdır. Ebeveynler görevi iyi anlamalı ve yeni rollerini yerine getirirken yeterlilik göstermelidirler. Terapist, ebeveyn(ler) ile yaşadıkları deneyimi tartışır, olumlu geri bildirimde bulunur ve bir sonraki sefer için bir veya iki öneride bulunur. Bu şekilde bir yol izlemek, ebeveynlerin bunalmış hissetmeden sürekli ilerleme kaydetmelerine yardımcı olur. Terapistler her bir ebeveyni süreç boyunca oyun seansı yürütürken gözlemler,

bundan sonra çoğu ebeveyn oldukça yetenekli hale gelir(Topham ve VanFleet, 2011: 153).

d) Ev Oyun Seansları ve Genelleştirme Aşaması

Oyun terapistinin becerilerini kendi çocukları ile uygulama konusunda temel yetkinliğin oluşturulmasının ardından, ebeveynlerden seanslara evde başlamaları istenir. Oyun oturumları 30-45 dakika arasında sürebilmektedir(Guerney, 2003: 117).

Ebeveynler her bir çocuğuyla evde haftalık yarım saatlik oyun seansları düzenler ve ev seanslarını, çocukların oyun temalarını ve ortaya çıkan soruları tartışmak için terapistle buluşur(Topham ve VanFleet, 2011: 146).

Filial terapi eğitimine her iki ebeveyn de katılırsa, hedef çocuk her ebeveynle haftada bir seans yapar. Bir ailenin birden fazla çocuğu varsa veya ebeveynlerin zamanı çok kısıtlıysa, ebeveynler bir hafta baba, bir sonraki hafta anne oynayacak şekilde yer değiştirir. Ev oturumlarının sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi adına oyun seanslarının uygulanacağı ortam, zaman ve diğer aile bireylerinin bu zaman diliminde nerede olacaklarına dair planlama ailelerle ayrıntılı bir şekilde yapılır. Burada amaç, ideal olarak oyun seanslarını etkileyebilecek tüm engellerin ortadan kaldırılmasıdır. Çocukların bu özel oyun saatine olan güvenlerini kazanabilmek için zorunlu haller olmadıkça bu planlamanın değiştirilmemesi ve bu plana sadık kalınması istenmektedir. Çocuklar kendilerine dair duygu ifadelerini oyun seansı sırasında ifade ederek günlük hayatta bu duyguları dile getirerek göstermekten kaçındıkları için güven duygusu daha da önemli hale gelmektedir.

Ebeveynler genellikle birbirlerinin ev seanslarını da gözlemler. Evde oyun seansları, çocuklar ve ebeveynler dilediği sürece devam edebilir (Topham ve VanFleet, 2011: 155).

Ebeveynler terapistin haftalık olarak verdikleri raporlara seansla ilgili içeriği ve yaşadıkları duyguları yazarak bir sonraki görüşmede üzerinde konuşma ve tartışma imkanı bulurlar. Ebeveynler evde yaptıkları oyun seanslarını video ile oturumlara getirerek terapist ve grup eşliğinde izleyebildiği gibi imkanı olmayan ebeveynler terapistin oyun odasını kullanarak oyun seanslarını gerçekleştirilebilmektedir. Ebeveyn tartışması için kalan kısa süre, özellikle birden fazla ebeveyn ve çocuk söz konusuysa, bazen sorun olabilir.Terapist programın bir noktasında daha fazla

tartışma zamanının gerekli olduğunu hissederse, gelecek haftanın sadece ebeveyn tartışması için olacağına karar verebilir. Ancak programdaki bir değişiklik, oyun seanslarına iki haftadan daha uzun ara verilmesine neden olmamalıdır. Haftalık olarak oyun oturumlarının izlenmesi ve ailelerden geri bildirim alınması terapistin oyun terapisinin aşamaları boyunca çocuğun ilerlemesi ile bildirilen sorunları değerlendirmesine (Nordling ve Guerney, 1999: 18) ve ebeveynlerin oyun becerilerini izlemesine yardımcı olur. Çocuğun ifadelerinin anlamı ve ebeveynlerin kendilerine terapist olarak tepkileri ile çocuklarıyla kurdukları ilişkideki yaşadıkları gelişme gruptaki tüm ebeveynler için tatmin edici bir odak noktası haline gelir. Ebeveynleri geliştirecek olan pek çok önemli tartışma bu aşamada meydana gelmektedir. Zamanla ebeveynler oyun seansı sırasında kullandıkları becerileri günlük yaşamlarına da genelleştirmek isterler. Oturumlar ilerledikçe odak noktası oyun seansları olsa dahi terapist ev yaşamındaki bazı geri dönüşleri çerçeveleyebilir. Ebeveynler oyun seanslarını başlamak ve bitirmek için bir yapılandırma kullandıkları için evde sorun yaşadıkları alanlarda önceden planlama ve hazırlık yaparak becerilerini genelleştirmeye başlayabilirler (Guerney, 2003: 118).

e) Sonlandırma Aşaması

Terapinin sonuna doğru, terapistler ebeveynlerin yeni kazandıkları becerileri günlük yaşamda oyun seansları dışında kullanmaya başlamalarına yardımcı olur. Bu, ebeveynlerin öğrendiklerini uygulamada yetkin ve kendine güvenen hale gelmelerini sağlamak için kasıtlı bir şekilde gerçekleştirilir (Topham ve VanFleet, 2011: 153).

Çocuğun uyumunun geliştiğine ve tedavinin hedeflerine ulaşıldığına dair sağlam kanıtların olduğu herhangi bir noktada oyun seanslarının süresi haftada birden, iki haftada bire çıkarılabilir. Çocuklar, programdaki tüm değişikliklerden ve oyun seanslarının ne zaman sona ereceğinden haberdar edilir. Terapist, ebeveynleri bu sonlandırma sürecinin önemi konusunda eğitir ve onları, sonlandırma sürecinin sorunsuz olduğundan ve çocuk için erken olmadığından emin olmak için terapistin onlarla birlikte çalışacağı konusunda bilgilendirir. Bu noktada filial terapistin profesyonel kararı önem taşımaktadır (Guerney, 2003: 119).

2.4. Alekstim

Sifneos'un (1973: 255) bazı hastalarının fiziksel bir neden bulamadan duygularını ayırt etme ve sözlü olarak ifade etme konusundaki görünür yetersizliklerini tanımlamak için "aleksitimi" terimini ortaya koymasından bu yana, bu fenomen çeşitli araştırmaların ve yayınların konusu haline gelmiştir (Meijer-Degen ve Lansen, 2006: 167). Sifneos (1973: 255), tamamen psikolojik kaynaklı olmaktan ziyade nörofizyolojik ve psikolojik kusurların birleşiminden kaynaklanmış gibi görünen bu spesifik güçlüğü tanımlamak için, Yunanca "a"(yokluk), "lexis"(söz) ve "thymos"(duygu veya mod) kelimelerinin birleşiminden oluşan "aleksitimi" kelimesini önermiştir. Bu noktadan yola çıkılarak bu kavram başlangıçta psikosomatik hastalığı olan hastalar bağlamında tartışılmıştır (Lesser, 1981: 531). Psikosomatik hastalarda görülen bir kişilik özelliği olduğuna dair başlangıçta varılan kanaate (Sifneos, 1996: 137) ek olarak zaman içerisinde Freyberger (1977: 337), somatik hastalık veya psikolojik sıkıntı sonucu tetiklenen ikincil aleksitiminin varlığından söz etmiştir.

Aleksitimi kavramının Türkçe karşılığı bağlamında birkaç alternatif görüş ortaya konulmuştur. Bu kavramı Dereboy (1990: 1) "duygular için söz yokluğu" şeklinde anlamlandırırken; Şahin (1991: 25) bu noktada yalnız duyguları ifadedeki dilsizlikle tanımlamanın eksik olacağını ve aynı zamanda duygusal bir sağırlığın da eşlik ettiği "duygusal ahmazlık" kavramının daha kapsayıcı olacağını ileri sürmüştür. Aleksitiminin başka bir tanımını yapan Dökmen(2003: 135) bu kelimenin dilimizde "düşünce köleliği" olarak kullanılmasının yerinde olacağını savunmuştur.

Psikanalitik teorisyenler (Alexander, 1950: 56; Dunbar, 1944: 206) çatışmaların sözlü olarak ifade edilmediği ve ele alınmadığı durumlarda, somatik kanallar aracılığıyla ifade edilebildiğini öne sürmüşlerdir. Hem araştırma hem de klinik deneyim, bunun intrapsişik süreçler ve fiziksel durumlar arasındaki karmaşık etkileşimin aşırı basitleştirilmesini temsil ettiğini göstermiştir (Lesser, 1981: 532).

Psikosomatik hastaları psikanaliz yoluyla tedavi etmenin zorluğunu daha iyi anlamak için Ruesch (1948: 134), psikosomatik hastalıkları olan hastaları incelemiştir. Bu hastaların "çocuksu kişilikler" sergilediklerini ve bireyselleşmeye, sözel ve simgesel ifade açısından normal gelişimden ayrılarak hatalı veya duraklamış bir olgunluğa sahip olduklarını fark etmiştir. Sözel boşaltma yetenekleri olmadığı için yaşadıkları gerginlikleri somatik kanallar aracılığıyla boşaltabilmişlerdir. Benzer şekilde bazı

araştırmacıların aleksitimik bireyleri “duygu cahilleri” olarak tanımladığı da görülmüştür (Freedman ve Sweet,1954: 358).

Bir grup Fransız psikanalist(De M’uzan,1974: 103; Marty, 1963: 345) psikosomatik hastaların bilişsel özelliklerini raporladıklarında fantezi ve rüya açısından ciddi bir eksiklik olduğunu görmüşlerdir. Zihinsel aktivitelerin somut ve şimdiki zamana yönelik olduğu, bilinçdışı fantezilerin ise olmadığı bu düşünce tarzı “pensee operateire” yani “operasyonel düşünme” olarak tanımlanmıştır.

‘Aleksitimi’ kavramı psikosomatik hastalarda yapılan çalışmalarda ortaya çıkmış olması ile birlikte somatizasyon bozukluğu(Lesser, Ford ve Friedmann, 1979: 256), madde kötüye kullanım bozukluğu ile travma sonrası stres bozukluğu (Krystal, 1979: 17), depresyon ve kaygı bozukluklarında da(Bankier, Aigner ve Bach, 2001: 235) birlikte görülebileceği ifade edilmiştir.

Aleksitimi kavramı 4 bileşenin kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır:

1. Duyguları tanımada ve duygusal uyarımları bedensel uyarımlardan ayırmada zorluk
2. Duyguları diğer insanlara tanımlamada zorluk
3. Fantezi yokluğu ile belirgin sınırlı hayalî süreçler
4. Uyaran bağımlı, dış odaklı bilişsel yaklaşım (Taylor ve Bagby, 2004: 72)

Aleksitimik kişilerin kendi duygusal eksikliklerin ötesinde, başkalarının duygularını anlama ve yakın ilişki kurma kapasitelerinin de yeterli empati geliştirememek sonucunda kısıtlı olduğu görülmüştür (Zackheim, 2007: 345 ;Grynberg, vd., 2010: 845).

Travmatik yaşantıların aleksitimik belirtileri artırabildiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Çocukluk dönemindeki cinsel istismar (Zlotnick, vd., 1996: 195), savaşta fiziksel yaralanma (Shipko, Alvarez ve Noviello,1983: 122), toplama kamplarında bulunma (Krystal, Giller ve Cicchetti, 1986: 84), cinsel istismar ve tecavüz (Zeitlin, McNally ve Cassiday, 1993: 658) bu yaşantıların bir kısmına örnek teşkil etmektedir. Ölümcül hastalığa sahip bireylerde de aleksitiminin daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir (Lesser, 1985: 690).

Aleksitimi psikosomatik hastalar dışında; travma sonrası stres bozukluğu (Declercq, Vanheule ve Deheegher, 2010: 1076; Frewen, vd., 2006: 397; Pain, Dozois ve

Lanius, 2006), depresyon (Honkalampi, vd., 2001: 229; Honkalampi, vd., 2000: 303; Taylor, Bagby ve Parker, 1999: 72), kaygı bozuklukları (Grabe, vd., 2006: 312; Marchesi, vd., 2005: 56), maskeli depresyon ve psikojenik ağrı (Blumer ve Heilbronn, 1982: 381), panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk (Zeitlin ve McNally, 1993: 661), disosiasyon (Grabe, vd., 2000: 128), alkolizm (Haviland, vd., 1991: 284), madde bağımlılığı (El Rasheed, 2001: 11) patolojik kumar oynama (Lumley ve Roby, 1995: 201) alkol bağımlılığı (Bruce, Curren ve Williams, 2012: 350; Evren, vd., 2008: 40; Thorberg, vd., 2009: 237; Yıldırım, vd., 2012: 46), yeme bozuklukları (Cochrane, vd., 1993: 219; Elfhag ve Lundh, 2007: 391; Speranza, vd., 2005: 153; Van Strien ve Ouwens, 2007: 251), somatoform bozukluk (Shipko, 1982: 193) ve kişilik bozukluğu (Bach, vd., 1994: 239) ile ilişkili olarak görülebilmektedir. Aynı zamanda pek çok sosyopatın da aleksitimik özellikler gösterdiği ifade edilmiştir (Blanchard, Arena ve Pallmeyer, 1981: 64).

Tüm bu psikolojik sorunların yanı sıra genel popülasyondaki bazı bireylerin de aleksitimik özellikler gösterebildiği görülmektedir (Henry, vd., 2006: 535; Mattila, vd., 2006: 629; Tolmunen, vd., 2011: 536). Alanda yapılan çalışmalar baz alınarak aleksitiminin kadınlara göre erkekler de genç yaşa göre ileri yaşta yüksek eğitim düzeyine göre düşük eğitim düzeyinde ve yüksek ekonomik düzeye göre düşük ekonomik düzeyde daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir (Salminen, vd., 1999: 75). Aleksitiminin herhangi bir klinik belirti göstermeyen popülasyonda da görüldüğüne işaret eden çalışmalar bulunmakla birlikte yaygınlığı daha düşük olduğu ifade edilmektedir (Zackheim, 2007: 345).

Blanchard, Arena ve Pallmeyer'in (1981: 64) Amerika'daki 230 üniversite öğrencisi ile yaptığı araştırmada kızların %1.8 'inde, erkeklerin % 8.2' sinde ve genel öğrenci popülasyonunu %5' inde aleksitimik özelliklerin görüntülü belirtilmiştir. Laos (1995: 355) ise yaptığı araştırmada genel popülasyonun % 23, öğrenci popülasyonunun % 17'sinde aleksitimik özelliklerin varlığına işaret ederek daha yüksek görülme sıklığını tespit etmiştir.

Ülkemizde aleksitimi düzeyi üzerine karşılaştırmalı olarak gerçekleştirilen bir araştırmada; psikiyatrik hastalığı olan grupta %67,9, psikosomatik belirtiler yaşayan grupta % 57,7 oranında aleksitimik özellikler görülürken, kontrol grubundaki normal bireylerin diğer gruplara göre düşük olmakla birlikte yine de azımsanmayacak

derecede % 38,5 gibi yüksek bir oranda aleksitimik özellikler gösterdiği belirtilmiştir (Gürkan, 1996: 99).

2.4.1. Kuramsal Arka Plan

Aleksitimi kavramına, ortaya çıkış sebeplerine ve tedavi yöntemlerine göre psikoloji literatüründe farklı kuramların birbirinden farklı bakış açıları bulunmaktadır. Bu bölümde kısaca bu yaklaşımlara değinilecektir.

Bilişsel kurama göre duyguların bilişsel süreç içerisinde işlenmesinde meydana gelen yetersizlik sonucu duygusal uyarımların somatik ögeler üzerinden ifade edilmesi, bireylerdeki aleksitimik özelliklerin duygusal ketlenme ve duyguları yansıtırma becerisindeki yetersizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir (Pennebaker, 1989: 211).

Duyguyu, kişinin çevre ile ilişki kurduğu anlardaki bilişsel değerlendirmesinin sonucu olarak tanımlayan Lazarus'un (1982: 1022) düşüncesine göre, bilişsel değerlendirmenin en ilkel şekli dil öncesi bilinç ve bilinçdışı olarak tanımlanırken, en gelişmiş şekli ise bilinç olarak tanımlanmıştır. Bu düşünceden yola çıkılarak aleksitimik bireylerin, ilkel bilişsel şemalar kullandığı savunulmuştur (Martin ve Phil, 1986: 66).

Sağlıklı ve sağlıksız ego savunmalarının bireylerdeki psikopatoloji gelişimini önemli ölçüde açıkladığının düşünüldüğü *psikanalitik yaklaşımda* aleksitimi alanında yeterli araştırma ile desteklenmemekle birlikte acı verici duygu ve algıların sözel olarak ifade edilmemesi ve yadsınmasının duygusal travma ve sağlıksız ego savunmalarına bağlı olduğu kabul edilmektedir (Tychey, vd., 2010: 189; Helmes, vd., 2008: 318).

Erken dönem anne çocuk ilişkisinde meydana gelen aksaklıkların içsel temsil oluşturma ve imge kurabilme yeteneğine engellediği belirtilmiştir (McDougall, 1982: 81).

Aleksitimiye nesne ilişkileri kuramı perspektifiyle inceleyen Von Rad (1984: 80) ayrışma- birleşme sürecinde meydana gelen aksaklık sonucunda öz temsil ve kimlik duygusunun eksik geliştiğini savunmuştur. Krystal (1979: 17) ise çocuğun duygusal iletişim kapasitesinin gelişmesi için aile içi ilişkilerde duygularının tanınıp, geliştirilip, zenginleştirilmesine ihtiyaç duyduğunu ve dolayısıyla erken çocuklukta duygusal gelişimi engelleyen yıkıcı ilişki ve olayların aleksitimik bireyleri meydana getirdiğini iddia etmektedir.

Yapılan araştırmalar ve klinik gözlemler sonucunda psikanalitik yaklaşımın intrapsişik süreçler ile somatik belirtiler arasındaki ilişkiyi basite aldığı ve dolayısıyla psikosomatik hastaların psikanaliz ile gerçekleşen tedavisinde iyileşmenin de sınırlı olduğu yönünde bir kanaat oluşmuştur (Lesser, 1981: 531).

Sosyokültürel yaklaşım aleksitimi kavramının ortaya çıkış sebebi ile kültürel özellikler arasında kurduğu bağlantı ile konuya bakmaktadır. Bu noktadan hareketle aleksitimi kavramının duyguları sözelleştirmenin ve rahat bir biçimde ifade etmenin bireyleşme ve olgunlaşma belirtisi olarak kabul edildiği Batı toplumlarında ortaya çıkışı bu yaklaşımın odak noktalarından biri olmuştur (Lesser, 1981: 531). Bununla birlikte günümüzde 18 farklı ırksal ve etnik grubun çalışmalarında tanımlanarak kültürlerarası bir fenomen olduğu kabul edilmiştir (Thorberg, vd., 2009: 237). Özellikle Doğu toplumlarında çocukluk dönemi itibariyle duyguların bastırılması ve gizlenmesi nedeniyle yetişkinlik döneminde duyguların somatize edildiği görülmektedir (Lesser, 1985: 691).

Nörofizyolojik yaklaşım ile aleksitimiye inceleleyen uzmanlar beyin yarım küreleri arasındaki kopukluğun aleksitimiye oluşturduğunu belirtmişlerdir (Larsen, vd., 2003: 533). Limbik sistemden neokortekse doğru yola çıkan duysal uyarıların bloke edilmesi ile bilinçli duygusal yaşantı biçimde dönüşmemesi olarak nitelendirilen bir arızadır (Hoppe ve Bogen, 1977: 154). Bu arıza neticesinde duyguları ile ilişkisi olmayan ve oldukça fazla detay barındıran bir dil kullandıkları görülmüştür. Tüm bu nedenlerle aleksitimi “duyguların afazisi” olarak da tanımlanmaktadır. Beynin ön kabuğunun duyguları işleme ve duygulara tepki verme sürecinde önemli fonksiyonları olduğunu ileri süren araştırmacılara göre aleksitimi beyin ön kabuğundaki bir işlevsellik sorunudur (Lane, vd., 1997: 834).

Aleksitimik bireylerdeki hayal kurma kısıtlılığı, somatik yakınmalar ve panik bozukluk gibi belirtilerin, bu kişilerin, sol beyinlerinde uzmanlaşmalarının sonucu olduğu düşünülmüştür (Taylor, 1984: 725; Burgess ve Simpson, 1988: 86).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırma yöntemi ele alınmaktadır. Araştırmanın modeli, araştırma evreni, araştırma örnekleme, veri toplama araçları, araştırmada kullanılan ölçek ve veri çözümleme teknikleriyle ilgili ayrıntılı bilgiler, yapılan müdahalenin uygulama süreci bu bölümde yer alacaktır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Mevcut tez çalışması öntest-sontest-izlem ölçümlü deney-kontrol gruplu deneysel bir modeldir. Katılımcılar seçkisiz atama yöntemi ile gruplara atanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulaması çevrimiçi ortamda gerçekleştirilmiştir. Ölçekler müdahaleden önce, sonra ve müdahaleden 24 hafta sonra olmak üzere üç kez toplanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışma araştırmacının sosyal medya hesaplarından paylaşılmış ve geri dönüş yapan 35 anneden oluşan gönüllü bir grup listesi oluşturulmuştur. Öncelikle bu gruba araştırmanın içeriği ve amaçları çevrimiçi ortamda anlatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 12 anne ile ön görüşmeler yapıp ayrıntılı bilgi alındıktan sonra öntestler uygulanmış ve ardından katılımcılar 6 kişilik deney ve 6 kişilik kontrol grubuna seçkisiz olarak atanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Filial Problem Kontrol Listesi (FPKL, Horner, 1974), Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği (PEKÖ, Porter, 1995), Çocuk Anababa İlişki Ölçeği (ÇAİÖ, Pianta, 1992), Kısa Semptom Envanteri (KSE, Derogatis, 1992), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ, Bagby, Parker ve Taylor, 1994a; 1994b) ve tarafından geliştirilen Yetişkin Çocuk Etkileşim Empati Ölçeği (YÇEEÖ, Guernsey, Stover ve Demeritt, 1968) kullanılmıştır. Deney grubuna Filial Problem Kontrol Listesi, Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Toronto Aleksitimi

Ölçeği ve Yetişkin Çocuk Etkileşim Empati Ölçeği öntest, sontest ve izlem olarak kullanılırken; kontrol grubuna Filial Problem Kontrol Listesi, Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Toronto Aleksitimi Ölçeği öntest ve sontest olarak uygulanmıştır. Kişisel Bilgi Formu ve ölçeklerin birer örneği Ekler bölümüne eklenmiştir.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmaya katılan annelerin demografik bilgilerini ölçmek için oluşturulan soru formudur. Kişisel değişkenleri ile ilgili yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, eşinin mesleği, ekonomik durum, kardeş ve sıra sayısı, medeni durum, evlilik yılı, eş ile birlikte yaşama durumu, çocuk sayısı ve yaşları değişkenlerini içeren sorular yer almaktadır.

3.3.2. Filial Problem Kontrol Listesi (Filial Problem Check List)

Horner (1974) tarafından filial terapinin problemlili davranışların azalmasıdaki etkisinin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Ölçek 108 maddeden oluşmaktadır. Ön test ve son test şeklinde uygulanan ölçek ebeveynin çocuklarındaki davranış değişikliğini belirleyebilmek amacıyla geliştirilmiştir (Akt. Bratton, vd., 2006: 36).

Türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öztekin ve Gülbahçe (2019: 2322) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .96($p < .01$)'dir. Ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır: Problemlili davranışlar (30 madde), duygu kontrol güçlüğü (24 madde), kendine güvensizlik ve olumsuz duygular (27 madde), problemlili sosyal davranışlar (27 madde). “(0) Doğru değil- (1) Bu madde çocuğum için bazen doğru; fakat bu gerçekten de problem değil- (2) Bu madde çocuğum için doğru ve bu orta derecede bir problem- (3) Bu madde çocuğum için doğru ve bu önemli derecede bir problem” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak toplam puan 0-324 arasında değişmektedir. Puanda yükseliş problemlili davranışlardaki artışı, düşüş problemlili davranışlardaki azalmayı göstermektedir.

3.3.3. Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği (Porter Parental Acceptance Scale)

Porter(1954) tarafından geliştirilmiş olan ölçek ebeveynin tek bir çocuğu üzerinden ebeveyn kabulünü ölçmeyi hedeflemektedir (Akt. Guernsey ve Gavigan, 1982: 27). Ölçek ebeveynin çocuğu kabulünü 4 boyutta ölçmektedir: çocuğun duygularına saygı duymak(9 madde), çocuğun benzersiz olduğunu takdir etmek(6 madde), çocuğun otonomi ihtiyacının farkında olmak(8 madde), karşılıksız sevgi(10 madde). Ebeveynlerden tek bir çocuklarını göz önünde bulundurarak cevap vermesi istenilir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Öztekin ve Gülbahçe (2019: 2322) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 33 maddeden oluşmaktadır. İlk 10 maddesi 5’li likert tipi ölçek olup “(5) Normalden çok daha fazla- (1)Normalden çok daha az” şeklinde azalarak puanlanmaktadır. Kalan 23 madde ise çoktan seçmeli a, b, c, d, e şeklinde olup “a(1)-e(5)” şeklinde artarak puanlanmaktadır. İlk bölümün Cronbach alfa katsayısı .74($p<.01$), ikinci bölümün ise .78($p<.01$) bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanı 33-165 arasında değer almaktadır. Puan artışı ebeveynlerin çocuklarını kabul derecesindeki artışı göstermektedir.

