



**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA SANAT TERAPİ**  
**UYGULAMASININ POZİTİF VE NEGATİF BELİRTİLER İLE**  
**ALEKSİTİMİ DÜZEYİNE ETKİSİ**

**Cemre GÜNAY**  
**Danışman: Prof.Dr. Selma DOĞAN**

**İstanbul - 2017**



**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA SANAT TERAPİ  
UYGULAMASININ POZİTİF VE NEGATİF BELİRTİLER İLE  
ALEKSİTİMİ DÜZEYİNE ETKİSİ**

**Cemre GÜNAY**

**Danışman: Prof.Dr. Selma DOĞAN**

**İstanbul – 2017**

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Program : Psikiyatri Hemşireliği  
Öğrenci No : 154204010  
Öğrenci Adı Soyadı : Cemre GÜNAY

**“Şizofreni Hastalarında Sanat Terapi Uygulamasının Pozitif ve Negatif Belirtiler ile Aleksitimi Düzeyine Etkisi”** isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 06/10/2017 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof.Dr. Besti ÜSTÜN  
(Üsküdar Üniversitesi)

*Besti*

Danışman : Prof.Dr. Selma DOĞAN  
(Üsküdar Üniversitesi)

*Selma Doğan*

Üye : Doç.Dr. Gül ÜNSAL  
(Marmara Üniversitesi)

*Gül Ünsal*

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Nilgün SARP  
Enstitü Müdürü

# ŞİZOFRENİ HASTALARINDA SANAT TERAPİ UYGULAMASININ POZİTİF VE NEGATİF BELİRTİLER İLE ALEKSİTİMİ DÜZEYİNE ETKİSİ

## ÖZET

Bu araştırma, şizofreni hastalarında “Sanat Terapi” uygulamasının hastaların pozitif ve negatif belirtileri ile aleksitimi düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü modelde yapılmıştır. Araştırma İstanbul Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya Nisan 2017 tarihinde kronik hasta kliniklerinde yatarak tedavi gören 51 şizofreni hastası dahil edilmiştir. Katılımcılar randomizasyon yöntemi ile yapılandırılmış sanat terapisi grubu (17), yapılandırılmamış sanat etkinliği grubu (17) ve standart bakım alan gruba (17) atanmıştır. Programdan önce her üç gruptaki katılımcılara “Sosyodemografik Veri Formu”, “Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)”, “Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)” uygulanmıştır. Yapılandırılmış Sanat Terapisi grubundaki katılımcılar 8 hafta süreyle, haftada iki gün 90 dakika sürecek şekilde ‘Sanat Terapi’ uygulamasına (dans-hareket, müzik-ritim, sinematerapi-şiir-biblioterapi, drama) alınmıştır. Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği grubundaki katılımcılar 8 hafta süreyle, haftada iki gün 90 dakika sürecek şekilde ‘Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği’ çalışmasına alınmıştır. Uygulama süresince yapılandırılmış sanat terapi grubundan dört, yapılandırılmamış sanat etkinliği grubundan dört kişi çalışmadan ayrılmıştır. Çalışmanın örneklemini 43 olarak belirlenmiştir. Program sonrası katılımcılara ön testte uygulanan ölçekler tekrar uygulanmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 paket programı kullanılarak, t-test, ANOVA, paired samples t test, post Hoc analizler Tukey testi ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Bulgular değerlendirildiğinde; her üç gruptaki katılımcıların sosyodemografik verileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatrik hastalık süresi, psikiyatri hastanesinde kalış süresi, sanatsal faaliyetlere ilişkin görüşler) benzer bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Uygulamadan önce, PANSS (PANSS genel, PANSS pozitif belirtiler alt grubu, PANSS negatif belirtiler alt grubu, PANSS genel psikopatoloji alt grubu) ve TAÖ (TAÖ genel, TAÖ-A, TAÖ-B, TAÖ-C)

puanları benzer bulunmuştur. Uygulamadan sonra yapılan ölçümlerde yapılandırılmış sanat terapisi grubundaki katılımcıların PANSS ve TAÖ genel ve alt grup puan ortalamaları; yapılandırılmamış sanat etkinliği grubuna ve standart bakım alan gruba göre anlamlı ölçüde düşmüştür ( $p < 0.001$ ). Ayrıca yapılandırılmamış sanat etkinliği grubundaki katılımcıların PANSS ve TAÖ genel ve alt grup puan ortalamaları standart bakım alan gruba göre anlamlı düzeyde gerileme göstermiştir ( $p < 0.001$ ). Standart bakım alan gruptaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonrası PANSS ve TAÖ genel ve alt grup puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p > 0.05$ ).

Sonuç olarak, Sanat Terapisi uygulamasının şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtileri ile aleksitimi düzeyini azaltıcı bir etkisi olduğu söylenebilir.

**Anahtar sözcükler:** Sanat Terapisi, Şizofreni, Pozitif ve Negatif Belirtiler, Aleksitimi, Hemşirelik.



# **THE EFFECT OF ART THERAPY IMPLICATIONS WITH POSITIVE AND NEGATIVE SPECIFIC SYMPTOMS AND ALEXITHYMIC LEVELS IN SCHIZOPHRENIA DISEASE**

## **ABSTRACT**

This study was conducted in a randomized controlled model to evaluate the effect of "Art Therapy" on patients' positive and negative symptoms and alexithymia levels in schizophrenic patients. Research was done at Istanbul Bakırköy Mazhar Osman Mental Health and Neurological Disease Training and Research Hospital. A total of 51 schizophrenic patients living inpatient treatment in chronic ill patients clinics were included in the study in April 2017. Participants were divided into three groups as art therapy group (17), unstructured art activity group (17) and standard care group (17) structured by randomization method. "Sociodemographic Data Form", "Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)" and "Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)" were applied to the participants in all three groups before the program. Participants in the Structured Arts Therapy group were given 'Art Therapy' (dance-movement, music-rhythm, cinematherapy-poetry-bibliotherapy, drama) for 8 weeks, two days a week for 90 minutes. Participants included to the Unstructured Art Activity group were taken to the 'Unstructured Art Activity' study for 8 weeks, 90 minutes two days a week. Four participants from the structured art therapy group and four from the unstructured art activity group leaved from research during the course of the application. The sample of the study was set as 43. After the program, the scales applied at pre-test to the participant were applied again.

T-Test, ANOVA, paired samples t test, post hoc analyzes Tukey test and chi-square tests were used in statistical evaluation of the data using SPSS 20.0 package program. When the findings are evaluated; sociodemographic data (age, gender, marital status, educational status, duration of psychiatric illness, duration of stay in psychiatric hospital, views on artistic activities) of participants in all three groups were found to be similar ( $p > 0.05$ ). Before applying, scores of PANSS (PANSS General, PANSS positive verbal subgroup, PANSS negative symptom subgroup, PANSS general psychopathology subgroup) and TAS (TAS General, TAS-A, TAS-B, TAS-C) were found to be similar. PANSS and TAI general and subgroup mean scores of participants in the art therapy

group structured in post-practice measures were found decreased( $p < 0.001$ ) compared to the unstructured art activity group and the standard care group. In addition, PANSS and TAS general and subgroup score averages of participants in unstructured arts activity group also showed a significant decline relative to the standard care group ( $p < 0.001$ ). Before and after the application there was no statistically significant difference between the PANSS and TAS general and subgroup mean scores of the participants in the standard care group ( $p > 0.05$ ).

As a result, it can be said that the application of Art Therapy is a reducing effect of positive and negative statements and alexithymia level of schizophrenia patients.

Key words: Art Therapy, Schizophrenia, Positive and Negative Symptoms, Alexithymia, Nursing.



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez sürecim boyunca desteğini, bilgi birikim ve deneyimlerini benden esirgemeyen ve fikirlerime her zaman değer veren değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Selma Doğan'a,

Araştırma süresince verdiği katkı ve desteğinden ötürü yardımcı danışmanım Uzm. Dr. Sevda Bağ'a,

Klinik deneyimlerini, birikimini ve zamanını hiçbir zaman esirgemeyerek gerek eğitim grubunda gerekse süpervizyon toplantıları dışında bana her zaman destek olan değerli hocam Sayın Doç Dr. Nurhan Eren'e,

Tüm samimiyetiyle ve klinik birikimi ile çalışma sürecime ve bana desteğini ve anlayışını esirgemeyen başta sorumlu hemşirem Betül Çirciolmak üzere tüm klinik meslektaşlarıma,

Verilerin analiz aşamasında yorulmadan bana destek veren sevgili Uzm. Dr. Serdar Ay ve meslektaşım Sevtap Ezer'e,

Araştırma süreci boyunca araştırmanın yapılabilmesi için şartları olgunlaştıran ve çalışmanın sağlıklı bir şekilde ilerlemesini sağlayan hastane yönetici hemşirelerime ve L bloklar çalışanlarına,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek oturumlar süresince kendilerinden çok fazla şey öğrendiğim çok değerli araştırma katılımcılarına,

Gerek bu bu zorlu süreçte gerekse hayatımın tüm sancılı dönemlerinde benden hiçbir zaman desteğini ve sabrını esirgemeyen sevgili aileme teşekkür ederim.

## BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih  
Adı  
Soyadı  
İmza

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	ii
<b>ABSTRACT</b> .....	iv
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	vi
<b>BEYAN</b> .....	
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	viii
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	xi
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	xii
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	xiii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	7
2.1. Şizofreni.....	7
2.1.1. Şizofreninin Tanımı, Yaygınlığı, Nedenleri ve Gidişi.....	7
2.1.2. Şizofrenide Klinik Belirtiler .....	12
2.1.3. Şizofreni ve Pozitif ve Negatif Belirtiler .....	13
2.1.4. Şizofreni ve Aleksitimi .....	15
2.1.5. Şizofrenide Kronikleşme, Tedavi ve Psikososyal Müdahaleler .....	19
2.2. Sanat Terapisi .....	24
2.2.1. Sanat Kavramı ve Sağaltıcı Özelliği .....	24
2.2.2. Sanatın Psikiyatride Kullanımı .....	26
2.2.3. Sanatın Psikoterapötik İşlevi .....	31
2.2.4. Sanat Terapisi Uygulama Adımları .....	35
2.2.5. Sanat Terapisi Çeşitleri .....	36
2.2.5.1. Müzik- Ritim Terapisi .....	36
2.2.5.2. Dans- Hareket Terapisi .....	39
2.2.5.3. Drama Terapisi .....	41
2.2.5.4. Bibliyoterapi- Sinematerapi - Şiir Terapisi.....	43
2.2.5.5. Görsel Sanatlar Terapisi.....	47

2.3.Şizofreni ve Sanat Terapisi .....	49
2.4.Sanat Terapisi ve Hemşirelik .....	53
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>57</b>
3.1.Araştırmanın Şekli .....	57
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı .....	57
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	57
3.4.Araştırmanın Değişkenleri .....	59
3.5.Verilerin toplanması .....	59
3.5.1.Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri Belirleme Formu.....	59
3.5.2.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği- (PANNS).....	59
3.5.3.Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20).....	60
3.6.Uygulama Programlarının Geliştirilmesi.....	61
3.6.1.Yapılandırılmış Sanat Terapi Programının Geliştirilmesi.....	61
3.6.2.Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği.....	63
3.7.Uygulama.....	64
3.8.Araştırmanın Etik Yönü.....	67
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	67
3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	67
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>68</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>87</b>
5.1.Katılımcıların PANSS Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	88
5.2.Katılımcıların TAÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	91
5.3.Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Birbiri İle İlişkisinin Tartışılması.....	94
<b>6. SONUÇLAR.....</b>	<b>99</b>
<b>7. ÖNERİLER.....</b>	<b>104</b>
<b>8. KAYNAKÇA.....</b>	<b>105</b>
<b>9.ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>132</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>133</b>
EK I-Sosyodemografik Veri Formu .....	133
EK II-Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) .....	135
EK III-Toronto Alekstimi Ölçeği-20 (TAÖ-20).....	137
EK-IV-MinimentalTest.....	138

EK-V-Yapılandırılmış Sanat Terapi Programı .....	139
EK-VI-Kurum İzin Belgesi.....	151
EK-VII-Etik Kurul İzin Belgesi.....	152
EK-VIII-Sanat Terapisine Giriş Eğitimi Sertifikası.....	153



<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>SF. NO</b>	
Tablo 1. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı	69	
Tablo 2. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	71	
Tablo 3. Katılımcıların Sanatsal Faaliyet Görüşlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı	73	
Tablo 4. Katılımcıların Program Öncesi ve Sonrası Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	75	
Tablo 5. Katılımcıların Program Öncesi ve Sonrası Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Grupları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	77	
Tablo 6. Katılımcıların Program Öncesi ve Sonrası Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması	79	
Tablo 7. Katılımcıların Program Öncesi ve Sonrası Toronto Aleksitimi Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması	81	
Tablo 8. Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu, Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Grubu ve Standart Bakım Alan Gruptaki Katılımcıların PANSS Genel Post Hoc Analizleri	83	
Tablo 9. Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu, Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Grubu ve Standart Bakım Alan Gruptaki Katılımcıların TAÖ Genel Post Hoc Analizleri	85	

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yapılandırılmış Sanat Terapi Programı ve Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Programı Uygulama Şeması.....66



## KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
APA	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
PANSS	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
TAÖ	Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS)
YST	Yapılandırılmış Sanat Terapi
YSE	Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği
SBA	Standart Bakım Alan



# 1.GİRİŞ

## 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Ruhsal bozukluklar tüm dünyada yaygın olarak görülen, bireysel ve toplumsal olarak önemli sorunlar yaratan ve şizofreni başta olmak üzere kronikleşme eğilimi olan hastalıklardır.

Şizofreni, ruhsal bozukluklar içinde en fazla yük oluşturan, bireylerde işlevselliğin azalması, bilişsel becerilerin gerilemesi şeklinde yeti kayıplarına yol açan, yaşam boyunca görülme sıklığı %1 olan ruhsal bir bozukluktur (Goldner et al. 2003, Newmen ve Bland 2001, Minzenberg et al. 2008). Orhan Öztürk'e göre şizofreni; negatif belirtiler sonucunda belirgin içe kapanma ile beraber, kişilerarası ilişkilerde, duygu, düşünce, davranışlar ve gerçeklik algısındaciddi bozulmalar gösteren psikotik bir bozukluktur. (Öztürk 2011).

Şizofrenide görülen pozitif belirtiler; düşünce içeriğinin (referans sanrılar, mistik sanrılar, etkilenme sanrıları, büyüklük sanrıları, kötülük görme sanrıları vb.), düşünce akışının (çağrışımlarda kopukluk, perseverasyon, teğetsel düşünme, kelime salatası, düşüncede bloklar vb.), algılamanın (görsel, işitsel, koku varsanları, yanılısamalar), kendilik algısının (depersonalizasyon, özdeşim kurma-taklit etme vb.) bozulması olarak sıralanmaktadır (Işık ve ark. 2008, Öztürk 2011, Sadock 2005). Negatif belirtilerise; aşırı içe kapanma, konuşma ve düşünce içeriğinde fakirleşme, soyut düşünce yetisinde bozulma, duygulanımda küntleşme, keyifsizlik, isteksizlik, temel yaşam faaliyetlerini gerçekleştireme, hareketlerde kısıtlılık olarak belirtilmektedir (Işık ve ark. 2008, Öztürk 2011, Sadock 2005). Pozitif belirtiler; bireylerin hastalık öncesi işlevlerinin bozulması ve yoğunluğunu ifade ederken, negatif belirtiler; normal işlevlerin kaybını veya azalmasını yansıtmaktadır (APA 2000). Işık'a göre; şizofreni hastaları, pozitif ve negatif belirtiler ile beraber kendilerini umutsuz, değersiz ve çaresiz hissetmektedir (Işık ve ark. 2008). Yıldız; pozitif ve negatif belirtilerin, sosyal becerilerin gerilemesine sebep olabileceğini, sosyalleşmeyi engelleyebileceğini ve bunların sonucunda sosyal açıdan izolasyonun gerçekleşebileceğini ifade etmektedir (Yıldız 2004). Pozitif ve negatif belirtiler, şizofreni hastalarının günlük yaşamda bir konuyu konuşabilmek, tartışma yürütebilmek, fikir

üretebilmek, organize edilemek, duygu ifade edebilmek gibi alanlarda yetersizlik yaşamalarına sebep olmaktadır.(Liddle 1987, Fenton et al. 1992).

Aleksitimi, şizofreni hastalarında görülen klinik belirtilerden biridir. Aleksitimi, duyguların yokluğu veya ifade edilememesi olarak tanımlanmaktadır ve bilişsel süreç ile duyguların düzenlenmesinde bir eksikliğin göstergesi olduğu ifade edilmektedir (Yurt 2006). Şizofrenik bireylerde aleksitimi kendisini; duyguları tanımlayamama, bedensel farkındalığın olmaması ve ayırtılamaması, duygusal mimik ve sözel tepkinin verilememesi, hayal kurmada güçlüklerin yaşanması olarak gösterebilmektedir(Bagby et al. 1986,Sifneos 1988, Taylor, 1991). Çeçen'e göre; aleksitimi ile beraber duygu ve düşünce ayırımını yapmak zorlaşmaktadır. Bunun sonucunda, duygu ifadesi olmaksızın sadece düşünceler ifade edilmektedir (Çeçen 2002). Parker, aleksitimik hastaların sağlıklı bireylere göre, strese dayanma gücünün ve uyum kapasitesinin daha az olduğunu savunmaktadır (Parker 2001). Şizofrenik bireylerin aleksitimik belirtiler ile beraber duygularını ifade edemedikleri, bunun sonucunda kendilerini toplumdan izole ettikleri düşünülmektedir(Bagby et al. 1986).Şizofrenik hastalarda duyguları tanımlayamama ve ifade edememeninhastalarda yetersizlik hissini arttırdığını ifade etmektedir.

Pozitif ve negatif belirtiler ile aleksitimi şizofrenik hastalarda; kronikleşmeye, işlevselliğin azalmasına, yeti yitimine, benlik saygısının düşmesine, kişiler arası iletişimin gerilemesine, temel yaşam ihtiyaçlarının karşılanamamasına, çatışmaların tek başına yönetilememesine, değersizlik hissine ve toplumsal izolasyona sebebiyet verdiğinden, bu belirtilerin yatıştırılması önemlidir.

Şizofreni tedavisinde kullanılan en yaygın yöntem ilaç tedavisidir. Yapılan çalışmalar antipsikotiklerin; akut alevlenmeyi, relapsları ve yineleyici hastane yatışlarını önlediğini fakat sosyal becerilerde gerilemeyi, toplumsal işlevsellikteki bozulmayı, bilişsel ve rezidüel belirtileri, iş yaşamındaki kayıpları önleyemediğini ortaya koymaktadır (Doğan 2002, Yıldız 2004). İlaç tedavisi ile hastalığın pozitif semptomları baskılanmasına yardımcı olurken, kalıntı ve negatif semptomların değişmeden kalabildiği ifade edilmektedir (Marder et al. 1996, Schooler 2006). Farmakoterapinin vazgeçilmez olmasıyla beraber, psikososyal tedavilerin de prognozun gidişi üzerinde farklı boyutlarda etkili olduğu yapılan araştırmalar ile kanıtlanmıştır(Üçok ve ark. 2002, Mueser et al. 2013, Bellack et al. 1993, Yurt 2006). Psikososyal tedavilerin önemi her geçen gün artmaktadır. Psikososyal müdahalelerin, sosyal etkileşim, duygu dışavurumu ve

şizofrenide yinelemeleri (relapsları) azalttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Üçok ve ark. 2002, Tekin 2011, Fenton et al. 2000). Sonuç olarak; literatür tek yöntemli sağaltımın yetersiz kalacağını ve birden fazla yöntemin bir arada kullanılarak bütüncül bir tedavi yaklaşımının yararlılığını vurgulamaktadır ( Artal ve Sherman 1998, Thachuk ve Martin 1999 ).

Sanat terapi (müzik terapi, resim terapi, dans-hareket terapisi, şiir terapi, sinema terapi, biblioterapi, drama terapi vb. ) uygulanan psikosoyal müdahalelerden biridir Amerikan Sanat Terapi Topluluğu'na göre sanat terapi; bireyin duygularını ifade etmesi, çatışmalarını çözümlenebilmesi, bireysel yaşantısını, bağımlılıklarını kendisi yönetebilmesi, içgörü kazanabilmesi, sosyal becerilerini ve kişilerarası iletişimi geliştirebilmesi adına; uygulayıcı kişi tarafından sanatı kullanarak yaratıcı süreçleri keşfederek düzenleyen ruh sağlığı alanıdır (AATA 2014). Wadeson, sanat terapinin; ego sınırlarını oluşturma, destekleme, gerçeklik algısını oluşturma, duyguların tanınmasını sağlamada etkili bir yöntem olabileceğini savunmuştur (Wadeson 1980). Mülayim, sanat terapi uygulamasının; motor, bilişsel, algısal, duygusal, fiziksel, spiritüel ve sosyal alanlara katkıda bulunduğunu bu sayede kronikleşmesinin engellenerek işlevselliğin arttığını ifade etmiştir (Mülayim1994).

Sanat terapinin astım, kanser diyabet, böbrek yetmezliği gibi fiziksel rahatsızlıklarda yaygın olarak kullanıldığı ve etkili sonuçlar verdiği bildirilmektedir (American Art Therapy Bibliography, 2015; Monti 2006, Bruscia et al. 2007).Sanat terapinin psikiyatri hastalarında kullanıldığı bazı çalışmalarda; toplumsal işlevsellik, pozitif ve negatif semptomlar, duygu dışavurumu, kişilerarası iletişim, depresif semptomlar, agresyon, benlik saygısı, ilaç yönetimi, hastaneye yineleyici yatışlarda anlamlı sonuçlar bulunmuştur (Sarandöl 2013, Coşkun 2010, Crawford 2010, Chandriah 2012, Meng 2010, Smeijsters 2006).Literatürde, Şizofreni hastalarının tedavisinde özellikle tek yöntemin (dans terapi, müzik terapi, sinematerapi vb.) kullanıldığı sanat terapi çalışmaları bulunmaktadır. Tekin K. (2011) şizofreni hastaları ile sinematerapi uygulaması sonrasında, aleksitimi düzeyinin anlamlı ölçüde gerilediğini belirtmiştir (Tekin, 2011). Kavak F. Ve ark. şizofreni hastaları ile müzik terapi ve gevşeme egzersizleri çalıştığı araştırmada, hastalık belirtileri ve depresif belirtilerin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Kavak ve ark. 2015). Sanat terapinin eklektik (farklı sanat dallarının bir arada kullanıldığı) uygulandığı ve doğrudan sanat terapi etkililiğini ölçen sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Birçok sanat alanının bir arada kullanıldığı terapi

yöntemi hastaların ilgi alanlarının zenginleştirilmesi yönünden daha fazla katkı sağlayabilir Greenwood ve arkadaşlarının 46 kronik şizofreni hastasıyla yaptığı randomize kontrollü çalışmada; 10 seanslık sanat terapisi uygulaması sonunda deney grubunun benlik saygısında anlamlı artış olduğu belirlenmiştir (Greenwood et al. 2007). Meng ve arkadaşlarının 86 kronik şizofreni hastası ile 15 hafta boyunca, haftada iki kez sanat terapi çalıştığı çalışmada; deney grubunda kontrol grubuna göre hastalık belirtilerinin azaldığı, sosyal işlevselliğinin arttığı belirlenmiştir (Meng et al. 2010). Richardson ve arkadaşları; standart bakıma ek olarak 12 haftalık sanat terapi oturumlarına dahil edilen şizofreni hastalarında negatif belirtilerin azaldığını belirlemiştir (Richardson et al. 2007). Ülkemizde bu alanda yapılan ve ulaşılan tek çalışma, Sarandöl ve arkadaşlarının Türkiye'de yaptığı şizofreni hastaları ve hasta yakınları ile sanat terapi uygulamasında (müzik enstrümanları çalma, öykü yazma, resim yapma, kille oynama, doğaçlama çalışmaları), grup üyelerinin bireysel ve toplumsal işlevselliklerinin arttığı, hastalık negatif ve depresif belirtilerin ise gerilediği sonucunu elde etmiştir (Sarandöl ve ark. 2013).

Psikiyatri hemşireleri, holistik bakış açısıyla; ruhsal hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi ve rehabilite edilmesi basamaklarının tamamında aktif görev almaktadır. Klinisyen psikiyatri hemşireleri; yatan hasta gruplarının sağlığını geliştirmede, kişilerarası iletişimi güçlendirmede, sosyalizasyonun sağlanmasında birincil olarak sorumludurlar ( Challagan 2004, Faulkner ve Biddle 2002 ). Hemşirelik kuramcılarında Peplau; davranış, düşünce ve duygulanımı hemşirelik uygulamaları ile açıklayarak, hastaların başa çıkma mekanizmaları hususunda hemşirelerin önemli sorumlulukları olduğundan bahsetmiştir (Tomey ve Alligood 1998, Velioglu 1999). Amerikan Hemşireler Birliği; psikiyatri hemşireliğini 'sanat olarak kendiliğın amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir” şeklinde tanımlamıştır (Varcarolis ve Halter 2009).

Çalışma alanı insan olan hemşireliğin merkezinde yer alan bakım kavramı dinamik etkileşimler temelinde değişim için yaratıcı girişimler ve psikososyal müdahalelerde bulunmayı gerektirir (Altıok ve ark. 2011, Eren 2015). Hemşireler psikososyal müdahalede bulunurken hastayı değerlendirme, ihtiyaçlarını giderebilme, danışmanlık yapma sorumluluklarına sahiptir (Kocaman 2005, Legg 2011, Hellwig 1996). Psikiyatri hemşireleri, klinik içinde hastalar ile en çok bir arada bulunan ve

hastaları en çok tanıyan meslek grubudur. Ayrıca; psikiyatri hemşirelerinin sanat terapi gruplarını yönetmenin yanı sıra; hastaları bu gruplara yönlendirme, takip etme ve kendi becerilerini geliştirme alanlarında da sorumlulukları bulunmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, hemşirelik müdahaleleri sınıflamasında (NIC) bulunan sanat terapi uygulamalarını farmakoterapi ile harmanlamak ve hastanın yaratıcı dinamiklerini harekete geçirmek için kritik bir konumdadır. Günümüzde klinisyen hemşireler, sanat alanından gelen profesyoneller ile multidisipliner bir şekilde çalışmakta ve yaratıcı sanat terapi faaliyetlerine bakımlarında yer vermektedir (Coşkun ve ark. 2010, Karaca ve Eren 2014, Italia et al. 2008). Sanatın terapötik kullanımı hemşirelerin uygulamada yetenek ve görev tanımını kapsayıcı bir uygulamadır ve hemşirelik bakımının kalitesini arttıran önemli bir alandır (Eren 2015).

Sonuç olarak; ülkemizde halen şizofreni hastalarının tedavi gördüğü kliniklerde ağırlıklı olarak psikofarmakolojik uygulamaların kullanıldığı, bununla beraber uygulanan psikososyal müdahalelerin ve sanat terapi uygulamasının sınırlı olduğu bilinmektedir. Literatürde rastlanan, yurtdışında yapılmış olan sanat terapi çalışmalarının büyük çoğunluğunda ise; metodolojik problemler içermesi, tek sanat unsuru kullanılması (sadece müzik, dans, resim vb. branşların kullanılması), randomize kontrollü olmaması, kontrol grubu olmaması, örneklem boyutunun küçük olması, oturum sayısının az olması gibi eksiklikler dikkat çekmektedir (Reynold et al. 2000, Leedy ve Ormand 2005, Sarah et al. 2005, Sarandöl ve ark. 2013). Bu çalışma bahsedilen nedenlerden dolayı, hastaların farklı ilgi alanlarına hitap edebilecek karma bir sanat terapi programının uygulanması ve şizofreni hastaların tedavi gördüğü kliniklere entegre edilmesi gerektiği düşüncesinden yola çıkarak yapılmıştır. Bu çalışma ile, kliniklerde yapılandırılmış sanat terapi programının hastalık belirtilerinin gerilemesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Araştırma; şizofreni hastalarında sanat terapisi uygulamasının pozitif ve negatif semptomlar ile aleksitimi düzeyine etkisini ortaya koymak amacıyla randomize kontrollü olarak yapılmıştır.

### 1.3.Araştırma Hipotezleri

H 1-Yapılandırılmış Sanat Terapisi uygulanan şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirti puanları yapılandırılmamış sanat etkinliğine katılan ve standart bakım alan hastaların puanlarından daha düşüktür.

H 2-Yapılandırılmış Sanat Terapisi uygulanan şizofreni hastalarının aleksitimi puanları yapılandırılmamış sanat etkinliğine katılan ve standart bakım alan hastaların puanlarından daha düşüktür.

H 3-Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği uygulamasına katılan şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtileri standart bakım alan hastaların puanlarından daha düşüktür.

H 4- Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği uygulamasına katılan şizofreni hastalarının aleksitimi puanları standart bakım alan hastaların puanlarından daha düşüktür.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Şizofreni

#### 2.1.1.Şizofreninin Tanımı, Yaygınlığı, Nedenleri ve Gidişi

Şizofreni; benlik sınırlarının silikleştiği, içsel ve dışsal gerçekliğin birbirine karıştığı, duygulanım, davranış, biliş, algılama, kişilerarası ilişkiler, iş yaşamı ve sosyal işlevsellik gibi alanlarda bozulma ile karakterize yineleyici relapslarla süregiden kronik klinik bir sendromdur (Özütek 2005, Doğan 2002). Biçimsel olarak bireyden bireye farklılık gösterebilir, ancak seyir genelde ağırdır ve uzun sürelidir. Şizofreni, hastalıktan etkilenen birey, bakım veren aile ve yaşadığı toplum açısından gözle görülür bir etkiye sahiptir ve dünyada önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir (Buchanan ve Carpender, 2007, Özütek 2005).

Şizofreni tüm toplumlarda en sık görülen bozukluklardan birisi olmakla beraber etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Sıklık ve yaşam boyu görülme yaygınlığı üzerine çok çeşitli veriler bulunmaktadır. Yapılan çalışmalara göre; bilinen bu çeşitliliğe rağmen tüm dünyada yaygınlık oranı benzerdir (Barbato 1998, Buchanan ve Carpenter 2007, Sadock ve Sadock 2005, Alper ve ark 1990, Kültür ve ark. 1997, Öztürk 1990, Sungur ve ark. 2001).

Şizofreni insidansı (sıklık) üzerine pek çok araştırma yapılmıştır ve sonuçları % 0.04- 0.07 aralığında değişkenlik göstermektedir. Morbidite riskinin (yaşam boyu hastalanma riski) 15-45 yaş aralığında % 1 civarında olduğu saptanmaktadır. Prevelans (yaygınlık) oranlarının toplumlara göre ciddi değişiklikler gösterdiği ve ABD'de yapılan büyük çaptaki araştırma sonucuna göre; % 0.6- 1.9 aralığında, Amish topluluğunda % 0.03, İrlanda'da; %0.33, Finlandiya'da; %0.13, İsveç'te % 0.17 dolaylarında olduğu belirtilmiştir (Andreasen 1991, Jablensky 1993, Tsuang 1999).Dünya Sağlık Örgütü verileri; Avrupa ve Asya'da şizofrenik bozukluğun görülme sıklığının % 0.085 olduğunu söylemektedir. Tüm dünyada toplam 1.5- 3 milyon civarında şizofrenik hastanın olduğunu bildirmektedir (World Health Organization 1979).Ülkemizde ise yıllık yaygınlığın; %1, yaşam boyu görülme riskinin ise; %1.4 olduğu belirtilmektedir. Binbay T. ve ark. A göre; Türkiye'de şizofreni ve psikotik bozukluklar üzerine yapılan

epidemiyolojik çalışma sayısı yeterli değildir (Binbay ve ark. 2009). Bölgesel araştırmalarda; Binbay ve ark. İzmir kent merkezinde yaptığı taramaya göre şizofrenik bozukluğun yaygınlık oranı %0.74 olarak bulunmuştur (Binbay ve ark. 2012). Arıhan AG. nin Sivas ilinde yaptığı çalışmasında ise; şizofreninin bir yıllık ve yaşam boyu yaygınlığının %0.5 dolaylarında bulunduğu ifade edilmiştir (Arıhan 1998). Epidemiyolojik olarak risk etkenleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, doğum mevsim, göç, toplumsal sınıf, stres verici yaşam olayları olarak sıralanmaktadır (Binbay ve ark. 2012).

Çağlar boyunca çeşitli tanımlamaları yapılmış ve pek çok bilimsel çalışmaya konu olmuş olan şizofrenik bozukluğun oluş nedenleri kesin olarak saptanamamıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Hastalığın etiyojisinde birden fazla faktörün etkisi olduğu düşünülmektedir. Literatürde oluş sebepleri arasında; biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin ortak etkileri yer almaktadır (Işık ve ark. 2008).

Şizofrenik bozukluk ve genetik ilişkisini kanıtlayan çalışmalar gün geçtikçe çoğalmaktadır. Sonuçlar, yakını şizofreni olan insanların, toplumun geneline göre şizofreniye yakalanma riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Andreasen ve Black 2006, APA 2006). Araştırmalar sonucunda; anne ya da babadan birisinin hasta olma durumunda çocuklarda riskin; %12.5- 13.8 arasında olduğunu, hem anne hem de baba hasta ise; %35- 46, anne ve baba sağlıklı, kardeşlerden birisi hasta ise; %6.7- 8.2, birinci dereceden bir akraba hasta ise riskin ; %8- 10 dolaylarında olduğu ortaya konmaktadır (Ketty ve Mathysse 1988, Leach ve Cherer 1992, Moldin ve Gottesman 1997).

Anormal beyin biyokimyasında gözlenen bozulmalar, 19. yüzyıl başlarında bazı teorisyenler tarafından 'kimyasal rahatsızlık' olarak ifade edilmiştir (Townsend, MC. 2010). Araştırılan nörotransmitter sistemleri dopamin, serotonin, glutamat, norepinefrin ve gama amino bütirik asit (GABA)'in artışı üzerinde yoğunlaşmaktadır (Keltner ve ark. 1995, Kültür ve Mete 1997, Özpoyraz ve Taman 1998, Öztürk 1990, Sungur ve ark. 2001). Şizofrenik hastalarda beyin anomalilerinin mevcut olduğu açıkça ifade edilmiştir. En belirgin bulgu yan ventriküllerde genişleme ve kortikalatrofinin olmasıdır. Şizofrenide frontal bölge kan akımında ve glikoz metabolizmasında azalma tartışılan bulgular arasındadır (Black ve Andreasen 2003, Köroğlu 2004, Güney 2000, İçen 2005, Lehman ve Steinwachs 1998).



Fiziksel koşullarla ilgili yapılan araştırmalarda ise şizofreni ile epilepsi, doğum travması, huntingon, kafa yaralanması, alkol alımı, limbik sistem serebral tümörü, prematüre doğum, düşük ağırlıklı doğum, düşük baş çevresi, Rh uyuşmazlığı gibi obstetrik komplikasyonları, parkinsonizm ve Wilson hastalığı arasında ilişkinin bulunduğuna dair sonuçlar elde edilmiştir (Jablensky, Kirkbride ve Jones 2011, Brown 2011, Işık 2008, Rosso ve Cannon 2003). Pek çok çalışmaya göre, sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması şizofreni görölme riskini arttırmak (Ho et. al. 2003, Binbay ve ark. 2012, Goldberg ve ark. 2011).

Biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörler kombinasyonu tanımlanan stres-yatkınlık modeline göre, genetik yatkınlığı olan birey stresli bir durumla karşılaştığında şizofrenik belirtiler gelişmektedir. Yatkınlık veya stres; biyolojik veya çevresel olabilmektedir (Sadock ve Sadock 2004, Koroğlu 2004).

Klasik psikoanalitik kurama göre; şizofrenik bozukluğu olan bireylerde libido gelişimi çeşitli sebeplerle narsisistik düzeyde kalır. şizofrenik tablo, birincil narsisizm döneminde bireyin çevre ile yaşadığı çatışma ve engellenmelere verdiği regresif cevap ile olur. İlerleyen gelişim dönemlerinde ilkel düzeye gerileyen ego ve libido dış gerçekliklerden koparak özbenliğe (self) çekilir (ikincil narsisizm). Libidonel enerjinin dış nesnelere geri çekilip bireyin i dünyasına yatırılması sonucunda, bu nesnelere silikleşip yok olmaya başlar ve iç- dış dünya arasındaki sınır kaybolur. Dış gerçekliğe tekrar ulaşabilme çabası ise varsanı ve hezeyanları ortaya çıkarmaktadır. (Sadock ve Sadock, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2011; Işık ve ark 2001; Öztürk 1991).Ego psikolojisi kuramcıları; şizofreniyi 'hatalı ego sınırı' ile ilişkilendirmişlerdir. Benliğin bireyin evrendeki varlığını hissetmesi ile alakalı olabileceği savunulmaktadır. (Sadock ve Sadock, 2005; Işık ve ark 2001). Kişiler arası okul kuramcıları başta Sullivan olmak üzere; şizofreni ile ilgili aile içi iletişim ve anne baba özelliklerini incelemişlerdir. şizofrenik annelerin anksiyöz yapıları, bebeklerinde kaygılı benlik oluşumuna, ihtiyaçlarının giderilmemesine ve tahammül edilemeyen duygulardan kaçınmak için şizofrenik tablo ortaya çıkmasına sebep olduğu ifade edilmiştir (Sadock ve Sadock, 2005; Işık ve ark 2001, Lidz ve ark. 1966, Özpoyraz ve Taman 1998). Nesne ilişkileri kuramı savunucuları; şizofrenik bozukluğun bazı bireylerdepotansiyel olarak var olduğunu savunmaktadırlar. Bu bireyler paranoid döneme takılı kalırlar ve erişkinlik dönemde başedilemeyen stresle beraber paranoid döneme geri döner ve paranoid anksiyete yaşarlar. Savunucular, bunun sonucunda dış gerçeklikten koparak yansıtımlı

savunmaların kullanıldığı şizofrenik bir sürece girerler ifadesinde bulunmuşlardır (Sadock ve Sadock, 2005; Işık ve ark 2001, Mishler ve Wxler 1966, Bateson Jackson ve ark. 1956).

Şizofreni prognozunun ülkeden ülkeye farklılıklar gösterdiği bilinmektedir. Nöroleptiklerin ortaya çıkmasından sonra prognozun iyi yönde geliştiği ifade edilmektedir. Gidiş ve prognoz kişisel farklılıklarla değişebilmektedir. Prognozu ifade etmede olumlu ve olumsuz bazı faktörler olduğu göz ardı edilmemelidir (Işık 2008).

Hastalık öncesinde sağlıklı bir kişilik yapısı olması (sevebilme, üretebilme, kişiler arası ilişkileri sürdürebilme), zeka düzeyinin normalin altında olmaması, eşlik eden herhangi bir beyin patolojisi olmaması, ailenin olumlu duygu dışı vurumu, hastane yatış sıklığının az olması, tedaviye uyumlu olunması, hastalığın konfüzyon ve apatik bulgularla başlaması, hastalığın erken ya da geç başlangıçlı olmaması, prenatal komplikasyonların olmaması, soygeçmişte şizofreni öyküsünün olmaması, cinsiyetin kadın olması, medeni durumun evli olması, düşük sosyoekonomik düzeyin olmaması, hastalık başlangıcının akut- alevli olması, hastalığın başlangıcında bir stresörün varlığının olması, nörokognisyonun olması, semptomların ego- distonik olması, ailenin hastalık ve tedaviye karşı tavrının destekleyici olması, tedaviye erken dönemde başlanması, güvenli ve yapılandırılmış bir çevrede olması, iyilik halinin (remisyon) uzun sürmesi, fiziksel açıdan iyilik halinde olması, pozitif belirtilerin olması, geleceğe dair amaç ve umut içerikli söylemlerin olması ve dengeli yaşam koşullarının olması olumlu prognoz göstergeleri arasında yer almaktadır (Murray 1996, Ho et al. 2004, Fenton ve McGlashan 1991, Johnstone 1999, Meltzer ve Fatemi 2003, Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Şizofreni farklı gidiş ve sonlanım göstererek çoğunlukla ciddi yeti yitimine yol açmaktadır. Kronikleşerek devam eden hastalık sürecinde tekrarlayan aktif psikotik ataklar olduğu ifade edilmektedir. Bu ataklar ya kendiliğinden ya da sağaltım yoluyla yatışmaktadır. İlk epizodda erken müdahale ve gerekli sağaltım sonucunda olumlu yanıt alınsa da uzun vadede defisiter sendromun varlığı engellenememektedir. Süreç, ataklar ve remisyon halleri olarak ilerlemektedir. Ataklar arttıkça hastalık süregelenleşmesi de artmaktadır. Nükslerle beraber seyreden şizofrenik bozuklukta; pozitif belirtilerin genelde ilk beş yıl içinde yatıştığı sosyal desteğe bağlı olarak düzeyi değişen negatif belirtilerin yaşam boyu sürdüğü ifade edilmektedir (Coşar 1998, Fidaner 1998, Gaebel ve Pietzcken 1987, Hirsch ve Bristow 1993, Lieberman ve Sobel 1993, Hafner 2003, Işık

2001, Öztürk 2001, Çam ve ark. 2014). Şizofreni özkıyım, fiziksel rahatsızlık ve erken ölüm riskini arttırmaktadır. Şizofreni hastalarının diğer bireylere göre yaşam ortalamasının on yıl azaldığı bilinmektedir. Bununla beraber yıllarca ağır şizofrenik bozukluk tanısı ile takip edilip, orta veya iyi derecede sosyal, aile ve iş uyumu yaparak iyilik hali gösteren hasta oranı oldukça iyimser bir tablo çizmektedir. Yapılan izlem çalışmalarına göre bu oran yaklaşık %30 ila 40 arasındadır (Cancro ve Lehmann 2000, Carpenter 1987, Gaebel ve Pietzcken 1987, Hirsch ve Bristow 1993, Goldstein 1987, Harding et al. 1987, Liberman ve Sobel 1993, Meltzer ve Hossein 2000, Mintz et al. 1987, Öztürk ve ark. 1987). Şizofrenik bozuklukta genel tıbbi duruma (solunum hastalıkları, kalp- damar hastalıkları, enfeksiyonlar vb.) veya kazalara bağlı gerçekleşen ölümler toplumun diğer bireyelerine göre daha sık gözlenebilmektedir (Kirkpatrick et al. 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Şizofrenide bir başka önemli ölüm nedeni özkıyımdır. Özkıyım şizofreninin alevli dönemlerinde, aniden gerçekleşebilen bir eylem olabilmektedir. Özkıyım eylemi tuhaf ve anlaşılamayan yöntemlerle gerçekleşebilmektedir. Bazen çaresizlik ve negatif belirtilerin etkisindeyken planlanan eylem, bazen de atak döneminde pozitif semtomların etkisi olan hezeyanlara kulak verilerek gerçekleşebilmektedir (Kirkpatrick et al. 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

#### DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisi (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1) Sanrılar

2) Varsanılar

3) Dezorganize konuşma (örneğin sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılma konuşma).

4) İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı

5) Negatif (silik) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama) (DSM-IV, 2013).

### 2.1.2.Şizofrenide Klinik Belirtiler

Şizofrenik bozukluk farklı belirtilerle ortaya çıkabilmektedir. Sosyal içe çekilme ile sinsi bir biçimde baş gösterebileceği gibi, kendi kendine güleme, konuşma, bağırma gibi acayip davranışlar ile de ortaya çıkabildiği bilinmektedir. Bazı bireylerde; alevli sanrılar, saldırgan başlangıçlar gözlenirken, bazılarının başlangıç tablosunda; kendilik ile aşırı uğraşma, çeşitli obsesyonlar veya hipokondriyak belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Kültür, Mete ve Erol, 2007; Işık 2008).

Hastalığın başlarında; korku ve zihin bulanıklığı (konfüzyon) tablosu daha yoğun gözlenmektedir. Bunun sebebi hastalıktan kaynaklı olarak gerçeklik algısının yitirilmesidir. Dış gerçekliğin dışında gelişen süreci anlamlandırmak için psikotik duygu, düşünce ve davranış modeli oluşturulmaktadır. Belli bir süre sonunda mücadele bırakılır ve dış gerçeklik olmaksızın iç dünyada oluşan yaşantı gerçek kabul edilmektedir. Genellikle pozitif belirtilerin eşlik ettiği bu dönemde, başlangıç klinik seyri oluşmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004; Kültür, Mete ve Erol, 2007).Hastalığın ilerleyen aşamalarında; yoğun psikotik belirtiler silikleşerek, daha regresif ve düzensiz duygu, davranış ve düşüncelerle yer değiştirmektedir. Bu aşamada negatif belirtiler hastalık sürecine eşlik etmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004; Kültür, Mete ve Erol, 2007, Işık 2008).

Bleuler şizofreni belirtilerini temel belirtiler ve ikincil belirtiler olarak iki gruba ayırarak sınıflandırmıştır. Temel belirtileri; duygulanımda (affect) bozukluk, çağrışımlarda (association) bozukluk, ambivalans (zıt duyguların aynı anda bulunması), otizm (autizm), bilinç oryantasyon ve bellekte bir bozukluğun bulunmaması olarak tanımlamıştır. İlk dört belirti 4A belirtisi olarak literatüre geçmiştir. İkincil belirtileri ise; düşünce içeriğindeki hezeyanlar, varsanılar ve devinimdeki bozukluklar (katatoni, katelepsi, garip mimikler vb. ) olarak tanımlamıştır (Bleuler 1911, Zinkin 1955, Öztürk 2001 ).

Pozitif ve negatif belirtilerin dışında bilişsel, işlevsel, öznel ve affektif belirtilerin de olduğu belirtilmektedir. Affektif belirtiler içine; anksiyete, intihar fikirleri, suçluluk duygusu, disfori, bilişsel belirtilere ise; dikkat, öğrenme, soyut düşünme yetisinde bozulma gibi faktörler girmektedir. Düşmanca davranma belirtileri; öfke, saldırganlık, irritabilite, ajitasyon olarak tanımlanmaktadır. İşlevsel ve öznel belirtiler ise; özbakımda azalma, sosyal işlevsellikte bozulma, uyku düzeninde bozukluk, kayıtsızlık, dürtü işlevsizliği, tahammülsüzlük gibi klinik belirtiler olarak ifade edilmektedir (Kaplan ve

Sadock, 2004; Kültür, Mete ve Erol, 2007, Iık 2008, ztrk 2001, Ho et al. 2003, Güney 2000, Sungur ve ark. 2001).

