

تأثیر موسیقی درمانی بر علائم مثبت بیماران اسکیزوفرنی مرکز شفا دزفول

مریم مایار^o
فرزانه گل شکوه^{oo}

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر موسیقی درمانی (فعال و غیرفعال) بر علائم مثبت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مرکز شفا دزفول بود. در این مطالعه ۷۵ بیمار اسکیزوفرنی شرکت داشتند که در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش (۱) در جلسات موسیقی درمانی فعال شامل خواندن، نواختن و حرکات موزون شرکت کردند و گروه آزمایش (۲) در جلسات موسیقی درمانی غیرفعال که شامل شنیدن موسیقی دلخواه است شرکت کردند و گروه کنترل هیچگونه موسیقی دریافت نکردند. گروه‌های آزمایش، پنج روز در هفته به مدت یک ماه، که هر جلسه به مدت یک ساعت بود قرار گرفتند. کلیه بیماران پیش از آزمون و پس از آزمون از نظر میزان علائم مرضی مثبت توسط مقیاس علائم مثبت و منفی (PNS-Q) اندازه‌گیری شدند. تحلیل آماری با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) نشان داد که موسیقی درمانی فعال و غیرفعال باعث کاهش علائم مثبت ($F=29/14, P=0/0001$) اسکیزوفرنی بیماران مرکز شفا دزفول گردید بنابراین فرضیه‌های پژوهش تأیید شد.

کلید واژگان: اسکیزوفرنی، علائم مثبت، موسیقی درمانی.

* کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

** عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیمشک

این مقاله برگرفته پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم مریم مایار به راهنمایی دکتر غلامرضا پاشا و مشاوره دکتر فرح نادری است.

مقدمه:

کاتاتونیک^۹، آشفته^{۱۰}، باقیمانده^{۱۱} و نامتمایز^{۱۲}، علائم مرضی مشخص را دارا هستند (سادوک^{۱۳} و کاپلان^{۱۴}، ۲۰۰۳). در دهه های اخیر روی آورد جدیدی در شناسایی و طبقه بندی علائم بیماری اسکیزوفرنی تعیین و تثبیت شده است که علائم مرضی بیماری اسکیزوفرنی را در سه گروه علائم مثبت، علائم منفی و علائم مختلط طبقه بندی کرده است. علائم مثبت شامل نشانه های مرضی مانند هذیان، توهم و اختلالات فکری است و علائم منفی به زمینه های مرضی عواطف، کلام، انگیزه، علائق و روابط اجتماعی بیماران روان گسیخته اشاره دارد (بارلو^{۱۵} و دورند^{۱۶}، ۱۹۹۵ نقل از آندرسون، ۱۹۸۲).

روان گسیختگی با علائم مختلط هیچ یک از علائم منفی و مثبت را به طور غالب دارا نیست و از هر گروه علائم در بیمار مشاهده می شود. در سال ۱۹۸۴ جکسن^{۱۷} و هاگلینگ^{۱۸} علائم منفی و مثبت را مطرح کردند. از سوی دیگر کرو^{۱۹} (۱۹۸۰) تفاوت این دو گروه علائم را با توجه به آسیب شناسی، دوره درمان و پاسخ به داروها و سبب شناختی آنها مطالعه کرد. پس از آن اندریسن^{۲۰} و آلسن^{۲۱} (اندریسن، ۱۹۸۲) با ارزیابی دقیق بالینی، سه نوع روان گسیختگی را با علائم منفی، مثبت و مختلط شناسایی و مقیاس استاندارد شده ای برای ارزیابی علائم مثبت و منفی اجرا و ارائه کردند.

در میان اختلالات روانی، یکی از پیچیده ترین و عجیب ترین اختلالات، اسکیزوفرنی^۱ است. اسکیزوفرنی را باید یکی از مهم ترین اختلالات روانپزشکی دانست زیرا علاوه بر اینکه عملکرد فرد را به طور جدی تخریب می نماید، خانواده بیماران را نیز به طور مستمر تحت تأثیر قرار داده و آنان در این بیماری که در آن طیف گسترده ای از کارکردهای شناختی به ویژه حافظه، توجه، مهارت های حرکتی، کارکردهای اجرایی و هوش آسیب می بینند، از هر صد نفر یک نفر را تحت تأثیر قرار می دهد و در آن باید سالیان طولانی با بیمار خود مدارا کنند (کاربیک^۲، ۲۰۰۵). در این بیماری علاوه بر هزینه های کلان درمانی، فشار روانی زیادی نیز بر خانواده بیماران تحمیل می گردد بدین جهت درمان این اختلال باید مناسب و همه جانبه باشد تا علاوه بر رهایی بیمار از علائم و نشانه ها، افراد مراقبت کننده از بیمار نیز فشار کمتری را تجربه نمایند (گلد^۳، هل دال^۴، داهل^۵ و ویگرام^۶، ۲۰۰۹). بنابراین بیماران اسکیزوفرنی با اختلالات بارز و شدید در تفکر، عواطف و رفتار؛ و وجود علائمی چون هذیان و توهم شناسایی می شوند که بر حسب نوع روان گسیختگی براساس مجموعه تشخیص و آماری بیماری های روانی^۷ (۲۰۰۰) پارانوئید^۸،

9 catatonic

10 disorganized

11 residual

12 undifferentiated

13 Sadock

14 Kaplan

15 Barlow

16 Durand

17 associative

18 Hughlings

19 Crow

20 Andreasen

21 Olsen

1 Schizophrenia

2 Karpick

3 Gold

4 heldal

5 Dahel

6 Wegram

7 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV-TR)

8 paranoid

و تقویت سلامت بدنی و روانی تعریف می کند. به طور کل دوروش موسیقی درمانی شامل موسیقی درمانی فعال^{۱۰} و موسیقی درمانی غیرفعال^{۱۱} رایج است. روش موسیقی درمانی فعال شامل خواندن، نواختن، حرکات موزون (ریتمیک) و بحث و گفتگو پیرامون موسیقی است و روش موسیقی درمانی غیرفعال شامل شنیدن موسیقی است. در موسیقی درمانی فعال عمده تأثیر واکنش های مختلف عاطفی، ذهنی، حسی و حرکتی و در موسیقی درمانی غیرفعال واکنش های عاطفی و ذهنی، تحریک و هماهنگی می شوند (ویگرام، ۲۰۰۲؛ ویگرام و دی بیکر^{۱۲}، ۱۹۹۹).

