

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji Bilim Dalı

**REMİSYONDA ŞİZOFRENİ HASTALARINDA DUYGU
ODAKLI MÜZİK TERAPİ UYGULAMASININ DUYGU
FARKINDALIĞI VE YAŞAM DOYUMU ÜZERİNE
ETKİLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

Melis BAHAR

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hanife YILMAZ ÇENGEL

Eş Danışman

Doç. Dr. Nurhan EREN

İstanbul 2023

TEZ TANITIM FORMU

YAZAR ADI SOYADI	: Melis BAHAR
TEZİN DİLİ	: Türkçe
TEZİN ADI	: Remisyonda Şizofreni Tanılı Bireylerde Duygu Odaklı Müzik Terapi Uygulamasının Duygu Farkındalığı ve İşlevsellik Üzerine Etkileri
ENSTİTÜ	: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
ANABİLİM DALI	: Psikoloji
TEZİN TÜRÜ	: Yüksek Lisans
TEZİN TARİHİ	: 04.07.2023
SAYFA SAYISI	: 115
TEZ DANIŞMANLARI	: Dr. Öğr. Üyesi Hanife Yılmaz ÇENGEL Doç. Dr. Nurhan EREN
DİZİN TERİMLERİ	: Müzik Terapi, Şizofreni, Duygu Farkındalığı, Duyguların Tanınması, Yaşam Doyumu, İşlevsellik
TÜRKÇE ÖZET	: Bu araştırmada farmakolojik tedavisi devam eden remisyonda şizofreni tanılı bireyler ile yapılan 12 seanslık duygu odaklı müzik terapi uygulamasının duygu farkındalığı ve işlevsellik düzeyleri üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (İÜ İTF) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Ön test ve son test randomize kontrol gruplu (8 kişi deney-8 kişi kontrol grubu) deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır. Deney ve kontrol grubuna uygulanan ön-test, son-test ölçekleri; Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testi (Facial Emotion Identification Test-FID), Duyguları İfade Etme Ölçeği (DİEÖ), Şizofrenide

İşlevsel Düzelmeye Ölçeği (ŞİLÖ) Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) ve sosyodemografik bilgi için “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler Mann Whitney U testi ve Wilcoxon Signed Rank testi kullanılarak analiz edilmiştir. Deney grubu ön test-son test ölçek puanları karşılaştırıldığında FID ve ŞİLÖ toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş, puanlarda son testte ön teste kıyasla artış görülmüştür. Ön test- son test ölçek toplam fark puanlarının deney ve kontrol grupları açısından karşılaştırılması analizi sonucuna göre ID, DİEÖ, ŞİLO fark puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Deney grubu FID, DİEÖ, ŞİLÖ fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

DAĞITIM LİSTESİ

- : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

İmzası

Melis BAHAR

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji Bilim Dalı

**REMİSYONDA ŞİZOFRENİ HASTALARINDA DUYGU
ODAKLI MÜZİK TERAPİ UYGULAMASININ DUYGU
FARKINDALIĞI VE YAŞAM DOYUMU ÜZERİNE
ETKİLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

Melis BAHAR

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Hanife YILMAZ ÇENGEL

Eş Danışman

Doç. Dr. Nurhan EREN

İstanbul 2023

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez/proje olarak sunulmadığını beyan ederim.

Melis BAHAR

... /... /...



T.C.

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Melis BAHAR'ın "Remisyonda Şizofreni Hastalarında Duygu Odaklı Müzik Terapi Uygulamasının Duygu Farkındalığı ve Yaşam Doyumu Üzerine Etkileri" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından PSİKOLOJİ anabilim dalı, PSİKOLOJİ bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Hanife YILMAZ ÇENGEL

(Danışman)

İmza

Üye

Doç. Dr. Alişan Burak YAŞAR

İmza

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / ...

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Giriş ve Amaçlar: Şizofreni, birey için uzun zamana yayılan ciddi yıkımların olduğu bir hastalıktır. Halüsinasyon, delüzyon, düşünce ve davranış bozuklukları ile kendini gösteren pozitif semptomların antipsikotik ilaçlarla hafifletilmesi veya giderilmesi sağlanır ancak ilaç tedavisinin negatif semptomlar üzerindeki etkisi daha sınırlıdır. Negatif semptomlarda duyguların ifadesinde eksiklik olduğu, düz/künt duygulanım ve olumlu duygular yaşama yeteneğinde azalma olarak tanımlayabileceğimiz anhedoni merkezi rol oynar. Duygu körelmeleri, haz duygusunun kaybı, hayattan zevk alamama, içe kapanma gibi kişinin sosyal yaşamdan çekilmesine yol açan bu belirtiler kişinin yaşam kalitesini etkiler. Bu çalışmanın amacı, duygu odaklı müzik terapi uygulaması kullanılarak yapılan grup terapisi programının remisyonda olan şizofreni tanılı bireylerde duygu farkındalığı ve yaşam doyumu üzerindeki etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (İÜ İTF) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Psikiyatri Servisi Sanat Psikoterapisi ve Rehabilitasyon Programına (SPR) yönlendirilen, 17-67 yaş arası 16 gönüllü katılımcıdan (yansız bir atama ile 8 kişi kontrol grubu, 8 kişi uygulama grubuna) oluşturulmuştur. Deney ve kontrol grubu ile ön ve son görüşme yapılmış bu görüşmelerde ölçekler uygulanmıştır. Uygulanan ön-test, son-test ölçekleri; Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS), Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testi (Facial Emotion Identification Test-FID), Duygu İfade Ölçeği, Şizofrenide İşlevsel Düzeltme Ölçeği (ŞİLÖ), Yaşam Doyumu Ölçeği ve Sosyodemografik bilgi için "Kişisel Bilgi Formu" kullanılmıştır. Uygulama 6 hafta süresinde haftada 2 olmak üzere toplam 12 seans gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Deney ve kontrol grubu arasında sosyodemografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Deney grubu ön test-son test ölçek puanları karşılaştırıldığında FID ve ŞİLÖ toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş, puanlarda son testte ön teste kıyasla artış görülmüştür. Kontrol grubu ön test son test puanları karşılaştırıldığında

ise azalma olduğu görülmüştür. Ön test- son test ölçek toplam fark puanlarının deney ve kontrol grupları açısından karşılaştırılması analizi sonucuna göre FID, DİEÖ, ŞİLO fark puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Deney grubu FID, DİEÖ, ŞİLÖ fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Duygu odaklı müzik terapisinin şizofreni hastalarında kullanılması işlevsellik düzeylerini arttırmış, duygu ifade etme kabiliyetlerini geliştirmiş, yüzde ifade edilen duyguların tanınması ile ilgili gelişmeler sağlamıştır. Müzik terapi, sanat terapi gibi destekleyici tedavi yöntemlerinin şizofreni hastalarında standart sağlık bakım uygulamaları içinde yer alması ve müzik terapinin klinik uygulamalarda yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler; Müzik Terapi, Şizofreni, Duygu Farkındalığı, Duygu İfadesi, Yüzde Dışavuran Duygular, Yaşam Doyumu

SUMMARY

Introduction and Objectives: Schizophrenia is a disease that spreads over a long period of time and has serious destructions for the individual. Positive symptoms, manifested by hallucinations, delusions, thought and behavior disorders, are alleviated or relieved with antipsychotic drugs, but the effect of drug therapy on negative symptoms is more limited. Anhedonia, which can be defined as a lack of expression of emotions and a decrease in the ability to experience emotions and positive emotions, plays a critical role in negative symptoms. These symptoms, such as atrophy of emotions, loss of sense of pleasure, not being able to enjoy life, and introversion, which affect the social life of the person, also affect the quality of life of the person. The aim of this study is to examine the effect of a group therapy program using emotion-focused music therapy on emotion awareness and life satisfaction in individuals with schizophrenia who are in remission.

Method: The research was carried out in Istanbul University Istanbul Medical Faculty (IU ITF) Department of Mental Health and Diseases.

The sample of the research was composed of 16 volunteer participants (8 people in the control group, 8 people in the application group with an unbiased assignment) between the ages of 17-67 who were referred to the Art Psychotherapy and Rehabilitation Program (SPR) of Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Mental Health and Diseases, Social Psychiatry Service. Pre- and post-interviews were made with the experimental and control groups, and the scales were applied in these interviews. Applied pre-test, post-test scales; Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Facial Emotion Identification Test (FID), Emotion Expression Scale (EES), Functional Remission of General Schizophrenia Scale (FROGS), The Satisfaction with Life Scale (SWLS) and "Personal Information Form" were used for sociodemographic information. The sessions was performed twice a week for 6 weeks, a total of 12 sessions.

Findings: There was no statistically significant difference between the experimental and control groups in terms of socio-demographic data.

When the pre-test and post-test scale scores of the experimental group were compared, there was a statistically significant difference between the total scores of FID and FROGS and an increase was observed in the scores in the post-test compared to the pre-test. When the pre-test and post-test scores of the control group were compared, it was seen that there was a decrease. According to the results of the analysis of the comparison of the pre-test-post-test scale total difference scores in terms of the experimental and control groups, the difference scores of FID, EES, and FROGS showed a statistically significant difference. The difference scores of FID, EES and FROGS in the experimental group were higher than those of the control group.

Results: The use of emotion-focused music therapy in patients with schizophrenia increased their level of functionality, improved their ability to express emotions, and provided improvements in the recognition of facial emotions. It is recommended that supportive treatment methods such as music therapy and art therapy should be included in standard health care practices in patients with schizophrenia and that music therapy should be widespread in clinical practices.

Keywords; Music Therapy, Schizophrenia, Emotional Awareness, Emotional Expression, Facial Emotions, Life Satisfaction

İÇİNDEKİLER LİSTESİ

ÖZET	i
SUMMARY	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
GRAFİKLER LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
EKLER LİSTESİ	xi
ÖNSÖZ	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. Araştırmanın Problemi	3
1.1.2. Alt problemler	3
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi	3
1.4. Hipotezler	4
1.5. Sayıtlılar	4
1.6. Sınırlılıklar	5

İKİNCİ BÖLÜM KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Şizofreni	6
2.1.1. Şizofreninin tanımı ve tarihçesi	6
2.1.2. Şizofreninin etiyolojisi	8
2.1.3. Şizofreninin epidemiyolojisi	9
2.1.4. Risk faktörleri	10
2.1.5. Tedavi yöntemleri	12
2.2. Şizofreni Tedavisinde Destekleyici Diğer Yöntemler	14
2.2.1. Bilişsel- Davranışçı Terapi	14

2.2.2. Aile Yönelimli Terapi	15
2.2.3. Sosyal Beceri Eğitimi	16
2.2.4. Psikiyatrik Rehabilitasyon	16
2.2.5. Grup Terapisi	16
2.2.6. Sanat Psikoterapileri	17
2.3. Müzik Terapi	19
2.3.1 Müzik Terapinin tarihçesi	18
2.3.2. Müzik Terapi yaklaşımları	20
2.3.3. Müzik Terapi metotları	23
2.4. Müzik Terapi ve Şizofreni	26
2.5. Müzik Terapi ve Duygu Farkındalığı	28
2.6. Müzik Terapi ve Yaşam Doyumu	31

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLER

3.1. Araştırmanın Modeli	33
3.2. Araştırma Grubu	33
3.3. Grupta Uygulanan Müdahaleler	34
3.4. Veri Toplama Araçları	34
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	35
3.4.2. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği	35
3.4.3. Yüzde Dışa Vuran Duyguların Tanınması Testi	36
3.4.4. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	36
3.4.5. Duyguları İfade Etme Ölçeği	37
3.4.6. Yaşam Doyumu Ölçeği	37
3.5. Verilerin Toplanması	37
3.6. Uygulama Yöntemi ve Planı	38
3.6.1. Yarı yapılandırılmış Duygu Odaklı Müzik Terapisinin Plan ve Tasarımı ...	39
3.7. Verilerin Analizi	49

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Araştırmaya Ait Nicel Bulgular	50
4.1.1. Örneklemın Sosyodemografik Özelliklerine Göre Elde Edilen Bulgular.....	50
4.2. Ölçeklerden Elde Edilen Veriler	52
4.2.1. Ön test- son test ölçek toplam puanlarının deney ve kontrol grupları açısından karşılaştırılması	53
4.2.2. Deney grubunun ön- test- son test ölçek puanlarının karşılaştırılması	54
4.2.3. Kontrol grubunun ön test- son test ölçek puanlarının karşılaştırılması	55
4.2.4. Deney Grubunun ön test- son test ölçek toplam puanlarının yaş grupları açısından karşılaştırılması	56
4.2.5. Deney ve kontrol grupları açısından ön test- son test ölçek toplam fark puanlarının karşılaştırılması	57
4.3. Müzik Terapi Uygulamasına Katılanlara Ait Ölçek Verileri	58
4.4. Grup Sürecine Ait Veriler	61
4.4.1. Katılımcılara ait Kişisel ve Klinik Öykü Bilgileri	61
4.5. Grup Sürecinin Verileri	63
4.5.1. Grup süreci aşamaları	63
4.5.2. Uygulama grubu katılımcı süreçleri	59

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

TARTIŞMA	80
SONUÇLAR	86
ÖNERİLER	88
KAYNAKÇA.....	89
EKLER	106
ÖZGEÇMİŞ	115

KISALTMALAR

AMT	:	Analitik Müzik Terapi
BDT	:	Bilişsel Davranışçı Terapi
BPRS	:	Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
DiEÖ	:	Duyguları İfade Etme Ölçeği
FID	:	Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testi
İTF	:	İstanbul Tıp Fakültesi
İÜ	:	İstanbul Üniversitesi
SPR	:	Sanat Psikoterapisi ve Rehabilitasyon Programı
ŞİLÖ	:	Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği
YDÖ	:	Yaşam Doyumu Ölçeği
YİM	:	Yönlendirilmiş İmgelem ve Müzik- Bonny Model

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubu Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması ..	50
Tablo 2. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Veriler	51
Tablo 3. Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler	52
Tablo 4. Ön Test-son Test Ölçek Toplam Puanlarının Deney ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması	53
Tablo 5. Deney Grubunun Ön test- Son test Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 6. Kontrol Grubunun Ön test- Son test Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması ...	55
Tablo 7. Deney Grupları Ön Test- Son Test Ölçek Toplam Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması	56
Tablo 8. Ön Test-son Test Ölçek Toplam Fark Puanlarının Deney ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması	57

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği'nde Bireysel Değişim Puanları ...	59
Grafik 2. Duygu İfade Etme Ölçeğinde Bireysel Değişim Puanları	59
Grafik 3. Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testinde Bireysel Değişim Puanları	60
Grafik 4. Yaşam Doyumu Ölçeğinde Bireysel Değişim Puanları	60



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. 12. Seans Grup Uygulama Resmi 79



EKLER LİSTESİ

- EK-A** Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
- EK-B** Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testi
- EK-C** Duygu İfade Ölçeği
- EK-Ç** Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği
- EK-D** Yaşam Doyumu Ölçeği
- EK-E** Sosyodemografik Form
- EK-F** Etik Kurul Onay Formu
- EK-G** Katılımcılar için Bilgilendirilmiş Olur Formu

ÖNSÖZ

Senelerdir yanında bulunduğum her an mesleki ve akademik alanda bilgilendiğim, araştırmanın başından sonuna desteğini, bilgilerini bana yol göstermek için sunan değerli hocam Doç. Dr. Nurhan EREN'e,

Tez çalışmam boyunca ilgi ve desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hanife YILMAZ ÇENGEL'e

Uygulama sürecinde yanımda olan sevgili Dr. Öğr. Üyesi Ezgi ILDIRIM ÖZCAN ve Sevda ÇAKİR,

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

Alanda gelişmemi sağlayan Dışavurumcu Sanat Terapisti Bihter Yasemin ADALI ve Özgür SALUR'a,

Müzik terapi ile beni tanıştıran hayatımda önemli bir yeri olan sevgili hocam Marmara Üniversitesi Öğr. Gör. Özcan ÖZBEK'e,

Beni ben yapan, tüm başarılarımın arkasındaki gizli kahramanlarım annem, babam ve ışığım ablam Ceren BAŞAY'a,

Uygulama sürecinde desteklerini hep hissettiğim MIHÇIOĞLU ailesi ve Barış ÖZ'e,

Hayatımın her anında olduğu gibi tez çalışmamın da her anında yanımda olan, hayatımı güzelleştiren sevgili eşim Bora BAHAR ve sevgili kızım Elis BAHAR'a

Teşekkürlerimle...

Bu tezi 2020 yılında verdiği mücadeleye yenik düşen tanıdığım en güçlü kız, canım öğrencim Hazal AYDEN'e ithaf ediyorum.

Melis BAHAR

İstanbul, 202

GİRİŞ

Duygusal süreçler gündelik yaşamımızın da ayrılmaz bir parçası olup düşünce, inanç ve karar verme süreçlerimiz ile etkileşim halinde davranışlarımıza rehberlik eder. Çevremizle uyumumuzu sağlar. Yalnızca kendi davranışlarımızı yönlendirmekle kalmaz, başkalarının zihinsel süreçlerini algılamamıza da yardımcı olur ve sosyal ilişkilerimizi şekillendirir. Duygu ve duygulanım süreçleri psikolojik belirtilere etki eden önemli faktörler olmakla beraber, ruhsal bozukların %75'inde duygularla ilgili sıkıntının önemli bir belirti olduğu düşünülmektedir (Silver, Shlomo, Turner, Gur, 2002).

Şizofreni hastalığında negatif semptomlar normalde var olması beklenen düşünce, davranış ya da duygularda azalma gerçekleşmesini veya bunların kaybolmasını ifade eder. Bu negatif semptomlardan biri de duygusal küntlüktür. Duygu körelmeleri, haz duygusunun kaybı, hayattan zevk alamama, içe kapanma gibi kişinin sosyal yaşamdan çekilmesine yol açan bu belirtiler kişinin yaşam kalitesini etkiler.

Müzik sözsüz bir iletişim alanı yaratmasından dolayı hastalardaki duyu süreçlerinin çalışılmasına olanak sağlamaktadır. Antik Yunan'dan itibaren müzik ile ilişkilendirilen duygular uzun yıllar boyunca filozoflar, sosyologlar, antropologlar ve tarihçilerin araştırmalar yaptığı bir alan olmuş ve bu konu üzerinde birçok teori ortaya konmuştur. Duygular fizyolojik, görüntüsel, dil, temsil ve deneyim içeren karmaşık bir sistemdir. Hem evrensel hem de kültürel olarak değişkenlik gösterirler. Aynı zamanda sosyal etkileşim ile şekillenir ve dengelenirler (Keltner, Lerner, 2010). Çağdaş nörobiyolojik bulgular ışığında duyguların ruhsal yapılanmadaki işlevini açıklayan birçok duygulanım kuramı, duyguların nörobiyolojik ve psikososyal birlikteliğine vurgu yaparak, en erken duygulanım ifadesinin anne-bebek ilişkisi ile örgütlendiğini göstermiştir. Bu görüşler annenin bebeğin duyu durumuna empati yaparak bebeğin kendi duyu durumunu anneden ayırıştırarak düzenleyebilme kapasitesinin önkoşulu olduğunu öne sürmektedir. Bu görüşler duyguların ayırıştırılmasında, tanınmasında ve duygulanımların düzenlenmesinde dışsal bir etkenin varlığına da vurgu yapmaktadır (Kernberg, Otto, 2012).

Müziğin duygular ile bağlantısı beyinde gerçekleşmektedir. Yapılan araştırmalarda beyinde duyguların rol oynadığı limbik ve paralimbik yapılarda

(amigdala, hipokampus, parahipokampal girus, insula, temporal kutuplar, singulat korteks, orbitofrontal korteks ve ventral striatum) kiŒiye müzikal uyananlar verildiğinde deĐiŒimler olduğunu ortaya konmuŒtur (Koelsch, Fritz, Cramon, Mller, Friederici, 2006). Müziğin eŒitli kullanım durumları duyguları serbest bırakmak, deĐiŒirmek, uyum sağlamak ve ifade etmek gibi birçok iŒleve yöneliktir (Hallam, MacDonald, 2008).

Bu alıŒmada yeniden yaratma metoduyla Œarkı yazma, Œarkı söyleme, beden perküsyonu, enstrüman keŒifleri ve doğaçlamalar gibi eŒitli unsurlar kullanılmıŒtır. Bu metotların duyguların farkına varmak, deĐiŒirmek, uyum sağlamak gibi içsel ve dıŒsal süreçlerinde bağlantı kurmalarını desteklemiŒtir. Bu alıŒmanın duygu farkındalığı ve yaŒam doyumuna etkisi incelenmiŒtir.

Bu alanda Türkiye’de Œizofreni tanılı bireylerle yapılan müzik terapi alıŒmaları önem kazanmakta ve çoğalmaktadır. Ancak müzik terapi ile Œizofreni ile duygu alıŒmaları üzerine araŒtırmalara rastlanmamıŒtır. Bu alıŒma akademik olarak bu eksikliği gidermeyi ve bir yol amayı hedeflemektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. Araştırmanın Problemi

Şizofreni tanılı bireyler ile yapılan duygu odaklı müzik terapi uygulamasının duygu farkındalığı ve yaşam doyumunu üzerinde anlamlı bir ilişkisi var mıdır?

1.1.2. Alt Problemler

1. Şizofreni tanılı bireyler ile yapılan duygu odaklı müzik terapi grubunun işlevsellik düzeyi üzerine anlamlı bir etkisi var mıdır?
2. Şizofreni tanılı bireyler ile yapılan duygu odaklı müzik terapi grubunun duygu ifade etmek düzeyi üzerine anlamlı bir etkisi var mıdır?
3. Şizofreni tanılı bireyler ile yapılan duygu odaklı müzik terapi grubunun yüzde dışavuran duyguların tanınmasında anlamlı bir etkisi var mıdır?
4. Şizofreni tanılı bireyler ile yapılan duygu odaklı müzik terapi grubunun yaşam doyumunda anlamlı bir etkisi var mıdır?

1.2. Araştırmanın Amacı

Şizofreni tanılı hastalarda duygu tanıma zorluğunun sosyal yaşantı ve iletişimde yarattığı problemleri azaltmak, sosyal işlevselliği arttırmak için duygu süreçlerinin iyileştirilmesi önemlidir. Şizofreni bireyi toplumdan uzaklaştıran, toplumsal yaşam becerilerini etkileyen bir hastalıktır. Toplumsal yaşam becerilerinin kazandırılmasıyla, insanlar arasındaki ilişkilerin düzenlenmesi tedavi programlarının temel hedefidir. Bu araştırmada, şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulamasının hastalar üzerinde duygu farkındalığı ve yaşam doyumunu üzerine etkilerinin yararlı olup olmadığının incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de bu konuda yapılan çalışmalar daha çok farklı konuların ele alınmasından dolayı az ve yetersiz kalmıştır. Şizofreni tanılı bireylerde duygu tanıma zorluğunun sosyal yaşantı ve iletişimde yarattığı problemleri en aza indirmek, sosyal işlevselliği

arttırmak için duygu süreçlerinin iyileştirilmesi önemlidir. Hastaların hastalık belirtileri ile baş etmesi, tedavi süreci uyumu ve devamlılığı, hastalık semptomlarının zihinsel, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden yarattığı zorluklarla başa çıkmasında destekleyici tedavi yöntemi olarak müzik terapinin kullanımını destekleyecektir.

1.4. Hipotezler

Bu çalışmada aşağıdaki hipotezlerin sınanması amaçlanmaktadır.

H1a. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulaması yaşam doyumunu artırır.

H0. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulaması yaşam doyumunu düzeyini etkilemez.

H1b. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulaması Yüzde dışavuran duyguların tanınması düzeyini artırır.

H0. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulaması Yüzde dışavuran Duyguların Tanınması düzeyini etkilemez.

H1c. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulaması duyguları ifade etme düzeyini artırır.

H0. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulaması duyguları ifade etme düzeyini etkilemez.

H1a. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulaması işlevsellik düzeyini artırır.

H0. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulaması işlevsellik düzeyini etkilemez.

1.5. Sayıtlar

1. Araştırmada yer alan örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

2. Katılımcıların araştırmadaki Yaşam Doyumu Ölçeğine, Şizofrenide İşlevsellik Ölçeğine, Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testine, Duyguları İfade Etme

Ölçeğine ve Sosyodemografik Bilgi Formuna samimi ve gerçek durumlarını yansıtan bir şekilde cevap verdikleri varsayılmaktadır.

3. Araştırmada yer alan Yaşam Doyumu Ölçeğinin yaşam doyumlarını, Şizofrenide İşlevsellik Ölçeğinin işlevselliklerini, Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testinin yüzdeki duygularını tanımalarını, Duyguları İfade Etme Ölçeğinin duygu ifadelerini ve Sosyodemografik Bilgi Formunun kişiler bilgilerini ölçtüğü varsayılmıştır.

1.6. Sınırlılıklar

Araştırmanın örneklemini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sanat Psikoterapisi ve Rehabilitasyon Programında (SPR) ayakta tedavi olan şizofreni tanılı bireyleri kapsar. Sonuçlar tüm şizofreni tanılı bireylere genellenemez.

1. Araştırma, İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile sınırlıdır.
2. Şizofreni tanısı almış, ayaktan tedavi olan ve remisyondaki bireyler ile sınırlıdır.
3. Araştırma 17-67 yaş arası katılımcılarla sınırlıdır.
4. Bu araştırmadaki kişisel veriler sosyodemografik form verileri ile sınırlıdır.
5. Kişilerin yaşam doyumu düzeyinin ölçümü Yaşam Doyumu Ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
6. Kişilerin yüzde dışavuran duyguların tanınması ölçümü Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
7. Kişilerin işlevselliklerinin ölçümü Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
8. Kişilerin duygu ifade becerileri Duygu İfade Ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde şizofreni, müzik terapisi, duygu farkındalığı ve yaşam doyumu üzerine genel bilgilere, araştırmalara ve incelemelere yer verilecektir.

2.1. Şizofreni

2.1.1. Şizofreninin tanımı ve tarihçesi

DSM-V’de “Şizofreni sıklıkla belirgin halüsinasyonlar ya da hezeyanlar ile giden, davranışın kognitif, emosyonel ve diğer fonksiyonel bozulmalarla değişkenlik gösteren, kronik ve sıklıkla relapslarla seyreden bir klinik sendrom” olarak tanımlanmıştır.

Antik çağlarda garip davranışların şeytan tarafından ele geçirilme, ahlaksız davranışların ise tanrı tarafından cezalandırılma sonucu olduğu inancı yaygındı. Tarihe bakıldığı zaman bu davranışların nedeni olan şizofreni hastalığının varlığı insanlık tarihi kadar eskidir. Etnografik çalışmalar şizofreninin tüm kültürlerde olduğunu göstermiştir. Yapılan arkeolojik kazılarda bulunan kafa iskeletlerinde delikler olduğu ve bu deliklerin kötü ruhların çıkması için açıldığı kaydedilmiş, farklı şekillerde tedavi yöntemleri denenmiş, uzun bir süre akıl hastalıkları Coşkunol doğaüstü olaylar olarak açıklanmıştır (Kyziridis, 2005). Tarihte ilk defa Fransız Psikiyatrist Philippe Pinel 1793 yılında şizofreni hastalığı için “düşünme yeteneğinin ortadan kalkması ya da bozulması (demans)” diyerek hastalık için sınıflandırma yapmıştır (Işık, Coşkunol, Evren, Işık, 2015). Sonrasında Alman Psikiyatrist Emil Kraepelin tarafından ise 1887 yılında ilk kez akıl hastalığı olarak nitelendirmiş ve hastalığı “dementia praecox” kelimesiyle tanımlamıştır. Kraepelin psikiyatrik hastalıkları iki gruba ayırmıştır. Bunlar sonlanışlarına göre yıkım gösterenler ve göstermeyenlerdir. Yıkım gösteren tabloyu da paranoid, katatonik ve hebefrenik tip olarak üç ayrı sınıflandırma yapmıştır (Polat, 2010).

İsviçreli Psikiyatrist Bleuler ise 1911 yılında “Şizofreniler Grubu” isimli kitabını yayınlamıştır. Kitabında erken bitiş veya sonlanış olmasının gerekli olmadığını vurgulamış, hastalığın ruhsal olarak etkisine önem vermiştir. Günümüzde kullanılmakta olan Yunanca aklın bölünmesi anlamına gelen “Şizofreni”

terimini önermiştir. Temel belirtileri 4 başlık altında toplamış bunlara ise 4A belirtisi demiştir. 4A belirti ‘‘ Ambivalans, Affektif Bozukluk Assosiasyon Bozukluğu ve Autizmdir. Bu belirtilere ‘‘birincil’’, motor bozukluklar, katatoni, varsanı ve sanrıya ise ikincil belirtiler ismini vermiştir (Soygur, Erkoç, 2007). Bundan iki yıl sonra Alman psikiyatrist Karl Jaspers 1913 yılında yayınladığı ‘‘Genel Psikopatoloji’’ kitabında şizofreni hastalarının davranışlarını, anlaşılamayan özelliğinin akıldışı olarak açıklamıştır. Günümüze yakın olarak 20. yüzyılın ortalarında şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmalar ile tanınan Alman ruh hekimi Kurt Schneider (1887-1967) tanısal kriterler için birincil ve ikincil belirtilerden söz etmiş hastalığı betimlerken fenomenolojik kavramlarının kullanılmasına dikkat çekmiştir. (Polat, 2010)

Schneider şizofreniyi tanımlayabilmek için ilk sırada altta fiziksel bir hastalık olmadığında patognomonik olduğunu düşünmüştür. İşitilebilen düşünceler, tartışan sesler, davranışları üzerinde yorum yapan sesler duymak, düşünce yayılması ve yayınlanması, sanrısız algılama, somatik edilgenlik deneyimleri, düşünce yoksulluğu ile ilgili belirtiler tanımlanan ilk sıra belirtiler olmuştur. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı olarak bilinen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) III’te (1980) şizofreni tanı kriterlerinde Schneider tarafından tanımlanan belirtiler öncelikli olarak bulunuyordu. (Yanartaş, Ergün, Akça, Hicri, Gürsoy, Sayar,2017)

1973 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün ‘‘Uluslararası Şizofreni Pilot Çalışması’’ açık tanı kriterleri belirlenmesine önemli bir katkı sağlamıştır. Dokuz farklı ülkeden 1000’den fazla hastanın katılımı ile belirtilerin benzerlikleri saptanabilmiştir. Pozitif ve negatif belirtiler altında toplanması ve incelenmesi ise 1974 yılında Strauss ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Polat, 2010).