### 2.1.3.Şizofreni ve Pozitif – Negatif Belirtiler

Şizofrenide pozitif ve negatif semptomların ayırımı, pek çok klinisyenin dikkatini çekmiştir. Kullanılan diagnostik sistemler, (DSM-II-III-VI-V), bu semptomolojiyi esas almıştır. Negatif ya da defisit belirtiler; toplumca kabullenilen, bazı zayıf, ancak itibarlı proses izofreninin uzun yıllardır odağında olmaktadır. Pozitif-negatif semptomlu şizofreni oluşumu, tarihsel bir tanımlamadır. 19. Yüzyılda Jackson; pozitif ve negatif belirti kavramlarını ele almıştır ve birinin, am fonksiyonel kayıp diğeri de, aşırı kontrol kayıp buna cevaben sekonder fenomen gelişimi olduğunu ortaya atmıştır (Spitzer et al. 1977, Thomas et al. 1992). Kraepelin'in demans prekoku olarak tanımladığı şizofreni o zamanlardan semptomatik olarak yapılandırılmıştır. Kraepelin kendi çalışmasında; 'iradenin temel nedenini oluşturan duygusal faaliyetlerde zayıflama, akıl, duygu ve irade faaliyetlerinin içsel bütünlüğünün kaybı' tanımlaması ile pozitif ve negatif belirtilere dem vurmuştur (Kraepelin 1919). Bleuler ise bu kavramı yayınlarında temel ve yardımcı belirtiler olarak ifade etmiştir (Bleuler 1958). Bleuler'den sonra ilk kez Crow ve ark. pozitif ve negatif belirtilerinin ayırımını, bir şizofreni semptomolojisini oluşturmak üzere yaparak ve izofreniyi tip1 ve tip2 olmak üzere iki gruba ayırmışlardır. Tip I izofreni için; balangıcı akut olan, entelektüel ilevselliğın ve beyin yapısının korunduğu, antipsikotiklere karşı olumlu cevap alınan ve D2 dopaminerjik etkinlik ile pozitif belirtilerin varlığı, negatif belirtilerin yokluğu ile ilişkili olan olarak tanımlanırken, Tip II izofreni; anlamlı olarak negatif belirtileri olan, BBT'de gözlenen yapısal beyin anormallikleri olan, balangıcı belirsiz, entelektüel açıdan incelen, antipsikotiklere yanıtı olmayan grup olarak ifade edilmektedir (Crow 1980 et al. 1980).

Normalin dışında aırılık ve sapmalar şeklinde ortaya çıkan pozitif belirtiler içine; her türlü düşünce bozukluğu, hezeyanlar, varsanılar, katatonik, hebefrenik dezorganize belirtiler ve konuşmada gözlenen bozukluklar girmektedir (Liddle 1987, zmen ve ark. 1992, ztrk 1990). Negatif belirtiler ise işlevlerde kısıtlılık ya da yoksunluk belirtileridir ve sosyal çekilme, ilgide azalması, umursamazlık, duygusal reaksiyonlarda kntleme, düşünce ve konuşmada kısıtlılık, psikomotor yavaşlama, rutin yapılandavranılarda aksaklıklar olarak tanılanmaktadır (ztrk 1990, Andreasen et al. 1996, Bayraktar ve ark.

1998, Fenton ve MC Glashon 1992, Soykan 1997). Pozitif belirtiler, hastalığın akut döneminde sık gözlenirken, negatif belirtiler, remisyon ve hastalığın kronikleştiği dönemlerde daha sık görülmektedir (Soykan 1997).

Pozitif ve negatif semptomlar ile ilgili yapılan bazı araştırmalara göre; negatif belirtili hastaların eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu ve başarısız bir çalışma süreci geçirdikleri, hastalık öncesi uyumlarının ve prognozlarının da daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pearlson et al. 1984, Pogue-Geile et al. 1984). Başka bir makalede, şizofreninin erken başlangıçlı olması ile ilerleyen süre zarfında negatif belirtilerin ortaya çıkması arasında güçlü bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (Crow 1989). Defisit sendromda klinik izdüşümlerini araştıran bir çalışma, bu hastaların nörolojik semptomlarla karakterize bir süreç yaşadıkları savını ortaya koymuştur (Buchanan et al. 1990). Negatif semptomların entellektüel yitimle beraber davranışlarda körelmeye yol açması ve bu özelliklerin topluca bir defekt (defect state) oluşturduğu da iddia edilmektedir (Crow 1987) Negatif ve pozitif belirtiler ile konuşma özellikleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir yayın, sözdizimsel (syntactic) yetkinlikteki kısıtlılığın, negatif belirtilerin sık gözleendiği bireylerde daha yüksek oranda görüldüğünü ifade etmiştir (Thomas et al. 1987). Bir başka çalışma ise; konuşulan konunun düzeni ve konuya hakimiyetin, konuşmada bozulma (çağrışımlarda gevşeklik) ve konuşma yoksunluğu belirtileri ile beraber seyir gösterdiğini belirtmiştir (Allen 1984).

Pozitif belirtiler, farmakoterapi (özellikle tipik antipsikotikler) ile yatıştırırken, negatif belirtilerde bu durum sınırlıdır. Farmakolojik tedaviler ile akut psikotik dönem semptomlarını tedavinin ilk haftasında geriletirerek, genel tabloda iyilik halini tedavinin ilk ayında en yüksek düzeye ulaştırabilmektedir ve kalıntı-negatif semptomlar çoğu zaman değişmeden kalabilmektedir. Remisyon ve alevlenmelerle seyreden ve kronik bir bozukluk olan şizofreninin sağaltımı sadece pozitif semptomların yatıştırılması ile sınırlı değildir (Bayraktar 1998, Göğüş 1998, Güney 2000, Işık 1997, Marder et al.1996, Schooler 2006). Pozitif ve negatif semptomlar başta olmak üzere tüm şizofreni belirti ve kalıntılarında farmakoterapinin vazgeçilmez olmasıyla beraber, psikososyal tedavilerin de prognozun gidişi üzerinde farklı boyutlarda etkili olduğu yapılan araştırmalar ile kanıtlanmıştır(Üçok ve ark. 2002, Mueser et al. 2013, Bellack ve Mueser 1993, Yurt 2006). Sonuç olarak; literatür tek yöntemli sağaltımın yetersiz kalacağını ve birden fazla yöntemin bir arada kullanılarak bütüncül bir tedavi yaklaşımının yararlılığını vurgulamaktadır ( Artal ve Sherman 1998, Thachuk ve Martin 1999).

#### 2.1.4.Şizofreni ve Aleksitimi

Yaşamdaki olumsuzluklara rağmen yaşamı paylaşmak, bu paylaşımdan tatmin olmak ve varolma çabası insanlığın ortak amacıdır. Bu amaç doğrultusunda, biyo-psiko-sosyal bir varlık olan insan için içsel sürecinin aynası olan duygular önemli bir noktada yer almaktadır (Koçak 2002). Dökmen'e (2000) göre canlılar, yaşamda kalabilmek için duygulara ihtiyaç duyarlar, insanlar ise duygularını; motivasyon kaynağı ve kaliteli yaşam sürebilmek adına kullanırlar. Fakat tarih boyunca ihtiyaç duyulan bu duyguları fark etmek ve söze dökülebilmek önemli bir sorun olmuştur.

Lazarus'a (1982) göre duygu; kişilerin ortamda bulunan uyaranları fark etmesi ve analiz etmesi ile harmanlanan iç deneyimlerden oluşmaktadır. Goleman (2003) ise duyguyu; bir his beraberinde gelen düşünceler ile eyleme geçme eğilimi ve eyleme geçiren dürtüler olarak iki ayrı biçimde tanımlamıştır. Bu ifadeye göre, duygular bir içsel yaşantı ile ortaya çıkar ve duygusal reaksiyonlar bilişsel süreçlerle beraber ele alınmaktadır. Duygularla ilgili yapılan araştırmalarda duygusal farkındalığın varlığı ve anlamlandırılması temaları işlenmiştir (Kuyumcu, 2012).

Duyguları ifade etmek için söz yokluğu anlamına gelen kavram ise kökeni Yunancaya dayanan 'aleksitimi' dir (Dereboy 1990). Başlarda psikosomatik semptomlarla süren ilişkileri tanımlayan aleksitimi, sonraları tüm ruhsal hastalıklarda ve hatta sağlıklı bireylerde de görülen bir durum olarak kabul edilmiştir. İlk kez 1948 yılında Ruesch analitik terapi seanslarında, psikosomatik hastaların, duygularını ve hastalıklarını sözel olarak ifade edemeyip bunun yerine bedensel karşılık verdiklerini gözlemlemiştir. Sonraları, Mac Lean, Freedman ve Sweet ve Marty ve Uzan da psikosomatik hastalarda aleksitimi çalışmışlar ve hastalık ile aleksitimi arasındaki bağlantı hipotezlerini kuramsallaştırmışlardır. Krystal ve Raskin ise yapılan aleksitimi araştırmalarından habersiz olarak travma sonrası stres bozukluğu ve bağımlılık hastalarında çalışırken bu kişilerde duyguları farkedememe ve ifade edememe belirtilerini gözlemleyerek, düşsel yaşantılarda yoksunluk olduğunu ifade etmişlerdir.

1972 yılında Sifneos bir konferansta, pekçok araştırmacı tarafından ifade edilen bulguları "aleksitimik özellikler" olarak başlıklandırmıştır. Aleksitimik kişilerde bulunan esas özelliğin, duyguların ifadesindeki yetersizlik fikrini savunmuştur. Yapılan araştırmalar ile aleksitimik özellikler; "duyguları tanıma, ayırma ve ifade etmede

güçlük", "hayal kurmaktan yoksun olma", işlemsel düşünme" ve "dış merkezli bilişsel yapı" olarak dört alt gruba kategori edilmiştir (Lesser 1981, Taylor et al. 1991).

Duyguları tanıma, ayırma ve ifade etme güçlüğü; aleksitimik kişilerin en belirgin özelliğidir. En basit ifade ile, rahatlama ve rahatsız olma kelimelerini kullanırken, bedensel reaksiyonları gevşeme ve gergin olma yönünde olmaktadır. Başkaları bu kişilerden duygu ifadesi istediği zaman, konuşmaları yineleyen ve detaylı tarzda olmaktadır. Somatik yakınmaları sık olmakta ve duruşları ifadesiz olmakla beraber duyguları yüzlerine yansımamaktadır (Sifneos 1977; Taylor 1984). Aleksitimik kişiler, duygularını ve düşüncelerini ne zaman ve nasıl söyleceklerini bilememektedirler (Dereboy 1990). Aleksitimik yapıdaki insanlar, yaşamlarında ilişki kurabilen, ancak duygu ve düşünceleri arasında bağlantı kurmakta güçlük yaşayan ve ifade edemeyen bireylerdir (Lesser 1981, Taylor et al. 1991). Hayal kurmaktan yoksun olma hali; aleksitimik bireylerin bir başka sorunu olup, kurdukları hayallerin gerçeklik temelinde olduğu, fantezilerin belirgin olmadığı ve somut düzeyde kaldığı belirtilmektedir (Taylor et al. 1988). Bununla beraber, rüyalarını çoğu zaman hatırlamadıkları, rüyadaki nesne ve olayları bağlantılayamadıkları bilinmektedir (Krystal 1982). Hayal kurma yetisinden yoksun olmakla ilişkili olarak, yaratıcılıklarında da ketlenmeler olduğu ve bunların dış uyaranlar ile şekillendiği ifade edilmektedir (Lesser 1981). İşlemsel düşünme; aleksitimik kişilerin çevreleriyle uyum sağlamaları için olumlu bir özellik olarak görülebilmektedir. Çünkü işlemsel düşünmek, faydacı ve mekanik düşünme sürecini oluşturmaktadır. Problem ile somut ve kısa çözüm yöntemlerini kullanarak başeden aleksitimik kişiler, problemleri derinlemesine incelemeyen yüzeysel olarak ele almaktadırlar (Lesser 1985, Taylor et al. 1991). Dış merkezli bilişsel yapıda olmaları ise; aleksitimik kişilerin dışa dönük özelliğe sahip olmaları ve ilişkilerinde dış uyaranlar ile hareket ettiklerinin göstergesidir. Bu bireyler sosyal hayatlarında, dışsal beklentileri ve detayları ciddiye alırlar, bu sebepten dış merkezli kontrol mekanizmalarını işleterek genelde yalnızlığı seçmektedirler (McDougall 1982).

Aleksitimik kişilerin dört ana özellik dışındaki diğer özellikleri; empati kurmada güçlük yaşamaları, birliktelikten ve paylaşımdan keyif alan bireylermiş gibi kendilerini gösterme çabaları, nadiren ağlayabilmeleri bununla birlikte zaman zaman da öfke ve hüzne bağlı aşırı ağlama krizleri yaşamaları, bağımlılık eğilimleri, hassas olamamaları, dürtüsel olmaları, sıradan, güçsüz ve aciz görünme çabaları, gergin ve katı kurallı



olmaları, ısrarcı ve yineleyici konuşmaları tercih etmeleri şeklinde sıralanmaktadır (Sifneos 1988, Taylor et al. 1988).

Aleksitiminin kuramsal alt yapısında çok çeşitli teori ve yaklaşımlar bulunmaktadır. Bireysel eğilim, sosyal destek yetersizliği, psikosomatik belirti, bilişsel bozukluk, beceri eksikliği, nörolojik bir defekt savları ortaya atılmıştır. Aleksitiminin ya hep ya hiç fenomeninden ziyade, aleksitimik özelliklerin düzeyi hakkında konuşmanın daha sağlıklı olacağını ifade eden teorisyenler de bulunmaktadır. İyileşebilir bir durum olup olmadığı yönünde de tartışmalar mevcuttur. Bazı araştırmacılar aleksitiminin ilk olarak batılı toplumlarda görülmesini gerekçe göstererek, bunun sosyo-kültürel bir durum olduğunu savunmaktadır. Nörofizyolojik yaklaşıma göre ise; aleksitimi hemisferler arasındaki iletişimi bozan bazı sistematik olaylar sonucunda oluşmaktadır. Bir başka görüş; aleksitiminin limbik sistemden neokortekse iletilmesi gereken duyuşsal uyarıların bloke edilmesi sonucunda, bilinçli duyuşsal deneyimlere evrilememesi ile ortaya çıkan bir durum olduğu yönündedir. Bazı kuramcılar ise aleksitimik kişiler için duyuşsal cahillik tanımlamasını uygun görmekteirler. Kognitif kurama göre; aleksitimi kognitif gelişim dönemlerindeki bazı kısıtlılıklardan kaynaklanan ya da kognitif süreçlerdeki çarpıtmalar sonucunda oluşan bir olaydır.

Aleksitiminin etiyojisine dair; psikoanalitik, sosyal öğrenme davranışçı, kognitif, gelişimsel ve bağlanma, rüyalar, nörofizyolojik ve nörobiyolojik gibi pek çok kuram, çalışma ve yaklaşım bulunmaktadır (Lesser 1985, Mc Dougall 1982, Sifneos 1996, Schore 1996, Taylor et al. 2004, De Genaro et al. 2003). Aleksitimi ile ilgili yapılan araştırmalarda; cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi gibi bazı sosyodemografik özelliklere değinilmiştir (Vadacca et al. 2008, Mattila et al. 2009, Mattila et al. 2006, Mattila et al. 2007). Aleksitimi ile cinsiyetin kadın olması, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük sağlık algılaması ve depresyonun paralel ilişkide olduğu ifade edilmektedir (Mattila et al. 2009). Salminen ve arkadaşları; erkeklerin kadınlara göre dışı yönelik düşünmeye daha eğilimli ve sözcükler ile ifadeye daha başarılı olduğunu belirtmektedirler (Salminen et al. 1999). Kauhanen ve arkadaşları yüksek aleksitimik özelliğe sahip erkeklerin genelde bekar olduğunu söylemektedir (Kauhanen et al. 1993). Mattila ve arkadaşlarının çalışmasına göre; eğitim seviyesi ve aleksitimi negatif ilişkilidir. Bunlarla beraber, aleksitimik özelliklerin gençlerde %4.7, yaşlılarda %29.3 olduğu ifade edilmektedir (Mattila et al. 2009). Mattila ve arkadaşlarının bir başka çalışmasında; 30-64 yaş arası çalışan bireylerde, mesleki tükenmişlik yaşayan kişilerin %13.0'ünün, mesleki tükenmişlik

yaşamayan kişilerin %2.8'inin aleksitimik özelliklere sahip olduğunu bildirilmektedir (Mattila et al. 2007). Öğrenciler ile yapılan bir araştırmada; çocukluk çağında anne ilgisini yetersiz algılama ile aleksitimik özelliklere sahip olma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Fukunishi et al. 1997). Topsever ve arkadaşlarının çalışmasında, diyabeti olan kadın hastalar ile yaptığı çalışmada; aleksitimi puanlarının yüksek saptandığını ve aleksitimik diyabetli kadınların, düşük eğitim düzeyi ve kötü glisemik kontrolle karakterize olduğunu ifade edilmiştir (Topsever ve ark. 2006). Kojima ve arkadaşları ise; sosyal destek sistemi ile aleksitimi ilişkili bularak, aleksitimik bireylerin yakın ilişki kurmada yetersiz olma durumu ve duygusal kognitif yitimler sebebi ile sosyal desteklerinin yetersiz olduğunu, başkalarının duygularını tanımada güçlük çekip, cevaplayamadıkları için de sosyal destekten faydalanamadıklarını belirtmişlerdir (Kojima et al. 2003). Aleksitimi ile ilgili yapılan toplum çalışmalarına göre aleksitimi yaygınlığının %6.7 ile %18.8 arasında olduğu ifade edilmektedir (Solmaz ve ark. 2000). Aleksitiminin; peptik ülser, psöriyazis, irritable kolon sendromu, organik patoloji bulunmayan mastalji yakınmalı hastalıklar, hipertansiyon, kronik amfizem ve bronşit, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel semptomların patogenezi, ağrı gibi pek çok tıbbi durum ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Topsever ve ark. 2006, Şahin ve ark. 1991, Şahin ve ark. 1996, Sayar ve ark. 2000, Topçuoğlu ve ark. 2003, Kauhanen et al. 1994, Fernandez et al. 1989, Kooiman et al. 2000, Aksu ve ark. 2004).

Gürkan, aleksitimik özelliklerin en fazla psikiyatrik hastalıklarda gözlendiğini ifade etmektedir (Gürkan 1996). Psikosomatik hastalıklar, panik bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, depresyon, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı, sosyal fobi, şizotipal, bağımlı ve çekingen kişilik bozuklukları ve şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklar ile aleksitimi arasında anlamlı ilişki olduğu literatür tarafından desteklenmektedir (Taylor ve Bagby 2004, Solmaz ve ark. 2000, Sayar ve ark. 2003, Beştepe ve ark. 2000, Honkalampi et al. 2000, Fukunishi et al. 1997, Bach et al. 1994).

Şizofrenik hastalar ile yapılan araştırmalara göre; şizofrenik bireylerin duygusal süreçlerinde yoksunluk olduğunu ifade etmektedir. Bu hastalarda amigdalanın çift yönlü lezyonunun edilgenlik, apati, sığ duygulanıma sebep olduğu belirtilmektedir. Şizofrenideki gözlenen negatif ve bilişsel belirtilerin, prefrontal korteks ve amigdala arasındaki bağlantılarda bir takım aksaklıkla ilişkili olduğu iddia edilmektedir (Kirkpatrick et al. 1989, Yurt 2006). Ayrıca amigdalanın, aleksitimik özellikler

oluşumunda da rolü olduğu ifade edilmektedir (Leweke 2004). Şizofrenide ve aleksitimide ortak olarak dilin önemli olduğu, hemisferik lateralitede gelişen bir defektin bu süreci etkilediği, hemisferik dominantstaki bir defektin ise konuşmada önemli problemlere yol açtığı ifade edilmektedir (Angrilli et al. 2009). Şizofrenik bireylerde dil ve konuşmanın bozulmasıyla beraber duyguların tanınmasında veya ifade edilmesinde zorlanmanın ortaya çıkması tartışılmaktadır (Angrilli et al. 2009 ). Keyifsizlik, istekte azalma, duygulanımda küntleşme gibi negatif semptomlar ile aleksitimik özelliklerin benzerlikleri şizofreni ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (Toderello 2005). Literatürde şizofrenide aleksitimi ile ampirik çalışma sayısı kısıtlıdır. Var olan çalışmalar ise, tanımlayıcı ve fenomolojik özellikte olup, fizyopatolojik olarak ele alınmamıştır. Bu alandaki araştırmalar yeterli düzeye ulaşamamıştır (Yurt 2006).

Literatürde, aleksitimi sağaltımında farmakolojik tedavilerin yanı sıra çeşitli psikoterapilerin de fayda sağlayacağına dair ifadeler bulunmaktadır. Özellikle grup ve bilişsel davranışçı yaklaşımların etkili olduğu ifade edilmektedir. Grup terapilerinde duygusal süreçlerin tanınması ve empati becerilerinin elde edilmesi aleksitimik kişilerin sağaltımında etkili olmaktadır. Literatüre göre; aleksitimide psikoterapötik müdahaleler ile ilgili yeterli sayıda araştırmaya rastlanmamaktadır ve terapötik müdahalelerin aleksitimik özellikleri etkileyip etkilemediğini ve kullanılacak tedavi şekillerini belirlemek için, farklı psikoterapi yaklaşımları ve aleksitimi ilişkisi üzerine yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Sifneos. 1996, Taylor 2000, Stingl et al. 2008, Şaşıoğlu ve ark. 2013).

### **2.1.5. Şizofrenide Kronikleşme, Tedavi ve Psikososyal Müdahaleler**

Kronik ruhsal bozukluk; kişisel bakım, sosyal ilişkiler, iş hayatı ve boş zaman etkinlikleri gibi işlevselliğin deformasyonu ile süregiden psikiyatrik hastalıkları tanımlamaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan kişiler, uzun süreçte tedaviye ihtiyaç duymaktadırlar (Mueser et al. 2001). Goldman'a göre kronik ruhsal bozukluğasahip olan hastalar; belirli tipte bir ruhsal hastalığın yönetimini (organik beyin sendromları, şizofreni, tekrarlayıcı depresif ya da manik depresif bozukluk, paranoid psikoz ve diğer psikozlar) ya da günlük yaşantının işlevselliğini (kişisel temizlik ve bakım, kendini idare etme, kişiler arası ilişkiler, sosyal yükümlülükleri yerine getirme, öğrenme ve eğlenme) sürdüremeyen kişilerdir. Özellikle şizofrenide kronikleşme sürecinin belirgin olduğu, işlevsellik ve uyumun bozulduğu bilinmektedir. Şizofrenide yeti yitimi, damgalanma, yaşam kalitesi ve rehabilitasyon gibi kavramlara rastlanmaktadır. (Sönmez 2009). Kronik

şizofrenide süreç içinde gelişen yetiyitimi kavramı, bedensel ve ruhsal hastalıklar sonucunda bireylerin iş güç görememe halidir. Temel yaşam faaliyetlerini gerçekleştiremeyen, hukuki ve klinik açıdan ciddi bir durumu ifade eder (Druss et al. 2000). Yetiyitimi, psikopatoloji ve işlevselliğin ayrı değerlendirilmesi temelinde gelişmiştir. Kavram, psikiyatrik tanı ile ilişkili olmakla birlikte yetiyitimi, hastalığın sonuçlarını tanımlamaktadır. Ruhsal bozukluk belirtileri ile sosyal yetiyitimi benzerlikleri olabildiği gibi, rehabilitasyonunda her iki değişkenin ayrı değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Weissman 1975; Wing 1989). 1950'li yıllarda yapılan araştırmalarda, tedavi ile belirti düzeyinin en aza indirgenmesi önemsenmiştir. Ancak, belirtileri yoğun yaşayan bazı hastalar iş ve sosyal işlevselliklerini sürdürebilirken, belirti şiddeti az olan kimi hastaların ağır yetiyitimine uğrayabildikleri görülmüştür. Bu sebepten şizofreni tedavisinde amaç, sadece atak ve belirtilerin yatıştırılması değil, hastalığın yol açtığı yıkıcı etkilerinin de önlenip, kişilerin bireysel ve toplumsal uyumunun artırılmasıdır. (Sönmez 2009). Kronik bozukluğa bağlı gelişen belirtiler ancak kronik hasta bakımı yaklaşımları ile kazanılabilir. Şizofreni tedavisi farmakolojik tedaviler, EKT ve psikososyal tedaviler ile gerçekleştirilmektedir. (Işık 2008).

1940'larda klorpromazin ile ilaçla sağaltım psikiyatri alanına girmiştir. Sonraları tipik ve atipik antipsikotikler başlığı altında iki kuşak sağaltıcı farkoterapötik ajanlar gelişmiştir (Doering et al. 1998). Şizofrenide ilaçla sağaltım, özellikle akut dönemde zorunlu olarak kullanılan ve atağı bastıran bir yöntemdir. Farmakoterapinin pozitif semptomları büyük ölçüde yatıştırdığı ancak hastalığı tamamen ortadan kaldırmadığı bilinmektedir. Her tip antipsikotik her bireyde fayda sağlamayacağı gibi her doz da herkesi sağaltamayabilmektedir. İlaçla tedavide sürengelik önemlidir, etkileri zaman içinde gözlenmekte ve rutin kullanımda remisyon hali gözlenmektedir. Şizofrenide kullanılan nöroleptiklerin çeşitli yan etkileri bulunmaktadır ve bu yan etkiler de bireyden bireye farklılık göstermektedir. Gözlenen yan etkiler; hipotansiyon, sersemlik, cinsel işlev bozukluğu, ekstrapiramidal yan etkiler, uyku hali, baş dönmesi, ciltte kuruluk, ağız kuruluğu, sindirim işlevlerinde yavaşlama gibi pek çok fonksiyonel bozulmalardır. Yan etkiler ilaç uyumunu etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Bu sebepten yan etkiler hasta ve yakınına detaylı açıklamalı ihtiyaç halinde bu konu ile ilgili müdahalelerde bulunulmalıdır. İlaç uyumsuzluğunu çoğu zaman relapslar, tekrarlayan ataklar takip etmektedir. İlaç uyumuna dirençli hastalarda kas içine uygulanan depo nöroleptikler de kullanılmaktadır. Bazı atipik antipsikotiklerin kandaki yüksek düzeyleri ciddi yan etkilere yol açmaktadır bu açıdan düzenli kan takibi bu popülasyonda önemlidir. Bazı

antipsikotikler pozitif belirtilerin gerilemesini sağlarken, negatif belirtileri arttırabilmektedir. Bu durumu önlemek için yakın takip, gözlem ve hasta yakınları ile işbirliği halinde çalışmak gerekmektedir. Ayrıca çoklu ilaç kullanımında ilaç etkileşimlerine de dikkat etmek gerekmektedir (Öztürk 2001, Işık 2008, Wiersma et al. 1998).

Şizofrenide tedavi akut, dönem ve sürdürüm dönemi olmak üzere farklılaşmaktadır. Akut dönemde hasta ile temas ve güven ilişkisi göz ardı edilmemelidir. Hastanın düzeyine göre tipik veya atipik psikotrop ilaçlar kullanılarak atak yatıştırılmaktadır. Akut dönemde alevlenen semptomları yatıştırmak temel amaçtır. Süreğen dönemde ise akut dönemde fayda görülen farmakoterapiye devam edilerek takip sürmesi gerektiği bilinmektedir. Süreğen dönem hastalığın remisyon aşamasıdır ve hastalık kronikleşmeye bu dönemde başlamaktadır. Bu dönemde hastaya ve aileye destek sağlamak, stresle başetme mekanizmasını güçlendirmek, hastanın yeti yitimini mümkün oldukça önlemek, hastayı topluma kazandırmak, becerilerini geliştirmek, işlevselliği kazandırmak ya da korumak, psikotik bulguları daha da aza indirmek ve beraberinde ilaç tedavisini sürdürmek amaçlanmaktadır (Edwards ve McGorry 2002, Işık 2008).

Şizofreni sağaltımında, ilaçla tedaviye dirençli, semptomları iyileşmeyen, ajitasyonu yüksek olan ya da katatonik hastalarda semptomları yatıştırmak adına kullanılan bir başka yöntem ise elektrokonvülsiftherapidir (EKT). Günümüzde anestezi altında yapılan bir yöntemdir. Özgün bir şizofrenik sağaltım olmamakla beraber antipsikotik tedaviye ek olarak uygulanmaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre CGI, BPRS skorlarında, sosyal ilişkilerde anlamlı farklılıklar ortaya koymaktadır (Trang et al. 2002).Farmakoterapiye dirençli hastalarda izlenen diğer yöntemler; güçlü bir ikinci kuşak antipsikotik olan klozapin ile diğer antipsikotiklerin beraber kullanılması, güçlendirme (augmentasyon) tedavileri, antipsikotik ilaçlara antikonvülzanların eklenmesi, antidepresanlarla beraber kullanım, benzodiazepinlerin kontrollü olarak eklenmesi, çok sık tercih edilmemekle beraber rezerpin kullanımı ve ilaçla sağaltıma eşlik eden psikoterapi ve sosyal destek yöntemlerinin kullanılmasıdır. Şizofrenide ilaçla sağaltım yönteminin yetersiz kalması ile psikososyal sağaltım yöntemleri gündeme gelmiş ve gün geçtikçe sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır (Wassef et al. 1999, Ho et al. 2002, Taylor et al. 2001, Işık 2008, Zink et al. 2004).

Psikososyal müdahalelerin şizofrenik sağaltımdaki önemi gün geçtikçe artmaktadır. Farmakoterapinin kullanılması ile beraber ek olarak psikososyal sağaltım yönteminin de kullanılması şizofreni hastalarının klinik semptomlarında önemli gerilemeleri sağladığı bilinmektedir. İlaç tedavisi ve psikososyal tedavinin şizofrenide farklı boyutları iyileştirdiği düşünülmektedir. İlaçla tedavi semptomları özellikle pozitif belirtileri etkilerken psikososyal müdahaleler bazı klinik semptomları ve sosyal uyumu etkilemektedir. Literatürde antipsikotik tedavisine ek olarak sosyal beceri müdahalesinin işlevselliği, sosyal uyumu arttırdığı, relapsları ve psikopatolojik semptomları azalttığı sonucu yer almaktadır. Psikososyal sağaltımla beraber relapslar azalmış ve akabinde hastanedeki yatak sayıları azalarak ayaktan tedavi gören hasta sayısı artmıştır bu da psikiyatrik sağaltım bütçesine katkı sağlamaktadır. Psikoterapötik yaklaşımlar ile nöral plastisite, sosyal biliş, nörobilişsel işlevler olumlu olarak etkilenmektedir. Müdahalenin süreğenliği ve müdahalede bulunan kişi ve hasta arasındaki ilişki önemli iki nokta olmaktadır. Hastalık belirtilerini tanıma, tanınan semptomlarla başedebilme işlevselliğinin sağlanması sürdürülmesi, ilaç uyumunun sağlanması, kişilerarası ilişkilerin gelişmesi, depresif bulguların azalması, yaşam kalitesinin ve benlik saygısının artması psikososyal müdahalelerin faydaları arasında gösterilmektedir (Fenton et al. 2000, Bustillo et al. 2001, Killian et al. 2001, Brenner et al. 2001).

Psikososyal müdahalelere bireysel terapiler, içgörü yönelimli psikoterapi, destekleyici psikoterapiler, esnek psikoterapi uygulamaları, grup psikoterapileri, süreç ve içerik odaklı bilişsel davranışçı terapiler, aile terapisi, psikososyal beceri eğitimi, psikoeğitimler dahil edilmektedir. İçgörü temelli ve destekleyici psikoterapileri kapsayan bireysel psikoterapiler; bireylerin uyumsuz kişilerarası ilişkilerini ele alarak yeniden şekillendirmelerine yardımcı olmaktadır. Hastanın geçmiş yaşantıları ve hatalı ilişkileri ele alınarak aradaki bağlantıyı farketmesi ve içgörü geliştirmesi amaçlanmaktadır. Hastanın gerçeğe bağlantı kurması ve uyum sağlaması temel amaçlar arasında yer almaktadır. Erken dönemde hasta ile işbirliği yapmak, hastalık belirtilerinin azalmasını, gerçeği değerlendirebilir hale gelmesini, işlevselliğinin sağlanmasını, sağlıklı davranış modellerinin geliştirilmesini, ego gücünün desteklenmesini ve savunmaların kullanılabilir hale gelmesini sağlamak bu yaklaşımların diğer hedefleridir. Bireylerin desteklenerek hastalık yönetimini öğrenmeleri ve semptomatik sağaltımşarının sağlanmaları için gerekli olan psikososyal müdahalelerdir (Işık 2008).

Grup psikoterapisi; bireysel psikoterapiden farklı bir formata sahiptir ve bireysel terapi kadar hatta bazen daha etkili bir yöntem olduğu bilinmektedir. Grup terapisinde hastaya verilen aktarımlar grubu yürüten kişi dışında grup kohezyonu ve diğer üyeler tarafından da verilebildiği için iyileştirici olmaktadır. Yine hastadan gelen aktarımlar da sadece uygulayıcı kişiye değil tüm gruba ait olmaktadır. Bir diğer avantaj ise bireylerin yürütüceye negatif duygular beslememesi, bu duyguların kohezyon içinde erimesidir. Relapsları azaltan bu yöntemde kişiler kendilerini yalnız hissetmeyerek benlik saygıları artmaktadır. Bunun dışında bireysel psikoterapideki tüm amaçlar grup terapisini için de geçerli olmaktadır ve destekleyici sağaltımda önemli katkıları olduğu bilinmektedir (Işık 2008).

Bilişsel- davranışçı terapilerde de; sağlıklı olmayan davranış biçimi sağlıklı davranış modeline dönüştürmek hedeflenmektedir. İçselleştirilmiş damgalamayı ortadan kaldırmak, hastalığı yönetmeyi öğrenmek, stresle başedebilme yöntemlerini öğrenmek, varsanılar ve sanrılar ile oluşan kaotik anksiyeteyi azaltmak gibi amaçlar ile özgül bilişsel stratejiler kullanılmaktadır ( Rector et al. 2002). Şizofrenik bireylerde bellek, dikkat ve kavramsal düşünme yetilerini iyileştirmek için bilişsel rehabilitasyon çalışmaları yapılmaktadır. Bu yöntem; fokal dikkat süreçlerini arttırmaktadır ve uyarıyı farkettilererek gerçeklik algısını sağlamaktadır. Hezeyanlı düşüncenin farkettililmesi ile bireylerin buna yönelik tepkilerinin değiştirilmesi önemli olmaktadır (Penn ve Mueser 1996). Ayrıca negatif semptomlara odaklanarak rezidüel belirtiler azaltılmaktadır. Bu yöntemler ile hastanın sosyal yaşama uyum sağlaması kolaylaşmakta remisyon süresi uzamaktadır (Oral 2006, Beck et al. 2000).

Aile terapisinde temel amaç; ailenin sosyal desteğini sağlamak adına eğitilmesi ve geleceğe dair umutlu olması ile gerçek beklentilerin desteklenmesidir. Hedeflerin yakın ve uzak hedefler olarak belirlenmesi ve ailenin hasta ile sağlıklı duygu dışavurumu ile ilişkisinin güçlendirilmesi hastanın psikotik tablosunu ve anksiyetesini yönetmesinde etkilidir (Işık 2008, Öztürk 2001).

Şizofrenide sağaltımın niteliğinin ve yaşam kalitesinin artırılması, hastalık ile başedebilme yöntemlerinin öğrenmek ile yakından ilişkilidir. Bu yöntemleri öğrenerek beceri haline getirmek ve bu becerileri geliştirmek hastalığın yanıtını çözümlenmektedir. Psikososyal beceri eğitimi bunu sağlamaktadır. Beceriye geliştirmek, işlevselliği arttırarak bazı yetilerin geri kazanılmasını sağlayabilmektedir. Sosyal beceri

eğitimi, iletişim becerileri eğitimi, yaşam becerileri eğitimi, kendi kendi öğrenme eğitimi gibi yaklaşımlar relapları önlemekte, rezidüel belirtileri ortadan kaldırmakta ve ilaç uyumunda etkili olmaktadır. Bu yöntem Şizofreni hastalarının yaşamlarını kompikeden çıkarabilmektedir (Yıldız 2001, Işık 2008).Tüm bu yöntemlere benzeyen ve kullanım yaygınlığı yeni oluşan bir başka uygulama alanı da sanat terapisi. Bütüncül bir anlayışa sahip olan sanat terapisi Şizofreni tedavisinde etkili bir psikosoyal müdahaledir.

## **2.2.Sanat Terapisi**

### **2.2.1.Sanat Kavramı ve Sağaltıcı Özelliği**

Sanat; tanımlanması en güç kavramlardan biri olarak ifade edilmektedir. Geçmişten günümüze pek çok tanımlamaları olmuştur ve pek çok düşünür tarafından geliştirilerek tekrar tekrar tanımlanmıştır. Bunlardan en çarpıcı olanı; insanla nesnel gerçeklik arasındaki estetik ilişki tanımlamasıdır. Nesnel olan gerçeklik, sanat yapan bireylerde estetik Őekillerde yansır. Sanatın bireye, bireyin yapı taşı olduğu topluma ve bu toplumsal yaşama derin bir Şekilde bağlı olduğu yadsınamaz. Sanatta soyutla somut, duysal ile düşünsel iç içedir, bölünemez. Gerçekleşen eylemdeki yaratıcı akış estetik bir değerlendirme ile hayal gücüne ve özgünlüğe bağımlı olarak bir kompozisyon oluşturur. Bu kompozisyon ise sanatın kendisidir Şeklinde ifade edilmektedir (Erzen, 1997, Hançerlioğlu 1982).

İdealistler ve materyalistler de sanata bir bakış getirmişleridir. Kant, Schiller, Hegel, Nietzsche, Croce, Freud için sanat; insan tabiatında bireyin çerçevesindedir. Simgeleşen bir yaratma eylemi olduğu savunulmuş, bazıları ise bir oyun olduğunu savunmuşlardır. Sezgi ile kişiliğin aktarımı ve insan doğasının baskısını kırmak adına yine insanlar tarafından ortaya konan yaratı ifadeleri kullanılmıştır. Lukacs, Brecht, Adorno ve Plehanov gibi Marksist-toplumcu gerçekçilerin sanat ifadesi ise; toplumu ve doğayı aynalayan eylem bütünlüğu olmuştur. İdealistlerden bazı noktalarda ayrılırsalar da sanatın yönlendirici ve eleştirel olması gerektiğini desteklemişlerdir. Pozitif doğa bilimleri ile benzeştirilen sanatın doğaya hakim olması fikri savunulmuştur (Bozkurt1995, Tunalı 1993).



Baltacıoğlu'na göre; sanatsal eylemde algılama önemli bir noktadır. 'Ben' in dışında kalanı yani dış gerçeklik diye de ifade edilen nesnelliği algılama ve öznelliğin etkisi ile oluşan harmana başka bir gücün temas etmesi sanatın özünü oluşturur. Sanatsal yaratım olan öz, sanatın sadeliğini koruduğu ortaya çıkış noktasından bugüne aynı kalmıştır (Baltacıoğlu 1965).

Sanat sanatçıların alanı olmanın yanı sıra yaşamın da temel tarafı, genel işleyişinin bir bölümüdür. Farklı kültür yapılarına bakıldığında, sanatın; iletişim, avcılık, yiyecek üretimi, şifa, doğurganlık, savaş gibi pek çok noktada izlerine rastlayabiliriz. Avustralya'da, hikaye anlatma yoluyla gençlerin eğitilmesi, Antik Yunan'da, dans ve hareket koreografisinin savaşa hazırlığında öğretilmesi, Afrika'da, Yoruba kadınları doğurganlık ve bereket Orishaslarını (ruhlarını) adına dans eşliğinde şarkılar söylemeleri gibi örnekler bireylerin ve toplulukların sanata olan gereksinimlerini ortaya koymaktadır (Eren N. 2015). Göktürkler'de mezar taşlarına yapılan figürler, Tanrıları ifade eden maskeler ve büyüler, taklit yoluyla dans, müzik, yağmur yağdırma, ürünü çoğaltma gibi törenlere ait ilkel ritüeller olduğu bilinmektedir. (Lewin 2004, Adnan1992, Tanyol2000). in imparatoru Kin e Huang- di, 7 000 kişilik kilden oluşan "Terracotta Ordusu"nu kendisi ile birlikte mezarına gmdrmştir. Bu davranışının kendisinden gcl grdğu lme karşı kullandığı savunma yöntemi olduğu düşünülmektedir (Portal2007)

Sanat, ilkel topluluklardan bugüne kadar, çatışmalara geçerli ve farklı çözüm yolları sunarak büyüme ve gelişmeye olanak sağlamakta ve iyileştirmektedir. Sanatın tarihinde yer alan tüm örnekler birer varsayım sayılabilir. Gerçeklik ilkel insanlar için belirsizdi ve imge ile dışsal nesnellik arasındaki ayırım olmadığı ifade edilmektedir. Bu sebepten; gerek tarih öncesindeki, gerek günümüzdeki imgeler ve ritüeller bize insanın içsel süreçlerini tanıma konusunda bir yol çizmektedir (Eren 2015).

Sanat terapisi kuramcılarına göre; iyileştirici sanat var olan ve olmayan arasındaki süreçtir. İçsel ve dışsal nesnellığin gerilimini serbest kılan bir geçiş -ara- alandır. Sanat, bu ara alanda kurulan köprü görevini üstlenerek, insanın doğumdan ölüme kadar, var olmak, değişmek ve bütünleşmek serüvenini oluşurmaktadır (Velioğlu 1965, Rubin 2001, Winnicott2007). Tarihte farklı ekollerden pek çok kuramcının sanat, yaratıcılık ve iyileştirim konusuna dikkat çekecek ifadelerine rastlamaktayız. Psikoanalitik kuramın öncüsü Freud sanatçılar ve eserleri üzerinden; sanat yapma ihtiyaının idden gelen cinsellik ve saldırganlık ihtiyaçlarının bastırılması sonucunda örtük dürtülerin sublimine

edildiği teorisini savunmuş ve sanatsal yaratıcılığı oral fiksasyonla ilişkilendirmiştir (Freud 1995, Naumburg 1950). Ernst Kris Freud'un teorisini geliştirerek; sanat yaparken gelişen regresyonun fiksasyon ile bağlantılı olmadığını, tehlikesiz ve dönüşebilir olduğunu ifade etmiştir. Jung'un sanat ve yaratıcılığa bakışı; “bilinçdışı süreçler” yönünde olmuş ve imajinasyonun terapötik ilişkide önemli bir yeri olduğunu savunmuştur. Bu süreçleri, resimlerdeki kaotik boyutta, düzende, düzensizlikte, renklerde, simetride izlemektedir (Babaoğlu 1988, Roditi 1988). Klein ve destekçileri sanat ve yaratıcılığın; bazı depresif süreçlerde fantazilerle onarma serüveni olduğu hakkında güçlü iddialarda bulunmuşlardır (Parman 2005, Klein 2008).

Sanat ve etki alanı ile ilgili yapılan tüm bu yorumlar, bize sanat yoluyla insanı anlama, yardım etme, destekleme ve psikososyal sağaltımda kullanma fırsatını sunmaktadır. (Schaveren 1997). Bu doğrultuda sanatsal bir ürün (resim, müzik, dans vb.) oluşturmaya yönelik "yaratıcı bir süreç" ve bu süreçte ortaya çıkan ürünler sanatla psikoterapinin yapıtaşını oluşturduğu düşünülmektedir (Schaveren 1997).

### **2.2.2.Sanatın Psikiyatride Kullanımı**

Psikiyatri sanat ve sağaltım ilişkisinin temelleri 17. yy sonlarında; psikanaliz, eğitimler, projektif tekniklerine dayanmaktadır. Bu alanların etkisinde kalması sebebi ile yöntem melez kabul edilmiştir. Psikiyatrik vakalarda sanatın kullanımı ise 19. yy sonlarında tekabül etmektedir. İlk olarak psikiyatrist Cesare Lombrosa ve psikiyatrist Max Simon o dönemin 'akıl hastalarının' resimleri üzerinden akıl hastalığı ve yaratıcılık konusunu gündeme getirmişlerdir. Çizilen resimlerdeki sembollerin analizi ile teşhise varabileceklerini düşünerek çok çeşitli klinik incelemelerde bulunmuşlardır (Brooke 2006, Naumberg 1950). Akabinde 20. yy başlarında Mohr hastaların yaptığı resimler üzerinden hastalığa varabileceği incelemelerde bulunmuş, bazı hastalıklarda ortak imgelere rastlamıştır. Bu temeller günümüzde kullanılan bazı psikometrik testlerin oluşumunu sağlamıştır (Robins et al. 1976, Naumberg 1950, Aksel ve Velioğlu 1960). Buna karşın Navratil, şizofrenik hastaların resimlerinin hastalığa özgü olmadığı, diğer psikotik bozukluklarda, hatta sağlıklı bireylerde de gözlenebildiğini yazmıştır (Navratil 1976).

Psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıkların korkunç görüldüğü dönemlerde ABD'de Rushi, Fransa'da Pinel bu konuya farklı açıdan bakmak istemişlerdir. Terapötik çevrenin oluşumuna katkı sağlayan bu isimler insanın iç dünyasını anlayabileceklerini

düşünmüşlerdir. Pinel, Avrupa'da ilk defa müzik terapi uygulamasını gerçekleştirmiştir ve sanat ile hastalıklara gidilebileceğini savunan isimler arasındadır (Rubin 1999).

Sanatın psikiyatride kullanımı konusunda en önemli isimlerden biri 1916-1926 yılları arasında, Avrupa'daki bazı akıl hastanelerinde yatarak tedavi gören hastaların yaptığı sanat ürünlerini bir araya toplayarak "Heidelberg Collection" koleksiyonunu oluşturan Hans Prinzhorn olmuştur. Prinzhorn resimle tedavinin (Art therapy, maltherapie) öncülerindedir. Yaptığı koleksiyona "Ruh Hastalarının Resimleri" isimli kitabı kitabında geniş bir yer ayırmış, kitabına patolojik sanat, sanat ve psikoz gibi isimleri vermekten özellikle uzak durmuştur. Ona göre sanat duygu yüklü bir kavram iken, akıl hastaları için bu kelimenin uygun olmayacağını düşünmüştür. Prinzhorn'a göre, hastalar bu uğraşları; kendini ifade ihtiyacı, şekillendirme ve resim yapma isteği, oyun ve güzelleştirme arzusu, düzenleme gibi sebeplerden ötürü yapmaktadırlar. Kendisi de bu yöntem ile onların içsel süreçlerini görme fırsatını yakalamıştır. Prinzhorn, psikotik hastaların sanatına estetik açıdan bakarak, çocuklar ve ilkel insanların sanat ürünlerindeki benzerlikler üzerinde durmuştur (Prinzhorn 1968, Naumberg 1950, Aksel ve Velioğlu 1960, Güney 2011). Prinzhorn'un incelemeleri, 20. yüzyılın başlarında kübist ve ekspresyonist sanatçıların dikkatini çekmiştir. Sanat ve içsel süreç farkındalığı ilişkisi ile Schilder, Pfister ve Pfeifer; nörotik ve psikotik sanat ve bilinçötesi süreçlerle ilgilenmişlerdir (Robins ve Sibley 1976, Naumberg 1950).