3.3.4. Çocuk Anababa İlişki Ölçeği (Child Parent Relationship Scale)

Robert Pianta tarafından 1992 yılında çocuk ile ebeveyn ilişkisini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır: Çatışma (14 madde), bağlanma(6 madde), olumlu ilişki(10 madde) alt boyutları. Bununla birlikte Akgün ve Yeşilyaprak (2010: 11) ölçeğin Türkçe’ye uyarlama, geçerlilik ve güvenirlilik çalışmalarını yapmış ve 2 faktör belirlemişlerdir. 1. faktör “çatışma”, 2. faktör “olumlu ilişki” boyutu olarak değerlendirilmiştir. “Çatışma” boyutu 10, “olumlu ilişki” boyutu ise 5 maddeden oluşmaktadır. “Çatışma” boyutunda yer alan maddelerin yük değeri .38 ile .72, “olumlu ilişki” boyutunda yer alan maddelerin yük değeri .42 ile .72 arasında değişmektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı “çatışma” alt boyutu için .98($p<.01$), “olumlu ilişki” alt boyutu için .96($p<.01$) ve toplam puan için .96($p<.01$) olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları “çatışma” boyutu alt boyutu .85, “olumlu ilişki” alt boyutu .73 ve toplam puan .73 (cronbach alfa) bulunmuştur. Ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyonu ise “çatışma” alt boyutu için .84, “olumlu ilişki” alt boyutu için .73 ve toplam puan için .72 olarak bulunmuştur. 5’li likert tipi olan ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Maddeler “(1) Kesinlikle uygun değil- (5) Kesinlikle çok uygun” arasında puanlanır. Ölçekte ters maddeler (3, 10, 16, 29, 30) bulunmaktadır. Ters maddelerde her maddeye verilen

değer ters çevrilerek puanlanır. “(5) Kesinlikle çok uygun.” 1, “(1) Kesinlikle uygun değil.” 5 puan almaktadır. Toplam puan 24-120 arasında değişebilmektedir. Ölçekten alınan düşük puan olumlu ilişkiyi, yüksek puan ise olumsuz ilişkiyi göstermektedir.

3.3.5. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory)

Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş 53 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak (1994: 44) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır: Anksiyete (17 madde), depresyon (14 madde), olumsuz benlik (9 madde), somatizasyon (7 madde), hostilite (4 madde). Ayrıca 15. ve 32. maddeler ek madde olarak belirlenmiştir. Ergen örnekleminde .70- .88 arasında; yetişkin örnekleminde ise .75-.87 iç tutarlılık katsayısı sağlamıştır. 5’li likert tipi ölçek olup “(0) Hiç yok- (4) Çok fazla var” olarak artış göstererek puanlanmaktadır. Toplam puan 0-212 arasında değişen değerler alabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan psikolojik belirtilerin yoğunluğunun ve sıklığının yüksekliğini belirtmektedir.

3.3.6. Toronto Aleksitimi Ölçeği (Toronto Alexithymia Scale -20)

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) 20 maddeden oluşan likert tipi ölçektir. Üç hafta arayla uygulanan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .81 olarak ve test tekrar test güvenirlik korelasyonu .77 olarak saptanmıştır ve faktör analizi sonucunda ise, toplam varyansın %31’ini açıklayan üç faktörlü bir yapının olduğu tespit edilmiştir (Bagby, vd., 1994a; Bagby, vd., 1994b). TAS- 20 Türkçeye uyarlama çalışmasını Güleç ve arkadaşları (2009: 214) yapmıştır ve iç tutarlılık katsayısı .78 olarak saptanmıştır. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır: Duygularını tanımada güçlük (7 madde), duygularını söze dökmede güçlük (5 madde) ve dışa dönük düşünme (8 madde). Ölçekte ters maddeler (4, 5, 10, 18, 19) bulunmaktadır. Ters maddelerde her maddeye verilen değer ters çevrilerek puanlanır. “(5) Her zaman” 1, “(1) Hiçbir zaman” 5 puan almaktadır. Toplam puan 20-100 arasında değişebilmektedir. Ölçekten alınan düşük puan aleksitimi düzeyinin azaldığını, yüksek puan ise yükseldiğini göstermektedir.

3.3.7. Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği (Measurement of Empathy in Adult-Child Interaction)

Guerney, Stover ve Demeritt'in (1968: 49) annelerin spontane bir şekilde çocuklarıyla oynadıkları sırada gösterdikleri empati derecesini ölçtükleri çalışma esnasında ortaya çıkmıştır. Stover, Guerney ve O'Connell (1971: 261) yeniden gözden geçirmiş ve geçerlik güvenirlik çalışmalarını yapmıştır. Bratton, Landreth ve Homeyer (1993: 61) ise araştırmada da kullanılan ölçeğe son halini vermiştir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Öztekin ve Gülbahçe (2019: 2322) tarafından yapılmıştır. Ölçek ebeveyn-çocuk etkileşimindeki empatik davranışı 3 boyutta değerlendirmektedir: çocuğu kabulü iletme, çocuğun kendini yönlendirmesine olanak sağlama, oyuna katılım. Ayrıca her alt boyut 5 maddeden oluşmaktadır. Empatik davranışlar ebeveyn – çocuk oyun seansları değerlendirilirken 3 dakikalık aralıkla kaydedilmektedir (Landreth ve Bratton, 2006). Her alt boyut 6-30 arasında değer alabilmektedir. Toplam puan 18-90 arasında değişebilmektedir. Puanlardaki azalma ebeveynlerin empati düzeyindeki artışı göstermektedir.

Yapılan araştırmada özel oyun saatleri video kaydı altına alınarak araştırmacı tarafından puanlama yapılmıştır.

3.4. İşlem

Araştırmacı deney grubuna müdahalede kullanılan Ebeveyn Çocuk İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) ve bu terapinin temel becerilerini oluşturan Çocuk Merkezli Oyun Terapisi eğitimlerini, APT onaylı eğitmen ve süpervizör Reyhana Seedat'tan alarak araştırmanın ön koşulunu yerine getirmiştir.

Tüm ebeveynlere yönelik ilk sosyal medya duyurusundan sonra geri dönüş yapan 35 gönüllü anne ile araştırmanın içeriği ve amaçları çevrimiçi ortamda ayrıntılı bir şekilde anlatılmış, katılımcıların netleşmek adına sordukları sorular cevaplanmıştır. Bu çevrimiçi toplantı sonucunda 12 anne araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

12 anne ile yapılan ön görüşmelerin ardından öntest olarak Kişisel Bilgi Formu, Filial Problem Kontrol Listesi, Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Toronto Aleksitimi Ölçeği uygulanmıştır. Katılımcılar 6 kişilik deney ve kontrol grubuna seçkisiz atama ile ayrıldıktan sonra

deney grubu katılımcılarının belirledikleri çocukları ile oynadıkları oyun oturumu izlenerek Yetişkin Çocuk Etkileşim Empati Ölçeği öntest sonuçları elde edilmiştir.

Deney grubundaki katılımcı annelerle 10 hafta boyunca haftada bir kez belirlenen bir danışma merkezinde buluşmalar gerçekleştirilmiştir. Danışma merkezinde oyun terapisi eğitimlerinde kullanılmak üzere hazırlanan bir oyun odası ve video gösterimleri için projeksiyon özellikli LCD TV bulunmaktadır. Eğitim boyunca kullanılacak materyaller çoğaltılmamak ve şahsi kullanılmak üzere araştırmacının kontrolünde çoğaltılarak katılımcılara dağıtılmış ve yapılan müdahale eğitim kitapçığının (Bratton, vd., 2006: 2) içeriğine sadık kalınarak sürdürülmüştür.

İlk 3 hafta boyunca katılımcılarla teorik bilgi paylaşımı yapılmış olup kalan 7 hafta boyunca çocuklarıyla özel oyun seansı düzenleyerek devam etmeleri sağlanmıştır.

1. oturumda Çocuk Ebeveyn İlişki Terapisi hedefleri ve temel kavramları genel olarak tanımlanıp katılımcılar arasında tanışma sağlanmıştır. Bu tanışmanın amacı anneler arasındaki paylaşım ve bağlantıların kolaylaştırılmasıdır. Yansıtıcı yanıtlama tekniği ve duyguları tanıma çalışması ve grup içi eşleştirme ile rol oyunu oynanarak “yansıtıcı yanıtlama” alıştırmaları yapılmıştır. Evde yapılacak ödevler de iletilmiştir.

2. oturuma ödevlerle ilgili paylaşım yapılarak başlanılmıştır. Oyun seanslarının temel prensipleri aktarıldıktan sonra oyun oturumları için gerekli oyuncak seti birlikte incelenmiştir. Oyuncak temini konusunda maddi açıdan daha rahat olacak farklı alternatifler üzerine de konuşulup oyun oturumları için evde mekan ve zaman seçimi üzerine paylaşımlar yapılmıştır. Temel oyun oturumu becerilerini içeren rol oyunu ve örnek bir video gösterimi yapıp evde yapılacak ödevler iletilmiştir.

3. oturuma ödev paylaşımı ile başlanılmıştır. Oyun oturumunda yapılması ve yapılmaması gereken noktalar üzerinde durulup özellikle yapılacaklarla ilgili fikir oluşturması adına canlı demo yapılmıştır. Katılımcılar eşleştirilerek kendi aralarında rol oyunu oynamaları ve yeni edindikleri becerileri kullanmaya desteklenmeleri sağlanmıştır. Bu oturumda ayrıca katılımcılar arasında kura çekilerek geri kalan haftalardaki özel oyun oturumu video gösterimi sırası belirlenmiştir. Ödevler iletilerek oturum sonlandırılmıştır.

4. oturumda ödevlerle ve ilk oyun oturumları ile ilgili kısa paylaşımlar yapıldıktan sonra video gösterimi için sırası olan ebeveynin videosu grup ile birlikte izlenilmiştir. Bu noktada araştırmacı oturumla ilgili ebeveyne ve gruba bazı

açıklamalar yaparak süpervizyonu gerçekleştirmiştir. “Sınır” ile ilgili paylaşım yapılıp katılımcılar arasında rol oyunu gerçekleştirilmiş ve ödev paylaşımı ile oturum sonlandırılmıştır.

5.-10. oturumlar 4. Oturumun başlangıcında anlatıldığı üzere ödev, oyun oturumu paylaşımı ile başlamış ve katılımcı oyun oturumu videosu izleme ve süpervizyonu ile devam etmiştir. Geri kalan haftalarda sınır konusunda daha ayrıntılı bilgilendirme ve uygulamalar yapılmıştır. Ayrıca her hafta oyun oturumları ile ilgili becerileri daha da artıracak konular hususunda uygulamalı bilgiler aktarılmıştır ve haftalık ödevler ile işlenen ve işlenecek konular pekiştirilmiştir. 10. oturumda farklı olarak genel bir özet yapılıp oturumların devamının faydası ile ilgili ebeveynlere bilgiler verilmiştir. Grup içi toplantılara devam edilmesi tavsiye edilip gönüllü bir koordinatör belirlenmiştir. Tüm katılımcılar grup toplantılarının devamını arzu ettiklerini iletmıştır. Devam eden süreçte süpervizyona ihtiyaç duyulduğunda, Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi kitapçığında (Bratton, vd., 2006: 57) belirtildiği üzere araştırmacının destek olabileceği iletilmiştir.

Bu 10 haftalık süreç boyunca kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. 10 hafta sonucunda deney ve kontrol grubuna Filial Problem Kontrol Listesi, Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Toronto Aleksitimi Ölçeği son test olarak uygulanmıştır. Ayrıca deney grubu katılımcılarının yine çalışma için seçtikleri çocuklarıyla gerçekleştirdikleri oyun oturumları videosu izlenerek Yetişkin Çocuk Etkileşim Empati Ölçeği son test sonuçları elde edilmiştir.

24 hafta sonra deney grubuna Filial Problem Kontrol Listesi, Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Yetişkin Çocuk Etkileşim Empati Ölçeği izlem testi olarak tekrar uygulanmıştır.

3.5. Veri Analizi

Araştırma sonuçlarının değerlendirilmesi için öntest, son test ve izlem ölçümlerinden elde edilen veriler analiz edilmiştir. Veri analizinde SPSS programı kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubunun öntest verilerinin analizinde Mann Whitney U; deney ve kontrol grubunun öntest-son test verilerinin karşılaştırılması ve deney grubunun

son test-izlem karşılaştırılması analizlerinde Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulguların analizine yer verilecektir. Öncelikle araştırmada yer alan katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin veriler aktarılacak, ardından da araştırmanın temel sorusu olan konularla ilgili veriler üzerinde durulacaktır.

4.1. Demografik Bilgiler ile İlgili Elde Edilen Sonuçlar

Araştırmaya katılan annelerin eğitim durumu deney grubunda %50 lise, %50 üniversite ve üstü; kontrol grubunda %17 ilkokul, %33 üniversite ve üstü, %50 lise şeklinde dağılım göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin tamamı ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu bildirmiştir.

Müdahale programına dâhil etme ve formları doldururken odaklanma açısından deney grubunda yer alan annelerin %83'ü ilk çocuklarıyla ve %17'si 2. çocuğuyla çalışırken, çocukların yaş ortalaması 5.83'tür. Kontrol grubunda yer alan annelerin %67'si ilk ve %33'ü 2. çocuğuna odaklanarak formları doldururken çocukların yaş ortalaması 6.16'dır.

4.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Filial Problem Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Ön test ve Son Test Puanlarının Mann Whitney U testi ile Karşılaştırma Sonuçları

Çalışmada deney grubuna yapılacak olan müdahaleye başlanmadan önce deney grubuna alınan katılımcılar ile kontrol grubuna alınan katılımcıların ilgili değişkenler açısından ön test puan farklılıkları Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre deney ve kontrol gruplarının Filial Problem Kontrol Listesi ön test sıra ortalamaları arasında ($U(14.00)=-0.641$; $p>0.05$), Filial Problem Kontrol Listesi-Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular alt boyutu sıra ortalamaları arasında ($U(16.50)=-0.242$; $p>0.05$), Filial Problem Kontrol Listesi-Problemlili Davranışlar alt boyutu sıra ortalamaları arasında ($U(16.00)=-0.321$; $p>0.05$), Filial Problem Kontrol

Listesi-Problemlı Sosyal Davranışlar alt boyutu sıra ortalamaları arasında ($U(14.00)=-0.643$; $p>0.05$) ve Filial Problem Kontrol Listesi-Duygu Kontrol Güçlüğü alt boyutu sıra ortalamaları arasında ($U(15.00)=-0.480$; $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Bkz. Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Deney ve Kontrol Gruplarının Filial Problem Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Ön test ve Son Test Puanlarının Mann Whitney U testi ile Karşılaştırma Sonuçları

Ön Test Puanları		Gruplar	n	Sıra Ort.	U	Z	p
Filial Problem Kontrol Listesi Toplam		Deney	6	7.17	14,000	-0.641	0.522
		Kontrol	6	5.83			
Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular		Deney	6	6.75	16,500	-0.242	0.809
		Kontrol	6	6.25			
Problemlı Davranışlar		Deney	6	6.83	16,000	-0.321	0.748
		Kontrol	6	6.17			
Problemlı Sosyal Davranışlar		Deney	6	7.17	14,000	-0.643	0.520
		Kontrol	6	5.83			
Duygu Kontrol Güçlüğü		Deney	6	7.00	15,000	-0.480	0.631
		Kontrol	6	6.00			

4.3. Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistik sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre ön test çalışmasında, Filial Problem Kontrol Listesi Toplam puanından en düşük 30, en yüksek 184 ($\bar{x}=85.83 \pm 53.383$), Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular alt boyutundan en düşük 9, en yüksek 27 ($\bar{x}=15.50 \pm 7.036$), Problemlı Davranışlar alt boyutundan en düşük 5, en yüksek 47 ($\bar{x}=20.33 \pm 16.990$), Problemlı Sosyal Davranışlar alt boyutundan en düşük 2, en yüksek 44 ($\bar{x}=15.17 \pm 15.211$) ve Duygu Kontrol Güçlüğü alt boyutundan en düşük 14, en yüksek 64 ($\bar{x}=33.50 \pm 17.964$) puan

alınmıştır. Son test çalışmasında ise Filial Problem Kontrol Listesi Toplam puanından en düşük 25, en yüksek 163 ($\bar{x}=76.00 \pm 48.535$), Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular alt boyutundan en düşük 5, en yüksek 19 ($\bar{x}=12.67 \pm 5.610$), Problemli Davranışlar alt boyutundan en düşük 5, en yüksek 44 ($\bar{x}=21.83 \pm 13.014$), Problemli Sosyal Davranışlar alt boyutundan en düşük 1, en yüksek 41 ($\bar{x}=12.50 \pm 14.653$) ve Duygu Kontrol Güçlüğü alt boyutundan en düşük 7, en yüksek 57 ($\bar{x}=27.83 \pm 17.577$) puan alınmıştır (Bkz. Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

	Puanlar	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Ön Test	Filial Problem Kontrol Listesi Toplam	6	85.83	53.383	30	184
	Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular	6	15.50	7.036	9	27
	Problemli Davranışlar	6	20.33	16.990	5	47
	Problemli Sosyal Davranışlar	6	15.17	15.211	2	44
	Duygu Kontrol Güçlüğü	6	33.50	17.964	14	64
Son Test	Filial Problem Kontrol Listesi Toplam	6	76.00	48.535	25	163
	Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular	6	12.67	5.610	5	19
	Problemli Davranışlar	6	21.83	13.014	5	44
	Problemli Sosyal Davranışlar	6	12.50	14.653	1	41
	Duygu Kontrol Güçlüğü	6	27.83	17.577	7	57

4.4. Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Deney grubunun Filial Problem Kontrol Listesi ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Filial Problem Kontrol Listesi toplam puanın ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-1.992$; $p<0.05$). Bu sonuca göre Filial Problem Kontrol Listesi toplam puanın ön test sıra ortalaması son

test sıra ortalamasından daha yüksektir. Bu sonuca benzer olarak Problemlili Sosyal Davranışlar alt boyutunun ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-2.207$; $p<0.05$). Bu sonuca göre Problemlili Sosyal Davranışlar alt boyut puanının ön test sıra ortalaması son test sıra ortalamasından daha yüksektir. Ayrıca Duygu Kontrol Güçlüğü alt boyutunun ön test ve son test sıra ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-2.014$; $p<0.05$). Buna göre Duygu Kontrol Güçlüğü alt boyut puanının ön test sıra ortalaması son test sıra ortalamasından daha yüksektir. Fakat Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular alt boyutunun ($Z=-1.581$; $p>0.05$) ve Problemlili Davranışlar alt boyutunun ($Z=-0.542$; $p>0.05$) ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Bkz. Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

		n	Sıra Ort.	Z	p
Sontest-Filial Problem Kontrol Listesi Öntest-Filial Problem Kontrol Listesi Toplam	Negatif Sıralar	5	4.00	-1.992	0.046
	Pozitif Sıralar	1	1.00		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
Sontest-Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular Öntest-Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular Toplam	Negatif Sıralar	4	4.50	-1.581	0.114
	Pozitif Sıralar	2	1.50		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
Sontest-Problemlili Davranışlar Öntest-Problemlili Davranışlar Toplam	Negatif Sıralar	2	2.75	-0.542	0.588
	Pozitif Sıralar	3	3.17		
	Eşit	1			
	Toplam	6			

	Negatif Sıralar	6	3.50		
Sontest-Problemlı Sosyal Davranışlar	Pozitif Sıralar	0	0.00	-2.207	0.027
Öntest-Problemlı Sosyal Davranışlar	Eşit	0			
	Toplam	6			
	Negatif Sıralar	5	4.00		
Sontest-Duygu Kontrol Güçlüğü	Pozitif Sıralar	1	1.00	-2.014	0.044
Öntest-Duygu Kontrol Güçlüğü	Eşit	0			
	Toplam	6			

4.5. Kontrol Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Kontrol grubunun Filial Problem Kontrol Listesi ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistik sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre ön test çalışmasında, Filial Problem Kontrol Listesi Toplam puanından en düşük 18, en yüksek 113 ($\bar{x}=66.50 \pm 40.441$), Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular alt boyutundan en düşük 3, en yüksek 20 ($\bar{x}=13.17 \pm 6.047$), Problemlı Davranışlar alt boyutundan en düşük 3, en yüksek 29 ($\bar{x}=14.50 \pm 9.772$), Problemlı Sosyal Davranışlar alt boyutundan en düşük 1, en yüksek 49 ($\bar{x}=11.17 \pm 11.990$) ve Duygu Kontrol Güçlüğü alt boyutundan en düşük 8, en yüksek 64 ($\bar{x}=27.17 \pm 16.845$) puan alınmıştır. Son test çalışmasında ise Filial Problem Kontrol Listesi Toplam puanından en düşük 25, en yüksek 134 ($\bar{x}=86.50 \pm 40.693$), Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular alt boyutundan en düşük 9, en yüksek 24 ($\bar{x}=17.33 \pm 6.563$), Problemlı Davranışlar alt boyutundan en düşük 2, en yüksek 44 ($\bar{x}=21.00 \pm 16.149$), Problemlı Sosyal Davranışlar alt boyutundan en düşük 2, en yüksek 38 ($\bar{x}=13.83 \pm 13.556$) ve Duygu Kontrol Güçlüğü alt boyutundan en düşük 9, en yüksek 48 ($\bar{x}=33.33 \pm 14.652$) puan alınmıştır (Bkz. Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Kontrol Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

		n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Ön Test	Filial Problem Kontrol Listesi Toplam	6	66.50	40.441	18	113
	Güvensizlik ve Olumsuz Duygular	6	13.17	6.047	3	20
	Problemlili Davranışlar	6	14.50	9.772	3	29
	Problemlili Sosyal Davranışlar	6	11.17	11.990	1	34
	Duygu Kontrol Güçlüğü	6	27.17	16.845	8	49
Son Test	Filial Problem Kontrol Listesi Toplam	6	86.50	40.693	25	134
	Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular	6	17.33	6.563	9	24
	Problemlili Davranışlar	6	21.00	16.149	2	44
	Problemlili Sosyal Davranışlar	6	13.83	13.556	2	38
	Duygu Kontrol Güçlüğü	6	33.33	14.652	9	48

4.6. Kontrol Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Kontrol grubunun Filial Problem Kontrol Listesi ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Filial Problem Kontrol Listesi toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-2.207$; $p<0.05$). Bu sonuca göre Filial Problem Kontrol Listesi toplam puanın ön test sıra ortalaması son test sıra ortalamasından daha düşüktür. Buna karşın Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular alt boyutunun ($Z=-1.787$; $p>0.05$), Problemlili Davranışlar alt boyutunun ($Z=-0.542$; $p>0.05$), Problemlili Sosyal Davranışlar alt boyutunun ($Z=-1.577$; $p>0.05$) ve Duygu Kontrol Güçlüğü alt boyutunun ($Z=-0.943$; $p>0.05$) ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Bkz. Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Kontrol Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

		n	Sıra Ort.	Z	p
Sontest-Filial Problem Kontrol Listesi Öntest-Filial Problem Kontrol Listesi Toplam	Negatif Sıralar	0	0.00	-2.207	0.027
	Pozitif Sıralar	6	3.50		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
Sontest-Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular Öntest-Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular	Negatif Sıralar	1	2.00	-1.787	0.074
	Pozitif Sıralar	5	3.80		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
Sontest-Problemli Davranışlar Öntest-Problemli Davranışlar	Negatif Sıralar	2	1.50	-1.577	0.115
	Pozitif Sıralar	4	4.50		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
Sontest-Problemli Sosyal Davranışlar Öntest-Problemli Sosyal Davranışlar	Negatif Sıralar	1	5.00	-1.156	0.248
	Pozitif Sıralar	5	3.20		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
Sontest-Duygu Kontrol Güçlüğü Öntest-Duygu Kontrol Güçlüğü	Negatif Sıralar	3	2.00	-0.943	0.345
	Pozitif Sıralar	3	5.00		
	Eşit	0			
	Toplam	6			

4.7. Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi ve alt boyutlarının son test ve izlem puanlarının betimleyici istatistik sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre son test çalışmasında, Filial Problem Kontrol Listesi Toplam puanından en düşük 25, en yüksek 163 ($\bar{x}=76.00 \pm 48.535$), Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular alt boyutundan en düşük 5, en yüksek 19 ($\bar{x}=12.67 \pm 5.610$), Problemlili Davranışlar alt boyutundan en düşük 5, en yüksek 44 ($\bar{x}=21.83 \pm 13.014$), Problemlili Sosyal Davranışlar alt boyutundan en düşük 1, en yüksek 41 ($\bar{x}=12.50 \pm 14.653$) ve Duygu Kontrol Güçlüğü alt boyutundan en düşük 7, en yüksek 57 ($\bar{x}=27.83 \pm 17.577$) puan alınmıştır. İzlem çalışmasında ise Filial Problem Kontrol Listesi Toplam puanından en düşük 42, en yüksek 150 ($\bar{x}=81.83 \pm 35.958$), Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular alt boyutundan en düşük 6, en yüksek 23 ($\bar{x}=15.33 \pm 6.713$), Problemlili Davranışlar alt boyutundan en düşük 11, en yüksek 39 ($\bar{x}=23.50 \pm 11.397$), Problemlili Sosyal Davranışlar alt boyutundan en düşük 7, en yüksek 34 ($\bar{x}=13.50 \pm 10.173$) ve Duygu Kontrol Güçlüğü alt boyutundan en düşük 18, en yüksek 52 ($\bar{x}=28.33 \pm 13.367$) puan alınmıştır (Bkz. Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Deney Grubunun Filial Problem Kontrol Listesi ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

