



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**Şizofreni Spektrumuna Sahip Hastalarda Sanat Terapisi Uygulamasının Kendilik
Algısına Etkisi**

Gökçe PEKCAN

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğretim Üyesi Barış Önen ÜNSALVER

İstanbul, 2019

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

**Şizofreni Spektrumuna Sahip Hastalarda Sanat Terapisi Uygulamasının Kendilik
Algısına Etkisi**

Gökçe PEKCAN

174102163

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi Barış Önen ÜNSALVER

İstanbul, 2019



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 174102163
Öğrenci Adı Soyadı	: Gökçe Pekcan
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğretim Üyesi Barış Önen Ünsalver
Tezin Başlığı	: ŞİZOFRENİ SPEKTRUMUNA SAHİP HASTALARDA SANAT TERAPİSİ UYGULAMASININ KENDİLİK ALGISINA ETKİSİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 28.08.2019	Saat	: 12.30
-----------------	--------------	------	---------

Öğrenci Savunmaya : ☒ **GELDİ**

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

☒ **OY BİRLİĞİ**

☐ **OY ÇOKLUĞU**



Yapılan savunma sırasında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.



Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)



Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : ☒ **Değişmedi.** ☐ **Değişti.**

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : ☐ **GELMEDİ**

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

☐ **OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.**

ile alınmıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğretim Üyesi Barış Önen Ünsalver	
Üye	Prof. Dr. Hüsnü Erkmen	
Üye	Dr. Öğretim Üyesi Tuğba Arzu Özal İldeniz	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Şizofreni Spektrumuna Sahip Hastalarda Sanat Terapisi Uygulamasının Kendilik Algısına Etkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

17.08.2019

Gökçe PEKCAN

TEŞEKKÜR

Umutsuzluğa düştüğümde bana gökyüzünü gösteren, benimle beraber sabreden, sıcacık sevgisiyle beslendiğim annem Sibel ALTIN’a

Araştırmama desteklerini esirgemeyen, birlikte çalışma fırsatı bulduğum tez danışmanım, kıymetli hocam Dr. Öğretim Üyesi Barış Önen ÜNSALVER’e

Sorgulamamı destekleyen ve ufkumu açan Bülent TAYMUR’a

Arkadaşlığı ve bilgileri ile beni geliştiren Gülşen AKBAŞ’a teşekkürlerimi sunarım.

Şizofreni Spektrumuna Sahip Hastalarda Sanat Terapisi Uygulamasının Kendilik Algısına Etkisi

ÖZET

Bu çalışmada amaç, şizofreni spektrumu ve kendilik algısı arasındaki ilişkiyi anlamak, anlamlandırmak ve hastaların kendilik algısındaki bozulmaların yapılandırılmış sanat terapisi uygulaması ile geliştirmektir. Araştırma örneklemi, Pendik Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören 8 kontrol 8 deney grubu olmak üzere toplam 16 şizofreni spektrumuna sahip hastadan oluşmuştur. Deney grubundaki grup, 10 hafta süre ile haftada 1, 1 buçuk saat sanat terapisi uygulaması almıştır. Kontrol grubuna ise değerlendirmeler aynı zamanda yapılmış ve başka hiçbir uygulama almamıştır. Veri toplama aracı olarak, Sosyal demografik bilgi formu, Kişisel gözlemler, Pozitif ve Negatif Sendrom (PANNS) Ölçeği ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği(SKÖ) kullanılmıştır. Bütün katılımcılara çalışma öncesi ve sonrası PANNS ve SKÖ ölçekleri ön-test ve son-test olarak uygulanmıştır. Ölçümlerin farklılığını incelemek için Mann Whitney U Testi ve Wilcoxon Sıra Toplam Testi uygulanmıştır. Bulgulara göre, sanat terapisi uygulamasının, Sosyal Karşılaştırma Ölçeğinde anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubunun pozitif-negatif semptomlar ve sosyal karşılaştırma puanlarının son-test ve ön-test farklarını incelemek için yapılan Wilcoxon Sıra Toplam Testi bulgularına göre tüm katılımcıların pozitif belirtiler son-test ve ön-test puan farklılığının anlamlı düzeyde değişim gösterdiği saptanmıştır ($Z=-1,864$; $p<0,05$). Buna göre hem deney hem de kontrol grubunun bulunduğu grupta katılımcıların pozitif belirtiler alt boyutunda son-testte aldıkları puanları daha düşüktür. Bu çalışmaya göre, sanat terapisinin şizofreni spektrumunun pozitif semptomlarında pozitif bir etkisi bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sanat Terapi, Kendilik Algısı, Şizofreni Spektrumu, Şizofreni

Influence of Art Therapy Practices on Sense of Self in Patient with Schizophrenia Spectrum Disorder

ABSTRACT

The main purpose of the study is to understand the relationship between sense of self and schizophrenia spectrum disorder and offers that the impaired self of schizophrenia patients has developed through the art therapy practices. To investigate the hypothesis, 16 schizophrenia spectrum patients (8 for control, 8 for experiment group) was selected from Pendik Community Mental Health Services. The experiment group received art therapy for 1,5 hours every week for a total ten sessions. Control group, received assesment with the same scales at the same time with the experiment group and did not receive further treatment. To collect data, Socio-demographic Information and Data Form, Positive and Negative Sendrom Scale (PANNS), Social Comparison Scale (SCS) and Personal Observation Scale were used. Before and after study, all participants were applied PANNS and SCS scales as pre-test and post-test. For investigations, Mann Whitney U Test and Wilcoxon Signed Rank Test were used. Findings of the study showed that Social Comparison Scale scores were not significantly reduced for art therapy group at post treatment. However, all participants' positive symptom scores were statistically different between pre- and post assessments ($Z=-1,864$; $p<0,05$). According to this study, participants of both experiment and control group, had lower scores on post-test. Thus, this study, suggests that art therapy has a positive effect on positive symptoms of schizophrenia spectrum disorder.

Key Words: Art Therapy, Schizophrenia Spectrum Disorder, Self Perception

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLO DİZİNİ.....	viii
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM II.....	6
GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Şizofreni Spektrum Bozukluğu.....	6
.....2.1.1. Şizofreni Spektrum Bozukluğunun Tarihçesi.....	7
2.1.1.1. Şizofreni Semptomları.....	9
2.1.1.1.1. Şizofreni Spektrum Bozukluğunun Tedavisi.....	12
2.2. Sanat Terapisi.....	13
2.2.1. Sanat Terapisinin Tarihi.....	14
2.2.1.1. Sanat Terapisi ve Kendilik Algısı.....	15
2.2.1.1.1. Sanat Terapisi ve Şizofreni Spektrum Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi.....	18
BÖLÜM III.....	24
YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Örneklemi.....	24
3.1.1. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri.....	24
3.1.1.1. Çalışmanın Dışlama Kriterleri.....	24
3.1.2. Sanat Terapi Grubu.....	25
3.2. Sanat Terapi Çalışmasında Kullanılan Yöntemler.....	25
3.3. Veri Toplama Araçları.....	34
3.3.1. Sosyo Demografik Veri Formu.....	34
3.3.1.1. Kişisel Gözlem Formu.....	34
3.3.1.1.1. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.....	35
3.3.1.1.1.1. Sosyal Karşılaştırma Ölçeği.....	35
3.3.1.1.1.1.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu.....	36

BÖLÜM IV.....	37
BULGULAR.....	37
4.1. Nicel Bulgular.....	37
4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri.....	37
4.1.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Pozitif- Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Ön- Test Puanlarının Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	38
4.1.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Pozitif- Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Son-Test Puanlarının Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	39
4.1.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Pozitif- Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Son-Test- Ön-Test Puan Farklarının Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	40
4.1.5. Deney Grubundaki Katılımcıların Pozitif- Negatif Semptomlarının Ön-Test- Son-Test Puanlarının Wilcoxon Sıra Toplam Testi Sonuçları.....	41
4.1.6. Deney Grubundaki Katılımcıların Pozitif- Negatif Semptomlarının Son-test- Ön-Test Puanlarının Wilcoxon Sıra Toplam Testi Sonuçları.....	43
4.1.7. Cinsiyete Göre Katılımcıların Pozitif- Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Ön-Test Puanlarının Mann Whitney Testi Sonuçları.....	44
4.1.8 Cinsiyete Göre Katılımcıların Pozitif- Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Son-Test Puanlarının Mann Whitney Testi Sonuçları.....	45
4.2. Nitel Bulgular.....	46
BÖLÜM V.....	56
TARTIŞMA.....	56
BÖLÜM VI.....	60
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKLAR.....	61
EKLER.....	71
ÖZGEÇMİŞ.....	78

KISALTMALAR DİZİNİ

PANNS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

SKO: Sosyal Karşılaştırma Ölçeği

SCS: Social Comparison Scale



TABLO DİZİNİ

Tablo 4.1.1 Deney ve Kontrol Gruplarının Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikler	37
Tablo 4.1.2 Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Ön-test Puanlarının Mann Whitney U Test Sonuçları	38
Tablo 4.1.3 Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Son-test Puanlarının Mann Whitney U Test Sonuçları	39
Tablo 4.1.4 Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Son-test-Ön-test Puan Farklarının Mann Whitney U Test Sonuçları	40
Tablo 4.1.5 Deney Grubundaki Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları Son-test Ön-test Puanlarının Wilcoxon Sıra Toplam Testi Sonuçları.....	41
Tablo 4.1.6 Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları Son-test Ön-test Puanlarının Wilcoxon Sıra Toplam Testi Sonuçları Analizi.....	43
Tablo 4.1.7 Cinsiyete Göre Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Ön-test Puanlarının Mann Whitney U Test Sonuçları	44
Tablo 4.1.8 Cinsiyete Göre Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Son-test Puanlarının Mann Whitney U Test Sonuçları	45

-

BÖLÜM I

GİRİŞ

Şizofreni, pozitif, negatif ve psikotik semptomları içeren ve kendilik algısının parçalanmalar gösterebildiği bir ruhsal bozukluk tablosudur. Şizofreni spektrumundaki bireyler öznel ve tekil zamanın değişkenliğine ve kendi bedenlerinin sınırlarına uygun bir kendilik algısına sahip değillerdir. Kendilik algısını oluşturan, kendilik (“bana göre”, “benim”, “ben ile tutarlı”) tanımı zarar gördüğü için; birinci tekil şahıs perspektifleri ile tutarlı ve bilinçli bir kendilik geliştiremezler (Henriksen & Parnas, 2013).

Kişinin birinci tekil şahıs perspektifi ya da kendilik deneyimi, kim olduğuna dair bilgiyi ve gelecekte kim olacağına dair çıkarımları da içinde barındırır. Birey içsel bir mekanizma ile, olayları algılar, yorumlar ve değişen durumlara karşı doğrudan bir tepki verir. Kişi bilinçli farkında olmasa dahi; aktif olarak kendi deneyimini kendisi inşaa eder. Bu deneyim, kişinin kendi öznel alanı içinde olduğu için yoğun ve somutlaştırılması zor bir inceleme alanıdır (Bell ve ark., 2007). Kendilik algısında bozulmalar olduğu zaman, kişinin kendine dair farkındalık alanını oluşturan “bana göre” hissi zarar görür. Kişinin kendi duyguları ve hisleri sanki kendisine ait değilmiş gibi algılanabilir (Parnas & Henriksen, 2014). Laing’e göre, bu durum kişinin kendiliği ile bağının koptuğunun işaretidir. Şizofreni spektrumuna sahip bireyin, kendini algılaması, kim ve ne olduğuna dair bilgisi değişken olduğu için; kendini bütün olarak algılayamaz. Kişi bütün bir kendiliğe sahipse, kendiliğine dair oluşturduğu algısında süreklilik vardır. Şizofren bireyin kendiliğini oluşturan bağlar güvenilir bir temele oturtulamaz. Kendine ve dünyaya yabancılaşma duygusu düşüncelerine hakim olur (Laing, 1960). Ötekilerle ve kendi ile iletişim kurarken boşluk duygusu hisseder. Aynı anlam düzleminden konuşmadığı için ve toplum ile bağlantı kuramadığı için, kendini yabancılaşmış ve yalnız hisseder. Öteki ile bağlantıda olma isteği olmasına rağmen, kendi dünyası ve ötekinin dünyası ortaklaştığında, kendisi için yıkım meydana gelir. Bu bir paradox oluşturur çünkü, bir yandan bağ kurmaya ihtiyaç duyarken, bir yandan kurduğu bağ onun için zarar verici olur (Bell ve ark., 2007). Laining (1960), hastanın

başkası tarafından yutulma korkusu olduğu için, öteki ile her iletişimin hastanın kendi özerkliğini ve kimliğini yitirme olasılığını arttıracakını önerir. Hasta direk iletişim kurmak yerine, iletişim için sembolik ve imgesel düzlemi kullandığında, onun için daha az tehdit edici olur. Sanat nesnesinin köprü görevi dolayısı ile hasta, başkaları ile kuramadığı bağı, terapötik ilişki içinde terapistine yansıtır (Killick & Schaverien, 1997).

Jung kişinin benliğini oluşturan ana bir çekirdekten bahseder. Psişenin içindeki katmanlar arasında çatışma olsa da, ana amaç bütünlüğe ve birliğe ulaşmaktır. Eğer ego, bilinçaltı ve bilinç yüzeyi arasındaki liderlik görevinden vazgeçip kişinin psişesi ile bütünleşirse, kişi çatışmalarına rağmen birliğe ulaşır. Bireyleşme olarak vurgulanan kavram bilinçli bir süreçtir ve psişe ancak bu duruma ulaşırsa kişi kendini gerçekleştirebilir ve kendiliğini oluşturabilir (Engel, 1955). Şizofreni spektrumuna sahip hastada, kendiliği oluşturan çekirdek, merkez zarar görmüştür. Kendilik algısı fazlasıyla zayıflamıştır hatta; yok kabul edilebilir (Nordgaard ve ark., 2017). Psikoz yaşayan bireyde, merkez katman aktiftir ve ego tarafından beslenir. Kişinin delüzyonları ve halüsinasyonları egonun psişeye liderliği sebebiyle oluşmuştur. Terapi sürecinde, egonun psişe ile bütünleşmesi ve baskınlığını kaybetmesi amaçlanır. Egonun, egoyu içermeyen kavramlarla şekillendirilmesi ile, egonun merkez katmana olan gücü ve baskısı azaltılır (Engel, 1955).

Şizofreni spektrumunun tedavisinde kullanılan farmakolojik yöntemin sosyal işlev sorunları üzerindeki etkilerinin yetersiz kalması sebebiyle, şizofreni hastalarına yönelik sanat psikoterapisi gibi yeni psikoterapi tekniklerine yönelilmiştir. Sanat terapisi, sanatı iletişim ve ifade için ana yol olarak kullanır ve kişinin iletişim becerilerini, içe bakışını, yaratıcılığını arttırmayı esas alır. Aynı zamanda, kişinin, kendi ve dış dünya arasındaki bağı ve iletişimi güçlendirir (Attard & Larkin, 2016). Sanat nesnesi, müzik ya da bedensel hareket, hem öteki hem kendi ile iletişimde köprü görevi görür. Sanatsal oluşum, terapist ve hasta arasında, üçüncü bir alan oluşturur. Bu güvenli alan, hastanın doğrudan aktarmakta güçlük çektiği duygu ve düşüncelerine aktarım olanağı sunar. Şizofreni spektrumundaki bireyler, bölünmüş, kendiliklerini, sanatsal dışavurum ile aktarabilirler (Killick & Schaverien, 1997).

Bu aktarım, sembolik bir iletişimle somut bir çerçeveden sunulduğu için, kişinin kaybolan ve zayıflayan varlığının daha gerçek ve sürekli bir tabana oturmasına yardımcı

olur (Patterson ve ark., 2011). Resim ile terapide, oturumlar içinde somut konuların seçilmesi, hastayı gerçek dünyaya alıştırmak için yararlı bir egzersizdir. Manzara figürleri, gerçek objeler kullanılarak kişinin gerçeklikle bağı korunmaya çalışılır (Honig, 1977). Fotoğraf, terapide kullanıldığında, gerçeklikte yakalanan bir an ile kişinin kendi iç gerçekliği karşılaştırılıp, onun somut bir farkındalık yaşamasını sağlar. Kendi iç dünyası ile dış dünya arasında herhangi bir fark olup olmadığını fotoğraf çerçevesi ile farketme yetisi kazanan birey, iç görü geliştirerek kendi ego sınırlarını oluşturur (Phillips, 1986). Kendi ve aktarım nesnesi arasında ayrışma sağlayabilen bireyin, ben ve öteki arasındaki ayrımı da yapabilmesi ve öteki ile gerçek bağlar kurması sağlanır (Patterson ve ark., 2011).

Sanat terapisi güvenli, yansız, sınırlı bir alan sunarak şizofreni spektrumundaki bireylerin anksiyetelerini yatıştırmaya yardımcı olur. Hasta ürettiği iş aracılığı ile dolaylı bir iletişim kurma ayrıcalığına sahip olur ve bu sonraki seanslarda güvenin inşa edilmesinde önemli bir rol oynar. Bu bağlamda, terapist doğrudan aktarımda güçlük yaşadığında ve bu aktarımı tehdit edici olarak algıladığında, sanat nesnesi ile iletişim kurar (Killick & Schaverien, 1997). Terapist danışanı ile iletişim güçlüğü çektiğinde, kolaj çalışmasını terapide kullanabilir. Hastaya materyalden seçim olanağı sunulduğunda, hastanın terapiye duyduğu kaygı ve korkusunun daha hızlı yatıştığı görülmüştür. Aynı zamanda, psikotik hasta, resim yeteneğinin sorgulanmadığını düşündüğü için çalışmaya daha rahat adapte olur (Moriarty, 1973).

Şizofreni spektrumunda kullanılan bazı terapilerde ise, hastanın beden imgesinin gelişmediği ya da bozulmuş olduğu gözlenebilir. Bu gibi durumlarda, kendilik algıları, kendi beden bütünlüğünün ve sınırlarının başlangıç ve bitiş noktalarını tahayyül edebilecek düzeyde gelişmemiştir. Ben ve ben olmayan(öteki) ayrımını kavrayamayabilir ya da bu sınırı test etmeye korkabilir. Hareket ve dans terapisinin metotlarından olan, sıçrama, zıplama, esneme, tırmanma çalışmaları ile kendi ve kendi olmayan düzlem arasında sınır ve bütünlükler geliştirilir. Hasta kendi beden farkındalığına eriştikten sonra ötekinin de bedenini algılayabilir (Payne, 1992).

Sanat terapisinin, şizofreni spektrumuna sahip hastaların rehabilitasyon ve tedavi sürecinde kullanılması, klinik alanda gelişmeler sağlamıştır. Fakat; sanat terapisinin, şizofreni hastalarının tedavi sürecindeki fayda ve zararları yeterli sayıda klinik

araştırmayla değerlendirilmemiştir. Terapi süreci ve tesirleri hakkında standardize edilmiş protokoller belirlenmemiş olduğundan ve terapistler kendi aralarında ortak bir karara varmadıkları için, sanat terapisinin klinik anlamda kullanımı ve diğer alanlara entegrasyonu engellenmiştir (Patterson ve ark., 2011).

Sanat terapisi alanında yapılan çalışmalardaki en büyük eksiklerden biri de çalışmaların, kapsamlı ve ayrıntılı bir şekilde birleştirilmemiş olmasıdır. Slayton ve arkadaşları, 1999'dan 2007'ye kadar olan klinik ve klinik olmayan örneklemde sanat terapisinin etkililiğini incelemişlerdir. Araştırmalar sonucu sanat terapisinin etkili bir yöntem olarak kabul edilmiş; fakat hangi popülasyonlarda etkili olduğuna ve etkisinin hangi boyutta olduğuna kesin kanaat getirilmemiştir (Slayton ve ark., 2010). Sanat terapisi uygulamasının popülasyonlar üzerindeki etkisinin belirsiz olduğu düşünülse de; şizofreni ve kişilik bozukluklarına sahip hastaların kendilik algısına pozitif etkisi olduğu bulunmuştur. Araştırmada, Dışavurumcu Sanat Terapisi, 1 sene süre ile şizofreni ve psikotik olmayan psikiyatrik hastalarda (depresyon ve kişilik bozukluğu) uygulanmıştır. Çalışmada, sanat terapisi uygulaması alan bireyler, daha yüksek özsaygıya sahip, kişiler arası iletişimleri daha güçlü ve sosyal kabiliyetleri daha gelişmiş olarak bulunmuştur. Sanat terapisi uygulamasının en önemli yararı olarak kişinin kendilik algısını geliştirmesi olduğu düşünülmektedir (Teglbjaerg, 2011). Green(1987), kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerde, 10 haftalık sanat terapi uygulamasının, benlik saygısı ve psikososyal fonksiyonlarına olan etkisini incelemiştir. Bu çalışmada, sanat terapisi uygulamasına katılmış bireylerin, katılmamış bireylere oranla kendilerine yönelik tutumlarında önemli gelişmeler gözlemlenmiştir (Green, Wehling, & Talsky, 1987).

AMAÇ: Şizofrenlerin sözlü olmayan iletişime daha duyarlı olması, sanat terapisi uygulamalarına ve uygulama alanının geliştirilmesine daha fazla önem vermek gerektiğini göstermektedir. Sanatın, kendilik ve aktarım ifadeleri üzerindeki etkileri, yapılmış olan tez çalışmasına dayanak oluşturmuştur. Mevcut tez çalışmasında, şizofreni spektrumu ve kendilik algısı arasındaki ilişkiyi anlamak, anlamlandırmak ve hastalardaki saptanmış kendilik algısındaki bozulmaların, yapılandırılmış sanat terapisi uygulaması ile düzeltilip düzeltilmeyeceğini ölçmek amaçlanmıştır.