Sanat terapisinin yakın geçmişine bakıldığında üç ana dönemde gruplandığını görülmektedir. Birincisi dönem -klasik dönem- hastanelerde sanatı bir terapi olarak kullanma fikrinin ortaya atıldığı, 1930'ların sonlarıyla 1950'lerin başları arasındaki süredir (Killick, 1993; Killick ve Schaveiren 2003, Yazıcı 2006). İkinci dönem -orta yıllar- İngiliz sanat terapistlerine göre; 1960'ların başları ile 1970'lerin sonları arasındaki zamanı kapsamaktadır. İngiliz Sanat Terapistleri Derneği'nin kurulması ile beraber antipsikiyatri hareketi ve hümanistik düşünce okullarının desteği bu dönemin gelişimini belirlemiştir (Güney 2011, Waller 1991, Killick 1993). ABD'li sanat terapistlerine göre ise bu dönem; 1970'lerin başı ile 1980'lerin ortası aralığını ifade etmektedir. Psikoanalitik egemen bir etkiye rağmen, daha geniş bir uygulama ve kavramsal perspektif alanı oluşmuş ve yayın sayısının arttığını görülmüştür. Bu dönemde, sanat terapisi adına iki yeni dergi çıkarılarak edebiyatın gelişimi de zenginleşmiştir. 1969'da Amerikan Sanat Terapistleri Derneği'nin (AATA) kuruluşuyla birlikte artan yayın sayısı ile beraber, sanat terapistlerinin mesleki kimliğini, ve sanat terapistlerinin rolleri gelişmiştir. Bir diğer

önemli nokta da, Lucille Venture'ın bu dönemdeki ilk sanat terapisi doktora tezini yazması olmuştur (Malchiodi 2003). Üçüncü dönem -çağdaş sanat terapisi teorileri- 1980'lerden günümüze kadar olan zaman dilimidir. Sanat terapistleri kamuda ciddi gelişmeler sağlayarak mesleki profesyonellikleri konusunda önemli yol katetmişlerdir. Kuramsal olarak zenginleşme gerçekleşirken grup süreçleri modellerine güçlü bir şekilde bağlanılmıştır. AATA bu dönemi eklektik dönem olarak tanımlamıştır (Malchiodi2003, Waller 1991, Killick 1993). Wood C. ve Waller D. bu üç dönemdeki klinik uygulamalar için; birinci dönemde güçlü dışavurum, ikinci dönemde antipsikiyatrik bakış açısı üçüncü dönemde ise psikoterapötik temelde güçlenme egemendir yorumunu yapmışlardır (Wood 1993, Waller 1991).

Sanatın tedavi edici yönü ilk defa 1930'ların sonları Avrupa'sında kullanılmıştır. Bu fikrin gelişimi; dışavurumculuğun gündemde olduğu zamana denk gelmektedir. Özellikle 2. Dünya Savaşı sonrasında, savaşın travmatik etkisi ile sarsılan toplum, yaralarının sarılmasına ve onarılmasına ihtiyaç duymakta olduğu belirtilmektedir. Tam bu noktada sanat ve sanatın terapötik yanı, toplumun yaşadığı sancılı sürece, şefkat ve sevgi ile bakmayı sağlayan ve destekleyen bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır (Eren N. 2015). 2. Dünya savaşı, psikiyatri pratiğinde çok sayıda yeni yaklaşımın ortaya çıktığı tarihsel bir dönemdir. Travma ve acıların onarımı geleceğe yönelik rehabilitatif uygulamalarının önünü açmıştır. Akıl hastanelerinde sanatla tedavi de bunun bir parçası olarak doğmuştur. Bu süreçte öncelikli amacın, hastanın kendini iç dünyasını dışa aktararak rahatlaması olduğu söylenmektedir. Tedavi alan herkese çalışabilecekleri uygun bir alan ayrılmış, sanat materyelleri sunulmuş, terapistlerin gözlemi eşliğinde müdahale edilmeden resim yapmaları sağlanmıştır (Killick, 1993, Yazıcı 2006).

1942 yılında sanatçı Adrian Hill ilk defa 'sanat terapisi' terimini, Kral 7. Edward sanatoryumundaki tüberküloz hastalarıyla yaptığı çalışmayı tanımlamak amacıyla kullanmıştır. Hill, resim yapmanın zaman geçirecek bir uğraş olmasının yanı sıra anksiyete ve travmanın ifadesinde etkili bir araç olduğunu ifade etmiştir. Literatüre kazandırdığı bu kavramın, psikoterapide sanat merkezli müdahaleler için kullanılacağını savunarak, psikiyatri hastanelerinde de uygulanması adına değerli çalışmalar yapmıştır (Naumburg 1950/1973, Waller 1993).

Margaret Naumburg ABD'de sanat terapisinin kurucularından ve öncülerinden biri olarak kabul edilmektedir. Naumburg, Freudyen bir yaklaşımla hasta ile terapist

arasındaki aktarım ilişkisini ele almış, dinamik bir sanat terapisi modeli geliştirmiştir; böylece sanatı -kendiliğinden imaj oluşturma eylemini- terapötik iletişim sürecinde bir araç olarak kullanmıştır. Yaklaşımını “dinamik oryantasyonlu sanat terapi” olarak tanımlayarak, hastanın bilinçaltı sürecine ve çatışmalar içeren görüntülerine vurgu yapmıştır. Bu çatışmaların somutlaşarak anlaşılabilceğini ifade etmiştir. Sanatın, söz öncesi duygulara dokunuyor oluşunun daha çözünür olduğunu, hastaların yaptıkları serbest çizimler ve getirdiği çağrışımlarla bilinçdışı çatışmaları bilinç düzeyine taşıyan, iyileştirici, katartik ve iletişimsel yönlerine dikkat çekmiştir (Naumberg 1950, Malchiodi 2003).

Sanat terapisi, Naumberg'in psikoanalitik uygulama tekniklerinden büyük ölçüde beslenmişken aynı dönemde yaşayan Kramer, Freud'un kişilik teorisindeki kavramlarını sanat terapisi sürecine uyarlayarak farklı bir yaklaşım benimsemiştir. Kramer'e göre yaratıcı sürecin kendisi iyileştirici ve bütünleştirici güce sahiptir. Kramer, sanat yapım sürecindeki kendine özgü terapötik potansiyeli ve bu deneyimde süblimasyon savunma mekanizmasının oynadığı merkezi rolü vurgulamaktadır (Kramer 1971, Malchiodi 2003).

Diğer önemli isim olan Ulman'ın sahadaki en değerli katkısı editör ve yazar olarak var olması olarak belirtilmektedir. 1961 yılında başka hiçbir yayın bulunmadığı dönemde 'ART TERAPİ BÜLTENİ'ni kurmuştur. Ayrıca, Ulman'ın denemelerini toplayarak yazdığı ilk kitabı yıllarca alanda az sayıdaki yayınlanan kaynaklardan biri olarak kullanılmıştır. Bir yazar olarak hediye ettiği şey, karmaşık fikirleri tam sentezlemek ve ifade etmek olması görüşü mevcuttur. Ulman, "Sanat Terapisi: Tanım Sorunları" adlı makalesinde, Naumberg ve Kramer'in modellerinin, zıtlık ve benzerliklerini karşılaştırmıştır. Bu yayını teorik temellerin oluşturulduğu süreçte tanımlayıcı bir kaynak olmuştur yönünde yorumlanmıştır (Junge ve Asawa 1994, Malchaoidi 2003).

Sanat terapisinin birinci döneminin öncüsü olan dört önemli kadın; Naumberg, Krammer, Ulman, Kwiatkowska olmuştur. Sonuncu isim olan Kwiatkowska'nın sanat terapisine katkıları, araştırma ve aile sanatı terapisi alanlarında olmuştur. Çeşitli psikiyatrik klinik ortamlarındaki deneyimlerini, ailelerle sanat yoluyla çalışmanın temelini oluşturan bir kitapta bir araya getirmiştir. Kramer gibi, 2. Dünya Savaşı sırasında

Avrupa'dan kaçarak ve ABD'de zihinsel sağlık disiplinlerinin gelişimini etkileyen göçmen düşünürlerin listesine eklemiştir. ABD'de devlete ait olan bir araştırma hastanesinde devlet tarafından kaynak verilen ilk sanat terapisi araştırma protokolünü kurmuştur. Deneyimleri ve araştırmaları sonucunda; aile içi çatışmalarda kelimeler olmaksızın imgeler ve sembolizasyon yöntemi ile dışavurumun sağlandığını ve çatışmaların çözüldüğünü ifade etmiştir. Ayrıca sanat terapisi alanını genel halka tanıtmak için yardımcı olan kısa bir kitabı da yazmıştır (Kwiatkowska 1978, Ulman et al. 1978, Robb 2012).

Psikodinamik kuramlardaki gelişmeler ile sanat terapisi alanına katkıda başka isimler de vardır. Arthur Robbins nesne ilişkileri, Mildred Lachman-Chapin kendilik psikolojisi kuramı kapsamında, sanat ve etkileşimini terapötik ilişkide bir yöntem olarak kullanmıştır. Killick, psikozda dinamik sanat terapisini çalışarak, intrapsişik hareketin ve eylemin oluşacağı bir “saha” olduğunu savunmuştur. Joy Schaverian, sanat ürün oluşturma ve geri dönüp onu yorumlama eylemi ile kişilerde gerçekleşen psikolojik değişimi “analitik farklılaşmayı” tanımlamıştır. Bion ise; konteynır (container), alfa ve beta ögeler terimlerini ortaya atmıştır. Bion’a göre; “ham deneyim” olarak tarif ettiği “beta ögeler”, sanatsal ürüne temas ederek sembolik anlamlandırmalar aracılığı ile sindirilmiş “alfa ögelere dönüşür ve bunun terapötik etkileşimde ciddi faydaları vardır (Rubin 1987, Killick 1993, Schaverien 1999, Schaverien 1997, Bion 2014, Lawrence 1995, Robins 1976).

Ülkemizde sanat terapisi; Nurhan EREN öncülüğünde 1 Ekim 2012 tarihinde Sanat Psikoterapileri Derneği (SPD)'nin kurulması ile yaygınlaşmıştır. Derneğin yönetim kurulu üyeleri, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı'nda 'Sanat Psikoterapi ve Rehabilitasyonu' programı kapsamında 2004 yılından bugüne kadar süren eğitim ve atölye çalışmalarını sürdürmektedir (Sanat Psikoterapileri Derneği, 2017).

### 2.2.3.Sanatın Psikoterapötik İşlevi

Sanat ile sağaltımların temelinde, sanat ve psikoterapi önemli kavramlardır ve literatürde sanat psikoterapisi/sanatla terapi/yaratıcı sanat terapisi gibi tanımlamalara rastlanır.“Sanat yapma süreci” (art-making process) basamağı ile sanat çalışmasının iyileştirici tarafı dikkati çekerken, “terapide sanat” (art in therapy) aşaması ise sanat çalışmasının terapötik bir araç olarak ele almayı vurgular. Sonuç olarak, sanat terapisi, görsel, işitsel ve başka pekçok şekilde sanat yapma ve kullanma yoluyla uygulanan bir psikoterapi yöntemi olarak ifade edilmektedir (Rubin 1987, Malchiodi 2002, Wadeson 1980). Sanat terapisi, görsel imgelemenin bütünleştirici ve iyileştirici özelliğine sahiptir ve duygusal olgunlaşmanın bir aracı olarak düşünülmektedir. Bu hususta yaratıcı sürecin kendisinin iyileştirici olduğu ifade edilmektedir (Spaniol, 2001). Sanat terapisi ile ilgili, sanat malzemelerinin araç olarak kullanıldığı dışavurumcu bir psikoterapi olduğu için; yaratıcı sürecin psikolojik tarafını anlayarak geleneksel psikoterapötik teknikler ile uygulanmaktadır ifadeleri mevcuttur (Malchiodi 2003). Resim, müzik, tiyatro, sinema, hareket ve dans gibi sanatın her alanını kapsamaktadır. Yaratıcı imgelem hasta ve terapist arasındaki terapötik ilişkinin oluşmasında kilit nokta olduğu savunulmaktadır. Sanat terapistleri, sanat terapisi uygulamalarında çok farklı ekollerden beslenmişlerdir. Psikoanalitik, bilişsel, davranışçı ya da varoluşçu kuram bunlardan birkaçıdır. Psikoterapötik yönelim sanat terapi sürecinin çerçevesini oluşturarak anlamlı bir dışavuruma kaynak oluşturmakta olduğu bilinmektedir. Pek çok yönelimin zemininde yer alan görüş, bilinçdışının dışavurulduğu fikridir (Malchiodi 2013 ,Edwards 2004. Malchiodi 2003).

Amerikan Sanat Terapi Topluluğu sanat terapisini; 'Kişinin duygularını dışa vurması, duygusal çatışmalarını çözümlemesi farkındalığını güçlendirmesi, davranışlarını ve bağımlılıklarını yönetmesi ve sosyal becerilerini geliştirmesi için sanat terapistinin sanatı, yaratıcı süreçleri ve ortaya çıkan sanat çalışmasını kullanarak düzenlenen ruh sağlığı uzmanlık alanıdır vesanat terapi, duygu ve düşüncelerin sözsüz iletişim kurma formu olan sanatı, yaratma süreci içinde kullanarak hayatı zenginleştirmeyi amaçlayan tedavi sürecidir' şeklinde tanımlamaktadır (AATA 1964).

Sözsüz döneme yönelik çalışan sanat terapisi, kelime ile ifade edilemeyen dışa aktarmayı amaçlar, merkezinde ise; içselleşen ego ve neselleştirilen dürtünün sanat yapma süreci ile somutlaştırılması ve dışsallaştırılması yer almaktadır. Terapi süresince

sanatın estetik yanı bir kenara bırakılarak ihtiyaç duyulan noktalar terapötik çerçevede dışsallaştırılmakta olduğu ifade edilmektedir. Sanat terapisi tanımlanırken iki bakış açısı söz konusudur. İlk yaklaşım; 'sanatla terapi, bireylerin düşüncelerini, duygularını, çözümleyemedikleri problemlerini ifade edebilmek için kullanılan bir araçtır' fikrini savunur. İkinci yaklaşım ise ; 'sanatın terapötik bir yanı vardır ve kendi haliyle bir terapidir, dolayısıyla sanat yapan kişinin yaşam kalitesinin arttığı gözlenir' ifadesi yer almaktadır. Sanat terapistleri her iki yaklaşımı da benimsemeyerek sanat terapisinin tanımında kullanmışlardır (Malchiodi 1998).

Uluslararası Sanat Terapi Topluluğu'na göre sanat terapi; 'Boyalar, kalemler gibi materyelleri kullanan bir tür dışavurum terapisi'dir. Sanat terapi klasik psikoterapi kuramlarını sanatın duygusal öğeleri ve yaratıcılık anlayışı ile birleştirir. Sanat terapi klinik çalışma grupları ile kullanılabilirdiği gibi yaratıcılığı arttırmak amacı ile çeşitli atölye çalışmalarında da kullanılabilir' şeklindedir (IATA, 2009).

Sanat terapisi; ortaya çıktığı yıllarda kliniklerde bir psikoterapi türü olarak kullanılmamıştır, klinikteki hastaların diğer psikoterapi yöntemlerine cevap vermediği farkedildiğinde önemli bir kendini ifade etme alanı oluşturmuştur (Waller 1993). Literatürde sanat terapisi ile ilgili; görsel sanatları, yaratıcılığı ve psikoterapiyi bir araya getirerek bilişsel, duygusal, fiziksel ve ruhsal açılardan iyi oluşu hedefler ifadesi mevcuttur. Sanatı kullanarak, bireye sanat yoluyla içgörü ve anlam kazandırmaya sağlamaktadır (Rappaport 2009).

Sanat terapisinin diğer psikoterapilerden farkı; uygulamalarda kişilerin yaratıcı ve sanatsal girişimlerde bulunarak tedavilerine aktif katılım sağlamaları olduğu düşünülmektedir. İlaç tedavisi alan hastalar tedavi sorumluluğunu bakım ekibine ya da yakınlarına bırakarak atıl durumda kalmaktadır. Hastanın edilgen kaldığı tedavi modellerinde, hasta tanı- tedavi yapılan nesne konumunda olmaktadır ve hasta merkezli psikoterapi uygulanmamaktadır (Killick ve Schaveiren 2003). Sanat terapisinde ise, hasta kendi bakımına aktif katılarak imgeler aracılığı ile daha önce ortada olmayan bir ürün ortaya çıkarır. Çünkü sanat ürününün oluşturulması için hastanın eylemsel olması gerektiği ifade edilmektedir. Eylemin nasıl olacağı konusunda karar merkezi eylemi gerçekleştiren kişidir. Adamson, hastalarının atölyesine geldiği zaman onlara ne çizmeleri gerektiğini söylemediğini süreci yapılandırmadığını ifade etmektedir. Esas olanı, kişilerin yaratıcılığına bırakarak fikrin tamamen merkezdeki hastaya ait olması



gerektiğini savunmaktadır. Bu yaklaşımın sabır gerektirdiğini, yaratıcılığın çok uzun zamanlar alabileceğini söylemiştir. Terapist olarak şartları olgunlaştırmak, atmosferi hazırlamak sorumluluğunu aşmadan hastanın hazır oluşunu beklemek gerektiğini vurgulamıştır. Hasta hazır olduğunda gerçekleştirdiği eylemin gerekliliğini farkına varır. Bakım uzmanı ile işbirliği halinde iletişibildiğini keşfederken tedavisinin sorumluluğunu alır ve bakımın merkezinde olur ifadelerini kullanmaktadır (Killick ve Schaveiren 2003, Adamson 1984).

Killick ve Schaveiren'e göre; sanat psikoterapisi, benlik algısında ortaya çıkan hasarı onararak, terapistin yerinde verdiği geri bildirimler ile içgörü, farkındalık ve iletişim yetisindeki artışı sağlamaktadır. Sanat etkinlikleri, boş kalan vakti değerlendirecek bir araçtan değil, terapötik etkileşimin bir parçası olmaktadır(Killick1993; Killick ve Schaveiren 2003). Jakab bu hususta, "Sanat psikoterapisinin sözsüz yönü, zihinsel sağlık çalışması alanındaki önemli ve eşsiz durumu kurar, çünkü bu hastalara kendi gözleriyle dinleme fırsatı verir" ifadesini kullanmıştır (Rubin 2010). Wilson'a göre; "yapılandırılan terapötik ortamdaki nesnelere ve imgelere, hastayla terapist arasında kalan boşlukta işlevseldir. Sanat nesnesi boşluktaki ara bölgeyi alarak sembolik bir ilişkinin oluşmasını sağlar. Simgesel işlev, sanatsal ürün ve onun etkisindeki güven ilişkisi ile sağlanır. Sanat yoluyla ortaya çıkan imge, hareket ya da imajinasyon, hastanın hatırladığı konuşmalardan daha güvenilir ve somut bir kayıt oluşturmaktadır. Öteki ile direkt kurulan ilişki tehditkar olabilmektedir, ancak bir dolayım nesnesi aracılığıyla ilişki kurulabilir. Sanat, terapötik ilişkide dolayım sağlamaktadır. İlişkinin başında hasta ile terapist arasında var olmayan bir parça oluşturmaktadır. Bilinçdışını bilince getirmede ve ilişkiyi güvenli hale getirmede kilit görevi vardır" (Wilson, 2001). Sanatın, pek çok yönü olan bir etkileşim aracı olduğu savunulmaktadır. Hasta, terapist ve ortaya çıkarılan sanatsal ürün arasındaki ilişki; önce biçimsel düzenlemesi, akabinde öykü ve çağrışımları, yaratılan sanat ürününün sembolik anlamları, verdiği mesaj (aktarımsal anlamı) ve çalışma esnasında davranışları, terapötik alanın kullanılabilirliğini artırır(Seth-Smith 1997, Dalley et al. 2013). Malchiodi, sözel ifadenin kısıtlı olduğu durumlarda, duygusal dalgalanmalarda, kişisel veya toplumsal travmalarda, psikotik ataklarda, iletişimsel problemlerde, sanat uygulaması kapsayıcı bir konumdadır, olumsuz yaşantıları onararak bireylerin içselleştirmesine olanak sağlamaktadır fikrini savunmaktadır (Malchiodi 1998). Killick; duygularını ifade etmekte zorlanan hastalar için semboller, suçluluk duygusunu oluşturmadan emosyonların ifadesini sağlayabilir

tanımlamasını kullanmıştır. Örneğin; intihar öyküsü bulunan hasta; boya, hareket, ritim yolu ile farklılaşmamış gerçekliği eylemselleştirmiş olur. Hasta, sanat terapi aracılığıyla ifade edemediği kötülük hali ve suçluluk duyguları ile yüzleşir ve katarzis gerçekleşir. Bir kez bastırılmış duygu ve gerçeklerle yüzleştikten sonra, yaratıcı süreç başlayabilir (Aydın, 2010; Killick, 1993).

Günümüzde resim, müzik, dans, drama, sinema, şiir gibi farklı sanat dalları ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin sağaltım ve rehabilitasyonunda tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Sanat terapinin rehabilitatif tedavide etkinliği çok yönlüdür (Gold et al. 2005, Riley et al. 2004). Sanat yapmak ve yaratıcı süreç, hastanın emosyonel çatışmalarını çözümler, savunma mekanizmalarını geliştirir, sosyal becerileri, benlik hasarını onararak benlik saygısını artırır, anksiyetesini azaltır ve problem çözme becerilerini geliştirir (Malchiodi, 2007). Yalom'a göre; sanat terapisi farkındalığı ve kendini ifade etmeyi artırmak adına önemli bir araçtır (Yalom2005). Waller'a göre; grupta sanat terapisi hastaların güvenli alanda duygularını ifade ederek tartışabilmelerini sağlamaktadır. Ayrıca, grup terapisindeki üyeler kendilerini izole hissetmezler ve diğer grup üyelerinden geribildirim alabilirler (Waller ve Mahony1999). Sanat terapistleri; sanat terapisinin, ego bütünlüğü bozulan hasta grubunda; egonun sınırlarını çizme ve egoyu güçlendirme, iç ve dış gerçeklik arasındaki bağlantıları oluşturma, geçiş nesnesinin yerini alma, benliğin psikotik uzantısını dışlaştırarak, daha sonra onlara bakabilme, görebilme ve başedilme yetisini güçlendirme, kendi sanat ürününe narsistik yatırımını ile benliğin tamir edilmesi gibi işlevleri bulunduğunu ifade etmektedirler (Naumburg 1950, Landgarten 1981).

Amerikan Sanat Terapi Derneği'nin (The American Art Therapy Association) Art Therapy Bibliography derlemesinde, sanatla terapinin astım, kanser, diyabet, gibi birçok fizyolojik hastalıklarda ve travma, çocuk istismarı ve disosiyatif bozukluklarda çalışılmasına dair pek çok araştırma olduğu bildirilmiştir (The American Art Therapy Association, 2012). Leckey'nin sanatsal aktivitelerin ruhsal iyilik etkilerini araştıran derlemesinde, 11 çalışma incelenmiş, sonucunda, yaratıcı aktivitelerin ruhsal iyi olmayı sağladığı ve koruduğuna dair sonuçlar bildirilmiştir. Sanat aktivitelerin, kendini ifade etmeyi arttırdığını ve stresi azalttığını ortaya koymuştur(Leckey2011). Müzik terapisinin ele alındığı çalışmalarda, katılım süregelenirse, şizofrenik hastalarda negatif semptomların gerilediği, bilhassa duygusal küntleşme ve motivasyon kaybının azaldığı, sosyal ilişkilerin güçlü hale geldiği sonucunu bildirilmektedir (Gold 2005). Bir başka

araştırmada, depresyon tanısı alan hastalar ile standart bakıma ek mzık terapisi çalışılarak, depresif atakların ve anksiyete düzeyinin azaldığı, işlevselliğın arttığı bildirilmektedir (Erkkila 2011). Yapılan başka araştırmalarda; okul tabanlı çalışmalarda sanatla danışmanlığın kendini algılamayı (White ve Allers 1971) ve kognitif becerilerde gelişimin olduğu (Silvan ve Lavin's 1977) grlmştir. Aeron (2011) alışmasında; niversite ğrencilerinin gerek bireysel gerek grup sanat terapi uygulamaları ile anksiyete düzeylerinin anlamlı düzeyde düşük çıktığını ifade etmiştir. Epp (2008) araştırmasında ise; otizmli çocuklarda uygulanan sanat terapi oturumlarıyla hiperaktivite ve problemleri davranış puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Manti (2006) araştırmasında; çeşitli kanser tanıları almış kadınlarla çalışmış ve örneklem grubunda sanat terapinin stres belirtilerini önemli düzeyde azalttığını ve yaşam kalitesi arttırdığını grmştir.

#### **2.2.4.Sanat Terapisi Uygulama Adımları**

Sanat terapisi uygulamasının ilk adımı terapiye hazırlık ile başlamaktadır. Terapinin gerçekleşeceği ortamın terapötik hale getirilmesi, sanat materyellerinin hazırlanması, ortam ve sanat malzemesi ile ilgili oluşabilecek sorunların önceden öngörülerek çözüme kavuşturması gerekmektedir. Gruba ya da bireysel terapiye alınacak olan bireylere hastalık tanılarına göre değerlendirme yapmak ve yapılandırılmış ya da yapılandırılmamış program üzerinden özel hedefler geliştirmek önemlidir. Hedeflerin içeriği; ego işlevleri, duygusal ifade güçlüğü, iletişimsel sorunlar, başetme mekanizması, danışanın sanat dalına olan ilgisi gibi faktörler olabilmektedir.

Diğer adım sanat terapisinin uygulanmasıdır. n hazırlıkları yapılan sanat terapi oturumu dört fazda gerçekleşir. Birinci basamak; giriş (intro) aşamasıdır. Tanışmanın gerçekleştiği, bir önceki oturumun değerlendirildiği ve geçen süre zarfında yaşananların paylaşıldığı fazdır. İkinci basamak; ısınma aşamasıdır. Isınma aşaması sanatsal yaratıcılığın oluşabilmesi için yapılan alt zemin olarak bilinmektedir. Genelde meditatif, nefes egzersizleri ve serbest yürüyüş yöntemi kullanılmaktadır. Bu aşamadaki egzersizlerin amacı, kişilerin yaşantılarına dair fikirlerine ulaşarak i dünyalarına dönmelerine yardımcı olmaktır. nc basamak; yönergenin verilmesi ve çalışacak sanat aktivitesinin uygulanmasıdır. Terapist grubun\ kişinin farklı yapısına göre uygulamayı yapılandırmaktadır. Dördüncü basamak ise; paylaşım ve kapanış aşamasıdır. Bireylerin ortaya çıkardıkları ürüne dışardan baktıkları basamaktır. İselleşen duygunun sanat yolu ile dışsallaştırılması ve onu kapsayıcı bir ortamda görmesi olarak

değerlendirilmektedir. Sanatsal üründeki katarsis ile oluşan simgesel metin, sözel ifadeye dönüşerek somutlaşmaktadır. Bu aşamada grubun çember şeklini alması önemlidir. Jung çemberi, güven ihtiyacı doğrultusunda karmaşadan denge ve bütünlüğe geçiş olarak tanımlamıştır. Payşamın sonrasında gerçekleşen kapanış aşaması, dördüncü fazdır ve terapiyi sonlandırmaktadır.

Uygulamadan sonraki adım, oturumu değerlendirerek bireylerin gereksinimlerinin tespit edilmesidir. Tespit edilen faktörler, tedavi ekibi ile konsültasyon yapılarak paylaşılmaktadır. Bireylerin terapi sürecinde öğrendiklerini yaşamlarına aktarmaları ve terapi sonrasında takip edilmeleri de sürecin bir parçası olmaktadır(Neimeyer2012, Göktepe 2015).

### **2.2.5.Sanat Terapisi Çeşitleri**

Sanat Psikoterapileri, sanatın farklı dillerinden sadece birindeki ifade sürecine odaklanarak çalışılan; Görsel Sanat Psikoterapisi, Dans/Hareket Terapisi, Drama Terapi, Müzik Terapisi, Şiir Terapisi ve Biblioterapi ve birden fazla sanat dillinin birlikte ve anlamlı geçişlerle kullanıldığı Inter-model Dışavurumcu Sanat Terapisi gibi farklı branşlara ayrılmaktadır (Eren1998).

#### **2.2.5.1.Müzik- Ritim Terapisi**

Müziğin tüm canlıların psikolojik düzeyleri üzerinde ciddi etkileri olduğu uzun zamandır tartışılmakta ve birçok bilimsel çalışma aracılığı ile ortaya konmaktadır (Sezer 2011). Müzik ile tedavi ruh sağlığı ve hastalıklarının tedavisinde kullanılan en eski yöntemlerden birisidir. Eski çağlardaki Mısır papirüslerinde müzik yoluyla tedaviye ilişkin pek çok işarete rastlanmaktadır. Eski Yunan'da müzik her türlü iyilik halinin kaynağı olarak kabul edilmekteydi. M.Ö. Pythagoras ve Hippocrates mabetlerde ilahiler dinleterek, müziği hastalıkların tedavisinde bir araç olarak kullanmışlardır. Platon ve Aristo müziğin ruha sakinlik ve huzur getirdiğini ifade etmişlerdir (Güney 2006). Selçukluda müzik, akıl hastalıklarının tedavisinde kullanılmıştır. Nureddin Hastahanesi, Fatih Darüşşifası, Edirne Darüşşifası (II. Bayezid Külliyesi) ve Gevher Nesibe Şifahanesi müzik ile tedavi veren şifahaneler arasındadır (Sezer 2009).

Amerika Müzik Terapi Derneği müzik terapisini; 'müziğin, bireylerin terapötik ilişki içinde fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış bir sağlık hizmetidir. Müzik terapisti danışanın güçlü yönlerini ve ihtiyaçlarını

değerlendirdikten sonra yaratma, şarkı söyleme, hareket ve müzik dinlemeyi de içeren bir tedavi sağlar. Tedavi ortamındaki müzikal katılım ile danışanların yetenekleri güçlendirilir ve bu yetenekler yaşamlarının diğer alanlarına taşınır. Müzik terapi kendini kelimelerle ifade etmekte zorlananlar için yararlı iletişim yollarını sağlar. Müzik terapi araştırmaları, genel fiziksel rehabilitasyon ve hareketi kolaylaştırma, danışanların motivasyonunu artırarak kendi tedavilerinde etkin rol oynama, danışanlar ve aileleri için duygusal destek sağlama gibi birçok alanda müzik terapinin etkinliğini desteklemektedir' ifadeleri ile tanımlamıştır (Amerika Müzik Terapi Derneği 2012). Müzik terapisi, 'terapist aracılığı ile, müzik deneyimlerini ve deneyimlerden gelişen ilişkileri, dinamik değişim gücü olarak kullanmasına yardım eden sistematik bir müdahale süreci" olarak tanımlanmaktadır (Bruscia 1998). Müzik terapisi, birçok kişi tarafından kabul edilen bir psikososyal müzik temelli tedavi yöntemidir. Özellikle ruhsal hastalıklar için olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir(Heaney1992, Silverman 2006).

İletişim ve anlatım aracı olarak müzikal etkileşimi kullanarak interpsişik süreçlere hitap ettiği için psikoterapötik bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Müzik terapisi, kişilerarası ilişkileri geliştirerek, sözcükleri yetersiz kaldığı durumlarda etkili olmaktadır (Gold et al. 2008). Günümüzde, müzik terapisi modelleri psikoanalitik, hümanistik, bilişsel davranışçı veya gelişimsel teoriye dayanmaktadır. Davranışsal ekol, ABD'de sıklıkla kullanılmakla beraber, psikodinamik ve hümanistik modellerin hakim olduğu yöntemler Avrupa'da kullanılmaktadır. Almanya merkezli bir araştırmaya göre, müzik terapisi tüm psikiyatrik kliniklerin %37'sinde kullanılmaktadır (Andritzky 1996).

Müzik ile yapılan psikoterapötik çalışmada; frekans, ritim, ses değişimi ve armoni gibi parametrelerden faydalanılmaktadır. Çalışmalar; dans etme, şarkı söyleme, ses taklidi, şarkı yazma, enstrüman çalma gibi yöntemlerle gerçekleştirilebilmektedir. Bireysel veya grup çalışması olarak yapılmaktadır. Bireylerin müzik ile çalışırken gösterdiği davranış modelleri, yaşantılarındaki davranış örüntülerinin tekrarıdır. Müzik terapisini yaptıran kişi, bireyin bunları görmesini sağlayarak, savunmaları veya patolojik davranış modelleri ile yüzleştirir ve davranış örüntüsünün onarımına yardımcı olur (Güney 2006). Terapötik çalışmada; müzikal yeteneğin varlığı değil, iç ve dış etkenlerle gerçekleşen zorlanma ve uyum yöntemlerinin geliştirilmesi önemlidir (Karasu 1984).

Müzik terapisinde yaklaşımlar; aktif karşı alıcı, yapısal düzey ve terapötik ilgi odağı olarak üç alana ayrılmaktadır ( Drieschner 2001). İlk ve en temel ayırım, aktif ve

alıcı müzik terapisi arasındadır. Aktif mod, şarkıların serbest doğaçlanması ve üremesi gibi çeşitli müzik etkileşim biçimlerini içerir. Alıcı teknikler, terapistin danışan için çaldığı sesli müzik ve seçilen herhangi kayıtlı müzik dinlemeyi içermektedir. İkinci bölümde ise, yapılandırma düzeyi ile ilgili ayrımlar da bulunmaktadır. Formlar ve süreçler farklı yapı seviyelerine sahip olabilir; örneğin, doğaçlama temaları veya şarkılar, farklı ritmik veya armonik yapıya sahip olacaklardır. Yapılandırma düzeyi ise hasta olan bireyin ihtiyaçlarına bağlıdır (Wigram 2002). Müzikle ilgili etkileşim içerisinde ortaya çıkan süreçler veya müzikal süreçler ile bireylerin sözlü ifadesi ise üçüncü aşama olan terapötik ilgi odağı alanıdır (Drieschner 2001). Klinik raporlar, psikiyatrik rahatsızlıkları olan hastalar için müzik terapisinin genellikle aktif ve alıcı tekniklerden oluşan bir karışıma dayandığını, ancak müzikal doğaçlama ve müzik etkileşiminin sözlü olarak anlaşılması gerektiğini göstermektedir. Psikiyatri hastaları ile müzik terapisi, genellikle bireysel veya küçük bir grup ortamında sağlanır ve sıklıkla uzun bir süre boyunca devam eder (Wigram 1999).

Müzik terapisi ile ilgili literatürde pek çok çalışma mevcuttur. Yapılan bir araştırmaya göre; kendi kalp seslerini kayıttan dinleyen bebeklerin, sessiz odada yatanlar ve ninni dinleyen bebeklere oranla daha erken uydukları sonucuna ulaşılmıştır (Babacan, 1998). Ovaryoluve arkadaşlarının (2006) kolonoskopi tedavisi alan hastalarla yaptığı müzik terapi çalışmasına göre; müzik terapisi alan hastaların kontrol grubuna göre daha az ilaç ihtiyaçlarının olduğu, anksiyete ve ağrı düzeylerinin azaldığı sonucu elde edilmiştir. Silverman (2003) madde bağımlılığı olan hastalar ile çalışarak, müzikle terapinin madde bağımlısı hastalarda olumlu bir etkisinin olduğu sonucunu elde etmiştir. Marshall ve Tomcala (1981) ise çeşitli müzik türlerini kullanarak yaptığı araştırmada; farklı türdeki müziklerin stres üzerindeki etkilerini karşılaştırmalı olarak incelemişlerdir. Araştırmaya katılan bireylere caz, rock, dini, klasik müzik ve fon müziğinden oluşan kolajları, gruplara ayırmış ve her gruba ayrı müzik türünü dinletmiştir. Araştırmanın sonucunda her grubun stres düzeyinin aynı oranda azaldığı saptanmış ve tüm müzik türlerinin aynı psikoterapötik etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tüm bu araştırmaların sonucunda müzikle terapinin insan sağlığı üzerinde olumlu bir etkisi literatür tarafından kabul edilmektedir.

### 2.2.5.2.Dans-Hareket Terapisi

Dans, sanatın en eski branşlarından biridir. Bazı inanışlara göre; dans konuşma kadar eskiye dayanmaktadır. İlkel toplumlarda insanların dans ederek kendilerini ifade ettikleri ifade edilmektedir. Dans hareketlerini ilk kimin keşfettiği bilinmemektedir ama arkeolojik araştırmalar sonucunda çeşitli dans figürlerine rastlanmıştır ve bu da dansın, eski toplulukların kendilerini koordine etmede kilit bir parça olduğunu göstermektedir. Tarım hayatına ve yerleşik düzene geçilen zamanlarda yaşayan insanların el ele tutuşarak bir çember oluşturdukları, dans ettikleri ve sonrasında tarım işlerini yaptıkları bilinmektedir (Güney 2006). Dans, pek çok kültürde tedavi edici yöntemlerinin vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Dansın tedavi yöntemi olarak kullanılması yirminci yüzyılın ikinci yarısında gerçekleşmiştir. Dans terapisinin büyümesinde modern dans ve psikiyatrideki gelişmeler önemli bir noktadadır. Yirminci yüzyıl başlarında bireysel ifadeyi merkez alan modern dans gelişmeye başlamıştır. ABD'de modern dansın kurucularından Isadora Duncan (1878-1927) Antik Yunan tiyatrosundaki ifadeler ile yeni bir dans biçimini ortaya koymuştur. Dansın duygusal aktarım ile bireylerin özgürleşmesinde bir basamak olarak gören Ruth St. Denis, Ted Shawn gibi modern dans öncülerinin kurduğu Denishawn Dans Okulu, dans terapisinin önemli isimlerinden Marian Chase'i yetiştirmiştir (Levy 1992). Dans terapisi ilk olarak, Chase tarafından 2. Dünya Savaşı sonrasında Amerika'da kullanılmaya başlanmıştır. Sözsüz grup terapisine ihtiyaç duyulan o dönemde Chase St. Elizabeth Hastanesinde uygulanan dans terapisi bu ihtiyacın yerini almıştır.

1966 yılında 73 asil üyesi tarafından kurulan American Dance Therapy Association (ADTA), hareketin kişinin duygusal, bilişsel, sosyal ve fiziksel bütünleşmesini güçlendiren bir süreç olarak kullanılmasını öngörmüştür. Derneğe göre dans-hareket terapisi; hareket ve vücudu farklı ihtiyaçlara sahip insanlara yardım etmek için psikoterapi, danışmanlık ve rehabilitasyon becerileri ile birlikte kullanır. Dans terapisi, psikodinamik psikoterapinin devam eden etkisi altında 1940'lı, 1950'li ve 1960'lı yıllarda geliştirilmiştir. Ruhsal bozuklukların tedavisinde bedenün önemini ve dans / hareket terapisinin gelişimini renklendirmiştir (American Dance Therapy Association 2003, Cruz 1993, Chodorow 1991, Schmais 1980). Birleşik Krallık Dans Hareket Terapisi topluluğunun dans ve hareket tanımlaması ise; beden hareketlerinin örtük ve dışavurumu için iletişim aracı olarak kullanılması yönündedir.

Dans ve hareket terapisi ve terapi yürütücüsü, bireylerin duygusal, fiziksel ve sosyo-kültürel bütünleşmesini sağlayarak beden hareketlerini terapötik biçimde kullanmalarını sağlamaktadırlar. Beden aracılığı ile hastanın içsel süreci ikincil sürece aktararak ve bazen sözsüz iletişim sözlü iletişime dönüştürken bazen de terapötik komponent sözsüz düzeyde kalmaktadır (Güney 2006). Dans terapisinin öncüsü olan Chase, Freida Fromm Reichmann ve Harry Stack Sullivan'dan etkilenecek; her bireyin içindeki sağlıklı tarafa dokunmayı esas alan bir yöntem benimsemiş ve bedenin ses karşısında verdiği tepki ile, içe dünyalarına çekilen bireyleri dans yoluyla etkileşime davet etmiştir. Dans ve hareket ile ritmin düzenleyici ve birleştirici özelliğini kullanarak sağaltıcı ve terapötik etkileşimler yaratmayı amaçlamıştır (Shelley 1993). Dans terapisinin bir başka önemli ismi olan Martha Davis, bedensel hareketin içsel süreçleri, kişilerarası ve kültürel kalıpları yansıttığını ifade etmiştir. Bu önerme ile bedenin, bireyin iç dinamiklerinin göstergesi değil kendisi olduğu sonucunu ortaya koymaktadır. Günlük yaşamdaki tepkilerin farkını ise zihinsel olarak olmasa da bedensel düzeyde kodlandığını ve bedensel karşılık verildiğini savunmuştur (Davis, 1975).

Beden ve psişik yapı arasındaki ilişkiye Freud, ego ve id adlı makalesinde (1923) egonun bir beden egosu olduğunu, egonun gelişiminde ve idden ayrılmasında bedenin yüzeyinin farkedilmesine ve hissedilmesine vurgu yapmıştır. Wilhelm Reich (1949) da bastırılan duyguların kas gerilimlerine sebep olduğunu ve bedeni keşfetmenin önemli olduğunu ifade etmiştir. Bedenin yaratıcı süreci ve bilinçdışını ilişkilendiren ilk isim Jung olmuştur. Jung'un (1961) aktif imgelem (active imagination) yönteminde bu ifadesine rastlanmaktadır. Jung, duyguların, soma ve psişe arasında dinamik bir köprü, olduğunu ifade ederken, bedensel hareketin bilinçdışını ifade etme yöntemi olduğunu savunmuştur (Chodorow 1991). Jungien yöntem; 1960'lı yıllarda dans terapisinde serbest çağrışıma (moving imagination) ve otantik hareket (authentic movement) yöntemine dönüştür (Whitehouse 1979).

Dans terapisinde pek çok değişik model yer alsa da genel olarak destekleyici ve ifadeye/ içgörüyeye dair terapötik elementlerin beraber ele alındığı bilinmektedir. Oturum başında kullanılan hareket egzersizleri devamında sembolik ifadenin için dans ile doğaçlamaya dönüşür. Sandel (1993) dans terapisini Piaget'nin gelişimsel süreç modeli ile benimsemiştir. Başlangıçta duyu-motor düzeyde kalınır ve daha sonra imgeler ve sözcüklere geçilir. Marian Chase, beden hareketinde efor özellikleri belirlenince hareketin bireylerdeki imgelemine araştırmıştır. İmgelerin çeşitliliği, dolaylı çağrışımları,



ambivalen duyguları, düşünceleri beraber ifade etmesiyle alakalıdır. Farkedilen duygular ve yaşantılar bireyler tarafından bilince getirilerek söze dökülür ve anlam kazanır. Bedensel ifade zenginleşir ve hareket, imge, duygu ve anlam zinciri süreklilik kazanır (Blatner, 1992).

Dans ve hareket terapisi günümüzde pek çok ülkede kabul gören bir sağaltım yöntemidir. Psikiyatri hastaneleri, özel klinikler, okullar cezaevleri, onkoloji merkezleri huzurevleri gibi pek çok uygulama alanına ulaşmaktadır. Dans ve hareket terapisi uygulaması ve literatürü beden ile ruhsal yapıyı anlama arasındaki köprüyü inşa etmede ciddi bir birikimi sunmaktadır. Dans ve hareket teraspisi, şizofreni, bipolar bozukluk, nevrotik bozukluklar, otizm, travmalar, madde bağımlılığı, tıbbi patolojiler gibi pek çok grupta kullanılmaktadır. Tüm yaş gruplarını kapsamaktadır. Hedef işlevselliğin daha iyi bir düzeye taşınması olarak belirlenmiştir (Chadorow 1997).

### **2.2.5.3.Drama Terapisi**

Drama terapisi; sanat terapisi, biblioterapi, dans / hareket terapisi, müzik terapisi, şiir terapisi ve psikodrama gibi çeşitli ifade veya yaratıcı sanat terapilerinden biridir. Drama terapisi, bireylerin kendilerini ifade etme ve etkileşimleri için yaratıcı tiyatral imgelerinin kullanılmasıdır. Psikodramaya benzemekle beraber, psikodramadan farklıdır. Bireyler sadece kendi yaşantılarını oynamazlar. İçerğinde hikaye anlatımı, rol yapma ve rol değiştirme, doğaçlama, maske ve kukla oynama, kum oynama, oyunlar, prova ve tiyatro performansı gibi pek çok uygulamayı içermektedir (Landy 2006, Güney 2006).

Drama terapisi önceleri çocuklarla çalışan terapistlerin terapide oyun oynamaları ile başlamıştır. 1960'ların başlarında ise sosyal psikiyatri akımından etkilenerek daha özgün ve yaratıcı çalışmalar ortaya çıkmıştır. İlk drama terapisi derneği, 1979 yılında Amerika'da Ulusal Drama Terapi Birliği ismiyle kurulmuştur . Uygulamalar ise 1990'lı yılların sonlarında artmaya başlamıştır (Karasu 1984).

Drama terapistleri, hastalara çeşitli teknikler, yaklaşımlar ve teorik çerçeveler uygulayarak yardımcı olan kılavuzlardır. ABD'de drama terapisi eğitimi veren enstitülerde genellikle gelişimsel dönüşümler, öyküleyici drama terapisi ve transpersonal drama terapisi gibi yaklaşımlar olduğu bilinmektedir (Landy 2006). Gelişmiş yaklaşımların özellikleri, teorik olarak sese ve rol teorisinin üç modeline en yakın olan ve yine gelişim dönüşümleri en belirgin olanlardır. Gersie (1997) terapötik hikaye anlatımı ve Jennings (1997) EPR (uygulama, projeksiyon ve rol) modelini kullanmıştır.

Her ikisi de özellikle Avrupa'da etkili olmuştur. Bazı drama terapistleri ise, psikanalitik yaklaşımla çalışan Irwin (2000) ve Dunne (1992) gibi kişilerin liderliğini izlemiştir.

Drama terapisi "kimlik", "ben" ve "kişi" kavramları üzerinde odaklanmaktadır. Pitruzzella (2004), kimlik, varoluşçu felsefe ve drama terapisi arasındaki ilişkiyi yazmıştır. Jennings (1994, 1997), antropolojiden ve tiyatrodan alınan kuramlardan bahsetmiştir, Landy (1994, 2001) sosyal bilimler ve sosyal psikolojiyi ele alırken, Sarbin, Allen (1968) ve Scheff (1979) kendilik ve rol fikirleri ile ilgili çalışmalar yapmışlardır. Drama terapi yazarlığında bu eklektik karışım, teorik açıdan uygulamayı anlamaya yönelik yaklaşımların zenginliğini yansıtmaktadır. Drama terapisinde, dramatik projeksiyon, uygulama ve rol alma gibi süreçleri içermekte olduğundan kimlik ve ilişkinin bazı yönleri vurgulanmaktadır (Jennings 1997, Landy 2001). Kendi ve başkalarının yaşantılarına tanık olmak, drama yoluyla kimlik dönüşümünü sağlamaktadır (Emunah 1994, Jones1996).

Drama terapisi kişisel-sosyal gelişimi destekleyen bir yöntemdir(Bozdoğan 2003, San 1990, Okvuran 2002). Drama terapisinde; doğaçlama, rol oynama vb tiyatro tekniklerinden yararlanılmaktadır. Grup çalışmalarında hastalar; yaşantılar, fikirler, soyut kavramlar ya da eski bilişsel örüntüler canlandırılırken, yeniden gözden geçirilerek anlam kazanmaktadır (San 1996). Drama terapisinde, bireyler bilişsel, duyuşsal ve psiko-motor açıdan sürece aktif olarak katılmaktadırlar. Aktif katılım, çevreyle etkileşimi arttırarak, öğrenme yaşantılarına zenginleştirerek öğrenilenlerin kalıcı olmasını sağlamaktadır (Jensen et al. 2002, Adıgüzel 2006). Drama terapisi, yaşantıları işlemektedir ve hastalar izlediği ya da içinde olduğu canlandırmalarda, kendi ya da ötekinin sorunundan yola çıkar ve gerçek sorunu çözmeye doğru adım atar. Drama terapisinde bireyler yaşantılarını, duyguları ile yaşayarak yeniden öğrenirler (Adıgüzel 2006).

Drama terapisi, grup etkileşimi aracılığı ile bireylerin kendilerini farketme ve ifade etme olanağı sağlamaktadır, özellikle sosyal açıdan izole olan bireyler dışa açık olmaya başlarlar(Bozdoğan 2003). Drama terapisinde dışarda yaşanan çatışmaları oyuna getiren bireyler, oyunda çözdükleri çatışmaları dışarda da çözümleyebilmektedirler ve başetme mekanizmaları güçlenmektedir (Güney 2006). Ayrıca literatürdeki bazı araştırmalara göre drama terapisi, sosyal becerilerin ve benlik kavramının gelişiminde, depresif belirtilerin ve utangaçlığın azaltılmasında, girişkenliği ve kişilerarası ilişkileri arttırmada etkili bir terapötik yöntemdir (Akfırat 2004, Buege

1993, Freeman et al. 2003, Goodwin 1985, Erdoğan 2006, McCaslin 1990, Noble et al. 1977, Pipkin ve DiMenna 1989, Gündoğdu 2009, Bozdoğan 2003, Karataş ve Yavuzer 2010, Uşaklı 2006, Durmuş 2006).

