

فرانگرفشی در مکاتب موسیقی درمانی؛ موسیقی درمانی در دیدگاه هنگامه ها

محمد پلویی^۱

پرسشها

- موسیقی چگونه و در چه شرایطی درمان کننده است؟
- موسیقی در درمانهای بالینی چه نقشی دارد؟
- موسیقی چگونه با مراحل رشد، هماهنگ می شود؟
- آیا می توان با موسیقی به پژوهش در رفتارها و حالت آدمی پرداخت؟
- آیا موسیقی ابزاری بر تشخیص آسیب های روانی است؟
- چگونه و با چه دیدگاهی پژوهش و تشخیص و درمان با موسیقی همزمان می شود؟

چکیده

در این گزارش دیدگاهی در موسیقی درمانی مطرح می شود که علاوه بر ذکر مکاتب دیگر تکنیکهای موسیقی درمانی آرزوی دیرین صاحب نظران و تلاشگران دانشگاهی بالینی را در همزمان و همسان کردن پژوهش ها، تشخیص ها و درمان های بالینی تحقق می بخشد. تلاش کرده ایم تا علاوه بر معرفی تکنیکهای موسیقی درمانی؛ تکنیکی را از دیدگاهی هنگامه ها بیان کنیم تا کوتاه ترین و مطمئن ترین راه را برای آماده سازی پژوهشگران دانش های بالینی نشان دهد و معیارهای روشن و متمایزی برای دانشی بودن تلاش های بالینی به دست دهد. باشد که یک شبه ره صد ساله طی شود.

واژه های کلیدی: پژوهش بالینی، مجتمع بالینی، روان فضا، تلاش، پویایی، هنگامه بالینی، موسیقی، موسیقی درمانی، دانش بالینی، برون فکشی، برون نمایی، درون فکشی، درون نمایی

Abstract

In this report a view about music - therapy is presented Along with other philosophies which fulfills a longing aspiration of professionals in in clinical knowledge illustrating consistency and synchro city of researeh endeavors and are

^۱ - کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنائی

competent in their foundations Principles, and applications in practice are those who will benefit most for them.

We have not only tried to introduce various strategies in music – thrapy but also to show the shortest and the most reliable method in preparation of professionals tpevts in clinical scitnces and obtain clear and distinct criteria for the scitntific endeavors of clinical efforts , hopinj to travel the dis tance of a hundred years in a night

Key words: clinical research, clinical contexte, psycho – Espace, Activite, Dynamique, clinical incidence, music, music – thrapy, clinical knowledge, projection, Extroposition, introjection, Extrojection

مقدمه

با پیشرفت موسیقی درمانی، مکاتب خاصی در زمینه تکنیکهای درمان به وجود آمد. بعضی از آنها براساس روشهای مخصوص موزیکی پایه ریزی شده و برخی دیگر پیرامون مدل‌های تربیتی یا روان درمانی خاصی تمرکز یافته است. در این پژوهش تعدادی از این مکاتب اختصاراً مورد بررسی قرار می گیرند. همپای پیشرفت تخصص موسیقی درمانی روشهای جدید مکاتب درمانی نیز شکل می گیرد. به عنوان مثال متزلر (۱۹۸۲) به بعضی از کاربردهای روش آموزش موسیقی سوزوکی^۱ در موسیقی درمانی اشاره می کند. هرچه نظریه های درمانی روانشناسی و پزشکی پیشرفت کند مکاتب جدیدی نیز در موسیقی درمانی به وجود می آورد. هدف از این پژوهش ارائه بررسی اجمالی بعضی از مکاتب در زمینه تکنیکهای موسیقی درمانی وهمچنین معرفی نظریه مجتمع روان فضای پویا در موسیقی درمانی است که در حال حاضر پیشرفت زیادی داشته است.

موسیقی درمانی به روش فی البداهه نورودف – رایینسون

نورودف و رایینسون در مطالعاتشان بر روی کودکان معلول، شیوه ای را در موسیقی درمانی به کار بستند که حول وحوش تکنیک بداهه نوازی پیانو تمرکز داشت. نورودف و رایینسون (۱۹۶۸- ۱۹۷۱a - ۱۹۷۱b - ۱۹۷۷) دریافتند که تکنیکهای فی البداهه موسیقی درمانی در برانگیختن پاسخ کودکان معلول شدید که بی تحرک به نظر می رسند بسیار موثر است.

^۱ - Suzuki

هدف اولیه موزیک تراپیست در استفاده از تکنیک فی البداهه بالینی گسترش ارتباط با درمانجو در زمینه تجربه موزیکال است. در ابتدا موزیک تراپیست با فعالیتهای حمایت شده، محیط احساسی موزیکالی را به وجود می آورد که افزایش دهنده پاسخهای بیمار است (نورودف و رایینز ۱۹۷۷). برای مثال درمانگر ممکن است براساس ریتم حرکت اعضای بیمار یا نواختن طبل، ریتمهایی را به طور فی البداهه پایه ریزی کند و یا کوشش نماید ملودی و مضمون آهنگی را با فریادها یا آواگرهای بیمار مرتبط سازد. به محض این که اولین رابطه و تماس به وجود آمد، تاثیر متقابل موزیکال بین درمانگر و درمانجو پایه و اساس روابط بعدی را به وجود می آورد. از این رو درمانگر در طول درمان با بیمار در ایجاد تواناییهای پیشرفته و پاسخهای برانگیخته شده که در جلسات پیشین به دست آمده به طور مداوم کار می کند.

تکنیک موسیقی درمانی فی البداهه بر روی بیمارانی که اساساً غیراستثنایی هستند تمرکز دارد. در این روش بر قدرت موسیقی در بیدارسازی پاسخهای احساسی و انجام عمل به عنوان نیروی خودسازی یا خودشکفتگی تأکید زیادی شده است. در روش فی البداهه استفاده از اصوات ناموزون و به کارگیری اندازه ها، مقامها و سبکهای مختلف آزاد گذاشته شده است. نورودف و رایینز (۱۹۷۷) همچنین معیارهایی برای ارزیابی تعیین کردند که وضع پاسخهای بیمار به موزیکهای فی البداهه درجات مختلفی از همکاری، مقاومت (عدم شرکت) و ارتباط را نشان می دهد.

روش بالینی ارف شولورک

ارف شولورک^۱، روش خود را در تعلیم موسیقی بر این اساس بنا نهاد که موسیقی، حرکت و گفتار غیرقابل تفکیک هستند. روش ارف در هنرهای موسیقی، حرکت، گفتار و نمایش هماهنگی و وحدت به وجود می آورد. روش ارف می تواند به عنوان مدلی برای طرح یادگیری تجربیات توصیف شود که رکن اصلی آن یادگیری موسیقی است اما به همان اندازه کاربردهای موثری در زمینه یادگیری اجتماعی و فرهنگی دارد (شامروک^۲، ۱۹۸۶، ص. ۵۲). در روش ارف شولورک، کودکان از طریق شیوه های مختلف موزیکی شامل کشف، تقلید، بداهه

^۱-Orff Schulwerk

^۲- Shamrock

نوازی و خلاقیت راهنمایی می شوند. در این روش ریتم نقطه شروع و اصلی برای ساختن موسیقی است. ریتمها و اصوات کلمات و آوازا اجزای ریتمیک و ملودیکی را به وجود می آورند که حالات، مقدمات و کوداها^۱ (قطعه تکمیلی و یا پایان دهنده ای که به آهنگی اضافه می شود) را همراهی می کند. در روشهای ارف شولورک از فرمهای تکراری موزیکال (مانند راندوها^۲ و کانونها^۳) و سازهای خاصی از قبیل زیلوفون، متالوفون^۴ و گلوکن اشپیلزها^۵ در اندازه های مختلف، طلبهای قابل تنظیم و نوارهای موسیقی استفاده می شود. خلاقیت، نمایش توأم با خواندن، نواختن سازها یا حرکت با موسیقی مهمترین بخش تکنیکهای ارف شولورک است. «موسیقی ارف شدیداً شخصی و متکی بر اجرای ارتباطی است. مواد آن مطلوب و مطابق افکار موزیکال کودکان است» (لندیز، کاردر، ۱۹۷۲، ص. ۷۳).

اگر چه این روش اصولاً برای استفاده کودکان در کلاسهای مقدماتی ایجاد شده اما به طور وسیعی مورد استفاده دیگر گروه های سنی نیز قرار گرفته است. شامروک (۱۹۸۶) دریافت که اگر تواناییها و علایق گروه ها به دقت مورد نظر قرار گیرد، روش ارف بر هر گروه سنی که می توانند از تجربیات خلاق موسیقی بهره ببرند مانند دانش آموزان، دانشجویان، شهروندان ممتاز^۱ اثر دارد (ص. ۵۲). کتابهای متعددی و مطالعات مختلف نشان می دهد که روشهای ارف شولورک می تواند به طور موثری در کارهای بالینی و در مورد انواع مختلفی از درمانجویان مانند عقب ماندگان ذهنی، کودکان اتیستیک، افراد دچار آسیبهای حسی، معلولین و بیماران پیر مورد استفاده قرار گیرد (بیتکن، ۱۹۷۶؛ دروان،^۲ ۱۹۸۲؛ هولندر و جرس، ۱۹۷۴؛ مک ری،^۳ ۱۹۸۲؛ پونت و بیتکن، ۱۹۷۲) قسمتهای زیادی از روش ارف کاربرد درمانی دارد (تونچیک، ۱۹۸۱). به عنوان مثال تأکید بر ریتم و هماهنگی گفتار، بدن و ریتمهای موزیکال می

^۱ - Codas

^۲ - Randos

^۳ - Canons

^۴ - Metallophones

^۵ - Glockenspiels

^۱ - Senior citizen

^۲ - Dervan

^۳ - Mcrae

تواند پیشرفت مهارت‌های حرکتی را آسان سازد. به علاوه تأکید بر حرکت بدن و نواختن سازها می‌تواند در ایجاد مهارت‌های حرکتی و تقویت و مفاهیمی چون تصور بدنی و درک جوانب و جهت یابی فضایی کمک کند. خواندن سرود و آوازیخس مهمی از غالب فعالیت‌های ارف شولورک است که می‌تواند تکلم را تحریک و به رشد گفتار و زبان کمک کند. فرمهای تکراری کوتاه موزیکال در فعالیت‌های ارف برای بیمارانی که دامنه توجه محدودی دارند بسیار مناسب است. همچنین این فرمها برای افزایش دامنه توجه بیماران بسیار قابل تطبیق و توسعه است. فرصتهایی برای خلاقیت که به وسیله ساختار مستعد فعالیت‌های مختلف شولورک فراهم می‌شود، اجازه می‌دهد تا درمانجویان افکارشان را در یک محیط امن به کار گیرند. فعالیت‌های ارف شولورک غالباً فعالیت گروهی است (شامروک، ۱۹۸۶)؛ از این رو از این فعالیتها می‌توان در تشویق درمانجویان برای شرکت در تجربیات معنادار گروهی استفاده کرد و به پیشرفت مهارت‌های اجتماعی آنها کمک کرد.

کاربردهای بالینی مفاهیم کودالی: مطالعات فرنگی

کودالی^۱ معتقد بود که در مملکت خود (مجارستان) هر کس باید نه تنها از نظر موسیقی با استعداد باشد بلکه «در زمینه خواندن و نوشتن موسیقی مانند خواندن و نوشتن زبان بومی تعلیم ببیند» (لاندریس و کاردر، ۱۹۷۲، ص. ۴۱). با این نتیجه گیری او دوره های موسیقی ابتکاری به وجود آورد که با دقت طرح ریزی شده بود و در آنها از آوازهای محلی مجارستان برای آموزش مفاهیم اساسی موسیقی به کودکان استفاده می‌شد. در روش کودالی به نت خوانی مناسب^۲، یادگیری از روی عادت^۱ (بدون فکر)، شنوایی باطنی^۳ (مانند تمرین ذهنی^۴) تأکید می‌شود. تکنیکهای این روش شامل «علایم، بازیها، کف زدن، خواندن تنهای موسیقی، نت نویسی ریتمیک و اساساً خواندن آواز است» (هروتیزات ال، ۱۹۷۵، ص. ۴۵). بعد از این که مهارتها کاملاً فرا گرفته شدند مفاهیم ذهنی مطرح می‌شوند. کوششهایی برای توسعه موسیقی

^۱- Kodaly

^۲- Relative Solmization

^۳- Rote learning

^۴- Inner hearing

^۵- Mental rehearsal

محلی امریکا انجام گرفته است که با دستاوردهای کودالی از موسیقی محلی مجارستان مطابقت دارد به طوری که این روش می تواند به سهولت در آمریکا مورد استفاده قرار گیرد.

اکثر روشهای آموزشی کودالی می تواند برای موزیک تراپیستهایی که با افراد دچار آشفته‌گی عاطفی، ناتوانی یادگیری یا عقب ماندگان ذهنی کار می کنند سودمند باشد (لاتوم، ۱۹۷۴). موضوعات برگزیده و تنظیم شده زمینه یادگیری و تکرار هر مرحله را فراهم می کند و به درمانجویان احساس اطمینان برای یادگیری موضوع را داده و آنها را به وسیله این مهارتها برای رسیدن به موفقیت آماده می سازد. یادگیری در ابتدا از طریق تقلید، دنبال می شود و نه با تعلیم شفاهی پیچیده. مهارتهای موزیکی از روی عادت (بدون فکر) قبل از ارتباط آنها با علایم و مفاهیم ذهنی آموخته می شود. بنابراین دشواری رمزها یا مفاهیم مانع پیشرفت و علاقه فرد در انجام مهارتهای موزیکی نمی شود. کمکهای بصری که علایم دستی نت خوانی^۱ فراهم می شوند موجب نیروی حسی مضاعفی می شود که جریان یادگیری را می تواند آسانتر کند. همچنین روش کودالی نشان می دهد که توجه فردی، تماس بدنی،^۲ لمس^۳ و تماس بصری،^۴ عناصر مهم ارتباط مطمئن و نزدیک هستند و تلاش می کند تا این نوع ارتباط را در بازیهای موزیکال با ترکیب درجات مختلف تماس بدنی تقویت کند. لاتوم (۱۹۷۴) اظهار داشت که میزان تماس بدنی در برنامه ریزی فعالیتهای افراد دچار آشفته‌گی عاطفی بسیار اهمیت دارد. همچنین نتایج مطالعات هارویترز آل (۱۹۷۵) نشان می دهد که روش کودالی در تعلیم موسیقی می تواند مهارتهای بعدی، تواناییهای فضایی و موفقیت در خواندن را در کودکان امریکایی بهبود بخشد. این محقق فکر می کند که این نتایج «راههای ممکن جدیدی را برای کمک به کودکان دچار ناتوانی یادگیری در زمینه خواندن ارائه می دهد که ارتباط بین خواندن را با جریانهای کلی چون رفتار ریتمیک و نظم مداوم افزایش می دهد» (ص. ۲۵).

کاربردهای بالینی روش هماهنگی حرکتی بدن با موسیقی دالکروز:

^۱- Solmization hand signal

^۲- Physical closeness

^۳- Touching

^۴- Eye contact

دوره کامل آموزش دالکروز^۱ شامل مواردی چون شناخت متداول اجزاء هماهنگی حرکتی بدن با موسیقی^۲ (یوریتیمیکز) است. تکنیکی که از حرکت بدن برای ایجاد احساس ریتم موزیکال استفاده می کند که با تربیت گوش، نت خوانی^۳ و بداهه نوازی توأم است. دالکروز کوشش کرد روشی را ابداع کند که دانش آموزان آن را به طور شنوایی، شفاهی و بدنی تجربه کنند و سپس با خلاقیتی فردی ارائه دهند. راه حلهای این روش تقویت شنوایی باطنی و تقویت حس ششم^۴ و احساس عضلانی^۵ است که با ذهن در ارتباطند و در موسیقی دارای عناصر زمان، فضا و انرژی هستند (مید، ۱۹۸۶، ص. ۴۶). تقویت حس لامسه به وسیله تجربه ریتم از طریق حرکت بدن بخشی از روش دالکروز بوده است که به آسانی در آموزش استثنایی و موسیقی درمانی به کار رفته است.

دالکروز موسیقی را به دانشجویان نابینا در بارسلونا^۶ آموزش می داد (لندیزو کاردر، ۱۹۷۲). او تمرینات مخصوص هماهنگی حرکت بدن با موسیقی را برای کمک به افراد نابینا توصیه می کرد. تا به تقویت آگاهی فضایی و مفاهیم فضایی، حساسیت حس لامسه، حس عضلانی و خودآگاهی و افزایش مهارتهای شنوایی آنها کمک کند. دالکروز احساس کرد که موسیقی به ارتباط بین معلم و دانش آموزان (نابینا) کمک می کند و فقدان حالات غیرلفظی آموزگار مانند لبخندها را جبران می کند.

از آنجایی که حرکت با فعالیتهای موزیکی برنامه های یوریتیمیکز (هماهنگی حرکتی بدن با موسیقی) می تواند تا اعماق واکنشهای عاطفی ضمیمه ناخودآگاه پیش رود، بنابراین این تمرینات می تواند به عنوان ابزارهایی در آموزش و ابراز احساسات به کار رود. این موضوع در درمان بیماران دچار آشفتگیهای عاطفی، اختلال رفتاری، ناتوانیهای رشدی یا بیماریهای روانی اهمیت زیادی دارد. همچنین از برنامه های هماهنگی حرکت بدن با موسیقی در بهبود مهارتهای شنوایی و گفتاری ناشنویان استفاده می شود (بریک، ۱۹۷۳؛ اسویکو، ۱۹۷۴) و زمان واکنش کلامی بیماران شیوفرنی را افزایش می دهد (اشنایدر، ۱۹۶۱).

^۱- Dalcroze

^۲- Eurhythmics

^۳- Solfego

^۴- Sixth sense

^۵- Muscle sense

^۶- Barcelona

موسیقی و تصور هدایت شده:

تکنیک موسیقی و تصور هدایت شده^۱ (G.I.M.)، از تحقیق درباره تکنیکهای بسط ذهنی که نتیجه تغییرات سطوح شعور خودآگاه است سرچشمه می‌گیرد. در جلسات G.I.M، بیماران به نوارهای موسیقی مخصوص انتخاب شده در حالتی عمیقاً آرام گوش می‌دهند. موزیک تراپیست می‌تواند برای هدایت و جهت دادن به تصورات و تخیلات درمانجویان از دستورات شفاهی استفاده کند. در روش G.I.M موسیقی به عنوان واسطه‌ای در بیدار ساختن افکار و احساسات ناخودآگاه به کار می‌رود و خودآگاهی را به سطوح روشن‌تر شعور یسا عمیق تر آن گسترش می‌دهد (بونی و ساواری، ۱۹۷۳). «کیفیت‌های چند بعدی اصوات موزیکال فرصت لمس کردن سطوح مختلف خودآگاهی را به طور همزمان و یا متوالی فراهم می‌کند» (بونی، ۱۹۷۵، ص. ۱۳۰). موزیک تراپیست‌ها که در زمینه تکنیک‌های G.I.M آموزش دیده‌اند یاد می‌گیرند که چگونه با مشکلات درونی و بیرونی بیماران کار کنند، با آنها ارتباط برقرار کنند و کمک کنند تا درخلاقیت‌های تصویری، خاطرات و جنبه‌های مثبت «خود» به یگانگی برسند (بونی، ۱۹۷۸).

موسیقی درمانی تکاملی:

موسیقی درمانی تکاملی^۱ روش مخصوصی از تکنیک‌های موسیقی درمانی است که براساس مدل درمان پیشرفته‌ای بنا شده است. درمان پیشرفته که برای بهبود کودکان دارای آشفتگی عاطفی در مرکز روتلند^۲ آتن و جرجیا^۳ سازمان یافت نوعی روش روان‌ترپیتی^۴ است که در مورد کودکان دچار اختلال‌های جدی رفتاری و عاطفی به کار برده می‌شود (ودات آل، ۱۹۷۴، ص. ۲). این روش ابتدا در مورد کودکان بین سنین دو تا هشت سال به کار برده شد، اما در مورد کودکان تا ۱۴ سال نیز با موفقیت مورد استفاده قرار گرفته است. موزیک تراپیستی که

^۱- Guided Imagery and Music

^۱- Developmental music therapy

^۲- Rutland center

^۳- Georgia

^۴- Psychoeducational approach

در زمینه آموزش کودکان دچار آشفتگی عاطفی و اختلالات رفتاری کار می کند با مشکلات انتقال فعالیتها و تمرینهای موسیقی درمانی کلاسیک روبرو می شود و در روشی که مراحل متوالی پیشرفت را هماهنگ می کند تمرین می کند. اصل D.M.T. برای کمک به مواجه شدن با این شرایط به وجود آمده «از آنجایی که مهارتهای موزیکی مانند دیگر مهارتها ایجاد می شود، لذا موزیک تراپیستهایی که از روش D.M.T. استفاده می کنند باید استعدادهای موزیکال کودکان را در سنین مختلف به منظور برنامه ریزی مناسب درمانی در هر سطح از عملکرد کودک مورد توجه قرار دهند» (ودات آل، ۱۹۷۴، ص. ۶).

برنامه D.M.T. رشته ایی از تجربیات موسیقی درمانی بعدی را فراهم می کند که به منظور تکمیل دوره درمان تکاملی طرح ریزی شده است. پنج مرحله در برنامه D.M.T. وجود دارد:

- ۱- نشان دادن عکس العمل توأم با میل و رغبت به محیط موزیکال،
- ۲- عکس العمل موفقیت آمیز نسبت به محیط موزیکال،
- ۳- یادگیری مهارتهای موزیکی برای همکاری موفقیت آمیز
- ۴- پی گیری جریانهای موزیکال گروهی
- ۵- به کارگیری مهارتهای موزیکی گروهی و فردی در موقعیتهای جدید.

در هر مرحله، انواع مختلفی از فعالیتهای موزیکی برای تعقیب اهدافی در چهار زمینه اساسی مورد استفاده قرار می گیرد: رفتار، ارتباط، اجتماعی شدن و تحصیلات. در مرحله اول کودکان یاد می گیرند که با میل و رغبت به صداها محیط عکس العمل نشان دهند و به موزیک تریپت اعتماد کنند. در مرحله دوم کودکان مهارتهای موزیکال خاصی را می آموزند و یاد می گیرند که به طور موفقیت آمیزی در کارهای روزمره شرکت کنند و از کلمات برای تاثیر سودمند در دیگران استفاده کنند، رابطه مناسب با دیگران برقرار کنند و فعالیتهایی را برای ترکیب مفاهیم مشابه و مختلف نشانه ها، رنگها و اعداد انجام دهند. در مرحله سوم کودکان یاد می گیرند که موسیقی فردی، رفتار، ارتباط، تحصیل و مهارتهای حرکتی را در موقعیتهای گروهی به کار برند. فعالیتهایی که مورد استفاده در این مرحله است مستلزم همکاری و شراکت اعضای گروه به منظور ایجاد نتایج گروهی است. در مرحله چهارم توجه موسیقی درمانی در جهت تمهد گروهی است، به طوری که کودکان یاد می گیرند گروه و نقش آن را در محیطی که شرایط بالینی کمتری دارد ارزیابی کنند. در مرحله پنجم کودکان می آموزند تا

مهارت‌هایشان را به موقعیتها و شرایط غیربالینی تعمیم دهند. در طول این مرحله موزیک تراپیست می تواند به عنوان مشاور عمل کند تا کودکان در موقعیتهای موزیکی قرار گیرند که با محیط زندگی روزمره آنها مشابه است (ودات آل، ۱۹۷۴). وقتی کودکان مراحل D.M.T. را با موفقیت به پایان می رسانند به طور فزاینده ای سازگار می شوند. نقش موزیک تراپیست میزان و نوع دخالت مورد نیاز، نوع محیط موزیکال و تجربیات موزیکی که کودکان نیاز دارند، در هر مرحله از D.M.T. تغییر می کند.

کاربرد اصول تغییر رفتار در موسیقی درمانی:

در تکنیکهای تغییر رفتار^۱ از اصول شرطی سازی استفاده می شود. این تکنیکها برای کاهش رفتارهای ناسازگار و افزایش رفتارهای سازگار، از طریق تقویت انتخابی پاسخهای درمانجو به کار می رود. کاربرد تکنیکهای تغییر رفتار در روشهای درمانی موسیقی درمانی مورد بررسی وسیع و جامعی قرار گرفته است. تکنیکهای تغییر رفتار توأم با موسیقی و فعالیتهای موزیکال برای افزایش رفتارهای مطلوب و کاهش رفتارهای غیرضروری در بیماران مختلف به کار گرفته می شود. نمونه های متعددی ثابت می کند که چطور موسیقی متن یا فعالیتهای موزیکی می تواند به عنوان تقویت کننده به کار رفته و چگونه بی وزنی موزیکی^۲ رفتارهای نامناسب را کاهش می دهد (بلامی و سونتاک، ۱۹۷۳؛ کاستلانو و ویلسون، ۱۹۷۰؛ زنبر، ۱۹۷۵؛ دارو، ۱۹۷۶؛ جانسون و زیمر، ۱۹۷۴؛ جورگنسون، ۱۹۷۴؛ مالبرگ، ۱۹۷۳ و ...).

موسیقی درمانی روان پویایی:

طبق نظریه روان پویایی،^۱ رفتار شخص از تاثیر متقابل اجزای مختلف شخصیت شامل انگیزشها، اتفاقات گذشته و حال، عناصر تشکیل دهنده شخصیت مانند نهاد،^۲ خود^۳ (من) و من

^۱- Behavior modification

^۲- Time-out from music

^۳۱- Psychodynamically

^۲- Id

^۳- Ego

برتر^۴ منتج می شود. بسیاری از مراکز درمانی برای درمان از روش انتقال موضوعات ناخودآگاه به خودآگاه استفاده می کنند. نظریات متعددی در زمینه روان پویایی توسط فروید،^۵ آدلر،^۶ یونگ،^۷ اریکسون^۸ و فرام^۹ ارائه شده است.

تأثیر روان پویایی موسیقی درمانی «براساس اثر موسیقی در عبور از سانسورکلامی و رسیدن به قسمتهای عمیق تر روان شخص و کمک به آسانتر کردن اظهارات و ارتباطات غیرلفظی و تقویت نیروی «خود» بنا شده است» (وهلر، ۱۹۸۸، ص. ۱۴ - ۱۳). انواع فعالیتهای موسیقی شامل بداهه نوازی (پریستلی، ۱۹۷۵) و دروس انفرادی موسیقی (تیسون، ۱۹۶۶، ۱۹۸۱) به طور موثر در قالب روان پویایی استفاده شده است. شنیدن موسیقی می تواند در این قالب (روان پویایی) در برانگیختن واکنشهای شناختی و عاطفی که برای اطلاع از احساسات و رفتار مورد نیاز است به کار گرفته شود (وهلر، ۱۹۸۳). به علاوه موسیک تراپیستهایی که از تکنیکهای موسیقی درمانی برای برون ریزی و هدایت مسایل ناخودآگاه استفاده می کنند «باید آموزش بالینی پیشرفته ای داشته و به آسیب شناسی روانی آگاهی داشته باشند» (ویلر، ۱۹۸۳، ص. ۱۱).

موسیقی درمانی و تحلیل تعاملی (رفتار متقابل):

تحلیل تعاملی^۱ روش درمانی است که به وسیله اریک برن^۲ به کار گرفته شد. بر طبق نظریه برن، افراد دارای سه مرحله از «خود» (من) هستند: «والد»^۳، «کودک»^۴، «بالغ»^۵. هر یک از مراحل «خود» رفتارها و الگوها فکری خاصی دارند.

^۴- Superego

^۵- Freud

^۶- Adler

^۷- Jung

^۸- Erickson

^۹- Fromm

^۱- Transactional Analysis

^۲- Erick Berne

^۳- Parent

^۴- Child

فعالیت‌های موزیکی که در چهارچوب تحلیل تعاملی مورد استفاده قرار می‌گیرند، غالباً در درمان بیماران روانپزشکی بزرگسال استفاده می‌شود. به عنوان مثال آرنولد (۱۹۷۵) از فعالیت‌های آموزشی موسیقی برای فعال نمودن حالت «کودکی» در بیمارانی که افکار و رفتارشان به وسیله دستورات «والد» سرکوب شده استفاده کرد. در این جلسات موسیقی درمانی از آوازهای مخصوصی «برای شکل دادن رفتار از طریق شش راه به نحوی که برن مطرح ساخته است: کناره گیری، مراسم و تشریفات، سرگرمیها، فعالیتها، بازیها و روابط صمیمی استفاده می‌شود» (آرنولد، ۱۹۷۵، ص. ۱۱۶). ارتباط غیرلفظی به وسیله موسیقی به عنوان عامل متحد کننده نقش مهمی در این جلسات دارد.

همچنین از فعالیت‌های موسیقی درمانی برای کمک به لمس حالات «والد» و «بالغ» استفاده می‌شود. به عنوان مثال شرفلر^۱ (۱۹۷۶) از آوازی برای فعال کردن حالت «بالغ» بیماران برای کمک به حل مشکلات آنها استفاده می‌کرد. همچنین از آوازهای مربوط به پرورش «والد» انتقادی برای کمک به بیماران در فعال کردن تربیت «والد» خود استفاده شده است.

موسیقی درمانی در مجتمع روان فضای پویا (دیدگاه هنگامه ها):^۱

موسیقی درمانی در مجتمع روان فضای پویا روش خاصی از تکنیک‌های موسیقی درمانی است که براساس مدل همسانی و همزمانی پژوهش، تشخیص و درمان بنا شده است. صاحب این نظریه دکتر محمد مهدی خدیوی زند^۲ است. که اینجانب (مولف) افتخار شاگردی در محضر آن استاد عالیقدر را داشته ام و کماکان از راهنمایی‌های بی‌شائبه ایشان سود می‌جویم. این نظریه با فرانگری و مفاهیم نظریه های بوم شناسی پدیده شناسی، گل گرای، هسته گرای، پیدایش شناسی، روانکاو و مفاهیمی از عرفان اسلامی حاصل آمده است و حاصل سالها تجربه در امر پژوهش؛ تشخیص؛ و رواندرمانی در فضاهای بالینی است. موسیقی درمانی در

^۱- Adult

^۱- Shreffler

^۱- Incidencess

^۲ - دکتری دنا از دانشگاه پاریس، عضو فرهنگستان علوم ایران، مدیر مسئول و صاحب امتیاز فصلنامه ی تازه های روان درمانی

این نظریه اینگونه تعریف می‌شود: موسیقی درمانی تلاشی است برای برون فکنی^۳، برون نمایی^۴، درون فکنی^۵ و درون نمایی^۶ امیال، اوهام؛ تعارضات؛ تا بتواند با آگاهی؛ آزادی و خواست اهداف خود را تحقق بخشد و ابتکار عمل و خلاقیت نشان دهد.

در مجتمع روان فضای پویا؛ با هر نت موسیقی هنگامه‌هایی خلق و هنگامه‌هایی از میان می‌رود. آهنگسازی که در اتاق موسیقی درمانی آهنگی را می‌نوازد یا خواننده‌ی موسیقی‌ای که قطعه شعری را می‌خواند تلاش او مجموعه‌ی تلاش‌های فراگیران یا درمانجویان را در پی دارد و در نتیجه به تلاشگری کل مجتمع کلاس موسیقی درمانی می‌انجامد. دیدگاه هنگامه‌ها نشانه‌های مشترکی از روان‌درمانی؛ روان‌آزمایی و پژوهش‌های بالینی را در بردارد و با همسان و همزمان کردن آنها امکان می‌دهد تا یک شبه ره صد ساله طی شود. اینک به نمونه‌ای از موسیقی درمانی براساس مدل همسانی و همزمانی پژوهش؛ تشخیص و درمان در موسیقی براساس نظریه هنگامه‌ها می‌پردازیم.

سروش: ۱۰ ساله دومین فرزند خانواده ۵ نفری است. و در پایه سوم ابتدایی مشغول به تحصیل در مرکز آموزش استثنایی می‌باشد. پدر و مادر هر دو بی‌سواد است. مادر خانه‌دار و پدر کارگر ساختمان می‌باشد. پدر مراجع بی‌توجه و مادر هم‌تا حدودی ناپه‌نجماری‌های فکری در وی به چشم می‌خورد. گزارش معلم و مشاور مدرسه حاکی از ناسازگاری سروش در زمینه‌های متفاوت رفتاری بود.

پژوهش، تشخیص و درمان:

پس از شروع جلسات موسیقی درمانی متوجه رفتارهای خاصی نیز از او شدم وی پسری بسیار بی‌انضباط بود هنگام ورود به اتاق موسیقی درمانی بدون توجه به حضور درمانگر کفش‌های خود را درآورده و هر کدام را به گوشه‌ای پرتاب می‌کرد. در هنگام شروع موسیقی درمانی و در حین پخش آهنگ کودکانه دائم به طرف آلات موسیقی و ضبط صوت می‌رفت و بدون اجازه آلات موسیقی را برمی‌داشت. عدم انضباط در وی کاملاً مشهود بود

^۳- Projection

^۴- Extroposition

^۵- Introjection

^۶- Extrojection

(تشخیص) با توجه به هوشبهر نسبتاً خوب و مهارت‌های عملی و کلامی نامبرده پس از شروع جلسات موسیقی درمانی در پایان جلسات از وی دعوت می‌شد تا نقش نوازنده را به عهده داشته باشد. حتی گاهی اوقات از وی خواسته می‌شد که نقش خواننده را نیز به عهده بگیرد. در جلسات آخر به خوبی می‌توانست با تقلید از آهنگساز و خواننده به راحتی به ایفای نقش پردازد. درحین درمان گزارش‌های معلم وی مبنی بر حذف رفتارهای پرخاشگرانه اش گویای پیشرفت او بود. ورود و خروج او به اتاق موسیقی درمانی نیز مبین تغییر و اصلاح رفتار بود. رفتارهای دیگری نیز به تدریج در وی شکل گرفتند. بی‌انضباطی گذشته او حالت انضباطی معناداری بخود گرفت. بطوری که پدر و مادرش معترف بودند که سروش حتی در بهداشت ظاهری خود فعال است. (درمان).

برای بالا بردن اعتبار تشخیص، پژوهش و درمان بالینی از سئوالات (افزایش حساسیت) در پایان هر نشست یا هنگامه استفاده می‌شود. و این کار با طرح پرسشهایی در زمینه های چهارگانه زیر انجام می‌گیرد پرسش ۱- آنچه گفتید و یا شنیدید خاطراتی را به یادتان می‌آورد. پرسش ۲- چیزهایی بود که می‌خواستید بگوئید و نگفتید؟ پرسش ۳- کدام تلاش برجستگی و هیجان بیشتر داشت؟ پرسش ۴- آیا تغییر حالتی در خود احساس می‌کنید؟ با طرح پرسشهای چهارگانه برای تعیین حساسیت در مورد ذکر شده به نتایج زیر رسیدم: مراجع دچار خودبینی است. رفتارهای مقابله ای نسبت به اطرافیان دارد. با رفتارهایی که از خود نشان می‌دهد می‌خواهد دیگران را به سوی خود جلب کند. هدف اصلی پرسش‌ها، افزایش حساسیت؛ گستردگی و عمق آگاهی است که با پیشرفت درمان و افزایش تشخیص‌ها و داده های پژوهشی تازه همراه است.

پاسخها و رفتارهای مورد(یاد شده) را در گزارشنامه ای که در چهار وضعیت تنظیم شده است به شرح زیر دسته بندی می‌نمایم:

- برونفکسی‌ها: حالت و رفتارهایی که به چیزها و افراد نسبت می‌دهند: می‌ترسد، خشمگین است.....

- برونمای‌ها: حالت‌ها و رفتارهایی که در رابطه با چیزها و افراد نشان می‌دهند: دیگری را می‌زند، ظرف را می‌شکند.....

- درونفکسی‌ها: حالت‌ها و رفتارهایی که به خود نسبت می‌دهند: می‌ترسد، خشمگین است.....

- درون نمایی ها: حالت ها و رفتارهایی که در خود نشان می دهد: می گیرد، لبخند می زند....

با توجه به گزینه هایی که در گزارشنامه آمده است و با تکیه به رفتارها و حالت هایی که بیشترین نمود و بروز را داشته اند می توان آزمونهایی با اعتبار و پایانی دانشی تهیه کرد. در موسیقی درمانی گروهی در سطوح مختلف سنی و با تشکیل گروه های مختلف قطعه موسیقی را (با آواز یا برون آواز) به انتخاب اکثریت افراد گروه مینوازم (بوسیله یک یا چند نفر از افراد داوطلب نواخته می شود و یا بوسیله نواز بخش می شود) - حداکثر پنج دقیقه - در مورد کودکان استثنایی اگر بخواهند می توانند پایکوبی و رقص را همراه سازند. پس از قطع موسیقی و پایکوبی شرکت کنندگان به پرسشهای چهارگانه حساسیت که قبلا نقل کردیم پاسخ می دهند. گزینه های حاصل از ثبت حالت ها، رفتارها، گفتارها، پاسخها.... را در گزارشنامه تنظیم می کنیم و به تهیه آزمونهای متنوع می پردازیم.

برداشت کلی:

آن چه دیدگاه هنگامه ها به آن می بالند و معتقد است «یک شبه ره صد ساله» می پیماید پشتوانه های علمی و دانشی این نظریه که «شامل خواست، آگاه بودن، آزاد بودن محرمانه بودن» پرداخت و پویا بودن شرکت کنندگان می باشد. در این دیدگاه درمانگر راهنمایی و مشورت نمی کند. توصیه و سفارش هم ندارد. کار درمانگر افزایش آگاهیهای مراجعین است تا آنها بتوانند در پرتو آگاهیها با آزادی و خواست خود تلاش کنند و سلامت بیابند هنر درمانگر سلامت بخشی است و فرد کسی است که آگاهانه، آزادانه و خودخواست تلاش می کند.

منابع

- ۱- خدیوی زند، محمد مهدی (۱۳۷۷). هنگامه های پژوهش؛ تشخیص و درمان در: روانشناسی بالینی؛ روان کاری و رواندرمانی
- ۲- خدیوی زند، محمد مهدی (۱۳۸۱). رواندرمانی؛ فصلنامه ی تازه های رواندرمانی سال ششم؛ شماره ۲۱

۳- خدیوی زند، محمد مهدی (۱۳۸۴). رواندرمانی، فصلنامه ی تازه های رواندرمانی، سال دهم، شماره ۳۵

و ۳۶.

۴- خدیوی زند، محمد مهدی (۱۳۸۵). رواندرمانی، فصلنامه ی تازه های رواندرمانی، سال یازدهم، شماره

۳۹ و ۴۰.

References:

- Bonny, h.I. & Savary , I , m (1973). Music and your mind: Listening with a new consciousness. New York: Harper & Row.
- Landis, B., & Carder P. (1972). The eclectic curriculum in American music education: Contributions of Dalcroze, Kodaly , and Orff. Reston, VA: Music Educators National Conference.
- Lathom, W. (1974). Application of Kodaly concepts in music therapy. Journal of music therapy, 11(1), 13-20.
- McRae, S.W. (1982). The orff connection... reaching the special child. Music Educators Journal, 68(8), 32-34.
- Nordoff, p., & Robbins, C. (1977). Creative music therapy. New York: John Day.
- Ponath, L.H., & Bitcon, C.H. (1972). A behavioral analysis of Orff – schulwerk. Journal of Music Therapy , 9(2) , 56-63.
- Purvis, J. , & Samet, S. (1976). Music in developmentl therapy: A curriculum guide. Baltimore, MD: University Park Press.
- Rudd, E. (1980). Music therapy and is,t relationship to current treatment theories (Rev. Eng. Ed.). St. Louis: Magnamusic – Baton.
- Tonchick, K.A. (1981). An introduction to Orff – schulwerk: A Philosophy and process of music for childern. Voice of the lakes (Newsletter of the Great lakes Regional Chapter, National Association for Music Therapy) , 25(3) , 30-35.
- Theories of psychotherapy. Music therapy , 1(1), 9-16.
- Wood, M. M., Graham, R. M., Swan, W. W., Purvis, J., Gigliotti, C., & Samet, s. (1974). Developmental Music therapy. Lawrence, KS: National Association for Music Therapy.