Yapılan literatür taramasında, İngilizce bilimsel veri tabanlarında şizofrenide kendilik algısı ve sanat terapisinin tedavide kullanımını araştıran son derece az sayıda bilimsel çalışma olduğu görülmüştür. Türkçe literatür incelendiğinde ise tez yazım tarihi itibarıyla sanat terapisi ve şizofreni spektrumuna sahip bireylerin kendilik algılarına etkisi konusunda çalışmaya rastlanmamıştır. Bu tez çalışması ile, şizofreni spektrumundaki bireylerde kendilik algısı bozulmaları ve bunların sanat terapisiyle yönetilmesi alanında yerli ve yabancı literatüre katkı sağlanması hedeflenmiştir.



BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Spektrum Bozukluğu

Eski Helen dilinde skhizein (yarma) ve phrin (düşünce) kelimelerinden türetilmiştir (Kuhl, 2004). DSM-5e göre şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, psikotik rahatsızlıklar tanımlaması ile başlar. Bu psikotik rahatsızlıklar, delüzyon, halüsinasyon, dezorganize düşünce ve konuşma, normal dışı motor davranış, bilişsel kayıp ve negatif semptomları içerir (Bhati,2013).

Bu sendrom Kraepelin ve Blueyer'in de önerdiği gibi beyinde anormallikler sonucu oluştuğu için bir beyin hastalığı olarak kabul edilmektedir (Soygur ve ark., 2007). Araştırmalar sonucu, beyindeki gri maddenin azalmasının ve beyaz maddedeki değişimin, temporal lobda hacim azalmasının, temporal ve frontolob daki beyaz madde bağlantısında anormalliklerin şizofreni spektrumu ile ilintili olduğu bulunmuştur (Lynn, 2000). Ayrıca, dopamin salınımındaki artış şizofreninin pozitif semptomları yani psikoz ile ilişkilendirilirken (Kapur ve ark, 2005); negatif semptomlar ise beyindeki aktivasyonun azalması ile ilgili olduğu ve entelektüel yıkıma sebep olduğu kanıtlanmıştır (Liddle, 1987). Bunlara ek olarak, hamilelik komplikasyonları ve nöral bağlantıda meydana gelen hasar da şizofreniye sebep olur (Murray & Lewis, 1987).

Şizofreninin, gençlik yıllarında başlama oranı fazladır ve gelişim ve sonlanışının klinik tablosu kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda, kadınlar ve erkeklerin bu hastalığa yakalanma oranı eşit iken; erkekler daha erken yaşlarda yakalanmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde ve medeni durumu bekar kişilerde şizofreni spektrumuna yakalanma riski daha fazla olduğu görülmektedir.

Bu hastalıkta alevlenme ve remisyon dönemleri bulunmaktadır ve klinik tablo ve tedaviye yanıt, kişiden kişiye değişmektedir.

2.1.1. Şizofreni Spektrum Bozukluğunun Tarihçesi

Şizofreninin hastalık olarak klasifiye edilmesi Rönesans dönemine denk gelse de, Eski Mısır döneminde, insan sağlığına karşı tehditler arasında bu hastalığın da olduğu yazılı olarak arşivde gösterilmektedir. Milattan önce 1000’li yıllarda, şizofreniye hastalık bakışındansa dinsel anlamların yüklendiği görülmektedir. Şeytanın ruhunu ele geçirmesi ya da tanrının kişiyi cezalandırması şeklinde anlamlar atfedilirdi. 15. yüzyılda, halüsinasyon ve delüzyonların, şeytanın kişiye sahip olmasının sonuçları olduğu bildirilmiştir. Avrupa’da bu yaklaşım birçok ülke için ortak bir kültür oluşturmuştur ve insan hayatı buna göre uyumlandırılmaya çalışılmıştır. Evler şeytan gelmemesi için özel olarak düzenlenmiş, halüsinasyon gören kişiye tedavi için sülfür enjekte etmek gibi tedavi yöntemleri uygulanmıştır (Angene, 2017).

19. yüzyıldan itibaren, şizofreni dini bakış açısı dışında, zihinsel bir hastalık olarak algılanmaya başlanmıştır. Avrupa’da aynı semptom için farklı isimler kullanılmıştır (Jablensky, 2010). Kahlbaum, siklotimi, distimi, verbijenerasyon, parafreni, hebefreni ve katatoni kavramlarını önererek, bu kavramları dejeneratif psikoz genel başlığı altında sınıflandırmıştır. Her sendrom için sistematik bir bakış oluşturmuştur (Adityanjee ve ark., 1999). Kraepelin’in dementia praecox kavramı, Kahlbaum’dan etkilenecek ortaya çıkmıştır. Dementia praecox, adı altında şizofreninin semptomları birleştirmiştir. Bu hastalığa sebep olan fizyolojik ve kültürel sebepler tanımlanmıştır. Oryantasyon, bilinç ve hafızanın bozulduğu (Kraepelin,1971) sosyal, üretimsel ve iletişimsel alanda sorunlar yaşanmasının bu hastalığın sonuçları olarak tanımlanmıştır (Johnstone ve ark., 1978).

Bleuer, Kraepelin’in önerdiğinden farklı semptomlar bulunduğunu belirtmiştir. Ona göre, hastalık yaşayan kişi ile sağlıklı insan arasında hafıza ve bilinç açısından belirgin farklar yoktur (Johnstone ve ark., 1978). Kraepelin ve Bleuer arasındaki bakış farklılıklarının temelinde, hastalığı sınıflandırmak için kullandıkları kelime kökleri belirleyici olmuştur. Kraepelin yoksunluğu anlatan dementia, Bleuer ise parçalanmayı ve bölünmeyi aktaran schizein kavramını kullanmıştır (Kuhn & Cahn, 2004). Bleuer’e göre bu hastalığı sahip kişilerin zihinsel bağlantıları kopmuş ve algıları bölünmüştür. Hastalığın belirleyici semptomları olarak, duygusal sığılaşma, assosiasyon bozukluğu,

otizm ve ambivalans olarak belirtilmiştir (Adityanjee ve ark., 1999). Bleuer, dementia praecox yerine, semptomları genel bir şizofreni kavramı altında birleştirmiştir. Bleuer, daha sonraları pozitif ve negatif semptomlar olarak sınıflandırılacak ve şizofreni spektrum bozukluğu olarak tek bir çatı altında toplanacak hastalığın tanımının temellerini hazırlamıştır (Jablensky, 2010).

Kurt Schneider, Bleuer ve Kraepelin'in önerdiği sınıflandırmayı reddederek, birinci sıra semptomlar kategorisini önermiştir (Adityanjee ve ark., 1999). Bu semptomları: a) Kişinin kendi düşüncelerini sesli olarak duyması, b) Kişinin davranışı hakkında yorum yapan işitsel halüsinasyonların varlığı, c) Düşünce sokulması, edilgen dürtü, duygu ve davranışlar, d) Dokunsal halüsinasyonlar, ya da kişinin düşüncelerinin dışarıdan kontrol edildiğini ya da etkilendiğini düşünmesi şeklinde belirlemiştir. Şizofreni tanı ölçütleri için birinci sıra semptomlar belirleyici olmaz ise ikinci sıra semptomlar dikkate alınır. İkinci sıra semptomlar ise, başka türlü halüsinasyonlar, depresif ya öforik duygu durum değişiklikleri, duygusal küntleşme gibi daha çok duygu durum ve varsanıları betimler (Kyziridis, 2005).

Birçok klinisyen Schneider'in birinci ve ikinci sıra semptomlar sınıflandırmasına bağlı kalsa da, süre, karakteristik, prognoz, dışlama kriterleri, işlev bozukluğu şeklinde daha sistematik bir bakış açısını kullanmışlardır. Bleuer ve Kraepelin'in bulgularından yola çıkan psikiyatristler ve bilim insanları şizofreniyi anlamak ve tedavisi için hastalığı detaylı inceleyerek kategorizasyonunu belirlemişlerdir. DSM'nin tanı ölçütleri ile, bu hastalığın alt tipleri ve bu tiplere ait sınırlar oluşturulmuştur. DSM I ve II akut şizofreni dışında Bleuer ve Kraepelin'in sınıflandırmalarına bağlı kalmıştır (Adityanjee ve ark., 1999). DSM III ile, Kraepelin'in paranoid, katatonik ve dezorganize olarak ayırdığı şizofreni alt tiplerine, rezidüel ve farklılaşmamış alt tipleri de eklenerek, şizofreninin tanı ölçütleri detaylandırılmıştır (Kyziridis, 2005). DSM IV'te şizofreni tanısı için süre ve dışlama kriterleri belirlenmiş ve şizoaffektif, şizofreni form bozukluğu ve psikotik bozukluk da şizofreni hastalığının sınıflandırılması içine alınmıştır (Adityanjee ve ark., 1999). DSM V ise, semptomları psikotik, negatif ve dezorganize olarak sınıflandırması ile şizofreni spektrumuna dair genel bir bakış açısı kazandırmıştır. Bazı klinisyenler DSM'yi eleştirip, pozitif ve negatif semptomlara göre şizofreni hastalarını inceleseler de, DSM V ve ICD 10 en son standardize sistem olarak kullanılmaktadır. Klinik alanda

ulaşılan gelişmeler ile, ilk çağın mitolojik ve dini perspektif bakışı reddedilerek, bilimsel veriler ve ölçütler dahilinde şizofreni hastalarının tanı ve tedavisinde gelişmeler sağlanmıştır (Angene, 2017).

2.1.1.1. şizofreni Semptomları

şizofreni spektrumu, pozitif, negatif ve bilişsel işlevlerde bozulma semptomlarını içerir. Pozitif semptomları, algıda bozulmalara sebep olan delüzyon ve halüsinasyon oluşturur. Delüzyon, belirli bir neden sonuç ilişkisine bağlanamayan ve gerçekle bağlantısı olmayan yanlış inanç ve düşüncelerdir (Kapur ve ark., 2005). Delüzyonda, gerçekliği değerlendirme mekanizması zarar görür. Delüzyona sahip kişi, dış gerçekliği değerlendirirken yanlış çıkarım yapar (Benson & Stuss, 1990). Kişi gerçekle bağdaştırılamayan, kendine dair anlamlar üretirken, deneyimleri ve hafızası etken konumdadır (Kapur ve ark., 2005).

Delüzyonun kişinin sol mesiotemporal yapısında ve ventral striatumda aktivite artışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Liddle ve ark., 1992). Ayrıca dopamindeki fazla salgılanma da delüzyona bir sebeptir. Dopamin dış dünyada dikkat çekici bir uyarın olduğunda bunun i dünyaya yansıması konusunda ara bulucu görevi görür. Dış dünyada dikkat çekici ve yeni bir uyarın olduğunda dopamin aktive olur ve kişi bu uyarana belirli bir tepki verir. Psikotik durumda dopamin salınımı rastgele, hatta bir uyarın olmaksızın olur. Dopamin salınımını gerektirmeyecek durumlarda da dopamin salınımını tolere etmek için kişi, aslında varolmayan, gerekdişi fakat kendince anlamlar üretir (Kapur ve ark., 2005).

En yaygın olan delüzyonlardan biri, kişinin, pasifleşerek kendi davranışlarının dış bir kuvvet tarafından yönetildiğine karşı bir düşünce geliştirmesidir. Bu bağlamda, kişi, kendi iradesi ve davranışı arasındaki ilişki ve bağlantıyı kaybederek, kendi davranışları üzerinde kontrol sahibi olamamaktadır (Frith, 1987).

şizofreninin diğer pozitif semptomlarından olan halüsinasyon, kişinin i dünyasında üretilen ve zihin ürünü olan ve dış dünyada var olan ve gerçek olan durumlar arasında ayrımı yapamama durumudur. Halüsinasyonda duyu organları uyarılır ve dokunsal, görsel, işitsel ya da tatsal bir duyum alır. Kişi uyarılmasa da beyin bölgesi uyarıldığı

için herhangi bir uyaran sonucu oluşmuş gibi algılanır (Aleman ve ark., 2003). Örneğin, kişi kendi iç sesini dışarıdan gelen bir ses olarak duyumsayabilir. Kişiyi etkisi altına alan işitsel halüsinasyonlar dolayısı ile kişi kendi iç sesini dış gerçekliğe atfeder ve iç gerçeklik ve dış gerçeklik arasındaki ayrımı yapamaz (Frith, 1987). Biyolojik bakış, halüsinasyonların sebebi olarak dopamin salınımının artış göstermesi olduğunu önerir (Kapur ve ark., 2005).

Psikodinamik bakış ise, psikozun bilinçaltının hem iç hem dış gerçekliğe egemen olması ile gerçekleştiğini ve halüsinasyon ve delüzyonların kişinin benliğini korurken ortaya çıktığını öne sürer. Dış gerçeklik cansız, canlı varlıklar ve insan tarafından üretilen her şeyi kapsarken; iç gerçeklik insanın kişisel alanında var olan düşünceler ve duyguları kapsar. Normalde, kişi bu iki dünya arasında ayrım yapabilir ve zihinsel mekanizması dengeleyici işlevi görür. Fakat gerçeklikten gelen bilgi, kişi için dayanılmaz olduğunda ya da kişinin benliği zarar görmüş bir halde ise, bilinçaltı benliğe gelen saldırıyı önlemek için devreye girer ve yüzeye çıkar. Bu bağlamda, psikoz, kişinin bu dayanılmaz durumla baş etmek için oluşturduğu bir savunma mekanizmasıdır. Kişinin dış gerçeklik ve iç gerçekliği kavramsallaştırma mekanizması zarar gördüğü için bu gerçeklik var olmamış gibi davranır (Martindale, 2007).

Negatif semptomlar, sosyal içe çekilme, anhedoni, spontanlığın azalması, konuşmanın fakirleşmesi, duygusal sığılığı içerir (Karadağ & Aggarwal, 2009). Bazı teorilere göre, negatif semptomlar, pozitif semptomların direk sonucu olarak görülmesine de, psikotik durum ile baş ederken oluşan semptomlar olduğunu öne sürülmektedir. Bu bağlamda şizofreninin negatif semptomlarından olan sosyal içe çekilme, bu kişinin maruz kaldığı halüsinasyon ve delüzyonlarının bir sonucudur. Kişi sosyal ortamdan kendini asimile ederek, dış gerçeklikten gelen uyanları azaltmaya çabalar (Hemsley, 1977). Duygusal sığılık, duygusal ifadenin azalması ve aktarımda vücut ifadelerinin kısıtlı hale gelmesini ifade eder. Kişiler donuk bir ifadeye sahip olur. Konuşması fakirleşen kişiler konuşurken akıcı ve spontan bir dil kullanamazlar. Sosyal içe çekilme ise kişinin motivasyon ve istek kaybından dolayı kendini başkalarından soyutlaması ve kendisi için anlamlı bağlar oluşturamamasını içerir. Anhedoni ise zevk kaybını ifade eder (Kring & Elis, 2013). Bu semptomların negatif olması yoksunluğu ifade eder ve kişinin duygusal ve sosyal hayatında yıkımlara sebep olur (Karadağ & Aggarwal, 2009).

Negatif semptomlar ile şizofrenide ortaya çıkan bilişsel bozulmalara işaret eden semptomlar ilişkili bulunmuştur (Andreasen ve ark., 1995).

Bilişsel fonksiyonda bozulmalar da pozitif ve negatif semptomların yanında, şizofreninin dezorganize belirtilerindendir. Bilişsel bozulmalar, dikkat, bellek, yönetici işlevler ve motor yetenekler gibi alanlarda bozulmaları kapsamaktadır (Ünal, 2003). Her şizofrende belirtilen alanların hepsinde bozulma görülmemesine rağmen, bir alanda bozulmaların olması kişinin bilişsel bozukluğa sahip olduğunu gösterir (Kuperberg, 2000). Frontal lobdaki bozulmalar, bilişsel alanda eksikliklere sebep olur (Mahurin ve ark.,1998). Yürütücü fonksiyonlar, planlama, başlama, amaç odaklı davranışlar ile ilgili olduğu gibi (Goldberg & Weinberger, 1988), dikkat (Nuechterlein & Dawson,1984), hafıza (Park & Holzman, 1992) gibi alanları da içerir

Bütün bu şizofreni spektrumunun klinik anlamda patolojisini gösteren yukarıdaki semptomların dışında ve onlarla ilintili, soruna daha merkezi bir konumdan bakan bir bozukluk olan kendilik algısı bozukluğu şizofreni spektrumunun ana belirleyicilerindendir (Parnas & Henriksen, 2014).

2.1.1.1.1. Şizofreni Spektrum Bozukluğunun Tedavisi

Antipsikotik ilaçlar şizofreni spektrum bozukluğunun en temel tedavi yöntemidir. Şizofreninin özellikle psikotik semptomların azalması için etkilidir. Burada, psikoz ile birlikte reseptörlerden artış gösteren dopamin salınımı, antipsikotikler ile inhibe edilir. Yani bu bağlada, antipsikotikler dopamin antagonisti olarak görev alırlar. Böylece, beyinde halüsinasyon ve hezeyanları oluşturan beyin bölgesi korunmuş olur (Miyamoto ve ark., 2005). Her ne kadar antipsikotik kullanımı, pozitif semptomlarda etkili olsa da, negatif ve bilişsel semptomlar üzerinde çok daha az etkisi vardır (Spaulding ve ark., 1999). Bu sebeple ilaç tedavisi ile birlikte yeni terapi pratikleri önerilmiştir. Bilişsel Davranışçı Terapinin, pozitif, negatif ve bilişsel semptomlar da kısa süreli etkililiği, psikoterapistlerin bu tedavi yöntemini kullanmaya başlamasının en önemli sebeplerinden biri olmuştur (Senksy ve ark., 2000). Bilişsel Davranışçı Terapi, şizofrenin semptomları üzerinde etkili olsa da, semptomların alevlenmesini engellemek için daha bütüncül bir terapi ile desteklenmesi gerekmektedir.

Şizofreninin etiyolojisinde aile faktörünün önemli bir yeri vardır. Bu sebeple, aile terapileri, şizofrenini tedavisinde, psikososyal durumunu geliştirilmesinde ve özellikle hastaneye yatış şiddetinin azalmasında önemli bir rol oynar. Şizofreni kronik bir hastalık olmasına rağmen, hastalığın remisyona geçmesi yani semptomların kontrol altında tutulup gerilemesi, bu bireyin hayat kalitesini yükseltmektedir (Awad & Voruganti, 2008). Hastanın hayat kalitesi yükselse bile, hastalığa maruz kalma kişinin kendine ait kendini tanımladığı, çekirdeğini oluşturan parçaya büyük oranda zarar verir (Henriksen & Parnas, 2013). Bu sebeple ego güçlendirici bir bakış ile, şizofreni spektrumunun tedavisinin uzun soluklu olması, ve kazanılan iç görünüm gerçeklik perspektifi temeline oturması gerçekleşir. Hastalar ego desteklenmesi ile, bağımsız bir birey olarak var olabilir ve kendiliklerine dair farkındalıkları geliştirilir, psikoeğitim ile çevreye uyumları güçlenir; problem çözme yetenekleri geliştirilerek gerçeklik algıları geliştirilir (Rockland, 1993).

Her ne kadar, ego işlevlerini geliştirici bir bakış açısı, şizofreni spektrumuna sahip hastanın kendiliğine dair algısında gelişmeler sağlasa da, uzun süre etki etmek ve içgörü kazandırmak konusunda eksik kalmaktadır. Bu bağlamda, hem pozitif semptom, hem negatif semptomlarda aynı zamanda da ego güçlendirici etkili yeni psikoterapi dallarına yönelim gösterilmiştir. Sanat terapisi bu arayışta ortaya çıkar ve hem sembolik olarak psişenin aktarımı hem de kişinin parçalanmış kendilikleri için bir aktarım ve desteklenme alanı tanır. Sanat terapisi, sanat nesnesi ile başka türlü aktarılamayan duygulara dışa vurma imkanı tanınır ve güvenli bir alan içinde desteklenir (Killick & Schaverien, 1997). Sanat terapisinde, her oturum sonrasında paylaşım periyodu ile, hastaların kendilerini açmasına izin verilerek kişinin kendini anlamasına ve kendini ifade etmesine olanak tanınır. Özellikle, grupla yapılan sanat terapisi çalışmaları, şizofreninin sebep olduğu semptomlarda etkili olur. Grup içindeki olumlu geri dönüşler ve grup kohezyonu ile motivasyon ve istek azalması, insanlar arası ilişkilerde bozulmaların olumlu yönde geliştiği bulgulanmıştır (Logan,2019).

Diğer terapiler, geleneksel bakış açısı ile, hastanın semptomuna odaklanır ve hasta semptomlarında gerileme gösterse bile hastanın kendini tanımladığı, yeni benliğinin oluşumunu es geçer. Tedavi sürecinde hasta iyiye doğru gitse de ben olarak bildiği bütün üzerinde öznel dünyası bir değişime uğramıştır. Hasta iyileşse bile, yeni bir

benlik deneyimi sürecine girmiştir ve buna yabancılaşması mümkündür. Sanat terapisi, kişinin kendini inşasında ve kendiliğini tanımlamasında etkili bir yöntemdir (Montag ve ark., 2014). Ayrıca sanat terapisi birçok teoriyi içinde barındırır ve kapsam olarak daha geniş bir çerçeveye sunar.