#### **2.2.5.4. Bibliyoterapi- Sinematerapi- Şiir Terapisi**

Bibliyoterapi; kelime kökünde terapi eki olması sebebiyle başlangıçta sadece tedavi amaçlı kullanılan bir yöntem olsa da günümüzde kullanım alanları çeşitlenmiştir. 19. y.y.'ın başlarında Antik Yunan'da psikiyatrik hastalarının tedavisi için uygulanmıştır (Davis ve Wilson, 1992). Kavram olarak Crothers (1916) tarafından literatüre kazandırılan bibliyoterapi (akt. Jack ve Ronan, 2008) sürecinin, uygulama alanları zaman içinde genişlemiştir.

Bibliyoterapi en özet olarak ; 'doğru zamanda, doğru bireyle doğru kitabı buluşturmak' olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanımda ise; 'insanların kimi temel gereksinimlerini tanıyıp doyum sağlama ve iyileşmelerinde onlara yardımcı olabilmesi için kitaplardan yararlanma süreci' olarak ifade edilmektedir (Öner 2007). Yeşilyaprak (2009) bibliyoterapi kavramını Türkçeleştirerek “okuma ile sağaltım”ı terimini ortaya atmıştır. Bibliyoterapi bireylerin olumsuz tutumlarını değiştirmek ve motivasyonlarını arttırmak adına; onlara makale, broşür, kitap okuma ödevlerinin verilmesi olarak ifade edilmektedir (Wolberg 1967). Bibliyoterapi, duygusal sorunların sağaltımında kitapların okunmasını ihtiyaç gören ve diğer terapilere destek olan bir yöntemdir (Landereville et al. 2001).

Perry'ye (1972) göre, bibliyoterapi kişilerin duygusal ve sosyal süreçlerinin gelişiminde etkili olmaktadır. Paralel olarak bireylerin kendilerini ve çevrelerini anlamalarına yardımcı olmaktadır. Olayları çözümlenmede bakış açısını genişleten bibliyoterapi, başatme mekanizmasını güçlendirmektedir. Cianciola (1965), daha önce okunulan ve içselleştirilen bir durumla gerçek hayatta karşılaşıldığında, derin bir farkındalık seviyesinin oluştuğunu ifade etmiştir. Bu farkındalığın öykülerdeki karakterler aracılığı ile geliştiğini belirtilmektedir (McTague 1998). Russell ve Shrodes'e göre (1950) bibliyoterapi danışanın kişiliği ve literatür arasında olan dinamik bir etkileşim sürecidir. Bu etkileşimin amacına ulaşabilmesi için, bireylerin bibliyoterapi ile ilgili bilgi ve beceri ve yeterliliklerinin gelişmiş olması gerekmektedir (Öner ve Yeşilyaprak 2006, Öner 2007). Bibliyoterapi, bireylerin kendi danışmanlığını yaptıkları

bir yöntemdir. Kitaplar geleneksel terapötik yaklaşımdakine benzer bir şekilde stratejileri belirlemektedir. Bireyler bu stratejiler ile içgörü geliştirir (Campbell ve Smith 2003).

Bibliyoterapi gelişimsel ve klinik model olarak iki şekilde tanımlanmıştır. Birinci model, uzman olmayan kişilerin de uygulayabildiği ve okuyucuya daha çok tavsiyelerin verildiği bir model iken; ikincisi, sadece ruh sağlığı profesyonelleri tarafından uygulanan ve daha bilimsel bir model olarak literatürde yer almaktadır (Jones 2006). Okuma sürecinde, öyküdeki karakter ile problem çözme aşaması başlamaktadır. Bu süreç, üç evrede gerçekleşir (Öner ve Yeşilyaprak 2006). Birinci evre; kitapla temasa geçen birey öyküdeki karakterin sorunları ile kendi sorunları arasındaki benzerlik ve farklılıkları farkederek özdeşim kurar. Terapistin rolü ise, bireyin kişiliğini tanımasına, dinamiklerini farketmesine, öyküdeki iletişim ağını okumasına ve öyküdeki sorunu kendi yaşantısıyla bağdaştırmasına yardımcı olmaktır. Özdeşim ve yansıtma evresi olan birinci evrenin sonunda, okuyucu duygularını ortaya koyar ve arınma evresine hazırlanmaya başlar. İkinci evrede; duygular farkedilerek, katarsis yaşanmaktadır. Katarsis, sözel ifade ile ya da bireyin süreci içsel yaşaması ile devam eder. Bastırılan duyguların anlamlandırılması ile bibliyoterapi ve kitap okuma süreci arasındaki fark belirgin hale gelir. Duyguların tanınması ile beraber karakterin hangi sorunu ile özdeşim yaşandığı ve bireyin sorununu nasıl ele aldığı da işlenir. Üçüncü evrede ise; amaç, bireyin içgörü kazanarak içsel bir bütünlük sağlayabilmesidir. Artık kendi yaratıcı süreçlerini kullanabilmektedir. Böylece, terapistin desteği ile, sorunlarla başetmede yeni çözüm yolları üretilebilmektedir (Öner ve Yeşilyaprak 2006, Öner 2007, Jones 2006, Campbell ve Smith, 2003).

Bibliyoterapinin etkiliği pek çok yaş grubunda yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Erişkin bireylerde yaşlı bireylerde, ergenlerde ve çocuklarda yapılan araştırmalar farklı sorunların sağaltımında kullanılmıştır. Bibliyoterapi, anksiyete bozukluklarında, panik atakta, depresyonda, ebeveynlerinde ruhsal sorunları olan ergenlerde, yas tutan çocuklarda , saldırgan çocuklarda, travmalarda kullanıldığında anlamlı derecede olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Literatüre geniş bir yelpazeye etki eden ve etkin bir yöntem olarak geçmiştir(Bowman et al. 1995, Landerville et al. 2001, Ackerson et al. 1998, Tolin 2001, Prater et al. 2006, Jones 2002, Febbraro 2005, Floyd 2003, Floyd et al. 2006, Tussing ve Valentine2001, Coleman ve Ganong1990, Corr 1994, Shechtman 2006).

Edebiyatın kuramsal açıdan değerlendirilmesi eski bir modeldir. Geleneksel edebiyat, metin merkezli yaklaşımlarından sonra metin ötesi yaklaşımların ele alındığı bir sürece ulaşmıştır. Böylece metin, edebî niteliğinin yanında, işlevselliği ile de ele alınmaktadır. Aristoteles'in Poetika'sından yıllar sonra birey-toplum ilişkileri düşünürleri edebiyatın çok yönlü işlevselliği hakkında çeşitli kuramları ortaya atmışlardır. Freud ana kuramı psikanalizi geliştirirken, sanatın içinde yer alan edebiyatı da ele almasıyla, edebî ürünlere çeşitli bakış açıları getirilmiştir. Poetika'da yer alan "Tragedyanın ödevi, uyandırdığı acıma ve korku duygularıyla ruhu tutkularından temizlemektir" ifadesi, sonraları edebiyatın tedavi edici işlevi üzerine düşündürmüştür (Fowler 1998). Edebiyatın ve şiirin terapötik olarak kullanılması konusunda; Knapp, Freudyen yaklaşımın ötesinde bilişsel kuramdan beslenmiştir (Knapp 1996). Lacour'un Wordsworth ve Schneider'in William James'in yapıtları bu hususta ilk incelemeler arasındadır. Şiirin psikiyatrik kliniklerde uygulanması ise, 19. yüzyıla denk gelmektedir. Smiley Blanton'un The Healing Power of Poetry (Şiirin İyileştirme Gücü) yapıtı ile alanda çağdaş gelişmeler başlamıştır (Mazza, 34). Günümüzde şiir terapi olarak bildiğimiz yöntem 1940'lı yılların başlarında bibliyoterapi, devamında etkileşimli bibliyoterapi olarak alan bümüştür (Mazza 2014, Sargent, 1979).

Şiir terapi, şiirin 'yaratıcı', 'kuralcı' ve 'törenselle' olmak üzere üç farklı yöntemle kullanılmaktadır. Şiirin yaratıcı tarzda kullanımı, bireyin, terapistin de desteği ile, şiirler yazması demektir. Akrostiş ya da grup şiiri, genelde kullanılan yöntem olmaktadır. Şiirin kuralcı tarzda kullanımı, bireyin duygusuna denk düşen bir şiir ya da şarkı sözünün terapötik sürece katılmasıdır. Devamında kişinin şiir veya şarkı sözüne tepki vermesi beklenir. Şiirin törenselle tarzda kullanımı ise şiirin, seslendirilmesini kapsamaktadır (Mazza 2014, s.50-55).

Sözcüklerin sağaltıcı gücünü esas alan şiir terapi, psikiyatrik bakım sürecinde terapötik olarak kullanılmaktadır. Terapötik ilişkide şiir; kişinin kendini ifade etmesine, bastırılmış duyguların dışa vurulmasına, yaratıcılığın keşfedilmesine ve içgörü kazanmasına destek olmaktadır (Aadlandsvik 2007, Abell 1998, BoltonField ve Thompson2006, Cocking ve Astill2004, Conlon2012, Furman2012, Gooding ve Hoffman2014, McArdle ve Byrt2001, McCulliss2012, Mountain2007, Robbins ve Pehrsson2009, Roe ve Garland 2011, Thomas ve León2012,).

Şiir terapisi, bireylerin, deneyimlerinden ve dil becerilerinden gelen imgeler ve şiirsel yorumların kullanımının iyileştirici bir işlev görebilmektedir ve kayıp duygularını aşmada ve yaşamsal süreçlere daha olumlu bakmaya yardımcı olabilmektedir. Ayrıca, alkol bağımlılığı, cinsel taciz ve depresyonla gruplarında, başlangıçta direnç gelişmesine rağmen bir süre sonra terapötik sürece olarak etkin kullanılmaktadır(Mazza 2014).

Sinemanın psikiyatri ile ortak yanı her ikisinin de etki alanının insan olmasıdır. Her ikisi de insan düşüncesini, duygularını, davranışlarını odağına almaktadır (Gabbard ve Gabbard 2002, Beyazyürek 2007). Sinematerapi de müzik, şiir, edebiyat ve görsel sanatlar gibi tedavi edici bir yöntemdir ve psikoterapide kullanılmaktadır (Şimşek 2003).

Sinema ve terapötik etki arasındaki ilişki çok eski yıllardan bugüne gelmiştir. MÖ 300'lü yıllarda Aristo, Yunanlıların komik tiyatro oyunlarında oyuncuların rahatsız edici duygu ve düşüncelerinin azaldığını ifade etmiştir (Soygür ve ark. 1995).

Fransız psikanalist Andrea Sabbadini ise sinema ve psikanaliz benzer dönemlerde varlığını armağan etmiştir görüşünü savunmuştur (Pur 2008). Sinemanın terapide kullanımı ise, 20. Yüzyılın başlarında multimedya teknolojisi ile başlamıştır. Sinemanın terapide uygulanma başlangıcı tam olarak net olmasa da, Katz (1946) tarafından filmlerin psikoterapideki yerini araştıran bir çalışma, sinematerapinin kullanıldığını göstermektedir (Powell 2008).

Sinematerapi kavramını ilk ortaya atan isim, Berg-Cross, Jennings and Baruch (1990) olmuştur ve hastaların terapist tarafından seçilen filmleri izlemeleri aracılığı ile gelişen bir sağaltım süreci olduğu ifade edilmiştir (Pur 2009, Aka 2007). Sinematerapi, yetkin bir uygulayıcı tarafından bireysel veya grup şeklinde bireylere film izletme, ödevleştirme, içsel süreçlerini ifade etme ve farkındalık ile değişim amacı ile, karakterleri ve metaforları kullanarak sağlanan terapötik bir uygulamadır (Powell 2008, Gençöz 2007, Şimşek 2003).

Sinematerapi ve film izlemek ile aynı tanımlamalar değildir. Süreç uygulayıcıların, filmin nasıl izleneceğine yönelik rehberliği ile başlamaktadır (Wedding ve Niemiec 2003). Uygulama esnasında bireylerin, film karakterleriyle benzer sorunları yaşayanları belirlemeleri ve kendileri adına destek ve kabul bulmaları, duygusal açıdan derinleştirmeleri, katarsis sağlamaları, problemle ilgili farkındalıklarını artırmaları yoluyla çözümler bulmaları ve eylemler için hazır olmaları amaçlanmaktadır (Powell 2008). Sonrasında ise, hastaların terapist desteği ile filmdeki olay ve karakterlerin kendi

hayatları ile benzerliklerini ele alarak değişime gitmeleri gerekmektedir (Sharp et al. 2002).

Sinematerapi ile bibliyoterapi süreçleri, amaçları, avantajları ve kısıtlılıkları benzerdir. Irvin Yalom (1990); 'hayali karakterlerin gerçeği bizi etkiler, çünkü bizim kendi gerçekliğimizdir' ifadesi ile her iki alanın etkinliğini ifade etmiştir. (Gençöz 2007). Bibliyoterapideki etki mekanizması (özdeşim kurma, katarzis, iç görü ve bütünleşme), sinematerapinin etki mekanizması ile aynıdır. Dermer ve Hutching (2000) biblioterapi ve sinematerapinin ortak noktalarına olmasına karşılık, sinematerapinin daha işlevsel olabileceğini belirtmiştir. Film izlemenin kitap okumaktan zaman ve meşakat açısından daha az maliyetli olduğunu ve sinemanın bibliyoterapiye göre daha çok günlük işlerin bir parçası olduğunu ifade etmiştir (Sharp et al. 2002).

Sinematerapinin direktifli/direktifsiz ve yapılandırılmış/yapılandırılmamış biçimleri vardır (Powell 2008). Uygulayıcının başlangıç yapması, sınırları belirlemesi, öneriler sunması, terapötik konuda rol alması direktif olma biçimine girmektedir (Powell ve Newgent2008). Nondirektif yaklaşımda, hastanın kendi durumu yönetmesi çalışmayı yönlendirmesi görülmektedir (Powell 2007). Uygulayıcının başlıklara ve konulara önceden karar vererek katılımcılara sunması, yapılandırılmış, aksi biçim ise, yapılandırılmamış yaklaşım olarak ifade edilmektedir (Powell 2007).

Sinematerapi; kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar, depresyon, şizofreni, obsesyon, travma sonrası stres bozukluğu, alkol bağımlılığı anksiyete bozukluğu, cinsel istisma, saldırganlık, uyum bozuklukları, genel tıbbi durumlar gibi pek çok patolojide kullanılan etkin bir terapötik yöntemdir (Cambronne 2000, Hanson 2000, Nielsen 2000, Martin 2003, Solomon 1995, Hesley 2001; Kaynak: Şimşek 2003, Pur 2009, Gelkof et al. 2006, Ulus 2010).

#### **2.2.5.5.Görsel Sanatlar Terapisi**

Görsel sanatlar, insan varlığı ile şekil alan bir kavramdır. Geçmişten günümüze, insanlar; duygu, düşünce, ve inançlarını görsel sanatlar ile somutlaştırarak maddeye dönüştürmüşlerdir (Salderay 2008, Gombrich 2004). Görsel sanatlar; esas olarak görselliik kapsamında var olan seramik, desen, resim, heykel, modern görsel sanatlar, tasarım ve el sanatları gibi yaratıcı çalışmaların sanat halini alması olarak

tanımlanmaktadır (Esaak, 2010). Görsel sanatlar, yaratıcılığı geliştiren ve besleyen bir disiplin olarak bilinmektedir. Bireyler, estetik değerlendirmeyi deneyimlerken, yeni biçimleri öğrenir, duygularına sanat aracılığı ile yön vermeyi farkederek. Bu sebepten, görsel sanat görsel sanatlar; yaratıcılığa evirerek, bireylerin bilişsel, duyuşsal ve psiko-motor açıdan gelişimini sağlamaktadır . Bireyin estetiksel, fiziksel, zihinsel, toplumsal ilerlemelerini kaydeden görsel sanatlar, kişilerin içsel süreçleri ile beraber, dış dünyadaki problemleri anlamalarında, tepki vermelerinde ve çözümlenmelerinde önemli bir role sahiptir (Özsoy, 2003).

İnsan, tarih boyunca görsel sanatlarla iç içe yaşamıştır. Görsel sanatlar insanların, korku, kaygı, endişe ve acılarını ifade etmede aracılık etmekle beraber; arzu ve hazlarını anlatmalarında etkili bir yöntem olduğu gözlenmiştir Tarihe bakıldığında; mağara döneminde insanların; duygu ve düşüncelerini barındıkları mağara duvarına çizdikleri, Hristiyanların yaşadıkları sağlık sorunlarını ifade etmek için, mum heykeller (kulak, ayak, kol biçiminde) yaptıklarını ve şifa bulmak adına ibadethanelerine bıraktıkları, Türklerin hıdrellezde dileklerini çizimsel ifadeler ile gül ağaçlarının diplerini gömdükleri görülmektedir (Artun 2010, Gombrich 2004, Rath 2004, Kivikas 2001). Görsel sanatların psikiyatrik sağlatımda kullanımı; bir sanat eğitmeni olan Friedl Dicker-Brandeis tarafından 1942-1944 yılları arasında Çekoslovakya toplama kampındaki çocuklarla gerçekleştirilmiştir. Dicker-Brandeis'in uygulama çalışmaları, estetik ve empatiye yönelik görsel sanatlar terapisinde esas oluşturmaktadır (Wix2009). Görsel sanatların bu etkisi sağlığı geliştirmede ve sağaltmada kullanılmakta ve rahatlatan bir araç olarak ele alınmaktadır. Görsel sanatlarda kullanılan semboller, kişilerin kelimeler olmadan kendilerini ifade etmelerini ve bireysel farklılıklarını anlamalarını sağlayan araçlardır (Stuckey ve Nobel2010, Davies 1997, Goodman 1968).

Görsel sanatların sağaltım amacı ile kullanımının temelinde, yaratıcı ifadeleri bir kazanım olarak görmesi yer almaktadır (Stuckey ve Nobel 2010). Görsel sanat terapisi;

görsel sanat materyeli aracılığı ile yaratıcı süreç, insan gelişimi, davranışları ve ruh sağlığı çemberinde etkileşim sağlayan ve bir ruh sağlığı profesyoneli önderliğinde, hastanın görsel ve plastik sanatın dilini kullanarak kendini ifade ettiği sağaltım yöntemidir (Sanat Psikoterapileri Derneği 2014). Görsel sanatların bütünleştirici yapısı, tedaviye ihtiyaç duyan bireylerin acılarını gidermede ve azaltmada etkili bir yöntem olarak bilinmektedir.



Boya terapisi (paint therapy), renk terapisi (color/chromo therapy), çamur terapisi (clay therapy), çizgi terapisi gibi teknikleri, sağlık alanında kullanılan görsel terapi teknikleri arasındadır. Görsel sanatlar ile sağlık alanının buluşması multidisipliner bir anlayışa dayanmaktadır (Azeemi 2010, American Art Therapy Association 2009, Salderay 2008, Case ve Dalley 1992).

Görsel sanat terapisinde pastel boya, kuru boya, ebru, akrilik, yağlı boya, kil, oyun hamuru, renkli kağıtlar ve gibi sanat materyelleri ile, kişiler içsel süreçlerini dış maddelere dönüştürür. İmgelerin oluşumunda, hasta ve terapist etkileşiminde destekleyici ilişki ve kişinin ürünündeki ve sürecindeki anlamları keşfetmesi önemlidir anlamları bulması için de gereklidir (Malchiodi 2011). Görsel sanatlardaki özgür ve spontan ifade, içsel süreçler ve birincil dürtüden beslenir ve bunun için bir miktar gerileme gerekmektedir. Uygulayıcı tarafından kontrol edilen bu gerileme, duygu ifadesinde kilit rolüdür ve sürecini ego sınırında tamamlar (Kris 1980). Sanatsal ürün dışsallaşan bir nesne olduğunda işlevsel bir hal almaktadır. Parçalanmış içsel süreç, somutlaşarak anlam kazanmaktadır. Sanat eserin oluşumunda içsel deneyimler ara alan aracılığı ile belgelenmiş olur. Bilinçdışı süreçlerin sanat aracılığı ile sembolleşmesi, egoyu güçlendirir ve bütünleşik olarak içselleşmesini sağlar ve terapist ile etkileşimi arttırmaktadır (Cavallo ve Robbins 1980, Malchiodi 2011).

Görsel sanatlar terapisi; çocuklar, ergenler, yetişkinler, orta yaşlılar, gruplar ve ailelerde kaygı, depresyon ve diğer ruhsal hastalıklara ilişkin semptomları gözleme ve belirlemede, cinsel ve fiziksel istismarda, bağımlılıklarda, madde kötüye kullanımında, toplumsal ve duygusal zorluklarda, kayıp, yas ve travmalarda, nörolojik problemlerde, tıbbi hastalıklardan kaynaklanan biyo-psiko-sosyo-kültürel güçlüklerde uygulanan etkin bir yöntemdir. Pek ülkede; hastanelerde, kliniklerde, topluluk merkezlerinde tanı ve tedavi amacıyla kullanılmaktadır (American Art Therapy Association 2009).

### **2.3.Şizofreni ve Sanat Terapisi**

Psikotik bozukluk ve şizofreni pre ödipal döneme dayalı bir patoloji olarak bilinmektedir. Bu hastalarının tedavisinde, psikoterapötik müdahaleler önemli bir noktadadır. Ego bütünlüğü olmayan ve yetersiz kişilik oluşumu ile süregiden psikoz

tedavisinde klasik psikoterapi yöntemleri yetersiz kalarak, farklı tekniklerin gelişimine ihtiyaç duyulmaktadır (Kernberg 1993).

Şizofrenik hastalarda sanat terapisi için; sanat eserinin bir etkileşim nesnesi olarak işlevsellik kazandığına dair bir görüş ortaya atılmıştır (Schaverien 2003). Terapist, hasta ve sanat ürünü üçgeninde eserin, bilinçdışı süreçlerde etkileşim nesnesi olduğu ifade edilmiştir. Doğrudan ilişki kuramayan bireyler, yansız ve korunaklı bir ara alan olarak kabul edilen sanatsal ifade aracılığı ile anlaşılabilen imgelemi oluşturmaktadır. Schaverien'in kuramına göre; sanatsal ürünün psikozda aracı olduğu fetiş ve tılsım olarak iki yol vardır ve ikisi de etkileşim için yatırım yapılan nesnelere dir. Çalışmada kelimeler ile imgelerin çakıştığı ifade edilirken, önce yaşantılar belirlenir, birey kendisi ile iletişime geçer ve ardından dış gerçeklik ile iletişim başlamaktadır (Winnicott 1971, Schaverien 2003). Hastalar yaptıkları ürünlerle fetiş nesnelere ve tılsım olarak etkileşime geçtiği ve aktarımların bu şekilde yansıdığı belirtilmektedir. Ürünler somutlaşan imgelemde anlam oluşturularak uygulayıcı ile hasta arasında yer alan boşlukta işlevselleşmektedir. Öteki ile ilişki kurmayı tehdit edici bulan psikotik hasta sanat nesnesinin dolayım özelliği ile ilişkiyi güvenli bir biçimde kurabilmektedir. Özellikle görsel sanatlarda resim terapötik ilişki çerçevesinde dolayım nesnesidir ve bilinçdışı süreci bilinç düzeyine getiren, ilişki kurmayı kolaylaştıran gerçekte olmayan bir uzam oluşturur (Schaverien 2003).

Literatüre bakıldığında, psikotik bozukluklar grubunda yer alan şizofrenik bireylerde gözlenen üç boyutluluk kaygısı ve üç boyutlu olan sanat nesnelere ile ilişki kurabilmenin terapötik çerçevede katkısı olduğuna dair bir yaklaşım bulunmaktadır.

Şizofrenideki psikotik süreç, kendiliğın kaybına dair kuvvetli endişeler ile süren ve korkuya karşılık olarak umutsuzca çabalamak ve gerçek olmayan bir dünyaya kapanmak olarak tarif edilmektedir. Kaçınan davranış ve gerçek dışı dünyadaki ritüelleşen eylemler ile bu kaygının azaldığı bilinmektedir. Sanat terapisi sürecinde ise, psikotik süreç savunmalarını anlamak için denetim, içsel ve dışsal nesnelere ile güvenli olan yapılara duyulan özlemler yer almaktadır. Üç boyutlu nesnelere iki boyutla malzemede düz hale gelmesi ve güvenli bir ortamda tekrardan şekillendirilmesi bu durumu belirginleştirmektedir. Sanat terapisinde gerçekleşen bu denetimsel modeli ile; gerçekleşen davranışın narsistik tarafı, dağınık ego bütünlüğünde denge oluşturularak güçlü bir yansıtılabilir özdeşim geliştirmektedir. Ayrıca canlı gibi görünen bu nesnelere ile uygulayıcı kişiyle ilişki arasında orta seviye etkileşim deneyimi sağladığı ifade

edilmektedir. Orta düzeydeki ilişki deneyimi ilişkinin ileryen evresi için önemli bir köprü oluşturduğu düşünülmektedir (Foster 2003, Segal 1989).

Şizofrenik hastalarla gerçekleştirilen sanat terapisi uygulamalarında bazı noktalar hassas olmaktadır. Seans öncesinde kişilerle bir görüşme yapmak; hazırlık toplantıları, angajman ve işbirliğine yardımcı olmak için birçok önemli fonksiyona hizmet eder (Sainsbury Zihinsel Sağlık Merkezi 1998, Wood 1997). Tüm sanat terapisi uygulamalarında olduğu gibi, kesintisiz çalışmak için güvenli bir oda terapinin işlevselliği noktasında önemlidir. Ortamda hastanın masası, sandalyesi ve sanat malzemelerinin oluşu sanatsal materyel ile düşünmek için bir alan oluşturmaktadır. Uygulama yeri hasta tarafından tanınarak ve içselleştirilir ve sanat yapımında özdeşimi sağlayarak çerçeveye katkıda bulunmaktadır (Goldsmith 1986, Killick ve Schaverien 1997, Wood 2000). Çalışma ortamında süreç başlangıcında ve zaman içinde ilke ve sınırların konuşulması, uygulayıcı ile hastaların arasındaki içsel ve dışsal gerçekliği ayırt eden ilk yol olarak bilinmektedir. Şizofrenik hastalar, sanatsal bir ifade oluştururken sıklıkla kendilerini oluşturabilir ve düşünme ve iletişim kurma kapasitelerini geri yükleyebilirler. Bu düşünme yeteneği başlangıçta kalıcı olmasa da, geri yüklenen düşünce deneyimi rahatlatıcı olabilir ve sağaltım ile ilgili fikirlere yardımcı olabilmektedir. Sanatın bu yönünü göz önünde bulundurarak, sanat yapımı konusunda yönlendirici, teşvik edici ve yapılandırıcı olmak genellikle yararlı olmaktadır (Greenwood 1997, Mahony 2011, Molloy 1984, Wood 1992, 2001). Psikoterapötik çalışma unsurları, bu hastalarla çalışırken de başkalarıyla olduğu gibi mevcuttur. Bununla birlikte, sanat terapistleri var olan kaygılardan arınmak için defalarca konuşup yazarlar (Danneker ve Montag 2013, Greenwood 1997, Huet 1997, Killick1991). Gruplar, grup üyelerinin birlikte çalışabilme ihtimalinin artması için (Greenwood ve Layton 1987, Skaife ve Huet 1998, Liebmann 1990) dikkatlice inşa edilirler. Ayrıca, grup üyeleri arasında tutarlılık sağlamak önemlidir ve destekleyici bir yaklaşım hatta 'terapötik bakım' bunu sağlayabilmektedir (Papadopoulos 2002, Wood 2012). Greenwood'a göre; tekniğin ana kayması, çatışmacı olmaktan çok empatik ve destekleyici bir terapötik duruşa verilen değeri ya da yorumsal bir duruş üzerinde odaklanmıştır (Greenwood 2012). Şizofrenik hastalar, hemen görünür olmadıklarından, terapötik ilişki ve grup dinamikleri zamanla gelişmektedir. Uygulayıcı aktarım ve grup gerginliklerinin farkına varsa da, kişilerin zihinsel süreçlerin uygun olduğunda bu konuları konuşmanın sağlıklı olduğu düşünülmektedir. Greenwood, yazılarında (1987 ve 2012 yılları arasında) terapinin

etkinliğinin aktarım yoğunluğu ile değil, katılımcıların işbirliğine yakın olduğu 'yan yana' yaklaşım ile ilişkili olduğunu ifade etmektedir (Molloy 1984, Wood 2011).

Sanat ifadesindeki biçimler, iç anlatım ve denge için değiştirilmektedir. Değişim sürecinde kullanılan yöntemler, tüm psikoterapi yöntemleri gibi iletişim türüdür. Bireyler bu yöntemlerle uygulayıcıya mesaj vermekle beraber, dışavurumla beraber sürece dahil olur. İfade edilemeyen eserlerde, yapılan deformasyonun düzeyi patolojik ya da sağlıklı olarak değerlendirilebilir. Tanısal değer taşıyan ve onarım için önemli olan dört kriter ele alınmaktadır. Bu kriterler; saha, zaman, renk ve hareket olarak sıralanmaktadır (Babaoğlu 1988, Tuncer 1965). Saha; görsel malzemede resim alanı üzerine yerleşimidir. Eserin, tuvale uzaklığı, parçalar arasındaki bütünlüğü ve tamamlanmışlık duygusunun oluşumu olarak kabul edilmektedir. Kişilerin sahayı kullanım biçimi psikozunun derinliğine göre farklılaşmaktadır. İleri düzey regresif bireylerde organize olamayan saha hakimdir. Renkler geniş, dağınık ve desenler tamamen kaybolmuştur. Sahada kaotik bir görsel şekil almaktadır (Kingsley 1995). Orta düzey psikotik süreç yaşayan ya da kısmi remisyondaki şizofrenik bireylerde ise, daha subjektif bir sahanın varlığı gözlenmektedir. Bu kişilerin eserlerinde, desenler anlamlı biçimlerle belirmeye başlar ancak yine de gerçekliğe tam anlamıyla uymamaktadır. Bu popülasyonda, saha kavramı deformasyonunun; dış dünya algısının parçalandığı ve ilkel, arkaik düşünce gerilediği, bu sebepten soyutlaştırma eğiliminin hakim olduğu kabul edilmektedir (Babaoğlu 1988, Kingsley 1995). Zaman kriteri, sürecin ortaya çıkardığı regresyon içinde aktüel zaman kavramının kaybolduğu ve eski, ilkel zamanları yaşadığı bilgisi ile ilişkilendirilmektedir. Bu durum, eserlerde, eski çağlara ait temaların işlenmesi, geçmiş ve güncelin aynı kompozisyonda işlenmesi ile kendini göstermektedir. Hareket kavramı; saha ve zaman faktörleri ile yakından ilişkilidir. Şizofrenik hastalarda, hareketteki yoksunluk karakteristik bir özelliktir. Tüm sanat terapisi branşlarında sıkça gözlenen hareketsizlik herhangi bir emosyonel ifade taşımamakla bağlantılıdır. Bu bağlamda, terapide hareketin esneklik kazanması ise önemli bir işaret olmaktadır (Wilson 1993). Son kriter olan renk; bütünleşik renklerin dengeli ifadesi ile gözlenmektedir. Renklerdeki dengenin korunması, özellikle pastel renklerin mantıksal süzgeç ile bütünleşik kullanılması, hastanın sürece aktif katılım sağladığını ifade etmektedir. Sıcak tonda renkler; dışa dönüklüğü, soğuk tonda renkler ise; içe dönüklüğü belirtmektedir. Geniş alana dağılan soluk renkler ise affektif kısıtlılığı ifade etmektedir. Renkler iki yönlü olarak anlamlandırılmaktadır. Bir renk; mutluluk ve sevinç

simgelerken, öte yandan da agresyonu ifade edilmektedir. Şizofrenik kişiler için belirtilen deformasyon kavramları ve vurgu yapılan noktaların yanı sıra, ürünün yapısı ve içeriğiyle beraber bütüncül değerlendirilmesinin son derece önemli olduğu belirtilmektedir (Babaoğlu 1988, Kingsley 1995).

Şizofrenik hastaların sağaltımında kullanılan sanat terapisi; hastaların başlangıçta ortaya koyduğu anlamsız ve tehdit edici ifadeleri, nesnel kişi ve olaylara dönüştürmektedir. Sembolik imgeler ile dışsallaşan bu nesnelere; egonun başa çıkamadığı regresyonu, sağaltıcı, yaratıcı ve tehlikeli olmayan bir regresyona evirmektedir. Şizofreni hastalarında sanat terapisi, sembolik ve biçimsel yöntemlerin bir arada kullanılmasına olanak tanır. Başlangıçta ortaya çıkan anlamsız ve garip desenler, eylemler oturumlar ilerledikçe gerçek kişilere ve olaylara dönüşür. Sembolize edilerek somutlaştırılan ve dışsallaştırılan bu eylemler; yıkıcı regresyonu (gerileme), yapıcı ve ego işlevini koruyan regresyon haline dönüştürür. Dolayısıyla anlaşılması güç psikotik iç dünyayı anlaşılır kılarak, çalışmayı uygulayan kişi ile iletişimi terapötik bir çerçeveye sokar ve güven ilişkisi kurmayı kolaylaştırır (Klick 1991, Klick 1993, Naumberg1950). Sanat terapisinin şizofrenik bireyler üzerindeki diğer katkıları; ego sınırlarını oluşturma ve destekleme, gerçeklik algısını oluşturabilme, duyguları tanımlamasını sağlayabilme olarak sıralanabilir. Ayrıca sanat materyelleri ile bir ürün yaratma bireylerin; duygusal, motor, bilişsel, algısal, duygusal, fiziksel, spiritüel ve sosyal yönden gelişimine katkıda bulunur sürecin kronikleşmesini önleyerek işlevselliği artırır (Wadeson 1980, Mülayim 1994). Şizofrenik hastalar ile yapılan güncel sanat terapisi çalışmalara göre ise; benlik saygısının, sağlık ve sosyal işlevselliğin, yaşam kalitesinin, özbakımın, kişilerarası iletişimin anlamlı düzeyde arttığı, pozitif ve negatif belirtilerin, agresyonun ve depresif bulguların azaldığı sonuçları elde edilmiştir (Crawford et al. 2007, Meng et al. 2005, Richardson et al. 2007, Ruddy et al. 2005, Startup et al. 2004, Patterson et al. 2010, National Institute for Clinical Excellence 2009).

#### **2.4.Sanat Terapisi ve Hemşirelik**

Hemşirelik disiplini holistik bakış açısıyla; ruhsal hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi ve rehabilite edilmesi basamaklarının tamamında aktif görev almaktadır. Klinisyen olarak; yatan hasta gruplarının fonksiyonel sağlık örüntülerini geliştirmede, kişilerarası iletişimi güçlendirmede, sosyalizasyonun sağlanmasında primer olarak sorumludurlar (Challagan 2004, Faulkner ve Biddle 2002). Hemşirelik kuramcılarında

Peplau; davranış, düşünce ve duygulanımı hemşirelik uygulamaları ile açıklayarak, hastaların başa çıkma mekanizmaları hususunda hemşirelerin önemli sorumlulukları olduğundan bahsetmiştir (Tomey ve Alligood1998, Velioğlu 1999). Amerikan Hemşireler Birliği; psikiyatri hemşireliğini 'sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyoneli" şeklinde tanımlamıştır (Varcarolis ve Halter 2009).

Butuncul tıp ile beraber psikiyatrik sağaltımda hemşirelik rolleri ve uygulama alanı devamlı gelişim halindedir. Hemşirelik disiplini; bilgi ve eğitim, beceri ve deneyimlerle bu ilerlemeleri takip etme durumundadır. Ruh sağlığı alanında hizmet veren psikiyatri hemşireleri; psikofarmakoloji, psikoterapi ve bilissel davranışçı tedavilerde etkin olmalarına rağmen bu alanlarda açık ve net ifadeler ve tanımlamalar yoktur (Elsom et al. 2005, Kum ve ark. 1996). Klinik uygulama standartları ele alındığında hemşire; hasta ve yakınından anamnez alma, hastanın hastalık yanıtlarına göre var olan problemi belirleme, belirlenen probleme müdahale etme ve öngörülen sonuçları tanımlama, tanımlamalar ile ilişkili olarak planlama yapma, uygulama ve değerlendirme, hasta ve yakınına danışmanlık etme, kişilerin kendi bakımlarında sorumluluk almalarını sağlama, ihtiyaç duyulan sağlık eğitimlerini verme ve ortam tedavisi sağlamakla yetkilidir (Videbeck 2001). Hemşirelerin tedavi edici ortamı sağlamak için yaptıkları müdahaleler; hizmet alan kişilerin kapsamlı biyopsikososyokültürel bakım almasını, iyilik sürecinin artmasını, iyileşmenin hızlanmasını dolayısıyla tedavi ekibinin verilen hizmetten doyum sağlaması ile beraber tükenmişliğin azalmasını sağlamaktadır (Cukr et al. 1998).

Psikososyal bakım dört alt başlıkta değerlendirilmektedir. İlk alt kategoride; temel iletişim ve tanılama becerileri yer almaktadır. Hasta ve yakınları ile ilişki kuran profesyonellerin kullandığı, bakım hizmetinin ilk standartlarını sağlamak için ihtiyaç duyulan temel becerilerdir. Psikososyal müdahalede yaşanabilecek problemleri önlemek için bu becerilere sahip olmak önemlidir. Etkin bir iletişim ile karşılıklı çatışma ve bilgi eksikliği giderilmektedir. Bu bağlamda uygun ilişki kurulabilir ve kişilerin anksiyeteleri azaltılabilir ve memnuniyetleri artırılabilir. Ayrıca bakımda yapılabilecek olan hatalar da önkenilmektedir (Yıldırım ve ark. 2010, Kocaman 2005). Hasta ve uygulayıcı arasında güven temelli ilişki son derece önemlidir. Güven ilişkisi, dürüst ve hoşgörü zemininde kurulurken, sözsüz davranışları da kapsamaktadır. Psikososyal bakım kapsamında kişilere sorulan sorular ile geribildirimler alınabilmektedir. Hastanın kendi

sağlığı yönetiminde rol ve sorumluluk alması konusunda cesaretlendirmek önemli bir husustur (Kocaman 2005). Psikososyal müdahalelerde aktif dinleme önemli bir alandır. Müdahalede yetkin profesyoneller aktif dinleme yöntemi ile, bakım alan kişilerin hem fiziksel hem ruhsal olarak anlaşılabilirliğini arttırabilmektedirler. Aktif dinleme ile bireylerin sözsüz davranışları gözlenebilir, sözlü ifadeleri anlaşılır ve problem ile başa çıkma mekanizmaları güçlendirilmektedir (Varcarolis1998). Başka bir terapötik müdahale dokunmadır ve önemli bir iletişim aracı olarak ifade edilmektedir. Terapötik dokunuş; hasta ile ön yargısız, güvenli bir ilişki kurularak duygu ifadesini mümkün kılmaktadır. Psikososyal müdahalede kapsayıcı, destekleyici, iç görü artırıcı etik çerçeve dahilinde ve empatik bir yaklaşım öne çıkmaktadır (Kocaman 2005). Hemşireler psikososyal müdahalede bulunurken hastayı değerlendirme, ihtiyaçlarını giderebilme, danışmanlık yapma sorumluluklarına sahiptir (Kocaman 2005, Legg 2011, Hellwig 1996).

İkinci düzeyde; hasta ve aile bir arada ele alınmaktadır. Bu aşamada hasta ve ailesinin problem ile baş etme mekanizmasını güçlendirmek, duygu ve düşünce ifadesini kolaylaştırmak ve terapötik bir ilişki kurabilmek amaçlanmaktadır(Kocaman 2005). Hasta ve aileyi beraber değerlendirmek ve psikosyal bakıma katmak bu müdahaleler için kilit nokta olmaktadır. Hasta ve ailesinin kullandıkları baş etme yöntemleri tanımlanarak adaptasyona yönelik uygun baş etme yöntemlerini öğretmek gerekmektedir (Worley 1997, Yıldırım ve ark. 2010 ).

Üçüncü düzeyde,özelleşmiş beceriler yer almaktadır. Problem çözme becerileri, anksiyete ve stres ile baş etme yöntemleri bu gruba dahil edilmektedir. Bu düzeyde gerçekleşen psikososyal müdahalelerde uzman hemşire multidisipliner olarak çalışarak diğer ekip üyeleri ile iletişimini süregelen tutmaktadır. Anksiyete ve stresle baş etme yeteneklerini geliştirmek için; gevşeme ve solunum egzersizi, relaksasyon yöntemleri, beden farkındalığı gibi özel tekniklerin uygulanması önemlidir. Bu becerilerden bazıları hastanın kendi kendine uygulaması için öğretilirken bir kısmı da müdahalede destekleyici olarak uygulayıcı tarafından kullanılmaktadır (Yıldırım ve ark. 2010, Kocaman 2005).

Dördüncü düzeydeki beceriler de ise; alanında uzmanlaşmış terapist hemşireler ve diğer ruh sağlığı profesyonelleri tarafından uygulanan bilişsel terapi, davranışçı yöntemler, aile terapisi sanat terapisi gibi yöntemleri kapsamaktadır. Öngörülemeyen ve çözümü güç olan klinik sorunların çözümünde multidisipliner bir yaklaşımla müdahalede bulunmak önemlidir. (Yıldırım ve ark. 2010, Hellwig 1996, Worley 1997).

Çalışma alanı insan olan hemşireliğin merkezinde yer alan bakım kavramı dinamik etkileşimler temelinde değişim için yaratıcı girişimler ve psikososyal müdahalelerde bulunmayı gerektirir (Altıok ve ark. 2011, Eren 2015). Farklı kültür, geçmiş ve sağlık problemi olan insanlara dokunabilen hemşireler, öngörülemeyen durumlarla sıkça karşılaşmaktadırlar. Bu sebeptendir ki standart bakımın ötesine geçebilmek ve hasta merkezli çalışmalarda doğru kararlar verebilmek için yaratıcı ve eleştirel düşünceliğini geliştirmek mecburiyetindedir (Çamve ark. 2014, Cardellini 2006). Hemşirelik disiplini, hemşirelik müdahaleleri sınıflamasında (NIC) bulunan sanat terapi uygulamalarını farmakoterapi ile harmanlamak ve hastanın yaratıcı dinamiklerini harekete geçirmek için kritik bir konumdadır. Günümüzde klinisyen hemşireler, sanat alanından gelen profesyoneller ile multidisipliner bir şekilde çalışmakta ve yaratıcı sanat terapi faaliyetlerine bakımlarında yer vermektedir (Coşkun ve ark. 2010, Karaca ve Eren 2014, Italia et al. 2008). Sanatın terapötik kullanımı hemşirelerin uygulamada yetenek ve görev tanımını kapsayıcı bir uygulama olmakla beraber, hemşirelik bakımının kalitesini arttıran önemli bir alandır. Hemşirelerin mesleki doyum sağlamasına ve bakım verilen bireyin biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesine katkıda bulunur, problemlere yaratıcı çözüm önerileri getirmeye yardımcı olur (Eren 2015).



## **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1.Araştırmanın Şekli**

Araştırma; şizofreni hastalarında sanat terapi uygulamasının pozitif ve negatif belirtilerle aleksitimi düzeyi üzerine etkisini ortaya koymak amacıyla ön test son test kontrol gruplu desende yapılmıştır.

### **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı**

Araştırma; İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kronik hasta servislerinde Nisan 2017- Haziran 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Türkiye'nin en önemli ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi olarak köklü bir geçmişe sahiptir. Hastane bünyesinde akut psikiyatri klinikleri, kronik psikiyatri klinikleri, bağımlılık klinikleri, çocuk ve ergen psikiyatri klinikleri, adli psikiyatri klinikleri, tutuklu psikiyatri klinikleri, nöroloji klinikleri, nöroşiruji klinikleri ve çeşitli poliklinikler bulunmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı kadın ve erkek kronik hasta servislerinde toplam 230 hasta yatmaktadır. Kadın ve erkek kliniklerinde toplam 30 hemşire görev yapmaktadır. Bu kliniklerde, hastalara farmakolojik tedavi ve rahabilitasyon programları uygulanmaktadır. Rahabilitasyon programları istekli olan hastalara halk eğitim hocaları tarafından uygulanmaktadır. Bu programlar, yapılandırılmamış olup; resim, spor, müzik gibi etkinlikleri kapsamaktadır. Hastalar için belli zamanlarda toplu geziler ve programlar yapılmaktadır. Bunlar dışında hastalar hastane bahçesinde serbest zaman geçirebilmektedir.

### **3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Evreni; Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kronik hasta servislerinde Nisan 2017- Haziran 2017 tarihleri arasında yatarak tedavi gören, şizofrenitanısı alan 230 hasta oluşturmuştur.

Örnekleme Alınma Ölçütleri

-DSM-5'e göre şizofreni tanı kriterlerini karşılamış ve şizofreni tanısı almış olmak,

- 18-65 yaş aralığında olmak,
- Yönergeleri ve kullanılan veri formlarını okuyabilmek, anlayabilmek, yanıt verebilmek,
- Şizofreni tanısına ek ruhsal bozukluk tanısı almamak,
- Akut psikotik süreç içinde olmamak,
- Görsel, işitsel, konuşma (sözel) ve ekstremiteler ile ilgili kusuru olmamak,
- Klinikte yapılmış olan güncel mini mental testten 24 ve üzeri puan almış olmak,
- Onam formunu okuyarak çalışmaya gönüllü olarak katılıyor olmak.

Evrendeki tüm hastalar araştırma hakkında bilgilendirilmiştir. Sonrasında, hastaların yaş aralığını (18-65 yaş aralığı) ve şizofreni tanısına ek ruhsal bozukluk tanısı alıp almadığını belirlemek için klinik hekim ve hemşirelerin izni ile hasta dosyaları hemşire odasında incelenmiştir. Psikotik atak geçirme durumları ise hemşire ve hekim gözlem raporlarından elde edilmiştir. Hastaların yönergeler ile kullanılan veri formlarını okuyabilmeleri, anlayabilmeleri, yanıt verebilmeleri, ayrıca görsel, işitsel, sözel ve ekstremitelerle ilgili kusurlu olup olmadıklarına dair kriterleri karşıladıklarını belirlemek için klinik hemşireleri ile beraber kronik servis görüşme odasında değerlendirilmiştir. Devamında hastalara mini mental test (ek-IV) araştırmacı tarafından uygulanmış ve mini mental testten 24 altı puan alan hastalar örneklemden dışlanmıştır. Değerlendirmeler sonrasında 179 hasta yukarıda bahsedilen kriterlere sahip olmadığı için çalışmadan çıkartılmıştır. 51 hasta çalışma kapsamına alınmıştır.

