

## مبانی موسیقی درمانی بالینی

رضا جوهری فرد<sup>۱</sup>

### چکیده

کاربرد موسیقی در شفابخشی بیماران، ریشه‌های کهن و تاریخی دارد و در همه فرهنگ‌ها و تمدن‌های باستانی، به گونه‌ای به کار رفته است. اما، از نظر روش شناختی، موسیقی درمانی، به عنوان یک مداخله‌ی تجویزی<sup>۲</sup> و سازمان یافته<sup>۳</sup> (ژاکلین تهرز، ۱۳۷۱) که با بهره‌گیری از ابزار موسیقی برای اهداف درمانی به کار می‌رود (انجمن موسیقی درمانی آمریکا، ۲۰۰۳) تعریف می‌شود. سازمان بهداشت جهانی (WHO) با قرار دادن موسیقی درمانی در حیطه نظام خدمات پزشکی سنتی/مکمل و جایگزین (CAM)، آن را به عنوان یک مداخله ذهن - بدن معرفی کرده و برخی از اصول فلسفی، نظری، روش شناختی و بالینی آن را همچون کل‌نگری در مراقبت و درمان، تکیه بر نیروی درمان نگر درونی فرد، مداخله‌ی فرد - محور، و تأکید بر اصلاح و کیفیت سبک زندگی بیان نموده است. در موسیقی درمانی بالینی، مانند سایر مداخلات روانشناختی، از گونه‌های مختلف تکنیکی، همچون فنون بازآوایی، پیابندی، بداهه نوازی، آرام سازی و موسیقی (R&M) و GIM استفاده می‌گردد، که در این مقاله به تشریح آنها خواهیم پرداخت.

در پایان این مقاله، تم درمانی، به عنوان یکی از کاربردی ترین فنون موسیقی درمانی بالینی

معرفی خواهد شد.

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، مدرس دانشگاه و نماینده انستیتو موسیقی درمانی ایران. آدرس: اهواز

خیابان جهانبان - بین احمدری و ادهم - پلاک ۱۲۱

<sup>۲</sup> - Prescribed

<sup>۳</sup> - Structured

**Abstract**

*Utilization of music to healing the patients, has an ancient and historical origin, and has been used in every ancient civilizations and cultures. But, methodologically, music therapy has been defined, as a prescribed and structured intervention, which uses musical instruments for therapeutic aims.*

*World Health Organization (WHO), by putting the music therapy in the category of the Complementary & Alternative Medicine (CAM) system, introduces it, as a mind-body intervention, and has explained some methodological and clinical principles, such as life style modification.*

*Clinical music therapy, similar to the other psychological interventions, uses differential techniques, such as R&M, GIM...*

*Finally, in this article, we will introduce Theme Therapy, as the most applied technique of the clinical music therapy.*

**Key word:** music therapy, theme therapy, mind- body medicine.

**پرسشها**

- موسیقی درمانی در تمدنهای کهن چگونه بوده است؟
- انجمن های موسیقی چگونه از موسیقی درمانی بهره گیری می کنند؟
- سازمان بهداشت جهانی موسیقی درمانی در چه حیطه ای از خدمات پزشکی می داند؟
- اصول فلسفی، نظری، روش شناختی و بالینی موسیقی درمانی چه هستند؟
- در موسیقی درمانی از چه گونه های استفاده می شود؟
- رهیافت تم درمانی در رواندرمانی و موسیقی چگونه است؟

**مقدمه**

کاربرد موسیقی در شفابخشی بیماران، ریشه‌ای کهن و تاریخی دارد و در همه فرهنگ‌ها و تمدن‌های باستانی، به گونه‌ای به کار رفته است. به طور کلی، دو گروه تمدن در رشد و توسعه موسیقی درمانی مطرح است. نخست، تمدن یونان و روم باستان بود که نگرشی علمی و پزشکی به موسیقی داشتند. یونانیان معتقد به خدای آپولو بودند، که الهه طب و موسیقی بود. نیروی موسیقایی آپولو بی‌نظمی‌ها و ناهماهنگی‌های بدن را تنظیم می‌کرد و سلامتی را به بیمار باز می‌گرداند. و این

تفکر که بیماری نوعی عدم هماهنگی است و موسیقی با هارمونی خود موجب سلامتی می‌گردد، نخستین نگرش علمی به موسیقی بود.

درآیدن، شاعر و عارف انگلیسی، در شعر سن چچلیا، نام قدیس موسیقیدانان، می‌سراید که جهان نخست، آشفته و درهم بود (خائوس) و سپس نوایی از آسمان آمد و این جهان آشفته را منظم و هماهنگ ساخت (کازموس).

از سوی دیگر، فرهنگ و تمدن مشرق زمین، با نگرش عرفانی و هستی‌شناختی، به بررسی تأثیرات موسیقی پرداخت. در دین هندو، خدای شیوا به خدای رقصنده شهرت دارد و رقص شیوا روشن‌ترین تجسم از فعالیت خداوند است. برطبق عقیده هندوها، کل فرآیند زندگی عبارت است از جزئی از پدیده موزون و با عظمت آفرینش و ویرانش و رقص شیوا این نظم جاودانی مرگ و زندگی را که در دوره‌های تسلسل بی‌پایانی ادامه دارد، به نمایش می‌گذارد (گاپرا، ۱۳۶۸). هم اکنون این رقص در کشور هند با نام کاتا، رایج است.

از نظر روش شناختی، موسیقی درمانی، به عنوان مداخله‌ای تجویزی<sup>۱</sup> و سازمان یافته<sup>۲</sup> (ژاکلین تهرز، ۱۳۷۱) که با بهره‌گیری از ابزار موسیقی برای اهداف درمانی به کار می‌رود (انجمن موسیقی درمانی آمریکا، ۲۰۰۳) تعریف می‌شود.

1- Prescribed

2- Structured

جدول ۱- گاهشمار درمان موسیقایی

شمن (طیب) به عنوان رهبر موسیقی، با استفاده از موسیقی و مراسم مذهبی و آیین خاصی، امراض را از کالبد بیماران خارج می‌کردند.	شمن‌ها	افریقا	
راگاها با نمایش، ساختارها و برنامه‌های موسیقایی باعث ارتقاء و تعالی عواطف خلقی روانی (Rasas) می‌گردند.	راگا	هند	
تجویز موسیقی؛ نخستین کاربردهای موسیقی در درمان اختلالات روان‌شناختی	فیثاغورت، اسکولاپوس، پلاتو، آریستوتیل	یونان	
تجویز موسیقی؛ استفاده کنترل شده و هدفمند از موسیقی، به عنوان نوعی درمان دارویی و روان‌شناختی	اسلیپادیس، ذینقرطیس، اورلیانوس، کورنیتیلیانوس	روم	
تجویز موسیقی بر اساس مایه‌های دستگاه‌های ایرانی، زمان و خلق شونده.	فارابی، ابن‌سینا، ارموی	ایران	
نظریه موسیقی انسانی؛ تأثیر موسیقی بر شخصیت و اخلاق و آموزش جوانان؛ موسیقی در خدمت کلیسا	بوتیوس	اروپا	قرون وسطی
رابطه کیهان، انسان و موسیقی (تئوری یونانیان در مورد طبایع چهارگانه)؛ تجویز موسیقی در بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی	زارلتو	اروپا	رنسانس
عصر خردگرایی در هنر؛ تأثیرات روان‌شناختی و جسمانی موسیقی	سیک باروک در هنر، بورتن، کاراپین	اروپا	قرن ۱۷ تا نیمه قرن ۱۸
کاربردهای درمانی موسیقی؛ ارتباط موسیقی با ذهن؛ کاربرد موسیقی در هیجان درمانی	سیک کلاسیک در هنر، اسکیرول، پینل، چومه، ویشگر، کورنتیک	اروپا	نیمه قرن ۱۸ تا نیمه قرن ۱۹
تشکیل جامعه ملی درمان؛ تجویز موسیقی بر اساس تم‌های آن، همکاری با موسسه WPA جهت انجام پروژه موسیقی فدرال، در بیمارستان‌ها و زندان‌ها به ریاست سازمان ملی موسیقی درمانی	اوا وسیلیوس، هاریت ایرسیخور	امریکا	۱۹۱۸م دهه ۱۹۳۰م
ایجاد نخستین برنامه اساسی و جامع برای موسیقی درمانی	ویلهلم وان دو وال	امریکا	۱۹۳۶م