2.2. Sanat Terapisi

Sanat terapisi, travmaya maruz kalmış, belirli bir psikopatolojiye sahip, kişisel gelişim arayan veya günlük yaşam eylemlerle uğraşmakta zorluk çeken insanlar için, sanat yaratımının bir psikoterapi biçimi olarak kullanılmasıdır. Sanat işi üretme, kişilerin bilişsel yeteneklerini geliştirip benlik ve çevreye olan farkındalığını arttırırken, kişilerin hayatını etkileyen semptomlarının etkileriyle baş etmelerine yardımcı olur. Sanat terapisinin temel amacı hastaların duygusal ve zihinsel yaralarını olabildiğince iyileştirmeye yardımcı olmaktır (Malchiodi, 2011).

2.2.1. Sanat Terapisi Tarihi

Sanat terapisi olarak bir konsept olarak tanımlanması Adrian Hill ile olur. 1942 de Adrian Hill adındaki bir sanatçı, tüberküloz hastalığı, tüberküloz hastalığı için tedavi gördüğü hastanede diğer hastalarla birlikte resim yapmayı önerir. Çalışmalarla birlikte rahatlamının yanında, sanat yolu ile hastaların kendilerini ifade ettiklerini fark eder (Demir, 2017). Bu çalışmadan ilham alan Edward Adamson, akıl hastanesinde uzun süredir terapi gören hastalarla sanat terapisi çalışması yapar. Adams'ın direktif olmayan sanat terapisi olarak adlandırdığı çalışmalar, hastalar özgürce, sanat üretecekleri bir stüdyo ortamında yapılır. Bu stüdyolarda, yorum ve yönlendirme yapılmaz ve hastalar sadece üretim yaparlar (Adamson, 1984).

Sanat terapisinin en önemli öncülerinden Margaret Naumburg ve Edith Kramer 1940ların ortalarında Amerika'da sanat terapisi pratiğini uygulamaya başlamışlardır. Naumburg, dinamik yönelimli sanat terapisini bulur. Bu terapide, kişi sanat üretimleri, kişi ve terapist arasında sembolik bir dil oluşturarak, sözel ifade ile terapötik ilişkinin güçlendiğini bulgulamıştır. Freud'un psikanaliz teorisi Naumburg'ın çıkış noktasıdır. Naumburg geleneksel bir psikanalizci olarak, bilinç altı ve bilinç altının oluşturduğu çatışmaları ortaya çıkarmakla ilgilenmiştir. Kramer ise, bilinç altı çatışması ile baş

edebilmek için ego mekanizmalarını güçlendirmek gerektiğini savunmuştur. Naumburg sanat terapisinin sembolik işlevine dikkat çekerken, Kramer, sanat üretiminin sürecine dikkat çeker. Kramer, hastaların ihtiyacı olan şeyin sanat terapisi yolu ile ego savunma mekanizmalarını güçlendirme olduğunu ve bilinç altı çatışmaları ile baş edebileceklerini önermektedir. Terapist, hastasına yaratıcı alanlar sunar, teknik konularda yardımcı olur ve hastaya duygusal yönden destek verir. Naumburg klasik psikanalitik çerçevede kalırken; Kramer kendine alternatif başka bir yol çizmiş ve ego güçlendirici terapiyi oluşturmuştur. Buradan hareketle sanat terapisi 2 kola ayrılmıştır. Terapi olarak sanat ve sanat psikoterapisi. Terapi olarak sanat, sanat üretiminin kendisinin terapötik olduğunu ve bu yolla kişiyi geliştiren bir yol olduğunu savunurken, sanat psikoterapisi sembolik iletişim ile kişiliğin dışa vurulmasını ve bu dışavurumlarla iyileşme sürecini oluşturmayı amaçlar (Angene, 2017).

20. yüzyılın ortalarına geldiğimizde bu modern terapi yönteminin duygusal gelişimsel ve bilişsel olarak çocukları etkilediğini görmüşler ve sanat terapisini programlarına eklemişlerdir. Bu disiplin gittikçe gelişerek çocukların, ergenlerin ve yetişkinlerin tedavisi için önemli bir araç haline gelmiştir. Günümüzde, sanat terapisi, ilk başladığı hastane ortamında çıkmış ve birçok alanda kullanılmaya başlanmıştır. Özetle sanat terapisi, 21. Yüzyılda, psikanalitik yöntemin kendini yeniden var etmesini sağlamış ve klasik hasta doktor ilişkisinin ötesinde bir bağ kurabildiklerini ve böylece daha kısa zamanda güven oluşturabildiğini savunmuştur. Günümüzde sanat terapisi klinik alanda uygulama olarak da kullanılmaktadır. En çok dikkat çekenler, Hümanist Bakışlı Sanat Terapisi, Bilişsel Davranışçı Sanat Terapisi, Dışavurumcu Sanat Terapisi, Solution Odaklı Sanat Terapi'dir. Bu uygulamalar farklı müdahalelerle yöntemlerle bireyin yaratıcılığını, içgörüsünü, duygusal dışa vurumunu sağlarken kendileri ve başkaları ile ilişki kurma yeteneğini geliştirir. Hasta sanat terapisi ile, somut bir sanat objesi üretir ve bu sanat nesnesi üzerinden, duygularını imgeye aktararak terapistle iletir. Bu uygulamalar bireysel terapilerle yapılabildiği gibi grup terapilerini de ayrı bir yöntem olarak kullanabilir. Öfke, kişilik bozuklukları, anksiyete, hayal kırıklığı, duygusal karmaşa gibi sorunlar konusunda hastaya yardım edebilirlerken psikoz, nevroz ve şizofreni gibi hastaların tedavilerinde de oldukça kullanışlıdır. Bunlardan en şiddetli olan şizofreni gündelik işlevi etkileyen kronik ve şiddetli ruhsal bir beyin hastalığıdır. Sanat terapisi bu hastalığın motivasyon eksikliği, sosyal içe çekilme,

iletişim güçlüğü ve bedensel yetenekler gibi negatif semptomlarını ve pozitif semptomlarını tedavi ederken ilaç tedavisi ile birlikte kullanılır (Malchiodi, 2011).

2.2.1.1. Sanat Terapisi ve Kendilik Algısı

şizofreni spektrumu, kişinin kendilik algısında bozulmalara sebep olarak, kişinin hayatını uzun soluklu etkiler (Holm ve ark., 2017). Kendilik algısı kişinin kendini nasıl algıladığı, grd ve aynı zamanda dışarıdan nasıl algılandığı ve geri bildirimlerle şekillenen kişinin kendisine dair olan bakış açısıdır. Kendilik, dinamik ve aktif bir sistemdir. Kişi, kendiliğini tekil ve öznel bir perspektif içinde, kendi bedeni ve sınırları ile uyumlu ve bütün bir halde algılar (Parnas & Henriksen, 2014). Jung'a göre benlik bütündür ve bilinçaltı ve bilinci de içererek psişesiye oluşturur. Kişinin nihai amacı benlik btnln sağlamaktır. Bireyleşme olarak vurguladığı bu süreç, aktif bir şekilde kendiliği oluşturmak için harcanan çabalar ile olur. Her ne kadar kişinin bilinç altı ve bilinç arasında çatışma varsa da, ego sayesinde denge sağlanır. Psikopatoloji, kişinin benlik btnl salanamadığında, oluşur (Engel, 1955).

Eğer kişi, dünyanın içinde var olma hissini deneyimleyemez, kendi bedeni ile uyumlu bir özne olarak yaşantılayamazsa, kendilik deneyimini gerçekleştiremez (Henriksen & Parnas, 2014). Kişinin bu varolma deneyimi belirli sınırlar ve gerçeklik içinde olur. şizofren birey için, dünyanın öğeleri sadece kendisi için anlam taşıyan bir halde var olur. Yani, kişi dış gerçekliğin dışında kendine ait bir dünya içinde yaşar (Laing, 1960). Bunun bir sonucu olarak, i gerekliinde var olanlar ve dış gerçeklik arasındaki farkı kavrayamadıkları gözlemlenir. Bir çeşit beden ve zihin ayrımı yaşantılanarak, kendini dış dünyadan tamamen farklılaşmış ve ayrıksı hissedebilir (Parnas & Henriksen, 2014). Bedenini kendisinden ayrı bir obje gibi hissettiği için, kendi bedeni ve sınırları arasındaki ayrımı tahayyül edemez (Payne, 1992). Burada, kendilik algısının temel bileşenlerinden olan beden algısı, zarar görmüştür (Hoffer, 1950). Beden algısı, en basit hali ile, kişinin kendi bedenine ve bu beden oluşturduğu parçalara karşı duygu, düşünce ve yargılarını içerir (Aslan,2004). ocuk, beden algısı gelişene kadar kendi ve kendi olmayan arasındaki ayrımı yapamaz. Annesinin bedeni kendi bedeninin uzantısı gibidir. Henüz, beden algısı gelişmediği için kendi bedenini de çevredeki herhangi bir objeymiş gibi algılar (Hoffer, 1950). Eğer ocuk sağlıklı bir şekilde gelişim gösterirse, 1 yaşından itibaren beden algısı gelişmeye başlar (Aslan,

2004). Beden algısında bir problem olur ise, kişinin gelişiminde ve algısında bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Şizofreni spektrumuna sahip olan hastaların bedeni hakkında algıları değişmektedir. Vücut parçalarını kaybettiğini ya da vücudunu bozulmuş şekilde algıladığını beyan eden vakalar bulunmaktadır (Crespo, 2003). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastaları bacak uzunluklarını, olduğundan daha küçük algılamışlardır. Bu bağlamda, beden ölçüleri hakkında yaptıkları yanlış çıkarımlar, beden algısının değişime uğradığını gösteren bir kanıt niteliğindedir (Nargis, 2011). Burada, hastanın kendi beden imgesini değerlendirme ve yorumlama yaparken hata yapması rol oynamıştır (Sakson, Obada, 2016).

Benim, bana göre gibi birinci tekil perspektifi, kendiliği oluşturan çekirdeği de içinde barındırır ve sürekliliğe sahiptir. Kişi bilinçli olarak kendi varlığının farkındadır. Dış çevreden ve kendisinden onay beklemesine gerek yoktur. Çünkü, kişi kendi perspektifinden bu durumu deneyimleyebilir. Kişi özne olarak kendi bakışı doğrultusunda dünyayı deneyimler. Şizofrenlerde, kişinin kendi farkındalığı ile ilintili olan birinci tekil şahıs perspektifi zarar görmüştür. İçgörü eksikliği ya da yokluğu bu patolojinin belirleyici özelliklerindendir. Kişi kendine dair iç görü geliştiremez, hastalığının bir sonucu olarak deneyimlerini algılayamazsa acı çeker. (Selçuk, 2010). Kişi kendine ait düşünceleri, dışarıdan başka bir objeyi algıliyormuş gibi deneyimler. Kendi sahip olduğu duygu ve düşüncelerine o kadar uzaklaşır ki duygu ve düşüncelerini yaşantılayamaz ve onları sahip olduğu materyallermiş gibi hisseder. Canlılığını kaybederek kendini robot gibi hissettiğini ve herhangi bir duygu hissetmediğini beyan eden, şizofren vakalar dahi bulunmaktadır (Parnas & Henriksen, 2014). Sağlıklı bireyler, dünya içinde var olurken, duygu ve düşünceleri yaşantılanır. Şizofren kendi zihninin kurguladığı ve başkaları için bilinemez bir dünya içinde var olur. Dış dünya ve iç dünya kaotik bir gerçekliğe bağlı bir kişi için kendilik perspektifinden bahsedilemez. Burada kendilik perspektifinin tekilliğe sahip olmaması etkileyen bir faktör olmuştur (Henriksen & Parnas, 2013).

Kişinin kendine dair farkındalığı aynı zamanda çevreye farkındalığıyla ilişkilidir. Yani, birey kendi ile tutarlı bir dünya içinde kendini yaşıyor hissederse, başkalarını da gerçek, yaşayan ve sürekli bireyler olarak algılar. Eğer bireyin, gerçeklik algısı zarar görür ise, başkaları ile kurulan her iletişim, onun için potansiyel bir tehdit oluşturur.

Varoluşu güvensiz bir temel üzerine kurulu olan şizofren, başkası ile temas etmekten korkar. Çünkü, öteki ile iletişim kurmak, benliğini kaybetme olasılığını da beraberinde getirir. Ötekinin kendi benliğini yutmasından kendini savunmak için, karşıdaki kişiyi taşlar ve kişiliksizleştirir. Taşlaştırma ile, karşıdaki kişi bir nesneye, o'ya dönüştürülür. Kişi ölü bir varlık olarak algıladığı için, şizofren kendine emniyetli ve ondan etkilenmeyeceği bir alan oluşturmuş olur. Kişiliksizleştirme ile, kişi karşısındakini hissizmiş gibi görmeye ve ona hissizmiş gibi davranmaya başlar. Karşıdaki kişiyi nesneleştirmek için girilen bu çabalar, kişinin benliği savunmak için yaptığı aksiyonlar olarak görülse iletişimin bariyerlerindendir. Sağlıklı iletişim kuranlar için öteki ile iletişim, kişi için hem sosyal hem zihinsel bir doyumlu da beraberinde getirir. Kişi karşıdaki ile anlaşmazlığa düşse bile bu durum onun varlığı için tehdit oluşturmaz. Laing (1960), balina yunusu yuttuğunda, yunusun sadece yutulmuş bir yunus olduğu ve yutulma eyleminin onun varlığına karşı bir saldırı oluşturmadığından bahseder. Bu durum, şizofren bireyin kendi algısına uyarlandığında, şizofren için yutulma fiziksel bir eylemden ziyade, varoluşsal bir anlam taşır. Yani, kişinin başkası tarafından yutulması, kendi varlığının ölümünü simgeleyen bir eylemdir (Laing, 1960). Kişi dış dünyadan geri bildirim alamaz ve kendi gerçekliği içinde var olur ise, kendiliğini kanıtlayabildiği ve gözlemleyebildiği bir durumdan maruz kalır. Çünkü kişinin kendiliğini algılaması, dışarıdakinin algısından büyük oranda etkilenir. Kişi karşısındaki bireyi bir ayna gibi kullanarak, kendine dair bir bakış açısı oluşturur (Cooley, 1902). Kişinin kim olduğu ve nereye ait olduğu sosyal varlığından ayrıştırılamaz. Kişi doğası gereği, sosyal bir canlı olarak varlık gösterir ve başkaları ile iletişimi ile varlığını pekiştirir (Oyserman, 2001). Şizofreni spektrumuna sahip birey, sosyal iletişimde varlık gösterebilmek için, sahte bir benlik oluşturur. Görünürlüğü için sahte benliğe ihtiyaç duyar fakat; sahte benlik, onu yapay ve mekanik davranış, his ve bilişlere sürükler. Sahte benliği o kadar şişer ve kapsayıcı olur ki, asıl benliği soluk, ölü, yaşamıyor olarak duyumsanır (Laing, 1960). Her ne kadar sahte benliği ile sosyal hayatta görünürlük gösterebilse de kendini ifade ettiği, kendine özerk bir kimlik oluşturmaz. Kendine özerk bir birey, temelini güvenli bir temele oturtabilir ve kendiliğini bu temel üzerinden inşaa eder. Fakat şizofren, kaotik bir düzlemde var olmaktadır. Kendini, korumak için yaptığı edimler aslında, kendi varlığını sabitlemek içindir. Kendi, güvensiz bir dünya da kırılgan ve yokmuş gibi hissedebilir. Potansiyel

olarak hareketi, kendini savunma ve tehlikelerden uzak durmak üzerinedir. Kendi kendisiyle de güvenli bir bağına sahip değildir. Bu sebeple evrende ona güvenli olabilecek bir alan var olmayabilir.

2.2.1.1.1. Sanat Terapisi ve Şizofreni Spektrum Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi

Sanat terapisinin psikotik vakalarda kullanılması üç dönemde incelenebilir. Bu dönemler, birinci dönem, ikinci dönem ve üçüncü dönem şeklinde ayrılmaktadır. Bunlardan ilki, 1950 li yıllar sonlarına denk gelmektedir (Killick & Schaverien, 1997: 152). Edward Adamson, şizofreni hastalarının da bulunduğu akıl hastanesinde tedavi gören ve daha önce EKT, lobotomy uygulamaları görmüş hastalarla çalışmıştır. İyileşmek ve tedavinin, kişinin kendini sanat ve kendi üretimleri dolayısıyla gerçekleştirileceğini savunmuştur. Sanat terapi çalışmalarında özellikle, yönlendirici ve müdahaleci olmayan bir yöntem izlemiş ve hastaların kendilerini rahatlıkla ifade edebilecekleri bir çalışma ortamı hazırlamıştır. “Kişi stüdyoya geldiğinde, ne çizmesi gerektiğini asla söylemem; esas olan, fikrin tamamen kendisine ait olmasıdır. Bu yaklaşım epey sabırlı olmayı gerektiriyor, bazen birinin yaratıcılığının ortaya çıkması için haftalar, aylar, hatta yıllarca beklememiz gerekiyor. Yapabileceğim tek şey serbest bir atmosfer yaratmak ve gerekli boya ve kağıdı el altında bulundurmak. Kişi gelmemeye ve benimle zaman geçirmeye hazırsa, ben de gerektiğinde ona katılmaya hazır olmalıyım” (Adamson, 1984: 7). Adamson’un yaratıcı sürece izin veren tutumu hastanın motive olmasını ve yaratma gücünü desteklemiştir. Ayrıca, hastaların üretimlerini “şizofrenik sanat” adı altında sergilemelerini sağlamıştır. Bu durum, şizofrenlerin maruz kaldığı etiketlemeleri ve toplumun onlara karşı saldırgan tutumlarını değiştirmeyi ve bu hastaların kendilerini ifade güçlerini geliştirmeyi amaçlamaktadır (Adamson, 1984).

Şizofreni ve veya psikotik hastalarla, sanat terapisi çalışmalarını yapan bir diğer sanat terapisti E. M Lyddiatt’dır. Lyddiatt Jungcu bakış açısını benimsemiştir ve hastanın sanatsal malzeme ile geçirdiği sürece ve deneyime önem vermiştir. Ona göre, hastanın dışavurumunu anlamak ve hasta ile iletişim kurmak büyük önem taşır. Sanat üretiminin kendiliğindenliğini vurgulamıştır. Kişi ilk olarak maddeye form verir, sonra malzeme yapan kişi tarafından yeniden deneyimlenir; son olarak da kişi dışavurduğu

için kendini rahatlamış ve canlı hisseder. Lyddiatt'ın bakışında, hastaya destek ve saygı hüküm sürer (Killick & Schaverien, 1997). “Tanı ve diğer tıbbi prosedürler sanat biriminin ilgi alanına girmez. Kişi şizofreni olarak yaftalanmış bir hastalığa tutulmuş olabilir, ama o hala bir insandır- kimi kavramlar abartılmış olsa da, zihni hala diğer zihinler gibi çalışır. Özünde değişmemiştir ve çoğu kez yeniden sağlığına kavuşturulabilir” sözü ile kişiye verdiği değeri ve insancıl yaklaşımı görebiliriz (Lyddiatt, 1952:5-6).

İkinci dönem, 1960 ve 1970 tarihlerine denk gelmektedir. Bu dönemdeki psikoterapistler, hümanizm akımından etkilenmişlerdir ve sanat terapisinin yaratıcılıkla bağlantısını desteklemektedirler. Alan içinde genel geçer yargılara karşı durulmaktadır ve bakış açıları, sanat alanında devrim niteliği taşımaktadır. Zihinsel hastaların dahiliğini öven “deli dahi” kavramı önerilmektedir (Killick & Schaverien, 1997). Holtom (1978), sanat terapisi ile psikiyatri alanının arasındaki sürtüşmeden bahsederken hastaların en etkili resimlerinin hastalıklarının alevlenme döneminde gerçekleştirdiklerini; iyileşmeye başladıkça resimlerinin gittikçe basitleştiğini vurgular (Holtom, 1978:40). Eğer kronik psikozdaki hastaların resimlerinin anlamı çözülür ise, yaratıcılık anlaşılacaktır önermesi bu hastalığa yakalananların üretimlerinin önemini vurgulamaktadır (Killick & Schaverien, 1997).

Psikotik geçmişi olan hastaları anlamaya yönelik çalışmalar yapan ve aynı zamanda antipsikiyatri akımının temsilcisi de olan R. D Laing'dir. Laing, psikoz hastaları üzerine çalışmalarını oluştururken, hastaları incelemek ve gözlemlemek yerine; onları anlamak gerektiğinin önemini vurgulayarak klinik alanda büyük gelişmeler sağlamıştır. “Laing’ in temel önermesi, psikozdaki hastaların söylediklerinin, ilk başta saçma bir ‘sözcük salatası’ gibi görünseler de, aslında anlamlı olduklarıdır” (Killick & Schaverien, 1997: 161). Laing’in şizofreni hastalarını anlamaya yönelten bakış açısını benimseyen pek çok sanat terapisti ise, klinik alanda insanı anlamaya yönelik önemli girişimlerde bulunmuştur.

Üçüncü dönem ise, 1980 ve 1990 yılları arasına denk gelmektedir. Bu dönemde akıl hastaneleri daha sosyal bir konu olarak ele alınmaya başlamıştır ve bu dönemin sonlarına doğru kapatılmasına yönelik girişimler olmuştur (Killick & Schaverien, 1997). Daha sistematik bir bakış açısı farz alınarak, vakalarla çalışılmıştır. Sinir bilim sanat

terapisi alanına girerken, psikodinamik odaklı bakış etkisini kaybetmeye başlamıştır. Sinir bilim, sanat terapisi uygulaması ile beyin bölgelerinde oluşan aktivasyonları incelemiştir (Greenwood, 2012). Zihinselleştirme Temelli Terapinin geliştirilmesi ile, sanat terapistleri somut teknikler ile zihni inceleme alanına almışlardır (Bateman & Fonagy, 2006). Sanat terapisi uygulamasının, kişinin sağ ve sol beyin iletişimi güçlendirdiği bunun da; şizofreninin negatif semptomları üzerinde etkisi olduğu önerilmiştir (Greenwood, 2012).