	Puanlar	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Son Test	Filial Problem Kontrol Listesi Toplam	6	76.00	48.535	25	163
	Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular	6	12.67	5.610	5	19
	Problemlili Davranışlar	6	21.83	13.014	5	44
	Problemlili Sosyal Davranışlar	6	12.50	14.653	1	41
	Duygu Kontrol Güçlüğü	6	27.83	17.577	7	57
İzlem	Filial Problem Kontrol Listesi Toplam	6	81.83	35.958	42	150
	Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular	6	15.33	6.713	6	23
	Problemlili Davranışlar	6	23.50	11.397	11	39
	Problemlili Sosyal Davranışlar	6	13.50	10.173	7	34
	Duygu Kontrol Güçlüğü	6	28.33	13.367	18	52

4.8. Deney ve Kontrol Gruplarının Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test Puanlarının Mann Whitney U Testi İle Karşılaştırma Sonuçları

Deney grubuna alınan katılımcılar ile kontrol grubuna alınan katılımcıların Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutları açısından ön test puan farklılıkları Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre deney ve kontrol gruplarının Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ön test sıra ortalamaları arasında ($U(5.500)=-2.205$; $p<0.05$), Karşılıksız Sevgi alt boyutu sıra ortalamaları arasında ($U(5.500)=-2.045$; $p<0.05$), Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu sıra ortalamaları arasında ($U(6.500)=-1.858$; $p<0.05$) ve Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak alt boyutu sıra ortalamaları arasında ($U(5.500)=-2.038$; $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre deney grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği, Karşılıksız Sevgi, Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek ve Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak alt boyutlarının ön test sıra ortalamaları, kontrol grubunun ön test sıra ortalamalarından daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ancak deney ve kontrol gruplarının Çocuğun Duygularına Saygı Duymak alt boyutu ön test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($U(17.00)=-0.161$; $p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Deney ve Kontrol Gruplarının Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırma Sonuçları

Ön Test Puanları	Deney-Kontrol Grubu	n	Sıra Ort.	U	Z	p
Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam	Deney	6	4,42	5.500	-2.005	0.045
	Kontrol	6	8,58			
Karşılıksız Sevgi	Deney	6	4,42	5.500	-2.045	0.041
	Kontrol	6	8,58			
Çocuğun Duygularına Saygı Duymak	Deney	6	6,67	17.00	-0.161	0.872
	Kontrol	6	6,33			
Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek	Deney	6	4,58	6.500	-1.858	0.063
	Kontrol	6	8,42			
Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak	Deney	6	4,42	5.500	-2.038	0.042
	Kontrol	6	8,58			

4.9. Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistikleri incelenmiştir. Ön test çalışmasında Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği puanı en düşük 93, en yüksek 111 ($\bar{x}=102.33 \pm 7.033$), Karşılıksız Sevgi alt boyutu puanı en düşük 30, en yüksek 35 ($\bar{x}=33.17 \pm 1.941$), Çocuğun Duygularına Saygı Duymak alt boyutu puanı en düşük 24, en yüksek 31 ($\bar{x}=27.83 \pm 2.563$), Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu puanı en düşük 13, en yüksek 26 ($\bar{x}=20.33 \pm 4.885$) ve Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak alt boyutu puanı en düşük 18, en yüksek 24 ($\bar{x}=21.00 \pm 2.000$) olarak hesaplanmıştır. Son test çalışmasında ise Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği puanı en düşük 102, en yüksek 129 ($\bar{x}=117.50 \pm 8.916$), Karşılıksız Sevgi alt boyutu puanı en düşük 30, en yüksek 46 ($\bar{x}=37.67 \pm 5.241$), Çocuğun Duygularına Saygı Duymak alt boyutu puanı en düşük 22, en yüksek 32 ($\bar{x}=27.67 \pm 3.615$), Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu puanı en düşük 27, en yüksek 33 ($\bar{x}=29.50 \pm 2.510$) ve Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak alt boyutu puanı en düşük 21, en yüksek 25 ($\bar{x}=22.67 \pm 1.366$) olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Ön Test	Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam	6	102.33	7.033	93	111
	Karşılıksız Sevgi	6	33.17	1.941	30	35
	Çocuğun Duygularına Saygı Duymak	6	27.83	2.563	24	31
	Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek	6	20.33	4.885	13	26
	Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak	6	21.00	2.000	18	24
Son Test	Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam	6	117.50	8.916	102	129
	Karşılıksız Sevgi	6	37.67	5.241	30	46
	Çocuğun Duygularına Saygı Duymak	6	27.67	3.615	22	32
	Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek	6	29.50	2.510	27	33
	Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak	6	22.67	1.366	21	25

4.10. Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Deney grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-1.992$; $p<0.05$). Bu sonuca göre Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği toplam puanın ön test sıra ortalaması son test sıra ortalamasından daha düşüktür. Benzer şekilde Karşılıksız Sevgi alt boyutu puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-2.032$; $p<0.05$). Buna göre de Karşılıksız Sevgi alt boyutu toplam puanın ön test sıra ortalaması son test sıra ortalamasından daha düşüktür. Ayrıca Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-2.207$; $p<0.05$). Buna göre Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu toplam puanın ön test sıra ortalaması son test sıra ortalamasından daha düşüktür. Fakat Çocuğun Duygularına Saygı Duymak alt boyutu toplam puanının ($Z=0.00$; $p>0.05$) ve Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak alt boyutu toplam puanının ($Z=-1.511$; $p>0.05$) ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz. Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma Sonuçları

				n	Sıra Ort.	Z	p
Sontest-Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam			Negatif Sıralar	1	1.00	-1.992	0.046
			Pozitif Sıralar	5	4.00		
Öntest-Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam			Eşit	0			
			Toplam	6			
Sontest-Karşılıksız Sevgi			Negatif Sıralar	0	0.00	-2.032	0.042
			Pozitif Sıralar	5	3.00		
Öntest-Karşılıksız Sevgi			Eşit	1			
			Toplam	6			
Sontest-Çocuğun Duygularına Duymak			Negatif Sıralar	2	2.50	0.000	1.00
			Pozitif Sıralar	2	2.50		
Öntest-Çocuğun Duygularına Duymak			Eşit	2			
			Toplam	6			
Sontest-Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek			Negatif Sıralar	0	0.00	-2.207	0.027
			Pozitif Sıralar	6	3.50		
Öntest-Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek			Eşit	0			
			Toplam	6			
Sontest-Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak			Negatif Sıralar	1	2.00	-1.511	0.131
			Pozitif Sıralar	4	3.25		
Öntest-Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak			Eşit	1			
			Toplam	6			

4.11. Kontrol Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test Ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Kontrol grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistikleri incelenmiştir. Ön test çalışmasında Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği puanı en düşük 104, en yüksek 128 ($\bar{x}=113.33 \pm 7.033$),

Karşılıksız Sevgi alt boyutu puanı en düşük 33, en yüksek 38 ($\bar{x}=36.00 \pm 2.000$), Çocuğun Duygularına Saygı Duymak alt boyutu puanı en düşük 22, en yüksek 32 ($\bar{x}=27.33 \pm 3.777$), Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu puanı en düşük 19, en yüksek 37 ($\bar{x}=26.83 \pm 6.080$) ve Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak alt boyutu puanı en düşük 22, en yüksek 24 ($\bar{x}=23.17 \pm 0.753$) olarak hesaplanmıştır. Son test çalışmasında ise Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği puanı en düşük 101, en yüksek 116 ($\bar{x}=107.17 \pm 5.269$), Karşılıksız Sevgi alt boyutu puanı en düşük 30, en yüksek 37 ($\bar{x}=33.67 \pm 2.944$), Çocuğun Duygularına Saygı Duymak alt boyutu puanı en düşük 23, en yüksek 32 ($\bar{x}=27.50 \pm 3.017$), Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu puanı en düşük 21, en yüksek 27 ($\bar{x}=24.50 \pm 2.168$) ve Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak alt boyutu puanı en düşük 16, en yüksek 27 ($\bar{x}=21.50 \pm 3.619$) olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Kontrol Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Ön Test	Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam	6	113.33	8.892	104	128
	Karşılıksız Sevgi	6	36.00	2.000	33	38
	Çocuğun Duygularına Saygı Duymak	6	27.33	3.777	22	32
	Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek	6	26.83	6.080	19	37
	Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak	6	23.17	0.753	22	24
Son Test	Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam	6	107.17	5.269	101	116
	Karşılıksız Sevgi	6	33.67	2.944	30	37
	Çocuğun Duygularına Saygı Duymak	6	27.50	3.017	23	32
	Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek	6	24.50	2.168	21	27
	Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak	6	21.50	3.619	16	27

4.12. Kontrol Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Kontrol grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği toplam puanının ($Z=-1.363$; $p>0.05$), Karşılıksız Sevgi alt boyutu puanının ($Z=-1.483$; $p>0.05$), Çocuğun Duygularına Saygı Duymak alt boyutu puanının ($Z=-0.211$; $p>0.05$), Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu puanının ($Z=-0.944$; $p>0.05$) ve Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak alt boyutu puanının ($Z=-1.241$; $p>0.05$) ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz. Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Kontrol Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma Sonuçları

		n	Sıra Ort.	Z	p
Sontest-Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam	Negatif Sıralar	4	4.25	-1.363	0.173
	Pozitif Sıralar	2	2.00		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
Öntest-Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam	Negatif Sıralar	4	3.25	-1.483	0.138
	Pozitif Sıralar	1	2.00		
	Eşit	1			
	Toplam	6			
Sontest-Karşılıksız Sevgi	Negatif Sıralar	2	4.75	-0.211	0.833
	Pozitif Sıralar	4	2.88		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
Öntest-Karşılıksız Sevgi	Negatif Sıralar	2	4.75	-0.211	0.833
	Pozitif Sıralar	4	2.88		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
Sontest-Çocuğun Duygularına Saygı Duymak	Negatif Sıralar	4	2.75	-0.944	0.345
	Pozitif Sıralar	1	4.00		
	Eşit	1			
	Toplam	6			
Öntest-Çocuğun Duygularına Saygı Duymak	Negatif Sıralar	4	2.75	-0.944	0.345
	Pozitif Sıralar	1	4.00		
	Eşit	1			
	Toplam	6			
Sontest-Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek	Negatif Sıralar	4	3.00	-1.214	0.225
	Pozitif Sıralar	1	3.00		
	Eşit	1			
	Toplam	6			
Öntest-Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek	Negatif Sıralar	4	3.00	-1.214	0.225
	Pozitif Sıralar	1	3.00		
	Eşit	1			
	Toplam	6			
Sontest-Çocuğun Farkında Olmak	Negatif Sıralar	4	3.00	-1.214	0.225
	Pozitif Sıralar	1	3.00		
	Eşit	1			
	Toplam	6			
Öntest-Çocuğun Farkında Olmak	Negatif Sıralar	4	3.00	-1.214	0.225
	Pozitif Sıralar	1	3.00		
	Eşit	1			
	Toplam	6			

4. 13. Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve alt boyutlarının son test ve izlem puanlarının betimleyici istatistikleri incelenmiştir. Son test çalışmasında Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği puanı en düşük 102, en yüksek 129 ($\bar{x}=117.50 \pm 8.916$), Karşılıksız Sevgi alt boyutu puanı en düşük 30, en yüksek 46 ($\bar{x}=37.67 \pm 5.241$), Çocuğun Duygularına Saygı Duymak alt boyutu puanı en düşük 22, en yüksek 32 ($\bar{x}=27.67 \pm 3.615$), Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu puanı en düşük 27, en yüksek 33 ($\bar{x}=29.50 \pm 2.510$) ve Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak alt boyutu puanı en düşük 21, en yüksek 25 ($\bar{x}=22.67 \pm 1.366$) olarak hesaplanmıştır. İzlem çalışmasında ise Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği toplam puanı en düşük 100, en yüksek 114 ($\bar{x}=110.00 \pm 5.254$), Karşılıksız Sevgi alt boyutu puanı en düşük 29, en yüksek 38 ($\bar{x}=33.33 \pm 2.875$), Çocuğun Duygularına Saygı Duymak alt boyutu puanı en düşük 24, en yüksek 32 ($\bar{x}=27.83 \pm 3.189$), Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu puanı en düşük 20, en yüksek 32 ($\bar{x}=26.67 \pm 4.367$) ve Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak alt boyutu puanı en düşük 19, en yüksek 26 ($\bar{x}=22.17 \pm 2.787$) olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Son Test	Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam	6	117.50	8.916	102	129
	Karşılıksız Sevgi	6	37.67	5.241	30	46
	Çocuğun Duygularına Saygı Duymak	6	27.67	3.615	22	32
	Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek	6	29.50	2.510	27	33
	Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak	6	22.67	1.366	21	25
İzlem	Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam	6	110.00	5.254	100	114
	Karşılıksız Sevgi	6	33.33	2.875	29	38
	Çocuğun Duygularına Saygı Duymak	6	27.83	3.189	24	32
	Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek	6	26.67	4.367	20	32
	Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak	6	22.17	2.787	19	26

4. 14. Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Deney grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve alt boyutlarının son test ve izlem sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği toplam puanının son test ve izlem sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-2.214$; $p<0.05$). Bu sonuca göre Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği toplam puanın izlem sıra ortalaması son test sıra ortalamasından daha düşüktür. Benzer şekilde Karşılıksız Sevgi alt boyutu puanının son test ve izlem sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-2.207$; $p<0.05$). Buna göre de Karşılıksız Sevgi alt boyutu toplam puanın izlem sıra ortalaması son test sıra ortalamasından daha düşüktür. Ayrıca ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-2.207$; $p<0.05$). Buna göre de Çocukun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu toplam puanın ön test sıra ortalaması son test sıra ortalamasından daha düşüktür. Fakat Çocuğun Duygularına Saygı Duymak alt boyutu puanının ($Z=0.00$; $p>0.05$), Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek alt boyutu puanının ($Z=-1.370$; $p>0.05$), Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak alt boyutu toplam puanının ($Z=-0.447$; $p>0.05$) ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz. Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Deney Grubunun Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

		n	Sıra Ort.	Z	p
İzlem-Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam	Negatif Sıralar	6	3.50	-2.214	.027
	Pozitif Sıralar	0	.00		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
Sontest -Porter Ebeveyn Kabul Ölçeği Toplam	Negatif Sıralar	6	3.50	-2.207	.027
	Pozitif Sıralar	0	.00		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
İzlem -Karşılıksız Sevgi Sontest -Karşılıksız Sevgi	Negatif Sıralar	1	3.00	0.000	1.00
	Pozitif Sıralar	2	1.50		
	Eşit	3			
	Toplam	6			
İzlem -Çocuğun Duygularına Saygı Duymak Sontest -Çocuğun Duygularına Saygı Duymak	Negatif Sıralar	5	3.40	-1.370	.171
	Pozitif Sıralar	1	4.00		
	Eşit	0			
	Toplam	6			
İzlem -Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek Sontest -Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek	Negatif Sıralar	3	3.00	-.447	.655
	Pozitif Sıralar	2	3.00		
	Eşit	1			
	Toplam	6			

4.15. Deney Ve Kontrol Gruplarının Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırma Sonuçları

Çalışmada deney grubuna yapılacak olan müdahaleye başlanmadan önce deney grubuna alınan katılımcılar ile kontrol grubuna alınan katılımcıların Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının ön test puan farklılıkları Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre deney ve kontrol gruplarının Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ön test sıra ortalamaları arasında ($U(14.00)=-0.645$; $p>0.05$), Çatışma alt boyutu sıra ortalamaları arasında ($U(12.00)=-0.968$; $p>0.05$), Olumlu İlişki alt boyutu sıra ortalamaları arasında ($U(13.00)=-0.823$; $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Bkz. Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Deney ve Kontrol Gruplarının Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının Ön test Puanlarının Mann Whitney U testi ile Karşılaştırma Sonuçları

Ön Test	Deney-Kontrol Grubu	n	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam	Deney	6	7.17	43.00	14.00	-0.645	0.519
	Kontrol	6	5.83	35.00			
	Toplam	12					
Çatışma	Deney	6	7.50	45.00	12.00	-0.968	0.333
	Kontrol	6	5.50	33.00			
	Toplam	12					
Olumlu İlişki	Deney	6	5.67	34.00	13.00	-0.823	0.411
	Kontrol	6	7.33	44.00			
	Toplam	12					

4.16. Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistikleri incelenmiştir. Ön test çalışmasında, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam puanından en düşük 23, en yüksek 51 ($\bar{x}=35.17 \pm 10.245$), Çatışma alt boyutu toplam puanından en düşük 15, en yüksek 40 ($\bar{x}=26.17 \pm 9.065$) ve Olumlu İlişki alt boyutu toplam puanından en düşük 7, en yüksek 11 ($\bar{x}=9.00 \pm 1.414$) alınmıştır. Son test çalışmasında ise Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam puanından en düşük 22, en yüksek 48 ($\bar{x}=31.83 \pm 9.283$), Çatışma alt boyutu toplam puanından en düşük 13, en yüksek 36 ($\bar{x}=22.17 \pm 8.424$) ve Olumlu İlişki alt boyutu toplam puanından en düşük 7, en yüksek 12 ($\bar{x}=9.67 \pm 1.633$) alınmıştır (Bkz. Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistik sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Ön Test	Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam	6	35.17	10.245	23	51
	Çatışma	6	26.17	9.065	15	40
	Olumlu İlişki	6	9.00	1.414	7	11
Son Test	Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam	6	31.83	9.283	22	48
	Çatışma	6	22.17	8.424	13	36
	Olumlu İlişki	6	9.67	1.633	7	12

4.17. Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Deney grubunda, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Çocuk Anababa İlişki Ölçeği toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($Z=-1.892$;

$p>0.05$). Buna karşın Çatışma alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-1.892$; $p<0.05$). Buna göre Çatışma alt boyutunun toplam puanının ön test sıra ortalaması, son test sıra ortalamasından daha düşüktür. Bu sonuca benzer olarak Olumlu İlişki alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-2.000$; $p<0.05$). Buna göre Olumlu İlişki alt boyutu toplam puanının ön test sıra ortalaması, son test sıra ortalamasından daha yüksektir (Bkz. Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma Sonuçları

		n	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	Z	p
Sontest-Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam	Negatif Sıralar	5	3.90	19.50	-1.892	0.058
	Pozitif Sıralar	1	1.50	1.50		
	Eşitlik	0				
	Toplam	6				
Sontest-Çatışma Öntest-Çatışma	Negatif Sıralar	5	4.00	20.00	-1.997	0.046
	Pozitif Sıralar	1	1.00	1.00		
	Eşitlik	0				
	Toplam	6				
Sontest-Olumlu İlişki Öntest-Olumlu İlişki	Negatif Sıralar	0	0.00	0.00	-2.000	0.046
	Pozitif Sıralar	4	2.50	10.00		
	Eşitlik	2				
	Toplam	6				

4. 18. Kontrol Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Kontrol grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistikleri incelenmiştir. Ön test çalışmasında, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam puanından en düşük 22, en yüksek 35 ($\bar{x}=30.83 \pm 5.269$), Çatışma alt boyutu toplam puanından en düşük 13, en yüksek 25 ($\bar{x}=21.00 \pm 5.831$) ve Olumlu İlişki alt boyutu toplam puanından en düşük 7, en yüksek 13 ($\bar{x}=9.83 \pm 1.941$) alınmıştır. Son test çalışmasında ise Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam puanından en düşük 35, en yüksek 46 ($\bar{x}=39.67 \pm 5.046$), Çatışma alt boyutu toplam puanından en düşük 25, en yüksek 38 ($\bar{x}=30.67 \pm 5.465$) ve Olumlu İlişki alt boyutu toplam puanından en düşük 7, en yüksek 12 ($\bar{x}=9.00 \pm 1.789$) alınmıştır (Bkz. Tablo 4.17).

Tablo 4.17: Kontrol Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Ön Test	Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam	6	30.83	5.269	22	35
	Çatışma	6	21.00	5.831	13	25
	Olumlu İlişki	6	9.83	1.941	7	13
Son Test	Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam	6	39.67	5.046	35	46
	Çatışma	6	30.67	5.465	25	38
	Olumlu İlişki	6	9.00	1.789	7	12

4.19. Kontrol Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Kontrol grubunda, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Çocuk Anababa İlişki Ölçeği toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-2.201$; $p<0.05$). Buna göre Çocuk Anababa İlişki Ölçeği toplam puanının ön test sıra ortalaması, son test sıra ortalamasından daha düşüktür. Benzer şekilde Çatışma alt

boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($Z=-2.201$; $p<0.05$). Buna göre Çatışma alt boyutunun toplam puanının ön test sıra ortalaması, son test sıra ortalamasından daha düşüktür. Fakat Olumlu İlişki alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($Z=-1.089$; $p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Kontrol Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

		n	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	Z	p
Sontest-Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam	Negatif Sıralar	0	0.00	0.00	-2.201	0.028
	Pozitif Sıralar	6	3.50	21.00		
	Eşitlik	0				
	Toplam	6				
Sontest-Çatışma	Negatif Sıralar	0	0.00	0.00	-2.201	0.028
	Pozitif Sıralar	6	3.50	21.00		
	Eşitlik	0				
	Toplam	6				
Sontest-Olumlu İlişki	Negatif Sıralar	4	2.88	11.50	-1.089	0.276
	Pozitif Sıralar	1	3.50	3.50		
	Eşitlik	1				
	Toplam	6				

4.20. Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının son test ve izlem puanlarının betimleyici istatistikleri incelenmiştir. Son test çalışmasında, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam puanından en düşük 22, en yüksek 48 ($\bar{x}=31.83 \pm 9.283$), Çatışma alt boyutu toplam puanından en düşük 13, en yüksek 36 ($\bar{x}=22.17 \pm 8.424$) ve Olumlu İlişki alt boyutu toplam puanından en düşük 7, en yüksek 12 ($\bar{x}=9.67 \pm 1.633$) alınmıştır. İzlem çalışmasında ise Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam puanından en düşük 24, en yüksek 49 ($\bar{x}=34.00 \pm 10.507$), Çatışma alt boyutu toplam puanından en düşük 15, en yüksek 34 ($\bar{x}=23.33 \pm 7.146$) ve Olumlu İlişki alt boyutu toplam puanından en düşük 5, en yüksek 15 ($\bar{x}=10.67 \pm 3.882$) alınmıştır (Bkz. Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Son Test	Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam	6	31.83	9.283	22	48
	Çatışma	6	22.17	8.424	13	36
	Olumlu İlişki	6	9.67	1.633	7	12
İzlem	Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam	6	34.00	10.507	24	49
	Çatışma	6	23.33	7.146	15	34
	Olumlu İlişki	6	10.67	3.882	5	15

4.21. Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Deney grubunda, Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve alt boyutlarının son test ve izlem sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Çocuk Anababa İlişki Ölçeği toplam puanının ($Z=-1.156$; $p>0.05$), Çatışma alt boyutunun toplam puanının ($Z=-0.738$; $p>0.05$), Olumlu İlişki alt boyutu toplam puanının ($Z=-0.813$; $p>0.05$) son test ve izlem sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Bkz. Tablo 4.20).

Tablo 4.20: Deney Grubunun Çocuk Anababa İlişki Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

		N	Sıra Ort.	Z	p
İzlem -Çocuk Anababa İlişki Ölçeği Toplam	Negatif Sıralar	1	5.00	-1.156	.248
	Pozitif Sıralar	5	3.20		
	Eşitlik	0			
	Toplam	6			
İzlem -Çatışma Sontest -Çatışma	Negatif Sıralar	2	3.50	-.738	.461
	Pozitif Sıralar	4	3.50		
	Eşitlik	0			
	Toplam	6			
İzlem-Olumlu İlişki Sontest -Olumlu İlişki	Negatif Sıralar	2	2.25	-.813	.416
	Pozitif Sıralar	3	3.50		
	Eşitlik	1			
	Toplam	6			

4.22. Deney ve Kontrol Gruplarının Kısa Semptom Envanteri Toplam ve Alt Boyut Ön Test Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırma Sonuçları

Deney ve Kontrol Gruplarının Kısa Semptom Envanteri Toplam ve alt Boyut Ön test Puanlarının Mann Whitney U testi ile Karşılaştırma Sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre deney ve kontrol gruplarının Kısa Semptom Envanteri toplam puanın ($Z=0.199$; $p>0.05$), Anksiyete alt boyutu toplam puanın ($Z=0.724$; $p>0.05$), Somatizasyon alt boyutu toplam puanın ($Z=-0.569$; $p>0.05$), Olumsuz Benlik alt boyutu toplam puanın ($Z=-0.644$; $p>0.05$), Hostilite alt boyutu toplam puanın ($Z=-0.574$; $p>0.05$) ve Ek Maddeler toplam puanın ($Z=-0.987$; $p>0.05$),ön test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Bkz. Tablo 4.21).

