

بررسی اثربخشی و مقایسه موسیقی درمانی بر مبنای موسیقی ایرانی و شناخت درمانی روی کنترل خشم نوجوانان

عمر کیانی پور^۱

احمد اعتمادی^۲

شیوا دولت آبادی^۳

مهرداد حاجی حسنی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۷

تاریخ وصول: ۹۱/۷/۱۵

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی و مقایسه موسیقی درمانی و شناخت درمانی روی کنترل خشم در نوجوانان پسر بود. این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون بود. از میان دانش آموزان پسر ناحیه دو شهرستان رباط کریم از طریق نمونه گیری در دسترس یک مدرسه انتخاب شد و با اجرای پرسشنامه خشم اسپیلبرگر ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. موسیقی درمانی غیرفعال به مدت ۸ جلسه روی یک گروه اجرا شد و روی گروه دیگر ۸ جلسه شناخت درمانی اجرا شد. گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی شفه تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل کوواریانس نشان داد که بین گروه های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. آزمون تعقیبی شفه نشان داد که بین گروه کنترل و موسیقی درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد اما بین گروه کنترل و شناخت درمانی و همچنین بین گروه شناخت درمانی و موسیقی-درمانی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). اجرای موسیقی درمانی غیرفعال توانست در

۱- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبایی

۲- دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

۳- استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

۴- دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی

افزایش میزان کنترل خشم تأثیری داشته باشد. اما شناخت درمانی به طور چشمگیری میزان کنترل خشم را افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: موسیقی درمانی، شناخت درمانی، کنترل خشم..

مقدمه

هر فردی در تمام مراحل زندگی خود دارای نیازهای متفاوتی می‌باشد که این نیازها باید به صورت نسبی و معقول برآورده شوند تا او بتواند به رشد طبیعی خود ادامه دهد. اگر این نیازها برآورده نشوند فرد هیجانات مختلفی را تجربه می‌کند که یکی از این هیجانات خشم است. خشم یکی از هیجانات انسان است که در کنار بعضی از کارکردهای مفید آن در زندگی، تأثیرات منفی و مخرب زیادی هم می‌تواند چه از نظر فردی و چه از نظر اجتماعی روی انسان بگذارد. نگاهی کوتاه به صفحه حوادث روزنامه‌ها و جراید نشان می‌دهد که چه مقدار از این حوادث نشات گرفته از عدم کنترل خشم است و تاریخ هم سرشار از حوادث ناگواری است که در نتیجه خشم زیاد و کنترل نشده افراد و مراجع قدرت است.

نظریه پردازان بیولوژیکی خشم، نقش عوامل نوروشیمیایی را در برانگیختن خشم توضیح داده اند. ترشح بیش از حد هورمون‌هایی مثل تستوسترون یا کمبود نوروترانسمیترهای سروتونین و دوپامین باعث برانگیختن خشم می‌شود. برای مثال مطالعات نشان می‌دهد که اختلال در سیستم سروتونیک با خشونت ارتباط دارد (ریسی^۱، ۲۰۰۶). پرخاشگری تکانشی هم با مقدار سروتونین در ارتباط است (دیویدسن، پوتنام و لارسون^۲، ۲۰۰۰). یک مدار عصبی متشکل از آمیگدال، کورتکس پیشانی و کورتکس شکنج پیشین، هیجانات را تنظیم می‌کند. پیش‌آمادگی ژنتیکی و عوامل اجتماعی در اینکه چگونه این سیستم‌ها فعالیت کنند، نقش دارند.

1. Ricci

2. Davidson, Putnam & Larson

یک مطالعه پژوهشی نشان داده است که تستوسترون و سندرم پرخاشگری - خصومت-خشم به طور چشمگیری تحت تأثیر عوامل ژنتیکی هستند (دیویدسن، پوتنام و لارسون، ۲۰۰۰).

بنابراین خشم هیجانی جهان شمول است که در زندگی روزمره، افراد در همه سنین آن را تجربه می‌کنند اما آنچه جهان شمول نیست، شیوه‌ای است که کودکان، نوجوانان و بزرگسالان خشم خود را ابراز و مدیریت می‌کنند. عده‌ای خشم خود را مستقیماً ابراز می‌کنند، عده‌ای آن را نادیده می‌گیرند، کم اهمیت جلوه می‌دهند یا توجه خود را از خشم خود منحرف می‌کنند. اما عده‌ای خشم خود را در مسیری سازنده سوق می‌دهند. آنها خشم خود را به شیوه‌ای بهتر تغییر می‌دهند مثل باز کردن سر صحبت، حل تعارض، نظم بخشیدن به تفکر... (نی^۱، ۲۰۰۴، ترجمه فرجی، ۱۳۸۹).

