



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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MÜZİKLE TERAPİDE NEY ENSTRÜMANIYLA UŞŞAK
MAKAMININ DEPRESYON HASTALARINDAKİ İYİLEŞTİRİCİ
ETKİSİ

Betül Rana ULUDOĞAN

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Mahir YEŞİLDAL

İSTANBUL-2019

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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MÜZİKLE TERAPİDE NEY ENSTRÜMANIYLA UŞŞAK
MAKAMININ DEPRESYON HASTALARINDAKİ İYİLEŞTİRİCİ
ETKİSİ**

Betül Rana ULUDOĞAN

174101014

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Mahir YEŞİLDAL

İSTANBUL-2019



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 174101014
Öğrenci Adı Soyadı	: Betül Rana ULUDOĞAN
Anabilim Dalı	: Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Mahir YEŞİLDAL
Tezin Başlığı	: Müzikle Terapide Ney Enstrümanıyla Uşşak Makamının Depresyon Hastalarındaki İyileştirici Etkisi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 26.07.2019	Saati	: 10:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (<i>en fazla 3 ay</i>)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile REDDEDİLMİŞTİR.			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Mahir YEŞİLDAL	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Alptekin ÇETİN	
Üye	Doç. Dr. Rabia BİLİCİ	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Müzikle Terapide Ney Enstrümanıylay Uşşak Makamının Depresyon Hastalarındaki İyileştirici Etkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

Betül Rana ULUDOĞAN

İmza:

TEŞEKKÜR

Öncelikle bizlere Üsküdar Üniversitesi çatısı altında, alanında en iyi uzman hocalarla eğitim sunan Sn. Prof. Dr. Nevzat TARHAN hocamıza;

Bu çalışmada, kütüphanesinin kapılarını sonuna kadar açan ve kaynak bulmada yardımcı olan tez danışmanım Sn. Dr. Öğretim Üyesi Mahir YEŞİLDAL'a;

Bir makalenin ve tezin nasıl yazıldığını bize öğreten lisans hocalarım Sn. Ömer OSMANOĞLU ve Sn. Rabia SOYUCAK'a;

Samimiyetiyle, tezin prosedür sürecini daha sakin bir şekilde geçirmemi sağlayan Sosyal Bilimler Enstitüsü Sekreteri Sn. İbrahim DEMİRCİ Bey'e;

Maddi desteğini esirgemeyen aileme; manevi destekleriyle de hep yanımda olan arkadaşlarıma ve sosyal çevreme;

İçimdeki müzik tutkusunu bir enstrümana dökmeme yardımcı olan yedi farklı ney hocama;

En önemlisi de beni bu uğurda yalnız bırakmayan sabrıma ve hevesime teşekkür ederim.

Betül Rana ULUDOĞAN

MÜZİKLE TERAPİDE NEY ENSTRÜMANIYLA UŞŞAK MAKAMININ DEPRESYON HASTALARINDAKİ İYİLEŞTİRİCİ ETKİSİ

(ULUDOĞAN, Betül Rana, Yüksek Lisans, İstanbul, 2019)

ÖZET

Bu çalışma, 18 yaş ve üzerindeki, depresyon tanısı almış ayakta tedavi gören bireylerin, araştırmamıza gönüllü olarak katılmayı kabul ederek, grup halinde müzik terapi sürecini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma İstanbul ilinde, 17'si kadın 23'ü erkek olmak üzere 40 kişiden oluşan katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Bu kişilerden belirtilen kriterlere uygun olan 10'u kadın, 10'u erkek depresyon hastası 2 aylık müzik terapi grup sürecine dahil edilmiş ve gelişmeleri gözlenmiştir. Geri kalan 7'si kadın, 13'ü erkek depresyon hastası da müzik terapi desteği almayarak kontrol grubunu oluşturmuştur.

Müzik terapi, müziğin dışavurumcu etkisiyle terapinin de iyileştirici özelliğini bütünleştirerek, kişinin anda kalmasını sağlar ve ona bir destek alanı sunar.

Araştırmamızın amacı müzikle psikoterapi sürecini inceleyerek, müzik terapi alan hastaların, bu sürece dahil olmayan hastalara göre depresyon skorlarını ve yaşam kalitesini ölçmek olmuştur. Bu amaç dâhilinde çalışmamızda, Beck Depresyon Envanteri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca araştırmada, katılımcıların kişisel bilgilerini öğrenmek amacıyla Sosyodemografik Bilgi Formu doldurulmuştur. Yapılan uygulama sonucunda veriler, SPSS programıyla saptanmıştır.

Araştırmamızın sonucunda hem ilaç hem psikoterapi hem de müzik terapi sürecinden geçen hastaların, önceki puanlarıyla ve müzik terapi almayan hastalarla kıyaslandığında depresyon skorlarında azalma ve yaşam kalitesi oranlarında da artış olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: depresyon, müzik, terapi, makam, ney

THE IMPROVING EFFECT OF THE TUNE OF UŞŞAK PERFORMED BY THE NEY ON PATIENTS DIAGNOSED WITH DEPRESSION: A STUDY IN MUSIC THERAPY

(ULUDOGAN, Betul Rana, MA, Istanbul, 2019)

ABSTRACT

This study was conducted to investigate the process of music therapy in groups of patients aged 18 years and over who were diagnosed with depression by voluntarily agreeing to participate voluntarily in our study. The study was conducted in Istanbul province with a sample of 40 participants, 17 female and 23 male. Among 40 participants, 10 female and 10 male participants who has depression with criteria specified were included in the 2-month music therapy group and their progress was observed. The remaining 7 female and 13 male participants stood as control group so that did those participants did not receive music therapy support.

Music therapy integrates the expressive effect of music with the healing properties of therapy, allowing the person to stay in the moment and offers supportive area to individuals.

The aim of the study was to measure and compare the depression scores and quality of life of the patients who were involved at music therapy and the patients who were not involved in the music therapy by examine the psychotherapy process with music. For this purpose, Beck Depression Inventory and Quality of Life Scale were used in the study. In addition, to acquire the personal information of the participants

Sociodemographic Information Form filled out by the participants. At the end of the study, the data were evaluated by SPSS.

As a result of our study, it was found that there is a diminishing trend in depression scores and increase in scores of quality of life of the patients who underwent both medication, psychotherapy and music therapy compared with their previous scores and with patients who did not receive music therapy.

Key Words: depression, music, therapy, tune, the ney

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
I.BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Önemi	2
1.3. Araştırmanın Varsayımları.....	2
1.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	3
1.5. Araştırma Grubunun İşleyişi.....	3
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
II. BÖLÜM	6
2.1. Müziği-Müziğe Yönelik Tanımlar	6
2.2. Müziğin Özellikleri	9
2.3. Müziğin Fizyolojisi	13
2.4. Müziğin Psikolojisi	21
2.5. Müziğin Biyolojisi	24
2.6. Makamlar ve Şıfası	25
2.7. Makamların Seyirleri	28
2.8. Uşşak Makamı	29
2.9. Müzik Terapi Kavramı ve Özellikleri	30
2.10. Müzik Terapinin Tarihçesi ve Şıfahaneler	32
2.11. Müzik Terapinin Psikolojideki Yeri	34
2.12. Bir Destek Tedavisi Olarak Müzik Terapi.....	35
2.13. Müzik Terapinin Alanları ve Uygulamaları	38
2.14. Ney Enstrümanı.....	41
2.15. Depresyonun Tanımı ve Belirtileri.....	45
2.16. Depresyonun Nedenleri ve Depresyonda Kullanılan Ölçekler	47
2.17. Depresyonun Kullanım Biçimleri	48

2.18. Depresyona Yönelik Yaklaşımlar	49
2.19. Depresyonun Türleri	52
2.20. Depresyonun Olumsuz Sonuçlanması: İntihar	53
2.21. Depresyonun Tedavisinde Müzik Terapi	55
III. BÖLÜM.....	60
YÖNTEM	60
3.1. Verilerin Toplanması ve Veri Analizi.....	60
3.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	60
3.1.2. Beck Depresyon Envanteri	61
3.1.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	61
3.2. Müzik Terapi Uygulama Programı.....	62
3.2.1. Müzik Terapi Uygulama Aşamaları.....	63
3.2.2. Grup Üyelerinin Tanıtımı.....	65
IV. BÖLÜM.....	67
BULGULAR.....	67
4.1.Sosyodemografik Özellikler.....	67
4.2. Müzik Terapisi Alan ve Almayan Depresyon Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Beck Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulgular	69
4.2.1. Betimsel İstatistik Sonuçları	69
4.2.2. Katılımcıların Yaş Ortalamaları	70
4.2.3. Müzik Terapi Almayan Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Ortalamaları.	71
4.2.4. Müzik Terapi Alan Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Ortalamaları.....	72
4.2.5. Ölçekler ve Alt Ölçekler Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Sonuçları	73
4.2.6. Ölçekler ve Alt Ölçekler Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Sonuçları	74
V. BÖLÜM	83
TARTIŞMA VE YORUM.....	83
5.1. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımının Yorumlanması.....	83
5.2. Müzik Terapi Alan Katılımcıların Ön Test ve Son Test Puanlarının Yorumlanması ve Ölçekler Arasındaki Korelasyonu.....	84
5.3. Müzik Terapi Almayan Katılımcıların Ön Test ve Son Test Puanlarının Yorumlanması ve Ölçekler Arasındaki Korelasyonu.....	85
5.4. Katılımcıların BDÖ ve YKÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	85
5.5. Katılımcıların BDÖ ve YKÖ Puanlarının Çalışma Durumları Açısından Karşılaştırılması....	86
5.6. Katılımcıların BDÖ ve YKÖ Puanlarının Eğitim Durumları Açısından Karşılaştırılması	86
5.7. Katılımcıların BDÖ ve YKÖ Puanlarının Medeni Durumları Açısından Karşılaştırılması....	86
5.8. Grup Sürecine Dair Yorum	86

VI. BÖLÜM	88
SONUÇ VE ÖNERİLER	88
6.1. Sonuç.....	88
6.2. Öneriler	90
KAYNAKÇA	91
EKLER	94
EK 1. BECK DEPRESYON ENVANTERİ	94
EK 2. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	97
ÖZGEÇMİŞ	101



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Demografik bilgilere dair tanımlayıcı bulgular	69
Tablo 2: Katılımcıların yaş ortalamaları (N=40)	70
Tablo 3: Müzik Terapi Almayan Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları (N=20)	71
Tablo 4: Müzik Terapi Alan Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları (N=20)	72
Tablo 5: Ölçekler ve alt ölçekler arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon sonuçları	73
Tablo 6: Ölçekler ve alt ölçekler arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon sonuçları 74	
Tablo 7: Katılımcıların BDÖ ve YKÖ puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırılması 76	
Tablo 8: Katılımcıların BDÖ ve YKÖ puanlarının çalışma durumları açısından karşılaştırılması	77
Tablo 9: Katılımcıların BDÖ ve YKÖ puanlarının eğitim durumları açısından karşılaştırılması	78
Tablo 10: Katılımcıların BDÖ ve YKÖ puanlarının Medeni durumları açısından karşılaştırılması	79
Tablo 11: Müzik terapi Almayan Katılımcıların BDÖ ve YKÖ puanlarının öncesi-sonrası açısından karşılaştırılması	80
Tablo 12: Müzik Terapi Alan Katılımcıların BDÖ ve YKÖ puanlarının öncesi-sonrası açısından karşılaştırılması	81

I.BÖLÜM

GİRİŞ

Müzik, ruhun duygusal bir dökümüdür. Dikkatle seçilen müzik, insanın duygusal davranışlarını harekete geçirebilme özelliğine sahiptir. Müzikle duygusal bir zenginliğe ulaşan kişi, bir olay karşısında ona uygun bir tepkiyi kolaylıkla verebilir. Müzik insanda fiziksel ve ruhsal gevşeme sağlayarak gerginliği azaltabilmekte, kişinin anda kalmasını sağlayarak, hayal kurma becerisine eşlik edebilmektedir. Araştırmalara göre müzik, iyileşme sürecini hızlandıracak ve ona ivme kazandıracak bir niteliktedir. Özellikle akıl hastalıklarında bir destek tedavisi olarak kullanılmış ve yararı görülmüştür.

Antik Yunan medeniyetlerinde yapılan müzik uygulamaları, Osmanlı dönemine ait şifahaneler ve bu öğretiler ışığında yapılan araştırmalar müziğin etkisini günümüze kadar ulaştırmış ayrıca yeni çalışma sahaları oluşturmuştur.

Psikiyatri alanının adeta grihi olarak görülen depresyon rahatsızlığı, kişide özellikle ilgi yoksunluğu ve çökkün ruh hali olarak kendisini göstermektedir. Depresyonda olan kişi üzüntülü bir ruh halinde, hayatın içerisinde pasif bir rolde çeşitli bilişsel, psikolojik, biyolojik ve fiziksel farklılıkla karşımıza çıkmaktadır. Kullanılan ölçekler (Hamilton, Beck Depresyon Envanteri gibi...) sonunda elde edilen puanlamaya göre kişinin “hafif, orta, şiddetli” depresyon düzeyi belirlenir. Düzenli ilaç desteğiyle, psikoterapinin birlikte takip edilmesi uygun görülen tedavi biçimidir. Bunun yanı sıra müziğin de bir tedavi edici özelliğinin olması ve psikiyatri alanında da uygulanması, depresyon rahatsızlığında da bir destek terapisi olarak kullanılmasında etkili rol oynamıştır.

Makamların şifasıyla, uygun vakitlerde kullanılan, hastalığa iyi gelecek olan uygun eserin dinlenilmesi kişiyi iyileştirmeye sevk eden rahatlatıcı bir yoldur. Çalışmalara göre bu yola eşlik edecek en ideal enstrümanın ise nefesli çalgı aletlerinden “Ney”in olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

Fârâbî, İbn Sînâ ve Gevrekzade Hafız Hasan Efendi'nin bilgileri doğrultusunda, Uşşak Makamının özellikle öğlen vakitlerinde dinlendiğinde insana haz, huzur, eğlenme hissi veren bir makam olduğu bilgisine ulaşılmaktadır. O yüzden bu çalışmada, özellikle anhedoniye sahip depresyon hastalarının iyileşmesine katkı sağlayacağını

düşündüğümüz, Uşşak Makamındaki eserleri Ney enstrümanı ile icra ederek, olumlu yönde seyredecek değişikliği gözlemleyip sunmak istedik.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, yetişkin bireylerin depresyon düzeylerinin bütüncül tedaviyle olan ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Depresyon skorunun, depresyonun tedavisine uygun makamın seçilerek oluşturulduğu müzik terapi sürecinde gösterdiği değişiklik ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması hedeflenmektedir. Gülme ve eğlenme duygusu uyandırarak, hayattan tat alamama “anhedoni” şikayeti olanlara iyi gelen Uşşak Makamının, depresyon hastalığının tedavisinde kullanılması uygun görülmüştür. Enstrüman olarak da insan sesine, nefesine en yakın olan Ney’in müzik terapi seanslarında eşlik etmesi düşünülmüştür. Bu çalışmada, müzik terapideki makamların şifası üzerine yapılan çalışmaların, depresyon hasta gruplarına olan etkisinin incelenmesi ve bu sürecin tez çalışması haline getirilmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışma, depresyon hasta gruplarında, bir terapi çeşidi olan müziğin, dinamik destekleyici etkileşime dayalı bir yaklaşımla, grup terapi sürecini inceleyerek sürecin farklı aşamalarında grup üyelerindeki değişimleri araştırmayı hedeflemektedir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Müziğin insanların duygudurumu üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Depresyon da günümüzde en sık karşılaşılan rahatsızlıktan biridir. Depresyonda meydana gelen duygudurum değişikliği dinlenen müziğin türüne göre farklılık göstermektedir. Söz gelimi “bir şey yapacak hali olmayan” depresyon hastası, tempolu uygun bir parça dinlediğinde istemsiz de olsa müziğe eşlik eder ve bir harekette bulunur. Bu araştırma da müziğin bu tesirinden hareketle, kadim bilgileri ve günümüz çalışmalarını sentezleyerek, bütüncül terapinin hastalar üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunu göstermek açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada elde edilen sonuçların, depresyon hastalarının kaybolmaya yüz tutmuş ilgi ve alakalarının, istek ve hazlarının, duygularının müzikten destek alarak yapılan terapiyle, yaşadıkları sorunlara karşı bir müdahale geliştirmeleri açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Varsayımları

Çalışmamızın hipotezleri aşağıda belirtildiği gibidir:

- a) Ney’le çalınan Uşşak makamıyla terapi alan depresyon hastalarındaki depresyon skorunda başlangıçtaki skora göre azalma görülür.
- b) Ney’le çalınan Uşşak makamıyla terapi alan depresyon hastalarında yaşam kalitesi, almayanlara göre daha yüksektir.

1.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu araştırmanın örneklem grubu, 18 yaş ve üzerindeki, depresyon hastası olup ayakta tedavi gören bireyler tarafından oluşmaktadır. İstanbul ilinde bir psikiyatr tarafından depresyon tanısı alarak doktor kontrolünde antidepresan tedavisi ile bir psikolog eşliğinde psikoterapi gören 17’si kadın 23’ü erkek olmak üzere 40 kişilik evrenden oluşmaktadır. Çalışmanın sürecini oluşturan en önemli detay müzik terapi desteğini bütüncül tedavide deneyimlemek isteyen örnekleme 10’u kadın 10’u erkek olan 20 depresyon hastasını; müzik terapi almayan diğer 20 kişiyle tedavi açısından karşılaştırmaktır. Bu şekilde çalışmamızda kontrol grubu da bulunmaktadır. Grupla müzik terapi seansları, 8 hafta boyunca haftada bir cumartesi günleri 12:00 ile 14:00 saatleri arasında, araştırmacı tarafından Ney enstrümanı ile Uşşak Makamından saz eserleri çalınarak yapılmıştır (Uşşak Saz Semaileri-Aziz Dede ve Salih Dede, Yangın Olur Biz Yangına Gideriz, Telgrafın Telleri). Bu çalışma, müzik terapinin iyileştirici ve psikoterapötik işlevlerinden hareketle, reseptif alanı kullanılarak uygulanmıştır.

Araştırma gözlemsel verilere dayanarak oluşturulmuştur. Verileri toplamak için de ölçeklerden yararlanılmıştır. Araştırmamıza gönüllü olarak katılım sağlayan depresyon hasta gruplarına, yapılacak olan çalışma ve sürecin anlatılarak, güven ortamıyla oluşturulan gizlilik esası temel alınmıştır.

1.5. Araştırma Grubunun İşleyişi

Bu araştırmaya depresyon tanısına sahip, araştırmacı tarafından belirlenen aşağıdaki ölçütlere uyan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireyler alınmıştır. Bu ölçütler şu şekildedir:

Dâhil olma Kriterleri:

1. DSM-5 Tanı kriterlerine göre “Depresyon” tanısı almak
2. 18-65 yaş arasında olmak
3. Başka psikiyatrik hastalığa sahip olmamak

4. Alkol vb. madde bağımlılığına sahip olmamak
5. Müzik terapi seanslarına katılım sağlamak

Dışlama Kriterleri:

1. DSM-5 Tanı kriterlerine göre “Depresyon” tanısı almamak
2. 18-65 yaş sınırına uymamak
3. Başka bir psikiyatrik hastalığa sahip olmak
4. Alkol vb. madde bağımlısı olmak

Kontrol Grubu:

1. DSM-5 Tanı kriterlerine göre “Depresyon” tanısı almak
2. 18-65 yaş arasında olmak
3. Başka psikiyatrik hastalığa sahip olmamak
4. Alkol vb. madde bağımlılığına sahip olmamak
5. Müzik Terapi sürecine dahil olmamak

Bu ölçütler yönünden değerlendirmek ve müzik terapi grubunu destek sürecine hazırlamak için uygulamayı yapacak olan araştırmacı, NPIstanbul Hastanesi’ndeki müzik terapi seanslarına gözlemci olarak (toplam 24 saat) katılmıştır. Araştırmacı ayrıca 2019 Nisan ayında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi’ndeki Müzik Terapi ile olan oturumlara katılım sağlayarak çalışmasının daha faydalı olması için gayret göstermiştir.

Kriterleri sağlayan 40 depresyon hastasına sosyal medya duyurusuyla ve çevre aracılığıyla ulaşılmış; bu şekilde anketler doldurtulmuş sonra da grup seansına dâhil edilmişlerdir. Çalışmamızın uygulama kısmı 2 ay boyunca haftada 1 gün 2 saat olmak üzere cumartesi günleri yapılmıştır. Literatür taramalarından hareketle, Uşşak makamının özellikle öğlen saatlerinde tesir etmesi bilgisini önceleyerek, uygulamanın o saatlerde yapılmasına dikkat edilmiştir. Uygulama yeri olarak da Üsküdar’daki İstanbul Ofisim merkezinde toplantı salonu kullanılmıştır.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sınırlılıkları aşağıda belirtildiği gibidir:

- a) Araştırmanın verileri, veri toplama araçlarından elde edilenlerle sınırlılık göstermektedir.
- b) Çalışmanın bulguları İstanbul ilinde yaşayan depresyon hastalarından elde edilen verilerle sınırlılık göstermektedir.

- c) Çalışmanın sonuçları literatür taramasından ve kullanılan ölçeklerin uygulanıp yorumlanmasından elde edilen verilerle sınırlılık göstermektedir.
- d) Araştırmayı yürüten ve uygulamayı yapan aynı kişidir.
- e) Araştırma verileri sadece belirtilen grup üzerinde yapılmıştır. Kontrol grubu ile de karşılaştırılmıştır.



II. BÖLÜM

*“Çok insan anlayamaz eski
mûsikîmizden*

*Ve ondan anlamayan bir şey anlamaz
bizden”*

Yahya Kemal

2.1. Musiki-Müziğe Yönelik Tanımlar

Musiki, güzel sanatların kulağa hitabeden en önemli dalıdır. İnsanın gerek bireysel gerekse toplumsal hayatında duygularını dile getirmede büyük rol oynar ve o dönemin zihniyetini canlı bir şekilde aktarır (Kalender, 1997). Musiki, ahenkli bir sesin ruhlar üzerinde yaptığı unutulmaz derin bir etkidir (Yiğitbaş, 1972). Genel bir tanım çerçevesinde musiki, duygu ve düşüncelerin seslerle anlatılabildiği serbest ya da ritimli bir şekilde düzenlenmesidir (Tekin, 2015). Neyzen Tefvik’e göre musikinin tanımı ise “vicdani temennilerin hakikat karşısında ağlayarak yalvarışdır” (Yiğitbaş, 1972). Ney virtüözü Niyazi Sayın için de musiki, iki ses arasındaki manevi münasebettir.

“Musiki”nin kelime kökeni Yunanca müz’ün sanatı olan “musike” sözcüğünden gelmektedir. Bugün kullandığımız “müzik” kelimesi de musikinin Fransızcasıdır (Kaplan’dan akt: Tekin, 2015). Bahsi geçen eski Yunan dilindeki “mousikè tekhnè” sözcüğü “Musalar Sanatı” anlamına gelmekte ve neticede müzik lafzını doğurmaktadır. Mitolojiye göre Musalar, yaradılışı müzikli şiirlerle anlatan Zeus’un kızlarıdır (Akan, 2012). İslam kültüründe ise Fârâbî, İbn Sînâ gibi düşünürler musikiye, “seslerin ilmi”, “nağmeleri bir araya getirme ve seslerin münasebetleri sanatı” anlamlarını yüklemektedirler. Yine müzikle ilgili olarak “terennüm”, “sema” sözcükleri de zamanla Arapçaya geçmiş olan musiki adı altında İslam literatüründe yerini almıştır. Müziğin varoluşunu, insanın varoluşuyla eş zamanlı kabul eden düşünceler vardır. (Çakır, 2009). Bu da Batı dünyasının müziğine, İslam kültürünün ise musikisine birçok farklı tanım kazandırmaktadır. Tanımlardan oluşan derlemeyi sunacak olursak:

Müzik üzerine ilk düşünceleri, aynı çağın filozofları olan Pythagoras’ın ve Konfüçyüs’ün söylediği bilinmektedir. Müziğe ontolojik açıdan bir açıklık getiren Konfüçyüs’ün, ses olarak tanımladığı şey aslında duyuların dışavurumudur. Müzik ona göre içten gelen bir sükûnettir. Evrendeki bütün seslerin beyinden çıktığını, müziğin ise bu sesler arasındaki uyumluluğu ve farklılığı sağlayan bir geçit olduğunu söylemektedir (Konfüçyüs’tan akt: Yıldırım ve Koç, 2003). Konfüçyüs’ün bu konu hakkındaki

düşüncesi, müziğin ahenkle süslenip, iyi ruhlara yönelmesidir (Altınölçek, 2013). “Sayıların Babası” olarak anılan Pythagoras ise mevzuyu sayı ve armoni bağlantısıyla ele almaktadır. Gezegenlerin dönerken oluşturdukları sesler evrenle bir ahenk oluşturmaktadır. Ona göre müzik, ruhun temizlenmesinde bir araçtır (Yıldırım ve Koç, 2003). Müzik onun için adeta farklı seslerden oluşan bir konserdir (Yiğitbaş, 1972). Pythagoras ve onun ekolünden gelen düşünürler, evrenin temelindeki karşıtlıkların, uyumu da beraberinde getirdiğini belirtmektedirler. Zıtlıklardan oluşan bu uzlaşım, çokluğun birleşmesiyle bir ahenk meydana getirmektedir. Nihayetinde Pythagorasçılar, evrendeki en temel uyumu ahengin ve harmoninin oluşturduğunu, müzikte ahengi sağlayan kaynağın da matematiksel oranlarla ilişkili olduğunu söylemektedir (Akan, 2012).

Müzik bir duyguyu, düşünceyi ya da herhangi bir olayı anlatmak suretiyle ölçülü ve birbiriyle uyumlu seslerin ritimli veya ritimsiz olarak, kulağa hoş gelecek biçimde bir araya getirilmesidir. Bu ilim, seslerin özelliklerini, melodi ve ritim ilişkisini konu edinen, estetik bir etki ve heyecan oluşturan sanattır (Çakır, 2009). Müzik, sesleri zaman düzleminde organize etme sanatıdır (Bruscia, 2016). Kant müziği, güzel hislerin sesler vasıtasıyla ifade edilmesi olarak tanımlarken, J. J. Rousseau ise sesleri kulağa hoş gelecek şekilde tertip etme sanatı olarak nitelendirmektedir. L. A. De Müsset, musikinin onu Tanrı’ya inandıran bir araç olduğunu söylerken, Beethoven da benzer bir diğer tanımla müziğin, insanı Tanrı’ya yaklaştıran bütün bilgi ve felsefelerin ötesinde bulunduğunu belirtmektedir. Besteci R. Wagner ise diğer güzel sanatların yani şiir ve resmin ifade edemediği şeyin müziğin anlatabileceğini savunmaktadır. M. Weber, müziği meydana getiren melodinin, insan ruhunun lisanı olduğunu açıklamaktadır. Goethe’nin de musiki olan evde dedikodunun yapılmayacağını söylemesi, müziğe atfedilen diğer bir önemin göstergesidir (Yiğitbaş, 1972). Becquerel müzikteki ses değişikliklerinin ruha hitap etme amacıyla olduğunu söylemekte, Moser ise müziğin, düzenlenen seslerle belirli hisleri ifade eden bir sanat olduğunu belirtmektedir (Altınölçek, 2013).

Schopenhauer’un konuya yönelik bakış açısı ise müziğin diğer sanatlar gibi tabiatı taklit etmediği yönündedir. Tabiatı bir melodinin olmadığını ve müziğin fenomeni anlatmadığını; yani görünen âlemi değil onun iç özünü ve kendinde varlığı anlattığını söylemektedir. Çünkü ona göre müzik, insanı bayağılıklardan kurtarır (Çetinkaya, 1999). Bu nedendir ki, Schopenhauer, müziği duygu sanatı olarak ele almakta ve sanat piramidinin zirvesine onu koymaktadır (Yıldırım ve Koç, 2003). Müziğin, insanda bulunan belli bir acıyı, neşeyi anlatmadığını; daha genel ve soyut bir tanım olarak ‘neşe’yi

ya da 'acı'yı anlattığını belirtmektedir. Müziği önce tüm sanatların üstüne çıkararak sonra da yozlaşmanın sanatı olarak nitelendiren Nietzsche de müziğin, daha genel bir şeyi anlattığından bahsetmektedir: "Heyecanı, belirsiz ve arı heyecanı, ruhun heyecan duyma gücünü." Müziğin belli başlı, birtakım duygular anlatmadığını, onların ancak simge olduğunu asıl olanın müziğin kendisini duyma gücünün coşkusunu anlattığını savunmaktadır. (Çetinkaya, 1999). Müziğin amacı simgelerle dünyayı anlatmak değildir; o temsil etmez, öneri de sunmaz (Sacks, 2016).

Sözleri, müziğin efendisi olarak nitelendiren Platon'a göre melodi; söz, makam ve ritim karışımından oluşmaktadır (Yıldırım ve Koç, 2003). Ruhsal bir rahatlama sağlayan müzik, Platon'un nazarında, sesler aracılığıyla insanın ruhuna erdemli bir şekilde giren en mükemmel sanattır. Ona göre eğlenceden ibaret olmayan müziğin eğitici, insan ruhuna faydası dokunan, sakinleştiren, ruhani boyut taşıyan bir yönü vardır. Çünkü müzik bütün erdemlerin kaynağı olup, ahlaki bir öneme sahiptir (Altınöğçek, 2013). Platon, müziğin amacının güzellik sevgisi olduğunu söylemekte, makamların ise etik ve ruhsal etkisini savunmaktadır (Akan, 2012). Öğrencisi Aristoteles de müziğin ruhun eğitiminde önemli bir yerde olduğunu, müzik ve trajedi sayesinde insan ruhunun katharsis yaptığını, yani arındığını savunmaktadır (Yıldırım ve Koç, 2003). Yunanlılar müziğin, insan ruhuyla olan yakın münasebetiyle kişinin karakterini değiştirebilme özelliğinden bahsetmektedirler. Müziğin sakinleştiren, neşelendiren, heyecanlandıran, hüznülendiren yönünü ve farklı mod ile ritmlerin ahlak ve duygular üzerindeki etkilerini savunmaktadırlar (Akan, 2012).

Freud, sanat yapıtının insanda hiç ummadığı duygular yarattığını söylemektedir (Freud'dan akt: Ducourneau, 2016). "Sanatın tek ölçütü insanın kendinden geçmesidir" (Huisman'dan akt: Ducourneau, 2016). İdealist Alman filozofu Hegel'in ise müziğe bakış açısı, doğrudan ruha yönelen sanat olarak şekillenmektedir. Müzik kendisini ölçü, uyum ve melodi ile ifade etmektedir. Kalbi ve ruhu harekete geçiren bir dinamizmi vardır. Bu iç mekanizmada, titreşim sonucu oluşan ton faktörü önem kazanmaktadır (Yıldırım ve Koç, 2003).

Hegel, müziğin şuurumuzu ele geçirdiğini, bilincimizin de içeriğinin bu ses akımı tarafından sürüklendiğini belirtmektedir. Böyle bir zihinle insanın, dış dünya ile ilişkisinin kesilerek, hayal âleminde yaşadığını yorumlamaktadır. Haliyle müzik daha soyut bir kavramdır. Herhangi bir besteye; mimari bir objeye olduğu gibi elimizle dokunamayız.

Müzik doğayı aşan bu özelliğinden ötürü içsel hayatı daha iyi anlatacağından, diğer sanatlar içerisinde insan ruhunu tanımlayan bir keşif dalıdır (Grebene'den akt: Güvenç, 1985). Frieda Teller, müziğin en güçlü yanının, hoş giden birtakım hayallerin şekillenmesinde etkili olduğunu söylemektedir (Altınölçek, 2013). Adorno da sanat dalları arasında müziği ayrı bir yerde değerlendirmektedir. Müziğe biçmiş olduğu bu önem, onun içerik ve biçim olarak kurduğu bağıntılardan hareketle şekillenmektedir. Çünkü sanat türlerinin içerik ayrımı sanatta daha açıklık göstermektedir. Ama bu özellik müziği, diğer sanat dalları üzerinde egemen kılmaz ve diğer sanat türleri özerkliklerini yitirmezler (Soykan'dan akt: Yiğit, 2017).

2.2. Müziğin Özellikleri

Müzik doğası itibarıyla duyulan alana aittir. Müziği metafiziksel olarak değerlendirdiğimizde duyulur doğanın, görünen âlemin içerisinde olduğunu ve ancak onu bilinç vasıtasıyla bilebileceğimizi, akıl sayesinde gerçekliğini kavrayabileceğimizi söyleyebiliriz. Çünkü müzik, ancak zihinde duyumsanır (Yıldırım ve Koç, 2003). Mevzuyu bir de şu açıdan değerlendirecek olursak, müziğin doğadan soyutlanıp, bizim için olma özelliğini kazanarak kendisini enstrümana hapsedtiğini fark ederiz. Müzik, kaynağından kopartılarak yabancılaşmakta yani 'otokratik' bir özelliğe sahip olmaktadır. Müzik, nesneden bağımsız olarak vardır ve özünde iz bırakır. Onları dönüştürür, devindirir (Yıldırım ve Koç, 2003). Müzik, arabulucu nesnedir (Ducourneau, 2016).

Saf özgürlük alanı olan müzik, insanın ruh hallerini ve duygularını hatırlatıcı aynı zamanda anıları canlandırıcı, hayalleri kurgulamaya teşvik edici özelliklere sahiptir. Müzik kimi zaman insanı gerçek ruh halinden alıp zirveye taşıyabilirken kimi zaman da o anki duygu durumunu düşürebilir. Müziğin bu nitelikleri, anıları hatırlatmada ya da geçmişteki yaşantıları iyileştirmede, geleceği umutla hayal etmede birer terapi etkisi göstermektedir (Altınölçek, 2013). Buradan da anlaşılacağı üzere müzik, kulağa hoş geldiği gibi zihni de oyalamakta ve ruhu terbiye etmektedir (Denker'den akt: Yiğitbaş, 1972).

Hem acının hem de sevginin tercümanıdır. Her türlü kötü düşünceden arındıran bir sanattır (Talay'dan akt: Yiğitbaş, 1972). Nevzat Tarhan müziği beyinde neşe, keder, mutluluk, öfke gibi alanları tetikleyen bir enerji bandı olarak tanımlamanın doğru olacağını belirtmektedir (Tarhan'dan akt: Çoban, 2005). İnsan genelde sevinç, üzüntü, korku, aşk, kahramanlık, cesaret gibi çeşitli ruh hallerini müzik eşliğinde ifade

etmektedir. O yüzden müziğin geçerliliği, tarih boyunca hep kabul görmüş, müzisyen de toplum tarafından saygıyla anılmıştır (Güvenç'den akt: Ak, 1997). Müzik, içinde bulunduğumuz her durumu çekilir kılan bir büyüye sahiptir. Müziğin hüzünlü parçalarla acıyı içine çeken ve o acıyı daha derin yaşatan; neşe ve heyecan uyandıran eserlerde ise durumu olduğundan daha güzel gösteren bir yönü vardır. Nörobilimci D. Levitin ise müziğin, hislerimizi manipüle etmek amacıyla kullanıldığını ve bizim de müziğin bu farklı hisleri tattırma gücünü kabullenmeye yatkın olduğumuzu savunmaktadır (Levitin, 2015). Nietzsche de müziğin, insan duyularını en çok içine alan sanat olduğunu öngörerek, fiziksel olarak insanı büyüleme gücünün de en yüksek olduğunu düşünmektedir. Çünkü ona göre müzikten başka hiçbir sanat, insanın ruhunu dolaysız ve bu kadar derinden etkileyemez. Kulağın estetik bir melodiye şahitlik etmesini, insanın ruhunu tüm kötü duygulardan ve bayağılıklardan arındırdığı öğretisini bizlere sunmaktadır (Çetinkaya, 1999).

“Müzik ruhun gıdasıdır” söyleminin aksine Niyazi Sayın, ruhun müziğin gıdası olduğunu, müziğin ise insan ruhunun bir sesi olduğunu belirtmektedir. Çünkü bir müziğin yapılması ve icra edilmesi insan duygusunun bir ifadesidir. O yüzden asıl, müzik insan ruhundan beslenmektedir. Müzik bir doyurma değil, aslında insanın ruhunu, düşüncesini, hakikati keşfetmesi yönünden acıktırma sanatıdır. İnsanın bu arayışı onun ruhuna bir özgürlük kazandırmaktadır; çünkü herhangi bir şeye bağımlı değildir. Bu süreçte kişi müzikle keşfe çıkarak kendisini önce bulabilmekte, sonra kendisini bilip, tanımlayabilmekte ve nihayetinde kendi olabilmektedir. Deyim yerindeyse insan da bu şekilde kendisini akort edebilmektedir. İnsana bu kıvamı kazandıran şey bir ruha sahip olmasıdır; müzik de ruhu arandıran bir öğedir (Gönüler, 2016)

Musikiyi, ‘vicdanın tercümanı’ olarak tanımlayan Erzurumlu İbrahim Hakkı, yazılamayan, söylenemeyen birçok duygunun ve sözün müzik aracılığıyla gün yüzüne çıkacağını anlatmaktadır. Kalpte gizli kalan sır kapısını, yalnızca musikin ve onunla hemhal olan kulak ile gönlün açacağını *Marifetname* adlı eserinde dile getirmektedir (İbrahim Hakkı'dan akt: Yiğitbaş, 1972). Çünkü kulağa hoş gelen ses, gayr-ı ihtiyarı insanın yüreğine tesir etmektedir. Kalbin ve ruhun, güzellik dünyası olan Âlem-i Ervah ile bir bağlantısı vardır. Güzelliğin temeli ise tenasüpten gelmektedir. Uygun olan her şey aslında o âlemin güzelliğinden gelen bir numunedir. Bu dünyadaki bütün güzel, ahenkli sesler de o âleme benzemektedir (Yiğitbaş, 1972). Bu güzel sesi dinleyen kişinin organlarında bir hareketlenme başlar, sınırları yatıştır, nefsi (ruh anlamında) dinlenir, zihni

açılır ve huyu yumuşar. Kan damarda nasıl akıyorsa güzel ses de adeta vücuda öyle yayılır. Musiki öyle bir lezzettir ki, insanın organlarını yormadan ruhuna dokunur (Kalender, 1997). Musiki düşünceyi değil, nabzı idare etmektedir (Ayvazoğlu, 2007). Eserin neşeli ya da hüzünlü olması kalbin atışını ve kan akışını etkilemektedir.

Anlaşılacağı üzere müziğin tesir etmediği bir alan yoktur, diyebiliriz. İnsanın bedeninden ruhuna, kültüründen tarihine, eğlencesinden dinsel törenlerine kadar sirayet etmektedir. İnsanın, hangi sebepten olursa olsun, bir topluluğa karıştığında da bireysel bir tavır sergilediğinde de yine yanına eşlik eden şey müziktir. Çeşitli dinsel törenlerde (cenaze, dua vb.), taraftar olarak yer aldığı bir maçta, savaşta, mezuniyet kutlamalarında, bir annenin bebeğini uyutmasında kısacası evrensel bir yaklaşımla müzik, her insanın bir nefes uzaklığındadır (Levitin, 2015). İnsana bu kadar yakın olan bir sanatın, yine insanı en iyi anlayan ve anlatan sanat olacağı elbette kaçınılmazdır. Ahmet Hamdi Tanpınar da konuyla alakalı olarak, insanın bütün medeniyetinin, içindeki güzelliğin, kirin ve daha birçok şeyin musikide olduğunu söylemekte ve Batı'nın bizleri anlamayıp aramızda yabancı olarak kalmasını da musikimizi anlamamasından ileri geldiğinden bahsetmektedir (Tanpınar'dan akt: Ayvazoğlu, 2007). Müzik ve müziğin çağrıştırdıkları şeyler yer, zaman, dil, din, dönemin zihniyeti vb. farklılıklar göstererek, ulusal ya da bölgesel kimliğin simgesi görevini üstlenmektedir. Bu farklılığın temelinde de müzik eserini oluşturan sanatçının özgünlüğü yer almaktadır. Sanatçı bulunduğu ortamın kültüründen ve kendi kimliğinden her ne kadar etkilenirse, nihayetinde eserinin şeklini kendisi belirleyerek, özgünlüğünü ortaya koyacak imzasını atacaktır. Müzikteki yaratıcılık ancak bu şekilde oluşacaktır. Çünkü özgünlüğün belli başlı bir yarası yoktur. Her eser oluşum esnasında kendi yarasını da meydana getirmektedir. Hakeza müzik de yasa tanımayan tümeller topluluğudur, kurallı bir temsil gücü yoktur (Yıldırım ve Koç, 2003).

Müziğin kendisini bir varlık olarak nitelendirmeyen görüşler de vardır. Bu düşünceye göre müzik, bizim sınırlarımızın ötesinde değil içimizdedir ve çevremizdeki sessizliğimizin sesidir. Tabiattaki seslerin en doğal hali, müziğin içerisinde soyut, yapay bir forma indirgenerek estetik hale getirilmiştir (Yıldırım ve Koç, 2003). Adorno da müziğin, sadece müzikte ifade edebildiği bir şeyi dışa vurursa o zaman gizemli ve arızı (sonradan kazanılan) bir niteliğe sahip olduğunu savunmaktadır. Bu durumda müziğin var olma nedeninin belirsiz olduğunu düşünmektedir. (Adorno'dan akt: Yiğit, 2017). Müziğin kendi içerisinde, toplumsal durumu dışa vurumculuk akımıyla iyi bir şekilde

ifade edebilmektedir. Bu akım varoluşsal problemleri dışa vurmaya amaç edinir (Yiğit, 2017). Müziği kavrayışımız bize aslında onun yalıtılmışlığını vermektedir. Mesela Mozart dinleyen birine ne dinlediğini sorulduğunda, dinlediğinin ancak “piyano” olduğunu söyleyebilir. Aslında dinlediği şey piyanodur; müzik değildir (Yıldırım ve Koç, 2003).

Müzikte ses var olma bakımından doğada; iletilme bakımından ise enstrümandadır. O halde, müziğin insan ruhunun özgürlüğünü alarak, araçların yardımıyla bunu bir enstrümana yansıtması, onun aslında zihindeki tasarımları sınırlandırdığı anlamına gelebilmektedir. Müziğin dışa vurumla açığa çıkmasını sağlayan enstrüman, onun aşkın yapısını bir yandan müjdelirken diğer yandan da kısıtlamaktadır. Evet, müzik ruhun bağımsızlığıdır; fakat müzik bağımsız olarak kendisini ifade edememektedir (Yıldırım ve Koç, 2003).

Bir diğer eleştiriyi de kültür endüstrisi bağlamında ele aldığımızda müziğin, havaalanlarında ya da süpermarketlerde çalınan müziklerde olduğu gibi müşterinin işitme aracılığıyla sakinleştirildiği, bir psikolojik uyarıcı veya koşullanma hali olarak nitelendiğini görebiliriz. Müziğin bu eşliği doğasına aykırı olarak, zihinlerde oluşan ürünlerin reklam edilmesiyle uzun süre bu işlevi görmektedir. Bu noktada reklam edilen ürün öne geçerek, çalan müziğin bestecisini, icra edeni ve de türünü gölgelemektedir (Kızılcelik'ten akt: Yiğit, 2017).

Müzik dinlerken birçok özellikle birlikte, birden fazla boyut algılarız. Nasıl ki bir ressam çizgileri şekillere dönüştürüyorlarsa, beynimiz de aynı şekilde sesin temel algısal niteliklerini bir üst mertebedeki kavramlara taşımakla görevlidir. (Levitin, 2015). Herkesin beyni algılama yönünden farklılık gösterebilmekte ve bu durum da sübjektif bir özellik kazanmaktadır. Nitekim her insanın yaşadığı içsel deneyimler farklıdır; o yüzden algılama da kişiden kişiye, beyinden beyine çeşitlilik arz etmektedir. Her canlı, yalnızca kendi gerçeklik dilimini algılayabilir. Tek bir algı yoktur, insan çeşidi kadar algı vardır. Her beynin doğrusu da kendinedir.

Dinlenen müziğin türü, makamı ve sıklığı da bizlere çok şey anlatmaktadır. Sürekli aynı tür müziği dinleyen, ruhuna müzik alışkanlığından çok, belirli seslerin ve ritimlerin bağımlılığını kazandıran insanların hayata bakışları da sadece kendi pencerelerinden ibaret olabilmektedir. Farklı görüşlere karşı esnek bir tavır sergilememeleri, tek bir türü dinlemeleri de müzik konusunda tutucu bir davranış takındıklarını göstermektedir. Bu

durumun aksine, müzikte muhafazakâr olmayan yani, farklı türdeki müzikleri de dinleyen, icra eden insanlar her olaya eleştirel bakabilen, sadece kendi bildiklerinin doğru olmadığını görebilen, girişken, ılımlı ve çevre tarafından anlaşılır bir hal sergileyen, grup çalışmasına yatkın olan bir örnek oluşturabilmektedir (Gönüler, 2016).

Müzik için bu zamana kadar söylenen birçok görüşü derleyip aktarmaya çalıştık. Fakat biliyoruz ki, insan ruhu evrende var oldukça şimdi ve gelecek dönemlerde de müzik\musiki kavramları birçok tanıma ve yoruma dâhil olacaktır. Ve ne desek hep eksik kalacaktır. Ama şu gerçeikle de yüzleşmek gerekir: Müziğin büyüsunü kaybetmemek için aslında onu çok da bilmemek daha faydalı olabilir. Levitin’in da belirttiği gibi “ya müziğe karşı akademik bir yaklaşım takınır ve müziği analiz ederken onun gizemlerinden mahrum kalırsam? Ya müziği artık ondan keyif alamayacak kadar iyi bilirim?” (Levitin, 2015).

Bu tanımlardan hareketle müziğin işitme ve beyne ulaşma sürecini ele alacağımız fizyolojik yapısıyla birlikte ruhu etkileyen psikolojik yönünü de bir sonraki alt başlıklarda açıklamaya çalışalım.

2.3. Müziğin Fizyolojisi

Müzik insan ruhunda izler bırakır, kişi de bu etkilenmeden hareketle birtakım tepkilerde bulunur. Müziğin sebep olduğu bu tepkileri oluşturan unsurları açıklamaya çalışmak filozoflarca, hekimler ve müzisyenlerce uzun zaman almıştır (Langer’dan akt: Altınölçek, 2013). Bir etki mekanizmasından bahsedildiğinde hiç kuşkusuz, o dönemi tarihiyle, zihniyetiyle, nitelikleriyle ve de kültürüyle birlikte ele almak gerekmektedir. İnsanı en çok etkileyen müzik türü de kendi kültürüne ait olandır. Çünkü birey aidiyetlik hissettiği kültürün dilini kullanmakta, haliyle kendi dilinin müziği ile de daha sağlıklı bir iletişim sağlamaktadır. Yani bir şeyden etkilenmek için öncelikle o şeyle bir iletişim kurmak gerekmektedir. Tabii bu durum beraberinde, farklı zihniyetlerden, farklı kültürlerden, yaşanılan toplumun sosyal yapısının ve eğitim düzeylerinin çeşitliliğinden hareketle insanlardaki müzik anlayışına değişiklik getirmektedir (Altınölçek, 2013). İnsan beyni, nasıl ki sahip olduğu kültüre ait dili taklit ederek, konuşarak öğrenebilmekte, o halde o kültüre ait müziğin gramerini de rahatlıkla kavrayabilmektedir ve seçimlerini bu doğrultuda yapabilmektedir (Levitin, 2015).

İnsanlık tarihi kadar eski ve her kültürde ortak olan, “müzikofili” kavramı bebeklikte ortaya çıkan ve herkeste mevcut bir müzik temayülüdür. Aslında hepimizde daha anne

karnındayken oluşan müzikal şemalar vardır. Biz bu şemaları gerektiği yerde kullanır gerektiğinde de düzenleriz. Sacks'a göre müzik algısı, doğamızın en derinliklerinde gömülüdür. İçinde yaşanan hayat koşulları, kişinin istidadı, zayıflığı aslında müziğe olan yatkınlığını şekillendirmektedir (Sacks, 2016). Bireyin müzik noktasındaki bir tercihi aslında onun kişisel ve grup kimliğine göre bir işaret olabilmektedir. İnsanların sevdiği müzikle, seçtiği müziğin kendi kişisel özellikleriyle arasında bir korelasyon vardır ve bu ilişki bireyi o tür müziğe yöneltmektedir (Levitin, 2015).

Beynin bu konudaki bir diğer özelliği de müziği ve müziği oluşturan unsurların fiziksel özelliklerini algılayıp yorumlamasıdır. Müzikal tepki ise birçok işlevsel sürece bağlı işleyen karmaşık bir olgu sonucunda oluşmaktadır. Yine burada devreye kişiler arası bahsedilen farklılıklar girmektedir. Rastgele seçilen bir müziği, herhangi iki kişiye dinlettiğimizde bu iki kişinin de beyinde oluşan müzikal yorum farklılık göstermektedir. Herkesin gerçeklik algısı, hayata ve olaylara bakış açısı, çocukluk dönemindeki bilişsel şemaları, deneyimleri farklıdır. O halde her insanın parmak izi nasıl ki farklıysa, her insanın müzik algısı da öyle çeşitlilik gösterir, diyebiliriz. Zaten müzik de farklı noktaları bir araya getiren bir kaynak değil midir? (Çoban, 2005)

İnsandaki müzik yeteneğinin, gelişmiş beyin sistemlerini kullanarak ortaya çıktığını savunan bir görüş vardır. Buna göre, beynimizde tek bir müzik merkezi bulunmamaktadır ve beyin müzikle ilgilenirken onlarca sinir ağını etkin hale getirmektedir. William James, müzik sevgimizin ve “estetik, tinsel, entelektüel yaşantımızın” başka yönlerinin zihnimize arka merdivenleri kullanarak girdiğini söylemektedir. İnsan müzikal bir türdür, müzik hepimizi etkiler, sakinleştirir ya da eğlendirir. Nörolojik rahatsızlığı bulunan kişilerde de bu etki görülür; çünkü birçok araştırma müziğin tedavi eden yönünü doğrulamaktadır. Herkeste müzik duyarlılığı vardır onu algılar, ritmi ayırt eder ve uyumu yakalayabilir. Beyin bu öğelerin hepsini birleştirir ve farklı bölgelerini kullanarak müziği inşa eder. Kişi bunu bilinçli bir şekilde yapmaz, bilinçdışı gereğini yapar. Müzik, hayatın yalnızca özünü yansıtır, kendisini değil. Nietzsche, müziği aslında kaslarımızla dinlediğimizden bahsetmektedir. Bu işlem işitme, hissetme ve motor bir beceri olarak gerçekleşmektedir. İnsan, herhangi bir parçayı bilinçli bir şekilde dinlememiş de olsa müziğe istemsizce ritim tutabilir, duygusal anlamda ona eşlik edebilir (Sacks, 2016). Pek tabii ki bu durum, insanda müziksel uyarıcı olarak her zaman ve aynı derecede olmayabilir; mekâna, zamana ve kişiye göre farklılık gösterebilmektedir (Altınölçek,

2013). Kimi dinleyici, dinlediği bir şarkıyı zihninde rahatlıkla canlandırabilmekte, kimisi bir senfoniye tüm detaylarıyla algılayıp kafasının içinde duyabilmektedir (Sacks, 2016).

Bu noktada müziği hayal etmenin önemine rastlamaktayız. Çünkü müziği imgelemek, işitsel korteksi en az müziği dinlemek kadar etkinleştirebilmektedir. Şu ayrıntıya dikkat çekmek gerekirse, müziği hayal etmek motor korteksi de uyarırken, müzik yapma eylemini hayal etmek işitsel korteksi uyarmaktadır. İşitme engeli olan kişiler de müzikal imge örgüsünü pekiştirebilmektedir. İşitsel girdilerin ortadan kalkmasıyla, işitsel korteks daha duyarlı hale gelebilmektedir. Bu imgeleme süreci bilinçli olduğu zamanda da beynimizin ön bölgesinde bulunan, karar verme mekanizması frontal korteksin seçme ve planlama ile ilgili olan yerleri etkinleşmiş olur (Sacks, 2016).

İnsanın zihninde dans eden melodiler, aslında deneyimlediği derin duyguların emaresidir. İçinden mırıldandığı şarkının içeriğini, sadece bilinmeyen bir benin sesi ve ruh halleri oluşturmamakta; bunu kimi zaman kişinin reddedilen bir isteği, bir özlemi ve kendisine itiraf etmekte zorlandığı bir acısı da doldurmaktadır. Hayatın gizli odaklarından taşınan mesajın mahiyeti her ne olursa olsun, düşüncelere eşlik eden müzik asla bir rastlantıdan ibaret değildir (Sacks, 2016).

Burada bir ayrıma gitmekte de fayda vardır: Zihin kelimesi algı bilimciler tarafından, insanın düşüncelerini, isteklerini, hatıralarını, inanç ve deneyimlerini içeren bir parçası olarak nitelendirilmektedir. Bu doğrultuda beyin ise bir beden dâhilinde kafatasının içinde bulunur, çeşitli kimyasallardan, sudan ve damarların birleşiminden oluşan vücudun bir organına karşılık gelmektedir. Zihnin içeriğini oluşturan şey beynin faaliyetidir. Beyin bilişsel bilimcilere göre bir bilgisayar donanımı gibi işlev görmektedir; zihin ise bu işlemci sayesinde çalışan yazılım programlarına benzemektedir. Nasıl ki, aynı donanıma sahip birçok farklı program çalışabiliyorsa, birbirine benzeyen beyinlerden de farklı zihin yapıları çıkabilmektedir. Zihnin varlığını devam ettirmesi, beynin faaliyetine bağlıdır. Ama beyin için böyle bir şart yoktur; o bir kavanozun içinde bile düşünce olmaksızın varlığını idame ettirebilmektedir (Levitin, 2015).

Konuya böyle bir açıklık getirdikten sonra müziğin, otonom sinir sistemine nasıl etki ettiğini daha rahat ele alabiliriz. Merkezi sinir sistemimiz, sempatik ve parasempatik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kişi eğer kaygılı ve stres doluysa o zaman onda sempatik sistem aktiftir; aksine rahat bir haldeyse de devreye parasempatik sistem girmektedir ve adeta şalter görevi görmektedir. Sempatik sistemde adrenal hormonu

salgılanırken, parasempatik sistemde ise asetilkolin hormonu etkindir. Algı farklılığından ötürü müziğe verilen bu bedensel tepkiler değişiklik göstermektedir.

Bilindiği üzere beyin sağ ve sol hemisferden oluşmaktadır. Albert Einstein, sol beyin sadık bir hizmetçi, sağ beyin ise bizlere kutsal bir armağan olduğunu belirtmektedir. Beynin sağ lobu genelde hayalin, duyguların ön planda olduğu ve bütünsel öğrenmeyle birlikte üretkenliğin, ritmin, rüyanın, sentezin yer aldığı bölgedir. Sol lobu ise mantığın, sistematik düşünmenin, nedenselliğin, dil öğrenmenin, ölçme-değerlendirme ve eleştirmenin daha baskın olduğu alandır. Peki, müzik hangi lobda bulunur? Eski bir görüşe göre beyin sağ tarafı sanat ve müziği, sol tarafı da dil, matematik ve analitiği işlemektedir. Fakat yakın zamanda yapılan araştırmalar gösteriyor ki, müzik beyin tümüne etki edip, iki lobunu da kullanmaktadır. Bu bilgiler ışığında müzikle ilgilenen bir insan, bir eser üretirken beynin sağ lobunu, enstrüman öğrenirken ve çalarken de sol lobunu kullanmaktadır. Dolayısıyla müziğin insan beynine katkısı, hem hafızasını güçlendirmede hem de çalışma kapasitesiyle verimliliğini artırmada yadsınamaz bir gerçektir. İnsan eğitimle, yönelimleri ve tecrübeleriyle her iki lobunu da aktif olarak geliştirebilir (Çetinkaya, 2016). Beynin herhangi bir bölgesi hasar görmüş insanda dahi müziğin etkisi görülmüştür. Örneğin, kişi bazı motor davranışlarını yapamayacak durumda olmasına karşın, önceden beri çaldığı enstrümanı yine kullanabilmektedir.

Beyin müziğin etkisine girdiğinde insan, kendi tabiatının derinliklerinde bulunan gizemli yola erişmiş olur (Levitin, 2015). Bu ayrıntı özellikle sinema sektöründe en usta şekilde sunulmaktadır. Mesela bir filmde, anlaşılması zor olan bir sahnenin, seyircinin duygularına hitap edip, coşturması açısından müzik bir araç olarak mahirce kullanılmaktadır (Levitin, 2015).

Beyin geniş devrelerden oluşan bir ağ kümesidir. Müziğin işlem süreci de beyin tümüne yayılmakta ve beyin bölgelerinin hassas orkestrasyon hikâyesinden oluşmaktadır. (Levitin, 2015). Bir müzikal faaliyetin gerçekleşmesinde beyin bütün sinirsel alt sistemi de etkindir. Beynin her farklı sinirsel bölgesi, müziği oluşturan farklı unsurları (perde, tempo, tını vb.) kendi usulünce ele alır ve işler. Basitçe, müzik dinleme işlemi korteks altı yapılarda (beyincik, beyin sapı, koklea çekirdeği) başlayıp temporal loblara doğru ilerler. O esnada oluşan duygulanma, bir anıyı hatırlama, etkilenme, bir kokuyu çağrıştırma gibi etkileşimler beyin diğer kısımlarını mesela hipokampusu, ön lobu vb. ilgili yerleri harekete geçirir (Levitin, 2015). Böylece müziğin nörofizyolojisi

oluşmakta, müzik bir uyarıcı olarak algılanmaktadır ve beyinde işlenerek buna bir yanıt oluşturulduğunda da ilgili tüm sinir sistemi hareketlenmektedir. Bahsi geçen müziğin nörofizyolojisini daha detaylı açıklayacak olursak, konuyu üç alt madde halinde inceleyebiliriz (Öztürk ve Atik, 2009):

- a) “Müziğin Merkez Sinir Sistemine İletilmesi”: Müzik, dışkulak yolundan içkulağa, ortakulakta değişikliklere uğratarak iletilmektedir. Kulak ile beyin arasında işitmeyi sağlayan seksen bin bağlantı vardır. Böylece kulağa ulaşan ses titreşimleri, sinir yollarından geçip beyne aktarılır. İşitme sinyalleri de primer işitme merkezi “superior temporal girus” adı verilen beyin bölgesine gönderilmektedir (Öztürk ve Atik, 2009). Duyma işlemiyle birlikte algılama da oluşmaktadır, bu beyinde gerçekleşen bir süreçtir. Beyne gelen sinyaller, algının çevreden gelen uyarıları toplanmasıyla anlam kazanmaktadır (Altınölçek, 2013). Bilindiği üzere müzik ile ruh arasındaki fiziksel vasıta kulaktır. Fizyolojik açıdan her kulağın, iç kulak teşkilatı benzer yapıya sahip olsa da aralarında algıdan oluşan nüanslar vardır. O yüzden bir nağmenin herkes tarafından aynı derecede algılanamaması gayet normaldir, eleştiri gerektirmez (Colombe, 2006).
- b) “Müziğin Merkez Sinir Sisteminde Değerlendirilmesi”: Otonom sinir sistemi için bir uyarıcı olan müzik, işitme siniriyle buraya taşınmakta ve ön beyin sapındaki “lateral lemniskus” adı verilen bölümde yukarı doğru iletilmektedir. Sonra da müzik, beyindeki duygusal bilginin işlendiği ana merkeze, koku hariç tüm duyuların geçtiği, ağrının algılandığı yere yani “talamus”a gelmektedir. Talamus çekirdeği “medial genikülat çekirdek” ses bilgisinin esas olarak işlendiği yer olup, buradan sonra da temporal lobda bulunan işitme korteksinde işlem sonlanmaktadır (Öztürk ve Atik, 2009). Beynimizin öğrenme, hafıza ve duygulanım-ödül merkezi olan limbik sistem, müzikle uyarıldığında doyum ve hoş gitme duygularını ortaya çıkararak, müziğin tesirlerini toplayıp değerlendirmektedir. Hipotalamusla birlikte haz-elem, heyecan ve duygular davranışları yönlendirerek, limbik sistemin organizasyonu ile hayata anlam kazandırmaktadır. Müzikal bir parça, uyarıcı olarak limbik sistemin bu fenomenlerini harekete geçirerek kişinin motivasyonunda değişiklik meydana getirebilmektedir (Ak, 1997). Haliyle işitme duyusu ile his ve heyecan arasında kuvvetli bir bağ olduğundan söz etmek mümkündür. Beyin korteksi ile subkortikal yapıları bağlayan “Papez Devresi” heyecan davranışlarının

başlatılmasından ve düzenlenmesinden sorumludur (Songar'dan akt: Güvenç, 1985). Limbik sistem, tür olarak varlığımızın devamını sağlamakla görevlidir. Dikkat edilen şeyin öğrenilmesi, gerektiğinde yeniden hatırlanması, onunla ilgili olan ve onu bütünleyen duygunun seçimine yardımcı olmaktadır. Dikkati şekillendirerek, nesnelere ayırt etmemize katkı sağlamaktadır. Dinlenen bir müzik geçmişteki güzel bir anıya şahitlik edip, bellekte saklanıyor da olabilir.

- c) “Dinlenen Müziğe Karşı Bir Yanıt Oluşturulması”: Otonom sinir sistemi sempatik ve parasempatik sistemden oluşmaktadır. Verilen tepki, duygulanımın türü her ne olursa olsun oluşan mimikler, otonom sinir sisteminin aktivasyonunu içermektedir. Beyin, aldığı müzik bilgisini işledikten sonra hangi yanıtı oluşturmak istiyorsa bunu sinirler aracılığıyla ya da talamusun alt kısmında bulunan, açlık-susuzluk ve vücut ısısını ayarlayan hipotalamusun denetimiyle salgı bezlerinden salgılanan hormonlar aracılığıyla gerçekleştirmektedir. Müzik dinlendiğinde iç salgı sisteminden (endokrin sistem) salgılanan her bir hormon düzeyinde değişiklik meydana gelmektedir. Mesela uyku veren hicaz makamı adrenalini, insülin, büyüme hormonu gibi hormonlar üzerine etkilerini gösterebilmektedir. Müziğin, merkezi sinir sistemi üzerinden dolaylı olarak bağışıklık sisteminde (immün) de etki oluşturmasından söz edilebilir (Öztürk ve Atik, 2009).

Müzikle beyin arasındaki diğer ilişki alanlarını toparlayacak olursak, tek bir müzik merkezinin olmadığını, eş zamanlı faaliyet gösteren bölgelerin aktif hale geldiğini söylemek mümkündür. Buna imkân sağlayan kabiliyet ise “nöroplastisite”dir. Beynin asıl gücü ise nöronların bu hücrelerin bağlantılarından kaynaklanmaktadır (Levitin, 2015). Müzik dinlemek aslında fiziksel bir tecrübeydir. Titreşim ve seslerden meydana gelen müzik, bir ayırım gözetmeksizin, temas ettiği herkesin vücudunun tüm kısımlarına dokunmaktadır. İşlem süreci önce kulaktan başlamakta, oradan sinir sistemine dağıtılarak beyne gitmekte, diğer duylardan ve deriden bütün kemiklere, dokulara, iç organlara ve dahi kaslara ulaşmaktadır. Gürültülü seslerin vücut üzerinde bıraktığı etki, yumuşak seslerin vücut üzerinde bıraktığından elbette daha farklıdır. İnsan bir parça dinlediğinde, müziği fiziksel olarak deneyimlemekte ve müziğin uyarıcı nitelikleri bu tecrübeyi doğrudan etkilemektedir (Bruscia, 2016).

Bir enstrümanı çalmak, ayakla ritim tutmak ve dans etmek için hareketten sorumlu olan “motor korteks”e ihtiyaç duyulmaktadır. Çevreden gelen bilgiyi alan, beyne ileten

ve bu aktivitelerin dokunsal geri bildirimini ise “duyusal korteks” vermektedir. Ritimden, danstan ve çalgı aletinin öğreniminden sorumlu “beyincik” ayrıca müziğe verilen duygusal tepkilerde de rol almaktadır. Çünkü beyincik (cerebellum) hareketlerin amaca uygun yapılmasını sağlamakta, iskelet kaslarının tonusunu denetlemektedir. Her bir beyincik hemisferi kendi tarafındaki kasları kontrol etmektedir. Müziğin gizeminin merkezinde “beyincik”in olduğunu söyleyen Levitin, insanların sevdiği bir müziği dinledikleri zaman beyinciğin aktif hale geçtiğini belirtmektedir (Levitin, 2015). Müziğin de nabzı vardır. O da nefes alır, hızlanır ve yeri gelince yavaşlar; beyincik ise onunla eş zamanlı hareket etmek için kendini ayarlamaktadır (Levitin, 2015).

Titreşimden oluşan sesleri dinleyip, ilk algılayan “işitsel korteks” tonları analiz etmektedir. Müziği oluşturan notaları okumak, sanatçının hareketlerini izlemek beyindeki görme merkezi olan “görsel korteks”in görevidir. “Hipokampus” müzikal tecrübelerden ve hafızadan sorumludur. Ödüllandirme merkezi olan limbik sistemin içindeki “amigdala” da müziğe verilen duygusal tepkileri yerine getirmektedir (Levitin, 2015). Yapılan beyin taramaları sonucunda, amigdalanın rastgele sesler veya müzikal tonlarla değil de gerçek müzikle faaliyete geçtiği bilgisine ulaşılmaktadır (Levitin, 2015). Özellikle on dört yaş ergenlik dönemindeki müzik tercihlerinin, hatırlama işlemi noktasında bir dönüm noktası olduğu söylenmektedir. Çünkü insanın kendisini keşfettiği, kişiliğinin oluşmaya başladığı ve daha duygusal olunan dönem ergenlik evresidir. İnsan olarak da daha çok duygusal olanı hatırlamaya yatkın oluşumuz amigdamızı harekete geçirmektedir. Yapılan araştırmalar, Alzheimer hastalarında da yine on dört yaşlarındaki bir şarkıyı hatırladıklarını göstermektedir (Levitin, 2015).

Beynin sağ ve sol kısımlarını bağlayan adeta beynin orta kısmında köprü görevi gören “corpus callosum” bölgesi, müzikle çok ilgilenen kişilerde fazla geniş olarak görülmektedir. Beyin haritalama tekniği ile yapılan çalışmalarda müzik kulağı olanların öncelikle sağ beyinlerini iyi kullandığı bulgusuna ulaşılmaktadır (Çoban, 2005). Bir şarkı sözünü dinlemek veya onu hatırlamak için “Broca ve Wernicke” alanları yan ve üst loblardaki pek çok dil merkezi kullanılmaktadır. Solda konuşma motor alanı Broca, düşünceyi sembolik dile çevirerek kodlar, burada konuşma olmaz; sağdaki simetrisi konuşmayı sağlar. Wernicke alanında ise kelimeler oluşur, burada oluşacak bir hasar, konuşulan dili anlamamaya sebep olmaktadır (Levitin, 2015).

Müziği oluşturan unsurlar arasında ritim ayrı bir yere sahiptir. Ritimle kas ve bedensel hareketler uyarılmaktadır. Sürekli aynı ritmin yavaş bir şekilde tekrarlanması insanı psikolojik olarak sıkabilir, kişinin uykusunu getirebilir. Aksi takdirde daha enerjik bir ritme sahip müzik ise insana güç verebilir (Altınölçek, 2013). Çünkü ritim, müziğin dinamik bir elemanıdır. İnsanın ruh halini de niteliğine göre değiştirebilme özelliğine sahiptir. Ritim, dikkati yoğunlaştırabilir, motor hayal gücünü geliştirir, duyguları harekete geçirir, algıyı destekler. Müzik, aslında ritimle kendini ifade etmektedir (Ak, 1997). Ritmin, en temel birleştirici benzetme becerisi olduğuna dair görüş vardır, sözel ve görsel-motor mimesisle ilişkilidir. Yani ritim bir kez tanımlanıp tutturulduğunda otomatik bir hal alarak, el-ayak-beden koordinasyonunda taklitle eşlik edilir. Bu eylemin gerçekleşmesi için artık motor duyu kanallarına ihtiyaç duyulmaz (Donald'tan akt: Sacks, 2016). Ritmi algılayan kişi engelli bir birey dahi olsa, ona kayıtsız kalamaz ve müzik eşliğinde birtakım devinimsel hareketlerde bulunur. O halde ritmin, insan bedenine olan terapötik etkilerini şu şekilde sıralamamız mümkündür: Bedene esneklik kazandırarak, duruş bozukluklarını düzenler ve daha sağlıklı bir görünüm kazandırır. Kasların güçlenerek gelişmesine katkı sağlar, denge gelişimini destekler. Motor hareketleri güçlendirerek, özgüveni artırır. Solunum, kalp ve dolaşım sistemlerini aktifleştirir, bağışıklık sistemini de güçlendirerek metabolizmayı daha canlı tutar ve hastalıklara karşı bir savunma mekanizması oluşturur. Sindirim sistemini düzenler, sosyal etkileşimi artırır. Toplumsal kaynaşma için bir araçtır (Altınölçek, 2013). Sağlıklı ve hasta olan insan ve hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar, müziğin öncelikle kan dolaşımını etkilediğini ve bunun da ritme bağlı olarak sesin yüksekliği ve perdesiyle ilişkilendirmiştir. Otonom sinir sistemindeki sempatik eğilimlere göre damar basıncının bazı kişilerde yükseldiği, bazılarında ise düştüğü gözlenmiştir (Canpolat'tan akt: Örtör, 2005). Müzik dinleyen kişide enerji anlamında bir etkilenme, bilinç seviyesinde bir değişiklik görülmüştür. Bu da müzik dinlemenin insanda "biyogeribildirim" olarak kullanılmasını gerekli kılabilmiştir (Bruscia, 2016).

Son dönemlerde yapılan araştırmalar, müziğin biyolojik alandaki etkisinden de söz ettirmektedir. Serotonin, dopamin, adrenalin, melatonin, norepinefrin, kortizol gibi psikiyatrik hastalıkların oluşumunda etkili hormonlar da müziğin tesiri altına girmektedir. Mesela norepinefrin hormonu uykudan ve açlıktan sorumlu bir hormondur. Bozukluğunda ise depresyon meydana gelmektedir. Bu hormonun aktivitesini arttıracak uygun bir müzik seçildiği ve dinlendiği takdirde, eksikliğinde oluşan rahatsızlığın seyri

değişebilmektedir. Müziğin bu şekilde biyolojik tedaviye de etkisi vardır (Çoban, 2005). Peki, müzik hormonal olarak insan ruhuna nasıl iyi gelmektedir? Bunun mekanizması nasıldır? Ödül çekirdeğinde bulunan dopamin hormonunun seviyesi arttığında, beyinciğin ön lobu ve limbik sistemle olan bağlar duyguyu düzenlemeye yardımcı olmaktadır. Böylece artan dopamin hormonu insanın ruh halini olumlu yönde etkilemektedir. Bu yüzden birçok yeni antidepressanın dopaminerjik sisteme yönelik olduğu görülmektedir (Levitin, 2015).

Neticede müziğin biyo-psiko-fizyolojik açıdan etkilerinin gözlemlenmesi müziğin bir tedavi kolu olarak değerlendirilmesine kapı açmıştır. Hâlihazırdaki çalışmalara bakıldığında felç, kanser, depresyon, demans, mental sorunlar, otistik ve nörolojik bozukluklar, konuşma bozukluklarından oluşan hasta gruplarının, müzikle tedaviden yarar görme potansiyeline sahip olduğu kanısına varılmaktadır. Müziğin tedavi edici diğer bir yönü de sağlıklı insana, öz gelişim sağlayarak içgörü kazandırmak ve bununla birlikte diğer bireylerle ilişkilerini geliştirmektir (Öztürk ve Atik, 2009). İşte bu noktada, müziğin psikolojik bir faktör oluşu devreye girmektedir.

2.4. Müziğin Psikolojisi

Müziğin ruhu huzurla buluşturan psikolojik tesirlerine, önceki başlıkta da değinmiştik. İnsanın hayal dünyasını engin kılan, heyecanını arttıran, zihnini açan, umuda sevk eden, cesareti arttıran önemli fonksiyonlarını kabul etmiştik (Canpolat'tan akt: Örtter, 2005). Çünkü müzik, insana ruh halinin farkına vardırarak, duygularını hatırlattırır, yaşanmışlıklarını anımsattırır ve insanın o anki duygularını da yansıtır. Haliyle, insanı bu kadar iyi dinleyebilme özelliğine sahip olan müzik, kişinin kaygı ve bunalımlarını hafifletmede de terapötik bir işlev görebilmektedir (Altınölçek, 2013).

Ses ve titreşimlerden oluşan müziğin, insan ruhunu derinden etkileyen kaynağı, hem sesin çıktığı hem de müziğin geldiği yerdir. İnsan, sadece sese yoğunlaşmış bir şekilde duyarlılaşarak, kişileri fiziksel olarak görmeden de onları tanıyabilme gücüne sahiptir. Buradan da anlaşılacağı üzere müzik ve ses, insandaki psikolojik gelişimi yansıtan en önemli araçtır (Khan, 2001). Nitekim müzik, insan olmanın parçasıdır. Müzik yoluyla ifade edilmek istenen sır aslında hayat ve canlılıktan ibarettir. İnsanı etkileyen şeyin hayat olduğu düşünüldüğünde, müzik eğitiminin temelinde de hayat fikrinin olması gerekmektedir. Sufi İnyat Khan, psikolojinin dayanak noktasını düşünce, hayal gücü ve bedensel sağlık olarak; müziğin mesnedini ise kendisini ses yoluyla dışa vuran hayat

olarak görmektedir. Ona göre eğer dinlenen müzik, bir hayat emaresi taşıyarak, “yaşıyor” ise onun sağaltıcı bir yönü var demektir. Bir müziğin de gerçek olması için insanın ruhunu dinlendirmesi ve onu yatıştırması gerekmektedir (Khan, 2001).

İnsanda bulunan psikolojik seviye birçok temele dayanmaktadır. Bunlar: Üzgün, mutlu veya durgun, hareketli gibi özelliklerden oluşan “ruhsal durum hali”; düşük, orta, yüksek gibi derecelendirilmiş “motivasyon hali”; bir de parça bütün ilişkisi çerçevesinde oluşan “müziksel bilgi seviyesi” halidir. Takdir edildiği gibi müzik, insanın duygusal davranışlarını harekete geçirir, davranışların etkili bir şekilde düzenlenmesine ortam hazırlar. Mesela incelenmek istenen bir grubun genel davranışları, o grup için seçilmiş uygun bir müzikle kontrol edilebilmektedir. Dikkat ve ayırt etme özelliği bu konudaki en önemli unsurdur (William’dan akt: Altınölçek, 2013). Müziğe ilgisini yönelten insan, birtakım olaylar karşısında daha duyarlı olup, duygusal açıdan daha zengin bir içeriğe sahiptir. Müzik, bu olayların bütünleşmiş bir kullanımını gerektirir. Örneğin ağır tempolu müzikler, fiziksel aktiviteyi azaltıcı karakteristiktir (Altınölçek, 2013).

Müziğin uyandırdığı duygular sadece bellekle bağlantılı değildir. Şöyle ki, bir müzik dinleyen insanın, o müzikten etkilenmesi için illa ki o parçayı bilmesi gerekmez. Beynimizde müziğe karşı oluşan tepki, geniş bir alanla korteksin alt yapılarını da kapsamaktadır (Sacks, 2016). Müziğin bellekle bağlantısında ise ona verilen tepkinin, demansın en ileri safhalarında dahi korunduğu bilgisine rastlanmaktadır. Demanslıların, başka hiçbir şeye tepki vermeseler bile müziği tanıdıkları ve ona duygusal yönde karşılık gösterdikleri bilinmektedir. Müzik, demanslı hastanın bilişsel yetilerine, anılarına, duygu ve düşüncelerine, geçmişte bıraktığı benliğine seslenip, canlandırma ve anımsatma özelliklerine sahiptir. Böylece unutulmuş olan duygular çağrışımlarla ortaya çıkar ve yitirdiği sanılan duygudurumlarıyla hatıralara yeniden erişilebilir. Burada önemli olan doğru bir müzik seçerek, hastanın odaklanmasını sağlamaktır. Müzik bu noktada bir dayanaktır. Mesela müzik, bir Parkinson hastasına da ritmik beceri kazandırma hususunda yardımcı olabilir (Sacks, 2016). Müzik, bu yüzden insanlara çok farklı kanallardan erişime geçip, bireyi ve ruh halini değiştirebilme özelliğine sahiptir. Bir veya birkaç kişiyle aynı şarkıyı söylemek, parçaya eşlik etmek bile birlik beraberlik duygusunu kabartır, ayna nöronları aktifleştirir ve bir ilişki, iletişim kurar. Bizi ve beden algımızı, harekete geçiren ve insanı sadece canlandırabilen müziğin en önemli unsuru ritimdir (Sacks, 2016).

Müziğin, insanı depresyondan koruyan bir kalkan görevi de vardır. Hatta bir kişide kayıp objenin yerini dolduran bir araç olarak da görüldüğü olmuştur. Nasıl ki, ego; id ve süperegö arasında uzlaştırıcı bir işleve sahiptir işte müzik de ego ile aynı fonksiyonu göstermektedir. Müzik, “id”in zevk unsurunu, “ego”nun gerçeklik prensibini ve “süperegö”nun da sosyal kabullenmişliğiyle ahlaki yönünü tatmin edebilir. Müzikte, kişi çocukluğun ilk dönemlerine kadar gidebilmekte ve bundan da bir doyum kazanmaktadır (Grebene’den akt: Güvenç, 1985). Melaine Klein, çocuğun psişik gelişimindeki ilk dönemini, “paranoid-şizoid pozisyon” olarak adlandırır. Bebek bu evrede anneyi primer obje olarak görür. Primer obje denilen şey, bebek nazarında salt iyi ve kötüdür. Mesela annenin bebeğine süt verip beslemesi, temel ihtiyaçlarını karşılaması bebeğin gözünde annenin iyi pozisyona geçmesine; annenin ilgilenmemesi de kötü deneyime sebebiyet verir. Bu da çocukta kızgınlık, acı ve yalnızlık duygularını oluşturur. Müzikle tedavide de zihnin bu durumları hasta ve terapist arasındaki doğaçlamadan hareketle keşfedilmektedir. Bölüme ait duygular önce ifade edilir, sonra kelimelerle anlatılır. Bütünleştirilmiş bağlantılardan oluşan gelişimin bundan sonraki safhası Melanie Klein’a göre “depresif pozisyon”dur. Çocuk bu evrede primer objenin yansıttığı gerek iyi gerekse kötü her davranışına katlanabilmektedir; çünkü artık kanıksamıştır (Grebene’den akt: Güvenç, 1985). Müzik de bir kontrol dahilinde bilinçdışındaki duyguları açığa çıkarabilir. Bu sayede fiziki anlatım gücüyle, hastanın her şeyiyle orada olduğunu anlayan analitik müzik terapisti, gözlemlerini sözlerle idrak etme yolu ile toparlamalıdır. Bu süreç analizde ise aksi yönde kendisini gösterir: Analist hasta hakkında bir yorumda bulunur, hastanın bilinçdışındaki duygudurumunu gün yüzüne çıkartır ve hasta bunu gerçekten hissedene kadar uğraşılır. Bazen de bunu engelleyecek dirençler oluşur (Grebene’den akt: Güvenç, 1985).

İngiliz filozof John Stuart Mill, gençlik dönemlerinde melankolik ve anhedonik nöbetler geçirdiğinde onu, o anlardan yalnızca müziğin kurtardığını söylemektedir. Müziğin kısa süreliğine de olsa mutluluk verdiği bahsetmektedir (Sacks, 2016). Bazı rahatsızlıklarda görülen künt duygulanım, soğukluk ve katılık gibi duygu eksikliklerinde bile müziğin kısıtlı biçimde de olsa bir etkisinin bulunduğu gözlemlenmektedir (Sacks, 2016). Acıyı açığa çıkaran, duygulara akışkanlık kazandıran, insana kaybettiğini hatırlattıran türde müzikler de elbette vardır. Bazı müzikler bu şekilde ağıt için bestelenmiştir. Yine her şeyde olduğu gibi bu konuda da devreye insanın iradesi girmektedir. Kişi bulunduğu duruma ve isteğine göre bir müzik türünü seçebilmektedir.

Çünkü müziğin, duruma nokta atışı yapan benzersiz bir anlatım gücü vardır. Yine Mill, kendisini melankolik evrelerden kurtaran bu ilacın, kuvvet verdiğine inandığı neşeli müzikler olduğunu belirtmektedir (Sacks, 2016). Alfred Adler ise bu konu hakkında, kişinin irade gücünün müzik icraatı ile daha iyi tatmin edildiğini, bireyin duygularını kullanarak faydalı bir yaşam biçimine imkân hazırladığını savunmaktadır (Güvenç, 1985).

2.5. Müziğin Biyolojisi

İnsana artık günümüzde “biyopsikososyal” yönden bakmak tercih edilmektedir. Bu perspektifle, psikiyatrik hastalıkları hem biyolojik hem psikolojik hem de sosyal hastalık olarak bir bütün dâhilinde ele alan bu üç sistemin dengeli uyumuyla bir tedavi ekolü benimsenmektedir. Yine bu dönemde gerek ilaç tedavisi gerekse çeşitli psikoterapi yöntemleri büyük gelişmeler göstermekte ve bu eklektik yöntem tedavide sıklıkla kullanılmaktadır. Bilişsel, davranışçı, dinamik psikoterapilerin yanı sıra müzikle tedavi de destekleyici bir terapi çeşididir (Çoban, 2005).

Gevrekzade Hafız Hasan Efendi'ye göre müzik, tıp ve astronomiyle ilişki içerisindedir. İnsanın nabızı da hareketine göre belli bir makama ve ezgiye göre uyum sağlamaktadır (Turabi, 2005). Nabız da müzikteki ritim gibi bir usule göre atmaktadır. Müzikte ritim ahenkli bir şekilde sağlanamazsa, nasıl ki sağlıklı bir müzik duyulmaz aynı şekilde nabız bozuk atıldığında insanın vücudunda bir sağlık sorunu çıkar. Nabız atışları, usule aykırı ve bozuk olduğunda, bu durum vücut sağlığı için hiç de iç açıcı olmaz. Zira nabız atışlarının usulden çıkması, daha önce zikredilen üç ruhun da doğal usulden çıktığına delalet eder. Böylece bedende dengeyi sağlayan ana uzuvların ve dolayısıyla vücudun ahengi bozulmuş olur. Bu bağlamda İbn Sînâ, nabız-müzik ilişkisini şu şekilde açıklamaktadır: “Nabzın müziğe benzer bir ritme sahip olduğu kaydedilmelidir. Müzikte notalar kendi akordu ve zaman aralıkları içinde birbirleriyle münasebetlidir. Nabzın durumu da aynıdır, çünkü onun atışları, uzunluk ve zaman aralıkları bakımından birbirleriyle ilişkilidir” (Turabi, 2005). Bu bağlamda Hızır b. Abdullah da musiki ilminin tıp ilminin ilk adımı olduğunu, musiki ilminin bilmeyenin tıp ilmini bütünüyle bilemeyeceğini, insanoğlu için tıbbın gerekli olduğu kadar musiki ilminin de gerekli olduğunu ileri sürmektedir (Özçimi'den akt: Turabi, 2005).

Gevrekzade musiki ilminin astronomi ve tıp ile yakın münasebeti olduğunu vurgulayarak üstat hekimlerin, bilhassa nabzın musiki makamları ve belirli ölçüler

(süreler) olduğunu ifade etmektedir. Nabız atışlarının düzgün olmaması, yani usulden çıkması vücutta ciddi rahatsızlıkların göstergesi olduğunu söylemiştir (Turabi, 2005).

2.6. Makamlar ve Şifası

Türk müziğinde seslerin belirli kurallar dâhilinde kullanıldığı makam kavramı, Arapça köken itibarıyla “pozisyon, durum, oturulan yer, rütbe” gibi anlamlara karşılık gelmektedir (Can’dan akt: Turabi, 2005). Müzisyen İsmail Hakkı Özkan makamı, “bir dizide durak ve güçlü arasındaki ilişkiyi belirtecek şekilde nağmeler meydana getirerek gezinmek” olarak tanımlamaktadır (Özkan’dan akt: Turabi, 2005). 18. yüzyılda tek başına anlam ifade edip önem kazanan makam, Besteci Yalçın Tura’ya göre “belli perdelerden ve belli aralıklardan teşekkül eden belli cinsler üzerinde, belli noktalardan başlamak, belli istikametlerde gezinmek, belli perdelerde asma karar vermek suretiyle ortaya konan ezgi kalıbı”dır (Tura’dan akt: Tekin, 2015). Bestekâr ve neyzen Rauf Yekta Bey’in nazarında “makam, bir oluş tarzıdır. Kendisini teşkil eden çeşitli nispetlerle ve aralıkların düzenlenmesiyle vasfını belli eden musiki göstergesinin hususi bir şeklidir.” Ud virtüözü Cinuçen Tanrıkorur ise makama şöyle bir tanım getirmektedir: “Belli aralık düzenlerine göre teşkil eden müzik dizilerinin, bestecinin isteğine göre değişen keyfi bir şey olmaksızın seyre göre kullanılmasından doğan kurallar bütünüdür” (Öztürk ve Erseven, 2009).

Netice itibarıyla makam bir sistem olarak, bir parçanın ezgisel olarak yapılandırılmasında izlenen birtakım besteleme kurallarıdır. Taksim, peşrev, saz semaisi ve aranağme olmak üzere çalgının dört temel formu vardır. Daha çok bir faslın başlayacağını haberini veren “taksim”, doğaçlama bir seyir gösterir. Taksimden sonra ilk bestelenen parça ise önden gelen anlamına sahip “peşrev”dir. Genelde faslın sonunda da dört hane ve bir teslimden oluşan “saz semaisi” çalınmaktadır. Tek başına bir anlam ifade etmeyip, şarkı formundaki iki parçayı birleştiren bağlaca da “aranağme” denilmektedir (Signell, 2006). Aynı anda tek bir melodinin icra edildiği, başka bir sesin bulunmadığı müziğe “tek sesli müzik” denilmektedir. Klasik Türk müziği, tek sesli müzik türünün en önemli örneğini oluşturmakta ve sözlü bir geleneğe dayanmaktadır (Çakır, 2009).

Makam, İslam coğrafyasında özellikle Fârâbî ve İbn Sînâ tarafından ele alınarak musiki üzerinde temellendirilmiştir. İkisi de müziği tedavi edici bir unsur olarak görmüş, bu alanda hatırı sayılır çalışmalar yapmış ve Antik Yunan öğretilerini Arapçaya çevirerek,

kendi kültürlerine harmanlamışlardır. Fârâbî konuya, müziği 12 makam 12 burçla, 7 sesi 7 yıldızla ve 24 şubeyi de 24 saatle ilişkilendirerek bir ayrıntı sunmuştur (Akpınar, 2001). İbn Sînâ ise Fârâbî'nin makamları burçlarla ve gökyüzüyle ilişkilendirerek ele almasını reddetmiş ve başka bir öğretiyi ortaya koymuştur. İbn Sînâ, müziğin daha çok seslerle olan uyumu ve melodi ile ritim üzerinde yoğunlaşmıştır. Müzikteki bu uyumun da matematiksel bir oran ve sayısal kurallar içermesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu sebeple, “Kitabü’ş-Şifa” adlı eserinde de matematikle ilgili bilimlerin kısmını müziğe ayırmıştır. İbn Sînâ, en iyi tedavi yollarının hastanın akıl ve ruh gücünü artırma, onlara cesaret vermeyle, sevdiği insanlarla hoş bir ortam oluşturmayla birlikte onlara en uygun musikiyi dinletmenin etkili olacağını belirtmektedir (Grebene’den akt: Ak, 1997). İbn Sînâ, kişideki ses tonunun aslında onun ruh halini ifade ettiğini açıklamaktadır. Müzikteki sesin insana hoş gelmesi onun idrak etme kapasitesiyle alakalıdır; yani işitmesiyle değil. İnsan, dinamik bir ruh haline sahiptir, o yüzden bir günde sürekli aynı duyguyu koruması mümkün değildir. Buna sebep Safiyüddin Urmevi, her makamın aynı vakitte etkili olmayacağını belirtmiştir. Özellikle Neva, Buselik, Uşşak makamlarının uygun vakitte dinlendiği zaman insanın ruhuna güç verdiği, psikolojisine destek olduğunu söylemektedir (Ak, 1997).

Rotayı yine Fârâbî'nin öğretisi üzerine getirecek olursak, makamların insan ve ruhu üzerindeki psikolojik etkilerini ele alışı, farklı makamların insan ruhuna da tesirinin farklı olacağını görmemiz mümkündür. Fârâbî'nin sözünü ettiği makama bağlı duygulanımların günümüz yöntemleriyle araştırılması ve bu zamanın bilgisine, gereğine göre uyarlanmasıyla iyi bir tedavi yöntemi uygulanacaktır (Öztürk ve Erseven, 2009), (Akpınar, 2001). Fârâbî'nin, o döneme ait bahsettiği makamlar ve tedavi için uygun olan vakitler şu şekilde sıralanmaktadır:

- 1- Rehavi Makamı: Yalancı sabahta,
- 2- Hüseyini Makamı: Sabah vaktinde,
- 3- Rast Makamı: Güneşin yükselmeye başladığı zaman,
- 4- Buselik Makamı: Kuşluk vaktinde,
- 5- Zengule: Öğle vaktinde,
- 6- Uşşak Makamı: Öğleyin vaktinde,
- 7- Hicaz Makamı: İki namaz arasında,
- 8- Irak Makamı: Akşamüstünde,
- 9- İsfahan Makamı: Gün batarken,
- 10- Neva Makamı: Akşam vaktinde,
- 11- Büzürk Makamı: Yatsı namazından sonra,
- 12- Zirefkent Makamı: Uyku vaktinde etkilidir (Yiğitbaş, 1972).

Pek tabii ki, Fârâbî'nin getirmiş olduğu bu tanımlamaları, günümüz ışığında bilimsel çalışmalarla desteklemeksizin koşulsuz kabul etmek, tedaviyi makam düzeyinde sınırlandırmakla eş değer olur. *18. Yüzyılda Türk Müziği* kitabının yazarı Charles Fonton'a göre "musiki üstatları, icra edecekleri eserleri seçerken, günün o makama uygun saatte olmasına özen gösterirler. İnsanın duygu ve düşünceleri her an değişebilir. Değişkenlik gösteren mizaca, o an en uygun olan musiki seçilir. Eğer bu musiki, dinlendiğinde insanı sürükleyebiliyorsa o zaman büyük bir şaheser özelliğini taşır" (Öztürk ve Erseven, 2009).

Dua da aslında bir musiki sayılmaktadır (Yiğitbaş, 1972). Eski bir geleneğin devamı niteliğinde ezan da her vakte göre uygun makama tabi olarak okunmaktadır. Sabah ezanı saba makamında, öğle ezanı uşşak, ikindi ezanı hicaz, akşam ezanı irak ve segâh, yatsı ezanı ise rast makamında okunmaktadır (Çoban, 2005). Fârâbî'ye göre on iki ana makam şunlardır: "Rast, Irak, Isfahan, Zirefkend, Rehavi, Büzürg, Zengule, Hicaz, Buselik, Uşşak, Hüseyini ve Neva"dır. Bahsi geçen bu makamların insan ruhuna etkisi ve hastalıklara şifası Fârâbî tarafından şu şekilde tasnif edilmektedir (Turabi, 2005):

- 1- Rast Makamı'nın; makamların ilki olup felce ve akıl hastalıklarına karşı faydalı olduğu,
- 2- Irak Makamı'nın; ateşli hastalıklara, sersemliğe, vereme ve çarpıntıya karşı iyi geldiği,
- 3- Isfahan Makamı'nın; soğukluğun ve kuruluğun sebep olduğu hastalıkların tedavisinde, ayrıca zekâ, akıl, hatırlama ve odaklanma noktasında da yararlı olduğu,
- 4- Zirefkend Makamı'nın; ağız felci, inme, eklem ağrıları ve kulunç hastalıklarını şifalandırmaya yardımcı olduğu,
- 5- Rehavi Makamı'nın; özellikle baş ağrısına iyi geldiği, vücuttaki toksinlerin, balgam ve kanla ilgili hastalıkların bedenden kolaylıkla atılmasını sağladığı,
- 6- Büzürg Makamı'nın; bağırsak ağrısına, kulunca, sevdâ ve çeşitli korkularla ilgili rahatsızlıklara iyi geldiği,
- 7- Zengule Makamı'nın; kalp ve mide sorunlarına karşı faydalı olduğu,
- 8- Hicaz Makamı'nın; idrara rahat çıkmayı sağlamada, ağrı ve sancıları hafifletmede tesirli olduğu, aynı zamanda cinsel gücü de arttırdığı,
- 9- Buselik Makamı'nın; bilhassa kalça kemiği ağrısına ve kanla ilgili rahatsızlıklara tesir ettiği,
- 10- Uşşak Makamı'nın insanı rahatlatan bir özelliğinin olduğu, gut hastalığına, uykusuzluğa ve ayak ağrılarına iyi geldiği.
- 11- Hüseyini Makamı'nın; ateşli ve iltihaplı (kalp-ciğer) hastalıklarda, sıtmada, mide sorunlarında tedaviye katkı sağladığı,
- 12- Neva Makamı'nın; kalça sinirlerinde oluşan ağrılı hastalıklara fayda sağladığı aynı zamanda kişiyi kötü düşüncelerden

arındırdığı ve hafızasına katkı sağladığı bilinmektedir (Turabi, 2005).

2.7. Makamların Seyirleri

Her farklı makamın farklı hastalıkları tedavi etmesinde, makamların önce seyir sonra da donanım özelliklerine göre tasnif edilmesi daha etkili olmaktadır. Bunlara bir de eserin icra hızı, ritmi eklenirse müziğin o zaman daha kullanışlı bir tedavi haline gelmesi mümkündür (Öztürk ve Erseven, 2009). Müziğin inici, çıkıcı ve orta bölgelerden oluşan seyir dizisini açıklayacak olursak:

- 1) “İnici Seyir”: Muhayyer, Kürdilihicazkâr ve Mahur makamları gibi tiz perdelerden başlayıp pest perdelerine doğru inen bir seyir türüdür. İcra edilen eserin başlangıcından itibaren insanda bir coşku oluşturmaktadır. Enerji verme özelliğinden ötürü kişinin kendisini yorgun hissettiği zamanda bu makamu kullanması isabet olmaktadır. Böylece olumsuz duygular hafifletilerek, olumlu duyguların ortaya çıkması sağlanmaktadır.
- 2) “İnici-Çıkıcı (Orta Bölge) Seyir”: Hüseyini, Nihavend, Hüzam ve Bayati makamları gibi orta perdelerden başlayıp, tize veya peste doğru gelişen bir seyir türüdür. Bu seyirdeki makamlarda, genellikle eserin başlangıcı tiz perdelerden başlamayıp, daha sakin bir girizgâh yapılmaktadır. İnsandaki inişli çıkışlı duyguları, ifrat ve tefritten oluşan uçlardaki ruh halini itidal noktasına getirebilmek amacıyla orta seyir tercih edilmektedir.
- 3) “Çıkıcı Seyir”: Rast, Uşşak, Buselik, Segâh gibi makamlar da pest perdelerden başlayıp orta ve tiz perdelere doğru gelişen bir seyir izlemektedir (Öztürk ve Erseven, 2009).

Dinletilen eserin makamı ne olursa olsun parçasındaki seyir aralığının dar olması kişide gevşeme ve sakinlik gibi rahatlatıcı etkilere sebep olmaktadır. Geniş bir seyir aralığına sahip eser de dinleyenin algı sistemini daha uyanık hale getirmektedir (Öztürk ve Erseven, 2009). Örneğin hicaz makamına ait olan ninnilerin, seyir aralıkları değişkenliği daha yüksek olduğu için algı sistemi adaptasyonuna daha zor izin vermekte ve dikkati sürekli olarak yüksek düzeyde tutmaktadır. Neticede seyrin perde sırasını bozmadan gerçekleştirilmesi, o eserin daha rahatlatıcı bir etkiye sahip olmasını sağlamaktadır (Öztürk ve Erseven, 2009).

Musikimizde, Batı müziğindeki gibi majör özellik gösteren Rast, sonsuzluk duygusu veren Mahur ve Rehavi gibi makamların, intihar düşüncesini gidererek, kişide mutluluk hissini ön plana çıkardığı gözlemlenmektedir. İştah problemi yaşayan kişiye, lezzet verdiği rivayet edilen Irak ve Neva makamları; asabi özellik gösteren kişilere de sükûnet ve rahatlık veren Hüseyini makamı tavsiye edilmektedir. Güne hareketli başlayamaya mecali olmayan kişiler için ise ayağa kalkma duygusu ve güven veren, insanı harekete teşvik eden Isfahan makamı önerilmektedir. Hayattan tat alma noktasında eksiklik yaşayan, literatürdeki karşılığı “anhedoni” olan, kişilere de gülme ve eğlenme duygusu veren Uşşak makamının iyileştirici etkisinden bahsedilebilmektedir (Çoban, 2005). Bu sebeple Uşşak makamının, depresif insanlara duygulanım noktasında iyi geleceği düşünülebilir. O halde araştırmamızın konusu olan Uşşak makamını daha detaylı ele alalım:

2.8. Uşşak Makamı

Bir makamın seyri için giriş sesi ile karar arasındaki ilişki diyebiliriz. Seyrin ise ezgisel yönünü, bu iki perdenin birbirine göre olan konumları göstermektedir. Daha önce de belirttiğimiz üzere Uşşak, çıkıcı seyir gösteren bir makamdır. Bu bilgiler ışığında, Uşşak'ın yeden perdesinin sol notasında başladığını ve durakta son bulunduğunu söylememiz mümkündür. İkinci cümle de yine aynı şekilde seyir göstermektedir. Üçüncü cümle (5-6 ölçüler) eğer durakla başlıyorsa hemen güçlü civarındaki bölgeyi işlemek için çıkar ve yine o güçlü üzerinde bir karar ile biter. Öncekilerin bir özeti mahiyetinde olan son cümle (7-8 ölçüler) ise karara varmadan hemen önce yeden perdesinde kalır (Signell, 2006). Mutasavvıf Abdülbaki Nasır Dede, Uşşak makamını şu şekilde açıklamaktadır: “Neva (re) perdesinden başlayıp çargâh (do), segâh (si) ve dügâh (la) perdesine inerek kararı dügâhta verir. Bununla birlikte neva perdesinden yukarı hüseyini, acem, gerdaniye ve muhayyer perdesine dek de çıkabilir” (Abdülbaki Dede'den akt: Tekin, 2015).

Neyde icra edilen esas makamlardan olan Uşşak'ın birinci güçlü perdesi neva, ikinci güçlü perdesi ise hüseynidir. Uşşak'ın tipik özelliği, asma karar perdesinin segâh olmasıdır. Bu makamda segâh sesi, özellikle karara doğru giderken daha pes basılır ve donanımda si koma bemol olarak gösterilir (Özkan, 2011). Bu makamın neyle icrasında la notasından pestleşerek, dem seslere kadar gelinebilir. Makamın kendine özel bir ağırlığı olduğu için bilhassa durak (la) altından pestleşir ve Yegâh perdesinde bir Rast beşlisi oluşturur. Uşşak'ın Rast makamıyla olan yakınlığı bu şekildedir. Uşşak makamına

donanım noktasında en çok Beyâti makamı benzese de seyir açısından farklılık göstermektedir. Çünkü Beyâti makamı daha çok tiz duraklarda dolaşmaktadır (Erguner, 2002). İlahi şeklinde en çok kullanılan makamlardan biri olan Uşşak, ilahiyi dinleyende dini duygular uyandırması ve Fârâbî'nin nazarındaki makamın etkisiyle neşelenmesi bakımından tedaviye uygun olarak kullanılabilir (Öztürk ve Erseven, 2009).

Makamların şifasını ve kişideki olumlu aktivasyon artışını görebilmek için monoton ritimden ziyade daha canlı ritme sahip olan müzikler tercih edilmelidir. Bu kategorinin içerisine, Türk müziğinde sofyan, düyek, aksak; Batı müziğinde ise allegro tarzındaki eserler girmektedir. Seçilen parçaların enstrümantal olmasına dikkat edilmeli; çok fazla inişli çıkışlı, karmaşık parçaların zihni yormasına izin verilmemelidir (Çoban, 2005). Müzik, beyin için bir uyarandır. Bu uyarandaki sapmanın büyüklüğü kişide oluşturacağı etkiyle doğru orantılıdır (Öztürk ve Erseven, 2009). Musikide ritim teriminin karşılığı “usul”dür. Müziğin fizyolojisini açıklarken ritmin beyincikle alakalı olduğundan bahsetmiştik. Kullanılan müziklerin yüksek frekanslı, ritimli olması beynin frekansında, işlevselliğinde ve çalışma hızında büyük bir öneme sahiptir. Tedavi noktasında kişinin iyi bir sonuç alabilmesi için dinlediği müziğe katılım sağlaması gerekir. Bunu da bir grupta müzikle tedavi seansında, birlik içerisinde aynı coşkuyu ve heyecanı hissederek daha rahat kazanabilir (Çoban, 2005). Seans içerisinde kişi, kendisine iyi gelecek olan müziği seçerek “ilacın dozunu” kişiye özel olarak kendimiz ayarlayabiliriz (Öztürk, Erseven, 2009).

2.9. Müzik Terapi Kavramı ve Özellikleri

Müzik terapisinin öncülerinden olan Juliette Alvin, bu kavramı şu şekilde tanımlamaktadır: “Müzik terapi; çocukların, yetişkinlerin yaşamış olduğu fiziksel, zihinsel, psikolojik sorunlarının tedavisinde kullanılan bir rehabilitasyon çeşididir. Bu tedavide müzik, kontrollü bir şekilde kullanılmaktadır” (Alvin'den akt: Bruscia, 2016). Amerika Müzik Terapi Derneği ise müzik terapiyi; “sosyal bir varlık olan insanın bir terapötik ilişki içerisinde fiziksel, duygusal ve toplumsal ihtiyaçlarının karşılanması için müziğin kullanıldığı bir sağlık uzmanlığı” olarak tanımlamaktadır. Uzman müzik terapisti aracılığıyla, danışanın ihtiyacı olan müzik ve aktivitesi belirlenmekte, böylece tedavinin seyri tayin edilmektedir. Müzik, terapötik yönden danışana, dinleme ve enstrüman kullanabilme açısından bir beceri kazandırmakta, ritimle hareketlerini kolaylaştırmakta ve motivasyonel bir sağaltım sağlamaktadır. Bu interaktif süreç, hem danışana hem de

ailesine duygusal destek noktasında büyük bir katkı sunmaktadır (Bruscia, 2016). Böylece kişi terapide, gözlem gücünü kullanmakla kalmayıp, kendisine özgü olan algı yeteneğinden hareketle terapiyi anlayabilip, anlamlandırabilmektedir (Ducourneau, 2016).

Terapi sözcüğü, köken itibariyle Yunanca bir terim olup, tedavi için gerekli olan önlemlerin alındığı, çözümlerin sunulduğu tıbbın bir dalıdır. Müzik ve terapinin kaynaştırma kümesini oluşturan müzik terapi kavramı, üretkenlik, öznellik ve güzellik açısından sanatla; tedavi edici yönüyle de psikoloji-psikiyatri gibi beşeri bilimleri kapsayan sosyokültürel ve disiplinler arası özelliğe sahiptir. Müzik terapinin bu sosyokültürel yönü her insan ve her toplum için farklı zamanda farklı bir etkileşim meydana getirmektedir. Bu yüzden evrensel geçerliliğe sahip tek bir müzik terapi yoktur. Sanat ve bilimin birbirini desteklediği bu alanın odak noktasına insan konularak, kişilerarası ilişkilere canlılık kazandırılmaktadır (Bruscia, 2016).

Müziğin içinde bulunduğu bu tedavi şekli içerik olarak bir fısıltıdan oluşabildiği gibi, ezgisel bir forma sahip eser de teşkil edebilmektedir (Ducourneau, 2016). Böyle geniş bir yelpazeye sahip olan müzik terapi, tanım noktasında birçok tartışmayı da beraberinde getirmiş ve bazı bilim insanları tarafından tedavide yalnızca bir alternatif olarak görülmüştür. En son yapılan tanımlar, bu görüşe karşı müzikle tedavinin kendine özgü ilkeleriyle bilimsel bir yönünün olduğunu göstermiştir (Çoban, 2005).

Terapötik süreçte müzik, amaca götüren unsur olarak kullanılırsa, bir araç vasfı görür; amaçların belirlenmesinde etkin rol oynaması için kullanılırsa da o zaman bir amaç haline gelir. Yani müzik, yerine göre terapide hem araç hem amaç hem de tedaviyi yöneten bir süreç olarak varlığını korumaktadır (Bruscia, 2016). Bir profesyonelin hakimiyetinde, sağlık odaklı terapide kullanılan müzik, danışanı yalnızca iyileştirmek amacıyla kullanılmamakta; kişideki işitme duyusunu geliştirmeyi ve terapist-danışan arasındaki ilişkiyi de sağlamaktadır (Bruscia, 2016). Müziğe kimlik kazandıran özelliği estetik bir güzelliğe sahip olmasıdır. Danışan müzik sayesinde açığa çıkmayı bekleyen duygularının üstünü açar, anlamda tamamlandığını fark eder, fiziksel ağrı ve acıların azaldığını hisseder (Bruscia, 2016). Müzik terapide amaç, danışanın duygularını açığa çıkarıp bırakmak değil, gün yüzüne çıkan duyguların yine terapist tarafından uygun bir şekilde toplanmasını sağlamaktır.

2.10. Müzik Terapinin Tarihçesi ve Şifahaneler

Kadim geleneklerin üzerinde durduğu, hastaların şifa bulmasında en eski yöntemlerden biri olan müzik terapinin kullanım sahasındaki kökenine baktığımızda, ilkçağ medeniyetinde “baksı, kam, ozan” adı verilen şamanlara rastlamaktayız. Müzik, ilkel kabilelerde o dönemin zihniyetine göre şekillenmiş, büyücünün irade gücü olarak atfedilmiş ve büyücünün kötü ruhlarla uğraşmasındaki bir araç olarak görülmüştür (Altınölçek, 2013). Müzik, bu dönemde insanların dansla birlikte hipnoz haline geçmesini etkilemiş, kabilelere yön göstermiştir (Güvenç, 1985).

Antik Yunan medeniyetinde hekimler, müziği tıp ilmiyle ilişkilendirerek bilimsel bir yere oturtmaya çalışmışlardır. Platon, bir hastanın iyileşmesi için gerekli olan reçetede müziğe de yer verilmesi gerektiğini belirterek, müziğin tedavideki önemini vurgulamıştır. Aynı şekilde öğrencisi Aristoteles de müziğin tıp sahasında ayrı bir işleve sahip olduğunu söylemiştir (Altınölçek, 2013). Hipokrat, ruh hastalıklarının da tıpkı fiziksel rahatsızlıklar gibi doğal bir nedene bağlı olduğunu belirterek hastalara tapınaklarda müzik dinletip, tedaviyi bu şekilde yapmıştır (Kalender, 1997). Müziği tıp ilmiyle birleştirip, hekimlikte kullanan ilk kişinin Pisagor, bunu ameliyatlarda uygulayan ilk doktorun da Homer olduğu bilgisine ulaşılmaktadır (Canpolat’tan akt: Tekin, 2015).

Yine Antik dönemde İbraniler müziği, özellikle cenaze ve ayinlerde ilahi şeklinde kullanmış, Eski Çin’de de müziğin kökenine yönelik sorgulamalar yapılmış ve müziğin insanlar arasındaki ilişkiyi düzelttiği yönündeki etkisinden bahsedilmiştir (Ak, 1997). Müzik, Eski Mısır’da da insanın sezgisel yönünden hareketle, en gizli sanat olarak nitelendirilmiştir. Yani insan müzik sayesinde bir uyanışa geçebilmekte ve müzik aracılığıyla kendisini aşabilmektedir (Güvenç, 2015). Müzikle tedavi Batıda özellikle Rönesans’tan sonra kayda değer kaynaklar sunmuş ve Hıristiyan camiasında müziğe, ruhu iyileştiren kutsal bir değer atfedilmiştir. Çünkü bütün erdemlerin kaynağı olan müzik, dini olarak da iyileşme sağlayan, insanı ve ruhunu kötülüklerden, hastalıklardan koruyan bir araç olarak nitelendirilmiştir (Güvenç, 2015).

Asya kültüründe Türk musikisi, beş sesli Pentatonik sistem üzerine kurulmuştur. Burada müzik, köklü bir geçmişle ruhi özelliklere ait olup, sadece eğlence amacı gütmeyen, toplumda ortak duygular oluşturarak, insanı harekete geçiren, ruhu dinlendiren terapi yönüyle de sosyal bir anlama sahiptir (Ögel’den akt: Ak, 1997). Selçuklu Türklerinde müzik, Fars ve Arap kültürlerinin de etkisiyle oluşmuştur. Bu dönemin altın

çağını yaşatan Fârâbî, İbn Sînâ, Safiyüddin Urmevî'nin müzikle ilgili kuramları çok çarpıcı olmuştur. Müziği özellikle bir tedavi türü olarak değerlendiren Fârâbî ve İbn Sînâ müziğin, insanın ruhuna nasıl işlediğini açıklamaya çalışmışlardır. Müzik İbn Sînâ'nın nazarında, bir çocuğun sıhhatli bir şekilde yetiştirilmesinde, zihin ve beden koordinasyonunu sağlamasında en önemli araçtır (Sayılı'dan akt: Altınöçek, 2013). Ebu Bekr Râzî de aynı şekilde depresyon hastalarının tedavisinde bir uğraşın iyi geleceğini belirtmektedir (Güvenç'ten akt: Altınöçek, 2013). Bir sonraki çağın getirilerinde ise Şuuri Hasan Efendi ve Gevrekzade Hafız Hasan Efendi'nin (nabız-ritim ilişkisi) müzik alanında vermiş oldukları eserler ve öğretiler günümüze ışık tutmuştur (Öztürk ve Erseven, 2009).

İslam dünyasında insan, musikiyle aslında daha doğar doğmaz tanışmaktadır. Dünyaya ilk geldiğinde kulağına ezan okunmasıyla bir makamla karşılaşır ve müzikle ilk kez doğrudan bir ilişki kurar. İslam medeniyeti, gerek ezanla, gerek ilahilerle, gerekse kutsal kitabın güzel sesle okunması emriyle musikiye verdiği önemi göstermektedir. Bilhassa tasavvuf ekolünün müzikle olan çalışmaları, müziğin bir terbiye, bir arındırma sanatı olduğu görüşü, müziğin akıl ve ruh sağlığı tedavisindeki yerini önemle korumaktadır. İsraki Felsefe'nin kurucusu olan Sühreverdi, müziği dertliler için deva, ruhi doyuma ulaşamayanlar için gıda, gönlü dar olanlar için de bir ferahlık olarak tanımlamaktadır (Ak, 1997).

Müziğin tedavi edici yönünü gerek Antik medeniyetlerden gerekse İslam coğrafyasından alıp sentezlemeye çalışan Osmanlı Devleti, şifahaneler kurarak, bu alandaki ilk ciddi projeyi sunmuştur. 18. yüzyıla kadar bu hizmet geliştirilmiştir (Terzioğlu'dan akt: Ak, 1997). O dönemin akıl hastaneleri olan "Bimarhane"lerde ilk önce hastanın ruh haline bakılır, sonra sorunun kaynağı tayin edilir, hastanın rahatsızlığına ve kişilik özelliğine göre ona uygun olan bir müzik, bir makam ve enstrüman seçilerek tedaviye bu şekilde yön verilir (Turabi, 2005). Pek tabii ki, müziğin sağlamış olduğu iyileştirici gücünün kalıcı bir tedavi olmadığını, sadece destek ve tamamlayıcı bir özellik içerdiğini belirtmekte yine fayda vardır.

Türk-İslam medeniyetindeki tedavi amaçlı kurulan müzik terapi alanlarını bir şerit halinde sunacak olursak: Dönemin ilk hastanelerini, 12. yüzyılda Şam'da kurulan Nurettin Hastanesi, akabinde Kayseri Gevher Nesibe ve Sivas İzzeddin Keykavus Darüşşifası ile Miskinler Tekkesi olarak bilinen Amasya Darüşşifası oluşturmaktadır

(Ak, 1997). Amasya'daki bimarhaneyi özel kılan hususlar, hem hastane hem de tıp medresesi işleviyle, ses titreşimlerinin beyne olan direkt etkisinden hareketle tedavide kullandığı müzikle su sesinin iyileştirici özelliğidir (Çoban, 2005). Osmanlı Devleti zamanında ise Bursa'da Yıldırım Darüşşifası, İstanbul'da Fatih Darüşşifası ve Edirne'de II. Bayezid tarafından Edirne Darüşşifası yapılmıştır. Edirne'deki bimarhanede ise İbn Sînâ'nın bu alandaki öğretileri benimsenerek akıl hastalarına ilaç, telkin, su, müzik ve çeşitli uğraşlardan oluşan bir terapi modeli uygulanmıştır. Tüm bu hizmetler mümkün mertebe ücretsiz olarak devam etmiştir (Altınölçek, 2013). Son olarak Enderun Hastanesinde ise daha çok istidadı yüksek çocuk ve gençlere hitap eden bir program benimsenmiş, çocukların yetiştirilmesi ve müzikle tedavi edilmesi sağlanmıştır (Altınölçek, 2013).

Her dinde ve her millette müzik terapi vardır. Türk-İslam medeniyetinin 9. yüzyıldan itibaren kullanmaya başladığı müzikle tedavi yöntemini, Avrupa bilinçli bir şekilde ancak 18. yüzyılın sonlarına doğru farkına varıp uygulamıştır (Ak, 1997). Batı dünyasında da İngiltere, müzikle tedaviyi E. R. Clay'ın "müziği oluşturan etmenlerin (ritim, ahenk, melodi) dinleyen hastaya güç verdiği" yorumuyla değerlendirmektedir. Aynı zamanda müziğin bilinçli bir şekilde dinlenmediğinde bile istemsiz kasları harekete geçirdiğini, yazar Henry Peacham'ın "müziğin depresyona iyi gelen yönüyle hayat standardını olumlu yönde değiştirdiğini" savunmaktadır (Grebene'den akt: Ak, 1997). Kaynaklara göre en erken müzik terapi yöntemi, ilk olarak 19. yüzyılın sonlarında müzisyen Canon Harford tarafından uygulanmıştır (Altınölçek, 2013). 1945 yılından sonra Fransa'da ve İsveç'te müzik terapi enstitüleri kurulmuştur (Kalender, 1997). Ulaşılan kaynaklara göre, ABD'deki Michigan Devlet Hastanesi 1947 yılından itibaren Altshuler'in öncülüğünde Lucas ile yaptıkları depresyon tedavisinde müziği de programa dâhil etmiştir (Güvenç'ten akt: Altınölçek, 2013).

2.11. Müzik Terapinin Psikolojideki Yeri

Müziğin esrarlı gücü, dozunda kullanılan bir ilaç etkisiyle psikiyatri alanında önemli bir konumdadır. İnsan ruhunun birebir etkileşiminden oluşan müzik unsuru, yine insanı anlayabilecek ve ruhuna gerekli takviyeleri yapabilecek iyileştirme özelliğine sahiptir. Çünkü müzik, insanın kederli ve kötü zamanlarında yanına bir yoldaş, mutlu anlarında ise canına can katan bir şenlik olarak görülmektedir (Kalender'den akt: Tekin, 2015). Gün geçtikçe, insanın üzerindeki stres yükü artmakta, çevresel ve genetik

faktörlerin de etkisiyle ruh hastalıklarının sayısında ciddi bir artış gözlemlenmektedir. Alanda yapılan bazı çalışmalar müziğin, stresli zamanlarda çıkan kortizol seviyesini düşürdüğünü göstermektedir (Çoban, 2005). Bu durum şüphesiz, modern hekimlikle birlikte çeşitli tedavi tekniklerinin de araştırılıp uygulanmasını peşinde getirmektedir. Psikiyatri servisinde, gerek ilaç tedavisi, gerek psikoeğitim süreci, gerekse müzik tedavi gibi destek terapileriyle iç içe fayda sağlaması planlanan bir sağaltım tekniği kullanılmaktadır. Özellikle psikoterapi gören hastaların müzikle tedaviye daha iyi yanıt verdikleri gözlemlenmiştir (Altınölçek, 2013). Müziğin hem sağlıklı hem de hasta olan insanlar tarafından rahatlatıcı bir unsur olarak kabul edilmesi ve her yaştan, her kesimden oluşan kitleye ayrımcılık gözetmeksizin hitap etmesi, ona evrensel ve esnek bir özellik katmaktadır (Çoban, 2005).

Şu da bir gerçektir ki, müzik genel itibarıyla insanları iyileştirebildiği gibi bazı insanlara bazı durumlarda da enerji düşüklüğü ve ruh sikkınlığı da verebilmektedir. O yüzden bir uzman dâhilinde kişiye uygun bir müzik terapisi önerilmektedir. Bir psikiyatr konuyla alakalı olarak, “müziğin hastanelerdeki o ağır, kasvetli havayı, hastanın gerginliğini üzerlerinden alıp, hastaneye bir intizam sağlayarak, etrafa sükûnetle dinginlik verdiğini” yorumlamaktadır. Araştırmalara göre yüksek sesle dinlenen müzik, hastaya kuvvet vermekte ve insanın acılarına deyim yerindeyse su serpmektedir. Buradaki bağlantı da beyindeki acı merkeziyle, müziği kaydeden merkezin aynı kaynak olmasıdır (Yiğitbaş, 1972).

Nitekim, müzik terapi sürecinin sağlıklı bir şekilde oluşabilmesi için beden ve ruhun isteklerine kulak kabartmak gerekmektedir. Tedaviden maksat, hastanın rahatlaması yönünde olduğu için danışanın hoşlandığı şeylere, arzu ve tutkularına, hayat koşullarına, alışkanlıklarına ve sonucun olumlu olmasını engelleyecek korkularına bütüncül bir şekilde bakılmalıdır. Öncelikle danışan, hastalığının bilincine varıp tedaviyi kabul ederse bir içgörü kazanmış olur. Beynine de sahip olduğu hastalığın tedavisinin mümkün olduğunu ve iyileşmek istediğini telkin yoluyla bildirirse o zaman terapinin süreci istenilen yönde ilerler. Çünkü fiziksel olarak kendisini gösteren hastalık, esasında insanın zihninde oluşturduğu hastalığın gölgesinden ibarettir (Khan, 2001).

2.12. Bir Destek Tedavisi Olarak Müzik Terapi

Fransız Doktor Fodère'ye göre müziği, dinlenmek ve eğlenmek için bir de ondan etkilenmek ve iyileşmek için ilaç niyetiyle dinlemek gerekir (Daubresse'den akt: Ak,

1997). Müzik, terapi içerisinde somatik, psikosomatik, nörotik ve psikotik sorunlarla ilgilenmektedir. Araştırmalara göre müzik terapinin ilaçla birlikte kullanıldığı zaman psikoz vakalarında da faydası olduğu görülmektedir. Hatta bazı şizofren hastalarının grupla katıldığı müzik terapi seanslarında, eşlik ettikleri türkülerle depresyon derecelerinde hafiflik gözlemlenmiştir (Grebene'den akt: Örtter, 2005). Çünkü müzik, sosyal ilişkilerle dinleme becerisini geliştirir ve iletişim kanallarını açar, birlik ve beraberlik duygusunu pekiştirir, kolektif bir bilinç sağlar, insana güven ve özgüven aşılar, seçim yapabilecek bağımsızlığı kazandırır, kişinin otomatik davranışlarını düzenler, dikkati ve o ana odaklanmayı sağlar, şarkı söyleme ya da şarkıya eşlik etme becerisiyle içe kapanık olan bireylerin konuşmasını sağlar ve duygularını dışavurmada yardımcı olur (Altınölçek, 2013). Seans içinde danışan, ilk başlarda nötr olsa da terapistin ve ortamın sağladığı güvenle yavaş yavaş açılır. Bir ezgiyi mırıldanması bile terapinin iyi yönde intikal ettiğini göstermektedir (Ducourneau, 2016).

Tabii bu süreçte terapistin de kişisel sınırlılıklarının olması, hangi sorunlarla karşılaşacağı ve nasıl müdahale edeceği, durumu ekibiyle ya da meslektaşlarıyla paylaşp paylaşmayacağı da bir problem teşkil etmektedir. Seans sürecinin iyi bir şekilde değerlendirilmesi için ortamdaki ilişkiye bakmak gerekir. İlişkinin ne zaman başladığı, kendisini yapılandırması açısından önemlidir. Algı ve bilinç düzeyleri terapi süzgecinden geçerek, olması istenilen davranış ve tutum değişikliğine gidilir (Bateson ve arkadaşlarından akt: Ducourneau, 2016). Tedavi aşamasında, hangi olayın danışandan hangi sorunun terapistten kaynaklandığını, tüm sembol ve mecazları, belirsizlikleri açığa çıkarmayı sağlayan Rosolato dörtgeni kullanılır. Bu dörtgen aracılığıyla ortamdaki ilişki üzerine kurulu iletişim kanalları açılmış olur (Ducourneau, 2016).

Müzik terapisinde hastanın müzik tecrübesi, terapinin formunu oluşturmakta ve seansın dinamiğini analiz etmeye yardımcı olmaktadır. Bahsi geçen dinamikliğin sebebi de bu tedavinin, terapötik süreçteki etkisiyle sürekli değişime neden olmasıdır (Bruscia, 2016). Terapinin temel dinamikleri arasında ise bir birey olarak hasta ve özellikleri, hastalığın çeşidi, müzik terapistinin yetkinliği, seansı uygulayabilme yetisi, enstrümanın doğru kullanımı, uygun eserlerin seçimi, hastanın değişiklik gösteren ruh halidir (Altınölçek, 2013). Çünkü her hasta, aynı sendromu taşıyor olsa da her biri seansa kendine özgü farklı bir bozukluk getirebilir (Bruscia, 2016). Terapi, tedaviye ihtiyacı olan kişiyi destekleme, ona yalnız olmadığını hissettirme, bir etkileşime geçirmek için teşvik etme, bazı becerilerini geliştirmek için yardımcı olma gibi amaçlar doğrultusunda kişiye

kılavuzluk eder. Bu amaçlar ve kullanılacak yöntemler hastanın ihtiyacına göre şekillenmelidir. Unutulmamalıdır ki, hastanın sağlığı ve güvenliği her zaman önceliklidir (Bruscia, 2016).

Terapistin gözlem gücü çok iyi olmalı, profesyonel bir tutumla danışanın sınırlarını muhafaza etmeli, sorgulayarak denetlemeli, objektif ve danışanla işbirliği içerisinde olmalı, empati kurmalı, ön yargılarından arınmış bir vaziyette ayırım gözetmeksizin seans sorumlulukla, sabır ve kararlılıkla yürütmelidir (Altınöçek, 2013). Seansın her aşamasında refleksif (dönüşlü) bir süreç izleyerek –yani seanstan önce, seans sırasında ve seanstan sonra- o anı değerlendirmeyi, hastadan dönüt almayı ve ona farkındalık kazandırmayı amaç edinmelidir. Terapistle danışan arasında gereksiz samimiyet, bağlanma ve aşırı özdeşim kurma yer almamalıdır. Terapinin en temel ögesini oluşturan etmen, terapistle danışanın sağlık odaklı (salutojenik) kurdukları ilişkide fayda görmek için karşılıklı bağlılık göstermektir. Yani ortak bir hedef oluşturarak yapılan çalışmada iki tarafın da sözleşmeyi imzalamasıdır. Bu taahhütte, her iki tarafın birbirine güvenmesi ve anlayış göstermesi çok önemlidir. Çünkü her ikisi de karşılıklı olarak birbirlerinin deneyimlerinden etkilenmektedir. Danışan, terapinin evre aşamasında kendisini öğrenir, algılar, duygularını tanımlar, hayal gücünü kullanır, seansları anlamlandırır ve yorumlar, benlik bilinciyle kendindeki değişimi fark eder ve gelişimi için çaba gösterir. Bu durum da danışana “özdüşünüm” özelliğini kazandırmış olur. Danışanın öncelikle hazırbulunuşluk seviyesinde olması önem arz etmektedir (Bruscia, 2016). Terapi evresinin yöntemi de şu şekilde oluşmaktadır: Uygulamadan önce bir değerlendirme yapılarak, sonrasında uygulamaya başlanır. Akabinde uygulama sonrası analiz etme ve terapiyi sonlandırma basamakları yer almaktadır. Hastanın müziğe verdiği tepkiler sonucunda sürece girilir. Terapideki protokolda önce amaçlar ve hedefler belirlenir, danışanın terapiden beklentisinin ne olduğu sorulur ve değerlendirilir, tedavinin kaç seanstan oluşacağı saptanır, kullanılacak ölçek formüle edilir (tedavinin başlamadan ve sonlandırılırken), elde edilen veriler, danışanda oluşan müzik terapi deneyimini, terapinin lehine doğru sonuçlandırır. Her insanın farklılığından kaynaklanan bir netice olarak her danışandan aynı sonucun elde edilmesi beklenmemelidir (Bruscia, 2016).

Müziğin içerisine girince insan, bulunduğu mekan ve zaman mefhumundan başka bir aleme tayin olur. (Bruscia, 2016). Herkes dinlediği ya da icra ettiği müziğin, kendisinde oluşturduğu algısından ve duygusundan mesuldür. Çünkü müzik, insanın ruh

haline göre duygularını yansıttığı ve değiştirebildiği bir ihtiyaçtır (Altınölçek, 2013). Deneysel bir terapi çeşidi olan müzikle tedavi, danışanın müzik sayesinde sürece başlamasını ve problemleri bu şekilde çözmesini kolaylaştırmaktadır. Hasta, müzik vasıtasıyla sorunun içerisine ve dinamiğine girer, mevzuyu dönüştürmeye çalışır (Bruscia, 2016). Bu deney de bir müziğin, bir enstrümanın ve en az bir kişinin de katkısıyla bütünsel bir ilişki bağlamının kurulması gerekir; burada amaç yeni bir eser icra etmek değildir (Bruscia, 2016).

Müzikteki bu ilişkinin kalıcı olma özelliğini durum (hâl) ve karakter kavramları açısından ele alabiliriz: Durum, anlık bir şeydir, yani o anda var olan şartlara göre kendisini değiştirir. Durumda kişiye bağlı olmaktan ziyade ana sabit kalmak vardır. Karakter ise zamana ve mekâna göre değişiklik göstermeyen, daha kalıcı olan oturmuş deneyim örüntüsüdür. Andan ziyade kişiyle alakalıdır. Neticede, müziğin de ilişkisinin bir durumu bir de karakter boyutu vardır (Bruscia, 2016). Nitekim bir müziğin insanı derinden etkileyip, tesiri altında alabilmesi için de emosyonel ve akıcı bir karaktere sahip olması gerekmektedir (Mitchell'den akt: Altınölçek, 2013). Bununla birlikte müzik, sadece tedavi eden özelliğiyle kalmayıp, insanın ruh haline göre seçilen uygun türleriyle, oluşan stresi alt etmeyi başararak doğması muhtemel psikolojik sorunların önüne geçebilmektedir. Burada amaç, danışanın karakterini değiştirmek değil, danışana potansiyelini fark ettirmek ve içinde kuvve halinde bulunan yetiyi fiil haline getirerek kişiliğini geliştirmektir. İnsan, müzikten psikolojik bir etkilenme yaşayarak, davranışlarını değiştirir, bir düzen ve dengeyle yaşam kalitesini artırmaya çalışır (Ak, 1997).

2.13. Müzik Terapinin Alanları ve Uygulamaları

Müzik terapinin uygulama sahalarına bakacak olursak, mevzuyu altı alt alanda inceleyebiliriz: Psikoterapötik, İyileştirici, Tıbbi, Didaktik, Ekolojik ve Eğlenme\ Dinlenme Odaklı Müzik Terapi. Sayılan bu alanların hepsi kendi içerisinde, seviyesine göre değişiklik gösteren uygulamalardır. Psikoterapötik alanda danışanın, öz farkındalığının sağlanması, kendisini tanımlayabilmesi, duygusal anlamda rahatlaması, travmalarını çözmesi ve ruhsal sağlığına kavuşması hedeflenmektedir. İyileştirici alanda kullanılan müzik, hastanın gerek kendisini gerekse evrendeki uyumu bütüncül bir şekilde değerlendirmesini sağlamaktadır. Tıbbi alan da hastanın, rahatsızlığı veya iyileşmesi esnasında ortaya çıkan terapötik ihtiyaçları tedavi etmeye çalışmaktadır. Didaktik saha

ise hastanın yaşam kalitesini arttırmaya uygun davranışları ve becerileri öğretmeye odaklanmaktadır. Ekolojik alan hastanın içinde bulunduğu sosyal çevresini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Müzik terapinin eğlenme\dinlenme odaklı sahası da hastayı meşgul eden faaliyetlerden anlamlı bir şekilde ilgi duymasını sağlamaktadır (Bruscia, 2016). Müzik terapiye yönelik getirilen farklı bakış açılarının en önemlisi tıbbın, psikoterapinin ve iyileştirmenin harmanlandığı klinik yaklaşımdır. Bu yöntemde, hastaya iyi gelecek sağıaltım, müzik terapisti tarafından hastanın durumuna göre bir aydan üç aya kadar günde 10-20 dakika süreyle uygulanabilmektedir. Grupla yapılan müzik terapi seansında da grubun psikodinamizmine göre hastaların farkındalık boyutlarına dikkat çekilir (Altınölçek, 2013).

Yukarıda belirtilen uygulama alanlarında kullanılan müzik terapinin, uygulama yöntemleri de “pasif ve aktif” olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Terapiyi pasif ve aktif kılan temel özelliklerden biri, tedavinin bireysel ve grup ile yapılmasıdır. Diğerisi ise terapiye müzikal unsurların kullanımı ya da icra edilmesidir. Eğer danışan toplumda çekingen bir yapıya sahipse onun için ilk önce bireysel terapi daha uygun olabilir. Fakat hasta bir grup içerisinde kendisini daha iyi ifade edebilecek, sosyalleşebilecek potansiyeldeyse de o zaman grup terapisi önerilebilir. Özellikle toplulukta konuşma sıkıntısı çeken birey, grupla aldığı seansta mesela şarkı söyleyerek dikkat çekmeyeceği düşüncesiyle bu fobisini yenebilir. İbn Sînâ, şarkı söylemenin, sağılığı koruyan en iyi alıştırma olduğunu belirtmektedir. Danışanın seans içerisinde herhangi bir müzikal katkısının (enstrüman çalma, şarkıya eşlik etme, dans, mırıldanma gibi) bulunmasına “aktif terapi”, terapiye hastanın yalnızca müziğı dinleyerek (kayıt veya canlı) varlığını korumasına da “pasif terapi” denilmektedir (Altınölçek, 2013).

Terapinin faydalı olması için hastalara özellikle bir enstrüman çalmaları konusunda teşvik etmek gerekir. Danışan, seansta ne kadar aktif bir rol oynarsa, kendi benliğini bulması o kadar kolay olur. Terapiye kullanılacak müziklerin daha basit, özgün olmasına dikkat edilmeli, karmaşaya sebep veren müziklerden kaçınılmalıdır. Sesin şiddeti ve süresi iyi ayarlanmalıdır. Kişiyi kötü anıları çağırıştırma ihtimaline dikkat edilmeli ve bilinmeyen, sözsüz yani enstrümantal müzik seçilmelidir. Daha önce de bahsedildiğı üzere Pentatonik türdeki müziğın kullanılması otantik olması açısından tercih edilebilir. Kadim geleneğın bir göstergesi olarak Tasavvuf müziğı dinletilmeli ve eserler Türk musiki sazlarıyla icra edilmelidir. Şunu da belirtmek gerekir ki, tasavvuftaki sem’a töreninin de insana hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan fayda sağıladığı

araştırmalarca mevcuttur (Ak, 1997). Terapide uygun görülen eserin makamının, usulünün, sresinin ve tesir gücünün de hedefle örtüşmesi gerekir (ztrk ve Erseven, 2009). Fakat şu da bir gerçektir ki, aynı makama sahip olan her eser aynı usulde ve icra hızında olmadıkları için dinleyiciye farklı duygular hissettirebilmektedir. Örneğin, Uşşak makamına ait iki ayrı eseri inceleyecek olursak, 9\8'lik Aksak usulüyle bestelenen "Yangın Olur Biz Yangına Gideriz" İstanbul Türküsü dinleyene coşku verirken; yine Uşşak makamında 4\4'lk bir ritimle Sofyan usul niteliğine sahip bestesi Tatyos Efendi'ye ait olan "Gam-zedeyim Deva Bulmam" eseri insana hüzün duygusunu tattırmaktadır.

Müzikle tedavi, beş şekilde tasnif edilmektedir. Bunlar: Hastaya ya bir ses kaydıyla ya da canlı performansla, tedavisine uygun olarak seçilmiş bir müziğin dinletildiği "reseptif" alan; danışanın kendi potansiyelini keşfederek deneyimleriyle oluşturduğu "kompozisyonel" müzik alanı; terapistin rehberliğiyle danışanın müzik oluşturmaya çalıştığı "improvizyonel" alan; danışanın terapi esnasında bir çalgı aletini öğrenip, eser icra etmesi "rekraktif" alan; terapistin danışanı harekete geçirmek için hazırladığı müzikal faaliyetlere de "aktivite" alanı olarak sınıflandırılmaktadır (ztrk ve Erseven, 2009).

Deneysel bir alanı teşkil eden müzik terapinin kendi içinde oluşturduğu yapıyı, yaptığı çalışmalarla William W. Sears şu şekilde açıklamaktadır: "Yapı içindeki deneyim", "kendi kendine organize etmedeki deneyim" ve "diğerleriyle ilişkilendirmedeki deneyim" olarak incelemektedir (William'dan akt: Altınölçek, 2013). Yapı içindeki deneyim, danışanın bir müzik faaliyetinde tecrübelerini ve davranışlarını bir yapı içerisinde düzenlediği, müziğe uygun fiziksel ve emosyonel tepkiler verdiği, dikkatle seçilen müzikle olaylara karşı daha duyarlı olmasını sağlayan, müziğin temposuna göre fiziksel aktivitenin hızlı ya da yavaş bir özellik kazandığı gözlemlenen bir alandır. Burada önemli olan psikolojik seviyedir; o da danışanın mutlu ya da durgun olmasına, motivasyon seviyesine ve müzik bilgisinin derecesine bağlı olarak kendisini göstermektedir. Danışanın bireysel olarak organize ettiği tecrübeleri de kendisini tatmin eden, hoşuna giden, değer yargılarına uygun grdğu deneyimleri yapılandırması kapsamaktadır. Müziğin kendine özgü anlatımıyla seçimini yapan danışan, kendi faaliyetlerini oluşturarak, olumlu yönde bir gelişim sağlamaktadır. Diğerleriyle ilişkilendirmedeki deneyim ise bireye, müziğin sosyal becerisini kazandırır, iletişimini sağlıklı kılarak, kişinin kendisiyle ve çevreyle olan etkileşimini artıran bir yapıya karşılık

gelmektedir (William ve Grebene'den akt: Altınölçek, 2013). Bir standartla oluşturulan müzik terapi seansları, bahsettiğimiz bu özellikleriyle hastanın yıkılan benliğini toparlamasına yardımcı olur ve danışan, müzik sayesinde içinde sakladığı yeteneklerini ortaya çıkarır (AMTA'dan akt: Örtter, 2005).

Sunmaya çalıştığımız tüm bu bilgiler ışığında, hem sağlıklı hem de hasta bireylerde gerek fiziksel gerek duygusal gerekse biyolojik olarak bir rahatlama ve eğitim aracı niyetiyle kullanılan müziğin, kadim gelenekten günümüze kadar uygulama sahasında zirveyi koruduğunu söyleyebiliriz. Müzik, enstrümanların ve eserlerin çeşitliliği; usul, makam, tempo ve melodi dizileriyle insanın hislerini açığa çıkarmada bir rehber niteliğindedir (Güvenç, 1985). Tedavi noktasında hangi hastalığa, hangi makamı ve eseri, hangi enstrümanla uygulamak da dikkat çeken bir diğer husustur. Söz gelimi, trampet gibi vurmali çalgı aletlerini bir depresyon hastasının tedavisinde kullanmak risk taşır; çünkü kaynaklara göre trampetin insanı daha çok melankoliğe sürüklediği gözlemlenmiştir (Daubresse'den akt: Ak, 1997). Yapılan deneyler sonucunda, bir eserin icra edilmesinde daha düşük ritme -ayak uydurmada- sesi uzatması açısından neyin veya kemanın, daha hızlı yerlerde ise kanun veya udun kullanılması gerektiği kanısına varılmaktadır (Öztürk ve Erseven, 2009). Özellikle nefesli çalgı kategorisinde bulunan Ney'in, insan boğazına en yakın enstrüman olması bakımından kişideki motor ve taklit becerilerini en iyi yansıttığı görülmektedir (Altınölçek, 2013). Bu konuda Gerhard Kadir Tuçek, Ney sesinin kişiye sükunet sağladığını ve insanın ruh halini normal bir düzeye getirdiğini söylemektedir (Ak, 1997). O halde, Ney enstrümanını ve iyileştirici etkisini daha yakından inceleyelim:

2.14. Ney Enstrümanı

Bir Ney'in bağrından yükselirsem nağme olurum.

(Muhammed İkbâl)

Ney, maneviyatın derinliğiyle sanatın güzelliğini harmanlayan, ruhun bir enstrümana ne hissettiğini yansıtır, meramını anlattığı en önemli vasıta. Ünlü neyzen Süleyman Erguner Ney'e şu tanımı atfetmektedir: "Ney, insan varlığının iç âlemini, insan nefesi ile dile getiren bir sazdır." Tasavvuf ve Klasik Türk Musikisi ile asıl kimliğini bulan Ney, insanın ruh âlemine doğru çıktığı yolculukta bir kılavuzdur. Ayrıca Türk

milletinin milli ve manevi değerlerine hitap etme gibi özelliklerinden ötürü coğrafyamızda ayrı bir yere sahiptir (Çetinkaya, 1999).

Mana âleminin tercümanlığını yapan Ney, meşhur Mesnevi şarihlerinden Rusuhi Ankaravi'nin aktarımıyla etimolojik olarak şu farklılıklardan oluşmaktadır: “Dilsiz, sayılı delikleri olan ve kullanıcının üfleyerek çaldığı alet; Farsça ‘ney’, Arapça ‘gasab’, Türkçe ‘kamış’ olarak adlandırılmaktadır. Ses, şekil ve özellikleri bakımından çoban kavalına benzemez. Muhabbet ve eğlence için çalınan aletle, hakikati önceleyen alet arasında niyet farklılığı vardır. Bu mecliste çalınan kamış, eğlence cinsinden değildir” (Tan ve Çıpan, 2013). Mutasavvıf Abdülbaki Nasır Dede, Türk musikisinin perdelerinin yerlerini, Ney'in delikleri ve ses çıkarmak için gerekli, baş ve nefes pozisyonlarını kullanarak belirlemiştir. Yani diğer sazların hepsi akortlarını Ney'e göre ayarlamaktadır (Abdülbaki Nasır Dede'den akt: Behar, 2005).

Ney, yine yapı itibariyle flüt ve obua'ya benzetilen bir enstrümandır. Flütün sesinden daha pest, obuanınkinden ise daha tiz bir özelliğe sahiptir. Ney'in türüne göre uzunlukları da değişmektedir. Şah, Mansur, Yıldız, Davud, Süpürde, Kız Ney gibi isim ve boyut farklılıkları olsa da hepsinin şekli aynıdır ve parçalara ayrılmaz. Aralarında bir seslik fark vardır; ona göre daha pest ya da daha tiz gibi bir kıyaslama yapılabilir (Behar, 2005). Ney'in her çeşidi, dokuz boğumdan ve önde altı, arkada da bir olmak üzere toplam yedi delikten oluşmaktadır. Yalnızca bu deliklerin birbirine olan mesafesi değişiklik göstermektedir; o da neyin boyuyla orantılıdır. Ney'e bu özelliklerinden ötürü benzeyen bir de Kuşların Musikarı vardır. Nam-ı diğer Kaknüs Kuşu'nun burnu da tıpkı Ney gibi deliklerden oluşmakta ve her bir deliğinden farklı nağmeler çıkmaktadır.

Rivayetlere göre Davut Peygamber'in sesinin güzel olduğu bilinmektedir. İsrail kavmi de nefesli müzik aletlerini Hz. Davut'un sesini taklit etmek düşüncesiyle icat etmişlerdir. Sadece bir çeşit flüte benzeyen beyaz ney adını verdikleri sazı, koyunları çağırmak için ilk Kürtler kullanmıştır (Yekta'dan akt: Tekin, 2015). İnsan sesini taklit ederek oluşturulan sazlar daha geniş bir ses sahasına ulaşmakta ve bunlar da nefesli (ney, klarnet), yaylı (keman, kemençe, tanbur, rebab), mızraplı (ud, tanbur, kanun), darplı (santur, davul, def) gibi sınıflara ayrılmaktadır. Türk musikisinde insan ve saz seslerinin belli bir sese göre ayar edilmesine yani iki sesin de uyumlu olmasına “ahenk” adı verilmiştir. Bu uyumun sağlanması da Ney üzerinde yapılmıştır (Yiğitbaş, 1972).

Mevlevi kimliğe sahip musiki aletleri olan Rebab, Çeng, Kudüm gibi Ney de Orta Asya kökenlidir. Hz. Mevlana, Ney'in hammaddesini oluşturan kamışın boğumlarını, insandaki karmaşık yapıya benzetir. Bu komplekslerden kurtulan insanların, Aristoteles'in öğretisinde olduğu gibi bir katarsis yaşayarak saf mutluluğa ve esas olan mertebeye ulaşır, Ney gibi hoş bir seda vereceğini belirtmiştir (Güvenç, 1985).

Beni mest eyledi bezm-i mahabbetde sadâ-yı ney

Gamı mahv eyledi bir demde gönlümden nidâ-yı ney

Fazıl

(Ney'in sadası muhabbet meclisinde beni mest eyledi. Ney'in nidası bir anda (dem çekerek) gönlümden gamı mahveyledi.) (Tan ve Çıpan, 2013).

Şarklıların önde gelen musiki aleti olan Ney, Hz. Mevlana'nın "Dinle Ney'den" hitabıyla başladığı Mesnevi'nin ilk on sekiz beytinde yer almaktadır. Mevlana C. Rumi, şiir ve musiki ile insanları manevi âleme çekerek, musikiyi ilahi aşka ulaşmada aracı kılmıştır. Nefes ve nefis ilişkisi bağlamında, neyzenin kendisinden geçerek üflediği Neyden maksat, aslında nefisinden arınarak insan-ı kâmil mertebesine ulaşmaktır (Çetinkaya, 1999). Hem bir hadiste de bahsi geçtiği üzere "rüzgârlar bile Allah'ın nefesidir" denilmektedir. Hem de İsrail meleğinin kıyametin kopmasının haberini vereceği zaman sura üflemesi de yine nefesin insan hayatındaki önemini fark ettiren bir gerçektir. Peki, Ney ile insan arasındaki bağlantının bir diğer hikmeti nedir? Yineleyecek olursak, Ney dokuz boğumdan oluşmaktadır. Aynı şekilde insan boğazı da dokuz boğumdan meydana gelir ve her boğum aslında bir duraktır. Bir sözün ağızdan çıkmadan önce durup düşünüldüğü, demlendiği bir es boşluğudur. İnsan, ruhunun sızısını ya da duyduğu sevinci yansıtmak için Ney'in o boşluğuna nefesinden bir kendilik üfler. Zaten nefes, insanın duygu durumunu en çok belli eden yaşam belirtisidir. İşte insan da kendinden bir parçayla icra etmeye çalıştığı o duyguyu, Ney'le canlı tutmaya çalışır. Ney de neyzenin sayesinde kamışlıktan çıkar ve canlanır.

Ney'in yanmışlığı, boşluğunda tuttuğu hasretten kaynaklanmaktadır. O, vatani olan kamışlık halinden ayrılmıştır. Kendinden geçmiş, gerçek varlıkla var olarak özüne kavuşmuştur. İşte ne zaman ki, birlik ve beka âleminden, kamışlıktan koparıldı, o günden beri hasretle yanıp tutuştu ve hikmeti bir sır olarak kaldı. Ney'den çıkan her nağme bir nalan edası taşımaktadır; bir özleyiştir, bir nazdır. Bu durum, divan şiirinde sıkça telmih

sanatı kullanılarak edebi sahada da yerini bulmuştur (Çetinkaya, 2016), (Ayvazoğlu, 2007).

Hz. Mevlana da insanın mahiyetini Ney enstrümanı üzerinden açıklamaya çalışmış, yine buradan hareketle arzu, heves ve ihtiyaçları ikisi arasında bağlantı kurarak aktarmıştır. Ney'in kendisi 'insan-ı kâmilî, gönlü' sembolize ederken, çıkardığı ses de 'ilahi sırrı, aşkı ve ayrılığı' ifade etmektedir. A. Hamdi Tanpınar da *Huzur* romanında tasvir ettiği Neyzen Emin Dede karakteriyle bir "insan-ı kâmil" tipini konumlandırır. Tanpınar bu eserinde, Ney'le temsil edilen "insan-ı kâmilî" Emin Dede'nin şahsında neyzenle bir kılmıştır (Tan ve Çıpan, 2013).

Ney ve insan aynı acıdan mustarıptır ve ikisi de aslında gurbette gariptir. Ney, hayat bulduğu kamışlık halinden ayrı kaldığı için sızlamaktadır; insan ise ezeli-ebedi varlık âleminde ayrılp, dünyaya düştüğü için inlemektedir. İnsan, dünya hayatında yaşadığı sıkıntı ve imtihanlar sonucunda öteki âlemdeki mutluluğunu özlemekte ve dünyada sürgün hayatı yaşayıp bu durumdan acı duymaktadır (Çetinkaya, 1999). Abidin Paşa da bu ortak ayrılık acısından ötürü Ney'i ariflere benzetmiştir. "Ney'in boyu doğru olduğu gibi arifin de hali doğrudur" demiştir. Uhrevî ortamdan kopan insanın dünyevi bir kuruluğa düşünce susuz kalarak, ağzından âşikane ve hikmet dolu sözlerin çıktığını; Ney'in de tıpkı bu yanan arif gibi etrafa hoş sesler lütfettiğini belirtmektedir. İkisi de nefsanî arzularından arınmış bir vaziyette, içlerini yalnızca ilahi aşkla doldurmuşlardır. Her ikisi de dedikodudan, kötü sözden uzak, muhabbetle demlenir (Çetinkaya, 2016). Nihayetinde insanın kemale ermesi için bilinç düzeyinde yedinci varoluş seviyesine yükselmesi gerekmektedir. Bu seviye de düşünen nefis olan insan, faal akılla (İbn Sînâ'daki kutsal akıl) ittisal ederek bu dünyadaki erişmesi gereken olgunluğa kavuşacaktır. Bir teşbihte bulunacak olursak, Ney'de bulunan yedi delik, nefisinden arınmaya çalışan insanın ulaşmaya çalıştığı yedinci seviyeye tekabül edebilir. İnsan-ı kâmil de zaten nefisinden arınmış, varoluşun bilincine ulaşmış insandır.

Ney'e kutsî bir anlam yüklenmesi, onun önemini basit bir müzik aleti olarak değil de adeta bir ibadet aracı ve manevî tefekkür vasıtası olarak nitelendirilmesini ortaya koymuştur (Behar, 2005).

Çeşitli bilgi ve deneyimlerle açıklamaya çalıştığımız Ney enstrümanının, bu anlamlı özelliklerinden ve insanın ruhuna ulaşmada daha yakın bir müzik aleti olmasından ötürü terapi esnasında kullanımının daha uygun olacağı düşünülmüştür.

2.15. Depresyonun Tanımı ve Belirtileri

En sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlıklardan biri olan “depresyon” kelime kökeni itibariyle Latince “depressus” sözcüğünden literatüre girmiştir. Mana olarak da “gamlı, halsiz, alçak basınç” kelimelerinin bir açıklaması mahiyetinde, dilimizde “çöküntü” olarak kullanılan bir duygudurum bozukluğudur (Köknel, 1989). İnsanın hem ruhen hem de bedenen kendisini çökkün hissetmesi, günlük hayatında monotonluğun ve pasifliğin baş göstermesi, çevreye, kendisine ve çeşitli aktivitelere alaka duymaması, hormonal değişimlerden ve nörolojik farklılıklardan oluşan hayatı kötü tarafından algılayıp yorumlaması, boşluğa düşme hissiyle gelen çaresizlik ve kıymet görememe gibi sosyo-biyo-psiko nedenler, depresyona giden kapıyı ardına kadar açmaktadır (Çoban, 2005). Nitekim en sade biçimiyle, depresyon için insanın kederli ruh hali, dememiz mümkündür (Işık’tan akt: Altıntaş, 2015).

Nevzat Tarhan’a göre depresyon, kişinin yaşamla olan bağlantısını ve melekelerini zayıflatan, insan sağlığı için en az fiziksel bir hastalık kadar önem taşıyan psikiyatrik bir rahatsızlıktır (Tarhan, 2013). Kişinin yeise kapıldığı, kendi gücünü yadsıdığı, çevreden kendisini tecrit ettiği, uykuda ve iştah noktasında normal durumdan saptığı, dikkat, odak ve hatırlamada sorun yaşadığı, motor hareketlerinin yavaşlaması, hayattan tat alamama, sürekli kendisini hatırlatan can sıkıntısıyla birlikte ölüm ve intihar fikri depresyonu açıklayan diğer niteliklerdir (Budak’dan akt: Kimter, 2014). Diğer bir ifadeyle, bunalıma giren kişi, her şeyden vazgeçmiş bir vaziyette kendisine çeşitli suçları, pişmanlıkları atfeder, her şeye olumsuz yönden bakar. Herkeste bu özellikler başka türlü kendisini gösterebilmektedir (Gillet ve Pietroni, 1990).

Depresyonla melankoli arasında ince bir fark vardır. Freud melankoliyi, insanın kendisine olan güvenini yitirmesi, genel bir çerçevede sevme duygusunun azalması ve çökkünlük olarak tanımlamaktadır. Kişinin değer verdiği bir objeyi, kaybettiği zaman üzülmeye kaçınılmazdır. Freud’a göre o nesne artık sevdiği bir obje halinden çıkmıştır. Burada üzüntünün kaynağı bellidir ve içerisinde bir bilinçlilik durumunu barındırır. Fakat çoğu kez melankolideki üzüntünün, tıpkı kaygı ve korkudaki ayrım gibi nedeni bilinmemektedir. Kişide genel olarak bir yitim söz konusudur ve onun genel ruh haline bürünmüştür. Destek alınması gerekir ama hastalık değildir. Depresyonda ise kişi bir travma yaşamıştır ve onun üzerine ruhsal bir çöküntüye girmiştir. Tedavi olasılığı yüksek

psikolojik bir rahatsızlıktır (Teber, 1997). Melankoli kişinin varoluşunu, toplumla ilişkisini inceleyen antropolojik bir yaklaşımdır (Zutt, Jürg ve Glatzel'den akt: Teber, 1997). Melankoli insanı kendisini, Heidegger'in "dünyaya fırlatılmış" tanımıyla varoluşuna mana veremeyen, yerini sorgulayan bir şey olarak görmektedir (Teber, 1997).

Doğan Cüceloğlu depresyonu "duygusal çökkünlük" olarak tanımlamaktadır. İçinde ruhsal bir dinamik barındıran insanın, sürekli değişen psikolojik hali, kimi zaman bulunduğu duruma göre depresyonu da yaşamasına olanak sağlamaktadır. Çünkü kişi, bir yakınına ölüm ya da ayrılıkla kaybettiğinde, amansız bir hastalığa yakalandığında, istediği mesleği icra etmediğinde, bir öğrenci başarılı bir okul hayatı sürdürmediğinde vb. durumlarda kaçınılmaz olarak üzülme ve duygusal bir çöküntüye girmektedir. Bu, insanın vermesi gereken normal bir tepkisidir, haliyle doğaldır. Önemli olan bu çöküntünün şiddeti ve sürecin yayıldığı zaman aralığıdır. Kimi için bu yas tutma günlerce sürerken, kimi için de aylarca devam etmektedir. Eğer ki, kişi günlük hayatını idame ettiremeyecek kadar fiziksel ihtiyaçlarını yerine getiremiyorsa, kendisini hiçbir iş yapamayacak kadar yorgun ve ilgisiz hissediyorsa o zaman psikiyatrik açıdan bir duygudurum değerlendirilmesi yapmak gerekli olacaktır (Cüceloğlu, 1997).

DSM-5'e göre depresyon tanısının konulabilmesi için özellikle insandaki depresif ruh halinin (çaresizlik, çökkünlük, boşluk, üzüntü) ve ilgi ile zevk kaybının olması gerekir. Bu iki kriter depresyon için olmazsa olmaz niteliktedir. Bir kişide depresyon belirtileri; ardışık iki hafta boyunca hemen hemen her gün, günün geniş kısmına yayılan, "fazla uyuma ya da uykusuzluk, aşırı yeme ya da iştahsızlık, kendi kıymetini bilememe, enerji eksikliği, ajitasyon, ölüm ya da intihar düşüncesi" semptomlardan en az 5 tanesinin bulunmasıyla ortaya çıkabilir. Tanı kriterlerini karşılaması açısından kişinin depresyonda olması için işlevselliğini kaybetmesi, ilaç veya herhangi bir maddenin etkisi ile ortaya çıkmamış olması gerekmektedir. Geçirilmiş mani ya da hipomanik epizodun olmaması da yine depresyon tanısını koymada etken bir maddedir (DSM-5, 2014), (Morrison, 2016). Depresyon hali kişide, altı ay ile iki yıl arasına kadar sürebilir. Depresyon en yaygın psikolojik rahatsızlık olduğu için toplumda ruhsal grip olarak da bilinmektedir (Ajjan'dan akt: Altıntaş, 2015). Ekonomisi yüksek ve özellikle şehir hayatının stresine maruz kalan insanlarda depresyon daha artış göstermektedir (Çoban, 2005).

2.16. Depresyonun Nedenleri ve Depresyonda Kullanılan Ölçekler

Kadınların doğumdan sonra geçirdikleri yaklaşık kırk gün ve daha fazla da sürebilen “lohusalık sendromu (postpartum)” da depresyonu tetikleyen bir türdür. Yine kadınların regl öncesi ve sırasında yaşadıkları duygudurum değişiklikleri, menopoz dönemlerindeki sıkıntılar, hormonal değişiklikler, hayattaki sosyal statü durumları (evlilik, boşanma, ölüm, aileden ayrılma, göç, işten çıkma, iş değişikliği, makam kaybı, emeklilik vb.) depresyona neden olan konulardır (Gillet ve Pietroni, 1990).

Kişiyi depresyona yatkın hale getirebilen bazı hastalıklar vardır. Bunlar: “Kanser, kalp, tansiyon, beyin hastalıkları (tümör, MS, epilepsi, parkinson vb.) böbrek sorunları, stres hormonu olarak bilinen böbreküstü bezlerden salgılanan kortizol hormonunun yüksek olduğunda çıkan hastalıklar, B12 eksikliği” kilo ve diyet problemleri ve bazı ilaçların yan etkileri de depresyona sebep olmaktadır (Çoban, 2005).

Depresyonun genetik, nöroanatomik (OFC, DLPFC, ACC), biyokimyasal (Noradrenalin, Serotonin, Dopamin...), endokrin (Hipotroidi, PMS, Lohusalık), immünolojik (bağışıklık sistemi), nörofizyolojik (REM erken saatlere kayar, alfa asimetrisi), ruhsal ve toplumsal etkenlerden oluşan geniş bir sebepler dairesi vardır. Yapılan araştırmalara göre depresyon, kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. Fakat depresyonun intiharla sonuçlanma oranı erkeklerde daha yüksektir. Kadınlarda 35-45 yaş arası olurken, erkeklerde daha çok 55 yaşta kendisini göstermektedir. Depresyon yaşam boyu bir yaygınlığa sahiptir (DSM-5, 2014), (Morrison, 2016).

Yaşam boyu gelişim dönemimizin en önemli çağını oluşturan ergenlik safhası, gençliğe ilk adım atan kişilerde depresyonu tetikleyen unsurlar içermektedir. Bu dönemin en önemli özelliği kişilerdeki duygu, davranış ve düşünce olarak gözle görülür değişikliklere gitmesidir. Ergenlik dönemindeki kişi, hormonların etkisiyle yeni bir fiziksel görünüme kavuşur; ergen bunu o an için kabullenemez, bunalıma girer, içindeki öfkeyi savurur, hırçınlaşır, asileşir. Çevresiyle bir uyum sağlayamaz, kimsenin onu anlamadığını, kendisinin anlaşılamayan bir varlık olduğunu düşünür. Dönem itibariyle, beynin karar verme mekanizması olan frontal lobu tam gelişmediği için yasak olan şeyleri merak ederek denemeye kalkışır. Özellikle madde kullanımı, ilk alkol deneyimi vb. Zaten hassas olan bu döneme, depresyon da eklendiği zaman ergenin duygu ve davranış bozukluğundaki şiddet katmerleşir ve daha ağır sonuçlar oluşabilmektedir. Güçsüz

görünmemek için depresyonla savaş halindedir. Ergenlik dönemini depresyonla atlatan bir kişinin, sonraki dönemlerinde bunalıma girme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Sayar ve Bağlan'dan akt: Kimter, 2014). Sürekli bedeniyle uğraşan genç, bir yandan vücudunu beğenmezken, diğer yandan iyice ona zarar verir; jilet atar, bir yerlerini keser, güç gösterisi yapar ve intihara meyilli bir tavır sergiler.

Depresyonda kullanılan ölçekler de şu şekildedir:

- Beck Depresyon Envanteri
- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
- Montgomery-Asberg Depresyon Ölçeği
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

2.17. Depresyonun Kullanım Biçimleri

Ele aldığımız konuya ilişkin olarak, depresyonun psikolojide kullanıldığı dört ayrı şekilden bahsetmek faydalı olacaktır: Klinik belirtilere dayanan depresyon, fiziksel veya duygusal sorunların meydana getirdiği bir “semptom” olarak kendisini gösterebilmektedir. Hüzün ve üzüntü noktasında artan duygudurumun yine fiziksel, duygusal ve sosyal belirtileri bir bütün olarak kapsayan depresyon, bu sefer karşımıza “sendrom” formunda çıkabilmektedir. Sendrom, özel bir bozukluğu gösteren, tanıyı kolaylaştıran belirtilerdir. Sendromda özellikle psikomotor yavaşlama ve ajitasyon görülür. Psikolojik bir “hastalık” olarak bakıldığında ise depresyon belirli tanı kriterleri, süresi ve sınırları açısından değerlendirilen ruhsal bir rahatsızlıktır. Depresyon özellikle “duygudurum değişikliği (mood)” şeklinde tanımlanmaktadır. Yani kişinin hissettiği, öznel yanı olan, daha az değişkenlik gösteren şeydir. Çünkü her insanın kişilik yapısına özgü yaşadığı olay ve verdiği tepki, durumu algılayıp yorumlaması açısından farklılık göstermektedir. Duygudurumun öznelliğine karşılık nesnel olan, karşı tarafın bizde gördüğü şey ise “duygulanım (affect)”dır. Altı farklı yüz ifadesinden oluşmaktadır (Köknel, 1989), (Türkçapar, 2018). Duygudurum için iklim, duygulanım için de o anki hava durumu gibi bir benzetme yapılabilir.

Duygudurumun dört ayrı tipi vardır:

- 1- Normal Duygudurum: Literatürdeki karşılığı “ötimi” olan bu duygudurumda birey, mutlu olduğu bir olay karşısında sevinebilir; üzüldüğü bir duruma da ağlayabilir. Vermiş olduğu bu tepkiler normaldir.
- 2- Taşkın Duygudurum: Psikiyatride “öfori, eleme” kavramlarına karşılık gelen taşkınlık halinde ise kişi, sesini yüksek tonda kullanarak gereksiz espriler yapabilir, hatta baştan çıkarıcı davranışlarda bulunabilir.
- 3- Çökkün Duygudurum: “Depresif” ruh halinde insan, jest-mimikleri büyük oranda kullanamaz haldedir.
- 4- Sıkıntılı Tedirgin Duygudurum: Alandaki karşılığı “disfori” olan bu durumda kişi anksiyeteli tavırlar sergiler (Türkçapar, 2018).

Herkes, yaşamının bir bölümünde duygusal anlamda, gelip geçici bir düşüş ve yükseliş durumu yaşamıştır. Emosyonel bozukluk gösteren birisinin, bu duygusal iniş çıkışlarının kapanında kalması pek tabii kaçınılmazdır. Birey, kendisinde mevcut olan bu çökkünlük ya da coşkunculuk haliyle bulunduğu topluma ayak uydurmakta zorluk çekebilir (Cüceloğlu, 1997). Depresyon klinik bir değerlendirmede, normal duygudurumdan melankoliye kadar incelenmektedir. 1970’li yıllara kadar da duygulanım bozuklukları depresyonun asıl sebebi olarak kabul görülürken, yapılan son çalışmalar, depresyonu oluşturan etmenler arasında kişinin çocuklukta öğrenme şeklinin ve kognitif fonksiyonlarının da etkili olduğunu göstermektedir (Köknel, 1989).

2.18. Depresyona Yönelik Yaklaşımlar

Davranışları belirleyen şeyin düşünceler olduğunu savunan Seligman’a göre “öğrenilmiş çaresizlik” kuramında kendisini aciz gören kişiler, tek bir sözleriyle tüm hayatlarını etkileyerek, o sorundan özgürleşemeyip duygusal çöküntüye girerler. Psikolojideki yaklaşımlardan “davranışçı” ekolü benimseyen psikologlara göre de depresyonun nedeni, gerekli pekiştirmenin olmamasıdır. O zaman insanın hoşuna giden aktivitelere katılarak, pekiştirilen bu davranışı sayesinde daha az depresyona girdiğini söylemek mümkündür. Psikanalistler ise depresyonu, bir kayıp karşısında kişinin verdiği yoğun tepki olarak yorumlar. Burada kişi, kaybettiği şeyin mahiyetinden çok çocukluk dönemine ait bir kayıpla kendisini kötü hisseder. Kognitif yaklaşıma Aaron Beck, depresyona yönelik en önemli kuramı getirmiştir. Aaron Beck depresyonda olan insanın, etrafında vuku bulan olayları, bireysel gücü açısından ele aldığını belirtir. Duygusal anlamda çökkünlük yaşayan birey, ne yaptığıyla ilgilenmeksizin kendi gücünü yadsır ve

kendisine yabancılaşır. Depresyonun bir reaktif yani kaygı olan yönü bir de biyolojik yönü vardır. Depresyonun psikodinamiği açısından biyolojik olarak değerlendirilmesinde de beynin kimyasalları ve hormonları büyük rol oynar. Söz gelimi, insana mutluluk veren hormonların beyindeki eksikliği depresyonun nedeni olup, insana çökkünlük vermektedir. Çünkü beyin hem duyguları hem de düşünceleri yöneten bir organdır (Cüceloğlu, 1997).

Depresyonu psikiyatrik bir bozukluk olarak incelediğimizde, sistemdeki biyolojik faktörü, içerdiği beyindeki kimyasallar açısından daha detaylı ele almak gerekir. Uykudan, iştahdan, motor aktiviteden, cinsel istekten (libido) sorumlu hormon olan “serotonin” beyinde azaldığı zaman depresyona neden olur. Serotonin gibi analjezik yani ağrı kesici bir etkiye sahip olan, hipofizden salınan “endorfin” hormonu ise kişiye mutluluk ve eğlenme hissi verir; eksikliğinde depresyonun oluşması kaçınılmazdır. Kişi depresyondayken stresli bir yaşam sürer. Bu hormonların dengesini bozar, hatta kadınlarda genellikle adet düzensizliği görülür. Hareket, dikkat, öğrenme gibi işlevleri olan “dopamin” hormonunun azlığında depresyonda baş gösteren semptomlar meydana gelir. Yine eksikliğinde depresyona sebep olan “noradrenalin” hormonu uyanıklıkta azalma, halsizlik ve dikkat sorunlarını beraberinde getirir (Çoban, 2005). Noradrenalin diğer adıyla norepinefrin hormonu, azaldığında kişi, depresyondaki dibe çökme halini yaşar; kimyasalın oranında bir artış olduğunda ise coşkun ruh haline geçiş yapar. İnsandaki psikolojik bozuklukları, hastanın çocukluk dönemine inerek inceleyen psikanalizmin kurucusu Freud, kişiyi depresyon sürecinde küçüklüğündeki davranış şekliyle değerlendirir. Kişinin çocukluk çağındaki anne-babasından onay almadığı bir davranışı sonucunda özsaygısında azalma görülür. Nitekim ihtiyacının giderilmediği ya da karşılanmadığı durumda özgüveni ve saygısı azalan birey depresyona girer. İleriki dönemlerde ise egosunun yüksek olduğu bir durumda çevre tarafından beklentileri karşılanmadığı ve onaylanmadığı için de depresyona hapsolür. Yine kendi içine yönelir ve öfkesini fark eder. Depresyon da kişinin öfkesini içselleştirmesidir (Cüceloğlu, 1997).

Bir durumun eksi hanesini gösteren şey “bilişsel çarpıtmalardır”. “Negatif şemalar” da yaşamla alakasız manaların ve gerçeği karşılamayan beklentilerin sebep olduğu fikri benimsemektir. Bu tür bir işleve sahip olan bilişsel yapı, olayların olumsuz tarafını süzgeçten geçirerek depresyonu meydana getirmektedir (Wong’dan akt: Altıntaş, 2015). Beck, depresyona yatkın olan insanlarda, kognitif fonksiyonların “bilişsel üçlü, negatif şemalar ve bilişsel hatalar” olmak üzere farklı olduklarını öne sürmektedir. Beck’in

bilişsel üçlüden kastettiği şey, üç kısımdan oluşmaktadır (Alper'den akt: Altıntaş, 2015): Bireyin kendisini yetersiz hissetmesiyle oluşan özgüven eksikliğinden kaynaklanan “insanın kendisini olumsuz olarak yorumlaması”; ikincisi bireyin, evrenin ona aşamayacağı blokajlar ve taşıyamayacağı yükler yüklemesinden kaynaklanan “yaşadığı toplumu, kendi hayatını olumsuz olarak yorumlaması” ve son olarak da bireyin, şimdiki zamanda uğraştığı mücadelelerin gelecekte de kendini gösterecek olmasından kaynaklanan “kendi geleceğini olumsuz olarak yorumlaması” şeklinde açıklanabilir. Beck'in bu süreçte önem verdiği diğer bir faktör olan “negatif şemalar” ise tecrübelerden, edinimlerden oluşan klişe düşüncelerin, inançların ve ilkelerin tümünü kapsamaktadır. Şemaların esneklik yönü yoktur, katıdır. Bir mana taşıdıkları düşünülmesi de depresyon hastaları için durum öyle değildir; gayet uygun düşünceler olabilmektedir (Batıgün'den akt: Altıntaş, 2015). Depresyondaki insanlar, bu olumsuz düşüncelerinden ötürü negatif şemalara da eksi yönünde bir katkı sağlamaktadır. Bunlar da “bilişsel hataları” oluşturmaktadır (Cengil'den akt: Altıntaş, 2015): Tümevarımsal bir metotla olayları “aşırı genelleştirme”; mevzunun sadece mühim olmayan ayrıntılarına gereksizce saplanıp “seçici soyutlama”; bir eylem analiz edilirken olduğundan ya çok ya da az değerlendirmenin yapıldığı “abartma ve küçültme”; tüm olayların hesabını kendisine ödetip, konuyu içselleştirip kendini suçlama “kişiselleştirme” öğeleri, başlıca bilişsel hatalardır. Bilişsel yönün gayesi, bireyin olumsuz düşüncelerinden nasıl arınması gerektiğini öğretmektir. Böylece depresyon yeni bir forma girmiş olur (Blackburn'dan akt: Altıntaş, 2015).

Depresyonun genelde duygusal yönünden bahsettik. Kişinin düşünce sürecini ve içeriğini etkileyen, daha doğal çağrışımlar sunan, hızını yavaşlatan, öz saygıda azalmaya ve bedensel yakınmalara neden olan, intiharı tetikleyen, unutkanlığı (psödodemans) beraberinde getiren, dikkati ve algıyı etkileyen depresyonun “bilişsel” yönü de mevcuttur. Örneğin, eğitim hayatında çok iyi başarılarla imza atan bir öğrenci, kendisini gerçekleştirme basamağına erişememiş olarak görmekte, bu yüzden kendisini tatmin edemeyip yetersiz hissedebilmektedir. Birey, had safhada kararsızlık yaşamakta ve böylece geleceğine ket vurmaktadır (Blackburn'dan akt: Altıntaş, 2015).

Kişinin uyku ve iştah noktasında ifrata ve tefrite kaçıp, itidalden uzak olması da depresyonun “fiziksel” yönünü açığa çıkarmaktadır. Davranışsal olarak da depresyonda olan kişi yeni bir şeye başlamakta, bir aktiviteye katılmakta zorluk çekmektedir; çünkü çoğu zaman onu aktif kılacak enerji ve ilgiden yoksundur, kendisini tükenmiş hisseder.

Depresyonun olması için saydığımız bu yönlerinin aynı anda olmasına gerek yoktur. Bu boyutların tümü bir kişide bulunursa o zaman depresyonun şiddetinden söz edebiliriz (Atkinson ve arkadaşlarından akt: Kimter, 2014). Birey, sosyal yaşamda yorgunluktan ötürü de bu tür belirtileri hissedebilir, o anki durumu depresyonla karıştırmamak gerekir. Yani o durumun patolojik bir yönü yoktur.

Eskilerin tabiriyle “gönül yorgunluğu” ve “ruhi buhran” olarak tanımlanan depresyon, esasında stresli olaylara karşı vücudun gösterdiği, tıpkı anksiyetede verdiğimiz (savaş-kaç) yaşam belirtisi göstermesi gibi normal bir tepki olarak düşünülebilir. Duygularını tanımlayabilen bir varlık olan insanın, en az mutlu olmak kadar üzgün olmaya da ihtiyacı vardır. Gülmek gibi ağlamak da en doğal duygumuzdur. Önemli olan kişinin doğru yerde, doğru duygusal ve davranışsal tepkiyi vermesidir. Bir cenazede kişi, kayıp duygusunu yaşadığı için normal olarak ağlama reaksiyonu göstermektedir. İnsanın o yası tutması gerekir, yoksa ilerleyen zamanda önüne artçıl depresyon olarak çıkabilir. Psikolojik bozukluklar, genelde otonom sinir sistemiyle irade ve dengenin bozulmasıyla oluşur. Birey, duygularını doğasına uygun bir şekilde dengeli ve orta kararda yaşarsa duygusal çökkünlüğü ve coşkunu geride bırakmış olur.

2.19. Depresyonun Türleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanı rehberi ICD-10'da ise depresyon “hafif, orta ve şiddetli depresyon” olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Hafif depresyon ölçütlerinde kişi, çevre şartlarından çok fazla etkilenmez. Genelde günün tamamına hâkim bir haldedir. Normalde katılmaktan hoşlandığı etkinliklere karşı ilgi ve enerji kaybı hissetmekle birlikte depresyon tanısının konması için belirlenen toplam belirti sayısını en az 4'e tamamlayacak şekilde şikâyetlerde bulunuyorsa kişi orta depresyon düzeyinde; bu belirtilerin eğer 8'ini karşılıyorsa kişi, o zaman şiddetli depresyon düzeyine sahiptir. Şiddetli depresyonda duygusal alanda hüznün, karamsarlık, acı dışında hiçbir his kalmaması görülür (Türkçapar, 2018). Somatik Belirtili\Melankolik Depresyon: Primer (bir şeye bağlı olmadan çıkan) özelliğe sahip, endojen depresyon türüdür. Biyolojik etkenlerden oluşan sorunların bedensel tedavilere verdiği yanıtıdır (Türkçapar, 2018).

- 1- Atipik Özellikli Depresyon: Bu depresyon türüne sahip insan daima hareketlidir, yerinde duramaz, çokça konuşur, aşırı yemek yer ama zevk almaz (Cüceloğlu, 1997).

- 2- Psikotik Özellikli Depresyon: Hastaneye yatışın en sık olduğu depresyon tipidir. Önce duygudurum belirtilerinin görüldüğü, majör depresyona hezeyanların da eklendiği bir depresyondur. Eğer psikotik semptomlar hala devam ederse tanı değişir (Türkçapar, 2018). Burada hasta gerçekleri fark edemeyecek kadar depresyona girmiştir (Gillet ve Pietroni, 1990).
- 3- Mevsimsel Özellikli Depresyon: Havanın kapalı olmasından ötürü özellikle sonbahar ve kış aylarında atağın olduğu depresyon türüdür (Türkçapar, 2018).
- 4- Anksiyeteli Depresyon: Panik atak belirtileri sonrasında veya eşzamanında, atağın aşılamadıkdan sonra oluşan depresyon türüdür. Depresyonun bu reaktif yönünde bulunan insan, sıkıntılı ve tedirgin ruh hali içerisinde hayatın akışına güvenemeyip bir boşluğa düşer. Adeta profesyonel hırsız olan boşluk hissi de insana her şeyi yaptırabilecek bir şeydir; hastayı yataktan çıkaramayacak halsizliğe de gücü yeter, intihara da sevk eder (Gillet ve Pietroni, 1990). Anksiyete bozukluğu olanlar sabah iyi uyanırken gece kötüleşirler. Ama depresyonda durum tam tersi bir seyir göstermekte olup, intihar vakalarına daha çok sabah teşebbüs edildiği gözlemlenmiştir.

DSM-5'te “dirençli depresif bozukluk” olarak tanımlanan “distimik bozukluk” halsizlik, bedensel bozukluklar, uyku sorunları, karamsarlık, mutsuzluk, zevk ve ilgi yoksunluğu, sızlanma ve yakınma semptomlarının, sürekli iki yıl boyunca kendini göstermesiyle ortaya çıkmaktadır. Distimik bozukluğa majör eklendiğinde de “double depresyon” oluşmaktadır (DSM-5, 2014), (Morrison, 2016).

Sekonder depresyonları birincil depresyondan ayırmak gerekmektedir. Mesela kronik bir rahatsızlığı bulunan, söz gelimi kanser hastası olan birinin depresyonu, başka bir nedene bağlı olduğu için depresyon ikinci plandadır. Ayrıca bunamada başat rol oynayan unutkanlıkla bunalımdaki unutkanlık karıştırılmamalıdır. DSM-5'te dışlama kriteri olan yas sürecinin de depresyondan ayırt edilmesi gerekmektedir. Şizofrenideki ilgi ve zevkten yoksun olma belirtisinin depresyondaki bu semptomla bir benzerliği kurulmamalıdır. Yine depresyon, Bipolar Affektif Bozukluktaki (Manik-Depresif) depresif uçtan ayırt edilmelidir (DSM-5, 2014), (Morrison, 2016).

2.20. Depresyonun Olumsuz Sonuçlanması: İntihar

Depresyonun en kötü sonucu ise kuşkusuz, insanı ölüme sevk eden intihar düşüncesidir. Sıkça bahsettiğimiz depresyonun neden olduğu durumlar, kişinin

özbenliğini, özsaygısını yitirdiği, kendisini değersiz ve bu dünyada artık işe yaramaz düşüncesinin somutluğa erişme noktası, intiharı peşine sürükler. Depresyonun bu en korkunç evresi genelde kısa sürer ve bu atlatıldığı takdirde kişi asıl o zaman rahatlar (Cüceloğlu, 1997). Aksi takdirde kişi vicdanına, ölümün zaten bir gün ona geleceği, o gelmeden kendisinin ölümüne gitmesini makul bir gerekçe olarak sunar. Kimi zaman da kendini suçlu olarak gören kişi, kendi cezasını kendi elleriyle vermek ister; o zaman da intihara kalkışır. Bu intihar fikri, depresyonun içerisinde bir yumak halinde büyüdükçe büyür, eğer ki kişinin intihar etmek için harekete geçmeye mecali varsa gözünü karartarak işlemi gerçekleştirir (Gillet ve Pietroni, 1990). Anlaşıldığı üzere bazı durumlarda depresyon sadece yaşam kalitesini düşürmekle fiziksel ve ruhsal sağlığı etkilemekle kalmayarak, kişiyi intihara da sevk edebilmektedir (Kimter, 2014).

Özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde bireyler, depresyonda olduklarında intihar vakalarına daha sık rastlanabilmektedir. Araştırmalara göre üniversite öğrencilerindeki intihar sebebinin en önemli etkeni depresyonla gelen mutsuzluk faktörüdür. Bunun yanı sıra sıkıntılı ruh hali, toplumdan izole bir yaşam sürme, intiharı umutsuzca bir kaçış yolu olarak görme düşünceleri etkili olmaktadır (Atkinson'akt: Kimter, 2014). Bazı kişiler için de intihar girişimi bir tür iletişim aracı olarak görülmektedir. Yani ilgiyi kendisine çekmek isteyen kişi, yaşadığı çatışmalara bir cevap niteliğinde, korkutarak ya da farklı bir tavır olarak aslında çevresine yardım çağrısı sunmaktadır. Zedeleyici bir yaşantı sonucunda kişi kendisini savunacak gücü bulamayınca intiharın tetiğini çekmekle çareyi bulur. İntihara girişim süreci uzun bir soluk gerektirirken, sonucu da tek bir solukla biter. Şunu da belirtmek gerekir ki, her depresyonda olan insan, durumu intiharla sonuçlandırmaz; fakat her intihar vakasının altında depresyonun bazı belirtilerine rastlayabiliriz (Yörükoğlu'ndan akt: Kimter, 2014). Aslında depresyon bir yerde insana bazı anlamlar da kazandırabilmektedir. Söz gelimi kıymet verdiği birtakım şeylerin yitimine uğrayan kişi, kaybolan değerlerin anlamını fark eder (Gillet ve Pietroni, 1990).

Depresyonun oluşmasında serotonin hormonuna değinmiştik. İntiharla sonuçlanan bir vakada, kişinin beynindeki omurilik sıvısında bulunan serotoninin 10-15 kat daha az çıktığı gözlemlenmiştir. Bu durum, ilaçla tedavinin yerini önemle korumaktadır (Tarhan, 2013). Depresyonun tedavisinde kullanılan ilaçlar, psikoterapi, kognitif terapi ve müzik tedavi gibi destek terapi programlarının eş zamanlı kullanımını iyileşmeyi sağlayacak en önemli bütüncül yoldur. Herkesin yaşadığı travmalar, atlatmaya çalıştığı sorunlar,

bireysel problemler farklılık gösterdiği için her insanın tedavisi de kendine özgü bir niteliğe sahiptir.

2.21. Depresyonun Tedavisinde Müzik Terapi

Psikolojik bir rahatsızlık olan depresyonun, tıpkı fiziksel hastalıklarda olduğu gibi bir tedavisi vardır ve kontrol altına alınması mümkündür. Bu sağaltımı sağlayan şeylerin başında da ilaç tedavisi gelmekte olup, hastaya uygun ilacın seçilmesi ve takip edilmesi önem arz etmektedir. “EKT denilen elektroşokla da yaklaşık on seansla müdahale edilebilmekte, merkezi sinir sisteminin kendisini modüle edebilme özelliğinden hareketle oluşan Nöromodülasyon Teknikleri (örn; fototerapi) de tedavide kullanılabilir” (Çoban, 2005). İlaç tedavisinde özellikle postpartumdaki birine hormonal açıdan progesterone takviyesi önerilmekte, hastanın yatışması için de lityum ve anti-depresan verilmektedir (Gillet ve Pietroni, 1990).

Bu tedavi yöntemlerinin yanı sıra kişiyi yaşantısıyla, travmalarıyla, farklı bir süreçte adapte olmaya çalışmasıyla, yalnızlığıyla kısacası duygularıyla ele almaya çalışan psikoterapinin de önemli bir yeri vardır. Bu süreçte kişi, bilinçaltının derinliklerinde bulunan duyguları ortaya çıkarabilmekte, onları tanımlayabilmekte ve benliğinin özünü keşfedebilmektedir. Olaya varoluşçuluk noktasında bakan görüş de tedavideki en etken rolün kişinin kendisini esas kılmaktadır. Başka bir alternatif olarak psikodrama tekniğinde, kişiye birtakım roller yüklenerek, rahatsız olduğu durumu aşması hedeflenmektedir (Gillet ve Pietroni, 1990). Destek terapisinde kullanılan müzik de kişinin kötü ruh halinden arınmasını sağlamaktadır.

Önce de belirttiğimiz üzere depresyonun hem fiziksel hem biyolojik hem de duygusal nedenleri vardır. Depresyonda baş gösteren hormon değişiklikleri, beynin fonksiyonel bozuklukları hekim tarafından verilen antidepressan ilaçlarla kontrol altına alınabilmektedir. Bununla beraber kişiye verilen psikolojik ve destek terapileri de hastanın zedelenen algı ve ilişki noktasına bir katkı sağlamaktadır. Böylece depresyonun sebepler yelpazesine yöneltilen, bütüncül bir bakış açısıyla uygun tedavi yöntemi başarıyla uygulanır (Çoban, 2005). O halde şimdi asıl konumuz olan müziğin insanın ruhuna, psikolojisine tesir ederek depresyonun tedavisinde nasıl kullanıldığını açıklayalım:

Bu konuda öncelikle Fârâbî, kişinin ilmi'n-nefsine yani psikolojisine üç tür müziğin tesir ettiğini belirtmektedir. Bunlar: “Sevimli (el-mulizzel), Hiddetli (el-

infi'aliye), Hayalî (el-Muhayyil)” dir. İnsanlar, bazen hoşlarına gidecek bir müzik dinlediklerinde sevinirler, içleri coşkuyla dolar ve sevimli bir tavır sergilerler. Bazen de üzgün olduklarında seçtikleri hüzün dolu müzikle daha çok üzürlürler ve duygularının şiddetinde artış hissederler. Kimi zaman da dinledikleri müziğin büyüüne kapılıp bir hayale bürünürler ya da bir müzik eseri insanın hayal gücüne bağlı olarak çıkar ve bedenine de sirayet eder (Çetinkaya, 1999). Çünkü müzik, kişinin emosyonel çeşitliliğini gösterir. Aslında bakıldığında insan vücudunun içinde de bir müzik sistemi vardır. O yüzden müzik ruhun duygusal dilidir ve sürekli gelişim gösterir. İnsanın hayal dünyasıyla kurguladığı ve gerçek hayatta yaşadığı dünya arasındaki bir köprüdür. Bu etki süreci de insanın müziği algılayıp kendisini müziğe bırakmasıyla oluşan bağlaşımdan kaynaklanmaktadır (Altınölçek, 2013).

Müziğin bu tür özelliklere sahip olması, onun bir tedavi yöntemi olarak kullanılmasını da beraberinde getirmekte; fakat salt müziğin bedensel ve biyolojik hastalıkların tedavisinde yetersiz olduğu bilinmektedir. Örneğin, ele aldığımız konudan hareketle, depresyondaki bir insana kendisini çökkün hissettiği zamanda, sadece hareketli bir müzik dinletildiğinde o anlık olumlu yönde bir duygudurum değişikliği görülebilir ama depresif hali tamamen düzelmez (Çoban, 2005). Yani müzik, kişinin olumsuz hal ve hareketlerini düzenlemede, ona daha iyi bir davranış şekli kazandırmada ve ruhsal anlamda sağlıklı bir denge kurmada etken rol oynamaktadır. Her insanın müziğe karşı verdiği tepki şiddet ve tatmin olma açısından farklılık göstermekte, bu durum da hasta konumundaki insanların psikolojilerini patolojik anlamda ayırt etmektedir. Mesela bipolar bozukluğun mani evresinde bulunan bir hasta, o dönemde çok coşkun olduğu için düşük ritimli bir müzikle tatmin olmaz. Depresyondaki bir hasta da yüksek tempodaki bir müzik dinlemeyi tercih etmez; çünkü kaybettiği objeye bu hareketli müzikle saygısızlık ettiğini düşünür. Hâlbuki bunalımda olan birisi, birlik ve beraberliği artıran korolara, enstrümanların ritmine katılarak sosyal bilincini kuvvetlendirebilmektedir. Müzikal titreşimlerin bile etkisi çok fazla görülmektedir. Bir hastaya, hüzün yüklü ya da coşku dolu bir müziğin yinelenip sunulması kişideki heyecanın derecesini biraz düşürtebilmektedir. Mesela, başlangıçta daha ağır müzikleri dinlemeyi tercih eden depresyon hastası, zaman geçtikçe daha coşkulu parçalardan hoşlanabilmektedir. O yüzden terapi sürecinde kullanılan müzikler, istenilen sonuca ulaşmak adına, kişiye özel olarak her ruha özgün parçalardan oluşmalıdır (AMTA'dan akt: Örtter, 2005).

Özellikle ağır depresyon vakalarında, Dr. Marquet'e göre, müzik öncelikle inici perdelerden başlayıp yavaşça yumuşak bir seyir göstermelidir. Akut melankoli hastalarında ise tam tersi, sinirleri uyarması bakımından daha güçlü, hareketli müzikler tercih edilmelidir. Böylece ruh daha çok şen şakrak bir hale bürünebilir ve bir yaşam belirtisi sunabilir (Ak, 1997).

Psikiyatride müziğin bir tedavi biçimi olarak uygulanması üç aşamadan oluşmaktadır. Bunlar:

- 1- “Destekleyici ve Faaliyete Yönelik Müzikle Tedavi”: Psikiyatri kliniğinde bulunan bir hastanın, müzikle tedavi programında anda kalması sağlanarak, olumsuz davranışlarının ötelenmesi, vaktini değerlendirmesi, kendisine ve çevresinin farkına vardırıtarak sağlıklı bir iletişim kurma becerisi hedeflenmektedir.
- 2- “Eğitici, Tedavi Sürecine ve İçgörüyeye Yönelik Müzikle Tedavi”: Hastanın öncelikle hasta olduğu bilincine varıp, hastalığını ve iyileşme sürecini kabul etmesi gerekmektedir. Burada önemli olan kişinin kendi hislerini tanıyıp, duygularını davranışlarına aktarabilme becerisi ve kabul gören tutumları sergilemesi amaçlanmaktadır.
- 3- “Düzenleyici, Rahatsız Edici Duyguları Dışa Vurmaya Yönelik Müzikle Tedavi”: Müziğin, insanın ruhunda gizlenen duyguların açığa çıkmasında ve arınmasında iyileştirici bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Çünkü müzik, sözcüklerin emosyonel manalarıyla kayıt altına alındığı “semantik belleği” harekete geçirmektedir. Burada da mühim olan uzmanın, hastayı iyi tanıyarak hayallerini dışa vuran uygun müziği tespit edebilmesidir. Hasta burada duygularını doğaçlama yoluyla da açığa çıkarabilmektedir. Uzman, gözlemlerinden ve edindiği bilgilerden hareketle hastanın tepkilerine göre duygularını yakalamaya çalışmalıdır. Bunun için de müziğin mıknaatıs özelliğinden yararlanılabilir (Çoban, 2005).

Müzikle tedavinin psikiyatri kliniklerindeki aşamalarını bu şekilde belirterek, yine klinik bir vaka olan depresyondaki uygulamalarına bakabiliriz:

Müziğin bir tedavi biçimi olarak kullanıldığından sıkça bahsettik. Bu alana Fârâbî'nin, İbn Sînâ'nın, Gevrekzade Hafız Hasan Efendi'nin yanı sıra yine Müslüman Türk bilginlerinden Ebubekir Razi'nin de mevzuyu “meşguliyet” açısından

değerlendirmesi, katkı sağlamaktadır. Razi'ye göre ağır depresyon hastaları, zihinlerini meşgul etmesi bakımından kendilerine balık tutma, ava çıkma, bir enstrüman öğrenip icra etme ve öğretme, şarkı söyleyip dinleme, yanına yarenlik yapan erdemli bir dostla görüşme gibi bir uğraş edinmelidirler. Kişi bu şekilde feraha erebilir (Ak, 1997).

Depresyonun biyolojik göstergesinde beynin sağ ön bölgesi (üzüntüden kaçışla ilgili) olan frontal lobda bir aktiflik görülür. İnsanın haz aldığı bir şeyle karşılaşmasında da beyninin sol ön bölgesi aktif hale geçer. Beynin ön bölgesindeki aktivasyona bağlı olan bozukluklar kişide davranış kontrolünün bozulmasına neden olur. Örneklemini, depresyondaki ergenlerden oluşturan bir araştırmada, tedavi olarak kullanılan müziğin, hastalardaki beynin ilgili bölgesindeki etkilenim artışını hafiflettiği tespit edilmiştir. O yüzden depresyondaki birine hızlı tempoya sahip ve neşe veren makamların dinletilmesi önerilmektedir. Yapılan bazı çalışmalar ise depresyon tedavisinde seçilen Amerikan folk müziğiyle Batı müziğinin hastayı daha çok bunalıma soktuğu ve intihara sürüklediği bulgularını saptamıştır. Burada yine her kültüre, hastaya ve hastalığa özgü sunulan uygun müzik seçiminin, insanın psikolojisini etkilemesi açısından önemi vurgulanmaktadır. O yüzden tedavide “kişiyeye özel müzik” kullanılması gerekmektedir. Tabii buradaki dikkat edilmesi gereken diğere bir mevzu da hastadaki beyin dalgalarının aktifliğidir. Bu amaçla da beynin frekanslarından daha somut bir bilgi alabilmek açısından “QEEG” tercih edilmelidir. Bunalımdaki insanların çalgı aletlerinden ney, kanun ve rebap eşliğinde musikide kullanılan makamların beyin dalgalarını nasıl etkilediğini araştıran çalışmalar mevcuttur. Özellikle inici-çıkıcı seyir gösteren müziklerde, yüksek ritmin insana düşük tempoya sahip melodilerden daha çok enerji verdiği, kişiyi mutlu kıldığı, sevince bürüdüğü gözlenmiştir. Müziğin bir tedavi unsuru olarak kullanılmasındaki hedef, insanın ruhuna dokunabilmek için bedeninin tüm unsurlarını, kaynağa ulaşmada bir kol olarak görüp, beynin ilgili yerlerinin uyarılması sağlanarak iyileşmeye katkı sağlamaktır (Çoban, 2005).

Nitekim müzikle tedavinin, bunalımda olan birisine etkisini, gözlemlerden hareketle şu şekilde sıralayabiliriz: Öncelikle fizyolojik ihtiyaçlarını, fiziksel sorumluluklarını yerine getirememeye belirtisiyle karşımıza gelen kişide yaşama isteği, ilgisi ve enerjisinin kaybolduğu görülür. Müzik, bu tür insanlara ritimle hayatlarına önce bir hareketlilik getirir, yaşamlarını canlı kılar, motivasyonunu artırır. Müzik terapi seanslarında gerek bireysel gerekse grup halinde aldığı tedaviyle önce kendisini fark eder ve çevresi tarafından fark edildiğini anlar. Böylece özbakımına daha dikkat etmesi gerektiğini

düşünür. Şarkılara eşlik edip alkışla tempo tutması beyin-beden koordinasyonunu geliştirir, ayrıca jest ve mimiklerini daha etkin kullanmasını sağlar. Neşeli bir şarkıda beyin uyarılıp, gülme kaslarını aktif hale getirmesiyle de mutluluk salgılayan hormonların etkileşimi bedene de yansır ve kişi şarkıya uygun tepki verir. Kişiye “şimdi ve burada” kavramı benimsettirilerek, seans içerisinde anda kalması ve dikkatini, konsantre olma becerisini o anki müziğe yoğunlaştırması sağlanır. Tedaviye uygun olarak seçilen şarkının melodisi ve sözleriyle ezberlenmesi de kişinin hafızasını kuvvetlendirir. Zamanla kişide bu davranışlar otomatik bir hale dönüşür. İdrak etme ve algılama noktasında müzik, bireyin işitsel ve görsel uyarıcılarını olumlu yönde artırır. Depresyonda görülen kişinin yavaş konuşma hali, tedavideki müziğin ritmiyle, şarkılara eşlik etmesiyle bir ahenk sağlayarak aktif konuşmasını geliştirir (Çoban, 2005). Ayrıca kendisinin kıymetini bilemeyen depresyon hastası, müzikle farkındalığına erişerek değersizlikten oluşan olumsuz düşüncesini etkisiz hale getirmeye ve kendine dair unuttuğu hangi özellikleri varsa onları ortaya çıkarmaya çalışır. Hastanın enstrüman çalmayı öğrenmesine teşvik edilmesi, kişiye özgüven vererek “bir şeyi üretebilme” becerisi edindirilir. Kişi içinde biriken öfkeyi bir enstrümana aktararak olumsuz bir davranışı olumluya çevirebilir. Müzikle birlikte hastaya, resim çizdirme, filografi ve ebru sanatını uygulama noktasında işitsel ve görsel sanatların da bütünleştirici özelliği kazandırılabilir. Kişi böylece birtakım meşguliyetlerle kendisini hem daha iyi hisseder hem de gelişimine bir katkı sağlamış ve zihnindeki, ruhundaki yarayı da iyileştirmiş olur (Çoban, 2005).

III. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Veri Toplama Araçları

3.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

3.1.2. Beck Depresyon Envanteri

3.1.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği

3.2. Müzik Terapi Uygulama Programı

3.2.1. Müzik Terapi Uygulama Aşamaları

3.2.2. Grup Üyelerinin Tanıtımı

3.1. Verilerin Toplanması ve Veri Analizi

Bu araştırmada kullanılan ölçekler Beck Depresyon Envanteri ile Yaşam Kalitesi Ölçeğidir. Depresyon tanısına sahip ve belirtilen kriterlere uygun görülen, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 40 depresyon hastasına, grup terapisinde bu ölçekler ön test ve son test olarak uygulanmıştır. Bu uygulama, müzik terapinin 20 kişilik hasta grubuna 2 ay boyunca haftada 1 gün cumartesi günleri 2 saat olmak üzere yapılandırılmış bir çalışmadır. Özellikle hafta içi çalışan üyelerin katılımlarını ve sürekli devamlılığını sağlamak için herkese uygun olan cumartesi günü seçilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce grup üyelerine çalışmanın etik kuralları olan “çalışmadaki bilgilerin gizli tutulacağı, bu süreçte herhangi bir eleştiriye maruz kalmayacakları, sonuçtan ziyade sürecin iyileştirme yönüne odaklanmaları gerektiği” gibi noktalar açıkça izah edilmiştir. Uygulamada araştırmacı tarafından icra edilen eserler, sadece araştırmacıyı odaklayarak video ile kayıt altına alınmıştır. Nihayetinde test sonuçlarından elde edilen veriler, SPSS programı ile sonuçlanmış ve bulgular saptanmıştır.

3.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylerin, kişisel bilgilerini öğrenmeye yönelik soruların yer aldığı, araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formudur. Bu kişisel formda

bireylerin yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, medeni hali, gelir düzeyi, aile bilgileri ve psikiyatrik öykü durumu gibi değişkenlere yer verilmektedir.

3.1.2. Beck Depresyon Envanteri

Bu ölçek 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Beck'in bu ölçeği kullanmasındaki sebep, depresyon düzeyi ve diğer psikopatolojik durumların ayırt edilmesi içindir. Ölçeğin hedefi; kişilerin depresyonla ilişkili psikolojik, fiziksel ve duygusal belirtileri tespit edebilmektir. 21 maddeden oluşan bu ölçeğin ideal uygulama süresi 10-15 dakikadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Puanlama sistemi ise likert tipidir. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin şiddetini belirlemektedir.

0-9 puan arası: Minimal düzeyde depresif belirtiler

10-16 puan arası: Hafif düzeyde depresif belirtiler

17-29 puan arası: Orta düzeyde depresif belirtiler

30-63 puan arası: Şiddetli düzeyde depresif belirtiler

3.1.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesinin her yerde geçerli evrensel bir tanımlaması yoktur. Yani kapsamlı bir tanım içerir. Hayatta oluşan değişikliklerin zorluk derecelerini ölçmek için kullanılır. Yaşam kalitesinin etkilendiği alanlar; bireyin beden sağlığı, ruhsal durumu, toplumsal ilişkileri, kültürü, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarıyla, kendi çevresiyle olan ilişkileridir. Dünya Sağlık Örgütü ise yaşam kalitesini, yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyumun seviyesini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram şeklinde tanımlanabileceğini belirtir.

Mealand da yaşam kalitesini şu dört bileşenle tanımlamıştır: "Mutluluk, memnuniyet, ihtiyaçların karşılanması, kendini gerçekleştirme." Yaşam kalitesinin göstergeleri ise şunlardır:

1. Gözlemsel bilgiler
2. Fizyolojik göstergeler
3. Davranışsal göstergeler

4. Kendini ifade etme

Yaşam kalitesi ölçeği ayaktaki, yatan ve evde bakım alan hastalara uygulanabilmektedir. Araştırmamızda, veri toplama aracı olarak yukarıda isimleri verilen ölçekler kullanılmıştır.

3.2. Müzik Terapi Uygulama Programı

Araştırmamızın uygulama kısmı haftada 1 gün 2 saat şeklinde yapılmıştır. Grup üyelerinin “anda kalmaları ve o ana bir anlam yüklemeleri” hassasiyetle karşılanmıştır. Ney dinletisi sonrasında kendisini ilk haftalarda açamayan, neler hissettiğini tam olarak ifade edemeyen üyelerle araştırmacı bire bir ilgilenmiştir. O yüzden seansların süresinde esneklik payı bulunabilmektedir. Oturumun ilk 15 dakikası üyelerle girizgah niteliğinde genel bir muhabbetle ve önceki haftanın değerlendirmesi, üyelerin memnuniyet durumları ve beklentileri doğrultusunda çalışmamızın ön gördüğü müfredat dahilinde uygulamaya dökülerek geçmiştir. İlk etapta herkes kendisini, kısaca demografik bilgileriyle tanıtmıştır. Bu tanışmanın akabinde yapılacak olan grup uygulamasının içeriğinden ve aşamalarından bahsedilmiştir. Bu uygulama alanının, zaman ve literatürdeki bilgilere uygun bilgilerin pratik sahada faydalı şekilde yer alması açısından önem ve özenle ayarlandığının detayı üzerinde durulmuştur. Grupla müzik terapi seansı, kullanılan ferah ve ulaşım elverişli toplantı salonunun büyük masası etrafında gerçekleştirilmiştir.

Seansların sonunda grup üyeleri, baş etmeye çalıştıkları sorunların bir tek kendilerinde olmadığını görerek rahat tavırlar sergilemişlerdir. Grupla seansa girmeleri onları sosyal ilişki açısından geliştirmiştir. Kısa bir süre sonra grup arasında güzel iletişim sağlanarak iyi bir dinamik oluşmuştur. Oluşturulan güven ortamıyla grup üyeleri, duygu ve düşüncelerini utanmadan, sıkılmadan ve çekinmeden kolayca ifade etmeye çalışmışlardır. En önemlisi de Ney dinletisi esnasında “şimdi ve burada” kalıbına uyarak anda kalabilmeyi başarmışlardır.

Bu oturumları daha detaylı ele alacak olursak;

3.2.1. Müzik Terapi Uygulama Aşamaları

Oturumlar	İçerik
1. Oturum	<ol style="list-style-type: none">1. Grup üyeleri ile tanışılması2. Müzik Terapi sürecinin işleyişi hakkında bilgi verilmesi3. Grup üyelerine müziğe olan ilgileriyle hangi müzik tarzından hoşlandıkları sorusunun sorulması.4. Uşşak makamı hakkında bilgi verilmesi ve depresyon tedavisindeki yerinden bahsedilmesi.5. Araştırmacı tarafından Ney ile Uşşak makamındaki eserlerin icra edilmesi.6. Grup üyelerinin bu süreçteki beklentilerinin neler olduğunun sorulması ve geri bildirimle oturumun kapanması.
2. Oturum	<ol style="list-style-type: none">1. Samimi bir giriş konuşmasından sonra üyelerle geçen haftanın değerlendirmesinin yapılması.2. Grup üyelerine makamların şifasından ve etkili olduğu saat aralıklarından bahsedilerek, şimdi burada neden olduklarının cevabının verilmesi.3. Araştırmacı tarafından Ney ile Uşşak Saz Semaileri'nin ve Uşşak makamındaki şarkıların icrası.4. Ney dinletisi sonrasında, üyelere tek tek neler hissettiğinin sorulması.5. Günün değerlendirilmesi ve geri bildirimlerle oturumun kapanması.
3. Oturum	<ol style="list-style-type: none">1. Grup üyeleriyle geçen haftanın değerlendirmesinin yapılması.2. Grup üyelerine geçmişte ve şu anda herhangi bir müzik aleti çalıp çalmadıkları sorusunun sorulması.3. Araştırmacı tarafından Ney ile Uşşak makamındaki eserlerin icra edilmesi.4. Ney dinletisi sonrasında, üyelere tek tek neler hissettiğinin sorulması.

	<p>5. Üyelere süreçten memnun olup olmadıkları hakkında sorular sorulması, değerlendirme ve geri bildirimle oturumun kapanması.</p>
4.Oturum	<p>1. Grup üyeleriyle geçen haftanın değerlendirmesinin yapılması.</p> <p>2. Grup üyelerine depresyonla ve tedavisiyle ilgili neler bildiklerinin paylaşılması istenmesi.</p> <p>3. Araştırmacı tarafından Ney ile Uşşak makamındaki eserlerin icra edilmesi.</p> <p>4. Ney dinletisi sonrasında, üyelere tek tek neler hissettiğinin sorulması.</p> <p>5. Üyelere herhangi bir isteklerinin olup olmamasının sorulması, genel bir aylık değerlendirmeyle ve geri bildirimlerle oturumun kapanması.</p>
5.Oturum	<p>1. Grup üyeleriyle geçen dört haftanın değerlendirmesinin yapılması.</p> <p>2. Grup üyelerine Ney enstrümanı hakkında sorular sorulması ve literatürden bilgiler verilip, kıssalar anlatılması.</p> <p>3. Araştırmacı tarafından Ney ile Uşşak makamındaki eserlerin icra edilmesi.</p> <p>4. Ney dinletisi sonrasında, üyelere tek tek neler hissettiğinin sorulması.</p> <p>5. Değerlendirme ve geri bildirimle oturumun kapanması.</p>
6.Oturum	<p>1. Grup üyeleriyle geçen haftanın değerlendirmesinin yapılması.</p> <p>2. Üyelere müzik terapinin uygulama alanlarının teorik bilgisinden bahsedilmesi.</p> <p>3. Araştırmacı tarafından Ney ile Uşşak makamındaki eserlerin icra edilmesi.</p> <p>4. Ney dinletisi sonrasında, üyelere tek tek neler hissettiğinin sorulması.</p> <p>5. Değerlendirme ve geri bildirimle oturumun kapanması.</p>

7. Oturum	<ol style="list-style-type: none">1. Grup üyeleriyle geçen haftanın değerlendirmesinin yapılması.2. Araştırmacı tarafından birkaç farklı makam geçkisinin yapılarak kulak aşinalığı kazanan üyelere hangisinin Uşşak makamı olduğunun sorulması.3. Araştırmacı tarafından belirlenen Ney ile Uşşak makamındaki eserlerin icra edilmesi.4. Ney dinletisi sonrasında, üyelere tek tek neler hissettiğinin sorulması.5. Grup üyelerine istedikleri bir eser varsa onun icra edilmesi, tüm üyeleri aktif kılacak şekilde uygun şarkıların söylenmesi.6. Değerlendirme ve geri bildirimle oturumun sona ermesi.
8.Oturum	<ol style="list-style-type: none">1. Grup üyeleriyle genel bir değerlendirmenin yapılması.2. Son hafta olması nedeniyle üyelere daha çok geri bildirim alınması3. Araştırmacı tarafından Ney ile Uşşak makamındaki eserlerin icra edilmesi.4. Ney dinletisi sonrasında, üyelere tek tek neler hissettiğinin sorulması.5. Grup başkanıyla birlikte tüm üyelerin birlikte istedikleri şarkıyı söylemeleri.6. Grup üyeleriyle bireysel olarak ilk ve son haftadaki hallerini, duygu durumlarını nasıl karşılaştırdıkları hakkında dönüt alınması7- Sekiz haftalık sürecin, duygu ve düşüncelerle birlikte değerlendirilmesi, iyi temennilerle vedalaşarak oturumun kapanması.

3.2.2. Grup Üyelerinin Tanıtımı

Müzik terapi alan depresyon hasta grubunda 10'u kadın, 10'u erkek olmak üzere toplam 20 kişi bulunmaktadır. Bu gruba karşılık bir de kontrol grubu vardır. Grubun üyeleri birbirini tanımayan bireylerden oluşmaktadır. Çoğunluk, Üsküdar ve civarı semtlerde ikamet etmektedir. Uygulamanın yapıldığı merkezin, ulaşım açısından kolay olması grup üyelerine büyük bir rahatlık sağlamıştır ve bunu her seansa gelişlerinde dile getirmişlerdir. Tüm üyeler bireysel olarak tek başına ulaşım sağlamıştır. Grup üyelerinin

eğitim düzeyleri ise ilkokul, ortaokul, lise ve niversite olarak çeşitlilik göstermektedir. Bunların içerisinde üyeler çalışan ve çalışmayan olarak ikiye ayrılmaktadır. Üyelerin sahip olduğu depresyon düzeyleri “hafif, orta ve şiddetli” olmak üzere farklılık göstermektedir. İlk etaptaki özellikle şiddetli depresyon tanısına sahip olan üyelerin öz bakımlarında eksiklik olduğu gözlenmiştir. Daha sonraki süreçte grup içerisinde kılık kıyafet ve kişisel bakıma dikkat edilmeye çalışılmıştır. Aynı zamanda üyelerin hem ilaç kontrolleri hem de psikoterapi takipleri yapılmaktadır. Seansların sonunda yapılan geri bildirimlerin akabinde üyelerin taleplerine göre istedikleri parça araştırmacı tarafından icra edilmiştir.



IV. BÖLÜM

BULGULAR

4.1.Sosyodemografik Özellikler

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Tarih:

Görüşmeye başladığımız saati lütfen aşağıya yazınız.

Teşekkürler...

Görüşmeye Başlanan Saat: _____-:_____

1. Cinsiyetiniz? Kadın () Erkek ()

2. Doğum yılınız:

3. Eğitim durumunuz nedir?

Okur Yazar değil ()

Okur Yazar ()

İlkokul Mezunu ()

Ortaokul Mezunu ()

Lise Mezunu ()

Üniversite ()

Yüksek Lisans ()

4. Çalışma Durumunuz Nedir?

Çalışıyor () Çalışmıyor ()

5. Medeni Durumunuz Nedir?

Evliliği () Bekar () Ayrılmış (Boşanma ya da Vefat ile) ()

6. Çocuğunuz var mı? Varsa kaç tane?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ve daha fazla ()

7. Yılın büyük bölümünü geçirdiğiniz hanede kaç kişi yaşıyorsunuz?

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ve daha fazla ()

8. Kimlerle yaşıyorsunuz?

Ebeveynlerle ()
Yakınları ile ()
Eş ve Çocukları ile ()
Yalnız ()
Sosyal Kurum ()
Evsiz ()

9. Yaşadığınız hanenin aylık gelir miktarı nedir?

0-1000 TL ()
1000-3000 TL ()
3000-6000 TL ()
6000-10.000 TL ()
10.000-.... ()

10. Hiç psikiyatriste gittiniz mi?

Daha önce gitmiştim () Halen Tedavi Görüyorum () Hayır gitmedim ()

11. Aldığınız tanı doğrultusunda hangi tedaviyi görüyorsunuz?

İlaçla Tedavi ()
Psikoterapi ()
Müzik Terapi ()
Hepsi ()
Hiçbiri ()

12. Vücudunuzda herhangi bir engel var mıdır? Varsa aşağıda işaretleyiniz.

Görme Engelli ()
İşitme Engelli ()
Zihinsel Engelli ()
Ortopedik Engelli ()
Kronik Hastalık ()
Herhangi bir Engelim Yok ()

13. Ek Hastalık-Madde Kullanımı Öyküsü

0. Alkol Kullanımı ()
1. Madde Kullanımı ()

2. Sigara Kullanımı ()
3. Gebelik ()
4. Hepatit ()
5. Hiv ()
6. Diğer....

14. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

1. Yok ()
2. Var ()

4.2. Müzik Terapisi Alan ve Almayan Depresyon Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Beck Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesine İlişkin Bulgular

4.2.1. Betimsel İstatistik Sonuçları

Bulgular bölümü, araştırmaya katılan 40 kişinin sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler ile başlamaktadır. Ardından katılımcıların ölçeklerden aldıkları toplam puanlara ilişkin sonuçlar verilmiştir. Son olarak ise ölçeklere ait korelasyon sonuçları ile ölçeklerin bazı sosyodemografik değişkenleri ile olan ilişkisine yönelik independent t-test sonuçları ve tek yönlü varyans analizi ANOVA sonuçları verilmiştir.

Tablo 1: Demografik bilgilere dair tanımlayıcı bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	17	42,5
Erkek	23	57,5
Toplam	40	100
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	3	7,5
Ortaokul	4	10,0
Lise	8	20,0
Üniversite	14	35,0
Yüksek Lisans	11	27,5

Toplam	40	100
Medeni Durum		
Boşanmış	4	10,0
Evli	21	37,5
Bekâr	15	52,5
Toplam	40	100
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	23	57,5
Çalışmıyor	17	43,5
Toplam	40	100

Tablo 1’de katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir. 40 katılımcının %42.5’inin (n=17) kadınlardan ve %57.5’inin (n=23) erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde %7.5’inin (n=3) ilkokul mezunu olduğu, %10’unun (n=4) ortaokul mezunu olduğu, %20’sinin (n=8) Lise mezunu olduğu %35’inin (n=14) Lisans mezunu olduğu ve % 27.5’inin ise (n=11) lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların medeni durumlarına ait veriler incelendiğinde %10’unun (n=4) eşinden boşanmış olduğu, %37.5’inin (n=21) evli olduğu ve %52.5’inin (n=15) ise bekâr olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayılarına ait veriler incelendiğinde %70.1’inin (n=28) çocuk sahibi olmadığı, %15’inin (n=6) tek çocuğa sahip olduğu, %10.2’sinin (n=4) iki çocuğa sahip olduğu ve %4.7’sinin ise (n=2) üç çocuğa olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çalışma durumlarına ait veriler incelendiğinde %57.5’inin (n=23) bir işte çalıştığı , %43.5’inin (n=17) ise bir işte çalışmadığı belirlenmiştir.

4.2.2. Katılımcıların Yaş Ortalamaları

Tablo 2: Katılımcıların yaş ortalamaları (N=40)

Yaş	Ortalama	SS
-----	----------	----

Kadın	37.05	12.38
Erkek	30.78	9.07
Genel Ortalama	33.45	10.91

Tablo 2’de katılımcıların yaş ortalamalarına ait veriler görülmektedir. 40 katılımcının genel yaş ortalaması 33.45 (SS=10.91), kadınların yaş ortalaması 37.05 (SS=12.38) ve erkeklerin yaş ortalaması ise 30.78 (SS=9.07)’dir.

Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar

Müzik terapi alan ve almayan katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3 ve Tablo 4’te sunulmuştur.

4.2.3. Müzik Terapi Almayan Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Ortalamaları

Tablo 3: Müzik Terapi Almayan Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları (N=20)

ÖLÇEKLER	Ortalama	SS
Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	27,85	10,84
Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)	90,05	3,51
Fiziksel Fonksiyon	17,65	4,08
Fiziksel Rol Kısıtlanması	4,30	0,73
Emosyonel Rol kısıtlanması	3,25	0,44
Vücut Ağrısı	7,45	2,78
Sosyal Fonksiyon	6,05	1,27
Mental Sağlık	31,85	3,26
Canlılık	3,80	0,95
Genel Sağlık	15,85	1,08

4.2.4. Müzik Terapi Alan Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Ortalamaları

Tablo 4: Müzik Terapi Alan Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları (N=20)

ÖLÇEKLER	Ortalama	SS
Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	18,15	8,29
Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)	94,60	4,72
Fiziksel Fonksiyon	21,95	3,79
Fiziksel Rol Kısıtlanması	6,10	1,11
Emosyonel Rol kısıtlanması	4,65	1,08
Vücut Ağrısı	5,25	1,74
Sosyal Fonksiyon	5,65	0,93
Mental Sağlık	33,15	2,41
Canlılık	3,10	0,85
Genel Sağlık	14,75	1,65

4.2.5. Ölçekler ve Alt Ölçekler Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müzik Terapi Almayan										
1.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	Rho 1									
2.Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)	Rho -0,712**	1								
	p <0.001									
3. Fiziksel Fonksiyon	Rho -0,649**	0,757**	1							
	p <0.001	<0.001								
4. Fiziksel Rol Kısıtlanması	Rho -0,266	0,067	0,072	1						
	p 0,258	0,778	0,762							
5. Emosyonel Rol kısıtlanması	Rho -0,199	0,025	0,109	-0,243	1					
	p 0,399	0,916	0,648	0,303						
6. Vücut Ağrısı	Rho 0,608**	-0,541*	-0,658**	-0,096	-0,394	1				
	p <0.001	0,014	<0.001	0,689	0,086					
7. Sosyal Fonksiyon	Rho -0,045	0,070	-0,027	-0,186	0,255	-0,173	1			
	p 0,850	0,770	0,911	0,411	0,277	0,474				
8. Mental Sağlık	Rho -0,512*	0,638**	0,264	-0,068	0,027	-0,601**	-0,074	1		
	p 0,021	<0.001	0,250	0,755	0,909	<0.001	0,757			
9. Canlılık	Rho 0,380	-0,343	-0,385	-0,287	0,249	0,414	-0,208	-0,298	1	
	p 0,099	0,139	0,094	0,220	0,290	0,070	0,379	0,202		
10. Genel Sağlık	Rho 0,109	0,291	0,059	-0,139	-0,353	0,093	0,006	-0,007	-0,234	1
	p 0,646	0,214	0,806	0,560	0,126	0,697	0,981	0,978	0,322	

Tablo 5: Ölçekler ve alt ölçekler arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon sonuçları

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi,) ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Müzik Terapi Alan										
1.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	Rho 1									
2.Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)	Rho -0,745**	1								
	p <0.001									
3. Fiziksel Fonksiyon	Rho -0,638**	0,795**	1							
	p <0.001	<0.001								
4. Fiziksel Rol Kısıtlanması	Rho -0,297	0,635**	0,324	1						
	p 0,204	<0.001	0,164							
5. Emosyonel Rol kısıtlanması	Rho -0,740**	0,687**	0,442	0,376	1					
	p <0.001	<0.001	0,051	0,103						
6. Vücut Ağrısı	Rho 0,442	-0,607**	-0,619**	-0,472	-0,118	1				
	p 0,071	<0.001	<0.001	0,036	0,621					
7. Sosyal Fonksiyon	Rho -0,095	0,277	-0,109	0,237	0,184	-0,040	1			
	p 0,691	0,238	0,646	0,315	0,438	0,866				
8. Mental Sağlık	Rho -0,496*	0,610**	0,289	0,404	0,402	-0,560*	0,235	1		
	p 0,026	<0.001	0,217	0,078	0,079	0,010	0,319			
9. Canlılık	Rho 0,638**	-0,577**	-0,569**	-0,121	-0,471*	0,407	-0,351	-0,366	1	
	p <0.001	<0.001	<0.001	0,610	0,036	0,075	0,130	0,112		
10. Genel Sağlık	Rho 0,034	0,047	0,057	-0,014	-0,285	-0,343	0,077	-0,268	-0,168	1
	p 0,888	0,843	0,812	0,952	0,223	0,133	0,747	0,254	0,478	

4.2.6. Ölçekler ve Alt Ölçekler Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Sonuçları

Tablo 6: Ölçekler ve alt ölçekler arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon sonuçları

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi,) ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

Tablo 4’te mzk terapi almayan katlmclara uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Bu analize göre, BD ile YK puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$, $\rho=-0,712$).

BD ile YK Alt leklerinden “Fiziksel Fonksiyon” puanları arasında negatif yönde ($p<0.001$, $\rho=-0,641$) “Vücut Ağrısı” puanları arasında pozitif yönde ($p<0.001$, $\rho=0,608$) ve “Mental sağlık” puanları arasında ise negatif yönde ($p=0.021$; $\rho=-0.512$) istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 5’te ise mzk terapi alan katlmclara uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Bu analize göre, BD ile YK puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$, $\rho=-0,741$).

BD ile YK Alt leklerinden “Fiziksel Fonksiyon” puanları arasında negatif yönde ($p<0.001$, $\rho=-0,638$) “Emosyonel kstlanma” puanları arasında negatif yönde ($p<0.001$, $\rho=-0,740$), “Mental sağlık” puanları arasında negatif yönde ($p=0.026$; $\rho=-0.496$) ve “Canlılık” puanları arasında ise pozitif yönde ($p<0.001$, $\rho=0,638$) istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 7: Katılımcıların BDÖ ve YKÖ puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	SS	t	p
BDÖ	Kadın	17	18,82	9,88	-2.223	0.032
	Erkek	23	26,08	10,44		
YKÖ	Kadın	17	94,58	4,52	2.836	0.007
	Erkek	23	90,65	4,19		
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	17	21,35	4,76	1.963	0.057
	Erkek	23	18,65	3,92		
Fiziksel rol kısıtlanması	Kadın	17	5,29	1,21	0.388	0.700
	Erkek	23	5,13	1,39		
Emosyonel rol kısıtlanması	Kadın	17	4,35	1,22	2.107	0.042
	Erkek	23	3,65	0,88		
Vücut Ağrısı	Kadın	17	5,52	2,40	-1,801	0,080
	Erkek	23	6,95	2,53		
Sosyal fonksiyon	Kadın	17	5,76	0,90	-0.409	0.685
	Erkek	23	5,91	1,27		
Mental sağlık	Kadın	17	33,70	3,15	2.386	0.022
	Erkek	23	31,60	2,40		
Canlılık	Kadın	17	3,17	1,07	-1.580	0.122
	Erkek	23	3,65	0,83		
Genel Sağlık	Kadın	17	15,58	1,37	-1.054	0.298
	Erkek	23	15,08	1,56		

Independent t-test

Tablo 7’ de yer aldığı gibi, katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve alt ölçekleri cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Katılımcıların BDÖ puanları kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. BDÖ puanları kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (p=0.032). Ayrıca katılımcıların YKÖ puanları da kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. YKÖ puanları ise erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (p=0.007)

YKÖ alt boyutları açısından cinsiyete göre incelendiğinde, “Emosyonel rol kısıtlanması” ve “Mental sağlık” puanları kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Emosyonel rol kısıtlanması” puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (p=0.042). “Mental sağlık” puanları da erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (p=0.022)

Tablo 8: Katılımcıların BDÖ ve YKÖ puanlarının çalışma durumları açısından karşılaştırılması

Durumu		Çalışma	N	Ort.	SS	t	p
BDÖ		Çalışıyor	23	22,26	11,58	-0.502	0.618
		Çalışmıyor	17	24,00	9,68		
YKÖ		Çalışıyor	23	92,43	4,88	0.169	0.867
		Çalışmıyor	17	92,17	4,61		
Fiziksel Fonksiyon		Çalışıyor	23	20,08	4,22	0.459	0.642
		Çalışmıyor	17	19,41	4,86		
Fiziksel rol kısıtlanması		Çalışıyor	23	5,34	1,40	0.830	0.412
		Çalışmıyor	17	5,00	1,17		
Emosyonel rol kısıtlanması		Çalışıyor	23	3,95	1,10	0.044	0.965
		Çalışmıyor	17	3,94	1,08		
Vücut Ağrısı		Çalışıyor	23	6,13	2,13	-0,629	0,533
		Çalışmıyor	17	6,64	3,06		
Sosyal fonksiyon		Çalışıyor	23	6,17	1,11	2.229	0.032
		Çalışmıyor	17	5,41	1,00		
Mental sağlık		Çalışıyor	23	32,34	2,74	0,469	0.658
		Çalışmıyor	17	32,70	3,19		
Canlılık		Çalışıyor	23	3,43	0,78	-0.381	0.706
		Çalışmıyor	17	3,47	1,17		
Genel Sağlık		Çalışıyor	23	15,08	1,47	-0.115	0.909
		Çalışmıyor	17	15,58	1,50		

Independent t-test

Tablo 8’de yer aldığı gibi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve alt ölçekleri çalışma durumuna göre karşılaştırılmıştır. Sadece YKÖ alt ölçeklerinden “sosyal fonksiyon” puanları çalışanlar ve çalışmayanlar arasında istatistiksel açıdan

anlamli farklilik gostermistir. ‘‘Sosyal fonksiyon’’ puanlari calismayanlara kiyasla calisanlarda daha yuksek bulunmustur (p=0.032)

Tablo 9: Katilimcilarin BDÖ ve YKÖ puanlarinin eğitim durumlarini acısından karşılaştirilmasi

Ölçekler	Grup (Ebeveyn Young Eğitim)	F	p	Anlamli fark		
BDÖ	1.İlkokul	4.Üniversite	0.543	0.705	-	
	2.Ortaokul					5.Yüksek Lisans
	3.Lise					
YKÖ	1.İlkokul	4.Üniversite	1,624	0,190	-	
	2.Ortaokul					5.Yüksek Lisans
	3.Lise					
Fiziksel Fonksiyon	1.İlkokul	4.Üniversite	2,046	0,109	-	
	2.Ortaokul					5.Yüksek Lisans
	3.Lise					
Fiziksel kısıtlanmasi rol	1.İlkokul	4.Üniversite	1,498	0,224	-	
	2.Ortaokul					5.Yüksek Lisans
	3.Lise					
Emosyonel kısıtlanmasi rol	1.İlkokul	4.Üniversite	2,437	0,065	-	
	2.Ortaokul					5.Yüksek Lisans
	3.Lise					
Vücut Ağrısı	1.İlkokul	4.Üniversite	2,389	0,070	-	
	2.Ortaokul					5.Yüksek Lisans
	3.Lise					
Sosyal fonksiyon	1.İlkokul	4.Üniversite	1,010	0,416	-	
	2.Ortaokul					5.Yüksek Lisans
	3.Lise					
Mental sağlık	1.İlkokul	4.Üniversite	0,604	0,662	-	
	2.Ortaokul					5.Yüksek Lisans
	3.Lise					
Canlilik	1.İlkokul	4.Üniversite	1,852	0,141	-	
	2.Ortaokul					5.Yüksek Lisans
	3.Lise					
Genel sağlık	1.İlkokul	4.Üniversite	0.964	0.438	-	
	2.Ortaokul					5.Yüksek Lisans
	3.Lise					

ANOVA test

Tablo 9’da gösterildiği gibi katılımcıların eğitim durumları ile BDÖ ve YKÖ puanları arasında ki ilişki Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analizi sonuçlarına eğitim düzeyi ile BDÖ ve YKÖ puanları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 10: Katılımcıların BDÖ ve YKÖ puanlarının Medeni durumları açısından karşılaştırılması

Ölçekler	Medeni Durum	F	p	Anlamlı fark
BDÖ	1.Evli	0,913	0,410	-
	2.Bekâr			
	3.Boşanmış			
YKÖ	1.Evli	0,121	0,887	-
	2.Bekâr			
	3.Boşanmış			
Fiziksel Fonksiyon	1.Evli	0,080	0,924	-
	2.Bekâr			
	3.Boşanmış			
Fiziksel rol kısıtlanması	1.Evli	0,064	0,938	-
	2.Bekâr			
	3.Boşanmış			
Emosyonel rol kısıtlanması	1.Evli	0,166	0,848	-
	2.Bekâr			
	3.Boşanmış			
Vücut Ağrısı	1.Evli	0,242	0,787	-
	2.Bekâr			
	3.Boşanmış			
Sosyal fonksiyon	1.Evli	0,286	0,753	-
	2.Bekâr			
	3.Boşanmış			
Mental sağlık	1.Evli	0,484	0,620	-
	2.Bekâr			
	3.Boşanmış			
Canlılık	1.Evli	1,266	0,694	-
	2.Bekâr			
	3.Boşanmış			
Genel sağlık	1.Evli	0,622	0,542	-
	2.Bekâr			
	3.Boşanmış			

ANOVA test

Tablo 10’da gösterildiği gibi katılımcıların medeni durumları ile BDÖ ve YKÖ puanları arasında ki ilişki Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analizi sonuçlarına medeni durum ile BDÖ ve YKÖ puanları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 11: Müzik terapi Almayan Katılımcıların BDÖ ve YKÖ puanlarının öncesi-sonrası açısından karşılaştırılması

Müzik terapi		N	Ort.	SS	t	p
BDÖ	Ön test	20	27,85	10,84	-0.001	0.998
	Son test	20	27,85	14,07		
YKÖ	Çalışıyor	20	90,05	3,51	0.147	0.884
	Çalışmıyor	20	89,90	2,91		
Fiziksel Fonksiyon	Çalışıyor	20	17,65	4,08	-0.748	0.459
	Çalışmıyor	20	18,85	5,89		
Fiziksel rol kısıtlanması	Çalışıyor	20	4,30	0,73	1.264	0.214
	Çalışmıyor	20	3,95	0,99		
Emosyonel rol kısıtlanması	Çalışıyor	20	3,25	0,44	-1.230	0.210
	Çalışmıyor	20	3,70	0,92		
Vücut Ağrısı	Çalışıyor	20	7,45	2,78	0,507	0,615
	Çalışmıyor	20	7,00	2,82		
Sosyal fonksiyon	Çalışıyor	20	6,05	1,27	-0.118	0.907
	Çalışmıyor	20	6,10	1,41		
Mental sağlık	Çalışıyor	20	31,85	3,26	0,920	0.363
	Çalışmıyor	20	31,10	1,61		
Canlılık	Çalışıyor	20	3,80	0,91	0.919	0.364
	Çalışmıyor	20	3,55	0,75		
Genel Sağlık	Çalışıyor	20	15,85	1,08	0.969	0.339
	Çalışmıyor	20	15,50	1,19		

İndependent t-test

Tablo 11’de yer aldığı gibi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve alt ölçekleri puanları müzik terapi almayanlarda tedavi öncesi ve sonrasına göre

karşılaştırılmıştır. Ancak müzik terapi almayanlarda ölçek ve alt ölçek puanları tedavi öncesi ve sonrasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Tablo 12: Müzik Terapi Alan Katılımcıların BDÖ ve YKÖ puanlarının öncesi-sonrası açısından karşılaştırılması

Müzik Terapi Alan		N	Ort.	SS	t	p
BDÖ	Ön test	20	29,15	13,20	3.104	0.004
	Son test	20	18,15	8,29		
YKÖ	Ön test	20	89,10	3,84	4.122	<0.001
	Son test	20	94,60	4,72		
Fiziksel Fonksiyon	Ön test	20	21,95	3,79	1.967	0.056
	Son test	20	18,70	6,34		
Fiziksel rol kısıtlanması	Ön test	20	6,10	1,11	1.743	0.089
	Son test	20	5,35	1,56		
Emosyonel rol kısıtlanması	Ön test	20	4,65	1,08	-0.134	0.894
	Son test	20	4,70	1,26		
Vücut Ağrısı	Ön test	20	5,25	1,74	-0,371	0,713
	Son test	20	5,45	1,66		
Sosyal fonksiyon	Ön test	20	5,65	0,93	0.912	0.367
	Son test	20	5,35	1,13		
Mental sağlık	Ön test	20	31,15	1,41	2,881	0.006
	Son test	20	33,15	2,95		
Canlılık	Ön test	20	3,10	0,85	-1.533	0.134
	Son test	20	3,55	0,99		
Genel Sağlık	Ön test	20	14,75	1,65	-0.210	0835
	Son test	20	14,85	1,34		

Independent t-test

Tablo 12’de yer aldığı gibi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve alt ölçekleri puanları müzik terapi alanlarda tedavi öncesi ve sonrasına göre karşılaştırılmıştır. BDÖ ve YKÖ puanları tedavi öncesi ve sonrasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. BDÖ puanları tedavi öncesine kıyasla tedavi sonrasında düşmüştür (p=0.004). Ayrıca YKÖ puanları ise tedavi öncesine kıyasla tedavi sonrasında yükselmiştir (p<0.001).

YKÖ alt ölçeklerinden "mental sağlık" puanları ise tedavi öncesine kıyasla tedavi sonrasında yükselmiştir (p=0.006)



V. BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Bu çalışma, müziğin destek terapisi olarak kullanıldığı 20 kişilik müzik terapi grup seansından oluşan 8 haftalık bir programdan oluşmaktadır. Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden elde edilen veriler tartışılmıştır. Araştırmanın ölçeklere ait korelasyon sonuçları ile ölçeklerin bazı sosyodemografik değişkenleri ile olan ilişkisine yönelik independent t-test sonuçları ve tek yönlü varyans analizi ANOVA sonuçlarına ulaşılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda ise müzik terapi seanslarına dahil olan depresyon hastalarının, başlangıçtaki skorlara göre depresyon puanlarının düştüğü ve yaşam kalitesi skorlarının da artış gösterdiği bulgusu elde edilmiştir. Müzik terapi seanslarına katılmayan, çalışmamızın kontrol grubunu oluşturan depresyon hastalarının ise başlangıçtaki depresyon skorlarıyla sonraki puanların arasında anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür.

5.1. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımının Yorumlanması

Çalışmamıza 17 kadın ve 23 erkek depresyon hastası gönüllü olarak katılım sağlamış ve bunlardan 10 tanesi kadın, 10 tanesi de erkek olmak üzere toplam 20 kişi müzik terapi grup seansına dahil olmuştur.

Müzik terapi seanslarına katılan grup üyelerinden 4'ü 40 yaş üzeri, geri kalan 16'sı ise 40 yaş altıdır. Grubun medeni hali incelendiğinde ise 9'u evli, 3'ü boşanmış, 8'i de bekârdır. Üyelerden 2 tanesi ortaokul, 5 tanesi lise, 6 tanesi üniversite, 7 tanesi de yüksek lisans eğitim durumlarına sahiptir.

Bu sürece dâhil olmayan kontrol grubunun üyelerinin ise 8'i 40 yaş ve üzeri, 12'si de 40 yaş altı aralığından oluşmaktadır. Üyelerin 12'si evli, 7'si de bekâr, 1'i boşanmıştır. Üyelerden 3'ü ilkökul, 2'si ortaokul, 3'ü lise, 8'i üniversite, 4'ü de yüksek lisans eğitim durumlarına sahiptir.

40 katılımcının genel yaş ortalaması 33.45 (SS=10.91), kadınların yaş ortalaması 37.05 (SS=12.38) ve erkeklerin yaş ortalaması ise 30.78 (SS=9.07)'dir.

Bu bilgilerden de anlaşılacağı üzere, müzik terapi seanslarına katılan grup üyeleri kontrol grubuna kıyasla, daha genç ve eğitim seviyesi daha yüksek bir niteliğe sahiptir.

5.2. Müzik Terapi Alan Katılımcıların Ön Test ve Son Test Puanlarının Yorumlanması ve Ölçekler Arasındaki Korelasyonu

Müzik terapi alan katılımcılara uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler “pearson korelasyon analizi” ile gösterilmiştir. Bu analize göre, kullanılan ölçek puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$, $\rho=-0,741$). Beck Depresyon Envanterinden daha düşük puan alan kişinin, Yaşam Kalitesi Ölçeğinden daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Bu da bir mantık çerçevesinde, depresyon ölçeğinden düşük puan alan birisinin iyi bir duyguduruma sahip olduğunu, bununla birlikte yaşam kalitesinin de iyi bir düzeyde olduğu bilgisini doğrulamaktadır.

İki değişken arasındaki ilişkiye de Pearson Korelasyon Testi ile bakılmıştır. BDÖ ile YKÖ Alt ölçeklerinden “Fiziksel Fonksiyon” puanları arasında negatif yönde ($p<0.001$, $\rho=-0,638$) “Emosyonel kısıtlanma” puanları arasında negatif yönde ($p<0.001$, $\rho=-0,740$), “Mental sağlık” puanları arasında negatif yönde ($p=0.026$; $\rho=-0.496$) ve “Canlılık” puanları arasında ise pozitif yönde ($p<0.001$, $\rho=0,638$) istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Independent t-testi ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve alt ölçekleri puanları müzik terapi alanlarda tedavi öncesi ve sonrasına göre karşılaştırılmıştır. BDÖ ve YKÖ puanları tedavi öncesi ve sonrasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. BDÖ puanları tedavi öncesine kıyasla tedavi sonrasında düşmüştür ($p=0.004$). Ayrıca YKÖ puanları ise tedavi öncesine kıyasla tedavi sonrasında yükselmiştir ($p<0.001$). YKÖ alt ölçeklerinden “mental sağlık” puanları ise tedavi öncesine kıyasla tedavi sonrasında yükselmiştir ($p=0.006$). Yani mental sağlığı yüksek olan kişilerin yaşam kalitesi de yüksek hale gelebilmektedir. Bu yüzden aralarında pozitif bir ilişki vardır.

5. 3. Müzik Terapi Almayan Katılımcıların Ön Test ve Son Test Puanlarının Yorumlanması ve Ölçekler Arasındaki Korelasyonu

Müzik terapi almayan katılımcılara uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler “pearson korelasyon analizi” ile gösterilmiştir.

Bu analize göre, BDÖ ile YKÖ puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$, $\rho=-0,712$). Depresyon ölçeğinden yüksek puan alan kişinin yaşam kalitesi düşük bir performans gösterir.

BDÖ ile YKÖ Alt ölçeklerinden “Fiziksel Fonksiyon” puanları arasında negatif yönde ($p<0.001$, $\rho=-0,641$) “Vücut Ağrısı” puanları arasında pozitif yönde ($p<0.001$, $\rho=0,608$) ve “mental sağlık” puanları arasında ise negatif yönde ($p=0.021$; $\rho=-0.512$) istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Vücut ağrısı artan ve mental sağlığı azalan kişinin yaşam kalitesi düşük bir seyir gösterebilmektedir.

Independent t-testi uygulamasıyla, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve alt ölçekleri puanları müzik terapi almayanlarda tedavi öncesi ve sonrasına göre karşılaştırılmıştır. Ancak müzik terapi almayanlarda ölçek ve alt ölçek puanları tedavi öncesi ve sonrasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

5.4. Katılımcıların BDÖ ve YKÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Independent t-testi ile katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve alt ölçekleri cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Katılımcıların BDÖ puanları kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. BDÖ puanları kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.032$). Ayrıca katılımcıların YKÖ puanları da kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. YKÖ puanları ise erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ($p=0.007$).

YKÖ alt boyutları açısından cinsiyete göre incelendiğinde, “emosyonel rol kısıtlanması” ve “mental sağlık” puanları kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Emosyonel rol kısıtlanması” puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ($p=0.042$). “Mental sağlık” puanları da erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ($p=0.022$).

5.5. Katılımcıların BDÖ ve YKÖ Puanlarının Çalışma Durumları Açısından Karşılaştırılması

Independent t-testi ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ve alt ölçekleri çalışma durumuna göre karşılaştırılmıştır. Sadece YKÖ alt ölçeklerinden “sosyal fonksiyon” puanları çalışanlar ve çalışmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Sosyal fonksiyon” puanları çalışmayanlara kıyasla çalışanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p=0.032$).

5.6. Katılımcıların BDÖ ve YKÖ Puanlarının Eğitim Durumları Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların eğitim durumları ile BDÖ ve YKÖ puanları arasındaki ilişki Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analizi sonuçlarına göre eğitim düzeyi ile BDÖ ve YKÖ puanları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

5.7. Katılımcıların BDÖ ve YKÖ Puanlarının Medeni Durumları Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların medeni durumları ile BDÖ ve YKÖ puanları arasındaki ilişki Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) ile incelenmiştir. Varyans analizi sonuçlarına medeni durum ile BDÖ ve YKÖ puanları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

O halde bu araştırmaya göre depresyon skoru evlilerde ya da bekârlarda; eğitim durumu yüksek olanlarda ya da düşük olanlarda daha yüksektir ya da daha düşüktür gibi bir yorumda bulunamayız.

5.8. Grup Sürecine Dair Yorum

Grupla müzik terapi seansı boyunca iyi bir dinamik yakalanan ekibin üyelerinin ilk haftada gösterdikleri yabancılik çekme özelliği en aza indirilmiştir. Samimi diyaloglarla bir güven ortamı oluşturulmuştur. İlerleyen süreçte üyelerin çekingenlikleri ve kaygıları azalmış, gruba alışılmış ve ortama adapte olunmuştur. Grupla terapinin en önemli katkısı olan kişilerarası iletişimin ve etkileşimin artması, üyeler arasında da kendisini göstermiştir. İki ay boyunca, üyelerin adeta kendileri için düzenlenmiş bir konsere, canlı müziğe gelmeleri devamlılıkla sağlanmıştır. Buradaki özel hissetme mevzusu, yaşamlarında kaliteyi artıran bir unsur olmuştur.

Seans içerisinde, zihinlerinde taşıdıkları dertlerini, terapi boyunca kapının ardında bırakmaları gerektiği söylenilmiş ve iki saatlik de olsa o dertlerinin dereceleri hafifletilmeye çalışılmıştır. Bu da şimdi ve burada kalıbıyla “anda kalmak” tekelinde sağlanmıştır. Üyeler, hiçbir şeye enerjileri olmadığı halde her hafta seansa heyecanla geldiklerini, seans esnasında dinlendiklerini, olumsuz düşüncelerden nefes egzersizleriyle arındıklarını, huzurla rahatladıklarını geri bildirimle dile getirmişlerdir. Sonuçtan çok, sürecin sağlıklı ve faydalı geçmesine önem verilmiştir. Grup üyelerinden çalışma bittikten sonra da tekrar o anları hissetmek için seans esnasında sunulan Ney dinletilerinin kayıtlarını isteyenler olmuştur. Bazı grup üyeleri ise öğrenmenin yaşı yok deyimiyle bir enstrüman öğrenme çabasına girmiştir. Genel anlamda üyeler, müzik terapiyi sosyal alanlarına almış ve bu özel sahayı kendilerince daha da özel bir hale getirmeyi düşünmüşlerdir. Nitekim müziğin iyileştirici gücü, tüm grubu etkisi altına almayı başarmıştır.

Bu araştırmanın bize sunmuş olduğu sonuçlar ise şu şekildedir:

- a) Müzik Terapi sürecinden geçen depresyon hastalarının depresyon düzeylerinde iyileşme görülmektedir.
- b) Müzik Terapi sürecinden geçen depresyon hastalarının yaşam kaliteleri yüksektir.
- c) Müzik, hastalarla iyi bir iletişim aracı olarak kullanılabilir.
- d) Grupla terapi kişilere etkili iletişim ve birliktelik sağlar, ilişkileri geliştirir, bireysel ve toplumsal işlevselliği artırır.

VI. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışmada, işitsel sanatların en önemli kolu olan müziğin, eski geleneklerden öğrenilen bilgilerle, tedavi edici yönü günümüz araştırmalarıyla birlikte harmanlanıp sunulmuştur.

Geçmişten bugüne birçok tanım içeren müzik, insanın içinde bulunduğu durumu en iyi anlamlandıran bir sanattır. Hüzünlü bir parçayla kişiye yeri gelir acısını daha da şiddetli hissettirir, yeri gelir hareketli bir parçayla da neşesine neşe katar. Müzik, insanın ruhundan beslendiği ve duygularıyla oluştuğu için kişiye duygusal anlamda da yine en önemli ifadeyi sunar. İnsan müzikle ruhindaki hakikati keşfeder ve bu uğurda bir arayışa girerek ruhuna özgürlük kazandırır. Kişi, müzik aracılığıyla kendi ruhunu düzenleyebilme becerisine sahiptir. Çalışmamızda, müziğin bu özelliği kullanılarak, kişinin kendisini daha iyi nasıl hissedebileceği araştırılmıştır.

Eski Yunan'da ve Osmanlı döneminde yapılan uygulamalar ve araştırmalar, müziğin iyileştirici etkisini bizlere sunmuştur. Özellikle akıl hastalıklarında, müzik bir destek tedavisi olarak kullanılmış ve yararı görülmüştür. Bu bilgilerin referansında bu çalışmada, müziğin bir terapi çeşidi olarak kullanılmasını, en sık rastlanan psikiyatrik rahatsızlık olan sürekli üzgün ve çökkün bir ruh halindeki depresyon hastalarında uygulanarak gösterilmiştir. Depresyona iyi gelen makamın Uşşak olduğu ve bunu da icra edecek en iyi enstrümanın Ney olduğu bilgisiyle uygulama kısmı gerçekleştirilmiştir.

İnsanın bedenindeki müziği, uygun ritimle ortaya çıkarmaya ve o ahengi tutturmaya çalışılmıştır. Bu çalışmaya eşlik eden kişiler ise 18 yaş ve üzerindeki, depresyon tanısı almış ayakta tedavi gören, araştırmamıza gönüllü olarak katılmayı kabul eden 20 kişiden oluşan bir gruptur. Araştırma İstanbul ilinde, 17'si kadın 23'ü erkek olmak üzere 40 kişilik katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Bu kişilerden belirtilen kriterlere uygun olan 10'u kadın, 10'u erkek depresyon hastası 2 aylık müzik terapi grup sürecine dahil edilmiş ve gelişim süreçleri gözlenmiştir. Geri kalan 7'si kadın, 13'ü erkek depresyon hastası da müzik terapi desteği almayarak kontrol grubunu oluşturmuştur.

Bu çalışmadaki amacımız, müzikle psikoterapi sürecini inceleyerek, müzik terapi alan hastaların, bu sürece dahil olmayan hastalara göre depresyon skorlarını ve yaşam

kalitesini ölçmektir. Bu amaç dâhilinde çalışmamızda, Beck Depresyon Envanteri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca katılımcıların kişisel bilgilerini öğrenmek amacıyla Sosyodemografik Bilgi Formu doldurulmuştur. Yapılan uygulama sonucunda veriler, SPSS programıyla saptanmıştır.

Müzik terapi alan depresyon hastalarının, başlangıçta 1 tanesi minimal düzeyde, 2 tanesi hafif düzeyde, 9 tanesi orta düzeyde ve 8 tanesi de şiddetli düzeyde depresyon skorlarına sahiptir. Yapılan Independent t-testiyle ölçülen araştırmanın sonucunda ise grupta müzik terapi sürecine giren üyelerin, depresyon skorlarında azalma ile düzeylerinde değişiklik görülmüş, bununla birlikte yaşam kalitelerinde bir artış tespit edilmiştir. Kontrol grubumuzun depresyon puanları da ön test ve son test sonuçlarına bakıldığında bir değişiklik göstermediği için aralarında anlamlı bir farklılık yoktur, bulgusuna ulaştırmıştır.

Müzik terapi alan katılımcılara uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler “pearson korelasyon analizi” ile gösterilmiştir. Beck Depresyon Envanterinden daha düşük puan alan kişinin, Yaşam Kalitesi Ölçeğinden daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Çünkü depresyon ölçeğinden düşük puan alan birisinin ruh hali daha iyi olduğu için yaşam kalitesi de daha iyi bir düzeyde kendisini gösterir. Pearson Korelasyon Testi ile bakılan, iki değişken arasındaki ilişkiden de, BDÖ ile YKÖ Alt ölçeklerinden “Fiziksel Fonksiyon” puanları arasında negatif yönde ($p<0.001$, $\rho=-0,638$) “Emosyonel kısıtlanma” puanları arasında negatif yönde ($p<0.001$, $\rho=-0,740$), “Mental sağlık” puanları arasında negatif yönde ($p=0.026$; $\rho=-0.496$) ve “Canlılık” puanları arasında ise pozitif yönde ($p<0.001$, $\rho=0,638$) istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır. YKÖ alt ölçeklerinden “mental sağlık” puanları ise tedavi öncesine kıyasla tedavi sonrasında yükselmiştir ($p=0.006$). Yani mental sağlığı yüksek olan kişilerin yaşam kalitesi de yüksek hale gelebilmektedir. Bu yüzden aralarında pozitif bir ilişki vardır.

Bulgular, müzik terapi sürecine dahil olmayan katılımcıların da depresyon ölçeğinden aldıkları yüksek puanın yaşam kalitelerini de düşürdüğü sonucuna ulaştırmıştır. Vücut ağrısı artan ve mental sağlığı azalan kişinin yaşam kalitesi düşük bir seyir gösterebilmektedir.

Genel olarak ölçeklerin, cinsiyete göre değerlendirilmesinde depresyon puanlarının erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek; yaşam kalitesi puanlarının da kadınlarda

erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. YKÖ alt boyutları açısından cinsiyete göre incelendiğinde, “emosyonel rol kısıtlanması” puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (p=0.042). “Mental sağlık” puanları da erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (p=0.022).

Independent t-testi ile YKÖ alt ölçeklerinden “sosyal fonksiyon” puanları çalışanlar ve çalışmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Sosyal fonksiyon” puanları çalışmayanlara kıyasla çalışanlarda daha yüksek bulunmuştur (p=0.032).

Katılımcıların varyans analizi sonuçlarına göre “eğitim düzeyi” ile BDÖ ve YKÖ puanları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların varyans analizi sonuçlarına göre “medeni durum” ile BDÖ ve YKÖ puanları arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırmamızın sonucunda hem ilaç hem psikoterapi hem de müzik terapi sürecinden geçen hastaların, önceki puanlarıyla ve müzik terapi almayan hastalarla kıyaslandığında depresyon skorlarında azalma; yaşam kalitesi puanlarında da artış olduğu tespit edilmiştir. Neticede, çalışmamızın hipotezleri olan;

“Ney”le çalınan Uşşak makamıyla terapi alan depresyon hastalarındaki depresyon skorunda başlangıçtaki skora göre azalma görülür.

Ney’le çalınan Uşşak makamıyla terapi alan depresyon hastalarında yaşam kalitesi, almayanlara göre daha yüksektir” varsayımları doğrulanmıştır.

6.2. Öneriler

Yapılan bu araştırma sonucu, müziğin bütüncül tedavide kullanılarak iyileştirici özelliği yine kanıtlanmıştır. Böylece grup terapisinin de yararlı olduğu görülmüştür. Başka psikiyatrik hastalıklarda da farklı makamlar kullanılarak, müziğin terapötik işlevi yerine getirilebilir. Uygulama noktasında oluşturulan kriterler mesela yaş değişkeni için biraz daha esnetilebilir. Her yaş için uygun görülebilir. Tüm yaşantı gruplarına uygulanabilir. Farklı ortamlar tercih edilebilir.

KAYNAKÇA

- Ak, A. Ş. (1997). *Avrupa ve Türk-İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi - Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları*, Ötüken Neşriyat: İstanbul. ss: 3-206
- Akan, N. (2012). *Platon'da Müzik*, Bağlam Yayıncılık: İstanbul. ss: 56-123
- Akpınar, H. (2001). "Musikişinas Bir Filozof Olarak Farabi." *Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Sayı. 8, ss: 177 - 185*
- Altınöççek, H. (2013). *Müzikle Tedavi*, Kitabevi Yayınları: İstanbul. ss: 2-131
- Altıntaş, S. (2015). "Depresyon ile Dinsel Başa Çıkmak Mümkün mü?" *The Journal of Academic Social Science Studies, Sayı: 36, ss: 403 - 428*
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014. ss: 91-112
- Ayvazoğlu, B. (2007). *Ney'in Sırrı*, Kapı Yayınları: İstanbul. ss: 27-92
- Behar, C. (2005). *Musikiden Müziğe*, YKY: İstanbul. ss: 122-165
- Bruscia, K. E. (2016). *Müzik Terapiyi Tanımlamak*, (çev. Burçin Uçaner). Nobel Yaşam: İstanbul ss: 3-314
- Colombe, C. (2006). *Müziğin İnsan ve Hayvanlara Etkisi*, (çev. M. Salih Ergan, Ahmet Şahin Ak). Ötüken Neşriyat: İstanbul. ss: 19-68
- Cüceloğlu, D. (1997). *İnsan ve Davranışı*, Remzi Kitabevi: İstanbul. ss: 453-459
- Çakır, A. (2009). *Müziğe Giriş*, Dem Yayınları: İstanbul. ss: 7-11
- Çetinkaya, Y. (1999). *Müzik Yazıları*, Kaknüs Yayınları: İstanbul. ss: 39-190
- Çetinkaya, Y. (2016). *Müziği Düşünmek*, Büyüyenay Yayınları: İstanbul ss: 74-254
- Çoban, A. (2005). *Müzikterapi*, Timaş Yayınları: İstanbul. ss: 9-303
- Ducourneau, G. (2016). *Müzik Terapi İlkeleri*, (çev. Aslı Özyıldız). Nobel Yaşam: İstanbul. ss: 68-151
- Erguner, S. (2002). *Ney Metodu*, Erguner Müzik: İstanbul. ss: 174-176

- Gillet, R. & Pietnomi, P. C. (1997). *Depresyon Stresler-Bunalımlar*, (çev. Z. Kütevin). İnkılap Kitabevi: İstanbul. ss: 9-142
- Gönüler, Y. (2016). “Müzik Ruhun Bağımsızlığıdır”, *Lacivert Dergi, Sayı 21, ss: 50-52*: İstanbul.
- Güvenç, R. O. (1985). “Türklerde ve Dünyada müzikle Ruhi Tedavinin Tarihçesi ve Günümüzdeki Durumu” Doktora Tezi, İstanbul. ss: 40-63
- İbn Sînâ. (2004). *Mûsikî*, (çev. Ahmet Hakkı Turabi). Litera Yayınları: İstanbul. ss: 1-19
- Kalender, R. (1997). “Musiki ve İnsan” makalesi: Ankara. ss: 263
- Khan, S. I. (2001). *Müzik*, (çev. Kaan H. Ökten, Tuğrul Ökten). Arıtan Yayınları: İstanbul. ss: 137-156
- Kimter, N. (2014). “Gençlikte Din ve Depresyon: Üniversiteli Gençler Üzerinde Ampirik Bir Araştırma”, *Ekev Akademi Dergisi, Sayı. 60, ss: 223-260*
- Köknel, Ö. (1989). *Depresyon Ruhsal Çöküntü*, Altın Kitaplar Yayınevi: İstanbul. ss: 12-15
- Levitin, D. J. (2015). *Müziğin Etkisindeki Beyin*, (çev. Ali Sinan Çulhaoğlu). Pegasus Yayınları: İstanbul. ss: 13-309
- Morrison, J. (2016). DSM-5’i Kolaylaştıran “Klinisyenler İçin Tanı Rehberi”, çev. Hanife Uğur Kural, Nobel Yayınları, Ankara.
- Örter, H. C. (2005). *Müzik ile Terapi*, Mephist Yayınları: İstanbul. ss: 46-68
- Özkan, İ. H. (2011). *Türk Musikisi Nazariyatı ve Usulleri Kudüm Velveleleri*, Ötüken Neşriyat: İstanbul. 8. Baskı ss: 143
- Öztürk, L. & Erseven, H. & Atik, M. F. (2009). *Makamdan Şifaya*, İş Bankası Yayınları: İstanbul. ss: 6-94
- Sacks, O. (2016). *Müzikofili*, (çev. Begüm Kovulmaz), YKY: İstanbul. ss: 9-350
- Signell, K. L. (2006). *Makam*, (Çev. İlhami Gökçen). YKY: İstanbul. ss: 35-63
- Tan, A. & Çıpan, M. (2013). “Ney...” *Konya Valiliği İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, Yayın no: 225, Bahçivanlar Basım Sanayi A. Ş. Konya. ss: 13-28*

- Tarhan, N. (2013). *Kadın Psikolojisi*, Nesil Yayınları: İstanbul. ss: 96-97
- Teber, Ş. (1997). *Melankoli*, Say Yayınları: İstanbul. ss: 200-218
- Tekin, A. (2015). *Türk Musikisinde Nağmeler ve Makamlar*, Büyüyen Yayınları: İstanbul. ss: 13-216
- Turabi, A. H. (2005). *Gevrekzade Hafız Hasan Efendi ve Musiki Risalesi*, Rağbet Yayınları: İstanbul. ss: 95-120
- Türkçapar, H. (2018). *Depresyon*: Epsilon Yayınları: İstanbul. ss: 20-50
- Yıldırım, V. & Koç, T. (2003). *Müzik Felsefesine Giriş*, Bağlam Yayıncılık: İstanbul. ss: 7-103
- Yiğit, T. (2017). “Adorno’da Yeni Müziğin Felsefesi” Yüksek Lisans Tezi, Malatya. ss: 46-73
- Yiğitbaş, M. S. (1972). *Musiki ile Tedavi*, Yelken Matbaa: İstanbul. ss: 9-360

EKLER

EK 1. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimin birçoğunu kaybettim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 2. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-yadı: Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3

i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- | | | |
|---|---|---|
| a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti | 1 | 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama | 1 | 2 |
| d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması | 1 | 2 |

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- | | | |
|---|---|---|
| a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ? | 1 | 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama | 1 | 2 |

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|---------------|---|
| Hiç | 1 |
| Çok az | 2 |
| Orta derecede | 3 |
| Biraz | 4 |
| Oldukça | 5 |

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|--------|---|
| Hiç | 1 |
| Çok az | 2 |
| Orta | 3 |

Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

BETÜL RANA ULUDOĞAN

Üsküdar\ İSTANBUL

GSM: (553) 333 94 24

E-mail: betulranaauludogan@gmail.com

KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum: 02.10.1994\ Erzincan

Medeni Durumu: Bekâr

Sürücü Belgesi: B

EĞİTİM

-Lise

2008-2012: Hacı Ali Akın Anadolu Lisesi (TM) \ Erzincan

-Lisans

2013-2015: Üsküdar Üniversitesi, Psikoloji (yan dal\terk)

2012-2016: Üsküdar Üniversitesi, Felsefe

-Yüksek Lisans

2017-Günümüz: Üsküdar Üniversitesi, Uygulamalı Psikoloji Master

ALES: 75 (SÖZ)

İş Deneyimi

2016: Erzincan Anadolu İmam Hatip Lisesi (stajyer): 6 ay.

2017-2018: Kültür Bakanlığı, İlmi Etütler Derneği (İLEM) İslamcı Dergiler Projesi, Editör.

2018: Üsküdar Belediyesi, Engelsiz Yaşam Merkezi, Yardımcı Psikolog (gönüllü): 2 ay.

Özel Dersler: İnsan Felsefesi, Sinema ve Felsefe, İletişim Becerileri, Toplumsal Değişme, Kişilik Kuramları, Pozitif Psikoloji, Sosyal Psikoloji, Öğrenme Psikolojisi, Gelişim Psikolojisi, Dünya Sorunları ve Felsefe, Uygulamalı Etik, İleri Psikopatoloji.

Proje: Çocuklar için Felsefe'15,

33 Kalemde 33 Gönüle'15 kitap projesi

Üniversite Temsilcilikleri: Düşün Taşın Derneği (2014- 2015)

Mürekkep Kokan Eller Derneği (2015- 2016)

2012-2016: Her Dem Edebiyat Kulübü başkanlığı

AKADEMİK VE DÜŞÜNCE YAZILARI

Aristoteles'in Psikolojisi (2013)

Kant'ın Epistemolojisi (2014)

Nazlı&Narin Bir Serzeniş (2014, Psikohayat Dergisi)

Molla Lütü (2015)

“Gurbet Kuşları”, “Turist\ Force Majure” Film Kritikleri (2015- Cineritüel)

İlmü'n-Nefs ve Ahlak İlimleri Işığında İbn Sînâ'da Mutluluk (2016)

Muhammed İkbâl'in Biyografisi (2016)

*felsefeyat.net, sinematopya.com ve ruhunakitap.blogspot.com'da Köşe Yazarlığı (2016-günümüz)

SERTİFİKALAR

Meridyen Derneği - Münazara Eğitimi (2013)

Üsküdar Gençlik Merkezi – Yazma Sanatları Atölyesi (2013)

Üsküdar Gençlik Merkezi – Ebru Sanatı (2013)

Üsküdar Balaban Tekkesi – Ney Eğitimi (2014)

İsmek, Fatih Fındıkzade Müzik İhtisas Merkezi – Ney Eğitimi (2016)

Film Arası Dergisi – Sinema Eleştirmenliği ve Yazarlığı Atölyesi (2016)

Erzincan Halk Eğitim Merkezi - Filografi Sanatı (2017)

Erzincan Gençlik Merkezi – Ney Eğitimi (2017)

Erzincan Üniversitesi - MEB Pedagojik Formasyon Eğitim (2017)

GETAT (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi) (2019)

İLGİ ALANLARI

Felsefi Danışmanlık, Rehberlik, Psikolojik Danışmanlık, Bilişsel Psikoloji, Sinema, Edebiyat, Spor, Postmodernizm, Türk Sanat Musikisi, Şehir ve Medeniyet, Mekân Keşifleri, Kültür ve Sanat Programları.

KİŞİSEL YETENEKLER

Yabancı Dil: İngilizce (Orta), Osmanlı Türkçesi (İyi), İtalyanca (Başlangıç) Almanca (Başlangıç).

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Office Programları (Word, Power Point, Excell) (İyi).

REFERANSLAR

-Lütfi Sunar, İLKE Derneği Başkanı. İletişim no: 05334298522

-Yrd. Doç. Dr. Ömer OSMANOĞLU, Üsküdar Üniversitesi Felsefe Bölümü Öğretim Üyesi. İletişim no: 05079267388

-Yrd. Doç. Dr. Rabia SOYUCAK, Üsküdar Üniversitesi Felsefe Bölümü Öğretim Üyesi. İletişim no: 05385891293

-Uğur CANBOLAT, Üsküdar Üniversitesi Kurumsal İletişim Direktörü\ Yazar. İletişim no: 05334282829