Şizofreninin kavramsallaştırılması 19. yüzyılın sonlarından günümüzde kullanılan 2013 yılında yayınlanan DSM-V, 2018 yılında yayınlanan Uluslararası hastalık sınıflandırması-11 (International Classification of Disease-11) yayınına kadar araştırmalar devam etmiştir (Valle, 2020).

DSM-V’de tanı kriterleri 3 bölümde incelenmiştir. Bunlar karakteristik semptomlar, toplumsal ve mesleki işlev bozukluğu ve süredir.

A) Karakteristik semptomlar

1. Hezeyanlar

2. Halüsinasyonlar
3. Dezorganize konuşma
4. İleri derece katatoni davranışı ya da dağınık davranış
5. Negatif semptomlar

B) Toplumsal ve mesleki işlev bozukluğu

Kişilerarası ilişkiler, öz bakım ve iş alanlarında bir ya da birden fazla alanda bozulma görülmesi. Hastalığın başlangıç yaşı bu alanda önemlidir. Sosyal alanlarda gelişim düzeyine ulaşamayan çocukluk veya ergenlik başlangıçları göz önüne alınmaktadır.

C) Süre

Şizofreninin devam eden belirtilerinin iki ya da daha fazlasının en az 6 ay süresince devam etmesi gerekir. 6 ay süresince en az bir defa tedavi edilmiş ise en az bir aylık sürede A tanı ölçüt semptomlarını kapsamalıdır.

Pozitif semptomlar hezeyanlar, halüsinasyonlar ve dezorganize bizar düşünce konuşma ve davranışları kapsar. Anormal bir ruhsal sürecin işlediğini gösterir. Negatif semptomlar ise var olan işlevlerin azalması veya yok olmasını gösterir. Duygulanımda küntleşmeyi, konuşmanın fakirleşmesini içerir. Pozitif semptomlar geçiçi olurken negatif semptomlar kalıcı olurlar (Liddle, 1987).

DSM-IV' de şizofreni tipleri paranoid, hebefrenik farklılaşmamış, katatonik, rezidüel tip olarak beş alt tipe ayrılırken DSM-V' de bu tipler kaldırılmaktadır. Bu alt tiplerin olduğunu düşündüren çalışmalar yöntemsel olarak yanları görülmüş aynı zamanda bu alt tipler az kullanılmıştır. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bölümünde olan bütün klinik tablolarda katatoninin ek tamamlayıcı olarak kullanılması önerilmektedir. (Şar, 2010)

2.1.2. Etiyoloji

Hastalığın yapısından dolayı etiyojisi tam olarak bilinmemekte her geçen gün hastalığa neden olan olası etkenler hakkında bilgi sahibi olunmasına devam etmektedir. Olası denem etkenler her hastada görünmemekte bunun sebebi hastalığın heterojen yapıda olmasından kaynaklıdır. Eski dönemlerde hastalığın sebeplerini

anneninin özellikleri, aile içi ilişkinin niteliği gibi psikolojik etmenleri değerlendirirken şimdi daha çok biyolojik ve psikososyal etmenlerde önem kazanmış olmuştur. Bu konu ile ilgili başlıca dört modele yer verilir (Tükel, Çakır, Ertekin, 2017).

- . Nörotransmitter Modeli
- . Nörogelişimsel Model
- . Kalıtımın Katkısı
- . Psikososyal ve Çevresel Nedenler

2.1.3. Epidemiyoloji

Sık görülen bir bozukluk olan şizofreni hastalığının sıklık ve yaygınlığı yapılan çalışmalarda yıllık yaygınlık %1, yaşam boyu yaygınlığı ise %1.5 olarak kabul edilmektedir. (Karakuş, Kocal ve Sert 2017) Şizofreni, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve ülkemizde geçerli olan ruh sağlığı eylem planı (2007) verilerine göre en çok yeti yitimine neden olan 10 hastalık içindedir. (Randall, Rickard, Vella-Brodrick, 2014; Şevik, Özan ve Uysal, 2012).

Gen ortaklığı derecesiyle hasta olmak riski de eşgüdümlü olarak artmaktadır. Ortalama olarak birinci derece akrabalarında şizofreni riski %8-10'dur. Şizofreni hastası olan bir bireyin çocuklarında %13, kardeşlerinde ise %9 sıklığında hastalık görülmektedir. Anne ve babanın ikisinin de şizofreni hastası olması çocuklarında bu riskin %48 'e yükseldiği görülmektedir. Tek yumurta ikizlerinde %48, çift yumurta ikizlerinde %17 oranındadır. Üçüncü derece akrabalarında %2, yeğenlerde %4, torunlarda ,55, yarı kardeşlerde %6, ebeveynlerde %6 sıklığında gözlemlenmiştir. (Polat, 2010)

Yapılan araştırmalarda doğumsal etkenler, tıbbi hastalıklar, enfeksiyon ve doğum tarihi, madde kötüye kullanımı hastalığın ortaya çıkmasında önemli rol oynar (Sadock, Benjamin, Ruiz, 2016).

Risk Faktörlerini incelersek;

- . Yaş, cinsiyet ve medeni durum
- . Doğum mevsimi ve enfeksiyon
- . Doğum komplikasyonları

- . Ebeveyn yaşı
- . Kentsel istikamet

2.1.4. Risk Faktörleri

2.1.4.1. Yaş, Cinsiyet ve Medeni durum

Şizofreni tanısı almış erkeklerin yarısından fazlası buna oranla şizofreni tanısı almış kadınların sadece üçte biri 25 yaşından önce bir psikiyatri hastanesine yatırılır. Hastalığın tepe başlama yaşı erkeklerde 10.25 iken kadınlarda 25-35 yaşlarında ortaya çıkarken kadınların yüzde 3 ile 10'unda hastalık 40 yaş sonrasında başlar. Yaş dağılımları farklılık göstermesinin yanında cinsiyet dağılımı eşit yaygınlıkta sayılmaktadır. Hastalığın genel yaş aralığı 15-55 arasında olup 45 yaşından sonra başlarsa buna geç başlangıçlı şizofreni denmektedir. (Sadock, Benjamin, Ruiz, 2016) Şizofreni hastalarında medeni durum olarak evlenmemiş olma yada ayrı yaşıyor olma durumunda artış görülmektedir. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında boşanmış olma ve bekar olma durumu erkeklerde daha yüksek oranda bulunmuştur (Karakuş, G., Kocal, Y., & Damla, S. E. R. T. (2017). Kadınlarda ise durum daha farklı evlilik durumlarının daha iyi seyrettiği şizofreni kadınları %40'ı erkeklerin ise % 13'ünün hala evli olduğu araştırmalarda saptanmıştır. (Güz,2000) Şizofreninin erken dönemde başlaması medeni durum üzerinde de etkileyici bir faktördür. Bekar olma yüzdeleri tanı konmamış kişilere oranla daha fazladır. (Messias, Yu Chen, Eaton, 2007)

2.1.4.2. Doğum Mevsimi ve Enfeksiyon

Yazın ve baharın geç döneminde doğanlara oranla kış ve baharın erken döneminde olan doğumlarda şizofreni görülme olasılığı daha yüksek görülmüştür. ABD'ninde dahil olduğu Kuzey yarım kürede şizofreni hastalığı teşhisi konan kişiler daha çok ocak- nisan aylarında doğduğu, Güney yarım kürede ise temmuz-eylül arasında doğdukları rapor edilmiştir (Sadock, Benjamin, Ruiz, 2016).

Yapılan bir çalışmada mevsimsel etkilerin genetik yatkınlıkla etkileşerek şizofreni riski arttırabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda annenin hamilelik sürecinde 2. trimester döneminde mevsimsel olarak grip veya enfeksiyonu yüksek derecede geçirmesi şizofreni riskini arttırır (Messias, Yu Chen, Eaton, 2007).

Merkezi sinir sistemine etkisi olan virüslerin annenin ikinci üç aylık döneminde geçirmesi şizofreni etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Şizofreni hastalarının sonraki yaşamlarında viral enfeksiyonları az geçirmelerinin sebebinin anne karnında viral enfeksiyonlara maruz kalıp sonrasında bağışıklık geliştirmelerinin sebep olduğunu savunan bir hipotez bulunmaktadır (Demirbek, Özdemir, 2012).

2.1.4.3. Doğum Komplikasyonları

Yapılan araştırmalarda şizofreni hastalarının anormal doğum öykülerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Diğer psikiyatrik hastalıklara oranla şizofrenide doğum komplikasyonlarına daha fazla rastlanmaktadır. Bu durumun erken başlangıçlı şizofreni ile bağlantısı da düşünülmüştür (Balım, 2001).

Son on beş yılda doğum komplikasyonları ile ilgili birçok çalışma yapılmış ve bununla ilgili birkaç meta-analiz mevcuttur. Daha sonraki analizler doğum komplikasyonlarının tiplerini belirlemeye yönelik oluşturulmuştur.

Yakın tarihli bir meta-analiz çalışmasında doğum komplikasyon tipleri 3'e ayrılmıştır; (Messias, Yu Chen, Eaton, 2007)

1. Gebelikte oluşan komplikasyonlar
2. Anormal olarak fetal büyüme ve gelişme
3. Doğum sırasında oluşan komplikasyonlar

2.1.4.4. Ebeveyn Yaşı

İleri baba yaşı ile şizofreninin bağlantılı olduğunu gösteren veriler mevcuttur. Anne ve babada şizofreni öyküsü olmayan çocuklarda baba yaşının 60 üzeri olmasından kaynaklı şizofreniye yatkınlık olduğu görülmüştür. Yaşlı babanın genç babaya oranla spermatogenezde daha çok epigenetik hasara açık olabileceği tahmin edilmektedir (Sadock, Benjamin,Ruiz, 2016).

1973-1980 arasında İsviçre'de yapılan araştırmalar sonucu aile öyküsünde şizofreni olmayan kişilerde baba yaşından kaynaklı şizofreni arasında güçlü bir ilişki olarak bağımsız risk faktörü olduğu ortaya konmuştur. Baba spreminde novo mutasyon

birikiminin şizofreni riskine katkıda bulunur (Zammit, Allebeck, Dalman, Lundberg, Hemmingson, Owen, ve Lewis, 2003).

2.1.4.5. Kentsel İkamet

Şizofreni dahil çoğu psikiyatrik durumun başlangıcı stresli yaşam olayları ile ilişkilidir. Stresli yaşam şehirlerde daha sık rastlanan durumdur. Şizofreni için hastaneye ilk başvuru oranlarına bakıldığında modern sanayileşmiş şehirlerin çoğunda kırsal alanlara göre daha yüksektir (Lewis, David, Andréasson ve Allebeck, 1992).

2.1.4.6. Madde Kötüye Kullanımı

Şizofreni hastalarında madde kullanımı yaşam boyu prevalansı yüksektir. Yapılan bir araştırmadan şizofreni hastalarında madde kötüye kullanımı suç işleme davranışı, şiddet davranışı ve tedavi uyumuna görülür şekilde etkili bulunmuştur (Çinik, Güçlü, Şenormancı, Aydın, Erkıran, Erkmen, 2015).

Nikotin kullanımında da %90 'a varan bir oran görülmektedir. Nikotin kullanımı için son dönem çalışmaları 'şizofrenideki pozitif belirtileri, nikotinin nikotinerjik nöronlar üzerindeki etkisi ile azaltabilir, sigara içimi hastanın kendi kendisini tedavi etmesinin bir formudur ' olarak gösterir (Sadock, Benjamin, Ruiz, 2016).

2.1.5. Tedavi Yöntemleri

Şizofreni kişilerin hayatını işlevsiz bir duruma sokarak çeşitli alanlarda kayıplara neden olur. Bu kayıplar aşağıda maddeler halinde verilmiştir (Eren, 1998).

- Kişisel bakımda bozulma
- İş ve/ya okul yaşamında bozulmalar
- Sosyal ilişkilerindeki bozulmalar
- Duygusal ve cinsel yaşamda bozulmalar
- Entelektüel alanda bozulmalar

Şizofreni hastalarında hastalığın gidişatı, etiyolojisi birbirinden farklılık göstermektedir. Özellikle hastalık tanısı konduğundan itibaren 5 yıl içerisinde bu farklılıklar daha belirgin olurken daha sonrasında hastalık stabil hale gelir (Üçok, 2008).

Şizofreni tanısı konulduktan sonra hastalığın getirisi olan yıkımları azaltmak, belirtileri ortadan kaldırmak veya azaltmak, hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek ve topluma uyumunu sağlayabilmek tedavideki hedeflerdir. Hastaların tedavi ile yaklaşık%25 i gelişme gösterip sosyal yaşamı daha iyi bir şekilde sürdürmekte %50' si ise orta ve iyi derecede gelişme gösterip bağımsız ya da destek ile sosyal yaşamlarına devam ettikleri bilinmektedir (Summakoglu, Ertugrul, 2018).

Şizofreni hastalığının sebepleri hala net olarak bilinmemektedir bundan dolayı hastalık üzerinde semptom odaklı tedaviler uygulanmaktadır. Günümüzdeki tedavi stratejileri ilaç tedavisi, psikolojik ve psikososyal tedaviler olarak bütüncül şekilde kullanılmaktadır. Toplum ve hastane ortamlarında antipsikotik ilaçlar birincil tedavi olarak kullanılmaya devam edilmektedir (Khan, Martin- Montañez, Chris Muly, 2013).

İlaç tedavisi hastalığın tedavisinde pozitif belirtilerin azalmasında, sönmesinde ya da alevlenme dönemlerinin tekrarlanma durumunun azalması için önemli yarar sağlayan bir yöntemdir. Psikiyatri hastanelerinden tedavi olup ayrıldıktan sonra ilaç tedavisini ihmal eden her 10 hastadan 7'sinin hastalığı bir yıl içinde tekrarlarken düzenli şekilde ilaç tedavisine devam eden hastaların 10 kişide 3'ünün hastalığı yeniler (Koroğlu, 2016).

Hastaların ilaç tedavisine karşı uyum sorunları üzerine Türkiye'de yapılan bir çalışmada "Hastaların %80'inin hastaneye yatış öncesi ilaç tedavisine uyumun yetersiz olduğu belirtilmiş (Çetinkaya, 2003), %85.1'inin de tedaviye uyumunun düşük olduğu bulunmuştur (Dikeç, Kutlu, 2014). Kelleci ve arkadaşları (2011) şizofreni hastalarının %39.1'inin ilk altı ay içinde ilaçlarını düzenli kullanmadığı için hastaneye tekrar yattıklarını ifade etmiştir. Ayrıca ilk altı ay içinde hastaneye tekrar yatmayan hastalar ile yapılan gözlemde, hastaların %54.3'ünün ilaçlarını düzenli kullanmadığı tespit edilmiştir. Koç'un (2006) kronik psikoz tanısı alan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada hastaların %74'ünün, Ünal ve arkadaşlarının (Ünal, Çakıl, Elya, 2006) yapmış olduğu çalışmada ise %43.5'inin ilaç tedavisine uyum problemi

yaşadığı saptanmıştır Uslu (2018) tarafından yapılan çalışmada ise şizofreni hastalarının %90'a yakınının en az bir kez kendi isteği ile ilaçlarını bıraktığı bulunmuştur (Uslu, Buldukoğlu, 2018).

Antipsikotikler hastalığın semptomlarının daha iyi yatışmasına ve önemli olarak yan etkilerinin daha az oluşmasını desteklemektedir. Fakat ilaç tedavisi negatif belirtileri ortadan kaldırmak için yeterli olmamaktadır. Negatif belirtileri için psikososyal beceri eğitimleri uygulanmakta ilaç ile birlikte psikososyal beceri eğitimlerini desteklemek hastalarda pozitif ve negatif semptomlar ile daha iyi başa çıkmalarına olanak sağlamaktadır. Sadece ilaç tedavisi uygulamak tedavide eksik kalma, hastalığın tekrarlaması ve en önemlisi hastanın yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Kaya, 2013).

Biyolojik tedavi olarak antipsikotikler, antidepresanlar, antiepileptikler, EKT ve antikolinergik etkili ilaçlar merkezi konumda tedaviler olsada bunlar pozitif belirtiler üzerinde etkilidir. Biyolojik ilaçlar kişinin hastalık sebebiyle yaşadığı negatif belirtilerin getirisi olan kişiler arası ilişkilerde beceri eksikliği, reddedilme korkusu, çekingenlik gibi sosyal alanlardaki zorluklarına etki etmez. Bunlar için öncelikli olarak destekleyici psikoterapi ve bilişsel davranışçı terapi en sık kullanılan yöntemler olup kişinin yaşama dair başa çıkma becerisini arttırıp, sosyal alanlarda kendini ifade etmesini, stresle etkenlerini azaltabilmesini destekler (Tükel, Çakır, Ertekin, 2017).

2.2 ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE DESTEKLEYİCİ DİĞER YÖNTEMLER

Biyolojik tedaviler pozitif semptomlara yönelirken hastalar için negatif semptomlarında yaşamlarını önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir. Hastanın sosyal yaşantısında kendini ifade edebilmesi, problemlere çözüm üretebilmesi, hastalık hakkında bilgili olması gibi genel olarak başa çıkma kapasitesinin geliştirilmesi önemlidir. Bunun için kullanılan belli bir teoriye dayanan iyi tanımlanmış tedavi yöntemleri bulunmaktadır. (Tükel, Çakır, Ertekin, 2017).

2.2.1. Bilişsel- Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel davranışçı terapi, kişinin kendi düşüncelerini yeniden düzenlemesinin o kişinin davranışlarında düzenleme yaratacağını savunur. Depresyondaki

danışanlarıyla çalıştığı sırada onların yaşam olaylarıyla ilgili yorumlarında olumsuz ve yanlı şekilde yorumladığını fark eden Aaron T. Beck bu durumun bilişsel bozukluklara sebep olduğunu görmüştür. Depresyon ile ilgili araştırmaları sonucu bu yaklaşımın temellerini atmış ve geliştirmiştir (Corey, Ergene, 2008).

Yapılan çalışmalarda bilişsel terapinin, depresyon, yeme bozukluğu, kişilik bozukluğu, kaygı bozukluğu, madde kötüye kullanım, panik atak, sosyal fobi gibi birçok psikiyatrik hastalıklarda nüksü önleme ve tedavi etmede etkili olduğu kanıtlanmıştır (Karataş, Yavuzer, (2018).

Bir veri tabanı araştırmasında 42 makale incelenmesi sonucunda şizofrenide standart tedaviye ek olarak uygulanan BDT'nin hastalığa ilişkin iç görü, pozitif ve negatif belirtileri azaltmada standart tedaviye oranla daha başarılı olduğu görülmüştür (Sevi, Sütçü, 2012).

2.2.2. Aile Yönelimli Terapi

Hastalık sadece hastalar için değil aileleri içinde zorluklar yaratmaktadır. Aileyi de bilgilendirmek, zorlukları kolaylaştırmak adına çalışmak hem hastanın başa çıkabilmesinde olumlu katkı yaratmakta hemde bakım verenin ruh sağlığını korumak ve yükünü azaltmak için önemlidir (Köroğlu, Hocaoglu (2017).

İkinci dünya savaşından sonra gelişmeye başlayan aile terapisi daha öncesinde hastaların aile ortamlarından kaynaklı yaşadıkları zorluklar farkedilse de hastayı yatırarak aile ortamından uzaklaştırıyorlardı. Ancak hasta tekrar aile ortamına dönünce problemler tekrar ortaya çıkıyordu. 1950'li yıllarda şizofreni ve aileleri ile çalışmalar yapılmış 1970'lere gelince artık şizofreni dışında da birçok hastalık üzerine çalışılmaya yönelinmiştir. Şizofreni tanılı bireylerin ailelerinde aile terapisi, aileyi hastalık konusunda eğitme, eleştiri-aşırı karışma-kontağı azaltma, problem çözme eğitimi, sosyal çevreyi genişletme ve beklentilere karşı hedefleri çalışmayı amaçlar (Samancı, Ekici 1998).

2.2.3. Sosyal Beceri Eğitimi

Sosyal beceri eğitimlerinde amaç hastaların hastalığın getirdiği zorluklar ile başa çıkabilmeleri, işlevselliklerinin artması ve yaşamlarını kendi başlarına sürdürebilmeleridir. Programın içeriğinde, iletişim becerileri, kişinin sorun çözme becerisi, ilaçların yan etkilerini ve kullanımlarını bilmek, hastalığın alevlenme işaretlerini tanımlamak ve o süreç ile baş edebilmek, acil plan geliştirebilmek, sosyal ve keyif verici etkinlikleri arttırabilmeleri üzerine çalışılır (Yıldız, Yazıcı, Aker, Hergül, Ekmekçi, Eryıldız 2002).

Üzerine çalışılan konuları yaşamlarına entegre edebilmeleri için çalışılan konularda alıştırmalar ve ev ödevleri sistemiyle çalışılır. Böylece aktif rol oynayarak sürece dahil olup bunları beceri haline getirebilmek için deneyimlemiş olmaktadır (Yıldız 2001).

2.2.4. Psikiyatrik Rehabilitasyon

Şizofreni hastalarında yeti yitimi hastalığın semptomlarından dolayı oldukça karşılaşılan bir durumdur. Rehabilitasyon yeti yitimini azaltmak, kişide öz yeterlilik düzeyini arttırmak hedeflenir. Yapılan çalışmalarda rehabilitasyon programına katılan hastaların ilaç tedavisine uyumunun ve öz yeterlilik düzeylerinde arttığı görülmüştür (Morimoto, Matsuyama, Ichihara-Takeda, Murakami, Ikeda, 2012; Üstün, Küçük, Buzlu, 2018).

Programın ana başlıkları hastalık ile ilgili temel bilgiler, hastalığın yan etkileri ve tedavi süreçleri, acil durumlar ve bunlarla başa çıkma yöntemleri, sosyal haklar, toplumda damgalanma ve bununla başa çıkabilme yöntemleri olup bilişsel-davranışçı tekniklerinin de kullanıldığı bir programdır (Arslan, Yazıcı, Yılmaz, Coşuk, Kurt, 2015).

2.2.5. Grup Terapisi

Grup terapisini geliştiren kişi olan Yalom grup terapisinde tedavi edici değişimin ‘‘tedavi edici etmenler’’ olarak şöyle maddelemiştir;

“Umut aşılama, evrensellik, bilgi aktarımı, özgecilik, birincil aile grubunun onarıcı yinelenişi, toplumsallaştırma tekniklerinin gelişimi, taklitçi davranış, bireyler arası öğrenme, grup bağlılığı, katarsis, varoluşsal etmenler.” (Yalom, 2002).

Grubun küçük evreninde iç görü, geri bildirim, grup içi ilişkisel deneyimlerden etkilenecek kişinin kendisini tanıması, kendi davranışı diğer kişilerden nasıl etkilendiğini görebilmesi önemlidir (Gülseren, Turgut, Yaprak, Kültür, 1999).

Grup terapisinde üçlü bir ilişki yapısı vardır. Üye-üye, üye-grup, üye-terapist. Bu yapı bir dizi rekabet ve uyum içermektedir (Burlingame, McClendon, Alonso, 2011).

Grup terapisinin şizofreni üzerinde kullanımına bakarsak 1921 yılından beri kullanılmaktadır. 1965 ile 1974 yılları arasında grup terapisinin hastalar için sosyalleşme deneyimi, kaygıda azalma, gerçeklik görüşünde iyileşme, benlik saygısını artırma ve hastaneye yatış ihtiyacında azalma olduğundan bahsedilmiştir (O'Brien, 1975). Yapılan bir meta-analiz araştırmasında 52 çalışmadan 4.156 şizofreni tanımlı birey üzerinde grup terapisinin etkisine bakılmıştır. Genel yaşam kalitesinde artış ve semptomlarda iyileşme görülmüştür (Burlingame, Svien, Hoppe, Hunt, Rosendahl, 2020).

2.2.6. Sanat Psikoterapileri

Sanat; insan, toplum ve toplumdaki yaşam, gibi önemli öğelerin iç içe bağlı olduğu bir alandır. Duygular, düşünceler, soyut-somut, evrensellik, ulusallık içerir. Sanatın tarihsel dönemine baktığımızda tarih öncesi ilkel topluluklarda yani aslında yaşamın başlaması ile rastlandığını söyleyebiliriz. (Soygür, 1999). İlkel toplulukların mağara duvarlarına avcılık ve toplayıcılık yaptıkları bu dönemde hayvanların, insanların hatta sembollerin resimlerini yapmışlardır. O dönemde insanların yaşam şekillerini anlamaya çalıştığı için yaptığı düşünülmektedir. Sanatın diğer dönemler ile kurabildiği bağda burdan örnekleyebiliriz ki Chauvet mağarası binlerce yıl öncesi hakkında bizlere bilgi verip Paleolitik dönemde insanların yaptıkları duvar resimleri ile hem onların yaşamları hakkında bilgi edinip hemde bağ kurmamızı sağlamıştır (Atalay, 2019).

Sanatın bir parçası olan müziğin tarihsel dönemine bakarsak Neolitik ve Kalkolitik çağlarda (M. Ö. 10 000 / 12 000 – 3 000) insanın ses çıkarmak için kullandıkları obje parçaları arkeolojik kazılarda bulunmuştur. Yaşam içinde müziğin önemli yeri olması

Çatalhöyük'te yapılan çalışmalarda mağara içinde avlanmak için avcılarının hayvanın etrafında dans eder ve davula vurur şekilde duvar resimleri bulunmuştur. Vurmali çalgıların sesini hayvanı ürküterek avcılarının olduğu yere gitmesini sağlamak amacıyla kullanıldığı öngörülmektedir (Karaağaç, 2018).

Sanatın yaşamın başlangıcından bu zamanlara kadar farklı boyutlar kazandığı bir yolculuğu olmuştur. Günümüz sanatı yani çağdaş sanat artık doğanın taklit edilmesi ile kavram arayışı dışına çıkmış ve yaşam ile bütünleşmeye başlayarak yaratma özgürlüğüne kavuşmuştur (İpşiroğlu, İpşiroğlu 1993).

Sanatın gelişimi yanında sanatın tedavi edici yanı da eski tarihlere dayanır. Antik Çağa kadar uzanan bir geçmişi olan sanat ile tedavinin terapi olarak kullanılması 1940'lı yıllarda gerçekleşir. Ancak profesyonelleşmesi 1960'ları bulur (Çelikbaş 2019). Sanat terapi terimini ilk defa sanatçı Adrian Hill tarafından 1942 yılında tüberküloz hastalarıyla birlikte yaptığı çalışmayı tanımlamak için kullanılmıştır (Filiz, 2016). Margaret Naumburg 1940'larda Amerika'da geliştirmiş olduğu dinamik sanat terapiyi uygularken Freud'un bakış açısından yararlanarak sanatı terapötik iletişim olarak kullanmıştır (Eren, 2015).

Gelişimsel olarak bakarsak 1930-60 yıllarında hastane ortamında tedavi amaçlı kullanılabileceği düşünülmüş, bunun gerçekleşmesi İkinci Dünya Savaşı'nın sona ermesi ile toplumun yaralarını sarmak için alternatif tedavi arayışı olmuştur. Bireylerin yeniden toparlanabilmeleri, yaşadıkları içselleşmiş acılarına şefkat ile bakmalarını sağlayan bir yaklaşım olmuştur (Eren, 2015). Aynı zamanda bu dönemde sanatta dışavurumculuk önemsenmiştir. Bu yıllar arasında sanat tedavisinin amacı hastanın kendi duygu düşüncelerini dışa vurarak rahatlaması olmuştur. 1960-80 yılları arasında Sanat terapistleri Derneği kurulmuş 1980'den sonra ise diğer terapiler ile bağlantı kurma ve sanat terapisinin kanıtı dayanan daha profesyonel bir tedavi biçimi olan bir dönemdir (Yazıcı, 2006).

Sanat psikoterapisi, müzik, resim, hareket-dans, drama gibi sanat dalları ile yapılan, ruhsal, gelişimsel, nörolojik, davranışsal ve mental birçok rahatsızlıkta kullanılan bir tedavi yöntemidir (çelik, Ç. 2009). Sanat psikoterapisinde en önemli konulardan biri de kişinin sanat yönünden bilgisinin olup olmamasıdır. Belirtmeliyiz ki sanat yönünden eğitilmiş olsun olmasın her kişinin kendi içsel süreçlerini ortaya koyabileceği bir terapi yöntemidir (Velioğlu, 1965). Diğer terapi yöntemlerinden

farkını Eren (2015) şöyle açıklamıştır; *“Sanat psikoterapisinde, terapinin amacı, çerçevesi, terapist ve danışan ilişkileri, kuramsal bilgi ve etik ilkeler ile ilgili düzenlemeler diğer terapi yöntemlerine benzer biçimde uygulanırken, sanatla çalışmada farklı olan, adeta “üçüncü bir el” gibi işlev gören sanat ürünü (artwork) ile terapist ve danışan arasındaki üçgen ilişkidir.”*

Sanat kişinin iç dünyasında olanı söz ötesinde simgesel olarak ifade etmesine olanak sağlar. Kişi iç dünyasındaki kaygı, korku, hezeyan, sanrı, travmatik anılar, zihninde olup bitenler gibi birçok alanı çalışabilir. Terapide ortaya çıkan sanatsal eylem kişinin iç dünyasının dışavurumudur. Bu dışavurum simgesel olarak ortaya konur ve kişi bunun hakkında duygu düşünce ve eylemler hakkında konuşur. Bazı anıların sözle ortaya çıkarılması zordur. Sanat bunları renkler, şekiller, ritimler, ezgiler, hareketler gibi sanatsal ifade ile dışavurum ve boşalım fırsatı sunar (Eracar, Sarandöl, 2019).

Müzik terapisi de sanat psikoterapi yöntemlerinden biridir. Hasta aktif ve yaratıcı katılım sağlayarak fiziksel egzersizler, motor kontrol, konsantrasyon, kendini ifade etme, sosyal ilişkilerin geliştirilmesi gibi birçok alanın çalışılması konusunda psikiyatri hastanelerinde programların bir ögesi olarak yer alır (Gençel, 2006).

2.3. Müzik Terapi

2.3.1. Müzik Terapinin Tarihçesi

Müzik insan yaşamında daima önemli bir yere sahip olmuştur. Tarihsel süreçlerde bakıldığında şenlikler, kutlamalar, askeri ve dinsel törenler, büyüsel gibi alanlarda kullanıldığı görülmektedir. Eski uygarlıklarda tedavi yöntemi olarak hastalıkların iyileştirilmesi için kullanılmıştır. İlkel kabilelerde Şaman (kam) güç simgesi olarak görülür tanrı ve ruhlar arasında aracılık yapan kişi olduğuna inanılırdı. İnsanları enstrüman çalarak ritim, müzik ve dansın etkisiyle transa geçirir kötü ruhların etkisinden çıkarır ve tedavi ettiği düşünülürdü. Günümüzde de devam eden kabile yaşamlarında müziğin bu topluluklar üzerinde etkisi vardır. (Karahana, 2006).

İslamiyet öncesi İslamiyet sonrası Türklerde müziğin tedavi edici yönü önemsenmiş ancak ciddi tedavi çalışmaları Selçuklular ve Osmanlılarda uygulanmıştır. Bu dönemde öncelikli olarak akıl hastalıklarının tedavisinde kullanılmıştır. Bunların hastalara uygulanması için gerekli akustiğin sağlanacağı

darüşşifalar yapılmıştır. Türklere müziğin tedavi amaçlı kullanımı ise hem İslamiyet öncesi hem de İslamiyet sonrası dönemde süregelenmiştir. Ancak ilk ciddi müzikle tedavi çalışmalarının Selçuklularda ve Osmanlılarda uygulandığı görülmektedir. Selçuklu ve Osmanlılar döneminde öncelikli olarak akıl hastalıklarının tedavisinde kullanılan müzikle tedavinin uygulanması için, gerekli akustiği sağlayacak şekilde hastaneler-darüşşifalar yapılmıştır. (Sezer, Atıcı, 2010).

Müzikle tedavide kullanılan müzikler makamsal olarak ayrılmış hangi hastalığa hangi makamın iyi geleceği, hangi saatte çalınacağı hatta daha detaylandırılıp hastanın kişiliği, milliyeti ve gezegenlere göre sınıflandırılıp o şekilde uygulanmıştır (Birkan, 2014). 20. yüzyılda Avrupa'da İkinci Dünya Savaşı'ndan yaralı çıkan askerlerin hastanelerde tedavi edilirken müzik kullanılmış böylece müziğin tedavi edici etkisinin görülmesi ile bu alanda gelişmeler olmuştur. 1960'lı yıllarda eğitim olarak müzik terapi alanında çalışmalar yapılmış bu alanda daha çok uzman yetiştirilmesi sağlanmıştır (Bruscia, 1989).

2.3.2. Müzik Terapi Yaklaşımları

Dünya Müzik Terapisi Federasyonu (WFMT) müzik terapiyi 2011 yılında şöyle tanımlamıştır. *“Müzik terapi, yaşam kalitelerini optimize etmeye ve fiziksel, sosyal, iletişimsel, duygusal, entelektüel ve ruhsal sağlık durumlarını iyileştirmeye çalışan bireyler, gruplar, aileler veya topluluklar ile tıbbi, eğitimsel ve günlük alanlarda bir müdahale olarak müziğin ve öğelerinin profesyonel kullanımınıdır. Müzik terapisinde araştırma, uygulama, eğitim ve klinik eğitim, kültürel, sosyal ve politik bağlamlara göre profesyonel standartlara dayanmaktadır ”* (Haase, 2012).

Uluslararası olarak bakarsak müzik terapide birçok yöntem, model, teknik ve okul olduğu için müzik terapiyi uygulama ve anlamının farklı yolları vardır diyebiliriz. Sadece Amerika'da 100'den fazla farklı teknik içeren 14 okul modeli belirlenmiştir. Bazı ülkelerde özellikle Avrupa ülkelerinde metod, yaklaşım ve model kelimeleri arasında net bir ayırım görülmemekte buda iletişimde zorluklar yaratmaktadır. Bruscia bunları (1998) şöyle tanımlamıştır;

“Metot katılımcının terapötik amaçlarla katıldığı belirli bir müzik deneyimi türüdür. Varyasyon, bu müzik deneyiminin tasarlanma şeklidir. Prosedür, terapistin danışanı bu deneyime dahil etmek için yapması gereken her şeydir. Teknik, terapistin danışanın

anlık deneyimini şekillendirmek için kullandığı herhangi bir prosedürdeki bir adımdır. Ve model, belirli ilkelere dayanan yöntem, prosedür ve tekniğe yönelik benzersiz ve sistematik bir yaklaşımdır.'' (Trondalen, Bonde, 2012).

2.3.2.1. Yönlendirilmiş İmgelem ve Müzik (Guided Imagery and Music-GIM)

Bonny modeli müzik terapisti olan Dr. Helen Bonny tarafından 1970'lerin başında psikiyatrik araştırma merkezinde geliştirildi. Klasik müziğin kullanılarak kişinin içsel deneyimlerinden imgeler, duygular, fiziksel duyular, anılar ve düşünceler ortaya çıktıkça bunlara odaklanılır. Seans içinde dört aşaması vardır. 1) ön görüşme 2) ısınma ve odaklanma 3) müzik dinleme aşaması 4) seans sonrası entegrasyondan oluşur. Isınma ve rahatlama aşamasında danışanın geçmişine ilişkin bilgiye ve terapötik konulara odaklı bir formülasyon ile hazırlanan müziği kullanır (Odell-Miller, 1995). Danışan yaşadığı fiziksel, zihinsel ve varoluşsal deneyimlerini yaşar ve zihninde oluşan görüntüleri terapist ile paylaşır. Bu imgeler metafor olarak kabul edilir. Terapist imgelerin gelmesi sırasında danışana rehberlik eder ve yeniden yapılandırılması üzerine çalışılır. Modelin kurucusu Bonny (1990) şöyle açıklar; *''GIM, müzik dinleme sırasında görüntülerin uyandırıldığı bir süreçtir.*'' (Bonde, Wigram, 2002).

2.3.2.2. Analitik Müzik Terapi (Analytical Music Therapy-AMT) Priestley Yaklaşımı

1970'lerde profesyonel kemancı olan Marry Priestley psikanaliz ve müzik terapi bilgilerini birleştirerek geliştirdiği bir yöntemdir. Psikodinamik gelenek temelli olarak müzikal doğaçlamaların sembolik olarak kullanımı ardından terapist ve danışan arasında yorumlayıcı bir terapötik diyalog oluşur. Danışan aktif rol oynar ve terapistle müzikal olarak enstrüman çalar/şarkı söyler böylece doğaçlama olarak ifade gerçekleşir. Bu doğaçlamada danışanın problemi ile ilgili bilinç dışı aktive olur. Müzikal kısım sonrasında bunun üzerine terapötik dil ile konuşulur (Trondalen, Bonde, 2012). Priestley'in AMT yaklaşımı danışanın duyguları bedensel farkındalığı ve bilişsel kavrayışındaki adaptasyonu artırır kendini ifade etme yönünde de yaratıcı fikirlerin oluşturulmasına yardımcı olmak hedeflenir (Aydın, 2012).

2.3.2.3. Yaratıcı Müzik Terapisi (Creative Music Therapy) Nordoff ve Robbins Yaklaşımı

1959-1976 yılları arasında Amerikalı kompozitör ve piyanist Paul Nordoff ile özel eğitim uzmanı İngiliz Clive Robbins tarafından geliştirilmiştir. Erken gelişimin çoğu olmak üzere down sendromu, duygusal ve davranışsal problemlili çocuklar, fiziksel engelli ve otizmlili çocuklar, öğrenme güçlüğüne yönelik çalıştılar. Nordoff'un (1976) vefatından sonra Clive Robbins eşi Carol Robbins ile çalışmaları daha da geliştirerek yeni odak noktası olarak işitme engelli çocuklara yönelik uygulamalara devam ettiler. İngiltere, Almanya, Amerika, Avustralya, Japonya, Kanada, Norveç ülkelerinde bu yöntem klinik çalışmalarda kullanılmaya devam edilmektedir (Bonde, Wigram, 2002). Bu yaklaşım hümanistik ekolden etkilenmiş her insanın doğuştan gelen içsel olarak müziğe tepki verebileceğini kabul etmiştir (Trondalen, Bonde, 2012).

2.3.2.4. Bilişsel Davranışçı Müzik Terapi (Cognitive Behavioral Music Therapy)

1966 yılında Dr. Clifford Madsen ve Dr. Vance Cutter bir makale yayınlayarak davranışçı müzik terapiyi tanımlamışlardır. Bilişsel davranış terapisindeki gibi odak noktası biliş ve davranış değişikliğini hedefler. Davranışı keşfetmek yerine davranışın nedenine bakarak patolojinin azalmasını sağlamak önemlidir. Farklı davranış türlerinde (fizyolojik, motor, psikolojik, duygusal, bilişsel, algısal ve otonom davranış) kişinin kontrolü ve manipülasyonu amaçlanır. Geriatrik hastalar, psikiyatrik hastalar veya gelişimsel bozukluğu olan ergenlerle çalışırken olsun şarkı söyleme, müzik ve hareket, oyun oynama ve dans etme gibi müzik etkinliklerinin yapılandırılıp uygulanması hedeflenen alanlara teşvik etmek için kullanılır. Bu alanlar; sosyal katılım, iletişim, fiziksel aktivite, bilişsel süreçler, dikkat ve konsantrasyon, eğlence, antisosyal davranışların azalması ve ortadan kaldırılması, bağımsızlık becerileri (Bonde, Wigram, 2002). Terapi içinde pozitif destekleme kullanılır bu uygun davranış müzikal ödüllendirme şeklindedir. Danışan olumlu bir davranış geliştirdiğinde aldığı bu ödül müzik dinlemek, müzik dersleri gibi olabilir. Terapist belirli bir süre içinde davranış değişikliği için müzik dışında bir amaç belirleyebilir (Davis, Thaut ve Gfeller, 1999).

2.3.2.5. Serbest Doğaçlama Terapisi (Free Improvisation Therapy) Alvin Model

Juliette Alvin 1975-78 yılları arasında müzik terapi yaklaşımının içinde doğaçlamayı kullandı ve doğaçlamayı “özgür” olarak tanımladı. Danışan istediği zaman enstrümanı bırakabilir, devam edebilir, istediği enstrüman ile kendini ifade edebilir. Temel hedeflere kendini özgürleştirmek, dünya ile çeşitli ilişkiler kurmak, sosyal duygusal alanlar, fiziksel alanlar ve entelektüel alanlarda gelişmektir. Bireysel terapi, grup terapi ve aile terapileri bu model için uygun terapilerdir (Bruscia, 1988).

2.3.2.6. Plurimodal Yaklaşım

1990’lı yıllarda Diego Schapira tarafından ortaya atılan bu yaklaşım diğer modellerin sentezlemesidir. Plurimodal çoklu model anlamına gelir yaklaşımın adı teorik ve pratik olarak iki boyutu kapsar. Teorikte de pratikte de çok modlu olup katı şekilde tek bir modele bağlı kalmaz farklı çerçevelerden danışanın ihtiyacına göre yararlanılır. Başlangıçta psikiyatri hastalarında şimdi ise bütün popülasyonda kullanılmaktadır (Schapira, Hugo, 2005; Lee, 2015). Danışanın ihtiyacına göre geçişler yapılır bu grup ve bireysel çalışmalarda verimli olmaktadır. Farklı kişisel özelliklere sahip olunduğu için terapötik sürecin farklı aşamalarından farklı yararlar sağlanabilir. Davranışçı müzik terapi modeli olarak bir grup terapi çalışmasında şarkı yazmak üyeler arasında sosyal farkındalık artırıp aralarında işbirliği deneyimletir. Her oturumda birlikte söylemek hafıza, dikkat ve odaklanma için iyi bir çalışma olup kaygının azalması için etkilidir. Nordoff-Robbins Modeli ve Analitik Müzik Terapi yaklaşımlarından klinik doğaçlama içsel dünyalarını dışa vurmalarını sağlar. Bir seansta danışanın ihtiyacına göre birden çok model kullanılabilir ve burada önemli olan danışanın ihtiyacını iyi bir şekilde saptamak ve etkili yaklaşımı uygulamaktır. (Salur, Çiftdalöz 2019)

2.3.3 Müzik Terapi Metotları

Müzik terapide dört ana metot kullanılmaktadır. Bunlar; doğaçlama, yeniden yaratma, besteleme ve dinlemedir. Her biri farklı duyu-motor davranış içerir, farklı algısal ve bilişsel yetenekler gerektirir, farklı duygulara kapı aralar, farklı sosyal süreçlere dahil eder (Bruscia, 2016)

2.2.3.1. Doğaçlama Metodu

Doğaçlama metodu yetkin bir müzik terapistin ses, beden, enstrümanlar ve perküsyon dahil olarak birçok müzik alanını kullanabildiği bir metottur. Kişi sözsüz şekilde iletişim kurarken şimdi ve burada da içsel dünyasına köprü kurar. nemli olan iyi müzik yapmak değil danışan ve terapist arasında ilişki yaratmak, kişinin müzikle ifadesini sağlamaktır (Pavlicevic, 1997). Doğaçlama karşılıklı iletişim ve katılım aynı zamanda iş birliğine dayanır. Kişinin doğuştan gelen müzikalitesi ve doğal iletişimsel yönlerinden yararlanmak olarak kabul edilir (Austin, 2009). Sözsüz iletişim oluşturup sözlü iletişimle bağlantı kurmak, kişiler arası ilişkileri geliştirmek, yaratıcılığı, ifade becerilerini ve özgürce ifade edebilme alanını deneyimlemek, algısal ve bilişsel becerileri geliştirmek, duyguları fark etme, uyarma, ifade edebilmek, kimlik oluşumunu sağlamak gibi hem bireysel hem kişisel alanların gelişmesi amaçlanır (Gardstrom, 2007).

Bruscia, grubun doğaçlamaya odaklanmasına yardımcı olabilecek  tür veriyi özetliyor: kelime haznesi, prosedürel ve kişilerarası.

Kelime haznesi, hangi enstrümanların ne şekilde alınabileceği de dahil olmak üzere, danışanlar tarafından kullanılabilir seslerin sayısı veya türleri ile ilgili parametrelerdir. Örneğin, yalnızca tokmaklarla alınan enstrümanların kullanılacağının belirtilmesidir. Prosedürel bilgiler, adından da anlaşılacağı gibi, doğaçlama prosedürünün yönü ile ilgilidir ve genellikle bir parça içindeki olayların zamanlamasını yönlendirir. rnek olarak, bir grup oyuncunun en az sekiz dakika boyunca sürekli olarak doğaçlama yapması verilebilir. Kişilerarası veriler, oyuncular arasında doğaçlamadan önce veya ortaya çıktıkça oluşturulan ilişki türlerini belirtmek için kullanılır. (Gardstrom, 2007)

2.2.3.2. Yeniden Yaratma Metodu

Yeniden yaratıcı yöntemler, danışanın çoğunu gündelik alanda bulabileceği, önceden bestelenmiş müzikal materyalin yeniden üretilmesini içerir. Danışanlar müziği vokal veya enstrümantal olarak yeniden yaratırlar. İlk bakıldığında, yeniden yaratıcı(re-creative) metotlar tıpkı bir performans, eğlence amaçlı bir şarkı söyleme veya hatta bir müzik dersi gibi görünebilir. Ancak, yeniden yaratıcı müzik terapisinde

odak, duyuşal-motor beceriler, dikkati geliştirmek, hafıza becerilerini geliştirmek, etkileşimsel ve grup becerilerini geliştirmek gibi belirli klinik amaçlara odaklanır. Danışanlar ayrıca şarkının performansı veya bir müzik prodüksiyonuna katılım yoluyla öz-değer ve başarı duygularını deneyimleyebilirler (Wheeler, 2015).

2.2.3.3. Besteleme Metodu

Besteleme yöntemleri, danışanda sahip olması gereken belirli ön koşulları reseptif yöntemler ile paylaşır. Örneğın, danışan sesi alabilmeli, algılayabilmeli ve müzikteki ses formlarındaki kalıpları tanıyıp ayırt edebilmelidir. Ayrıca temel yürütücü işlemlere sahip olmalı ve karşılıklı iletişimde bulunabilmelidir. Diğeryandan besteleme yöntemleri, danışan tarafından farklı bir katılım türü içermeleri bakımından reseptif yöntemden farklıdır. Besteleme sürecine dahil olan bir danışan ister bireysel olarak ister grup deneyiminin bir parçası olarak kişisel görüşlerini, fikirleri, fantezileri üretmeye ve geliştirmeye ve bunları uygulanabilir bir müzik yapısına sokmaya çalışır. Bu yöntemde danışanın organize etme, problem çözme, sorumluluk alma ve iletişim kurma yetenekleri gibi bilişsel süreçlerin çalışılması hedeflenebilir (Wheeler, 2015).

2.2.3.4. Reseptif Metodu

Müzik terapide eski bir yöntem olan reseptif metodu ‘pasif’ yöntem olarakta adlandırılır. Pasif kelimesinin zıttı olarak aslında araştırmalar doğrultusunda biliyoruz ki beden müzik dinlerken aktif bir şekilde tepki vermektedir (Grocke, 2016) Aktif müzikten farklı olarak danışanın müzik deneyiminin alıcısı olduğu tekniğı kapsamaktadır. Brushia'nın tanımına göre, reseptif müzik terapi, danışan müzik dinler ve deneyime sessiz, sözlü veya başka bir yöntemle yanıt verir. Kullanılan müzik, danışan veya terapistler tarafından canlı veya kaydedilmiş doğaçlamalar, performanslar veya besteler veya çeşitli tarzlarda müzik literatürünün ticari kayıtları olabilir. Dinleme deneyimi, müziğın fiziksel, duygusal, entelektüel, estetik veya ruhsal yönlerine odaklanabilir ve danışan tepkileri, deneyimin terapötik amacına göre tasarlanır (Grocke, Wigram, 2006).

Müzik terapisi seansın içinde kalmayıp müziğin yaşamın bir parçası olmasından dolayı kolayca seansın dışına transfer edilebilen klinik açıdan işlevsel ve anlamlı becerilerin gelişimini ele alabilen metotları ve yaklaşımları olan bir terapi yöntemidir (Baker, Lee, 1997). Geniş bir alan olan müzik terapiyi Bruscia (2014) sağlık alanı, sağlık durumu ve faydalanacak kişileri şöyle ayırmıştır.

Faydalanan kişiler: danışan, hasta, birey, kişi, halk, insan, çocuklar, yetişkinler, grup, aile, topluluk

Sağlık durumu: ihtiyaç, zorluk, engel, güçlük, engellilik, bozukluk, hastalık, rahatsızlık, sınır, ihtiyaçlar, sorun, patoloji, uygunsuzluk, atipiklik, sıradışılık, anomali, kaynak

Sağlık alanı: motor, duyuşsal, somatik, fiziksel, tıbbi, duyuşsal, davranışsal, zihinsel, düşünsel, ilişkisel, kişilerarası, sosyal, psikolojik, gelişimsel, yaşam kalitesi, hedef alan.

2.4. Müzik Terapi ve Şizofreni

Müzik terapinin etkili bir psikososyal tedavi yaklaşımı olabileceği yapılan çalışmalar göstermiştir. Bu çalışmalara dayanarak, müzik terapisi dahil sanat terapisi, iyileşmeyi desteklemek için Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) kılavuzlarında (İngiltere) şizofreni teşhisi konan hastalar için bir tedavi yöntemi olarak 2014'ten beri önerilmektedir. “...sanat terapilerinin tüm psikozlu veya şizofreni hastalarına özellikle olumsuz belirtilerin hafifletilmesi için önerilmesi gerektiği belirtilmektedir” (Pedersen, Bonde, Hannibal, Nielsen, Aagaard, Bertelsen, Nielsen, 2019).

Müzik terapi, danışanların fiziksel, duyuşsal, bilişsel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için terapötik bir ilişki içinde müzik deneyimlerini kullanan kanıta ve sanata dayalı bir sağlık mesleğidir.

Müzik terapisi, özellikle sözlü dilin olmadığı veya sınırlı olarak mevcut olduğu ya da sözel olmayan bir araç olarak müziğin kişinin kendi duygularına erişmesini sağladığı durumlarda, duyguların daha iyi işlenmesinin semptomların azaltılmasına yardımcı olabileceği durumlarda uygulanabilir. Müzik terapisi ayrıca aktiviteyi, gerilimin düzenlenmesine, ruh halini ve motivasyonu olumlu yönde etkilemeye

yardımcı olabilir. Müzik müdahalelerinde danışanların müzikal yeteneği, enstrüman çalabilmesi veya nota okuyabilmesi gibi herhangi bir müzik geçmişine sahip olmalarına gerek yoktur; önemli olan kişinin müzik deneyimine bireysel katılmasıdır (Stegemann, Geretsegger, Phan Quoc, Riedl, Smetana, 2019). Müzik terapistleri, terapötik bir ilişki içerisinde müziğin niteliklerini (melodi, ritim, tempo, dinamikler, aralıklar) hastanın duygularına ve hatıralarına erişmek, sosyal deneyimleri ele almak veya davranışları etkilemek için kullanır (Witte, Pinho, Stams, Moonen, Bos, Hooren, 2022).

Şizofreni, kişinin yaşamında birçok alanını etkileyen bir rahatsızlık olduğu için tedavide hedef hastanın yaşam kalitesini ve uyumunu olabildiğince arttırmak, hastalığın yıkıcı etkilerini azaltmaktır (Summakoglu, Ertugrul, 2018). İlaç ve psikososyal tedavilerin birlikte kullanıldığı, tedavinin çok yönlü olarak sürdürüldüğü tedavi programları günümüzde artmaktadır (Fındıkoğlu, Doğan, Özbek Gidiş, 2019).

1990'lı yıllarda şizofreni tanılı bireylerle yapılan müzik terapi araştırmalarında negatif semptomlarda azalma (Bolea, Guarino, 1991; Naukkarinen, 1984), başkaları ile konuşma yeteneklerinde artma, sosyal izolasyonda azalma ve dış olaylara karşı ilgi düzeyinde artış görülmüştür (Tang, Yao, Zheng, 1994). Müzik terapi çalışmalarının aynı zamanda psikolojik belirtiler ve depresyon düzeyini azaltmada etkili olduğu sonucuna da varılmıştır (Kavak, Ünal, Yılmaz, 2015).

Klinik ve deneysel psikiyatri araştırmaları yapan *Acta Psychiatrica Scandinavica* akademik dergisinde 2007 yılında G. Ulrich, T. Houtmans, C. Gold 'un Şizofreni hastaları ile yapılan ek terapötik grup müzik terapi araştırmasında müzik terapinin etkileri üzerine yapılan bir çalışma yayınlanmıştır. Çalışmanın amacı, müzik terapisinin kişilerarası ilişkileri arttırmadaki etkinliğini incelemek, şizofrenik akut bakımda temas, negatif semptomların azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasının araştırılmasıdır. 37 psikotik bozukluğu olan hasta randomize şekilde 2 gruba ayrılırlar. Deney grubunda 21 hastaya 5 hafta boyunca ilaç tedavisi, meditasyon ve müzik terapi, kontrol grubunda ise 16 hastaya sadece ilaç tedavisi ve meditasyon uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda müzik terapinin negatif semptomlar üzerinde etkili olduğunu; hastaların içgörüsünün geliştiğini, kişiler arası sosyal iletişimin, temasın, sosyal çevreye uyum sağlama becerilerinin geliştiği saptanmıştır. Hastalar kendilerini daha esnek ve rahat hissettiklerini bildirmiştir. Araştırmanın kısa süreli olmasından dolayı yaşam kalitesine etkisi üzerine bir bulgu ortaya çıkmamıştır (Ulrich, Houtmans,

Gold, 2007). Günümüzde de şizofreni hastaları ile yapılan müzik terapi çalışmalarının negatif semptomların üzerindeki etkisini gösteren araştırmalara önem verilmektedir (Salur, 2016; Gassner, Geretsegger, Mayer-Ferbas, 2022; Yalabık, R. 2021; Wahyuningtyas, Mualifah, Aziz, 2022)

2.5. Müzik Terapi ve Duygu Farkındalığı

Bilişsel Psikoloji Sözlüğü (Oatley, 1994) resmi olarak duyguyu tanımlamaz, ancak duyguya ayrılmış bölümünden işlevsel bir tanım ortaya çıkar: duygu zihinsel bir durumdur. Önceden duygunun yalnızca somatik bir tepki olduğu düşünülürken şimdi zihinsel yönüde önemsenmektedir (Cabanac, 2002). Bazı teorisyenler bir dizi duygunun temel düzeyde olduğunu belirtmiştir. Örneğin, Shaver ve ark. (1987) tarafından önerilen beş temel düzey duygu terimi korku, üzüntü, öfke, sevinç ve sevgidir. Duygu teorisyenleri, temel duyguları biyolojik olarak ilkel olduğunu varsayarlar. Genel olarak temel duyguların, birey veya türün hayatta kalması için karşılanması gereken ihtiyaçlarla ilgili özel evrimsel öneme sahip olduğunu düşünürler. Bunun en açık modern ifadesi esasen Darwinci bakış açısından, mutluluğun üreme ihtiyacıyla, korkunun korunma ihtiyacıyla, üzüntünün de yaşama ihtiyacı ile ilişkili olduğunu savunan Plutchik'in psikoevrimsel duygu teorisi olabilir (Ortony, Turner, 1990).

Duygu, duygusal süreçlerde kişinin yaşamının önemli bir parçası olup davranışlarımıza eşlik etmektedirler. Araştırmaların çoğu duyguları tekil yani üniter bir varlık değil daha çok bileşenli bir yapı olarak görmektedir. Duyguların işleyişi alt bir sistemde oluşan değişiklikler kompleksi olarak tanımlanır. Duyguların bileşenleri; önceki olaylar, değerlendirme, duygusal deneyim, fizyolojik değişiklikler, motivasyonda değişiklik, ifade ve davranış, bilişsel işlevler, inançlarda değişiklik ve düzenleme süreci olarak birbirinden ayrılır. Duygularımızın nedensel tarihine de bakıldığında verdiğimiz tepkiler alışkanlıklarımızı oluşturan yaşadığımız önemli olayları, onların nesnelere ilişkin kavrayışımızı etkilemektedir. Bu nedensel tarihte birbirine bağlı olan üç madde vardır;

1. Kişinin psikolojik geçmişinde biçimlendirici olaylar, bilinçli odaklanma ve dikkat verme kalıplarının gelişimi, düşünce ve alışkanlıkları
2. Sosyal ve kültürel olarak belirlenmiş duygu yelpazesi ve onların kültürdeki karakteristik davranışsal ve dilsel ifadeleri
3. Kişinin genetik olarak yapısal mirası, tepki kalıpları. Genetik ve sosyal faktörlerin değişmez ve paylaşılr olması varsayıldığı için duygulara odaklanırken hep arka planda sabit olarak bu koşullar ele alınır (Rorty, 1978).

Duygular düşüncelerimize, inançlarımıza ve kararlarımıza etki eder böylelikle davranışlarımızı da şekillendirirler. Sosyal bir çevrede yaşadığımız için duygular davranışlarımız yoluyla da çevremize olan uyumumuzu etkiler. Duygular belli bir sıralamada ortaya çıkar. Duygu işleme süreçlerinde tanıma, deneyimleme, ifade etme ve hatırlama kavramlarına önem verilmiştir (Altunel, Demirdöğen, Dural, Kuşçu, 2008).

İnsanların bedene yansıyan yüz ifadelerinden duyguları nasıl anladıklarına dair yapılan araştırmalarda algı ve duygu etkileşim halinde görülmüştür. Son deneyler, insanların sosyal bilişin parçası olan duyguyu tanıma sürecinde yüz ifadelerini aktif olarak gözlemlediklerini göstermiştir (Adolphs, 2006).

Şizofrenide duygu genellikle oldukça çelişkili görünen terimlerle tanımlanır. Bu duygusal tepkinin azaldığını gösterdiği varsayılan, duygusal ifadenin kıtlığı olan “düz duygulanım”dır. Şizofreni hastaları bazen aşırı gibi görünen ya da çarpıcı biçimde tuhaf şekillerde tepki verirler. Bir şizofreni hastası küçük bir olaya gülebilir veya gözyaşı dökülebilir ya da çevrenin bazı olağan özelliklerinden etkilenmiş görünebilir. Genelleştirilmiş sevinç, yalnızlık veya korku durumları yaşayabilir; ancak bu duygular “duygusal körelme ve sıcak insani duyguların yokluğu ile yan yana” ortaya çıkabilir. Bu durumlar arasındaki dalgalanmalar hızlı ve görünüşte isteksiz olabilir (Sass, 2007). Şizofreni tanılı kişiler kendi duygu dışavurumlarını algılamadaki gibi karşısındaki kişilerin de duygu dışavurumlarını algılamakta zorluk yaşamaktadırlar. Öncelikle korku duygusu olmak üzere hemen hemen tüm duyguların algılanmasında genel bir problem oluşmaktadır (Erol, Ünal, Gülpek, Mete, 2009).

Tarihsel süreçte şizofreninin duygusal özellikleri hastalığın önemli bir semptomu olarak görülür. Örneğin; Bleuler (1911-1950) affektif bozukluğu şizofrenide temel bir semptom olarak görürken halüsinasyonlar ve sanrıları yan semptom olarak kabul etmiştir. Bleuler şizofreni hastalarının duygu deneyimi ve duyguyu dışavurumu raporları arasında tutarsızlık olduğunu ortaya koymuştur. Şizofreni hastaları çoğunlukla güçlü duygular yaşadıklarını bildirmiş fakat yapılan gözlemlerde anlaşılabilir şekilde hiçbir duygu belirtisi görülememiştir. Buna örnek olarak Bouricius (1989) birçok negatif semptomu olan bir şizofreni hastasının günlüklerinde duygusal deneyimleri açıklayarak yazdığını sunmuştur (Kring, Neale, 1996).