### جایگاه موسیقی درمانی در نظام خدمات پزشکی مکمل و جایگزین

گرایش توده مردم به سمت درمان‌های طبیعی، نظام خدمات پزشکی و روانشناسی متداول را با چالش‌های نوینی روبرو ساخته است. از سوی دیگر گسترش عرضه خدمات پزشکی مکمل و

جایگزین<sup>۱</sup> (CAM) موجب سردرگمی متقاضیان سیستم‌های سلامت شده و عوارض اقتصادی، روانشناختی، جسمانی و معنوی بسیاری برجای گذاشته است. به این ترتیب چاره‌ای برای کاروران سلامت نمی‌ماند، جز آنکه تلاش نمایند تا این نظام عرضه و تقاضا سامان‌دهی شود.

به این جهت، مراجع دانشگاهی و نظام‌های خدمات سلامت در اکثر کشورها و به ویژه سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> (WHO) طبقه‌بندی‌های گوناگونی برای نظام خدمات پزشکی ستی/مکمل و جایگزین ارائه نموده‌اند، که هر کدام قابلیت‌ها و ارزش‌های خاصی دارد.

در اینجا، منظور از خدمات پزشکی مکمل این است که، قابلیت استفاده همزمان با پزشکی متداول را دارد و منظور از خدمات پزشکی جایگزین اینست که از لحاظ روششناسی، تشخیص، درمان و مراقبت با پزشکی زیستی تباین دارد. در یکی از طبقه‌بندیهای نظام خدمات پزشکی ستی/مکمل و جایگزین از سوی سازمان بهداشت جهانی، به مداخلات ذهن - بدن اشاره می‌شود.

این مداخلات عبارتند از: دارونما<sup>۳</sup>، هیپنوز و تصویرسازی ذهنی، مراقبه، درمانهای مذهبی، یوگا و هنردرمانی (WHO، ۲۰۰۰).

و به این ترتیب جایگاه هنردرمانی و از جمله موسیقی درمانی در این سیستم، در طبقه مداخلات ذهن - بدن می‌باشد. به نظر می‌رسد، در این مداخلات، اعتقاد به نوعی فلسفه ذهن - بدن مؤثر است (نگاه کنید به جوهری فرد، ۱۳۸۴ ج).

موسیقی درمانی در اغلب پژوهشها به عنوان یک درمان مکمل در کنار خدمات پزشکی و روانشناختی متداول معرفی شده (برای مثال نگاه کنید به بایلی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲، ارنست و همکاران، ۱۹۹۸) و در کنار خدمات پزشکی متداول، به مداخله می‌پردازد.

مکمل بودن جایگاه خدمات موسیقی درمانی در کنار پزشکی و روانشناسی متداول، باعث می‌گردد، میزان مقاومت این خدمات کاهش یابد و پذیرش بیشتری برای به کارگیری خدمات موسیقی درمانی نشان دهند.

1- *Complementary & Alternative Medicine*

2- *World Health organization*

3- *Placebo*

4- *Biley*

## اصول نظری موسیقی درمانی

قرارگرفتن موسیقی درمانی در کنار مداخلاتی همچون هیپنوتراپی، مراقبه، یوگا و درمانهای معنوی، از نظر سازمان جهانی بهداشت، شاید اندکی تردید ما را نسبت به این طبقه بندی و تفاوت این رویکردها با یکدیگر برانگیزد، اما با نگاهی روششناسانه درمی یابیم که در پس پیشینه های تاریخی، فلسفی، اصطلاح شناسی، این رهیافتها، مبانی نظری و روششناختی همسانی وجود دارد. در ادامه، به برخی از این مبانی مشترک اشاره می گردد (WHO، ۲۰۰۰؛ باحنلی و همکاران، ۱۳۸۲):

- ۱) کل نگری در مراقبت و درمان
  - ۲) وحدت ذهن - بدن
  - ۳) تکیه بر نیروی درمان نگر درونی فرد
  - ۴) درمان فرد - محور و نه بیمار محور
  - ۵) خودیاری و تغییر رفتارهای معطوف به سلامت
  - ۶) تأکید بر اصلاح سبک زندگی
  - ۷) ارتباط و یگانگی با طبیعت
  - ۸) تأکید بر کیفیت زندگی
- بدین ترتیب، رهیافت موسیقی درمانی نیز همچون سایر مداخلات ذهن - بدن، معتقد به وحدت ذهن - بدن، بیدارسازی نیروها و توانشهای درونی فرد، ارتباط و احساس یگانگی با طبیعت و اصلاح سبک زندگی است.

## گونه های موسیقی درمانی

در طی دهه های اخیر، هزاران پژوهش تجربی و منظم در ارتباط با تأثیرات زیستشناختی، روانشناسی و جامعه شناسی موسیقی صورت گرفته است. یکی از جامع ترین مطالعات، پژوهش فراتحلیل<sup>۱</sup> استندلی<sup>۲</sup>، گتسیر<sup>۱</sup>، لنگر<sup>۲</sup> و گلن<sup>۳</sup> به سال ۱۹۹۲ است. ایشان با مطالعه تمامی منابع منتشر شده و منتشر نشده موسیقی درمانی تا سال ۱۹۸۶، پنجاه و پنج پژوهش قابل بررسی را برای

<sup>۱</sup> - Meta analysis

<sup>۲</sup> - Standly

شده و منتشر نشده موسیقی درمانی تا سال ۱۹۸۶، پنجاه و پنج پژوهش قابل بررسی را برای تحلیل و بررسی انتخاب نمودند. نتایج این پژوهش نشان داد که به طور کلی، هفت روش عمده برای مداخلات موسیقی و موسیقی درمانی در سرتاسر جهان به کار رفته است. این روشها عبارتند از:

### (۱) موسیقی درمانی غیرفعال<sup>۲</sup> (PMT)

در این روش، افراد می توانند موسیقی دلخواه و انتخابی خود را بشنوند. در مواردی شنیدن با هدف بوده و افراد می توانند صدای پخش صوت یا رایانه را کنترل و آن را دستکاری نمایند. از عمده ترین اهداف و کاربردهای این شیوه می توان به کاهش درد، اضطراب و استرس ناشی از بیماری، کمک به بی حسی و کوتاه کردن مدت استفاده از دارو و بستری شدن اشاره نمود. گونه ای از این شیوه، تم درمانی نامیده می شود (جوهری فرد، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵).