Tablo 4.21: Deney ve Kontrol Gruplarının Kısa Semptom Envanteri Toplam ve Alt Boyut Ön Test Puanlarının Mann Whitney U testi ile Karşılaştırma Sonuçları

Ön Test	Deney-Kontrol Grubu	n	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Kısa Semptom Envanteri Toplam	Deney	6	7.83	47.00	10.00	-1.283	0.199
	Kontrol	6	5.17	31.00			
	Toplam	12					
Depresyon	Deney	6	8.83	53.00	4.00	-2.262	0.024
	Kontrol	6	4.17	25.00			
	Toplam	12					
Anksiyete	Deney	6	7.25	43.50	13.500	0.724	0.469
	Kontrol	6	5.75	34.50			
	Toplam	12					
Somatizasyon	Deney	6	7.08	42.50	14.500	-0.569	0.569
	Kontrol	6	5.92	35.50			
	Toplam	12					
Olumsuz Benlik	Deney	6	7.17	43.00	14.00	-0.644	0.520
	Kontrol	6	5.83	35.00			
	Toplam	12					
Hostilite	Deney	6	7.08	42.50	14.50	-0.574	0.566
	Kontrol	6	5.92	35.50			
	Toplam	12					
Ek Maddeler	Deney	6	7.50	45.00	12.00	-0.987	0.324
	Kontrol	6	5.50	33.00			
	Toplam	12					

4.23. Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistik sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre ön

test çalışmasında, Kısa Semptom Envanteri toplam puanından en düşük 15, en yüksek 95 ($\bar{x}=52.17 \pm 30.367$), Depresyon alt boyutu toplam puanından en düşük 9, en yüksek 24 ($\bar{x}=17.33 \pm 6.713$), Anksiyete alt boyutu toplam puanından en düşük 2, en yüksek 34 ($\bar{x}=15.67 \pm 11.759$), Somatizasyon alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 9 ($\bar{x}=4.00 \pm 3.795$), Olumsuz Benlik alt boyutu toplam puanından en düşük 1, en yüksek 16 ($\bar{x}=8.50 \pm 5.958$), Hostilite alt boyutu toplam puanından en düşük 1, en yüksek 7 ($\bar{x}=4.17 \pm 2.229$) ve Ek Maddeler alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 6 ($\bar{x}=2.50 \pm 2.168$) alınmıştır. Son test çalışmasında ise Kısa Semptom Envanteri toplam puanından en düşük 7, en yüksek 76 ($\bar{x}=31.83 \pm 24.161$), Depresyon alt boyutu toplam puanından en düşük 3, en yüksek 25 ($\bar{x}=9.50 \pm 8.597$), Anksiyete alt boyutu toplam puanından en düşük 3, en yüksek 21 ($\bar{x}=11.00 \pm 6.229$), Somatizasyon alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 6 ($\bar{x}=1.67 \pm 2.422$), Olumsuz Benlik alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 14 ($\bar{x}=5.33 \pm 5.046$), Hostilite alt boyutu toplam puanından en düşük 1, en yüksek 7 ($\bar{x}=3.33 \pm 2.251$) ve Ek Maddeler alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 6 ($\bar{x}=1.00 \pm 1.265$) alınmıştır (Bkz. Tablo 4.22).

Tablo 4.22: Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Ön Test	Kısa Semptom Envanteri Toplam	6	52.17	30.367	15	95
	Depresyon	6	17.33	6.713	9	24
	Anksiyete	6	15.67	11.759	2	34
	Somatizasyon	6	4.00	3.795	0	9
	Olumsuz Benlik	6	8.50	5.958	1	16
	Hostilite	6	4.17	2.229	1	7
	Ek Maddeler	6	2.50	2.168	0	6
	Kısa Semptom Envanteri Toplam	6	31.83	24.161	7	76
	Depresyon	6	9.50	8.597	3	25
	Anksiyete	6	11.00	6.229	3	21
Son Test	Somatizasyon	6	1.67	2.422	0	6
	Olumsuz Benlik	6	5.33	5.046	0	14
	Hostilite	6	3.33	2.251	1	7
	Ek Maddeler	6	1.00	1.265	0	3
	Kısa Semptom Envanteri Toplam	6	1.00	1.265	0	3

4.24. Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre Kısa Semptom Envanteri toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.782$; $p>0.05$), Anksiyete alt boyutu toplam puanının

ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-0.736$; $p>0.05$), Somatizasyon alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.841$; $p>0.05$), Olumsuz Benlik alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.841$; $p>0.05$), Hostilite alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-0.730$; $p>0.05$) ve Ek Maddeler alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.633$; $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamı bir farklılık yoktur. Buna karşın Depresyon alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamı bir farklılık vardır ($Z=-2.014$; $p<0.05$). Buna göre Depresyon alt boyutu toplam puanının ön test sıra ortalaması, son test sıra ortalamasından daha yüksektir (Bkz. Tablo 4.23).

Tablo 4.23: Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

		n	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	Z	p
Sontest-Kısa Semptom Envanteri Toplam	Negatif Sıralar	5	3.80	19.00	-1.782	0.075
	Pozitif Sıralar	1	2.00	2.00		
Öntest-Kısa Semptom Envanteri Toplam	Eşitlik	0				
	Toplam	6				
Sontest-Depresyon Öntest-Depresyon	Negatif Sıralar	5	4.00	20.00	-2.014	0.044
	Pozitif Sıralar	1	1.00	1.00		
	Eşitlik	0				
	Toplam	6				
Sontest-Anksiyete Öntest-Anksiyete	Negatif Sıralar	4	3.50	14.00	-0.736	0.462
	Pozitif Sıralar	2	3.50	7.00		
	Eşitlik	0				
	Toplam	6				
Sontest-Somatizasyon Öntest Somatizasyon	Negatif Sıralar	4	2.50	10.00	-1.841	0.066
	Pozitif Sıralar	0	0.00	0.00		
	Eşitlik	2				
	Toplam	6				
Sontest-Olumsuz Benlik Öntest-Olumsuz Benlik	Negatif Sıralar	4	2.50	10.00	-1.841	0.066
	Pozitif Sıralar	0	0.00	0.00		
	Eşitlik	2				
	Toplam	6				
Sontest-Hostilite Öntest-Hostilite	Negatif Sıralar	2	3.50	7.00	-0.730	0.405
	Pozitif Sıralar	2	1.50	3.00		
	Eşitlik	2				
	Toplam	6				
Sontest-Ek Maddeler Öntest-Ek Maddeler	Negatif Sıralar	4	3.38	13.50	-1.633	0.102
	Pozitif Sıralar	1	1.50	1.50		
	Eşitlik	1				
	Toplam	6				

4.25. Kontrol Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Kontrol grubunun Kısa Semptom Envanteri ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistik sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre ön test çalışmasında, Kısa Semptom Envanteri toplam puanından en düşük 16, en yüksek 47 ($\bar{x}=32.50 \pm 14.950$), Depresyon alt boyutu toplam puanından en düşük 7, en yüksek 14 ($\bar{x}=9.33 \pm 3.266$), Anksiyete alt boyutu toplam puanından en düşük 5, en yüksek 16 ($\bar{x}=10.00 \pm 4.561$), Somatizasyon alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 9 ($\bar{x}=2.50 \pm 3.391$), Olumsuz Benlik alt boyutu toplam puanından en düşük 2, en yüksek 10 ($\bar{x}=5.83 \pm 2.994$), Hostilite alt boyutu toplam puanından en düşük 1, en yüksek 6 ($\bar{x}=3.50 \pm 2.268$) ve Ek Maddeler alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 3 ($\bar{x}=1.33 \pm 1.033$) alınmıştır. Son test çalışmasında ise Kısa Semptom Envanteri toplam puanından en düşük 26, en yüksek 59 ($\bar{x}=44.33 \pm 15.616$), Depresyon alt boyutu toplam puanından en düşük 7, en yüksek 19 ($\bar{x}=12.33 \pm 5.203$), Anksiyete alt boyutu toplam puanından en düşük 7, en yüksek 19 ($\bar{x}=13.17 \pm 4.262$), Somatizasyon alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 9 ($\bar{x}=4.17 \pm 3.189$), Olumsuz Benlik alt boyutu toplam puanından en düşük 3, en yüksek 11 ($\bar{x}=7.33 \pm 2.875$), Hostilite alt boyutu toplam puanından en düşük 1, en yüksek 9 ($\bar{x}=4.83 \pm 2.858$) ve Ek Maddeler alt boyutu toplam puanından en düşük 1, en yüksek 4 ($\bar{x}=2.50 \pm 1.049$) alınmıştır (Bkz. Tablo 4.24).

Tablo 4.24: Kontrol Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Ön Test	Kısa Semptom Envanteri Toplam	6	32.50	14.950	16	47
	Depresyon	6	9.33	3.266	7	14
	Anksiyete	6	10.00	4.561	5	16
	Somatizasyon	6	2.50	3.391	0	9
	Olumsuz Benlik	6	5.83	2.994	2	10
	Hostilite	6	3.50	2.168	1	6
	Ek Maddeler	6	1.33	1.033	0	3
Son Test	Kısa Semptom Envanteri Toplam	6	44.33	15.616	26	59
	Depresyon	6	12.33	5.203	7	19
	Anksiyete	6	13.17	4.262	7	19
	Somatizasyon	6	4.17	3.189	0	9
	Olumsuz Benlik	6	7.33	2.875	3	11
	Hostilite	6	4.83	2.858	1	9
	Ek Maddeler	6	2.50	1.049	1	4

4.26. Kontrol Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Kontrol grubunun Kısa Semptom Envanteri ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre Kısa Semptom Envanteri toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.472$; $p>0.05$), Depresyon alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-0.962$; $p>0.05$), Anksiyete alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.897$; $p>0.05$), Somatizasyon alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.633$; $p>0.05$), Olumsuz Benlik alt boyutu toplam

puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-0.843$; $p>0.05$), Hostilite alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.242$; $p>0.05$) ve Ek Maddeler alt boyutu toplam puanının ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.890$; $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamı bir farklılık yoktur (Bkz. Tablo 4.25).



Tablo 4.25: Kontrol Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

		n	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	Z	p
Sontest-Kısa Semptom Envanteri Toplam	Negatif Sıralar	1	3.50	3.50	-1.472	0.141
	Pozitif Sıralar	5	3.50	17.50		
Öntest-Kısa Semptom Envanteri Toplam	Eşitlik	0				
	Toplam	6				
Sontest-Depresyon	Negatif Sıralar	1	4.00	4.00	-0.962	0.336
	Pozitif Sıralar	4	2.75	11.00		
Öntest-Depresyon	Eşitlik	1				
	Toplam	6				
Sontest-Anksiyete	Negatif Sıralar	1	1.50	1.50	-1.897	0.058
	Pozitif Sıralar	5	3.90	19.50		
Öntest-Anksiyete	Eşitlik	0				
	Toplam	6				
Sontest-Somatizasyon	Negatif Sıralar	0	0.00	0.00	-1.633	0.102
	Pozitif Sıralar	3	2.00	6.00		
Öntest-Somatizasyon	Eşitlik	3				
	Toplam	6				
Sontest-Olumsuz Benlik	Negatif Sıralar	3	2.17	6.50	-0.843	0.399
	Pozitif Sıralar	3	4.83	14.50		
Öntest-Olumsuz Benlik	Eşitlik	0				
	Toplam	6				
Sontest-Hostilite	Negatif Sıralar	2	1.50	3.00	-1.242	0.214
	Pozitif Sıralar	3	4.00	12.00		
Öntest-Hostilite	Eşitlik	1				
	Toplam	6				
SonTest-Ek Maddeler	Negatif Sıralar	0	0.00	0.00	-1.890	0.059
	Pozitif Sıralar	4	2.50	10.00		
Öntest-Ek Maddeler	Eşitlik	2				
	Toplam	6				

4.27. Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve alt boyutlarının son test ve izlem puanlarının betimleyici istatistik sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre son test çalışmasında, Kısa Semptom Envanteri toplam puanından en düşük 7, en yüksek 76 ($\bar{x}=31.83 \pm 24.161$), Depresyon alt boyutu toplam puanından en düşük 3, en yüksek 25 ($\bar{x}=9.50 \pm 8.597$), Anksiyete alt boyutu toplam puanından en düşük 3, en yüksek 21 ($\bar{x}=11.00 \pm 6.229$), Somatizasyon alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 6 ($\bar{x}=1.67 \pm 2.422$), Olumsuz Benlik alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 14 ($\bar{x}=5.33 \pm 5.046$), Hostilite alt boyutu toplam puanından en düşük 1, en yüksek 7 ($\bar{x}=3.33 \pm 2.251$) alınmıştır. İzlem çalışmasında ise Kısa Semptom Envanteri toplam puanından en düşük 12, en yüksek 93 ($\bar{x}=39.83 \pm 29.485$), Depresyon alt boyutu toplam puanından en düşük 5, en yüksek 32 ($\bar{x}=14.17 \pm 10.147$), Anksiyete alt boyutu toplam puanından en düşük 3, en yüksek 25 ($\bar{x}=12.00 \pm 7.694$), Somatizasyon alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 7 ($\bar{x}=2.00 \pm 2.683$), Olumsuz Benlik alt boyutu toplam puanından en düşük 0, en yüksek 18 ($\bar{x}=6.17 \pm 6.432$), Hostilite alt boyutu toplam puanından en düşük 1, en yüksek 7 ($\bar{x}=3.17 \pm 2.137$) alınmıştır (Bkz. Tablo 4.26).

Tablo 4.26: Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Son Test	Kısa Semptom Envanteri Toplam	6	31.83	24.161	7	76
	Depresyon	6	9.50	8.597	3	25
	Anksiyete	6	11.00	6.229	3	21
	Somatizasyon	6	1.67	2.422	0	6
	Olumsuz Benlik	6	5.33	5.046	0	14
	Hostilite	6	3.33	2.251	1	7
	Kısa Semptom Envanteri Toplam	6	39.83	29.485	12	93
İzlem	Depresyon	6	14.17	10.147	5	32
	Anksiyete	6	12.00	7.694	3	25
	Somatizasyon	6	2.00	2.683	0	7
	Olumsuz Benlik	6	6.17	6.432	0	18
	Hostilite	6	31.83	24.161	7	76
	Ek Maddeler	6	9.50	8.597	3	25
	Kısa Semptom Envanteri Toplam	6	39.83	29.485	12	93

4.28. Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve alt boyutlarının son test ve izlem sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma sonuçları incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre Kısa Semptom Envanteri toplam puanının son test ve izlem sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.625$; $p>0.05$), Anksiyete alt boyutu toplam puanının son test ve izlem sıra ortalamaları arasında ($Z=-0.846$; $p>0.05$), Somatizasyon alt boyutu toplam puanının son test ve izlem sıra ortalamaları arasında ($Z=-0.557$; $p>0.05$), Olumsuz Benlik alt boyutu toplam puanının son test ve izlem sıra ortalamaları arasında ($Z=-0.962$; $p>0.05$) ve Hostilite alt boyutu toplam puanının son test ve izlem sıra ortalamaları arasında ($Z=-0.184$; $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Buna karşın Depresyon alt boyutu toplam puanının son test ve izlem sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık vardır ($Z=-2.032$; $p<0.05$). Buna göre Depresyon alt boyutu toplam puanının izlem sıra ortalaması, son test sıra ortalamasından daha yüksektir (Bkz. Tablo 4.27).

Tablo 4.27: Deney Grubunun Kısa Semptom Envanteri ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

		n	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	Z	p
İzlem-Kısa Semptom Envanteri Toplam Sontest -Kısa Semptom Envanteri Toplam	Negatif Sıralar	1	1.50	1	-1.625	.104
	Pozitif Sıralar	4	3.38	4		
	Eşitlik	1		1		
	Toplam	6		6		
İzlem-Depresyon Sontest -Depresyon	Negatif Sıralar	0	.00	0	-2.032	.042
	Pozitif Sıralar	5	3.00	5		
	Eşitlik	1		1		
	Toplam	6		6		
İzlem-Anksiyete Sontest -Anksiyete	Negatif Sıralar	3	2.17	3	-.846	.398
	Pozitif Sıralar	3	4.83	3		
	Eşitlik	0		0		
	Toplam	6		6		
İzlem-Somatizasyon Sontest Somatizasyon	Negatif Sıralar	1	3.50	1	-.557	.577
	Pozitif Sıralar	3	2.17	3		
	Eşitlik	2		2		
	Toplam	6		6		
İzlem-Olumsuz Benlik Sontest -Olumsuz Benlik	Negatif Sıralar	2	2.00	2	-.962	0.066
	Pozitif Sıralar	3	3.67	3		
	Eşitlik	1		1		
	Toplam	6		6		
İzlem-Hostilite Sontest -Hostilite	Negatif Sıralar	2	2.75	2	-.184	.854
	Pozitif Sıralar	2	2.25	2		
	Eşitlik	2		2		
	Toplam	6		6		

4.29. Deney Ve Kontrol Gruplarının Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Ön Test Puanlarının Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırma Sonuçları

Deney ve kontrol gruplarının Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutlarının ön test puanları açısından farklılıkları Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre deney ve kontrol gruplarının Toronto Aleksitimi Ölçeği ön test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.935$; $p>0.05$), Duygularını Tanımada Güçlük alt boyutu ön test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.922$; $p>0.05$), Duygularını Söze Dökmede Güçlük alt boyutu ön test sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.851$; $p>0.05$) ve Dışa Dönük Düşünme alt boyutu ön test sıra ortalamaları arasında ($Z=-0.323$; $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Bkz. Tablo 4.28).

Tablo 4.28: Deney ve Kontrol Gruplarının Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam ve alt boyutlarının Ön test Puanlarının Mann Whitney U testi ile Karşılaştırma Sonuçları

Ön test	Deney-Kontrol Grubu	n	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam	Deney	6	8.50	51.00	6.000		
	Kontrol	6	4.50	27.00		-1.935	0.053
	Toplam	12					
Duygularını Tanımada Güçlük	Deney	6	8.42	50.50	6.500		
	Kontrol	6	4.58	27.50		-1.851	0.064
	Toplam	12					
Duygularını Söze Dökmede Güçlük	Deney	6	8.50	51.00	6.000		
	Kontrol	6	4.50	27.00		-1.922	0.555
	Toplam	12					
Dışa Dönük Düşünme	Deney	6	6.17	37.00	16.000		
	Kontrol	6	6.83	41.00		-0.323	0.747
	Toplam	12					

4.30. Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistik sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre ön test çalışmasında, Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanından en düşük 41, en yüksek 67 ($\bar{x}=55.33 \pm 9.048$), Duygularını Tanımada Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 13, en yüksek 27 ($\bar{x}=18.50 \pm 5.891$), Duygularını Söze Dökmede Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 12, en yüksek 21 ($\bar{x}=15.83 \pm 3.312$) ve Dışa Dönük Düşünme alt boyutu toplam puanından en düşük 16, en yüksek 27 ($\bar{x}=21.00 \pm 3.950$) puan alınmıştır. Son test çalışmasında, Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanından en düşük 32, en yüksek 60 ($\bar{x}=47.50 \pm 10.114$), Duygularını Tanımada Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 9, en yüksek 23 ($\bar{x}=15.17 \pm 5.529$), Duygularını Söze Dökmede Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 10, en yüksek 15 ($\bar{x}=12.17 \pm 1.941$) ve Dışa Dönük Düşünme alt boyutu toplam puanından en düşük 13, en yüksek 24 ($\bar{x}=20.17 \pm 4.446$) puan alınmıştır (Bkz. Tablo 4.29).

Tablo 4.29: Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Ön Test	Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam	6	55.33	9.048	41	67
	Duygularını Tanımada Güçlük	6	18.50	5.891	13	27
	Duygularını Söze Dökmede Güçlük	6	15.83	3.312	12	21
	Dışa Dönük Düşünme	6	21.00	3.950	16	27
Son Test	Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam	6	47.50	10.114	32	60
	Duygularını Tanımada Güçlük	6	15.17	5.529	9	23
	Duygularını Söze Dökmede Güçlük	6	12.17	1.941	10	15
	Dışa Dönük Düşünme	6	20.17	4.446	13	24

4.31. Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Deney grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanının ön test sıra ortalaması ile son test sıra ortalaması arasında ($Z=-2.214$; $p<0.05$), Duygularını Tanımada Güçlük alt boyutu toplam puanının ön test sıra ortalaması ile son test sıra ortalaması arasında ($Z=-2.214$; $p<0.05$) ve Duygularını Söze Dökmede Güçlük alt boyutu toplam puanının ön test sıra ortalaması ile son test sıra ortalaması arasında ($Z=-2.226$; $p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanının, Duygularını Tanımada Güçlük alt boyutu toplam puanının ve Duygularını Söze Dökmede Güçlük alt boyutu toplam puanının ön test sıra ortalaması, son test sıra ortalamasından daha yüksektir. Ancak Dışa Dönük Düşünme toplam puanının ön test sıra ortalaması ile son test sıra ortalaması arasında ($Z=-0.813$; $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Bkz. Tablo 4.30).

Tablo 4.30: Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma Sonuçları

			n	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	Z	p
Sontest-Toronto Toplam	Aleksitimi Ölçeği	Negatif Sıralar	6	3.50	21.00	-2.214	0.027
		Pozitif Sıralar	0	0.00	0.00		
		Eşitlik	0				
		Toplam	6				
Öntest-Toronto Toplam	Aleksitimi Ölçeği	Negatif Sıralar	6	3.50	21.00	-2.214	0.027
		Pozitif Sıralar	0	0.00	0.00		
		Eşitlik	0				
		Toplam	6				
Sontest-Duygularını Güçlük	Tanımadaki Duygularını Tanımada Güçlük	Negatif Sıralar	6	3.50	21.00	-2.214	0.027
		Pozitif Sıralar	0	0.00	0.00		
		Eşitlik	0				
		Toplam	6				
Sontest-Duygularını Güçlük	Söze Dökmede	Negatif Sıralar	6	3.50	21.00	-2.226	0.026
		Pozitif Sıralar	0	0.00	0.00		
		Eşitlik	0				
		Toplam	6				
Sontest-Dışa Dönük Düşünme	Öntest-Dışa Dönük Düşünme	Negatif Sıralar	3	3.50	10.50	-0.813	0.416
		Pozitif Sıralar	2	2.25	4.50		
		Eşitlik	1				
		Toplam	6				

4.32. Kontrol Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistik sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre ön test çalışmasında, Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanından en düşük 38, en

yüksek 54 ($\bar{x}=44.83 \pm 6.494$), Duygularını Tanımada Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 9, en yüksek 18 ($\bar{x}=12.33 \pm 3.670$), Duygularını Söze Dökmede Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 8, en yüksek 17 ($\bar{x}=11.50 \pm 3.391$) ve Dışa Dönük Düşünme alt boyutu toplam puanından en düşük 17, en yüksek 25 ($\bar{x}=21.00 \pm 2.608$) puan alınmıştır. Son test çalışmasında, Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanından en düşük 36, en yüksek 58 ($\bar{x}=47.50 \pm 8.191$), Duygularını Tanımada Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 11, en yüksek 22 ($\bar{x}=15.67 \pm 4.179$), Duygularını Söze Dökmede Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 6, en yüksek 20 ($\bar{x}=12.83 \pm 4.491$) ve Dışa Dönük Düşünme alt boyutu toplam puanından en düşük 17, en yüksek 23 ($\bar{x}=19.00 \pm 2.098$) puan alınmıştır (Bkz. Tablo 4.31).

Tablo 4.31: Kontrol Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Ön Test	Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam	6	44.83	6.494	38	54
	Duygularını Tanımada Güçlük	6	12.33	3.670	9	18
	Duygularını Söze Dökmede Güçlük	6	11.50	3.391	8	17
	Dışa Dönük Düşünme	6	21.00	2.608	17	25
Son Test	Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam	6	47.50	8.191	36	58
	Duygularını Tanımada Güçlük	6	15.67	4.179	11	22
	Duygularını Söze Dökmede Güçlük	6	12.83	4.491	6	20
	Dışa Dönük Düşünme	6	19.00	2.098	17	23

4.33. Kontrol Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanının ön test sıra ortalaması ile son test

sıra ortalaması arasında ($Z=-0.530$; $p>0.05$), Duygularını Tanımada Güçlük alt boyutu toplam puanının ön test sıra ortalaması ile son test sıra ortalaması arasında ($Z=-1.483$; $p>0.05$) ve Duygularını Söze Dökmeye Güçlük alt boyutu toplam puanının ön test sıra ortalaması ile son test sıra ortalaması arasında ($Z=-1.084$; $p>0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Ancak Dışa Dönük Düşünme toplam puanının ön test sıra ortalaması ile son test sıra ortalaması arasında ($Z=-2.070$; $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Buna göre Dışa Dönük Düşünme alt boyutu toplam puanının ön test sıra ortalaması, son test sıra ortalamasından daha yüksektir (Bkz. Tablo 4.32).