خشم به عنوان یکی از هیجانات منفی تلقی می‌شود که در مقایسه با سایر اختلالات روانی مثل افسردگی و اضطراب کمتر به آن توجه شده است (کازینوف و تافرات^۲، ۲۰۰۲). نظریات زیادی در مورد خشم وجود دارد اما زمانی که مشکل آفرین می‌شود، درمان‌های کمی برای آن وجود دارد. اگر چه غالباً خشم به عنوان یک هیجان منفی درک می‌شود اما در واقع هم جنبه مثبت و هم جنبه منفی دارد؛ برای مثال تجلیات خشم مثل فریاد کشیدن، کوبیدن روی اشیاء یا توهین کردن باعث می‌شود تا دیگران به منبع خشم توجه کنند و به طور موقت از آن پیروی کنند (ویتنی^۳، ۲۰۱۰). خشم سالم و مثبت می‌تواند در بسیاری از حیطه‌های اجتماعی، تغییر ایجاد کند. برای مثال نظام برده‌داری یک بی‌عدالتی بود که باعث خشم می‌شد و در نهایت در ایالات متحده موجب شد اعلامیه آزادی بردگان صادر شود. خشم مردم در مورد رفتار ناعادلانه با آمریکایی‌های افریقایی تبار باعث تغییر شد و در نهایت اعلامیه مذکور صادر شد.

1. Nay
2. Kassinove., & Tafraite
3. Withney

بدون خشم که یک نیروی تهییج کننده برای تغییرات اجتماعی است ما از امتیازات اجتماعی که در حال حاضر داریم، محروم می شدیم (لینکلن^۱، ۱۸۶۳، به نقل از پرل^۲، ۲۰۱۰).

عواقب منفی خشم می توانند خطرناک و طولانی مدت شوند. عواقب طولانی مدت شامل تخریب روابط، اخراج از محل کار و گرفتاری های قانونی می باشند و ممکن است سلامت فرد را به خطر بیندازد (سوین^۳، ۲۰۰۱). مساله خطرناک این است که هدف خشم، غالباً اعضای خانواده، همسر و یا دوستان نزدیک است. اگرچه موارد تحریک خشم و رفتار حاکی از خشم در مردان و زنان شباهت زیادی دارد اما تصور می شود که مردان خشم و پرخاشگری بیشتری در مقایسه با زنان دارند و خشم آنها مشکل سازتر است (مورفی، تافت و آکهارت^۴، ۲۰۰۷).

خشم به طور مشترک در اختلال های متعدد شخصیت، بیماری های روان تنی، اختلال سلوک و اختلال های دو قطبی مشاهده می شود (تایلر و نوآکو^۵، ۲۰۰۵، به نقل از نویدی، ۱۳۸۵). بنابراین اثرات مکرر تجربه خشم بر سلامت جسمی و هیجانی و روابط اجتماعی بسیار مخرب است. ارتباط خیلی نیرومند خشم با پرخاشگری، جوامع بشری را به چاره اندیشی برای کنترل آن فرا خوانده است زیرا توان بالقوه آن برای تخریب و آسیب های فردی و اجتماعی بسیار زیاد است.

اگرچه خشم یک سندرم بالینی مشخص شده نیست اما به طور گسترده ای در محیط های بالینی درمان می شود و در بسیاری از اختلالات که در DSM توصیف شده اند حضور دارد. خشم و پیامد رفتاری آن یعنی پرخاشگری با افزایش میزان جنایت ارتباط دارد و یکی از مشکلاتی است که هزینه های زیادی را به جوامع مدرن تحمیل می کند (کاکس و هریسون^۶، ۲۰۰۸). افراد دارای خشم بالا مشکلات و آشفتگی های قابل توجهی را تجربه می کنند زیرا

-
1. Lincoln
 2. Prail
 3. Suinn
 4. Murphy, Taft, & Eckhardt
 5. Taylor & Novaco
 6. Cox & Harrison

خشم به طور قابل توجهی روی سلامت فیزیکی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی آنان تأثیر منفی می‌گذارد (دالن و مارتین^۱، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان داده است که خشم یک عامل تنش‌زای درونی مهم است که با مسائل مربوط به سلامتی از قبیل حملات قلبی، بیماری انسداد شرایین، پرتنشی و چاقی ارتباط دارد (پرل، ۲۰۱۰). در نتیجه آموزش کنترل خشم در اکثر محافل علمی، آموزشی و درمانی به یک ضرورت تبدیل شده است. امروزه یکی از حوزه‌های مهمی که هم ابعاد آموزشی و هم درمانی در زمینه کنترل خشم را در برمی‌گیرد حوزه هنر است.

هنر در طول تاریخ وسیله‌ای برای سازگاری، انعطاف، خلاقیت، عشق، دوستی و آرامش انسان بوده است. در میان هنرها موسیقی به دلیل انرژی زایی، تحرک، امکان انتزاع زیاد و جاذبه ذاتی بسیار نافذ بوده و به طرز فوق العاده‌ای بشر را به خود جذب کرده است. انواع گوناگونی از موسیقی وجود دارد که هر کدام تأثیرات متفاوتی روی ذهن و جسم می‌گذارند که با توجه به این تأثیرات از موسیقی می‌توان برای کارهای درمانی در حوزه مشاوره و روان درمانی استفاده کرد (زاده محمدی، ۱۳۸۸). موسیقی رابطه زیستی و فیزیولوژیک با مغز انسان دارد. ریتم، محرک بیولوژیک و ملودی مولد لذت، خوشی و خیال‌انگیزی است. به همین دلیل کوچک‌ترین کنش ریتمیک و نوای موزون روح و جسم را برمی‌انگیزد و تحریک می‌کند اما موسیقی بیش از هر چیز نیازی عاطفی و هیجانی است. موسیقی سیستم عواطف (لیمبیک) مغز را به سرعت تحریک می‌کند و به تحریک هیجانی و فرافکنی حالت‌های درونی منجر می‌شود و در بسیاری از مواقع زندگی که کلام و بیان پاسخگو نیست، می‌تواند موجب همدردی و همدلی شود و از همه مهم‌تر احساس‌ها را وسعت بخشد (زاده محمدی، ۱۳۸۸).

