

زبان و موسیقی درمانی در کودک با درخودماندگی موسیقی درمانی با خلق تغییرهای مثبت در رفتار انسان به عنوان یکی از روش‌های بی‌نظیر و منحصر به فرد در پیشبرد زندگی‌های شخصی می‌باشد. موسیقی درمانی یک حرفه وابسته به سلامتی است که از موسیقی به عنوان ابزاری به منظور توسعه و پیشرفت مهارت‌های حرکتی-درکی، یادگیری-شناختی و احساسی-اجتماعی استفاده می‌شود. موسیقی درمانی در بین کودکان استثنایی، بزرگسالان و سالمندان مراکز پزشکی و آموزشی از عملکرد وسیعی برخوردار است. موسیقی مفید و موثر است، زیرا نوعی ارتباط غیر کلامی است و همچنین نوعی تقویت‌کننده طبیعی است. در واقع موسیقی، نقش خود

را در زمان کمتری ایفا، می‌کند و انگیزه لازم را در تمرین مهارت‌های غیر موسیقایی فراهم می‌کند و از همه مهمتر، موسیقی یک رسانه موفق است زیرا تقریباً واکنش هر کسی نسبت به برخی از انواع موسیقی‌ها مثبت است. آموزش موسیقی درمانی شامل تشکیل کلاس‌های آموزشی در زمینه موسیقی همراه با واحدهایی در مورد روان‌شناسی، آموزش‌های ویژه و آناتومی همراه با واحدهای درسی اختصاصی و کسب تجربیاتی در مورد موسیقی درمانی است. با گذراندن واحدهای درس فوق، دانشجویان یک دوره شش ماهه را به عنوان انترن‌های بالینی و به صورت تمام وقت می‌گذرانند و پس از آن در امتحان نهایی و کتبی شرکت می‌کنند. البته اخذ گواهی

موسیقی درمانی در کودکان در خودمانده

مرضیه رحمانی / مربی گفتار و زبان آموزشگاه
فیاض بخش استان قم



شماره ۲۷
پشتانی

بورد تخصصی مستلزم آموزش های مستمر و امتحان نهایی دیگری در آن زمینه است.

موسیقی درمانی بخصوص برای کودکان مبتلا به در خودماندگی به عنوان وسیله و رسانه طبیعی و غیرکلامی مفید است. علاوه بر موسیقی فعالیت های مکمل دیگری نیز طراحی شده اند که توسط والدین، معلم و افراد حرفه ای دیگر به اجرا در می آید. مجریان این روش یا موسیقی درمان ها باید به نیازهای کودک توجه کنند. به عنوان نمونه واکنش های اجتماعی آنها را در رابطه با دیگران مد نظر قرار دهند. برای پرورش این مهارت ها باید همراه با موسیقی، بیماران را به بازی هایی با استفاده از توپ های سیاه و سفید، چوب های بازی و سنج های مخصوص به صورت دو نفره تشویق نمود. برای افزایش تماس ها و مهارت های چشمی نیز باید آنها را وادار به بازی هایی کرد مثلا کف زدن تقلیدی با آوردن دست ها در جلوی چشم و یا با خیره شدن به اسباب بازی هایی که نزدیک صورت بیمار آورده می شود. برای رفتار های اجتماعی و گروهی آنها نیز باید موسیقی های مخصوص پخش شود و بازی هایی را همچون نشستن روی صندلی و یا ماندن با گروهی از کودکان دیگر در یک دایره ترسیم شده روی زمین انجام داد.

موسیقی درمانی به ویژه در توسعه و درمان گفتار بیمار نیز اثرهای مفیدی دارد. کمبود شدید ارتباطی در بین کودکان مبتلا به در خودماندگی مشاهده می شود. گفتار را می توان از گنگی کامل تا غرغر کردن، گریه، جیغ زدن های ناگهانی، صداهای گلویی و زمزمه کردن دسته بندی نمود. ممکن است همچنین صداهای مبهم و گنگی که به صورت کلمات پراکنده و بی معنی هستند همراه با اصوات بی صدا و صدادار و کلمات ناشمرده ای که شبیه لغات خارجی و بی معنی می باشند در آنها دیده می شود. در سطوح بالاتر و پیشرفته این بیماری تقلید پژواک گونه نیز مشاهده می شود. البته برخی از کودکان احتمالا بیان عبارت ها و جمله های کوتاه و بلند به صورت گفتار نارسا و نامشخص پیشرفت می نمایند. کودکان مبتلا به در خودماندگی علاوه بر مدارس عمومی اغلب به کلاس های موسیقی نیز می روند و این می تواند برای معلم موسیقی تجربه ای ارزشمند باشد.

باید به زمان توجه نشان داد و نیز با توجه به این مساله که کودکان در خودمانده حساسیت غیر معمولی نسبت

به موسیقی از خود نشان می دهند، برخی از آنها به تقویت و تکمیل نظم و توان گفتاری خود می پردازند و بعضی دیگر به انجام بازی های موسیقایی علاقه مند هستند. مجریان این کار به عبارت دیگر موسیقی درمانگری هایی که اغلب با این موسیقی توجه دارند، فقط به تعیین صداها حساسیت دارند. به عنوان نمونه پسر بچه ای که از سنتور زیلوفون استفاده می کند پس از بازی با این وسیله بالا و پایین می پرد و با حرکات خاصی آواز می خواند. با کمی دقت می توان فهمید که صداهای سیلاب دار با آواز هارمونیک پسر بچه جفت می شوند و او شروع به هماهنگ کردن اصوات بی صدا و صدادار در بازی صوتی خود می کند. درمانگر به زودی بازی با زیلوفون را به شکل پیچیده تر همراه با اصوات ترکیبی شروع می کند و کودک نیز به تدریج تقلید این کلمات یا هجاهای ترکیبی را شروع می کند.

والدین کودک نیز مانند آموزگاران می توانند با وادار کردن کودک به آواز خواندن، الگوهای وزنی گفتاری را به آنان بیاموزند

از آنجایی که اغلب کودکان مبتلا به در خودماندگی، گاهی اوقات به جای صحبت کردن (عدم توانایی در صحبت) آواز می خوانند، درمان کننده یا موسیقی درمانگرها می توانند از این فرصت استفاده کنند و فعالیت های موسیقی غیر کلامی را به صورت سیتیمیک بر روی گفتار شروع نمایند. در کلاس موسیقی آوازه خوان ها می توانند با خواندن کلمات ساده، عبارت های تکراری و یا حتی سیلاب های تکراری بی معنای آموزش زبان کودک مبتلا به در خودماندگی کمک نمایند. عبارت های معنی دار لغتی و سرودهایی که با اشارات لمسی و بصری همراه است، باعث تسهیل این مهارت ها می شود. مثلا معلم یا درمان کننده برای آموزش گفتار در یک کودک ۶ ساله مبتلا به در خودماندگی از عبارت های کوتاه سوالی به صورت آواز همراه با آهنگ و ریتم و هارمونی خاص استفاده می کند و کودک در حالی که آواز می خواند متوجه اهداف نیز می شود:

سیب می خوری؟ بله بله

مداد می خوری؟ نخیر نخیر

سیب می خوری؟ بله بله

مداد می خوری؟ نخیر نخیر
سیب می خوری؟ بله بله
مداد می خوری؟ نخیر نخیر

بله بله بله
نخیر نخیر نخیر
کودک دیگری هم که مبتلا به درخود ماندگی است،
اسم و عبارت های فعلی را از این طریق یاد می گیرد، بدین
صورت که درمان کننده معلم، عروسکی می سازد همراه
با طراحی یک آواز
این یک عروسک است
این یک عروسک است
این یک عروسک است

در مرحله بعد، لغات جانشین قدم زدن، خوابیدن،
نشستن و ... می شود. در اینگونه آوازه لغات مهم و
برجسته تر به تدریج محو می شوند. از آنجا که هر یک از
عبارت ها تکرار می شود، کودک قادر است برای واکنش
صحیح از تقلید اکولالی خود استفاده کند. زمانی که
موسیقی کاملاً کم می شود، کودک می تواند تمام جمله را
در پاسخ به سوال به ارتعاش در آورد. سوال هایی مانند:
این چیست؟ و عروسک چکار می کند؟

کودکان دیگر مبتلا به درخود ماندگی می توانند
پاسخ های معنا دار کاملی را یاد بگیرند و این کار با ترکیب
شدن سوال و جواب در یک آواز انجام می گیرد. به تدریج
لغات قبلی حذف می شوند و لغات جدیدی جایگزین
می شوند مثلاً کودک عبارت های زیر را به صورت آواز
می خواند: چشمک بزن، چشمک بزن ستاره. در حالی که
کودک آواز می خواند، در ابتدا اصوات محیطی را مورد
توجه قرار می دهد، اما ساختار آهنگ نیز در پاسخ داده ها
با یک جمله درست گرامری به او کمک می کند.

مجله استثنایی
شماره ۴۴ صفحه ۶۴

گوش کن، گوش کن، چه می شنوی؟ (صدای نوار
پخش می شود)

من صدای آمبولانس را می شنوم
من صدای گریه بچه می شنوم
من صدای تلفن کردن مادرم را می شنوم
کودکان مبتلا به درخود ماندگی همچنین با آواز
خواندن و هماهنگ کردن آواز خود با ریتم، فشار روانی
کلامی و انعکاس جملاتی که به دنبال محو و حذف
تدریجی اشارات موزیکال می آیند، قادرند گام های بلندی
را در کم کردن گفتار بکنواخت (یکنواخت خوانی)
بردارند. والدین کودک نیز مانند آموزگاران می توانند با
وادار کردن کودک به آواز خواندن، الگوهای وزنی گفتاری
را به آنان بیاموزند در حالی که معلم در یک کلاس درس
پیر از کودکان دیگر برای آموزش آوازه های ترکیبی ویژه
وقت صرف می کند باید به این نکته نیز توجه کند که کلیه
آوازه های ابتدایی را که در اختیار دارد به تدریج در طبیعت
تکراری می شوند. حتی در سطوح بالا کتاب های مقطع
ابتدایی یا روش صوتی نیز تکرار عبارت های ساده متداول
است. در حالی که لغات در چنین کتاب هایی برای کودک
مبتلا به درخود ماندگی مهم و بحرانی به نظر نمی رسند،
اما افزایش گذاشتن لغات در کنار یکدیگر برای این کودکان
یک شروع حیاتی به شمار می آید.

برای آن دسته از معلمانی که زمانشان به گروه های
بزرگ محدود می شود، تقریباً همه تجربیات آوازه خوانی
برای کودکان درخود مانده ارزشمند است و آوازه در
این کلاس ها به تدریج، به آرامی و با دقت ارایه می شود.
برای کودک درخود مانده بسیار جالب و لذت بخش
است اگر کلاسش را با خواندن آهسته یک آواز ترک کند.
اگر در بیرون از کلاس موسیقی هم این واژه ها را بشنود و
تکرار کند، سهم مهمی در آموزش بالقوه زبان در او خواهد
داشت. برای پیدا کردن اطلاعات بیشتر در باره موسیقی
درمانی با آدرس زیر تماس بگیرید: Road

Suit ۹۳۰ / N.A.M.T, ۸۴۵۵, Collesville

موسیقی درمانی و درخود ماندگی

این مقاله در رابطه با افراد مبتلا به درخود ماندگی است
که شامل عباراتی در مورد اثر موسیقی بر روی این افراد
است. نظریات گوناگون نشان می دهد که افراد درخود
مانده نوعی یک نوع علاقه ناشناخته نسبت به موسیقی
دارند. در واقع بسیاری از مطالعات نشان می دهد که

**برای کودک درخود مانده بسیار جالب و لذت بخش
است اگر کلاسش را با خواندن آهسته یک آواز ترک
کند. اگر در بیرون از کلاس موسیقی هم این
واژه ها را بشنود و تکرار کند، سهم مهمی
در آموزش بالقوه زبان در
او خواهد داشت**



عکس احترام پوست بصری

به علت تفاوت‌های فردی در افراد مبتلا به درخودماندگی، نمی‌توان از قوانین درمانی همگانی استفاده نمود. زیرا احتمال دارد یک بیمار به تکنیک ویژه‌ای پاسخ مثبت بدهد ولی همین تکنیک برای بیمار دیگر مضر باشد. موسیقی ابزاری قدرتمند است. به عنوان مثال شکستن الگوهای جداسازی با برقراری ارتباط همراه با محرک موزیکال از نتایج استفاده از موسیقی است. به هر حال تجربیات و محرک‌های موسیقی را باید به دقت مورد بررسی و کنترل قرار داد. در حقیقت آلوین (۱۹۷۵) اظهار می‌دارد که در هنگام کار کردن با افراد درخود مانده به اندیکاسیون متضاد و متعددی برخورد می‌کنیم. این محقق می‌گوید در واقع موسیقی درمانی باعث تقویت عقب نشینی کودک از اجتماع و منزوی شدن او می‌شود. به علاوه موسیقی آنها را بی‌حال و سست و درون‌گرا می‌کند و نیز باعث بی‌خبری آنها از محیط اطراف می‌شود. تحقیقات نشان داده است که موسیقی درمانی در رفتار دارد و اختلال‌های آنها را بر طرف می‌کند و می‌تواند به عنوان یک روش درمانی در رده خدمات درمانی دیگر قرار گیرد. بنابراین آموزش موسیقی درمانگرهای با تجربه

تکنیک‌های موسیقی و موسیقی درمانی در درمان بیماری درخودماندگی تاثیرهای مثبت و ویژه‌ای دارند. تحقیقات برخی از نویسندگان نشان می‌دهد که شرکت کودکان و بزرگسالان مبتلا به درخودماندگی در کلاس موسیقی نوعی روش غیر تهدید کننده است که به بیماران اجازه می‌دهد تا بدون تماس مستقیم با انسان‌ها، محرک‌های خارجی را تجربه کنند (بیکر، ۱۹۸۲، نلسون، اندرسون و گونزالس در سال ۱۹۸۴)

فعالیت‌ها و تکنیک‌هایی که با محرک‌های موزیکال ترکیب می‌شوند، نقش‌های متفاوت و مهمی را در درمان مبتلایان به درخودماندگی ایفا می‌کنند. به عنوان مثال تکنیک‌های موسیقی درمانی باعث تسهیل ارتباط می‌شوند (تات، ۱۹۸۴) و نیز باعث ایجاد تجربیات خارجی در افراد (تات، ؛ ۱۹۸۴ بیکر ۱۹۸۴)، کاهش واکنش‌های اکولالی (بروکسیا، ۱۹۸۲)، پایین آوردن الگوهای قدرت فعالیت‌های کلیشه‌ای و یکنواخت (۱۹۸۲، بلانتون، مک دانیل و دکندا)، آموزش مهارت‌های اجتماعی (رید، مونتگار، راورز، هیل، ۱۹۷۵) و سهولت در درک مفاهیم می‌شوند (لیچمن، ۱۹۷۶).

به علت تفاوت های

فردی در افراد مبتلا به درخودماندگی،

نمی توان از قوانین درمانی همگانی استفاده نمود.

زیرا احتمال دارد یک بیمار به تکنیک ویژه ای پاسخ

مثبت بدهد ولی همین تکنیک برای بیمار دیگر مضر باشد

و آگاه بسیار ضروری و حایز اهمیت است. بررسی ها نشان می دهد که موسیقی درمانی می تواند ضرر هم داشته باشد و بشدت مانع از درمان موفقیت آموزشی شود. به ویژه اگر به طریق نادرست و یا به صورت روش درمانی نامناسب انجام گیرد.

برای این افراد مبتلا به درخود ماندگی، موسیقی درمانی می تواند:

باعث قطع الگوهای انزوا و عقب نشینی های اجتماعی و افزایش محرک های حسی- اجتماعی شود. عقب نشینی های اجتماعی و جداسازی یا انزوا در الگوهای درخود ماندگی به مدت چندین سال مورد بررسی قرار گرفتند. ویژگی های این عملکرد ناقص اجتماعی- احساسی عبارت اند از: فقدان تماس چشمی، فقدان واکنش های فیزیکی، کناره گیری، فقدان ارتباط دقیق و حمایت یا تقویت تشابهات محیطی. این خصوصیات متغیر می باشند و همان طور که افراد رشد می یابند، تنهایی و گوشه گیری در آنها باقی می ماند (تات، ۱۹۸۴).

شکستن الگوهای انزوا و تعیین نمودن بیماران برای شرکت در فعالیت های خارجی به جای فعالیت های درونی و برقراری ارتباط همگی می توانند مشکلات شناختی و درکی دیگری را اثبات کنند. تات در سال ۱۹۸۴ نشان داد که مشکلات همراه با ارتباط اجتماعی همچنین تابع درمان اولیه هستند و نه تابع اختلال های دیگر.

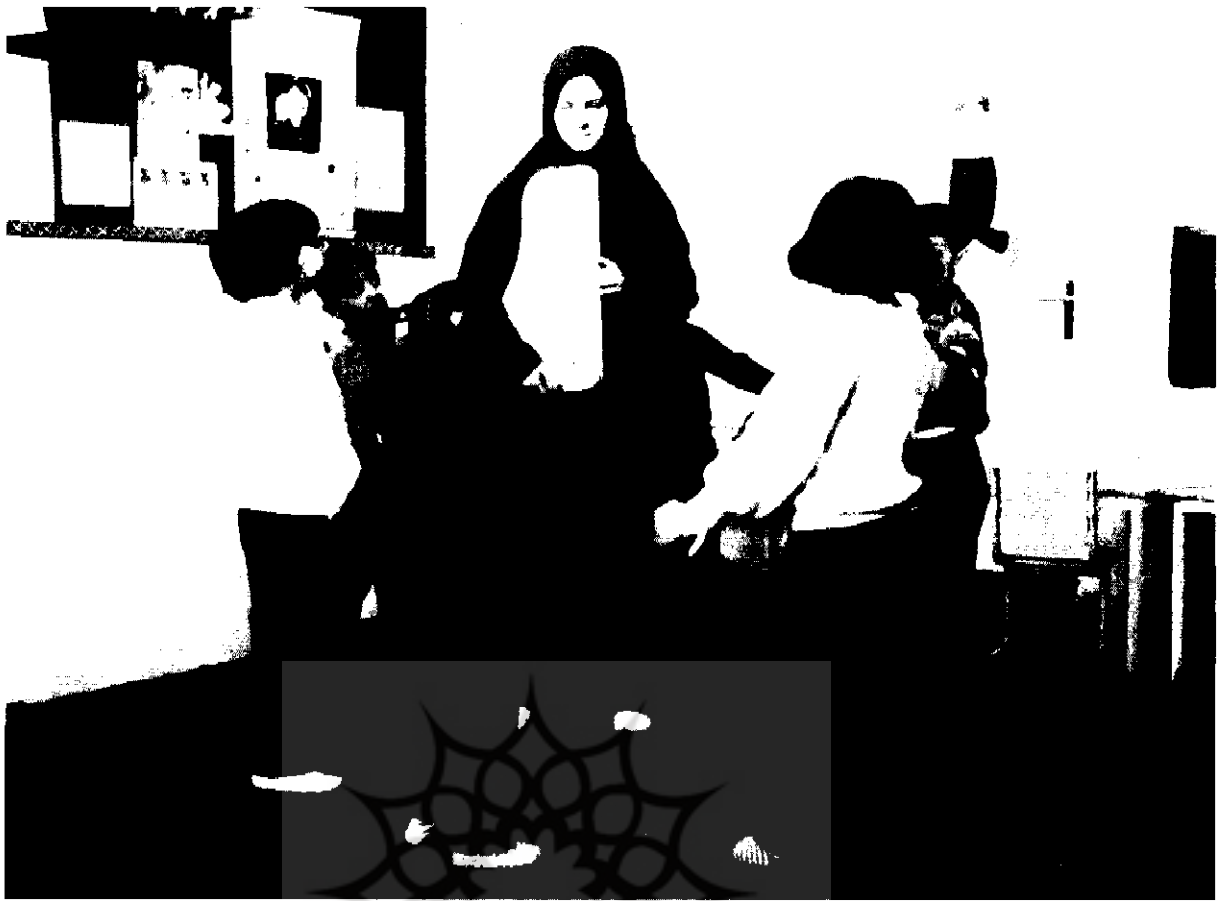
افراد مبتلا به درخود ماندگی به ویژه در مراحل اولیه برقراری ارتباط اغلب از نظر فیزیکی کلیه تماس های اجتماعی را که توسط افراد دیگر پیشنهاد می شود، رد می کنند. در واقع در موسیقی درمانی ابتدا بایک ابزار ارتباط برقرار می شود، شکل، صدا و احساس ابزار اغلب افراد را مجذوب می کند. بنابراین، این ابزار (موسیقی) می تواند بین بیمار و درمان کننده واسطه درمانی مناسبی باشد و زمینه را برای ارتباط اولیه برقرار سازد (تات، ۱۹۸۴). یک درمان کننده ماهر و آموزش دیده می تواند با بازسازی و

کنترل تجربه استفاده از موزیک، کلیه عواملی را که باعث انزوا و درون گرایی آنها می شود، کاهش دهد.

تجربیات شنیداری زمینه های تجربه بصری و لامسه را نیز فراهم می کند و آگاهی بیشتر نسبت به اصوات را سبب می شود و نیز باعث می شود که صدای شخص دیگری را که در واقع تولید کننده صدا است، تجربه نماید. موسیقی و تجربیات موزیکال انواع نامحدودی از ارتباطات را فراهم می سازد که می تواند کلیدی باشد در درمان موفق اشخاص مبتلا به درخود ماندگی (آلین) در سال ۱۹۷۵ در هنگام کار با کودکان مبتلا به درخود ماندگی، به آرامی آنان را برای برقراری ارتباط با دیگران به طرف محیط خارج سوق می داد و مراحل کار او عبارت بودند از استفاده از موسیقی در بین بیمار و ابزار موسیقی، بیمار و ابزار درمان کننده، بیمار و موسیقی، بیمار و موسیقی درمانگر، بیمار و درمانگر، بیمار و بیمار و غیره.

زمانی که مانع بر سر راه ارتباط از بین می رود، موسیقی درمانگر می تواند تجربیات متنوع موزیکال خود را به اجرا در آورد و کم کم کودکان را از محیط داخلی و درونی آنان رها سازد. با وجود اینکه مرحله به آرامی و به سختی انجام می گیرد، اما این روش (موسیقی درمانی) ابزار جالب و بی نظیری است که متناسب با نیازهای بیمار پیش می رود. همان طور که فرد پیشرفت می کند و کم کم ارتباط شکل می گیرد، موسیقی درمانی تبدیل به وسیله ای برای آموزش های اجتماعی بیماران نیز می شود. فرانکلین، شمیت و اداوردز در سال ۱۹۷۶ به این مطلب پی بردند که موسیقی در شکل دادن و تقویت رفتارهای اجتماعی مناسب، موثر است. رید، هیل، ریور و موننگار در سال ۱۹۷۵ نیز اظهار داشتند که موسیقی وسیله ای ضروری در آموزش مهارت های اجتماعی است و حالت های طبیعی در کودکی را که قبلا از وقایع و اتفاقات روزمره جدا شده بود، تسهیل و تقویت می کند. به علاوه آنها فهمیدند که رفتار بیمار، مداخلات موزیکی را که به محیط های غیر موزیکی تعمیم می یابد، تغییر می دهد.

همچنین مهمترین مساله در موسیقی درمانی افراد مبتلا به درخود ماندگی این است که کلیه تجربیات موزیکال را برای درمان موفق سازماندهی کنند. اگر چه واکنش ها به علت مشکلات زبانی محدود می شود، اما ارتباطات اجتماعی گرم تر و صمیمی تر می شود. نلسون، آندرسون و گونزالس در سال ۱۹۸۴ ابزار داشتند که به عبارتی، عدم



عکس: ندا سعیدی

سعی دارد که مراحل تولید گفتار - تلفظ با صدای در پاسخ به درک، فهم و نشانه سازی تحریک نماید (تات، ۱۹۸۴) در اصلی ترین سطوح درمانی، موسیقی درمانگرها بیشتر برای تسهیل و حمایت از تمایلات و ضروریات برقراری ارتباط در بیماران کار می کنند. افراد در خودمانده صداها را به آسانی و سریع تر از کلام درک می کنند و آگاهی از موسیقی و ارتباط بین موسیقی و اعمال خود بیمار محرک قوی در برقراری ارتباط است (تات، ۱۹۸۴).

درست در همان موقع که بیمار در خودمانده شروع به برقراری ارتباط کلامی یا غیر کلامی می کند، موسیقی هم برای تشویق او در تلفظ اصوات پخش می شود. آلوین در سال ۱۹۷۵ نشان داد که یادگیری نواخت و استفاده از وسایل

توانایی اجتماعی در افراد در خود مانده به ویژه در بافت موسیقی درمانی احتمالاً بخش تهدید آمیز اختلال های آنها به شمار می رود، زیرا این خصوصیت آنها بیشتر به کیفیت تجربیات در محیط شان بستگی دارد تا به ویژگی های روان شناسی آنها. هر دو نوع ارتباط کلامی و غیر کلامی را تسهیل می کند.

مشکلاتی که در ارتباطات اعضای بدن بیماران در خود مانده وجود دارد، ظاهراً به علت عدم توانایی آنها در ارایه اشارات و نشانه های دستی می باشد (نلسون اناتل، ۱۹۸۴)، به عبارت دیگر به نظر می رسد که فرد بیمار قادر نیست که از نظر ذهنی، چیزهایی را که فوراً در محیط ظاهر نمی شوند (ببینند) یا بشنوند از زبان که یک سیستم نمادین کلامی است، به طور نادرستی استفاده می شود و در واقع کلامی برای آنان قابل درک نیست. زبان در خود ماندگی اغلب مختص می شود به گنگی، غرغر کردن های ناگهانی، گفتار غیر ارتباطی (اکولالی و .. و) و یا تمایل به ارتباط کم و محدود.

تکنیک های موسیقی درمانی در مورد برقراری ارتباط

موسیقی و تجربیات

موزیکال انواع نامحدودی از

ارتباطات را فراهم می سازد که

می تواند کلیدی باشد در درمان

موفق اشخاص مبتلا به در خود ماندگی

کوکی درست برابر با یادگیری هجاهای صدا دار در گفتار است. و همچنین این وسایل باعث تقویت استفاده بهتر از لب‌ها، زبان، فک و دندان می‌شود. استفاده از الگوهای قوی همراه با ریتم و ملودی در شکل‌های کلامی گفتار در توجه و درک بهتر لغات به زبان آورده شده بسیار مفید است (تات، ۱۹۸۴؛ مابلیرگ، ۱۹۷۳).

نلسون اتال در سال ۱۹۸۴ در بررسی گزارشات و مقالات مختلف به این نتیجه رسید که بازی‌های موزیکال با اولین گفتار ارادی بیمار همراه بوده است. لیچمن در سال ۱۹۷۶ به این نتیجه رسید که هنگام آموزش موزیکال به عبارت دیگر زمانی که در محیط یادگیری موسیقی پخش می‌شود، افزایش قابل توجهی در میزان درک زبان در بیمار به وجود می‌آید. آلوین در سال ۱۹۷۵ نیز به این مطلب اشاره داشت که چگونه موسیقی می‌تواند به عنوان یک ابزار ارتباطی بین والدین و کودک باشد. به عبارت دیگر او گفت که موسیقی می‌تواند کانال ارتباط باشد و نیز به عنوان مدلی باشد که هر دو گروه بیمار و والدین را با یکدیگر ارتباط دهد.

موسیقی درمانی همچنین در کاهش مثال‌های الگوهای گفتاری غیر ارتباطی موثر است و می‌تواند باعث کند شدن یادگیری مهارت‌های حرکتی و غیر کلامی شود. بروسیکا در سال ۱۹۸۲ زمان استفاده از موسیقی درمانی در ارزیابی و درمان گفتار طوطی‌وار به نتایج جالبی دست یافته است. زیرا روش‌های موسیقی درمانی، گفتار طوطی‌وار بیمار را از ۹۵ درصد به زیر ۱۰ درصد کاهش می‌دهد. از این مقاله نتیجه می‌گیریم که مهارت‌ها و توانایی‌های به دست آمده در محیط‌های موسیقی درمانی به طور وسیعی در موقعیت‌های گوناگون تعمیم می‌یابد.

کاهش ویژگی‌های رفتاری اعضای حرکتی و درکی آشفته و معیوب و افزایش ویژگی‌های مثبت و توانایی حرکتی و درکی بیشتر:

در بیماران درخود مانده تظاهرات ثابتی از رفتار

همان طور که فرد

پیشرفت می‌کند و کم‌کم

ارتباط شکل می‌گیرد، موسیقی

درمانی تبدیل به وسیله‌ای برای

آموزش‌های اجتماعی بیماران نیز می‌شود

پاتولوژیکی در نواحی حرکتی-درکی مشاهده می‌شود. آشفته‌گی‌های درکی - حرکتی توسط ارتباط مابین رفتار حرکتی و مراحل معیوب داده‌های حسی به هم ربط داده شده اند (۱۹۸۴، نلسون اتال و تات، ۱۹۸۴). ویژگی‌های آشفته‌گی‌های درکی که بارها با آن روبه‌رو می‌شویم شامل برتری گیرنده کینستیک و لمسی، افزایش یا کاهش حساسیت نسبت به داده‌های حسی (شنوایی، لمسی، بینایی، تمرکز و ...) تأثیرهای حسی که مقدم بر حواس دیگر قرار می‌گیرند و اجتناب از تجربه حسی جدید است. عیب‌ها و آشفته‌گی‌های حسی - حرکتی نیز اغلب در زمان پیشرفت حس حرکتی بدن خود را نشان می‌دهند. مثلاً در فعالیت‌هایی مانند (نخ ریسی توسط خودش و یا همکاری با فرد دیگر، قدم زدن یا راه رفتن روی پنجه پا، جنبش و تکان خوردن، دست زدن و ...) هدف ابتدایی تکنیک‌های موسیقی درمانی عبارت است از کاهش این گونه رفتارها، به عنوان نمونه فعالیت‌های ریتمیک یا حرکت همراه با موسیقی در این رابطه مفیدتر از لرزش بدن است (تات، ۱۹۸۴) محقق‌هایی مانند سوارسی، دکتر مک دانیل و بلانتون در سال ۱۹۸۲ معتقد بودند که موسیقی به ویژه موسیقی ریتمی در کاهش رفتارهای ثابت و کلیشه‌ای بیماران موثر و مفید است. زیرا وقتی حرکات بیمار به یک سری حرکت‌های ثابت و کلیشه‌ای او در نتیجه محدود شود از وقایع محیط اطراف خود دور می‌مانند، اما زمانی که حرکات کلیشه‌ای او در نتیجه موسیقی درمانی کاهش یابد، فعالیت‌های یادگیری او بیشتر خواهد شد. موسیقی درمانگرها همچنین تجربه موزیکال را سازمان‌دهی می‌کنند تا به این هدف که پاسخ‌های حرکتی نسبت به موسیقی از نظر ماهیت مناسب و غیر تکراری هستند، برسند (نلسون اتال، ۱۹۸۴).

بیمار درخودمانده می‌تواند تمرینات ورزشی و درمانی درکی را شروع نماید، و محرک‌های لمسی، بینایی و شنیداری را از طریق لمس کردن یا تماس دستی با ابزار موسیقی بیاموزد. حرکت کردن همراه با موسیقی نیز به بیمار کمک می‌کند که درک حس شنیداری و لمسی - کینستیک را ترغیب نماید و نیز تمایز بین خود و غیر خود را بفهمد (تات، ۱۹۸۴).

احتمالاً آوازهای همراه با حرکت در کمک کردن به توسعه هماهنگی حس حرکتی - شنیداری مفید است و بیشتر باعث تقویت آگاهی و تصور ذهنی درست از بدن می‌شود (آلوین، ۱۹۷۵). بازی کردن با صفحه کلید سازها یا

موسیقی درمانی برای کودکان مبتلا به در خودماندگی به عنوان وسیله و رسانه طبیعی و غیرکلامی مفید است.

همان طور که نلسون و همکاران در سال ۱۹۸۴ اشاره داشت، درمان به منزله استفاده از قدرت های بیماران در توسعه ضعف ها و کاستی ها نمی باشد، برعکس درمان موسیقیایی قدرت های فرد بیماران را توسعه و پیشرفت می دهد. برای آن دسته از بیمارانی را که توانایی و استعداد یادگیری موسیقی را از خود نشان می دهند، موسیقی می تواند برای آنها یک میدان ارزشمند اجتماعی را به وجود آورد که در آن به پرورش استعداد و شکوفایی آن بپردازند. یادگیری آواز و یا نواختن موسیقی حتی برای افرادی که محدودیت های ذاتی در زمینه زبان و عملکردهای اجتماعی دارند، ارزش طولانی مدت و مفیدی بر جای می گذارد.

دومین چاپ: ژولیت آلوین و ارویک
موسیقی درمانی برای کودک مبتلا به در خودماندگی:
این کتاب ابتدا در سال ۱۹۸۷ منتشر شد و اولین کتابی بود که تاثیر موسیقی درمانی را در پیشرفت کودک در خود مانده مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. این کتاب شامل مباحث مفصلی در باره انواع تکنیک های موسیقی درمانی برای درمان کودکان در خود مانده که در آن کلیه نظریات، مقالات و گزارشات نویسندگان دیگر نیز همراه با بیماران مربوطه به تصویر کشیده شده است، چاپ جدید همه فصول چاپ قبلی به اضافه سه فصل جدید را در بر می گیرد که در این فصول جدید کتاب عمق تحقیقات موسیقی درمانی در طی ده سال اخیر و موقعیت ویژه موسیقی درمانی در درمان کودکان در خود مانده توضیح داده می شود. کتاب توسط اوزیل و ارویک که قبلا از دانشجویان آلوین بوده، نوشته شده است. فصول این کتاب به ما توضیح می دهد که چگونه والدین همراه با کودکان در خود مانده خود در محیط های درمانی موسیقی درمانی شرکت کنند و همچنین کلیه مشکلات و منافع این روش را در رابطه با ارتباط های شخصی به تصویر می کشد.

قسمت های دیگر ابزارها باعث تقویت حرکت انگشتان و دست های بیمار می شود. در سطوح پیچیده تر توالی مراحل آموزشی درکی ابتدا به صورت جداگانه ارایه می شود و سپس با مفاهیم تون صدا، ضربان و آهنگ و بلندی صدا هانگ و ترکیب می شود.

تکنیک های موسیقی درمانی از سطوح اصلی تا سطوح پیچیده باعث می شود که فرد پیشرفت مرحله به مرحله خودش را حس کند و الگوهای رفتاری یکنواخت و کلیشه ای او محو شود و همچنین این تکنیک ها باعث ترکیب و یکی شدن تجربیات حسی متفاوت و پاسخ ها یا واکنش های حرکتی مناسب می شوند.

موسیقی خلاقیت فرد را تسهیل می کند و رضایت هیجانی او را افزایش می دهد:

افراد مبتلا به در خودماندگی توانایی لازم را در پاسخ یا واکنش مناسب نسبت به محرک ها ندارند. از این رو بسیاری از محقق ها برای این عقیده اند که باید این حس آنها را از طریق موسیقی تقویت نمود. از آنجا که بسیاری از کودکان و بزرگسالان در خود مانده نسبت به محرک های موسیقی پاسخ مثبت می دهند، بنابراین عجیب نیست اگر ما اغلب از موسیقی برای تحریک و تشویق این بیماران استفاده نمایم. واکنش های مثبت و موثری که این بیماران از خود نشان می دهند می تواند باعث شرکت بیشتر آنها در فعالیت های اجتماعی - زبانی و درکی - حرکتی طراحی شده، شود. به علاوه موسیقی همچنین بافت مفیدی را فراهم می کند که در آن حس کنجکاری و اکتشاف محرک های محیطی در بیماران افزایش می یابد و در واقع توسط موسیقی به این کار تشویق می شوند (نلسون اتال، ۱۹۸۴). موسیقی درمانگری به نام آلوین (۱۹۷۵) معتقد است که لذت به دست آمده توسط بیمار در نتیجه تجربه کردن است. محیط های موسیقی درمانی برای بیمار آزادی را فراهم می کند که در نتیجه این آزادی بیمار می تواند آزادانه محرک هایی را مانند فریاد کشیدن، سر و صدا کردن و به صدا در آوردن ابزار موسیقی پر سر و صدا و یا محرک های ترس. تهدید و تلافی و ... را تجربه کند، نیز باعث می شود که بیمار خودش را کشف کند و نیز راهی را که به برای درمان خود انتخاب کرده است درک نماید. همچنین موسیقی درمانی روش غیر تهدید کننده و غیر مستقیمی است برای برقراری ارتباط است که لذت یا رضایت هیجانی خاصی را برای بیماران به دنبال دارد.