Çalışmanın uygulaması; yapılandırılmış sanat terapi grubu, yapılandırılmamış sanat etkinliği grubu ve standart bakım alan grup olmak üzere, üç grup halinde yürütülmüştür. Yapılandırılmış sanat terapi grubu (YST); yapılandırılmış sanat terapi uygulaması, yapılandırılmamış sanat etkinliği grubu (YSE); yapılandırılmamış sanat etkinliği çalışması ve standart bakım alan grup (SBA); sadece standart bakım almıştır. Örneklem kapsamına alınan 51 hasta, basit rastgele örnekleme yöntemi ile randomize edilerek gruplara atanmıştır. Randomizasyon sonucunda her gruba 17 hasta (katılımcı) atanmıştır. Bununla birlikte, uygulamaların ikinci ve üçüncü oturumunda katılımcılardan sekizi (YST grubunda dört katılımcı, YSE grubunda dört katılımcı) isteksizliğini belirterek çalışmadan ayrılmıştır. Sonuç olarak çalışma; YST grubunda 13

katılımcı, YSE grubunda 13 katılımcı ve SBA grupta 17 katılımcı olmak üzere 43 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Araştırmacı, araştırmanın başında kör olup, çalışmaya alınan katılımcıları tanımamaktadır. Bununla birlikte katılımcıların mini mental değerlendirilmesi, bilgilendirilmesi ve formların uygulanması ve programların uygulanması doğrudan araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımsız değişkeni“Sanat Terapi Programı” uygulaması; bağımlı değişkenleri ise katılımcılarınpozitif ve negatif belirtileriile aleksitimidüzeyleridir.

### **3.5.Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri; katılımcılarınSosyodemografik ve Hastalık Özelliklerini Belirleme Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği- (PANNS) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) aracılığı ile toplanmıştır.

#### **3.5.1. Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri Belirleme Formu**

Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri Belirleme Formu, hastaların bireysel hastalık ve sanatsal aktivite ile ilgili görüşlerini belirlemeye yönelik olup, formun hazırlanmasında literatürden yararlanılmıştır (Sarandöl 2013, Tekin 2011, Crawford 2010, Greenwood et al. 2007, Meng et al. 2010). Formda, hastaların bireysel özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, memleket vb.) bölümünde beş soru, hastaların hastalık süreci özellikleri(hastalığın süresi, yatış süresi, alınan tedaviler) bölümünde üç soru ve hastaların sanatsal faaliyetler ile ilgili görüşleri (herhangi bir sanat dalına ilgisi olup olmadığı, yeteneğin olup olmadığı, sanatsal faaliyetlerde bulunup bulunmadığı vb.) bölümünde beş soru olmak üzere toplam 13 soru yer almaktadır(ek-1).Formun anlaşılabilirliği yönünde altı farklı hasta grubunda ön uygulama yapılmıştır.

#### **3.5.2.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği- (PANNS)**

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği;şizofrenidepozitif ve negatifbelirtiler, genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek amacı ile Kay ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (Kay et al. 1987). Ölçek, toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Bu 30 maddenin 18'i Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeğinden (Overall

ve Gorham, 1962), 12'si ise Psikopatoloji Değerlendirme Ölçeğinden (Singh ve Kay, 1975) uyarlanmıştır.

PANSS tarafından değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan 16'sı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçek 7'li likert tipten (1=Yok, 2=Çok hafif, 3=Hafif, 4=Orta, 5=Orta/ağır, 6=Ağır, 7=Çok Ağır) oluşmaktadır. Her madde için, ağırlığa göre 1 ile 7 arasında değerlendirme yapılır. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji skorları ve bir de toplam PANSS skoru olmak üzere dört ölçüm yapılır (Kay ve ark., 1987).

PANSS değerlendirmesi 30-40 dakikalık yarı yapılandırılmış bir görüşmeye dayanır. PANSS" ta tüm maddeler tanımlanmakta ve bu maddelere ait yedi puanın her biri için yapılan detaylı açıklamalar her maddede bulunmaktadır. Yedi puanlı değerlendirmede psikopatolojinin artan düzeyleri yansıtılmaktadır: 1=Yok, 2=Çok hafif, 3=Hafif, 4=Orta, 5=Orta/ağır, 6=Ağır, 7=Çok Ağır. Ölçeğin puanlanması her maddenin puanlarının toplanmasıyla yapılmaktadır; pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri için potansiyel puan aralığı 7-49, genel psikopatoloji alt ölçeği için puan aralığı 16-112 ve genel ölçek puan aralığı ise 7-210'dur.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu (Anıl) ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. PANSS alt ölçeklerinde puan dağılımı, normal dağılım göstermiştir. İç tutarlılık incelendiğinde pozitif ve negatif sendrom ile genel psikopatoloji alt ölçeklerinin toplam Cronbach alfa değerleri oldukça yüksek bulunmuştur (sırasıyla 0.75, 0.77, 0.71). Yapı geçerliliğinde pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri arasındaki kısmi korelasyon katsayısı genel psikopatoloji değişkeni kontrol altında tutulduğunda ters yönde bulunmuştur. Ölçeğin alt grupları farklı belirtileri ifade etmektedir. Ölçek bugüne kadar pek çok çalışmada kullanılmıştır (Ulaş 2015, Güleç 2012, Emiroğlu 2009, Arslantaş ve ark. 2009, Sarısoy ve ark. 2013, Güçü ve ark. 2012). (ek-III)

### **3.5.3. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)**

Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) Bagby ve arkadaşları (1994) (Güleç ve ark. 2009) tarafından, kişinin kendi duygu ve heyecanlarının farkında olmaması, tanınamaması olarak bilinen aleksitimiye değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Likert tipi, 1-5 (1=Hiç Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum,

5= Tamamen Katılıyorum) arası puanlanan, 20 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alınan yüksek puanlar aleksitimik düzeyin yüksekliğini göstermektedir. Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-A), duyguları söze dökmede güçlük (TAÖ-B), dışa-dönük düşünme (TAÖ-C) olmak üzere 3 alt grubu vardır:

-Duygularını tanımada güçlük (1, 3, 6,7, 9, 13, 14),

-Duyguları söze dökmede güçlük (2, 4, 11, 12, 17 numaralı maddeler),

-Dışa-dönük düşünme (5, 8,10, 15, 16, 18, 19, 20 numaralı maddeler) 4, 5, 10, 18 ve 19 numaralı maddeler tersten sorulmuştur.

Toronto Aleksitimi Ölçeğinde kesme değeri skor 51 ve altında ise aleksitimi yoktur, 52-60 arasında muhtemel aleksitimi vardır ve 60 ve üzerinde ise aleksitimi vardır.

Güleç ve ark. (2009) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan TAÖ-20 Türkçe uyarlaması, 3 faktör örüntüsünün sağlandığını göstermiştir. Ölçeğin ve alt-ölçeklerin iç tutarlık incelenmesinde toplam ölçek için  $\alpha=0.78$ , 1. faktör için  $\alpha=0.80$ , 2. faktör için  $\alpha=0.57$  ve 3. faktör için  $\alpha=0.63$  olarak saptanmıştır (ek-III).

### **3.6. Uygulama Programlarının Geliştirilmesi**

#### **3.6.1. Yapılandırılmış Sanat Terapi Programının Geliştirilmesi**

Yapılandırılmış Sanat Terapi Programı, sanat terapi kapsamında resim-kil, müzik-ritim, sinema-şiiir-bibliyoterapi, dans-hareket, dramaetkinliklerini içeren özellikle psikiyatri hastalarına yönelik geliştirilmiş toplam 8 hafta ve 16 oturumdan oluşan bir programdır. Program araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Araştırmacı programın geliştirilmesinden önce, Sanat Psikoterapileri Derneği Eğitim Komisyonu tarafından düzenlenen toplam 12 saatlik “Sanat Psikoterapileri ile Tanışma” başlıklı, sertifikalı bir eğitim almıştır (ek-VIII). Halen İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Sanat Psikoterapisi ve Rehabilitasyon Programı’nda eğitimini sürdürmektedir. Ek V’de yer alan uygulama programının oluşturulmasında, literatürden, “Sanat Psikoterapileri’yle Tanışma” eğitim bilgilerinden ve araştırmacının İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Sanat Psikoterapisi ve Rehabilitasyon Programı kapsamında aldığı eğitim boyunca katıldığı atölye gözlemleri ve süpervizyon notlarından yararlanılmıştır (Sarandöl 2013; Coşkun 2010; Crawford 2010; Chandrai 2012; Drapeward 2007; Peng 2010; Smeijsters 2006, Eren N. 1998). “Sanat Psikoterapileri’yle Tanışma” eğitimi ve atölye çalışmalarında

edinilen bilgi ve beceriler ile süpervizyon notlarından yararlanılmıştır. Hazırlanan program son olarak alanında uzman iki öğretim üyesinin de görüşleri alındıktan sonra son halini almıştır. Programın adımları aşağıdaki şekildedir:

1. **Oturum:** Tanışma, Grubun Oluşturulması, İlkeler Hakkında Bilgilendirme, Giriş, Nefes ve Gevşeme Egzersizleri ile Isınma Çalışması, Beden Odaklı Dans-Hareket Uygulaması ve Paylaşım,
2. **Oturum:** Giriş, Serbest Gezinme ve İmajinasyon ile Isınma Çalışması, Kendilik Algısı ile İlgili Resim Uygulaması, Paylaşım,
3. **Oturum:** Giriş, İmajinasyon Yöntemi ile Isınma Çalışması, Grupla Ritim Uygulaması, Paylaşım,
4. **Oturum:** Giriş, İmajinasyon Yöntemi ile Isınma Çalışması, Grupla Kısa Film İzleme Deneyimi, Paylaşım,
5. **Oturum:** Giriş, Rol- Play ve İmajinasyon ile Isınma Çalışması, Rol-Play Yöntemi ile Drama Uygulaması, Paylaşım,
6. **Oturum:** Giriş, Sosyodrama Yöntemi ile Isınma Çalışması, Dans-Hareket Uygulaması, Paylaşım,
7. **Oturum:** Giriş, Bedensel Isınma Çalışması, Kil Uygulaması, Paylaşım,
8. **Oturum:** Giriş, Mimik Çalışması ile Yapılan Isınma Çalışması, Beden Odaklı Ritim Uygulaması, Paylaşım,
9. **Oturum:** Giriş, İmajinasyon Yöntemi ile Zihinsel Isınma Çalışması, Kitap Okuma Uygulaması, Paylaşım,
10. **Oturum:** Giriş, Hem Zihin Hem de Beden Odaklı Isınma Çalışması, Monodrama Yöntemi ile Drama Uygulaması, Paylaşım,
11. **Oturum:** Giriş, Serbest Gezinme ile Beden Odaklı Isınma Çalışması, Grupla Dans-Hareket Uygulaması, Paylaşım,
12. **Oturum:** Giriş, Beden Odaklı Isınma Çalışması, Grupla Resim Uygulaması, Paylaşım,
13. **Oturum:** Giriş, Canlandırma Yöntemi ile Isınma Çalışması, Grupla Müzik Uygulaması, Paylaşım,
14. **Oturum:** Giriş, Sosyodrama Yöntemi ile Duygu Odaklı Isınma Çalışması, Grupla Şiir Uygulaması, Paylaşım,
15. **Oturum:** Giriş, Serbest Gezinme ve Beden Odaklı Isınma Çalışması, Grupla Rol- Play ve Drama Uygulaması, Paylaşım,

## **16. Oturum: Değerlendirme-Ayrılık Oturumu**

Program, 8 hafta boyunca 16 oturum olarak planlanmıştır. Bunun sebebi, program içinde yer alan beş sanat dalının (müzik-ritim terapisi, dans-hareket terapisi, sinematerapi, şiir terapi, biblioterapi, resim-kil terapisi, drama terapi) en az üç defa tekrarlanması ve son oturumun değerlendirme oturumu olarak planlanmasıdır. Her bir oturum; giriş, ısınma, ana uygulama ve paylaşım aşamalarından oluşmakta olup toplam 90 dakika süreceği öngörülmüş ve bu sebeple oturum süresi 90 dakika olarak belirlenmiştir.

### **3.6.2.Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği**

Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Programı,esnek bir uğraş ve aktivite programı olup, 8 hafta boyunca 16 oturumda şizofreni hastalarının başlarında bir uygulayıcı eşliğinde resim, müzik, kil, okuma kitapları, şiir kitapları aracılığıyla vakit geçirmeleri amaçlanarak gerçekleştirilmesi planlanmıştır.YSE, hastaların becerilerini yerine getirmeyi sağlayan ve birbirleriyle etkileşimdi bulunmalarını hedefleyen bir aktivite etkinliğidir. Etkinliğin YST gibi 90 dakika sürmesi planlanmıştır. Hastalar her oturumda sanat materyalleri ile serbest zaman geçirmişlerdir. Uygulayıcı aktif olarak uygulama odasında bulunmuştur ve hastaların sorularını yanıtlamıştır. Son oturum (16. Oturum) değerlendirme-ayrılık (terminasyon) oturumu olarak planlanmıştır.

### 3.7. Uygulama

Uygulama öncesinde klinik hemşireleri ile işbirliği kurulmuştur. Program öncesinde uygulanan sosyodemografik veri formu, PANSS ve TAÖ-20 formları (ön test) kronik hasta servisleri görüşme odasında araştırmacı tarafından soru cevap ve gözlem yöntemi ile uygulanmıştır. Ön test uygulaması yaklaşık bir saat sürmüştür (sosyodemografik veri formu 10 dakika, PANSS 30 dakika, TAÖ 20 dakika). Ön test uygulaması YST ve YSE programlarından 1 hafta önce gerçekleştirilmiştir.

‘Yapılandırılmış Sanat Terapi Programı’ şizofreni hastalarına Nisan 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmanın kurumda yapılabilmesi için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden kurum izni alınmıştır (ek-V). Programların gözden geçirilmesi ve eksikliklerinin saptanması için örnekleme alınmayan bir grup şizofreni hastası ile ön uygulama yapılmıştır. Uygulama programı, kronik hasta servisleri rehabilitasyon merkezinde 8 haftalık sürede haftada iki kez 90 dakika olmak üzere gerçekleştirilmiştir. YST programı için her oturumda ihtiyaç duyulan malzemeler (müzik çalar, boya, resim kağıdı, kil, şiir kitabı, öykü kitabı, fırça vb.) merkezde hazır bulundurulmuştur.

İlk grup çalışmasında gruba çalışmanın içeriği tekrar anlatılarak, grup ilkeleri (gizlilik, devamsızlık vb.) üzerinde durulmuştur. YST programının her oturumunda farklı temalar işlenmiştir. Her oturum giriş, ısınma, uygulama ve paylaşım kısımlarından oluşmuştur. Giriş aşamasında, katılımcıların gruba hangi duyguları getirdikleri konuşularak kısa paylaşım ve bir önceki oturumun değerlendirilmesi yapılmıştır. Isınma aşamasında, ana uygulamaya geçiş yapabilmek için bazı oturumlarda bedensel bazı oturumlarda zihinsel ısınmanın gerçekleşmesi sağlanmıştır. Ana uygulama aşamasında sanatsal faaliyetler aracılığıyla uygulama gerçekleştirilmiştir. Her oturumun ana uygulamasından sonra 10 dakikalık bir mola verilerek hastalara yiyecek ve içecek ikramında bulunulmuştur. Paylaşım aşamasında ise, her üye çalışma ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmiştir. Bu aşamada uygulayıcı, duygu ifadesini sağlamaya yardımcı olmak için katılımcılara sorular yönelmiştir. Hastaların ilk oturumlarda gruba katılımlarının sınırlı olduğu, ilerleyen oturumlarda (grup kohezyonu ile beraber) katılımın aktif hale geldiği ve motivasyonun arttığı gözlenmiştir. Uygulamanın son oturumu değerlendirme oturumu olarak ele alınmıştır. Katılımcılardan 8 haftalık süreci değerlendirmeleri istenerek sağlıklı bir ayrılık gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir.



Oturumların akışı aşağıdaki şekilde yapılandırılmıştır ve detaylı program ek-V'de yer almaktadır.

Programdan sonra örneklemdeki her katılımcıya (alışmanın ortasında gruptan ayrılan sekiz katılımcıya uygulanmamıştır) PANSS ve TA-20 uygulanmıştır (son test). Son test formları kronik hasta servisleri görüşme odasında araştırmacı tarafından soru cevap ve gözlem yöntemi ile uygulanmıştır. Son test uygulaması yaklaşık 50 dakika sürmüştür (PANSS 30 dakika, TA 20 dakika). Son test uygulaması YST ve YSE programlarından 1 hafta sonra gerekleştirilmifitir. Son test uygulamasından sonra YSE grubuna ve SBA gruba yapılandırılmış sanat terapi programı uygulanmıştır.



**Şekil 1. Yapılandırılmış Sanat Terapi Programı ve Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Programı Uygulama Şeması**

Yapılandırılmış Sanat Terapi Programı ve Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Programının Geliştirilmesi		
Uygunluk için değerlendirilen (n=230)		
Randomizasyon (n=51) (öntest uygulamasından hemen önce)		
<b>Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu (n=17)</b> -Ön görüşmenin yapılması, bilgilendirme, sözlü ve yazılı onam alınması (programdan 1 hafta önce), -Sosyodemografik veri formunun doldurulması (ek-I) (programdan 1 hafta önce), -PANSS uygulanması (ek-II)(programdan 1 hafta önce), -TAÖ-20 uygulanması (ek-III) (programdan 1 hafta önce)	<b>Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Grubu (n=17)</b> -Ön görüşmenin yapılması, bilgilendirme, sözlü ve yazılı onam alınması (programdan 1 hafta önce), -Sosyodemografik veri formunun doldurulması (ek-I) (programdan 1 hafta önce), -PANSS uygulanması (ek-II)(programdan 1 hafta önce), -TAÖ-20 uygulanması (ek-III) (programdan 1 hafta önce)	<b>Standart Bakım Alan Grup (n=17)</b> -Ön görüşmenin yapılması, bilgilendirme, sözlü ve yazılı onam alınması (programdan 1 hafta önce), -Sosyodemografik veri formunun doldurulması (ek-I) (programdan 1 hafta önce), -PANSS uygulanması (ek-II)(programdan 1 hafta önce), -TAÖ-20 uygulanması (ek-III) (programdan 1 hafta önce)
<b>Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu (n=13)</b> -8 hafta boyunca haftada iki kez YST programının uygulanması (n=13) (ek-V) -YST programının uygulanmaması (n=4) (Oturlara katılmaktan vazgeçti)	<b>Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Grubu (n=13)</b> -8 hafta boyunca haftada iki kez YSE programının uygulanması(n=13) (ek-VI) -YSE programının uygulanmaması (n=4) (Oturlara katılmaktan vazgeçti)	<b>Standart Bakım Alan Grup (n=17)</b> Herhangi bir uygulamanın yapılmaması, sadece standart bakım alınması (n=17)
<b>Yapılandırılmış Sanat Terapi grubu (n=13)</b> -PANSS uygulanması (ek-II)(programdan 1 hafta sonra), -TAÖ-20 uygulanması (ek-III) (programdan 1 hafta sonra)	<b>Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği grubu (n=13)</b> -PANSS uygulanması (ek-II)(programdan 1 hafta sonra), -TAÖ-20 uygulanması (ek-III) (programdan 1 hafta sonra)	<b>Standart Bakım Alan grup (n=17)</b> -PANSS uygulanması (ek-II) (programdan 1 hafta sonra), -TAÖ-20 uygulanması (ek-III) (programdan 1 hafta sonra)
<b>Yapılandırılmış Sanat Terapi grubu (n=13)</b> -Uygulama öncesi ve sonrası veriler analiz edildi (n=13)	<b>Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği grubu (n=13)</b> -Uygulama öncesi ve sonrası veriler analiz edildi (n=13)	<b>Standart Bakım Alan grup (n=17)</b> - Uygulama öncesi ve sonrası veriler analiz edildi (n=17)

### **3.8.Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın başlangıcında, uygulama programlarına katılan hastalar ile ön görüşme yapılarak sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Hastalar ile çalışma yapabilmek için ilgili kurumdan izin alınmıştır (ek-VI). Araştırmanın yapılabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan gerekli onay alınmıştır (ek-VII). Araştırma sonlandırıldığında YSE grubuna ve SBA gruba 'Yapılandırılmış Sanat Terapi Programı' uygulanmıştır.

### **3.9.Verilerin Değerlendirilmesi**

Ön-test ve son-test deseni ile verilerinin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama±standart sapma, medyan, %25 ve %75. persantiller ve yüzdeler olarak verilmiştir. Normal dağılım gösteren ölçümsel verilerin analizde bağımsız değişkenler için t-test ve ANOVA, bağımlı değişkenler için paired samples t test kullanılmıştır. Post Hoc analizler Tukey testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare ve gerektiğinde Fisher testleri uygulanmıştır.  $p<0.05$  istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Karıştırıcı değişkenlerin kontrol edilmesi durumunda logistik regresyon analizleri kullanılmıştır. Bu durumda riskler, OR ve %95 güven aralığı içinde rapor edilmiştir. Deney, etkileşim ve kontrol grubuna 17 kişi alınması ile  $p<0.05$  anlamlılık düzeyinde çalışmanın gücünü %90 olarak hesaplanmıştır.

### **3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma klinikte uzun süredir yatan kronik şizofreni hasta grubu ile yapılmıştır. Hastaların yeti yitimlerinin oldukça fazla olması, yaşam alanlarının sınırlı olması, izlem çalışması yapılmaması, yalnızca ölçeklerle değerlendirmenin yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

## 4.BULGULAR

Bu bölümde, “Sanat Terapisi Programı”nın şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtiler ile aleksitimi düzeyi üzerine etkisini ortaya koymak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Verilerinin değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama±standart sapma, yüzdeler olarak verildi. Normal dağılım gösteren ölçümsel verilerin analizde bağımsız değişkenler için ANOVA, bağımlı değişkenler için paired samples t test kullanıldı. Post Hoc analizlerde Tukey testi kullanıldı. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testleri uygulandı.  $p<0.05$  istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı**

Bireysel özellikler	Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu (n=13)		Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Grubu (n=13)		Standart Bakım Alan Grup (n=17)		test	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş</b>								
49 yaş ve altı	3	35,7	5	38,4	4	23,5	X <sup>2</sup> =4,7 49	P*=0,314
50-59 yaş	7	39,3	4	30,8	4	23,5		
60 yaş ve üstü	3	25,0	4	30,8	9	57,0		
<b>Yaş Ortalaması</b>	53,84 ±9,69		52,23 ±7,97		55,47±9,55		0,464	P**=0,632
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	7	53,8	8	61,5	8	47,1	X <sup>2</sup> =0,6 22	P*=0,733
Erkek	6	46,2	5	38,5	9	52,9		
<b>Medeni durum</b>								
Evli	2	15,4	1	7,7	1	5,9	X <sup>2</sup> =0,4 19	P**=0,388
Bekar	9	69,2	10	76,9	9	52,9		
Boşanmış	2	15,4	2	15,4	7	41,2		
<b>Eğitim durumu</b>								
Okur-yazar	-	-	-	-	2	11,8	X <sup>2</sup> =1,3 05	P*=0,415
İlkokul	5	38,5	4	30,8	5	29,4		
Ortaokul	5	38,5	4	30,8	4	23,5		
Lise	1	7,6	2	15,4	5	29,4		
Üniversite	2	15,4	3	23,0	1	5,9		
<b>TOPLAM</b>	13	100,0	13	100,0	17	100,0		

\*Ki kare

\*\*ANOVA

Tablo 1’de YST grubu, YSE grubu ve SBA grupta yer alan katılımcıların bireysel özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. YST grubunda yer alan katılımcıların % 39,3’ünün 50-59 yaş grubunda, yaş ortalamasının  $53,84 \pm 9,69$  olduğu, %53,8’inin kadın, % 69,2’sinin bekar, % 38,5’nin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. YSE grubunda yer alan katılımcıların % 38,4’ünün 49 yaş ve altı yaş grubunda, yaş ortalamasının  $52,23 \pm 7,97$ , %61,5’nin kadın, % 76,9’unun bekar, %30,8’nin ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır. SBA grupta yer alan katılımcıların ise % 57’sinin 60 yaş ve üstü yaş grupta, yaş ortalamasının  $55,47 \pm 9,55$ , %52,3’unun erkek, % 52,9’unun bekar, %29,4’nün lise mezunu olduğu saptanmıştır.

Gruplar yaş ( $p=0,632$ ), cinsiyet ( $p=0,733$ ), medeni durum ( $p=0,388$ ), eğitim durumu ( $p=0,415$ ) açısından karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve grupların benzer özellik gösterdikleri saptanmıştır.

**Tablo 2. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı**

Hastalık özellikleri	Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu (n=13)		Yapılandırılmış Sanat Etkinliği Grubu (n=13)		Standart Bakım Alan Grup (n=17)		test	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Psikiyatrik hastalık süresi (yıl)</b>							X <sup>2</sup> =3.631	P*=0,458
29 yıl ve altı	2	15,4	5	38,5	3	17,6		
30-39 yıl	6	46,1	6	46,1	7	41,2		
40 yıl ve üzeri	5	38,5	2	15,4	7	41,2		
<b>Psikiyatrik hastalık süresi ortalaması (yıl)</b>	34,84±10,39		32,07±8,38		34,11±8,93		F=0,318	P**=0,730
<b>Hastanede yatış süresi (yıl)</b>							X <sup>2</sup> =9,488	P*=0,045
15 yıl ve altı	2	15,4	1	7,7	4	23,5		
16-24 yıl	1	7,7	8	61,5	6	35,3		
25 yıl ve üzeri	10	76,8	4	30,8	7	41,2		
<b>Hastanede yatış süresi ortalaması (yıl)</b>	28,92±9,85		22,23±7,27		22,82±10,82		F=2.008	P**=0,148
<b>TOPLAM</b>	13	100,0	13	100,0	17	100,0		

\*Ki kare

\*\*ANOVA

Tablo 2’te, YST grubu, YSE grubu ve SBA grupta yer alan katılımcıların hastalık ilgili özellikleri yer almaktadır. Psikiyatrik hastalık süresi yönünden; YST grubu ve YSE grubunda yer alan katılımcıların %46,1’inin, SBA grupta yer alan katılımcıların ise %41,2’sinin psikiyatrik hastalık süresinin 30-39 yıl arasında olduğu, YST grubu ve SBA grup ortalama psikiyatrik hastalık süresinin 34 yıl (YST grubu 34,84±10,39 yıl, SBA grup

34,11±8,93 yıl), YSE grubunda ise 32,07±8,38 olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların hastanede yatış süreleri değerlendirildiğinde; YST grubunda yer alan katılımcıların %76,8'inin, YSE grubunda yer alan katılımcıların %30,8'inin, SBA grupta yer alan katılımcıların ise %41.2'sinin hastanede yatış süresinin 25 yıl ve üzeri olduğu ve YST grubunda yer alan katılımcıların ortalama 28,92±9,85 yıl, YSE grubu ve SBA grup katılımcıların ise ortalama 22 yıl (YSE grubu 22,23±7,27 yıl, SBA grup 22,82±10,82 yıl) hastanede yattıkları belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).





**Tablo 3. Katılımcıların Sanatsal Faaliyet Görüşlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı**

Sanatsal faaliyet görüşleri	Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu (n=13)		Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Grubu (n=13)		Standart Bakım Alan Grup (n=17)		test	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Sanata karşı ilginin olup olmadığını ifade etme</b>								
Evet								
Hayır	7	53,8	8	61,5	6	35,3	2,218	p=0,330
	6	46,2	5	38,5	11	64,7		
<b>Sanatsal faaliyetlere yeteneğin olup olmadığını ifade etme</b>								
Evet	5	38,5	7	53,8	3	17,6	4,355	p=0,103
Hayır	8	61,5	6	46,2	14	82,4		
<b>Sanatsal faaliyetlerde bulunup bulunmadığını ifade etme</b>								
Evet	8	61,5	8	61,5	8	47,1	0,874	p=0,646
Hayır	5	38,5	5	38,5	9	52,9		
<b>Sanatsal faaliyetlerin psikolojik problemlerin çözümünde faydası olup olmadığını ifade etme</b>								
Evet	11	84,6	11	84,6	12	70,6	1,225	p=0,543
Hayır	2	15,4	2	15,4	5	29,4		
<b>Sanatsal faaliyetlerin duygularını kolaylaştırıp kolaylaştırmadığını ifade etme</b>								
Evet	8	61,5	10	76,9	10	58,8	1,167	p=0,558
Hayır	5	38,5	3	23,1	7	41,2		
<b>TOPLAM</b>	13	100,0	13	100,0	17	100,0		

\*Ki kare

Tablo 3’de YST grubu, YSE grubu ve SBA grupta yer alan katılımcıların sanatsal faaliyetlere ilişkin görüşleri verilmiştir. Tüm değişkenlerde özelliklerin benzer olduğu ortaya konulmuştur. Sanatsal faaliyetlere karşı ilgi; YST grubunun %53,8’nde, YSE

grubunun %61,5'nde evet yönünde iken, SBA grubun %64,7'sinde hayır yönündedir. YST grubu ve SBA grup sanatsal faaliyetlere yeteneğinin olmadığını (sırası ile; %61,5, %82,4), YSE grubunun %53,8'i ise sanatsal faaliyetlere yeteneğinin olduğunu ifade etmektedir. YST grubu ve YSE grubunun %61,5'i sanatsal aktivitelerde bulunduğunu ifade ederken, SBA grubun %52,9'u sanatsal faaliyetlere katılmadığını belirtmiştir. Her üç grup da ağırlıklı olarak sanatsal faaliyetlerin psikolojik problemlerin çözümünde faydasının olduğunu düşünmektedir (sırası ile; %84,6, %84,6, %70,6). Sanatsal faaliyetlerin duygu ifadesini kolaylaştırıp kolaylaştırmadığı konusunda, YST grubunun %61,5'i, YSE grubunun %76,9'u, SBA grubun ise %58,8'i sanatın duyguların ifadesinde faydalı olduğunu belirtmiştir.

Sanatsal faaliyetlere ilişkin görüşlerin her üç grupta da homojen sonuçlar verdiği ve istatistiksel açıdan bakıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ )

**Tablo 4. Katılımcıların Program Öncesi ve Sonrası Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

PANSS Genel ve Alt Grupları	Yapılandırılm	Yapılandırılmamış	Standart Bakım Alan Grup (n=17) X±SD	p	test
	ış Sanat Terapi Grubu (n=13) X±SD	Sanat Etkinliği Grubu (n=13) X±SD			
<b><u>Programdan Önce</u></b>					
PANSS Genel	79,54±17,55	73,08±14,41	72,35±11,67	0,365	1,033
Pozitif Belirtiler	15,69±3,38	15,54±3,13	16,59±3,34	0,635	0,457
Negatif Belirtiler	19,54±5,78	17,31±5,04	17,82±4,77	0,514	0,676
Genel	44,31±10,28	40,23±8,36	37,94±5,58	0,113	2,307
Psikopatoloji					
<b><u>Programdan Sonra</u></b>					
PANSS Genel	49,85±10,04	61,46±11,35	72,76±9,93	<b>p&lt;0,001</b>	<b>17,935</b>
Pozitif Belirtiler	10,62±2,10	13,46±2,85	16,69±3,48		<b>15,746</b>
Negatif Belirtiler	11,77±3,72	14,08±4,54	17,29±4,21		<b>6,631</b>
Genel	27,46±5,95	33,92±6,64	38,82±4,17		<b>15,431</b>
Psikopatoloji					

\*ANOVA

Tablo 4’de görüldüğü gibi, programdan önce YST, YSE ve SBA gruptaki katılımcıların PANSS genel ve alt grup (pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji) puan ortalamaları benzer bulunmuştur (sırası ile; p=0,365, p=0,635, p=0,514, p=0,113). Programdan önce PANSS genel puan ortalaması YST grubunda 79,54±17,55, YSE grubunda 73,08±14,41, SBA grupta ise 72,35±11,67’dir. Gruplar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır (p=0,365). Diğer yandan YST grubu ile yürütülen programdan sonra PANSS genel ve alt grup puan ortalamalarında YST grubunda SBA grubuna göre anlamlı derecede fark elde edilmiştir (p<0.001). YSE grubu ile yürütülen yapılandırılmamış sanat etkinliği programı sonrasında, SBA gruba göre anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001).

Yapılandırılmış sanat terapisi ve yapılandırılmamış sanat etkinliği programı öncesi katılımcıların PANSS alt puan ortalamaları incelendiğinde; pozitif belirtiler puan ortalaması YST grubunda 15,69±3,38, YSE grubunda 15,54±3,13, SBA grupta 16,59±3,34; negatif belirtiler puan ortalaması YST grubunda 19,54±5,78, YSE grubunda 17,31±5,04 SBA grupta 17,82±4,77; genel psikopatoloji puan ortalaması YST grubunda 44,31±10,28, YSE grubunda 40,23±8,36, SBA grupta ise 37,94±5,58 olarak saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (sırası ile;  $p=0,635$ ,  $p=0,514$ ,  $p=0,113$ ).

Programdan sonra yapılan ölçümde ise; pozitif belirtiler puan ortalaması YST grubunda; 10,62±2,10, YSE grubunda; 13,46±2,85, SBA grupta; 16,69±3,48, negatif belirtiler YST grubunda; 11,77±3,72, YSE grubunda; 14,08±4,58, SBA grupta; 17,29±4,21) ve genel psikopatoloji YST grubunda; 27,46±5,95, YSE grubunda; 33,92±6,64, SBA grupta; 38,82±4,17 olarak saptanmıştır. Tüm alt grup puan ortalamaları; YST grubunda, hem YSE grubu hem SBA gruba göre, YSE grubunda ise SBA gruba göre anlamlı derecede düşmüştür ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Sonuç olarak H1 ve H3 hipotezleri kabul edilmiştir.

**Tablo 5. Katılımcıların Program Öncesi ve Sonrası Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Grupları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması**

TAÖ Genel ve Alt Grupları	Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu (n=13)	Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Grubu (n=13)	Standart Bakım Alan Grup (n=17)	p	test
	X±SD	X±SD	X±SD		
<b><u>Programdan Önce</u></b>					
TAÖ Genel	64,54±10,05	62,92±7,09	64,24±5,89	0,848	0,165
TAÖ- A	23,08±4,91	22,00±4,69	21,94±2,90	0,714	0,267
TAÖ- B	15,62±2,57	15,62±2,69	16,18±1,88	0,749	0,291
TAÖ- C	25,85±4,85	25,31±7,09	26,12±3,00	0,836	0,180
<b><u>Programdan Sonra</u></b>					
TAÖ Genel	40,48±4,50	58,31±6,24	63,71±4,61	<b>p&lt;0,001</b>	<b>82,453</b>
TAÖ- A	11,62±2,72	19,85±3,65	21,65±2,42		<b>46,703</b>
TAÖ- B	10,77±1,74	15,00±2,35	16,06±1,56		<b>31,139</b>
TAÖ- C	17,69±1,93	23,46±4,61	26,00±2,32		<b>64,031</b>

\*ANOVA

Tablo 5’de görüldüğü gibi, program öncesi YST, YSE ve SBA gruptaki katılımcıların TAÖ genel ve alt boyutlarının tamamı birbiriyle benzerlik göstermektedir ( $p>0.05$ ). TAÖ genel puan ortalaması programlardan önce YST grubunda  $64,54\pm 10,05$ , YSE grubunda  $62,92\pm 7,09$  ve SBA grupta  $64,24\pm 5,89$  olarak saptanmış aradaki fark anlamsız kabul edilmiştir ( $p=0,848$ ). TAÖ genel puan ortalaması programlardan sonra YST grubunda  $40,49\pm 4,50$ , YSE grubunda  $58,31\pm 76,24$  ve SBA grupta  $63,71\pm 4,61$  olarak saptanmıştır. Programlardan sonra elde edilen ortalama ise YST grubu ve YSE grubunda anlamlı farklılık oluştururken, SBA grupta görülen fark anlamsızdır ( $p<0001$ ).

YST, YSE ve SBA gruptaki katılımcıların programlar öncesi TAÖ alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; TAÖ-A için; YST grubu, 23,08±10,05, YSE grubu, 22,00±4,69, SBA grup, 21,94±2,90; TAÖ-B için YST grubu, 15,62±2,57, YSE grubu, 15,62±2,69, SBA grup, 16,18±1,88 ve TAÖ-C için; YST grubu, 25,85±4,85, YSE grubu, 25,31±7,09, SBA grup, 26,12±3,00 olarak saptanmıştır. Alt boyutlarda her üç grupta da benzer sonuçlar elde edilmiş ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur (sırası ile;  $p=0,714$ ,  $p=0,749$ ,  $p=0,836$ ).

Programlar sonrasında her üç grup TAÖ alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; TAÖ-A için; YST grubu, 11,62±2,72, YSE grubu, 19,85±3,65, SBA grup, 21,65±2,42; TAÖ-B için; YST grubu, 10,77±2,57, YSE grubu, 15,00±2,35, SBA grup, 16,06±1,56 ve TAÖ-C için; YST grubu, 17,69±1,93, YSE grubu, 23,46±4,6, SBA grup, 26,00±4,32 olarak saptanmıştır. Alt boyutlarda YST grubu ve YSE lehine anlamlı derecede bir düşme olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Sonuç olarak H2 ve H4 hipotezleri kabul edilmiştir.

**Tablo 6. Katılımcıların Program Öncesi ve Sonrası Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması**

PANSS Genel ve Alt Grupları	Programdan önce	Programdan sonra		
	X±SD	X±SD	test	p
<b><u>Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu (n= 13)</u></b>				
PANSS Genel	79,54±17,55	49,85±10,04	<b>9,057</b>	<b>p&lt;0.001</b>
Pozitif Belirtiler	15,69±3,38	10,62±2,10	<b>7,870</b>	<b>p&lt;0.001</b>
Negatif Belirtiler	19,54±5,78	11,77±3,72	<b>7,480</b>	<b>p&lt;0.001</b>
Genel Psikopatoloji	44,31±10,28	27,46±5,95	<b>8,083</b>	<b>p&lt;0.001</b>
<b><u>Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Grubu (n= 13)</u></b>				
PANSS Genel	73,08±14,41	61,46±11,35	10,082	<b>p&lt;0.001</b>
Pozitif Belirtiler	15,54±3,13	13,46±2,85	5,169	<b>p&lt;0.001</b>
Negatif Belirtiler	17,31±5,04	14,08±4,54	12,569	<b>p&lt;0.001</b>
Genel Psikopatoloji	40,23±8,36	33,92±6,64	10,277	<b>p&lt;0.001</b>
<b><u>Standart Bakım Alan Grup (n=17)</u></b>				
PANSS Genel	72,35±11,67	72,76±9,93	0,343	0,736
Pozitif Belirtiler	16,59±3,34	16,69±3,48	0,180	0,839
Negatif Belirtiler	17,82±4,77	17,29±4,21	1,588	0,132
Genel Psikopatoloji	37,94±5,58	38,82±4,17	1,244	0,233

\*ANOVA

Tablo 6 incelendiğinde, YST grubunda ve YSE grubunda yer alan katılımcıların program sonrası PANSS genel ve alt grup puan ortalamalarının program öncesine göre anlamlı ölçüde gerilediği, SBA grupta ise anlamlı bir gerilemenin olmadığı görülmektedir. YST grubunun programdan önce PANSS genel puan ortalaması 79,54±17,55 iken, programdan sonra 49,85±10,04'e düşmüştür. Puanlar karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Ölçeğin alt boyutlarından olan pozitif belirtiler alt boyutu puan ortalaması YST

grubunda program öncesi  $15,69\pm 3,38$  iken, program sonrasında  $10,62\pm 2,10$ 'a gerilemiştir. Negatif belirtiler alt boyut puan ortalaması YST grubunda uygulamadan önce  $19,54\pm 5,78$ , uygulama sonrasında  $11,77\pm 3,72$  olarak bulunmuştur. Genel psikopatoloji alt boyutu puan ortalaması uygulamadan önce  $44,31\pm 10,28$ , uygulamadan sonra  $27,46\pm 5,95$  olarak belirlenmiştir. YST grubunda PANSS tüm alt boyutları istatistiksel açıdan uygulamadan sonra öncesine göre anlamlı ölçüde düşmüştür ( $p<0.001$ ).

YSE grubunda uygulama sonrası öncesine göre; PANSS genel puan ortalaması,  $73,08\pm 14,41$ 'den  $61,46\pm 11,35$ 'e; pozitif belirtiler alt boyutu puan ortalaması,  $15,54\pm 3,13$ 'den  $13,46\pm 2,85$ 'e; negatif belirtiler alt boyut puan ortalaması,  $17,31\pm 5,04$ 'ten  $14,08\pm 4,54$ 'e; genel psikopatoloji alt boyutu puan ortalaması,  $40,23\pm 8,36$ 'dan  $33,92\pm 6,64$ 'e gerileyerek istatistiksel olarak  $p<0.001$  düzeyinde anlamlılık göstermiştir. ( $p<0.001$ ).

Öte yandan SBA grupta PANSS genel ve alt grup puan ortalamalarında uygulama sonrası uygulama öncesine göre anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). PANSS genel puan ortalaması uygulama öncesi  $72,35\pm 11,67$ , uygulama sonrası  $72,76\pm 9,93$ ; pozitif belirtiler alt boyutu puan ortalaması uygulama öncesi  $16,59\pm 3,34$ , uygulama sonrası  $16,69\pm 3,48$ ; negatif belirtiler alt grup puan ortalaması uygulama öncesi  $17,82\pm 4,77$ , uygulama sonrası  $17,29\pm 4,21$ ; genel psikopatoloji puan ortalaması ise uygulama öncesi  $37,94\pm 5,58$ , uygulama sonrası  $38,82\pm 4,17$  olarak saptanmıştır. Her bir alt boyut için yapılan değerlendirmede puanlar arasındaki farkın istatistiksel anlam ifade etmediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 7. Katılımcıların Program Öncesi ve Sonrası Toronto Aleksitimi Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması**

TAÖ Genel ve Alt Grupları	Programdan önce	Programdan sonra		
	X±SD	X±SD	test	p
<b><u>Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu (n= 13)</u></b>				
TAÖ Genel	64,54±10,05	40,48±4,50	<b>7,803</b>	<b>p&lt;0.001</b>
TAÖ-A	23,08±4,91	11,62±2,72	<b>9,850</b>	<b>p&lt;0.001</b>
TAÖ-B	15,62±2,57	10,77±1,74	<b>4,981</b>	<b>p&lt;0.001</b>
TAÖ-C	25,85±4,85	17,69±1,93	<b>5,714</b>	<b>p&lt;0.001</b>
<b><u>Yapılandırılmış Sanat Etkinliği Grubu (n= 13)</u></b>				
TAÖ Genel	62,92±7,09	58,31±6,24	<b>4,460</b>	<b>p=0.001</b>
TAÖ-A	22,00±4,69	19,85±3,65	<b>4,937</b>	<b>p&lt;0.001</b>
TAÖ-B	15,62±2,69	15,00±2,35	2,212	p=0.055
TAÖ-C	25,31±7,09	23,46±4,61	2,287	<b>p=0.041</b>
<b><u>Kontrol Grubu (n=17)</u></b>				
TAÖ Genel	64,24±5,89	63,71±4,61	0,847	0,409
TAÖ-A	21,94±2,90	21,65±2,42	0,689	0,501
TAÖ-B	16,18±1,88	16,06±1,56	0,621	0,543
TAÖ-C	26,12±3,00	26,00±2,32	0,308	0,762

\*ANOVA

Tablo 7’de YST, YSE ve SBA gruptaki katılımcıların uygulama öncesi ve sonrası TAÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. YST grubunun programdan önce TAÖ genel puan ortalaması 64,54±10,05 iken, programdan sonra 40,48±4,50’a düşmüştür. Puanlar karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Ölçeğin alt boyutlarından olan TAÖ-A alt boyutu puan ortalaması YST grubunda program öncesi 23,08±4,91 iken, program sonrasında 11,62±2,72’ye gerilemiştir. TAÖ-B alt boyut puan ortalaması YST grubunda

uygulamadan önce  $15,62 \pm 2,57$ , uygulama sonrasında  $10,77 \pm 1,74$  olarak bulunmuştur. TAÖ-C alt boyutu puan ortalaması uygulamadan önce  $25,85 \pm 4,85$ , uygulamadan sonra  $17,69 \pm 1,93$  olarak belirlenmiştir. YST grubunda TAÖ tüm alt boyutları istatistiksel açıdan uygulamadan sonra öncesine göre anlamlı ölçüde düşmüştür ( $p < 0.001$ ).

YSE grubunda uygulama sonrası öncesine göre; TAÖ genel puan ortalaması,  $62,92 \pm 7,09$ 'dan  $58,31 \pm 6,24$ 'e; TAÖ-A alt boyutu puan ortalaması,  $22,00 \pm 4,69$ 'dan  $19,85 \pm 3,65$ 'e gerilemiştir ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0.001$ ). TAÖ-B alt boyut puan ortalaması,  $15,62 \pm 2,69$ 'dan  $15,00 \pm 2,35$ 'e gerilemiştir ancak aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ifade etmemektedir ( $p > 0.05$ ). TAÖ-C alt boyutu puan ortalaması,  $25,31 \pm 7,09$ 'dan  $23,46 \pm 4,61$ 'e gerileyerek istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ( $p < 0.05$ ).

Öte yandan SBA grupta TAÖ genel ve alt grup puan ortalamalarında uygulama sonrası uygulama öncesine göre anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). TAÖ genel puan ortalaması uygulama öncesi  $64,24 \pm 5,89$ , uygulama sonrası  $63,71 \pm 4,61$ ; TAÖ-A alt boyutu puan ortalaması uygulama öncesi  $21,94 \pm 2,90$ , uygulama sonrası  $21,65 \pm 2,42$ ; TAÖ-B alt grup puan ortalaması uygulama öncesi  $16,18 \pm 1,88$ , uygulama sonrası  $16,06 \pm 1,56$ ; TAÖ-C puan ortalaması ise uygulama öncesi  $26,12 \pm 3,00$ , uygulama sonrası  $26,00 \pm 2,32$  olarak saptanmıştır. Her bir alt boyut için yapılan değerlendirmede puanlar arasındaki farkın istatistiksel anlam ifade etmediği belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 8. Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu, Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Grubu ve Standart Bakım Alan Gruptaki Katılımcıların PANSS Genel Post Hoc Analizleri**

			Ortalama fark	Std. Hata	P
PANSS Genel Çalışma Öncesi	YST Grubu	YSE Grubu	6,46	5,674	0,496
		SBA Grup	7,19	5,330	0,377
	YSE Grubu	YST Grubu	-6,46	5,674	0,496
		SBA Grup	0,72	5,330	0,990
	SBA grup	YST Grubu	-7,19	5,330	0,377
		YSE Grubu	-0,72	5,330	0,990
PANSS Genel Çalışma Sonrası	YST Grubu	YSE Grubu	-11,61*	4,083	0,019
		SBA Grup	-22,91*	3,835	<0,001
	YSE Grubu	YST Grubu	11,61*	4,083	0,019
		SBA Grup	-11,30*	3,835	0,014
	SBA Grup	YST Grubu	22,91855*	3,835	<0,001
		YSE Grubu	11,30317*	3,835	0,014

\*Tukey test

Tablo 8’de görüldüğü gibi ikili değerlendirmede uygulama öncesi her üç grupta PANSS puan ortalaması benzer iken, uygulama sonrasındaki PANSS puan ortalaması farkı anlamlıdır.

Ayrıntılı değerlendirmede uygulama öncesinde PANSS genel puan ortalamasının YST grubunda, YSE ve SBA gruba göre (sırasıyla;  $p=0,496$ ,  $p=0,377$ ); YSE grubunda, YST ve SBA gruba göre (sırasıyla;  $p=0,496$ ,  $p=0,990$ ); SBA grupta, YST ve YSE grubuna göre (sırasıyla;  $p=0,377$ ,  $p=0,990$ ), farklı olmadığı saptanmıştır.