موسیقی درمانی را مثل سایر درمان‌های آفرینشی به شیوه‌های مختلفی می‌توان اجرا کرد. موسیقی درمانگرها به کمک موسیقی بیماران خود را تحریک یا آرام می‌کنند. موسیقی‌هایی

چون آواز دسته جمعی، آهنگ‌های ملی و موسیقی رقص نیز کارکرد اجتماعی دارند (شارف^۱، ۱۹۹۹، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۸).

به طور کلی دو نوع موسیقی درمانی وجود دارد که با توجه به نوع فعالیت شرکت کننده‌ها شامل فعال و غیر فعال می‌شود. موسیقی درمانی فعال شامل آواز خواندن، نواختن یا آهنگ سازی است. موسیقی درمانی غیرفعال شامل گوش دادن به موسیقی می‌باشد. این موسیقی می‌تواند گوش دادن به موسیقی ضبط شده یا زنده باشد. نکته مورد توجه در مورد موسیقی غیرفعال این است که شرکت کننده‌ها بهتر است از موسیقی موردنظر لذت ببرند (کنیون^۲، ۲۰۰۷).

تحقیقات ثابت کرده‌اند که موسیقی می‌تواند میزان فشار خون، تعداد ضربان قلب و میزان افسردگی را بعد از یک ماه موسیقی درمانی کاهش دهد (چان، چان، موک و کوان تی سه^۳، ۲۰۰۹). اگرچه نتایج این پژوهش توسط محققان دیگر مورد تأیید قرار نگرفت. در این پژوهش میزان فشار خون بعد از دوازده دقیقه موسیقی درمانی کاهش یافت اما یک ماه و سه ماه بعد اثر آن مشاهده نشد (تانگ^۴، ۲۰۰۹).

خشم همچنین می‌تواند تحت تاثیر شناخت‌های فرد برانگیخته شود و برای کنترل آن می‌توان از اصلاح و درمان شناخت‌های معیوب استفاده کرد. شناخت درمانی که تحت تاثیر آراء الیس و بک است، در پاسخ به نواقص نظریات روان‌تحلیلی و رفتاردرمانی سنتی شکل گرفت. الیس و بک معتقد بودند که این دو نوع روان‌درمانی فرایندهای عقلانی و هوشیار در تبیین رفتار و اختلالات رفتاری را نادیده گرفته‌اند. به نظر آنها پاسخ‌های هیجانی و رفتاری فرد به محرک‌ها در نتیجه ارزیابی شناختی و ادراکی او از آن محرک‌هاست (وران^۵، ۲۰۱۰).

1. Sharf

2. Kenyon

3. Chan, Chan., Mok., & Kwan Tse

4. Tang

5. Vrana

بک^۱ (۱۹۷۶)، به نقل از کوری^۲، ۲۰۰۵، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۸) معتقد است درمان شناختی از تمام رویکردهایی تشکیل می‌شود که پریشانی روانی را از طریق اصلاح کردن برداشت‌های معیوب برطرف می‌کنند. به نظر او مستقیم‌ترین راه برای تغییر دادن هیجان‌ها و رفتارهای کژکار تغییر دادن تفکر نادرست و کژکار است.

یکی دیگر از الگوهای شناختی که اختلالات روانی را نتیجه عقاید فرد می‌داند، الگوی A-B-C ایس است. اساس این الگو بر این باور است که انسان به یک رویداد فعال کننده (A) پاسخ می‌دهد. پیامدهای عاطفی و رفتاری در نتیجه رویداد فعال کننده (A) اتفاق نمی‌افتد بلکه این پیامدها تحت تأثیر باورهای (B) فرد رخ می‌دهند. اگر رویداد فعال کننده نامطلوب باشد، باورهای غیرمنطقی رشد می‌کنند. نقش درمانگر به بحث کشیدن این باورهای غیرمنطقی و چالش با آنهاست (کوری، ۲۰۰۵، ترجمه عسگری و همکاران، ۱۳۸۷).

اصل بنیادی درمان شناختی بر این باور است که برای آگاه شدن از ماهیت یک واقعه هیجانی یا آشفتگی، تمرکز کردن روی محتوی شناختی و واکنش فرد به آن رویداد ناراحت کننده ضرورت دارد (دراپیز و بک^۳، به نقل از کوری، ۲۰۰۵، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷).

رودی، دیویس، ویلیامز و مک کیب^۴ (۲۰۱۰) ثابت کرده‌اند که درمان شناختی می‌تواند هیجان‌ات منفی مثل ترس، نارضایتی، ناراحتی و تحریک را کاهش دهد. همچنین ثابت شده است که خلق منفی با افکار افراد ارتباط معناداری دارد و می‌تواند نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی کند و شاخص واکنش شناختی (CRI) بهتر از نشانه‌های اولیه افسردگی می‌تواند خلق منفی فرد را در زندگی روزمره پیش‌بینی کند (وینز، گونترت و فورند^۵، ۲۰۱۰).

برای کنترل خشم شیوه‌ها و راهکارهای متعددی توسط روانشناسان بیان شده است. یکی از این روشها شناخت درمانی است که توسط آن عقاید غیرمنطقی فرد که منجر به ایجاد و افزایش

1. Beck
2. Corey
3. Derubesis
4. Ruddy, Davis, Williams & McCabe
5. Wenze, Gunthert & Forand

خشم می شوند اصلاح می شوند. یک روش دیگر موسیقی درمانی است که به وسیله آن هیجانات منفی فرد که منجر به ایجاد و افزایش خشم می شوند، از طریق شنیدن موسیقی آرام بخش یا فرح بخش کنترل می شوند. این ویژگی کنترل هیجانات منفی توسط موسیقی، با استفاده از تکنیک شرطی سازی تقابلی که در نظریه رفتارگرایی مطرح شده است قابل تبیین است. شرطی سازی تقابلی تکنیکی است که در آن درمانگر یک محرک غیرشرطی را که منجر به پاسخ غیرشرطی ناهمساز با پاسخ شرطی می شود، ارائه می کند و بر این اساس مانع از بروز پاسخ شرطی می شود (شیلینگ^۱، ۱۹۸۴، ترجمه آراین، ۱۳۸۶).

هنگام خشم هم می توان با شنیدن موسیقی آرام بخش یا فرح بخش که با خشم ناهمساز است، میزان خشم را پایین آورد و کنترل کرد. در بین دستگاههای مختلف موسیقی ایرانی، می توان دستگاه ماهور و مایه اصفهان را دارای ویژگی تم های آرام ساز دانست (جوهری فرد، ۱۳۸۸). بنابراین می توان از این دستگاه های موسیقی برای کسب آرامش استفاده کرد. تم های فرح بخش قطعه هایی هستند که سرزندگی و نشاط را به دور از هیجان زدگی و بی تابی القاء می کنند و با ثبات و آرامش همراه هستند (زاده محمدی، ۱۳۸۸).

با توجه به مطالب ذکر شده می توان به اهمیت آموزش کنترل خشم پی برد زیرا در جوامع امروز افراد ناگزیر به داشتن روابط متعدد با دیگران هستند و این روابط ممکن است ناکام کننده باشند و در نتیجه ممکن است منجر به ایجاد خشم و پرخاشگری شود که این خشم و پرخاشگری اغلب آثار زیانباری روی فرد به جای می گذارد و بنابراین لازم است که شیوه های کنترل آن در سطوح مختلف آموزش داده شود. مسأله مهم دیگر استفاده از موسیقی در بین دانش آموزان و حتی افراد دیگر جامعه است. در جامعه ما افراد عادی و حتی کسانی که به طور حرفه ای و نیمه حرفه ای به کار موسیقی اشتغال دارند، از اثرات موسیقی های مختلف بر روی ذهن و روان خود آگاه نیستند و علت آن می تواند به عدم علمی شدن موسیقی و عدم آگاهی

1. Shiling

از اثرات آن بر گردد. می توان با شناخت علمی انواع موسیقی و تم های عاطفی مربوط به آنها، استفاده بهتری از موسیقی چه در زندگی روزمره و چه در کارهای بالینی و درمانی کرد.

روش

جامعه آماری پژوهش کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان رباط کریم بود. روش نمونه گیری، نمونه گیری در دسترس بود به این صورت که محقق در دبیرستان محل خدمت خود با اجرای پرسشنامه خشم اسپیلبرگر نمونه مورد نظر خود را انتخاب کرد. نمونه مورد نظر دانش آموزانی بودند که به پرسشنامه خشم اسپیلبرگر پاسخ می دادند و در نهایت از بین این دانش آموزان به صورت تصادفی ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (موسیقی درمانی و شناخت درمانی) و یک گروه کنترل جایگزین شدند. تعداد افراد هر سه گروه مساوی بودند (هر گروه ۱۰ نفر).

روش آزمایش به این صورت بود که یکی از گروهها به مدت هشت جلسه تحت شناخت درمانی قرار گرفت و به صورت گروهی در مورد عقاید غیرمنطقی برانگیزاننده خشم از قبیل شخصی سازی، تفکر دوقطبی، فاجعه سازی، تعمیم دادن، برجسب زدن و ... بحث و تبادل نظر می شد و عقاید غیرمنطقی اعضای گروه مورد چالش قرار می گرفت و روش هایی برای مبارزه با این عقاید به اعضا آموزش داده می شد. گروه دیگر تحت موسیقی درمانی غیرفعال قرار گرفت به این صورت که در شروع جلسه، اعضا در مورد تجربه خشم خود صحبت می کردند و سپس از اعضا درخواست می شد تا با تصور موقعیت های خشم برانگیز و متعاقب آن شنیدن موسیقی آرام بخش ایرانی در دستگاه ماهور و اصفهان، نسبت به این موقعیت های خشم برانگیز حساسیت زدایی شوند و بتوانند کنترل بیشتری روی خشم خود داشته باشند. تعداد جلسات گروه موسیقی درمانی با گروه شناخت درمانی برابر بود. گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه خشم اسپیلبرگر بود. پرسشنامه ۵۷ ماده ای STAXI-2 شامل شش مقیاس، پنج خرده مقیاس و یک شاخص بیان خشم است که یک اندازه

کلی از بیان و کنترل خشم را فراهم می‌کند. نویدی (۱۳۸۵) پایایی پرسشنامه را با روش بازآزمایی ۰/۷۶ به دست آورد و برای روایی، آن را همراه با پرسشنامه سلامت عمومی روی نوجوانان اجرا کرد و نتایج نشان داد که همبستگی اندازه‌های مقیاسهای حالت، صفت و بیان خشم با اندازه‌های مربوط به ناسازگاری و نیز اندازه‌های مربوط به نشانه‌های اختلال در سلامت عمومی مثبت و معنادار است.

یافته‌ها

در این پژوهش سه گروه حضور داشتند که از این سه گروه هم پیش‌آزمون گرفته شد و هم پس‌آزمون که فراوانی، درصد، درصد تراکمی، میانگین، خطای استاندارد میانگین، واریانس و انحراف استاندارد نمرات آنها ذیلاً به صورت جدول می‌آید.

جدول ۱. توزیع فراوانی گروههای مورد مطالعه

گروه‌ها	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
کنترل	۱۰	۳۳/۳	۳۳/۳
موسیقی درمانی	۱۰	۳۳/۳	۶۶/۷
شناخت درمانی	۱۰	۳۳/۳	۱۰۰
کل	۳۰	۱۰۰	

جدول ۲. شاخص‌های آماری گروه‌های مورد مطالعه

گروه‌ها	تعداد	میانگین	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	وارianس
پیش آزمون کنترل	۱۰	۱۸/۹	۱/۲۸	۴/۰۶	۱۶/۵۴
پیش آزمون موسیقی	۱۰	۱۶/۷	۰/۷۷	۲/۴۵	۶/۰۱
پیش آزمون شناختی	۱۰	۱۶/۹	۱/۱۲	۳/۵۴	۱۲/۵۴
پس آزمون کنترل	۱۰	۱۸/۸	۱/۱۷	۳/۷	۱۳/۷۳
پس آزمون موسیقی	۱۰	۱۸/۴	۰/۹۳	۲/۹۵	۸/۷۱
پس آزمون شناختی	۱۰	۳۰/۱	۰/۶۵	۲/۰۷	۴/۳۲

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمرات گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تغییر نکرده است اما نمرات گروه موسیقی درمانی در پس آزمون به میزان ۱/۷ نمره در مقایسه با پیش آزمون افزایش یافته است که تغییر چندان محسوسی نیست و نمرات گروه شناخت درمانی در پس آزمون به میزان ۱۳/۲ نمره در مقایسه با پیش آزمون افزایش یافته است. برای آزمون تفاوت میان گروه‌های مورد مطالعه بعد از ارائه متغیر مستقل از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است:

جدول ۳. تحلیل کوواریانس گروه‌ها در کنترل خشم

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۵۲/۷۶	۱	۵۲/۷۶	۷/۲۹۱	۰/۰۱۲	۰/۲۱۹	۰/۷۳۹
بین گروه‌ها	۹۲۳/۱۸۵	۲	۴۶۱/۵۹۳	۶۳/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۱	۱
درون گروه‌ها	۱۸۸/۱۴۰	۲۶	۷/۲۳۶				
کل	۱۱۲۳/۳۶۷	۲۹					

نتایج جدول ۵-۴ نشان می دهد که بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد یعنی آزمایش تأثیرگذار بوده است. ($\eta^2 = 0/831$ ؛ $p < 0/05$ ، $F_{(26,2)} = 63/79$)؛ توان آماری^۱ بالا می باشد ($S.P = 1$).

بعد از معنادار شدن تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه زوجی میانگین‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶-۴ نشان داده می شود و سپس فرضیات پژوهش با توجه به نتایج شفه مورد آزمون قرار می گیرند.

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین‌ها با توجه به آزمون تعقیبی شفه

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
کنترل موسیقی درمانی	۰/۴	۱/۳۳۶	۰/۹۶۵
کنترل شناخت درمانی	-۱۱/۳	۱/۳۳۶	۰/۰۰۰۱
موسیقی درمانی شناخت درمانی	-۱۱/۷	۱/۳۳۶	۰/۰۰۰۱

فرضیه اول: کاربرد موسیقی میزان کنترل خشم را افزایش می دهد.

آزمون فرضیه: با توجه به نتایج جدول ۴ و مقایسه گروه کنترل و گروه کاربرد موسیقی تفاوت معناداری بین آنها وجود ندارد و فرضیه صفر تأیید می شود ($p = 0/965$).

فرضیه دوم: شناخت درمانی میزان کنترل خشم را افزایش می دهد.

آزمون فرضیه: با توجه به نتایج جدول ۴ بین گروه کنترل و گروه شناخت درمانی تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه صفر رد می شود ($p < 0/05$).

فرضیه سوم: بین اثربخشی شناخت درمانی و کاربرد موسیقی بر میزان کنترل خشم تفاوت وجود دارد.

1. statistic power

آزمون فرضیه: با توجه به نتایج جدول ۶-۴ بین اثربخشی کاربرد موسیقی و شناخت درمانی بر میزان کنترل خشم تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه صفر رد می‌شود ($p < 0/05$). با توجه به تفاوت میانگین‌ها مشخص می‌شود که شناخت درمانی اثربخشی بیشتری دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که کاربرد موسیقی در افزایش میزان کنترل خشم تأثیری ندارد. این نتیجه با یافته‌های عطارزاده و زاده‌محمدی (۱۳۸۸)، سیزر^۱ (۲۰۱۰) و چواسکو^۲ (۲۰۰۵) همخوانی ندارد اما با یافته‌های تانگ^۳ (۲۰۰۹) همسو است. او در پژوهش خود نشان داد که اثر موسیقی درمانی غیرفعال روی کاهش میزان فشار خون که یکی از علائم فیزیولوژیکی خشم است تنها دوازده دقیقه بعد از درمان پابرجاست و مطالعات پیگیری نشان می‌دهد که یک ماه بعد از درمان این تأثیر از بین می‌رود. در ایران تحقیقی که از موسیقی سنتی برای افزایش کنترل خشم استفاده کرده باشد، یافت نشد. بیشتر پژوهش‌ها در ایران موسیقی کلاسیک را برای کاهش اضطراب و افسردگی به کار برده‌اند. حتی تحقیق ذکر شده در بالا توسط عطارزاده و زاده محمدی (۱۳۸۸) به منظور کاهش رفتارهای پرخطر انجام شده است و مستقیماً خشم را هدف قرار نداده است.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که در کاربرد درمانی موسیقی به ویژه موسیقی درمانی غیرفعال باید به این نکته توجه کرد که بهتر است شرکت‌کنندگان از موسیقی دریافت شده لذت ببرند؛ به استثناء مواردی که لازم است فقط یک نوع موسیقی خاص با توجه به هدف درمانی ارئه شود (کنیون، ۲۰۰۷). به عنوان مثال موسیقی راک می‌تواند به ایجاد شور و حرارت پرداخته و از تنش کاسته و درد را برطرف کند اما اگر بدن آمادگی شنیدن این نوع موسیقی نیروزا را نداشته باشد، باعث ایجاد تنش، استرس و درد در بدن می‌شود (جوهری فرد، ۱۳۸۸).

1. Sezer
2. Cevasco
3. Tang

نظر به اینکه در پژوهش حاضر از دستگاه‌های موسیقی سنتی استفاده شده است و افراد شرکت کننده از گروه نوجوانان ۱۴ تا ۱۶ سال بوده‌اند، با توجه به ویژگی‌های روانی و علایق خاص دوران رشد آنها می‌توان استنباط کرد که احتمالاً نتوانسته‌اند با این نوع موسیقی ارتباط برقرار کنند و موسیقی مورد نظر نتوانسته است در آنها حالت آرامش ایجاد کند و در نتیجه به کنترل خشم آنها کمکی نکرده است.

نکته مهم دیگر این است که در موسیقی سنتی ایرانی، قطعاتی که به عنوان آرام‌بخش شناخته می‌شوند در مقایسه با موسیقی کلاسیک به طور کامل آرام بخش نیستند؛ به عبارت دیگر مهمترین خصیصه ملودی آرام‌بخش این است که هیچ احساس و هیجان خاصی را القا نکند. ریتم و گردش‌های ملودیک آرام و یکنواخت آن در فواصل بزرگ کمک می‌کند تا از سرعت و فشار خیالات و هیجان‌ها و خستگی‌ها بکاهد و با آهسته کردن احساس و هیجان در گردش‌ها و فواصل مطبوع و بزرگ، حالتی آرام و خوشایند و بدون هیجان و غلبه احساسی ایجاد کند که چنین قطعاتی در موسیقی ایرانی به ندرت یافت می‌شوند. مسئله دیگر این است که تم عاطفی غالب بر روحیه مردم ایران تم شیدایی است و عموم مردم در ایران رغبتی نسبت به موسیقی‌های آرام‌بخش واقعی نشان نمی‌دهند و بیشتر با موسیقی حزین و شیدایی احساس آرامش می‌کنند که آرامش واقعی نیست. حالت شیدایی انعکاسی از طبیعت و خلق و خوی ادواری خویانه شخصیت ایرانی است که عوامل مختلفی از جمله تاریخ پر آشوب و عوامل ژنتیکی در ایجاد این روحیه شیدایی مؤثر بوده‌اند (زاده محمدی، ۱۳۸۸). در نهایت می‌توان گفت که یکی از ویژگی‌های مثبت هر درمانی میزان تسریع‌بخشی آن است و به همین دلیل هشت جلسه درمان توسط پژوهشگر در تحقیق حاضر در نظر گرفته شد و حتی اگر افزایش نمرات گروه موسیقی‌درمانی در این پژوهش در پس آزمون از نظر آماری معنادار نباشد اما از نظر درمانی حائز اهمیت است و نمی‌توان ادعا کرد که موسیقی‌درمانی در این پژوهش نتوانسته است خاصیت درمانی داشته باشد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که شناخت درمانی میزان کنترل خشم را افزایش می دهد. این نتیجه با یافته‌های شریفی نیا، افروز و رسول زاده (۱۳۸۶)، ریزی (۲۰۰۶)، گونزالز-پرندهز^۱ (۲۰۰۹) و سوفرونوف، آتوود، هینتون و لوین^۲ (۲۰۰۷) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت بر مبنای نظریه بک (۱۹۷۶) زمانی که فرد نگران است، به وسیله یک رشته از افکار یا شناخت‌های خودآیند واکنش نشان می دهد. افکار معیوب و همچنین ارزیابی‌های غیرواقع-بینانه از یک رویداد می تواند علت برانگیخته شدن خشم باشد. شخص پرخاشگر اعمال سایر افراد را بر علیه خود شخصی سازی می کند و روی جنبه‌هایی از رویدادها که با افکار و تعمیم‌های افراطی خود منطبق هستند، تمرکز می کند و در نتیجه دچار خشم زیادی می شود. به وسیله تکنیک‌های شناخت درمانی می توان تحریف‌های شناختی درمانجو را خنثی کرد و کنترل خشم را بالا برد. مثلاً به وسیله تکنیک تمایز رفتار از شخصیت می توان به درمانجو کمک کرد تا اشتباهات خود یا دیگران را به کل شخصیت تعمیم ندهد و در نتیجه به قضاوت‌های کلی نپردازد. وقتی درمانجو به این نتیجه رسید که اشتباه افراد به کل شخصیت آنان ارتباط ندارد، این اشتباهات را قابل حل و قابل گذشت می داند و در برخورد با این مسائل کنترل بیشتری روی خشم خود دارد (لی هی، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۸). اسکاگر و سینگر^۳ (۱۹۶۲)، به نقل از ریزی (۲۰۰۶) در یک آزمایش نشان دادند که هیجان خشم، نتیجه ترکیب یک موقعیت خشم برانگیز و شناختی است که با آن موقعیت همخوانی دارد و با اصلاح شناخت‌های تحریف شده و ناقص می توان آن موقعیت را به وضعیتی تبدیل کرد که ایجاد خشم نکند. بک و امری^۴ (۱۹۸۵) توضیح داده‌اند شیوه‌ای که ما اطلاعات را پردازش می کنیم توسط طرحواره‌ها کنترل می شود. طرحواره‌ها قوانینی هستند که اطلاعات دریافتی توسط ما را تبیین می کنند. این طرحواره‌ها تأثیر مهمی روی ادراک ما از جهان دارند. در یک پژوهش که ۳۰ کودک

1. González- Prendes
 2. Sofronof, K., Attwood, T., Hinton, S., & Levin
 3. Schachter & Singer
 4. Emery

پرخاشگر در آن حضور داشتند، فورمن^۱ (۱۹۸۰) دریافت که کودکان پرخاشگر در مقایسه با کودکان عادی، نسبت به محرک‌های برانگیزاننده، باورهای غیرمنطقی و طحوااره‌های سوگیرانه‌تری دارند که می‌توان با شناخت درمانی این طحوااره‌ها را اصلاح کرد و پرخاشگری را کاهش داد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین اثربخشی کاربرد موسیقی و شناخت‌درمانی روی کنترل خشم تفاوت معناداری وجود دارد و شناخت‌درمانی اثر بیشتری دارد. این نتیجه با یافته‌های عطارزاده و زاده محمدی (۱۳۸۸) و تانگ (۲۰۰۹) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به نظریات نواکو (۱۹۷۵) اگرچه خشم یکی از هیجانات است، اما کنترل و مدیریت آن یک موضوع مسأله‌مدار است. برانگیخته شدن خشم یک پاسخ هیجانی به تحریک است که سیستم عصبی مرکزی و خودمختار و مولفه‌های شناختی را در برمی‌گیرد. نواکو (۱۹۷۶) بر این عقیده است که مؤلفه اصلی یک برنامه درمان خشم این است که روی جنبه‌های شناختی تمرکز کند. بنابراین می‌توان گفت که شناخت درمانی در مقایسه با موسیقی درمانی غیرفعال بیشتر بر فرایندهای حل مسأله تأکید می‌کند و بهتر می‌تواند خشم را کاهش دهد یا کنترل خشم را افزایش دهد. قاسم‌زاده نساجی، پیوسته‌گر، حسینیان، موتابی و بنی‌هاشمی (۱۳۸۸) در یک پژوهش نشان دادند که مداخله شناختی رفتاری بر افزایش استفاده از پاسخ مقابله‌ای مسأله‌دار و کاهش استفاده از پاسخ مقابله‌ای هیجان‌مدار موثر است. همچنین مداخله شناختی، استفاده از راهبردهای شناختی خودسرزنشگری، نشخوار فکری، مقصر دانستن دیگران و فاجعه‌آمیز تلقی کردن را که در برانگیخته شدن خشم نقش زیادی دارند، کاهش می‌دهد اما در موسیقی درمانی غیرفعال به این اصلاح‌های شناختی یا اصلاً توجه نمی‌شود یا توجه اندکی می‌شود. الیس (۲۰۰۳) خشم را به چندین باور مرکزی غیرمنطقی اسناد می‌دهد. این باورها عبارتند از: اگر عصبانی شوم، دیگران تغییر خواهند کرد، من نمی‌توانم چنین رفتاری را تحمل کنم و دیگران نباید چنین رفتاری را انجام دهند، بعضی از

افراد ذاتاً شر هستند و باید اقدامی بر علیه آنها انجام شود. به نظر می‌رسد شناخت درمانی در مقایسه با موسیقی درمانی غیرفعال بهتر می‌تواند این باورهای مربوط به خشم را خنثی کند. از محدودیت‌های این پژوهش این بود که نمونه مورد نظر نوجوانان پسر بودند و برای تعمیم‌دهی نتایج به جامعه عادی باید احتیاط کرد. محدودیت دیگر این بود که روش موسیقی درمانی این پژوهش از نوع غیرفعال بود و نتایج آن نباید به همه انواع موسیقی درمانی تعمیم داده شود.

منابع فارسی

- جوهری فرد، رضا. (۱۳۸۸). *تم درمانی*. تهران: آسیم.
- زاده محمدی، علی. (۱۳۸۸). *کاربردهای موسیقی درمانی*. تهران: اسرار دانش.
- شارف، ریچارد. (۱۹۹۹). *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره*، ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۸)، تهران: رسا.
- شریفی نیا، محمد حسین؛ افروز، غلام علی و رسول‌زاده، سید کاظم (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی دو روش درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان. *روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳، ۳۷، ۷۲-۴۱.
- شیلینگ، لوئیس. (۱۹۸۴). *دیدگاه‌های مشاوره*، ترجمه خدیجه آریین (۱۳۸۶). تهران: اطلاعات.
- عطار زاده، زمانه و زاده محمدی، علی (۱۳۸۸). بررسی تاثیر موسیقی درمانی با تصور هدایت شده و راهبردهای شناختی بر کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان کانون اصلاح و تربیت. *مجموعه مقالات دومین کنگره سراسری هنر درمانی در ایران*. تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
- قاسم‌زاده نساجی، سوگند، پیوسته‌گر، مهرانگیز، حسینیان، سمیه، موتابی، فرشته و بنی هاشمی، سارا. (۱۳۸۸). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *مجله علوم رفتاری*، ۱، ۴، ۴۳-۳۵.

- کوری، جرالده. (۲۰۰۵). *نظریه‌ها و روشهای مشاوره گروهی*، ترجمه فائزه عسگری، مریم خدابخشی، مهرنوش دارینی و فرناز عسگری. (۱۳۸۷). تهران: شبیم دانش.
- کوری، جرالده. (۲۰۰۵). *نظریه و کاربرست مشاوره و روان درمانی*، ترجمه سیدمحمدی، یحیی (۱۳۸۸). تهران: ارسباران.
- لی هی، رابرت. (۲۰۰۳). *تکنیک‌های شناخت درمانی*، ترجمه حمیدپور، حسن؛ اندوز، زهرا. (۱۳۸۸). تهران: ارجمند.
- نویدی، احمد. (۱۳۸۵). *تاثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارتهای خودنظم دهی، سازگاری و سلامت عمومی پسران دوره متوسطه شهر تهران*. پایان نامه دوره دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.
- نی، رابرت. (۲۰۰۴). *غلبه بر خشم*، ترجمه مرجان فرجی. (۱۳۸۹). تهران: رشد.

منابع لاتین

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorder and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Cevasco, A. (2005). Comparison of movement-to-music, rhythm activities and competitive games on depression, anxiety, and anger of females in substance abuse rehabilitation. *Journal of Music therapy*, 1, 64-80
- Chan, M. F., Chan, E. A., Mok, E., & Kwan Tse, F. Y. (2009). Effects of music on depression levels and physiological responses in community-based older adults. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(4), 285-294.
- Cox, D. & Harrison, W. (2008). Models of anger: contributions from psychophysiology, neuropsychology and the cognitive behavioural perspective. *Brain Struct Funct*, 212:371-385
- Dahlen, E. R. and Martin, R. C. (2006). Refining the anger consequences questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 41, 1021-1031.
- Davidson, R., Putnam, K., & Larson, C. (2000). Dysfunction in neural circuitry of emotion regulation - a possible prelude to violence. *Science*, 289, 591-594.
- Ellis, A. (2003). *Anger: How to live with it and without it*. New York, NY: Fine
- Forman, S. (1980). Self-statements of aggressive and non-aggressive children. *Child Behavior Therapy*, 3, 2, 49-57.
- González-Prendes, A. A. (2009). The effects of cognitive - behavioral therapy on trait anger and paranoid ideation. *Research on Social Work Practic*, 19, 6, 686.

- Kassinove, H. & Tafrate, R. (2002). *Anger management: The complete treatment guidebook for practitioners*. Atascadero, CA: Impact
- Kenyon, T. (2007). Effects of music therapy on surgical and cancer patients. *Breast care*, 2, 217-220
- Murphy, C, Taft C, & Eckhardt, C. (2007). Anger problem profiles among partner violent men: Differences in clinical presentation and treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 54(2), 189-200.
- Novaco, R. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington: Lexington Books, D. C.
- Novaco, R. (1976). The functions and regulation of the arousal of anger. *American Journal of Psychiatry*, 133, 20, 1124-1128
- Prail, N. (2010). *An evaluation of women's attitude towards anger in other women and the impact of such on their own anger expression style*. Master's thesis. Wayne State University.
- Ricci, L. (2006). *Effects of cognitive restructuring with desensitization for anger reduction in adolescent boys*. Doctoral Dissertation Hofstra University.
- Ruddy, L., Davis, L., Williams, E., & McCabe, M. (2010). Cognitive-behavioral treatment for chronic nightmares in trauma-exposed persons: assessing physiological reactions to nightmare-related fear. *Journal of clinical psychology*, 66, 4, 365.
- Serez, F. (2010). The effect of music therapy to anger of high school students. *Journal of New World Sciences Academy*, 4, 5, 1595-1612.
- Sofronof, K., Attwood, T., Hinton, S., & Levin, I. (2007). A randomized controlled trial of a cognitive behavioural intervention for anger management in children diagnosed with aspergers syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1203-1214.
- Suinn, R. (2001). The terrible twos—anger and anxiety: Hazardous to your health. *American Psychologist*, 56(1), 27-36.
- Tang, H. