



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**ERİŞKİNLERDE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUKLARINDA SANAT TERAPİSİ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

MÜGE NUR DÖNER

İSTANBUL, 2022



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**ERİŞKİNLERDE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUKLARINDA SANAT TERAPİSİ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

**MÜGE NUR DÖNER
(210134013)**

**Danışman
(Prof. Dr. Haşim Ercan Özmen)**

İSTANBUL, 2022

ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Müge Nur Döner

TEŐEKKÜR

Hazırlamıő olduğum bu projede desteğini esirgemeyen, yardımseverliği ve anlayıőı ile bana yol gösteren kıymetli hocam, proje danıőmanım Prof. Dr. Haşim Ercan ÖZMEN'e, bütün eğitim hayatım boyunca beni okutmak için maddi manevi her Őeyini ortaya koyan ve beni yreklendiren canım babam Őerif DÖNER'e, tüm yorgunluklarıma, zor anlarıma katlanan ve sevgisini eksik etmeyen canım annem Nadime DÖNER'e, varlığı ile gcme g katan dünyanın en fedakr abisi Hüseyin DÖNER'e, yüksek lisans yolculuğumda hayatıma girip, beni motive etmekten asla vazgeçmeyen, stresli dönemlerde sevgisiyle bana huzur veren yol arkadaőım Tamer ÇELİK'e, hayatımda oldukları için kendimi hep Őanslı hissettiğim, destekleriyle beni güçlendiren, kaygılı anlarımda beni yatıőtıran ve yüzümü güldüren arkadaőlarıma sonsuz teőekkürler.

Müge Nur Döner

ERİŞKİNLERDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUKLARINDA SANAT TERAPİSİ

Müge Nur DÖNER

ÖZET

Literatüre savaşlarla giriş yapan travma kavramı, sebep olan olayların değişmesiyle günümüzde de evrensel olarak varlığını sürdürmektedir. Savaşlar, salgınlar, doğal afetler ve cinsel istismar gibi olaylardan dolayı bireylerin travmatik deneyim yaşama ihtimalleri yaşam boyu devam etmektedir. Her travmatik olay yaşayan kişi Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) geliştirmez. Geçmiş yaşam öyküsü, travmanın boyutu ve risk faktörleri bu durumu doğrudan etkileyebilir. TSSB tanısına sahip bireylerde kaçınma, yeniden yaşantılama ve içe çekilme bulgularına rastlanmaktadır.

American Psychological Association (2017), TSSB tedavisinde kullanılmasını tavsiye ettiği yöntemleri; Prolonged Exposure (Uzun Süreli Maruziyet), Bilişsel İşleme Terapisi (Cognitive Processing Therapy), Cognitive Behavioral Therapy for PTSD (TSSB için Bilişsel Davranışçı Terapi), Narrative Exposure Therapy (Anlatıya Maruz Bırakma Terapisi) ve EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) olarak tedavi kılavuzunda belirtmiştir. Bu tedavi yöntemlerinin TSSB semptomlarını azaltmada etkili olduğunu kanıtlayan çalışmalar mevcuttur.

Bu projenin amacı TSSB tanısı almış bireylerde Sanat Terapi Uygulamalarının etkisinin incelenmesidir. Bu bağlamda öncelikle TSSB'nin tarihçesi ve tanımına, belirtilerine, epidemiyoloji, prognoz ve tedavi yaklaşımlarına değinilmiştir. Ardından Sanat Terapi ekolünün tarihine, türlerine ve kullanım alanlarına dair bilgiler verilmiştir. Konu ile ilgili literatürde yer alan araştırma sonuçları ve bilgiler derlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Travma, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sanat, Sanat Terapisi, Sağlıkım

ART THERAPY IN ADULTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Müge Nur DÖNER

ABSTRACT

The concept of trauma, which entered the literature with wars, continues to exist universally with the change of the events that caused it. Due to events such as wars, epidemics, natural disasters and sexual abuse, the risk of individuals being exposed to traumatic experiences continues throughout their lives. Not every person who experiences a traumatic event develops Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Past experiences, extent of trauma and risk factors influence whether PTSD occurs or not. Symptoms of avoidance, re-experiencing and withdrawal are observed in individuals with a diagnosis of PTSD.

The methods recommended by the American Psychological Association (2017) to be used in the treatment of PTSD; Treatment as Prolonged Exposure, Cognitive Processing Therapy, Cognitive Behavioral Therapy for PTSD, Narrative Exposure Therapy, and EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) are stated in the manual. There are studies proving that these treatment methods are effective in reducing PTSD symptoms.

The aim of this project is to examine the effects of Art Therapy Practices on individuals diagnosed with PTSD. In this context, firstly, the history and definition of PTSD, its symptoms, epidemiology, prognosis and treatment approaches are mentioned. Afterwards, information about the history, types of Art Therapy and areas of practice are given. Results of existing literature and research on the topic have been assembled.

Keywords: Trauma, Post-Traumatic Stress Disorder, Art, Art Therapy, Treatment

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı literatürde Travma Sonrası Stres Bozukluklarında Sanat Terapi'nin etkisini araştıran çalışmalar ve sonuçları hakkında bir derleme yapmaktır. Çalışmanın ilk bölümünde TSSB ve Sanat Terapisi hakkındaki bilgiler kapsamlı bir şekilde sunulmuştur. İkinci bölümde ise yapılan araştırmaların sonuçları paylaşılmıştır. Yurt içi ve yurt dışı çalışmaları incelendiğinde bu konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu araştırmalar TSSB semptomlarını hafifletmede Sanat Terapisi'nin etkili olduğu yönünde sonuçlar vermiştir.

Aralık, 2022

Müge Nur Döner

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	ix
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	3
1. LİTERATÜR TARAMASI	3
1.1. TRAVMA.....	3
1.1.1. Travmanın Tanımı ve Kısa Tarihçesi	3
1.1.2. Travmanın Özellikleri	4
1.1.3. Travma Sonrası Tepkiler	5
1.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU.....	7
1.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanımı ve Kısa Tarihi.....	7
1.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Risk Faktörleri	10
1.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti ve Bulguları.....	11
1.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri	12
1.2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Etiyolojisi	15
1.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Epidemiyolojisi	15
1.2.7. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar.....	16
1.2.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavi Yaklaşımları.....	16
1.2.9. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nda Prognoz.....	20
İKİNCİ BÖLÜM.....	21
2. SANAT TERAPİ	21
2.1. SANAT TERAPİ.....	21
2.1.1. Sanat Terapi Tanımı ve Kısa Tarihçesi	21
2.1.2. Sanat Terapi Hedefleri	23

2.1.3. Sanat Terapi ve Terapötik İlişki	23
2.1.4. Sanat Terapi Teknikleri	24
2.1.4.1. Resim.....	25
2.1.4.2. Müzik	26
2.1.4.3. Kolaj.....	27
2.1.4.4. Kil	28
2.1.4.5. Mandala	29
2.1.4.6. Drama	30
2.1.4.7. Dans ve Hareket Terapisi.....	30
2.1.4.8. Biblioterapi	31
2.2. SANAT TERAPİ KULLANIM ALANLARI.....	32
2.2.1. Yetişkinlerle Sanat Terapi	32
2.2.2. Ailelerle Sanat Terapi.....	34
2.2.3. Psikolojik Rahatsızlıklarda Kullanım.....	35
TARTIŞMA	37
SONUÇ.....	39
KAYNAKÇA	41

KISALTMALAR

AATA	American Art Therapy Association
APA	American Psychiatric Association
ASB	Akut Stres Bozukluğu
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
C-PTSD	Complex Post-Traumatic Stress Disorder
CPT	Cognitive Processing Therapy
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
NET	Narrative Exposure Therapy
PE	Prolonged Exposure
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

GİRİŞ

Travma Sonrası Stres Bozukluğu, bireylerin yaşamını, bedensel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit eden; doğal afet, savaş, cinsel saldırı gibi travmatik olaylar sonrasında ortaya çıkabilen bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association, 2013). Travma sonrasında kişilerde travmatik olayı hatırlama ve yeniden yaşantılama, irkilme, olayla ilgili uyaranlardan kaçınma, duygu durum ve bilişlerde olumsuz etkiler gibi ruhsal belirtiler gözlemlenir (Zohar vd., 2008).

Travmatik bir etki oluşturabilecek olaylara tecavüze uğrama, yaşamını tehdit eden hastalık tanısı alma, yaralanma ya da kaçırılma gibi örnekler verilebilir. Bireyin bu durumları kendisinin yaşamasının dışında ailesi ya da sevdiği kişilerin yaşadığına tanık olması da travmatize olmalarına yol açabilmektedir. Her birey bu olaylar karşısında aynı tepkileri vermez. Olayın boyutu çok büyük bile olsa bir kişide TSSB bulguları belirgin şekilde gözlemlenirken, başka bir kişide belirtilere rastlanmayabilir (Yehuda, 2004). İnsanlar hayatı boyunca potansiyel olarak bir ya da birden fazla travmatik deneyim yaşamaktadırlar. Araştırmalar kişilerin travmatik olaya maruz kalma oranının %28 ile %89.6 aralığında olduğunu göstermektedir (Hepp vd., 2006). Karancı vd. (2009) yaptıkları bir projede ülkemizdeki yaşam boyu en az bir travma yaşama oranı %84.2 olarak bulunmuştur. TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1-14 aralığında değişmektedir. Travmatik olay sonrasında her bireyde TSSB ortaya çıkmamaktadır. Bireylerin %14-33'ünde Akut Stres Bozukluğu (ASB) ortaya çıkmakta ve bu vakaların büyük bir kısmı ise düzelmektedir.

TSSB tedavisi için etkili tedavi yöntemleri mevcuttur. American Psychological Association ve VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group 2017 yılında yayınladığı kılavuzda Uzun Süreli Maruz Kalma (PE), Bilişsel İşleme Terapisi (CPT) ve Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin kullanılmasını şiddetle tavsiye etmektedir. Bu tedavilerin her biri geniş bir kanıt

tabanına sahiptir ve travma odaklıdır yani doğrudan travmatik olayın hatıralarına veya travmatik olayla ilgili düşünce ve duygulara yöneliktir (Watkins vd., 2018).

Sanat aracılığı ile kendini ifade etmenin tarihi çok eski zamanlardan beri varlığını sürdürmektedir. Sanat iletişimde önemli bir yere sahiptir. İnsanların kelimelere bile dökemediği acı veren yaşantılarına ait duygu ve düşüncelerini resim, müzik ve dans gibi sanat dalları aracılığı ile ifade etmesi kabul gören bir yöntemdir. Sanat Terapisi'nin teknikleri her yaş grubundan bireylere hitap etmektedir. Sanat Terapisi, psikoterapötik bir ilişki içerisinde aktif olarak sanatın icra edildiği, yaratıcı süreç, psikolojik teori ve insan deneyimleri aracılığıyla bireylerin, ailelerin ve toplumların yaşamını zenginleştiren bütünleştirici bir ruh sağlığı mesleğidir (American Art Therapy Association, 2017).

American Art Therapy Association (AATA), sanat icra etmenin insanı iyileştirdiğini ve ömrünü uzattığını misyonunda belirtmiştir. Birçok Avrupa ülkesinde ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan insanlar, hastalıkların tedavisinde hekimlerin ilaç tedavilerini uygularken bir taraftan da bu hastalıkların yarattığı ruhsal travmaları iyileştirebilmek amacıyla psikolojik yöntemlere başvurmaktadır. Bu travmaları ifade ederken kelimelerin eksik kaldığı noktada sanat terapisi hastaların iyileşme sürecinde oldukça fazla rol almaktadır.

Sanat Terapisi, insanların yaratıcılığını tetikleyerek kendi kapasitelerini keşfetmelerini sağlar. İnsanların kendi potansiyelinin farkında olmasının yanı sıra başka insanlarla birlikte olabilme kabiliyetini de geliştirir. Bununla birlikte içgörüsü gelişir ve duygusal olarak olgunlaşmasına katkı sağlar. Sanat Terapisi ile çalışan birçok uzman, yaratıcılığın iyileştirici bir etkisi olduğu konusunda aynı görüştedirler (Malchiodi, 2006).

Bu çalışmada Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nda Sanat Terapisi çalışmaları ve etkileri incelenecek, bu bağlamda TSSB ve Sanat Terapisi'nin içeriğine ait araştırılan bilgiler paylaşılacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. LİTERATÜR TARAMASI

1.1. TRAVMA

1.1.1. Travmanın Tanımı ve Kısa Tarihçesi

Travmatik yaşantılar kişinin başına gelen veya tanık olunan, ruhsal ve bedensel bütünlüğün tehdit altında olduğu ölüm, ölüm tehlikesi ya da ağır yaralanma gibi kişiyi dehşete düşüren olaylar bütünüdür (American Psychiatric Association,2013). Tehlikeli bir olaya maruz kalmak ile travma aynı anlama gelmez. Travma, bir olayın öznel ve nesnel parçaların her ikisi ile alakalı bir olaydır ve bu travmatik deneyimler birey ve kültüre göre de değişiklik gösterebilir. Travmatik olayların bireyler üzerinde bıraktığı ruhsal etkiler uzun süredir bilinmektedir (Bolu vd., 2014). Travmaya maruz kalma insanlık tarihi kadar eskilere dayanmaktadır ve bireyde yaralayıcı etkisi olan, sarsıntıya uğratan, zedeleyen her çeşit olayı tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (Budak, 2009).

18. yüzyıl ve öncesinde yaşadıkları travmanın ardından psikolojik belirtiler gösteren kişilerde bu durumun ya biyolojik kökenli bir rahatsızlığı olduğu ya da kişiliğinde bir sorun olduğu düşünülerek psikolojik kaynaklı olabileceği göz önünde bulundurulmamıştır (Özen, 2017). 1870 yılındaki Fransa ve Prusya arasındaki savaşın ardından, cepheden geri dönen askerlerde gözlemlenen ruhsal sıkıntılarla birlikte travmanın insanlardaki psikolojik etkisi göze çarpmıştır (Özen, 2017). Savaş öncesinde bir sorunu olmayan askerlerin duygusal tepkilerinde eskiye göre azalma, cephedeki tehlikeli olayları yeniden yaşantılama ve önceden keyif aldıkları durumlara yönelik istek azalması görülmüştür. Bu durum psikiyatristlerin oldukça dikkatini çekmiştir (Özen, 2017). Kardiner'in (1959) İkinci Dünya Savaşı'nda askerlerin yaşadığı travmatik deneyimleri ele aldığı "The Traumatic Neuroses of War" isimli yayını, travma bozukluğunun güncel tanımına yakın bir çerçeve oluşturmuştur.

Dünyada yaşanan gelişmeler, savaş ve pandemi gibi krizlerin ardından travmanın tanımı değişime uğramıştır. Freud (1987) travmayı genel anlamıyla hayatı

tehlikeye sokan olaylar sonucunda bireyde oluşan negatif etkiler olarak tanımlarken yıllar içerisinde bu tanıma eklemeler yapılmıştır. Travma esnasında olayların beyindeki işleme süreci olumsuz etkilenerek travma korku merkezi ile eşleştirilir (Shapiro, 2001). Örneğin, trafik kazası yaşamış bir kişinin olay anındaki duygusal ve davranışsal tepkileri tekrar deneyimlemesi, travmanın beyindeki korku merkeziyle ilişkili olduğunu gösterir. Bu tanımlara göre travma sonucu olumsuz etkilerin ancak olayı doğrudan deneyimleyen kişi tarafından görüldüğü düşünülmektedirken Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)'ne (2013) göre başkasının yaşadığı travmatik olaya tanık olmanın travmatize olmak için yeterli olabileceği belirtilmiştir. Bu anlamda olayı doğrudan görmek, yaşayan kişiden dinlemek, televizyonda izleyerek öğrenmek ve travmayı yaşayan kişinin yakını olmak da travmanın şiddetini etkiler.

Travmanın insan üzerinde bıraktığı etki kişiden kişiye ve durumdan duruma göre farklılık gösterebilir. Örneğin, boşanma bazı kişiler için travmatik bir yaşantıyken bazı kişiler için daha kolay atlatılabilir niteliktedir. Yine de travmanın etkilerini çerçeveselendirmek adına literatürde belirlenen özellikler; travmanın insanlar tarafından gerçekleştiriliyor olması, travmanın büyüklüğü ve kişiye etki ettiği süredir (Sar & Öztürk, 2005). Kısacası tecavüz veya cinsel istismarın bıraktığı travmatik olumsuz etki deprem veya tsunami gibi doğal afetlerin bıraktığı etkiden daha fazladır.

1.1.2. Travmanın Özellikleri

Travmalar bir kere yaşanabileceği gibi tekrarlayan olaylar şeklinde de gerçekleşebilir. Araştırmalar, tekrarlanan travmaların bir kere yaşanan travmalara göre daha ağır sorunlara yol açtığını göstermektedir. Savaşlar, cinayetler, cinsel saldırılar ve kazalar gibi insan kaynaklı travmatik olayların olumsuz etkisi deprem, tsunami, volkan patlamaları gibi doğal afetlerin olumsuz etkilerinden daha büyüktür (Allen, 1995).

Travmatik olaylar tek (Tip I- Travma), sürekli veya tekrarlayan olaylar (Tip II- Travma) olarak iki farklı şekilde yaşanabilir. Tip I- Travma genellikle kısa süreli yaşanan olaylardır. Bunlar bireylerin yaşamı için akut tehlike oluştururlar. Ciddi

kaza, yangın gibi kısa süreli felaketler, iş ile ilgili (acil tıbbi hizmet, itfaiye, polis) kazasal travmalar; cinsel istismar, sivil şiddet deneyimi (banka soygunu) gibi insan yapımı travmalar örnek verilebilir.

Tip II- Travma bir dizi tek travmatik olay ve daha sonraki olayların seyrinin öngörülebilirliği düşük olan uzun süreli olaylardır. Kazasal travmalara uzun süreli felaketler (deprem, sel); kişilerarası travmalara ise çocuklukta yaşanan cinsel ve fiziksel (savaş, işkence, rehin alınma) istismarlar örnek verilebilir (Becker & Gehrke, n.d.).

Cinsiyetlere yönelik yapılan çalışmaların birçoğunda kadınlarda travmaya sonrasında travma bozukluğu oluşma riskinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çünkü kadınların beyni nörolojik olarak tehlike sinyallerini algılama noktasında erkeklerin beynine göre daha duyarlıdır (Heim & Nemeroff, 2009). Bu nedenle kadınlar travmatik olaylardan olumsuz etkilenmek açısından erkeklere kıyasla daha çok risk altındadır. TSSB yaygınlığı kadınlarda %15-20, erkeklerde %6-8 oranındadır.

1.1.3. Travma Sonrası Tepkiler

Travmatik yaşantılar ani ve beklenmedik şekilde gelişirler. Kişiler hangi zaman diliminde ve hangi şartlarda bu yaşantılara maruz kalacağını öngöremez. Bu nedenle travmatik olayların insanların üzerinde bıraktığı etki daha olumsuz hale gelmektedir. Travmatik yaşantılar meydana geldiğinde bireyin bedeni ve zihni, olaylara uyum sağlamak ve olayların üstesinden gelmekte zorlanmaktadır. Bu nedenle bireyin karşılaştığı durumla başa çıkma kapasitesini aşmaktadır. Travma esnasında bireyler donup kalma ve dissosiyasyon tepkileri verebilirler. Yapılan çalışmalarda travma geçiren kişilerde TSSB'yi yordayan en önemli etkenin travmatik olay sırasında kurbanın dissosiyasyon olması şeklinde belirtilmektedir. İnsanlar daha önce deneyimlediği normal olaylar karşısında nasıl davranacağını bildiği için öncesinde bir hazırlık sürecine girmeye ihtiyaç duymaz. Travmatik olay karşısında bireyin verdiği tepkiler günlük yaşamdaki olaylara verilen tepkilerden farklıdır; bunlar normal ve patolojik tepkiler şeklinde kategorize edilmektedir (Güler, 2019). Endişe, depresif duygulanım, umutsuzluk, üzüntü, baş ağrısı ve mide bulantısı gibi

psikosomatik belirtiler, travmatik olayın ardından verilen olağan tepkiler içerisinde (Hathaway vd., 2010).

Yaşanan travmatik olayların ardından bireylerde en çok gözlemlendiğimiz kurbanın travmatize eden olayı hafızasında anlam kazandırmakta zorlanmasıdır. Birey bu üzücü anımsama anlarında, olayları yeniden deneyimliymiş hissine kapılır (Özgen & Aydın, 1999). Birçok kişide gözlemlendiğimiz diğer tepkiler, travmatik deneyimle ilgili kâbus şeklinde rüyalar görmek ve sonrasında uykuya dalmada yaşanan zorlanmalardır. Bu olumsuz deneyimler kişinin uyanık olduğu vakitlerde yeniden deneyimleme şeklinde ortaya çıkar (Ehlers & Clark, 2000).

Travmatik deneyimin ardından yaşanan en sık tepkilerden biri olan hissizlik; bireyde şiddetli bir üzüntü yaşatacak olay sonrasında bedenin kendini korumak için verdiği bir tepkidir ve birey bu olayın üzerinden belirli bir sürenin ardından hala bir şey hissetmediğini belirtebilir. Yaşanan ani kayıplardan sonra kişilerin ağlayamaması ve donuk bir ifadeye bürünmüş olma hali hissizlik tepkisine verilebilecek bir örnektir. Yaygın gözlemlendiğimiz bu tepki, travmatik yaşantı sonrasında günlerce devam edebilir (Herbert, 2018).

Travmatik yaşantılar sonucu ortaya çıkan psikolojik tepkilerden çözülme anlamına gelen dissosiyasyon, kişinin yaşamındaki devamlılığın parçalara ayrılması şeklinde de ortaya çıkabilir. Deneyim sonrasındaki duygusal, görsel, işitsel ve bilişsel kısımlar varlığını sürdürür ve kişinin o anki anılarına farkında olmadan müdahale ederek, travmayı yeniden yaşıyormuş hissi verir. Dolayısıyla beden, travma çözümlenip işlenene kadar kendini korumaya yönelik döngüleri devam ettirerek duygusal yönde tepkiler vermeye devam eder (Öztürk, 2017).

Kişinin travmatik olayı anımsatan ortam, obje, duygular ve faaliyetlerden uzak durmaya çalışması, kaçınma tepkisini ortaya çıkarır. Yaşanan olayların duygusal yükü o kadar ağırdır ki kişi hatırlamak ya da hatırlatıcı bir şeye maruz kalmak istemez. Zamanla da sosyal ortamlardan uzaklaşır, eskiden zevk aldığı faaliyetlere karşı ilgisizlik başlar ve bu durumda duyguların sınırlı yaşanmasına neden olarak geleceği hakkında umutsuzluk yaşamaya sebep olur (MEB/ Unicef, 2001). Özetle travma sonrasında görülen tepkiler hayatının akışını bozar ve işlevselliğini düşürür.

1.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

1.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanımı ve Kısa Tarihi

Travmatik olaylar insanlığın var olduğu günden bu yana yaşanmaktadır. Yaşandığı döneme göre hayvanlar tarafından uğranan saldırılar, terör olayları veya savaşlar gibi farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır (Friedman, 2013). Travma kavramı psikoloji tarihine savaşlarla birlikte giriş yapmıştır. Ancak zaman içerisinde savaş dışındaki zorluklara karşı da savaşın sonrasında verilen belirtilere rastlanmıştır.

Dönemsel olarak Travma Sonrası Stres Bozukluğu bulguları çeşitli isimlerle tanımlanmıştır; örneğin 1800'lü yılların başında 'travma sonrası nevrozlar' olarak belirtilirken 1800'lü yılların sonuna doğru demiryolu kazalarını yaşamış ya da bu kazalara şahit olmuş kişilerdeki psikolojik tepkileri belirtmek için 'demiryolu omurgası' şeklinde ifade edilmiştir (Gasquoine, 2020; Özen, 2017). Birinci Dünya Savaşı sonrasında askerlerde ortaya çıkan belirtileri ifade etmek için literatüre "bomba şoku" kavramı dahil olmuştur. Savaş esnasında askerler patlama, silahlı saldırılar, arkadaşlarının ölümüne tanık olma gibi birçok travmatik deneyim yaşamıştır. Bu deneyimler sonucunda savaştan dönen askerlerde korkulu rüyalar, endişe, içe çekilme, tutarsız davranışlar gibi semptomlar gözlenmiş ve tüm bunlar "bomba şoku" kavramı altında toplanmıştır (Jones vd., 2007; DiMauro vd.,2014).

DSM-I' de Travma Sonrası Stres Bozukluğu'ndan (TSSB) ilk kez, yaşanan savaşlardan sonra askerlerde ortaya çıkan bir rahatsızlık olarak bahsedilmiştir. Ancak bireyin bu travmatik deneyimi savaş esnasında yaşayıp yaşamadığına baktıktan sonra bunun yanında bir facia ya da silahlı, bombalı saldırılar yaşanması gerektiği belirtilmiştir (American Psychiatric Association, 1952).

DSM-II' de ki TSSB tanımlaması yapılırken DSM-I tanımlarından çok uzağa gidilmemiştir. Travmatik yaşantıların, tüm toplumu etkileyen durumlar ve geniş çaplı felaketlerin olması gerektiği belirtilerek, travmanın bireye ait olduğu vurgulanmıştır (American Psychiatric Association, 1952).

TSSB kavramı ilk kez DSM-III de tanımlanarak "Anksiyete Bozuklukları" adı altında yerini almıştır (American Psychiatric Association, 1980). Önceden bireylerde ortaya çıkan ruhsal sıkıntıların nedeni organik bir sebebe bağlanırken

zamanla bu sıkıntılara birçok faktörün neden olabileceği anlaşılmıştır (American Psychiatric Association,1980).

Giderek sayısı artan inceleme ve gözlem çalışmaları ardından travma tanımı farklılaşmaya başlamış, DSM-IV’ de daha da spesifik hale gelmiştir. DSM-IV, kişide TSSB tanısı gelişmesi için, hayatını ciddi ölçüde riske sokan, bedensel zarara uğratabilecek faktörler içeren bir durum yaşaması, buna şahit olması veya denk gelmesi ve bu durumun o kişiyi büyük ölçüde ürkütmesi, umutsuzluğa sürüklemesi gerektiğini belirtmiştir (Roemer vd., 1998).

Günümüzde TSBB son şeklini alarak DSM-5’ de *“kişinin gerçek veya göz korkutucu biçimde ölüm, ağır yaralanma ya da cinsel saldırıya uğramış olma, doğrudan bir olay yaşamış olma, başkalarının yaşadığı olaylara tanık olma, bir yakınının veya arkadaşının başına bu olayların geldiğini öğrenme veya travmatik olayların rahatsız edici ayrıntılarıyla yineleyici biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma durumu”* olarak ifade edilmiştir (American Psychiatric Association, 2013)

Birçok travmatik olay (örn. araba kazaları, doğal afetler vb.) zamanla sınırlıdır. Bununla birlikte bazı durumlarda insanlar aylarca ya da yıllarda devam eden veya tekrarlayan kronik travma yaşarlar. 1988’de Harvard Üniversitesi’nden Dr. Judith Herman, bu uzun süreli travmaların semptomlarını tanımlamak için yeni bir tanı ortaya koyarak *“Karmaşık TSSB (Complex Post-Traumatic Stress Disorder)”* olarak ifade etmiştir. Karmaşık TSSB’nin savunucuları başlangıçta çocukluk çağı travmalarına odaklandılar. Dr. Herman’a göre ise uzun süreli travmalarda, kurban genellikle fiziksel ve duygusal olarak uzun süreli bir esaret yaşamaktadır. Bununla birlikte toplama kampları, savaş esir kampları, fuhuş genelevler, uzun süreli aile içi şiddet, çocukların uzun süreli fiziksel istismarı ve cinsel istismarı gibi travmatik deneyimler de Karmaşık TSSB’ye yol açabilecek durumlar olarak ifade edildi. Karmaşık TSSB olan kişilerde TSSB semptomlarına ek olarak aşağıdaki semptomlar bulunmaktadır:

- Duyguları Düzenlemede Güçlükler (Patlayıcı Öfke, Uzun Süren Üzüntü, Panik)
- Davranışsal Zorluklar (Dürtüsellik, Saldırganlık, Alkol/Uyuşturucunun Kötüye Kullanımı, Kendine Zarar Verme Davranışı)
- Bilişsel Zorluklar (Olumsuz Benlik Algısı, Kişisel Kimlikte Ayrışma, Disosiyasyon)
- Kişilerarası Zorluklar (İlişkilerde Zorluk, Kaotik Kişisel İlişkiler)
- Somatizasyon (Tekrarlayan Doktor Kontrolleri)

Bireylerin C-PTSD geliştirmesi için geçmişte travmatik deneyimler yaşamış olmanın yanı sıra, altta yatan ruhsal hastalıklar veya aile öyküsü, kalıtsal kişilik özellikleri(mizaç), sosyal destek yetersizliği ve tehlikeli bir işte çalışmak gibi risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasına sahip olması gerekmektedir. Bilişsel İşleme Terapisi (CPT) ve Uzun Süreli Maruz Kalma (PE) dahil olmak üzere TSSB için kanıta dayalı psikoterapilerin, kronik Karmaşık TSSB tanısı olan bireylere fayda sağlamaktadır (US Department of Veterans Affairs, n.d.).

Akut Stres Bozukluğu da travmatik yaşantılardan sonra karşımıza çıkan psikolojik rahatsızlıklardan biridir. Akut Stres Bozukluğu (ASB) ile TSSB arasında yakın bir ilişki vardır. ASB geçici bir durumdur ve semptomları travmatik olaydan sonra 3 ila 30 gün sürmektedir. Semptomlar bir aydan daha uzun yaşanırsa bu durum TSSB olarak değerlendirilmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Akut Stres Bozukluğu'nun belirtileri 5 ayrı kategoride karşımıza çıkmaktadır:

- İstemsiz Gelen Belirtiler (Flashbackler, dissosiyasyon, sıkıntı yaratan rüyalar, travmatik olayı çağrıştıran uyaranlara verilen yoğun tepkiler)
- Olumsuz Duygusal Süreçler (Mutluluk, sevgi gibi duyguları yaşayamama)
- (Dissosiyasyon) Belirtileri (Travmatik yaşantının bir kısmını hatırlayamama, gerçeklik algısının değişmesi)
- Kaçınma Belirtileri (Travmatik olay ilgili anılar, anımsatıcılar duygular ve düşüncelerden uzak durma çabası)

- Uyarılma Belirtileri (Uyku bozukluğu, saldırgan davranışlar, odaklanma problemler, tetikte olma hali, abartılı tepkiler)

Travmatik deneyim yaşayan bireylerin %14-33'ünde ASB gelişmektedir.