در چند دهه اخیر محققان و پژوهشگران تأثیر موسیقی درمانی را بر بیمارهای مختلف روانی و جسمی مطالعه کرده اند. تا کنون بیش از دوهزار تحقیق نظامدار پیرامون تأثیر موسیقی بر کنش ها و زمینه های گوناگون روانپزشکی، پزشکی و توانبخشی انجام شده است که بطور کلی اثر مثبت فعالیت های موسیقایی را نشان می دهد. اگرچه این تحقیقات در شناخت دلایل بنیادین تأثیر روانشناختی موسیقی به قطعیت نظری دست نیافته است اما فرایند تأثیر از راه هایی چون تخلیه و تغییر احساسات، تقویت و غنی سازی عواطف، ایجاد انرژی و انگیزه، تقویت هماهنگی در کنش های فیزیولوژیک، تغییر در سطح هورمونهای مختلف، ارتباط و علاقه به محیط و ایجاد آرامش عملا مشاهده می شود. از این میان تحقیقات متعددی که پیرامون تأثیر موسیقی درمانی برای

در علامت شناسی اندرینس بیماران روان گسیخته با علائم مثبت با پنج گروه علامت شامل هذیان^۱، توهم^۲، اختلال افکار صوری^۳، رفتارهای عجیب و غریب^۴ و عاطفه نامتناسب^۵ (دی لینگ^۶، ۲۰۰۶). از این رو از نقطه نظر جامعه روانپزشکی و بهداشت جهانی، کوچکترین پیشرفت علمی در درمان این بیماری اهمیت بسیار دارد. خوشبختانه در حال حاضر درمان دارویی بسیار قوی و موثری وجود دارد که می تواند علائم بدخیم اصلی این بیماری را کاهش دهد و هم چنان که درمان های دارویی پیشرفت حیرت انگیزی بدست آورده است، درمان های غیردارویی نیز روش ها و ابزارهای معتبر و متعددی را شامل می شود. هنر درمانی^۷ یکی از شیوه های قدیمی و رایج است و با توجه به کامل نبودن اثربخشی درمان های دارویی و توجه روزافزون به روش های غیردارویی، هنر درمانی به ویژه موسیقی درمانی^۸ به عنوان یکی از شیوه های رایج درمان مورد توجه قرار گرفته است. هدف از موسیقی درمانی این است که بیماران بتوانند روابط خود را گسترش دهند و مطالب و نقطه نظرهایی را که در قالب کلمات نمی توانند بیان نمایند از طریق موسیقی بروز بدهند. (گلد، هل دال، داهل و ویلگرام، ۲۰۰۹). موسیقی درمانی به معنی استفاده از موسیقی و برنامه های تنظیم شده موسیقایی برای توانبخشی تمامی بیماران (جسمی و روانی) است (زاده محمدی، ۱۳۸۴). انجمن ملی موسیقی درمانی آمریکا^۹ (۱۹۹۷) موسیقی درمانی را استفاده از موسیقی برای اهداف درمانی شامل تجدید، ایجاد

10 active music therapy
11 passive music therapy
12 De Backer

1 delusions
2 hallucinations
3 thought disorder
4 bizzare disorganized behaviour
5 restricted affect
6 Deyling
7 art therapy
8 music therapy
9 American Association for Music Therapy (AAMT)

(الریچ^۵، هوتمنس^۶ و گلد^۷ و گلد^۷ و کاستل^۸ (۲۰۰۷) نشان داد که موسیقی درمانی می تواند در کاهش میزان علائم بیماران اسکیزوفرنی نقش مهمی را ایفاء کند. در پژوهشی که توسط کریستین^۹ و کر کوئی^{۱۰} (۲۰۰۷) انجام شد نتایج حاکی از تأثیر مثبت موسیقی درمانی بر روی علائم مثبت بیماران اسکیزوفرنی بوده است.

یافته های انجمن موسیقی درمانی آمریکا (۲۰۰۷) نشان داد که موسیقی درمانی برای بیماران اسکیزوفرنی باعث کاهش تشنج عضلانی، کاهش اضطراب و دلواپسی، ایجاد رابطه و بهبود رابطه، افزایش انگیزه، بهبود تصور از خود و اعتماد به نفس، افزایش تکلم و بهبود انسجام گروهی می شود. ویکرت^{۱۱} دریافت اگر موسیقی بهتر شود باعث می شود که دریافت ارتباط کلامی و طفره رفتن از بین برود و بیمار بهتر بتواند عواطف خود را بیان کند. موسیقی درمانی باعث تصورات مثبت بیمار از زندگی و عملکردهای روزمره می شود. سیلورمن^{۱۲} (۲۰۰۶) میزان علاقه بیماران روانی از موسیقی درمانی و دیگر برنامه های آموزشی را مورد بررسی قرارداد و نتایج نشان دهنده علاقه بیماران روانی به موسیقی درمانی بیشتر از برنامه های آموزشی دیگر بود به علت اینکه بیماران بهتر می توانند عواطف خود را بیان کنند. یافته های کرافورد^{۱۳} (۲۰۰۶) نشان داد که موسیقی درمانی ممکن است فراهم کننده

بیماران روانپزشکی و بیماران دچار اختلالات رفتاری انجام شده است، سهم بیماران اسکیزوفرن بسیار اندک است (زاده محمدی، ۱۳۸۴).

در میان تحقیقات انجام شده درباره تأثیر موسیقی درمانی بر بیماران اسکیزوفرنی؛ تحقیق گلد، هل دات، داهلی وویگرام (۲۰۰۹) نشان داد که از نظر تعداد جلسات، ۲۰ جلسه یا بیشتر همیشه تأثیرات مهمی در بهبود علائم دارد و جلسات کمتر از ۲۰ جلسه، تأثیرات درمانی بصورت مبهم باقی می ماند. پژوهشی دیگر که توسط تحقیق گلد، هل دات، داهلی وویگرام (۲۰۰۹) انجام شد نشان داد که موسیقی درمانی بعنوان درمان مکمل به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی کمک می کند که وضعیت عمومی خود را در رابطه با عملکرد ذهنی و اجتماعی خود بهبود بخشند. کی کاتو^۱، کانوا^۲ و لاموناس^۳ (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند موسیقی درمانی (تا حدود ۱۲ جلسه) در مقایسه با مراقبت های استاندارد دیگر، می تواند بهبوددهنده علائم مثبت بیماران بزرگسال بستری شده اسکیزوفرنی باشد.

لیلین^۴ (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان داد که موسیقی درمانی باعث افزایش عواطف مثبت، کاهش عواطف منفی، بهبود لحن محبت آمیز و کاهش موضع گیری در بیماران روان گسیخته می شود. همچنین موسیقی درمانی می تواند بطور قابل توجهی علائم مثبت بیماران اسکیزوفرنیک را محو کند و ارتباط بین فردی آنها را بهبود بخشد

5 Ulrich
6 Houtmans
7 Purvis
8 Castle
9 Kristen
10 Cercone
11 Weickert
12 Silverman
13 Crawford

1 Ceccato
2 Caneva
3 Lamonace
4 Lillien

که موسیقی درمانگری بر علائم مثبت بیماران روان گسیخته تأثیر مثبت دارد. خلف بیگی (۱۳۸۴) نشان داد که موسیقی درمانی باعث بهتر شدن وضعیت حافظه و توجه بیماران اسکیزوفرن می شود.

لذا با توجه به اینکه موسیقی با نظم و ساختار ذاتی، نیروی ارتباط غیرشفاهی و رغبت ملایمی که دارد می تواند به عنوان ابزار امنی در ایجاد درک واقعیت و ارتباط غیر کلامی برای ارتباط با بیماران شدید روانی مورد استفاده قرار گیرد. فعالیت های تجربی موزیکی مثل آواز خواندن، نواختن ساز، انتخاب نوارهایی برای شنیدن و حرکت با موسیقی، درک وضعیت زمان و مکان را بوجود می آورد و دقت بیماران و توجه لحظه به لحظه آنها را ایجاب می کند. فعالیت سازی و فعالیت های حرکتی موزیکال می تواند به تقویت مهارت های حرکتی، افزایش احساس هوشیاری، تقویت پیروی از دستورات یادگیری ارتباط غیر کلامی با دیگران و آموختن همکاری برای کسب نتیجه مطلوب کمک کند. (گاستن^۸، ۱۹۶۸، سیزر^۹، ۱۹۶۸). پس به طور کلی با توجه به اهمیت موسیقی درمانی در بهبود علائم اسکیزوفرنی، یکی از روش هایی که می توان به عنوان درمان تکمیلی و کمکی در کاهش و بهبود علائم بیماران اسکیزوفرنیا بکار برد، موسیقی درمانی است و هدف از پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سؤال است که آیا موسیقی درمانی (فعال و غیر فعال) بر علائم مثبت بیماران اسکیزوفرنیک تأثیر دارد؟

وسيله ای برای اثربخشی درمان بیماران بستری شده باشد و برخی از علائم اسکیزوفرنی که کمترین واکنش در مقابل درمان دارویی را داشته اند، تقلیل پیدا کرده اند و تشویق بیماران اسکیزوفرنی برای توجیه خود از طریق موسیقی در بهبود علائم آنها تأثیر گذار بوده است.

باکستر^۱ (۲۰۰۶) با بررسی تحقیقات در زمینه موسیقی درمانی نشان داد که موسیقی می تواند به عنوان عامل شتاب دهنده مهمی در کمک به بیماران برای کسب مجدد کارکردهای شناختی و فیزیکی نقش ایفاء نماید. نتایج مولفین کوچگران^۲ (۲۰۰۵) نشان داد که موسیقی درمانی باعث بهبود وضعیت عمومی و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران اسکیزوفرن می شود. تحقیقات جانسون^۳ و بنت^۴ (۲۰۰۴) نشان دهنده تأثیر مثبت موسیقی بر علائم مثبت بیمار بوده است. در تحقیقی که کلارک^۵ و اُکسماین^۶ (۲۰۰۳) انجام دادند نتایج حاکی از تأثیر مثبت موسیقی درمانی بر علائم اسکیزوفرن بوده است همچنین تأکید این محققین در این روش درمانی بر کنترل عوامل مداخله کننده از جمله تفاوت های فردی موجود بین درمانگران و مراجعین و محیط های درمانی، زمینه و بافت فرهنگی موجود بود. یافته های ایتویلی^۷ (۲۰۰۲) نشان دهنده این بود که موسیقی، علائم اضطراب از جمله حالت وسواسی غیرارادی، حساسیت رابطه با اشخاص و اضطراب ناشی از ترس در بیماران اسکیزوفرن را بطور قابل توجهی کاهش می دهد.

در تحقیقی، زاده محمدی (۱۳۸۰) نشان داد

8 Gaston

9 Sears

1 Baxter

2 Cochgran

3 Janson

4 Bent

5 Clark

6 Ocsmayen

7 Etoile

فرضیه های پژوهش

(۱) تا (۳) ارائه شده است.

۱) موسیقی درمانی (فعال و غیر فعال) موجب کاهش علائم مثبت؛ شامل توهم، هذیان، اختلال فکر صوری، رفتارهای عجیب و غریب، عاطفه نامتناسب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می شود.
 ۲) موسیقی درمانی فعال تأثیر بیشتری در کاهش علائم مثبت بیماران اسکیزوفرنی نسبت به موسیقی درمانی غیر فعال دارد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر، از ابزار زیر استفاده شده است:

۱- پرسشنامه خود گزارشی علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی (PNS-Q)

این پرسشنامه توسط آندریسون (۱۹۸۲) طراحی و استاندارد شده است. مقیاس علائم مثبت با ۳۳ سؤال، پنج گروه علائم مثبت بیماران اسکیزوفرن را شامل توهم، هذیان، اختلال فکر صوری، رفتار عجیب و غریب و عاطفه نامتناسب می سنجد. هریک از علائم مثبت این مقیاس در دو سطح غلط و درست از صفر و یک نمره گذاری می شود.

در پژوهش حاضر ضریب اعتبار^۱ برای پنج گروه علائم مثبت از طریق روش همسانی درونی^۲ اندازه گیری شد که ضرایب اعتبار به دست آمده در تمامی علائم معنی دار بود.

روش پژوهش

جامعه نمونه و روش نمونه گیری جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مرکز شفا دزفول بود که در سال ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه آماری این تحقیق شامل تمام افراد جامعه مذکور (۷۵ نفر) بود و برای انتخاب آنها در هریک از گروه ها (۲۵ نفر گروه آزمایشی ۱، ۲۵ نفر گروه آزمایشی ۲ و ۲۵ نفر گروه گواه) از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد. برخی از ویژگی های اعضای نمونه در جداول

جدول ۱: توزیع آزمودنی ها بر حسب سن (سال)

گروه						سن (سال)
کنترل		آزمایش ۲		آزمایش ۱		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۴	۱	۰	۰	۰/۴	۱	زیر ۲۰ سال
۰/۱۲	۳	۰/۲۴	۶	۰/۸	۲	۲۱-۳۰
۰/۲۰	۵	۰/۳۲	۸	۰/۴۴	۱۱	۳۱-۴۰
۰/۴۴	۱۱	۰/۱۲	۳	۰/۳۲	۸	۴۱-۵۰
۰/۲۰	۵	۰/۳۲	۸	۰/۱۲	۳	۵۱-۶۰
۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۲۵	کل

1 validity

2 Internal consistency

جدول ۲: توزیع آزمودنی ها بر حسب سطح تحصیلات

گروه						سطح تحصیلات
کنترل		آزمایش ۲		آزمایش ۱		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۳۲	۸	۰/۳۶	۹	۰/۱۲	۳	ابتدایی
۰/۲۸	۷	۰/۳۲	۸	۰/۲۸	۷	راهنمایی
۰/۴۰	۱۰	۰/۲۸	۷	۰/۵۶	۱۴	متوسطه
۰	۰	۰/۴	۱	۰/۴	۱	فوق دیپلم
۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۲۵	کل

جدول ۳: توزیع آزمودنی ها بر حسب وضعیت تأهل

گروه						وضعیت تأهل
کنترل		آزمایش ۲		آزمایش ۱		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۵۶	۱۴	۰/۹۲	۲۳	۰/۹۲	۲۳	مجرد
۰/۴۴	۱۱	۰/۸	۲	۰/۸	۲	متأهل
۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۲۵	کل

جدول ۴: ضرایب پایایی پرسشنامه علائم مثبت اسکیزوفرنی

ضرایب پایایی		شاخص آماری
تصنیف	آلفای کرونباخ	
۰/۸۴	۰/۸۷	علائم مثبت اسکیزوفرنی
۰/۶۴	۰/۶۰	توهم
۰/۶۵	۰/۶۶	هذیان
۰/۵۷	۰/۵۷	افکار صوری
۰/۶۰	۰/۶۱	رفتارهای عجیب و غریب
۰/۵۷	۰/۵۷	عاطفه نامناسب

یافته های پژوهش

در این قسمت ابتدا یافته های توصیفی، سپس یافته های مربوط به پژوهش ارائه می شود.

الف) یافته های توصیفی:

نتایج یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری میانگین، انحراف معیار، حداکثر و حداقل برای متغیر مورد مطالعه در این پژوهش در جداول ۵ و ۶ ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می شود در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف کل علائم مثبت اسکیزوفرنی هر یک از گروه ها به ترتیب

همچنین در پژوهش حاضر اعتبار همزمان پرسشنامه علائم مثبت اسکیزوفرنی با خرده مقیاس اسکیزوفرنی پرسشنامه MMPI انجام شد که ضریب اعتبار بدست آمده ۰/۷۸ بود که در سطح $P < 0/05$ معنی دار بود. همچنین در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه علائم مثبت اسکیزوفرنی از روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که نتایج در جدول (۴) ارائه شده است. همانطور که در جدول (۴) مشاهده می شود ضرایب پایایی پرسشنامه علائم مثبت اسکیزوفرنی بین ۵۷ تا ۰/۸۷ در نوسان بود.

جدول ۵: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره علائم مثبت اسکیزوفرنی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و تفاضل (پیش آزمون - پس آزمون)

ردیف	مرحله	شاخص آماری		میلگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد
		گروه	گروه					
علائم مثبت اسکیزوفرنی	پیش آزمون	گروه آزمایش ۱	۱۸/۶۰	۶/۱۹	۵	۲۸	۲۵	
		گروه آزمایش ۲	۱۵/۵۲	۵/۵۸	۴	۲۳	۲۵	
		گروه کنترل	۱۵/۶۰	۶/۱۸	۳	۲۵	۲۵	
	پس آزمون	گروه آزمایش ۱	۶/۷۶	۳/۶۷	۱	۱۶	۲۵	
		گروه آزمایش ۲	۹/۶۴	۵/۸۰	۱	۲۵	۲۵	
		گروه کنترل	۱۵/۷۲	۵/۶۷	۴	۲۵	۲۵	
تفاضل (پیش آزمون - پس آزمون)	گروه آزمایش ۱	۱۱/۸۴	۶/۰۳	۱	۲۲	۲۵		
	گروه آزمایش ۲	۵/۸۸	۷/۳۷	-۹	۱۸	۲۵		
	گروه کنترل	-۰/۱۲	۱/۰۹	-۲	۲	۲۵		

جدول ۶: نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمرات تفاضل (پیش آزمون - پس آزمون) علائم مثبت اسکیزوفرنی گروه های آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (P)
علائم مثبت اسکیزوفرنی	۱۷۸۷۰۲	۲	۸۹۴/۰۱	۲۹/۱۴	۰/۰۰۰۱

وجود دارد ($F=29/14$ و $p<0/0001$). معنی دار شدن تفاوت بین گروه ها با استفاده از تحلیل واریانس یک راه نشان نمی دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد لذا به دنبال این تحلیل، تحلیل تعقیبی توکی صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۷ نشان داده شده است. لازم به توضیح است که بالا بودن نمره تفاضل در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه با توجه به نحوه نمره گذاری مقیاس علائم مثبت اسکیزوفرنی بیانگر کاهش متغیرهای یاد شده می باشد. همان طور که در جدول ۷ ملاحظه می شود بین بیماران گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال)

گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال) ۱۸/۶۰ و ۶/۱۹، گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال) ۱۵/۵۲ و ۵/۵۸ و گروه گواه ۱۵/۶۰ و ۶/۱۸، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف هر یک از گروه ها به ترتیب گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال) ۶/۷۶ و ۳/۶۷، گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال) ۹/۶۴ و ۵/۸۰ و گروه گواه ۱۵/۷۲ و ۵/۶۷ و در تفاضل هر یک از گروه ها به ترتیب گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال) ۱۱/۸۴ و ۶/۰۳، گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال) ۵/۸۸ و ۷/۳۷ و گروه گواه ۰/۱۲- و ۱/۰۹ می باشد.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین نمرات تفاضل علائم مثبت اسکیزوفرنی بیماران گروه های آزمایش و گواه

گروهها	میانگین	۱	۲	۳
۱ گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال)	۱۱/۸۴	—		
۲ گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال)	۵/۸۸		—	
۳ گروه گواه	۰/۱۲-			—

و نیز بیماران گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال) با بیماران گروه گواه تفاوت معنی داری از لحاظ علائم مثبت اسکیزوفرنی وجود دارد. به عبارت دیگر، ارائه موسیقی درمانی فعال و غیر فعال به بیماران گروه های آزمایش ۱ و ۲ با توجه به میانگین علائم مثبت اسکیزوفرنی آنان نسبت به میانگین بیماران گروه گواه موجب کاهش علائم مثبت اسکیزوفرنی گروه های آزمایش شده است، بنابراین فرضیه اول تأیید می گردد. بین بیماران گروه های آزمایش ۱ و ۲ نیز تفاوت معنی داری وجود دارد که این امر بیانگر آن است که موسیقی درمانی فعال نسبت به موسیقی درمانی غیرفعال تأثیر بیشتری بر کاهش علائم مثبت اسکیزوفرنی

یافته های مربوط به فرضیه های تحقیق این پژوهش شامل فرضیه های زیر بود:
- موسیقی درمانی (فعال و غیر فعال) موجب کاهش علائم مثبت اسکیزوفرنی شامل توهم، هذیان، افکار صوری، رفتارهای عجیب و غریب، عاطفه نامناسب بیماران گروه های آزمایش در مقایسه با گروه گواه می شود.
- موسیقی درمانی فعال تأثیر بیشتری در کاهش علائم مثبت اسکیزوفرنی نسبت به موسیقی درمانی غیرفعال دارد.
همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود بین بیماران گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ علائم مثبت اسکیزوفرنی تفاوت معنی داری

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات تفاضل (پیش از مزمون - پس از مزمون) علائم مثبت اسکیزوفرنی (توهم، هذیان، افکار صوری، رفتارهای عجیب و غریب و عاطفه نامناسب) گروه های آزمایش و گواه

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلائی	۰/۵۲۹	۱۰	۱۳۸	۴/۹۵	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۰۱	۱۰	۱۳۶	۵/۶۱	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۹۳۶	۱۰	۱۳۴	۶/۲۷	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۸۶۷	۵	۶۹	۱۱/۹۷	۰/۰۰۰۱

بیماران مبتلا داشته است. لحاظ علائم مثبت اسکیزوفرنی (توهم، هذیان،

همان طور که در جدول ۸ ملاحظه می شود سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین بیماران گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (توهم، هذیان، افکار صوری، رفتارهای عجیب و غریب و عاطفه نامناسب) تفاوت معنی داری وجود دارد، برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی ها، در جدول ۹ نشان داده شده است.

همان طور که در جدول ۹ ارائه شده است و نیز بیماران گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال) و نیز بیماران گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی

جدول ۹: نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمرات تفاضل (پیش از مزمون - پس از مزمون) علائم مثبت اسکیزوفرنی (توهم، هذیان، افکار صوری، رفتارهای عجیب و غریب و عاطفه نامناسب) گروه های آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (p)
توهم	۴۳/۶۲	۲	۲۱/۸۱	۱۲/۳۱	۰/۰۰۰۱
هذیان	۱۰۴/۹۸	۲	۵۲/۴۹	۱۴/۲۳	۰/۰۰۰۱
افکار صوری	۸۷/۵۴	۲	۴۳/۷۷	۱۶/۰۸	۰/۰۰۰۱
رفتارهای عجیب و غریب	۶۲/۷۴	۲	۳۱/۳۷	۱۴/۴۰	۰/۰۰۰۱
عاطفه نامناسب	۷۲/۰۲	۲	۳۶/۰۱	۲۱/۹۱	۰/۰۰۰۱

جدول ۱۰: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین نمرات تفاضل علائم توهم بیماران گروه های آزمایش و گواه

گروه ها		میانگین	۱	۲	۳
۱	گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال)	۱/۷۲	—	—	
۲	گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال)	۱/۰۸	—	—	
۳	گروه گواه	-۰/۱۲			—

نسبت به میانگین بیماران گروه گواه موجب کاهش علائم هذیان گروه آزمایش ۱ شده است. بین بیماران گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال) و بیماران گروه گواه تفاوت معنی داری از لحاظ علائم هذیان وجود ندارد. این امر بیانگر آن است که موسیقی درمانی غیرفعال تأثیری بر کاهش علائم هذیان بیماران مبتلا گروه آزمایش ۲ نداشته است. بین بیماران گروه های آزمایش ۱ و ۲ نیز تفاوت معنی داری وجود دارد که این امر حاکی از آن است که موسیقی درمانی فعال نسبت به موسیقی درمانی غیرفعال تأثیر خیلی زیادتری بر کاهش علائم هذیان بیماران مبتلا داشته است.

غیرفعال) با بیماران گروه گواه تفاوت معنی داری از لحاظ علائم توهم وجود دارد. به عبارت دیگر، ارائه موسیقی درمانی فعال و غیر فعال به بیماران گروه های آزمایش ۱ و ۲ با توجه به میانگین علائم توهم آنان نسبت به میانگین بیماران گروه گواه موجب کاهش علائم توهم گروه های آزمایش ۱ و ۲ شده است. بین بیماران گروه های آزمایش ۱ و ۲ نیز تفاوت معنی داری وجود ندارد که این امر بیانگر آن است که موسیقی درمانی فعال و موسیقی درمانی غیرفعال تأثیر تقریباً یکسانی بر کاهش علائم توهم بیماران مبتلا گروه های آزمایش داشته است.

جدول ۱۱: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین نمرات تفاضل علائم هذیان بیماران گروه های آزمایش و گواه

گروه ها		میانگین	۱	۲	۳
۱	گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال)	۲/۸۰	—	—	
۲	گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال)	۰/۸۸	—	—	
۳	گروه گواه	-۰/۰۴			—

همان طور که در جدول ۱۲ مشاهده می شود بین بیماران گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال) و نیز بیماران گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال) با بیماران گروه گواه تفاوت معنی داری از لحاظ علائم افکار صوری وجود دارد. به عبارت دیگر، ارائه موسیقی درمانی فعال

همان طور که در جدول ۱۱ ارائه شده است بین بیماران گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال) و بیماران گروه گواه تفاوت معنی داری از لحاظ علائم هذیان وجود دارد. به عبارت دیگر، ارائه موسیقی درمانی فعال به بیماران گروه های آزمایش ۱ با توجه به میانگین علائم هذیان آنان

جدول ۱۲: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین نمرات تفاضل علائم افکار صوری بیماران گروه های آزمایش و گواه

گروه ها	میانگین	۱	۲	۳
۱ گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال)	۲/۶۲	—		
۲ گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال)	۱/۴۸		—	
۳ گروه گواه	۰/۰۰			—

و غیر فعال به بیماران گروه های آزمایش ۱ و ۲ با توجه به میانگین علائم افکار صوری آنان نسبت به میانگین بیماران گروه گواه موجب کاهش افکار صوری گروه های آزمایش شده است. همچنین بین بیماران گروه های آزمایش ۱ و ۲ نیز تفاوت معنی داری وجود دارد که این امر مبین آن است که موسیقی درمانی فعال نسبت به موسیقی درمانی غیرفعال تأثیر بیشتری بر کاهش علائم افکار صوری بیماران مبتلا داشته است.

آنان نسبت به میانگین بیماران گروه گواه موجب کاهش رفتارهای عجیب و غریب گروه های آزمایش شده است. همان طور که در جدول ۱۴ مشاهده می شود بین بیماران گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال) و نیز بیماران گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال) با بیماران گروه گواه تفاوت معنی داری از لحاظ علائم عاطفه نامناسب وجود دارد. به عبارت دیگر، ارائه موسیقی درمانی فعال و غیر فعال به بیماران

جدول ۱۳: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین نمرات تفاضل علائم رفتارهای عجیب و غریب بیماران گروه های آزمایش و گواه

گروه ها	میانگین	۱	۲	۳
۱ گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال)	۲/۴۰	—		
۲ گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال)	۱/۳۲		—	
۳ گروه گواه	۰/۱۶			—

همان طور که در جدول ۱۳ ارائه شده است بین بیماران گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال) و نیز بیماران گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال) با بیماران گروه گواه تفاوت معنی داری از لحاظ علائم رفتارهای عجیب و غریب وجود دارد. به عبارت دیگر، ارائه موسیقی درمانی فعال و غیر فعال به بیماران گروه های آزمایش ۱ و ۲ با توجه به میانگین علائم رفتارهای عجیب و غریب

گروه های آزمایش ۱ و ۲ با توجه به میانگین علائم عاطفه نامناسب آنان نسبت به میانگین بیماران گروه گواه موجب کاهش عاطفه نامناسب گروه های آزمایش شده است. بین بیماران گروه های آزمایش ۱ و ۲ نیز تفاوت معنی داری وجود دارد که این امر نشان دهنده آن است که موسیقی درمانی فعال نسبت به موسیقی درمانی غیرفعال تأثیر بیشتری بر کاهش علائم عاطفه نامناسب بیماران مبتلا داشته است.

جدول ۱۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین نمرات تفاضل علائم عاطفه نامناسب بیماران گروه های آزمایش و گواه

گروه ها	میانگین	۱	۲	۳
گروه آزمایش ۱ (موسیقی درمانی فعال)	۲/۲۸	—		
گروه آزمایش ۲ (موسیقی درمانی غیرفعال)	۱/۱۲	—		
گروه گواه	-۰/۱۲			—

بحث و نتیجه گیری

و تنوع و سادگی همواره برای بیماران اسکیزوفرن جذاب بود و آنها با علاقه خاصی در جلسات شرکت می کنند و موسیقی با تقویت مهارت های ارتباطی و اجتماعی و احساس آرامش روانی و ایمنی برای این بیماران موثر بوده و موسیقی درمانی نسبت به درمان های متداول استاندارد دیگر بهبود دهنده علائم در بیماران بزرگسال بستری شده بوده است. همچنین در پژوهش کرافورد (۲۰۰۶) با مطالعه تأثیر موسیقی درمانی برای توجیه بیماران اسکیزوفرن از خود، دریافت که موسیقی باعث فراهم شدن بستری می شود و برای برخی از علائم اسکیزوفرنی که کمترین واکنش را در برابر درمان دارویی داشته اند، و بیماران برای توجیه خود از طریق موسیقی و بهبودی علائم آنها، اثر می گذارند، همچنین در مطالعه ای که گلد (۲۰۰۵) به بررسی تأثیر موسیقی در علائم اسکیزوفرن انجام داد، دریافت که در موسیقی درمانی بیمار از طریق ارتباط خود با دیگران، روابط خود را تکوین می بخشد و مطالبی را که نمی تواند با استفاده از کلمات عنوان نماید، بیان نمایند و همچنین وضعیت عمومی بیماران بهتر شد.

یکی دیگر از نتایج این تحقیق عبارت بود از این که موسیقی درمانی فعال تأثیر بیشتری در کاهش علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی نسبت

با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر موسیقی درمانی بر علائم مثبت و علائم منفی بیماران اسکیزوفرنیک مرکز شفا دزفول بود، به تبیین فرضیه های پژوهش می پردازیم.

اولین فرضیه این بود که موسیقی درمانی (فعال و غیرفعال) موجب کاهش علائم مثبت شامل توهم، هزیان، افکار صوری، رفتارهای عجیب و غریب و عاطفه نامتناسب بیماران اسکیزوفرنی می شود در تجزیه و تحلیل آماری که صورت گرفت فرضیه اول تأیید گردید. نتایج حاصل از فرضیه اول با تحقیقات قبلی از جمله کی کاتو، کانوا و لاموناس (۲۰۰۸)، لیلین (۲۰۰۸)، کریستین و کرکونی (۲۰۰۷)، کرافورد (۲۰۰۶)، گلد (۲۰۰۵) همخوانی دارد. موسیقی باعث تخلیه و تغییر احساس ها، تقویت و غنی سازی عواطف، ایجاد انرژی و انگیزه، تقویت هماهنگی در کنش های فیزیولوژیک و تغییر در سطح هورمون های استرس می باشد (لیلین، ۲۰۰۸). در پژوهشی که کی کاتو، کانوا و لاموناس (۲۰۰۸) در این زمینه انجام دادند نشان دادند بیماران اسکیزوفرنیک دلیل اختلالات فکری، هذیانها، توهمات، رفتارهای عجیب و غریب و عاطفه نامتناسب، وضعیتی دشوار دارند و جلسه های موسیقی درمانی به دلیل قدرت بیان احساسات، تخلیه هیجانات، احساس اعتماد به نفس

را نیز بهبود می بخشد و بیان عواطف و درک کلی را افزایش می دهد (یو و وانگ، ۲۰۰۲). نتایج بدست آمده از پژوهش پورویس و کاستل (۲۰۰۷)، تینتر (۲۰۰۶) حاکی از آن است که موسیقی درمانی فعال بخاطر اینکه روابط با دیگران را افزایش و افراد به طور لذت بخشی باهمدیگر رابطه برقرار می کنند همچنین احساس ارزشمندی که بیماران پیدا می کنند، از نظر تأثیر گذاری بر روی علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی، اهمیت بیشتری دارد و بیماران علاقه بیشتری برای استفاده از موسیقی درمانی فعال را از خود نشان می دهند. بیماران آهنگهای مورد علاقه خود را که از گذشته شنیده و با آنها خاطره دارند می شنوند و می خوانند و با یادآوری احساسات و خاطرات محیط گرم، علاقه آنها به ارتباط عاطفی و محیط بیمارستان افزایش می یابد. فعالیتهای عملی و حرکتی موسیقایی مانند نواختن و دستکاری سازهای گوناگون بدون نگرانی و احساس دشواری، خواندن گروهی ترانه های دلخواه، انجام حرکات ترکیب گروهی هم فرصتهای مناسبی برای تقویت احساس علاقه به زندگی و اعتماد به محیط اجتماعی و بیمارستان است.

به موسیقی درمانی فعال دار یعنی اینکه موسیقی درمانی فعال نسبت به موسیقی درمانی غیر فعال تأثیر بیشتری بر کاهش علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی بیماران داشته است. نتایج حاصل از فرضیه دوم با یافته های تحقیقات پورویس و کاستل (۲۰۰۷)، تینتر (۲۰۰۶)، ال ریچ و گانار (۲۰۰۵)، یو و وانگ (۲۰۰۲)، فرمیسانو و همکاران (۲۰۰۱) همسو و هماهنگ است. بر اساس نتایج بدست آمده از تحقیقات ال ریچ و گانار (۲۰۰۵) موسیقی یک وسیله شفابخش واقعی و فعالیتی لذت بخش و ذاتاً انگیزه دهنده است. آواز خواندن می تواند به بیماران کمک کند تا حافظه خود را به کار اندازند و توجه خود را افزایش بخشد همچنین نقد و بررسی اشعار و ترانه ها که یکی از روش های موسیقی درمانی فعال است می تواند تأثیر مثبتی در افکار، توجه، احساس و رفتار بیماران داشته باشد. از همه مهمتر اینکه افراد، احساساتشان را در روشی مطمئن و لذت بخش به وسیله نواختن موسیقی و حرکات موزون به همراه موسیقی بیان می کنند (فرمیسانو و همکاران، ۲۰۰۱). استفاده از ادوات موسیقی و نواختن ساز علاوه بر اینکه سطح فعالیت بیمار را افزایش می دهد، ارتباط میان فردی

منابع

- زاده محمدی، علی (۱۳۸۰) بررسی اثر موسیقی درمانگری بر علائم منفی و مثبت بیماران روان گسیخته، مجله روانشناسی، سال پنجم، شماره سوم، ۲۴۹-۲۳۱.
- زاده محمدی، علی (۱۳۸۰) کاربردهای موسیقی درمانی، چاپ دوم، تهران: انتشارات دانش.
- زاده محمدی، علی. (۱۳۸۴). موسیقی درمانی در روانشناسی، روانپزشکی و پزشکی، چاپ اول. تهران: انتشارات دانش.
- خلف بیگی، میترا (۱۳۸۵). تأثیر فعالیتهای موسیقایی بر حافظه و توجه در اسکیزوفرنیا. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره دوازدهم، شماره ۳.

- American Association for Music Therapy. (1997). Code of ethics for the profession of music therapy. AAMT Newsletter, pp.5-10.
- American Psychological association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revised (4th ed., text rev). Washington, DC.
- Andreasen, N.C.(1982) The scale for Assessment of Negative symptoms (SANS). Iowa city (IA): The university of Iowa: 1983.
- Andreasen, N.C.(1982) The scale for Assessment of positive symptoms (SAPS). Iowa city (IA): The university of Iowa: 1984.
- Baxter, C, (2006), Music therapy help, Retrieved Jun 2006 from <http://proquest Umi.com>
- Ceccato, Enrico; Caneva, Paolo; Lamonace, Dario (2008). Music therapy Improves symptoms in adults hospitalised with schizophrenia. Journal of Music Therapy.
- Cercone, K, A. (2007) . The effects of music therapy on symptoms of schizophrenia and other serious mental illnesses, Retrieved 2008 form <http:// Proquest. Umi. Com/>.
- Clarke M, & Oxman A.D, (edit). (2003). Cochrane Reviewev's Handbook 4.2.O. in: the Cochrane library, lssus 2.2003. oxford: Update software. Uated quarterly.
- Cochrane library newsletter (2005). Music therapy can help people with schizophrenia.
- Crawford, M, (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia. The British journal of psychiatry, 189.
- Crowe, B.J., & Collwell, C.(2007). Effective clinical practice in music therapy: Music therapy for children, adoleseents. and adults with mental disorder. Silver spring, MD: American Music therapy Association.
- Deyling, J L. (2006). Validation of the PNS-Q-SELF and the PNS-Q-informant for the Assessment of insight in schizophrenia master of arts in psychology , CLEVELAND STATE UNIVERSITY, May , 2008 .
- Etoile Music therapy for schezo phrania. Visually impaired. Washington D.C: National Association for music therapy.
- Formisano, R, Vinicola, V, Penta, F, Mattels, M, Brunell, S & W , Jorgen, (2001). Active music therapy in the rehabilitation of severe brain injured patients during coma recovery, Retrieved Jun 2006 From <http:// www. Elsevier, rose net. Co.ir/>.
- Gaston, E.T. (1968). Fore word. In E.T. Gaston. (Ed.). Music in therapy (PP.V-Vii).New York: Macmillan. General information, Journal Article 21, 187.
- Gold , C. (2004). The use of effect sizes in music therapy research. Music therapy perspectives 22(2): 91-95.
- Gold, C., Heldat, T.O., Dahle, T., & Wig ram, T. (2009). Music therapy for schizophrenia of schizophrania – Like illnesses. Cochrane Database of systematic Reviews, 3.
- Jansen, B. (2004). Music therapy can help people with schizophrenia. Retrieved Jun 2008 form <http://musictherapy. Org/>.
- Karpick, K. R (2005) Schizophrenic communication: Art therapy and language production unpublished .Master of science, the flokia state university.
- Kaplan., B.j. & Sadock, P. (2003). Comprehe nsive Text book of psychiatry. (6th ed). Baltimove: William willtins. 1995, vol 1, 889.
- Lillian, Eyre. (2008). Musically – Prepared and non musically – Prepared narratives by persons Living with schizophrenia, Retrieved Jun 2008 form <http://proquest. umi. com/>
- Maratos, A. (2004). A Pilot randomized controlled trial to examine the effects of individual music therapy among inpatients with schizophrenia and schizophrenia – Lik illnesses. Unpublished

- study protocol 2004.
- Purvis .castle, T. (2007). Music therapy in schizophrenia, Retrieved Jun 2008 form <http://musictherapy.Org/>.
- Sears. w.w. (1968). Processes in music therapy. In E.T. Gaston (Ed.), Music in therapy (PP.30-44). New York: Macmillan.
- Silverman, M. J. (2006). The influence of music on the symptoms of psychosis: A meta-analysis. *Journal of Music therapy* , 40(1), 27-40.
- Tintner, Ron (2006). Researchers study the effect of music therapy to treat Parkinson Disease, Retrieved may 2006 from <http://proquest.umi.com/>.
- Ulrich, G. (2007). On Mental the effect music therapy disorder, Retrieved Jun 2008 form <http://proquest.Umi.com/>.
- Ulrich, G. Houtmans, T., & Golodc. (2007) the additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients:a randomized study. *Acta psychiatrica*. 116 (5): 362-70.
- Ulrich, G. (2005). Examines use of music therapy as an additional therapy to medication and normal treatment for schizophrenia.open universities Ned eland.
- Weickert,P. (2007), Music therapy can help people with schizophrenia. Retrieved Jun 2008 form <http://musictherapy.Org/>.
- Wigram, T. De Backer, J. (2002) , Indications in music therapy, Evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for autistic spectrum disorder (ASD). Meeting the challenge of evidence based practice. *British Journal of Music Therapy* 2002: 16(1): 5-28.
- Wigram, T. Debacker, J. (1999). Clinical applications of music therapy in psychiatry. London Jessica king sky publishers, 1999.
- You, Z.Y., & Wang , J. Z. (2002, December) zhongguo yi xue yuan xue bao. [Meta-analysis of assisted music therapy for chronic schizophrenia], Institute of Evidence-Based Medicine, Shandong University, Jinan 250012, china. 24 (6), 564-567.

تاریخ وصول: ۸۸/۷/۵

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۸