Sanat terapisi iletişim yolu olarak, müzik, dans, resim gibi sanat materyallerini kullanarak şizofreni spektrumuna sahip bireyin kendilik algısını geliştirmek için oldukça yararlı sonuçlar elde etmektedir. Bu terapi yolu ile psike sembolik bir düzlemden aktarım alanı bulur. Üretilen sanat ürünü dolayısı ile kişi, iç dünyasının yansımalarını somut olarak görme imkanına sahip olur. Gerçek ile zihin ürünü arasında ayırım yapamayan şizofreni spektrumuna sahip birey (Kapur ve ark., 2005) için sanat terapisi bu hastayı gerçeklik ile bağlantısını geliştirdiği için önemlidir. Şizofren birey sadece kendi için geçerli olan anlam düzleminde var olduğu için gerçekliğe uzaklaşır. Kolaj çalışması ile, gündelik hayatta gördüğü objeler ile çalışır. Resimleri oluştururken bu resimlerle iletişim kurması, onu zihninin oluşturduğu düzlem içinden dış gerçekliğe uyum sağlamasına yardımcı olur (Moriarty, 1973). Sanat oturumlarında manzara, somut objelerin resimleri gibi somut konular seçilmesi ayrıca önem taşır (Honig, 1977).

İç gerçeklik ve dış gerçeklik arasındaki farkı kavramsallaştıramayan şizofren, kendi çektiği fotoğraflar ile, kendi ve nesneler arasında mesafesini ayarlayabilir. Çektiği fotoğraf anlık gerçekliğin somut bir kanıtı niteliğindedir. Zihinsel dünyasında ve asıl olan arasındaki farkı gözlemlediğinde gerçeklik hakkındaki algısı gelişme gösterir (Phillips, 1986). Buna ek olarak kendilik algısının önemli bileşenlerinden olan beden algısına dair farkındalığı, sanat terapisinin bir yöntemi olan hareket ve dans terapisi ile geliştirilir. Kişi bedenini sallayarak uzuvlarını hissederek, esneme, tırmanma ve sıçrama çalışmaları ile uzuvlarının başlangıç ve bitim noktalarının farkına varır. Grup dans terapisi çalışmalarında ise, kişi kendi bedeni ve ötekinin bedeni ile iletişim kurar. Esneme, itme gibi egzersizler kişinin hem kendi sınırlarını hem de diğer kişinin bedeni ile ayrımlarını keşfetmesi açısından öğreticidir (Payne, 1992).

Sanat terapisi, ne iç ne dış, üçüncü bir alan oluşturur. Terapist ve danışan arasındaki bu alanı, birlikte oluşturdukları yaratıcı edimler ile olur. Bu süreç içinde önemli olan kendilik ancak ve ancak sanat ve oyun gibi yaratıcılığını ortaya çıkartan alanlar dolayısı ile geliştirilebilir (Ehrenberg, 1976). Bu üçüncü alan dolayısı ile, danışan ve hasta arasındaki terapötik ilişki, hızlanır ve daha hızlı verim sağlanır. Sanat nesnesi ile çocuklar doğrudan iletişime geçer (Eracar, 2013). Şizofren birey için de terapisti ile arasına bir nesne koyması rahatlatıcıdır. Çünkü, doğrudan iletişim kurmak onun için anksiyete uyandırıcı olabilir (Killick & Schaverien, 1997). Eğer fotoğraf makinasının objektifi dolayısıyla iletişim kurarsa, potansiyel iletişimin yaratabileceği risk azalır. Fotoğraf makinası üzerinden temas eder. (Cosden & Reynolds, 1982). Normalde, başkasına temas etmek, yutulmak ve varoluşu için potansiyel bir tehdit anlamına gelebilir (Laing, 1960). Terapide kil kullanıldığında, kişi başkaları ile kuramadığı temas hissini deneyimler. Kil bedene yapışır ve kil ile temas kesilse bile, madde ile iletişim devam eder. Bu, aynı sağlıklı iletişimin canlılığı ve sürekliliği gibidir (Schaverien & Killick, 1997). Kişinin kendilik oluşumu başkaları ile iletişimleriyle şekillenir. Kişi, ötekini bir ayna gibi kullanır ve ötekinden aldığı geri dönüşler bütünlüğü için önemli ipuçlarıdır (Cooley, 1902). Hareket ve dans terapisinde aynalama tekniğinde kişi ötekinin hareketlerini tekrar eder ve bir hareket ile cevap verir. Hareketleri tekrar edilen kişi de aynı hareketi öbür kişi için yapar. Böylece, kişi hem ötekinin hareketini kabul etmiş ve uyumlu bir cevap vermiş, hem de kendi hareketi karşı taraf vesilesiyle kabul görmüştür. Bu teknik, kişinin hem sosyal iletişimlerini hem de ötekine karşı olan güven duygusu geliştiricidir (Göktepe, 2015). Grup ile yapılan müzik çalışmalarında da aynalama metodu kullanılır. Aynı hareket ve dans terapisindeki gibidir burada kişi ses ile yanıt verir (Wigram, 2004).

Sanat terapisi kişinin iç dünyasını aktarmak için bir köprü görevi görür (Schaverien & Killick, 1997). Psikotik birey, psikoza neden olan benliğini sanat nesnesi ile dışarı vurduğunda, psikoza neden olan baskı boşaltımını sağlar. Kendini aktarma alanı bulduğu için benliği artık psikoz üretmeye gerek duymaz (Montag ve ark., 2014). Psikoz kişinin hayatında sosyal, bilişsel, emosyonel hayatında şiddetli zararlara yol açar (Martindale, 2007). Psikotik semptomlardan özellikle işitsel halüsinasyonların müzik ile azaldığı görülmektedir (Margo ve ark., 1981). Pozitif semptomların yıkımına uğramış, ya da hala etkisinde olan kişilerin, çizim yolu ile kendiliklerini sabitlemeye çalıştıkları

ve bunun için çizimlerinin üzerine yazı yazdıkları gözlemlenir (Schaverien & Killick, 1997). Sanat terapisi, şizofrenin kendilik algısındaki parçalı ögeler, resmin somut çerçevesi içinde dışsallaşır. Kişi, benliğinin parçalı ögelerini dış bir çerçeveden görme olanağı tanır. Sanatın güvenli alanı dolayısı ile, geçmişte yaşanan ve hastanın bilinç altında bastırılarak kendisine acı veren olaylar terapinin burada ve şimdinde, yeniden yorumlanır (Heimlich & Mark, 1990). Kişi terapi içinde, yorumlarken kontrol kendisinde olduğu yeni bir perspektif geliştirir. Terapi içinde dönüştürme ve değiştirme özgürlüğüne sahip olması kişinin kendiliğini destekleyicidir (Morais ve ark., 2013).

Şizofren birey yaşamına yön veremediği ve kontrol sahibi olamadığı için acı çeker (Laing, 1960). Kolaj çalışması yaparken, istediği dergilerden resim kesme, kağıdın istediği yerine yapıştırma özgürlüğünü deneyimlemek, kişiye seçim özgürlüğü tanır (Moriarty, 1973). Seçim yapmak ve bu seçimlerin sorumluluğunu üstlenmek, kişinin kendisini tam ve bütün hissetmesi için önemli bir koşuldur (Yalom, 2002). Maske, kişinin benliğinin farkındalığı için oldukça önemli bir araçtır. Benliğin bir katmanı olan personayı simgeleyen maske ile bastırıldığı ve kendini temsil etmeyen öge simgelenir. Terapi de maske ile çalışıldığında şizofren, kendini temsil etmeyen ögenin farkına varır. Süreç içinde bu öge ayrıştırılmaya çalışılır ve baskılanan asıl kendiliği ortaya çıkar (Landy, 1985). Bu durum, kendine dair özerk bir benlik oluşturmak için basamak olarak görülebilir.

Sanat terapisi, geleneksel terapiden farklı olarak, tek iletişim aracının sözel ifade olmadığını, başka ifadeler ile iletişim kurulacağını savunur. Özellikle dil ve bilişsel yetenekleri bozulmalara uğrayan şizofreni spektrumuna sahip birey, sanat terapisinden oldukça yarar sağlar (Stallings, 2015). Sanat terapisinde, hem sağ hem sol beyin koordine halde çalışır. Sağ kısım, sanat materyali ile iletişim kurmak ve üretim sürecinde rol oynarken; sol beyin ise paylaşım periyodu kısmında yani sözel aktarım ile aktive edilir. Ayrıca sanat terapisi grup çalışması olarak uygulandığında, kendisi grup kohezyonunu artırır. Grup içinde paylaşım periyodu kullanılır. Bu periyotta kişiler hem kendi üretimi hem de grup arkadaşlarının üretimleri hakkında geri bildirimde bulunur. Böylece her kişi, kendi duygu ve düşüncelerini güvenli bir ortam dolayısıyla ifade etme imkanı bulur. Burada kişi, daha önce yaşadığı kendisine dair karışıklıkları tamir etme olanağı bulur (Crespo, 2003). Şizofren, kaotik bir düzlemde yaşar. Benliğindeki yıkım

onun öteki ile sağlıklı ve sürekli ilişkiler geliştirememesine sebep olmuştur (Laing, 1960).

Grup üyeleri ile yaşanan sosyalleşme, grup dışındaki kişiler ile olan iletişimin yerine konduğunda, kişinin iletişim becerileri terapi içindeki güvenli alan yardımı ile geliştirilir. Grup içinde onaylanan ve geri bildirim için desteklenen kişi, kendi düşüncelerini beyan etme gücü bulur ve iletişim için risk alır. Bu durum, kişinin kendine güven duygusunu geliştirir. Birlikte sanat terapi çalışmaları da grup uyumunu artırır. Birlikte çalışmak hem kişinin kendi grup içi iletişimini geliştirir (Crespo, 2003). Ortak bir üretimde bulunan kişinin birliktelik duygusu gelişir (Eracar, 2013).

Sonuç olarak sanat terapisi, diğer terapilerin aksine sadece semptom ve semptomdaki iyileşme odaklı değildir. Daha bütüncül bir pencereden kendiliği oluşturma çabası içine girmektedir. Alternatif yöntemleri kullanarak şizofreni spektrumuna sahip bireyin, kendini somut, sınırlı bir çerçeveden sunabileceği, semboller ile desteklenen, yaratıcılık ile desteklenen bir alan yaratır. Kişinin hastalık ile zarar gören birinci tekil şahıs perspektifini güçlendirerek, özerk bir ve sosyal dünya ile uyumlu bir kendilik oluşturma için yardımcı olur (Parnas & Henriksen, 2014).

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu çalışma, DSM V kriterine göre Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklara sahip hastalarda sanat terapisinin kendilik algısında değişimler üzerine etkisi olup olmadığını nitel ve nicel ölçeklerle ölçmeyi amaçlamıştır. Sosyal Karşılaştırma ölçeğinin etkililiği ve Pozitif ve Negatif Semptomlardaki değişme öntest son test olarak ölçülmüştür. Kişisel gözlemler kullanılmıştır.

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklem grubunu, Pendik Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne katılan, 18-50 yaş aralığındaki, DSM-5 tanı kriterine göre, şizofreni spektrumuna sahip 16 hasta (2 kadın, 14 erkek) oluşturmuştur. Deney grubu için 8; kontrol grubu için ise, 8 kişi basit rastgele yöntem ile ayrılmıştır. Deney grubundaki, 3 kişi ortaokul, 5 kişi lise mezunu iken; kontrol grubunda 4 kişi ortaokul, 3 kişi lise ve 1 kişi üniversite mezunudur. Deney grubu, 8 Şubat- 19 Nisan tarihleri arasında sanat terapisi uygulaması almıştır. Kontrol grubuna ölçekler dışında hiçbir çalışma uygulanmamıştır.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri:

1) DSM V' e göre Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar kriterinden, Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, Tanımlanmış diğer bir şizofreni kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk ve Tanımlanmamış diğer bir şizofreni kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk tanı kriterlerine uymak.

2) Son 2 ay içinde atak geçirmemiş olmak.

3) Daha önce sanat terapisine katılmamış olmak.

3.1.1.1. Çalışmanın Dışlama Kriterleri:

1) DSM V' e göre Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar kriterinden, Şizotipal Kişilik Bozukluğu, Sanrılı Bozukluk, Kısa Psikotik Atak, Şizofreniform Bozukluğu, Başka bir sağlık durumuna bağlı psikotik bozukluk, Maddenin yol açtığı psikotik bozukluk, Katatoni kriterlerine uymak.

2) Mental kapasite yetersizliği ve bilişsel problemler (demans, alzheimer vb) varlığı

3) Sanat terapisi uygulamasına katılmış olmak

4) Psikotik atak geçiriyor olmak

3.1.2. Sanat Terapi Grubu

Oturumlar, Pendik Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde gerçekleşmiştir. Her oturum, 90 dakika sürmüştür.

Her oturumda önceden belirlenmiş ve bir konu çalışılmıştır. Sanat terapisi uygulaması, ısınma egzersizi ("buraya kendinizle ilgili neler getirdiniz", "şu anda nasılsınız", 20 dakika), yönergenin verilmesi ve çalışılacak sanatla ilgili aktivite (30 dakika), mola (10 dakika), ürün hakkında paylaşım (20 dakika) ve kapanış (10 dakika) şeklindedir.

Çalışma, kronik hastalar ile uygulanan grup sanat terapi çalışması protokolüne bağlı kalınarak 10 hafta sürmüştür (Green ve ark., 1987). Yönergeler ve uygulamalarda, Sanatla Psikoterapi Derneğinin çalışmalarına bağlı kalınmıştır. Oturumların aşamaları planlanırken Göktepe'nin deneyimlerinden ilham alınmıştır (Göktepe, 2015). Yönergeler oluşturulurken, psikiyatri hemşiresi Begüm Dağ' dan destek alınmıştır. Yönergeler sonrası resim hakkında paylaşım kısmı olmuştur. Betensky (1995)'nin kullandığı fenomenolojik yöneme bağlı kalınarak oluşturulmuştur.

3.2. Sanat Terapi Çalışmasında Kullanılan Yöntemler

a. Kolaj Çalışması:

Kolajın, şizofreni hastaları için en az tehditkar çalışma olduğu düşünülmektedir. Kolaj çalışmasında hazır kaynaktan elde edilen resimler kullanıldığı için, hastaların çizim yetenekleriyle alakalı oluşabilecek kaygıları azalır. Kompozisyon oluştururken, malzemeler arasından hangi materyalin kullanılacağı, kesileceği, nereye yapıştırılacağı, kişinin seçimlerine ve isteğine bağlıdır. Kişiye seçim özgürlüğü tanınması, özgüven geliştiricidir. Kolajda, resimler gazete ve dergilerden seçilir. Bu resimler somuttur ve dış dünya ile ilgilidir. Kolaj çalışması yaparken kişi, gerçekte var olan objelerin resimleri ile çalışır. Bu durum, iç çatışmaları dolayısı ile sıkışan şizofrene, somut objelerle iletişim kurma ve kendini aktarırken bu objeleri kullanma olanağı tanımış olur (Moriarty, 1973). .

Kolaj sözlü iletişimi geliştirmek için kullanılır. Dil ve bilişsel yetenekleri sınırlı olan vakalar görsel materyal ile çalıştığında, kendi sınırları dışında aktarım yolu bulurlar. Başka türlü ifadesi künt olan, seçilmiş fotoğraf ile daha rahat ifade edilir (Stallings, 2015). Hastane yatışı olan 8 kronik şizofreni spektrumuna sahip hasta ile grup kolaj çalışması yapılmıştır. Terapi öncesi ve sonrası incelendiğinde, kendini sözlü ifade etmekte zorlanan hastaların ifade güçlerinin geliştiği bulunmuştur. Grup içindeki, geri dönüşler, gerek kendi gerek grup arkadaşlarının özgüvenini güçlendirmiştir. Sosyal iletişimi destekleyen imgesel anlatımın, sözlü iletişim için de bir basamak olduğu düşünülmüştür (Moriarty, 1973).

Tez çalışmasında, ilk oturum olarak planlanmasının ana sebebi, kişilerin sanata dair yetenek gerektirmeyen bir çalışmanın içinde olduklarını göstermek ve onları sanat terapisi için ısındırmaktır.

b. Hareket ve Dans Terapisi

“Dans/hareket terapisi psişik sağaltımı beden ve zihin arasında köprü kurarak ve dansın yaratıcı ifadeye yönelik elemanlarını kullanarak gerçekleştirmeyi esas alan bir yaratıcı sanat terapisi yöntemidir” (Çatay, 2008).

Hareket ve dans terapisi psikiyatri hastalarının beden ve bütünlüğünün farkındalığını arttırarak bu hastaların sağaltımlarında kullanılmaktadır (Payne, 1992). Şizofren hastaların kendi bedenleri hakkında algıları değişmektedir. Beden ölçüsü algısında, bacak boylarını olduğundan daha küçük algılayan şizofren ve şizoaffektif bozukluğa

sahip hastalar bunu kanıtlar niteliktedir (Nargis, 2011). Vücut parçalarını kaybettiğini ya da vücudunu bozulmuş şekilde algıladığını beyan eden şizofren vakalar bulunmaktadır (Crespo, 2003). Hareket ve Dans terapisi yardımı ile, şizofren birey, kendi bedeni ve beden bölümleri arasındaki sınırları ve birleşimleri hisseder. Esneme, sıçrama, el çırpma, tırmanma, el ve ayaklarına vurma çalışmaları ile uzuvlarının sınırlarını algılar (Payne, 1992). Kendilik gelişimi ile beden algısı arasında doğru bir orantı vardır (Eracar, 2013).

Empatik yansıtma, terapist hastanın bedeni ile empati kurar ve hastanın hareketlerini hem hareket hem de duygu olarak yansıtır. Hasta, beden hareketleri dolayısıyla kendi öznel dünyasının yansımaları görür. Aynı zamanda, hasta anlam veremediği his ve düşüncelerine dair farkındalık kazanır. Kişiye kabul görüldüğü bir alandan temas etmek, kişinin öteki ile etkileşim ve güven hissini pekiştirir (Çatay, 2008). Güven duygusunu pekiştirmek için grup içinde aynalama tekniği uygulanır. Aynalama tekniğinde, kişi, ötekinin hareketlerini aynalar, dönüştürür ve hareketlerine karşı uyumlu bir cevap verir. Şizofreni hastalarının güven duygusunu oluşturmak için de aynalama tekniği kullanılır (Göktepe, 2015). Şizofren birey dış dünyada anlam bulamaz ve çevresine karşı güven kaybı yaşar (Lysaker & Lysaker, 2008). Bu hastalarla hareket ve beden ile çalışıldığında, güven duyguları tekrar geliştirilir. Kişi, mikro düzlem içinde geliştirdiği güven duygusunu dış gerçekliğe adapte eder (Göktepe, 2015).

c. Müzik Terapisi

“Müzik terapisi, bir müzik terapistinin bir danışan (client) veya grupla, onların fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve kognitif ihtiyaçlarına karşılık verebilmek adına iletişim, diyalog, öğrenim, mobilizasyon, ifade, organizasyon ve bunlarla ilişkili diğer terapötik amaçları gerçekleştirebilmek ve kolaylaştırmak amacıyla planlı bir süreçte müzik ve/veya müzikal unsurları (ses, ritim, melodi ve armoni) kullanmasıdır” olarak tanımlanır (Schapira & Hugo, 2005). Müziğin katartik etkisi antik çağlardan beri bilinmektedir. Terapi içinde kullanılması ile, kişinin duygusal, psikolojik, sosyal, bilişsel ve fiziksel durumlarında iyileşme sağlanması amaçlanır (Grocke ve ark., 2008).

Müziğin tonu ve insan üzerindeki etkisi farklıdır. Yüksek tonlu müzik dinlemek depresyona iyi gelir, yaşam enerjisini artırır; yavaş tonlu müzik ise rahatlatır,

uyarılmayı azaltır ve iyi oluşu arttırıcı etkisi vardır (Hirokawa and Ohira 2003). Müziği fon müziği olarak kullanmanın kişinin performansı üzerinde pozitif etkisi bulunmuştur. Fabrika işçilerinin en verimli çalıştığı zaman dilimlerinden sonra bir uyaran olarak fon müziği verildiğinde, işçilerin dikkat, uyarılma ve iş performanslarının arttığı gözlenmiştir (Fox & Embrey, 1972). Buna ek olarak, arka planda çalan müziğin kişinin modu üzerinde etkisi vardır. Neşeli, pozitif müzik dinletilenler, kendilerini daha olumlu ve mutlu olarak ifade ederken; üzgün, depresif şarkılar dinleyenler daha üzgün, negatif duygulanımlara sahip olmuştur (Sousou, 1997).

Müzik dinleme çalışmalarının, odaklanılmış dikkat üzerinde pozitif etkisi olduğu düşünülmektedir (Särkämö & Soto, 2012). Dikkat gibi bilişsel fonksiyonlarda etkisi olduğu düşünülen dopaminerjik nöronların (Nieoullon, 2002), aktivitesinin müzik dinlendiğinde arttığı görülmüştür (Sutoo & Akiyama, 2004). Oturumlarda, yönergeyi uygulama aşamalarında, arka planda klasik müzik dinletilmiştir. Hastalar oy birliği ile müzik arka planda çalarken daha rahat konsantre olduklarını söylemişlerdir.