1.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Risk Faktörleri

Yaşanan travmatik olaylar her bireyde aynı düzeyde etki göstermez. Bireysel ya da çevresel bazı faktörler kişilerde travmaya karşı bir yatkınlık oluşturur ve bu faktörler de travmanın oluşturduğu stres düzeyine etki ederek tepkilerde değişimler meydana getirir. Çok zorlu travmatik deneyimler vardır ki burada öznel değişkenler etkisini yitirir (Sadock & Sadock, 2007).

Kişilerde TSSB oluşumunda etkisi olan risk faktörleri; bekar olmak, kadın olmak, çevresel desteğin az olması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, düşük eğitim düzeyinde olmak gibi demografik özellikler ile bireyin kişilik özelliklerinden bağımlı, kendi iç dünyasında yaşama, sosyal kişilik özellikleri sergileme, geçmişte psikiyatrik hastalık yaşamış olma, ebeveynlerin ayrı yaşaması gibi değişkenlerdir (Sadock & Sadock, 2007).

DSM-5'e göre TSSB'ye yatkınlık oluşturan unsurlar üç ayrı kategoride ele alınmıştır.

Travmatik yaşantı öncesinde bireyde bulunup, risk oluşturan faktörler; çocukluk döneminde yaşadığı duygusal problemler, psikiyatrik bozukluklar, sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü, eğitim seviyesinin düşüklüğü, cinsiyet farklılığı, zekâ seviyesinin düşük olması, stresli durumlarla başa çıkma becerisinin zayıf olması şeklinde ifade edilmiştir.

Travmatik yaşantı esnasında risk oluşturan faktörler travmanın sıklığı, ne kadar sürdüğü ve tekrarlanma durumunu içerir. Bu sırada kişinin hayatında ne derecede tehdit algıladığı, uğradığı fiziksel zarar ve bir dehşete şahit olmak gibi durumlar bu kategoridedir. Bu kategorideki en önemli faktör ise bireyin travma esnasında dissosiyasyon olmasıdır.

Travmatik yaşantı sonrası risk faktörleri ise travma sonrası kayıplar, yanlış başa çıkma yöntemleri, olayları yeniden yaşantılama ve uygun olmayan yaşam koşulları, sosyal destek yetersizliği şeklinde belirtilmiştir.

1.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirti ve Bulguları

TSSB belirtileri klinik ortamda dört ana grupta incelenir. Bu gruplar, yeniden yaşantılama, kaçınma, negatif biliş ve duygu durum, uyarılma ve tepki göstermedeki değişiklikler şeklinde kategorize edilmiştir.

Travmatik deneyimin tekrar tekrar yaşanması ile ilgili belirtiler travmatik olayların rahatsız edici ve tekrarlayıcı duygulanımlar, olaylar hakkında korku veren rüyalar, travmatik yaşantıya yeniden maruz kalmış gibi hissederek çözülme tepkileri verilmesi, yaşantıyı hatırlatacak bir uyaran gördüğünde duygusal zorluk yaşama veya bedensel belirtilerin ortaya çıkması şeklindedir (American Psychiatric Association, 2013). Yeniden yaşantılama, çoğunlukla bireyi travmatize eden durumla ilgili görüntülerin imgelenmesi ve o esnada bedenindeki tepkilerin tekrar yaşanması şeklinde gerçekleşir (Kline & Rausch, 1985).

Kaçınma belirtileri, bireyin öngörülemeyen tepkiler vermesi, saldırgan tavırlar sergilemesi, duyguları daha kısıtlı yaşaması, dış dünyadan uzaklaşması ve kişinin içe çekilmesi şeklinde yaşanır (Özgen & Aydın, 1999). Bu kategoride, kişinin travmayı andıran tüm alanlardan isteyerek uzak kalma çabası, eğer travma sonrası bir kayıp yaşandıysa yeni ilişkiler kurmaktan kaçınması, iç dünyasına yönelerek çevresinde yaşananlara ilgisiz kalma girişimleri yer almaktadır (American Psychiatric Association, 2013).

TSSB’de en sık gözlenen belirti olan “artmış uyarılmışlık” kişinin stresöre verdiği ilk cevaptır (Vieweg vd., 2006). Bu belirti kategorisi içerisinde öfke patlamaları, kendine zararı olacak davranışlar sergileme, irkilme tepkisinde artışlar, odaklanmada yaşanan zorluklar ve uyku süreçlerinin kesintiye uğraması bulunmaktadır (American Psychiatric Association, 2013).

TSSB sonrası bilişlerde ve duygu durumunda yaşanan olumsuz değişiklikler son kategoriyi oluşturmaktadır. Travmatik olayın duygu yükü o kadar ağırdır ki kişi önemli noktaları hatırlamayabilir. Kendisi ve çevresi ile ilgili abartılı suçlamalarda

bulunur ve devamlı negatif düşüncelerin etkisi altına girer. Katılım sağlamadığı önemli faaliyetlerden dolayı sosyal çevresinden gittikçe koparak yabancılaşır (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla) gerçek ya da göz korkutucu bir şekilde ölümle, ciddi yaralanmayla karşılaşma ya da cinsel şiddet içerikli saldırıya maruz kalma

1. Doğrudan travmatik olay (lar) yaşama

2. Başkalarının başına gelen travmatik olay (lar)ı doğrudan doğruya görme (yaşadığına tanık olma)

3. Yakın aile bireylerinin ya da arkadaşlarının travmatik olay(lar) yaşadığını öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonrasında olmalıdır.

4. Travmatik olayın rahatsız edici ayrıntılarıyla tekrarlayıcı bir şekilde ya da aşırı düzeyde karşı karşıya kalma (insan kalıntılarını toplayan kişiler, çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla tekrar tekrar karşılaşan polis memurları gibi). Böyle bir karşı karşıya gelme işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığı ile olmuşsa bu ölçüt uygulanmaz.

B. Travmatik olay(lar)dan sonra başlayan, travmatik olay(lar)a ilişkin istemsiz gelişen aşağıdaki belirtilerin en az birinin bulunması.

1. Travmatik olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve rahatsız edici anıları. Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, travmatik olay(lar)ın içeriğinin ya da bu olay(lar)ın bir takım yönlerinin dışı vurulduğu yineleyici oyunlar görülebilir.

2. İçeriği ya da duygulanımı travmatik olay(lar)la ilişkili, tekrarlayıcı ve rahatsız edici rüyalar. Not: Çocuklar içeriği belirsiz, korkutucu düşler görüyor olabilir.

3. Kişinin travmatik olay(lar)ı yeniden yaşıyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözümlenme (disosiyatif) tepkileri (geçmişe dönüşler ya da flashback yaşantıları). Not: Çocuklar oyun sırasında travma ile ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4. Travmatik olay(lar)ın bir yönüne benzeyen ya da sembolize eden bir uyarana maruz kalındığında yoğun ya da uzun süreli sıkıntı hissetme

5. Travmatik olay(lar)ın bir yönüne benzeyen ya da sembolize eden uyaranlara karşı belirgin fizyolojik tepkiler verme.

C. Aşağıdakilerden en az biri ile belirli travmatik olay (lar)dan sonra ortaya çıkan, travmatik olay(lar) ile ilgili uyaranlardan sürekli biçimde kaçınma.

1. Travmatik olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili rahatsız edici anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları

2. Travmatik olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, rahatsız edici anılar, düşünceler ya da duyguları uyaran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

D. Aşağıdakilerden en az ikisi ile belirli, travmatik olay(lar)ın sonrasında başlayan ya da kötüleşen travmatik olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygu durumunda olumsuz değişiklikler.

1. Travmatik olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsamada güçlük çekme (özellikle disosiyatif amneziye bağlı olup kafa travması, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili değildir)

2. Kendisi, diğer insanlar ya da dünyaya dair kalıcı ya da abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (ben kötüyüm, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir, bütün sinir sistemim kalıcı bir şekilde bozuldu gibi)

3. Travmatik olay(lar)ın nedenleri ya da sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren çarpıtılmış bilişler

4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (korku, dehşet, öfke, suçluluk, utanç gibi)

5. Önemli aktivitelere karşı duyulan ilgide ya da katılımıda belirgin azalma
6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları
7. Sürekli bir şekilde olumlu duygular (mutluluk, memnuniyet, aşk gibi) yaşamada kalıcı yetersizlik

E. Aşağıdakilerden en az ikisi ile belirli travmatik olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, travmatik olayla ilişkili uyarılmışlık ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler.

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az kışkırtma karşısında)

2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar verici davranışlarda bulunma

3. Sürekli tetikte olma

4. Aşırı irkilme tepkisi gösterme

5. Konsantrasyon güçlüğü

6. Uyku bozuklukları (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlev azalmasına neden olur.

H. Bu bozukluk bir maddenin (ilaç, alkol gibi) ya da başka sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Çözülme (Disosiyatif) Belirtileri Gösteren: Kişinin belirtileri TSSB tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Ayrıca kişi tetikleyici etkene tepki olarak depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) ya da derealizasyon (çevreye yabancılaşma) belirtilerinden en az birini sürekli ya da tekrarlayıcı olarak yaşamaktadır.

1.2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Etiyolojisi

Bireylere TSSB tanısı koyabilmemiz için bir travmatik deneyimin varlığı gereklidir. Ancak araştırmalar, her bireyin bu deneyimlerden sonra TSSB geliştirmediğini desteklemekle birlikte bireysel farklılıkların öneminden bahsetmektedir (Akcan, 2018). TSSB gelişiminin ırklar arasındaki farklılığının araştırıldığı bir çalışmada siyah ırkta TSSB yaygınlığı beyaz ırktan daha fazla çıkmıştır. Bu durumun ırk farklılığından çok sosyokültürel sebeplerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür (Roberts vd., 2011).

TSSB'nin etiyolojisinde travmanın şiddeti ve travmaya maruz kalınan süre, kurbanın özellikleri ve travma sonrası hayatını devam ettirdiği sosyal ortamların özellikleri oldukça belirleyicidir (zgen & Aydın, 1999). TSSB tanısı almış kişilerle yapılan beyin görüntüleme çalışmasında hastaların hipokampüs hacimlerinin kontrol grubuna göre daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen diğer olgular, travma esnasında hipokampüsteki fonksiyonel zayıflığın zihinde travmaya ait birden fazla nesneyle koşullandığını ve bu durumun bireyde farklı ortamlardaki nesnelere tetiklenme ihtimalinin arttırdığını belirtmektedir (Pitman vd., 2012).

1.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Epidemiyolojisi

TSSB yaygınlığı kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Çünkü bireylerin genetik yapıları, fiziksel özellikleri, geçmişteki psikolojik yaşantıları, psikolojik sağamlıkları birbirinden farklıdır ve bu faktörlerin TSSB'ye doğrudan etkisi vardır.

TSSB'nin yaygınlığını anlamaya yönelik yapılmış birden fazla toplum araştırmaları bulunmaktadır. Bu araştırmalar sonucunda TSSB' nin yaşam boyu yaygınlığının %1-14 arasında değiştiği bilinmektedir (Kessler ve ark., 1995). Ancak bu oran cinsiyetler arasında farklılık göstererek erkeklerde %5 ile %6, kadınlarda ise %10 ile %14 aralığında değişmektedir (Başoğlu vd., 2001). Cinsiyetler arasındaki farklılıklardan bir diğer de yaşam boyu karşılaştıkları travma türleridir. Erkekler trafik kazaları, fiziksel saldırılara daha çok maruz kalırken, kadınlara cinsel travmalar ve tecavüze daha çok maruz kaldığı bildirilmektedir (Tolin ve Foa, 2006).

TSSB yaygınlığı araştırmaları sonucu yetişkin bireylerin %50'sinde en az bir travmatik yaşantısı olduğu görölmektedir ancak travma yaşantısı olan herkeste TSSB ortaya çıkmamaktadır. Bu vakaların bir kısmında Akut Stres Bozukluğu (ASB) oluşmakta ve bunların önemli bir kısmı düzelmektedir. Literatürde ise insanların hayatını tehdit eden travmatik yaşantılardan sonra %25-30'unun TSSB tanısı aldığı görölmüştür (Kring vd., 2019). Dünya Sağlık Örgütü ile yapılan 26 ülkeden toplam 71083 kişinin katıldığı çalışmanın sonucuna göre TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %5,6 olarak bulunmuştur (Koenen vd., 2017).

1.2.7. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

Hem epidemiyoloji çalışmaları hem de klinik alandaki çalışmalar sonucunda Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı koyulan kişilerin oldukça büyük kısmında TSSB'ye başka bir psikolojik rahatsızlığın da eşlik ettiğine ulaşılmıştır. Duygu Durum Bozuklukları, Kişilik Bozuklukları, Madde Kullanım ve Madde Bağımlılığı, Yeme Bozuklukları, Cinsel İşlevde Bozukluklar, Somatoform Bozuklukları ve Psikotik Bozuklukların TSSB'ye eşlik eden psikopatolojiler olarak görölmektedir (Brady vd., 2000).

(Brady, 1997) yapılan bir araştırmada TSSB'ye eşlik eden tanılar aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

ERKEKLERDE	KADINLARDA
Alkolizm %52	Majör Depresyon %49
Majör Depresyon %48	Alkolizm %30
Davranım Bozukluğu %43	İlaç Kötüye Kullanım %27
İlaç Kötüye Kullanım %35	Basit Fobi %29
Basit Fobi %31	Sosyal Fobi %28
Sosyal Fobi %27	Distimi %23

1.2.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavi Yaklaşımları

Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı alan bireyler için başlıca tedaviler ilaçlar, psikoterapi ya da her ikisidir. TSSB insanları farklı şekillerde etkiler. Bu nedenle bir kişide işe yarayan tedavi yöntemi bir başkasında işe yaramayabilir. TSSB

olan bireylerde görülen semptomların tedavisinde hangi yöntemin daha etkili olacağını bulabilmek için farklı tedaviler denemesi gerekebilir (National Institute of Mental Health, 2022)

Prolonged Exposure (Uzun Süreli Maruziyet) TSSB tedavisi için APA ve VA/DoD Kılavuzları tarafından şiddetle tavsiye edilmektedir. PE, travmatik yaşantıların olay anında duygusal olarak işlenmediğini öneren duygusal işleme teorisine dayanır. Tedavi yönteminin odak noktası korku yapılarını artık problem oluşturmayacak şekilde değiştirmektir. PE tedavisi, TSSB, travmaya verilen genel tepkiler ve maruz kalma hakkındaki bilgileri içeren bir psikoeğitim programı, nefes alma eğitimi, in vivo maruz kalma ve hayali maruz kalma bileşenlerinden oluşur. İlk aşamada korku yapısı hareke geçirilmeli ve ikinci aşamada ise yeni korku yapısındaki hatalı bilgilerle uyumsuz yeni bilgiler yapıya dahil edilmelidir. In vivo Maruz Kalma, hastaların travmatik olay nedeniyle korku tepkisi vermekten kaçındıkları durumlara, yerlere ve kişilere sıkıntı azalana kadar tekrar tekrar yaklaşmalarına yardımcı olur. Hayali Maruz Kalma ise hastaların kaçındıkları travmatik olayı çevreleyen anılara, düşüncelere ve duygulara yaklaşmasından oluşur. Tedavi 8-15 seansta tamamlanmaktadır. Travmanın üzerinden geçen süre ya da önceki travmatik olayların sayısına bakılmaksızın farklı kültürlerde ve ülkelerde Prolonged Exposure tedavisinin TSSB semptomlarını azaltmada etkin olduğu gösterilmiştir (Watkins vd., 2018).

Bilişsel İşleme Terapisi (Cognitive Processing Therapy) TSSB tedavisi için tavsiye edilen bir tedavi yöntemlerinden biridir. Sosyal Bilişsel Teori ve Duygusal İşleme Teorisi'ne dayanan travma odaklı bir terapidir. Bu yöntem travmatik bir olayın ardından hayatta kalanların ne olduğunu anlamaya çalıştıklarını ve çoğunlukla kendileri, dünya ve başkaları hakkında çarpıtılmış bilişlere sahip olduğunu varsayar. Cognitive Processing Therapy, travmatik olaydan sonra türetilen uyumsuz bilişleri (özümsemmiş ve aşırı uyumlu inançları) tanımlarken, hafızanın bilişsel aktivasyonuna izin verir. Temel amacı, inançları daha işlevsel hale getirebilmektir. CPT, bireysel ya da grup formatlarında uygulanabilen 12 seanstan oluşur. İlk seanslar, bilişsel model hakkında psikoeğitimi ve hastanın travmatik olayın kavramsallaştırılmasını merkeze alır. Bilişsel Terapi Becerileri, bireyin takılıp kaldığı noktalarla (olayla ilgili

uyumsuz bilişler) ilgili düşünceler, duygular arasında bağlantı kurdurarak ve etkisiz olan bilişlerin üstesinden gelmenin yollarını öğreterek danışana aktarılır. CPT, bireyin travmatik olayın neden meydana geldiğini nasıl kavramsallaştırdığına dair değişimlere dikkat çekerek sona erer ve danışanın aşırı uyum yerine uyum sağlamaya geçiş yapmasına odaklanır. CPT, tecavüze maruz kalmış bireyleri tedavi etmek için ortaya çıkmış olsa da ilerleyen zamanlarda çeşitli travma türlerinde ve popülasyonlarında başarıyla araştırılmış ve uygulanmıştır. CPT, TSSB için etkili bir tedavi olarak geniş ölçüde desteklenmektedir. Meta-analizler, CPT'nin TSSB semptomlarını önemli ölçüde azaltmada etkili olduğunu göstermektedir ((Watkins vd., 2018).

Cognitive Behavioral Therapy for PTSD (TSSB için Bilişsel Davranışçı Terapi) TSSB'de en etkili tedavi yöntemlerinden biridir (American Psychological Association, 2017; VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group, 2017). Travma odaklı BDT, PE ve CPT gibi bilişsel ve davranışçı modellere dayanmaktadır. Tedavinin hedefleri olumsuz değerlendirmeleri ve travma anılarını değiştirmek, otobiyografik belleği düzeltmek ve sorunlu davranışsal ve bilişsel stratejileri ortadan kaldırmaktır. Tedavide hem maruz bırakma gibi davranışsal teknikler hem de bilişsel yeniden yapılandırma gibi bilişsel teknikler kullanılır. Travmayla ilişkili uyarılara maruz kalmayı içeren BDT, tipik olarak In vivo yöntemini kullanır veya yeniden yaşantılamayı tetikleyen durumları belirlemeyi ve “o zaman ve şimdi” ayrımını yapmayı öğretir. Bilişsel Yeniden Yapılandırma, hastalara işlevsel olmayan düşünceleri ve düşünce hatalarını belirlemeyi, alternatif düşünceleri ortaya çıkarmayı ve kendileri, travma ve dünya hakkındaki inançları yeniden değerlendirmeyi öğretmeye odaklanır. APA ve VA/DoD kılavuzları Travma odaklı BDT'nin TSSB için etkinliğini desteklemektedir (Watkins vd., 2018).

APA'nın TSSB tedavisinde önerdiği ve çok etkili olduğuna dair araştırmaların da mevcut olduğu bir yaklaşım ise Narrative Exposure Therapy (Anlatıya Maruz Bırakma Terapisi)dir. NET, özellikle karmaşık ve birden fazla travmaya sahip bireylerde kullanılan bir tedavi yöntemidir. Bireysel olarak yapılmakla birlikte küçük gruplar halinde de uygulanabilir. Terapistin rehberliğinde danışan, öncelikli olarak travmatik deneyimlere odaklandığı aynı zamanda bazı

olumlu yaşantıların da dahil olduğu hayatını kronolojik olarak anlatır. Terapist danışandan duygularını, düşüncelerini, duyuşsal bilgilerini ve fizyolojik tepkilerini ayrıntılı olarak tanımlamasını ister. Tüm bunları yaparken hastadan, yaşadığı duyguları şimdiki zamanla bağını koparmadan yeniden yaşamasını ister. Bu esnada ortaya çıkan duyuşsal ve fiziksel tepkiler yeniden işlenerek kalıcı hale getirilir. Tedavi sona erdiğinde, terapist tarafından oluşturulmuş ve belgelenmiş bir otobiyografi hastaya sunulur. NET, danışanların kendine olan saygısını yeniden kazanmaya hizmet eder (American Psychological Association, 2017).

TSSB’de etkili olduğu kanıtlanan diğer yöntem ise EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)dır. Diğer yöntemlerden farklı olarak EMDR, psikodinamik, bilişsel, davranışçı kuramların öğelerini bir çatı altında toplamıştır. Bu yöntem uygulanırken, danışan travmaya ait bir anısını hayalinde canlandırırken yalnızca bu anıya ait duygulara ve düşüncelere odaklanır. Bu sırada terapistin hızlı hareket eden parmaklarını izler. Bu durum travmanın danışanda oluşturduğu anksiyete düzeyinde azalma olana kadar yeniden uygulanır. TSSB belirtilerinin iyileştirilmesinde EMDR’nin etkili olduğu birçok araştırma ile kanıtlanmıştır (Shapiro, 2001).

Tedavi yaklaşımlarının bir diğer ucunda ise grup terapileri bulunmaktadır. Grup terapisi, travmaya maruz kalan bireylerin bulunduğu, travmaya ait malzemeleri güven duygusu ve empatiyle, diğer travmatize olmuş bireylere anlattığı ve bu vesile ile rahatladığı bir ortamdır. Gruptaki kişiler travmayla ilgili utanç, endişe, kuşku ve suçluluk duygularını anlatıp tartıştıkça geçmişten uzaklaşarak bugüne gelebilmeyi başarırlar. Aynı zamanda da diğer bireylerin hikayesini dinledikçe kendindeki ile aynı ya da farklı semptomları onlarda görerek yaşamda başka problemleri ile başa çıkabilme yollarını öğrenme şansına sahip olurlar (Tükel ve Alkın, 2006).

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun sağaltımında semptomlar çok yoğun olmadığı sürece öncelikli olarak psikoterapiler önerilmektedir. Belirtilerin daha şiddetli olduğu danışanlarda ise psikoterapi ve ilaç tedavisinin eş zamanlı uygulanması faydalı bulunmaktadır. İlaç tedavisinin hedefleri; uyku süreçlerini düzene sokmak, zorlayan bilişleri ve kâbusları azaltmak, aşırı uyarılma tepkisini azaltmak, kendine zarar verme davranışını hafifletmek ve depresyona etki etmek

olarak sıralanmaktadır. Bu hedeflere ulaşmak için Seçici Serotonin geri alım önleyicileri, antidepresanlar ve anti epileptikler en çok kullanılan ilaçlardır.

1.2.9. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nda Prognoz

Travma Sonrası Stres Bozukluğu travmanın ardından hemen sonra ortaya çıkmayabilir, kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Bazen bir ay kadar kısa sürede ortaya çıkabileceği gibi bazen de yirmi otuz yıla kadar uzun süreden sonra ortaya çıktığı görülmektedir. Belirtilerde zaman içerisinde dalgalanmalar görülmekte ve stresin yoğun olduğu dönemlerde artış olmaktadır. TSSB tanısı alan kişilerde travmatik deneyimin sonrasında altıncı ayda %74'ünün, on ikinci ayda %60'ının TSSB tanı kriterlerine dahil olduğu tespit edilmiştir (Kessler vd., 1995). Hastaların %30'unda tam anlamıyla iyileşme gerçekleşirken, %60'ında semptomlar hafif/orta düzeyde devam etmekte, kalan %10'luk kısımda ise belirtiler aynı şekilde kalmakta ya da daha kötüye gitmektedir. Tedavinin ardından büyük bir stres faktörü ile karşı karşıya kalan bireylerde semptomların tekrar ortaya çıkması sıkça yaşanan bir durumdur ve belirtiler ne kadar kronikse prognoz da bir o kadar kötü olmaktadır (Breslau & Davis, 1992).

TSSB vakalarının %46'sında kronik bir seyir gözlenmektedir (Davidson & Foa, 1991). TSSB'nin her bireyde devam ettiği süre aynı değildir ve buna sebep olan bazı risk etmenleri vardır. Ailede psikopatça davranış eğilimleri geçmişi olmak, anksiyete tanısına sahip olmak, kadın olmak ve farklı tıbbi hastalıklara sahip olmak gibi faktörlerden dolayı bazı bireylerde daha kalıcı hale gelir (Breslau & Davis, 1992). Sosyal destek ihtiyacı karşılanan bireyler hastalığa ve daha ağır şekliyle yaşamaya karşı daha az eğilimlidirler (Özgen & Aydın, 1999).

İKİNCİ BÖLÜM

2. SANAT TERAPİ

2.1. SANAT TERAPİ

2.1.1. Sanat Terapi Tanımı ve Kısa Tarihçesi

İnsanlar yüzyıllardan beri ruhsal ve fiziksel birçok rahatsızlığı iyileştirmek amacıyla sanattan faydalanmıştır. Sanat bireylerin kendilerini ifade etmekte seçtikleri bir yol olmakla birlikte aynı zamanda iyileşme süreçlerine katkısı noktasında kullandıkları koruyucu ve onarıcı bir yöntemdir. Medeniyetler ortak tarihini, düşüncelerini, başarılarını, sıkıntılarını ifade ederken resim, heykel gibi güçlü ve etkili sanat dallarına başvurmuşlardır. Giannini (2004) sanatın tarihte ilk kez, tedavi ve rahatlama amaçlarıyla Bergama’da Eskülap adlı yerleşkedeki antik tiyatroda keşfedildiğini belirtmiştir.

Tarihimizi incelediğimizde, her ne kadar batıdan bize aktarılan bir hareket gibi gözükse de birçok önemli ismin tedavide sanatı kullandığını görmekteyiz. Sanatın terapötik etkisi 1940’lı yıllarda fark edilmiş, 1960’lı yıllarda ise profesyonel olarak kullanılmaya başlanmıştır. Sanat terapisinin tanımı ilk kez yapan İngiliz ressam Adrin Hill, verem hastalarıyla yaptığı çizim ve boyama çalışmaları sonucunda, bireylerin duygularını ve travmatik yaşantılarını dile getirmeye vesile olduğunu belirtmiştir (Akhan, 2012).

Sanat Terapisi’nin tarihsel gelişim süreci üç ana dönemde ele alınmaktadır: İlk dönem 1940 ve 1970 yıllarını içermektedir. Sanat terapisi Margaret Naumburg, Edith Kramer, Hanna Kwiatkowska ve Elinor Ulman olmak üzere dört önder ile ilerleme sağlamışlardır. Amerikan Sanat Terapisi Derneği Naumburg tarafından kurulmuştur. Kendisi sanat terapisinin annesi olarak bilinmektedir. Sanat terapisi ile psikanalitik ekolü ortak bir paydada buluşturarak “Psikodinamik Yönelimli Sanat Terapisi” isminde kendine ait bir terapi modeli oluşturmuştur.

Hanna Kwiatkowska 1958 yılında aile ile sanat terapisi tedavisine önyak olarak, bu konuda çalışmalar yapıp iki yaklaşımı bir araya getirmiştir. Günümüzde “Amerikan Sanat Terapisi Dergisi” ismiyle bildiğimiz dergiyi ilk defa 1961 yılında Ulman “Sanat Terapisi Bülteni (The Bulletin of Art Therapy)” ortaya koymuştur (Güney, 2011).

Tarihsel gelişim sürecinin ikinci dönemi 1970’li yıllardan 1980’li yılların ortalarına kadar geçen zamanı kapsamaktadır. Bu dönemde sayısı günden güne artan makaleler yayınlanmıştır (Levick, 1983). Sanat terapisi ile ilgili bilimsel yayın olan Art Psychotherapy (1973) ile Art Therapy: Journal Of The American Art Therapy Association (1983) isimli dergi yayınlanarak, bölümün zenginleşmesine katkıda bulunmuşlardır. İngiliz sanat terapisi derneğinin kurulmasıyla birçok uzman tarafından hümanistik yaklaşım da desteklenmiştir (Killick, 1993).

1980 yılından bugüne kadar gelen üçüncü dönemde sanat terapisi, yapılan yasal çalışmalarla birlikte daha profesyonel hale gelmiştir. Sanat Terapisi’nin bir meşgul etme terapisi değil aksine ilişki kurma, sembolleştirme ile bir dışavurum yöntemi olduğu fikri üzerine yoğunlaşmışlardır (Killick, 1993). Amerikan Sanat Terapi Topluğu, Sanat Terapisi’ni, psikanalitik, psikodinamik ve nesne ilişkilerinin kapsadığı bir bütüncül yaklaşım olarak ifade etmiştir. Terapötik ilişkide ortaya çıkarılan eserin sembolik anlamına önem verilmiştir (Göktepe, 2015).

Sanat Terapisi, her yaş grubundan bireylerin duygusal yönden iyileşmek ve gelişmek için sanat aracılığı ile kendini ifade ettiği bir terapötik sağaltım aracıdır. Kişilerin stresini yönetebilmesine, problem çözme becerilerinin gelişimine, özsaygılarını arttırmaya ve pozitif yönde gelişmelerine imkân sağlayan dışavurumcu bir yöntemdir. Başka bir söylemle ifade etmek gerekirse sanat terapisi, sanat icra etmenin, travmatik deneyim gibi zorluklar yaşayan bireylere profesyonel kişiler tarafından, iyileştirici kullanımıştır ve bu sayede kişilerin stres veya travmalarının üstesinden gelebileceği, bilinç düzeyini arttırabileceği ve hayattan alınan zevki arttıracağı doğrulanmıştır (American Art Therapy Association, 2009).

Wadson (1980) Sanat Terapisi’ni, tedavi ile yaratıcılığın birleşim noktası olarak tasvir etmektedir. Bireyler sanat terapisi ile iyileşirken ve umut yüklenirken

bir yandan da hayatın anlamını bulmaya çalışırlar. Malchiodi (2006) ise sanat terapisini duygularımızı ve düşüncelerimizi dile getirmek, hayat kalitemizi yükseltmek ve kim olduğumuzun farkına varmak için üretilen sanatsal çalışmalar olarak tanımlamıştır.

2.1.2. Sanat Terapi Hedefleri

Göktepe Kaya (2015) sanat terapisinin hedeflerini aşağıdaki şekilde sıralamıştır.

- Terapide işbirlikçi bir yaklaşım sergilemek.
- Terapist ve danışan arasında terapötik ittifak oluşturmak.
- Danışanın duygusal olarak boşalacağı bir güvenli ortam inşa etmek.
- Danışanın sahip olduğu hastalık hakkında psikoeğitim vererek farkındalık oluşturmak.
- Hastalıktan dolayı karşılaşılabileceği engellerin üstesinden gelebilmeyi öğretmek.
- İşlevsel olmayan savunma mekanizmaları daha sağlıklı hale getirmek.
- Günlük hayatın problemlerinden uzaklaşarak tedavi sürecinde ortaya çıkan sanatsal çalışmalara farklı bir gözle görebilme imkânı sunmak.
- Danışanın yaşamsal faaliyetlerini bireysel olarak yapabilmesine destek olmak

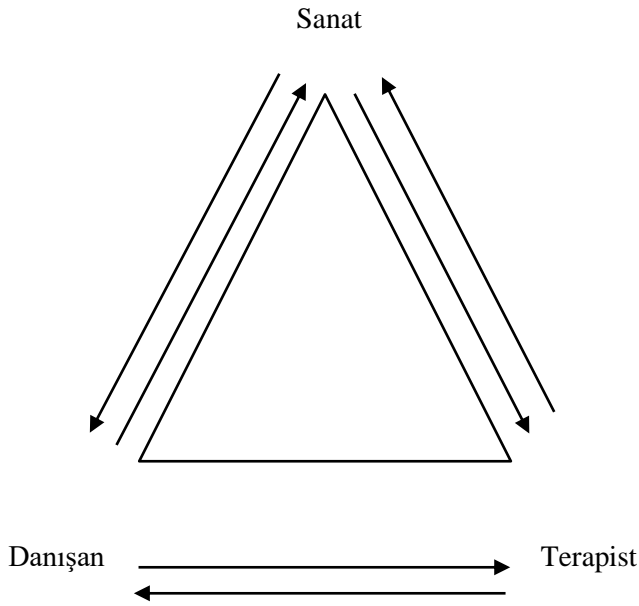
2.1.3. Sanat Terapi ve Terapötik İlişki

Geleneksel psikoterapi modelleriyle kıyasla sanat terapisinde kurulan ilişki üçlü bir ilişkidir. Terapist ve danışan arasındaki ilişki sanat terapisinde de büyük önem taşırken, üretilen sanat eseri terapötik ilişkinin bir birleşeni olmuştur. Naumberg'e göre sanat, danışan ve terapist arasında sembolik bir iletişim aracı haline gelmiştir (Edwards, 2004).

Bu bağlamda sanat terapisinde ve terapi içerisinde sanat kavramları arasındaki ayrımının altını çizmek oldukça önemlidir. Terapi içerisinde kullanılan sanat teknikleri sanatın iyileştirici gücüne dikkat çekerken, sanat terapisinde danışan, terapist ve sanat arasındaki üçlü ilişkinin iyileştirici gücünden beslenir (Edwards, 2004; Case & Dalley, 1992).

Danışanın sanat terapisinde ürettiği eser ile ondan çıkardığı anlam kendi içerisinde bir iyileştirici güç iken terapistin yorumu ve çıkardığı anlam da danışan ve terapist arasındaki ilişkiyi besler. Bu ilişkide her ikisi arasında karşılıklı bir etki görülmektedir ve böylece büyük resimde birbirini etkileyen kompleks ama etkili bir terapötik ilişki kurulmaktadır (Edwards, 2004). Özetle, sanat terapisti güvenli bir ortam içerisinde danışana özgürce tasarladığı eserleri anlamlandırmasına alan tanır.

Üçlü İlişki



2.1.4. Sanat Terapi Teknikleri

Sanat Terapisti ile çalışan uzmanlar, sanatın ifade edilme şekillerini insanlara yardım etme yöntemleri ile birleştirerek, danışanlarına yaratıcılığın vurgulandığı bir yardım etme alanı sağlarlar. Çalışmalarını bu alanda yürüten profesyonel bireyler sanat terapisinin iyileştirici gücüne odaklanarak etkinliklerini bu yönde gerçekleştirirler (Henderson, 1998).

Sanat terapisinin amacı bireylerin kendini kelimelerle değil de simgeler, semboller aracılığı ile anlatmasıdır. Resim, müzik, kolaj, drama, fotoğraf, kukla, dans, kil, mandala, biblioterapi gibi birden fazla tekniği içinde barındırır.

2.1.4.1. Resim

Sanat Terapisi'nde en sık başvuru alan terapi yöntemi olan resim terapi, bireylerin iç dünyalarına yapılan yolculukların, düşünce sistemlerinin renk, çizgi gibi materyaller ile ifade edildiği bir alandır. Amerikan Sanat Terapisi Derneği (2009) resim (görsel) terapiyi; insanların hayatındaki sorunların veya çatışmalarının çözümlenmesinde, iletişim ve yaşam becerilerinin gelişiminde, psikolojik stres düzeyinin azaltılmasında, bireyin kendine verdiği değeri ve farkındalıklarının azaltılmasında kullanılan insanlara yardım etme aracı şeklinde ifade etmiştir.

Resim ile ortaya koyulan ürün kişiliğin bir yansımasıdır. Kişi meydana getirdiği o görsel ürün ile kendinde olan bir parçaya ayna olur ve duygularını açığa çıkarır. Kullanılan teknikler, uygulanan formlar ya da renkler gibi parçalar, bunları meydana getiren bireyin duygusal süreçleri hakkında fikir sahibi olmamızda yardımcı olur (Artut, 2002).

Sanat terapisi, resimle ortaya koyulan çalışmalarda içerikteki imgeleri keşfetme ve anlam yükleme açısından kişideki farkındalığın artmasına, travma öykülerinde iyileşme sağlamada destek olarak stresi kontrol edilebilir hale getirmeye, yaşanan depresyon veya yas gibi deneyimlerde sağaltıcı ve terapi etkisi yaratan düşünce tarzını önemsemektedir (Zorlu, 2019).

İnsanlar yaşamları boyunca kendini gerçekleştirme amacı içerisindeyler. Bu amaca ulaşmaya çalışırken birden fazla problemle karşılaşır çünkü kendileri ile ilgili bazı gerçekler baskılayıp önceliğe alınmadığında ilerleyen zamanda bu duygu ve düşünceler problem olarak ortaya çıkmaktadır. Önemli dönemlerde farkındalığa ihtiyacı olan bazı olgular yaşanmadığında ve sözlü olarak ifade edilmediğinde bir takım sağlık problemlerine dönüşürler. Bu ifade edememe hali kişileri zorlar ve çoğunlukla yanlış rahatlama yöntemlerine başvururlar. Sanat Terapisi adı altındaki tüm yöntemler bu amacın sağlıklı gerçekleştirilebilmesine hizmet eder.

Sanat Terapisi'nin sözel terapiden farkı materyal kullanılabilir olmasıdır. Çok karmaşık malzemelere ihtiyaç duyulmadan kimi zaman bir kâğıt ve kalemin kullanılmasıyla da gerçekleştirilebilir. Bu malzemelerin ulaşılabilir, portatif ve çoğu ortamda kullanıma uygun olması yeterlidir. Hedeflenen konu hakkında danışanın

kendini en iyi şekilde yansıtabileceği materyal seçimi ile uygun bir tedavi planı oluşturulmalıdır (Malchiodi, 2006).

Kanser hastası 55 kişi birey ile yapılan bir araştırma sonucunda, sanat terapi seanslarının ardından endişe düzeylerinde, ağrı ve yorgunluk belirtilerinde bir azalma olduğu gözlemlenmiştir. Dolayısıyla hem fiziksel hem de ruhsal olarak bireyde iyileşme meydana getirdiği ve aktivitelerdeki artışı da beraberinde getirdiği ortaya çıkmıştır (Nainis vd., 2006). Cohen (2005) kentte yaşayan 300 kişinin katıldığı çalışmada sanat terapisi gruplarına katılım sağlayan insanların doktora daha az başvurdukları, ilaç kullanımını daha seyrek yaptığı gözlemlenmiştir. Sanat terapisi grubuna katılan kişilerin katılmayanlara oranla daha az depresif belirtiler sergilediği sonucuna ulaşılmıştır.

2.1.4.2. Müzik

Müzik terapi sanat terapi teknikleri içerisinde geçmiş çok eskiye dayanan bir tedavi yöntemidir. Dört bin yıldan beri birden fazla kültürde hastaların tedavisi için kullanılmıştır (Esch1AEF vd., 2004). Müziğin terapötik amaçla kullanımı tarihin ilk dönemlerinde Şamanlarla başlamıştır. Antik ve Orta Çağ'da Batı medeniyetinde etkisini göstermiştir. İslam devletlerinde ise sufiler müziğin iyileştirici gücüne oldukça ilgi duymuşlar ve bu durum Selçuklu ve Osmanlı Dönemi'nde de devam etmiştir (Aydın, 2012). Eski dönemlerde Yunanlılar müziği, ahlaki değerlerin ve ruhsal yetkinliğin kökeni olarak görmüşlerdir. Celcus ve Areteus Eski Roma'da insan ruhunu sakinleştirdiğini ve ruhsal problemleri iyileştirdiğini belirtmişlerdir (Kwan, 2010). Müziği ilk kez tedavi amacıyla Nörolog Phillipe Pinel kullanmıştır. 19. Yüzyılda ise bazı doktorlar tedavilerinde müziğe başvurmuşlardır (Yiğitbaş, 1972).

Toplumların gelişmesiyle beraber müziğin insan üzerindeki etkileri fark edilmiştir. Sanatta kullanmanın yanı sıra terapi için de kullanılmıştır (Conrad, 2010). Günümüze baktığımızda dünyanın birçok bölgesinde müzik merkezli tedavi okulları ve psikiyatr kliniklerinin müzikle tedavi alanı vardır. Müzik terapi ile ilgili daha etkili tedavi planları oluşturmak için araştırmalar artarak devam etmektedir (İngersoll & Schaper, 2012).

1980 yılında müzik ile yapılan tedaviyi, Amerikan Müzik Terapisi Federasyonu; bireylerin zihinsel ve fiziksel olarak sağlığına kavuşması, iletişim ve öğrenme becerisinin gelişmesi, organize olabilme ve kendini ifade edebilme becerinin iyileştirilmesi amacıyla müzik terapistinin tedavi planına müzik ya da müzikal parçaları dahil etmesi, olarak tanımlamıştır. Müzik, insanlarda fizyolojik ve psikolojik cevaplar açığa çıkardığı için, dinleyen kişi için çok etkili bir uyarandır (Salamon vd., 2003). Otonom sinir sistemine de etkisi olan müzik terapinin kişide rahatlama(relaksasyon) sağladığı ileri sürülmektedir. Müzik, beynin sağ bölgesini etkileyip limbik sistemde yanıtlar oluşturduğu için ağrının şiddetini azaltıcı etkisi olan enkefalin ve endorfin salınımına yol açmaktadır (Nilsson, 2008).

Müziğin bireyler üzerindeki etkisi için birden fazla akademik çalışmada ele alınmıştır. Geçmişte hastalıkları tedavi etmek amacıyla kullanıma başlanan müzik, günümüzde bilimsel bir boyut kazanmıştır. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar Şizofreni, Alzheimer ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde müzik terapinin etkinliğini kanıtlama çabası içerisinde. Müzik terapi, dikkat süreçlerini olumlu şekilde etkiler, hafızayı geliştirir, kişilerin öz saygılarına da pozitif etkisi vardır. Yalnızca tedavi edici değil insanların günlük yaşantılarındaki stresle başa çıkabilmeleri için korucu olarak da kullanılmaktadır (Gençel, 2006).

2.1.4.3. Kolaj

Kolaj, dergi, fotoğraf, gazete parçaları veya kumaş gibi nesnelerin bir zemine yapıştırılarak oluşturulan bir çalışmadır. Kurutulmuş bitki, kurdeleler, sakızların kağıtları gibi birçok farklı obje bu tekniğin materyalini oluşturabilir (Johnson & Sullivan, 2006). Önceden taş, kum ya da desenli olan ve sanat terapisinin malzemesi olmayan parçalar ilerleyen zamanlarda estetik bir yapı oluşturmak koşuluyla birleşerek sanat eseri haline gelmektedir (Tanyeli & Sözen, 2011).

Sözlü iletişimi tercih etmeyecek danışanlar olduğu gibi resim çizmek istemeyen, sanat yapmaktan çekinen ya da çizim, yazı gibi yolları da tercih etmek istemeyenler olabilir. Bu durumda kişilerin kendilerini yaratıcı bir şekilde en iyi anlatabilecekleri yol kolaj çalışmalarıdır ve bu sayede kişilerin farkındalık seviyesi artmaktadır. Herhangi bir gazete ya da dergiden bir görüntü seçmek kendisini daha

rahat açabilmesini kolaylaştırmış olur. Çalışmada oluşan o sanatsal ürün, geçmiş yaşantılarla birlikte şimdiki duyguları ile bağlantılıdır. Çalışma sona erdiğinde ise kişide bir dengelenmiş hissi meydana gelir (Hopf, 2014).

Kolaj tekniği serbest çağrışım ve oyunlaştırmayı da içinde barındıran bir süreçtir. Dolayısıyla teknik daha eğlenceli ve ilgi çekici hale gelmektedir. Kolaj çalışması birden fazla görsel materyalin bir araya gelmesiyle oluşur. Bireyler yaratıcılığını geliştirerek, kişisel sınırların dışına çıkmak için yollar keşfederler. Kompozisyonu oluştururken kişilerin hangi malzemeleri seçip ne şekilde kullanacağı onların tercihine bırakıldığı için özgüvenlerinde de bir gelişme görülmektedir (Buck & Provancher, 1972).

2.1.4.4. Kil

Kil yüzyıllardan beri birçok medeniyet tarafından çeşitli amaçlar için kullanılmıştır. Psikoterapide ise kil, bireyin içsel dünyasının somut ifadesi olarak kullanılır. Ortaya çıkan ürün, sanatsal materyal ile insanın iç dünyası arasındaki ilişkiyi temsil etmektedir. Merkeze almamız gereken nokta burasıdır ve insanların psikolojik süreçleri hakkında bizde bir fikir oluşturur (Sholt & Gavron, 2006). Kilin sanat terapi yöntemi olarak terapide kullanılması duygusal ifadeleri ve fikirleri somutlaştırmada kolaylık sağlamaktadır. Travmatik deneyimler, istismar olaylarının ruhsal etkileri, yas süreci gibi problemlerin ortaya çıkması ve çözümlenmesinde etkili bir yöntemdir (Sherwood, 2004).

Dokunarak temasta bulunmak bizim ilk öğrendiğimiz ve çocukluğumuzun ilk yıllarında hâkim olan iletişim şeklidir. Bebeğin güvenlik ve sevgi algıları anne çocuk ilişkisindeki o yakın temas ile oluşur (Orbach, 2019). Sanat terapisi yöntemlerinden kil ile çalışmak hem kişinin yaratıcılığını hem de kişinin ruhsal yaşantılarının dışavurumuna ihtiyaç duyar. İnsan kile temas ettiğinde olumlu, olumsuz birçok anının tetiklenmesinin önüne geçilemez ve kişinin regresyonuna neden olur (Henley, 2002).

Kilin sanat terapisi ve psikoterapide kullanımında ortaya çıkan altı tane ana terapötik unsur Sholt ve Gavron (2006) tanımladılar:

- Duyguların açıklanmasında kolaylık sağlama
- İçte biriken duyguların boşaltılması
- Bilinçdışındaki malzemeleri anlamlandırma
- Yoğun duyguların açığa çıkarılması
- İletişim becerisini kuvvetlendirme
- Psikolojik içerikleri somut hale getirmek

2.1.4.5. Mandala

Mandala, Sanskritçe bir kelimedir ve daire, tamamlanma anlamına gelmektedir. Bir merkez ve daireden oluşan mandala bütün olmayı simgeler. Çevremizde oldukça çok miktarda mandala deseni örnekleri mevcuttur. Mandala, tarihte ilk kez Budistler tarafından yapılmıştır. Tibetliler ve Hindular da mandalanın etkileyici görüntüsünün etkisinde kalıp çeşitli anlamlar yüklemişlerdir. Merkezde nokta ile başlayıp etrafında farklı şekillere bürünerek dönen bir yapıda olduğu için zamanın akışını sembolize eder. Bu yüzden mandalar “Zamanın tekerleği” olarak isimlendirilmiştir (Ergür vd., 2021). Mandalayı psikanalist Gustav Jung, bilinçaltının yansıması olarak ifade etmiştir. Kendisinin kullanmasının yanı sıra hastalarına da öneride bulunarak, bizim kim olduğumuzu öğreteceği fikrini ortaya atmıştır. Jung’a göre kişiliğimizin görsel olarak ifade edilme şeklidir (Rappaport, 2013).

Sanat Terapisi’nde içeride merkezde bulunan noktanın dışarıya doğru genişlemesiyle mandala meditasyon etkisi yaratır. Kişilerin zihnini dinlendirir, rahatlatır, bütünlüğü görebilmeyi sağlar farkındalığı arttırır, kendilerini ifade etmede yeni bir alan açar (Rappaport, 2013). Mandalanın konsantrasyonu besleyen bir yanı da vardır. Dolayısıyla o esnada birey tüm dikkatini çizgilere vermeli ve o anda kalmayı başarmalıdır. Anda kalmak da kişinin geçmiş ve gelecek endişelerinden ayrışmasına vesile olur. Strese karşı koruyucu bir etkisi de bulunmaktadır. Şizofreni, Anksiyete, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozuklukları tanımlı hasta grupları ile mandanın etkililiği üzerine çalışmalar yapılmıştır. TSSB tanısı almış kişilerle mandala çizimi ve boyaması yöntemleri ile yapılan çalışmalardan birinde travma

semptomlarının şiddetinde ve endişe düzeylerinde azalma görülmüştür (Ergür vd., 2021)

2.1.4.6. Drama

Drama terapi, kişilerin hayatında karşılaştıkları problemleri anlamlandırmak ve bu durumlarla başa çıkabilmek için tercih edilen yöntemlerden biridir. Tiyatronun farklı parçalarını kişileri iyileştirmede kullanılabilecek bir yöntem olarak kurgulanmıştır. Bireysel olarak uygulandığı gibi grup olarak da uygulanabilir. Uygulamada dramatisasyona motive olabilmeleri açısından hikayeler oluşturma ya da anlatma, imajinasyon, doğaçlama gibi teknikler kullanılır (Chiu, 2011). Hikayelerin oluşturulması ile bireyin sorun çözme becerisi kazanma, sosyal açıdan daha farkındalık sahibi olma, kendini keşfetme gibi yönlerini güçlendirirken kişinin gözlem becerisine de katkı sağlamış olur (Malchiodi, 2005).

Bu tekniği tarihte ilk kez Stanislavski, Brecht, ve Grotowski 1960 yılında kullanarak drama terapinin öncüsü olmuşlardır (Kedem & Kellermann, 1996). Drama terapisi ve psikodrama bazı noktalarda farklılık gösterirler. Psikodrama, bireylerin deneyimlediği yaşantıları anlatmak şeklinde yol alırken drama terapistleri kurgusal anlatım ile çalışır ve tiyatroya daha yakın bir duruş sergiler (Serlin, 2007). Drama terapi birçok durumda kullanılmaktadır. Çocuk ve ergen çalışmalarında, bağımlılıklarda, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve kişilik bozuklukları gibi patolojilerde de başvurulan yöntemlerden biridir (Long, 2019).

2.1.4.7. Dans ve Hareket Terapisi

Dansın iyileştirici yönü çok uzun yıllardan beri bilinmekte ve hastalıkları iyileştirmede bir araç olarak kullanılmaktadır. Dans terapi ile kişi yaşadığı olumsuz olayları aşmaya çalışırken bedeni ile de ilişki kurar ve öz saygısı gelişir (Hanna, 2006). Dansın terapide bir araç olarak kullanılma fikri 1916 yılında Carl Gustav Jung tarafından ortaya atılmıştır. Ancak bu konu hakkındaki çalışmasını 1957 yılında yayınlamıştır. Dansın terapötik olarak kullanılması ise 2. Dünya Savaşı'ndan sonra Marian Chase tarafından olmuştur. Marian, bu alandaki çalışmalarını Washington'daki St. Elizabeth Hastanesinde yürütmüştür (Lewis, 2004).

Dans terapisi bireyde bedensel, duygusal, bilişsel ve sosyal olarak bir bütünlük oluşturmak ve bunu yükseltmek için dansı terapötik olarak kullanmak olarak tanımlanmıştır. Terapötik bileşenlerini ise dans, beden ve yaratıcılık oluşturmaktadır. Dans insanlarda pozitif duyguları ortaya çıkartarak iletişim ve davranışı geliştirmektedir (Palo Bengtsson vd., 1998). Bu terapi yöntemi bireylerde mutluluk hormonu olarak bilinen serotonin ve dopamin düzeyini arttırmaktadır. Depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkları rehabilite ettiği de bilinmektedir (Jeong vd., 2005). Hareket etmenin diğer yararları ise mental ve duygusal olarak kişide yarattığı olumlu etkilerdir. Hareket esnasında endorfin hormonu salgılanır. Bu da kişinin kendisini daha iyi hissetmesine, odaklanma kapasitesindeki artışa, uyku kalitesinin daha iyi olmasına, daha fazla enerjiye sahip olmasına ve yaşamdaki zihinsel ya da duygusal sıkıntıların üstesinden gelebilmesine yardımcı olur (Gleissner, 2017).

Dans ve hareket terapisi tüm yaş gruplarında uygulanabilmektedir. Bu yöntemin etkisini araştırmak için yapılan çalışmalara bakıldığında Bağımlılıklar, Yeme Bozuklukları, Duygu Durum Bozuklukları, Şizofreni, tacize maruz kalanlar ve travmatik deneyimi yaşamış kişiler gibi farklı hasta gruplarında uygulandığı ve olumlu sonuçlar alındığı gözlemlenmiştir. (Bilge & Ögce, 2008; Güney, 2011).

2.1.4.8. Biblioterapi

Bibliyoterapi kelime olarak, Yunancada “biblion” (kitap) ve “therapeía” (iyileşme) anlamına gelen kavramlarının birleşmesiyle oluşmuştur. Philpot (1997) bibliyoterapiyi en basit şekli ile doğru zamanda, doğru kişi ve doğru kitabın bir araya gelmesiyle rahatlamasını sağlamak olarak tanımlamıştır. Wolberg (1967) ise bibliyoterapinin tanımını kişilerin negatif bilişlerini, davranışlarını değiştirmek ve motivasyon düzeylerini arttırmak amacıyla, yazılı kaynakları okuma çalışmalarının verilmesi şeklinde yapmıştır. Bibliyoterapi, kişilerin davranış problemlerinde sağaltım sağlamak için profesyoneller vasıtasıyla yazılı veya yazılı olmayan kaynakların kullanılmasıdır (Rubin, 1978).

Kitap aracılığı ile iyileşme anlamına gelmektedir. Sağaltımda kitapların bir araç olarak kullanılmasının mümkün olduğunu ilk defa Yunanlılar ortaya koymuştur (Rubin, 1978). Yazılı kaynakların psikolojik ve fiziksel hastalıkları tedavi etmede

sistemik olarak kullanımı 18.yy'nın sonlarına doğru İngiltere, İtalya ve Fransa gibi Avrupa ülkelerinde başlamıştır. 1900'lü yıllarda kütüphaneler akıl hastanelerinin büyük ölçüde bir parçası haline gelmiştir. Smuel McChord Crothers 1916 yılında tedavi gerektiren sorunlarda kitapların kullanımı ile ilgili makale yazmıştır (Cornett & Cornett, 1980). Psikiyatri alanında bazı önemli kişiler hastanelerde hem hastaların tedavisinde hem de hastaların eğlenmesinde bibliyoterapi kullanımını desteklemişlerdir. Kütüphane çalışanları o yıllarda hastanelerdeki psikiyatrik alandaki hastaların kendilerine yardımcı olma potansiyelinde okuma kaynakları arayışına girmiştir (McCullis, 2012).

Yazı yazmak, anlatılması güç olan duyguları ifade etmede bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu terapi yönteminin amaçları kişilerin kendini ifade edebilmesi, yaşadıkları durumlara yeni bir bakış açısı kazandırarak yeniden tanımlamalarına yardımcı olmak ve terapistlerin danışanları ile ilgili daha detaylı bilgi alabilmelerini sağlamaktır (Chavis, 2011). Bu sayede kişinin sorunu evrensel hale gelir ve kişi aslında içinde bulunduğu durumda yalnız olmadığını farkına varır. Üzerindeki duygusal baskı hafifleyerek sakinleştirici bir etki yaratır. Terapist tarafından seçilen kitaplar kişilerin kültür düzeyi ve kişinin sorununa uyumlu olmalıdır.

Bal (2018) bir araştırmasında, depresyon tanılı bireylerde bibliyoterapinin etkisini araştırmış ve katılımcıların ön test ve son test sonuçlarında anlamlı bir fark gözlemlemiştir.

2.2. SANAT TERAPİ KULLANIM ALANLARI

2.2.1. Yetişkinlerle Sanat Terapi

Terapistler, düşünce ve davranışlardaki tutarsızlıklarla yüzleşmek, seçenekler geliştirmek ve daraltmak, bir danışanı eyleme geçirmek veya terapötik ilişkinin sona ermesine yardımcı olmak için sanat direktiflerini seçebilir.

Sanat terapisinin çoğu psikodinamik teoriye dayanmasına rağmen, danışmanlığa farklı teorik yaklaşımlara entegre edilebilecek çok sayıda yöntem gelişmiştir (Kahn, 1999). Örneğin, birey merkezli ekol ile çalışan bir terapist, kendini ifade etme ve benlik ve çevre kavramlarının entegrasyonu yoluyla danışanları, sanatı

kendini gerçekleştirme için kullanmaya teşvik edebilir (Cochran, 1996). Bilişsel yönelimli bir terapist danışandan karikatür şeritleri çizerek irrasyonel düşünceleri keşfetmesini isteyebilir. Çözüm odaklı bir terapist, danışan işlerin iyi gittiği bir zamanı yansıtmamasını ve o sırada ne yaptığını çizmesini istemeyi yararlı bulabilir. Yapısalcı yaklaşım ile çalışan bir uzman, danışanını olumlu ve olumsuz olayları temsil etmek için farklı renkler ve semboller kullanarak zaman içinde olan önemli şeyleri temsil eden bir yaşam haritası çizmeye teşvik edebilir.

Ruh sağlığı çalışanlarından yetişkinlere danışmanlık yaparken sanatı kullanmaktan kaçınanlar olabilir. Çünkü çoğu yetişkin becerileri konusunda kendisini yetersiz hissettiği için sanatsal olarak kendilerini ifade etmekten de çekinebilirler (Gladding, 1998). Aslında bunun üzerine gidebilmeleri için sanat terapisi bir fırsat da olabilir. Tedavi planına sanatı da dahil etmenin faydası birçok çalışma ile açıklığa kavuşturulmuştur. Sanatın yetişkinlerle yapılan terapiye dahil edilmesinin avantajları şu şekilde özetlenmektedir:

- Bilinçdışına dokunur ve bireylerin gizli çatışmaları ifade etmelerine yardımcı olarak daha önce gizlenmiş olan düşünce ve duyguları farkındalığa kavuşturur (Liebmann, 1990).
- Kişilerin yaşadığı çatışmalar, duygular ve durumlar için bir metafor görevi görür (Ulak & Cummings, 1997).
- İnsanların kendilerini veya durumlarını somut, nesnelleştirilmiş bir şekilde hayal etmelerine yardımcı olur (Rubin, 2001).
- Özellikle aile içi şiddet ve istismar gibi alt konu çok utanç erici veya konuşulması zor olduğunda danışman ile danışan arasında bir köprü görevi görür (Brooke, 1995; Liebmann, 1990; Trowbridge, 1995).
- Görünür bir iz oluşturur, somut bir kayıt sağlar ve danışanların bir dizi geçmiş oturumu gözden geçirmelerine ve geliştirme ve değişimi not etmelerine olanak tanır (Ganim, 2000; Liebmann, 1990).
- İnsanların kendilerinde anlamlandıramadıkları ve gittikçe büyüyen yönleriyle daha fazla bağlantı kurmalarına ilham verir ve yardımcı olur (Mills & Crowley, 1986).

- Enerji artırıcı bir süreç sağlar (Kahn, 1999); sanat, danışanları düşünmek yerine “yaptırır” ve bu nedenle sözlü danışmanlıktan daha aktif hale getirebilir (France & Allen, 1997).
- Müzik, hareket, yaratıcı yazarlık ve imge gibi diğer etkileyici sanatlarla kolayca birleştirilebilir (McNiff, 1997).

2.2.2. Ailelerle Sanat Terapi

Ailelerle sanat terapisi son on yıl içinde aile terapisi teorilerinin gelişimi olarak ortaya çıkmıştır. Psikodinamik, sistem teorisi, hümanist, stratejik, yapısal, çözüm odaklı dahil olmak üzere aile sanat terapisi için bir çerçeve olarak birçok teori kullanılmıştır. Her bir ekol değişimi etkilemek, sistem dinamiklerini belirlemek ve aile üyelerinin iletişim kalıplarını anlamak için bu teorileri sanat ifadesinin temeli olarak kullanarak başlıca aile terapisi teorilerinden yararlanmıştır (Malchiodi, 2003).

Sözsüz iletişim, problemleri görsel olarak çözme ve tedaviye aktif katılım gibi sanat terapisinin de içerisinde de oldukça önemli yerdedir. Bunların dışında aile ile sanat terapisi çalışmanın faydaları aşağıdaki şekilde maddelenmiştir:

- Aile sanatı terapisi, sanat ifadesi yoluyla her neslin eşit bir sese sahip olmasını sağlar; sözel terapiye sıklıkla dirençli olabilecek en küçük çocuk bile tedaviye aktif olarak katılabilir. Sanatı ifade aracı olarak kullanma deneyimi, tüm aile üyelerini terapötik bağlamda eşit bir zemine yerleştirir.
- Aile terapisinde sanat sürecinin aşılması, katılımcıların bireysel ve grup sanat etkinlikleriyle düşünce ve duygularını eşzamanlı olarak ifade etmelerini sağlar. Bireysel ve aile inançları tek bir sanat ifadesi içinde iletilebilir.
- Bireysel terapide danışan için görsel anlatım, aile sorunlarının terapistle iletmesinde önemli bir araç olabilir. Basit bir çizim veya kolaj, danışanın “aileyi dahil etme” aracı olabilir ve aile içindeki rolleri ve danışanın köken ailesindeki sorunları tartışma fırsatı sunar (Riley, 1991).
- Aile sanatı terapisi, süreç boyunca aile bireyleri ve aile bireyleri arasındaki iletişimi, sanat görevinin içeriği, aile etkileşimi ve davranış paternleri yoluyla geliştirir.

- Sanat terapisi yoluyla aileye her biriyle yeni bir şekilde iletişim kurmaları için bir araç sunulur. Alışılmış tepki kalıpları terapi sürecine yansiyabilir, ancak aile yaratıcı potansiyelini sorunları çözmek, kendilerini daha geniş bir perspektife açmak ve davranış değişikliklerini desteklemek için kullanma fırsatına sahiptir (Malchiodi, 2003).

2.2.3. Psikolojik Rahatsızlıklarda Kullanım

Psikoterapötik yöntemlerin temel hedefleri bireylerin duygu ve düşüncelerine ait farkındalığın oluşması, keşfetmesi ve anlamasıdır. Yapılan araştırmalar, tedavilerde dışavurumcu yöntemlere başvuruldukça kişilerin de terapi sürecinden o kadar fayda sağladıkları görülmektedir. Bu müdahalelerden biri de sanattır (Masters, 2005). Sanatsal etkinlikler, oyalanma ya da eğlenme için araç değil, terapötik sürecin bir parçası konumundadır (Killick, 1993).

Sanat Terapisi'nin psikolojik rahatsızlıklarda etkisini anlayabilmek için birçok alanda çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda da pozitif sonuçlara ulaşılmıştır. Anksiyete, Şizofreni, Demans, Bağımlılık, TSSB, Depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklar bunlara örnek olarak verilebilir.

Sanat terapisi hastane, klinik, kamu ve toplum kuruluşları, eğitim kurumları, sağlık merkezleri ve özel iş yerleri gibi birçok yerde uygulanabilen bir tekniktir. Çocuk, genç, yetişkin, yaşlı ve ailelere uygulanabilir. Bireysel ya da grup şeklinde yapılabilir (American Art Therapy Association, 2009). Yaşlılarda sanat terapisinin etkisini araştırdıkları bir çalışmada, katılımcılarda hafızanın güçlendiği, özgüveninin arttığı, hayattan aldıkları zevkin artışı ve bedensel iyilik halinin artışı gözlemlenmiştir (Artan vd., 2017). Madde bağımlılığı hakkında yapılan çalışmalarda, bağımlı bireylerde gözlemlendiğimiz duygu ve düşünce arasındaki istikrarsızlık çalışmanın sonunda daha dengeli ve uyumlu bir hale gelmiştir (Adedoyin vd., 2014).

Hapishanedeki mahkumlarla yapılan sanat terapi uygulamalarının ardından depresif belirtilerde azalma gözlemlenmiştir. Özsaygı ve verimliliklerinde de artış saptanmıştır (Gussak, 2009). Sanat terapisi Anksiyete ve stres yönetiminde de çalışmalarla etkisi ortaya çıkan bir yöntemdir. Rahmani ve Moheb 2010 yılında

Anksiyete, Muller ve arkadaşları 2012 yılında gevşeme konularında yaptıkları çalışmalarda sanat terapi çalışmalarının etkili sonuçlar verdiğini gözlemlemişlerdir. Ponteri (2001) 'nin anne ve çocukları birlikte dahil ettiği sanat terapi uygulamalarında ikili ilişkilerinin kuvvetlendiğini, özsaygının arttığına dair sonuçları ortaya koymuştur.

TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı almış erişkinler üzerinde Sanat Terapisi uygulamalarının etkileri araştırılmıştır. Bu konu ile ilgili yurt içi ve yurt dışında yapılan çalışmaların sonuçları derlenmiştir.

“The Arts in Psychotherapy” isimli dergide bulunan bir makalede, travmatik hafızaya ulaşmak için Sanat Terapisi Travma Protokolünden bahsedilmiştir. Uygulanan yöntemde, katılımcı duvara asılan Bristol levhasına vücudunu tam olarak kullanabileceği şekilde ayakta resim yapar. Boyalar ile duvar arasında ileri geri yürümesine izin verilmiştir. İleri geri yürümek, akan bir süreç yaratmak için önemlidir. Resmi oluşturma süreci, kişinin duyu-motor deneyiminin farkına varırken, kendi düşüncelerini ve eylemlerini gözlemlemesine yardımcı olur ve öz duyum anlamına gelen “propriosepsiyon”u geliştirir. Danışanla birlikte sürece dahil olarak, kararlar verme ve bir ürün ortaya koymanın zihni ve bedeni harekete geçirdiği ifade edilmektedir. Bireyin içsel temsili güçlendirmede terapötik ilişkinin önemi üzerinde durulmuştur. Geliştirilen bu model etkili bulunmuş ancak daha fazla araştırma yapılması gerektiği de vurgulanmıştır (Talwsar, S. 2007).

Sistemik bir şekilde araştırmaların analiz edilip çeşitli faktörlere göre elendiği bir çalışmada en iyi sonuç veren altı çalışma ile devam edilmiştir. Travmayı konu alan altı çalışma kıyaslandığında sanat terapinin etkili olduğuna ulaşılmıştır. Bu çalışmaların üçünde travma semptomlarında anlamlı ölçüde azalma görülmüş, birinde ise depresyon belirtilerinde anlamlı azalma bulunmuştur. Toplam 223 katılımcının 102 tanesi sanat terapisi almış (boyama, mandala teknikleri), 120 kişi kontrol grubunda herhangi bir tedavi almamıştır. Bazı araştırmalarda ise Sanat Terapisi ve Bilişsel Davranışçı Terapi aynı anda kullanılmış ama aralarında anlamlı bir farklılığa ulaşılmamıştır. Yani Sanat Terapisi tek başına da etkili bulunmuştur (Schouten vd., 2015).

Diğer bir araştırma ise yangında kalarak travma geliştirmiş genç yetişkinlerle yapılan vaka çalışmasıdır. Appleton (1990) sanat terapisi yoluyla kriz ve travmayı

anlamak için yeni bir paradigma geliştirmek amacıyla yoğun bakım ünitesinde yürütölen bir araştırmadan yararlanmıştır. Bu çalışma için geliştirilen modelde dört travma aşaması ve ilişkili sanat terapisi hedefleri tanımlanmıştır. Çalışma sonucunda sanat bu hastalar için eşi görölmemiş bir ifade aracı olmuştur ve yaratma ihtiyacının onlar için çok önemli olduğu belirtilmiştir. Hastaların tıbbi uygulama esnasında bile resim çizdiği, boyama ve yapıştırma yaptığı gözlemlenmiştir. Sanat terapisinin birincil hedefi iyileşmeye giden bu kişisel yolculukların ifadesi için araç oluşturmak ve terapötik bir fırsat sağlamaktır. Her hastanın anlatacak bir hikayesi ve çizecek bir resmi vardır.

Başka bir vaka çalışmasında askeriyede aktif görevde olan kronik bir şekilde Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri gösteren askerlerin iyileşme sürecinde sanat terapi uygulamaları kullanılmıştır. Terapi ortamındaki etkileşimin, hastaların tedaviye karşı gösterdikleri direncin üstesinden gelmede önemli olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucunda askerlerdeki kaygı düzeyinde azalma olduğu ortaya koyulmuştur. Bu sonuca ek olarak Sanat Terapi tekniklerinin daha geniş bir disiplinler arası değerlendirme ve tedavi stratejisine dahil edildiğinde, hastalıkların daha iyi tanımlanması ve iyileştirme sürecindeki işlevselliğinden dolayı bu alanda çalışanlara büyük umutlar vaat ettiği belirtilmiştir (Walker vd., 2016).

Ölkemizde ise Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Sanat Terapi konusu hakkında yapılmış tek bir çalışma vardır. Bu çalışmada da travma sonrası bilişleri azaltmada Sanatla Terapi programının etkisi incelenmiştir. 13 katılımcının olduğu 8 haftalık bir Sanat Terapi programı uygulanmıştır. Sanat Terapi Tekniklerinden resim, müzik ve kolaj gibi teknikler kullanılarak katılımcıların paylaşım yapmaları ve grup içerisindeki tartışmalara dahil olmaları sağlanmıştır. Çalışma bittikten sonra yapılan son-test sonuçları ile çalışma öncesinde yapılan ön-test sonuçları karşılaştırıldığında, katılımcıların travma sonrası bilişlerini azaltmada Sanat Terapinin uygulamalarının olumlu etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Örnekleme grubunun oldukça küçük olması ve uygulamanın uzun dönemde bıraktığı etkinin bilinmiyor olması bu çalışmanın sınırlılıkları olarak ifade edilebilir (Demir vd., 2019).

SONUÇ

Literatürü incelediğimizde Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nda Sanat Terapisi'nin etkisini inceleyen çalışmaların az olduğu görülmektedir. Dolayısıyla iki başlık arasındaki ilişkiyi yordayabileceğimiz herhangi bir analiz ve sonuca ulaşmamız mümkün değildir. Çalışmalara baktığımızda, örneğin yangın mağdurları ile yapılan çalışma "Farklı travmalar yaşamış bireylere uygulandığında yine etkili sonuçlara ulaşılabilir mi?" sorusunu açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Benzer bir durum Türkiye'de yapılan travma sonrası bilişlerdeki etkiyi azaltmayı hedefleyen çalışma için geçerlidir. Çalışma kendi hedefine ulaşmıştır ancak bu konu hakkında kıyaslanacak başka çalışmaların olmaması Sanat Terapisi'nin bilişler üzerindeki etkisini değerlendirmek için yetersiz kalmaktadır.

Sanat Terapisi'nin etkisini kanıtlayabilmek adına bu konuda deneysel çalışmaların daha fazla yapılması gerekmektedir. Yurt içi ve yurt dışında yapılan mevcut çalışmalar ve literatür taramalarının sonucunda Sanat Terapisi etkili bulunmuştur. Ancak var olan araştırmalar da "Sanat Terapisi Travma Sonrası Stres Bozukluğu yaşayan bireylerin tedavisinde tek başına etkili ve geçerlidir." şeklinde bir genelleme yapmamız için yeterli değildir. Bütün çalışmaların ortak fikri daha çok araştırma yapılması yönündedir.

Şu ana kadar yapılan araştırmaların sayısı az olmakla birlikte sonuçlarda sanat terapisinin çoğunlukla olumlu etkisine vurgu yapılmıştır. Olumsuz etkinin görülmemesi hala bu konuda yeterli sayıda ve yeterli alanlarda araştırma yapılmadığının kanıtıdır. Çünkü geçerliliği kabul edilmiş terapi ekollerinde yapılan araştırmalarda bile etkili sonuçlar olduğu kadar etkili olmadığına dair sonuçlar da mevcuttur.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu komorbiditesi çok fazla olan bir psikolojik rahatsızlıktır. Semptomları daha yoğun yaşayan vakalarda büyük ölçüde ekip çalışması gerekmektedir. Psikiyatrist, psikiyatrist hemşiresi, psikolog ve sosyal

hizmet uzmanları bu ekibi oluşturabilmektedir. Bireylerin birden fazla destek alanına ihtiyacı olabilir. Danışan Bilişsel Davranışçı Terapi tedavisi alırken bir yandan da Sanat Terapi desteği alabilir. Sanat Terapisi bu noktada bireylerin kendisine olan güvenini geliştirerek, belirtilerin oldukça azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı sağlıklı döneme geçiş sürecini kolaylaştırmaktadır.

Dünya geneline baktığımızda Sanat Terapi Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde son yıllarda tedavi sürecine dahil edilmekte ve 'Sanatsal Etkinlikler' ya da 'Terapide Sanat Uygulamaları' olarak ifade edilmektedir. Problemlerle başa çıkmada insanların destek aldığı öncelikli bir tedavi aracı değil tamamlayıcı bir yöntemdir.

Akademik çalışmaların artışı sağlamak ve gerçek anlamda Sanat Terapisi uygulanabilmesi için bu alanda yetkin kişilerin sayısının artırılması gerekmektedir. Psikologlar, psikiyatristler, psikolojik danışmanlar, sosyal hizmet çalışanları ve doktorlar Sanat Terapisi eğitimleri ile kendilerini zenginleştirerek tedavi süreçlerine dahil edebilirler. Türkiye'de Sanat Terapisi eğitimleri Sanat Psikoterapileri Derneği ve üniversitelerin sürekli eğitim merkezleri tarafından verilmektedir. Terapistler bu eğitimleri alıp danışanları ile uyguladıkça Sanat Terapi'nin bilinirliği artacak ve tedavilerde ne derecede başarılı olduğu ortaya çıkacaktır. Sanat Terapisi ile donanımlı hale gelen uzmanların daha çok kişiye ulaşabilmesi adına hastaneler ya da kliniklerde bu alanda çalışmaların yapılabileceği alanların oluşturulması gelecekte değerlendirilmesi gereken fırsatlardan birisi olabilir.

KAYNAKÇA

- Adedoyin, C., Burns, N., Jackson, H. M. & Franklin, S.** (2014). Revisiting holistic interventions in substance abuse treatment. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24(5), 538–546. <https://doi.org/10.1080/10911359.2014.914718>
- Akcan, G.** (2018). Travmanın psikolojik bileşenleri post travmatik stres bozukluğu. *The Journal of General Psychology*, 47-53.
- Akhan, L. U.** (2012). Psikopatolojik Sanat ve Psikiyatrik Tedavide Sanatın Kullanılışı. *Journal of Higher Education & Science*, 2(2).
- Allen, J. G.** (1995). *Coping with Trauma: A Guide to Self-Understanding*. American Psychiatric Press.
- American Art Therapy Association** (2009), *About Art Therapy*, <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- American Psychiatric Association** (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-I (1st Ed.).
- American Psychiatric Association** (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-III (3rd Ed.).
- American Psychiatric Association** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>
- Amerikan Psikiyatri Birliği** (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (Dsm-5) Tanı Ölçütleri El Kitabından (5. Baskı)*. Hekimler Yayın Birliği.
- Appleton, V. E.** (2001). Avenues of Hope: Art Therapy and the Resolution of Trauma. *Art Therapy*, 18, 13-6. <https://doi.org/10.1080/07421656.2001.10129454>
- Art** (17 Ocak 2010). In *Encyclopædia Britannica*. <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/630806/visual-art>
- Artan, T., Arıcı, A., Çicek, M. & Özbek, Y.** (2017). Sanatla Terapi'nin Yaşlılar Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Strategic Research in Social Science*, 3(4).

- Artut, K.** (2002). *Sanat Eğitimi Kuramları ve Yöntemleri*. Anı Yayıncılık
- Aydın, E.** (2012). Müzik Terapi: İşleyiş ve Yaklaşımlar. http://www.sanatpsikoterapileriderneği.org/uploads/6/4/5/5/6455557/aydin_esma_muzik_terapi_isleyis_ve_yaklasimlar.pdf
- Bal, F.** (2018). Bibliyoterapi uygulamasının depresyon üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(24), 1630-1640.
- Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E., Livanou, M., Özeren, M., Aker, T., Kılıç, C., & Mestçioğlu, Ö.** (2001). A study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earthquake survivors in Turkey. *Journal of traumatic stress*, 14(3), 491-509.
- Bilge, A. & Öğce, F.** (2008). Dansın Beden ve Ruh Sağlığı Açısından Önemi. *Motif Akademi Halkbilimi Dergisi*, 1(2), 123-134.
- Bolu, A., Erdem, M. & Öznur, T.** (2014). Travma sonrası stres bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 8(2), 98-104.
- Brady, K. T.** (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(9), 12-15.
- Brady, K., Pearlstein, T., Asnis, G. M., Baker, D., Rothbaum, B., Sikes, C. R. & Farfel, G. M.** (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Jama*, 283(14), 1837-1844.
- Breslau, N. & Davis, G. C.** (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *The American journal of psychiatry*, 149(5), 671-675. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.5.671>
- Brooke, S. L.** (1995). Art therapy: An approach to working with sexual abuse survivors. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 447-466.
- Buck, R. E. & Provancher, M. A.** (1972). Magazine picture collages as an evaluative technique. *The American journal of occupational therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 26(1), 36-39.
- Budak, S.** (2009). *Psikoloji Sözlüğü* (4.Baskı). Bilim ve Sanat Yayınları.
- Chavis, G.** (2011). *Poetry And Story Therapy: The Healing Power of Creative Expression*. Jessica Kingsley.
- Chiu, S. T.** (2011). Drama and Dance therapy for Treatment of Psychiatric Disorders. *The Handbook of Psychodrama*, 29-45.

- Cladua, E. & Cornett, C. F.** (1980). *Bibliotherapy: The Right Book at the Right Time*. PHI Delta Kappa.
- Cochran, J. L.** (1996). Using play and art therapy to help culturally diverse students overcome barriers to school success. *School Counselor*, 43, 287–298.
- Conrad, C.** (2010). Music for healing: from magic to medicine. *The Lancet*, 376(9757), 1980-1981. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62251-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62251-9)
- Darley, S., Heath, W., Cohen, G. D. & Darley, M.** (2007). *The expressive arts activity book: A resource for professionals*. Jessica Kingsley Publishers.
- Davidson, J. R. & Foa, E. B.** (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 346–355. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.346>
- DiMauro, J., Carter, S., Folk, J. & Kashdan, T.** (2014). A historical review of trauma-related diagnoses to reconsider the heterogeneity of PTSD. *Journal Of Anxiety Disorders*, 28(8), 774-786.
- Demir, V., Demir, A., Algedik, P., & Ataseven, E.** (2019). Travma Sonrası Bilişleri Azaltmaya Yönelik Sanatla Terapi Programının Etkisi. *International Journal of Social Science*, 2(1), 74-89.
- Edwards, D.** (2013). Art therapy. *Art therapy*, 1-200.
- Ehlers, A. & Clark, D. M.** (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ergür, İ., Ergür, E. & Ergür, E.** (2021). Mandala ve sanat terapisine tarihsel ve klinik bakış. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 4(7), 36-48.
- Esch, T., Guarna, M., Bianchi, E., Zhu, W. & Stefano, G. B.** (2004). Commonalities in the central nervous system's involvement with complementary medical therapies: limbic morphinergic processes. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 10(6), MS6–MS17.
- France, M. H. & Allen, E. G.** (1997). Using art: A gestalt counselling strategy for working with disruptive clients. *Guidance and Counselling*, 12(4), 24–26.
- Freud, S.** (1987). *Beyond the Pleasure Principle*. Norton.

- Friedman, M. J.** (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 548-556.
- Ganim, B.** (2000). *Art and healing: Using expressive art to heal your body, mind, and spirit*. Three Rivers Press.
- Gasquoine, P.** (2020). Railway spine: The advent of compensation for concussive symptoms. *Journal Of The History Of The Neurosciences*, 29(2), 234-245.
- Gençel, Ö.** (2006). Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2), 697-706.
- Giannini, J.** (2004). Pilgrimage to the ancient healing sites of greece: A Journey with Edward Tick. *The San Francisco Jung Institute Library Journal*, 23, 75–91.
- Gladding, S. T.** (1998). *Counseling as an art: The creative arts in counseling* (2nd Ed.). American Counseling Association.
- Gleissner, G.** (2017). What Is Dance Movement Therapy?, *Psychology Today*.
- Göktepe, A. K.** (2015). *Sanat terapi*. Nesil Basım Yayın Gıda Ticaret ve Sanayi A.Ş.
- Gussak, D.** (2009). The effects of art therapy on male and female inmates: Advancing the research base. *The arts in psychotherapy*, 36(1), 5-12.
- Güler, Ö.** (2019). *Travma: Nasıl Baş Edilir?* İndie Sağlık.
- Güney, M.** (2011). *Sanat ve psikiyatri* (2. Baskı). Öz Baran.
- Hanna, J. L.** (2006). Marian Chace Foundation Annual Lecture: October 2005 The Power of Dance Discourse: Explanation in Self-Defense. *American Journal of Dance Therapy*, 28(1), 3-20.
- Hathaway, L. M., Boals, A. & Banks, J. B.** (2010). PTSD symptoms and dominant emotional response to a traumatic event:an examination of DSM-IV Criterion A2. *Anxiety, stress, and coping*, 23(1), 119–126. <https://doi.org/10.1080/10615800902818771>
- Heim, C. & Nemeroff, C. B.** (2009). Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectrums*, 14(1), 13-24.
- Henderson, D.A. & Gladding, S. T.** (1998). The Creative Arts İn Counseling: A Multicultural Perspective. *The Arts in Psychotherapy*, 25, 3.
- Henley, D.** (2002). *Clayworks in art therapy: Plying the sacred circle*. Jessica Kingsley Publishers.
- Herbert, C.** (2018). *Travma sonrası psikolojik tepkileri anlamak*. Psikonet.

- Hopf, A.** (2014). An Art Therapy Intervention in Oncology using Collage for strengthening self-ascribed Autonomy. *Art Therapy Online*, 5(1).
- Ingersoll, S. & Schaper, A. M.** (2012). Therapeutic music pilot in the context of Human Caring theory. *Measuring caring: A compilation of international research on caritas as healing intervention*, 257-268.
- Jeong, Y. J., Hong, S. C., Lee, M. S., Park, M. C., Kim, Y. K. & Suh, C. M.** (2005). Dance Movement Therapy Improves Emotional Responses and Modulates Neurohormones in Adolescents With Mild Depression. *International journal of neuroscience*, 115(12), 1711-1720.
- Johnson, C. M. & Sullivan-Marx, E. M.** (2006). Art therapy: Using the creative process for healing and hope among African American older adults. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 27(5), 309–316. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2006.08.010>
- Jones, E., Fear, N. T. & Wessely, S.** (2007). Shell Shock and Mild Traumatic Brain Injury: A Historical Review. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1641–1645.
- Kahn, B. B.** (1999). Art therapy with adolescents: Making it work for school counselors. *Professional School Counseling*, 2(4), 291–298.
- Kardiner, A.** (1959). *Traumatic neuroses of war*. In: Arieti, S. (Ed.). *American handbook of psychiatry*. Basic Books, 1, 245–257.
- Kedem, T.E. & Kellerman, P. F.** (1996). “Psychodrama and drama therapy: A comparison”, *Arts in Psychotherapy*, 23(1), 27-36.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B.** (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Killick, K.** (1993). Working with psychotic processes in art therapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 7(1), 25-38.
- Kline, N. A. & Rausch, J. L.** (1985). Olfactory precipitants of flashbacks in posttraumatic stress disorder: case reports. *The Journal of clinical psychiatry*, 46(9), 383–384.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. & Neale, J.** (2019). Anormal psikolojisi. M. Şahin (çev.), Nobel Akademi.
- Kwan, M.** (2010). Music Therapists' Experiences With Adults in Pain: Implications For Clinical Practice. *Qualitative inquiries in music therapy*, 5, 43-85.

- Levick, M. F.** (1983). *They could not talk so they drew: Children's styles of coping and thinking*. Charles C Thomas.
- Lewis, P.** (2004). The Use of Marian Chace's Technique Combined With in the Depth Dance Therapy Derived from the Jungian Model: A Way to Healing and Spiritual Consciousness. *Musik-, Tanz Und Kunsttherapie*, 15(4), 197-203.
- Liebmann, M.** (1990). "It just happened": Looking at crime events. In M. Liebmann (Ed.), *Art therapy in practice*. Jessica Kingsley, 133-155.
- Long, K.** (2019). Drama Therapy With Children And Adolescents. *North American Drama Therapy Association*.
[http://www.nadta.org/assets/documents/children-adolescent-fact-sheet.pdf\(05.04.2019\)](http://www.nadta.org/assets/documents/children-adolescent-fact-sheet.pdf(05.04.2019)).
- Malchiodi, C. A.** (2003). *Handbook of art therapy* (Ed.). Guilford Press.
- Malchiodi, C. A.** (2005). Expressive therapies: History, theory, and practice. *Expressive therapies*, 1-15.
- Malchiodi, C. A.** (2006). *The Art Therapy Sourcebook*, McGraw-Hill Education.
- Masters, C. L.** (2005). *Clay Sculpture Within An Object Relational Therapy: A Phenomenological-Hermeneutic Case Study*. Doctoral dissertation, Rhodes University.
- McCulliss, D.** (2012). Bibliotherapy: Historical and research perspectives. *Journal of Poetry Therapy*, 25(1), 23-38.
- McNiff, S.** (1997). Art therapy: A spectrum of partnerships. *The Arts in Psychotherapy*, 24, 37-44.
- MEB/ Unicef** (2001). Psiko-Sosyal Okul Projesi, Travma Sonrası Normal Tepkiler. Psiko-Eğitim el kitabı.
https://sakaryafatiheml.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/54/01/194077/dosyalar/2018_03/06140304_PsikoeYitim_el_kitabY.pdf?CHK=9ceb115a64d571964c177a7393bcf89e
- Mills, J. C. & Crowley, R. J.** (1986). *Therapeutic metaphors for children and the child within*. Brunner/Mazel.
- Muller-Pinget, S., Carrard, I., Ybarra, J. & Golay, A.** (2012). Dance therapy improves self-body image among obese patients. *Patient education and counseling*, 89(3), 525-528.
- Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J. H., Lai, J. & Shott, S.** (2006). Relieving symptoms in cancer: innovative use of art therapy. *Journal*

- of pain and symptom management*, 31(2), 162–169.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.006>
- Nilsson, U.** (2008). The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review. *AORN journal*, 87(4), 780–807.
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.09.013>
- Orbach, S.** (2019). *Bodies*. Profile books.
- Özen, Y.** (2017). Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*, 1(2), 104-117. <https://org.doi/10.30520/tjsosci.350160>
- Özgen, F. & Aydın, H.** (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1(34-41).
- Özgen, F. & Aydın, H.** (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 2(1), 34-41.
- Öztürk, E.** (2017). *Travma ve dissosiyasyon: dissosiyatif kimlik bozukluğunu psikoterapisi ve aile dinamikleri*. Nobel Tıp Kitabevi.
- Öztürk, M.O. & Uluşahin, A.** (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (14. Baskı). Nobel Tıp Kitapevleri.
- Palo-Bengtsson, L., Winblad, B., & Ekman, S. L.** (1998). Social dancing: a way to support intellectual, emotional and motor functions in persons with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(6), 545-55.
- Philpot, J. G.** (1997). *Bibliotherapy for Classroom Use*. Incentive Publications.
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R. & Liberzon, I.** (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature reviews. Neuroscience*, 13(11), 769–787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>
- Ponteri, A. K.** (2001). The effect of group art therapy on depressed mothers and their children. *Art Therapy*, 18(3), 148–157.
<https://doi.org/10.1080/07421656.2001.10129729>
- Rahmani, P., & Moheb, N.** (2010). The effectiveness of clay therapy and narrative therapy on anxiety of pre-school children: a comparative study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 23-27.
- Rappaport, L.** (2013). *Mindfulness and the Arts Therapies: Theory and Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Riley, S.** (1991). *Couples therapy/Art therapy: Strategic interventions and family of origin work*.

- Roberts, A. L., Gilman, S. E., Breslau, J., Breslau, N. & Koenen, K. C.** (2011). Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological medicine*, 41(1), 71-83.
- Roemer, L., Orsillo, S., Borkovec, T. & Litz, B.** (1998). Emotional response at the time of a potentially traumatizing event and PTSD symptomatology. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 29(2), 123-130.
- Rubin, J. A.** (2001). *Approaches to art therapy: Theory and techniques* (2nd ed.). Psychology Press.
- Rubin, R. J.** (1978). *Using bibliotherapy: A guide to theory and practice*. Oryx Press.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A.** (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry (10th Ed.)*. Williams & Wilkins Co.
- Salamon, E., Bernstein, S. R., Kim, S. A., Kim, M. & Stefano, G. B.** (2003). The effects of auditory perception and musical preference on anxiety in naive human subjects. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 9(9), CR396–CR399.
- Sar, V. & Öztürk, E.** (2005). What Is Trauma And Dissociations. *Journal of Trauma Practise*, 4(1-2), 7-20.
https://doi.org/10.1300/J189v04n01_02
- Schouten, K. A., de Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., & Hutschemaekers, G. J.** (2015). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: a systematic review on art therapy and trauma. *Trauma, violence & abuse*, 16(2), 220–228.
<https://doi.org/10.1177/1524838014555032>
- Serlin, I.** (2007). *The arts therapies: Whole person integrative approaches to healthcare*. Praeger Publishers, 107-121.
- Shapiro, F.** (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2. Baskı). Guilford Press.
- Sherwood, P.** (2004). *The healing art of clay therapy*. Acer Press.

- Sholt, M. & Gavron, T.** (2006). Therapeutic qualities of clay-work in art therapy and psychotherapy: A review. *Art Therapy*, 23(2), 66-72. *Social Science*, 1(2), 104-117. <https://org.10.30520/tjsosci.350160>
- Talwar, S.** (2007). Accessing traumatic memory through art making: An art therapy trauma protocol (ATTP). *The Arts in Psychotherapy*, 34(2007), 22–35.
- Tanyeli, U. & Sözen, M.** (2011). *Sanat Kavram ve Terimleri Sözlüğü*. Remzi Kitabevi.
- Tolin, D. F. & Foa, E. B.** (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin*, 132(6), 959–992. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>
- Trowbridge, M. M.** (1995). Graphic indicators of sexual abuse in children's drawings: A review of the literature. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 485–494.
- Tükel, R. & Alkın, T.** (2006). *Anksiyete Bozuklukları* (1. Baskı). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 4, 41-143.
- Ulak, B. J. & Cummings, A. L.** (1997). Using clients' artistic expressions as metaphor in counselling: A pilot study. *Canadian Journal of Counselling*, 31(4), 305–316.
- Vieweg, W. V. R., Julius, D. A., Fernandez, A., Beatty-Brooks, M., Hettema, J. M. & Pandurangi, A. K.** (2006). Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology, and treatment. *The American journal of medicine*, 119(5), 383-390.
- Wadson, H.** (1980). *Art psychotherapy*. Wiley.
- Walker, M. S., Kaimal, G., Koffman, R., & DeGraba, T. J.** (2016). Art therapy for PTSD and TBI: A senior active duty military service member's therapeutic journey. *The Arts in Psychotherapy*, 49, 10-18.
- Wolberg, L. R.** (1967). *The Technique of Psychotherapy: Part One*. Grune & Stratton.
- Yiğitbaş, M. S.** (1972). *Musiki ile tedavi*. Yelken Matbaası.
- Zorlu, S.** (Mart, 2019). "Sanat Terapisi Nedir?", <https://makale.doktorsitesi.com/sanat-terapisi-nedir>