Bir PubMed araştırmasında (Trémeau, 2022) şizofreni hastaları ile şizoaffektif bozukluğu olan hastaları birleştiren çalışmalarda İngilizce yayınlanan ve tanı ölçütleri kullanılan deneysel araştırmalara bakılmıştır. Hastaların test performanslarını rapor etmeleri önemsenerek duygu tanıma veya deneyimi üzerine beyin görüntüleme ve elektrofizyolojik çalışmalar değerlendirilmiş ve araştırmada üç geniş kategori tanımlanmıştır. Duygu ifadesi (gizli ve açık ifadeler), duygu deneyimi (duygu kategorize etmek için hastaların kendi bildirimleri veya öz değerlendirmelerini kullanan bilinçli duygu deneyimi çalışmaları), duygu tanıma (bir dış uyaranın duygusal değerinin bilinçli olarak tanınması/algılanması). Duygu üzerine yapılan 55 araştırmada şizofreni tanılı bireylerin sözlü ifadesi, yüz ifadesi ve akustik ifadesi karşılaştırılan deneklere göre daha az açık ifade ettikleri görülmüştür. Yapılan 110 araştırmada şizofrenide duygu tanımanın tüm kanallarda bozulduğu sonucuna varılmış sosyal algıdaki bu eksiklikler ve bazı sosyal beceriler ile ilişkilendirilmiştir. Şizofreni tanılı bireylerde duygu tanımanın 3 alanında bozukluk saptanmıştır. Bunlar duygu ifadesi, duygu deneyimi ve duygu tanıma işlev bozukluğudur. Bu eksiklikler şizofreni hastalarının zayıf sosyal algı sonuçlarına katkıda bulunur ve duygu eksiklikleri şizofreninin psikopatolojisinde önemli bir nokta olarak görülmektedir.

Şizofreni hastalarında yüz duygu tanıma ve zihin teorisinde beyin aktivasyonunu araştırmak için meta-analitik yöntem kullanılan bir çalışmada hastalarda yüz duygu tanıma işlevinin daha az çalıştığı ve davranışsal performansın girus aktivasyonu ile bağlantılı olduğu sonucuna varılmıştır. Diğer insanların zihinsel durumları hakkında akıl yürütme sırasında şizofreni hastalarında zihinselleştirme işlevinde anormal bir aktivasyon gözlenmiştir. Zihinselleştirme aşısında daha az aktivasyonu olan hastalarda

sağ insula ve superior temporal girusta aynı şekilde az aktivasyon görülmüştür (Jáni, Kašpárek, 2018).

Şizofreni hastaları bilgiyi tanımakta ve işlemekte güçlük çekerler. Bunun sonucunda başkalarının duygularını yanlış anlayabilir, duygusal ifadeyi farklı şekillerde yansıtabilir ve bundan kaynaklı başkalarıyla ilişki kurmada zorluk yaşarlar. Müzik kişilerin arasında iletişime aracı olurken aynı zamanda toplumsal olarak da duygularını yansıtmak için ortak bir dil görevi görmektedir. Özellikle belirli bir ülkeye özgü şarkıların duyguları ifade etme, iletme, kişiler arası bağ oluşturma ve ego kimliği pekiştirmede etkili olduğu bulunmuştur (Lee, Lee, 2020).

2.6. Müzik Terapi ve Yaşam Doyumu

Yaşam doyumu, kişinin yaşamının tek bir alanı değil bütün alanlarını kapsar. Kişinin elde ettikleri ve beklentileri karşısında ortaya çıkan bir sonuçtur. Shin ve Johnson (1978) göre yaşam doyumu, bireyin hayatını kendisinin belirlediği kriterlere göre değerlendirmesidir. Yaşam kalitesi daha genel bir refah göstergesi olurken mutluluk ve yaşam doyumu öznel ve de içsel olarak tanımlanır. Yaşam doyumu mutluluk ile bağlantılı görülsede mutluluk fiziksel ve zihinsel sağlığın dışında toplumsal değerlerle de ilgilidir. Dünya Mutluluk Raporuna göre, akıl hastalarındaki mutsuzluğun en önemli nedeni kişinin kendini gerçekleştirme yeteneğinin engellenmesi, bireysel değerlere uygun olarak gelişmemesi buna bağlı olarak tatmin edici bir yaşam sürdürememesidir. Şizofreni tanılı bireylerin yaşam niteliklerini yükseltmek için 1960'lı yıllardan itibaren çaba gösterilse de birçok sebepten dolayı bugünkü çalışmalara gelinmesi uzun bir süre almıştır. Yaşam doyumu içsel ve dış dünya arasındaki uyumu yansıttığı için şizofreni hastalığında bunu iyileştirmek onların reentegrasyonu için önemlidir (Soygür, 2003).

Kanada'da şizofreni hastalarının yaşam doyumu, başarı ve mutluluk düzeylerini ölçen bir çalışmada şizofreni tanılı bireyler mutlulukta anlamlı bir değişim bildirmemiş fakat daha düşük yaşam doyumu ve başarı düzeyi bildirmişlerdir. Ancak son bulgular önceki çalışmalara meydan okumuş ilk ataktan sonra remisyona giren şizofreni hastaları, tutarlı bir şekilde olmasa da, belirgin fonksiyonel bozukluklara rağmen sağlıklı bireylerle karşılaştırılabilir düzeyde mutluluk, yaşam doyumu ve başarı duygusu bildirmişlerdir (Saperia, Da Silva, Siddiqui, McDonald, Agid,

Remington, Foussias, 2018). M¼zik eylemi kişiye potansiyel bir onay ve g¼ven kaynağı sağlar, aynı zamanda becerilerini g¼rme yada edinme, başkaları ile iletişim kurma, g¼nl¼k hayattan kaçmanın yada anda kalmanın fırsatını sağlar. Buda kişinin m¼zikten ruhsal doyum ve zevk almasını, sosyal etkileşim kurabilmesini, g¼nl¼k hayatını değiştirebilme- geliştirebilmesini destekler (Fung, Lehmborg, 2016).

Grocke (2009), araştırmasında 17 şizofreni hastası ile on haftalık m¼zik terapi uygulaması gerçekteşirmiştir. Uygulamanın sonunda hastalar tarafından fiziksel ağrıya ilişkin iyileşme bildirilmiş, yaşam kalitesi ¼lçeđinde de beş ¼ge de ¼nemli bir değişim g¼r¼lm¼řt¼r. Bu değişim yaşam kalitesinin y¼kseldiđini g¼stermektedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLER

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmanın amacı, duygu odaklı müzik terapi uygulamasının yaşam doyumu ve duygu farkındalığı üzerindeki etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırma, hazırlanan müzik terapi programının etkinliğini ve bu değişkenlerin etkileşimini deney ve kontrol grubu ile ön test ve son test puanlarının karşılaştırılmasının yapıldığı bir çalışma modeline sahiptir. Araştırma ön test-son test, kontrol gruplu deneysel desende tasarlanmıştır.

3.2. Araştırma Grubu

Araştırma evrenini ayaktan tedavisi devam eden şizofreni tanısı konmuş hastalar oluşturmaktadır. 16 örneklem seçimi objektif ve kura ile randomize bir şekilde gerçekleştirilmiş 8 kişi uygulama 8 kişi kontrol grubuna alınmıştır. Araştırmada dahil edilme kriterleri ve dahil edilmeme gerekçeleri aşağıda belirtilmiştir.

Dahil edilme kriterleri;

- 17-67 yaş aralığında olmak,
- Şizofreni tanısı almak,
- Psikiyatri kliniğinde ayaktan tedavi görüyor olmak,
- Müzik terapi çalışmasına gönüllü olarak katılmak istiyor olmak.

Dahil edilmeme gerekçeleri;

- Zihinsel yetersizlik / zihinsel gelişim bozukluğu eş tanılarında birini almış olmak,
- Alkol madde bozukluğuna sahip olmak
- Depresyon tanısı almak.

Uygulama sırasında deney grubunda 0 kontrol grubunda 0 katılımcı kaybı yaşanmıştır.

3.3. Grupta Uygulanan Müdahaleler

Grubun yönetiminde eklektik müzik terapi yöntemi kullanılmıştır. Çalışmalarda duyguların açıklanmasını psikodinamik yaklaşım, duygu-düşünce-davranış şemasının oluşturulmasını bilişsel- davranışçı yaklaşım uygulanılarak ele alınmıştır. Bir oturumun işleyişi giriş konuşması, ısınma, ana çalışma ve paylaşım aşamalarından oluşmuştur. Uygulanan yarı yapılandırılmış program hastaların bireysel performans sergileme istekleri, grubun ortak dışavurmak istediği duygunun doğaçlaması gibi ihtiyaçları doğrultusunda genişletilmiştir. Enstrümanlar aktif şekilde kullanılmış aynı zaman beden perküsyonu, vokal çalışmalar, müzikal ve tiyatral oyunlar içermiştir. Ayrıca seansın girişinde ve çıkışında İÜ İTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sanat Psikoterapisi ve Rehabilitasyon Programında (SPR) oluşturulanve rutin olarak kullanılan duygu tanımlama formu her oturumun başında ve sonunda hastalar tarafından dolduruldu. Bu form sanat terapi çalışmasından önce hissedilen duygu ve bu duygunun derecesi, sanat terapi çalışmasından sonra duygunun derecesinde bir değişiklik olup olmadığı ve yeni duygu hissedilip hissedilmediğini tanımlayan bir formdur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak;

- Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini kapsayan için 5 sorudan oluşan sosyo-demografik formu
- Katılımcıların remisyonda olduğunu değerlendirebilmek için Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
- Karşılardaki kişilerin duygularını tanıyabilmelerini değerlendirmek için Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınma Testi
- Duygularını ifade edebilmelerini değerlendirebilmek için Duyguları İfade Etme Ölçeği

- İşlevselliklerini değerlendirmek için Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme ölçeğini
- Yaşam doyumlarını değerlendirmek için Yaşam Doyumu Ölçeği uygulanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu,

Araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik form katılımcılar hakkında cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum ve iş durumunu saptamak için oluşturulmuş 5 maddeden oluşan bir formdur. Hastaların İÜ İTF Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, SPR programına sevkleri sonrası psikolojik durumlarıyla ilgili değerlendirme görüşmeleri, sanat terapi gruplarına alınmadan önce, SPR program yürütücüsü Doç. Dr. Nurhan Eren tarafından yapılmıştır.

3.4.2. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS)

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda hastalığın şiddetini değerlendirmek için uygulanan bir ölçektir. Overall ve Gorham tarafından oluşturulan ölçeğin Türkçe uyarlaması Soykan ve ark. tarafından yapılmıştır (Mısırlı, Bora, Gültekin, Elçi, Gülen, 2005). 18 maddeden oluşan ölçek, anksiyete, depresyon, düşünce bozukluğu, saldırganlık ve ajitasyonla ilgili de bilgi verir. Görüşmeci görüşme süresince hastanın durumunu değerlendirir ve belirtilerin derecesini saptayarak not eder. Hastanın son üç gün içerisindeki klinik durumu temel alınarak anksiyete, düşmanca davranış, kuşkuculuk, varsanlı davranış, grip düşünce içeriği, duygusal küntlük maddeleri ile hasta hakkında bilgi sahibi olunur. Uygulama sonucunda remisyonda olma durumunu değerlendirmek için remisyon çalışma grubu tarafından önerilen kriterlere (19) göre belirtilen maddelerde 3 ya da daha düşük bir puan alınması gerekir. Bu maddeler; grandiyozite (madde 8), şüphencilik (madde 11), olağandışı düşünce içeriği (madde 15), halüsinasyon (madde 12), düşünce çözülmesi (madde 4), manyerizm ve postür (madde 7), duygusal küntlük (madde 16) (Lin, Chou, Lin, Hsu, Chen, Lane, 2012).

3.4.3. Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testi (FID)

Dışavuran duyguları algılayabilme yetisi, sosyal algının en önemli bölümünü oluşturur ve sosyal işlevsellik için gerekli bir yetidir. Kerr ve Neale tarafından, şizofrenide duygu dışavurumunun algılanmasının değerlendirilmesi amacıyla ‘‘Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testi (Facial Emotion Identification Test)’’ oluşturulmuştur. ‘‘Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testi’’ değişik duygu dışavurumları gösteren 19 siyah beyaz yüz fotoğraftan oluşmaktadır. Fotoğraflar altı ana duyguyu (neşe, hüzün, öfke, korku, şaşkınlık, utanç) içermektedir. Duygu dışavurumunun algılanmasını değerlendirmek amaçlanır. ‘‘Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması ve Ayırt Edilmesi Testleri’’: Fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel sağlık olmak üzere dört alt boyuttan oluşan; iki madde de genel yaşam kalitesi ve genel sağlık puanını verilen anket, hastalığın etkisini olduğu kadar yaşam memnuniyetini de değerlendirir. Erol ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Erol, Ünal, Gülpek, Mete, 2009).

3.4.4. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeği Llorca ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş Emiroğlu ve arkadaşları tarafında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 19 maddelik bu ölçek şizofreni hastalarında hastalığın semptomlardan bağımsızca işlevselliği derecelendirmektedir. 19 maddede sosyal işlevsellik, bir derneğe yada sosyal hayata katılım, kişisel aktiviteler, iletişim ve bilgilendirme, aile ve arkadaşlar iletişim sıklığı ve kalitesi, sosyal yaşam için gerekli olan sosyal çevre, duygusal ve cinsel ilişkiler, hastalıklarını ve bu hastalığın semptomları, tedavisi, nüks etme durumunun farkında olup olunmadığı, sağlığın korunması için önlemlerin alınması, empati ve başkalarına yardım, tedavinin yan etkilerini bilmek ve bununla baş edebilmek, biyolojik ritme uyum, beslenme, finansal ve idari yönetim, kişisel görünüm ve bakım, agresif, saldırgan ve antisosyal davranış kontrolü, stres ve bilinmeyen olaylarda başa çıkma ve uyabilme becerisi, ev işi etkinlikleri, çalışma, okuma veya iş durumu ile ilgili maddeler bulunur. Sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik olarak 4 alt ölçek vardır. Ev işi etkinlikleri ile çalışma işlevselliğini sorgulayan maddeler birbirlerinin alternatifi olmaktadır (Emiroğlu, 2009).

3.4.5. Duyguları İfade Etme Ölçeği (DİEÖ)

Duyguları ifade etme ölçeği King ve Emmons tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Kuzucu 'nun (2011) yaptığı ölçek 15 sorudan oluşmaktadır. Kişiler arası ilişkilerde ve ilişkilerden bağımsız olarak duyguları ne kadar ifade ettiğimizi ölçmek amacıyla geliştirilmiş maddeler olumlu, olumsuz ve yakınlık duygularının ifadesine odaklanmıştır. Ölçeğin puanlaması hesaplanırken ne kadar yüksek puan alınırsa ifade eğilimi o kadar yüksektir (Kuzucu, 2011).

3.4.6. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

İnsanların yaşamlarında mutluluk duyabilmesi için öznel iyi oluşun bilişsel bir bileşeni olan yaşam doyumunu önemli bir etkendir. Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilen “Yaşam Doyumu Ölçeği”nin (YDÖ) ilk olarak Köker tarafında 1991 yılında sonra da Dağlı ve Baysal tarafından 2016 yılında Türkçe uyarlama geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. 5 sorudan oluşan ölçek cevaplarında likert tipinde 7’li derecelendirme kullanılmaktadır (Dağlı, Baysal, 2016). Ölçekten minimum 5 puan, maksimum 35 puan alınmakta alınan toplam puan arttıkça yaşam doyumunu artmaktadır (Duman, Serttaş, Kolay Çepni, Kılıç Ceyhan, Varlıklar Demirkazık, 2020).

3.5. Verilerin Toplanması

Uygulama 12 oturum olarak planlanmış 1.6.22 tarihinde başlayarak pazartesi ve perşembe günleri yapılarak 6 hafta çalışılmıştır. Çalışmaya başlamadan onam formu ile bilgilendirme yapıp katılım onayı imzalı olarak yapıp arşivlenmiştir. Ön test ve son test olarak sosyodemografik form, duyguları ifade etme ölçeği, yaşam doyumunu ölçeği, yüzde dışavuran duyguların tanınması testi, şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeği çalışma protokolüne kör bir psikolog tarafından, kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği ise Doç. Dr. Nurhan Eren’in danışmanlığında uygulanmıştır.

3.6. Uygulama Yöntemi ve Planı

Öncelikle araştırmanın yapılabilmesi için uygulamanın yapılacağı kurumun (İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı Akademik Kurulu) yazılı izni ve İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu onayı alınmıştır (EK-F). Veri toplama süreci yüz yüze yapılmıştır. Deney ve kontrol grubu katılımcıları ile ön ve son görüşme araştırmacı ve yardımcı psikolog tarafından yapılmıştır. Ön görüşmede deney grubu katılımcılarına çalışmanın 12 seans olarak 6 haftada tamamlanacağı, haftada 2 gün, 1 buçuk saat yapılacağı ve çalışmanın konusu üzerine bilgi verilmiştir. Aynı zamanda ön test ve son test yapılacağı, ölçeklerin süresi ve etik konular üzerine bilgilendirilip onayları ‘‘Bilgilendirilmiş Onam Formu’’ ile yazılı olarak alınmıştır. Bu beyanlar arşivlenmiştir. Araştırma başlamadan 1 hafta önce, araştırma bitiminden 1 hafta sonra deney ve kontrol grubundaki kişiler ile ölçekler araştırma protokolüne kör bir psikolog tarafından uygulanmıştır. 17-67 yaş aralığında, psikiyatri kliniğinde ayaktan tedavi gören, şizofreni tanısı almış, müzik terapi uygulamasına katılmaya gönüllü olan 16 kişi 8 deney, 8 kontrol grubu olarak yansız bir şekilde gruplara atanmıştır. Uygulama haziran ayında başlayarak temmuz ayında sona ermiş ardından son ölçümler alınmıştır.

Müzik terapi programının süre, içerik, ortam bilgileri aşağıdadır;

Süreç: Müzik terapisi 6 hafta boyunca haftada iki gün, 90 dakika olmak üzere 12 oturum olarak planlanmıştır. Her oturum önceden planlanan yarı yapılandırılmış duygu odaklı müzik terapi planı çerçevesinde aynı zamanda süreç içinde uygulama içi gerekliliklere göre eklemeler yapılarak yürütülmüştür. Grubun yönetimini aynı zamanda araştırmayı yürüten kişi müzik öğretmenliği lisansını tamamlamış, 2014-2016 yılları arasında 90 saatlik teori eğitimi, 90 saatlik atölye çalışması, 60 saatlik klinik staj ve 60 saatlik süpervizyon programı içeren İÜ İTF Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı onaylı ‘‘Ruhsal Bozukluklarda Sanat Psikoterapisi’’ kursunu başarıyla tamamlamıştır. Müzik terapi ve sanat terapi eğitimlerine katılarak kendini geliştirmiş Özel Fransız Lape Hastanesinde Rehabilitasyon programında müzik terapi atölyelerini yürütmüştür.

Araştırma yardımcı terapist olarak bir psikolog ve psikiyatri hemşiresi ile gerçekleştirilmiştir. Sanat psikoterapi süpervizyonu Doç. Dr. Nurhan Eren tarafından sağlanmıştır. Uygulamada her çalışma sonunda yürütücü ve yardımcı yürütücü-psikolog ile İÜ İTF Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sanat Psikoterapisi ve Rehabilitasyon Programının ‘‘süreç değerlendirme raporu’’, ‘‘sanat terapi gelişim çizelgesi’’ ve ‘‘süpervizyon formu’’ doldurulmuştur. Ayrıca yürütücü ve yardımcı yürütücü tarafından gözlem verileri yazılarak kaydedilmiştir.

Ortam: Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (İÜ İTF) Ruh sağlığı ve Hastalıkları AD tarafından onaylı olan hastane içinde çalışmaya uygun bir sanat terapi atölyesinde gerçekleşmiştir.

3.6.1. Yarı Yapılandırılmış Duygu Odaklı Müzik Terapisinin Plan ve Tasarımı

3.6.1.1. Birinci Seans

Amaç:

Bu oturumun ana amacı, tanışma, süreç hakkında bilgilenme ve grup üyeleri arasında güvenli bir grup ortamı sağlamaktır. Aynı zamanda müzikal olarak grubu sürece ısındırmaktır.

Alt Amaçlar:

- Grup üyeleri birbirleri ile tanışır.
- Duygu ve düşüncelerini rahatlıkla paylaşabileceği güvenli bir ortam olduğunu farkederek.
- Grup üyeleri birbirlerinin özelliklerini, beklentilerini öğrenir.
- Süreç hakkında bilgi edinilir ve genel bir çerçeve çizilir.
- Üyeler uymaları gereken kurallar hakkında bilgi sahibi olur.
- Enstrümanlar ile tanışır.

Kullanılan Araçlar:

1. Katılım kontratı
2. Covid önlemleri bilgi formu

3. Enstrümanlar
4. Eser Notaları

Isınma:

Isınma aşaması, tanışmayı pekiştirmek üyelerin kaygılarını azaltmak için her seans ritüeli olacak olan ‘‘hoşgeldiniz’’ şarkısının gruba öğretilmesi.

Ana Çalışma:

Enstrümanlar ile tanışma ve öğretilecek şarkıya üyelerin kendi seçtikleri enstrüman ile eşlik etmesi. Şarkının sözlerinde bırakılan boşlukların doldurulması, yazılan sözlerin grupla paylaşılıp grupça seslendirilmesi.

Paylaşım:

Parçanın sözleri üzerine ve kendi yazdıkları sözlerin konuşularak hissettirdiklerinin ifade edilmesi.

Oturuma ilişkin duygu ve düşüncelerin paylaşılması.

3.6.1.2. İkinci Seans

Amaç:

Bu oturumun amacı enstrüman keşfi yaparak müzikal dinamikleri deneyimlemek böylece müzikal alanı genişletmek ve müzik aracılığı ile imgelerin çoğaltılmasıdır.

Alt Amaçlar:

- *Üyeler seçilen enstrümanın ses alanlarını keşfeder.*
- *Fortissimo, Forte, Mezzoforte, Mezzopiano, Piano ve Pianissimo gibi gürlüklerin müzikte olduğunu öğrenir.*
- *Presto, Allegro, Andante, Largo gibi hız farklılıklarını deneyimler.*
- *Müzik deneyimine karşı imgeler üretebilir.*

Kullanılan Araçlar:

1. Enstrümanlar
2. Eser notaları

Isınma:

Grup ritüeli olan ‘hoşgeldiniz’ şarkısının marakas eşliğinde söylenmesi.

Ana Çalışma:

Seçilen şarkının grupça söylenmesi, boşlukların doldurulması, üyelerin bireysel olarak söyleyip grubun enstrüman ile eşlik etmesi ve aynalaması.

Paylaşım:

Hayatta müzikteki gürlük terimleri gibi zaman zaman daha yüksek zaman zaman daha hafif tonları kullandığımızı onların yaşamında nerelerde kullandıklarını paylaşmaları istenir.

Parçaya yazdıkları sözler üzerine konuşma ve ortaya çıkan imgelerin ifade edilmesi.

3.6.1.3. Üçüncü Seans

Amaç:

Bu oturumun amacı duygu kelimesini anlamlandırması, duygularını tanımlaması, duygularını ifade etmeye yönelik kelime dağarcığını geliştirmesini ve müzikal olarak duyguları ifade etmesini sağlamaktır.

Alt Amaçlar:

- Üyelerin şu soruları cevaplamaları istenir;
 1. Duyguları nasıl tanımlarsınız?
 2. Duygu kelimesinin sizin için anlamı nedir?
 3. İnsanlar duygularını nasıl ifade ederler?
- Duygular konusunda kelime dağarcığı oluşturabilir.
- Temel duyguları öğrenir.
- Müzikte çalışılan gürlükleri ifade ederken kullanır.

Kullanılan Araçlar:

1. Enstrümanlar
2. Yazı tahtası

Isınma:

Grup ritüeline seçilen enstrüman ile vokal ve ritimsel olarak eşlik edilmesi aynı zamanda şarkının yönetiminin yavaş yavaş gruba bırakılması

Ana Çalışma:

Duygu nedir? tablosu oluşturmak, şarkılarda söyleyerek ve üzerine paylaşarak duyguları aramak.

Paylaşım:

Tabloda oluşan duygulardan, imgelerden size en yakın olan hangisi? Neden yakın hissettiniz?

sorularına cevap verilmesi istenir.

3.6.1.4. Dördüncü Seans

Amaç:

Müzik aracılığı ile farklı duyguları deneyimlemek ve bu duyguların benzerlik ve ayrımlarının fark edilmesi.

Alt Amaçlar:

- Bedenin her parçasının farkına varılması.
- Duyguların kişiler arasında yansıttığı farklar ve benzerliklerin deneyimlenmesi.

Kullanılan Araçlar:

- Tahta
- Eser notaları

Isınma:

Beden algısını geliştirmek için beden parçalarını tanımak, ısındırmak ve bedeni enstrüman gibi kullanmak.

Ana Çalışma:

Üç temel duygunun zihinde oluşturduğu imgeler, anılar üzerine konuşulur, çeşitlendirilir ve tahtaya anlatırken seçtikleri kelimeler yazılır. Seçilen şarkının

duygusunu bulmak ve söylenen şarkıda müzikal olarak duygu farklılıkları oluşturmayı denemek.

Paylaşım:

Grup üyelerine şu sorular yöneltilir.

- Bugün size en yakın gelen duygu hangisiydi?
- Şarkıyı farklı duygularda seslendirmek size nasıl hissettirdi?
- Seslendirirken size en tanıdık gelen duygu hangisiydi?
- Seslendirirken zorlandığınız duygu var mıydı?
- Oluşturduğumuz tablodan bir kelime seçseniz bugünü sizin için hangi kelime anlatır?

Ev ödevi: Dinlediğinizde size bu duygulardan birini hissettiren bir parça ismi düşünmek.

3.6.1.5. Beşinci Seans

Amaç:

Duygu, düşünce ve davranışların bir bütün şekilde hareket ettiğini fark eder. Bir davranışın altında duygu ve düşüncenin olduğunu, bunun diğer kişilerle iletişimi etkilediğini anlar.

Kullanılan Araçlar:

- Tahta
- Eser notası

Isınma:

Beden perküsyonunu müzikle birlikte kullanma.

Ana Çalışma:

Temel duyguların çalışmasına devam ederek yeni duyguyu çeşitlendirmek duyguya uygun şarkıyı seslendirmek ve şarkıya söz eklemek. Duygu-Düşünce-Davranış şemasının konuşulması

Paylaşım:

Şimdi burada hangi duyguyu hissediyorsunuz? Bu duyguyu bedeninizde nerede hissediyorsunuz? Bedeniniz nasıl tepki veriyor ve zihninizde hangi imgeyi oluşturuyor? sorularına cevap istenir.

3.6.1.6. Altıncı Seans

Amaç:

Duygu, düşünce, davranış şemasını kavrar. Yeni çeşitlendirilen duyguyu müzikal olarak ifade edebilir.

Alt Amaçlar:

- Duygu-düşünce-davranış şemasına örnek verebilir.
- Beden parçalarını müzikal olarak kullanabilir.

Kullanılan Araçlar:

- Tahta
- Eser notaları,

Isınma:

Beden perküsyonu ile ritmik oyun

Ana Çalışma:

Temel duyguların çalışmasına devam ederek yeni duyguyu çeşitlendirmek o duyguya uygun şarkıyı seslendirmek ve şarkı sözü eklemek müzikal olarak ifade edebilmek. Duygu- Düşünce- Davranış şemasını örneklendirmek.

Paylaşım:

Bu duyguyu müzikal olarak ifade etmek size nasıl hissettirdi?

Duygularımızı farklı şekilde ifade etmeyi deneyimliyoruz sizce sözel ifadede öfke duygusunu farklı nasıl anlatabiliriz? sorularını cevaplar

3.6.1.7. Yedinci Seans

Amaç;

Grup ile ortak bir müzikal deneyim yaşar. Sesini ve bedenini kullanarak duygusunu hissettirir ve karşıdaki kişinin sesine, bedenine dikkat ederek duygusunu anlamaya çalışır.

Alt Amaçlar:

- Duyguları bedensel, ses yoluyla inceler.
- Dışarıdan nasıl görüldüğünü fark eder.

Kullanılan Araçlar:

- Tahta
- Enstrümanlar

Isınma:

Enstrümanlar ile ritim çalışması

Ana Çalışma:

Temel duygulara yeni duygu eklemek. Vokal çalışma ile duyguların yansıması oyunu (bedenim ve sesimle hangi duygudayım) ve Grup doğaçlaması

Paylaşım:

Bugün bedenim ve sesimle hangi duygudayım oyununda aklında kalan duygu hangisi oldu?

Bu oyunu oynarken beden ve sesi birlikte kullanmak nasıl bir deneyim oldu? sorularına cevap istenir.

3.6.1.8. Sekizinci Seans

Amaç:

Sözel olmadan karşıdaki kişinin duygusunu müzikal olarak fark etme ve duyguları birlikte çalmak. Nefes egzersizi becerilerinin kazandırılması.

Alt Amaçlar:

- Duyguların uç sınırlarını enstrüman ile deneyimler.

- Bilinmeyen bir enstrümanı deneyimler.

Kullanılan Araçlar:

- Darbuka
- Cajon

Isınma:

Grup çemberi ile ayakta nefes egzersizi çalışılır.

Ana Çalışma:

Grubun yeni enstrüman ile tanışması bu enstrüman ile liderlik çalışması ve duyguların müzikte bulunması.

Paylaşım:

Tanınmayan bir enstrümanı deneyimlemek nasıl hissettirdi?

Gruba liderlik yapmak nasıldı? sorularına cevap istenir.

3.6.1.9. Dokuzuncu Seans

Amaç:

Yüzde ifade olarak duyguların tanımlanması, müzikal olarak ifadenin çeşitlendirilmesi ve bunu vokal-müzikal olarak oyunla sürece dahil edilmesi. Nefes egzersizinin geliştirilmesi.

Kullanılan Araçlar:

- Duygu kartları
- Enstrümanlar

Isınma:

Nefes egzersizi

Ana Çalışma:

Duygu kartlarının çalışılması ve müzikle kartını anlatma oyunu

Paylaşım:

Şimdi burada ne hissediyorsunuz sorunu cevaplama istenir.

3.6.1.10 Onuncu Seans

Amaç:

Yüzde ve bedende ifadesel olarak duyguların tanımlanması, müzik, vokal yanında bedensel olarakta duyguyu anlatmaya dahil edebilme. Gevşeme egzersizi becerisinin kazandırılması.

Alt Amaçlar:

Beden dilinden karşısındaki kişinin duygusunu anlamaya çalışır.

Gevşeme egzersizini yapabilir.

Kullanılan Araçlar:

- Duygu kartları
- Enstrümanlar

Isınma:

Gevşeme egzersizi genişletilir.

Ana Çalışma:

Duygu kartları oyunu, ikili, üçlü ve dörtlü duyguyu enstrüman ile doğaçlama, doğaçlamaya vokal ve beden eklenmesi.

Paylaşım:

Aynı duyguyu anlatırken farklılıklar gördünüz mü?

Çalışmaya dair vokal olarak bir hece ile bitirmeleri istenir.

3.6.1.11 On birinci Seans

Amaç:

Olumlu ve olumsuz duygulara yönelik ifade ve kabul becerilerinin kazanılması, duygusal ve bedensel farkındalık artırılması

Kullanılan Araçlar:

- Enstrümanlar

- Eser notası

Isınma:

Grup dansı

Ana Çalışma:

Seçilen şarkıya yeni söz eklemek ve olumsuz olaylarda kendimize söylediğimiz sözlerin konuşulması.

Paylaşım:

Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etmek sizin için nasıl bir deneyim oldu?

Kendine yönelik söylediğin şarkıda en çok hangi sözler aklında kaldı?

3.6.1.12 On ikinci Seans

Amaç:

Bu oturumun ana teması, bireyin baştan sona terapi sürecini gözden geçirerek kazanımlarını irdeleyebilmeleri ve kendisine kattığı olumlu gelişmeleri belirlemeleri. Gruptan olumlu duygularla ayrılmalarının sağlanması.

Kullanılan Araçlar:

1. Marakas
2. Eser notası

Isınma:

Grup doğaçlaması

Ana Çalışma:

Şarkı sözlerinin yeniden yazılması ve birlikte söylenmesi. Grup vedalaşmasında marakas boyama ve çalma.

Paylaşım:

Sürece dair boyanan marakas anlatmaları istenir ve üyeler birbiriyle vedalaşır.

3.7 Verilerin Analizi

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS sürüm 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tablolarda sürekli değişkenler Ort±SS olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler sayı (N) ve yüzde (%) halinde sunulmuştur.

Çalışmanın sürekli verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, hem Shapiro-Wilk değerlerinin $p < 0.05$ olmasından dolayı verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Ölçek toplam puanları ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 2 gruplu değişkenler için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ön test- son test ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması için Wilcoxon Signed Rank testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir. Anlamlı farklılık tespit edilen analizlerde Cohen'in d (d) katsayıları hesaplanmıştır (Lenhard ve Lenhard, 2016). Katsayıların yorumlanmasında, Cohen d değeri-0.15 ile 0.15 arasında ise önemsiz düzeyde etki, 0.15 ile 0.40 arasında ise küçük düzeyde etki, 0.40 ile 0,75 arasında ise orta düzeyde etki, 0.75 ile 1.10 arasında ise büyük düzeyde etki, 1.10 ile 1.45 arasında ise geniş düzeyde etki, 1.45 ve daha büyük bir değer ise mükemmel düzeyde etki olduğu kabul edilmiştir. (Büyüköztürk, 2010; Dinçer, 2014).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. ARAŞTIRMAYA AİT NİCEL VERİLER

4.1.1. Örneklemin Demografik Özelliklerine Göre Elde Edilen Bulgular

Çalışmanın örneklemini 8 deney, 8 kontrol grubu olarak 16 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma süresi boyunca araştırmadan ayrılan olmamıştır. Katılımcıların demografik verilerinin karşılaştırılması tablolar şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubu Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Deney grubu (n=8)	Kontrol grubu (n=8)	p
Yaş grup, n (%)			
45 yaş ve altı	4 (50)	6 (75)	0.304
45 yaş üstü	4 (50)	2 (25)	
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	1 (12,5)	3 (37,5)	0.285
Erkek	7 (87,5)	5 (62,5)	
Medeni durum, n (%)			
Bekâr	8 (100)	7 (87,5)	1.000
Evli	0 (0)	1 (12,5)	
Çalışma durumu, n (%)			
Öğrenci	2 (25)	2 (25)	1.000
Çalışmıyor	4 (50)	4 (50)	
Emekli	1 (12,5)	2 (25)	
Çalışıyor	1 (12,5)	0 (0)	
Eğitim durumu, n (%)			
Lise	4 (50)	3 (37,5)	0.619
Lisans	3 (37,5)	5 (62,5)	
Lisansüstü	1 (12,5)	0 (0)	

Fisher's Exact Test, p<0.05

Tablo 1’de deney ve kontrol gruplarının sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonucun verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre deney ve kontrol grubu arasında sosyodemografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 2. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Veriler

Değişkenler	Deney grubu	Kontrol Grubu	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)
Yaş			
45 yaş ve altı	4 (50,0)	6 (75,0)	10 (62,5)
45 yaş üstü	4 (50,0)	2 (25,0)	6 (37,5)
Cinsiyet			
Kadın	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (25,0)
Erkek	7 (87,5)	5 (62,5)	12 (75,0)
Medeni durum			
Bekâr	8 (100,0)	7 (87,5)	15 (93,8)
Evli	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (6,3)
Çalışma Durumu			
Öğrenci	2 (25,0)	2 (25,0)	4 (25,0)
Çalışmıyor	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (50,0)
Emekli	1 (12,5)	2 (25,0)	3 (18,8)
Çalışıyor	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (6,3)
Eğitim durumu			
Lise	4 (50,0)	3 (37,5)	7 (43,8)
Lisans	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (50,0)
Lisansüstü	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (6,3)

n=Sayı, %=Frekans, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 2’de deney, kontrol ve tüm katılımcıların demografik değişkenlerine ait frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre deney grubu katılımcılarının değişkenleri incelendiğinde, %50,0’ının (n=4) 45 yaş ve altı olduğu, %50,0’ının (n=4)

ise 45 yaş üstü olduğu, %87,5'inin (n=7) erkek olduğu, %100,0'ının (n=8) bekâr olduğu, %50,0'ının (n=4) çalışmadığı ve %50,0'ının (n=4) lise mezunu olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubu katılımcılarının değişkenleri incelendiğinde, %75,0'ının (n=6) 45 yaş ve altı olduğu, %62,5'inin (n=5) erkek olduğu, %87,5'inin (n=7) bekâr olduğu, %50,0'ının (n=4) çalışmadığı ve %62,5'inin (n=5) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

Tüm katılımcılarının değişkenleri incelendiğinde, %62,5'inin (n=6) 45 yaş ve altı olduğu, %75,0'ının (n=12) erkek olduğu, %93,8'inin (n=15) bekâr olduğu, %50,0'ının (n=8) çalışmadığı ve %50,0'ının (n=8) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

4.2. Ölçeklerden Elde Edilen Veriler

Tablo 3. Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Değişkenler	n	Min.	Maks.	Ort.	SS	
Yaş	8	17,0	67,0	43,12	16,40	
Ön test	FID	8	4,00	17,00	10,37	3,85
	YDÖ	8	5,00	31,00	16,12	10,10
	DİEÖ	8	39,00	69,00	54,00	8,73
	ŞİLO	8	25,00	63,00	41,37	12,96
Son test	FID	8	11,00	18,00	13,50	2,26
	YDÖ	8	9,00	31,00	17,75	7,83
	DİEÖ	8	29,00	77,00	55,87	15,56
	ŞİLO	8	25,00	63,00	44,87	13,07
Deney grubu						
Yaş	8	24,0	62,0	38,25	12,19	
Ön test	FID	8	8,00	16,00	12,00	3,25
	YDÖ	8	13,00	26,00	19,25	4,80
	DİEÖ	8	52,00	88,00	68,87	12,62
	ŞİLO	8	36,00	59,00	47,50	7,74
Son test	FID	8	6,00	15,00	10,25	3,37
	YDÖ	8	9,00	26,00	17,00	6,65

Tüm katılımcılar		DİEÖ	8	48,00	87,00	59,87	12,90	
		ŞİLO	8	27,00	52,00	40,37	7,98	
	Yaş		16	17,00	67,00	40,68	14,19	
	Ön test		FID	16	4,00	17,00	11,18	3,54
			YDÖ	16	5,00	31,00	17,68	7,81
			DİEÖ	16	39,00	88,00	61,43	12,99
			ŞİLO	16	25,00	63,00	44,43	10,78
	Son test		FID	16	6,00	18,00	11,87	3,24
			YDÖ	16	9,00	31,00	17,37	7,03
			DİEÖ	16	29,00	87,00	57,87	13,96
			ŞİLO	16	25,00	63,00	42,62	10,71

n=Sayı, %=Frekans, *Min*=Minimum, *Maks*=Maksimum, *Ort*=Ortalama, *SS*=Standart sapma

Tablo 3'te deney, kontrol, tüm katılımcıların ön test ve son testten ölçeklerden aldıkları puanlara ilişkin minimum, maximum, ortalama, standart sapma değerleri verilmiştir.

4.2.1. Ön Test-son Test Ölçek Toplam Puanlarının Deney ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 4. Ön Test-son Test Ölçek Toplam Puanlarının Deney ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>			<i>n</i>	<i>Medyan (IQR)</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Cohen's d</i>
Ön test	FID	Deney	8	10 (4,5)	-0,740	0.460	0.37
		Kontrol	8	11 (6,5)			
	YDÖ	Deney	8	15 (19,75)	-0,632	0.527	0.32
		Kontrol	8	17,5 (9)			
	DİEÖ	Deney	8	54 (8,5)	-2,475	0.013	1.57
		Kontrol	8	69 (21,75)			
	ŞİLO	Deney	8	41,5 (21)	-0,947	0.344	0.48
		Kontrol	8	45 (12,25)			
Son test	FID	Deney	8	14 (2,75)	-1,814	0.070	1.01

	Kontrol	8	9,5 (6,5)			
YDÖ	Deney	8	16 (13,5)	-0,053	0.958	0.02
	Kontrol	8	16,5 (13)			
DİEÖ	Deney	8	59 (24,25)	-0,105	0.916	0.05
	Kontrol	8	54 (16)			
ŞİLO	Deney	8	46 (0)	-0,526	0.599	0.26
	Kontrol	8	39,5 (0)			

Mann Whitney U Test, $p < 0.05$

Tablo 4’te katılımcıların ön test-son test ölçek puanlarının deney ve kontrol grupları açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre ön test DİEÖ toplam puanları deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($Z = -2,475$ $p = 0.013$). Kontrol grubunun deney grubuna kıyasla ön test DİEÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Hesaplanan etki büyüklüğü (Cohen’s d) katsayısına göre ise elde edilen sonucun mükemmel etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir ($d = 1.57$).

4.2.2. Deney Grubunun Ön test-Son test Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 5. Deney Grubunun Ön test-Son test Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		<i>n</i>	<i>Medyan</i> (<i>IQR</i>)	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Cohen’s d</i>
FID	Ön test	8	10 (4,5)	-2,536	0.011	1.64
	Son test	8	14 (2,75)			
YDÖ	Ön test	8	15 (19,75)	-0,734	0.463	0.37
	Son test	8	16 (13,5)			
DİEÖ	Ön test	8	54 (8,5)	-0,561	0.574	0.28
	Son test	8	59 (24,25)			
ŞİLO	Ön test	8	41,5 (21)	-2,207	0.027	1.32
	Son test	8	46 (0)			

Wilcoxon Signed Rank test, $p < 0.05$

Tablo 5’te deney grubunun ön test-son test ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre deney grubu FID toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. FID toplam puanları son testte ön teste kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,536$ $p=0.011$). Hesaplanan etki büyüklüğü (Cohen’s d) katsayısına göre ise elde edilen sonucun mükemmel etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir ($d=1.64$).

Deney grubu ŞİLO toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. ŞİLO toplam puanları son testte ön teste kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,207$ $p=0.027$). Hesaplanan etki büyüklüğü (Cohen’s d) katsayısına göre ise elde edilen sonucun büyük etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir ($d=1.32$).

4.2.3. Kontrol Grubunun Ön test-Son test Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6. Kontrol Grubunun Ön test-Son test Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		<i>n</i>	<i>Medyan (IQR)</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Cohen’s d</i>
FID	Ön test	8	11 (6,5)	-2,032	0.042	1.18
	Son test	8	9,5 (6,5)			
YDÖ	Ön test	8	17,5 (9)	-1,866	0.062	1.05
	Son test	8	16,5 (13)			
DİEÖ	Ön test	8	69 (21,75)	-2,527	0.012	1.63
	Son test	8	54 (16)			
ŞİLO	Ön test	8	45 (12,25)	-2,524	0.012	1.62
	Son test	8	39,5 (0)			

Wilcoxon Signed Rank test, $p<0.05$

Tablo 6’da kontrol grubunun ön test-son test ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre kontrol grubu FID toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. FID toplam puanları son testte ön teste kıyasla daha düşük bulunmuştur ($Z=-2,032$

p=0.042). Hesaplanan etki büyüklüğü (Cohen's d) katsayısına göre ise elde edilen sonucun geniş etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (d=1.18).

Kontrol grubu DİEÖ toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. DİEÖ toplam puanları son testte ön teste kıyasla daha düşük bulunmuştur (Z=-2,012 p=0.012). Hesaplanan etki büyüklüğü (Cohen's d) katsayısına göre ise elde edilen sonucun mükemmel etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (d=1.63).

Kontrol grubu ŞİLO toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. ŞİLO toplam puanları son testte ön teste kıyasla daha düşük bulunmuştur (Z=-2,524 p=0.012). Hesaplanan etki büyüklüğü (Cohen's d) katsayısına göre ise elde edilen sonucun mükemmel etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (d=1.62).

4.2.4. Deney Grupları Ön Test-Son Test Ölçek Toplam Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 7. Deney Grupları Ön Test-Son Test Ölçek Toplam Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Medyan (IQR)</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Cohen's d</i>	
Ön test	FID	≤45 yaş	4	10,0 (10,75)	-0,290	0.772	0.20
		>45 yaş	4	10,0 (3,5)			
	YDÖ	≤45 yaş	4	24,0 (17,75)	-1,764	0.078	1.59
		>45 yaş	4	7,50 (12,50)			
	DİEÖ	≤45 yaş	4	53,5 (16,0)	-0,146	0.884	0.10
		>45 yaş	4	54,0 (16,5)			
	ŞİLO	≤45 yaş	4	41,5 (18,25)	-0,145	0.885	0.10
		>45 yaş	4	39,0 (33,0)			
Son test	FID	≤45 yaş	4	14,0 (5,25)	-0,774	0.439	0.56
		>45 yaş	4	13,0 (2,75)			
	YDÖ	≤45 yaş	4	23,5 (16,5)	-1,452	0.146	1.19
		>45 yaş	4	23,5 (16,5)			

	>45 yaş	4	13,0 (7,5)			
DİEÖ	≤45 yaş	4	60,0 (17,5)	-0,866	0.386	0.64
	>45 yaş	4	49,0 (34,75)			
ŞİLO	≤45 yaş	4	46,0 (19,5)	0,00	1.000	0.0
	>45 yaş	4	42,5 (32,25)			

Mann Whitney U Test, $p < 0.05$

Tablo 8’de deney grubu ön test-son test ölçek toplam puanlarının yaş grupları açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre deney grubu ön test-son test ölçek toplam puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

4.2.5. Ön Test-son Test Ölçek Toplam Fark Puanlarının Deney ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 8. Ön Test-son Test Ölçek Toplam Fark Puanlarının Deney ve Kontrol Grupları Açısından Karşılaştırılması

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>Medyan (IQR)</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Cohen’s d</i>	
Son test -Ön test Fark	FID	Deney	8	2 (3,5)	-3,386	0.001	3.18
		Kontrol	8	-1,5 (2,75)			
	YDÖ	Deney	8	2 (11,75)	-1,371	0.170	0.73
		Kontrol	8	-2,5 (4,5)			
	DİEÖ	Deney	8	5 (15,25)	-2,161	0.028	1.28
		Kontrol	8	-7,5 (9,25)			
ŞİLO	Deney	8	3 (7)	-3,368	0.001	3.12	
	Kontrol	8	-5 (4,5)				

Mann Whitney U Test, $p < 0.05$

Tablo 9’da ön test-son test ölçek toplam fark puanlarının deney ve kontrol grupları açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre FID fark puanları deney ve kontrol grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($Z = -3,386$ $p = 0.001$). Deney grubu FID fark puanları kontrol

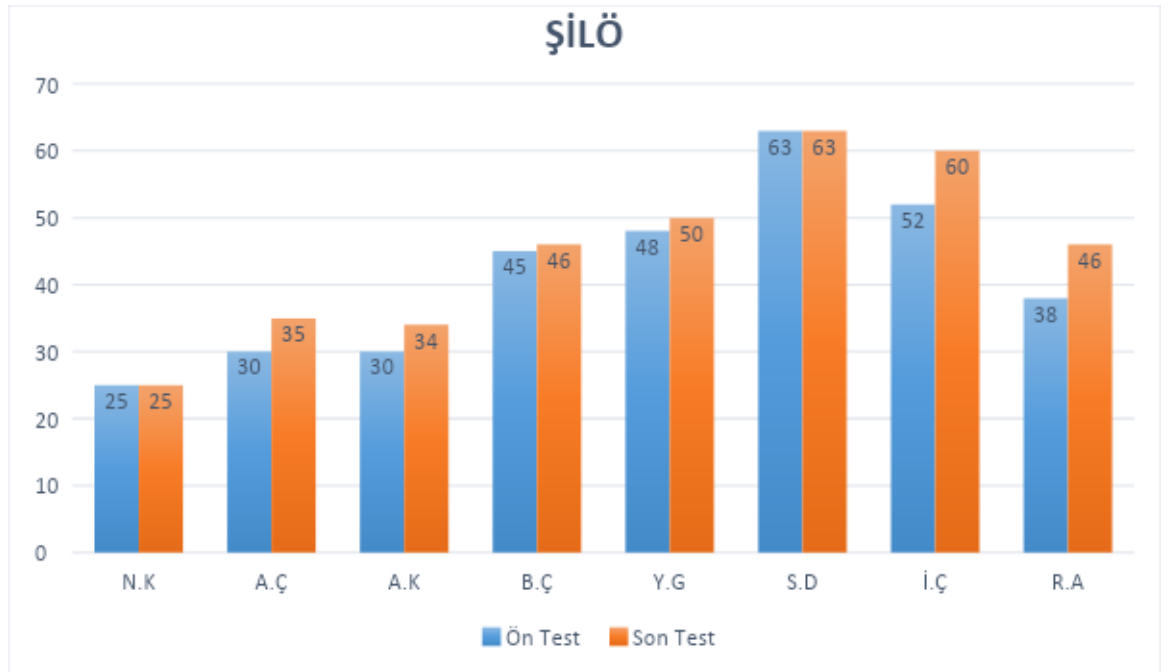
grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Hesaplanan etki büyüklüğü (Cohen's d) katsayısına göre ise elde edilen sonucun mükemmel etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (d=3.18).

DİEÖ fark puanları deney ve kontrol grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir (Z=-2,161 p=0.028). Deney grubu DİEÖ fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Hesaplanan etki büyüklüğü (Cohen's d) katsayısına göre ise elde edilen sonucun geniş etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (d=1.28).

ŞİLO fark puanları deney ve kontrol grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir (Z=-3,368 p=0.001). Deney grubu ŞİLO fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Hesaplanan etki büyüklüğü (Cohen's d) katsayısına göre ise elde edilen sonucun mükemmel etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (d=3.12).

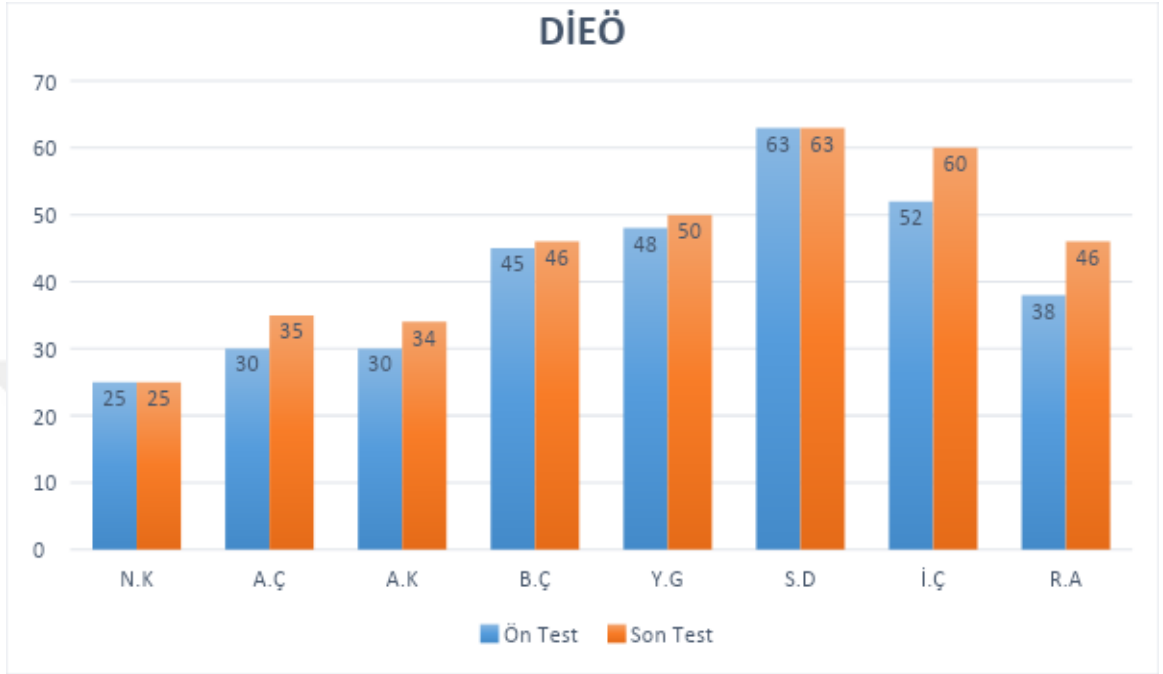
4.3. Müzik Terapi Uygulamasına Katılanlara Ait Ölçek Verileri

Bu bölümde duygu odaklı müzik terapi uygulamasına katılan 8 katılımcının bireysel olarak ön test ve son test ölçek oranları grafikler ile gösterilmiştir.



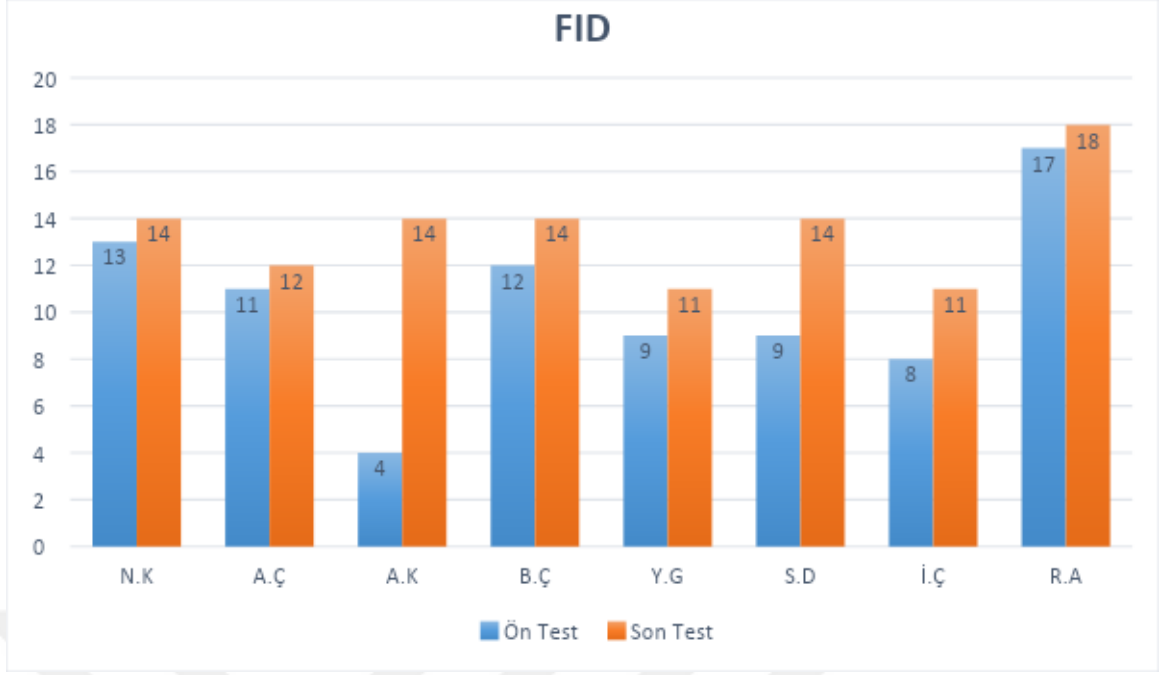
Grafik 1. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeğinde Bireysel Değişim Puanları

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği'nde grup ortalamasında işlevsellikte yükselme olduğu saptanmıştır.



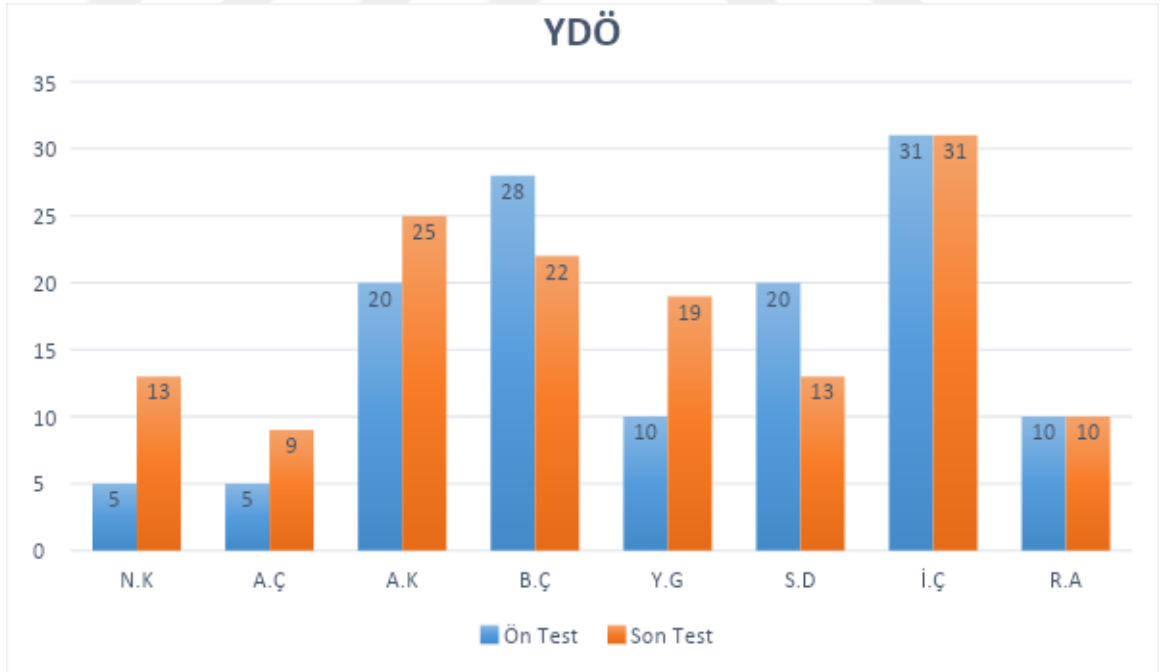
Grafik 2. Duygu İfade Etme Ölçeğinde Bireysel Değişim Puanları

Duyguları İfade Etme Ölçeği'nde grup ortalamasında duygu ifadelerinde değişim olduğu saptanmıştır.



Grafik 3. Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testinde Bireysel Değişim Puanları

Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testi'nde (FID) grup ortalamasında yüzdeki duyguların tanınmasında değişim olduğu saptanmıştır.



Grafik 4. Yaşam Doyumu Ölçeğinde Bireysel Değişim Puanları

Yaşam Doyumu Ölçeği'nde grup ortalamasında artış görülmüştür fakat istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır.

4.4. GRUP SÜRECİNE AİT VERİLER

4.4.1. Katılımcılara Ait Kişisel ve Klinik Öykü Bilgileri

Bu bölümde deney grubu katılımcılarıyla yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiler ve ön gözlemler yer almaktadır.

A.Ç., erkek, 49 yaşında bekar ve lise mezunudur. Şizofreni + OKB tanısı almıştır. 85 yaşında olan annesi ile yaşamaktadır. Babası 1989'da akciğer kanserinden vefat etmiş, ailenin üç çocuğundan ikincisidir. Düşüncelerini kontrol edememeden dolayı ilk defa 1990 yılında teşhis konmuş ve hastaneye yatış olmuştur. İş deneyimi olarak abisinin yanında ve hırdavatçıda kısa bir süre çalışmıştır. Motor beceriler ve duruşuna bakıldığında bedensel katılık ve donukluk vardır. Sakin, içe kapanık bir kişi olarak gözlemlenmiştir.

A.K., erkek, 17 yaşında lise son sınıf öğrencisidir. 2021 ekim ayında belirtiler başlamış hem pozitif hem de negatif belirtiler ile hastaneye başvurmuştur. Negatif belirtiler daha ön planda olmak üzere, içe kapanma, sosyal ilişkilerde azalma, avolüsyon, aloji aynı zamanda kendini ifade etmede, arkadaş edinme ve sürdürmede zorlanma yaşamaktadır. Hastaneye getiriliş öyküsünü şöyle anlatıyor; '*aklıma abuk subuk düşünceler geliyordu intihar teşebbüsüm var camdan atlamaya çalıştım tuttular sonra doktora götürdüler doktor ilaç verdi.*' İl dışından hastalığı sebebiyle ailesiyle gelmiş burada abisi ile yaşamaktadır. İlk defa bir terapiye katılmaktadır. İçe kapanık, kaygılı, kısa konuşmaları olduğu gözlemlenmiştir.

R.A., erkek, 25 yaşında, üniversite öğrencisidir. Ailesiyle yaşamaktadır. İnsanlarla iletişimde güçlükler çekmesi, sosyal izolasyon ve negatif belirtileri baskın bir hastadır. Herkese dokunma konusunda obsesyon yaşamaktadır. Fiziksel ağrılar, normal

olmayan davranışlardan (bilgisayar oyunundaki hareketleri yapma, fiziksel şakalar, konuşmada dağınıklık vb.) dolayı ailesi 2011'de hastaneye başvurmuştur. Sosyal olarak konuşkan ve girişken olduğu gözlemlenmiştir.

B.Ç., erkek, 41 yaşında lisans mezunu bekar ve çalışmıyor. Birkaç defa çalışmayı denemiş, sürdürememiş ve bırakmıştır. Ailesiyle yaşıyor, dört kardeşin ikincisidir. 1998 yılında yoğun düşünce bozukluğu yaşamış alevlenme döneminde hastaneye yatışı yapılmış ve teşhis konulmuştur. Kendini rahat ifade edebilen birisi olduğu gözlemlenmiştir

İ.Ç., erkek, 38 yaşında lise mezunudur. Anne babasıyla yaşıyor, sıkça ailesinin dükkanına yardım ediyor. 2007 yılında düşünce bozukluğu ve işitsel halüsinasyonlar, 2014 yılında ise sanrı semptomları ile hastaneye yatış yapmıştır. Konuşmalarından kitap okuyan, birçok konuda birikimi olduğu gözlemlenmiştir.

S.D., erkek, 53 yaşında, lisans son sınıf öğrencisidir. Bekar ve abisi ile yaşamaktadır. İlki 1986 yılında olmak üzere beş defa hastaneye yatış yapmıştır. İki ablasında psikotik bozukluk vardır. 30 senedir gitar çalıyor. Hayatında müzik önemli bir noktadadır. Günlük uğraşlarından aktifliğinden sosyal yaşamının iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Y.G., erkek, 55 yaşında lise mezunu ve bekar. 15 yaşındayken şizofreni teşhisi konmuş, 1988 de ilki olmak üzere toplam altı defa hastaneye yatış yapmıştır. Uzun süredir şiir yazıyor kendini böyle topladığını söylemektedir. Şiir kitabı basılmış, şiir yazmaya devam etmektedir. İletişime açık ve girişken bir yapıda olduğu gözlemlenmiştir.

N.K., kadın, yedi kardeşten üçüncüsüdür. 73 yaşındadır. Yüksek lisans mezunu, bir sağlık çalışanı emeklisidir. 1985 yılında şizofreni teşhisi ile ilk defa hastaneye yatırılmıştır. İlk yatışından sonraki 2 yıl içinde aralıklı olarak toplam 3 defa daha hastaneye tekrar yatırılmıştır Kendisi ilaçlarını ara ara kendi başına kesip tekrar başladığını söylemiştir. Ailesinde erkek kardeşine de şizofreni teşhisi konmuştur. Şu

an iki bekar kız kardeşiyle yaşamaktadır. İnsanlara karşı kuşkuculuk, insanların davranışlarını sürekli kötü niyetli olarak algılama, bazı mistik inanışlar ve zarar görme düşünceleri vardır. Uzun süredir somatik yakınmaları ve uyku problemleri vardır. Duygusal farkındalığı zayıf olduğu gözlemlenmiştir.

4.5. Grup Sürecinin Verileri

4.5.1. Grup süreci ve aşamaları

Bu bölümde grup süreci gözlemler dahilinde dört evrede anlatılacaktır. Her aşama üç seansı kapsamaktadır.

Birinci Evre: Grubun Başlangıç Süreci

Bütün seanslar öncesinde grubun aktif şekilde katılım sağlayabilmesi ve bütünlük olması için çember şeklinde oturma düzeni hazırlandı. Çemberin ortasına enstrümanlar yerleştirildi. Gitar, piyano, bendir, darbuka, marakas, def, agogo ve benzeri ritim aletleri kullanıldı. Seanslarda duygu çalışmaları ve paylaşımlarda imgeleştirmeleri yazmak ve grupça ortaya çıkanlara bakabilmek için yazı tahtası herkesin görebileceği şekilde yerleştirildi. Birinci evrede üyeler bütün seanslara katıldı. İlk aşamada, gruba katılan üyelerin tanışması, grup kurallarının belirlenmesi, süreç hakkında bilgi sahibi olmaları ve sürece hazırlanmaları için önemlidir. Grup uzun yıllardır tedavi görmekte olan kişilerden oluştu, sadece bir kişinin tanı ve tedavisi yeni başlamıştı. Seanslar hoş geldiniz ritüeli, ısınma, ana çalışma ve paylaşım şeklinde ilerledi.

Tanışmada kişisel bilgilerden çok kişinin kendisine dair yaşamından paylaşımlar yapması istendi ve şu sorular yöneltildi. “*XX. Kişisi olarak siz neler yapmaktan hoşlanırsınız? Bir gününüz nasıl geçer? Kendinizi bize tanıtırken neler söylemek istersiniz? Bu atölyeden beklentiniz nedir?*” Katılımcılardan gelen yanıtlar;

N.K.; “*Genelde evdeyim. Sokağa çıkmak konusunda zorluk yaşıyordum bu aralar onu aşmayı deniyorum. Daha önceden sanat atölyelerine katılmışım. Tasavvuf üzerine*

düşünüyorum son zamanlarda. Bu atölyeden müzik nedir onu öğrenmek istiyorum müzik kaçça ayrılır müziğin öğeleri nelerdir. Tasavvufta müziğin yeri nedir gibi. "

B.Ç.; *"Seyahat etmeyi seviyorum. Yeni yerler görmek benim için güzel oluyor. Beklenti olarak iyi hissetmek istiyorum."*

R.A.; *"Televizyon izlerim bilgisayar oynarım müzik dinlerim. Müzik olarak arabesk dinlerim genelde. Radyoda bir kanal var onu dinliyorum her gün. Beklenti olarak müzik söylemek istiyorum."*

S.U.; *"30 yıldır hastayım. 30 yıldır gitar çalıyorum artık profesyonel olarak çalıyorum. Çok keyif alıyorum. Başka atölyelere de katıldım. Müzik yapmak birlikte beklentim."*

İ.Ç.; *"Başka atölyelere geldim ama müziğe ilk defa geliyorum. Kitap okumayı severim biraz müzik dinlemeyi. Hiç müzik aletine dokunmadım belki hayatıma farklılık katabilirim. Müzik zamanı yakalamaktır. Onu deneyeceğim. İleride enstrüman çalmak isterim belki."*

A.K.; *" Ben A.K. internette vakit geçirmeyi severim okadar."*

Y.G.; *" Uzun süredir burda tedavi görüyorum. Şiir yazıyorum. Kitabım bile basıldı. Yazmak bana iyi geliyor karmaşadan kurtuluyorum."*

A.Ç.; *" Uzun süredir burdayım tedavi görüyorum. Bu aralar bazı sıkıntılarım var. Balkonda oturup kendimle sohbet ediyorum. Bu bana iyi geliyor."*

Tanışmadan sonra üç seans boyunca giriş bölümünde "hoş geldiniz" teması müzikal bir oyun olarak ritüelleştirildi. Hoş geldiniz çalışması, grubun isimlerinin beraberce söylendiği, enstrümanlar ile eşlik edilen bir şarkıdır. Isınma ana çalışmaya temel

hazırlar. Müzik terapisinde ısınma sürecinde enstrümanlara dokunmak ve onları keşfetmek hastaların kaygısını azaltır. Enstrüman çalma düşüncesi kaygı ve geri çekilme oluşturabilir. Bunun sebebi seansa gelen kişinin enstrüman çalmayı bilmemesinden kaynaklanır ve kişi bilmediği için katılım sağlayamayacağını düşünür. Bu sebeple başlangıçta deneyimlenmesi terapiye olan devamlılık için de önemlidir. Grup içerisinde enstrümanları tanırken çıkardıkları ses aralıkları, dinamikleri, yüzeyle, farklı çalınış biçimlerine odaklanılmıştır. Bu grubun ilk etkileşiminde oyun alanı gibi danışanlara rahat bir deneyim sağladı hem de terapistin danışanlara yönelik fikir oluşturmaya zemin hazırladı. Duygu konusuna ön hazırlık yapabilmek için yeniden yaratma metodu ile şarkıya yeni sözler yazma çalışmaları üç seans boyunca kullanıldı.

İkinci Evre; Duygulara Giriş

4, 5 ve 6. Seanslarda ısınma çalışmaları beden perküsyonu olarak devam etti. Beden algısını geliştirmek için beden parçalarını keşfetmek ile başlandı sonrasında müzikal ifadeye dönüştürüldü. Duygu algılamada beden ifadesi önemlidir. Bu yüzden beden ifadesinin en iyi anlaşılma şekli kişinin duyguyu bedeninde deneyimlemesidir. Kendi deneyimi dışında grup içinde diğer kişilerin duruşlarını da görmektedir.

Ana çalışma olarak ikinci ve üçüncü evrede temel duygular üzerine konuşuldu ve detaylandırıldı. Duygular konusunda hastaların akıllarına gelen imgeler paylaşıldı ve herkesin görebileceği şekilde tahtaya yazıldı. Hastalar imgeleri ararken bu duyguları yaşadıkları anılarını da hatırladılar. Anılarda duygu-düşünce ve davranış şemasına da odaklanıldı. Ardından temel duygular doğaçlama ile enstrümantal müziğe dönüştürüldü. Bu temel duygular mutluluk, üzüntü, korku, utanma, öfke ve şaşkınlıktır. Daha sonrasında yapılan doğaçlamalar ile seçilen şarkının altı temel duyguyla dışavurulması deneyimlendi. Burada duygu ve mutlu, üzgün ve korku duygularından çıkan grup imgeleri verilmiştir. Her bir grup üyesi serbest çağrışım ile paylaşım yapmıştır.

1. Duygu kelimesinin zihinde oluşturduğu imgeler grup üyeleri tarafından şu şekilde söylenmiştir;

Mutluluk, Öfke, Şefkat, Mana, Arzu istek, Coşku, Haz, Acılar, Elem, Duygu dünyası, Hayattan zevk almak, İyimserlik, Aşk, Gözyaşı, Ahenk, Umut etmek, Korkmak, Dua etmek, Üzüntü, Düşünmek, Şiir, Hiddet, Hezeyan, Mehtap

2. Duygu kelimesinden oluşturulan kelimeler içinden grup ile seçilen üç duygunun (mutlu- üzgün- korku) grup üyelerinin zihinlerinde çağrıştırdığı imgeler;

Mutlu; Hayattan zevk almak, sevinç, birbirini bilmek, anlamak, sabah, kavuşmak, tuzlu su, yakınlaşmak, paylaşmak, deniz, neşeli olmak, sıkıntısız rahat huzurlu olmak, yaşama sevinci, birliktelik, gerçekçi olmak, yardım etmek.

Üzgün; Olumsuz düşünceler, insanlara karşı soğuk olmak, kaybetmek kötü olaylar yaşamak, mutsuzluk, travmalar, karamsarlık, başarısızlık.

Korku; İçgüdüsel, böcekler, panik atak, kabuslar, yalnız kalmak, hastalıktan korkmak, hayattan korkmak, kandırılmaktan korkmak, başkalarına muhtaç olmaktan korkmak, güçsüzlük, başaramamak, korkmaktan korkmak

Üçüncü Evre; Grubun Gelişimi

Temel duyguların tamamlanması bu evrede gerçekleşti. Ardından yüzde dışavuran duygular duygu kartları ile bir oyun çerçevesinde çalışıldı. Bu çalışmada grup içi eşleşmeler yapıldı. Sonrasında müzikal olarak ifadeye döndürüldü.

Isınma çalışmaları bedenden sonra nefes ve gevşeme egzersizleri ile devam etti. Bu evre beden ve duygu çalışmalarının birleştirilmesinde önemli oldu.

Dördüncü Evre; Grubun kapanış süreci

Dördüncü aşamada kapanışa yönelik temalara yer verildi. Isınma çalışmalarında gevşeme ve nefes egzersizleri ile duyguların fark edilmesi, bedenin ve zihnin rahatlatılması deneyimlenmeye devam edildi. Katılımcılar grup sürecine, çalışmalara ve kendilerinin süreçteki yerine odaklandılar. “Gruptan ne olarak ile gidiyorum ve buradan sonra neler ile devam edeceğim” konuşuldu. Kendilerinin de söz yazdığı “Teşekkür” şarkısı çalışıldı. Son çalışmada grupta yaşadıkları süreci temsilen marakas boyama çalışması yapıldı.

4.5.2. Katılımcıların grup süreçleri

N.K.;

Birinci evre; Ön görüşmede kendisine duygu odaklı çalışmalar olacağından bahsedilse de ısrarla müziğin kaçırıldığı, türleri, tarzları gibi temel teorik bilgiler öğrenme istediği baskın gelmekteydi. “Müzik yapacak olmanın önemli bir şartı her şeyi biliyor olmak” düşüncesini savunuyordu. İki seans boyunca bu konuda sabit düşündü. Enstrüman çalmayı bilmenin değil burada beraber deneyimlemenin ona iyi geldiğini üçüncü seanstan sonra hissedebildi ve diğer üyelerle bu konuda hemfikir oldu. N.K. enstrüman seçimlerinde marakasını tercih etti ve hafif seslerle beden duruşuna benzer biçimde çekingen şekilde katılım sağladı.

Birinci seansta şarkıya eklediği sözler;

Gül yine sen gül yeniden *‘içinden gül dışından ağla sen, gülmek yalan ağlamak içten’*

Bu şarkının ona hissettirdiği duygular sorulduğunda *‘göklerin sonsuz müziği’* cevabını vermişti. Seanslarda sözel paylaşımları bağlamdan kopuk şekildeydi. Yoğun bir şekilde düşünce bozukluğu yaşıyor, sorulan sorulara cevap vermek için söze başlayıp cevap vermek yerine yeni sorular üretiyor, konu dışında birçok konuşma yapıyordu. Grup üyelerinden çok terapist ile iletişim kuruyor, grup üyelerine karşı daha öfkeli/ düşmanca bir tavır gösteriyor ve konuşulan konularda karşıt/negatif yorumlar yapıyordu.

Seans başında ve sonunda hissettikleri duygularını tanımlamak üzere kullanılan formda ilk seansta kaygılı, ağrılı ve mutlu işaretlerken diğer seanslarda mutluluk yerine yalnızca işaretlemişti. Seans çıkışına da hep fiziksel yakınmalarını yazmıştı.

Müzikalite olarak müzik üzerinde duygu değişimlerini belirgin ifade edebiliyor fakat ya çok kuvvetli ya da hafif olarak çalışıyordu. Ara tonları kullanmıyordu, bu onun ikinci seanstaki şarkı sözünde de görülüyordu.

Bir yolun başındayım ‘‘aynı anda sonundayım’’

Bir nehrin önündeyim ‘‘aynı anda arkasındayım’’

Bu sözler seans içinde çalışılmak için bir alan açmıştı. Enstrümanların alanlarını keşfetmek hafif ve yüksek tonlar dışında crescendo, decrescendo, vurgulama gibi çokça kombinasyon sağlar. Sözel olarak konuşmanın ötesinde kişinin kendisinin deneyimlemesine olanak tanır. Bayan N.K., bu kombinasyonları yaparken uyum sağlamakta zorlandı fakat grubun uyumu ve dikkati iyiydi. Herkes yeni bir varyasyon deneyimledi ve zengin bir grup deneyimi yaşandı.

Bu aşamada N.K. öfkeli ve güvensiz başladı fakat giderek müzik yoluyla ara tonları kullandı ve müzikal ifadesinde bir duygu değişimi gösterdi

İkinci evre; N.K., dördüncü ve beşinci seansa öfkeli bir şekilde katıldı. Evde yaşadığı problemler öfkelenmesine sebep olmuş grup üyelerinin bu konudaki düşüncelerine de ani çıkışlar ve dağınık düşünceler ile cevap veriyordu. Isınma olarak ‘‘şimdi ve burada’’ çalışması ile bedene, düşüncelere ve duygulara odaklanılmaya başlandı. N.K. için şimdi ve burada olmak zorlayıcı olmuştu. Kendine odaklanmak yerine camdaki görüntüye, odadaki nesneye odaklanmayı tercih ediyordu.

N.K., beşinci seansa geldiğinde sandalyesini terapistten uzağa çekmiş bedensel olarak tepkiliydi. ‘‘Şimdi ve burada’’ deneyimine ve bu konunun konuşulmasına öfke duyduğunu belirtti. Fakat gruba ilk defa bir duygu paylaşımı ile gelmişti. Grup doğaçlamasında bu öfke çalışıldı. Grup burada N.K.’yi aynalayarak ona dışarıdan bir görünüm sağlamış oldu. Bu çalışma sonunda ona iyi geldiğini ‘‘içimdeki zehiri döktüm’’ diyerek rahatladığını belirtti. Duygusunu ilk defa grupta regüle etmiş oldu.

N.K., duyguların imgelerini paylaşırken anlamı olmayan kelimeler seçti ve bunları grubun desteğiyle anlaşılabilir bir bağlama oturtmaya çalıştı. Duygulara karşı anılarından bahsederken daha çok fizyolojik olarak yaşadığı deneyimlerden bahsetti. Ancak bu aşamada önemli olan gruba bir duyguyla gelmesi ve evdeki yaşadığı zorluklara karşı hissettiklerini yavaş yavaş açığa çıkarmasıydı. Temel duygularda

yapılan doğaçlamalar, grubun oluşturduğu farklı duygu geçişleriyle birlikte kendisinin öfke dışında diğer duyguları da deneyimlemesini sağladı.

Üçüncü evre; N.K.'nın birinci aşamadaki çekingenliğinin yerini artık daha lider bir pozisyon almıştı. Gruba liderlik yapmayı kendisi tercih ediyordu. Fakat sözel olarak sorulduğunda *“ben kimsenin lideri değilim kimse de benim liderim olamaz”* diye tepkili konuşmaları vardı. Liderlik olarak bahsedilen orkestra şefi gibi grubun oluşturduğu müziği yönetmekti.

Ana çalışmada duygu-düşünce- davranış şemasının işleyişi grupla birlikte detaylandırıldı ve nasıl oluştuğuna dair örneklendirildi. Duygu ifadelerinin çalışılması için üzerinde farklı duygular içeren surat ifadeleri olan kartlar seçildi ve bunlar oyun şeklinde önde bedensel ardından müzikal olarak anlatıldı. Artık duyguların bedene yansımaları ve karşıdaki kişinin duygusunu anlama üzerine çalışmalara başlandı. Grup içi eşleştirmeler ile seçilen duygu kartları müzikal olarak ikili, üçlü ve dörütlü gruplar halinde çalışıldı. N.K. ikili çalışmada grubun en genç üyesi olan A.K. ile eşleşti. A.K. kaygısı yüksek bir kişi o yüzden enstrüman çalarken her zaman aynı enstrümanı seçip ufak alışlar tercih ediyordu. N.K. grup eşini yüksek bir müzikle baskılamak yerine ona uyumlanmayı tercih etti.

Ana alışma sonrasında paylaşım yapıyor ardından isteyenler müzikal olarak da paylaşıma devam edebiliyorlardı. Genellikle S.D. gitar alarak şarkı söylüyor, Y.G. şiir okuyor, R.A. ritim enstrümanı alarak yeni yazdığı şarkıyı söylüyordu. 8. Oturumda N.K. gruba şiir okumak istediğini söyledi. Okuduğu şiir sonrasında diğer üyelerden olumlu geri dönütlere aldı. Terapist dinlediği uzun şiir sonrasında N.K.'ya ezberinin ne kadar kuvvetli olduğunu söyleyince *“bana acıdığınız için mi böyle söylüyorsunuz?”* diyerek terapistten gelen övgüyü de tolere edemedi. Bu durum kendindeki olumlu özelliklere dahi olumsuz anlamlar yüklediğini konuşma fırsatı oluşturdu. 8. oturumda ilk defa seansa bezgin ve yalnız hissederek geldiğini ama seans sonrası mutlu olduğunu yazarak ayrıldı. 9. Seansa da mutlu geldiğini yazdı, seans sonundaki paylaşımda buraya geldiğinde rahatlamış ve mutlu hissettiğini, evdeki duygulardan uzaklaşabildiğini, içindeki zehri atabildiğini paylaştı.

Dördüncü evre; N.K. için gevşeme ve nefes egzersizleri ilgi çekiciydi çünkü önceden yoga deneyimi edinmiş, bu çalışmaları yoga çalışmalarına benzetmişti.

Son aşamaya gelindiğinde seans girişinde somatik yakınmaları devam etse de kendi duygusundan bahsediyor burada ümit hissettiğini paylaşmış gruptan ara ara fikir alıyordu. Artık kapanışa doğru gidilirken çalışmalar toparlanarak grubun sonlanışı üzerine odaklandı. Grupça teşekkürler şarkısı yazıldı. N.K. ‘‘Kendime teşekkür ederim, kendimle kalabildiğim için’’ sözlerini ekledi. Sözel olarak da kendisiyle kalabilmeyi deneyimlediğini, evdekileri anlamaya çalıştığını paylaştı. Kapanışta gruba bir şiir okumak istedi Son çalışmada burada yaşadıkları süreci temsilen marakas boyama çalışması yapıldı. 10. Seansta ‘‘kötüyüm, burada da arkadaş edinemedim, hiç arkadaşım olmuyor benim’’ diye serzenişte bulunsa da boyadığı marakası vedalaşırken şöyle anlattı; Bu renkleri kullandım çünkü burada yaşadığım duyguları anlatmak istedim. Kırmızı da biraz öfke var mavide biraz ümit. Evden çıkıp buraya gelmek iyi hissettirdi. Erteleyip zorlandığım şeyleri denemeye başladım.

A.Ç.;

Birinci evre; Gruba başladığımda sessiz, içe kapanık ve katatonik bir duruşu vardı. Konuşurken kaygılı olduğu el hareketlerinden anlaşılıyor ve kısa cümlelerle kendini ifade ediyordu. İlk seans parçanın sözünü boş bırakmayı tercih etti. İkinci seans şu sözleri yazdı;

Bir yolun başındayım ‘‘ölüm’’

Bir nehrin önündeyim ‘‘ölüm’’

Paylaşımında kendi şarkı sözünü paylaşmayı istemedi fakat kağıdını terapistte doğru çevirdi. Seans giriş ve çıkışında servisin ‘‘Duygu Tanımlama Formu’’ hastalar tarafından doldurulmaktadır. A.Ç. forma suçlu ve yalnız hissettiğini ve bu duyguyu çok fazla yoğunlukta hissettiğini işaretlemişti. Kişinin güvenliği açısından SPR program yürütücüsüne bilgilendirme yapıldı ve servis tarafından kişiyle görüşme sağlandı. Üçüncü seansta yaşadığı kişisel bir sorundan dolayı kendini kötü hissettiğini ve ne yapacağını bilemediğini grupla paylaştı. Grup üyeleri A.Ç.’yi destekleyerek

benzer sorunlar yaşadıklarından bahsettiler. Birinci evrede çalışmalara çoğunlukla katılım sağlıyordu fakat daha çok grup üyelerini ve terapisti takip ederek çalışıyordu. Beden hareketleri zaman zaman kısıtlı ve yavaştı. Enstrüman olarak her seansta marakas seçti. Dinamikleri de hafif kullanmayı tercih etti.

İkinci evre; A.Ç. öfke konusunda kendi isteğiyle yaşadığı bir durumu anlattı. *“Otobüste engelli kartını basınca şoför beni otobüsten attı. Tartaklayarak yalancısın dediler. Öfkelenim, insanların ne kadar kötü olduğunu düşündüm, kendimi insanlardan uzak tuttum yalnızlığı tercih ettim.”* Grup ile sözel etkileşimi daha çok burada gerçekleşti. Benzer durumları yaşadıklarını söylemeleri ve yapılan yanlıştın eleştirilmesi A.Ç.’nin kişiler ile iletişim kurmasını sağladı. Grupça yaşanan bu duruma karşı oluşan öfkeyi müzikal olarak paylaştılar. A.Ç.’nin enstrümandaki ilk kuvvetli vuruşları da bu evrede gerçekleşti. Daha çok duygular konusunda anılarını paylaştı. 6. Seansın çıkışında terapistte yaşadığı ailevi probleminden kaynaklı birkaç seans gelemeyeceğini yalnız kalmak istediğini söyledi.

Üçüncü evre; 7. Seans gruba katılmadı. 8. Seans probleminin çözüldüğünü söyleyerek geldi. İkinci evrede paylaştığı anılarda inatçı ve sabırlı yönü vurgulanmıştı. Kendisi de problemini bu yönleriyle çözdüğünü söyledi. Grup içinde ufak şakalaşmalar yapıyor ve göz teması kurmaya başlamıştı. İkili ve üçlü eşleşmelerde karşısındakiyle uyumlu tempoda çaldı. 9. Seansın girişinde grup üyesi N.K. ile dışarıda sohbet ettiğini bunun iyi geldiğini paylaştı. Şimdi ve burada deneyiminde kendisiyle ilgili şunları söyledi. *“Mutlu hissediyorum. Gözlerimde mutluluk. Bedenim böyle oturuyor.”*

Dördüncü evre; Farklı enstrümanlara yönelmedi fakat grup içi iletişiminde gelişme gözlemlendi. Gruba geleceği günün öncesi kıyafetlerini hazırlayıp heyecanlandığını sabah erkenden yola çıktığını paylaştı. Grup sürecinde yaşadığı problemlerde desteklenmesi soruna karşı motive olmasını sağlamıştır. Kendi paylaşımında da bunu *“inatçıyım ben çocukken de böyleydim burada bunu hatırladım”* sözlerinden de anlaşılmaktadır. Boyadığı marakas *“ Siyah olan benim. Karanlık taraf o. Oraya bıraktım. Ben evde yalnızım genelde annem hep yatıyor. Bende kendi kendime konuşuyorum bazen de babamın resmiyle. Bir anımı paylaşacağım annem anlatıyor*

beni küçükken dövdüğünde babam ben hiç ağlamazmışım daha da sinirlenirmiş babam. İnatçıydım. Burada bunu hatırladım ve yalnızlığımı unuttum.” sözleriyle anlattı.

A.K.;

Birinci evre; Grubun en genç üyesi A.K. ilk defa terapiye katılıyordu. İçine kapanık ve sessiz biriydi. Birinci ve ikinci seansta şarkı sözüne ekleme yapmadan aynısını yazdı.

“Gül yine sen gül yeniden her şey güzel gülünce” (1. Şarkı)

Bir yolun başındayım ‘‘ ne ucu var ne bucağı’’

Bir nehrin önündeyim ‘gel keyfim gel’’ (2. Şarkı)

Enstrüman olarak hep önünde duran en yakın marakasları alıp küçük hareketler ile çalışıyor her paylaşımda kısa cümleler ile konuştu.

İkinci evre; 4 5 ve 6. Seanslarda seansa geldiğinde kaygılı hissettiğini paylaşmaya başladı. Kaygısının bedenini etkilediğini fark etti. Girişken şekilde çalma ve konuşması yoktu fakat soru yöneltildiği zaman birkaç cümle daha fazla konuşuyordu. İlk defa kaygı dışında başka bir duygusundan 5. Seansta bahsetti. Utanmak duygusu ona ilkokul anısını hatırlattığını ve ilkokulda konuşmaktan utandığını paylaştı.

Üçüncü evre; Grup eşleşmelerinde uyumluydu fakat bireysel olarak çekingenliği devam ediyordu. Bu evrede farklı duygular içinde katılım sağladı. Çalışmalarsa öncülük etmedi fakat grupça doğaçlamalara katılımı her seans gözlemlendi.

Dördüncü evre; Kapanışta şarkı sözünde üç boşluktan ikisini aynı yazdı ama son boşlukta kendisinden söz ekledi.

*‘‘Kendime teŖekkür ederim hep elimden tuttuğu için
Kendime teŖekkür ederim ben ben olduğum için
Kendime teŖekkür ederim bana yardımcı olduğu için’’*

Üç ve dördüncü evrede duygusunu daha fazla paylaştı. Marakasını boyadı ve onu Ŗu sözlerle anlattı.

‘‘Mavi olan benim. Kaygımı çizdim.’’

R.A.;

Birinci evre; İlk seansta itibaren katılımı yüksek, grup içi iletişime açıktı. Grup içindeki konuşmalardan aklına şarkı sözü gelip gruba şarkı söylemek istedi. Süre konusundan dolayı müzikal paylaşımı sonraki seansa ertelendi. İkinci seans bunun heyecanı ile geldi. Grupla müzik yapmaktan, bireysel olarak şarkı söylemekten keyif alıyordu. Üçüncü seansta grupla kendi problemini paylaştı. Dokunmakla ilgili bir kompulsiyonu vardı. Dışarıda bu sebepten dayak yiyecekken zor kurtulduğunu söyledi. Dokunma istediği seans içinde geldikçe terapist tarafından enstrüman çalmaya yönlendirdi.

İkinci evre; Her seans paylaşım sonunda gruba yeni şarkıyla gelmeye başladı. Grupta kimsenin kullanmadığı enstrümanları alıp kendi şarkılarına eşlik etti. Duygu çalışmalarında öfkeli söylemleri oldu. Daha çok fiziksel olarak ‘‘döverdim, üstüne yürürdüm’’ gibi tepkileri vardı. A.Ç’nin yaşadığı problemleri ‘‘bazen ben de intiharı düşünürdüm ama yaşamak güzel’’ sözleriyle destekledi. Bu durum farklı üyelerde de oldu.

Üçüncü evre; R.A.’nın burada şarkı söylemesi evdeki hayatında da değişim yaşattı. Akrabalara konser verip odasına en sevdiği sanatçının resmini astığını söyledi. Bu sırada işe girdi ve kısa süre sonra çıkarıldı. Ablaları ile bu durumdan dolayı problem yaşadı. Neden böyle olduğunu süreç içinde de çok sorguladı. Bu evrede ablalarına duygusal olarak ne hissettiğini söylediğini paylaştı. Sık sık doğaçlamalarda grubu yönlendirmeye çalıştı. İkili çalışmalarda da uyumu bozup tekrar sağladı.

Dördüncü evre; Hafta içinde kendisi şarkı yazıp gruba onları okudu.

“Çim adam çizdiğim benim marakasım. Çim adam benim. Ne söylerdi bir şey söylese diye sorunca mutluyum derdi dedi.Kendimi daha iyi ifade edebildim buraya geldikçe. Düşüncelerimi paylaştım şarkı söyledim.” Sözleriyle boyadığı marakası anlattı ve süreci tamamladı.

S.D.;

Birinci evre; Sosyal olarak aktif olan S.D. uzun süredir gitar çalıyordu. Grubun onayını alarak seans sonunda gitar çalmaya başladı. Genel duygu durumu mutlu ve neşeliydi. Grup üyelerinden Y.G. yakın arkadaşı olduğu için her seans onun yanına oturmaya özen gösteriyordu. Mutluluk duygusu şarkı sözlerine de yansımıştı.

Bir yolun başındayım *‘ne mutlu’* Bir nehrin önündeyim *‘çok mutluyum’* (1. Şarkı)

2) Gül yine sen gül yeniden *‘hep böyle mutlu ol’* (2. Şarkı)

İkinci evre; Gruba *‘hoşgeldiniz’* şarkısında da gitarıyla eşlik etmeye başladı. Grup içinde duygu konusunda mutluluk ile ilgili *‘bazen bir çay içmenin bile mutlu ettiğini düşünüyorum’* sözleriyle grubunda mutlu edici anları araştırmasını sağladı. Gitar parçalarında klasik parçalarına karşı yaşadığı güvensizlik onu rahatsız ediyordu. Burada serbest olunduğunu kaygılanmaması gerektiğini kabullenmesi zaman aldı. Grup sonlarında R.A. ‘ya eşlik ediyordu. Grubunda eşlik ettiği şarkılarda ritmi yavaşlatıyordu. Genelde arkadaşı Y.G.’nin fikrini öncelikli olarak soruyor aldığı cevapla rahatlıyordu.

Üçüncü evre; 7 ve 8. Seans mutluluk duygusunun yerini rahatsızlık hissi aldı. Öncelikle sebebini bilmediğini söyledi. 8. Seansta evde okumaya başladığı kitaplar olduğunu bitiremediğinde kötü hissettiğini çok rahatsız ettiğini onunda bütün gününe yansıdığını söyledi Ara arada baş ağrıları vardı. Yarım bırakma, merak edilen yerleri okuma üzerine grupça konuşuldu fakat rahatsızlık hissinde etki etmedi. 9. Seansta

yapılan gevşeme ve nefes egzersizlerinin iyi geldiğini söyledi ve çok rahatsız hissettiğinde grup içinde bu egzersizler tekrarlandı.

Dördüncü evre; Rahatsızlık hissini geçmesi için evde 6-7 saat gitar çalıştığını ve geleceğe dair planlar yaptığını söyledi. Grupta gitar çalmakta bütün seanslar boyunca ona keyif veriyordu. Teşekkür şarkısına şu sözleri ekledi.

“Kendime teşekkür ederim *kendimi sevdiğim için*

Kendime teşekkür ederim *insanları sevdiğim için*

Kendime teşekkür ederim *mutlu olduğum için*”

Grup sonunda boyadığı marakas da ‘‘ *Sarı marakas benim, mutluluğu yaptım. Ben müzik grubuna gelmek istiyorum gitar çalmak mutlu ediyor beni. Burada klasik çalsam da dinleniyor. Mutluyum katıldığım için çok keyif verdi bana burası. Arkadaşımla gelmekte güzel oldu.*’’ sözleriyle anlattı.

Y.G.;

Birinci evre; Y.G. grup içi iletişimi ve kendini ifade etme becerisi yüksek biriydi. Arkadaşı S.D. ‘yi destekleyen birazda müdahaleci davranışları vardı. İlk seansta kendisinden uzun uzun bahsetti. Doğaçlamalarda gruba liderlik yaptı. Paylaşım ve konuşmalarda ilk söz alan konuşma isteği yoğundu. Enstrüman çalışları belirgindi. Şiirsel yanı kuvvetli olduğu için şarkı sözlerine de estetik sözler yazıyordu. Paylaşımdan sonra her seans gruba şiirlerinden okuyor olumlu dönüşlere mutlu oluyordu.

İkinci evre: Duygu çalışmalarında uzun uzun anılarından bahsetti. Gruba göre duygular hakkında çok fazla imge üretebiliyordu. 5. Seansta arkadaşı S.D.’yi enstrüman çalması, çalacağı şarkılar konusunda yönlendirmeye çalıştı. 6. Seansta Bir gruba ait olmanın iyi geldiğini burada iyi hissettiğini paylaştı. Seans sonunda gitar eşliği üzerine şiir okumaya devam etti.

Üçüncü evre; Grupla evde yaşadığı sıkıntılarını paylaştı. Yüzeysel bir paylaşımdı. 8. Seansta gruba şiir yazdı.

GRUP

‘‘Bir grup arkadaş

Bu grupta toplandık

Birbirimizden habersiz

Müzik terapisinde buluştuk

Hep birbirimize şarkılar söyledik

Dost olduk arkadaş olduk

Ve bir an olsun

Sıkıntılarımızdan kurtulduk

Bir grup arkadaş müzik terapisinde mutluyduk’’

Yeni enstrüman tanıma ve liderlik çalışmasında gönüllü olarak ilk deneyimledi. Çalışmalarda keyifli ve katılımcı olmaya devam etti.

Dördüncü evre; Evde ablasıyla yaşadığı sorunlar sebebiyle üzgün geldiğini söylese de gruptan ayrılırken rahatladığını paylaşıyordu. Katılımı ilgisi oldukça iyiydi. Sadece gruba liderlik yaptığında fazlası olduğunda bunu durdurabilmek gerekiyordu. Hep şiirlerinde de normal konuşmasında da aradığı aşktan, beklediği kadından bahsediyordu. Bu sebeple yaptığı fedakarlıkları ara ara seans içinde tekrarlıyordu. Teşekkür şarkısında, ‘‘kendime teşekkür ederim *güzel kızları sevdiğim için*, kendime teşekkür ederim *sabırlı olduğum için*’’ sözlerini yazdı. Marakas paylaşımında hayata dair kaygılarından bahsetti.

İ.C.

Birinci evre; İ.Ç. öz bakımı yüksek, konuşmalarında entelektüel yanını ortaya çıkaran biridir. Farklı terapilere katılmış, müzik terapisine ilk defa katılmanın heyecanını yaşıyordu. Grup içinde diğer kişilerle konuşmuyor terapist sorduğu cevaplıyordu. Enstrüman çalarken de kaygılıydı. Küçük ve kolay enstrümanlar seçmeye çalışıyordu. Şarkıların sözlerini şiir formatında okumayı kendisi *“ben okurum ama beğenir misiniz bilmem”* diyerek girişkenlikle okudu. İlk seansta şarkı sözüne benzer bir söz yazdı. İkinci seansta şu sözleri yazdı. *Açıklarken de öylesine yazdım açıklamasını yaptı.*

“ Bir yolun başındayım aklıma gelir bir türlü”

“Bir nehrin önündeyim bir hatıranın peşindeyim”

İkinci evre; Duyguları yüzeyseldi. Hafta sonu yaptıklarını, eski anıları, seansa geldiğindeki hissettikleri duygu içermeyen kelimelerle anlatıyordu. Duygular sorulduğunda o duyguyu hiç hissetmedim diyordu.

Üçüncü evre; Çalışmalara katılımı oldukça ilgili devam ediyordu fakat grup içi iletişimi zayıftı. Enstrüman denemek iyi hissettiriyordu. *“Müzikle toparlanmış hissettim bu 2 enstrümana ilk defa dokundum ve aynı anda çaldım (darbuka ve 2 büyük marakas) bu bana güzel hissettirdi. Müzik terapiye başladığımdan beri aklıma yaratıcı düşünceler fikirler geliyor. “*

Dördüncü evre; Duygularını ifade etmesi 10. Seansta gerçekleşti. *“piyanoyu çalınca mutlu hissettim kendimi”* dedi. Teşekkür şarkısında

“Kendime teşekkür ederim mutlu olmayı bildiğim için,

Kendime teşekkür ederim mücadele etmeyi bildiğim için,

Kendime teşekkür ederim hayallerimi gerçeğe dönüştürmeyi bildiğim için.”

Marakasını *“Kırmızılı marakas benim. Buradaki çalışmayı düşünerek yaptım en çok şarkı söylemek geldi aklıma”* diyerek anlattı.

B.C.:

Birinci evre; Birinci seansta sözel ve müzikal olarak çok katılımcı olan B.Ç. ikinci seansta hafta sonu kötü olduğunu doktorunun ilaç yazdığını biraz yatıştırdığını söyledi. Yorgun gözüküyordu. İçtiği ilaçlar baş dönmesi yaptığı için paylaşımdan önce çıkmak istiyordu. Paylaşımında önceliği ona vererek grubun onayıyla erken çıkabildi. Grup içi etkileşimi iyiydi. Diğer katılımcıları destekler şekilde olumlu konuşmaları oldu. Müzikal olarak gruba uyumlu gidiyordu.

İkinci evre; 4. Seansta yine erken çıkmak istedi paylaşımı yapıp çıkabileceği söylendi fakat paylaşımdan sonra çıkmadı ve gruba etkileşime girdi. Duygular konusunda anılarından örnekler verdi. Grup üyelerini destekleyen konuşmaları dikkat çekiyordu.

Üçüncü evre; 7. Seansta iyi bir şekilde geldi. Devamlılığının ona iyi geldiğini buraya gelip gitmesi sayesinde toparladığını söyledi. Trafikte yaşadığı sorundan bahsetti ve bedeninde gerginlik hissettiğini öfkelenildiğini söyledi. Grupça öfkesine eşlik edildi, darbukalar ile öfkeyi çalındı. Grup öfkeyi kuvvetlice seslendirdikten sonra sakin bir ritimle sonlandırdı.

Dördüncü evre; Teşekkür şarkısında kendisine şu sözleri söylemek istedi.

“Kendime teşekkür ederim *hayatımda var olduğu için*

Kendime teşekkür ederim *beni hayata bağladığı için*

Kendime teşekkür ederim *bana ilham verdiği için*”

Kötü hissetmesine rağmen devamlılığı sağlamak B.Ç.’ye iyi gelmişti. Seanslardan hep erken çıkmak istemesine rağmen sonuna kadar kalmıştı. Kapanışta “*buraya geldim geleli kendimi daha iyi ifade ettiğimi fark ettim. Burası iyi hissettirdi bana*” dedi.



Şekil 1. 12. Seans Grup Uygulama Resmi

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. TARTIŞMA

Bu çalışmada şizofreni tanılı bireyler ile yapılan duygu odaklı müzik terapi uygulamasının duygu farkındalığına ve yaşam doyumuna etkisi incelenmiştir. Literatürde şizofreni tanılı bireylerle yapılan çok sayıda müzik terapi çalışması (Kavak, Ünal, & Yılmaz, 2015; Fındıkoğlu, 2015; Pavlicevic, Trevarthen, & Duncan, 1994; Talwar, Crawford, Maratos, Nur, McDermott, & Procter, 2006; Yalabık, 2021) varolmasına karşın duygu odaklı müzik terapi çalışmasına rastlanmamıştır. Yapılan uygulama sonucunda duygu odaklı müzik terapi çalışmalarına katılan deney grubunun, kontrol grubuna göre duygu farkındalığı ve yaşam doyumuna etkisi açısından fark olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ölçeklerden elde edilen istatistiksel verilere göre Deney grubunda Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması Testi son test- ön test fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Uygulama sonucunda deney grubunda yüzde dışavuran duyguların tanınmasında artma saptanmıştır. Deney grubu Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği son test- ön test fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Uygulama sonrasında deney grubunda işlevsel iyileşme olduğu saptanmıştır. Deney grubu Duyguları İfade Etme Ölçeği son test-ön test fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Uygulama sonucunda deney grubunda duygu ifadelerinde gelişme saptanmıştır. Her iki grupta sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Sosyodemografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Her iki gruba da ön test ve son test olarak remisyonda olduklarının belirlenmesi için Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Duygu ifadesi psikososyal stres faktörleriyle doğrudan ilişkilidir. Duyguları tanıma ve ifade edebilme, sosyal ilişkilerin oluşturulması, sürdürülmesi için önemlidir. Şizofreni hastalığı semptomlarından dolayı kişiyi sosyal ortamdan uzaklaştırır, toplumdaki yabancılaştırır, davranış ve duygulanımda bozukluklar yaratır (Butzlaff, Hooley, 1998; Ünal, S. 2000).

Bu çalışmada duygu en temel düzeyden alınmış ‘‘duygu nedir’’ çalışmasına serbest çağrışım yöntemi ile başlanmıştır. Katılımcılar duyguları akıllarına gelen imgeler, düşünceler ile spontane bir şekilde anlatmış daha sonrasında ortaya çıkan imgeler detaylandırılmıştır. Süreç içinde duyguların çalışılması sözel ifadenin ötesinde, müzikle ifade etme, bireysel, grupla, eşli çalışmalar ile dışavurum olarak geliştirilmiştir.

Araştırmalar şizofreni hastalığında duygusal eksiklik olduğunu göstermektedir (Green, Horan, Lee, 2015; Kring, Elis, 2013). Van der Meer, Van't Wout, Aleman, (2009) ‘nın araştırmasında şizofreni hastalarında sağlıklı bireylere oranla duygu düzenleme stratejilerinde önemli ölçüde fark görülmüş duyguları tanımlama ve söze dökmeye zorluk yaşadıkları saptanmıştır. 31 şizofreni hastası 41 sağlıklı birey ile yapılan çalışmada şizofreni tanılı hastaların bastırma mekanizmasını kullandıkları, yeniden değerlendirme stratejilerini daha az kullandıkları görülmüş, aynı zamanda duyguları hissettikleri ama dışavurumda ve duyguları düzenlemede zorluk yaşadıkları saptanmıştır.

Literatürde müzik terapinin duygu ifadesine etkisi üzerine araştırmalar olmamasına rağmen duygu düzenleme üzerine çalışmalar görülmektedir. Yapılan bir çalışmada duygu düzenlemede müziğin yoğunluğunun etkisine bakılmıştır. Kullanılan müzik türünün (heavy) duygu yoğunluğunu hafiflettiği, dürtüleri daha kontrole alabildiği, umudu ve dayanıklılığı ortaya çıkardığını saptamıştır (Hereld, 2016). Başka bir derleme makalesinde müziğin duygu düzenlemedeki etkisi, nöral yapılar üzerinden incelenmiş bu yapılar üzerinde değişimler yarattığı görülmüştür (Moore, 2013). Müzik terapisi dışında sanat terapisinde de duygu üzerine çalışmalar yapılmaktadır. Günay (2017) çalışmasında yatarak tedavi gören 51 şizofreni hastası ile yapılan 8 haftalık sanat terapisinin aleksitimi üzerine etkisi araştırılmıştır. 17 kişilik uygulama grubu ve 17 kişilik kontrol grubuna uygulanan Toronto Aleksitimi Ölçeğinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Sanat terapi uygulamasının hastalar üzerinde aleksitimi düzeyini azaltıcı bir etkisi olduğu görülmüştür.

Bu araştırma sonucunda deney grubu DİEÖ fark puanları kontrol grubuna kıyasla yüksek bulunmuştur. Uygulama grubunun son test ön test puanları sonucunda yükselme olduğu saptanmış uygulamaya katılan şizofreni hastalarının duygularını ifade etmelerinde artış olduğu görülmüştür.

Sosyal alanda karşıdaki kişinin duygusunu anlayabilmek, ortama uyum ve ilişkilerin sağlıklı yurutedilebilmesi iwin onemlidir (Carton, Kessler, Pape, 1999). Yuzde dışavuran duyguların tanınması da sosyal biliş ile ilgilidir. Sosyal biliş, kişinin yaşadığı topluma ait ozellikleri analiz edebilme, yorumlama, hatırlama ve onlar hakkında izlenim oluşturmasıdır. Daha cok negatif semptomlardan etkilenererek sosyal biliş bozulmaları yaşanır. İşlevsellikle de ilişkili olan sosyal biliş şizofrenide onemli bir konudur. Kişinin karşısındakinin duygusunu yorumlaması ve kullanması duygusal işleme surecini oluşturur. şizofrenide de bu alanda bozulmalar yaşanmaktadır. Bu durum sosyal etkileşimin onemli bir parçası olduğu iwin geliştirilmesi gereken bir alandır (Yıldırım, Alptekin, 2012).

Yaptığımız uygulamada oncelikle yuzde dışavuran duygu kartları sonrasında beden ile duygu dışavurum oyunu ardında da duyguları muziğe donuşturmesine yonelik bir program uygulanmıştır. Grup ile çalışmak kişinin birçok açıdan duygulara tanıklık etmesi, bedendeki dışavurumunun incelemesine olanak sağlamaktadır. Grup çalışmasının sonucunda ortaya duygu ve ifade çeşitliliği çıkmaktadır. Araştırmamızın sonunda FID fark puanları deney ve kontrol grupları açısından son tets on test puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gostermiştir. 6 haftalık uygulama surecinde uygulamaya dahil olmayan kontrol grubunun FID puanlarında duşuş gozlemlenirken Deney grubu FID fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yuksek bulunmuştur.

Literatürde yuzde dışavuran duyguların tanınması ile ilgili uygulanan muzik terapi çalışmalarına rastlanılmamaktadır. Ancak muzik kullanılarak yapılan farklı çalışmalar vardır. Bu tür çalışmalardan biri olan araştırmaya, 27 şizofreni tanılı kişi deney, 33 sağlıklı kişi kontrol grubu olmak uzere 60 yetişkin katılmıştır. Bu iki grupta duygu tanımlama ve muzik parçalarındaki duyguların algılanan yonunluğu arasındaki fark incelenmiştir. Katılımcılara mutluluk, huzur, ofke ve huzun duygusunu çağrıştıran 8 film muziği parçası dinletilerek her parçada algılanan duygunun seçilmesi ve yonunluk derecelendirmesi yapmaları istenmiştir. Araştırmanın sonucunda şizofreni tanılı bireyler 4 duygunun tumunu tanımada sağlıklı bireylere gore duşuk uyum gostermiştir ve aynı şekilde duygu yonunluğu da daha duşuk olduğu saptanmıştır. şizofreni grubunda pozitif semptomları olan katılımcılar negatif belirtileri olan katılımcılara gore duygu tanımada daha yuksek uyum gostermiştir. Sağlıklı yetişkinler ile şizofreni hastası yetişkinler arasında duyguları tanımlamada eşitsizlik olduğu gorulmektedir. Bu

çalışma sonucunda çıkan bu bilgi müziğin psikososyal rehabilitasyon amacıyla müdahalelerde uygulanabileceğini ve geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir (Lim, Chong, Kim, 2018).

21 şizofreni hastası ve 21 sağlıklı katılımcının olduğunu bir çalışmada tiyatronun duyguları tanımlamadaki etkinliği ölçülmüştür. Yapılan ilk deneyde katılımcılara rastgele bir şekilde 88 tane duygu kartı gösterilmiş ve buradaki duyguları tanımlamaları istenmiştir. Şizofreni hastaları sağlıklı kişilere oranla korku ve üzüntü duygularını tanımakta güçlük çekmişlerdir. Şizofreni grubu ile tiyatro çalışmaları yapıldıktan sonra tekrar duygu kartları gösterildiğinde korku ve üzüntü duygusunu tanımlama oranları yükselmiştir (Mele, Bivi, Borra, Callegari, Caracciolo, Tugnoli, Craighero, 2019) Sanat psikoterapisi kişiye duyguları çalışırken deneyimleme olanağı sağlar.

Duygu farkındalığı, duyguların tanınmasının kişinin sosyal yaşamında önemli bir yeri vardır. Şizofrenide işlevsel iyileşme sadece semptomları değil sosyal işlevsellik ve zihinsel performansı da kapsar. Hastanın öz bakımı, gündelik yaşamını devam ettirebilme ve sosyal yaşam için gerekli olan becerilere sahip olması sosyal işlevlilik (Velligan, D. I., Bow-Thomas, C., Mahurin, R.K., Miller, A.L., Halgunseth, L. C., 2000).

Bu araştırmada da duygu odaklı müzik terapi sonrasında işlevsel iyileşme olup olmadığını saptayabilmek için Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği kullanılmıştır. Kişilerin sosyal işlevselliği, sağlık ve tedaviye olan ilgileri, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevliliği ele alınır. ŞİLO fark puanları deney ve kontrol grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Deney grubu ŞİLO son test ön test fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Uygulamaya katılan şizofreni tanımlı bireylerin işlevselliğinde gelişme olduğu saptanmıştır.

Müzik terapi uygulamasında duygu çalışmasında söz ötesinde ortaya çıkan duygular, sonrasında sözel ifadeye dönüştürülmüştür. Grup içinde de üyeler arasında grup bağlılığı ve dinamikleri oluştuktan sonra gruba yönelik duyguların da paylaşılmasına önem verilmiştir. Grup, dış dünyanın bir temsili olup burada deneyimlenen çalışmaların dışarıda hastaya kaygı seviyesini dengeleyebileceği şekilde uygulamasına olanak sağlar. Grup içinde de üyeler bu çalışmalarla birlikte kendi aile içlerinde duygularını ifade etmeyi denediklerini paylaştılar.

Müzik terapide işlevsellik, araştırmalarda önem verilen bir alan olmuştur (Geretsegger Mössler, Bieleninik, Chen, Heldal, Gold, 2017; Gold, Heldal, Dahle, Wigram, 2005).

Salur (2016), müzik terapinin şizofreni hastaları üzerindeki faydalarını araştırmak için 6 şizofreni hastası ile 20 seanslık eklektik müzik terapi çalışması yapılıştır. İşlevsellikteki değişimi saptamak için şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD), Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (BSPÖ) uygulanmıştır. Uygulama sonrasında ön test ve son testler karşılaştırılmış ve sonucunda İGD ve BSPÖ’de anlamlı bir artış görülmüştür. Bu artış müzik terapisinin kişisel ve sosyal yaşam üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. şİLÖ’de grup açasından büyük bir değişim olmamış bunun sebebinin de grup içi süreçten kaynaklanabileceğine dikkat çekilmiştir.

Bir başka araştırmada Yalabık (2021) ritim- müzik grubunun şizofreni tanılı bireylerde umut, kaygı, depresyon, duygu düzenleme, işlevsellik ve bilişsel işlevler üzerindeki etkisini incelenmiştir. 8 kontrol 8 uygulama grubuna işlevsellikle ilgili Global İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliği kapsamaktadır. Deney grubu ön test ve son test puanları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiş fakat kontrol grubu ve deney grubu karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. İşlevselliğin üzerinde iyi bir etki oluşturulabilmesi için daha uzun süreli bir çalışma gerektiğine dikkat çekilmiştir.

Bu çalışmanın işlevselliği artırmasının sebeplerinden biri de kişiler arası ilişkilerde beceri eksikliği, reddedilme korkusu, çekingenlik gibi sosyal alanlardaki zorluklar üzerinde müzik terapi çalışmalarının grup içinde katılımcıya aktif rol sağlamasıdır. Aynı zamanda aktif ve yaratıcı katılım, fiziksel egzersizler, motor kontrol, konsantrasyon, kendini ifade etme, sosyal ilişkilerin geliştirilmesini destekler. Katılımcılar grupta beden perküsyonu kullanarak, bedensel olarak kendini ortaya koyma ve ifadesel gelişim sağlamışlardır. Grup bütünlüğü oluştukça sosyal yaşantılarında benzer problemler ile karşılaştıklarını sözel olarak paylaştıkları için ortak bir dil oluştırmakta zorluk çekmemişlerdir. Ritim ve liderlik çalışmaları, grup doğaçlamaları, sosyal olarak her katılımcının ön plana çıkmasına olanak sağlamıştır.

Yaşam doyumunu kişinin sosyal alanından, ilgilendiği hobilerden, işi, ev yaşamı, duygusal ilişkileri, yaşam şartları gibi birçok alanı kapsar. İnsanların mevcut yaşamları ile beklentilerini kıyaslamasıyla elde edilen bir sonuçtur. Kişi yaşamını belirlediği

kriterlere göre değerlendirir (Dağlı, Baysal, 2016). Duygu süreçlerindeki iyileşme, yaşam doyumu ile bağlantılıdır.

Yapılan araştırmada Yaşam Doymu ölçeği kullanılmıştır. Ölçeklerden yaşam kalitesi yerine yaşam doyumu seçilmesinin sebebi şizofreni hastaları için daha kolay yanıtlanabilmesidir. Yaşam kalitesi için 1998 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği WHQOL ölçeği araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Fakat ölçek fiziksel, psikolojik, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre ve maneviyat olmak üzere 6 boyutta toplam 100 sorudan oluşur (Yetim, 2018). Yaşam Doymu ölçeği ise daha kısa ve kişinin yaşamından beklentilerine yönelik sorular içermektedir. Kısa süreli bu uygulamada yaşam doymunda daha belirgin alanlara yönelik değişim hedeflenebileceği için bu ölçek tercih edilmiştir. Literatürde daha sık olarak yaşam doyumu yerine yaşam kalitesi ölçeği kullanılan araştırmalara rastlanılmamaktadır. Araştırma sonucunda YDÖ fark puanları deney ve kontrol grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Yaşam doyumu geniş bir alanı kapsadığından dolayı çalışmanın etkili olması için terapinin daha uzun süreli uygulanması gerektiği düşünölmektedir.

şizofreni hastalarında müzik terapinin yardımcı bir tedavi yöntemi olarak kullanılmasının etkinliği üzerine yapılan bir meta-analiz çalışmasında yaşam kalitesinde değişim olduğu fakat daha büyük bir örneklem ile çalışma yapılması önerilmiştir (Jia, Liang, Yu, Lu, Wang, Wu Chen, 2020).

Bir Cochrane araştırmasında (2017) standart tedavi yanına eklenen müzik terapi etkileri gözden geçirilmiştir. Dahil edilen 18 çalışma 1215 katılımcının uzun vadede uygulanan müzik terapinin sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (Geretsegger, Mössler, Bieleninik, Chen, Haldal, Gold, 2017). Bir başka araştırmada grup müzik terapisinin yaşam doyumu üzerine etkisi incelenmiş 10 hafta boyunca müzik terapisi alan hastalara yaşam kalitesi ölçeği uygulanmış sonucunda yaşam kalitesinin ilk 5 maddesinde anlamlı iyileşme görölmüştür (Grocke, Bloch, Castle, 2009).

De Sousa, De Souso (2010) araştırmasında şizofreni hastalarının ilaçlara yanıt vermeyen semptomolojisine müzik terapinine etkilerini incelemiştir. 227 kronik şizofreni hastası ile yapılan 1 aylık müzik terapi uygulaması sonucunda pozitif ve negatif sendrom ölçeğinde önemli bir azalma görölmüştür. Gold, Haldal, Dahle,

Wigram'da (2005) Cochrane veri tabanı araştırmasında standart bakıma eklenen müzik terapi çalışmalarının pozitif ve negatif semptomlarda azalma görüldüğünü saptamıştır.

Duyguların tanımlanması ve ifadesi, işlevsellik, yaşam doyumu genel çerçeveden bakıldığında şizofreninin negatif belirtilerinden kaynaklanmaktadır. Literatürde müzik terapinin negatif belirtilere yönelik etkisini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır (De Sousa, De Sousa, 2010; Gold, Haldal, Dahle, Wigram, 2005; Talwar, Crawford, Maratos, Nur, McDermott, Procter, 2006; Ulrich, Houtmans, Gold, 2007)

SONUÇLAR

Bu bölümde araştırma bulgularından edilen sonuçlar ve elde edilen sonuçlar sonucunda sunulan öneriler ayrı başlıklar halinde sunulmuştur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Araştırmada yer alan deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların deney grubu katılımcılarının değişkenleri incelendiğinde, %50,0'nın (n=4) 45 yaş ve altı olduğu, %50,0'nın (n=4) ise 45 yaş üstü olduğu, %87,5'inin (n=7) erkek olduğu, %100,0'nın (n=8) bekâr olduğu, %50,0'nın (n=4) çalışmadığı ve %50,0'nın (n=4) lise mezunu olduğu belirlenmiştir
- Kontrol grubu katılımcılarının değişkenleri incelendiğinde, %75,0'nın (n=6) 45 yaş ve altı olduğu, %62,5'inin (n=5) erkek olduğu, %87,5'inin (n=7) bekâr olduğu, %50,0'nın (n=4) çalışmadığı ve %62,5'inin (n=5) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.
- Tüm katılımcılarının değişkenleri incelendiğinde, %62,5'inin (n=6) 45 yaş ve altı olduğu, %75,0'nın (n=12) erkek olduğu, %93,8'inin (n=15) bekâr olduğu, %50,0'nın (n=8) çalışmadığı ve %50,0'nın (n=8) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.
- Deney ve kontrol grupları arasında ön test DİEÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($Z=-2,475$ $p=0.013$). Kontrol grubunun deney grubuna kıyasla ön test DİEÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

- Deney grubu FID toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. FID toplam puanları son testte ön teste kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,536$ $p=0.011$).
- Deney grubu ŞİLO toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. ŞİLO toplam puanları son testte ön teste kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,207$ $p=0.027$).
- Kontrol grubu FID toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. FID toplam puanları son testte ön teste kıyasla daha düşük bulunmuştur ($Z=-2,032$ $p=0.042$).
- Kontrol grubu ŞİLO toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. ŞİLO toplam puanları son testte ön teste kıyasla daha düşük bulunmuştur ($Z=-2,524$ $p=0.012$).
- Kontrol grubu DİEÖ toplam puanları ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. DİEÖ toplam puanları son testte ön teste kıyasla daha düşük bulunmuştur ($Z=-2,012$ $p=0.012$).
- Deney ve kontrol grupları açısından FID fark puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($Z=-3,386$ $p=0.001$). Deney grubu FID fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur.
- Deney ve kontrol grupları açısından DİEÖ fark puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($Z=-2,161$ $p=0.028$). Deney grubu DİEÖ fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur.
- Deney ve kontrol grupları açısından ŞİLO fark puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($Z=-3,368$ $p=0.001$). Deney grubu ŞİLO fark puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Müzik terapi uygulamasına katılan hastaların, uygulama sonucunda duygu ifade etme becerilerinde gelişme, yüzde dışavuran duyguları tanımlarında artış görülmüştür.

Bunlara bağlı olarak işlevsellikleri de yükselmiştir.

Bu sonuçlar kapsamında hipotezler değerlendirildiğinde:

H1b. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulaması Yüzde dışavuran duyguların tanınması düzeyini arttırmıştır.

H1c. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulaması duyguları ifade etme düzeyini arttırmıştır.

H1a. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde duygu odaklı müzik terapi uygulaması işlevsellik düzeyini arttırmıştır.

ÖNERİLER

Çalışmanın sonunda müzik terapi uygulamasının duygu konusuna odaklanması ile duygu alanlarında zorluk yaşayan şizofreni hastalarında başarılı bir tamamlayıcı tedavi olduğu düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Müzik terapi, sanat terapi gibi tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin şizofreni hastalarında standart sağlık bakım uygulamaları içinde yer alması ve müzik terapinin sağlık alanında yaygınlaştırılması,
- Benzer çalışmaların daha geniş bir örneklem grubu ile yapılması ve sonuçlarının karşılaştırılması,
- Müzik terapi uygulamalarında duygunun odağa alınıp duygu ifadesi geliştirilmesi üzerine çalışmalar yapılması,
- Benzer araştırmaların sosyal alanda zorluk yaşayan başka hasta gruplarında da uygulanması önerilmiştir.

KAYNAKÇA

Adolphs, R. (2006). How do we know the minds of others? Domain-specificity, simulation, and enactive social cognition. *Brain research*, 1079 (1), 25-35

Altunel, Ö., Demirdöğen, G., Dural, U., & Kuşçu, M. K. (2008). Şizofrenide duygu algılama ve tanıma süreçleri. *Klinik Psikiyatri*, 11(Suppl 4), 3-11.

Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz, T., Coşkun, S., & Kurt, E. (2015). Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4). 238.

Atalay, M. C. (2019). Paleolitik Dönem ve Chauvet Mağarası'nın Son Odasındaki Aslan Panelinin Estetik Yapısına Dair Bir İnceleme. *Ulak bilge Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(41), 737-743.

Austin, D. (2009). *The theory and practice of vocal psychotherapy: Songs of the self*. Jessica Kingsley Publishers.

Aydın, E. (2012). *Müzik Terapi: İşleyiş ve Yaklaşımlar*.

Baker, F., & Lee, K. (1997). Towards integrating a holistic rehabilitation system: the implications for music therapy. *Australian Journal of Music Therapy*, 8.

Balım, E. Ö. (2001) Erken Başlangıçlı Şizofreni. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4 (1), 60-70.

Birkan, Z. I. (2014). Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Akupunktur Ankara*, 37.

Bolea, E. & Guarino, A. (1991) Group music therapy in the comprehensive management of psychosis. *Minerva Psichiatria*, 32, 109-117.

Bonde, L. O., & Wigram, T. (2002). A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research and training. Jessica Kingsley Publishers.

Bruscia, K. E. (1988). A survey of treatment procedures in improvisational music therapy. *Psychology of Music*, 16(1), 10-24.

Bruscia, K. E. (1989). *Defining music therapy*. Barcelona publishers.

Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy*. University Park. IL: Barcelona Publishers.

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34.

Burlingame, G. M., Svien, H., Hoppe, L., Hunt, I., & Rosendahl, J. (2020). Group therapy for schizophrenia: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 57(2), 219.

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 55(6), 547-552.

Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. Ve Demirel, F. (2017). Bilimsel araştırma yöntemleri. *Pegem Atıf İndeksi*, 1–360.

Cabanac, M. (2002). What is emotion?. *Behavioural processes*, 60(2), 69-83.

Carton, J. S., Kessler, E. A., & Pape, C. L. (1999). Nonverbal decoding skills and relationship well-being in adults. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23, 91-100

Çelikbaş, E. Ö. (2019). Dışavurumcu Sanat Terapisi. *Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 20-37.

Çinik, E., Güçlü, O., Şenormancı, Ö., Aydın, E., Erkıran, M., & Erkmen, H. (2015). Şizofreni hastalarında madde kullanımının suç ve şiddet özelliklerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(2).

Corey, G., & Ergene, T. (2008). Psikolojik danışma ve psikoterapi kuram ve uygulamaları. Mentis yayıncılık.

Dağlı, A., & Baysal, N. (2016). Yaşam doyumu ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(59)

Davis, W. B. Thaut, M. H. ve Gfeller, K. E. (1999). An introduction to music therapy: Theory and practice 2nd ed. Boston: McGraw-Hill.

De Sousa, A., & De Sousa, J. (2010). Music therapy in chronic schizophrenia. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 7(1), 13-17.

de Witte, M., Pinho, A. D. S., Stams, G. J., Moonen, X., Bos, A. E., & van Hooren, S. (2022). Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 16(1), 134-159.

Demirbek, B., Özdemir, O. (2012). Şizofrenide yüksek risk gruplarını belirleyebilir miyiz? bir hipotez. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 371-380.

Dikeç, G., & Kutlu, Y. (2014). Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(3).

Dinçer, S. (2014). Eğitim bilimlerinde uygulamalı meta-analiz. *Pegem Atıf İndeksi*, 2014(1), 1–133.

Duman, N., Serttaş, F. Ö., Kolay Çepni, Ş., Kılıç Ceyhan, E., & Varlıklar Demirkazık, Ç. N. (2020). Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Kadın Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of International Social Research*, 13(74).

Emiroğlu, B. (2009). Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Eracar, N., & Sarandöl, A. (2019). Ruhsal gelişim ve onarım için sanat: rehabilitasyon, uğraşı tedavileri ve psikoterapi uygulamalarında sanatla çalışmanın işleyişi ve etki mekanizması. *Ruhsal Bozuklukların Tedavi ve Rehabilitasyonunda Yaratıcı Sanat Psikoterapileri*, 1, 7-11.

Eren, N. (1998) Psikotik ve borderline hasta gruplarında sanatla psikoterapi sürecinin incelenmesi (Doktora tezi), <https://tez.yok.gov.tr> (Erişim Tarihi: 26.04.2022)

Eren, N. (2015). Psikiyatride Bakım İçin Sanatın ve Sanat Terapisinin Yeri. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 1(1), 95-104.

Erol, A., Ünal, E. K., Gülpek, D., & Mete, L. (2009). Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması ve Ayırt Edilmesi Testlerinin Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlilik çalışması/ The reliability and validity of Facial Emotion Identification and Facial Emotion Discrimination Tests in Turkish culture. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2)

Filiz, Ş. (2016). Sanat terapisinin felsefi boyutları. *MJH VI/I*, 169, 183.

Fındıkoğlu, S., Doğan, S., Özbek, H., & Gidiş, V. Şizofreni Hastalarında Müzik Terapinin Ruhsal Durum Üzerine Etkileri 2019

Fung, C. V., & Lehmborg, L. J. (2016). *Music for life: Music participation and quality of life of senior citizens*. Oxford University Press.

Gardstrom S. C. , 2007) *Music Therapy Improvisation for Groups: Essential Leadership Competencies*.

Gassner, L., Geretsegger, M., & Mayer-Ferbas, J. (2022). Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews. *European journal of public health*, 32(1), 27-34

Gençel, Ö. (2006). Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2), 697-706.

Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, L., Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).

Gold, C., Haldal, T. O., Dahle, T., & Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia- like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620-631

Grocke, D. (2016). Receptive music therapy. In *The Oxford handbook of music therapy* (pp. 684-706). Oxford: Oxford University Press.

Grocke, D., & Wigram, T. (2006). *Receptive methods in music therapy: Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers.

Grocke, D., Bloch, S., & Castle, D. (2009). The effect of group music therapy on quality of life for participants living with a severe and enduring mental illness. *Journal of music therapy*, 46(2), 90-104.

Grocke, D., Bloch, S., & Castle, D. (2009). The effect of group music therapy on quality of life for participants living with a severe and enduring mental illness. *Journal of music therapy*, 46(2), 90-104.

Gülseren, L., Turgut, S., Yaprak, S., & Kültür, S. (1999). Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 325-331.

Günay, C. (2017). Şizofreni hastalarında sanat terapi uygulamasının pozitif ve negatif belirtiler ile aleksitimi düzeyine etkisi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Güz, H. (2000). Şizofreni ve cinsiyet/ Schizophrenia and gender. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(3), 180.

Haase, U. (2012). Thoughts on WFMT ıdefinition of music therapy. Nordic Journal of Music Therapy, 21(2), 194-195.

Hallam, Susan, et al. The Effects of Music in Community and Educational Settings. Oxford: Oxford University Press; 2008.DOI:10.1093/oxfordhb/9780199298457.013.0044

Hereld, D. C. (2016). Musical Intensity in Affect Regulation: Uncovering Hope and Resilience Through Heavy Music. University of California, San Diego.

İpşiroğlu N, İpşiroğlu M (1993) Sanatta Devrim, İstanbul, Remzi Kitabevi, s.19-151.

Işık, E., et al. & Alkol Madde Bağımlılığı. 1. baskı. İstanbul: Sigma Publishing (2015).

Jáni, M., & Kašpárek, T. (2018). Emotion recognition and theory of mind in schizophrenia: a meta-analysis of neuroimaging studies. The World Journal of Biological Psychiatry, 19(sup3), S86-S96

Jia, R., Liang, D., Yu, J., Lu, G., Wang, Z., Wu, Z., ... & Chen, C. (2020). The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. Psychiatry Research, 293, 113464.

Karaağaç, B. (2018). Arkeolojik Çağlarda Anadolu& Müzik. Trakya Üniversitesi

Karahan, S. (2006). Tarihsel süreç içerisinde Türklerde müzikle terapi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Müzik Anasanat Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 23-28.

Karakuş, G., Kocal, Y., & Damla, S. E. R. T. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 26(2), 251-267.

Karataş, Z., & Yavuzer, Y. (2018). Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları. Pegem Atıf İndeksi, 001-724.

Kavak, F., Ünal, S., & Yılmaz, E. (2015). Şizofreni hastalarında gevşeme egzersizi ve müzik terapinin psikolojik belirtiler ve depresyon düzeyine etkisi. İntegratif Tıp Dergisi, 3(2), 116-7.

Kaya, Y. (2013). Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü.

Kelleci, M., & EE, A. (2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(3), 105-110.

Keltner D, & Lerner J. S, Emotion. Handbook of Social Psychology; 2010. p. 317–352; DOI: 10.1002/9780470561119.socpsy001009

Kernberg, Otto F. The Inseparable Nature of Love and Aggression: Clinical and Theoretical Perspectives. American Psychiatric Pub; 2012. 201(5):414-415 DOI:10.1192/bjp.bp.112.110015

Koç A. Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi. [Yayınlanmamış uzmanlık tezi] Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2006.

Koelsch S, Investigating Emotion with Music: Neuroscientific Approaches. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1060.1; 2006. 412-418. DOI: 10.1196/annals.1360.034

Köroğlu, A., & Hocaoğlu, Ç. (2017). Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 170-175.

Köroğlu, Ertuğrul, et al. DSM-5 tanı kriterleri başvuru el kitabı. 2013

Köroğlu E., “Şizofreni nedir, nasıl baş edilir?”, *Boylam Psikiyatri Enstitüsü, HYB Basım Yayın*, Ankara 2016

Kring, A. M., & Elis, O. (2013). Emotion deficits in people with schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, 9, 409-433.

Kring, A. M., & Neale, J. M. (1996). Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological components of emotion?. *Journal of abnormal psychology*, 105(2), 249.

Kuzucu, Y. (2011). Duyguları İfade Etme Ölçeği'nin Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmaları. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 19(3), 779-792.

Kyziridis, T. C. (2005). Notes on the history of schizophrenia. *German Journal of Psychiatry*, 8(3), 42-48.

Lee, J. H. (2015). Integral thinking in music therapy. *Journal of Music and Human Behavior*, 12(1), 65-94

Lee, KJ ve Lee, K. (2020). Kore halk müziği müdahalesinin şizofreni hastalarının duygusal davranışlarına ve kişilerarası ilişki işleyişine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Arşivleri* , 34 (3), 115-121.

Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). Calculation of Effect Sizes. Retrieved from: https://www.psychometrica.de/effect_size.html. Dettelbach (Germany): Psychometrica. DOI: 10.13140/RG.2.2.17823.92329

Lewis, G., David, A., Andréasson, S., & Allebeck, P. (1992). Schizophrenia and city life. *The Lancet*, 340(8812), 137-140.

Liddle, P.F. 1987 “The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive-negative dichotomy” *British Journal of Psychiatry*, 151, 145-51

Lim, J., Chong, H. J., & Kim, A. J. (2018). A comparison of emotion identification and its intensity between adults with schizophrenia and healthy adults: Using film music excerpts with emotional content. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(2), 126-141.

Lin, C. H., Chou, L. S., Lin, C. H., Hsu, C. Y., Chen, C. C., & Lane, H. Y. (2012). Optimizing the early prediction model for symptomatic remission with short-term treatment for schizophrenia. *Journal of clinical psychopharmacology*, 32(6), 773-777.

Mele, S., Bivi, R., Borra, L., Callegari, V., Caracciolo, S., Tugnoli, S., & Craighero, L. (2019). Efficacy of theatre activities in facial expression categorization in schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 141-150.

Messias, Erick L., et al. “Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths.” *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 30, no. 3, 2007, pp. 323–38, <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.04.007>.

Mısırlı, Ş., Bora, E., Gültekin, K., Elçi, S., & Gülen, G. (2005). Psikiyatri servisinde yatan hastalar için etkileşimsel gözlem ölçeği: güvenilirlik, geçerlik ve faktör yapısını inceleyen bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 8, 117-122.

Moore, K. S. (2013). A systematic review on the neural effects of music on emotion regulation: Implications for music therapy practice. *Journal of music therapy*, 50(3), 198-242.

Morimoto, T., Matsuyama, K., Ichihara- Takeda, S., Murakami, R., & Ikeda, N. (2012). Influence of self- efficacy on the interpersonal behavior of schizophrenia patients undergoing rehabilitation in psychiatric day- care services. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 66(3), 203-209.

Naukkarinen, H. (1984) Music therapy in schizophrenia. In *Social Psychiatry* (ed. V. Hudolm), pp. 231-236. New York: Plenum Press.

O'Brien, C. P. (1975). Group therapy for schizophrenia: A practical approach. *Schizophrenia Bulletin*, 1(13), 119.

Odell-Miller, H. (1995). Approaches to music therapy in psychiatry with specific emphasis upon a research project with the elderly mentally ill. *The art and science of music therapy: A handbook*, 83-111

Ortony, A., & Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions?. *Psychological review*, 97(3), 315.

Özbey, Ç. (2009). *Özel Çocuklar ve Terapi Yöntemleri*. İstanbul: İnkılap Kitabevi.

Pavlicevic, M. (1997). Music therapy in context: Music, meaning and relationship. Jessica Kingsley Publishers.

Pedersen, I. N., Bonde, L. O., Hannibal, N. J., Nielsen, J., Aagaard, J., Bertelsen, L. R., & Nielsen, R. E. (2019). Music therapy as treatment of negative symptoms for adult patients diagnosed with schizophrenia study protocol for a randomized, controlled and blinded study. *Medicines*, 6(2), 46

Polat, S. (2010). Şizofreni hastaları ve kardeşlerinde düşünce bozukluğu ve aile işlevleri ile ilişkileri (Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi).

Randall JR, Walld R, Finlayson G, Sareen J, Martens PJ, Bolton JM. (2014). Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: A population- based, propensity score- matched analysis. *Can J Psychiatry* 59(10):531-538.

Sadock, Benjamin J., et al. Kaplan & Sadock (2016) psikiyatri davranış bilimleri / klinik psikiyatri.

Salur, Ö. (2016) Aliming Ming For Chande: Exploring The Benefits Of Music Therapy On Patients Diagnosed With Schizophrenia in a Turkish University Hospital, Master's Thesis, University of Jyväskylä

Salur, Ö. Burçin UÇANER ÇİFDALÖZ (2019) Eklektik Müzik Terapi: Teori ve İşleyiş Örnekleri

Samancı, A. Y., & Ekici, G. (1998). Aile terapisi. *Düşünen Adam*, 11(3), 45-51.

Saperia, S., Da Silva, S., Siddiqui, I., McDonald, K., Agid, O., Remington, G., & Foussias, G. (2018). Investigating the predictors of happiness, life satisfaction and success in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 81, 42-47.

Şar, V. (2010). DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: “Batı cephesinde yeni bir şey yok” mu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13, 196-20

Sass, L. (2007). Contradictions of emotion in schizophrenia. *Cognition and Emotion*, 21(2), 351-390.

Schapira, D., & Hugo, M. (2005, July). The plurimodal approach in music therapy. In *Voices: A World Forum for Music Therapy* (Vol. 5, No. 2).

SEVİ, P. O. M., & Sütçü, P. S. T. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisi-Sistemik Bir Gözden Geçirme.

Şevik AE, Özcan H, Uysal E. (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri* 15:218-225.

Sezer, E., & Atıcı, E. (2010). Selçuklu ve Osmanlılarda müzikle tedavi yapılan hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36(1), 29-32.

Shin, D. C., and Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492

Silver, H., Shlomo, N., Turner, T., & Gur, R. C. (2002). Perception of happy and sad facial expressions in chronic schizophrenia: evidence for two evaluative systems. *Schizophrenia research*, 55(1-2), 171-177.

Soygür, H., & Erkoç, Ş. (2007). Şizofreni kavramına tarihsel bir bakış. *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, 1*, 1-13.

Soygür, H. (1999). Sanat ve delilik. *Klinik Psikiyatri*, 2(2), 124-133.

Soygür, H. (2003). Şizofreni ve yaşam niteliği. *Klinik psikiyatri*, 6, 9-14.

Stegemann, T., Geretsegger, M., Phan Quoc, E., Riedl, H., & Smetana, M. (2019). Music therapy and other music-based interventions in pediatric health care: an overview. *Medicines*, 6(1), 25.

Summakoğlu, D., & Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific*, 2(1), 43-61.

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. *The British journal of psychiatry*, 189(5), 405-409.

Tang, W., Yao, X., & Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *The British journal of psychiatry*, 165(S24), 38-44.

Tükel R. Çakır S, Ertekin E (Editörler) (2017) Ankara: Psikiyatri, Nobel Tıp Kitabevi, 47-52.

Trémeau, F. (2022). A review of emotion deficits in schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*

Trondalen, G., & Bonde, L. O. (2012). Music therapy: Models and interventions. *Music, health, and wellbeing*, 40-62.

U Khan, Z., Martin- Montañez, E., & Chris Muly, E. (2013). Schizophrenia: causes and treatments. *Current pharmaceutical design*, 19(36), 6451-6461.

Ulrich, G., Houtmans, T., & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 362-370.

Uslu E., Buldukpğlu K., 2018. Şizofrenide ilaç tedavisine uyum ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 61-72.

Üçok, A. (2008). Şizofreninin erken döneminde klinik özellikler ve tedavi ilkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 1), 3-8.

Ünal, S. (2000). Şizofrenide öznel yaşantılar ve duyguların ifadesi.

Ünal, S., Çakıl, G., Elya, Z. 2006. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*:69-75.

Üstün, G., Küçük, L., & Buzlu, S. (2018). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve özyeterlilikleri açısından tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 69-79.

Valle, R. (2020). Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 13(2), 95-104.

van der Meer, L., van't Wout, M., & Aleman, A. (2009). Emotion regulation strategies in patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, 170(2-3), 108-113

Velioğlu, S. (1965). Klinik Uygulamada Psikopatolojik Sanat. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2(1), 50-52

Velligan, D. I., Bow-Thomas, C., Mahurin, R.K., Miller, A.L., Halgunseth, L. C., (2000). “Do Specific Neurocognitive Deficits Predict Specific Domains of Community Function in Schizophrenia?” *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (8), 518-524.

Wahyuningtyas, D., Mualifah, L., & Aziz, A. (2022, December). Effectiveness of Classical Music Therapy to Reducing Auditory Hallucinations in Schizophrenic Patients. In 3rd Borobudur International Symposium on Humanities and Social Science 2021 (BIS-HSS 2021) (pp. 508-512). Atlantis Press.

Wheeler, B. L. (Ed.). (2015). *Music therapy handbook*. Guilford Publications.

Yalabık, R. (2021). Şizofreni tanılı bireylerle yapılan ritm-müzik grubunun umut, kaygı, depresyon, duygu düzenleme, işlevsellik ve bilişsel işlevler üzerindeki etkisinin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü)

Yalom, I., (2002). *Grup psikoterapisinin teori ve pratiği* Çev. Ataman Tangör, Özgür Karaçam, İstanbul: Kabalcı Yayınevi.

Yanartaş, Ö., Ergün, S., Akça, E., Hicri, N., Gürsoy, S. C., & Sayar, K. (2017). Schneider Belirtileri ve DSM 5: İlişkili İki Olgu Sunumu. *Journal of Mood Disorders*, 7(4), 230-233.

Yazıcı, O. (2006). Çıglık Işıkları Buluştuğunda. *Psikiyatri Hastalarının Görsel Sanat Ürünleri*. Astra Zeneca İlaç Şirketi.

Yetim, B. (2018). Yaşam memnuniyeti ve yaşam kalitesinin belirleyicileri: sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve sağlık statüsünün rolü.

Yıldırım, E., & Alptekin, K. (2012). Şizofrenide öne çıkan yeni bir boyut: sosyal biliş. *Düşünen Adam*, 25(4), 368.

Yıldız, M. (2001). Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminde içerik ve etkinlikler. *Klinik Psikiyatri*, 4, 119-123.

Yıldız, M., Yazıcı, A., Ünal, S., Aker, T., Özgen Hergül, G. Ü. L. İ. Z., Ekmekçi, A. H., & Eryıldız, M. (2002). Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi--Belirtilerle başetme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye'de çok merkezli bir uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 41-47.

Zammit, S., Allebeck, P., Dalman, C., Lundberg, I., Hemmingson, T., Owen, M. J., & Lewis, G. (2003). Paternal age and risk for schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 183(5), 405-408. [Original source: <https://studycrumb.com/alphabetizer>]

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0: Yok 1: Çok hafif 2: Hafif 3: Orta
4: Orta-şiddetli 5: Şiddetli 6: Aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis	0	1	2	3	4	5	6
2. ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku	0	1	2	3	4	5	6
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik	0	1	2	3	4	5	6
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri	0	1	2	3	4	5	6
5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma	0	1	2	3	4	5	6
6. GERGİNLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri	0	1	2	3	4	5	6
7. MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)	0	1	2	3	4	5	6
8. GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı	0	1	2	3	4	5	6
9. DEPRESİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik	0	1	2	3	4	5	6
10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkaların karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret	0	1	2	3	4	5	6
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlık olarak kötülük yapacağına inanma	0	1	2	3	4	5	6
12. İTALLÜSİNATUAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyaran olmaksızın algılama	0	1	2	3	4	5	6
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme	0	1	2	3	4	5	6
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı	0	1	2	3	4	5	6
16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma	0	1	2	3	4	5	6
17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma	0	1	2	3	4	5	6
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı	0	1	2	3	4	5	6

YÜZDE DİŞAVURAN DUYGULARIN TANINMASI TESTİ

YÖNERGELER: Yüzlerinde bir duygu aktaran bireylerin resimlerini 19 videodan oluşan bir dizi görüntü olarak göreceksiniz. Her birey aşağıdaki altı duygusal ifadeden birini gösterecektir: mutluluk, öfke, korku, üzüntü, şaşkın ya da utanç.

Lütfen her resme bakın ve bireyin yüz ifadesine en uygun olan duyguyu seçin.

HERHANGİ BİR MADDEYİ BOŞ BIRAKMAYIN! EĞER TERCİHİNİZDE EMİN DEĞİLSENİZ, LÜTFEN EN YAKIN TAHMİNİNİZİ SEÇİN.

1.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
2.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
3.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
4.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
5.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
6.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
7.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
8.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
9.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
10.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
11.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
12.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
13.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
14.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
15.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
16.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
17.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
18.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış
19.	mutlu	öfkeli	korkmuş	üzgün	şaşkın	utanmış

DUYGU İFADE ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişinin duygularını ifade etme kapasitesini ölçmektedir. Lütfen size en çok yakın uyan durumu işaretleyin.

- 1 PUAN: Hiç katılmıyorum**
2 PUAN: Katılmıyorum
3 PUAN: Pek Katılmıyorum
4 PUAN: Kararsızım
5 PUAN: Biraz Katılıyorum
6 PUAN: Katılıyorum
7 PUAN: Kesinlikle Katılıyorum

1	İnsanlara sık sık onları sevdiğimi söylerim.	
2	Öfkeli olduğum zaman genellikle insanlar bunu anlar.	
3	Sohbet esnasında genellikle arkadaşlarıma dokunurum.	
4	Çok gülerim.	
5	İnsanlar yüz ifademe bakarak ne hissettiğimi söyleyebilirler.	
6	İnsanlar benim için iyi şeyler yaptığında utandığımı hissedirim ve minnettarlığımı ifade etmekte zorlanırım.	
7	Birilerinden gerçekten hoşlandığımda bunu bilirler.	
8	Yanlış bir şey yaptığımda özür dilerim.	
9	Televizyon seyretmek veya kitap okumak beni güldürebilir.	
10	Halka açık bir yerde birine öfkelendiğimde öfkelendiğimi diğeri anlar.	
11	Sık sık gözlerim yaşarınca ya da yanaklarım ağrıyınca kadar gülerim.	
12	Yalnızken, geçmişten bir şeyler hatırlayarak kendi kendime gülebirim.	
13	İşler istediğim gibi gitmediğinde memnuniyetsizliğimi her zaman ifade ederim.	
14	Gülüşüm yumuşak ve kontrollüdür.	
15	Birini sevdiğimi ona sarılarak ya da dokunarak gösteririm.	

Tarih.....

Şizofrenide İşlevsel Düzelm Ölçeği (ŞİDÖ/ FRSS/ FROGGS)

İsim.....

Görüşmeci.....

- 1- Yok (en düşük işlev düzeyi)
- 2- Kısmen var
- 3- Yeterince var
- 4- Neredeyse tamamen var
- 5- Mükemmel derecede var (ideal işlev düzeyi)

1	Kişisel görünüm ve bakım	
2	Kişisel aktiviteler	
3	Ev işi etkinlikleri	
4	Strese ve beklenmeyen sorunlara uyum sağlama	
5	İletişim ve bilgi	
6	Beslenme	
7	Yaşam için gerekli olan sosyal çevre	
8	Biyolojik ritimlere uyum	
9	Hastalığın ve tedavinin idaresi	
10	İdari ve finansal yönetim	
11	Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme	
12	Sosyal hayata ve/veya bir derneğe katılım	
13	Çalışma	
14	Aile ve arkadaşlar	
15	Duygusal ve cinsel ilişkiler	
16	Sağlık idaresi	
17	Agresif, saldırgan veya antisosyal davranışın kontrolü	
18	Empati ve başkalarına yardım	
19	Tedavinin yan etkilerini idare etme	

YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ (YDÖ)

Maddeler	Hiç uygun değil (1)	Uygun değil (2)	Biraz uygun değil (3)	Ne uygun, ne uygun değil (4)	Biraz uygun (5)	Uygun(6)	Çok uygun (7)
1 İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.							
2 Yaşam koşullarım mükemmeldir.							
3 Yaşamımdan memnunum							
4 Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.							
5 Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.							

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

AD SOYAD:

CİNSİYET:

1. Kadın

2. Erkek

YAŞ:

EĞİTİM DURUMU:

1.Okuma Yazma Bilmiyor

2. İlköğretim

3.Lise

4. Önlisans

5. Lisan

6. Lisansüstü

MEDENİ DURUMU:

1. Bekar

2. Evli

3. Boşanmış

4. Dul

İŞ DURUMU:

1. Çalışıyor

2. Çalışmıyor

3. Emekli



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ: 26.11.2021
TOPLANTI SAYISI: 2021-36

KARAR NO: 2021-36-12: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Yüksek Lisans Programı 190603002 numaralı öğrencisi Melis BAHAR' ın "Remisyonda Şizofreni Hastalarında Duygu Odaklı Müzik Terapi Uygulamasının Duygu Farkındalığı ve Yaşam Doyumu Üzerine Etkileri" konulu çalışması hakkında yapacağı anket sorularının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, Etik Kurulumuzun 22.10.2021 tarih ve 2021-31 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

	ETİK KURUL KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		

Sizi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 22/ 10 / 2021 tarih 2021-36 sayı ile izin alınan **İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İTF RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI SOSYAL PSİKIYATRİ SERVİSİNDE MELİS BAHAR** tarafından yürütülen “ **REMİSYONDA ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE DUYGU ODAKLI MÜZİK TERAPİ UYGULAMASININ DUYGU FARKINDALIĞI VE YAŞAM DOYUMU ÜZERİNE ETKİLERİ**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu tezde şizofreni hastalarıyla yapılan duygu odaklı müzik terapi uygulamasının duygu farkındalığı ve yaşam doyumu üzerine etkisi incelenmesi amaçlanmaktadır.
Araştırmanın Yöntemi	Doktorunuz tarafından devam eden tedavinize ek olarak uygulanacak olan müzik terapi atölyesinde temel duyguları çalışacağız. Duyguları nasıl ifade ettiğimize, bedenimize yansımalarına, karşımızda kişinin yüzünde oluşan duygu ifadesine odaklanacağız. Çalışmaların içinde şarkı söyleme, şarkı sözü yazma, enstrüman tanıma, beden perküsyonu, gevşeme ve nefes egzersizlerine yer verilecektir. 6 hafta süresince haftada 2 pazartesi- perşembe günleri olmak üzere her seans 1 buçuk saat sürecektir. Çalışmanın başında ve sonunda sizden 4 farklı ölçek doldurmanız istenecektir. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden istenen, bütün soruları eksiksiz ve kimsenin etkisi altında kalmadan cevaplamandır. Çalışmanın içeriği ısınma, ana çalışma, kısa ara ve paylaşım şeklinde ilerleyecektir.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	1/6/2022 - 11/7/2022
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	Toplam 16 gönüllü katılımcı
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılacaktır.
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

	ETİK KURUL KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkate korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü

Adı ve Soyadı	Melis Bahar	
Adres ve telefonu		

Katılımcı

Adı ve Soyadı		
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli /Vasi

Adı ve Soyadı		
Adres ve telefonu		

ÖZGEÇMİŞ

2010 yılında Tekirdağ Güzel Sanatlar Lisesinden, 2014 yılında Marmara Üniversitesi AEF Müzik Öğretmenliği Bölümü'nden mezun olmuştur

2012 yılından itibaren İÜ İTF Ruh sağlığı ve Hastalıkları, Sanat Psikoterapisi ve Rehabilitasyon Programı'nda gözlemci, stajyer, grup yürütücüsü olarak görev almıştır.

2014-2016 yılları arasında 90 saatlik teori eğitimi, 90 saatlik atölye çalışması, 60 saatlik klinik staj ve 60 saatlik süpervizyon programı içeren İÜ İTF Ruh sağlığı ve Hastalıkları AD onaylı "Ruhsal Bozukluklarda Sanat Psikoterapisi" kursunu başarıyla tamamlamıştır.

Özel Fransız Lape Psikiyatri Hastanesi Rehabilitasyon programında müzik terapi atölyelerini yürütmüştür.

Sanat terapi ve müzik terapi alanında çeşitli eğitim ve programlara katılmaya devam ederek kendimi bu alanda her daim geliştirmeyi hedeflemektedir

Sanat psikoterapisi dernek üyesidir.