Müziğin zihinsel hastalıklarda kullanılması ile, psikiyatrik hastaların genel, sosyal ve zihinsel durumlarında gelişmeler sağlanmıştır (Grocke ve ark., 2008). Müzik dinletme çalışmaları ile, şizofreni hastalarında etkili sonuçlar vermiştir. Akut şizofreni hastalarından oluşan deney grubuna 10 hafta boyunca, farklı tarzda müzikler dinletilmiş, şarkı söyleme ve karaoke çalışması yaptırılmıştır. Deney grubu, kontrol grubuna göre, psikotik semptomları gösteren ölçekte daha düşük puan almıştır. Deney grubunda pozitif ve negatif semptomlardaki azalma istatistik olarak anlamlı bulunmuştur. Pasif müzik dinleme çalışması ile, şizofreni hastalarının halüsinasyonları, düşünce karışıklıkları azalmış; sosyal iletişim becerileri ve duygularını ifade güçleri artmıştır (Peng ve ark., 2010).

Aktif olan müzik terapi çalışmalarında ise, kişi müziği iletişim biçimi olarak kullanırken, terapi içinde aktiftir. Talwar (2006) 12 hafta müzik terapisi çalışmasını şizofreni hastalarına uygulamıştır. Çalışmada, PANNS ölçeği terapi öncesi ve sonrası uygulandığında skorların genelinde, istatistik olarak anlamlı bir düşüş gözlenmiştir. Bu çalışma daha uzun süreli etki için yapılacak çalışmalara dayanak oluşturmuştur (Talwar ve ark., 2006).

d. Mandala Çalışması

Tibet Budistleri tarafından kullanılan mandalanın çembersel formu evreni sembolize eder. Katmanlar, en iç çemberden en dış çembere doğru; kişi, çevre ve kültür şeklinde mikro evrenden makro evrene doğru sıralanır (Hancock, 1990). Jung'un, ana arketip olarak belirlediği benlik arketipi, mandalanın en iç katmanını oluşturur ve evrenin enerjisini içinde barındırır (Jung, 1959). Psikeyi oluşturan ana katmanda, benliğin çatışan parçaları harmonik bir şekilde bütünleşir. Benlik arketipi psikolojik açıdan tam bir kendisi sembolize eder (Miller, 2005).

Jung mandalayı çalıştığı vakaları anlamak ve anlamlandırmak için kullanmıştır. Ona göre, oluşturulan her mandala biricik ve kişiye özeldir. Kişinin kendileşme ve olgunlaşma aşamasında mandalaların biricikliği terapötik ilişkiye yansır (Bender, 1981). Çalıştığı bir vakayı incelerken, onun çizdiği mandala çizimlerinden yararlanmıştır. Kişinin, kendiliğinin gelişmesi ve pekiştirilmesinde, manda çizimlerinin değişimi inceleme alanı olmuştur (Hall & Nordby, 1973).

Mandala resmine, şizofreni hastaları görsel olarak duyarlıdırlar. Mandalanın çembersel şekli ve yapısından dolayı görsel algıda daha ilkel beyin bölgelerini uyarır. Psikoz içindeki birey, bilişsel olarak yıkım yaşamasına rağmen, ana beyin bölgelerini (V4) aktive eden mandala resmini algılayabilir. Şizofreni spektrumuna sahip hastaların resimlerinde mandala benzeri yapıları kullandıkları gözlenmiştir (Silverstein, 2014).

Mandanın rahatlatıcı etkisi klinik anlamda kullanımını geliştirmiştir. Düzenli bir form ve çembersel bir yapıya sahip olan mandalayı boyarken kişi, meditatif bir hale girer. Kişinin kendisi ile olan içsel konuşma ve çatışmalarının mandala boyarken azaldığı bu sebeple, mandalanın rahatlatıcı bir etki yarattığı düşünülür. Mandalanın kaygı düzeyinde anlamlı bir etkisi olup olmadığını inceleyen bir çalışmada, 20 dakika mandala boyayan grubun, düz bir zemini boyayan gruba göre kaygı düzeylerinde olumlu bir azalma gözlenmiştir. Mandala boyamasının kronik anksiyete yaşayan kişiler için geçerli bir yöntem olduğu savunulmaktadır (Curry & Kasser, 2005).

Mandalanın şizofreni hastaları üzerindeki etkisini incelemek için oturumların birinde, grup mandala çalışması yapılmıştır.

e. Resim çalışması

Psikoterapide resim ile çalışmak, danışan ile terapist arasındaki terapötik ilişkinin verimini ve hızını artırır. Özellikle, çocuklar, kendi çizdikleri resimler ile öteki ile doğrudan iletişime geçer (Eracar, 2013).“ Eyüboğlu’na göre, her çocuk anlamsız sesler, amaçsız eğriler, doğru çizgilerle başlar içini dökmeye. Sonra bunlar bir işaret olmaya, birer sembol değeri kazanmaya başlarlar. Bu semboller tazelik değerini yitirip, birer şema haline gelmedikleri sürece, çocuk düşünce duygularının özgür belirtisi sayılabilir. Yani çocuk resim yoluyla dünyayı bize, kendi açısından ve en kestirme yoldan, özentisiz ve yalın bir anlayışla verir” (Yavuzer, 1992). Resim yaparken çocuk içsel olarak bir rahatlama yaşar, kendi dünyasını özgürce yansıtır, hayal gücünü canlı tutar, kendine güven duygusu geliştirir. Yaratıcı doğaları resimle pekişir (Ayaydın, 2011).

Resim terapisi, psikiyatri kliniğindeki şizofreni vakalarının teşhis ve tedavisinde bir yöntem olarak uygulanmaktadır. Psikoz içindeki birey bölünmüş kendilik duygusu ile, toplumda yaşıyormuş gibi hissedemez. Ötekine simgesel ve dilsel biçimlerle aktarmak istediklerini resim ile anlatabilir. Sosyal iletişim boşlukları sembolik boyutta anlam bulur (Schaverien & Killick, 1997). Gündüz hastanesinde, şizofreni hastaları ile yapılan resim çalışmasında, serbest çağrışım metodu kullanılmıştır ve her oturumda bir hastanın resmine hastalar tarafından oy verilmiştir. Sosyal izolasyon, güvensizlik ve paranoid sanrıları, terk edilme korkusu gibi semptomlar gösteren paranoid şizofreni hastası da, grup çalışmalarına katılmıştır. Birinci oturumda hasta, depresif ruh haline sahipken siyah, aşağı bakan çiçekler çizmiştir. Birkaç oturum sonrasında, renkli ve canlı çizdiği çiçekler yukarı doğru konumlanmıştır. Resmin arka planına da başka objeler eklemiştir. İlk resminde, kendi iç dünyasındaki yalnızlığı yansıtan vakanın grup içinde yaşadığı etkileşim ve grup üyeleri tarafından onaylanması ile birlikte kendine güveninde artış olduğu gözlemlenmiştir. Çalışma sonrasında, grup içindekilerin ona destekleyici yaklaşımları ile birlikte, sosyal iletişimi gelişmiş ve paranoid sanrıları azalma göstermiştir (Gajic, 2013).

Psikoz geçiren ya da hala psikozun etkisi altında bulunan kişilerin çizdiği resimler üzerine yazı da yazdıkları görülmüştür. Schaverien ve Killick (1997)’e göre, kişi resmine sözcükler yazarak, kaotik bir düzlem içindeki varlığını sabitlemeye

çalışmaktadır. Kendi resmine çizdiği sözcüklerle, parçalanmış benliğinin evrendeki yerini ispatlamaya çalışır (Schaverien & Killick, 1997).

Grup kohezyonunu arttırmak için ortak resim çalışmaları yapılmaktadır. Ortak resim çalışmasının, sosyal etkileşimi artırma, kendi ve ötekinin sınırlarını görmek, öfke kontrolünü geliştirmek gibi işlevleri vardır. Kolektif bir üretim içinde bulunan bireyin birliktelik duygusu gelişir (Eracar, 2013). Katılımcılar, kapanış oturumunun ilk yarısında, ortak resim çalışması yapmıştır.

f. Maske Çalışması

Maske, hayal ve gerçek, bilinçaltı ve bilinç, antik ve modern, ölüm ve hayat gibi zıt kavramların arasında aracı bir konumda sembolize edilir. Landy' e göre (1985), kişinin cenneti, cehennemi, en derin korkuları ve en büyük umutları maske metaforu ile yansıtılır (Landy, 1985).

Jung benlik arketipini hem psikenin merkezi olan hem de psikenin tümünü oluşturan bir kavram olarak tanımlamıştır. Kişinin benlik bütünlüğü, çatışmalarının bir harmoni içinde tek bir ana katmandan, kendilikten aktarılması ile olur. Persona, ise insanın toplum içindeki sosyal kimliğini gösterir. Kişi, başkaları tarafından nasıl görünmek istiyorsa ya da kendini nasıl tanıtıyorsa o şekilde algılanır. Eğer kişi kendini görüldüğü gibi olduğuna inanır; personasından kendini ayırtıramaz ve yansıttığı sosyal kimlik ile bütünleşirse, yüzüne kendini tam temsil etmeyen bir maske takmış olur. Kendi doğasına uzak kalarak psişesini sıkıştırır (Payne, 1992).

Terapide, maske kişinin benliği ile ilgili fark etmediği ya da bastırdığı katmanların yüzeye çıkmasına yardımcı olur. Maske benliğin bir katmanı olan personayı sembolize eder. Maske kullanılmasıyla, kişi bastırdığı ve asıl kendini temsil etmeyen personasını dışarıdan görme olanağı tanır ve personasının farkındalığına ulaşır. Kendiliği ve personası ayırtırıldıktan sonra, gerçek kendiliği ortaya çıkar (Landy, 1985).

Terapist danışanı ile aile çalışmaları da yaparken maskeyi kullanır. Maske ile, kişi aile içindeki kendi kimliğini ve diğer fertlerin rollerinin kendisi için anlamını fark eder. Kişi, ailesindeki karakterleri (anne, baba, kardeşler) ve kendisinin maskelerini yapar. Birbiri üzerine oluşan karakterler birbirine dönüşür ve en sonunda hepsinin kişinin

benliğinde birleştiği yansıtılır. Kişi bu yolla ailesine yüklediği ve kendine yüklenen rolleri dışarıdan görme imkanını deneyimler, farkındalığı artar (Landy, 1985). Ayrıca, kişinin aile içinde asıl rol ve arzuladığı rol arasındaki farkın anlaşılması ve algılanması için de maske kullanılır. Kişi her iki durum için ayrı ayrı maskeler yapması ile fark somutlaştırılır (Trepal-Wollenzier & Wester, 2002).

h. Fotoğraf Çalışması

“Fotoğraf makinasıyla anlık görünümüler birbirinden ayrıldı; böylece imgelerin zamana bağlı olmadıkları fikri ortadan kalktı. Başka bir deyişle makina geçen zaman kavramının (yağlıboya resim dışında) görünen şeylerin algılanışından ayırlamayacağını gösterdi. Görüşümüz neyi nerede gördüğümüze bağlıydı. Gördüğümüz şey de zaman ve yer içinde bulunduğumuz duruma bağlıydı. Her şeyin kayma noktası olarak kabul edilen insan gözü üzerinde toplandığını düşünmek olanaksızdı artık” (Berger, 1990).

Fotoğraf kişinin görme algısını geliştirerek, görme biçimlerini oluşturur. Fotoğraf ile dış çevrede oluşan nesnelerin farkındalığına ulaşılır. Kişi kendi vücudu ve dış dünyadaki nesnelerin ayrımlarını fark eder. Fotoğraf, terapötik bir araç olarak kullanılır. Fotoğrafla terapide, düşünce ve duygular sembolik şekilde, oluşturulmuş bir çerçeve içinden ifade edilir. Diğer görsel sanatlara göre daha riskli olduğu düşünülür; bu sebeple terapötik iletişim kurması daha zor olan hasta gruplarında uygulanabilir (Malchiodi, 2003).

Fotoğraf, şizofreni spektrumuna sahip hasta ve terapist arasında üçüncü bir alan oluşturur. Kendi ve kendi olmayan objeler arasındaki ayrımı yapmakta zorlanan şizofreni spektrumuna sahip hasta, kendi çektiği fotoğraflar ile kendi ve objeler arasındaki mesafesini ayarlar. Normalde korku ve kaygı uyandıran ve kendi ile ayrımını yapamadığı nesneler üzerinde kontrolü olduğunu hisseder. Hasta, fotoğrafın somut çerçevesi ile kendi algısından bağımsız olarak asıl olanı görür. Bu durum, ego sınırlarını fark etmesini sağlar, düşünme ve algılayış biçimlerine dair iç görü geliştirmesine yardımcı olur (Phillips, 1986).

Paranoid şizofreni spektrumuna sahip bir vakanın psikoterapisinde, fotoğraf ödevleri ile öteki ile iletişimi ve kendine güveni geliştirilmeye çalışılmıştır. Başkaları ile iletişim

zorlukları yaşayan Sam, kendi çektiği fotoğrafları iletişim aracı olarak kullanmıştır. Öteki ile önce objektif yolu ile iletişim kurması doğrudan kuracağı ilişkiler için temel oluşturmuştur. Çevredeki obje fotoğraflarından, insan portresine kademeli olarak geçiş yapmıştır. Ödevinin bitiminde fotoğrafını çektiği insanlarla çektiği fotoğraflar hakkında konuşacak düzeye gelmiştir. Fotoğrafın şizofreninin negatif belirtilerinden olan sosyal geri çekilmeye etkisi bu çalışmada gözlemlenebilir (Cosden & Reynolds, 1982).

Cornelison ve Arsenian (1960), sürekli tekrarlanan fotoğraflara maruz bırakılmanın psikotik duygulanım, davranış, konuşma düşüncesi üzerindeki etkisi olup olmadığını incelemiştir. Çalışmada bir grup 7 kadından oluşmuş, sesli ve hareketli görüntüler ve fotoğraflar gösterilmiş; diğer grubu ise 9 erkek katılımcı oluşturmuş, sadece görüntüler gösterilmiştir. Erkek katılımcılar mutluluğu gösteren fotoğrafların varlığını ve fiziksel güç ve eylemi gösteren fotoğraflara; kadınlar ise, yüz ve saç resimlerine daha duyarlı olmuştur. Deney sonucunda, grubun yarısı, psikotik davranışlarda azalma göstermiş ve çevre ile ilgili farkındalıkları gelişmiştir. Yapılan psikotik testler sonucunda, fotoğraf çalışması ile psikotik hastalar, daha gerçekçi bir kendilik oluşturmuş, gerçeklikle baş etme biçimleri gelişmiştir. Bu durum, kişinin kendiliğini anlaması ve geliştirmesini sağlamıştır (Cornelison & Arsenian, 1961).

1. Kil Çalışması

Şizofren kişi, yüzey ve üst yüzey arasındaki bağlantıyı yapamadığı için; yaratımları üç boyutlu perspektiften yoksundur (Crespo, 2003). 3 boyutlu materyal ile çalışmak ve temas etmek, kişinin boyut algısını geliştirir. Kil, genişliği, derinliği ve yüksekliği olan maddedir. Değişebilir ve şekil verilebilir bir yapıya sahiptir ve uzaydan kaybolması mümkün değildir. Kişi, kil ile iletişim kurarken, dokunsal bir deneyim yaşar. Temas duygusu madde ile iletişim kesilse bile devam eder. Şizofren hasta, öteki ile temastan yoksun olduğu için acı çeker. Kil ile çalışırken başkaları ile kuramadığı temas hissini deneyimler. Kilin vücudunda kalan izleri, ona iletişiminin kopmadığını ve devam ettiğini gösterir. Bu durum mikro düzlemde yaşansa da, öteki ile temas ettiğinde, iletişimin ne şekilde olabileceğini deneyimler (Schaverien & Killick, 1997).

Kişi, kil ile kendi dönüştürme yeteneğini görür. Terapötik ilişkide kil kullanıldığında, hasta kendi varlığını ve gerçekliğini şimdi ve burada'ya aktarır

(Heimlich & Mark, 1990). Kişi kile dokunduğunda, bilinçaltındaki materyale hızlı bir şekilde erişim sağlar ve saklı kalmış materyal bilinç öncesine doğru çıkar. Kişi, iç dünyasına dışarıdan bakma özgürlüğüne erişir (Eracar, 2013). Geçmişte yaşanan ve kişiye zarar veren bastırılmış anılar, şuanki gerçekliğe yansıtılır. Kil dolayısıyla aktarılan materyal değiştirilir ve dönüştürülür. Kişinin kendi ürettiği obje üzerindeki somut etkisi, geçmişini yorumlamarken, kontrole sahip olduğunu gösterir. Geçmiş yeniden yorumladığı bir perspektif geliştirir (Morais ve ark., 2013). Kil ile her temas bir iz bırakır. Duygu ve düşüncelerdeki anlık değişimler, materyalin şeklinden gözlemlenebilir (Heimlich & Mark, 1990).

Psikotik birey kil ile uğraşmak ona anksiyete uyandıracak için çok tercih etmez. Kilin bedenimsi yapısı ile kişi, canlı bir objeyle etkileşime girmese bile, öyleymiş gibi hisseder. Şizofreni hastaları kilin üç boyutlu yapısı ile karşılaştıklarında, yassılaştırarak ya da bastırarak onu iki boyuta indirmeye çalışırlar. Burada kişi, dış çevre ile iletişiminde kontrol kurmaya çalışır. Kendi ve dış çevre arasındaki iletişimi, kendi için güvenli olan bir alana indirgemiş olur

Buna ek olarak, kilin, kişinin yıkıcı kendiliğini yansıttığı persekütif bir görevi vardır. Kişi kendi vücuduna dair negatif hislerini maddeye yansıtır. Kilin dışkıya benzediğini söyleyen vakalar, kil ile iletişimlerinin onlara iğrenç geldiğinden bahsederler. Kil ile temas şizofreni hasta için tedirgin edicidir (Schaverien & Killick, 1997).

Kapanış oturumundan bir oturum önce kil kullanılmıştır. Psikotik hastanın kile dokunması güçtür. Üç boyutlu nesnelerle çalışmak hastanın kendilik gelişimini hızlandırır. Kil ile çalışan bireyin, terapötik ilişkide terapistle daha kolay aktarım yaptığı görülmüştür (Schaverien, & Killick, 1997, s:53).

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyo Demografik Veri Formu

Çalışmaya dahil edilen bütün hastalara, İsim, Soyisim, Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Psikiyatrik Tanı, Kullandığı İlaçlar ve Hastaneye Yatışı, Sanat Terapisi Alma Durumunu sorgulayan sorular sorulur.

3.3.1.1. Kişisel Gözlemler

Deney grubunda sanat terapisi uygulaması almış katılımcılara, her çalışma öncesi, Nasıl hissediyorsunuz? Buraya kendinizle ilgili neler getirdiniz? ve çalışma sonrası, Bu işi yapmak sizi nasıl düşündürdü? Nasıl hissediyorsunuz? Buradan ne almak istersiniz? soruları sorulur.

3.3.1.1.1. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Şizofreni veya diğer psikotik bozukluklarda pozitif ve negatif belirtiler ile genel psikopatolojiyi değerlendirmekte ve bu belirtilerin düzeyini ölçmektedir. 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. 30 maddeden, yedi tanesi, pozitif sendrom alt ölçeği, yedisi negatif sendrom alt ölçeği, altısı ise genel psikopatoloji alt ölçeğidir. Yedi puanlı değerlendirmede psikopatolojinin artan düzeyleri yansıtılmaktadır. 1=yok, 2= çok hafif, 3= hafif, 4=orta/ağır, 6=ağır, 7=çok ağır. (Kay ve ark. 1987). Ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından (1999) yapılmıştır (Kostakoğlu ve ark, 1999).

3.1.1.1.1. Sosyal Karşılaştırma Ölçeği

P. Gilbert, S. Allan ve D. Trent tarafından 1991 yılında geliştirilen ölçeğin özgün adı Social Comparison Scale (SCS)'dir (Allan & Gilbert, 1995). Ölçeğin, Türkiye uyarlaması Şahin, Durak ve Şahin tarafından 1993 yılında yapılmıştır. Ölçek, 18 maddenin 6'lı boyut değerlendirmesinden oluşmaktaydı. Yüksek puanlar olumlu benlik şemasını, düşük puanlar ise olumsuz benlik şemasına işaret etmektedir (Şahin ve ark., 2002).

“18 maddeden oluşan ve altı noktalı likert tipi boyut ölçeğinin yapı geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Faktör sayısı üzerinde hiçbir sınırlama yapılmaksızın SPSS 11.5 ile yapılan analizde üç faktörün toplam varyansın 66,30'unu açıkladığı görülmüştür. Varyans yüzdeleri incelendiğinde ölçüm aracının üç faktör altında toplanabileceği görülmüş ve 18 maddeyi 3 faktör altında gruplandırarak şekilde varimax rotasyonu uygulanmış ve yeniden faktör analizi

gerçekleştirilmiştir. Üç faktör toplam varyansın %56,7'sini açıklamaktadır. Faktörlere ait maddeler incelendiğinde; birinci faktörün “sosyal sınıf bileşenleri”, ikinci faktörün “çekicilik bileşenleri” ve üçüncü faktörün “sosyal meziyetler” alt ölçekleri olabileceği düşünülmüş ve faktörler bu şekilde isimlendirilmiştir. Korelasyonu düşük olan maddeler dışta bırakılarak ölçek 10 madde olarak kullanılmıştır” (Öksüz & Malham, 2004). Testin maddeleri, yetersiz/yeterli-üstün, beceriksiz/becerikli, kendine güvensiz/kendine güvenli, çekicilik bileşenleri; sevilmeyen biri/sevilen biri, yalnız/yalnız değil, dışta bırakılmış/kabul edilmiş, antipatik/sempatik, sosyal meziyetler ise sabırsız/sabırlı, hoşgörüsüz/hosgörülü, dağınık/düzenli gibi öğelerden oluşur (Öksüz & Malham, 2004).