Uygulama sonrasında ise PANSS genel puan ortalaması farkının YST grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. YST grubu ve YSE grubuna arasındaki ortalama fark  $-11,61 \pm 4,08$  iken, YST grubu ve SBA grup arasındaki fark  $-22,91 \pm 3,83$ 'tür. YST grubu, YSE grubuna göre  $p=0,019$  düzeyinde; SBA gruba göre ise  $p<0,001$  düzeyinde anlamlı farklıdır. YSE grubu ve SBA grup arasındaki ortalama fark ise  $-11,30 \pm 3,83$ 'tür ve  $p=0,014$  düzeyinde anlamlı farklıdır.

Özetle; uygulama sonrasında deney grubu hem etkileşim hem de kontrol grubuna göre anlamlı sonuç verirken, etkileşim grubu kontrol grubuna göre anlamlı sonuç vermiştir ve H1 ile H3 hipotezleri kabul edilmiştir



**Tablo 9. Yapılandırılmış Sanat Terapi Grubu, Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Grubu ve Standart Bakım Alan Gruptaki Katılımcıların TAÖ Genel Post Hoc Analizleri**

	Ortalama fark	Std. Hata	P
--	---------------	-----------	---

TAÖ-Total Çalışma Öncesi	YST Grubu	YSE Grubu	1,62	3,020	0,855
		SBA Grup	0,30	2,837	0,994
	YSE Grubu	YST Grubu	-1,62	3,020	0,855
		SBA grup	-1,31	2,837	0,889
	SBA Grup	YST Grubu	-0,30	2,837	0,994
		YSE Grubu	1,31	2,837	0,889
TAÖ-Total Çalışma Sonrası	YST Grubu	YSE Grubu	-18,23	2,009	<0,001
		SBA Grup	-23,63	1,887	<0,001
	YSE Grubu	YST Grubu	18,23*	2,009	<0,001
		SBA Grup	-5,39	1,887	0,018
	SBA Grup	YST Grubu	23,63*	1,887	<0,001
		YSE Grubu	5,39*	1,887	0,018

\* Tukey test

Tablo 9’da uygulama öncesi TAÖ ortalama puanları ele alındığında ikili değerlendirmelerde tüm gruplar arasında fark olmazken, uygulama sonrası TAÖ ortalama puanları arasında anlamlı fark vardır.

Ayrıntılı değerlendirmede uygulama öncesinde TAÖ genel puan ortalamasının YST grubunda, YSE ve SBA gruba göre (sırasıyla; p=0,855, p=0,994); YSE grubunda, YST ve SBA gruba göre (sırasıyla; p=0,855, p=0,889); SBA grupta, YST ve YSE grubuna göre (sırasıyla; p=0,994, p=0,889), farklı olmadığı saptanmıştır.

Uygulama sonrasında ise TAÖ genel puan ortalaması farkının YST grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. YST grubu ve TSE grubuna arasındaki ortalama fark  $-18,23 \pm 2,00$  iken, YST grubu ve SBA grup arasındaki fark  $-23,63 \pm 1,88$ 'tür. YST grubu YSE grubuna ve SBA gruba göre  $p < 0,001$  düzeyinde anlamlı farklıdır. YSE grubu ve SBA grup arasındaki ortalama fark ise  $-5,39 \pm 31,88$ 'dir ve  $p = 0,018$  düzeyinde anlamlı anlamlı farklıdır.

Özetle; uygulama sonrasında YST grubu hem YSE hem de SBA gruba göre anlamlı sonuç verirken, YSE grubu SBA gruba göre anlamlı sonuç vermiştir ve H2 ile H4 hipotezleri kabul edilmiştir.



## 5.TARTIŞMA

Bu bölümde, “Yapılandırılmış Sanat Terapisi Programı”, ‘Yapılandırılmamış Sanat Etkinlikleri Programı’nın’ ve standart bakımın şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtileri ile aleksitimi düzeylerine etkisini ortaya koymak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmaktadır.

- Katılımcıların PANSS puan ortalamalarının gruplar içinde tartışılması,
- Katılımcıların TAÖ-20 puan ortalamalarının gruplar içinde tartışılması,
- Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların gruplar arasında tartışılması.

### 5.1.Katılımcıların PANSS Puan Ortalamalarının Tartışılması

Kronik gidişli ve yineleyen relapslarla hastaneye yatışların görüldüğü şizofreni, zamanla semptomları ağırlaşan bir bozukluk olarak kabul edilir. Şizofreninin pozitif belirtileri hezeyan ve düşünme alanı ile ilgili başka bozukluklar, varsanılar, davranışlarda gözlenen bizar durumlar, konuşma bozukluklarını kapsamaktadır. Negatif belirtileri ise toplumsal izolasyon, psikomotor yavaşlama, ilgi ve istek kaybı, düşünce içeriğinde fakirlik, konuşma isteğinin kaybolması ile konuşmada fakirlik, duygulanımda küntleşme, özbakımda yetersizlik gibi belirtileri içermektedir (Öztürk 2002).

Çalışmamızda PANSS genel puan ortalamaları uygulama öncesi ve sonrası sonuçları şu şekildedir: YST grubunda 74,54±17,55'den 49,85±11,35'e, YSE grubunda 73,08±14,41'den 61,46±11,35'e gerilemiştir. SBA grupta ise uygulama öncesinde puan ortalaması 72,35±11,67 iken, uygulama sonrasında 72,35±11,67 olarak saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar dikkate alındığında; yapılandırılmış sanat terapi programı ve yapılandırılmamış sanat etkinliği programı şizofreni hastalarının hastalık pozitif ve negatif belirtilerini anlamlı ölçüde etkileyerek düşürmüştür (p<0.001). Standart bakım alan grupta anlamlı bir farkın saptanmaması (p>0.05) hastalarla gerçekleştirilen bu uygulamaların etkililiğini ortaya koymaktadır.

Uygulama öncesi ve sonrası ölçeğin alt gruplarına bakıldığında: Pozitif belirtiler alt puan ortalamaları; YST grubunda 15,69±3,38'den 10,62±2,85'e, YSE grubunda 15,54±3,13'den 13,46±2,85'e gerilemiştir, SBA grupta ise 16,59±3,34'ten 16,65±3,48'e yükselmiştir. PANSS alt grubu puan ortalamaları grupların kendi içlerinde karşılaştırıldığı zaman YST ve YSE grubunda anlamlı fark olduğu (p<0.001), SBA grupta ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Dolayısıyla yapılan uygulamalar hastaların varsanı, sanrı, bizar davranışlar gibi pozitif belirtileri üzerinde etkili olmuş ve bu belirtileri geriletmiştir. Negatif belirtiler alt grubu puan ortalamaları; YST grubunda 19,54±5,75'den 11,77±3,72'ye, YSE grubunda 17,31±5,04'ten 14,08±4,54'e, SBA grupta 17,82±4,77'den 17,29±4,21'e düştüğü bulunmuştur. Uygulama öncesi ve sonrası negatif belirtiler alt puan ortalamaları farkı YST ve YSE grubunda anlamlı kabul edilirken (p>0.001), SBA grupta anlamsız kabul edilmiştir (p>0.05). Çalışmamız sonucunda uygulamalar ile negatif belirtilerin gerilemesi önemli bir bulgudur. Çünkü, sosyal izolasyon, psikomotor yavaşlama, ilgi ve istek kaybı, düşünce içeriğinde fakirlik, duygulanımda küntleşme, özbakımda yetersizlik gibi belirtileri kapsayan negatif belirtiler



şizofrenide sağaltımı en zor semptom kümesi olarak bilinmektedir. Literatüre bakıldığında, Greenwood (2012) ile Richardson ve ark. (2007) şizofrenik hastalarla gerçekleştirdiği sanat terapi uygulamasından sonra negatif belirtilerin ciddi anlamda gerilediğini belirtmiştir. Ayrıca, Crawford ve ark. (2012) çalışması, bizim çalışmamız ile benzer desendedir ve örneklemini üç gruba ayırmıştır. Etkileşim odaklı yürütülen gruptaki sonuçları da ölçen araştırmacı, deney grubunda negatif bulguların anlamlı oranda azaldığını ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda etkileşim amaçlı gerçekleştirilen YSE uygulamasının da negatif belirtileri anlamlı ölçüde etkilediği saptanmıştır. Bunun sebebi, yapılandırılmamış da olsa etkileşime geçmek için sanat materyalinin kullanılmış olması olabilir. Uygulama öncesi ve sonrası genel psikopatoloji alt grup puan ortalamaları ise; YST grubunda  $44,31 \pm 10,28$ 'den  $27,46 \pm 5,95$ 'e, YSE grubunda  $40,23 \pm 8,36$ 'dan  $33,92 \pm 6,64$ 'e düşmüştür ve SBA grupta  $37,94 \pm 5,58$ 'den  $38,82 \pm 4,17$ 'ye yükselmiştir. Aradaki fark YST ve YSE grubu için anlamlı ( $p < 0.001$ ), SBA grup için anlamsızdır ( $p > 0.05$ ).

Ülkemiz literatüründe sanat terapi ile ilgili pek fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Sanatın farklı branşları ile ilgili çalışmalar mevcuttur ancak ölçülen parametreler farklı olduğu için bu kısımda yer verilmemiştir. Ulaşılabilen tek çalışma sanat terapi ve hastalık belirtileri ilişkisini araştıran Sarandöl ve ark. 2013 yılında yaptığı araştırma olmuştur. Sarandöl ve ark. (2013), bu alanda çalışma yapan ilk araştırmacılardan olup örneklemini deney ve kontrol grubu olarak ayırmış, üyeler ile ilişkinin hastalık belirtilerine etkisini ortaya koymamıştır. Şizofrenik hasta ve hasta yakınları ile sanat terapi çalışan araştırmacı, uygulama sonrasında deney grubundaki şizofreni hastalarının PANSS pozitif belirtiler alt grubunda anlamlı fark saptamamıştır. Çalışmamız bu sonucu desteklememiştir. Bununla birlikte, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji alt grubunun uygulama sonrasında anlamlı derecede azaldığını saptamıştır.

Montag C. ve ark. 2014 yılında uyguladığı 12 oturumluk sanat terapi çalışmasına göre; uygulamaya katılan hastaların pozitif ve negatif belirtileri anlamlı oranda azalmış, kontrol grubunda değişiklik saptanmamıştır. T. Aladashvali'nin (2017) şizofreni tanısı almış 36 hasta ile yaptığı, 6 haftalık 12 seans süren sanat terapi çalışmasında deney grubunda yer alan hastaların pozitif ve negatif belirtilerinin kontrol grubuna göre anlamlı oranda azaldığı saptanmıştır, sonuçlar çalışmamızla paraleldir. Hanevik ve ark. (2013) Norveç'te 5 kadın şizofreni hastası ile sanat terapinin etkileri üzerine çalışmıştır. Çalışmada sanatın pek çok branşı kullanılmış ve hastalık belirtilerinin uygulama ile

gerilediğini ifade edilmiştir. Leurant B. ve ark. (2014) gerçekleştirdiği sanat terapi çalışmasında, şizofreni hastalarına 12. ve 24. aylar sonunda izlem testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar, hem bizim çalışmamızdan hem de literatürdeki diğer çalışmalardan farklıdır. Araştırmacılar uygulamadan sonra, pozitif ve negatif belirtilerde herhangi bir gerileme olmadığını saptamışlardır. Araştırmacılar bu sonucun uygulama deseninden veya izlem ölçüm süresinin uzun olmasından kaynaklı olabileceğini ifade etmişlerdir. Araştırmanın ikinci hipotezi ise sanat terapinin faydalı olduğunu düşünen hasta grubu ile çalışıldığı zaman uygulamanın daha etkili olduğu yönündedir. Bu grubun sonuçları da anlamlı saptanmamıştır. Çalışmamızda da sosyodemografik veriler arasında sanatsal faaliyetlere ilişkin görüşlere yer verilmiş ve katılımcıların çoğunluğunun görüşü sanatsal faaliyetlerin faydalı olacağını yönünde olmuştur. Sonuçlar, Leurant B. ve ark. (2014) çalışmasının aksi yönünde bulunmuştur.

Literatürde sanat terapinin alt branşları ile ilgili çalışmamıza benzer farklı araştırmalara rastlanmıştır. Lee HJ. ve ark. (2015) şizofrenik bireylerle Kore'de yaptığı 12 oturumluk dans ve hareket terapisi çalışmasının sonuçlarına göre; deney grubunda negatif belirtiler anlamlı olarak gerilerken, pozitif belirtilerde anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Çalışmacılar bu durumu, hastaların altı aydan uzun süredir klinikte yatmaları ile açıklamışlardır. Bizim çalışmamızda kronik şizofreni hastaları altı aydan çok daha uzun süredir klinikte yatarak tedavi görmektedir ve uygulama ile bu belirtiler azalmıştır. Lee HJ. ve ark ile bizim çalışmamızda Pozitif belirtiler alt grubu sonuçlarının farklı olmasının sebebi; bizim çalışmamızda birden fazla sanat unsuru kullanılması olduğu düşünülmektedir. Lee PK. ve ark. (2008) dans hareket terapisi çalışmasında, program sonrasında negatif belirtilerin gerilediği saptanmıştır. Müzikle terapiyi tek başına uygulamasında kullanan Shuo FL. ve ark (2013) 80 şizofreni hastası ile çalışmış, çalışmacılar 38 hastanın oluşturduğu deney grubuna 10 oturum müzik terapi uygulamışlardır ve uygulama sonrasında çalışmamızla benzer olarak pozitif ve negatif bulgularda anlamlı ölçüde gerileme olduğunu ifade etmişlerdir. Benzer bir çalışmayı Tseng PT ve ark. 2016 yılında şizofreni hastaları ile gerçekleştirmiştir. Standart bakıma ek olarak müzik terapi alan hastaların oturum sıklığına bakılmaksızın kontrol grubuna göre hastalık belirtilerinin istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde gerilediğini ifade edilmiştir. Martin AL. (2016) 72 hastaya 20 oturum beden odaklı dans ve hareket terapisi uygulamış ve deney grubunda kontrol grubuna kıyasla negatif belirtilerin azaldığını ifade etmiştir. S. Priebe ve ark. 2016 yılında 275 şizofrenik katılımcı ile beden psikoterapisi başlığı altında

pilates uygulamasını gerçekleştirmişlerdir. Çalışma sonucunda, negatif semptomlarda gerilemenin olduğunu ancak bunun istatistiksel bir anlam ifade etmediğini belirtmişlerdir. Çalışmamız bu sonucu desteklememektedir.

Literatürde sanat terapi ile ilgili çalışmanın yetersiz olduğu, rastlanan çalışmalarda ise şizofrenik hastalar ile yapılan çalışmaların ender olduğu saptanmıştır. Pozitif ve negatif belirtiler şizofrenik bozukluğa ait semptomlar olduğundan diğer popülasyonlarla yapılan çalışmalar bu bölümde ele alınamamıştır. Çalışmamızda, şizofrenide sanat terapi ile ilgili olan ve ulaşılan araştırmalarla benzer sonuçlar bulunduğu görülmüştür. Oturumlar boyunca yapılan klinik gözlemler çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir. Bu alanda müdahalenin geçerli olabilmesi için şizofrenik hastalar ile daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

## **5.2.Katılımcıların TAÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) genel puan ortalamaları YST grubunda sanat terapi programı öncesinde  $64,54 \pm 10,05$  iken program sonrasında  $40,48 \pm 4,50$ 'ye, TAÖ-A alt grup puan ortalaması program öncesi  $23,08 \pm 4,91$  iken, program sonrası  $11,62 \pm 2,72$ 'ye, TAÖ-B alt puan ortalaması program öncesi  $15,62 \pm 2,57$  iken, program sonrası  $10,77 \pm 1,74$ 'e gerilediği, TAÖ-C alt grup puan ortalaması program öncesi  $25,85 \pm 4,85$  iken, program sonrası  $17,69 \pm 1,93$ 'e gerilemiştir ve tüm TAÖ boyutlarında aradaki farkın istatistiksel anlam ifade ettiği saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Yapılandırılmış sanat terapi uygulamasının aleksitimi düzeyini geriletmesi, uygulama oturumlarında duygu farkındalığı oluşması ve bunun grup içinde ifade edilmesi ile ilişkilendirilmiştir. YSE grubundaki katılımcılara bakıldığında ise TAÖ genel puan ortalamaları yapılandırılmamış sanat etkinliği programı öncesinde  $62,92 \pm 7,09$  iken program sonrasında  $58,31 \pm 6,24$ 'e gerilediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak ifade ettiği görülmektedir ( $p < 0,001$ ). TAÖ-A alt grup toplam puan ortalaması program öncesi  $22,00 \pm 4,69$  iken, program sonrası  $19,85 \pm 3,65$ 'e gerilemiştir ve sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ). TAÖ-B alt grubu puan ortalaması  $15,62 \pm 2,69$  iken çalışma sonrasında sonucun  $15,00 \pm 2,35$  olduğu saptanmıştır. Aradaki farkın istatistiksel olarak  $p < 0,05$  sınırında kalmıştır ve sonuç anlamsız olarak kabul edilmiştir ( $p = 0,055$ ). TAÖ-A; duyguları tanımada güçlük, TAÖ-B ise; duyguları söze dökmede güçlük alt başlığıdır. Bu grupta, TAÖ-A (duyguları tanımada güçlük) alt grubu puan ortalamalarının anlamlı sonuç verip, TAÖ-B (duyguları söze dökmede güçlük) alt grubu puan ortalamasının anlamsız

sonuç vermesi; etkileşime dayalı gerçekleştirilen aktivitelerin, kişilerde oluşan duyguların tanınmasını sağladığını ancak tanınan bu duyguları ifadesinde güçlük yaşandığını göstermektedir. TAÖ-B alt grubunun YST grubunda anlamlı, YSE grubunda anlamsız sonuçlar vermesi ise; şizofrenik hastaların duygularını söze dökebilmesi için yapılandırılmadan oluşturulan esnek aktivitelerin yetersiz olduğu ve yeterli kılmak için yapılandırılmış sanat terapisine ihtiyaç duyulduğunu düşündürmektedir. YST programının son aşaması olan paylaşım fazında bireylerin oluşturdukları sanatsal ürüne dışardan bakarak hissettikleri duyguları grupta paylaşması ile duyguları söze dökmede güçlük boyutunun gerilemesi arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. TAÖ-C puan ortalaması program öncesi  $25,31 \pm 3,12$  iken, program sonrası  $23,46 \pm 4,61$ 'e gerilemiştir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edilmiştir ( $p=0,041$ ). Dışa dönük düşünme alt başlığına karşılık gelen TAÖ-C, YSE grubunda  $p < 0,05$  düzeyinde anlamlı bulunmuştur ve bu sonuç, yapılandırılmamış etkinliklerin duygu ifadesini söze dökmede güçlük çekme boyutunu etkilememesi ile beraber, dışa dönük düşünmeyi de  $p < 0,001$  düzeyinde etki etmemesi olarak yorumlanmıştır. SBA grup değerlendirildiğinde, katılımcıların ön ölçümlerde TAÖ genel puan ortalamasının  $64,24 \pm 5,83$  olduğu son ölçümlerde ise  $63,21 \pm 4,61$ 'e gerilediği saptanmış istatistiksel açıdan anlamlılık elde edilmemiştir ( $p > 0,05$ ). SBA grupta alt gruplara bakıldığında üç alt grupta da anlamlılık gözlenmemiştir ( $p > 0,05$ ). TAÖ-A alt grubu puan ortalaması  $21,94 \pm 2,90$ 'dan  $21,65 \pm 2,42$ 'ye gerilemiş, fark istatistiksel açıdan anlamsız kabul edilmiştir ( $p=0,501$ ). TAÖ-B uygulama öncesinde  $16,18 \pm 1,88$  iken uygulama sonrasında  $16,06 \pm 1,56$  olarak belirlenmiş ve anlamlılık gözlenmemiştir ( $p=0,543$ ). TAÖ-C alt grubundaki puan ortalaması  $26,12 \pm 3,00$ 'dan  $26,00 \pm 2,32$ 'ye gerilemiştir aradaki fark istatistiksel açıdan anlamsız kabul edilmiştir ( $p=0,762$ ).

Aleksitimi psikiyatrik problemi olan bireylerde yaygın gözlenen bir semptom olmakla beraber şizofreni hastalarında negatif belirtiler etkisi ile daha fazla görülmektedir. Çalışmamızda yapılandırılmamış sanat etkinliği ve sanat terapisi sonrasında aleksitimik belirtilerin büyük ölçüde gerilediği görülmüştür. Bu gerilemenin sebebi negatif belirtilerin gerilemesi ve dolaylı olarak aleksitimik özelliklerin ortadan kalkması mı yoksa direkt aleksitimik belirtilerin etkilenmesi mi bilinmemektedir. Bu konu ile ilgili literatürde detaylı veriye ulaşılamamıştır. Aleksitimi, şizofrenive sanat terapisi ile ilgili çalışmaların ender yapıldığı saptanmıştır. Diğer gruplar ile yapılan çalışmalara göz atıldığında, Degen M. (2006) derlemesinde travma hastalarının sanat

terapi aracılığı ile aleksitimik özelliklerinin gerilediğini ve duygusal reaksiyonlarını tanıyarak isimlendirmeyi başardıklarını ifade etmiş ve bu alanda sanat terapisinin umut vaad ettiğini belirtmiştir. Benzer bir çalışma, H. Marilyn ve ark. (2013) tarafından bir psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi gören 100 nevrotik hasta ile yapılmıştır. Araştırmacılar sanat terapi alan grubun kontrol grubuna göre aleksitimik özelliklerinin gerilediğini belirtmiştir. Malkina IG. (2013), psikiyatrik patolojisi olmayan bireylerle ritim terapisi çalışmış ve uygulamanın aleksitimi üzerindeki etkisini ölçmüştür. Örneklemi 118 sağlıklı katılımcının oluşturduğu araştırma, aleksitimisi olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmış, aleksitimisi olan grup ise deney ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Aleksitimisi olan deney grubundaki katılımcılara ritim terapisi uygulanmış ve kontrol grubuna göre çalışmamızla paralel olarak aleksitimik özelliklerin anlamlı ölçüde gerilediği saptanmıştır. Ancak, çalışmamızdan farklı olarak gruplar arasında dışa dönüklük düzeyinde anlamlı bir değişim olmadığı ifade edilmiştir. Kim S. ve Kim J. (2013) nevrotik ve psikosomatik belirtileri olan bir adölesan ile 21 seanslık gevşeme ve yürüyüş meditasyonu içerikli sanat terapi çalışması gerçekleştirmiştir. Çalışmanın sonucunda, katılımcının aleksitimik belirtilerinde ciddi boyutta gerileme olduğu, duygusal ifade alanının genişlediği ve psikosomatik belirtilerinin gerilediği saptanmıştır. James M. ve ark. (1997) Vietnam Savaşı'na katılan travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan bir grup ile drama terapisi çalışmış ve uygulama sonrasında duyguların farkedilmesini ve ifade edilmesini amaçlamıştır. Çalışma sonrasında drama terapisinin duygu farkındalığı ve ifadesi konusunda etkili bir yöntem olduğunu ifade etmiştir. Benzer bir çalışmayı Thulin K. 1997 yılında gerçekleştirmiş ve 40 psikosomatik hastaya 2.5 yıl, haftada bir dans hareket terapisi uygulamıştır. 2.5 yılın sonunda son test ölçümlerinde katılımcıların somatik belirtilerinin gerilediğini, duygu ifadelerinin arttığını ve aleksitimik belirtilerin önemli ölçüde kaybolduğunu ifade etmiştir. Horwitz EF. 2006 yılında fibromyalji hastaları ile çalışarak, dans hareket ve resim terapisinin duygu ve düşünceleri sözel olarak ifade etmeye yardımcı olduğunu belirtmiştir. Eklektik sanat terapisini şizofrenik bireylerle çalışarak aleksitimi düzeyine bakan yurtdışı merkezli bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde ise bu alanda yapılan sadece bir çalışmaya ulaşılmıştır. Kinyas T. (2011) psikotik bozukluğu (şizofreni, şizofreniform, paranoid bozukluk, şizoaffektif bozukluk vb.) olan kişiler ile, aleksitimi düzeyleri üzerinde, sinema terapisinin etkisini çalışmıştır. Tekin çalışmasının sonucunda sinematerapi girişimi uygulandığı zaman periyodu boyunca, katılımcıların aleksitimi düzeyini azaltmada istatistiksel açıdan anlamlı bir

gerileme olduğunu ifade etmiştir. Şizofrenik bireylerde var olan aleksitimik özellikler; duyguları farkedilme, söze dökebilme, ifade edebilme, hayal edebilme ve dışa dönük düşünebilmede kısıtlılıklardır. Sanat terapisinin bu kısıtlılıkları geriletmediği belirlenmiştir. Yurt (2008) şizofreni hastalarının, duyguları yaşamakta değil, duyguları tanıma ve göstermede bazı sınırlılıkları olduğunu gösterildiğini, ama yine de şizofreni ve duygu arasındaki bağlantıların ne olduğunu tam olarak bilinmediğini ifade etmektedir. Toderello ve ark. (2005) ise, aleksitimik özelliklerin, duruma bağlı olarak ortaya çıkmayıp kalıcı bir seyir gösterdiği şeklinde yorumlanabileceğini söylemiştir. Yapılan tüm bu çalışmalar incelendiğinde, bizim çalışmamız sonuçlarının literatürü desteklediği, ancak şizofreni ve aleksitimi ile ilgili daha fazla ve daha uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

### **5.3.Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Birbiri İle İlişkinin Tartışılması**

Çalışmada uygulamalar öncesinde PANSS genel puan ortalamaları; YST grubunda 74,54±17,55, YSE grubunda 73,08±14,41, SBA grupta 72,35±11,67 olarak saptanmıştır. Bu sonuç, uygulamalardan önce katılımcıların pozitif ve negatif belirti düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Eryıldız D. (2014)'nin kronik şizofreni hastaları ile yaptığı rehabilitasyon çalışmasında kontrol grubunun PANSS genel puan ortalaması 74.13 ±15.11 olarak bulmuştur, çalışmamız bu sonucu desteklemektedir. Uygulama öncesinde ölçeğin pozitif belirtiler alt grubuna bakıldığında, YST grubunun puanı 15,69 ±3,38, YSE grubunun puanı 15,54±3,13 iken SBA grubunun puanı 16,59±3,34 olarak bulunmuştur. Negatif belirtiler alt grubu puan ortalamaları; YST grubunda 19,54±5,75, YSE grubunda 17,31±5,04, SBA grupta 17,82±4,77 olarak elde edilmiştir. Genel psikopatoloji alt grup puan ortalamalarının, YST grubunda 44,31±10,28, YSE grubunda 40,23±8,36 ve SBA grupta 37,94±5,58 olduğu görülmektedir. Uygulama öncesinde tüm gruplarda PANSS alt ölçek puan ortalamalarının benzer olduğu ve grupların hastalık belirtileri açısından homojen olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda uygulama sonrasında PANSS genel puan ortalamaları; SBA grubunun ortalaması 72,76±9,93, YSE grubunun ortalaması 61,46±11,35 ve YST grubunun ortalaması 49,85±11,35 olarak saptanmıştır. Ölçeğin genel boyutunda YST ve YSE grubu lehine anlamlı derecede olumlu yönde gelişme olduğu saptanmıştır (p<0,001). Uygulama sonrasında ; ölçeğin alt gruplarından pozitif semptomlar alt grup toplam puan

ortalaması;SBA grupta  $16,65\pm3,48$ , YSE grubunda  $13,46\pm2,85$  iken, YST grubunda  $10,62\pm2,85$  olarak bulunmuştur. Negatif belirtiler alt grup toplam puan ortalaması;YST grubunda  $11,77\pm3,72$ , YSE grubunda  $14,08\pm4,54$  iken, SBA grupta  $17,29\pm4,21$  olarak saptanmıştır. Genel psikopatoloji alt grup toplam puan ortalaması;YST grubunda  $27,46\pm5,95$ , YSE grubunda  $33,92\pm6,64$  ve SBA grupta  $38,82\pm4,17$  olarak bulunmuştur. Tüm PANSS alt grupları değerlendirildiğinde sonuçların, YST ve YSE grubunda istatistiksel açıdan anlamlı olduğu, SBA grupta ise istatistiksel açıdan anlamlılığın olmadığı saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Program sonrası sonuçların anlamlı çıkmasının programa katılan grup üyeleri ve program uygulayıcısı arasındaki güven ilişkisi ile grup kohezyonun oluşmasıyla yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların program öncesinde TAÖ genel puan ortalamaları ölçüldüğünde her üç grupta da birbirine yakın sonuçlara ulaşılmıştır. Bu sonuçlar; YST grubunda  $64,54\pm10,05$ , YSE grubunda  $62,92\pm7,09$  ve SBA grupta  $64,24\pm5,89$  olarak saptanmıştır ( $p=0,848$ ). 20- 100 arasında sonuç veren TAÖ-20 ölçeğine göre 60 ve üzeri skor aleksitimi vardır sonucunu vermektedir. Uygulama öncesinde görüldüğü üzere tüm gruplarda skor 60 üzeri çıkmış ve yaygın aleksitimi olduğu sonucu elde edilmiştir. TAÖ-A (duyguları tanıma zorluğu) alt grubu puan ortalaması YST grubunda  $23,08\pm4,91$ , YSE grubunda  $22,00\pm4,69$ , SBA grupta  $21,94\pm2,90$  olarak belirlenmiş ve istatistiksel açıdan benzerlik gözlenmiştir ( $p=0,714$ ). TAÖ- B alt grubunun puan ortalamaları YST grubunda  $15,62\pm2,57$ , YSE grubunda  $15,62\pm2,69$ , SBA grupta  $16,18\pm1,88$  olarak elde edilmiştir ve her üç değer birbirine benzerdir ( $p=0,749$ ). TAÖ- C alt grup puan ortalamasına bakıldığında, YST grubunda  $25,85\pm4,85$ , YSE grubunda  $25,31\pm3,12$  ve SBA grupta  $26,12\pm3,00$  sonuçlarına ulaşılmıştır ( $p=0,836$ ). Yurt E. (2008) 91 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmasında %47.3'nün aleksitimik olduğu sonucuna ulaşmıştır. Fogley R. ve ark. (2014) 65 şizofreni hastası ile gerçekleştirdiği çalışmasında; TAÖ genel puan ortalaması  $58.26 \pm 11.43$ , TAÖ-A puan ortalaması  $20.43\pm6.20$ , TAÖ-B puan ortalaması  $15.66\pm3.76$  ve TAÖ-C puan ortalaması  $22.17\pm3.49$  olarak belirtilmiştir. Çalışmamız bu sonuçları desteklemektedir. Şizofrenik bireylerde aleksitimi literatürde de gözleendiği gibi yaygın bir sorundur. Yurt E. (2008), eksiklik sendromunun (kısıtlı duygulanım, konuşmanın fakirleşmesi, ilgi azlığı, amaç duygusunda azalma gibi negatif belirtilerin olduğu bir sendrom) aleksitimik özellikleri olan grupta anlamlı ölçüde fazla görüldüğünü ifade etmiştir (Çıtak ve ark. 2006, Kirkpatrick 1990, Yurt 2008). Cedro A. ve ark. (2001) 50 paranoid şizofreni hastası ve 50 psikiyatrik tanısı olmayan hasta ile çalışarak şizofreni

hastalarında aleksitimik özelliklerin anlamlı ölçüde yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda negatif belirtiler ve aleksitimi puan ortalamalarını istatistiki olarak karşılaştırılmamıştır ama klinik gözlemlerde Yurt E. çalışması ile benzer sonuçlar gözlenmiştir. Fransa'da Nkam ve ark.tarafından yapılan çalışmada da aleksitimik belirtilerin,negatif belirtileri yüksek seyreden şizofreni hastalarındaki bir özellik olabileceği belirtilmiştir.

TAÖ genel puan ortalaması programlardan sonra YST grubunda  $40.49\pm 4.50$ , YSE grubunda  $58.31\pm 76.24$  ve SBA grupta  $63.71\pm 4.61$  olarak saptanmıştır. Programlardan sonra elde edilen ortalama ise YST grubu ve YSE grubunda anlamlı farklılık oluştururken, SBA grupta görülen fark anlamsızdır ( $p<0.001$ ).Programlar sonrasında her üç grup TAÖ alt boyutları açısından karşılaştırıldığında ise; TAÖ-A (YST grubu:  $11.62\pm 2.72$ , YSE grubu:  $19.85\pm 3.65$ , SBA grup:  $21.65\pm 2.42$ ), TAÖ-B (YST grubu:  $10.77\pm 2.57$ , YSE grubu:  $15.00\pm 2.35$ , SBA grup:  $16.06\pm 1.56$ ) ve TAÖ-C (YST grubu:  $17.69\pm 1.93$ , YSE grubu:  $23.46\pm 4.6$ , SBA grup:  $26.00\pm 4.32$ ) alt boyutlarında YST grubu ve YSE lehine anlamlı derecede bir düşme olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ).Yıldırım A. ve ark. (2016) depresif, anksiyete, somatoform ve psikotik bozukluğu olan hastalarda aleksitimi sıklığını karşılaştırmak ve yapı farklılığını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında psikotik hastaların %55.6'sının aleksitimik olduğunu saptamıştır ve aleksitimi düzeyinin psikiyatri hemşirelerinin psikosoyal müdahaleleri ile gerileyebileceğini ifade etmiştir. Çalışmamızda da şizofreni hastalarında aleksitimik özelliklerin olduğu belirlenmiş ve bir psikiyatri hemşiresi olan araştırmacı tarafından uygulanan programlar sonucunda TAÖ puan ortalamaları gerilemiştir. Sonuç olarak çalışmamız Yıldırım ve arkadaşlarının savını desteklemektedir.

Çalışmamızın ayrıntılı değerlendirmesinde uygulama öncesinde PANSS genel puan ortalamasının YST grubunda,YSE ve SBA gruba göre (sırasıyla;  $p=0.496$ ,  $p=0.377$ );YSE grubunda YST ve SBA gruba göre (sırasıyla;  $p=0.496$ ,  $p=0.990$ ), SBAgrupta,YST ve YSE grubuna göre (sırasıyla;  $p=0.377$ ,  $p=0.990$ ), farklı olmadığı saptanmıştır. Uygulama sonrasında ise PANSS genel puan ortalaması farkının YST grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. YST grubu ve YSE grubu arasındaki ortalama fark  $-11.61\pm 4.08$  iken, YST grubu ve SBA grup arasındaki fark  $-22.91\pm 3.83$ 'tür. YST grubu YSE grubuna göre  $p=0.019$  düzeyinde, SBA gruba göre ise  $p<0.001$  düzeyinde anlamlıdır. YSE grubu ve SBA grup arasındaki ortalama fark ise  $-11.30\pm 3.83$ 'tür ve  $p=0.014$  düzeyinde anlamlıdır. YST grubuna uygulanan sanat terapi programı, PANSS



genel ve alt gruplarında anlamlı derecede etkili olarak pozitif ve negatif belirtiler üzerinde hastalar ile etkileşime geçmekten daha öte bir fayda sağladığını ortaya koymuştur. YSE grubuna uygulanan yapılandırılmamış sanat etkinliği dePANSS genel ve alt gruplarında puan ortalamasını etkilemiş ve standart bakıma ek olarak yapılandırmadan hastalar ile ilişki kurmanın hastalık pozitif ve negatif belirtileri üzerinde fark yarattığını ortaya koymuştur. H 1 ve H 2 hipotezleri kabul edilmiştir. Crawford M.J. ve ark. 2014 yılında gerçekleştirdiği sanat terapi çalışmasında; aktivite grubunda yapılandırılmamış etkinlikten sonra fark gözlenirken, deney grubunda görülen farkın daha anlamlı olduğunu saptamış ve sanat terapisinin pozitif ve negatif belirtiler üzerinde etkili bir uygulama olduğunu ortaya koymuştur ve sonuçlar çalışmamız ile paralel niteliktedir.

TAÖ-20 için uygulanan ayrıntılı analizde ise; uygulama öncesinde TAÖ genel puan ortalamasının YST grubunda, YSE ve SBA gruba göre (sırasıyla;  $p=0,855$ ,  $p=0,994$ ); YSE grubunda, YST ve SBA gruba göre (sırasıyla;  $p=0,855$ ,  $p=0,889$ ); SBA grupta, YST ve YSE grubuna göre (sırasıyla;  $p=0,994$ ,  $p=0,889$ ), istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır. Uygulama sonrasında ise; TAÖ genel puan ortalaması farkının YST grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. YST grubu ve YSE grubuna arasındaki ortalama fark  $-18,23 \pm 2,00$  iken, YST grubu ve SBA grup arasındaki fark  $-23,63 \pm 1,88$ 'tür. YST grubu, YSE grubuna ve SBA gruba göre  $p < 0,001$  düzeyinde anlamlıdır. YSE grubu ve SBA grup arasındaki ortalama fark ise  $-5,39 \pm 31,88$ 'dir ve  $p=0,018$  düzeyinde anlamlıdır. Özetle; şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtileri ile aleksitimi düzeylerinin azalmasını hedeflediğimiz çalışmamızda; YST, YSE ve SBA gruptaki katılımcıların program öncesi hastalık pozitif ve negatif belirtileri ile aleksitimi düzeylerinin benzer özellikler gösterdiği saptanmıştır. Yapılandırılmış Sanat Terapisi Programı ve Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Programının etkililiğini ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmada; uygulama sonrası YST grubundaki şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtiler ile aleksitimi düzeylerinde gerilemenin olduğu, YSE grubundaki hastalarda ise YST grubuna nispeten daha az, SBA gruba göre daha fazla gerileme gösterdiği söylenebilir. SBA gruptaki hastaların ise pozitif ve negatif belirtileri ile aleksitimi düzeylerinin aynı düzeyde kaldığı ve hastalık süreçlerinin bu belirtiler ile risk altında olmaya devam ettiği belirlenmiştir. H 3 ve H 4 hipotezleri kabul edilmiştir.

Literatüre bakıldığında Sarandöl ve ark. (2013) şizofrenik hasta ve hasta yakınları ile sanat terapi çalışarak, uygulama sonrasında deney grubundaki şizofreni hastalarının PANSS pozitif belirtiler alt grubunda anlamlı fark gözlemezken, negatif belirtiler alt

grubunun ve genel psikopatoloji alt grubunun uygulama sonrasında anlamlı derecede azaldığını saptamıştır. Kontrol grubunda ise belirtilerin değişmediğini ifade etmiştir. Greenwood (2012) ve Richardson ve ark. (2007) sanat terapi ile negatif belirtilerin ciddi anlamda gerilediğini belirtmiştir. Ancak kontrol grubunun standart bakım ile hastalık belirtilerini aynı düzeyde yaşadığını ifade etmiştir. Literatürde sanat terapi dışında pozitif ve negatif belirtileri ölçmek için uygulanan diğer psikosoyal müdahaleler de bulunmaktadır. Yıldız M. ve ark. (2004) 14 şizofreni hastası ve yakınları ile psikosoyal rehabilitasyon programı uygulayarak pozitif ve negatif belirtilerin anlamlı ölçüde azaldığını belirtmiştir (başlangıçta  $70.3 \pm 16.9$ , sonda  $61.9 \pm 16.5$ ;  $p < 0.002$ ). Söğütü L. ve ark. (2017) 60 hastaya (30 hasta deney grubuna, 30 hasta kontrol grubuna dahil edilmiştir) haftada bir kez 18 oturum toplumsal beceri eğitimi uygulamıştır ve pozitif ve negatif belirtileri ölçmüştür. Araştırma sonucunda PANSS genel puan ortalaması anlamlı olarak gerilememiştirama PANSS alt gruplarında gerilemenin olduğu ifade edilmiştir. Benzer bir çalışma Arslantaş H. ve ark. (2009) tarafından 39 şizofreni hastası ve bakım vereni ile 2 hafta boyunca toplam 16 saat yapılandırılmış psikoeğitim uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Pozitif ve negatif belirtilerin ölçüldüğü araştırmada, sonucun gerilemenin istatistiksel açıdan anlamsız olduğu belirlenmiştir. Bu, çalışmamızla paralel olmayan bir sonuçtur. Arslan M. ve ark. (2014) 60 şizofreni hastası ile yaptığı rehabilitasyon programı çalışması sonucunda hastalık kliniğini anlamlı olarak iyileştirdiği pozitif ve negatif belirtilerin azaldığı saptanmıştır. Literatür tarandığında, şizofrenide aleksitimi ile ilgili az sayıda ampirik çalışmanın olduğu görülmüştür. Aleksitimik şizofreni hastalarla ilgili tartışabileceğimiz tek çalışma Tekin K. (2011) yılında uyguladığı sinematerapi çalışmasıdır. 6 hasta ile sinematerapi çalışan araştırmacı çalışma sonunda aleksitimik özelliklerin anlamlı oranda azaldığını saptamıştır. Başka bir çalışmaya rastlanmamasını ise araştırmanın sınırlılıkları arasında belirtmiştir.

Yukarıdaki çalışmalardan elde edilen sonuçlar incelendiğinde; çalışmamızda elde edilen bulguların literatürü desteklediği ve Sanat Terapisi Programı'nın şizofreni hastalarının hastalık pozitif ve negatif belirtilerini ile aleksitimi düzeylerini azaltmada katkı verici olduğu söylenebilir.

## 6.SONUÇLAR

“Yapılandırılmış Sanat Terapi Programı” ve ‘Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği Programı’nın şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtileri ile aleksitimi düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla, 43 şizofreni hastası (13YST grubu, 13YSE grubu, 17 SBA grup) ile deneysel olarak yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan tüm şizofreni hastalarının yaşları 18 ile 65 yaş arasında değişmektedir. YST grubundaki katılımcıların %39,3’ü 50-59 yaş grubunda, yaş ortalaması 53,84±9,69, %53,8’i kadın, % 69,2’si bekar, % 38,5’i ilköğretim mezunu olarak saptanmıştır. YSE grubundaki katılımcıların %38,4’ü 49 yaş ve altı yaş grubunda, yaş ortalaması 52,23 ±7,97, %61,5’i kadın, % 76,9’u bekar, %30,8’i ortaokul mezunu olarak saptanmıştır. SBA gruptaki katılımcıların % 57’si 60 yaş ve üstü yaş grubunda, yaş ortalaması 55,47±9,55, %52,3’ü erkek, % 52,9’u bekar, %29,4’ü lise mezunu olarak saptanmıştır. Demografik özellikler yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. (p>0.05).

Hastaların ortalama psikiyatrik hastalık süresi ortalaması; YST grubu ve SBA grupta 34 yıl (YST grubu 34,84±10,39 yıl, SBA grup 34,11±8,93 yıl), YSE grubunda 32,07±8,38 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamsızdır (p>0.05). Hastanede yatış süresi ortalaması; YST grubunda 28,92±9,85 yıl, YSE ve SBA grupta 22 yıl (YSE grubu 22,23±7,27 yıl, SBA grup 22,82±10,82 yıl) olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Hastaların sanatsal faaliyetlere karşı ilgisi incelendiğinde, YST grubunun %53,8’i, YSE grubunun %61,5’i ilgisi olduğunu ifade etmiş, SBA grubunun %64,7’si ise ilgisi olmadığını belirtmiştir. Yine YST grubundaki hastaların %61,5’u, ve SBA grubu hastaların %82,4’ü ile YSE grubunun %53,8’i sanatsal faaliyetlere yeteneğinin olmadığını belirtmiştir. YSE grubunda %61,5 oranında, SBA grubunda %52,9 oranında sanatsal aktivitelerde bulunuyor sonucu, sanatsal aktivitelerde bulunmuyor sonucu saptanmıştır. Her üç grup da sanatsal faaliyetlerin psikolojik problemlerin çözümünde faydasının olduğunu düşünmektedir (sırası ile; %84,6, %84,6, %70,6). YST grubunun %61,5’i, YSE grubunun %76,9’u, SBA grubunun %58,8’i sanatsal faaliyetlerin duygularını

ifadesini kolaylaştırdığını düşünmektedir. Her üç grup arasında istatistiksel fark yoktur ( $p>0.05$ ).

Uygulamadan önce PANSS genel puan ortalaması; YST grubunda  $74,54\pm 17,55$ , YSE grubunda  $73,08\pm 14,41$ , SBA grupta  $72,35\pm 11,67$  olarak saptanmıştır. Her üç grubun PANSS genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Uygulamadan önce PANSS genel puan ortalaması; YST grubunda  $74,54\pm 17,55$ , YSE grubunda  $73,08\pm 14,41$ , SBA grupta  $72,35\pm 11,67$  olarak saptanmıştır. Her üç grubun PANSS genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Uygulamadan önce PANSS pozitif belirtiler alt ölçeği puan ortalaması; YST grubunda  $15,69\pm 3,38$ , YSE grubunda  $15,54\pm 3,13$ , SBA grupta  $16,59\pm 3,34$  olarak bulunmuştur. Uygulamadan önce PANSS negatif belirtiler alt ölçeği puan ortalaması; YST grubunda  $19,54\pm 5,75$ , YSE grubunda  $17,31\pm 5,04$ , SBA grupta  $17,82\pm 4,77$  olarak saptanmıştır. Uygulamadan önce PANSS genel psikopatoloji alt ölçeği puan ortalaması; YST grubunda  $44,31\pm 10,28$ , YSE grubunda  $40,23\pm 8,36$ , SBA grupta  $37,94\pm 5,58$  olarak saptanmıştır. Bütün alt grup puan ortalamaları için gruplar arasında istatistiksel bir fark yoktur ( $p>0.05$ ).

Uygulamadan önce TAÖ genel puan ortalaması; YST grubunda  $64,54\pm 10,05$ , YSE grubunda  $62,92\pm 7,09$ , SBA grupta  $64,24\pm 5,89$  olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Uygulamadan önce TAÖ-A alt puan ortalaması; YST grubunda  $23,08\pm 4,91$ , YSE grubunda  $22,00\pm 4,69$ , SBA grupta  $21,94\pm 2,90$  olarak bulunmuştur. Uygulamadan önce TAÖ-B alt puan ortalaması; YST grubunda  $15,62\pm 2,57$ , YSE grubunda  $15,62\pm 2,69$ , SBA grupta  $16,18\pm 1,88$  olarak bulunmuştur. Uygulamadan önce TAÖ-C alt puan ortalaması; YST grubunda  $25,85\pm 4,85$ , YSE grubunda  $25,31\pm 3,12$ , SBA grupta  $26,12\pm 3,00$  sonuçlarına ulaşılmıştır. Bütün alt gruplar için her üç grup arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

PANSS genel puan ortalaması; uygulamadan sonra YST grubunda  $49,85\pm 11,35$ , YSE grubunda  $61,46\pm 11,35$ , SBA grupta  $72,76\pm 9,93$  olarak bulunmuştur. Gruplar arasında saptanan fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Ayrıntılı analizde YST grubu ve YSE grubuna arasındaki ortalama fark  $-11,61\pm 4,08$ , YST grubu ve SBA grup arasındaki fark  $-22,91\pm 3,83$ , YSE grubu ve SBA grup arasındaki ortalama fark  $-11,30\pm 3,83$  olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın YST grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (YST grubu;  $p<0.001$  YSE grubu  $p<0.05$ ).

Uygulama sonrasında PANSS pozitif belirtiler alt grup puan ortalaması; YST grubunda  $10,62 \pm 2,85$ , YSE grubunda  $13,46 \pm 2,85$ , SBA grupta  $16,65 \pm 3,48$  olarak bulunmuştur. Uygulama sonrasında PANSS negatif belirtiler alt grup puan ortalaması; YST grubunda  $11,77 \pm 3,72$ , YSE grubunda  $14,08 \pm 4,54$ , SBA grup  $17,29 \pm 4,21$  olarak saptanmıştır. Uygulama sonrasında PANSS genel psikopatoloji alt grup puan ortalaması; YST grubunda  $27,46 \pm 5,95$ , YSE grubunda  $33,92 \pm 6,64$ , SBA grupta  $38,82 \pm 4,17$  olarak bulunmuştur. Her üç alt grup puan ortalaması için de gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.001$ ).

Uygulama sonrasında TAÖ genel puan ortalaması; YST grubunda  $40,48 \pm 4,50$ , YSE grubunda  $58,31 \pm 6,24$ , SBA grupta  $63,71 \pm 4,61$  olarak bulunmuştur. Gruplar arasında saptanan fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Ayrıntılı analizde YST grubu ve YSE grubuna arasındaki ortalama fark  $-18,23 \pm 2,00$ , YST grubu ve SBA grup arasındaki fark  $-23,63 \pm 1,88$ , YSE grubu ve SBA grup arasındaki ortalama fark  $-5,39 \pm 31,88$  olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın YST grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (YST grubu;  $p < 0.001$  YSE grubu  $p < 0.05$ ).

Uygulama sonrasında TAÖ-A alt grup puan ortalaması; YST grubunda  $11,62 \pm 2,72$ , YSE grubunda  $19,85 \pm 3,65$ , SBA grupta  $21,65 \pm 2,42$  olarak bulunmuştur. Uygulama sonrasında TAÖ-B alt grup puan ortalaması; YST grubunda  $10,77 \pm 1,74$ , YSE  $15,00 \pm 2,35$ , SBA grupta  $16,06 \pm 1,56$  olarak bulunmuştur. Uygulama sonrasında TAÖ-C alt grup puan ortalaması; YST grubunda  $17,69 \pm 1,93$ , YSE grubunda  $23,46 \pm 4,61$  ve SBA grupta  $26,00 \pm 2,32$  olarak bulunmuştur. Bütün alt grup puan ortalamaları için gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0.001$ ).

YST grubunda, PANSS genel puan ortalaması; uygulama öncesinde  $79,54 \pm 17,55$  iken program sonrasında  $49,85 \pm 10,04$  olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0,001$ ).

YST grubu katılımcılarının, PANSS pozitif belirtiler alt grup puan ortalaması program öncesi  $15,69 \pm 3,38$  iken, program sonrası  $10,62 \pm 2,10$  olarak saptanmıştır. PANSS negatif belirtiler alt grup puan ortalaması program öncesi  $19,54 \pm 5,75$ , program sonrası  $11,77 \pm 3,72$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin genel psikopatoloji alt grup puan ortalaması program öncesi  $44,31 \pm 10,28$  iken, program sonrası  $27,46 \pm 5,95$  olarak

saptanmıştır. Tüm alt grup puan ortalamaları için aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

YSE grubunda, PANNS genel puan ortalaması uygulama öncesinde  $73,08\pm14,41$ , uygulama sonrasında  $61,46\pm11,35$  olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiki açıdan anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

YSE grubunda PANSS pozitif belirtiler alt grup puan ortalaması program öncesi  $15,54\pm3,13$  iken, program sonrası  $13,46\pm2,85$  olarak bulunmuştur. PANSS negatif belirtiler alt grup puan ortalaması program öncesi  $17,31\pm5,04$  iken program sonrasında  $14,08\pm4,54$  olarak belirlenmiştir. PANSS genel psikopatoloji puan ortalaması program öncesi  $40,23\pm8,36$  iken, program sonrası  $33,92\pm11,35$  olarak saptanmıştır. Aradaki fark alt grupların tamamında istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

SBA gruptaki katılımcıların PANSS genel puan ortalaması uygulama öncesi  $72,35\pm11,67$ , uygulama sonrası  $72,76\pm9,93$  olarak belirlenmiştir. Aradaki fark anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

SBA grupta PANSS pozitif belirtiler alt grubu puan ortalaması uygulama öncesinde  $16,59\pm3,34$ , uygulama sonrasında  $16,65\pm3,48$  olarak bulunmuştur. PANSS negatif belirtiler alt grup puan ortalaması uygulama öncesinde  $17,82\pm4,77$  iken uygulama sonrasında  $17,29\pm4,21$  olarak belirlenmiştir. PANSS genel psikopatoloji alt grup puan ortalaması uygulama öncesi  $37,9\pm5,58$ , uygulama sonrası  $38,82\pm4,17$  olarak bulunmuştur. Tüm alt gruplarda aradaki fark istatistiksel açıdan anlamsız kabul edilmiştir ( $p>0.05$ ).

YST grubunda, TAÖ genel puan ortalaması uygulama öncesi  $64,54\pm10,05$  iken uygulama sonrası  $40,48\pm4,50$  olarak saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

YST grubu katılımcıların TAÖ-A alt grup puan ortalaması program öncesi  $23,08\pm4,91$  iken, program sonrası  $11,62\pm2,72$  olarak bulunmuştur. TAÖ-B alt grup puan ortalaması uygulama öncesinde  $15,62\pm2,57$ , uygulama sonrasında  $10,77\pm1,74$  olarak bulunmuştur. TAÖ-C alt grup puan ortalaması program öncesi  $25,85\pm4,85$  iken, program sonrası  $17,69\pm1,93$  olarak belirlenmiştir. Tüm alt gruplarda aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

YSE grubunda, TAÖ genel puan ortalaması program öncesinde  $62,92 \pm 7,09$  iken program sonrasında  $58,31 \pm 6,24$  olarak bulunmuştur. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir ( $p < 0,001$ ).

YSE grubunda TAÖ-A alt grup puan ortalaması program öncesi  $22,00 \pm 4,69$  iken, program sonrası  $19,85 \pm 3,65$  olarak bulunmuştur. Fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0,001$ ). YSE grubunda TAÖ-B alt grup puan ortalaması uygulama öncesinde  $15,62 \pm 2,69$  iken uygulama sonrasında  $15,00 \pm 2,35$  olarak saptanmıştır. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). YSE grubunda TAÖ-C alt grup puan ortalaması program öncesi  $25,31 \pm 3,12$  iken, program sonrası  $23,46 \pm 4,61$ 'e gerilemiştir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edilmiştir ( $p < 0,05$ ).

SBA grupta, TAÖ genel puan ortalamasının uygulama öncesinde  $64,24 \pm 5,83$  iken uygulama sonrasında  $63,21 \pm 4,61$ 'e gerilediği saptanmış istatistiksel açıdan anlamlılık elde edilmemiştir ( $p > 0,05$ ).

SBA grupta TAÖ-A alt grup puan ortalaması uygulama öncesinde  $21,94 \pm 2,90$ , uygulama sonrasında  $21,65 \pm 2,42$  olarak bulunmuştur. TAÖ-B alt grup puan ortalaması uygulama öncesinde  $16,18 \pm 1,88$  iken uygulama sonrasında  $16,06 \pm 1,56$  olarak belirlenmiştir. TAÖ-C alt grup puan ortalaması uygulama öncesi  $26,12 \pm 3,00$ , uygulama sonrası  $26,00 \pm 2,32$  olarak bulunmuştur. Tüm alt gruplarda aradaki fark istatistiksel açıdan anlamsız kabul edilmiştir ( $p > 0,05$ ).

## 7.ÖNERİLER

Şizofreni hastalarına yönelik geliştirilen Sanat Terapisi Programının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, şizofreni hastalarına yönelik hazırlanan Sanat Terapisi Programı 8 hafta boyunca, haftada iki gün 90 dk. şeklinde uygulanmış ve uygulama sonunda programın şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtilerinin ve aleksitimi düzeylerinin azalmasına katkı sağladığı belirlenmiştir.

Buna göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Sanat terapi programının kronik hasta servislerinde uygulanmaya konulması,
- Bu çalışmada hangi sanat unsurunun etkili olduğu belirlenmemiştir, tek sanat unsurlu sanat terapi programları ile karşılaştırmalı çalışmaların yapılması,
- Bu çalışma sadece kronik şizofreni hastaları ile yapılmıştır, aynı çalışmanın diğer hasta gruplarıyla da uygulamaya konularak etkililiğinin araştırılması,
- Bu çalışmada izlem yapılamadığından çalışmanın uzun süreli sonuçları değerlendirilememiştir. Bu nedenle yapılacak çalışmalarda uzun süreli sonuçların da değerlendirilmesi önerilmektedir.



## 8.KAYNAKÇA

- 1.Aadlandsvik, R. (2007). Education, poetry, and the process of growing old. *Educational Gerontology*,33 (8), 665-678.
- 2.Aaron, R. E., Ringhart, K. L. & Ceballos, N. A. (2011). Arts-based interventions to reduce anxiety levels among college students. *Arts & Health*, 3, 27-38.
- 3.AATA, 1964
- 4.Abell, S. C. (1998). The use of poetry in play therapy: A logical integration. *The Arts inPsychotherapy*, 25 (1), 45-49.
- 5.Adıgüzel, H.Ö., (2006).Yaratıcı drama kavramı, bileşenleri ve aşamaları. *Yaratıcı Drama Dergisi*, Cilt:1,Sayı:1,ss.17-27.
- 6.Akfırat, F.Ö., (2004).Yaratıcı dramanın işitme engellilerin sosyal becerilerinin gelişimine etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, Cilt:5,Sayı:1,ss.9-22.
- 7.Aksu G, Hocaoğlu Ç. Mastalji Yakınmasıyla Radyolojik İncelemeye Alınan Bir Grup Hastada Aleksitimi, Anksiyete, Kaygı Ve Depresyon Düzeylerinin Araştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2004; 7 (2): 95-102.
- 8.Aladashvili, T. (2017). Art therapy for patients in acute psychotic episodes. *European Psychiatry*, 41, S377.
- 9.Altıok, H. Ö., Şengün, F., & Üstün, B. (2011). Bakım: kavram analizi. *DEÜHYED*, 4(3), 137-140.
- 10.American Art Therapy Association, About Art Therapy, 2009. (erişim) <http://www.arttherapy.org/aboutart.htm> 9 Temmuz 2017.
- 11.American Dance Therapy Association. <http://www.adta.org>. .
- 12.Amerika Müzik Terapileri Derneği 2012

13. Andreasen NC. ve ark (1996), 'Symptoms of schizophrenia', methods, meanings
14. Angrilli, A., Spironelli, C., Elbert, T., Crow, T. J., Marono, G., Stegagno, L. (2009). Schizophrenia as Failure of Left Hemispheric Dominance for the Phonological Component of Language, 4(2);1-9
15. ARSLAN, M., YAZICI, A., YILMAZ, T., COŞKUN, S., & KURT, E. (2015). Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4).
16. Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V., & Adana, F. (2009). Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi.
17. Artal, M., Sherman, C., & DiNubile, N. A. (1998). Exercise against depression. *The Physician and sportsmedicine*, 26(10), 55-70.
18. Aştı N. (1995) Psikiyatri Kliniklerinde Taburcu Olmaya Hazır Hasta ve Hasta Ailelerinin Gereksinimlerinin Araştırılması 32. Ulusal Psikiyatri Kongresi; 27-30 Eylül İstanbul
19. Aydın, B. (2010). Tıbbi Sanat Terapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 69-83.
20. Azeemi, Khwaja Shamsuddin, Color Therapy, (erişim) ht tp: //www.esnips . com/doc /24f43072-b981-4c7d-96fba24f74f00c5a/Color-Therapy 9 Temmuz 2017.
21. Babacan, Ş.İ. (1998). Türkiye’de Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Müziğin Rolünün Müzik Eğitimi Açısından İncelenmesi ve Yorumlaması, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
22. Babaoğlu, A. (1988). Psikopatolojik Sanat II. Resimsel Sanat Ürünlerinin Analiz Öğeleri. *Düşünen Adam Dergisi*, 2(3), 202-204.
23. Bach M, Zwaan M, Ackard D (1994) Alexithymia: Relationship to personality disorders. *Compr Psychiatry*, 35: 239-243.
24. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA (1988) Construct Validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychother Psychosom*, 50:29-34

- 25.Barbato, A. (1998). Schizophrenia and Public Health. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (MSA). Geneva. World Health Organization (WHO).
- 26.Bayraktar E ve ark (1998). ‘Psikiyatri; şizofrenik bozukluklar’, İzmir, s.s.20-90.
- 27.Beck JS (1995) Cognitive Therapy. Basics and Beyond. New York: The Guilford Press.
- 28.Bellack, A.S., and Mueser, K.T. (1993), Psychosocial treatment for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19:317-336.
- 29.Beştepe E, Tüzer V, Önder M.E. Psikiyatrik Ve Psikosomatik Hasta Ve Kontrol Grubunda Aleksitimi: Karşılaştırmalı bir çalışma. 3P Dergisi 2000; 8 (3): 175-181.
- 30.Binbay T, Ulaş H, Alptekin K ve ark. (2009b) The psychosis epidemiology in Turkey: A systematic review on prevalence estimates and admission rates. (Değerlendirme aşamasında)
- 31.Bion WR. Yaşayarak öğrenmek. Çev. Güvenir T, Ekin Lİ. İstanbul: Bağlam Yayınları; 2014. p. 60-130.
- 32.Birthead LM. (1989) Psychiatric Mental Health Nursing: The Therapeutic Use of Self, J.B. Lippincott Company:Philadelphia,328-329
- 33.Bland, R. C., & Newman, S. C. (2001). Mild dementia or cognitive impairment: the Modified Mini-Mental State examination (3MS) as a screen for dementia. The Canadian Journal of Psychiatry, 46(6), 506-510.
- 34.Blanchard BE, Arena JG, Pallmeyer, JP (1981) Psychosometrik Properties Of a Scale to Measure Alexithymia. Psychother Psychosomatic, 35:67-71
- 35.Blatner, A. (1992).Theoretical principles underlying creative arts therapies.
- 36.Bolton, G., Field, V. & Thompson, K. (Eds.). (2006). Writing works: a resource handbook for therapeutic writing workshops and activities. London: Jessica Kingsley Publishers.
- 37.Bozdoğan,Z.,(2003).Okulda rehberlik etkinlikleri ve yaratıcı drama. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- 38.Bozkurt, N. 1995. Sanat ve Estetik Kuramları. İstanbul: Sarmal Yayınevi.

39. Brooke S. *Creative Art therapies Manual*, ABD: Charles Thomas, 2006.
40. Brown, A. S. (2011). The Environment and Susceptibility to Schizophrenia. *Prog Neurobiol*; 93 (1): 23-58.
41. Bruscia KE. *Defining music therapy*. 2nd Edition. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1998.
42. Buchanan, R. W., & Carpenter, W. T. (2007). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* içinde, 8.
43. Buege, C., (1993). The effect of mainstreaming on attitude and self-concept using creative drama and social skills training. *Youth Theatre Journal*, Vol:7, Issue:3, pp.19-22.
44. Bühler B, Hambrecht M, Löffler W, ve ark. 2000, Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse: a retrospective and prospective study of 232 population- based first illness episodes. *Schizophrenia Researches*, 54:243-251.
45. Canadian psychiatric association study group, 2005
46. Cancro, R., & Lehmann, H. E. (2000). Schizophrenia: clinical features. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th ed. Lippincott, Williams, and
47. Cardellini, L. (2006). Fostering creative problem solving in chemistry through group work. *Chemistry Education Research and Practice*, 7(2), 131-140.
48. Cedro, A. Kokoszka, A. Popiel, A. Narkiewicz-Jodko, W. (2001) Alexithymia in schizophrenia: an exploratory study. *Psychol Rep.*;89:95-8.
49. Chandraiah, S., Ainlay Anand, S., & Avent, L. C. (2012). Efficacy of group art therapy on depressive symptoms in adult heterogeneous psychiatric outpatients. *Art Therapy*, 29(2), 80-86.
50. Chodorow, J. (1991). *Dance Therapy and Depth Psychology: The Moving Imagination*. London: Routledge.
51. Cocking, A. & Astill, J. (2004). Using literature as a therapeutic tool with people with moderate and borderline learning disabilities in a forensic setting. *British Journal of Learning Disabilities*, 32 (1), 16-23.

52. Conlon, A. (2012). The use of poetry in reconciling unfinished business near end-of-life. *Journal of Poetry Therapy*, 25 (1), 1-8.
53. Coşkun, S., & Öztürk, A. (2010). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 16-23.
54. COŞKUN, S., YILDIZ, Ö., & Yazıcı, A. (2010). Psikiyatrik Rehabilitasyonda Fotoğrafın Kullanımı: Bir Ön Proje. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1(3), 121-127.
55. Crawford MJ, Patterson S. (2007) Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evidence Based Mental Health*, 10:69-70.
56. Crawford, M. J., Killaspy, H., Kalaitzaki, E., Barrett, B., Byford, S., Patterson, S., ... & Barnes, T. R. (2010). The MATISSE study: a randomised trial of group art therapy for people with schizophrenia. *BMC psychiatry*, 10(1), 65.
57. Crawford, M. J., Killaspy, H., Barnes, T. R., Barrett, B., Byford, S., Clayton, K., ... & Kalaitzaki, E. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: multicentre pragmatic randomised trial. *Bmj*, 344, e846.
58. Crow TJ., Frith CD., Johnstone EC et al: 1980. Schizophrenia and cerebral atrophy. *Lancet* 2: 1129-1130, 1980.
59. Cukr Pl, Jones Sl, Wilberger M, Smith R, Stopper C (1998) The Psychiatric Clinical Nurse Specialist/Nurse Practitioner: An Example Of A Combined Role, *Archives Of Psychiatric Nursing*, 12 (6), Pp 311-318.
60. Çeçen, A.R. (2002). Duygular İnsan Yaşamında Neden Vazgeçilmez ve Önemlidir?, Yayınlanmış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
61. Çetin, M., Ceylan, M. E. (2009). Genel Bilgiler. Ceylan M. E., Çetin M. (Ed.). *Araştırma ve Klinik Uygulama: Biyolojik Psikiyatri: Şizofreni, Tedavi*(4. Baskı)
62. Çetinkaya Duman, Z., Aştı, N., Üçok, A., & Kuşcu, M. K. (2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine 'bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı' uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 91-9.
63. Çıtak, S., Oral, E. T., & Aker, A. T. (2006). Şizofreni'de eksiklik sendromu çizelgesi (EŞÇ)'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 17, 115-28.

64. Dalley T, Rifkind G, Terry K. Three voices of art therapy: Image, client, therapist. Routledge; 2013. p.2-16.
65. Danneker, K., & Montag, C. (2013, April 7–11). The effectiveness of art therapy in acute schizophrenic patients. Paper presented in London at the Goldsmiths Art Therapy Conference April 2013.
66. Davis, K., & Wilson, T. L. (1992). Bibliotherapy and children's award – winning books. (ERIC Document Reproduction Service No. 354470)
67. Davis, M. (1975) Towards Understanding the Intrinsic in Body Movement. New York: Arno Press.
68. De Genaro L, Ferrara M, Cristani R (2003) Alexithymia and dream recall upon spontaneous morning awakening. *Psychosom Med*, 65: 301-306.
69. Degen M, Lansen J. (2006) Alexithymia- a challenge to art therapy: the story of Rita. *The Arts in Psychotherapy*; 33:167-179
70. Dereboy ÝF (1990) Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalıþma. Ankara: H.Ü. Týp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
71. Dikeç, G., & Kutlu, Y. (2014). Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(3).
72. Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., & Başğmez, F. D. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 133-139.
73. Dökmen, Ü. (2000). Yarına kim Kalacak? Evrenle uyumlaşma sürecinde varolmak gelismek uzlaşmak. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
74. Drieschner K, Pioch A.(2001), Therapeutic methods of experienced music therapists as a function of the kind of clients and the goals of therapy. 5th European Music Therapy Congress, April 20-25; Naples, Italy) 2001.
75. Druss BG, Marcus SC, Rosenheck RA ve ark.(2000) Understanding disability in mental and general health conditions. *Am J Psychiatry*,157:1485-1491.
76. Dunne, P. (1992). The narrative therapist and the arts. Los Angeles: Possibilities Press.

- 77.Durmuş,E.,(2006).Yaratıcı drama ile bütünleştirilmiş grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin utangaçlık düzeylerine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 78.Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M. Y., Seçil, M., Can, S., & Çobanoğlu, N. (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışa vurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-14.
- 79.Edwards D. (2004) *Art Therapy*. London, Sage Publications.
- 80.Elsom S, Happell B, Manias E (2005) *Mental Health NursePractitioner: Expanded or Advanced?* *International Journal of Mental Health Nursing*, 14:181-186.
- 81.Epp, K. (2008). Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. *Children & Schools*, 30(1), 27-36.
- 82.Erdoğan,G.,(2006).İlköğretim 8.sınıf (14-15 yaş) öğrencilerinin depresif belirti ve öz kavram düzeylerine yaratıcı drama çalışmalarının etkisinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 83.Eren N. (1998), *Psikotik ve Borderline Hasta Gruplarında Sanatla Psikoterapi Sürecinin İncelenmesi* ( Doktora Tezi. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- 84.EREN, N. (2015). *Psikiyatride Bakım İçin Sanatın ve Sanat Terapisinin Yeri*. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 1(1), 95-104.
- 85.Erinç SM (1998) *Sanat psikolojisine giriş*, Ankara, Ayraç Yayınları, s.83.
- 86.Erkkilä J, Punkanen M, Fachner J, Ala-Ruona E, Pontio I, Tervaniemi M, et al. (2011) Individual music therapy for depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 199:132-139. Doi: 10.1192/bjp. bp.110.085431
- 87.Eryıldız, D. (2008). Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi'ne devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey.

- 88.Esaak, Shelley, Visual Arts, <http://dictionary.sensagent.com/visual+arts/en-en/> (erişim) 9 Temmuz 2017.
- 89.Faulkner, G., & Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 659-665.
- 90.Fenton, W. S., & McGlashan, T. H. (1992). Natural history of schizophrenia subtypes: II. Positive and negative symptoms and long-term course. *Archives of general psychiatry*, 48(11), 978-986.
- 91.Fiona Foster (2013). *Art, psychotherapy and psychosis*. Routledge.
- 92.Freeman, G.D., Sullivan, K., and Fulton. C.R., (2003). Effects of creative drama on self-concept, social skills, and problem behavior. *Journal of Educational Research*, Vol:96,Issue:3,pp.131-139.
- 93.Freud S. *Sanat ve Sanatçılar Üzerine*. Çev: Şipal K. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları; 1995. p.103-14.
- 94.Fukunishi I, Kawamura N, Ishikawa N. Mother's Love Care In The Development Of Alexithymia: A Preliminary Study In Japanese College Students. *Psychological Report* 1997; 80 (1): 143-146.
- 95.Furman, R. (2012). A poetry group for cognitively impaired older adults: a brief report. *Journal of Poetry Therapy*, 25 (3), 173-178.
- 96.Gersie, A. (1997). *Reflections on therapeutic storymaking*. London: Jessica Kingsley.
- 97.Gold C, Heldal TO, Dahle T, 2008, Wigram tmusitherapy for schizophrenia or chizophrenia-like illnesses (Review) 2 opyright The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- 98.Gold C, Heldal TO, Dahle T,Wigram T. 2005;Music therapy for schizophrenia or schizophrenia like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub2.
- 99.Goldner, E. B. (2003). ANNUAL SURVEY OF CASELAW: IMMIGRATION LAW. *U. Ark. Little Rock L. Rev.*, 25, 995-1039.
- 100.Goleman, D. (2003). *Duygusal zekâ*. İstanbul: Varlık Yayınları
- 101.Gombrich, Ernst Hans, *Sanatın Öyküsü, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2004*



102. Gooding, L. F. (2008). Finding your inner voice through song: reaching adolescents with techniques common to poetry therapy and music therapy. *Journal of Poetry Therapy*, 21 (4), 219-229.
103. Goodman, Nelson, 1968, *Languages of Art: An Approach to a Theory of Symbols*, The Bobbs-Merrill Company, United States of America: Indianapolis.
104. Göğüş A.K. (1998). 'Antipsikotik ilaçların yan etkileri', Oral, T., Erkoç, Ş. (ed) *Şizofreni*:6, s.s.300-329.
105. Göktepe A. (2015) *Sanat Terapisi*
106. Greenwood, H., Leach, C., Lucock, M., & Noble, R. (2007). The process of long-term art therapy: A case study combining artwork with clinical outcome. *Psychotherapy Research*, 17(5), 588-599.
107. Güler A. (2014) *Şizofreni tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının etkileri* İstanbul.
108. Gülsen, M.T. (2006). Listening To Turkish Classical Music Decreases Patients' Anxiety, Pain, Dissatisfaction And The Dose Of Sedative And Analgesic Drugs During Colonoscopy: A Prospective Randomized Controlled Trial, *World Journal Of Gastroenterology*, 12 (46): 7532–7536, Dec 14.
109. Gündoğdu, R., (2009). *Yaratıcı drama temelli çatışma çözme programının ergenlerde öfke, saldırganlık ve çatışma çözme becerisine etkisi* Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya Güney M. 2006 sanat ve psikiyatri
110. Güney M. 2011 *Sanat ve Psikiyatri*. 2. Baskı. Ankara: Öz Baran Ofset Matbaacılık; p.125-32.
111. Güney M. (2000). 'Şizofreni', *Ankara Üniversitesi Psikiyatri Yayınları*, Ankara, s.s.177-286
112. Gürkan S.B. Aleksitimi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 1996; 2: 99-103.
113. Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., an der Heiden, W., Stein, A., Könecke, R., &
114. Hambrecht, M. (1999). Onset and prodromal phase as determinants of the course. In *Search for the causes of schizophrenia* (pp. 35-58). Steinkopff.

- 115.Hanevik, H., Hestad, K. A., Lien, L., Teglbaerg, H. S., & Danbolt, L. J. (2013). Expressive art therapy for psychosis: A multiple case study. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 312-321.
- 116.Heaney, C. J. (1992). Evaluation of music therapy and other treatment modalities by adult psychiatric inpatients. *Journal of Music Therapy*, 29, 70-86.
- 117.Heiman M. (2013) Art therapy and Alexithymia., *Journal of the American Art Therapy Association*, s. 143
- 118.Ho BC, Black DW, Andreasen NC 2004, Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Hales RE, Yudofsky SC (eds.) *Essentials of Clinical Psychiatry*. Merican Psychiatric Publishing. Washington Dc, London, England.204.
- 119.Ho, B.C., Black, D.W., &Andreasen, N.C., (2003). Schizophrenia and other psychotic disorders. In r.e. Hales& S.C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed., pp. 37SM38). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- 120.Hoffman, L. (2014). The therapist's use of poetry in therapy: Deepening relationship and understanding through creativity. In M. Heery (Ed.), *Unearthing the moment: Mindful applications of existential-humanistic and transpersonal psychotherapy* (pp. 208-221). Petaluma, CA:Tonglen.
- 121.Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. 2000, Depression Is Strongly Associated With Alexithymia In The General Population. *Journal of psychosomatic Research*; 48 (1): 99-104.
- 122.Horwitz, E. B., Kowalski, J., Theorell, T., & Anderberg, U. M. (2006). Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal self-rating scales. *The arts in psychotherapy*, 33(1), 11-25.
- 123.Huet, V. (1997). Challenging professional confidence: arts therapies and psychiatric rehabilitation. *Inscape: The British Journal of Art Therapists*, 2(1), 14– 19. doi:10.1080/17454839708413040
- 124.IATA, 2009.
- 125.Irwin, E. C. (2000). Psychoanalytic approach to drama therapy: Defining and finding a therapeutic framework. In P. Lewis & D. Johnson (Eds.),

126. Işık E. (1997). 'Şizofreni', Genişletilmiş 2. baskı, Kent Matbaacılık, Ankara, s.s.204-206.
127. Işık E. ve ark., 2008 Güncel Klinik Psikiyatri
128. İçen M. (2005) 'Şizofreni: epidemiyoloji, genetik faktörler', 1.Baskı, s.s.21-27. içinde (184-204),
129. Jablensky, A. (2003). The epidemiological horizon. Schizophrenia, Second Edition, 203-231.
130. Jack, S. J., & Ronan, K. R. (2008). Bibliotherapy: practice and research. School Psychology International, 29(2), 161 - 182.
131. James, M., & Johnson, D. R. (1996). Drama therapy in the treatment of combat-related post-traumatic stress disorder. The Arts in Psychotherapy, 23(5), 383-395.
132. Jennings, S. (1994). The theatre of healing: Metaphor and metaphysics in the healing process. In S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, & B. Meldrum (Eds.), The handbook of dramatherapy (pp. 93-113). London, England: Routledge.
133. Jennings, S. (1997). Introduction to dramatherapy: Ariadne's ball of thread. London: Jessica Kingsley.
134. Jennings, S. (Ed.). (1997). Dramatherapy theory and practice 3. London, England:
135. Jensen, I., Rechis, R., and Luna, J.D., (2002). Learning through Drama. Early childhood literacy: programs & strategies to develop cultural, linguistic, scientific and healthcare literacy for very young children & their families. (ERIC Document Reproduction Service No. ED468 867)
136. Jones, P. (1996). Drama as therapy: Theatre as living. London, England: Routledge.
137. Jung, C. G. (1961). Memories, Dreams and Reflections. New York: Random House
138. Junge, M. B., & Asawa, P. P. (1994). A history of art therapy in the United States. American Art Therapy Association.
139. Kalkan Turan, H. S. (2011). Kısmi Remisyonundaki Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Agresyon İlişkisi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi

- 140.Karaca, S., & Eren, N. (2014). The use of creative art as a strategy for case formulation in psychotherapy: A case study. *Journal of Clinical Art Therapy*, 2(1), 1-6.
- 141.Karataş, Z ve Yavuzer, Y., (2009).Yaratıcı drama temelli mesleki grup rehberliğinin lise öğrencilerinin mesleki olgunluk puanlarına etkisi. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama*, Cilt:8,Sayı:15,ss.87-102.
- 142.Kauhanen J, Kaplan G.A, Julkunen J, Wilson T.W, Salonen J.T. Social Factors In Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34 (5): 330-335.
- 143.Kernberg, O. F. (1993). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- 144.Killick K. Working with psychotic processes in art therapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 1993; 7(1): 25-38.
- 145.Killick, K. (1991). The practice of art therapy with patients in acute psychotic states. *Inscape: The Journal of the British Association of Art Therapists*. Winter 1991, 2–6.
- 146.Killick, K. (1993). Working With Psychotic Processes in Art Therapy. *Psychanalytic Psychotherapy*, 7(1), 25-38.
- 147.Killick, K., & Schaverien, J. (1997). *Art, psychotherapy and psychosis*. London & New York: Routledge
- 148.Kim, S., & Ki, J. (2014). A case study on the effects of the creative art therapy with stretching and walking meditation—Focusing on the improvement of emotional expression and alleviation of somatisation symptoms in a neurasthenic adolescent. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 71-78.
- 149.Kirkpatrick B, Buchanan RW, Mc Kenney PD (1989) The Schedule for the Deficit Syndrome: An instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 30:119-128
- 150.Kirkpatrick, B., Tek, C. (2007). Şizofreni: Klinik Özellikler ve Psikopatolojik Kavramı. Sadock B. J., Sadock V. A. (Ed.). *Kaplan & Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8. Baskı) içinde (1416-1436). Aydın H, Bozkurt A (Çev. Ed.). Ankara: Güneş Kitabevi.

- 151.Kivikas, Pekka, 2001 “Rock Paintings in Finland”, Folklore; Electronic Journal of Folklore, Vol 18&19, the Folk Belief and Media Group of ELM, Finland
- 152.Klein M. 2008 Sevgi, Suçluluk ve Onarım. Çev. Habip B. İstanbul: Kanat Kitap inceleme Dizisi;. p. 231-78.
- 153.Kliniken in Deutschland]. Gesundheitswesen 1996;58(1):21–30.
- 154.Kocaman N. 2005, Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi ;9(1):49- 51.
- 155.Koçak, R. (2003). Duygusal ifade eğitimi programının üniversite öğrencilerinin aleksitimi ve yalnızlık düzeylerine etkisi. Yayınlanmış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 156.Kojima M, Senda Y, Nagaya T, Tokudome S, Furukawa T.A. 2003, Alexithymia, Depression And Social Support Among Japanese Workers. Psychotherapy And Psychosomatics; 72 (6): 307-14.
- 157.Kooiman C.G, Bolk J.H, Brand R, Trijburg R.W, Rooijmans H.G.2000, Is Alexithymia A Risk Factor For Unexplained Physical Symptoms In General Medical Outpatients? Psychosomatic Medicine; 62 (6): 768-778.
- 158.Köroğlu, E. (2004). PsikoNozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri. Hekimler yayın birliği.
- 159.Kramer E, 1971-1993, Art as therapy with children: New York: Shocken Books\ Chicago: Magnolia Street.
- 160.Kum N, Pektekin C, Ozcan A, Terakye G, Ozaltın G, Yurt V, Oz F, Doğan S., Buldukoğlu K (1996) Psikiyatri Hemsireliği El Kitabı, Editor N. Kum, Vehbi Koc Yayınları No:13, 9-17
- 161.Kuyumcu, B. (2012). Üniversite öğrencilerinin duygularını fark etmeleri ve ifade etmeleriyle psikolojik iyi oluşları: kültürlerarası bir karşılaştırma. Yayınlanmış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 162.Kültür, S., Mete L. ve Almila E. (2007). Şizofreni, Temel Psikiyatri Kitabı (2. baskı)

- 163.Landgarten HB. *Clinical Art Therapy: A Comprehensive Guide*. New York: Brunner/Mazel; 1981.
- 164.Landrevelle, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guerette, A. ve Matteau, E. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *The Journals of Gerontology*, 56B, 285- 291.
- 165.Landy, R. (1994). *Drama therapy, concepts, theories and practices*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.
- 166.Landy, R. (2001). *New essays in drama therapy: Unfinished business*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.
- 167.Leckey J. 2011, The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*;18(6):501-9.
- 168.Lee HJ, Jang SH, Lee SY, Hwang KS. 2015, Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*.; 45: 64-8. [CrossRef,
- 169.Leedy, P. D., & Ormond, J. E. (2005). Review of the related literature. *Practical research: Planning and design*, 64-84.
- 170.Legg M J. 2011, What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *Journal of Advanced Nursing*;28(3):61-67.
- 171.Lesser IM (1985 ) *A Critique Of Contributions to The Alexithymia Symposium*.
- 172.Leurent, B., Killaspy, H., Osborn, D. P., Crawford, M. J., Hoadley, A., Waller, D., & King, M. (2014). Moderating factors for the effectiveness of group art therapy for schizophrenia: secondary analysis of data from the MATISSE randomised controlled trial. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(11), 1703-1710.
- 173.Levy, F.J. (1992). *Dance Movement Therapy: A Healing Art*. Reston, VA: NDA.
- 174.Leweke F, Stark R, Milch W, Kurth R, Schienle A (2004) Patterns of neuronal activity related to emotional stimulation in alexithymia. *Psychoter Psychosom Med Psychol* 54(12):437-44.
- 175.Lewin, R., 2004, *Modern İnsanın Kökeni*, Nazım Özüaydın (Çev.), İstanbul, TÜBİTAK

- 176.Liebmann, M. (1990). *Art therapy in practice*. London: Jessica Kingsley.
- 177.Luminet D (1995) *Psychosomatic Medicine The Future of An Illusion (Review)*. *Ann. Med. Psycholl.* 44(11):367-371.
- 178.Mahire Olcay, Ç. A. M., Turgut, E. Ö., & Büyükbayram, A. (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Dayanıklılık ve Yaratıcılık*. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(3), 160-163.
- 179.Mahony, J. (2011). *Artefacts related to an art psychotherapy group: The therapist's art practice as research*. In A. Gilroy (Ed.), *Evidence in art therapy*. London: Langer, 230–250.
- 180.Malchiodi C. *What is art therapy* <http://www.internationalarttherapy.org/whatisarttherapy.html> (14 Haziran 2017'de ulaşıldı).
- 181.Malchiodi CA. 2003, *Expressive arts therapy and multimodal approaches*. In *Handbook of Art Therapy*, 1st ed. (Ed CA Malchiodi):106-117. New York, Guilford Press,.
- 182.Malchiodi CA. 2002, *The soul'spalette: drawing on art's transformative power*. Boston: Shambhala,.
- 183.Malchiodi, C. A. (2003). *The art and science of art therapy*. *Handbook of art therapy*, 1-3.
- 184.Malkina-Pykh, I. G. (2015). *Effectiveness of rhythmic movement therapy: Case study of subjective well-being*. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10(2), 106-120.
- 185.Martin, L. A., Koch, S. C., Hirjak, D., & Fuchs, T. (2016). *Overcoming disembodiment: The effect of movement therapy on negative symptoms in schizophrenia—A multicenter randomized controlled trial*. *Frontiers in psychology*, 7.
- 186.Mattila A.K, Poutanen O, Koivisto A.M, Salokangas R.K.R, Joukamaa M.2007, *Alexithymia And Life Satisfaction In Primary Healthcare Patients*. *Psychosomatics*; 48 (6): 523-529.

- 187.Mattila A.K, Saarni S.I, Salminen J.K, Huhtala H, Sintonen H, Joukamaa M. 2009; Alexithymia And Health-Related Quality Of Life In A General Population. *Psychosomatics* 50 (1): 59-68
- 188.Mattila A.K, Salminen J.K, Nummi T, Joukamaa M. 2006; Age Is Strongly Associated With Alexithymia In The General Population. *Journal of Psychosomatic Research* 61 (5): 629-635.
- 189.Mazza, N. (2014). Şiir terapi: Teori ve Pratik. (1. Baskı). (E. Çıplak, Çev.). İstanbul: OkuyanUs Yayınları.
- 190.McArdle, S. & Byrt, R. (2001). Fiction, poetry and mental health: Expressive and therapeutic uses of literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (8), 517-524.
- 191.McCaslin, N.,(1990). New directions in creative drama. *National Forum*, Vol:70,Issue:3,pp.34-36,
- 192.McCulliss, D. (2012). Bibliotherapy: Historical and research perspectives. *Journal of Poetry Therapy*, 25 (1), 23-38..
- 193.McTague, K. (1998). Children's literature bibliotherapy and learning problems. (ERIC Document Reproduction Service No. 424560) mechanisms. *Arch. Gen. Psychiatry*, cilt:52, s.s.341-350.
- 194.Meltzer HY, Fatemi SH 2003, Şizofreni. In:Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B (eds.) *Current diagnosis and treatment in psychiatry*. Psikiyatri: Tanı ve tedavi. Birsöz S, Karaman T (çev. eds.) Güneş Kitabevi, Ankara, 260-277.
- 195.Meltzer HY, Hossein F 2000, Schizophrenia. *Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry'de*. Editörler: MH Elbert PT Loosen, B Nurcombe, New York: Lange Medical Books/McGraw- Hill.
- 196.Meng P, Zheng R, Cai Z, Cao D, Ma L, Lui J, Lui Y 2005: Group Intervention for Schizophrenia Inpatient With Art as Medium. *Acta Psychologica Sinica*, 37:403-412.
- 197.Minzenberg, M. J., Watrous, A. J., Yoon, J. H., Ursu, S., & Carter, C. S. (2008). Modafinil shifts human locus coeruleus to low-tonic, high-phasic activity during functional MRI. *Science*, 322(5908), 1700-1702.



198. Moldin SO, Gottesman II (1997) Genes, Experience and Chance in Schizophrenia Positioning for the 21 st Century. *Schiz. Bull.* 23(4):547-561.
199. Molloy, T. (1984). Art therapy and psychiatric rehabilitation, harmonious partnership or philosophical collision. *Inscape: The Journal of The British Association of Art Therapists*. August 1984, 2–11; Republished in 1997 in K. Killick & J. Schaverien (Eds.), *Art psychotherapy and psychosis* (pp. 237–259). London: Routledge.
200. Monti, D., Peterson, C., Shakin Kunkle, E., Hauck, W., Pequignot, E., Rhodes, L., & Brainard, G. (2006). A randomized, controlled trial of Mindfulness-based Art Therapy (MBAT) for women with breast cancer.
201. Montag, C., Haase, L., Seidel, D., Bayerl, M., Gallinat, J., Herrmann, U., & Dannecker, K. (2014). A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. *PloS one*, 9(11), e112348.
202. Mountain, V. (2007). Educational contexts for the development of children's spirituality: Exploring the use of imagination. *International Journal of Children's Spirituality*, 12 (2), 191-205.
203. Mueser KT, Bond GR, Drake RE 2001- Community-Based Treatment of Schizophrenia and Other Severe Mental Disorders: Treatment Outcomes (2001); *Medscape General Medicine* 3(1),
204. Muir MJ (1992) Genetic Aspects of Biology of Schizophrenia. *Current Opinion in*
205. National Institute for Clinical Excellence 2009: Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. London, NICE.
206. Naumberg M. 1950. *Schizophrenic Art: Its Meaning Psychotherapy* Grune Stratton. Inc New York
207. Neimeyer, R. A. (2012). *Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved*. Routledge.
208. Nkam, I. Langlois-thery, A. Dollfus, S. Petit, M. (1996) Negative symptoms, depression, anxiety and alexithymia in DSM III-R schizophrenic patients. *L'Encephale*;23:267-72.

- 209.Nurhan, E. R. E. N. (2015). Psikiyatride Bakım İçin Sanatın ve Sanat Terapisinin Yeri. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 1(1), 95-104.
- 210.Okvuran, A.,(2002). Yaratıcı dramanın kullanılabileceği alanlar. *Yaratıcı Drama 1985-1995 Yazılar*, (Editör Ömer Adıgüzel), I.Cilt, s.156-157, Ankara: Natürel Kitap Yayıncılık.
- 211.Ovayolu, N., Uçan, Ö., Pehlivan, S., Pehlivan, Y., Büyükhatipoglu, H., Savaş, M.C. Öner, U. (2007). Bibliyoterapi. *Çankaya Üniversitesi Fen- Edebiyat Fakültesi Journal of Arts and Sciences*, 7, 133-150.
- 212.Özmen E., Kantarcı E., Arkanaç O. (1992). ‘Şizofrenide pozitif ve negatif ayırımı üzerine’, *Düşünen Adam Sayı:5*, s.s.41-45.
- 213.Özsoy, V. (2003). *Görsel Sanatlar Eğitimi; Resim-İş Eğitiminin Tarihsel ve Düşünsel Temelleri*. Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık Turizm San. Tic. Ltd. Şti.
- 214.Öztürk OM. Savaşır I, Göğüs A, Uçman P. 1987, Şizofrenik Hastalarda Yeti Yitimi Değerlendirilmesi Üzerine Uluslararası Ortak Çalışma (İzlem Araştırması) *Doğa Tıp ve Ecz. Dergisi.*, 11:58-86..
- 215.Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapları.
- 216.Özütek, Z. S. (2005). Şizofrenide aile ve hasta arasındaki etkileşimin hastalık belirtileri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. yüksek lisans Tezi*. İstanbul.
- 217.Papadopoulos, R. (Ed.). (2002). *Therapeutic care for refugees and asylum seekers: No place like home*. London: Karnac Books Tavistock Clinic Series.
- 218.Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual differences*, 30(1), 107-115.
- 219.Parman T. Sanatsal yaratıcılık ve psikanaliz. *Psikanaliz Yazıları* 2005;10:99-111.
- 220.Patterson S, Kramo K, Soteriou T, Crawford MJ: 2010 The great divide: A qualitative investigation of factors influencing researcher access to potential RCT participants in mental health settings. *Journal of Mental Health*..

221. PEHLİVAN, K. (2006). Psikiyatrik kadın hastalarda evlilik ve ebeveyn olma: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 19(3), 143-154.
222. Pipkin, W. and DiMenna, S., (1989). Using creative dramatics to teach conflict resolution: exploiting the drama/conflict dialectic. *Journal of Humanistic Education and Development*, Vol:28, Issue:2, p.104.
223. Pitruzzella, S. (2004). *Introduction to dramatherapy: Person and threshold*. London, England: Brunner Routledge.
224. Polat NS. (1994) Kronik Çocuk Hastalıklarında Ailenin Yaklaşımı, *Sendrom Dergisi*; Ocak 82-85.
225. Portal, J. (2007). *The first emperor: China's terracotta army*. Harvard University Press.
226. Priebe, S., Savill, M., Wykes, T., Bentall, R. P., Reininghaus, U., Lauber, C., ... & Röhrich, F. (2016). Effectiveness of group body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: multicentre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, bjp-bp.
227. R.J. Landy (2006) *The Arts in Psychotherapy* 33 135–142
228. Rappaport L. 2009 *Focusing-Oriented Art Therapy, Accessing the Body's Wisdom and Creative Intelligence*, London: Jessica Kingsley, 2009 ss. 64-71.
229. Rath, Arthur, 2004 *The Living Flame Lights Religious Faith*, United States of America: Cathedral Candle Company,
230. Reynolds, F., Lim, K., & Prior, S. (2008). Images of resistance: A qualitative enquiry into the meanings of personal artwork for women living with cancer. *Creativity Research Journal*, 20(2), 211-220
231. Richardson P, Jones K, Evans C, Stevens P, Roswe A: 2007, Exploratory RCT of Art Therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *Journal of Mental Health* 16:483-491.
232. Riley RG, Manias E. 2004; The uses of photography in clinical nursing practice and research: A literature review. *J Adv Nurs* 48(4):397- 405.
233. Robb M. 2009. *The History of Art Therapy in the U.S.*, Washington,

- 234.Robbins, J. M. & Pehrsson D-E. (2009). Anorexia nervosa: A synthesis of poetic and narrative therapies in the outpatient treatment of young adult women. *Journal of Mental Health*, 4 (3),42-56.
- 235.Robins A, Sibley LB. 1976 *Creative Art Therpy*. New York N.Y: Brunner/Mazel; p. 3-36.
- 236.Roditi, E. (1988). *Tedavide Sanat*, 8. Sayı,.Eczacıbaşı İlaç Firması Yayınları.
- 237.Roe, C. & Garland, A. (2011). The use of poetry in the construction of meaning in cognitive behavioural psychotherapy and mental health studies. *Mental Health Review Journal*, 16 (3),93-101.
- 238.Rosso, I. M., Cannon, T. D. (2003). Neurodevelopmental Mechanisms in Psychopathology, Obstetric Complications and Neurodevelopmental Mechanisms in schizophrenia içinde (111-137), D. Cicchetti, E. F. Walker (Ed.), Cambridge: Cambridge University Press.
- 239.Rubin J. A. (2001). *Approaches to Art Therapy: Theory And Technique* (2nd ed., pp. 40–53). Philadelphia: Routledge.
- 240.Rubin JA. 1987 *Approaches to Art Therapy- Theory and Tecnique*. New York: Brunner-Mazel; p. 15-150.
- 241.Rubin JA. 1999 *Introduction to Art Therapy Sources- Resources*, New York; Routledge,
- 242.Ruddy R, Milnes D: 2005 *Art Therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses*. *Cochrane Database Syst Rev*, CD003728.
- 243Sadock, B. J. (2005). Kaplan Sadock, *Klinik Psikiyatri*. 2. baskı. Güneş Kitabevi Ltd Şti, Ankara.
- 244.Sainsbury Centre for Mental Health. (1998). *Keys to engagement: Review of care for people with severe mental illness who are hard to engage with services*. London: Author.
- 245.Salderay, Bülent, 2008 *Türkiye'deki Zihin Engelliler İş Okullarında Görsel Sanatlar Dersinin Öğrencilerin Beceri, Davranış ve Meslek Edinimindeki Katkısına Yönelik Öğretmen Görüşleri*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara,

- 246.Salminen J.K, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J. 1999; Prevalence Of Alexithymia And Its Association With Sociodemographic Variables İn The General Population Of Finland. *Journal of Psychosomatic Research* ; 46 (1): 75-82.
- 247.San, İ,(1990). Eğitimde yaratıcı drama. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt:23,Sayı:2,ss.574-582.
- 248.Sanat Psikoterapileri Derneği, 2017
- 249.Sandell, S. (1993) The process of empathic reflection in dance therapy. In *Foundation of Dance/Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chase*. S.
- 250.SARANDÖL, A., AKKAYA, C., ERACAR, N., & KIRLI, S. (2013). Şizofreni hastaları ve yakınlarıyla yapılan sanatla terapinin hastalık belirtileri, bireysel ve toplumsal beceriler üzerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(4).
- 251.Sayar K, Kirmayer L.J, Taillefer S.S. 2003, Predictors Of Somatic Symptoms In Depressive Disorder. *General Hospital Psychiatry*; 25 (2): 108-114.
- 252.Sayar K, Solmaz M, Trablus S, Öztürk M, Acar B. 2000 İrritable Kolon Sendromunda Aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 11 (3): 190-197.
- 253.Schaverien J. 1999, *The Revealing Image Analytical Art Psychotherapy in Theory and Practice* London:Jessica Kingsley Publishers; p.13-117.
- 254.Schaverien J. 1997, Transference and transactional objects in the treatment of psychosis. In: *Art, Psychotherapy and Psychosis*. Killick K, Schaverien J, ed. London: Routledge;v p.13-38.
- 255.Schaverien, J. (2003). Inaugural lecture, university of sheffield the eye of the beholder: Eros and art in psychotherapy. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 8(1), 2-16.
- 256.Schooler NR (2006) Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 67 (Suppl. 5):19-23.
- 257.Schore AN (1996) The experience dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental Psychopathology. *Devel Pscchopath*, 8: 59-87.