Tablo 4.32: Kontrol Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırma Sonuçları

			n	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	Z	p
Sontest-Toronto Toplam	Aleksitimi Ölçeği	Negatif Sıralar	3	2.67	8.00	-0.530	0.596
		Pozitif Sıralar	3	4.33	13.00		
		Eşitlik	0				
		Toplam	6				
Sontest-Duygularını Tanımada Güçlük	Aleksitimi Ölçeği	Negatif Sıralar	1	2.00	2.00	-1.483	0.138
		Pozitif Sıralar	4	3.25	13.00		
		Eşitlik	1				
		Toplam	6				
Sontest-Duygularını Söze Dökmeye Güçlük	Söze Dökmeye Güçlük	Negatif Sıralar	1	3.50	3.50	-1.084	0.279
		Pozitif Sıralar	4	2.88	11.50		
		Eşitlik	1				
		Toplam	6				
Sontest-Dışa Dönük Düşünme	Dışa Dönük Düşünme	Negatif Sıralar	5	3.00	15.00	-2.070	0.038
		Pozitif Sıralar	0	0.00	0.00		
		Eşitlik	1				
		Toplam	6				

4.34. Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutlarının son test ve izlem puanlarının betimleyici istatistik sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre son test çalışmasında, Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanından en düşük 32, en yüksek 60 ($\bar{x}=47.50 \pm 10.114$), Duygularını Tanımada Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 9, en yüksek 23 ($\bar{x}=15.17 \pm 5.529$), Duygularını Söze Dökmede Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 10, en yüksek 15 ($\bar{x}=12.17 \pm 1.941$) ve Dışa Dönük Düşünme alt boyutu toplam puanından en düşük 13, en yüksek 24 ($\bar{x}=20.17 \pm 4.446$) puan alınmıştır. İzlem çalışmasında, Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanından en düşük 43, en yüksek 70 ($\bar{x}=52.00 \pm 10.139$), Duygularını Tanımada Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 9, en yüksek 28 ($\bar{x}=17.33 \pm 6.501$), Duygularını Söze Dökmede Güçlük alt boyutu toplam puanından en düşük 11, en yüksek 17 ($\bar{x}=13.83 \pm 2.714$) ve Dışa Dönük Düşünme alt boyutu toplam puanından en düşük 16, en yüksek 25 ($\bar{x}=20.83 \pm 3.430$) puan alınmıştır (Bkz. Tablo 4.33).

Tablo 4.33: Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Son Test	Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam	6	47.50	10.114	32	60
	Duygularını Tanımada Güçlük	6	15.17	5.529	9	23
	Duygularını Söze Dökmede Güçlük	6	12.17	1.941	10	15
	Dışa Dönük Düşünme	6	20.17	4.446	13	24
İzlem	Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam	6	52.00	10.139	43	70
	Duygularını Tanımada Güçlük	6	17.33	6.501	9	28
	Duygularını Söze Dökmede Güçlük	6	13.83	2.714	11	17
	Dışa Dönük Düşünme	6	20.83	3.430	16	25

4.35. Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Deney grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt boyutlarının ön test ve son test sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Duygularını Söze Dökmede Güçlük alt boyutu toplam puanının son test sıra ortalaması ile izlem sıra ortalaması arasında ($Z=-2.264$; $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre Duygularını Söze Dökmede Güçlük alt boyutu toplam puanının izlem sıra ortalaması, son test sıra ortalamasından daha yüksektir. Ancak Toronto Aleksitimi Ölçeği toplam puanının son test ve izlem sıra ortalaması arasında ($Z=-1.625$; $p>0.05$), Duygularını Tanımada Güçlük alt boyutu toplam puanının son test ve izlem sıra ortalaması arasında ($Z=-1.355$; $p>0.05$) ve Dışa Dönük Düşünme toplam son test ve izlem sıra ortalaması arasında ($Z=-0.850$; $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Bkz. Tablo 4.34).

Tablo 4.34: Deney Grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

		n	Sıra Ort.	Z	p
İzlem-Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam Sontest -Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplam	Negatif Sıralar	1	1.50	-1.625	.104
	Pozitif Sıralar	4	3.38		
	Eşitlik	1			
	Toplam	6			
İzlem -Duygularını Tanımada Güçlük Sontest -Duygularını Tanımada Güçlük	Negatif Sıralar	1	2.50	-1.355	.176
	Pozitif Sıralar	4	3.13		
	Eşitlik	1			
	Toplam	6			
İzlem -Duygularını Söze Dökmede Güçlük Sontest -Duygularını Söze Dökmede Güçlük	Negatif Sıralar	0	.00	-2.264	.024
	Pozitif Sıralar	6	3.50		
	Eşitlik	0			
	Toplam	6			
İzlem -Dışa Dönük Düşünme Sontest -Dışa Dönük Düşünme	Negatif Sıralar	2	3.25	-.850	.395
	Pozitif Sıralar	4	3.63		
	Eşitlik	0			
	Toplam	6			

4.36. Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam Ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistikleri hesaplanmıştır. Analiz sonuçlarına göre ön test çalışmasında, Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği toplam puanından en düşük 67, en yüksek 81 ($\bar{x}=73.83 \pm 5.115$), Çocuğu Kabulü İletme alt boyutu toplam puanından en düşük 20, en yüksek 27 ($\bar{x}=24.33 \pm 2.503$), Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama alt boyutu toplam puanından en düşük 23, en yüksek 27 ($\bar{x}=24.67 \pm 1.633$) ve Oyuna Katılım alt boyutu

toplam puanından en düşük 23, en yüksek 27 ($\bar{x}=24.83 \pm 1.472$) alınmıştır. Son test çalışmasında ise Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği toplam puanından en düşük 29, en yüksek 40 ($\bar{x}=33.00 \pm 4.195$), Çocuğu Kabulü İletme alt boyutu toplam puanından en düşük 10, en yüksek 13 ($\bar{x}=11.00 \pm 1.265$), Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama alt boyutu toplam puanından en düşük 10, en yüksek 14 ($\bar{x}=11.33 \pm 1.506$) ve Oyuna Katılım alt boyutu toplam puanından en düşük 9, en yüksek 13 ($\bar{x}=10.67 \pm 1.506$) alınmıştır (Bkz. Tablo 4.35).

Tablo 4.35: Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının betimleyici istatistik sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Ön Test	Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam	6	73.83	5.115	67	81
	Çocuğu Kabulü İletme	6	24.33	2.503	20	27
	Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama	6	24.67	1.633	23	27
	Oyuna Katılım	6	24.83	1.472	23	27
Son Test	Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam	6	33.00	4.195	29	40
	Çocuğu Kabulü İletme	6	11.00	1.265	10	13
	Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama	6	11.33	1.506	10	14
	Oyuna Katılım	6	10.7	1.506	9	13

4.37. Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test, Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının ön test, ve son test sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-2.201$; $p<0.05$), Çocuğu Kabulü İletme alt boyutu ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-2.214$; $p<0.05$), Çocuğun Kendini

Yönlendirmesine Olanak Sağlama alt boyutu ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-2.264$; $p<0.05$) ve Oyuna Katılım alt boyutu ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=-2.264$; $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği, Çocuğu Kabulü İletme alt boyutu, Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama alt boyutu ve Oyuna Katılım alt boyutunun ön test sıra ortalamaları son test sıra ortalamalarından daha yüksektir (Bkz. Tablo 4.36).

Tablo 4.36: Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test, Son Test Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

		N	Sıra Ort.	Z	p
Sontest-Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam	Negatif Sıralar	6	3.50	-2.201	.028
	Pozitif Sıralar	0	.00		
	Eşitlik	0			
	Toplam	6			
Sontest-Çocuğu Kabulü İletme	Negatif Sıralar	6	3.50	-2.214	.027
	Pozitif Sıralar	0	.00		
	Eşitlik	0			
	Toplam	6			
Sontest-Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama	Negatif Sıralar	6	3.50	-2.264	0.024
	Pozitif Sıralar	0	.00		
	Eşitlik	0			
	Toplam	6			
Sontest-Oyuna Katılım	Negatif Sıralar	6	3.50	-2.264	0.024
	Pozitif Sıralar	0	.00		
	Eşitlik	0			
	Toplam	6			

4.38. Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam ve alt boyutlarının son test ve izlem puanlarının betimleyici istatistikleri hesaplanmıştır. Analiz sonuçlarına göre son test çalışmasında, Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği toplam puanından en düşük 29, en yüksek 40 ($\bar{x}=33.00 \pm 4.195$), Çocuğu Kabulü İletme alt boyutu toplam puanından en düşük 10, en yüksek 13 ($\bar{x}=11.00 \pm 1.265$), Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama alt boyutu toplam puanından en düşük 10, en yüksek 14 ($\bar{x}=11.33 \pm 1.506$) ve Oyuna Katılım alt boyutu toplam puanından en düşük 9, en yüksek 13 ($\bar{x}=10.67 \pm 1.506$) alınmıştır. İzlem çalışmasında ise Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği toplam puanından en düşük 29, en yüksek 43 ($\bar{x}=34.00 \pm 5.215$), Çocuğu Kabulü İletme alt boyutu toplam puanından en düşük 10, en yüksek 15 ($\bar{x}=11.50 \pm 1.975$), Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama alt boyutu toplam puanından en düşük 10, en yüksek 15 ($\bar{x}=11.50 \pm 1.871$) ve Oyuna Katılım alt boyutu toplam puanından en düşük 9, en yüksek 13 ($\bar{x}=11.00 \pm 1.673$) alınmıştır (Bkz. Tablo 4.37).

Tablo 4.37: Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Puanlarının Betimleyici İstatistik Sonuçları

Test	Puan	n	$\bar{x}$	S	Min.	Maks.
Son Test	Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam	6	33.00	4.195	29	40
	Çocuğu Kabulü İletme	6	11.00	1.265	10	13
	Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama	6	11.33	1.506	10	14
	Oyuna Katılım	6	10.67	1.506	9	13
İzlem	Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam	6	34.00	5.215	29	43
	Çocuğu Kabulü İletme	6	11.50	1.975	10	15
	Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama	6	11.50	1.871	10	15
	Oyuna Katılım	6	11.00	1.673	9	13

4.39. Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve alt boyutlarının son test ve izlem sıra ortalamaları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği son test ve izlem sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.890$; $p>0.05$), Çocuğu Kabulü İletme alt boyutu son test ve izlem sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.342$; $p>0.05$), Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama alt boyutu son test ve izlem sıra ortalamaları arasında ($Z=-1.000$; $p>0.05$) ve Oyuna Katılım alt boyutu ön test ve son test sıra ortalamaları arasında ($Z=1.414$; $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Bkz. Tablo 4.38).

Tablo 4.38: Deney Grubunun Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği ve Alt Boyutlarının Son Test ve İzlem Sıra Ortalamalarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Karşılaştırma Sonuçları

		n	Sıra Ort.	Z	p
İzlem-Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam	Negatif Sıralar	0	.00	-1.890	.059
	Pozitif Sıralar	4	2.50		
	Eşitlik	2			
	Toplam	6			
Sontest--Yetişkin Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği Toplam	Negatif Sıralar	0	.00	-1.342	.180
	Pozitif Sıralar	2	1.50		
	Eşitlik	4			
	Toplam	6			
İzlem -Çocuğu Kabulü İletme	Negatif Sıralar	0	.00	-1.000	.317
	Pozitif Sıralar	1	1.00		
	Eşitlik	5			
	Toplam	6			
Sontest--Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama	Negatif Sıralar	0	.00	-1.414	.157
	Pozitif Sıralar	2	1.50		
	Eşitlik	4			
	Toplam	6			
İzlem -Oyuna Katılım	Negatif Sıralar	0	.00	-1.414	.157
	Pozitif Sıralar	2	1.50		
	Eşitlik	4			
	Toplam	6			
Sontest--Oyuna Katılım	Negatif Sıralar	0	.00	-1.414	.157
	Pozitif Sıralar	2	1.50		
	Eşitlik	4			
	Toplam	6			

Son olarak deney grubuna dair elde edilen bulgular anlamlı değişiklik görülen değişkenler açısından özetlenmiştir (Bkz. Tablo 4.39).

Tablo 4.39: Deney Grubundan Elde Edilen Bulguların Anlamlı Değişiklik Tablosu

		<i>Anlamlı Pozitif Değişiklik</i>		<i>Anlamlı Negatif Değişiklik</i>		<i>Anlamlı Değişiklik Yok</i>	
		<i>Öntest-Sontest</i>	<i>Sontest-İzlem</i>	<i>Öntest-Sontest</i>	<i>Sontest-İzlem</i>	<i>Öntest-Sontest</i>	<i>Sontest-İzlem</i>
FİJİAL PROBLEM KONTROL LİSTESİ	Toplam	*					*
	Problemlili Davranışlar					*	*
	Duygu Kontrol Güçlüğü	*					*
	K.G.O.D**					*	*
	Problemlili Sosyal Davranışlar	*					*
PORTER EBEVEYN KABUL ÖLÇEĞİ	Toplam	*			*		
	Karşılıksız Sevgi	*			*		
	Çocuğun Duygularına Saygı Duymak					*	*
	Ç.B.O.T.E****	*					*
	Ç.O.İ.F.O.****					*	*
ÇOCUK ANABABA İLİŞKİ ÖLÇEĞİ	Toplam					*	*
	Çatışma			*			*
	Olumlu İlişki	*					*

Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular/ *Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek/ ****Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak

Tablo 4.39: Deney Grubundan Elde Edilen Bulguların Anlamlı Değişiklik Tablosu (Devamı)

		<i>Anlamlı Pozitif Değişiklik</i>		<i>Anlamlı Negatif Değişiklik</i>		<i>Anlamlı Değişiklik Yok</i>	
		<i>Öntest-Sontest</i>	<i>Sontest-İzlem</i>	<i>Öntest-Sontest</i>	<i>Sontest-İzlem</i>	<i>Öntest-Sontest</i>	<i>Sontest-İzlem</i>
KISA SEMPTOM ENVANTERİ	Toplam					*	*
	Depresyon	*		*			
	Anksiyete					*	*
	Olumsuz Benlik					*	*
	Somatizasyon					*	*
	Hostilite					*	*
TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ	Toplam	*					*
	Duygularını Tanımada Güçlük	*					*
	Duygularını Söze Dökmeye Güçlük	*			*		
	Dışa Dönük Düşünme					*	*
YETİŞKİN ÇOCUK ETKİLEŞİMİ EMPATİ ÖLÇEĞİ	Toplam	*					*
	Çocuğu Kabulü İletme	*					*
	Çocuğun Kendini Yönlendirmesi ne Olanak Sağlama	*					*
	Oyuna Katılım	*					*

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA ve DEĞERLENDİRME

Bu bölümde öncelikle mevcut çalışmanın bulguların özeti ve literatürdeki diğer çalışmalarla ilişkisine değinilecektir. Çalışmanın kısıtlılıkları ve gelecekte yapılacak ilgili çalışmalar için önerilere yer verilerek bölüm sonlandırılacaktır.

Araştırmada yer alan hipotezlerden biri olan Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi'nin (Filial Terapi) çocuklardaki var olan ve ebeveynin algıladığı psikolojik belirtiler üzerindeki etkisinin incelenmesi adına deney ve kontrol gruplarına öntest-sontest-izlem ölçümleri yapılmış ve Filial Problem Kontrol Listesi'nden (FPKL) aldıkları puanlar analiz edilmiştir. Buna göre ölçekten alınan toplam puan ve alt boyutlardan alınan puanlar açısından deney ve kontrol grubunda öntestte anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu nedenle grupların müdahale öncesinde denk olduğu kabul edilebilmektedir. Yapılan müdahale sonucunda deney grubundaki anneler açısından çocuğun algılanan problemlili davranış sayısında anlamlı bir düşüş görülmektedir. Elde edilen bu sonuç ile benzerlik taşıyan alanda yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (Bratton ve Landreth, 1995: 61; Harris, 1995; Ray,1995; Yuen, 1997). Öztekin ve Gülbahçe (2019: 2322)'nin ülkemizde yapmış olduğu çalışmada Ebeveyn Çocuk İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)'nin etkisi ile deney grubundaki annelerin FPKL toplam puanı ve alt boyutların tümü açısından anlamlı farklılık elde etmiş olmasına rağmen; mevcut çalışmada 'Problemlili Sosyal Davranış' ve 'Duygu Kontrol Güçlüğü' alt boyutları öntest-sontest karşılaştırıldığında pozitif yönde anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür. Bununla birlikte 'Kendine Güvensizlik ve Olumsuz Duygular' ve 'Problemlili Davranışlar' alt boyutunda öntest-sontest arasında anlamlı bir farklılığın oluşmadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuç Ebeveyn Çocuk İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)'nin etkili olduğu psikolojik belirtilerin bulunması ile birlikte bazı durumlarda çocukların bireysel terapiye de ihtiyacı olabileceğini düşündürmektedir. Örneklemin küçüklüğü de göz önüne alınarak bu durumun elde edilen sonucu ortaya koyduğu düşünülebilmektedir. Deney grubuna 24 hafta sonunda yapılan izlem çalışmasında sontest-izlem karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılığın oluşmadığı, toplam puan ve alt boyutlar açısından öntest-sontest karşılaştırma sonuçlarının etkisinin sürdüğü görülmüştür. Kontrol grubunda ise öntest-sontest

karşılaştırıldığında süreç sonucunda alt boyutlar açısından anlamlı bir farklılık görülmezken toplam puan açısından süreçte psikolojik belirtilerin anlamlı şekilde arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ülkemizde ve yurt dışında ‘ebeveyn kabulü’ne Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi’nin (Filial Terapi) etkisinin incelenmesi adına Porter Ebeveyn Kabulü Ölçeği(PEKÖ) yaygın olarak kullanılmış ve yapılan analizler sonucunda elde edilen toplam puanlarda ‘ebeveyn kabulü’ne olumlu etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lobaugh, 1991; Bratton ve Landreth, 1995; Ray, 1995; Harris ve Landreth, 1997). Mevcut çalışmada ‘ebeveyn kabulü’ne Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi’nin (Filial Terapi) etkisinin incelenmesi adına Porter Ebeveyn Kabulü Ölçeği(PEKÖ) deney ve kontrol grubuna öntest-sontest ve izlem çalışmasında uygulanmış ve aldıkları puanlar analiz edilmiştir. Öntestte elde edilen bulgulara göre ‘Çocuğun Duygularına Saygı Duymak’ alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık görülmezken, alınan toplam puan ile ‘Karşılıksız Sevgi’, ‘Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek’ ve ‘Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak’ alt boyutları açısından kontrol grubunda elde edilen verilerin anlamlı düzeyde daha yüksek puan ile değerlendirildiği görülmektedir. Bu analiz sonucuna göre müdahale öncesinde kontrol grubunun ‘ebeveyn kabulü’ ve diğer 3 alt boyut açısından daha pozitif değerlere sahip olduğu düşünülebilmektedir. Bu sonuca paralel şekilde kontrol grubunun PEKÖ puanları öntest-sontest karşılaştırılmasında elde edilen bu değerlerin sürdüğü ve anlamlı bir farklılığın oluşmadığı görülmektedir. Deney grubu öntest-sontest sonuçları karşılaştırıldığında ‘ebeveyn kabulü’ne dair toplam puan ve ‘Karşılıksız Sevgi’ ve ‘Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek’ alt boyutlarında müdahale sonrasında anlamlı ve pozitif yönde bir değişiklik gözlenmiştir. Ancak ‘Çocuğun Duygularına Saygı Duymak’ ve ‘Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak’ alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Mevcut çalışma PEKÖ toplam puanı ile tüm alt boyutlar üzerinde (‘Karşılıksız Sevgi’, ‘Çocuğun Duygularına Saygı Duymak’, ‘Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek’, ‘Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak’) Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin etkili olduğunu belirten çalışmalardan farklılık göstermektedir (Lobaugh, 1991; Öztekin ve Gülbahçe, 2019). Özellikle ‘Çocuğun Otonomi İhtiyacının Farkında Olmak’ alt boyutunun mevcut çalışma açısından annenin aleksitimi düzeyi ve özellikle ‘Dışa Dönük Düşünme’ alt boyutu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Müdahale sonrasında aleksitimi düzeyi ve diğer alt boyutlar açısından anlamlı farklılık görülürken ‘Dışa Dönük Düşünme’ alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Dış dünya ile aşırı uyumlanmayı gösteren bu alt boyutun annenin çocuğunun özerkliğine dair ihtiyacını fark etmesine ve kabul etmesine engel olabileceği düşünülmektedir. Sensué (1981)’nin 6 ay ve 3 yıl sonra yaptığı takip çalışmalarında Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin ‘ebeveyn kabulü’ne olumlu etkisinin uzun vadede sürdüğünü belirttiği çalışmasından farklı olarak mevcut çalışmada, deney grubuna yapılan müdahaleden 24 hafta sonra elde edilen izlem çalışması ile sontest karşılaştırıldığında yalnızca ‘Çocuğun Benzersiz Olduğunu Takdir Etmek’ alt boyutu açısından müdahalenin olumlu etkisinin sürdüğü görülmüştür.

Çocuk ebeveyn ilişkisinde Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin etkisini deney ve kontrol grubu üzerinden anlaşılabilmesi adına öntest-sontest-izlem çalışmasında uygulanan Çocuk Anababa İlişki Ölçeği (ÇAIÖ)’nden elde edilen veriler analiz edilmiştir. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin çocuk-ebeveyn ilişkisine dair bilgi veren ÇAIÖ’nden alınan puanları önemli derecede artırdığını belirten çalışmaya (Alavian, vd., 2016: 461) rağmen mevcut çalışmada ‘Olumlu İlişki’ alt boyutunda müdahalenin olumlu etkisi görülürken; toplam puanda anlamlı bir değişiklik olmadığı ve ‘Çatışma’ alt boyutunda olumsuz anlamda bir değişiklik olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmada çocukların ebeveyn tarafından algılanan psikolojik belirtileri ile ilgili bilgi veren ve üst kısımda değerlendirilen Filial Problem Kontrol Listesi’nin alt boyutu ‘Problemlili Davranış’ puanında deney grubu açısından öntest-sontest karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılığın olmadığı açıklanmıştır. Bu alt boyutta Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin etkisinin olmadığı sonucu ile ‘Çatışma’ alt boyutunda olumsuz bir etkinin oluşması arasında bir ilişki olduğu düşünülebilmektedir. Deney grubu açısından elde edilen bu veriler ile izlem çalışması karşılaştırıldığında da anlamlı bir farklılığın görülmediği ve etkinin sürdüğü görülmektedir. Herhangi bir müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunda ÇAIÖ öntest-sontest sonuçları karşılaştırıldığında ise toplam puan ve ‘Çatışma’ alt boyutlarında süreç içerisinde olumsuz yönde bir etki görülmektedir.

Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin etkisinin incelenmesi amacı ile yıllardır süren pek çok çalışmada kullanılan ve araştırmacıların gözlem ve puanlamaları sonucunda elde edilen verilere dayanılarak değerlendirilen Yetişkin

Çocuk Etkileşimi Empati Ölçeği (YÇEEÖ) ve alt boyutları ('Çocuğu Kabulü İletme', 'Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama', 'Oyuna Katılım') mevcut çalışmada da araştırmacı tarafından deney grubundaki katılımcıların çocukları ile yaptıkları oyun oturumlarının öntest-sontest-izlem çalışmaları ile incelenmesi yolu ile kullanılmıştır. Elde edilen verilere göre YÇEEÖ toplam ve alt boyutlarının tamamında öntest-sontest karşılaştırıldığında Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)'nin empati ve diğer alt boyutlar üzerinde anlamlı olumlu değişikliğe neden olduğu görülmüştür. YÇEEÖ toplam puanından elde edilen empati düzeyi ile ilgili elde edilen bu sonuç geçmiş çalışmalara benzerlik taşımaktadır (Bratton ve Landreth, 1995; Harris, 1995; Harris ve Landreth, 1997; Yuen, 1997). Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) etkisi ile alt boyutlardan elde edilen sonuç ise Öztekin ve Gülbahçe (2019)'nin çalışmasında elde edilen sonuçlara paralellik taşımaktadır. Ayrıca 24 hafta sonunda elde edilen sontest-izlem karşılaştırılması verilerine göre Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)'nin empati ve diğer alt boyutlar üzerindeki olumlu etkisi devam etmektedir. Elde edilen sonuca göre daha önce yapılmış olan takip çalışması ile benzerlik gösterdiği söylenebilmektedir (Ateş, 2015).

Yapılan literatür taramasında Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)'nin ebeveyn, çocuk ve ebeveyn-çocuk ilişkisine dair pek çok özellik ile ilgili değişikene etkisi incelendiği görülmüştür. Bununla birlikte ebeveynin psikolojik belirtileri ve aleksitimi düzeyine etkisi ile ilgili bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla bu iki değişken ile ilgili çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi ile bölüme devam edilecektir.

Mevcut çalışmadaki katılımcıların psikolojik belirtileri Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile öntest-sontest-izlem çalışmaları ile değerlendirilmiş ve elde edilen veriler analiz edilmiştir. Müdahale öncesinde deney ve kontrol grupları arasında psikolojik belirtiler açısından anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır. Deney grubundan elde edilen veriler öntest-sontest olarak karşılaştırıldığında 'Depresyon' alt boyutu dışında KSE toplam ve diğer alt boyutlar açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bununla birlikte sontest-izlem verileri karşılaştırıldığında Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) etkisiyle 'Depresyon' alt boyutu ile ilgili meydana gelen değişimin etkisinin sürmediği görülmüştür. 'Depresyon' alt boyutu ile ilgili meydana gelen bu değişim kullanılan aile terapisi ile kanserli çocukların ve ebeveynlerinin

depresyonunun azaldığı çalışma (Ebrahimi, vd., 2019: 2935) ile benzerlik göstermektedir ancak yukarıda belirtildiği gibi Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)'nin ebeveyndeki psikolojik belirtilere etkisi ile ilgili literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanılmadığı için mevcut çalışma ve diğer çalışmalar arasında bir karşılaştırma imkanı bulunmamaktadır.

Alanyazında aleksitimi ile ilgili Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)'nin etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bununla birlikte mevcut çalışmada kullanılan Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ile deney ve kontrol gruplarının aleksitimi ile 'Duygularını Tanımada Güçlük', 'Duygularını Söze Dökmede Güçlük' ve 'Dışa Dönük Düşünme' alt boyutlarının öntest-sontest-izlem sonuçları karşılaştırılmıştır. Müdahale öncesinde deney ve kontrol grupları arasında toplam ve alt boyutlar açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)'ne katılan deney grubunun TAÖ-20 öntest-sontest puan karşılaştırmasına göre aleksitimi ile 'Duygularını Tanımada Güçlük' ve 'Duygularını Söze Dökmede Güçlük' alt boyutlarında anlamlı olumlu bir değişiklik meydana gelmiştir. Bununla birlikte 'Dışa Dönük Düşünme' alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. 24 hafta sonrasında gerçekleştirilen izlem çalışması sonrasında yapılan sontest-izlem karşılaştırmasına bakıldığında Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)'nin aleksitimi ile 'Duygularını Tanımada Güçlük' alt boyutları üzerinde etkisi devam ederken 'Duygularını Söze Dökmede Güçlük' alt boyutunda zamanla etkisi anlamlılığını yitirmiştir.

5.1. Sonuç ve Öneriler

Mevcut çalışmada Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)'nin ebeveynler ve çocuklar üzerindeki etkilerinin empati, aleksitimi ve psikolojik belirtiler açısından deneysel olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Yapılan analiz sonucunda Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi'ne (Filial Terapi) katılan ebeveynlerin ebeveyn kabulü ile karşılıksız sevgi ve çocuğun benzersiz olduğunu takdir alt boyutları puanlarında; olumlu ilişki alt boyutu puanlarında; empati ile ve çocuğu kabulü iletmeye, çocuğun kendini yönlendirmesine olanak sağlama ve oyuna katılım alt boyutları puanlarında artma görülürken ebeveynlerin çocuklarında algıladıkları psikolojik belirtiler ile problemli sosyal davranış ve duygu kontrol güçlüğü alt boyutları puanlarının; depresyon alt boyutu puanlarının; aleksitimi ile duygularını tanımada güçlük ve

duygularını söze dökmede güçlük alt boyutları puanlarında azalma görülmüştür. 24 hafta sonrasında gerçekleştirilen izlem çalışmasında filial terapinin çocuğun benzersiz olduğunu takdir alt boyutu; olumlu ilişki alt boyutu; empati ile çocuğu kabulü iletme, çocuğun kendini yönlendirmesine olanak sağlama ve oyuna katılım alt boyutları açısından puanlarındaki artışın etkisinin sürdüğü görülmüştür. Aynı şekilde çocuklarında algıladıkları psikolojik belirti ile problemli sosyal davranış ve duygu kontrol güçlüğü alt boyutları; aleksitimi ile duygularını söze dökmede güçlük alt boyutu açısından puanlarındaki azalmanın etkisinin sürdüğü görülmüştür. Elde edilen bulgular ilgili çalışmalar ile birlikte ‘Tartışma’ bölümünde ele alınmıştır.

Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) ebeveynlere yönelik bir terapi olmakla birlikte mevcut çalışmada gönüllü annelerle gerçekleştirilmiştir. Deney grubunu babaların oluşturduğu çocuklarda algılanan psikolojik belirti, ebeveynsel kabul ve empati düzeylerinde önemli farklılıkların görüldüğü bir çalışmanın (Landreth ve Lobaugh, 1998) var olduğu göz önüne alındığında gelecekte yapılacak çalışmalara anne ve babaların birlikte ebeveyn olarak katılmasının çocuk ve ebeveyn açısından daha olumlu değişimlere neden olacağı düşünülmektedir. Mevcut çalışmada ele alınan değişkenlerden aleksitiminin bir ebeveynde ve empatinin ise düşük düzeyde diğer ebeveynde bulunması halinde tamamlayıcı bir ilişki oluşturduğu (Thorberg, vd., 2011: 187) kabul edilirse sürece dahil olmayan ebeveynin çalışmaya katılan ebeveyn için bozucu etki oluşturduğu da düşünülebilir. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’ne bu nedenlerden dolayı her iki ebeveyni dahil etmenin hatta aile sistemini içine alan çalışmalarda (Cornett ve Bratton, 2014) olduğu gibi diğer çocukları da kapsayan çalışmaların yapılmasının etkinin derecesini artıracığı tahmin edilmektedir.

Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin pek çok farklı formatı bulunmakla birlikte bu çalışmada 10 haftalık model yürütülmüştür. Bununla birlikte mevcut çalışmada empati ve alt boyutları olan ‘Çocuğu Kabulü İletme’, ‘Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama’ ve ‘Oyuna Katılım’da Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin olumlu etkisi görülürken izlem çalışmasında da etkinin sürdüğü görülmüştür. Müdahale sonrasında ‘ebeveynsel kabul’ düzeyi anlamlı düzeyde yükselmiş dahi olsa izlem çalışmasında bu etkinin sürmediği görülmüştür. Çocuklarıyla oyunlarında bu etkinin devam ederken genel yaşamda etkinin sürmemesi düşündürücüdür. Bu noktadan hareketle oyun oturumlarının

terapist süpervizyonu ile daha uzun süre devam ettiği modellerin kullanılarak yeni çalışmaların yapılması ve mevcut çalışma da dahil olmak üzere diğer çalışmalarla karşılaştırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Mevcut çalışmada aleksitimi ve ‘Duygu Tanımda Güçlük’ düzeyi üzerinde Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin olumlu etkisi izlem çalışmasında da devam ederken ‘Duygularını Söze Dökme’ alt boyutunda müdahale sonrasında görülen olumlu etki aynı şekilde devam etmemiştir. Daha uzun süren bir çalışma yapılması durumunda aleksitiminin somatizasyonla ilişkili görülen duyguları ifade etme alanında katılımcıların yaşayacağı değişiklik ile mevcut çalışmada herhangi bir anlamlı değişikliğin görülmediği ‘Somatizasyon’ alt boyutunda olumlu değişikliğin olabileceği ile fikir yürütülmektedir. Tüm bu nedenlerle zaman kısıtlılığına karşın daha uzun süren bir model kullanılmasının bazı ebeveynler açısından daha faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada aleksitimi ve depresyon üzerinde Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin etkisi göz önüne alındığında ve aleksitimi ile depresyonun eş zamanlı olarak görüldüğü ve çocukluk dönemindeki ihmal ile ilişkili oldukları (Kajanova, vd., 2021: 1428) kabul edildiğinde Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin toplum düzeyinde yaygınlaşmasının özellikle çocuklar için koruyucu etki oluşturacağı ve ebeveynleri de çocuklarıyla kuracakları sağlıklı ilişki içerisinde fiziksel ve psikolojik düzeyde daha sağlıklı bireylere dönüştüreceği öngörülmektedir. Çocuklarda ‘Duyguları Söze Dökmede Güçlük’ işlevsiz aile duygusal katılımıyla, ‘Dışa Dönük Düşünme’ ise yetersiz aile davranış kontrolü ile ilişkilendirilmesi (Lumley, vd., 1996: 211) aleksitiminin gelişiminde bozulmuş aile işleyişinin etkisini göstermektedir. Çocukluktaki duygu düzenleme problemlerinin ergenlik döneminde aleksitimi geliştirme riskini artırdığı ve ‘Duyguları Söze Dökmede Güçlük’ alt boyutunun etkisi ile ergenlikteki aleksitiminin yetişkinlikteki depresyon tanısını yordadığı görülmüştür (Patwardhan, vd., 2019: 340). Bu iki önemli çalışmanın ise bu görüşü desteklediği düşünülmektedir.

Toplum düzeyinde psikolojik desteğe ulaşmak maddi ve manevi gerekçelerle mümkün olmadığında dahi ebeveynlere ulaşılarak yapılan çalışmalarda toplumsal anlamda daha geniş kitlelere ulaşılabilir. Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi)’nin kullanıldığı niteliksel çalışmalarda rapor edilen ve en yoğun görülen deneyim, ebeveynlerin çocuklarının duyguları veya ihtiyaçları konusunda

artan farkındalığıdır (Solis, Meyers ve Varjas, 2004: 99; Foley, Higdon ve White, 2006: 37; Edwards, Ladner ve White, 2007: 36; Wickstrom, 2009: 193; Kinsworthy ve Garza, 2010: 423). Çocuk Ebeveyn İlişkisi Terapisi (Filial Terapi) ile tek çocuğu üzerinde deneyim kazanan ebeveynin bu uygulamayı diğerk çocuklarında da yapabileceğı ve terapötik bir ajan haline gelerek belli bir noktaya kadar en az deneyimli terapistler kadar fayda sağlayabileceğı bilinmektedir (Elling, 2003). Kanıta dayalı bu terapi ile ilgili uluslararası onaylı eğitimden eğitim ve süpervizyon olarak bilimsel çalışma ve saha çalışmalarında bu terapinin yaygınlaştırılması adına araştırmacılara ve alandaki ruh sağlığı çalışanlarına önemli görevlerin düştüğü düşünülmektedir.



KAYNAKÇA

- Adler, A. (1930). *The education of children*. Chicago: Henry Regnery Company.
- Akgün, E. ve Yeşilyaprak, B. (2011). Anne çocuk oyun etkileşiminde niteliksel boyut: Annelerin sözel ifadelerinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 40(40): 11-21.
- Akhtar, S. (2007). *Listening to others: Developmental and clinical aspects of empathy and attunement*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Alavian, R., Tabibi, Z., Hashem, A. B. ve AbdeKhodae, M. (2016). The Effectiveness of Parent-Child Play Therapy on Decreasing Depression Symptoms in Children with Cancer, Decreasing Perceived Stress on Their Mothers and Improving Parent-Child Relationship. *J Fam Res*, 12(3): 461-482.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*, New York: WW Norton ve Co.
- Amy Wickstrom, M. F. T. (2009). The process of systemic change in filial therapy: A phenomenological study of parent experience. *Contemporary Family Therapy*, 31(3): 193-208.
- Andronico, M. P., Fidler, J., Guerney, B., Jr. ve Guerney, L. F. (1967). The combination of didactic and dynamic elements in filial therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 17: 10-17.
- Andronico, M. P. ve Guerney, B. G., Jr. (1967). The potential application of filial therapy to the school situation. *Journal of School Psychology*, 6: 2-7.
- Ateş, F. B. (2015). *Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitiminin boşanmış annelerin empati, kabul ve stres düzeylerine etkisi*. (Yayınlanmamış doktora tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Attili, G., Vermigli, P. ve Roazzi, A. (2015). Children's social competence, peer status, and the quality of mother-child and father-child relationships. *European Psychologist*, 15(1): 23-33.
- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. New York: Ballantine Books.

-----, (1964). *Dibs: In search of self*. Boston: Houghton Mifflin.

Association for Play Therapy, “Why play therapy”. (Erişim Tarihi: 18.12.2022)
<https://www.a4pt.org/page/WhyPlayTherapy>

Aydoğmuş, K., Batlaş, A., Batlaş, Z., Davaslıgil, Ü., Güngörmüş, O., Konuk, E., Korkmazlar, Ü., Köknel, Ö., Navaro, L., Oktay, A., Razon, N. ve Yavuzer, H. (2001). *Ana Baba Okulu*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Bach, M., de Zwaan, M., Ackard, D., Nutzinger, D. O. ve Mitchell, J. E. (1994). Alexithymia: Relationship to personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 35(3): 239-243.

Bagby, R. M., Parker, J. D. ve Taylor, G. J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1): 23-32.

Bagby, R. M., Taylor, G. J. ve Parker, J. D. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*, 38(1): 33-40.

Bankier, B., Aigner, M. ve Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42(3): 235-240.

Baruch, D. W. (1949). *New ways in discipline; you and your child today*. New York: Mcgraw-Hill.

Berlin, L. J., Cassidy, J. ve Appleyard, K. (2008). *The influence of early attachments on other relationships*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, New York: The Guilford Press: 333-347.

Black, B. ve Logan, A. (1995). Links between communication patterns in mother-child, father-child, and child-peer interactions and children's social status. *Child Development*, 66(1): 255-271.

Blanchard, E. B., Arena, J. G. ve Pallmeyer, T. P. (1981). Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 35(1): 64-71.

- Blumer, D.ve Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease the pain-prone disorder. *The journal of nervous and mental disease*, 170(7): 381-406.
- Bogensneider, K., Gross, B.ve Johnson, C. (2004). Why is family involvement in education important? *Family Matters: A Family Impact Seminar Newsletter for Wisconsin Policymakers*, 4(2): 1.
- Bozarth, J. (1998). *Person-centered therapy*. England: PCCS Books.
- Bozarth, J. D.ve Brodley, B. T. (1991). Actualization: A functional concept in client-centered therapy. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(5): 45-59.
- Bratton, S. ve Landreth, G. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy*, 4(1): 61–80.
- Bratton, S., Landreth, G.ve Homeyer, L. (1993). An intensive three day play therapy supervision/training model. *International Journal of Play Therapy*, 2(2): 61.
- Bratton, S. C., Landreth, G. L., Kellam, T.ve Blackard, S. R. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*. New York, NY: Routledge.
- British Association of Play Therapists, “Play therapy”. (Erişim Tarihi: 21.08.2022) <https://www.bapt.info/play-therapy/>
- Brodley, B. T. (1998). Criteria for making empathic responses in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 5(1): 20-28.
- Brown, L. S. (2007). Empathy, genuineness--And the dynamics of power: A feminist responds to Rogers. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3): 257-259.
- Brown, G. L., Mangelsdorf, S. C., Neff, C., Schoppe-Sullivan, S. J. ve Frosch, C. A. (2009). Young children’s self-concepts: Associations with child temperament, mothers’ and fathers’ parenting, and triadic family interaction. *Merrill-Palmer Quarterly (Wayne State University. Press)*, 55(2): 184–216.

- Bruce, G., Curren, C. ve Williams, L. (2012). Alexithymia and alcohol consumption: the mediating effects of drinking motives. *Addictive behaviors*, 37(3): 350-352.
- Burgess, C. ve Simpson, G. B. (1988). Cerebral hemispheric mechanisms in the retrieval of ambiguous word meanings. *Brain and language*, 33(1): 86-103.
- Burghardt, G. M. (2005). *The genesis of animal play: Testing the limits*. Cambridge: MIT Press.
- Chae, J. Y. ve Lee, K. Y. (2011). Impacts of Korean fathers' attachment and parenting behavior on their children's social competence. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 39(5): 627-643.
- Chen, X., Chang, L., He, Y. ve Liu, H. (2005). The peer group as a context: Moderating effects on relations between maternal parenting and social and school adjustment in Chinese children. *Child Development*, 76(2): 417-434.
- Chen, Y. J. ve McCollum, J. A. (2000). Taiwanese mothers' perceptions of the relationship between interactions with their infants and the development of social competence. *Early Child Development and Care*, 162(1): 25-40.
- Chudacoff, H. P. (2007). *Children at play: An American history*. New York: NYU Press.
- Cochran, N. H., Nordling, W. J. ve Cochran, J. L. (2010). *Child-centered play therapy: A practical guide to developing therapeutic relationships with children*. New Jersey: John Wiley ve Sons.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B. ve Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2): 219-222.
- Cornelius-White, J. H. (2007). Congruence: An integrative five-dimension model. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 6(4): 229-239.
- Darwish, D., Esquivel, G. B., Houtz, J. C. ve Alfonso, V. C. (2001). Play and social skills in maltreated and non-maltreated preschoolers during peer interactions. *Child Abuse & Neglect*, 25(1): 13-31.

- Declercq, F., Vanheule, S. ve Deheegher, J. (2010). Alexithymia and posttraumatic stress: subscales and symptom clusters. *Journal of clinical psychology*, 66(10): 1076-1089.
- De M'Uzan, M. (1974). Psychodynamic mechanisms in psychosomatic symptom formation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 23(1-6): 103-110.
- Dereboy, İ. F. (1990). *Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma*. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Dökmen, Ü. (2003). *Yarına kim kalacak? Evrenle uyumlaşma sürecinde varolmak, gelişmek, uzlaşmak*. İstanbul: Sistem Yayıncılık
- Driscoll, K. ve Pianta, R. C. (2011). Mothers' and fathers' perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 7: 1–24.
- Dunbar, F. (1944). Rheumatic disease, with special reference to psychosomatic diagnosis and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 6(3): 206.
- Ebrahimi, E., Mirzaie, H., Borujeni, M. S., Zahed, G., Baghban, A. A. ve Mirzakhani, N. (2019). The effect of filial therapy on depressive symptoms of children with cancer and their mother's depression, anxiety, and stress: A randomized controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 20(10): 2935-2941.
- Edwards, N. A., Ladner, J. ve White, J. (2007). Perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitative case study. *International Journal of Play Therapy*, 16(1): 36–53.
- Elfahg, K. ve LUNDH, L. G. (2007). TAS-20 alexithymia in obesity, and its links to personality. *Scandinavian journal of psychology*, 48(5): 391-398.
- Elkind, D. (2007). *The power of play: Learning what comes naturally*. Philadelphia: Da Capo Lifelong Books.
- Elling, E. R. P. (2003). *A comparison of skill level of parents trained in the Landreth Filial Therapy Model and graduate students trained in play therapy*. (Unpublished PhD Thesis). University of North Texas, Texas.

- El Rasheed, A. H. (2001). Alexithymia in Egyptian substance abusers. *Substance abuse*, 22(1): 11-21.
- Else, P. (2009). *The value of play*. London: Bloomsbury Publishing.
- Erkan S. ve Durmuşoğlu M.C. (2007). Anne Eğitim Programının Annenin Çocuk Yetiştirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi, *Avrupa Birliği Sürecinde Okul Öncesi Eğitimin Geleceği Sempozyumu*, 1: 349-360.
- Evren, C., Sar, V., Evren, B., Semiz, U., Dalbudak, E. ve Çakmak, D. (2008). Dissociation and alexithymia among men with alcoholism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(1): 40-47.
- Farver, J. A. M., Kim, Y. K. ve Lee, Y. (1995). Cultural differences in Korean-and Anglo-American preschoolers' social interaction and play behaviors. *Child Development*, 66(4): 1088-1099.
- Foley, Y. C., Higdon, L. ve White, J. F. (2006). A qualitative study of filial therapy: Parents' voices. *International Journal of Play Therapy*, 15(1): 37-64.
- Freud, S. (1999). Sanat ve Edebiyat (E. Kapkın ve A. T. Kapkın, Çev.). İstanbul: Payel Yayınevi.
- Freedman, M. B. ve Sweet, B. S. (1954). Some specific features of group psychotherapy and their implications for selection of patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4(4): 355-368.
- Frewen, P. A., Pain, C., Dozois, D. J. ve Lanius, R. A. (2006). Alexithymia in PTSD: psychometric and fMRI studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1): 397-400.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1/4): 337-342.
- Fuchs, N. R. (1957). Play therapy at home. *Merrill-Palmer Quarterly* 3(2): 89-95.
- Galyer, K. T. ve Evans, I. M. (2001). Pretend play and the development of emotion regulation in preschool children. *Early Child Development and Care*, 166(1): 93-108.

- Gander, M. J. ve Gardiner, H.W. (2001). *Çocuk ve Ergen Gelişimi*. (B. Onur, Çev.). Ankara: İmge Kitapevi.
- Garvey, C. (1990). *Play*. Cambridge: Harvard University Press.
- Geçtan, E. (1998). *Psikanaliz ve Sonrası*. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Gerrits, M. H., Goudena, P. P. ve van Aken, M. A. (2005). Child–parent and child–peer interaction: Observational similarities and differences at age seven. *Infant and Child Development*, 14(3): 229-241.
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J. ve Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy?. *Personality and individual differences*, 49(8), 845-850.
- Ginott, H. G. (1959). The theory and practice of "therapeutic intervention" in child treatment. *Journal of Consulting Psychology*, 23(2): 160-166.
- Ginsberg, B. G. (2002). The power of Filial Relationship Enhancement therapy as an intervention in child abuse and neglect. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 65-78.
- Ginsberg, B. G., Stutman, S. S. ve Hummel, J. (1978). Group filial therapy. *Social Work*: 154-156.
- Glasser, W.ve Gough, P. B. (1987). The key to improving schools: An interview with William Glasser. *The Phi Delta Kappan*, 68(9): 656-662.
- Glauser, A. S.ve Bozarth, J. D. (2001). Person-centered counseling: The culture within. *Journal of Counseling & Development*, 79(2): 142-147.
- Grabe, H. J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gänssicke, M.ve Freyberger, H. J. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3): 128-131.
- Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Müller, A., Buhtz, F., Hochrein, A., ... ve Freyberger, H. J. (2006). Alexithymia in obsessive-compulsive disorder—results from a family study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(5): 312-318.
- Green, S. (2003). Reaching Out to Fathers: An Examination of Staff Efforts That Lead to Greater Father Involvement in Early Childhood Programs. *Early*

Childhood Research and Practice: An Internet Journal on the Development, Care, and Education of Young Children., 5(2): 543-546.

Greenberg, L. S., Elliott, R., Watson, J. C. ve Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4): 380-384.

Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J. ve Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy?. *Personality and individual differences*, 49(8): 845-850.

Guerney Jr, B. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of consulting psychology*, 28(4): 304-310.

----- (1976). Filial therapy used as a treatment method for disturbed children. *Evaluation*, 3: 34-35.

Guerney Jr, B., Guerney, L. F. ve Stover, L. (1972). Facilitative therapist attitudes in training parents as psychotherapeutic agents. *The Family Coordinator*, 21: 275-278.

Guerney Jr, B., Stover, L. ve Andronico, M. P. (1967). On educating disadvantaged parents to motivate children for learning: A filial approach. *Community Mental Health Journal*, 3: 66-72.

Guerney Jr, B., Stover, L. ve DeMeritt, S. (1968). A measurement of empathy for parentchild interaction. *Journal of Genetic Psychology*, 112: 49-55.

Guerney, L. F. (2001). Child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2): 13-31.

----- (2003) Filial Play Therapy. In Schaefer, C. E. (Eds.), *Foundations of play therapy*, New Jersey: John Wiley & Sons: 99-142.

----- (2000) Filial Therapy into the 21st Century. *International Journal of Play Therapy*, 9: 1-17.

Guerney, L. F. ve Gavigan, M. A. (1981). Parental acceptance and foster parents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 10(1): 27-32.

Güleç, H., Köse, S., Güleç, M. Y., Çitak, S., Evren, C., Borckardt, J. ve Sayar, K. (2009). Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-

- item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 19(3): 214-220.
- Gürkan, S. B. (1996). Aleksitimi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(14): 99-103.
- Haapasalo, J. ve Tremblay, R. E. (1994). Physically aggressive boys from ages 6 to 12: Family background, parenting behavior, and prediction of delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5): 1044-1052.
- Harris, Z. L. (1995). *Filial Therapy with incarcerated mothers*. (Unpublished PhD Thesis). University of North Texas, Texas.
- Harris, Z. L. ve Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy*, 6(2): 53-73.
- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Cummings, M. A., Shaw, D. G. ve MacMurray, J. P. (1991). Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179: 284-290.
- Helmes, E., McNeill, P. D., Holden, R. R. ve Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: Associations with defense mechanisms. *Journal of clinical psychology*, 64(3): 318-331.
- Henry, J. D., Phillips, L. H., Maylor, E. A., Hosie, J., Milne, A. B. ve Meyer, C. (2006). A new conceptualization of alexithymia in the general adult population: implications for research involving older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5): 535-543.
- Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. M. ve Eyer, D. (2003). *Einstein never used flash cards: How our children really learn and why they need to play more and memorize less*. Pennsylvania: Rodale Books.
- Hoffmann, J. ve Russ, S. (2012). Pretend play, creativity, and emotion regulation in children. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 6(2), 175-184.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E. ve Viinamäki, J. L. H. (2001). Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, 42(3), 229-234.

- Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J. ve Viinamäki, H. (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(6): 303-308.
- Hoppe, K. D. ve Bogen, J. E. (1977). Alexithymia in twelve commissurotized patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1/4): 148-155.
- Hughes, F. P. (2010). *Children, play, and development*. New York: Sage Publications.
- Johnson, L. (1999). Filial therapy: a bridge between individual child therapy and family therapy. *J Fam Psychother*, 6: 55–70.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (1989). Okulöncesi Eğitimi ve Bir Erken Destek Modeli Olarak Anne Eğitimi. *YA-PA 6. Okulöncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri*: 23-28.
- , (1990). Çocuk Gelişiminde Erken Destek Projesi: Türkiye Örneği. *Erken Çocukluk Eğitiminde Farklı Modeller Semineri*: 41-59.
- Kajanoja, J., Karukivi, M., Scheinin, N. M., Ahrnberg, H., Karlsson, L. ve Karlsson, H. (2021). Early-life adversities and adult attachment in depression and alexithymia. *Development and Psychopathology*, 33(4): 1428-1436.
- Karaaslan Baç, B. T. ve Bal, S. (2002). Çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin gelişimine ev merkezli erken eğitim programlarının etkisinin incelenmesi. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi*, 1(6-7): 16-35.
- Kinsworthy, S. ve Garza, Y. (2010). Filial therapy with victims of family violence: A phenomenological study. *Journal of Family Violence*, 25(4): 423–429.
- Klein, M. (1959). *The psychoanalysis of children*. (A. Strachey, Çev.). London: The Hogarth Press.
- Kochanska, G. (2002). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: A context for the early development of conscience. *Current Directions in Psychological Science*, 11(6): 191-195.
- Koçyiğit, S., Sezer, T. ve Yılmaz, E. (2015). 60-72 aylık çocukların sosyal yetkinlik ve duygu düzenleme becerileri ile oyun becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(23): 287-300.

- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* London: University of Chicago Press.
- Kottman, T. (2011). *Play therapy: Basics and beyond*. Alexandria: John Wiley & Sons.
- Kramer, G. P., Bernstein, D. A. ve Phares, V. (2014). *Klinik psikolojiye giriş*. (İ. Dağ, Çev. Ed.). Ankara: Mentis Yayıncılık.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 33(1): 17-31.
- Krystal, J. H., Giller, E. L. ve Cicchetti, D. V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosomatic medicine*, 48: 84-94.
- L'Abate, L. ve III, J. F. (1981). The E-R-A model: The role of feelings in family therapy reconsidered: Implications for a classification of theories of family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7(2): 143-150.
- Ladd, G. W., & Hart, C. H. (1992). Creating informal play opportunities: Are parents' and preschoolers' initiations related to children's competence with peers? *Developmental Psychology*, 28(6): 1179- 1187.
- Lahti, S. L. (1992). *An ethnographic study of the filial therapy process*. (Unpublished PhD Dissertation). University of North Texas, Texas.
- Landreth, G. (2002). *Play therapy: The art of the relationship*. Bristol: Accelerated Development.
- Landreth, G. L. ve Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E. ve Kaszniak, A. W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological psychiatry*, 42(9): 834-844.
- Landreth, G. L. ve Lobaugh, A. F. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling & Development*, 76(2): 157-165.
- Laos, G. (1995). Prevalence of alexithymia in a general population. *Annual Medical Psychology*, 153(5): 355-357.

- Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B. ve Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *Journal of psychosomatic research*, 54(6): 533-541.
- Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American psychologist*, 37(9): 1019-1024.
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic medicine*, 43(6): 531-543.
- (1985). Alexithymia. *New England Journal of Medicine*, 312(11): 690-692.
- Lesser, I. M., Ford, C. V. ve Friedmann, C. T. (1979). Alexithymia in somatizing patients. *General Hospital Psychiatry*, 1(3): 256-261.
- Levy, D. M. (1938). "Release therapy" in young children. *Psychiatry*, 1(3): 387-390.
- Lindsey, E. W. ve Colwell, M. J. (2003). Preschoolers' emotional competence: Links to pretend and physical play. *Child Study Journal*, 33(1): 39-52.
- Lindsey, E. W. ve Mize, J. (2001b). Interparental agreement, parent-child responsiveness, and children's peer competence. *Family Relations*, 50(4): 348-354.
- Lindsey, E. W., Mize, J. ve Pettit, G. S. (1997). Mutuality in parent-child play: Consequences for children's peer competence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(4), 523-538.
- Lobaugh, F. A. (1991). *Filial Therapy with incarcerated parents* (Unpublished PhD Thesis). University of North Texas, Texas.
- Lumley, M. A., Mader, C., Gramzow, J. ve Papineau, K. (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58(3): 211-216.
- Lumley, M. A. ve Roby, K. J. (1995). Alexithymia and pathological gambling. *Psychotherapy and psychosomatics*, 63(3-4): 201-206.
- Lundahl, B., Risser, H. J. ve Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical psychology review*, 26(1): 86-104.

- Marchesi, C., Fontò, S., Balista, C., Cimmino, C. ve Maggini, C. (2005). Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(1): 56-60.
- Martin, B. J. ve Phil, O. R. (1986). Influence of alexithymia characteristics on psychological and subjective stress responses in normal individuals. *Psychother psychosom*, 45: 66-77.
- Marty, P. (1963). La pensée opératoire. *Rev. Franc. Psychoanal*, 27: 345-356.
- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T. ve Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, 61(5): 629-635.
- McCollum, J. A., & Chen, Y. J. (2001). Maternal roles and social competence: Parent-infant interactions in two cultures. *Early Child Development and Care*, 166(1): 119-133.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and psychosomatics*, 38(1-4): 81-90.
- McDowell, D. J. ve Parke, R. D. (2009). Parental correlates of children's peer relations: an empirical test of a tripartite model. *Developmental Psychology*, 45(1), 224-235.
- McHale, J. P., Johnson, D. ve Sinclair, R. (1999). Family dynamics, preschoolers' family representations, and preschool peer relationships. *Early Education and Development*, 10(3): 373-401.
- Meador, B. D. ve Rogers, C. R. (1973). *Client-centered therapy*. In R. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies*. Itasca: F. E. Peacock: 119-165.
- Meijer-Degen, F. ve Lansen, J. (2006). Alexithymia—A challenge to art therapy: The story of Rita. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3): 167-179.
- Miner, J. L., & Clarke-Stewart, K. A. (2008). Trajectories of externalizing behavior from age 2 to age 9: relations with gender, temperament, ethnicity, parenting, and rater. *Developmental psychology*, 44(3): 771-786.

- Moustakas, C. E. (1959). *Psychotherapy with children: The living relationship*. New York: Harper ve Row.
- Nordling, W. J., ve Guerney, L. (1999). Typical stages in the child-centered play therapy process. *The Journal for the professional counselor*, 14(1): 17-23.
- Ömeroğlu, E. ve Can-Yaşar, M. (2006). Aile Çocuk Eğitim Programının Aile İçi Etkileşime Etkisinin İncelenmesi. *1. Uluslararası Okul Öncesi Eğitim Kongresi*, 2: 241-255.
- Ömeroğlu, E., Kurtulmuş, Z. ve Ceylan, Ş. (2006). Aile Çocuk Eğitim Programının Aile Yapısı, İşleyişi ve Kaygı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. *1. Uluslararası Okul Öncesi Eğitim Kongresi*, 1: 140-154.
- Öztekin, G. G. ve Gülbahçe, A. (2019) 3-10 yaş arası gelişimsel problemleri olan çocuklarda ve ebeveynlerinde filial terapinin etkisinin incelenmesi. *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi*, 8(4): 2322-2340.
- Panksepp, J. (2005). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford university press.
- Park, J.(2003). A Family Perspective on Home Visiting Programs. https://www.purdue.edu/hhs/hdfs/fii/wp-content/uploads/2015/06/fia_analyses_fphvp.pdf
- Pasiak, C. (2011). *The effect of mother-child interactional synchrony: Implications for preschool aggression and social competence*. (Unpublished PhD Thesis). University of Windsor, Ontario.
- Patwardhan, I., Mason, W. A., Chmelka, M. B., Savolainen, J., Miettunen, J. ve Järvelin, M. R. (2019). Prospective relations between alexithymia, substance use and depression: findings from a National Birth Cohort. *Nordic journal of psychiatry*, 73(6): 340-348.
- Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 21(4): 431-438.
- Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition, and disease. In *Advances in experimental social psychology*, 22: 211-244.

- Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. (C. Gattegno ve F. M. Hodgson, Çev.) New York: W. W. Norton & Co.
- Ray, D. C. (2011). *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice*. London: Routledge.
- Ray, D. E. (1995). *The effect of Filial Therapy on parental acceptance and child adjustment*. (Unpublished PhD Thesis). Emporia State University, Kansas.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory, with chapters*. Boston: Houghton Mifflin.
- (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2): 95-103.
- (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. *Psychology: A Study of a Science*, 3: 184-256.
- (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.
- (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The counseling psychologist*, 5(2): 2-10.
- (1977). *On personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. London: Constable & Company Limited.
- (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- (1986). Reflection of feelings. *Person-Centered Review*, 1(4): 375-377.
- Romanchych, E. L. (2014). *Young children's aggression: links between emotion regulation, mother-child shared affect, parenting practices and parenting support* (Unpublished PhD Thesis). University of Windsor, Ontario.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic medicine*, 10(3): 134-144.
- Russell, A., Pettit, G. S. ve Mize, J. (1998). Horizontal qualities in parent– child relationships: Parallels with and possible consequences for children's peer relationships. *Developmental Review*, 18(3): 313- 352.

- Ryan, R. M. ve Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1): 68-78.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T. ve Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of psychosomatic research*, 46(1): 75-82.
- Schaefer, C. E. ve O'Connor, K. J.ve (Eds.). (1983). *Handbook of Play Therapy*. Canada: John Wiley & Sons.
- Serketich, W. J.ve Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 27(2): 171-186.
- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I. ve Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(6): 992-1002.
- Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37(4): 193-201.
- Shipko, S., Alvarez, W. A. ve Noviello, N. (1983). Towards a teleological model of alexithymia: Alexithymia and post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 39(2): 122-126.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: past and present. *The American journal of psychiatry*, 153: 137-142.
- Smith, M. L., Glass, G. V.ve Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Solis, C. M., Meyers, J. ve Varjas, K. M. (2004). A Qualitative Case Study of the Process and Impact of Filial Therapy with an African American Parent. *International Journal of Play Therapy*, 13(2): 99-118.

- Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stéphan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F. ve Jeammet, P. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135(2): 153-163.
- Stover, L., Guernsey, B. ve O'Connell, M. (1971). Measurement of acceptance, allowing self-direction, involvement and empathy in adult-child interaction. *Journal of Psychology*, 77: 261-269.
- Sucuka, N., Özkök, Ü. S. ve Vardar, B. (1997). *Anne Çocuk Eğitim Programı: Uygulama ve Değerlendirme*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi.
- Şahin, R. A. (1991). Peptik ülser ve aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(3): 25-30.
- Şahin, N., H., ve Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31): 44-56.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *The American journal of psychiatry*, 141: 725-732.
- Taylor, G. J. ve Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2): 68-77.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M ve Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A.ve Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive behaviors*, 34(3): 237-245.
- Tychev, C., Garnier, S., Lighezzolo-Alnot, J., Claudon, P. ve Rebourg-Roesler, C. (2010). An accumulation of negative life events and the construction of alexithymia: a longitudinal and clinical approach. *Journal of personality assessment*, 92(3): 189-206.
- Temel, F. (1998). Anne-Çocuk Eğitim Programı ve Yaygınlaştırılması. *Çağdaş Eğitim*, 247: 8-10.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A.ve Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive behaviors*, 34(3): 237-245.

- , (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 26(3): 187-193.
- Tolmunen, T., Heliste, M., Lehto, S. M., Hintikka, J., Honkalampi, K. ve Kauhanen, J. (2011). Stability of alexithymia in the general population: An 11-year follow-up. *Comprehensive psychiatry*, 52(5): 536-541.
- Topham, G. L. ve VanFleet, R. (2011). Filial therapy: A structured and straightforward approach to including young children in family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(2): 144-158.
- Turan, E., Aksoy, A. ve Turla, A.(1997). *Anne Çocuk Eğitim Programı*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- VanFleet, R. (2021). *Filial terapi- Ebeveyn Çocuk İlişkilerinin Oyun Yoluyla Güçlendirilmesi*. (H. K. Çakmakçı ve S. Karakoç, Çev.) İstanbul: Apamer.
- VanFleet, R. (2011). Filial therapy: What every play therapist should know. *Play Therapy: Magazine of the British Association of Play Therapists*, 65: 16-19.
- VanFleet, R., Sywulak, A. E.ve Sniscak, C. C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York: Guilford Press.
- Van Strien, T. ve Ouwens, M. A. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating behaviors*, 8(2): 251-257.
- Von Rad, M. (1984). Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 42(1-4): 80-89.
- Wampold, B. E. (2013). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New York: Routledge
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A. ve Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological bulletin*, 117(3): 450-468.
- Wickstrom, A. (2009). The process of systemic change in filial therapy: A phenomenological study of parent experience. *Contemporary Family Therapy*, 31: 193–208.
- Wilson, K. ve Ryan, V. (2005). *Play therapy: A non-directive approach for children and adolescents*. Oxford: Elsevier Health Sciences.

- Yıldırım, N., Özkan, M., Özkan, S., Oflaz, S. B., Gelincik, A. ve Büyüköztürk, S. (2012). Kronik idiyopatik ürtikerli hastalarda aleksitimi, anksiyete, depresyon ilişkisi. *Nobel Medicus*, 8: 46-51.
- Yuen, T. C. M. (1997). *Filial Therapy with immigrant Chinese parents in Canada* (Unpublished PhD Thesis). University of North Texas, Texas.
- Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of psychosomatic research*, 63(4): 345-347.
- Zeitlin, S. B. ve McNally, R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*: 658-660.
- Zeitlin, S. B., McNally, R. J. ve Cassiday, K. L. (1993). Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization?. *The American Journal of Psychiatry*: 661-663.
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T. ve Simpson, E. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 9(2): 195-205.

EKLER

EK-1 DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıdaki bilgileri eksiksiz doldurunuz.

- YAŞINIZ:.....
- CİNSİYET: O Kadın O Erkek
- EĞİTİM DURUMU: O ilkokul, ortaokul veya ilköğretim O Lise O Üniversite ve üstü
- MESLEK:
- EŞİNİZİN MESLEĞİ:.....
- EKONOMİK DURUM: O Düşük O Orta O Yüksek
- SAHİP OLDUĞUNUZ KARDEŞ SAYISI:
- KARDEŞLERİNİZ ARASINDAKİ SIRANIZ:.....
- MEDENİ DURUM: O Evli O Ayrılmış O Eşi Vefat Etmiş
- EVLİLİK YILI:.....
- EŞ İLE BİRLİKTE YAŞAMA DURUMU: O Evet O Hayır
- EĞER BİR KEREDEN ÇOK EVLENİLMİŞSE ÖNCEKİ EVLİLİĞİN SONLANMA NEDENİ:
O Ölüm O Boşanma O Diğer (Lütfen Belirtiniz).....
- ÇOCUK SAYISI: O 1 O 2 O 3 O 4 ve daha fazla
- ÇOCUKLARINIZIN YAŞLARI (Küçükten Büyüğe):
 - Erkek Çocukları: ____; ____; ____; ____; ____
 - Kız Çocukları: ____; ____; ____; ____; ____
- ÇALIŞMAYI YÜRÜTMİYİ PLANLADIĞINIZ ÇOCUĞUNUZUN İSMİ ve YAŞI:.....
- PSİKOLOJİK VEYA PSİKİYATRİK YARDIM ALMA DURUMU: O Evet O Hayır

EK-2 FİLİAL PROBLEM KONTROL LİSTESİ

Aşağıdaki liste genellikle çocuklarda görülen problemleri geniş bir yelpazede ele alır. Lütfen her maddeyi okuyun ve çocuğunuzda o problem var mı yok mu karar verin. Sonra, problemi ne kadar ciddi bulduğunuzu, her maddenin sağında yer alan 1, 2 ve 3 şeklinde numaralandırılmış derecelendirme ölçeğinin altındaki boşluğun içini doldurarak gösterebilirsiniz. DD: Eğer bir madde çocuğunuz için doğru değilse DD (Doğru Değil) seçeneğinin altındaki boşluğun içini doldurunuz. 1 : “Bu madde çocuğum için bazen doğru; fakat bu gerçekten de problem değil.” 2 : “Bu madde çocuğum için doğru ve bu orta derecede bir problem.” 3 : “Bu madde çocuğum için doğru ve bu önemli derecede bir problem.” anlamına gelmektedir. ÖRNEK Eğer madde 20, “Tırnaklarını yer,” <u>çocuğunuz için doğru değilse</u>, sağdaki DD” nin altındaki boşluğun içini dolduracaksınız. Eğer madde 20, “Tırnaklarını yer,” <u>çocuğunuz için doğruysa; fakat siz bunu problem olarak görmüyorsanız</u>, sağdaki 1” in altındaki boşluğun içini dolduracaksınız. Eğer madde 20, “Tırnaklarını yer,” <u>çocuğunuz için doğruysa ve siz bunu orta derecede bir problem olarak görüyorsanız</u>, sağdaki 2” nin altındaki boşluğun içini dolduracaksınız.				
	DD	1	2	3
1. Çok az yer.	☐	☐	☐	☐
2. Sağlıklı yiyecekler yemez.	☐	☐	☐	☐
3. Geceleri altını ıslatır.	☐	☐	☐	☐

4. Okulda alması gereken notlardan daha düşük notlar alır	☐	☐	☐	☐
5. Düzgün konuşamaz, telaffuzu zayıftır.	☐	☐	☐	☐
6. Diğer çocukların yanında utanır.	☐	☐	☐	☐
7. Çok az arkadaşı var.	☐	☐	☐	☐
8. Diğer çocukların yanında kendini değersiz hisseder.	☐	☐	☐	☐
9. Diğer çocuklar ona sataşır.	☐	☐	☐	☐
10. Kendine güveni yoktur.	☐	☐	☐	☐
11. Sinirli ve gergindir.	☐	☐	☐	☐
12. Sık sık üzgün ve mutsuzdur.	☐	☐	☐	☐
13. Çok kolay ağlar.	☐	☐	☐	☐
14. Kendini çaresiz hisseder.	☐	☐	☐	☐
15. Kendini çok fazla suçlar.	☐	☐	☐	☐
16. Başını derde sokar.	☐	☐	☐	☐
17. Başkalarının eşyalarına zarar verir.	☐	☐	☐	☐
18. Çalar.	☐	☐	☐	☐
19. Yalan söyler.	☐	☐	☐	☐
20. Tırnaklarını yer.	☐	☐	☐	☐
21. Burnunu karıştırır.	☐	☐	☐	☐
22. Her zaman geç kahr, sallanır.	☐	☐	☐	☐
23. Uykuya dalmada ya da uyumada güçlük çeker.	☐	☐	☐	☐
24. Sıkıntılı, huzursuz bir şekilde uyur.	☐	☐	☐	☐
25. Okuması yavaştır.	☐	☐	☐	☐
26. Çalıştıklarını aklında tutamaz.	☐	☐	☐	☐
27. Dikkatini öğretmenine veremez.	☐	☐	☐	☐
28. Sınıfta huzursuzdur.	☐	☐	☐	☐

29. Fiziksel bir nedeni yokken başı ağrır.	☐	☐	☐	☐
30. Mide krampları, karın ağrıları vardır.	☐	☐	☐	☐
31. Kendini diğer çocuklardan farklı hisseder.	☐	☐	☐	☐
32. Başkaları tarafından kolayca yönlendirilir.	☐	☐	☐	☐
33. Kendi yaşındaki çocuklar tarafından dışlanır.	☐	☐	☐	☐
34. Hiçbir zaman lider olarak seçilmez.	☐	☐	☐	☐
35. Kendi bedeniyle ilgili utangaçtır.	☐	☐	☐	☐
36. “Önemli biri” gibi davranır.	☐	☐	☐	☐
37. Çok çabuk sinirlenir.	☐	☐	☐	☐
38. Karanlıktan korkar.	☐	☐	☐	☐
39. Korktuğu zaman panik yapar.	☐	☐	☐	☐
40. Cesareti çok çabuk kırılır.	☐	☐	☐	☐
41. Sözünü tutmaz.	☐	☐	☐	☐
42. Parmağını emer.	☐	☐	☐	☐
43. Kötü sofr alışkanlıkları vardır.	☐	☐	☐	☐
44. Düzensizdir.	☐	☐	☐	☐
45. Kötü rüyalar görür.	☐	☐	☐	☐
46. Sınıfta konuşmaktan korkar.	☐	☐	☐	☐
47. Çocuklarla çok kavga eder.	☐	☐	☐	☐
48. Tepesi atar, çıldırır.	☐	☐	☐	☐
49. Küser, surat asar.	☐	☐	☐	☐
50. Çok mızızlanır.	☐	☐	☐	☐
51. Korku basar.	☐	☐	☐	☐
52. Olağandışı korkuları vardır.	☐	☐	☐	☐
53. Günlük işlerini yapmaz.	☐	☐	☐	☐

54. İnsanları kullanır.	☐	☐	☐	☐
55. Ailesinin sözünü dinlemez.	☐	☐	☐	☐
56. Ailesine yakın değildir.	☐	☐	☐	☐
57. Kendini çok fazla tırmalar.	☐	☐	☐	☐
58. Küfreder, kötü bir dil kullanır.	☐	☐	☐	☐
59. Plan ve programlara uyamaz.	☐	☐	☐	☐
60. Ellerini birbiriyle uyumlu bir şekilde kullanamaz.	☐	☐	☐	☐
61. Hareketlidir, bir yerde duramaz.	☐	☐	☐	☐
62. Atletik değildir.	☐	☐	☐	☐
63. Okula gitmeyi sevmez.	☐	☐	☐	☐
64. Ders çalışmaya yeterli zaman ayırmaz.	☐	☐	☐	☐
65. Kitaplara ilgisi yoktur.	☐	☐	☐	☐
66. Her zaman intikam almak ister.	☐	☐	☐	☐
67. Çabuk kızar.	☐	☐	☐	☐
68. Çok fazla dalga geçer.	☐	☐	☐	☐
69. Çok fazla hayal kurar	☐	☐	☐	☐
70. Çok heyecanlıdır.	☐	☐	☐	☐
71. Kötü alışkanlıklarını düzeltmeye çalışmaz.	☐	☐	☐	☐
72. Ailesi ile çok inatlaşır.	☐	☐	☐	☐
73. Sürekli hediyeler, yeni şeyler ister.	☐	☐	☐	☐
74. Ailesinden çok ilgi bekler.	☐	☐	☐	☐
75. Dış görünüşüne dikkat etmez.	☐	☐	☐	☐
76. Kıyafetlerine ve eşyalarına dikkat etmez.	☐	☐	☐	☐
77. Bencildir, paylaşmaz.	☐	☐	☐	☐
78. İşlerini tamamlamaz.	☐	☐	☐	☐

79. Hafızası zayıftır.	☐	☐	☐	☐
80. Okulda kendinden emin değildir.	☐	☐	☐	☐
81. Birçok kaza yapmıştır.	☐	☐	☐	☐
82. Kendinden küçük çocuklarla çok oynar.	☐	☐	☐	☐
83. Erkek ve/veya kız kardeşlerine sözünü geçirir.	☐	☐	☐	☐
84. Erkek ve/veya kız kardeşlerini kıskanır.	☐	☐	☐	☐
85. Kendi düşünceleri ile meşguldür.	☐	☐	☐	☐
86. Kendini kaybeder.	☐	☐	☐	☐
87. Değişkendir. Ne yapacağı belli olmaz	☐	☐	☐	☐
88. Duygularını kontrol edemez.	☐	☐	☐	☐
89. Karşı koyar, büyüklerine karşılık verir.	☐	☐	☐	☐
90. Anne babasına çok bağlıdır.	☐	☐	☐	☐
91. Ailesine karşı düşüncesizdir.	☐	☐	☐	☐
92. Mobilyalara çarpar, tökezler vb.	☐	☐	☐	☐
93. Sürekli televizyon izler.	☐	☐	☐	☐
94. Yeni bir okula uyum sağlamada sorun yaşar.	☐	☐	☐	☐
95. Sınıfta dikkat çekmeye çalışır.	☐	☐	☐	☐
96. Kız ve/veya erkek kardeş(ler)iyle kavga eder.	☐	☐	☐	☐
97. İnsanları kızdırır, kışkırtır.	☐	☐	☐	☐
98. Sık sık sahip olduğu şeyleri kaybeder.	☐	☐	☐	☐
99. Tamamen kontrolden çıkar.	☐	☐	☐	☐
100. Ailesinden aldığı eleştirilere karşı aşırı hassastır.	☐	☐	☐	☐
101. Giyinirken diğer çocukların arkasına saklanır.	☐	☐	☐	☐
102. Fiziksel görünüşünden rahatsız olur.	☐	☐	☐	☐
103. Boşaltma problemleri (örneğin; ishal, kabızlık, gaz, idrar	☐	☐	☐	☐

tutma vb.) vardır.				
104. Zararlı alışkanlıkları vardır.	○	○	○	○
105. Cinsellik ile ilgili problemler (örneğin;“dikizlemek,” kendini teşhir etmek vb.) vardır.	○	○	○	○
106. Fiziksel gerginlik problemleri (örneğin; kurdeşen, ülser, kalınbağırsak iltihabı (kolit), terleme, mide bulantısı, baş dönmesi vb.) vardır.	○	○	○	○
107. Aşırı derece pasiftir, eziktir.	○	○	○	○
108. Vücut hareketi problemleri (örneğin; sakarlık, kontrolsüz bacak hareketleri, tembellik, ilgisizlik, enerjisiz olma, başını vurma, felçli olma, çok yavaş hareket etme, tik, sürekli sallanma vb.) vardır.	○	○	○	○

EK-3 PORTER EBEVEYN KABUL ÖLÇEĞİ

Not: Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılan ebeveynlerin bu soruları cevaplarırken sadece 'oyun seanslarını uygulayacakları çocuklarına' odaklanmaları rica olunur.

Not: Çocuk-Ebeveyn İlişkisi Terapisi eğitimine katılmayan ebeveynlerin dikkatine!
Aşağıdaki sorulara cevap verirken, lütfen sadece bir çocuğunuzu düşünün. Eğer 6-10 yaş aralığında bir çocuğunuz varsa onu seçin. Eğer bu yaş aralığında birden fazla çocuğunuz varsa, 10 yaşa en yakın olanı seçin. Eğer bütün çocuklarınız 6 yaşından küçükse, 6 yaşa en yakın olanı seçin. Çocuğunuzla ilgili aşağıdaki sorulara cevap verirken, düşündüğünüz çocuğunuzun yaşını (yukarıdaki 13. soruda) yuvarlak içine alın. SORULARA CEVAP VERİRKEN SADECE BU ÇOCUKLA İLGİLİ OLMASINA DİKKAT EDİN VE EMİN OLUN.

Çocuğunuz: (Birini yuvarlak içine alın)

Biyolojik(Öz) çocuğunuz

Üvey çocuğunuz

Evlat edinilmiş

Birçok anne-baba çocuklarına karşı olan sevgi ve şefkat duygularının çocuğun davranışına ve koşullara bağlı olarak değiştiğini söyler. Lütfen her maddeyi dikkatli bir şekilde okuyun ve verilen durumlarda çocuğunuza karşı sahip olduğunuz sevgi ve şefkat duygusunu en yakın şekilde açıklayan sütunu işaretleyiniz.

	SEVGİ HİSSİNİN DERECESESİ				
	Normalden çok daha fazla	Normalden biraz fazla	Aynı	Normalden biraz az	Normalden çok daha az
1. Çocuğum itaatkar olduğunda					
2. Çocuğum benimle olduğunda					
3. Çocuğum özel misafirlerimin önünde yaramazlık yaptığında					
4. Çocuğum istenmeyen sevgi gösterisi yaptığında. Örneğin 'Sen tüm dünyanın en iyi					

annesinin (babasının).'					
5. Çocuğum benden uzaktayken					
6. Çocuğum insanların içinde gösteriş yaptığında					
7. Çocuğum en yüksek beklentilerime göre davrandığında					
8. Çocuğum bana öfke ve nefret dolu şeyler ifade ettiğinde					
9. Çocuğum yapmasını ummadığım şeyler yaptığında					
10. Çocuğumla bir şeyleri birlikte yaparken					

Aşağıda çocukların yaptığı ve söylediği şeyleri anlatan çeşitli ifadeler listelenmiştir. Aşağıdaki her madde duygu ya da davranış biçimlerini içeren 5 cevap içerir. Her maddeyi dikkatlice okuyun, sonra çocuğunuz bu şeyleri yaptığında ve söylediğinde sizin genellikle hissettiğiniz duyguyu ya da takınacağınız davranış biçimini en yakın biçimde anlatan cevabı işaretleyiniz. Henüz çocuğunuzla tecrübe etmediğiniz bir davranış çeşidini anlatan bir kaç cümle bulmanız mümkündür. Bu gibi durumlarda, nasıl hissedeceğinizi ya da ne yapacağınızı düşünerek, en yakın şekilde anlatan cevabı işaretleyiniz.

Her maddeyi cevapladığınızdan ve her madde için bir cevabı işaretlediğinizden emin olunuz.

11. Benim huzur ve sessizlik istediğim bir anda çocuğum heyecanla bağırıp dans ettiğinde, ben:

a.sinirli hissederim.

b.çocuğumu neyin heyecanlandırıldığını bilmeyi çok isterim.

c.çocuğumu cezalandırıyormuş gibi hissederim.

d.çocuğumun bu hali geçtiğinde memnun olacağımı hissederim.

e.çocuğumun durmasını söyleyecekmiş gibi hissederim.

12. Gruptaki diğer çocuklar uslu davranırken çocuğum yaramazlık yaptığında, ben:

a.diğerleri gibi davranması için ona bakış atarım.

b.çocuğuma grup içerisinde uslu davranmanın önemli olduğunu söylerim.

c.diğerleri davranıştan rahatsız değilse çocuğumu rahat bırakırım.

d.çocuğumdan başka bir davranış önermesini isterim.

e.çocuğumun grubu rahatsız etmeden zevk alacağı başka bir davranış bulmasına yardım ederim.

13. Çocuğum benden başka birisine (öğretmen, arkadaş, akraba) daha çok düşkün gibi görüldüğünde, ben:

a.çocuğumun büyüdüğünün farkına varırım.

b.çocuğumun ilgisinin başka insanlara genişlediğini gördüğüme memnun olurum.

c.kırgın hissederim.

d.çocuğumun onun için yaptıklarını takdir etmediğini hissederim.

e.çocuğumun beni daha çok sevmesini dilerim.

14. Çocuğum bana danışmadan kararlar verdiğinde, ben:

a.bana danışmadığı için cezalandırırım.

b.çocuğumu kendi kararlarını vermesi için cesaretlendiririm.

c.çocuğumun kendi kararlarını vermesine izin veririm.

d. karar vermeden önce onunla konu hakkında konuşmamızı öneririm.

e.çocuğuma karar vermeden önce bana danışılması gerektiğini söylerim.

15. Çocuğum yaş grubunun bazı klasik aktivitelerine ilgi duymadığı zaman ben:

- a.her çocuğın değişik olduğunun farkına varırım.
- b.çocuğumun aynı aktivitelere ilgisinin olmasını dilerim.
- c.çocuğuma karşı hayal kırıklığı hissederim.
- d.çocuğumun ilgisini en çok çeken aktiviteleri bulması için ona yardım etmek isterim.
- e.çocuğumun ilgi duyduğu aktiviteler hakkında bilgi sahibi olmayı çok isterim.

16. Çocuğum aptalca davrandığında ve gülüp durduğunda, ben:

- a.onun nasıl hissettiğini bildiğimi söylerim.
- b.ona hiç ilgi göstermem.
- c.çocuğuma böyle davranmaması gerektiğini söylerim.
- d.çocuğumu pes ettiririm.
- e.çocuğuma bu şekilde hissetmenin normal olduğunu söylerim ama kendisini ifade etmenin başka yollarını bulması için ona yardım ederim.

17. Çocuğum ailesindense arkadaşlarıyla bir şeyler yapmayı tercih ettiğinde, ben:

- a.çocuğumu arkadaşlarıyla bir şeyler yapması için cesaretlendiririm.
- b.bunu büyümesinin bir parçası olarak kabul ederim.
- c.özel aktiviteler planlarım, böylece çocuğum ailesiyle olmak isteyecektir.
- d.arkadaşlarıyla buluşmasını azaltmaya çalışırım.
- e.çocuğumu ailesiyle kalmaya zorlarım.

18. Çocuğum benim önemli olduğunu düşündüğüm bir şeyde benimle aynı fikirde olmadığında, ben:

a.onu cezalandırmayı isterim.

b.çocuğum duygularını ve düşüncelerini ifade ederken özgür hissettiği için memnun olurum. c.çocuğumu benim dediğimin en iyisi olduğuna ikna etmek isterim.

d.çocuğumun kendi fikirlerinin olduğunun farkına varırım.

e.sinirli hissederim.

19. Gruptaki diğer çocuklar uslu davranırken benim çocuğum yaramazlık yaptığıında, ben:

a.çocuğumun her zaman grubundaki diğer çocuklar gibi davranmadığının farkına varırım.

b.utanmış hissederim.

c.çocuğumun duygularını ifade etmesi için en iyi yolları bulmasına yardım etmek isterim. d.çocuğumun diğerleri gibi davranmasını dilerim.

e.onun duyguları hakkında daha çok şey bilmek isterim.

20. Benim huzur ve sessizlik istediğim bir anda çocuğum heyecanla bağırıp dans ettiğinde, ben:

a.çocuğumun sessiz durması için bir şeyler veririm.

b.çocuğuma durmasını istediğimi söylerim.

c.çocuğumun sesini keserim.

d.çocuğumun neyin bu kadar heyecan verici olduğunu söylemesine izin veririm.

e.çocuğumu başka bir yere gönderirim.

21. Çocuğum benden başka birisine (öğretmen, arkadaşı, akraba) daha çok düşkün gibi görüldüğünde, ben:

- a. çocuğumun o kişiyle arkadaşlık etmesini azaltmaya çalışırım.
- b. çocuğumun bu gibi arkadaşlıklarına ben hazır olduğunu düşündüğüm zaman izin veririm. c. çocuğuma ne kadar iyi olduğumu hatırlatmak için özel şeyler yaparım.
- d. diğer kişi ya da kişilerin zayıf yönlerini ve hatalarını vurgularım.
- e. çocuğumu böyle arkadaşlıklara başlaması ve devam ettirmesi için cesaretlendiririm.

22. Çocuğum yüzüme öfke ve nefret dolu şeyler söylediğinde, ben:

- a. kızgın hissederim.
- b. çocuğumun bu hali geçtiğinde memnun olacağımı hissederim.
- c. çocuğum kendini ifade ederken özgür hissettiği için memnun olurum.
- d. çocuğumu cezalandırmak isterim.
- e. çocuğuma benimle bu şekilde konuşmamasını söylemek isterim.

23. Çocuğum benim önemli olduğunu düşünmediğim bir şeye aşırı ilgi gösterdiğinde, ben:

- a. çocuğumun kendi ilgi alanları olduğunu fark ederim.
- b. çocuğumun bu ilgisini en iyi şekilde gerçekleştirmesi için yollar bulmasına yardım etmek isterim. c. çocuğuma karşı hayal kırıklığı hissederim.
- d. çocuğumun ilgi alanları hakkında daha çok bilgi sahibi olmak isterim.
- e. çocuğumun onun için önemli olduğunu düşündüğüm şeylere daha çok ilgisinin olmasını dilerim.

24. Çocuğum bazı şeyleri grubundaki diğer çocuklar kadar iyi yapamadığında, ben:

- a. çocuğuma diğerleri kadar iyi yapmayı denemek zorunda olduğunu söylerim.

- b.onu denemeye devam etmesi için cesaretlendiririm.
- c.çocuğuma herkesin her şeyi iyi yapamayacağını söylerim.
- d.onun iyi yaptığı şeylere dikkat çekerim.
- e.çocuğuma iyi yaptığı aktiviteleri en iyi şekilde yapması için yardım ederim.

25. Çocuğum iki ya da daha fazla seçenekle karşılaştığında ve sadece bir tanesini seçmek zorunda olduğunda, ben:

- a.çocuğuma hangi seçeneği ve neden seçmesi gerektiğini söylerim.
- b.her bir seçeneğin avantaj ve dezavantajlarını belirtmem gerektiğini hissederim.
- c.onu akıllıca seçim yapmaya hazırladığımı ümit ederim.
- d.çocuğumu kendi seçimlerini yapması için cesaretlendirmek isterim.
- e.çocuğum için karar vermek isterim.

26. Çocuğum onun için önemli olduğunu düşündüğüm bir şeyi yapamadığında, ben:

- a.ona daha iyisini yapmak zorunda olduğunu söylerim.
- b.çocuğumun yapabildiği şeylerin en iyisini yapması için yardım ederim.
- c.çocuğumun bana yapabildiği şeylerden daha çok bahsetmesini isterim.
- d.çocuğuma herkesin her şeyi yapamayacağını söylerim.
- e.çocuğumu denemeye devam etmesi için cesaretlendiririm.

27. Çocuğum benim için önemli olduğunu düşündüğüm bir konuda benimle fikir ayrılığı yaşadığında, ben:

- a.çocuğuma benimle farklı görüşte olmaması gerektiğini söylerim.
- b.çocuğumu vazgeçiririm.

c.konuyu çocuğumun tarafından dinlerim ve eğer mantıklı görünürse fikrimi değiştiririm.

d.çocuğuma belki başka zaman onun istediği gibi yapabileceğimizi söylerim.

e.onun için en iyisini yaptığımı açıklarım.

28. Çocuğum bazı şeyleri grubundaki diğer çocuklar kadar iyi yapamadığında, ben:

a.çocuğumun her şeyi diğerleri kadar iyi yapamayacağını farkına varırım.

b.çocuğumun da yapabilmesini dilerim.

c.mahcup hissederim.

d.çocuğuma iyi yapabildiği şeylerde başarıyı yakalaması için yardım etmek isterim.

e.çocuğumun iyi yapabildiği şeyler hakkında daha çok bilgi sahibi olmak isterim.

29. Çocuğum eşyalarına vurup tekmelediğinde ben:

a.çocuğumu vazgeçiririm.

b.çocuğuma bu şekilde hissetmesinin normal olduğunu söylerim ama kendini ifade etmek için başka yollar bulmasına yardım ederim.

c.çocuğuma böyle şeyler yapmaması gerektiğini söylerim.

d.çocuğuma nasıl hissettiğini bildiğimi söylerim.

e.ona hiç aldırış etmem.

30. Çocuğum ailesindense arkadaşlarıyla bir şeyler yapmayı tercih ettiğinde, ben:

a.çocuğumun bizimle daha çok vakit geçirmesini dilerim.

b.gücenmiş hissederim.

c.çocuğumun ilgilerinin diğer insanlara genişlediğini gördüğüme memnun olurum.

d.çocuğumun bizi takdir etmediğini hissederim.

e.onun büyüdüğünün farkına varırım.

31. Çocuğum onu hayal kırıklığına sürükleyeceğinden emin olduğum bir şey yapmak istediğinde, ben:

a.onu hayal kırıklığıyla karşılaşmaya hazırladığımı umut ederim.

b.çocuğumun hoş olmayan olayları tecrübe etmek zorunda olmamasını dilerim

c.çocuğumun onu yapmasını engellemek isterim.

d.ara sıra böyle tecrübelerin onun için iyi olacağını farkına varırım.

e.bu tecrübeleri ertelemek isterim.

32. Çocuğum yaş grubunun bazı olağan aktivitelerine ilgi duymadığında, ben:

a.çocuğumun gruptaki diğer çocuklar gibi aynı şeylere ilgi duymasının önemli olduğunun farkına varmasına yardım ederim.

b.onun ilgisinin olduğu aktivitelere dikkat çekerim.

c.çocuğuma gruptaki diğer çocuklarla aynı şeylere ilgi duymamasının normal olduğunu söylerim. d.çocuğumun grubundaki diğerleri gibi aynı şeyleri yapmasını isterim.

e.çocuğuma ilgi duyduğu şeyleri en iyi şekilde yapması için yollar bulmasına yardım ederim.

33. Çocuğum benim önemli olduğunu düşünmediğim bir şeye aşırı ilgi gösterdiğinde, ben:

a.Çocuğumun bu ilgisinin üzerine gitmesine izin veririm.

b.çocuğumun bana bu ilgi gösterdiği şeyden daha çok bahsetmesini isterim.

c.çocuğumun bu ilgisini en iyi şekilde gerçekleştirmesi için yollar bulmasına yardım ederim. d.çocuğumu o şeye ilgisinden vazgeçirmek için her şeyi yaparım.

e.çocuğumun ilgisini daha değerli şeylere çekmeye çalışırım.



EK-4 ÇOCUK ANABABA İLİŞKİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki her bir ifadenin çocuğunuz ile ilişkinizi hangi derecede yansıttığını değerlendiriniz.

Aşağıdaki dereceleri düşünerek, her bir ifade için uygun rakamı yuvarlak içine alınız.

(1) Kesinlikle uygun değil (2) Pek uygun değil (3) Kararsızım (4) Oldukça uygun (5) Kesinlikle uygun

		Kesinlikle uygun değil	Pek uygun değil	Kararsızım	Oldukça uygun	Kesinlikle uygun
2	Çocuğumla ben sürekli olarak birbirimizle çatışma halindeyiz.					
3	Çocuğum iyi hissetmediğinde benim kendisini rahatlatmamı bekler.					
10	Çocuğum kendisi hakkındaki bilgileri içinden geldiği gibi paylaşır.					
12	Çocuğum bana kolaylıkla öfkelenebilir.					
16	Çocuğumun ne hissettiğini anlamak benim için kolaydır.					
17	Çocuğum beni bir ceza ve eleştiri kaynağı olarak görür.					
19	Çocuğum cezalandırıldıktan sonra bile kızgınlığını veya karşı koymasını sürdürür.					
21	Çocuğumla ilgilenmek enerjimi tüketiyor.					
23	Çocuğum kötü bir ruh hali içinde olduğunda, bizi uzun ve zor bir günün beklediğini biliyorum.					
24	Çocuğumun bana karşı duygularının ne olacağı önceden kestirilemez ya da her an değişebilir.					
25	Tüm çabalarıma rağmen çocuğum ile anlaşma biçimimizden hiç memnun değilim.					

27	Çocuğum benden bir şey istediğinde sızlanır ya da ağlar.					
28	Çocuğum bana karşı sinsice davranır ya da beni kullanır					
29	Çocuğum duygularını ve yaşantılarını benimle açıkça paylaşır.					
30	Çocuğumla etkileşimim, benim bir ebeveyn olarak kendimi etkili ve özgüvenli hissetmemi sağlar.					



EK-5 KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, **son bir haftadır** ne kadar rahatsız ettiğini yandaki derecelerden uygun olanını işaretleyerek gösterin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızın üstünü karalayın.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Oldukça Fazla	Ciddi Derecede
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	☐	☐	☐	☐	☐
2. Baygınlık, baş dönmesi	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edebileceği inancı	☐	☐	☐	☐	☐
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
5. Olayları hatırlamada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	☐	☐	☐	☐	☐
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	☐	☐	☐	☐	☐
8. Meydanlık (açık) alanlardan korkma duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceğini düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
11. İştahta bozukluklar	☐	☐	☐	☐	☐
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	☐	☐	☐	☐	☐
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	☐	☐	☐	☐	☐
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
16. Yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐

17. Hüzünlü, kederli hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
18. Hiçbir şeye ilgi duymama	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ağlamaklı hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
20. Kolayca incinebilme, kırılma	☐	☐	☐	☐	☐
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığını inanmak	☐	☐	☐	☐	☐
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	☐	☐	☐	☐	☐
23. Mide bozukluğu, bulantı	☐	☐	☐	☐	☐
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu inancı	☐	☐	☐	☐	☐
25. Uykuya dalmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme	☐	☐	☐	☐	☐
27. Karar vermede güçlükler	☐	☐	☐	☐	☐
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma	☐	☐	☐	☐	☐
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma	☐	☐	☐	☐	☐
30. Sıcak, soğuk basmaları	☐	☐	☐	☐	☐
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma	☐	☐	☐	☐	☐
32. Kafanızın birden bomboş kalması	☐	☐	☐	☐	☐
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar karıncalanmalar	☐	☐	☐	☐	☐
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak	☐	☐	☐	☐	☐
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerine toplamada) güçlük/zorlanma	☐	☐	☐	☐	☐
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık güçsüzlük hissi	☐	☐	☐	☐	☐
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
39. Ölüm ve ölmek üzerine düşünceler	☐	☐	☐	☐	☐
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	☐	☐	☐	☐	☐

41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği	☐	☐	☐	☐	☐
42. Diğerlerinin yanındayken kendini çok fazla gözlemek, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	☐	☐	☐	☐	☐
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	☐	☐	☐	☐	☐
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	☐	☐	☐	☐	☐
45. Dehşet ve panik nöbetleri	☐	☐	☐	☐	☐
46. Sık sık tartışmaya girme	☐	☐	☐	☐	☐
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
49. Yerinde duramayacak kadar gergin ve tedirgin hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
50. Kendini değersiz görme, değersizlik hissi	☐	☐	☐	☐	☐
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
52. Suçluluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐

EK-6 TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	1	2	3	4	5

YETİŞKİN-ÇOCUK ETKİLEŞİMİNDE EMPATİ ÖLÇEĞİ

Puanlama Formu

Puanlayıcı:	Video Kodu #:
--------------------	----------------------

Çocuğu Kabulü İletme: Kabulün/reddetmenin sözel ve sözel olmayan ifadesi

1. Duyguların Kabulünün Sözel ve Sözel Olmayan İletimi: “... ile gurur duyuyorsun.”, “...yı gerçekten sevdin.”, “... seni kızdırdı.” (ses tonu uygun olmalı)
2. Davranışı Sadece Sözel Olarak Fark Etmek & Kabul Etmek (izleme, güven verme): “Bunu o zaman aldın”, “...ya vuruyorsun.”, “...yı gerçekten bıçakladın.”
3. Toplumcul Konuşma ya da Konuşmama: “Anneler bunda iyi değillerdir.”, “Bunlar sevimli oyuncaklar.”
4. Hafif ve Orta Derecede Sözel Eleştiri: “Hayır, bu şekilde değil.”, “Daha dikkatli olmalısın!”, “Hile yapıyorsun.”, “Resmi mahvedeceksin.”
5. Güçlü Derecede Eleştirel Olma/Öğüt Verme/Reddetme: (Güçlü ses tonu) “Sana bunu diğer şekilde yapmanı söylemiştim.”, “Ne kadar aptalsın!”, “... söylemek hoş değil.” “Baş belası olan bir çocuk oluyorsun.”

Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama: Çocuğun yönlendirmesini takip etmek için davranışsal isteklilik (çocuğun davranışlarını kontrol etmek yerine)

1. Çocuğun Yönlendirmesini Takip Etme (hiçbir gerekli sözlü uyarı yok): “Benden... yapmamı istiyorsun.”, “...yapmam gerekiyor.”, “Benden ne istediğini göster...”(fısıltı tekniği.)
2. Çocuğun Yönlendirmesine İzin Verme; fakat bilgi isteme/ bilgi almaya gönüllü olma, övme: “Ne yapmalıyım?”, “Güzel.”, “Bunu vurabilirsin.”, “Doğru olanı yaptın.”
3. Yönlendirmeyi Ebeveynin Yapması (çocuğa nasıl yapacağını öğretme): “Bunun...olacağından emin misin?” “...yapabilecek misin görelim.”, “Acele etme ve amacını belirle, belki...daha çok işe yarar.”
4. Çocuğu Yönlendirme ya da Emir Verme (yeni aktivite başlatmak): “İlk önce bebeği oraya koy.”, “Niçin...yapmıyorsun?”, “Hadi... oynayalım.”, “... yı koyma.”

5. İkna Etme, İsteme, Yarıda Kesme, Müdahale Etme, Israr Etme: “Hayır, bunu al.”, “Bu kadar yeter.”, “Sana...yapmamamı söylemiştim.”, “Şunu ver!”

Oyuna Katılım: Ebeveynin çocuğun etkinliğine katılımı ve ilgisi (her zaman olumlu şekilde katkısı olmayabilir)

1. Tamamen İtaatkar (kullanılan nesnelerdense çocuğa karşı daha ilgili olma): Sözlü ve “gözler” ile katılım (ve fiziksel olarak, çocuk davet ettiğinde)

2. Yüksek Seviyede İlgi (çocuk yerine aktiviteye ilgi): Yetişkinler çocuğun tepkisine/davranışına dikkatini vermek yerine daha çok aktiviteye katılırlar.

3. Sınırdaki İlgi: Birlikte bir aktivite yok, ebeveyn dikkatine müdahale edilinceye kadar kendi aktivitesi ile meşguldür, bazen çocuğa tepki verir.

4. Kısmen Geri Çekilmiş/Endişeli: Nadiren dikkatini verir; fakat yorum yapmaz, çocuğun ihtiyaçlarını karşılamada başarısız olur; fakat çocuk istediği zaman karşılık verir.

5. Kendi İçine Çekilmiş/Soyutlanmış: Çocuk uzun süre göz ardı edilir, çocuk karşılık almak için tekrar etmelidir ya da harekete geçmelidir.

YETİŞKİN-ÇOCUK ETKİLEŞİMİNDE EMPATİ ÖLÇEĞİ (MEACİ)

Puanlama Formu

Puanlama için yönerge:

Puanlama her 3 dakikada bir minimum 6 kez yapılmalıdır: Puanlama geçmişe yöneliktir. (En yüksek puan = 1; En düşük puan = 5)

Çocuğu Kabulü İletme	1	2	3	4	5	6	Toplam Puan
En Yüksek Seviye Tepki Puanı							
En Düşük Seviye Tepki Puanı							
Ortalama Tepki Puanı							
Yorumlar:							
Çocuğun Kendini Yönlendirmesine Olanak Sağlama	1	2	3	4	5	6	Toplam Puan
En Düşük Seviye Tepki Puanı							
Yorumlar:							
Oyuna Katılım	1	2	3	4	5	6	Toplam Puan
En Özgün, Belirgin Seviye Puanı							
Yorumlar:							
TOPLAM EMPATİ PUANI							GENEL TOPLAM PUANI

ÖZGEÇMİŞ

Zümrüt GENÇ

A. EĞİTİM:

Lisans:

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji Bölümü, 2019, İstanbul

Yüksek Lisans:

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü, 2022, İstanbul

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Aile Danışmanlığı ve Eğitimi Bölümü, 2020, İstanbul

B. MESLEKİ DENEYİM:

Stajyer Öğrenci:

İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2019-2020

Çalıştığı Kurumlar:

Lena Psikoloji / İSTANBUL