3.1.1.1.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışma öncesi, bütün katılımcılara, “Şizofreni Spektrumuna Sahip Hastalarda Sanat Terapisi Uygulamasının Kendilik Algısına Etkisi” isimli çalışmanın konusu ve amacı, çalışma işlemleri, çalışmaya katılmanın olası yararları, kişisel bilgilerinin nasıl kullanılacağı, soru ve problemler için başvurulacak kişiler hakkında bilgi veren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu okunur ve imzalatılır. Bir örneği katılımcıya verilir

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde, yapılan araştırmada elde edilen istatistiksel bulgular tabloları ile birlikte verilmektedir.

4.1. NİCEL BULGULAR

Tablo 4.1.1. Deney ve Kontrol Grupların Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri

Demografik Değişkenler		Gruplar			
		Deney		Kontrol	
		N	%	N	%
	Erkek	7	87,5	7	87,5
	Kadın	1	12,5	1	12,5
	Toplam	8	100,0	8	100,0
Medeni Durum	Bekar	8	100,0	8	100,0
Eğitim Düzeyi	İlkokul	3	37,5	4	50,0
	Ortaokul	5	62,5	3	37,5
	Lise	0	0,0	1	6,3
	Toplam	8	100,0	8	100,0
Sanat Terapisi Alma Durumu	Hayır	8	100,0	8	100,0
Yaş (ort±ss)		37,0±5,21		34,50±9,27	

Tablo 4.1.1’de Deney ve kontrol grubunun demografik değişkenlerinin dağılımı incelendiğinde, deney grubunda erkek katılımcıların %87,5 (n=7) kadınların ise %12,5’tir (n=1). Deney ve kontrol grubunda sekizer kişi olmak üzere toplam 16 kişi bulunmaktadır. Kontrol grubundaki kadın ve erkek şizofreni tanısı

almış bireylerin dağılımı eşittir. Medeni durum değişkenine göre tüm katılımcılar bekindir (n=16). Eğitim düzeyi değişkenine göre, deney grubundaki katılımcılarda ilkokul mezunu olanların oranı %37,5 (n=3), ortaokul mezunu olanların oranı %62,5 (n=5) ve lise mezunu bulunmamaktadır. Kontrol grubunda, ilkokul mezunu olanların oranı %50,0 (n=4), ortaokul mezunu olanların oranı %37,5 (n=3) ve lise mezunu olanların oranı %6,3'tür (n=1). Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların tümü daha önce sanat terapisi almamışlardır. Yaş ortalaması, deney grubunda 37,0 (ss=5,21) ve kontrol grubunda 34,5 (ss=9,27)'dir.

Tablo 4.1.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Ön-Test Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar		N	Ort. Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
Pozitif(ön-test)	Deney	8	7,88	63,00		
	Kontrol	8	9,13	73,00	27,000	0,598
	Toplam	16				
Negatif (ön-test)	Deney	8	7,38	59,00		
	Kontrol	8	9,63	77,00	23,000	0,344
	Toplam	16				
Genel(ön-test)	Deney	8	7,63	61,00		
	Kontrol	8	9,38	75,00	25,000	0,461
	Toplam	16				
Toplam(ön-test)	Deney	8	8,00	64,00		
	Kontrol	8	9,00	72,00	28,000	0,674
	Toplam	16				
SKO (ön-test)	Deney	8	9,81	78,50		
	Kontrol	8	7,19	57,50	21,500	0,269
	Toplam	16				

Tablo 4.1.2. deney ve kontrol grubunun ön-test-son-test skorlarının karşılaştırılmasında, Pozitif-Negatif Semptom Ölçeği ile Sosyal Karşılaştırma Ölçeği'nin deney grubuna sanat terapisinin uygulanmasının öncesinde ve uygulama sonrasında her iki grupta da anket çalışması yürütülmüştür. Ön-test skorlarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U Testi bulgularına göre, deney ve kontrol grubunun ön-test skorları ve son-test skorları anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.1.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Son-Test Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar		N	Ort. Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
Pozitif (son-test)	Deney	7	6,29	44,00		
	Kontrol	7	8,71	61,00	16,000	0,277
	Toplam	14				
Negatif (son-test)	Deney	7	5,93	41,50		
	Kontrol	7	9,07	63,50	13,500	0,159
	Toplam	14				
Genel (son-test)	Deney	7	6,21	43,50		
	Kontrol	7	8,79	61,50	15,500	0,250
	Toplam	14				
Toplam (son-test)	Deney	7	6,29	44,00		
	Kontrol	7	8,71	61,00	16,000	0,277
	Toplam	14				
SKO (son-test)	Deney	7	8,43	59,00		
	Kontrol	7	6,57	46,00	18,000	0,405
	Toplam	14				

Tablo 4.1.3'te son-test skorlarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U Testi bulgularına göre, deney ve kontrol grubunun son-test skorları anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.1.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Son-Test-Ön-Test Puan Farklarının Karşılaştırılması

Gruplar		N	Ort. Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
Pozitif son-test ön-test	Deney	6	7,50	45,00	24,000	1,000
	Kontrol	8	7,50	60,00		
	Toplam	14				
Negatif son-test ön-test	Deney	6	5,75	34,50	13,500	,174
	Kontrol	8	8,81	70,50		
	Toplam	14				
Genel son-test ön-test	Deney	6	6,58	39,50	18,500	,477
	Kontrol	8	8,19	65,50		
	Toplam	14				
Toplam son-test ön-test	Deney	6	6,33	38,00	17,000	,366
	Kontrol	8	8,38	67,00		
	Toplam	14				
SKÖ son-test ön-test	Deney	5	6,80	34,00	19,000	,883
	Kontrol	8	7,13	57,00		
	Toplam	13				

Tablo 4.1.4. deney ve kontrol grubunun son-test-ön-test skor farklılıklarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U Testi bulgularına göre son-test-ön-test puan farklılıklarının gruplarda anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.1.3. Deney Grubundaki Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları Ön-Test Son-Test Puanlarının Wilcoxon Sıra Toplam Test Sonuçları

		N	Ort. Sırası	Sıralar Toplamı	Z	P
Pozitif(ön-test)- Pozitif (son-test)	Negatif Sıralar	4 ^a	2,50	10,00	-0,105	0,916
	Pozitif Sıralar	2 ^b	5,50	11,00		
	Eşit	0 ^c				
	Toplam	6				
Negatif (ön-test)- Negatif (son-test)	Negatif Sıralar	2 ^d	2,50	5,00	-1,153	0,249
	Pozitif Sıralar	4 ^e	4,00	16,00		
	Eşit	0 ^f				
	Toplam	6				
Genel (ön-test)- Genel (son-test)	Negatif Sıralar	3 ^g	3,00	9,00	-0,314	0,753
	Pozitif Sıralar	3 ^h	4,00	12,00		
	Eşit	0 ⁱ				
	Toplam	6				
Toplam (ön-test) – Toplam	Negatif Sıralar	3 ^j	2,67	8,00	-0,524	0,600
	Pozitif Sıralar	3 ^k	4,33	13,00		
	Eşit	0 ^l				
	Toplam	6				
SKO (ön-test)- SKO (son-test)	Negatif Sıralar	2 ^m	4,50	9,00	-0,406	0,684
	Pozitif Sıralar	3 ⁿ	2,00	6,00		
	Eşit	0 ^o				
	Toplam	5				

a. Pozitif(ön-test) < Pozitif (son-test)

b. Pozitif(ön-test) > Pozitif (son-test)

c. Pozitif(ön-test) = Pozitif (son-test)

d. Negatif (ön-test) < Negatif (son-test)

e. Negatif (ön-test) > Negatif (son-test)

f. Negatif (ön-test) = Negatif (son-test)

g. Genel (ön-test) < Genel (son-test)

h. Genel (ön-test) > Genel (son-test)

i. Genel (ön-test) = Genel (son-test)

j. Toplam (ön-test) < Toplam

k. Toplam (ön-test) > Toplam

l. Toplam (ön-test) = Toplam

m. SKO (ön-test) < SKO (son-test)

n. SKO (ön-test) > SKO (son-test)

o. SKO(ön test) = SKO(son test)

Tablo 4.1.5’te deney grubundaki katılımcıların pozitif-negatif semptomlar ön test-son test puan farklılıklarının karşılaştırılması için yapılan Wilcoxon Sıra Toplam Testi bulgularına göre, puan farklılıklarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$).



Tablo 4.1.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları Son-test-Ön-test Puanlarının Wilcoxon Sıra Toplam Testi Sonuçları

		N	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	Z	P
Pozitif (son-test) - Pozitif(ön-test)	Negatif sıralar	10 ^a	7,20	72,00		
	Pozitif sıralar	3 ^b	6,33	19,00	-1,864	0,041*
	Eşit	1 ^c				
	Toplam	14				
Negatif (son-test) - Negatif (ön-test)	Negatif sıralar	9 ^d	7,11	64,00		
	Pozitif sıralar	4 ^e	6,75	27,00	-1,299	0,194
	Eşit	1 ^f				
	Toplam	14				
Genel (son-test) - Genel (ön-test)	Negatif sıralar	7 ^g	6,00	42,00		
	Pozitif sıralar	5 ^h	7,20	36,00	-0,236	0,813
	Eşit	2 ⁱ				
	Toplam	14				
Toplam- Toplam (ön test)	Negatif sıralar	8 ^j	7,75	62,00		
	Pozitif sıralar	5 ^k	5,80	29,00	-1,153	0,249
	Eşit	1 ^l				
	Toplam	14				
SKO (son test-ön test)	Negatif sıralar	6 ^m	7,67	46,00		
	Pozitif sıralar	7 ⁿ	6,43	45,00	0,035	0,972
	Eşit	0 ^o				
	Toplam	13				

a. Pozitif (son test) < Pozitif(ön test)

b. Pozitif (son test) > Pozitif(ön test)

c. Pozitif (son test) = Pozitif(ön test)

d. Negatif (son test) < Negatif (ön test)

e. Negatif (son test) > Negatif (ön test)

f. Negatif (son test) = Negatif (ön test)

g. Genel (son test) < Genel (ön test)

h. Genel (son test) > Genel (ön test)

i. Genel (son test) = Genel (ön test)

j. Toplam < Toplam (ön test)

k. Toplam > Toplam (ön test)

l. Toplam = Toplam (ön test)

m. SKO (son test) > (ön test)

n. SKO (son test) < (ön test)

o. SKO (son test) = (ön test)

Tablo 4.1.6’da deney ve kontrol grubunun pozitif-negatif semptomlar ve sosyal karşılaştırma puanlarının son-test-ön-test farklarını incelemek için yapılan Wilcoxon Sıra Toplam Testi bulgularına göre tüm katılımcıların pozitif belirtiler son-test ve ön-test puan farklılığının anlamlı düzeyde değişim gösterdiği saptanmıştır ($Z=-1,864$; $p<0,05$). Buna göre hem deney hem de kontrol grubunun bulunduğu grupta katılımcıların pozitif belirtiler alt boyutunda son-testte aldıkları puanları daha düşüktür.

Tablo 4.1.5. Cinsiyete Göre Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Ön-test Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	N	Ort. Sırası	Sıralar Toplamı	U	P
Pozitif (ön test)	Erkek	14	7,71	108,00	
	Kadın	2	14,00	28,00	3,000
	Toplam	16			0,800
Negatif (ön test)	Erkek	14	7,68	107,50	
	Kadın	2	14,25	28,50	2,500
	Toplam	16			0,067
Genel (ön test)	Erkek	14	7,57	106,00	
	Kadın	2	15,00	30,00	1,000
	Toplam	16			0,039*
Toplam (ön test)	Erkek	14	7,57	106,00	
	Kadın	2	15,00	30,00	1,000
	Toplam	16			0,039*
SKO (ön test)	Erkek	14	8,82	123,50	
	Kadın	2	6,25	12,50	9,500
	Toplam	16			0,477

* $p<0,05$

SKO: Sosyal Karşılaştırma Ölçeği

Tablo 4.1.7’de cinsiyete göre örneklemin ön test skorlarını karşılaştırmak için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre Pozitif-negatif semptomlar genel ve toplam skorların cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($U_{\text{genel}}=1,000$; $p=0,039$; $p<0,05$, $U_{\text{Toplam}}=1,000$; $p=0,039$; $p<0,05$). Sonuçlara göre örneklemdaki erkek katılımcıların toplam ve genel alt boyutlarındaki ön test puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.

4.1.6. Cinsiyete Göre Katılımcıların Pozitif-Negatif Semptomları ve Sosyal Karşılaştırma Ölçeği Son test Puanlarının Mann Whitney U Testi

Cinsiyet		N	Ort. Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
Pozitif (son test)	Erkek	12	7,08	85,00	7,000	0,036*
	Kadın	2	10,00	20,00		
	Toplam	14				
Negatif (son test)	Erkek	12	6,71	80,50	2,500	0,082
	Kadın	2	12,25	24,50		
	Toplam	14				
Genel (son test)	Erkek	12	6,63	79,50	1,500	0,055
	Kadın	2	12,75	25,50		
	Toplam	14				
Toplam (son test)	Erkek	12	6,75	81,00	3,000	0,100
	Kadın	2	12,00	24,00		
	Toplam	14				
SKO (son test)	Erkek	12	7,58	91,00	11,000	0,085
	Kadın	2	7,00	14,00		
	Toplam	14				

* $p < 0,05$

SKO: Sosyal Karşılaştırma Ölçeği

Tablo 4.1.8’de cinsiyete göre örneklemin son test skorlarını karşılaştırmak için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre Pozitif-negatif semptomlar pozitif semptomlar skorların cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($U_{\text{Pozitif}}=7,000$; $p=0,036$; $p < 0,05$). Sonuçlara göre örneklemdaki erkek katılımcıların pozitif semptomlar boyutundaki son test puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.

4.2. NİTEL BULGULAR

Deney grubundaki katılımcılara sanat terapisi öncesi ve sonrası Kişisel Gözlemler formu uygulanmıştır. Bu formda çalışma öncesi, Nasıl hissediyorsunuz? Buraya kendinizle ilgili neler getirdiniz? ve çalışma sonrası, Bu işi yapmak sizi nasıl düşündürdü? Nasıl hissediyorsunuz? Buradan ne almak istersiniz? soruları sorulur.

Oturumlar	Üyeler	Çalışma Öncesi	Çalışma Sonrası	Bugün buradan ne almak istersiniz?
1	1	İyi gidiyorum. Buraya gelince kafam dağılıyor. Motive oluyorum.	Kendimi ifade ettiğim için kendim rahatladım.	
	3	Birkaç gündür uykusuzluk vardı. İlaç içtim uyudum. Biraz sabah zor kalktım ama gene iyi hissediyorum. Biraz sıkıntı var ama yine iyiyim	Mutluluk verdi. Nerede olmak istediğimi tekrar görmüş oldum.	
	4	İyi hissediyorum. Hayatımda bir değişiklik istiyorum	Değişik bir şey olarak hissettim.	
	5	Buraya geldim pişman gibi hissediyorum.	İyi hissettim, kendimi ifade ettiğimi düşünüyorum.	

Oturumlar	Üyeler	Çalışma Öncesi	Çalışma Sonrası	Bugün buradan ne almak istersiniz?
	8	Sabahları kalkmakta ben zorluk çekiyorum. Sanki uykumu alamamış gibi oluyorum. Şu anda ne yapacaksak yapacak kapasitede hissediyorum	İsminin anlamını öğrendim.	
2	1	İyi hissediyorum.	Rahatladım.	Bilgi
	2	Uykulu hissediyorum.	Hareketlerin baya faydası oldu bana. Kaslarımda gerginlik vardı, rahatladı. Muhteşemdi. İyi geldi.	Neşe
	3	Pozitif hissediyorum.	Pozitifim. Hala pozitifim.	Mutluluk
	4	İyi hissediyorum.	Rahatladım.	İyilik
	6	Anlaşılmadığımı hissediyorum. Uykusuz geldim.	Rahatladım. Yoruldum.	Güzellik
	7	Yorgun ve gergin hissediyorum.	Daha enerjik hissediyorum.	Enerjik

Oturumlar	Üyeler	Çalışma Öncesi	Çalışma Sonrası	Bugün buradan ne almak istersiniz?
3		Pozitif hissediyorum. Mutluyum.	Ne öğrensek kardır. Psikolog kahve zararlı dedi. Günde 30-40 tane kahve içiyordum. Bıraktım kahveyi. İyi hissettim.	Bilgi almak isterim.
	2	Pozitif hissediyorum, pozitif duygular getirdim	Baya keyifli geçti. Güzel şeyler öğrendik.	Keyif
	4	Uykulu hissediyorum. Buraya, uykumu ve merakımı getirdim.	Uykulu hissediyorum. Değişik şeyler öğrendik, onu hissediyorum.	Neşe
	5	İyi hissediyorum.	İyi şeyler gördük. Kestik yapıştırdık. Anlattık.	Mutluluk.
	6	Yorgun hissediyorum. Uyanamadım. Buraya yorgunluk getirdim.	Kendimi anlatmaya çalıştım. Yorgunluk getirmiştim. Şimdi iyi şeyler hissediyorum.	Öğrenmek
	7	Neşeli hissediyorum.	Sanki bedenim nefes almış gibi. Rahatlattı.	Sabır
4	3	Ben gayet pozitifim.	Eğlendik.	Huzur
	4	İyi, güzel. Dinç hissediyorum bugün.	.Birbirimizin yaptığı hareketleri uydurabiliyoruz.	Mutluluk

Oturumlar	Üyeler	Çalışma Öncesi	Çalışma Sonrası	Bugün buradan ne almak istersiniz?
	5	Öğlene kadar iyi ama sonra ne olur bilmiyorum.	İyi hissettik. Değişiklik oldu.	Sevgi
	6	İyiyim. İyi olmaya çalışıyorum.	Eğlenceliydi. Rahatladım.	Saygı
	8	Hiç burada oturduğum kadar bir yerde oturmamıştım. Sıkıntı yok. Mutluyum.	Keyif aldık, Mutlu olduk. Değişik bir şey yapmış olduk yani. Kafa karışıklığı gitti. Huzur bulduk.	Sevinç ve Mutluluk
5	1	Öğrenme aşkı ile geldim.	Sabırımızı geliştirdik. Kendimizi geliştirdik.	Moral düzelmesi
	2	Yorgun hissediyorum. Yorgunluk getirdim.	Baya bir stres attım; ama erken bıktırdı.	Keyif
	4	Uykulu ve yorgun hissediyorum.	Yorulдум.	Mutluluk
	6	Sabah erken kalktım biraz. .	İyi geldi boyamak. Rahatladım.	Hoşgörü
	8	Mutlu hissediyorum. Sevinç getirdim. Saygı getirdim.	Resme daldığım zaman aklıma bir şey gelmedi. Odaklandım.	Mutluluk ve Saygı
6	1	Maaşımı bekliyorum. Yardım edecek birilerini arıyorum, dilenci falan.	Huzur hissettim. Baskı olmadan çizdim	Bilgi

Oturumlar	Üyeler	Çalışma Öncesi	Çalışma Sonrası	Bugün buradan ne almak istersiniz?
	2	Mutlu hissediyorum. Zinde gibi hissediyorum. Zevk alıyorum böyle çalışmalardan.	Gördüğüm hayali kağıda birebir aktarmak biraz zor oldu. Ama ekleyecek bir şey yok.	Mutluluk
	3	Ben bu aralar karışık duygular yaşıyorum. Kafam bir orada, bir burada. İşle alakalı 1 ay kaldı. Heyecan, stres korku var. Her şey var. İyiyim şu an.	Hayallerimi anımsamış oldum. Güzel oldu.	Huzur
	4	Mutluyum bugün zindeyim. İyi hissediyorum. Daha yüksek performans, daha iyi hissediyorum. Bugün yorgun uyanmadım. Mutluluk ve dinçlik getirdim	Doğal halimi hissettirdi. Öyle fazla bir şey olmadı ama yani sanki yapıyormuşum gibi hissettim. Eve başlamışım gibi hissettim. Sanki o evin içindeymişim, yapıyormuşum, o yerdeymişim gibi hissettim	Neşe
	6	Uykulu geldim bugün. İyilik getirim ama moralim bozuldu. Alınganlık olduğu için ben de tahammülsüzlük hissi geliyor	Hayalimi çizmeye çalıştım ama tam olarak çizemedim. İnşallah olur ileride. Mutluluk, sevgi, huzur hissettim.	Sakinlik

Oturumlar	Üyeler	Çalışma Öncesi	Çalışma Sonrası	Bugün buradan ne almak istersiniz?
7	1	İyiym. İyi ki geldiniz. Motive olarak geldim. Rahatım.	Hemşire hanımı çizdim. Hastalara yardım ediyor. Hemşire hanım, iyi davranıyor. Mutlu oldum. Bu çalışma beni rahatlatı	Saygı
	3	Ben biraz gribim. Akşam 5ten sonra bir yorgunluk hissediyorum. Uyuyorum. Onun dışında iyiym. Kafa karışıklığım da geçti. Şu anda buradayım	Paylaşım olarak iyi bir paylaşım oldu. İyilik, güzellik adına yapmış oldum.	Hayal
	4	Biraz yorgunluk var. Yani mutluyum. İyiym ve motiveyim.	İyi oldu. Değişik geldi.	Heyecan
	5	Şu an mutluyum, sevinçliyim Geçen salı günü, araba aldık. Onu kardeşimle kullandık. Akşam gezdik. Sigorta yaptıracağız. Onu da yapacağız. Akşam 9'dan sabah 9'a kadar uyudum. Kahvaltı yaptım.	İyi şeyler hissettim. Çok bir şey söyleyemicem.	Mutluluk

Oturumlar	Üyeler	Çalışma Öncesi	Çalışma Sonrası	Bugün buradan ne almak istersiniz?
8	1	Sabah sabah geldik. Pozitif bir enerjim var.	İyi hissettim. Sakinlik, huzur, güzellik.	Bilgi
	2	Güzel düşüncelerle geldim. Mutluyum.	Baya güzel geçti. Keyif aldım baya.	Sevgi
	3	Güzel düşüncelerle geldim.	Bu çalışma daha iyiydi. Çizimi beceremiyoruz. Aklımızdakileri aktaramıyoruz. Ama burada hazır, yapılmış resimler. Daha kolay. Daha iyi geldi.. Geçmiş düşününce; biraz hüzünlenmiş oldum. Durgunlaştım	Hatıra
	4	Güzel düşüncelerle geldim ama yorgun olarak geldim. Yorgun hissediyorum.	Değişik bir şeyler yaptık. Onu çağrıştırdı. Yorgundum. yorgunluğum uykuya döndü.	Huzur
	5	İyi hissediyorum. Dün bir iğne vuruldum. Canlılık geldi gibi biraz. Onun etkisi geldi biraz. Onun dışında bir şey yok.	İyiydi. Güzel geçti. Eski anılarımı hatırladım. İyi geldi.	İyilik

Oturumlar	Üyeler	Çalışma Öncesi	Çalışma Sonrası	Bugün buradan ne almak istersiniz?
	6	Sabahleyin biraz soğuktu. Erken kalktım. İyi düşüncelerle kalktım ama buraya gelince düşüncelerim değişiyor. Moralim bozuluyor. İyi olmaya çalışıyorum	Ben sıkılıyorum. Pek fazla şey yapamıyorum ama fena değildi	Mutluluk
	7	Çok iyi hissediyorum kendimi. Mutluyum, huzurluyum, sevinçliyim.	Bana sadece özlem hissettirdi. Özlem hissettirmek, iyi geldi. Özledim yani. Şu anda imkanım olsa, giderdim. Aynı burada da gittiğim gibi; köyün dağına çıkardım. Yine aynı şekilde izlerdim, aynı bu fotoğraftaki gibi izlerdim. Ne hissettirdiğine bakardım. Acaba buradaki hissettirdiği ile oradaki canlı halde gördüğüm gibi hissedebilir miyim diye düşünürdüm	Geçmiş
	8	Mutluluk getirdim, sevinç getirdim.	Çok güzel geçti. 1 saat sanki bir an 5 dakika gibi geldi.	Özlem
9	1	İyiyim, Pozitifim.	İyiyim hissettirdi, huzurlu oldum	Bilgi

Oturumlar	Üyeler	Çalışma Öncesi	Çalışma Sonrası	Bugün buradan ne almak istersiniz?
	3	Ben de bugün kendimi iyi hissediyorum.	Kendime benzettim. Şekil alabilmeyi düşündüm. Mutluydum hala mutluyum	Güzel duygular
	4	İyi düşüncelerle hissediyorum ama yorgun, halsiz gibiyim.	İyi duygular hissediyorum. Rahat oldu	Mutluluk
	7	Huzurlu geldiğim için mutlu olarak geldim	Huzursuzluğu aldı.	Mutluluk
	8	Kendimi iyi hissediyorum. Geçen derste sonra o haftam güzel geçti mesela. Anlattığım gibi adalara gittim. Deniz kıyısında durdum. Çay içtim, çekirdek yedik. Ertesi gün yine aynısını yaptım. İstedim mi tekrar gidebilirim.	İyi oldu. Huzurlu olduk. Sevinç hissettirdi	Huzur ve sevgi
10	2	Pozitif düşünceler getirdim. Gayet iyi hissediyorum bugün. Zindeyim. Son ders olduğu için biraz onun durgunluğu var. Üzgünüm. Seviyorum bu dersi.	Çok keyif aldım. Hayal kurmayı öğrendim. Birbirimizi daha iyi tanıdık. Zaten tanıyorduk; ama sizin sayenizde daha iyi tanımış olduk. İyi hissettirdi.	Paylaşım

Oturumlar	Üyeler	Çalışma Öncesi	Çalışma Sonrası	Bugün buradan ne almak istersiniz?
	3	Ben standart moddayım. Aynı yaptığı heykeldeki standart kafadayım.	Güzel duygusal hissediyorum. Veda edeceğim için hüzünlendim	Güzel duygular
	5	İyi hissediyorum. Geçen kahve içtik, arabada gezdik. Dün değil evvelsi gün, kuzenimle gezdik karşıya gittik. Kahve içtik. Kahve içiyoruz ya, sen diyorsun ki latte yerine kahve niye içtin diyorlar. Türk kahvesi içiyoruz ya ufak bardaklarla, doydun mu yetti mi sana diyorlar. Latte daha büyük.	Güzel oldu, iyi oldu	İyilik
	6	Biraz geç kalktım. Acele ettim telaşlandım. Geldim. Acele olunca zor geldim. İyi fena değilim.	Kendimi aktarmakta zorluk çektim ama iyi geldi	Birliktelik
	7	İyiyim, iyi hissediyorum. Uykulu bir halde geldim. Açılamadım.	Özlemlerimi almak beni güzel hissettirdi.	Muhabbet, paylaşımlar

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu tez çalışması şizofreni spektrumuna sahip hastalarda parçalanmış halde bulunan kendilik algısının, sanat terapisi ile bütün bir kendilik deneyimi oluşturacağını öngörmüştür. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların pozitif- negatif semptomları ve sosyal karşılaştırma ölçeği son test- ön test skor farklılıklarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre son test-ön test puan farklılıklarının gruplarda anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Kendilik algısında önemli ve kalıcı değişikliklere katkı sağlamak için uzun bir psikoterapi süresine ihtiyaç vardır. Bu sebeple, 10 hafta süren sanat terapi çalışmasının daha etkili değişikliklere sebep olabilmesi için, daha uzun oturumlar olarak planlanması gerekmektedir. Gelişmiş bir kendilik algısının işaretlerinden olan öz yeterlilik, 12 haftalık sanat terapisi uygulaması ile olumlu ve kişiye uyumlu bir şekilde geliştirilmiştir (Montag ve ark., 2014). Öz yeterlilik, kişinin yapabileceklerine ve sınırlarına dair inançları içerir (Bandura,1997). Öz yeterlilik ve gelişmiş kendilik algısı şizofreni spektrumunu da içeren kronik hastalıklar için koruyucu ve iyileştirici bir unsur olmuştur (Davidson & Strauss, 1992). Yapılan başka bir çalışma, şizofreni hastalığının sebep olduğu yıkımın geliştirilmesi, sağlıklı bir benlik ve kendine dair perspektif geliştirmesi için 1-2 yıl devamlı bir tedaviye ihtiyacı olduğu önerilmektedir (Davidson & Strauss, 1992). Oysa sanat terapisi, geleneksel terapilerden daha kısa sürede etkili olur (Montag ve ark., 2014). Şiir, resim ve heykel öğelerini içeren Dışavurumcu sanat terapisi, 9 ay süreli uygulandıktan sonra, şizofreninin sebep olduğu psikotik atakta azalma ve kendilik algısında olumlu değişimlere sebep olduğu bulgulanmıştır. Çalışma sonucunda, katılımcıların kendilik algılarında ve öz bilinçlilik skorlarında olumlu gelişmeler sağlamıştır. Kişiler sanatsal üretimleri ile kendilerini daha değerli ve güçlü hissetmişlerdir. Grup içindeki etkileşimleri ile, dış çevrede kendilerini daha anlamlı ve daha korkusuz hissetmişlerdir. Bu çalışma ile kişilerin ego sistemlerini ve kendilik algılarındaki bozulmaları geliştirmiştir (Hanevik ve ark., 2013).

Çalışma önermesinin istatistik olarak anlamlı çıkmamasının bir diğer nedeni de, deney grubunda sanat terapi uygulamasına katılan bireylerin kendiliklerine dair iç görüş azlığı olabilir. İç görüş, kişinin patolojisini kabullenme, semptomları tanıma ve tedaviye uyumunu içerir (Aslan, 2010). Sanat terapi uygulamasının katılımcılar üzerinde dışarıdan gözlemlenebilen olumlu etkileri olsa bile, bu kişilerin kendilerini değerlendirme kapasiteleri gelişmiş olmadığı için, çalışma sonucu etkilenmiş olabilir. Bazı klinisyenlerin, şizofreni hastalarının kendilerine dair beyanlarının güvenilir olmadığını ve verdikleri bilgilere şüphe ile bakılması gerektiğini savunmaları bu önermeyi destekler niteliktedir (Small ve ark., 1969). İçgörü zayıflığı, bu hastaların kendilerine dair doğru hükümler vermelerini etkiler ve (Doyle ve ark., 1999) kendi patolojilerinin sebep olduğu semptomlar hakkında doğru değerlendirme yapmalarını engeller. Özellikle hastalığın sebep olduğu negatif semptomlarını değerlendirirken yeterince içgörü geliştirememeleri, kendi negatif semptomlarını yorumlarken hata yapmalarına sebep olmuştur (Bell ve ark., 2007). Bu durum, sosyal karşılaştırma ölçeği içinde bulunan ve negatif semptomlarla bağlantısı olduğu düşünülen kavramların (değer, yeterlilik vb..) hasta tarafından yanlış yorumlanmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmanın önemli bir diğer bulgusu ise, pozitif semptomların hem kontrol hem de deney grubu içinde azalma göstermesidir ($Z=-1,864$; $p<0,05$). Sanat terapisi ile sanat nesnesine aktarılacak dışarı vurulan parçalı benlik artık psikotik semptom üretmeye ihtiyaç duymaz. Sanat terapisi kişilerin benlik çekirdeğini güçlendirir ve benliğin bölünmüş parçaları bütünleştirilir. Psikoz, delüzyon, halüsinasyon, dezorganize düşünce ve davranışlara ve davranışta belirgin değişikliklere sebep olan bir algı sorunudur. Burada yanlış algılanan gerçektir. Kişinin gerçekliği yalın hali ile görmek için harcadığı çabalar, gerçekliğin kırılmasına sebep olurken bu kırılmadan savunmak için kendilik algısı parçalanır (Hanevik ve ark., 2013). Dolayısı ile delüzyon ve halüsinasyonlar oluşturan psikoz, iç gerçekliğinin, reel dünyaya adapte edebilmesi için savunma mekanizması sonucu oluşan bir semptom olarak görülmektedir. Parçalanmadan savunma amacıyla oluşturulan bu semptom, bir kere yüzeye çıktıktan sonra, kişi dış bir uyaran olmadan yani duyu organları tarafından uyarılmadan halüsinasyon yaşayabilir. Bu durumda, kişi, id ego ve süper egonun oluşturduğu bir dinamik olan zihinsel sistemi ile reel dünyayı manipüle eder. İç dünya, dış gerçeklikten ayrışarak, kendi gerçekliğini yaratır (Martindale & Summers, 2013). Terapi içinde sanat nesnesi kullanıldığında,

kişinin psikoza sebep olan baskılanmış benliğine dışavurum olanağı tanınır. Benliğin sembolik yansıması olan ve sözel olarak aktarıldığında tuhaf, saçma anlamlara gelen ya da belirli bir kavramsal tabana oturmayan, formlar sanat materyali ile sembolik düzlem içerisinde kendine boşalma alanı bulur (Montag ve ark., 2014). Dış gerçek içinde örneğin bir resim kağıdında somutlaşarak ifade bulan ve ancak psikotik birey için geçerli olan anlam artık kendine dışavurum yolu olarak psikoza seçmez (Martindale & Summers, 2013).

Psikotik semptomlar üzerinde olumlu gelişmelere sebep olan bir diğer etkinin de grup terapisi olduğu öngörülmektedir. Grup terapisi ile kişi, kendi psikotik semptomları hakkında farkındalığa ulaşır. Aynı hastalığa sahip diğer grup üyeleri ile ortaklaşabilir ve hastalığı ve bu hastalığın onda yol açtığı etkiler hakkında paylaşımında bulunur. Başkalarına anlamsız ve saçma görünen ve anlam verilemeyen psikotik durum, grup uyumu ile birlikte grup içindeki bireyler tarafında anlaşılır olur. Grup terapi çalışmaları, şizofreni hastalığına sahip hastaların psikotik semptomlarında 13 hafta civarında etkili olmaktadır (Kanas, 1991). Grup çalışmasında sanat terapisi kullanıldığında, grup terapisinin etkisi daha hızlı görülür ve grup uyumu artar. Tez çalışmasında, müzik terapisi oturumunda, 4 numaralı katılımcının “Birbirimizin yaptığı hareketleri uydurabiliyoruz” diye geri bildirimde bulunması, grup kohezyonunun işareti olarak yorumlanabilir. Grup kohezyonu, kişinin grup üyeleri ve terapisti ile uyumunu sembolize eder ve psikoza sebep olduğu pozitif semptomlarda önemli bir etkiye sebep olur. Örneğin, kişi paranoid delüzyonlara sahip ise, grup tarafından onaylanmak, kabul görmek, onun delüzyonlarını azaltarak, kendilik şemasını geliştirir. Buradan hareketle, grup arkadaşlarından ve terapist tarafından verilen olumlu geri bildirimlerin, kişinin pozitif semptomlarının tedavisinde oldukça etkili bir faktör olduğu öne sürülebilir (Lecomte ve ark., 2017).

Şizofren bireye göre ötekinin ona bakışı ya da iletişimi, onun çekirdeğine saldırı olarak algılanır (Laing, 1960). Sanat nesnesi hasta ve terapist arasında güvenli, tampon bir bölge oluşturur ve direk kurulan iletişimin yerine alternatif bir metot olur. Bu durum, iletişim sorunları yaşayan hasta için destekleyici olarak görülebilir (Killick & Schaverien, 1997). Yapılan çalışmanın 1. oturumunda, künt cümleler kuran ve kendini basit cümlelerle ifade eden 5 numaralı katılımcı, 4. oturumdan sonra çalışma öncesi ve

Çalışma sonrasındaki paylaşım periyodunda kendi hayatı, bir önceki günü ve istekleri hakkında detaylı bilgiler vermiştir. Bu durumda, kişinin grup arkadaşları tarafından onaylanması ve iletişime davet edilmesi ve grup içinde oluşturulan güvenli alan etkili olmuş olabilir. Sanat terapi oturumları içinde, kişinin kendi dünyasından bahsetmesi sanat nesnesinin, terapötik iletişim içinde aracı rolünü destekler niteliktedir. Kişi önce sanat nesnesi dolayısı ile grup arkadaşları ve benimle iletişim kurmuştur. İfadeleri desteklendiğinde, sanat nesnesi ile kurabildiği diyalogu srdrmştir. Bu durum, sanat terapisinin doğrudan iletişimde kurmakta sıkıntı yaşanan kişiler için etkili bir metot olduğunu göstermektedir (Killick & Schaverien, 1997).



BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma, sanat terapisi grup çalışmasının şizofreni spektrumuna sahip hastaların pozitif semptomlarında önemli bir düşüş olduğunu bulgular ($Z=-1,864$; $p<0,05$). Sanat üretiminin kendisi psişenin dışavurulmasını içerir ve sembolik düzlemde anlam kazanan iç gerçeklik, kendine kavramsal bir çerçeveden aktarım olanağı bulmuş olur. Sanat terapisi, bu sembolik düzlemde kişiye dışa vurduğu ürün aracılığıyla kendi iç dünyasını gözlemleme, anlam verme, yorumlama ve dolayısıyla farkında bir benlik oluşturmaları için önemli bir terapidir. Şizofreni kronik bir hastalıktır ve kişi semptomlarının gerilediği bir dönemine girse bile, hayata ve kendine dair gerçeklik ve anlam kaybı yaşar (Killick & Schaverien, 1997). Diğer psikoterapi modelleri şizofreninin kronik yapısı üzerinde çalışma yapmamaları, sadece hastalığın patolojilerine odaklanmaları bu modellerin eksikliğidir. Bu sebeple uzun soluklu ve bütünleştirici değildir. Semptomlara çözüm bulsa bile, bu hastalık kişinin hem kendiliğini tanımladığı bir yere etki eden daha bütünleştirici bir terapiye ihtiyaç vardır. Şizofreni de semptomlar tedaviyle iyileşme gösterse bile, hasta hastalık dışında yeni bir ben deneyimler. Şizofren benlik kaybedildiğinde yeni gelen ben bir yabancı olacaktır. Bu sürecin kendisi aslında başlı başına psikoz nedenidir. Burada yapılması gereken yeni bir benlik algısı inşasıdır. Bu inşayı yaparken, kişinin kendini bedeni ve bütün olarak algılaması, özerklik hissetmesi ve içinde bulunduğu zaman ve mekanda sürekli ve güvenli olduğuna inanması gereklidir. Bunun için sanat terapisi ile, benlik destelenerek, kişiye bütün bir kendilik oluşumunda yardımcı olur (Killick & Schaverien, 1997).

Tez çalışması, şizofrenin önemli bir semptomu olan benlik parçalanmasının sanat terapisi ile geliştirileceğini öngörmüş fakat kendilik algısında istatistik olarak anlamlı bir sonuç bulamamıştır. İleride yapılacak çalışmalar için, daha uzun oturumların planlanması önerilmektedir. Buna ek olarak şizofren bireylerin kendilik algıları hakkında geri bildirimleri içeren ve kendiliklerine dair iç görüşü test eden bir ölçeğin de kullanılacak çalışmaya eklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Adamson, E. (1984). *Art as Healing*, London: Conenture.
- Adityanjee, Y.A., Aderibigbe, V. C., Jampala, T., & Mathews, T. (1999). The current status of tardive dystonia. *Biol Psychiatry*, 45, 715–730.
- Aleman, A., Böcker, K. B., Hijman, R., de Haan, E. H., & Kahn, R. S. (2003). *Cognitive basis of hallucinations in schizophrenia: role of top-down information processing. Schizophrenia Research*, 64(2-3), 175–185. doi:10.1016/s0920-9964(03)00060-4
- Andreasen, N. C., Flaum, M., Swayze, V. W., Tyrrell, G., & Arndt, S. (1990). Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia. A critical reappraisal. *Arc Gen Psychiatry*, 47(7), 615-621.
- Angane, A. Y. (2017). The Divine Madness: A History of Schizophrenia. *Annals of Indian Psychiatry*, 1(2), 133-135.
- Attard, A., & Larkin, M. (2016). Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature. *The Lancet Psychiatry*, 3(11), 1067–1078. doi: 10.1016/s2215-0366(16)30146-8
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2008). *The Burden of Schizophrenia on Caregivers. PharmacoEconomics*, 26(2), 149–162. doi:10.2165/00019053-200826020-00005
- Ayaydın, A. (2011). Çocuk Gelişiminde Bir Oyun Olarak Sanat ve Resim. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(37), 303-316.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy. Exercise of Control*. Newyork: Freeman.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder*. Oxford University Press.
- Bell, M., Fiszdon, J., Richardson, R., Lysaker, P., & Bryson, G. (2007). Are self-reports valid for schizophrenia patients with poor insight? Relationship of unawareness of illness to psychological self-report instruments. *Psychiatry Research*, 151(1-2), 37–46. doi: 10.1016/j.psychres.2006.04.012

Bender, L. (1981). The creative process in Psychopathological art. *The Arts in Psychotherapy*, 8(1), 3– 13.

Benson, D. F., & Stuss, D. T. (1990). Frontal Lobe Influences on Delusions: A Clinical Perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 16(3), 403–411. doi: 10.1093/schbul/16.3.403

Berger, John (1990). *Görme Biçimleri*. İstanbul: Metis Yayınları.

Betensky M. (1995). What do you see?: Phenomenology of therapeutic art expression. London and Çatay, Zeynep (2008). *Beden ve Ben Arasında Dokunan Ağ: Dans/Hareket Terapisi*, İstanbul Bilgi Üniversitesi 15. Ulusal Psikoloji Kongresi, İstanbul

Bhati, M. T. (2013). Defining Psychosis: The Evolution of DSM-5 Schizophrenia Spectrum Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15(11). doi: 10.1007/s11920-013-0409-9

Cooley, C. H. (1902). The looking-glass self. O'Brien: 126-128.

Cornelison, F. S., & Arsenian, J. (1961). A study of the responses of psychotic patients to photographic self-image experiences. *Nursing Research*, 10(4), 222–223. doi:10.1097/00006199-196101040-00025

Cosden, C., & Reynolds, D. (1982). Photography as therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 9(1), 19-23. doi:10.1016/0197-4556(82)90023-5

Crespo, V. R. (2004). Art therapy as an approach for working with schizophrenic patients. *International Journal of Psychotherapy*, 8(3), 183-193.

Curry, N. A. & Kasser, T. (2005). Can coloring mandalas reduce anxiety?. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(2), 81–85.

Çatay, Zeynep (2008). *Beden ve Ben Arasında Dokunan Ağ: Dans/Hareket Terapisi*, İstanbul Bilgi Üniversitesi 15. Ulusal Psikoloji Kongresi, İstanbul

Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). *Sense of self in recovery from severe mental illness*. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 131–145. doi:10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693

Delisi, L. E. (2000). Defining the course of brain structural change in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 41(1), 126–127. doi: 10.1016/s0920-9964(00)90608-x

Demir, V. (2017). Dışavurumcu Sanat Terapisinin Psikolojik Belirtiler İle Bilişsel İşlevlere Etkisi, *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 7(13), 577-598.

Doyle, M., Flanagan, S., Browne, S., Clarke, M., Lydon, D., Larkin, E., O'Callaghan, E., 1999. Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99, 466–472.

Ehrenberg, D. B. (1976). The “Intimate Edge” and the “Third Area.” *Contemporary Psychoanalysis*, 12(4), 489–496. doi:10.1080/00107530.1976.10745456

Eracar, N. (2013). Sözden Öte. İstanbul: 3P Yayıncılık.

Fox, J.G. & Embrey, E. (1972). Music: An Aid to Productivity. *Applied Ergonomics*, 3(4), 202-205

Frith, C. D. (1987). The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action. *Psychological Medicine*, 17(3), 631–648. doi: 10.1017/s0033291700025873

Gajić, M. G. (2013). Group art therapy as adjunct therapy for the treatment of schizophrenic patients in day hospital. *Vojnosanitetski pregled*, 70(11), 1065-1069.

Green, B. L., Wehling, C. & Talsky, G. J. (1987). Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 988– 991.

Greenwood, H. (2012). What aspects of an art therapy group aid recovery for people diagnosed with psychosis. *ATOL: Art Therapy Online*, 3(1). <https://doi.org/10.25602/GOLD.atol.v3i1.297>

Grocke, D., Bloch, S. & Castle, D. (2008) Is there a role for music therapy in the care of the severely mentally ill?. *Australasian Psychiatry*, 16 (6), 442-445.

Goldberg, T. E., & Weinberger, D. R. (1988). *Probing Prefrontal Function in Schizophrenia With Neuropsychological Paradigms*. *Schizophrenia Bulletin*, 14(2), 179–183. doi:10.1093/schbul/14.2.179

Göktepe, A. K. (2015). Sanat Terapi: Nesil Yayın Grubu.

Hall, C.S. & Norbdy V.J. (1973). A primer of Jungian psychology. New York: Penguin

Hancock T. (1990). The Mandala of Health: a Model of the Human Ecosystem. In: R. Anderson and I Kickbusch (eds.) Health promotion, a Resource Book. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, pp. 129-138.

Hanevik, H., Hestad, K. A., Lien, L., Teglbjaerg, H. S., & Danbolt, L. J. (2013). Expressive art therapy for psychosis: A multiple case study. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 312–321.

Heimlich, E. P., & Mark, A. J. (1990). Paraverbal communication with children: Not through words alone. New York: Plenum Press.

Hemsley, D. R. (1977). What have cognitive deficits to do with schizophrenic symptoms? *British Journal of Psychiatry* 130, 167-173.

Henriksen, M. G., & Nordgaard, J., (2014). Schizophrenia as a disorder of the self. *Journal of Psychopathology* 20, 435–441.

Henriksen, M. G., & Parnas, J. (2013). Self-disorders and Schizophrenia: A Phenomenological Reappraisal of Poor Insight and Noncompliance. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 542–547. doi: 10.1093/schbul/sbt087

Hirokawa, E. & Ohira, H. (2003). The Effects of Music Listening After a Stressful Task on Immune Functions, Neuroendocrine Responses, and Emotional States in College Students. *Journal of Music Therapy*, 40(3), 189– 211.

Hoffer, W. (1950). Development of the Body EGO. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5(1), 18–23. doi:10.1080/00797308.1950.11822881

Holm, T., Pillemer, D. B., Bilksted, V. & Thomsen, D. K. (2017). A decline in self-defining memories following a diagnosis of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 18–25.

Holtom, R. (1978) in Elliot (1978).

Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 271–287.

Johnstone, E. C., Crow, T. J., Frith, C. D., Stevens, M., Kreel, L., & Husband, J. (1978). *The dementia of dementia praecox. Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57(4), 305–324. doi:10.1111/j.1600-0447.1978.tb06899.x

Jung, C.G. (1959). *The archetypes and the collective unconscious: The collected works of C.G. Jung*. New York: Pantheon

Kanas, N. (1991). Group Therapy with Schizophrenic Patients: A Short-Term, Homogeneous Approach. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(1), 33–48. doi:10.1080/00207284.1991.11490631

Kapur, S., Mizrahi, R., & Li, M. (2005). *From dopamine to salience to psychosis—linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. Schizophrenia Research*, 79(1), 59–68. doi:10.1016/j.schres.2005.01.003

Karadag, B. O., & Aggarwal, Rashi. (2019). COMBS: Feeling positive about negative symptoms of schizophrenia. *Current Psychiatry*, 18(4), 9-18.

Kostaoglu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A., & Göğüş, A. (1999). Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(44), 23-32.

Kuhn, R., & Cahn, C. H. (2004). Eugen Bleuler's Concepts of Psychopathology. *History of Psychiatry*, 15(3), 361–366.

Kuperberg, G. (2000). Schizophrenia and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiology*, 10(2), 205–210. doi:10.1016/s0959-4388(00)00068-4

Kraepelin, E. (1919). *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Huntington:NY.

Kring, A. M., & Elis, O. (2013). Emotion deficits in people with schizophrenia. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 9, 409–433. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212- 185538

Kyziridis, T.C. (2005). Notes on the history of schizophrenia. *German Journal of Psychiatry*, 8, 42–48.

Laing, R. (1960). *The Divided Self*. London: Penguin Books.

Landy, R. (1985). The image of the mask: implications for theatre and therapy. *Journal of Mental Imagery*, (4), 43-56.

Lecomte, T., Leclerc, C., & Wykes, T. (2017). Symptom fluctuations, self-esteem, and cohesion during group cognitive behaviour therapy for early psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(1), 15–26. doi:10.1111/papt.12139

Liddle, P. F. (1987). The Symptoms of Chronic Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 151(02), 145–151. doi:10.1192/bjp.151.2.145

Logan, M. L. (2019). “There was something magical about this group”: Building Cohesion in a Psychiatric Hospital, *Expressive Therapies Capstone Theses*, 197

Lyddiatt, E M. (1972) Spontaneous Painting and Modelling, New York: St Martins Press.

Lysaker, P. H. & Lysaker, J. T. (2008). Schizophrenia and alterations in self experience: A comparison of six perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 331-340.

Mahurin, R. K., Velligan, D. I., & Miller, A. L. (1998). Executive-frontal lobe cognitive dysfunction in schizophrenia: A symptom subtype analysis. *Psychiatry Research*, 79(2), 139–149. doi:10.1016/s0165-1781(98)00031-6

Malchiodi, C. A. (Ed.). (2003). Handbook of art therapy. New York: Guilford Press.

Margo, A., Hemsley, D. R., & Slade, P. D. (1981). The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 139, 122-127.

Martindale, B. & Summers, A. (2013). The psychodynamics of psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2): 124-131.

Miller, D. (2005). Mandala symbolism in psychotherapy: The potential utility of the Lowenfeld Mosaic technique for enhancing the individuation process. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 37(2), 164-200.

Miyamoto, S., Duncan, G. E., Marx, C. E., & Lieberman, J. A. (2004). Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs. *Molecular Psychiatry*, 10(1), 79–104. doi: 10.1038/sj.mp.4001556

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.*doi:10.1371/journal.pone.0112348

Morais, A. H., Eler, G.J., Roecker, S., & Salvagioni, D.A. (2014). Significance of clay art therapy for psychiatric patients admitted in a day hospital. *Investigación y Educación en Enfermería, 32*(1), 128-38.

Morrison, T. G., Kalin, R., & Morrison, M. A. (2004). Body-image evaluation and body image investment among adolescents: A test of sociocultural and social comparison theories. *Adolescence, 39*(155), 571-587.

Murray, R. M., & Lewis, S. W. (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *Bmj, 295*(6600), 681–682. doi: 10.1136/bmj.295.6600.681

Nargis, B. S. (2011). Şizofreni hastalarında B-wise ölçeği'nin geçerlik güvenirlik çalışması ve metabolik sendrom ve kendilik algısıyla ilişkisi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Mustafa Kemal Üniversitesi/Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay

Nieoullon, A. (2002). Dopamine and the regulation of cognition and attention. *Prog. Neurobiol. 67*, 53–83.

Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). *Information Processing and Attentional Functioning in the Developmental Course of Schizophrenic Disorders. Schizophrenia Bulletin, 10*(2), 160–203. doi:10.1093/schbul/10.2.160

Oyserman, D. (2001). Self-concept and identity. In A. Tesser & N. Schwarz, *The Blackwell Handbook of Social Psychology*, 499-517.

Öksüz, E. & Malham, S. (2004). Sosyal Karşılaştırma Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlilik Analizi. VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi.

Park, S., & Holzman, P. S. (1992). Schizophrenics show spatial working memory deficits. *Archives of General Psychiatry, 49*(12), 975-982.

Parnas, J., & Henriksen, M. G. (2014). Disordered Self in the Schizophrenia Spectrum. *Harvard Review of Psychiatry, 22*(5), 251–265. doi: 10.1097/hrp.0000000000000040

Patterson, S., Crawford, M. J., Ainsworth, E., & Waller, D. (2011). Art therapy for people diagnosed with schizophrenia: Therapists' views about what changes, how and for whom. *International Journal of Art Therapy*, 16(2), 70–80. doi: 10.1080/17454832.2011.604038

Payne, H. (1992). *Dance Movement Therapy: Theory, Research and Practice*. London: Routledge.

Peng, S. M, Koo, M. & Kuo, J. C. (2010). Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.*, 24(6), 429–434.

Phillips, D. (1986). Photography's use as a metaphor of self with stabilized schizophrenic patients. *The Arts in Psychotherapy*, 13, 9-16.

Rockland, L. H. (1993). A Review of Supportive Psychotherapy, *Psychiatric Services*, 44(11), 1053–1060. doi:10.1176/ps.44.11.1053

Sakson-Obada, O., Chudzikiewicz, P., Pankowski, D., & Jarema, M. (2016). *Body Image and Body Experience Disturbances in Schizophrenia: an Attempt to Introduce the Concept of Body Self as a Conceptual Framework*. *Current Psychology*, 37(1), 390–400. doi:10.1007/s12144-016-9526-z

Särkämö, T. & Soto, D. (2012). Music listening after stroke: beneficial effects and potential neural mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1252(1), 266–281.

Selçuk, A. (2004). İçgörü Kavramı ve Şizofreni. *RCHP*, 4(1-2), 23-32.

Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddler, R., Barnes, T. R. E. (2000). A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 165. doi: 10.1001/archpsyc.57.2.165

Schaverien, J., & Killick, K. (1997). *Art psychotherapy and psychosis*. London: Routledge

Schapira, D., & Hugo, M. (2005). The Pulirimoral Approach in Music Therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 5(2).

Silverstein, S. M. (2014). Jung's views on causes and treatments of schizophrenia in light of current trends in cognitive neuroscience and psychotherapy research I. Aetiology and phenomenology. *Journal of Analytical Psychology*, 59(1), 98–129. doi:10.1111/1468-5922.12057

Slayton, S. C., D'Archer, J., & Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the efficacy of art therapy: A review of findings. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27, 108–118. doi:10.1080/07421656.2010.10129660

Small, I. F., Small, J. G., Estevez, C. & French, R. N. (1969). Do patients tell it like it is? *Journal of the Diseases of the Nervous System* 32, 333-338.

Spaulding, W. D., Reed, D., Sullivan, M., Richardson, C., & Weiler, M. (1999). *Effects of Cognitive Treatment in Psychiatric Rehabilitation. Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 657–676. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a0334

Stallings, J. W. (2015). Collage as an Expressive Medium in Art Therapy. *The Wiley Handbook of Art Therapy*, 163–170. doi:10.1002/9781118306543.ch16

Şahin, N. H., & Şahin, N. (1992) Adolescent Guilt, Shame, and Depression in Relation to Sociotropy and Autonomy. *The World Congress of Cognitive Therapy*, 17-21.

Talwar, N., Crawford, M. J., & Maratos, A., Nur, U., McDermott, O., & Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: Exploratory randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189(5), 405-409.

Teglbjaerg, H. S. (2011). Art therapy may reduce psychopathology in schizophrenia by strengthening the patients' sense of self: A qualitative extended case report. *Psychopathology*, 44, 314–318.

Trepal-Wollenzier, H. C., & Wester, K. L. (2002). The use of masks in counseling: Creating reflective space. *Journal of Clinical Activities, Assignments & Handouts in Psychotherapy Practice*, 2(2), 123-130. doi:10.1300/J182v02n02_13

Ünal, S. (2003). Şizofrenide bilişsel işlev bozuklukları ve belirti oluşumu ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 46-53.

Wigram, T., (2004). Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students. Londra ve Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Yalom, I. D. (2002). The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients. New York: HarperCollins.

Yavuzer, H. (1992). Resimleriyle Çocuk. İstanbul: Remzi Kitabevi.



Ek 1:

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ VE VERİ FORMU

Bu anket formu, sizin bazı kişisel özelliklerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen, her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve cevaplandırınız.

1.İsim/ Soy isim:

2.Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

2. Yaşınız:

3. Medeni durum:

4. Eğitim Durumu.....

5. Psikiyatrik Tanı

6. Kullandığı İlaçlar

7. Hastaneye Yatış Sayısı

6. Sanat Terapisi Alma Durumu

EK2:

KİŞİSEL GÖZLEM FORMU

Çalışma Öncesi

1)Nasıl Hissediyorsunuz? Buraya kendinizle ilgili neler getirdiniz?

Çalışma sonrası

1)Bu işi yapmak sizi nasıl düşündürdü?

2)Nasıl hissediyorsunuz?

3)Buradan neler almak istersiniz?

EK 3: POZİTİF VE NEGATİF SENDROM(PANNS) ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı Soyadı.....Yaşı.....Tarih.....

Uygulayan.....Protokol No:.....

1:Yok 2:Çok Hafif 3:Hafif 4:Orta	5:Orta-Ağır. 6:Ağır 7:Çok Ağır
Pozitif Sendrom Alt Ölçeği	
P1 Sanrılar	1 2 3 4 5 6 7
P2 Düşünce Değişikliği	1 2 3 4 5 6 7
P3 Varsanılar	1 2 3 4 5 6 7
P4 Taşkınlık	1 2 3 4 5 6 7
P5 Büyüklük Duyguları	1 2 3 4 5 6 7
P6 Şüphencilik/Kötülük görme sanrıları	1 2 3 4 5 6 7
P7 Düşmanca Tutum	1 2 3 4 5 6 7
PUAN	
Negatif Sendrom Alt Ölçeği	
N1 Duygulanımda Küntleşme	1 2 3 4 5 6 7
N2 Duygusal İççekilme	1 2 3 4 5 6 7
N3 İlişki kurmada güçlük	1 2 3 4 5 6 7
N4 Pasif/Kayıtsız biçimde kendini toplumdaki çekme	1 2 3 4 5 6 7
N5 Soyut düşünme güçlüğü	1 2 3 4 5 6 7
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı	1 2 3 4 5 6 7
N7 Stereotipik düşünme	1 2 3 4 5 6 7
PUAN	1 2 3 4 5 6 7
Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	
G1 Bedensel kaygı	1 2 3 4 5 6 7
G2 Bunaltı	1 2 3 4 5 6 7
G3 Suçluluk Duyguları	
G4 Gerginlik	1 2 3 4 5 6 7
G5 Manyerizm ve vücut 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 İşbirliği kuramama	1 2 3 4 5 6 7
G9 Olağandışı düşünce içeriği	1 2 3 4 5 6 7
G10 Yönelim Bozukluğu	
G11 Dikkat Azalması	1 2 3 4 5 6 7
G12 Yargılama ve İçgörü Eksikliği	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 Zihinsel Aşırı Uğraşı	1 2 3 4 5 6 7
G16 Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma	1 2 3 4 5 6 7
PUAN	
TOPLAM PUAN	

EK 4**SOSYAL KARŞILAŞTIRMA ÖLÇEĞİ**

Lütfen aşağıdaki sıfatların her birinde, sizi en iyi yansıtan rakamın yanındaki daireye işaret koyunuz. 1: sıfatın sol sütundaki boyutuna yakınsınız, 6: sıfatın sağ sütundaki boyutuna yakınsınız.

SOL SÜTUN**SAĞ SÜTUN**

147. Yetersiz	1	2	3	4	5	6	Yeterli/Üstün
148. Beceriksiz	1	2	3	4	5	6	Becerikli
149 . Başarısız	1	2	3	4	5	6	Başarılı
150. Sevilmeyen Biri	1	2	3	4	5	6	Sevilen Biri
151. İçedönük	1	2	3	4	5	6	Dışadönük
152. Yalnız	1	2	3	4	5	6	Yalnız Değil
153. Dışta Bırakılmış	1	2	3	4	5	6	Kabul Edilmiş
154. Sabırsız	1	2	3	4	5	6	Sabırlı
155. Hoşgörüsüz	1	2	3	4	5	6	Hoşgörülü
156. Söyleneni Yapan	1	2	3	4	5	6	İnsiyatif Sahibi
157. Korkak	1	2	3	4	5	6	Cesur
158. Kendine Güvensiz	1	2	3	4	5	6	Kendine Güvenli
159. Çekingen	1	2	3	4	5	6	Atılgan
160. Dağınık	1	2	3	4	5	6	Düzenli
161. Pasif	1	2	3	4	5	6	Aktif
162. Kararsız	1	2	3	4	5	6	Kararlı
163. Antipatik	1	2	3	4	5	6	Sempatik
164. Boyuneğici	1	2	3	4	5	6	Hakkını Arayıcı

EK 5:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Şizofreni Spektrumuna Sahip Hastalarda Sanat Terapisi Uygulamasının Kendilik Algısına Etkisi

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Şizofreni spektrumunun tedavisinde sanatın sembolik ve aracı rolü yadsınmamalıdır. Araştırmamızın amacı, şizofreni spektrumuna sahip hastaların kendilik algısındaki bozulmaların, sanat terapisi uygulaması ile geliştirilip geliştirilemeyeceğini bilimsel bir gerçeklikle sonuçlandırmaktır. Bu çalışma, literatüre sanat terapisi ve şizofreni hastalarının tedavisi alanında katkı sağlamayı düşünmektedir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken üç adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacı tarafından hazırlanmıştır. Diğer iki form ise standardize ölçeklerdir. Bu ölçekler, genel psikopatolojinizi ve kendilik algınızı ölçmektedir. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda, literatüre sanat terapisi hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz hiçbir şekilde kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Barış Önen Ünsalver
2. Gökçe Pekcan

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>	

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>	

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK 6:

	www.uskudar.edu.tr Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr
T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI	
SAYI: 61351342/2018/21	26/12/2018
İLGİLİ MAKAMA	
Dr. Öğrt. Üyesi Barış Önen ÜNSALVER (Sorumlu Araştırmacı), Gökçe PEKCAN (Yardımcı Araştırmacı) tarafından, Üsküdar Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurusu yapılmış olan "Şizofreni Spektrumuna Sahip Hastalarda Sanat Terapisi Uygulamasının Kendilik Algısına Etkisi" adlı araştırma önerisi, kurulumuzun 26 Aralık 2018 tarihli, 08 No.lu toplantısında değerlendirilerek, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
Bilgilerinize rica ederim.	
 Prof. Dr. Kemal ARIKAN Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı	

ÜÜ FR 075 Revizyon No: 0 (15.03.2017)

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Tarihi 26.02.1991

Medeni Durum Bekar

Gökçe Pekcan

05413361874

E-mail gokcepekcan3@gmail.com

İŞ TECRÜBESİ

2019-halen	Aba Psikoloji /Psikolog
2019	Aktif Psikoteknik Merkezi / Psikolog
2018	Özel Nazlım Engelli Bakım Merkezi / Psikolog
2018	Oyun Ablalığı
2017	Mavi Gökler Anaokulu /Psikolog
2017	Özel Nazlı Gül Rehabilitasyon Ve Eğitim Merkezi / Psikolog
2016	Türkiye Engelliler Vakfı /Gönüllü Psikolog
2015	Halka sanat projesi /Sanatçı Asistanı
2015	Pendik Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi/ Gönüllü Çalışma
2015	Bilkent Üniversitesi Psikoloji Kulübü Sanat Terapi Günleri / Proje Yardımcısı

EĞİTİM BİLGİLERİ

2017-halen	Üsküdar Üniversitesi, Klinik Psikoloji
2009-2015	İhsan Doğramacı Bilkent Üniversitesi, Psikoloji Bölümü
2013	Masstricht Üniversitesi, Erasmus Programı
2004-2009	İstanbul Anadolu Lisesi

SEMİNER ve KURSLAR

Hakan Musluoğlu ile ritim atölyesi, 2019, İstanbul

Sanat Psikoterapilerine Giriş Ve Tanışma Programı, 8-9 Aralık 2018, Sanatla Psikoterapi Derneği, İstanbul

Oyun Terapisi Eğitimi, ÜSEM, 2018, İstanbul

MMPI, Üsküdar Üniversitesi, Psikodiagnostik Testler, 2018, İstanbul

Çocuk Değerlendirme Testleri Eğitimi, 1. Paket(Beier,Lousia Duss, Rotter, Bir Ağaç Çiz, Bir Aile Çiz, Bir Ev Çiz, Bir İnsan Çiz, Var olmayan Hayvan Çiz), Kim Psikoloji, 16-17 Nisan 2016, İstanbul

Kadıköy Belediyesi Çocuklarla geri dönüştürülen materyallerden müzik aleti yapımı atölyesi, 24 Nisan 2016, İstanbul

Travmada ve Sahada Kullanılabilecek Sanatla Terapisi Müdahale Eğitimi Programı, Sanatla Psikoterapi Derneği, 2 Kasım-5-6 Aralık 2015, İstanbul