

## بررسی تأثیر موسیقی درمانگری فعال و فعل‌پذیر با استفاده از نغمه‌های ایرانی و غربی بر افسردگی نوجوانان

فریبرز صدیقی ارفعی\*، دکتر پرویز آزاد فلاح\*

دکتر علی فتحی آشتیانی\*\*، دکتر کاظم رسول‌زاده طباطبائی\*

### چکیده

در مطالعه حاضر به منظور بررسی تأثیر روش موسیقی درمانگری بر کاهش افسردگی نوجوانان، تعداد ۸۰ دانش‌آموز دختر افسرده از کلینیک آموزش و پرورش شهر کاشان انتخاب و بصورت تصادفی در چهار گروه (سه گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایگزین شدند. آزمودنیها در سه گروه آزمایشی تحت مداخله روش موسیقی درمانگری فعال و فعل‌پذیر (در دو سطح با استفاده از نغمه‌های ایرانی و نغمه‌های غربی) قرار گرفتند. به منظور سنجش سطح افسردگی آزمودنیها از سیاهه افسردگی بک (BDI) و مصاحبه بالینی در دو سطح پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی روش موسیقی درمانگری فعال و فعل‌پذیر می‌باشد. همچنین سودمندی موسیقی درمانگری فعال بیشتر از موسیقی درمانگری فعل‌پذیر بود. اما در سطح فعل‌پذیر، تفاوت معناداری در دو گروه مشاهده نشد. به عبارت دیگر اثر بخشی استفاده از نغمه‌های ایرانی در مقایسه با نغمه‌های غربی تفاوت معناداری ندارد.

**کلید واژه‌ها:** موسیقی درمانگری فعال، موسیقی درمانگری فعل‌پذیر، افسردگی، نوجوانی.



\* گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس \*\* مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیة الله (عج)

● مقدمه

در دو دهه آخر قرن بیستم، افسردگی<sup>۱</sup> جای اضطراب<sup>۲</sup> را که در دو دهه بعد از جنگ جهانی دوم به عنوان مهمترین عارضه روانی تلقی می‌شد، گرفته است و هم اینک رایجترین ناراحتی روانی افراد بالغ را تشکیل می‌دهد.

برآوردها نشان می‌دهند که ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال جامعه، عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی شدید را از خود نشان می‌دهند. حداقل ۱۲ درصد از جمعیت کشورهای پیشرفته در طی عمر خود برای معالجه افسردگی شدید به متخصصان روان‌درمانگری<sup>۳</sup> مراجعه می‌کنند و حدس زده می‌شود که ۷۵ درصد افرادی که در مؤسسات روان‌درمانگری بستری می‌شوند، مبتلا به افسردگی هستند. همینطور در حدود ۳۰ درصد از مردم در طول حیات خود دچار افسردگی می‌شوند اگر چه تنها ۲۰ درصد آنها تحت معالجه قرار می‌گیرند (بک، ۱۹۹۳). مطالعات انجام یافته در سالهای اخیر از سوی متخصصان سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup> که در کشورهای در حال توسعه آسیایی و آفریقایی صورت گرفته، حاکی از افزایش میزان شیوع افسردگی در میان ملل در حال رشد می‌باشد (کرک<sup>۵</sup> و کلارک<sup>۶</sup>، ۱۳۷۸).

از سوی دیگر طیف گستره نشانه‌های اختلال افسردگی، موجب شده که به عنوان یکی از مهمترین بیماریهای روانی<sup>۷</sup> محسوب گردد. شاید بتوان گفت که افسردگی شایعترین اختلال روانشناختی است و میزان شیوع آن چنان است که برخی از مؤلفان، افسردگی را در گستره بیماریهای روانی با سرماخوردگی در قلمرو بیماریهای جسمانی مقایسه می‌کنند (سارافینو، ۱۹۹۴).

در بسیاری از متون روانشناسی، افسردگی بیشتر به عنوان یک اختلال خلقی<sup>۸</sup> تلقی می‌گردد. اما باید توجه داشت که خلاصه کردن افسردگی در چهارچوب اختلال خلقی نوعی ساده‌انگاری است. در واقع افزون بر نشانه‌های خلقی می‌توان دست کم به سه نوع دیگر از نشانه‌ها در این اختلال اشاره داشت: نشانه‌های شناختی<sup>۹</sup>، نشانه‌های انگیزشی<sup>۱۰</sup> و نشانه‌های بدنی<sup>۱۱</sup> یا جسمانی (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۹۹).

اگر چه فراوانی قابل توجه افسردگی از یک سو و طیف وسیع نشانه‌های آسیب شناختی آن از سوی دیگر موجب اهمیت این اختلال در گستره روانشناسی بالینی می‌گردد، ولی نکته سومی که بر اهمیت این اختلال می‌افزاید، اشکال مختلف آن در دوره‌های متممادی تحول<sup>۱۲</sup> است. به عبارت

دیگر گستره این اختلال در چهارچوب تحول از افسردگی اتکایی<sup>۱۳</sup> نوزادی تا افسردگیهای دوران پیری امتداد دارد (دادستان، ۱۳۷۶).

اما مساله افسردگی در نوجوانی<sup>۱۴</sup> به سبب آنکه در این دوره بحرانها و عدم تعادل‌های فراوانی وجود دارد حائز اهمیت بیشتری است (لوینسن و همکاران؛ ۱۹۹۳). افسردگی در نوجوانان و جوانان یکی از معدود اختلالات روانی است که در صورت عدم کنترل می‌تواند به مرگ (خودکشی<sup>۱۵</sup>) منجر شود. تا جائیکه در برخی از کشورها از جمله امریکا خودکشی دومین علت عمده مرگ پس از تصادفات رانندگی در میان نوجوانان و جوانان گزارش شده است. (اداره سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده، ۱۹۸۷؛ به نقل از سلیگمن و روزنهان، ۱۹۹۹).

اگرچه در ابتدای قرن ۲۱ یا پیشرفتهای چشمگیر علوم عصب شناختی و تعیین زیر بنای عصبی- شیمیایی<sup>۱۶</sup> افسردگی، این انتظار مطرح می‌گردد که تلاشهای درمانی این اختلال به سمت دارو درمانگری گرایش یابد ولی استفاده از شیوه‌های درمانی غیر دارویی و انواع مختلف روان درمانگری‌ها همچنان با قاطعیت در عرصه مداخلات درمانی افسردگی حضور دارند. شاید بتوان این حضور به ظاهر تعارض آمیز را این چنین تبیین نمود که مداخلات روانشناختی نیز از طریق ایجاد تغییر در محورهای عصبی - شیمیایی سودمند واقع می‌شود. بهر حال این سودمندی در مورد برخی از انواع افسردگیها (بخصوص افسردگی یک قطبی<sup>۱۷</sup>) بسیار برجسته است و نیز عوارض جانبی دارو و درمانگری را در بر ندارد.

در بحث شیوه‌های درمانگری، یکی از شیوه‌های نسبتاً نوینی که در چند دهه اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، موسیقی درمانگری<sup>۱۸</sup> است. موسیقی درمانگری را می‌توان به عنوان ابزار و شبکه‌های ارتباطی برای ارتباط متقابل بین بیمار و درمانگر از طریق موسیقی و نشانه‌های موسیقایی تعریف کرد که تغییراتی را هم در وضعیت بیمار و هم در شیوه ارتباطی ایجاد می‌کند. درمانگر با استفاده از ارتباط خلاق موسیقایی در موقعیت درمانگری تجربیاتی را بر اساس موسیقی بوجود می‌آورد که به اهداف درمانگری منجر می‌شود (پاجتی<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از زاده محمدی و همکاران، ۱۳۸۰)

مطالعات بسیاری به آثار و پیامدهای زیست - شیمیایی<sup>۲۰</sup>، موسیقی درمانگری از جمله هماهنگی در امواج موج نگار الکتریکی مغز<sup>۲۱</sup> قطعه پیشانی (فوکس، ۱۹۹۹؛ دیویدسن، ۱۹۸۸). تغییرات کورتیزول (مورن هینوگ، ۱۹۹۲ و مک‌کینی، ۱۹۹۵) و تغییرات ایمنی شناختی

(مک کینی، ۱۹۹۵) پرداخته‌اند.

افزون بر حلقه ارتباطی تغییرات عصبی - شیمیایی که موسیقی درمانگری را برای تعدیل افسردگی<sup>۲۲</sup> مناسب می‌سازد، به نظر می‌رسد که سودمندی موسیقی درمانگری به خصوص در قلمرو افسردگی نوجوانان از طریق مؤلفه‌های دیگر نیز قابل تبیین است. برای نوجوانان پرداختن به موسیقی (گوش فرادادن یا نواختن) یک شیوه بیان عاطفی و یاری‌رویی با عوامل تیدگی‌زای<sup>۲۳</sup> محیطی و مقابله با تنهایی است (وایت، ۱۹۸۵؛ مور و شولتز، ۱۹۸۳). البته باید اذعان داشت که استفاده از برخی گونه‌های موسیقی نیز زمینه ساز خشونت، گرایش به الکل و مواد مخدر و بزهکاریهای مختلف است (توک و وایس، ۱۹۹۴). به رغم آنکه پژوهشهای موجود بر اهمیت موسیقی در زندگی نوجوانان و جوانان صحه گذاشته‌اند و سودمندی موسیقی به عنوان یک ابزار مداخله درمانگری برای افسردگی نیز در خلال واریسهای فراوان تأیید شده است، پژوهشهای اندکی تأثیر موسیقی درمانگری را در تعدیل افسردگی نوجوانان مورد تأیید قرار داده‌اند (هندریکس و همکاران، ۱۹۹۹).

به‌طور خلاصه در این پژوهش ضمن بررسی تأثیر موسیقی درمانگری بر کاهش افسردگی نوجوانان، تفاوت دو گونه مختلف موسیقی درمانگری فعال<sup>۲۴</sup> و فعل‌پذیر<sup>۲۵</sup> نیز مورد ارزیابی قرار گرفته و در زمینه موسیقی درمانگری به روش فعل‌پذیر نیز استفاده از موسیقی پاپ ایرانی و موسیقی پاپ غربی مورد واریس قرار گرفته است.

## روش

### ● جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی شهرستان کاشان که به دلیل افسردگی از سوی مدارس به کلینیک مشاوره و درمان آموزش و پرورش شهرستان کاشان ارجاع داده می‌شوند و در نهایت، تشخیص افسردگی توسط کارشناسان بالینی در مورد آنان محرز می‌گردد. تعداد افراد گروه نمونه عبارتست از تعداد ۸۰ نفر دانش‌آموز مبتلا به افسردگی که از جامعه فوق‌الذکر به صورت تصادفی انتخاب و به روش تصادفی در چهار گروه (سه گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایگزین گردیده‌اند.

آزمودنیها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از جامعه آماری دختران مبتلا به

افسردگی ارجاع داده شده به مرکز مشاوره و درمان کاشان، انتخاب و در نهایت به صورت تصادفی در گروههای آزمایش و کنترل جایگزین شده‌اند.

#### ● مقیاس و ابزارهای پژوهش

در انجام این پژوهش به منظور تشخیص افسردگی آزمودینها از سیاهه افسردگی بک<sup>۲۶</sup> (۱۹۸۸) و مصاحبه بالینی استفاده شده است. سیاهه افسردگی بک (BDI) دارای دو نوع فرم بلند و فرم کوتاه است. فرم بلند آن که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته دارای ۲۱ ماده است که پاسخها روی یک مقیاس چهار درجه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

بررسیهای روایی یابی معمولاً دامنه بالایی از همبستگی را میان نمره‌های این پرسشنامه و سایر مقیاسهای افسردگی بدست آورده‌اند. بررسیهای بعمل آمده در خصوص اعتبار این پرسشنامه نشان دهنده ضریب ثبات درونی  $0.73$  تا  $0.65$  و اعتبار باز آزمایی در فواصل چند ساعت تا چهار ماه از  $0.48$  تا  $0.90$  می‌باشد (بک و همکاران، ۱۹۸۸).

برای انجام روش موسیقی درمانگری فعال از مجموعه سازهای ارف<sup>۲۷</sup> و طبل استفاده به عمل آمده است. این مجموعه شامل زیلوفون<sup>۲۸</sup>، متالوفون<sup>۲۹</sup> و بل<sup>۳۰</sup> می‌باشد.

جهت ارائه موسیقی درمانگری به روش فعل پذیر با استفاده از موسیقی پاپ ایرانی، از موسیقی که با ریتم  $\frac{1}{8}$  که بر اساس مترونوم دارای سرعت ۲۲۰ ضربه می‌باشد استفاده به عمل آمده و برای موسیقی پاپ غربی از موسیقی با ریتم  $\frac{4}{4}$  و  $\frac{2}{4}$  که بر اساس مترونوم<sup>۳۱</sup> دارای سرعت بالاتری نسبت به موسیقی پاپ ایرانی می‌باشد و در محدوده<sup>۳۲</sup> گام مینور<sup>۳۳</sup> و ماژور<sup>۳۳</sup> نواخته می‌شود استفاده شده است.

#### ● طرح تحقیق و روند اجرا

پژوهش حاضر در مقوله مطالعات تجربی قرار می‌گیرد. در این پژوهش سه گروه آزمایش و یک گروه گواه وجود داشت. گروه آزمایشی اول طی یک ماه روش موسیقی درمانگری فعال را تجربه کرد. گروه آزمایشی دوم، موسیقی درمانگری فعل پذیر با استفاده از موسیقی پاپ ایرانی و گروه آزمایشی سوم موسیقی درمانگری فعل پذیر با استفاده از موسیقی پاپ ایرانی را تجربه کرد.

در این مدت گروه گواه هیچ مداخله درمانی دریافت نکرد. آزمودنیهای هر چهار گروه قبل از کاربندی تجربی به منظور تعیین سطح افسردگی تحت پیش آزمون قرار گرفته و مجدداً پس از اتمام کاربندی، پس آزمون در مورد آنها به اجرا در آمد.

#### ● روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

با توجه به اینکه ماهیت طرح ایجاب می‌نماید که میانگین تفاوت افسردگی آزمودنیهای چهار گروه در پیش آزمون و پس آزمون با هم مقایسه شوند. از روش تحلیل واریانس یک راهه و آزمونهای پیگیر<sup>۳۲</sup> استفاده شده است. به منظور دقت بیشتر از آزمون t وابسته نیز برای مقایسه پیش آزمون و پس آزمون هر گروه استفاده شده است.

#### نتایج

جدول ۱ نشان‌دهنده مشخصه‌های آماری در گروههای آزمایش و کنترل می‌باشد. با ملاحظه داده‌های جدول مذکور در می‌یابیم که بین میانگین نمرات پیش آزمون - پس آزمون افسردگی گروه گواه کمترین تفاوت مشاهده می‌شود، در حالیکه بیشترین تفاوت در گروه آزمایشی اول ( $E_1$ ) وجود دارد (یعنی گروهی که تحت مداخله موسیقی درمانگری فعال قرار داشته است).

جدول ۱- مشخصه‌های آماری میزان افسردگی در پیش آزمون - پس آزمون گروههای آزمایشی و گواه

تفاوت بین میانگین‌ها	پس آزمون		پیش آزمون		شاخصها گروه
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۵۰	۲/۰۷	۲۵/۱۰	۴/۱۰	۲۴/۶۰	گواه
۱۱	۱/۶۹	۱۵/۱۵	۲/۳۲	۲۶/۱۵	آزمایشی اول ( $E_1$ )
۵/۱۵	۱/۶۶	۲۰/۳۰	۲/۰۱	۲۵/۴۵	آزمایشی دوم ( $E_2$ )
۶	۱/۸۴	۱۹/۳۵	۲/۳۷	۲۵/۳۵	آزمایشی سوم ( $E_3$ )

گروه آزمایشی سوم (گروهی که تحت مداخله روش موسیقی درمانگری فعل پذیر با استفاده از نغمه‌های ایرانی قرار داشته است) در مقایسه با گروه آزمایش دوم (گروهی که تحت مداخله روش موسیقی درمانگری فعل پذیر با استفاده از نغمه‌های غربی قرار داشته است) تفاوت بیشتری در تغییر میانگین افسردگی بین پیش آزمون و پس آزمون داشته است.

جدول ۲. خلاصه تحلیل واریانس میانگین‌های پیش آزمون میزان افسردگی در چهار گروه

اثرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مشاهده شده	سطح معناداری
بین گروهها	۲۴/۱۳۷	۳	۸/۰۴۶	۱/۰۱۱	۰/۳۹۳
درون گروهها	۶۰۴/۸۵۰	۷۶	۶/۹۵۹		
کل	۶۲۸/۹۸۸	۷۹			

نتایج به دست آمده در جدول ۲ بیانگر عدم وجود تفاوت در مقادیر میانگین‌های پیش آزمون چهارگروه می‌باشد. لذا از نظر سطح نمرات افسردگی، چهار گروه قبل از انجام مداخله درمانی در سطح یکسان قرار داشته‌اند.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس میانگین‌های پس آزمون میزان افسردگی در چهارگروه

اثرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مشاهده شده	سطح معناداری
بین گروهها	۸۰۰/۸۵۰	۳	۳۳۳/۶۸۷	۱۰۰/۱۷۷	۰/۰۰۰
درون گروهها	۲۵۳/۱۰۰	۷۶	۳/۳۳۰		
کل	۱۲۵۳/۹۵۰	۷۹			

داده‌های جدول ۳ بیانگر وجود تفاوت معنادار ( $p < ۰/۰۰۱$ ) در مقادیر میانگین‌های پس آزمون گروههای آزمایشی و گواه می‌باشد. لذا به منظور تعیین چگونگی این تفاوت از آزمون پیگیر LSD استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون LSD در مورد تفاوت میانگین‌های پس آزمون افسردگی گروههای آزمایشی و گواه

تفاوت گروهها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
گواه با E <sub>1</sub>	۹/۹۵	۰/۵۸	۰/۰۰۰
گواه با E <sub>2</sub>	۴/۸۰	۰/۵۸	۰/۰۰۰
گواه با E <sub>3</sub>	۵/۷۵	۰/۵۸	۰/۰۰۰
E <sub>2</sub> با E <sub>1</sub>	-۵/۱۵	۰/۵۸	۰/۰۰۰
E <sub>3</sub> با E <sub>1</sub>	-۴/۲۰	۰/۵۸	۰/۰۰۰
E <sub>3</sub> با E <sub>2</sub>	۰/۹۵	۰/۵۸	۰/۱۰۴

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴، بین میانگین‌های گروه گواه و گروههای آزمایشی

( $E_1, E_2, E_3$ ) در نمرات پس آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/001$ ). از سوی دیگر بین میانگین‌های گروه آزمایشی اول ( $E_1$ ) با میانگین‌های گروه‌های آزمایشی دوم ( $E_2$ ) و سوم ( $E_3$ ) نیز تفاوت معنادار ( $p < 0/001$ ) مشاهده می‌شود ولی بین مقادیر میانگین‌های پس آزمون گروه‌های آزمایشی دوم ( $E_2$ ) و سوم ( $E_3$ ) تفاوتی مشاهده نشده است. نتایج ضمن تأکید به سودمندی موسیقی درمانگری در کاهش افسردگی بیانگر اثربخشی بیشتر موسیقی درمانگری به روش فعال در مقایسه با موسیقی درمانگری به روش فعل‌پذیر می‌باشد.

جدول ۵. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه میانگین‌های پیش آزمون - پس آزمون هر گروه

گروهها	تعداد	درجه آزادی	t مشاهده شده	سطح معناداری
گواه (پیش آزمون - پس آزمون)	۲۰	۱۹	-۶/۳۶	۰/۵۳۲
آزمایشی اول $E_1$ (پیش آزمون - پس آزمون)	۲۰	۱۹	۲۴/۲۷۹	۰/۰۰۰
آزمایشی دوم $E_2$ (پیش آزمون - پس آزمون)	۲۰	۱۹	۱۹/۴۸۳	۰/۰۰۰
آزمایشی سوم $E_3$ (پیش آزمون - پس آزمون)	۲۰	۱۹	۱۵/۶۳	۰/۰۰۰

به منظور تحلیل دقیق‌تر یافته‌ها افزون بر تحلیل واریانس از آزمون t وابسته نیز برای مقایسه میانگین پیش آزمون و پس آزمون هر یک از گروه‌ها استفاده شده است. جدول ۵ هر یک از مقایسه‌ها را در گروه‌های مختلف نمایان می‌سازد. این یافته‌ها، نشان دهنده عدم وجود تفاوت معنی دار در نتایج پیش آزمون - پس آزمون گروه گواه و وجود تفاوت معنی دار در مقادیر پیش آزمون - پس آزمون تمامی گروه‌های آزمایشی می‌باشد ( $p < 0/001$ ).

## بحث

از مدت‌ها پیش، پژوهشگران از همه شاخه‌های علوم از جمله مردم‌شناسان، روانشناسان و ... این سؤال را مطرح کرده‌اند که چرا موسیقی که هیچگونه ارزش به ظاهر ماندگار ندارد، در خزانه رفتاری، در طی هزاران سال باقی و پا برجا مانده است (هاجر، ۱۹۸۰؛ واینر، ۱۹۸۲). حضور

موسیقی در هر فرهنگ بشری، اشاره‌ای کید بر نشأت گرفتن آن از یک فرایند زیستی - عصبی دارد (برلاین، ۱۹۷۱؛ هاجز، ۱۹۸۰، اسلوبودا، ۱۹۸۵).

طبق سوابق ثبت شده از تمدنهای اولیه، از موسیقی برای درمان بیماریهای جسمانی و روانی استفاده می شده است. حتی در کتب دینی مثل تورات و انجیل اشاراتی در مورد خصوصیات آرامبخش و تسکین دهنده موسیقی را ملاحظه می کنیم.

پژوهشهای متعددی آثار موسیقی را بر واکنشهای فیزیولوژیکی بدن تأیید کرده اند (گیبونز، ۱۹۸۴ و ۱۹۸۸؛ پالمر، ۱۹۸۹). بر حسب نظر استراسک (۱۹۸۹)، موسیقی یک درمان مؤثر بر کاهش افسردگی در افراد مبتلا می باشد. مطالعات توصیفی و تجربی بر اثر بخشی استفاده از روش موسیقی درمانگری در مواردی از قبیل انطباق و سازش با محیط، بیان احساسات، افزایش حس آگاهی و مسئولیت پذیری، تداعی افکار مثبت و تعامل اجتماعی تأیید کرده اند (پریکت، ۱۹۸۸؛ اسمیت، ۱۹۹۰؛ وان درارک، نیومن وبل، ۱۹۸۳). موسیقی در موارد زیادی می تواند سبب سازش بیمار با درد یا اضطراب گردد و لذا به عنوان یک راهبرد تکمیلی برای دیگر درمانها در مراکز بیمارستانی و نگهداری سالمندان به صورت گسترده ای مورد استفاده قرار گرفته است (هانسر و تامپسون، ۱۹۹۴؛ استانلی، ۱۹۸۶؛ مارانتو، ۱۹۹۲).

با توجه به یافته های پژوهش حاضر، اثر موسیقی درمانگری در سه گروه آزمایشی به خوبی مشهود است و این روش در مهار و کاهش افسردگی آزمودنیهای گروههای آزمایشی اثر بخش بوده است. لذا نتایج این پژوهش در راستای دیگر مطالعات موجود اثر بخشی استفاده از موسیقی را به عنوان یک روش درمانگری، تأیید می نماید.

در مقایسه روش موسیقی درمانگری به روش فعال و فعل پذیر، پژوهشها بر تأثیر بیشتر روش فعال تأکید داشته اند. در روش فعال به دلیل درگیری مستقیم آزمودنی با آلات موسیقی و نواختن آن هم به علت قرار گرفتن در یک کار گروهی، تعامل اجتماعی و ارتباط آنها با یکدیگر افزایش یافته و با نواختن یک ریتم یا آهنگ خاص، حس خلاقیت آنها پرورش می یابد (آلد ریچ، ۱۹۹۶). در این روش با انجام حرکات ضرب آهنگی گروهی و دستکاری سازهای گوناگون و خواندن گروهی احساس علاقه به زندگی افزایش یافته و فرایند تخلیه هیجانی به بهترین وجه صورت می گیرد. در این پژوهش نیز با توجه به اختلاف نتایج گروهی که تحت مداخله موسیقی درمانگری به روش فعال قرار داشت با دو گروه دیگر، نتایج در راستای دیگر

پژوهشهای موجود بر اثر بخشی بیشتر این روش صحنه گذاشته است.

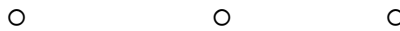
ماهیت اجتماعی - فرهنگی موسیقی هنگامیکه به صورت نمادها و علایم، برجستگی بسیاری در اعمال و فعالیت‌های بشری داشته یا به عنوان جزء مکمل تعداد بی شماری از کوششها و فعالیت‌های دیگر که بدون موسیقی نمی‌توانند به طور مناسبی اجرا شوند و یا اصولاً امکان اجرا نمی‌یابند، کاملاً مشهود است. احتمالاً هیچ فعالیت فرهنگی دیگری وجود ندارد که اینچنین دارای تسری و نفوذ باشد. موسیقی، ما را از گهواره تاگور همراهی می‌کند (از همان نخستین لایلی‌ها آغاز و با آوازهای مراسم ختم و مجالس یاد بود فرد متوفی خاتمه می‌یابد). در میان فرهنگ‌های پیچیده طبقاتی، موسیقی می‌تواند به صورت شاخص اجتماعی یا نهاد و سمبول تعیین هویت گروهی عمل کند. سلیقه و ترجیح شنونده در مورد سبک‌های خاص و شیوه‌های ویژه از قبیل موسیقی روستایی، راک، جاز، یا موسیقی اپرا، اغلب با طبقات مختلف اجتماعی، سبک‌ها و شیوه‌های زندگی و گروه‌های نژادی وابستگی تام دارد (کفلر، ۱۹۹۰).

ماراتو (۱۹۹۲)، موسیقی را بسان صورت و الگویی زبانگونه توصیف می‌نماید که به وسیله آن انسانها مفاهیم ذهنی خود را بیان می‌کنند و با دیگران ارتباط برقرار می‌نمایند. بنا به اظهار لاتوم (۱۹۷۱)، موسیقی به برقراری ارتباط در میان افرادی که تعامل کلامی آنها از هم گسیخته است، کمک می‌کند. ویژگی دیگر ارتباط موسیقایی عبارتست از عدم وابستگی آن به پاسخ‌های منطقی و هوشمندانه، به گفته التشلر (۱۹۵۶)، مزیت موسیقی این است که انسان را با موانع فکری و عقلانی در برقراری ارتباط مواجه نمی‌سازد. لذا با توجه به اینکه پاسخهای عاطفی و احساسی از فرهنگی به فرهنگ دیگر تغییر می‌یابند و دگرگون می‌شوند، بنابراین در کاربرد موسیقی می‌بایست به محتوا و تناسب موسیقی با ویژگی‌های فرهنگی توجهی جدی نمود.

در پژوهش حاضر در مقایسه دو سطح موسیقی درمانگری فعل‌پذیر (با استفاده از نغمه‌های ایرانی و نغمه‌های غربی) تفاوت معناداری دریافته‌ها مشاهده نشد. البته با مقایسه میانگین‌های گروه آزمایشی دوّم و سوّم، کاهش بیشتری در مقادیر نمرات گروه سوم (یعنی گروهی که از نغمه‌های ایرانی استفاده کرده‌اند) مشاهده می‌شود؛ اما این تفاوت معنادار نبوده است.

در واقع یکی از یافته‌های مهم این پژوهش این است که در دو سطح اجرای موسیقی درمانگری فعل‌پذیر تفاوتی آشکار مشاهده نشده است. یکی از دلایل این عدم تفاوت می‌تواند

مربوط به ویژگیهای دوران نوجوانی باشد. به عبارت دیگر نوجوانان گرایش بیشتری به موسیقیهای تند و سریع دارند و دلیل دیگر می تواند تلفیق و نزدیکی روز افزون موسیقی ایرانی با موسیقی غربی در بخشهای مختلف هنری باشد. در نهایت یافته های این پژوهش، مبنای تأثیر موسیقی درمانگری بر کاهش و مهار افسردگی در نوجوانان بوده و اثر بخشی بیشتر موسیقی درمانگری به روش فعال را در مقایسه با روش غیر فعال نشان داده است.



#### یادداشت ها

- |                           |                                     |
|---------------------------|-------------------------------------|
| 1- Depression             | 2- Anxiety                          |
| 3- Psychotherapy          | 4- Word Health Organization         |
| 5- Kirk, G.               | 6- Clark, D. A.                     |
| 7- Mental Disorder        | 8- Mood disorder                    |
| 9- Cognitive Indicator    | 10- Motivational indicator          |
| 11- Somatic Indicator     | 12- Development                     |
| 13- Anaclitic             | 14- Adolescence                     |
| 15- Suicide               | 16- Neurochemical                   |
| 17- Unipolar              | 18- Music therapy                   |
| 19- Pachetti              | 20- Bio-chemical                    |
| 21- Electro Encephalogram | 22- Immunologic                     |
| 23- Stressor              | 24- Active                          |
| 25- Passive               | 26- Beck Depression Inventory (BDI) |
| 27- Orf                   | 28- Xylophone                       |
| 29- Metallophone          | 30- Bell                            |
| 31- Metronome             | 32- Minor                           |
| 33- Major                 | 34- Post hoc                        |

#### منابع

- دادستان، پریخ (۱۳۷۶). روانشناسی مرضی تحولی، تهران، انتشارات سمت.
- زاده محمدی، علی، محمود حیدری، محمد مجد تیموری (۱۳۸۰). بررسی اثر موسیقی درمانگری بر علایم منفی و مثبت بیماران روان گسیخته. مجله روانشناسی، سال پنجم، شماره ۳.
- کرک، جی؛ کلارک، دی. ام. (۱۳۷۸). رفتار درمانی شناختی، ترجمه: حبیب الله قاسم زاده، انتشارات ارجمند.

- Aldridge, D. (1996). *Music therapy research and practice in medicine: From out of the silence*. London: Jessica Kingse Publishers.
- Altshuler, I. M. (1956). Music potentiating drugs. In E. T. Gaston (Ed), *Music therapy 1955*. Lawrence,ks: National Association for Music Therapy, 120-126.
- Beck, A. T. (1988). *Beck Depression Inventory (BDI)*, Sidcup: The Psychological Corporation.
- Beck, A. (1993). Controversies in cognitive therapy: A dialogue with Aeron T. Beck and Steve Hollon. 1992. World Congress of Cognitive Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7 (2) 79-93.
- Berlyne, D. E. (1971). Aesthetics and psychobiology. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Davidson, R. J. (1988). EEG measure of cerebral activation: Conceptual and methodological issues. *International Journal of Neuroscience*, 39, 71-89.
- Field, T.(1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-73
- Fox, N. A. (1999). Dynamic cerebral processes underlying emotion regulation. In N.A Fox (Ed), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral consideration*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 159-166.
- Gibbons, A. C. (1988). A review of literature for music development and education. *Music Therapy Perspectives*, 5, 33-40.
- Gibbons, A. C. (1984). Music development in the elderly: What are the chances? *Design for Arts in Education*, 73,44-49.
- Hanser, S. B. & Thompson, L. W. (1994). Effects of music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology*, 49, 265-269.
- Hendricks, G.; Beth, B.; Loreta, Y. & Davis, K. (1999). Using music techniques to treat adolescent depression. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*. 38, 1, 39.
- Hodges, D. A. (Ed) (1980). Handbook of music psychology. Lawrence, Ks: National Association for Music Therapy.
- Keffler, K. E. (1990). Cultural context as it relates to music therapy. Ontario: Schirmer Books.
- Lathom, W. (1971). Concepts of information theory and their relationship to music therapy. *Journal of Music Therapy*, 13(3), 111-116.
- Lewinsohn, P. M.; Hops, H.; Roberts, R. Seeley, J. R. & Andrew (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other; DSM-III-R disorder in high school students: *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 83-204.
- Maranto C. D. (Ed.) (1992). *Music and medicine*. Silver spring, MD: National Association for

Music Therapy.

- McKinney, C. H. (1995). The effect of the Bonny method of guided imagery and music on mood, emotional expression, cortisol, and immunologic control of latent Epstein-Barr virus in healthy adults. Dissertation Abstracts International: section B: *The Sciences Engineering*, 55(7-B).
- Moore, D. & Schultz, N. R. (1983). Loneliness at adolescence: Correlates, attribution and coping. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 95-100.
- Mornhinwag, G. C. (1992). Effects of music performance and selection on stress reduction. *Journal of Holistic Nursing*, 10, 101, 109.
- Palmer, M. D. (1989). Music therapy in gerontology: A review and a projection. *Music Therapy Perspectives*, 6, 52-59.
- Prickett, C. A. (1988). *Effectiveness of music therapy procedures*: Documentation of research and clinical practice. Washington: National Association for Music Therapy.
- Rosenhan, D. & Seligman, M. (1999). Abnormal psychology. New York: W.W. Norton.
- Sarafino, E. D. (1994). *Health psychology biopsychosocial interaction*. New York.
- Smith, D. S. (1990). Therapeutic treatment effectiveness: Implications for music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 8, 32-40.
- Standley, J. M. (1986). Music research in medically dental treatment: Meta-analysis and clinical application. *Journal of Music Therapy*, 23, 356-122.
- Strasleske, C. A. (1989). Musically induced mood: Effects on judgments of self-efficacy. *Dissertation Abstracts International*, 50 (1-B), 355.
- Took, K. Y. & Weiss, D. S. (1994). The relationship between heavy metal and rap music and adolescent turmoil. *Journal of Abstracts Adolescence*, 29, 613-623.
- Vanderark, S.; Newman, K. & Bell, S. (1983). The effects of music therapy on quality of life, *Journal of Music Therapy*, 3, 71-81.
- White, A. (1985). Meaning and effects of listening to popular music. Implication for counseling. *Journal of Counseling and Development*, 64, 65-69.
- Winner, E. (1982). *Invented worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.