- 258.Seth-Smith, F. 1997 Four view of the image. In Killick K, Schaverien J. (Ed), Art, psychotherapy and psychosis. London: Routledge; 1997. p.84-105.
- 259.Sezer, F. (2009). Müzikle Terapinin Sınav Kaygısı, Öfke ve Psikolojik Belirtiler Üzerindeki etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- 260.Sezer, F. (2011). Öfke ve Psikolojik Belirtiler Üzerine Müziğin Etkisi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi
- 261.Shelley, S. (1993). Marian Chase: Her Later Years. In Foundation of Dance/ Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chase. Chase. S. Sandel, S. Chaiklin, & A. Lohn (Eds.). Columbia: Maryland: ADTA.
- 262.Sifneos PE (1996) Alexithymia, Past and Present. American Journal of Psychiatry, 153
- 263.Sifneos PE, Apfel SR, Frankel, FH (1977) The Phenomenon of Alexithymia.
- 264.Sifneos PE. 1996 Alexithymia: past and present. Am J Psychiatry; 153:137-142.
- 265.Silver, R. A., & Lavin, C. (1997). The role of art in developing and evaluating cognitive skills. Journal of Learning Disabilities, 10, 416-424.
- 266.Silverman, M. J. (2003). The influence of music on the symptoms of psychosis: A meta-analysis. Journal of Music Therapy, 40, 27-40.
- 267.Silverman, M.J. (2006). Psychiatric patients' perception of music therapy and other psychoeducational programming. Journal of Music Therapy, 43, 111-122.
- 268.Silverstone, L. (2009). Art Therapy Exercises: Inspirational and practical ideas to stimulate the imagination. Jessica Kingsley Publishers.
- 269.Skaife, S. & Huet, V. (1998). Art Psychotherapy Groups: Between Pictures and Word. London and New York: Routledge.
- 270.Smeijsters, H., & Cleven, G. (2006). The treatment of aggression using arts therapies in forensic psychiatry: Results of a qualitative inquiry. The Arts in Psychotherapy, 33(1), 37-58.

- 271.Solmaz M, Sayar K, Özer Ö.A, Öztürk M, Acar B. 2000, Sosyal Fobi Hastalarında Aleksitimi, Umutsuzluk Ve Depresyon: Kontrollü Bir Çalışma. Klinik Psikiyatri; 3 (4): 235-241.
- 272.Soykan Ç. (1997). ‘Bir Psikososyal rehabilitasyon uygulaması :Gündüz Hastanesi’,N.Dilbaz, G.Bayan (ed): Şizofrenide Yeni Ufuklar’da, Som Ofset Matbaacılık, Ankara, s.s.161-165
- 273.SÖĞÜTLÜ, L., ÖZEN, Ş., VARLIK, C., & GÜLER, A. (2017) Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları.
- 274.Startup M, Jackson MC, Bendix S 2004: North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months. Psychol Med, 34:413-422.
- 275.Stingl M, Bausch S, Walter B, Kagerer S, Leichsenrig F, Leweke F. 2008, Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. J Psychosom Res; 65:173-180.
- 276.Stuckey, Heather L., Jeremy Nobel, 2010, “The Connection Between Art, Healing, and Public Health: A Review of Current Literature”, American Journal of Public Health, Vol 100, Framing Health Matters, United States of America, February: 254-263.
- 277.Sungur M. Ve ark. (2001). ‘Şizofreni’ İyilişler Matbaacılık, İstanbul
- 278.Süngü Sütün, G. (2005). Şizofreni bozukluğu olan bireylerin yaşam niteliği ile hastalığın negatif-pozitif belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Doctoral dissertation, Ege Üniversitesi).
- 279.Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., & Tosun, A. (2013). Aleksitimi Kavramı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(4).
- 280.TAKTAK, Ş., ERKIRAN, M. KARŞIDAĞ, Ç., ÖZEREN, M., & ALPAY, N. (2000). Şizofren Olgularda Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi. • Uzerine Bir Çalışma. Düşünen Adam, 13(4), 196-203.
- 281.Tanyol, T., 2000, Mağara Resimlerini Okumak, İstanbul, Sanat Dünyamız YAPI KREDİ YAYINLARI

282. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (1991) Alexithymia construct, a potential paradigm for psychosomatic medicine. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 32( 2):153-163.
283. Taylor GJ. 2000, Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry*; 45:134-142.
284. Taylor JG, Bagby RM (2004) New trends in alexithymia research. *Psychoter Psychosom*, 73:68-77
285. Tekin K. (2011), Psikotik hastalarda sinematerapi yönteminin aleksitimi düzeyi üzerine etkisi İstanbul
286. The American Art Therapy Association. *Art Therapy Bibliography: 2012., Select Studies, Articles, and Publications.*
287. Thomas, N. D. & León, R. J. (2012). Breaking barriers: Using poetry as a tool to enhance diversity understanding with youth and adults. *Journal of Poetry Therapy*, 25 (2), 83-93.
288. Thulin, K. (1997). When words are not enough: Dance therapy as a method of treatment for patients with psychosomatic disorders. *American Journal of Dance Therapy*, 19(1), 25-43.
289. Tkachuk, G. A., & Martin, G. L. (1999). Exercise therapy for patients with psychiatric disorders: Research and clinical implications. *Professional psychology: Research and practice*, 30(3), 275.
290. Toderello O, Piero P, Griletti F, Bellomo A (2005) Is alexithymia related to negatif
291. Tomey A.M. , Alligood M.R. (1998) *Nursing Theorists and Their Work* (fourth ed), Mosby, St. Louis
292. Topçuoğlu V, Kuşçu M.K, Gımsal A, Bez Y, Fıstıkçı N, Çakır T ve ark. 2003, Mastalji Hastalarında Aleksitimi, Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri: Kontrollü bir çalışma. *Yeni Sempozyum*; 41 (4): 178-181.
293. Topsever P, Filiz T.M, Salman S, Sengül A, Saraç E, Topallı R. ve ark. 2006, Alexithymia In Diabetes Mellitus. *Scottish Medical Journal*; 51 (3): 15-20.
294. Townsend, Mary C. 2010 *Nursing diagnoses in psychiatric nursing: care plans and psychotropic medications.*



- 295.Tseng, P. T., Chen, Y. W., Lin, P. Y., Tu, K. Y., Wang, H. Y., Cheng, Y. S., ... & Wu, C. K. (2016). Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 16(1), 16.
- 296.Tsuang MT ve ark. (1999) Schizophrenia and Other Psychotic disorders. The Harvard Guide to Psychiatry, 3. Baskı. Editör: A. M. Nicholi. Cambridge, Ma: Belknap Press of Harvard University Press. Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- 297.Tuncer, S. (1965). Psikopatolojik Sanatın Klinik Uygulaması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2(3), 1-15.
- 298.Ulman, E., Kramer, E., & Kwiatkowska, H. Y. (1978). Art therapy in the United States. Art therapy publications.
- 299.Uşaklı, H.,(2006). Drama temelli grup rehberliğinin ilköğretim V.sınıf öğrencilerinin arkadaşlık ilişkileri, atılganlık düzeyleri ve benlik saygısına etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- 300.Üçok A, Atlı H, Çetinkaya Z ve ark. (2002) Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: bir yıllık uygulama sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 39:113-118.
- 301.Vadacca M, Bruni R, Cacciapaglia F, Serino F, Arcarese L, Buzzolini F. et al. 2008; Alexithymia and Immunoendocrine Parameters In Patients Affected By Systemic Lupus Erythematosus And Rheumatoid Arthritis. *Rheumatismo* 60 (1): 50-6.
- 302.Varcarolis EM.1998, Foundations of psychiatric mental health nursing. USA: Saunders Company: 181-204.
- 303.Varcarolis, E. M., Halter, M. J. (2009). Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to EvidenceBased Care. Saunders Elseiver, China.
- 304.Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte kavram ve kuramlar. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu.
- 305.Velioğlu, S. (1965). Klinik Uygulamada Psikopatolojik Sanat. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2(1), 50-52
- 306.Videbeck SL (2001) Psychiatric Mental Health Nursing, Lippincott, pp:8-11.

307. Wadson H. 1980 *Art Psychotherapy*. New York: John Wiley-Sons; .
308. Waller, D. (2013). *Becoming a Profession (Psychology Revivals): The History of Art Therapy in Britain 1940-82*. Routledge.
309. Waller, D., & Mahony, J., (1999). Introduction. In D. W. Mahony (Ed.), *Treatment of addiction: Current issues for art therapies* (pp. 1-14). New York, NY: Routledge
310. White, K. & Allen, R. (1971). Arts counseling in an educational setting: Self-concept change among pre- adolescent boys. *Journal of School Psychology*, 9, 218-224.
311. Whitehouse, M.S. (1979). C.G. Jung and Dance Therapy: Two Major Principles.
312. Wigram T. 2002; Indications in music therapy: Evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for autistic spectrum disorder (ASD). Meeting the challenge of evidence based practice. *British Journal of Music Therapy* 16(1):5–28.
313. Wilson, L. (1995). Symbolism and Art Therapy. Symbolism's role in the development of ego functions. *American Journal of Art Therapy*, 23(3),79-88.
314. Wing JK (1989) The measurement of social disablement: The MRC social behavior and social role performance schedules. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 24: 173-178
315. Winnicott, D.W. (2007). *Oyun ve Gerçeklik*. Metis Yayınları.
316. Wix, Linney, 2009 “Aesthetic Empathy in Teaching Art to Children: The Work of Friedl Dicker-Brandeis in Terezin”, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, Vol 26 (4), AATA, Inc., United States of America: 152-158
317. Wood, C. (1992). Using art therapy with ‘chronic’ long-term psychiatric patients. In A. Gilroy & D. Waller (Eds.), *Art therapy: A handbook* (pp. 73–89). Buckingham: Open University Press.
318. Wood, C. (1997b). Facing fear with people who have a history of psychosis. *Inscape: The Journal of the British Association of Art Therapists*, 2(2), 41–48.
319. Wood, C. (2000). The significance of studios. *Inscape: The Journal of the British Association of Art Therapists*, 5(2), 41–53.
320. Wood, C. (2001). *Art, psychotherapy and psychosis: The nature and the politics of art therapy practice* (PhD). University of Sheffield: Sheffield.

- 321.Wood, C. (2011a). Navigating art therapy: A therapist's companion. London: Routledge.
- 322.Wood, C. (2012). Art therapy approaches to work with people with a diagnosis of schizophrenia. Arts therapies for different client/patient groups. Latvia: Lifelong Learning Programme Erasmus Intensive Programme Project (pp. 50–66).
- 323.Yalom, I. (2005). The theory and practice of group psychotherapy (5th ed.). New York, NY:Basic Books.
- 324.Yazıcı, O. (2006). Çılgılık Işıyla Buluştuğunda. Psikiyatri Hastalarının Görsel Sanat Ürünleri. Astra Zeneca İlaç Şirketi.
- 325.Yeşilyaprak, B. (2009). Bibliyoterapi: Okuma ile sağaltım.
- 326.Yıldırım S. Gürkan A.2010, Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;26(1):87-97.
- 327.Yıldız M, Veznedaroglu B, Eryavuz A ve ark. (2004) Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. Int J Psych Clin Pract, 8:1-7.
- 328.Yıldız M. (2012.) Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi. İstanbul: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları,
- 329.Yurt, E.(2006). Şizofreni hastalarında aleksitimi; negatif belirtiler, ilaç yan etkileri, depresyon ve içgörü ile ilişkisi, Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul. f
- 330.Zisook, S., Corruble, E., Duan, N., Iglewicz, A., Karam, E. G., Lanuette, N., ... & Katherine Shear, M. (2012). The bereavement exclusion and DSM-5. Depression and anxiety, 29(5), 425-443.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

<u>Kişisel bilgiler</u>	
Adı Soyadı	Cemre GÜNAY
Doğum yeri ve tarihi	Mersin, 20/02/1992
Medeni hali	Bekar
İletişim adresi	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi, H Bloklar, 3. Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
e-posta adresi	<a href="mailto:cemregunay05@gmail.com">cemregunay05@gmail.com</a>
<u>Eğitim ve akademik durumu</u>	
Lise	İnebolu Anadolu Lisesi, 2010
Lisans	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2015
<u>İş tecrübesi</u>	Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2015-
<u>Üyelikler</u>	Türk Hemşireler Derneği
	Psikiyatri Hemşireleri Derneği
	Sanat Terapileri Derneği
	Abdülkadir Özbek Psikodrama Derneği

## EKLER

### EK I. Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerini Belirleme Formu

Bu araştırma, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen 'Şizofreni Hastalarında Sanat Terapi Uygulamasının Pozitif Negatif Belirtiler, Aleksitimi ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi' başlıklı bir tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı, tedaviye yardımcı bir araç (yöntem) olarak, sanat terapinin şizofreni hastalarında pozitif negatif belirtiler ve aleksitimi(duyguları tanıma ve ifade etme) düzeyi üzerine etkisini araştırmaktır. Uygulanan sanat terapi oturumlarından önce ve sonra sizlerle formlar aracılığı ile yapılacak görüşmelerle, hastalık pozitif negatif belirtilerinizin azalmasında ve duyguları tanıma ve ifade etmenizin artmasında sağladığı yararlar hakkında bilgi toplanacaktır. Vereceğiniz yanıtlar bu araştırma için çok büyük değer ve önem taşımaktadır. Bu nedenle değerlendirmelerinizi sizi yansıtacak şekilde dürüstçe ve titizlikle yapmanız, cevaplandırılmamış soru bırakmamanız, geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek açısından son derece önemlidir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada isim belirtilmesine gerek yoktur. Araştırma boyunca kullanılmak üzere formda bulunan takma isim bölümüne size özel bir isim yazmanız gerekmektedir. Cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacına yönelik kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

TAKMA İSİM (RUMUZ) : \_\_\_\_\_

#### A. Bireysel Özellikler

1. Yaş: \_\_\_\_\_

2. Cinsiyet: Kadın \_\_\_ Erkek \_\_\_

3. Medeni durum: Evli \_\_\_ Bekâr \_\_\_

4. Eğitim durumu: Okuryazar \_\_\_\_\_ İlkokul \_\_\_\_\_ Ortaokul \_\_\_\_\_ Lise \_\_\_\_\_  
Üniversite Lisansüstü

5. Memleket: Ülke \_\_\_\_\_ Şehir \_\_\_\_\_ İlçe \_\_\_\_\_ Köy \_\_\_\_\_

## **B. Hastalık ve Tedavi Süreci ile İlgili Özellikler**

1. Psikiyatrik hastalığın süresi (kaç yıl/ay)\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Psikiyatri \_\_\_\_\_ hastanesinde \_\_\_\_\_ yatış  
süresi\_\_\_\_\_

3. Psikiyatrik rahatsızlık nedeniyle şu anda uygulanan tedaviler  
(İlaç/EKT/eğitimler)\_\_\_\_\_

## **C) Sanat İle İlgili Özellikler**

1. Herhangi bir sanat dalına ilgi

Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Evet, ise belirtiniz\_\_\_\_\_

2. Herhangi bir sanat dalında yetenek

Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Evet, ise belirtiniz\_\_\_\_\_

3. Sanatsal faaliyetlerle ilgili aktivitelerde bulunma

Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Evet, ise açıklayınız\_\_\_\_\_

4. Sanatsal aktivitelerin, psikolojik problemlerin çözümünde faydası

Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Evet, ise açıklayınız\_\_\_\_\_

5. Kelimeler ile anlatılamayan meselelerde şiir yazarak, resim yaparak, şarkı söyleyerek  
vb. düşüncelerin ifadesi

Evet\_\_\_\_\_ Hayır\_\_\_\_\_

Evet, ise açıklayınız\_\_\_\_\_

## EK-II. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ

1=Yok 2=Çok 3=Hafif 4=Orta 5=Orta/Ağır 6=Ağır 7=Çok Ağır

### POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P)

- P1. SANRILAR (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
P3. VARSANILAR (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
P4. TAŞKINLIK (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
P7. DÜŞMANCA TUTUM (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

### NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N)

- N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
TOPLUMDAN ÇEKME  
N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
VE AKICI OLMASININ KAYBI  
N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

### GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G)

- G1. BEDENSEL KAYGI (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G2. ANKSİYETE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G3. SUÇLULUK DUYGULARI (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G4. GERGİNLİK (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G5. MANYERİZM VE VÜCUY DURUŞU (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G6. DEPRESYON (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G7. MOTOR YAVAŞLAMA (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G10. YÖNELİM BOZUKLUĞU (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

- G11. DİKKAT AZALMASI (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G13. İRADE BOZUKLUĞU (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞ (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)  
G16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

PUANLAMA:

Pozitif Belirtiler: Negatif Belirtiler: Genel Psikopatoloji: Toplam:





## TAÖ-20

### Toronto Aleksitimi Ölçeği

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 çözümlenmeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığımda, 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 oluruna 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 hissettiği 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

## STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

### YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz . . . . . ( )  
Hangi mevsimdeyiz . . . . . ( )  
Hangi aydayız . . . . . ( )  
Bu gün ayın kaçı . . . . . ( )  
Hangi gündeyiz . . . . . ( )  
Hangi ülkede yaşıyoruz . . . . . ( )  
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız. . . . . ( )  
Şu an bulunduğunuz semt neresidir . . . . . ( )  
Şu an bulunduğunuz bina neresidir . . . . . ( )  
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız. . . . . ( )

### KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın  
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan . . . . . ( )

### DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

- 100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.  
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) . . . . . ( )

### HATI RLAMA (Toplam puan 3)

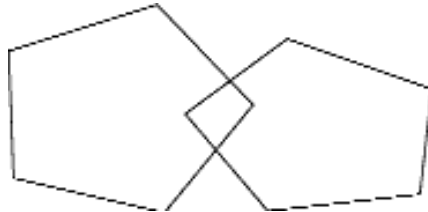
- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.  
(Masa, Bayrak, Elbise). . . . . ( )

### LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) . . . . . ( )  
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.  
“Eğer ve fakat istemiyorum” (10 sn tut) 1 puan . . . . . ( )  
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.  
“Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen”  
Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan . . . . . ( )  
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

### “GÖZLERİNİZİ KAPATIN” (arka sayfada) . . . . . ( )

- e) Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. (1 puan) . . . . . ( )  
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) . . . . . ( )



## **EK-V-YAPILANDIRILMIŞ SANAT TERAPİ PROGRAMI**

### **1. OTURUM: DANS- HAREKET TERAPİSİ**

**GİRİŞ:** Grup üyeleri birbirleri ile tanışır. Grup bilgisi, 8 haftalık süreçte neler yapılacağı, ilkeler ve çerçeve konuşulur. Bugün nasıl hissettikleri sorulur.

**ISINMA:** Nefes egzersizi ve relaksasyon yöntemleri ile başlar, odanın içinde serbest gezinme ile devam eder. Bu esnada yönergeler verilerek ısınma tamamlanır.

**UYGULAMA:** Isınmanın devamı olarak nefes egzersizleri sürer ve terapist oturuma relaksasyona yardımcı olacak müzikleri dahil eder. ‘Burnunuzdan aldığınız nefes şu an bedeninizde dolaştığını hissediyorsunuz, akciğerlerinizin büyümesini sağlıyorlar ve tüm bedeninize yayılıyor. Yavaş yavaş gevşemeye başlıyorsunuz sanki üzerinizde bir ağırlık varmış ve nefesinizi verirken üzerinizden gidiyormuş gibi oluyor’ gibi yönergelerle gevşeme işitsel ve bilişsel olarak desteklenir. Akabinde bireylerden ayağa kalkmaları istenir ve önce kafalarından başlayarak tüm bedeni farkına varmaları sağlanacaktır. Ellerini kafalarına götürmeleri ve saç derilerini hissetmeleri ne kadar kalın olduğunu veya ne kadar sıcak olduğunu duyumsamaları söylenir. Eller yüze kaydırılır. Alında dolaşır gözlere dokunulur, gözlerin sıcaklığı ve boyutu farkına varılır. Dünyayı görmemize yardımcı olan organla vedalaşırken burun, dudaklar, elmacık kemikleri, çeneye dokunulur ve orada olduklarını fark etmeleri sağlanır. Omuzlar, dirsekler, kollar, göğüs kafesi, karın kasları çeşitli beden hareketleri çalıştırılır ve varlıkları hissedilir. Son olarak leğen kemiği, kalça, bacaklar ve ayaklar hareket ettirilerek uygulama sonlandırılır.

**PAYLAŞIM:** Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: ‘Bedenimizi ve uzuvlarımızı hissedebildik mi ? Farkındalığımız ne derece gelişti? Duygusal anlamda nasıl hissediyoruz ? ‘

**HEDEF:** Katılımcıların birbiri ile tanışmaları ve hem grup ile hem uygulayıcı ile güven ilişkisi kurmaları sağlanacak. Beden farkındalığı sağlanacak. Bu farkındalık ifade edilecek.

## **2. OTURUM: RESİM-KİL TERAPİ**

**GİRİŞ:** Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

**ISINMA:** Nefes ve beden egzersizi yapılır. Müzik ısınmaya dahil edilerek hastaların ayağa kalkması sağlanır. Müzik eşliğinde sık kullanılan elde kalem/fırça tutularak oda içersinde serbestçe gezinmeleri sağlanır. Zihinlerinde olumlu ve mutlu oldukları anları canlandırmaları istenir. Bu kompozisyon eşliğinde sanki boşluğa resim çiziyormuş dans etmeleri ve beden hareketleri yapmaları istenir.

**UYGULAMA:** Rahat bir pozisyonda oturarak gözlerini kapatmaları istenir. Kısa bir sessizlikten sonra, kendilerini düşünmeleri söylenir. Şimdiye kadar yaptıkları, geçmiş yaşantılarını zihinlerine getirmeleri söylenir. Sosyal çevrelerini düşünmeleri (aile, arkadaş, akraba vs.) ve onların gözünden kendilerini düşünmeleri istenir. Dış görüşlerini gözlerinin önüne getirmeleri ve kendilerini kendi gözlerinden görmeleri ifade edilir. Zihinlerinde canlanan kendileri ve çevreleri ile ilgili duyguyu kalem, kuru boya, sulu boya, akrilik boya, pastel boya ile resmetleri istenir ve bunun için süre tanınır.

**PAYLAŞIM:** Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: ‘Bu resimde bize ne anlatmak istediniz? Resmi yaparken ne hissettiniz sizde çağrışan duygular nelerdir ?!’

**HEDEF:** Kendilik algısının farkedilmesi ve bunu resim yolu ile ifade etmeleri sağlanacak.

## **3. OTURUM: MÜZİK- RİTİM TERAPİ**

**GİRİŞ:** Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

**ISINMA:** Nefes ve gevşeme egzersizleri yaptırılır. Sonrasında gözlerini kapatarak kendilerini bir konser salonunda düşünmeleri istenir. Sahnede olduklarını, diledikleri bir enstrümanı çaldıkları ve performanslarını sergilemeleri söylenir. 3 dk süre tanınır. Süre bittikten sonra el çırparak konserin bittiği söylenerek, seyircilerin onları ayakta alkışladığı ifade edilir. Son olarak seyircilere selam vermeleri ve sahneden ayrılmaları istenir.

UYGULAMA: Hastalar 4 gruba ayrılır. Sırası ile aralarından birisi ortaya geçer. Ortaya geçen katılımcı dörde ayrılan grupların her birine bir ritim hareketi gösterir (örn; el çırpma, parmak şıklatma, masaya vurma, dil şıklatma) ve parmağı ile hangi grubu gösterirse o grup topluca hareketini yapar.

PAYLAŞIM: Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: 'Grubun müziğini ve ritmini yönetirken ne hissettik? Ritmi oluştururken ne hissettik? Bu çalışmanın genel olarak bizde uyandırdığı duygu ve çağrışım ne oldu?'

HEDEF: Grup koordinasyonu, beden koordinasyonu ile paralel olarak sağlanacak ve liderlik etme duygusu hissedilecek. Hissedilen duygular ifade edilecek.

#### **4. OTURUM: SİNEMA-ŞİİR-BİBLİYOTERAPİ**

GİRİŞ: Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

İNİMA: Nefes ve gevşeme egzersizi yaptırılır. Odada serbest gezinmeleri istenir isteyenlerin gözlerini kapatabileceği söylenir. 'Sabah yatağınızdan uyanıyorsunuz, güneş ışığı gözünüze çarpıyor, geriniyorsunuz, uykunuzu almış ve kendinizi dinç hissediyorsunuz. Camı açarak temiz havayı içinize çektiniz. Terliklerinizi giyerek banyoya yüzünüzü yıkamaya gittiniz. Kahvaltınızı yaptınız üzerinizi giyindiniz ve evden çıktınız. Önemli bir işiniz var ve durağa geldiniz. O da nesi? Akbiliniz evde kalmış ve otobüs gelmek üzere. Koşar adımlarla eve gittiniz akbilinizi aldınız ve durağa tekrar döndünüz. Saatinize baktığınızda otobüsü kaçırdığınızı düşünerek üzüldünüz. Çok vakit geçmeden uzaktan gelen otobüsü gördünüz ve kaçırmadığınızı anlayarak sevindiniz. Ve önemli işinize vaktinde yetiştiniz.' yönergesi verilir ve her adımı sessizce canlandırmaları hissetmeleri istenir.

UYGULAMA: 'Küçük Gün Işığım' isimli sinema filminden 30 dakikalık bir kolaj izletilir.

#### **Küçük Gün Işığım (Little Miss Sunshine)**

**Yapım:** 2006 ~ ABD

**Tür:** Aile, Dram, Komedi, Macera

**Yönetmen:** Valerie Faris, Jonathan Dayton

**Oyuncular:** Abigail Breslin(Küçük Kız-Olive), Steve Carell(Annenin erkek kardeşi-Frank), Greg Kinnear(Baba-Richard), Toni Collette(Anne-Sheryl), Alan Arkin(Büyük Baba-Edwin), Paul Dano(Erkek Çocuk-Dwayne), Bryan Cranston, Brenda Canela, Jill Talley, Marc Turtletaub

**Senaryo:** Michael Arndt

**Müzik:** Mychael Danna

**Süre:** 1 saat 39 dk

Hayatta kazananlar ve kaybedenler sloganı ile başlayan ve ailenin en küçük üyesinin çocuklar için düzenlenen bir güzellik yarışmasını kazanma hayalini gerçekleştirmek için Kaliforniya'ya doğru 3 günlük yola çıkan, yolda inanılmaz sürprizlerle, engellerle karşılaşan ama engel tanımayan, denemekten yılmayan bir ailenin trajedi-komik yol filmi. Bu kadar olumsuzluktan sonra filmin mutlu sonla bitmesi izleyenlerin akıllarındaki birinci seçenek iken, film başarı için sahnedekini herkesin alkışlaması ya da ödül almanın gerekli olmadığı mutlu sonu ile bitiyor. Kaybedenlerden kurulu ve ayakta durma çabası içinde olan bir ailenin en küçük aile 42 üyesinin arzusunu gerçekleştirme yolculuğunda tek yürek olması gerçekleşir. Filmin ana temaları; kaybetmek, bir aile olmak şeklindedir.

**PAYLAŞIM:** Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: 'Filmde en çok etkilendiğiniz sahne neresi oldu? Kendinizi yakın hissettiğiniz karakter hangisi idi? Sizde uyanan duygular nelerdir?'

**HEDEF:** İzlenen kolajdaki karakterler ile özdeşim kurulacak ve başkasının hikayesinde olma hissi ifade edecek.

## **5. OTURUM: DRAMA TERAPİ**

**GİRİŞ:** Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

**ISINMA:** Nefes ve gevşeme egzersizleri yaptırılır. 'Bir yere gitmek için evinizden çıkmış, yolda yürüyorsunuz. Güneşli, açık birgün ve daha dışarı çıkar çıkmaz

neşeleniyorsunuz. Yanınızdan geçen insanları izliyorsunuz. İki genç kız geçiyor yanınızdan, kahkaha atarak sohbet ediyorlar. Göz göze geldiğinizde siz de gülümseyerek kahkahalarına ortak oluyorsunuz. Az ilerde karşıdan karşıya geçmeye çalışan yaşlı bir teyze gördünüz, koluna girerek yürümesine yardımcı oluyorsunuz. Size teşekkür ediyor, rica ettikten sonra yolunuza devam ediyorsunuz. Baba oğul görüyorsunuz. Minik çocuk bisiklet sürmeyi öğreniyor. Selam verip, sahil yoluna giriyorsunuz kafanızı kaldırıp gökyüzüne baktığınızda rengarenk uçurtmaları görüyorsunuz. Ahenkle uçuyorlar. Denizin kokusu çarpıyor burnunuza, martı sesleri ve dalga sesleri duyuyorsunuz. Gülümseyerek yürümeye devam ediyorsunuz' yönergesi ile ısınma sonlandırılır.

UYGULAMA: 'Sahip olduğunuz üç rol düşünün (örn; anne olan ben, evlat olan ben, hasta olan ben gibi). Seçtiğiniz bu üç rol için ayrı ayrı üçer cümlelik diyaloglar geliştirin, diyaloglarınızda size eşlik etmesi için grup üyelerine roller verebilirsiniz. Gelişen sahneyi bize canlandırın' yönergesi ile doğaçlama yapmaları sağlanır.

PAYLAŞIM: Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: 'Hangi rol size daha yakındı? Nasıl hissettiniz?'

HEDEF: Sahip olunan rollerin farkına varılması sağlanacak. Her rolde hissedilen duygunun ifadesi sağlanacak.

## **6. OTURUM: DANS HAREKET TERAPİSİ**

GİRİŞ: Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

ISINMA: Nefes ve gevşeme egzersizleri yaptırılır. Çember oluşturulur. Bir yumak olur grupta. Her üye yumağı istediği bir kişiye atar. Atarken de o kişi ile ilgili olumlu bir özellik söyler. Yumak elinden çıktından sonra ipin bir ucunu bırakmaz. Çalışmanın sonunda ip bağları grubu birbirine bağlamış olur (sosyodrama yöntemi).

UYGULAMA: Kendilerinde sevmedikleri ve değiştirmek istedikleri özellikleri düşünmeleri istenir. Bu özellikler geçmişten gelebilir, yakın zamanda oluşmuş olabilir. Hafızalarını yoklamaları söylenir, kendilerine ve kişilik özelliklerine dışardan bakmaları böylece farkına varamadıkları huylarını farketmeleri istenir.

Bunun için süre tanınır. Sürenin sonunda; bu özellikleri beden hareketleri ve dansları ile gruba anlatmaları istenir.

**PAYLAŞIM:** Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltir: ‘Anlatılmak istenen özellik neydi? (istemeyen paylaşmak zorunda değil) Bu farkındalık size nasıl hissettirdi? ‘

**HEDEF:** İyi ve kötü özellikler farkına varılacak bununla ilgili muhakeme kurulacak. Farkedilen özelliklerin hissettirdiği duyguların ifadesi sağlanacak.

## **7. OTURUM: RESİM-KİL TERAPİ**

**GİRİŞ:** Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

**ISINMA:** Nefes ve gevşeme egzersizi yapılır. Oda içinde serbest gezinilir. Karlı bir havada, sağnak yağmurda, çok sıcak bir günde, rüzgarlı birgünde ve ılık güneşli bir günde yürüyormuş gibi yürünür.

**UYGULAMA:** 'En sevdiğiniz kahramanı düşünün. Çocukken sevdiğiniz bir çizgi film karakteri ya da bir masal kahramanı olabilir. Önünüzdeki kil sizin kahramanınızın çamuru olsun ona bir şekil verin, dilediğiniz gibi yoğurun ve size birşeyler söylemesine müsaade edin' yönergesi ile kil çalışması yaptırılır. Bu esnada sözsüz müzik de çalışmanın fonuna eklenir.

**PAYLAŞIM:** Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltir: ‘Oluşturduğunuz kahraman size ne söyledi? Bu çalışma size nasıl hissettirdi? ‘

**HEDEF:** Hayal kurabilme yeteneği keşfedilecek ve değerli hissederek benlik saygısı gelişecek. Hissedilen duygunun ifade edilmesi sağlanacak.

## **8. OTURUM: MÜZİK- RİTİM TERAPİ**

**GİRİŞ:** Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.



ISINMA: Nefes ve gevşeme egzersizleri yaptırılır. 'Yakın bir arkadaşınız size yarım saat bakmanız için 2 yaşındaki çocuğunu emanet etti. Yarım saat onunla ilgilenmeniz, onu neşelendirmeniz gerek. Yüz mimiklerinizle ona minik oyunlar yapınız, ellerinizi de kullanabilirsiniz' yönergesi ile ısınma yapılır.

UYGULAMA: Eller, ayaklar ve gövdeyi kullanarak kendi vücutlarından ritmik sesler çıkarmaları istenir. Akabinde çıkarılan sesler birleştirilir ve grubun ritmik kompozisyonu oluşturulur.

PAYLAŞIM: Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: 'Çıkan ses size nasıl hissettirdi? Grup müziğinin bir parçası olmak size nasıl geldi?'

HEDEF: Kognitif süreçleri de kullanarak bedenden çıkacak seslerin farkedilmesi sağlanacak. Hem düşüncelerin hem de duyguların yönetebileceği öğrenilecek. Hissedilen duyguların ifadesi sağlanacak.

## **9. OTURUM: SİNEMA- ŞİİR- BİBLİOTERAPİ**

GİRİŞ: Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

ISINMA:Nefes ve gevşeme egzersizleri yaptırılır. 'Yağmurlu bir gün, dışarı çıktınız ve yağmur sağına laştı. Şemsiyeniz yok diye düşünürken yanınızda olduğunu farkettiliniz. Şemsiyenizi açtınız ve yağmur damlalarının şemsiyede çıkardığı sesi duyuyorsunuz, toprak kokusu geldi burnunuza içinize çekiyorsunuz. Yağmur sesi azalıyor ve kesiliyor. Güneş kendini gösterdi. Şemsiyenizi indirdiniz. Gökyüzüne baktığınızda gökkuşağını gördünüz, tüm renkleri ile orada ve gülümsüyorsunuz' yönergesi ile ısınma yaptırılır.

UYGULAMA: Küçük Prens isimli kitap kişi sayısı kadar bölüme ayrılarak grup içinde sesli olarak okutulur.

PAYLAŞIM: Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: 'Kitapta kendi bölümünüzü okurken ne hissettiniz? Grubun bir kitabı okuması size nasıl hissettirdi?'

HEDEF: Şimdi ve burada ilkesi hissedilecek. Kitaptaki karakterler ile özdeşim kurulacak. Başkasının hikayesinden kendi yaşamına uzanan noktalar farkına varılacak. Hissedilen duyguların ifadesi sağlanacak.

## **10. OTURUM: DRAMA TERAPİ**

GİRİŞ: Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

ISINMA: Nefes ve gevşeme egzersizleri yaptırılır. Bir hayvamat bahçesine gittikleri söylenir. Heyacan verici bir gün geçirecekleri ifade edilir. İlk bölümde tavuk ve civciler olduğu söylenir. Annelerinin peşinde koşuşan civcileri gördükten sonra, koyunların olduğu bölüme geçtikleri söylenir. Oyunlar oynayan bembeyaz tüylü pamuk gibi koyunlar olduğu ifade edilir. Atların yanına geçtikleri ve atlatrdan bazılarının koştuğu, bazılarının yemek yediği, bazılarının da uyuduğu söylenir. Yelelerini dokunduğumuz ve aramızda bir bağ oluştuğu söylenir. Devamında maymunların bizi beklediği ve onları görmeden seslerini duyduğumuz ifade edilir. Zıplayarak ses çıkaran maymunların bize el salladıkları onlara muz verirken de kahkaha attıkları söylenir. Onların kahkahalarına eşlik etmelerini isteyerek ısınma sonlanır.

UYGULAMA: Bir poşet içindeki taşlar her üyeye bir avuç olacak şekilde dağıtılır. Bir oyun oynanacağı söylenir. İsmi ‘zaman ve ben’ dir oyunun. Taşlardan birisi bizi birisi de zamanı temsil etmeli denir. Diğer taşları da hayatımızda yer alan diğer kişiler, oluşumlar ve işlerimiz olarak isimlendirebileceğimiz söylenir. Yakınlığına göre kendi etrafımızda yerleştirebileceğimiz söylenir. Süre tanınır. Süre sonunda hayatımızdan çıkarmak istediğimiz taşları ortaya koyabileceğimiz söylenir. Hayatımızdan çıkardıklarımızın bize hissettirdiği duyguyu bir hareketle gruba ifade etmeleri istenir.

PAYLAŞIM: Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: ‘ Bu oyun size nasıl geldi? Hayatımızdan birşeyleri çıkarırken hissettiğiniz duygu ne idi? Sizce hareketiniz ile uyumlu bir duygu muydu?’

HEDEF: İlişki kurmak başlatabilmek ve bitirebilmek kavramları öğrenilecek. Bu deneyimin hissettirdiği duyguların ifadesi sağlanacak.

## **11. OTURUM: DANS- HAREKET TERAPİSİ**

GİRİŞ: Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

ISINMA: Nefes ve gevşeme egzersizleri yaptırılır. Odanın içinde serbest gezinmeleri istenir. Sanki birbirlerini hiç tanımıyorlarmış ve ilk kez karşılaşmış gibi birbirlerine bakmaları gözleriyle selamlaşmaları ve gülümsemeleri istenir. Sonrasında birbirlerine dokunmadan elleri ve bedenleriyle selamlamaşmaları söylenir. Son olarak kendilerine selam vermeleri ve kendilerini ne kadar sevdiklerini sessizce söylemeleri istenir.

UYGULAMA: 'Kendinizi olmaktan hoşnut olacağınız bir yerde düşünün ve beden hafızanızı yoklayarak beden hareketlerinizle kendi dansınızı oluşturun' yönergesi ile doğaçlama dans etmeleri istenir. Sonrasında iki gruba ayrılmaları ve her grubun danslarını birleştirerek bir kompozisyon oluşturmaları istenir. İki grup ayrı ayrı kompozisyonlarını sergiler.

PAYLAŞIM: Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: 'Kendi dansınızı bulmak size nasıl geldi? Kendi dansınızın grup dansı içinde olması nasıl hissettirdi? Başkalarının sizin dansınızı izlemesi nasıl hissettirdi? Başkalarının dansını yapmak ne çağrıştırdı? Başkalarının dansını izlemek sizde hangi duyguyu uyandırdı?'

HEDEF: Sözsüz iletişimi başlatmaları, selam verebilmeleri ve başkalarını farkedebilmeleri sağlanacak. Kelimeler olmadan kendilik ifadesi sağlanacak ve hissedilen duygunun ifadesi sağlanacak.

## **12. OTURUM: RESİM-KİL TERAPİ**

GİRİŞ: Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

ISINMA: Nefes ve gevşeme egzersizleri yaptırılır. Tek sıra halinde dizilmeleri ve birbirinin omuzlarından tutarak bir trenin lokomotiflerini oluşturmaları istenir. En öndeki elini kaldırır ve dumanları el hareketiyle çıkarır. Diğerlerinden de ayaklarını zemine sert basarak treni hareket ettirmeleri istenir. Ağzları ile çuf çuf diyerek trenin sesini oluşturmaları istenir ve bu şekilde tüm oda dolaşılır.

UYGULAMA: Bir grup çalışması yapılacağı büyük bir kağıda hep beraber bir köy resmi çizecekleri söylenir. Kimin ne çizeceğine müdahale edilmez, grup kendisi karar verir. İsterlerse arada gezerek resimlerini yapabilecekleri, sabit kalmak zorunda olmadıkları ifade edilir. Resim yapılırken sözsüz müzik gruba eşlik eder.

PAYLAŞIM: Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: ‘Kendi yaptıkları imgeler üzerinde konuşulur. Ne hissettiniz? Gruba dahil olmak nasıl hissettirdi?’

HEDEF: Bir gruba ait olmak hissedilecek. Sınırlarını farketmesi sağlanacak ve iş bölümü yaparak sosyal işlevselliğin artması sağlanacak. Bir bütünün parçası olmanın hissettirdiği duyguların ifadesi sağlanacak.

### **13. OTURUM: MÜZİK- RİTİM TERAPİ**

GİRİŞ: Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

ISINMA: Nefes ve gevşeme egzersizleri yaptırılır. Bugün nasıl hissettiklerini bir beden hareketi ile gruba anlatmaları istenir.

UYGULAMA: "Hayat bayram olsa" şarkısı dinletilerek, şarkının koro halinde söylenmesi sağlanır.

PAYLAŞIM: Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: ‘Bu oturum size nasıl hissettirdi? Bir şarkıyı grup halinde sesli söylemek sizde hangi duyguyu uyandırdı?’

HEDEF: Duyma ve duyduğunu tekrar etme davranışı ile kognitif süreçlerin aktivasyonu sağlanacak. Başkaları ile uyum öğrenilecek. Hissedilen duygunun ifadesi sağlanacak.

#### **14. OTURUM: SİNEMA- ŞİİR- BİBLİOTERAPİ**

**GİRİŞ:** Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

**ISINMA:** Nefes ve gevşeme egzersizleri yaptırılır. Çember oluşturulur. Bir yumak olur grupta. Her üye yumağı istediği bir kişiye atar. Atarken de o kişi ile ilgili olumlu bir özellik söyler. Yumak elinden çıktından sonra ipin bir ucunu bırakmaz. Çalışmanın sonunda ip bağları grubu birbirine bağlamış olur (sosyodrama yöntemi).

**UYGULAMA:** İstanbul'u Dinliyorum (Orhan Veli KANIK), Ben Sana Mecburum (Attila İLHAN), Göğe Bakalım (Turgut UYAR), Üvercinka (Cemal SÜREYA), İlk yaz (Gülten AKIN) şiirleri sesli olarak okutulur, değiştirilmek istenen dizeler olup olmadığı, var ise neden değiştirilmek istendiği konuşulur.

**PAYLAŞIM:** Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: 'Ünlü şairlerin dizelerini okumak ve değiştirmek size nasıl hissettirdi?'

**HEDEF:** Şairler ile özdeşim kurulacak dizeler içselleştirilecek ve değiştirmenin olabilirliği öğrenilecek. Hissedilen duyguların ifadesi sağlanacak.

#### **15. OTURUM: DRAMA TERAPİ**

**GİRİŞ:** Bugün nasıl hissettikleri sorulur. Son oturumdan bugüne kadar geçen sürede yaşadıkları ve gruba getirmek istedikleri anılar ve duygular sorulur. Geçen oturumun kısa değerlendirmesi yapılır.

**ISINMA:** Sözsüz bir müzik açılır ve kendilerini müziğin ahengine bırakarak odanın içinde serbestçe gezinmeleri, müziğin ritmine göre dans etmeleri istenir.

**UYGULAMA:** Her hastaya üzerinde tanımlanmış mesleklerin yazılı olduğu kağıtlar dağıtılır. İkişerli eşleme yapılır. Eşlenen grupların birbirlerine ellerindeki kağıtta yazan mesleği canlandırmaları ve prova etmeleri söylenir. Bunun için 10 dk süre tanınır. Sürenin sonunda her katılımcıdan rolünü gruba sergilemesi istenir.

**PAYLAŞIM:** Katılımcıların duygu ifadesini sağlayabilmeleri için şu sorular yöneltilir: 'Sahnede olmak nasıl hissettirdi? Başka bir role bürünmek sizde hangi duyguyu uyandırdı?'

HEDEF: Hayal edebilmek ve başka role girebilmek öğrenilecek. Topluluk önünde birşey yaratabilmek ve bunun hissettirdiği duygunun ifade edilmesi sağlanacak.

### **DEĞERLENDİRME OTURUMU: TERAPİYİ SONLANDIRMA**

Geride kalan 15 oturum değerlendirilir. Her grup üyesine ayrı ayrı teşekkür edilir ve vedalaşılır.

HEDEF:Güvenli bir ayrılık süreci sağlanacak.



BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE;

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği programında yüksek lisans öğrencisiyim. Tez konusu olarak belirlenen; "Şizofreni hastalarında sanat terapi uygulamasının pozitif ve negatif belirtiler ve aleksitimi düzeyi üzerine etkisi" isimli çalışmanın Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kronik hasta kliniklerinde yapılması planlanmaktadır. Araştırmanın kurumunuzda sorumlu birimlerde yapılması için tarafınızca değerlendirilmesini arz ederim.

09.03.2017

Tez Danışmanı: Prof.Dr. Selma DOĞAN

İkinci Tez Danışmanı: Uzm.Dr. Sevda BAĞ

Yüksek Lisans Öğrencisi: Cemre GÜNAY

9.3.2017 132  
kaynaklar

Istanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği  
S.B.Ü Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh  
Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E.A. Hastanesi  
Doç.Dr.Murat ERKIRAN  
Hastane Yöneticisi



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

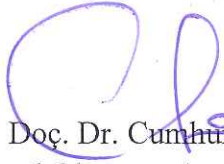
SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017 /49

11.04.2017

Sayın Prof. Dr. Selma Doğan  
(Cemre Günay)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13 Mart 2017 tarihinde, 03 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu “**Şizofreni Hastalarında Sanat Terapi Uygulamasının Pozitif ve Negatif Belirtiler ve Aleksitimi Düzeyi Üzerine Etkisi**” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Doç. Dr. Cumhuri TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı





## Katılım Belgesi



Sayın Cenre Günay,

22-23 Ekim 2016 tarihlerinde Sanat Psikoterapileri Derneği, Eğitim Komisyonu tarafından hazırlanan “Sanat Psikoterapilerine Giriş ve Tanışma” başlıklı toplam 12 saatlik seminer ve atölye çalışmalarından oluşan eğitim programına katılmıştır.

Sanat Psikoterapileri Derneği Başkanı,

Doç. Dr. Nurhan Eren

Eğitim Komisyonu Başkanı,

Yrd.Doç.Dr. Zeynep Çatay