### (۲) موسیقی درمانی فعال<sup>۳</sup> (AMT)

افراد در این شیوه فعالانه در فعالیتهای موسیقایی همچون نواختن، خواندن، حرکات بدنی و غیره شرکت می نمایند. اهمیت دو شیوه یاد شده تا حدی است که در یک طبقه بندی جامع و متداول، موسیقی درمانی را به دو شیوه فعال (AMT) و غیرفعال (PMT) تقسیم می نمایند. در شیوه فعال، ابزارهای موسیقی طوری برای ارتباط اندامهای حسی بدن سازمان بندی می شوند، که پاسخهای حرکتی و هیجانی مناسبی از آنها به دست آید. این شیوه به خوبی در درمان بیماری پارکینسون، به عنوان یک اختلال روانی - حرکتی، به کار رفته است (پاکچتی<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). از نتایج این درمان می توان به کاهش درد، افزایش توانایی های حرکتی، افزایش قدرت و مدت حرکت در نارسایی های عضلانی و افزایش گنجایش تنفسی نام برد.

<sup>۱</sup>- Getsir

<sup>۲</sup>- Langer

<sup>۳</sup>- Glass

<sup>۴</sup>- Passive Music Therapy

<sup>۵</sup>- Active Music Therapy

<sup>۶</sup>- Pacchetti

### ۳) موسیقی و مشاوره<sup>۱</sup>

در این روش، با پخش یک موسیقی با تم خلق‌ساز، (به بخش تم درمانی نگاه کنید)، می‌توان خاطرات و عواطف افراد را تحریک و رابطه درمانی<sup>۲</sup> را عمیق نمود. تحلیل ناهشیار و باورهای مرکزی همیشه با مقاوت‌هایی هشیارانه از سوی مراجعین همراه بوده. تمهای خلق‌ساز با عبور از مرزهای هشیارانه، دستیابی به مواد ناهشیار (رویکرد روانکاوی) و باورهای مرکزی (رویکرد شناختی) را تسهیل می‌نماید.

### ۴) موسیقی و موضوع‌های تحولی و آموزشی<sup>۳</sup>

این شیوه، که اغلب برای کودکان بهنجار و گاه عقب‌مانده به کار می‌رود. از ابزار موسیقی همراه با اشعار آموزشی و تمرین‌های موسیقایی برای تقویت و شکل‌دهی رفتارهای مورد نظر (رویکرد رفتاری)، خودیاری و یادگیری، استفاده می‌شود.

### ۵) موسیقی و تحریک<sup>۴</sup>

این شیوه، با بهره‌گیری از ابزارهای مختلف موسیقایی، به منظور تحریک و تقویت حواسی همچون حس شنوایی، لامسه و بینایی، و افزایش کارکرد روانی حرکتی<sup>۵</sup> فرد، به کار می‌رود. در برخی موارد، از این شیوه، برای هدایت تصورات و هشیاری فرد، به منظور کاهش اضطراب و افسردگی، استفاده می‌شود.

### ۶) موسیقی همراه با بازخورد زیستی<sup>۶</sup>

ننون بازخورد زیستی، در تلاشند که با ارائه اطلاعات عینی و قابل اندازه‌گیری به شخص دربارهٔ یک یا چند فرآیند فیزیولوژیک، فرد بتواند بر کارکردهای بدنی خود که به طور طبیعی

<sup>۱</sup> - Music and Counseling

<sup>۲</sup> - Rapport

<sup>۳</sup> - Music and Development or Educational object

<sup>۴</sup> - Music and Stimulation

<sup>۵</sup> - Psychomotor

<sup>۶</sup> - Music and Biofeedback



خودکار و خارج از هشیاری عمل می‌کند، تا حدی کنترل به دست آورد (کاپلان و ساورک، ۱۳۷۸). این فن در موسیقی درمانی، از طریق همراه‌سازی موسیقی با بازخوردهای زیستی بیمار و افزایش پاسخهای مطلوب و کاهش ناراحتی‌های فیزیولوژیک، به کار می‌رود. استفاده از تم‌های آرام‌ساز (به بخش تم درمانی نگاه کنید) در این شیوه می‌تواند مؤثر باشد. تأثیر این شیوه در کاهش سردردهای تنشی مشخص شده است.

### ۷) فعالیت‌های گروهی موسیقایی<sup>۱</sup>

در این شیوه، برای افزایش ارتباط بین فردی و پویایی گروه می‌توان از ابزار موسیقی بهره گرفت. استفاده از تم‌های خلق‌ساز و جسمانی ساز (به بخش تم درمانی نگاه کنید) می‌تواند باعث تحریک عواطف و افزایش تحرک هر گروه شود. از سوی دیگر می‌توان افراد را به اجرای سرود جمعی، بداهه‌نوازی گروهی و بحث‌های هنری دعوت نمود.

### اهداف موسیقی درمانی

انجمن موسیقی درمانی آمریکا (۲۰۰۵)، از بین اهداف موسیقی درمانی، به موارد زیر اشاره می‌نماید:

۱- تحول جسمانی: در این هدف، به منظور بهبود، هماهنگی، شیوه حرکت و انعطاف‌پذیری جسمانی، تمرینات و حرکات ریتمیک هدایت شده و به جهت افزایش مهارت‌های حرکتی، دستکاری سازها و ابزارهای موسیقی، تجویز می‌گردد.

۲- تحول اجتماعی: انواع گونه‌های جا به جایی در خلال بازی‌های موسیقایی، میدان توجه و آگاهی فرد را نسبت به دیگران افزایش می‌دهد، و بداهه‌نوازی، (گاه به صورت آهنگسازی، مهارت‌های کلامی و غیرکلامی را بهبود می‌بخشد). از سوی دیگر، به منظور افزایش مهارت‌های گفتاری و زبانی، خواندن اشعار ترانه‌ها همراه (و گاهی بدون) موسیقی، می‌تواند مفید باشد.

<sup>۱</sup>- Group music activities

۳- تحول شناختی: آهنگسازی و ساخت قطعات موسیقایی، منجر به افزایش مهارت‌های شناختی و تفکر انتقادی می‌شود. استفاده از ریتم و خواندن قطعات موسیقی، هماهنگی چشم و دست را افزایش می‌دهد. به طور کلی هرگونه فعالیت موسیقایی مانند گوش کردن به موسیقی، نواختن، خواندن، حرکات بدنی و غیره، فعالیت امواج مغزی را افزایش خواهد داد. پژوهشها نشان می‌دهد، فراگیری مهارت‌های موسیقی، مهارت‌های استدلال فضایی، منطقی و ریاضی را بهبود می‌بخشد.

۴- بیان - خود، خود، آگاهی<sup>۱</sup> و خلاقیت: این اهداف از طریق ساخت آهنگهای هارمونیک، ترسیم موسیقی و اشعار آن، حرکات همراه، موسیقی، بداهه نوازی، بحث درباره اشعار موسیقی و بالاخره آواگری، به انجام می‌شود.

۵- برخورد با استرس: آرام‌سازی هدایت شده همراه با موسیقی، حرکات هدایت شده با موسیقی و آواگری های هدایت شده، منجر به افزایش آگاهی بدنی و هیجانی خواهد شد.

واین<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، با مروری بر اهداف موسیقی درمانی در سرتاسر جهان، بهبود مهارت‌های زیر را از اهداف موسیقی درمانی می‌داند:

- مهارت‌های ارتباطی: شامل، بهبود بیان احساسات، بهبود ادراک زبان، بهبود ارتباطات کلامی و گفتاری و استفاده مؤثر و دقیقتر از ارتباطات غیر کلامی.

- مهارت‌های آموزشی / رفتاری: شامل، افزایش توانایی تقلید کردن، بهبود مهارت‌های نوشتاری، افزایش توانایی شمارش و ارتباط اعداد با مفاهیم، افزایش توانایی تمییز رنگها، بهبود عملکرد حافظه، افزایش مشارکت، کاهش رفتارهای مداخله جویانه.

- مهارت‌های حرکتی: شامل نگهداری و بهبود عملکرد و حرکتی مناسب، افزایش شناخت اعضای بدن، نگهداری و بهبود دامنه حرکتی، افزایش هماهنگی چشم و دست، بهبود ادراک شنیداری و دیداری.

<sup>1</sup> - Self-expression

<sup>2</sup> - Self-awareness

<sup>3</sup> - Wayne

- مهارت‌های هیجانی: شامل افزایش بیان کلامی و غیرکلامی احساسات، افزایش عزت‌نفس، افزایش کنترل تکانشگری، افزایش دامنه توجه، مهارت‌های سازگاری، کاهش استرس و اضطراب، آموزش آرام سازی، تسهیل کشف مفاهیم معنوی.

- مهارت‌های اجتماعی: شامل، بهبود روابط بین فردی، افزایش تماس چشمی مناسب، افزایش توانایی پذیرش، شراکت و برابری اجتماعی، افزایش توانایی پذیرش پاداش و دادن پاداش به دیگران، کاهش انزوا و گوشه‌گیری، ایجاد روابط.

- سایر مهارت‌ها: شامل سازماندهی اوقات فراغت، کاهش درد، آموزش مهارت مدیریت درد، افزایش استقلال فردی و بالاخره توسعه خلاقیت و هویت فردی.

### فنون موسیقی درمانی

موسیقی درمانی، همانند سایر شیوه‌های رواندرمانی، برای مداخلات درمانی خود نیازمند تکنیکها و فنونی است، که در ادامه به برخی از مهمترین فنون آن اشاره می‌شود:

۱) بازآوایی<sup>۱</sup>: فنی که سعی در یکپارچه نمودن سیستم‌های جسمانی، روانشناختی و هیجانی فرد دارد. در این فن، درمانگر و موسیقی به عنوان یک سیستم بازخورد زیستی<sup>۲</sup> عمل می‌نمایند، تا بیمار را نسبت به فرآیندهای درونی‌اش آگاه‌تر نماید. فن بازآوایی، رویکردی سه بخشی است، شامل:

الف) به کارگیری یک فعالیت تمرکز بخش هشیاری برای کاهش شدت محرک‌های حسی.

ب) استفاده از تمرینات تنفسی و آگاهی از بدن برای تسهیل آرام سازی.

ج) به کارگیری تم موسیقایی مناسب (به بخش تم درمانی نگاه کنید)، برای آرام سازی

(لوی، ۱۹۹۷).

<sup>۱</sup>- Resonating

<sup>۲</sup>- Biofeedback

۲) پیابندی<sup>۱</sup>: فنی که به منظور تغییر ادراک فرد از درد وی از طریق هماهنگ سازی نوع و شدت درد با محرک موسیقایی مناسب و خوشایند، به کار می‌رود، سپس به تدریج محرک موسیقی حذف می‌گردد.

فن پیابندی ریتمیک<sup>۲</sup> به طور موفق‌آمیزی برای نوزادان به کاررفته است.

و فن پیابندی هارمونیک<sup>۳</sup> و تصویرسازی برای کاهش درد کودکان بزرگتر به کار می‌رود. در این فن ابتدا، کودکان یک مایه موسیقی و تصویر ذهنی که درد آنها را تشدید می‌کند را به کار می‌برند. سپس به تدریج آن مایه و تصویر ذهنی را با بداهه خواهی یا بداهه نوازی پیرامون مایه اولیه تغییر می‌دهند تا درد «حرکت نماید» و یا ناپدید گردد (لوی، ۱۹۹۷).

۳) یکپارچگی<sup>۴</sup>: فنی که از طریق آگاه شدن فرد از بدنش به منظور هدایت و مدیریت هیجاناتش، به کار می‌رود. برای این منظور، از وی می‌خواهیم تا روی تنفس، ضربان قلب و قصد هیجانش تمرکز کند و آن هیجان را به تنهایی احساس نماید. این آگاهی با بهره‌گیری از ضربه‌های هارمونیک، ریتمیک و تُنال موسیقی، به منظور حمایت از احساسات و ادراکات فرد، تقویت و پروراندن می‌شود. فرد، به منظور یافتن قدرت خلاقیتش در پذیرش، درک و تغییر ماهیت اختلال روانشناختی خود، به بداهه سرایی، بداهه نوازی و ابراز موسیقایی هیجاناتش، تشویق می‌گردد (لوی، ۱۹۹۷).

۴) بداهه‌نوازی<sup>۵</sup>: این فن به عنوان یک فن مؤثر در افراد و به ویژه کودکانی که در حال تجربه درد هستند، به کار می‌رود. به طور کلی، بداهه نوازی در موسیقی می‌تواند برای آرام‌سازی، درگیر کردن، تمرکز یا تقویت کودک به کار رود. درمانگر ممکن است از طریق موسیقی، صدای گریه کودک، حالتها و حرکاتش را با یک ساختار موسیقایی هماهنگ سازد و به این ترتیب، یک محیط امن و قابل کنترل برای کودک به وجود آورد. کودک به محض درگیر شدن با فعالیت

<sup>۱</sup>- *entrainment*

<sup>۲</sup>- *rhythmic entrainment*

<sup>۳</sup>- *Harmonic entrainment*

<sup>۴</sup>- *Integration*

<sup>۵</sup>- *Improvisation*

موسیقایی، در لحظه «حضور» یافته و حس کنترل بر یک زمان و مکان خاص را تجربه می‌نماید. سپس درمانگر می‌تواند، کودک را به بداهه سرایی و بداهه خوانی تشویق نماید. در این فن، گاه می‌توان از فنون روان نمایشگری<sup>۱</sup> برای کاهش درد و ناراحتی کودک استفاده نمود. شرایط امن روان نمایشگری نیز، افراد را به برون ریزی<sup>۲</sup> به صورت «بداهه» دعوت می‌نماید، زیرا تنها در این شرایط ایمن است که خودجوشی و خلاقیت بروز می‌نماید. (بلائر، ۱۳۸۳).  
به طور کلی، هدف این فن، کاهش ناراحتی‌ها و مشکلات فرد، از طریق افزایش مهارتهای مقابله‌ایش می‌باشد (لوی، ۱۹۹۷).

۵) جدول ارتعاشات موسیقی (MVT<sup>tm</sup>):<sup>۳</sup> فنی است که براساس ویژگی ارتعاشی اصوات موسیقی به منظور تغییر ادراک روانشناختی و جسمانی فرد از درد و ناراحتی شکل می‌گیرد. این رویکرد تأثیرات روانی - اجتماعی شنیدن موسیقی را با تأثیرات فیزیولوژیکی ارتعاشات جسمانی نوسان دار، ترکیب می‌نماید. در فن MVT<sup>tm</sup> نوعی تخت بیمارستان طراحی شده است که با به کارگیری انواع ارتعاشات کنترل شده از یک منبع موسیقی، بدن را تحریک می‌نماید (لوی، ۱۹۹۷).  
گاه در این فن، از ابزارهای دیگری همچون نعنوی آرام ساز، صدلی آرام ساز و یا کره فضایی آرام‌ساز استفاده می‌گردد (زاده محمدی، ۱۳۸۱).

۶) آرام‌سازی و موسیقی<sup>۴</sup> (R&M): سابقه فن آرام سازی به مکاتب مشرق زمین از جمله هند و چین برمی‌گردد، اما پزشکان و روانشناسان معاصر با استفاده از دانش و تمرینهای این مکاتب، اصول و نقوشی را تعریف و سازمان دادند، که فن آرام‌سازی را به عنوان روشی درمانی توجیه و جایگاه آن را در رواندرمانی تثبیت کرده است. جاکبسون<sup>۵</sup> (۱۹۲۹؛ به نقل از گلدفرید و دیویدسون، ۱۳۷۲)، در امریکا در زمینه ارتباط بین تنش<sup>۶</sup> عضلات و اضطراب پژوهشهایی انجام داد. وی ستوجه شد که با رها کردن عضلات اسکلتی بدن، به تدریج ذهن آرام‌تر می‌شود و از میزان

<sup>۱</sup> - Psychodrama

<sup>۲</sup> - acting out

<sup>۳</sup> - Music Vibration Table

<sup>۴</sup> - Relaxation & Music

<sup>۵</sup> - Jacobson, E.

<sup>۶</sup> - Tension

اضطراب و تنش فرد کاسته می‌شود. او این فن را آرام سازی پیشرونده<sup>۱</sup> نامید (هویت، ۱۳۷۷). هربرت بنسون<sup>۲</sup> و همکارانش (۱۹۹۷)، به نقل از اتکینسون و همکاران، (۱۳۷۵)، براساس نوعی مراقبه به نام مراقبه متعالی<sup>۳</sup> یا TM، شیوه‌ای را پیشنهاد کردند که بدون توسل به فضایی عرفانی، می‌توان به وضعیت آرامش رسید.

چندی پس از کاربرد آرام سازی، موسیقی درمانگران با تنظیم قطعه‌هایی با تم‌های آرام ساز و خلسه ساز (به بخش تم درمانی نگاه کنید)، تمرینات آرام سازی را تسهیل نمودند. در واقع موسیقی در آرام سازی، ابراز تمرکز است، همانند یک ماترا (ذکر)، که به تدریج ذهن را متمرکز و آماده آرامش می‌کند (زاده محمدی، ۱۳۸۱).

پژوهش های مختلف، تأثیر فن R&M را نشان داده است (به عنوان مثال فرید، ۱۹۹۰؛ چلان، ۱۹۹۸؛ شوفل، ۲۰۰۰؛ جوهری فرد و گودرزی، ۱۳۸۳؛ جوهری فرد و همکاران، ۱۳۸۴).

به طور کلی، مراحل فن R&M عبارت است از:

۱) تنفس عمیق؛<sup>۴</sup> ۲) هدایت تصورات؛<sup>۵</sup> ۳) حرکات تکراری<sup>۶</sup> و ۴) پرت کردن حواس<sup>۷</sup> (لوی، ۱۹۹۷؛ جوهری فرد و همکاران، ۱۳۸۴).

نخستین مرحله شامل، تمرکز روی تنفس و فرآیند دم و بازدم است. زمزمه کردن، و یا خواندن می‌تواند در عمیق کردن تنفس مفید باشد.

دومین مرحله، چنانچه در فن GIM بیان خواهد شد، از طریق کیفیت چند بعدی اصوات موسیقی و دستورات شفاهی برای نفوذ به سطوح هشیاری فرد صورت می‌گیرد. انتخاب تم موسیقایی مناسب و دستورات تلقینی درست در این مرحله، اهمیت دارد (برای اطلاع بیشتر به فرید، ۱۹۹۰ نگاه کنید).

1- *Progressive Relaxation (PR)*

2- *Benson, H*

3- *Transcendental Meditation*

4- *Deep breathing*

5- *Guided imagery*

6- *Repetitive movement*

7- *Distraction*

سومین مرحله فن R&M، فرد را به انجام حرکاتی تکراری تشویق می‌نماید. به عنوان مثال، حرکت تکراری جزر و مد امواج، حرکات یک برگ بر امواج هوا، ضربات طبل گونه قلب و غیره. کاربرد این فن این است که ضمن عمیق کردن فرآیند آرامش، فرد را در جابجا کردن مشکلش (مانند درد، تنش، اضطراب و غیره) کمک می‌نماید.

در نهایت چهارمین مرحله، که اغلب برای کاهش اشتغالات فکری به کار می‌رود، از طریق مشغول کردن بخشی از هشیاری با یک محرک (که می‌تواند موسیقایی باشد) صورت می‌گیرد، تا فرآیند آرامش با سهولت بیشتری انجام شود.

۷) موسیقی و تصورات هدایت شده<sup>۱</sup> (GIM): در این فن با کمک کیفیت چند بعدی اصوات موسیقی، می‌توان به سطوح مختلف هشیاری نفوذ کرد (بونی، ۱۹۷۸). درمانگر با احاطه برمبانی نظری و بالینی تم درمانی (به بخش تم درمانی نگاه کنید) و شناخت ویژگی‌های روانشناختی تم‌ها، و با کمک دستورات شفاهی، می‌تواند پویای روانشناختی مراجع را تحلیل و جهت دهد. مطالعه در زمینه فنون روانکاوی، آرامسازی، هیپنوز و شناخت استعاره‌ها زبانی و فرهنگی، می‌تواند میزان تأثیرات این فن را افزایش دهد.

۸) فن موسیقی درمانی تنظیمی<sup>۲</sup> (RMT): فنی که در آن از طریق همراهی<sup>۳</sup> با خلق بیمار و سپس هدایت آن (گلدن و همکاران، ۱۳۸۰) و اغلب به منظور درمان اختلال افسردگی به کار می‌رود (رین هارت و همکاران، ۱۹۸۶).

۹) درمان با گفتار آهنگین<sup>۴</sup> (MIT): این فن که به منظور درمان بیماران آفازیک (زبان‌پریش) به کار می‌رود، از طریق بازتوانی عصب شناختی سیستم آسیب دیده زبان با کمک سیستم کمتر آسیب دیده موسیقی، صورت می‌گیرد. این فن برای نخستین بار در سال ۱۹۷۳ توسط آلبرت و همکارانش، برای بیماران انگلیسی زبان به کار رفت و سپس به سرعت در دهه های ۷۰ و ۸۰ برای

۱- *Guided Imagery and Music*

۲- *Regulative Music Therapy*

۳- *Pacing*

۴- *Melodic Intonation Therapy*

سایر زبان استفاده شد. در ایران افتخارزاده و بُنکدارپور (۱۳۷۹)، این فن را برای فارسی‌زبانها به کار بردند.

### رهیافت تم درمانی به رواندرمانی<sup>۱</sup>

تم، در لغت به معنای، موضوع، مطلب، ریشه، زمینه، جُستار، فرهشت، باره، مدار و شاهد آمده است.

شعاری نژاد (۱۳۷۵) در کتاب فرهنگ علوم رفتاری، تم را چنین تعریف می‌نماید: تم، مبداء یا فکری است که اساس یک بحث قرار می‌گیرد و به واحد مطالعه و فعالیت نیز گفته می‌شود.

در هنر، تم، مفهومی بنیادی و زیر بنایست، و جوهرهٔ آن به حساب می‌آید؛ تم، نقطه عزیمت در بیان اثر می‌باشد و به این جهت می‌توان آن را عامل وحدت بخش در کار هنری دانست. تم، موضوع اصلی بیان احساسات و حاوی عناصر گوناگون و مشخص است، که پرورش و دگرگونی و گسترش آنها، باعث آفرینش یک اثر هنری می‌شود. به عبارت دیگر، می‌توان تم را نقطهٔ تشکیلی دهنده یک قطعه هنری به حساب آورد.

به طور کلی، هنر را می‌توان از دو جهت مورد بررسی قرارداد: نخست، برخوردی تحلیلی<sup>۲</sup> و کاهش‌گرایانه<sup>۳</sup>، که به بررسی اجزای هنری یک اثر می‌پردازد؛ و دوم، یک بررسی کل نگرانه<sup>۴</sup> و ترکیبی<sup>۵</sup> به هنر، که ایده‌ها و احساسات حاصل از یک اثر مورد توجه قرار می‌گیرد. این مفهوم اخیر در هنر، «تم»<sup>۶</sup> نامیده می‌شود (جوهری فرد، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵).

در رهیافت تم درمانی<sup>۷</sup>، درمانگر با شناخت تأثیرات روانشناختی یک اثر هنری، به تجویز این آثار می‌پردازد. به عبارت دیگر، تم درمانی عبارت است از:

<sup>۱</sup> - مقاله ارائه شده در اولین کنگره هنردرمانی ایران، دانشگاه شهید بهشتی (۱۳۸۵).

<sup>۲</sup> - Analytic

<sup>۳</sup> - Reductionism

<sup>۴</sup> - Holistic

<sup>۵</sup> - Syntactic

<sup>۶</sup> - Theme

<sup>۷</sup> - Theme Therapy



"تجویز یک سامان شناخته شده از محرکهای یک اثر هنری براساس تأثیرات روانشناختی آن" (جوهری فرد، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵).

مفاهیم اصلی این تعریف عبارتند از: تجویز، سامان شناخته شده محرک‌ها و تأثیرات روانشناختی.

تجویزی بودن تم درمانی نشان می‌دهد، همان گونه که دستورات دارویی یا درمان پزشکی به وسیله پزشک با شناخت بیمار و تأثیرات دارو صورت می‌گیرد، برای تجویز تمهای درمانی نیز دستورالعمل و شناخت اولیه‌ای از بیمار و تمها لازم است.

برای این منظور (تجویز کردن)، نیاز به ملاک روایی و پایایی بودن مداخله داریم، به همین جهت یک تم را سامانی شناخته شده از محرکها می‌دانیم تا از ذهنی بودن ملاکها پرهیز شود. و در نهایت این تجویز باید با شناخت تأثیرات روانشناختی و اثرات درمانی تم‌ها صورت گیرد. برای این منظور باید ویژگی‌های هر تم براساس مبانی نظری و بالینی روانشناسی بررسی گردد. در این مقاله، رهیافت تم درمانی را در حیطه درمانهای موسیقایی بررسی خواهیم نمود.

#### رهیافت تم درمانی در موسیقی

نخستین بار، افلاطون، فیلسوف یونانی، در کتاب «الجمهور» به طبقه‌بندی تم‌ها پرداخت. وی مقام میکسولیدین را حزین و غم‌انگیز تعریف نمود و آن را باری جامعه‌ای که نیاز به تحرک و سرزندگی دارد، مضر دانست. مقام دورین و فریزین را محرک و مناسب فضای جنگ‌آوری و مقام لیدین را نشاط‌آور و مناسب برای جشن و پایکوبی دانست. فارابی، فیلسوف ایرانی سده چهارم، طبقه‌بندی تم‌های موسیقی، سه نوع تم را مشخص نمود: نخست تم دلنشین، که جهت رفع خستگی کاربرد داشت؛ دوم، تم محرک که قوه تخیل آدمی را فعال و برای تحریک عواطف به کار می‌رفت و سوم، تم واکنشی، که می‌تواند تصورات انسانی را تحریک نماید.

در سال ۱۹۱۸ اووا واسیلیوس<sup>۱</sup>، از بنیانگذاران موسیقی درمانی علمی، تم‌ها را به چهار گروه تقویتی<sup>۱</sup>، محرک<sup>۲</sup>، آرام‌بخش<sup>۳</sup> و خواب‌آور<sup>۴</sup> تقسیم نمود و معتقد بود که بین موسیقیدان و شنونده، هماهنگی و ارتباطی مؤثر، برقرار گردد.

<sup>۱</sup>- Eva Vescelius

زاده محمدی (۱۳۷۱)، در نخستین نظر خود تم های موسیقی را براساس اثرات روانشناختی آنها به پنج طبقه تم های شیدایی، حزین، هیجانی (هیستریکال)، فرح بخش و آرام بخش تقسیم نمود. وی در ویرایش جدید خود نظریه ی خود (۱۳۸۱)، تم های نیروبخش و خواب آور (سبک ساز) را به آنها افزود.

توجه به این نکات، ما را برآن می دارد تا برای افزایش *روایی* و *پایایی* یک مداخله، که از مهم ترین عوامل یک مداخله مؤثر به حساب می آید، ملاکهای با ثبات تری برای انتخاب تم های یک اثر هنری به کار بندیم. به همین جهت در طی سالها پژوهش و بررسی بر روی ویژگی های انواع سبکهای موسیقی غربی و ایرانی و مطالعه تأثیرات آنها بر بیماران، سه تم اصلی و بنیادین، با ویژگی ها روا و پایایی روانشناختی را کشف نمودیم.<sup>۱</sup> با این حال، این تلاش گامی است در جهت استفاده علمی تر و دقیق تر از آثار موسیقی برای اهداف درمانی و بهبود کیفیت زندگی است و به هیچ رو قصد کاهش دادن موسیقی را به این کاربردهای ویژه و نادیده گرفتن ابعاد زیباشناختی و غیرقابل توصیف موسیقی را ندارد.

### طبقه بندی روانشناختی تم های موسیقی

بررسی ساختاری و روانشناختی آثار موسیقی، با در نظر گرفتن ملاک *روایی* و *پایایی* در مداخلات درمانی، ما را برآن می دارد تا طبقه بندی جامع و بنیادی تری از تم های موسیقی ارائه دهیم. بدیهی است برای افزایش اصول و ملاکهای روانشناختی تم ها، بهتر است تم هایی با ویژگی های بیان شده ساخته شود.

بازنگری نظریه های پیشین در ارتباط با اثرات روانشناختی تم های موسیقی، نشان می دهد، که با نگاهی غیرتحلیلی به آثار موسیقایی، سه حیطه روانشناختی تحت تاثیر این آثار قرار خواهند گرفت (جوهری فرد، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵):

- 1- Tonic
- 2- Stimulative
- 3- Sedative
- 4- Narcotic

<sup>۳</sup>- این مطالعه با همکاری انجمن سلامت برتر ایران و مؤسسه علمی تحقیقاتی دانش تندرستی انجام گرفت.

نخست، حیظه آرام سازی<sup>۱</sup> است، که طبق تعریف ختشی ترین وضیت<sup>۲</sup> روانشناختی را آرمش گویند (پین، ۲۰۰۰). به همین جهت این آثار را تم های آرام ساز<sup>۳</sup> نامیدیم (جوهری فرد، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵). و از آنجایی که خلسه، حالت پیشرونده<sup>۴</sup>، ناپتر و عمیق تر آرامش است (کراسیلنک<sup>۵</sup> و هال، ۱۹۸۵)، بنابراین، عناصر تشکیل دهنده خلسه با آرام سازی مشابه و در واقع محصول حالت پیشرونده آن به حساب می آید. به این جهت، یکی از تقسیمات فرعی تم های آرام ساز، تم های خلسه ساز<sup>۶</sup> می باشد (جوهری فرد، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵).

دومین حیظه، حیظه هیجانی و عاطفی است، که دامنه گسترده ایی از حزن، شادی، ترس و اضطراب را فرا می گیرد. از آنجایی که این دامنه هیجانی بسته به حالت روانشناختی شونده می تواند متغیر باشد، آن را در یک حیظه طبقه بندی کردیم (جوهری فرد، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵). طبق تعریف، عاطفه<sup>۷</sup>، به جنبه بیرونی، ناپایدار و بیانی هیجان می گویند و خلق<sup>۸</sup>، به تجربه درونی و پایدارتر آن (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۸). از آنجایی که موسیقی تجربه ایی درونی و غیرآنی است، این دسته از تم ها را، تم های خلق ساز<sup>۹</sup> نامیده شد (جوهری فرد، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵). و در نهایت سومین حیظه، حیظه بدنی<sup>۱۰</sup> است، که به معنای تجربه موسیقی از طریق بدن می باشد. این امر، یعنی تجربه یک امر ذهنی از طریق بدن، را در اصطلاح روانشناسی، جسمانی کردن<sup>۱۱</sup> می نامند (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۸). بنابراین، این بخش از آثار موسیقی را تم های جسمانی ساز<sup>۱۲</sup> گوئیم (جوهری فرد، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵).

1 - Relaxation

2 - State

3 - Relaxation Themes

4 - Progressive relaxation

5 - Crasilneck

6 - Trance- Making Themes

7 - Affect

8 - Mood

9 - Mood- Making Themes

10 - Somatic

11 - Somatization

12 - Somatization Themes

سایر تم ها از ترکیب این تم های بنیادین به دست می آید. به عنوان مثال، تم نمایش ساز<sup>۱</sup> از ترکیب تم های جسمانی ساز و خلق ساز به دست می آید (جوهری فرد، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵).

به این ترتیب با یک بازنگری و بررسی طبقه‌بندی‌های پیشین و مدنظر قراردادن اصول رواندرمانی، سه تم درمانی بنیادین زیر را پیشنهاد می‌شود و سایر تم ها بر مبنای این تم های بنیادین تعریف می‌گردند:

۱) تم های آرام ساز

۲) تم های خلق ساز

۳) تم های جسمانی ساز (جوهری فرد، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵).

جدول زیر خلاصه ای از ویژگی های تم های بنیادین موسیقی را نشان می دهد. درمانگر با شناخت این تاثیرات، می تواند به تجویز موسیقی مناسب برای مراجع پردازد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

<sup>1</sup> - Hysteroid Themes

جدول ۲- تم های بنیادین درمانی

تم های بنیادین	ویژگی های موسیقایی	ویژگی های روان شناختی	ویژگی های فیزیولوژیک	کاربردها	نمونه آثار
تم های آرام ساز Relaxation Themes	ریتم و ملودی ساده، یکنواخت، تغییرات کمپو، دینامیک و مدلاسیون اندک	ایجاد حالت آرامش و تمرکز، فاقد القانات هیجانی، تأثیر در سطح نظام شناختی	کاهش ضربان قلب، عمیق شدن تنفس، تقویت امواج آلفا، تأثیرات اندک روانی - حرکتی	مطالعه، رانندگی، محل کار (تم) آرام ساز، کاهش اضطراب و تنش، آرام سازی، هیپنوتیزم، یوگا و مراقبه تم های (سه ساز)	آثار سبک باروک (مانند قطعه ایرازباخ)، قطعات الکترونیک (ونجلیز، یانی، کلایدورین)، قطعات ماهور (تم های آرام ساز)، سبک امپرسیونیسم (آثار دبوسی)، قطعات تامپسون، هاجسن و موسیقی سماعی (تم های خلسه ساز)
تم های خلق ساز Mood-Making Themes	ریتم و ملودی متنوع و غنی، تغییرات کمپو و دینامیک و مدلاسیون زیاد است. رکت روی فواصل خوشایند و ناخوشایند.	برحسب نوع ریتم، کمپو و دینامیک و نوع فواصل، متنوع و گسترده ای از هیجانانگ از غم تا شادی و از ترس تا اضطراب را فرا می گیرد.	تأثیر روی انتقال دهنده های عصبی، هورمون ها، ضربان قلب، سیستم روانی - حرکتی	القانات خلقی در ساخت موسیقی فیلم، تخلیه هیجانانگ، برون یزی	سبک رمانتیسیسم (مانند دریاچه قواز چایکو فسکی)، قطعات موسیقی اصیل ایرانی به ویژه در دستگاه های شور، نوا، سه گاه.
تم های جسمانی ساز Somatization Themes	ریتم و ملودی متنوع، غلبه ریتم نسبت به ملودی بیشتر است. دینامیک و کمپو فوق العاده بالا.	تأثیر بر سیستم اعصاب سمپاتیک، افزایش فعالیت روانی حرکتی و رفتارهای نمایشی.	آرامش فعالیت، اعصاب سمپاتیک (مانند تند شدن ضربان قلب، تنفس، تحریکات پوستی و ...) افزایش فعالیت روانی حرکتی	ورزش، اماکن نظامی (تم های نیرو ساز) حرکات موزون و تخلیه هیجانانگ (تم های نمایشی)	موسیقی جاز، راک، تکنو، شش هشتم های ایرانی و قطعات دستگاه های چهارگاه و همایون.

## منابع

- انکینسون، ریئا؛ انکینسون، ریچارد و هلیگارد، ارنست (۱۳۷۵)، زمینه روان‌شناسی. (ج. اول)، ترجمه محمد تقی براهتی و همکاران، تهران: انتشارات رشد.
- افتخار زاده، آینا و بنگنارپور، برنا (۱۳۷۹)، درمان با گفتار آهتین در زبان فارسی، دومین سمینار سراسری موسیقی درمانی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی.
- ایروانی، محمود و خداپناهی، محمد کریم (۱۳۷۱)، روان‌شناسی احساس و ادراک، تهران: انتشارات سمت.
- باجعلی، کیوان؛ شریفی، مسعود و گلی، فرزاد (۱۳۸۲)، وضعیت قانونی پزشکی مکمل و جایگزین در ایران و جهان. فصلنامه آموزشی پژوهشی سلامت برتر، سال دوم، شماره دوم و سوم، صص ۹۹-۱۱۷.
- بلاخر، آدام (۱۳۸۳)، درون‌پردازی: روان‌درمانی با شیوه‌های نمایشی، ترجمه حسن حق‌شناس و حمید اشکانی، تهران: انتشارات رشد.
- بینش، تقی (۱۳۷۱)، سه رساله فارسی در موسیقی (شامل موسیقی دانشنامه علایی، ابن‌سینا، اخوان الصفا و کنزالاحف). تهران: انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.
- پترز، ژاکلین اشمیت، (۱۳۷۱)، مقدمه‌ای بر موسیقی درمانی، ترجمه و تألیف علی زاده محمدی، تهران: انتشارات شباهنگ.
- پورافکاری، نصراله (۱۳۷۵)، نشانه‌شناسی بیماری‌های روانی، تهران: انتشارات آزاده.
- جونز، ون و استوارت، یان (۱۳۸۲)، تحلیل رفتار متقابل، ترجمه بهمن دادگستر، تهران: نشر دایره.
- جوهری فرد، رضا (۱۳۸۵)، تم درمانی: بررسی اثرات روان شناختی تم های درمانی موسیقی، اولین کنگره هنر درمانی ایران، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- جوهری فرد، رضا (۱۳۸۴ الف)، بیان‌های نظری و بالینی تم درمانی، فصلنامه پزشکی- اجتماعی هوم، سال دوم، شماره ۵ و ۴.
- جوهری فرد، رضا (۱۳۸۴ ب)، مبانی نظری و بالینی روان‌شناسی موسیقی و موسیقی درمانی، فصلنامه پزشکی- اجتماعی هوم، سال دوم، شماره ۶.
- جوهری فرد، رضا (۱۳۸۴ ج)، رهیافت‌های نوین ارتباط ذهن- بدن، فصلنامه پزشکی- اجتماعی هوم، سال دوم، شماره ۵ و ۴، صص ۴۱-۳۸.
- جوهری فرد، رضا گودرزی، محمد علی (۱۳۸۳)، بررسی اثر تن‌آرامی و موسیقی بر کاهش اضطراب، مجموعه مقالات برگزیده سومین همایش ملی علوم انسانی و هنر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک.
- چیلوزر، ایان (۱۳۸۲)، سبک‌ها و مکتب‌های هنری، ترجمه فرهاد گشایش، تهران: انتشارات عفاف.
- رادمنش، حسام (۱۳۷۳)، کلینیکال نورواناتومی، تهران: نشر سروا.
- زاده محمدی، علی (۱۳۸۱)، کاربردهای موسیقی درمانی در روان‌پزشکی، پزشکی و روان‌شناسی، تهران: انتشارات اسرار دانش.
- شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۷۵)، فرهنگ علوم رفتاری، تهران: موسسه انتشارات امیر کبیر.
- شولتز، دوان و شولتز، سیدنی آلن (۱۳۷۹)، نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر ویرایش.

- فارابی (۱۳۵۴)، موسیقی فارابی، تألیف مهدی برکشلی، تهران: چاپ زر.
- کاپلان، هارولد و ساورک، بنیامین (۱۳۷۸) چکیده روانپزشکی بالینی، ترجمه نصراله پورافکاری، تهران: انتشارات آزاده.
- کالات، جیمز (۱۳۷۵). روانشناسی فیزیولوژیک، ترجمه اسماعیل بیابانگرد و احمد علی پور، تهران: انتشارات دانشگاه شاهد.
- کمال پورتراب، مصطفی (۱۳۷۴). مقدمه‌ای بر مبانی آهنگسازی، تهران: نشر چشمه.
- کمپبل، دان (۱۳۸۰)، اعجاز موسیقی، ترجمه منیژه بهزاد، تهران، نشر محمد.
- کیمی‌ین، راجرز (۱۳۷۷)، درک و دریافت موسیقی، ترجمه حسین یاسینی، تهران: نشر چشمه
- کاپرا، فریتوف (۱۳۶۸)، تأثر فیزیکی، ترجمه حبیب‌ا... دادفرما، تهران: موسسه کیهان.
- گلدفرید، ماروین و دیویسیون، جرالد (۱۳۷۲)، رفتار درمانی بالینی، ترجمه فرهاد ماهر، مشهد: انتشارات آستان قدس ضوی.
- گلدن، ویلیام، دارد، توماس و فرید برگ، فرد (۱۳۸۰). هیپنوتیزم درمانی، ترجمه محمد نریمانی و جواد شافعی مقدم، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- مارتات، گری گراث (۱۳۷۹)، راهنمای سنجش روانی، ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا ینکخو، تهران: انتشارات رشد.
- منصوری، پرویز (۱۳۶۶). تئوری بنیادی موسیقی، تهران: نشر کارنامه.
- هارسون، (۱۹۹۴)، بیماریهای اعصاب، ترجمه فرهاد اسلامی، تهران: انتشارات حیان.
- هویت، جیمز (۱۳۷۷)، آرتمش، ترجمه منوچهر شادان، تهران: انتشارات ققنوس.
- هلیگارد، ارنست و هیلگارد، ژوزفین (۱۳۷۵)، کاربرد هیپنوتیزم در تسکین درد، ترجمه رضا جمالیان، تهران: چاپ آستا.

## References

- Andersn, P, Anderson, S.A. (1968). Physiological basis of the alpha rhythm, Appleton-Century Crofts, New York.
- Biley, F. (1992). Complementary therapy: using music in hospital settings. Nursing Standard, 6 (35): 37-9.
- Bonny, H.L. (1978). Guided imagery and music therapy: past, present and future implications Baltimore, MD: ICM Publishing.
- Chlan, L. (1998). Effective ness of music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilator assistance. Heart-Lung, 27 (3): 169-176.
- Corso, J.F. (1973). Hearing. In B.B. Wolman (Ed.) Handbook of general psychology (PP. 348-381). Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Crasilneck, H.B., Hall, J.A. (1985). Clinical Hypnosis, London: Grune & Stratton.
- Destekhe, A., Babloyantz, A., Sejnowski, T.J. (1993). Ionic mechanisms for intrinsic slow oscillations in thalamic relay neurons. Biophysical Journal, 65: 1538-1552.
- Ernst, E., Rand, J.I., Stevinson, C. (1998). Complementary therapies for depression: an over view. Arch-Gen-Psychiatry, 55 (11): 1026-32.
- Frankl, V. (1962). Man's Search for Meaning: An Introduction to Logo therapy, Boston: Beacon Press.

- Fried, R. (1990). Integrating music in breathing and relaxation: II. Application. Biofeedback and self Regulation, 15 (2): 171-177.
- Gaston, E.T. (1968). Man and music (Ed.) New York: Macmillan.
- Glynn, N.J. (1992). The music therapy assessment tool in Alzheimer's patients. Journal of Gerontol Nursing, 18 (1): 3-9.
- Golden, G.J. (1978). "Diagnosis and Rehabilitation in Neurophysiology". Springfield: Thomas.
- Goodman, A. (1991). Organic Unity Theory: The Mind- Body Problem Revisited. American Journal of Psychiatry, 148: 5
- Gulick, W.L. (1971). Hearing: Psychology and psychophysics. New York: Oxford University.
- Hamalainen, M., Hari, R., Ilmoniemi, R. J., Knuutila, J.,
- Jarvis, P.E., Barth, J.F. (1994). The Halstead-Reitan Neuropsychological battery: A guide to interpretation and clinical applications. Odessa, FL: Psychological Assessment resources.
- Latham, W. (1981). Aspects of music therapy that are unique on the treatment and education team. Lawrence, K.S.: National Association for Music Therapy.
- Latham, W. (1981). The role of the music therapist in the education of severely and Profoundly handicapped children and youth. KS: National Association for Music Therapy.
- Loewy, A. (1997) Music Therapy and Pediatric Pain. Cherry Hill, N.J. Jeffrey Books.
- Lounasmaa, O.V. (1993). Magneto-encephalography. Theory instrumentation, and applications to noninvasive studies of the working human brain. Review of Modern Physics, 65. 413-497.
- Marant, G. (2000). "Neuropsychological Assessment Clinical Practice". John Wiley & Sons Inc.
- Maslow, A. H. (1970). Motivation and personality (2nd ed.) New York; Harper & Row.
- Pacchetti, C., Aglieri, R., Mancini, F., Marignoni, E., Nappi, G. (1998). Active music therapy and Parkinson's disease: methods. Functional Neurology, 13 (1): 57-67.
- Reinhardt, A., Rohrhorn, H., & Schwabe, C. (1986). Regulative Music Therapy (RMT) in depressive disease. Psychiatry and Neurological Medicine, 38 (9): 547 (53).
- Reitan, R.M. (1959). "The comparative effects of brain damage on the Halstead impairment index and the Wechsler- Bellevue scale" Journal of clinical Psychology; 15:281.285.
- Reitan, R.M., Wolfson, D. (1993). "The Halstead- Reitan Neuropsychological test battery Theory and Clinical Interpretation (2<sup>nd</sup>,ed)". Tuson Neurophysiology Press
- Rose, J.E., Brugge, J.F., Anderson, D.J., & Hind, J.E. (1967) Phase- Locked response to low-frequency tones in single auditory nerve fibers of the squirrel monkey. Journal of Neurophysiology, 30, 769-793.
- Scheufele, D.M. (2000). Effects of progressive relaxation and classical music on measurements at attention, relaxation, and stress responses. Journal of Behavioral Medicine, 23(2): 217-222.
- Sears, W.W. (1968). Processes in music therapy. In E.T. Gaston (Ed.), Music in therapy. New York: Macmillan.
- Wallenstein, G.V. (1994). A model of the electrophysiological properties of nucleus reticularis thalami neurons. Biophysical Journal, 66: 978-988.
- World Health Organization (2000). General guide lines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Switzerland, 1211 Geneva 27.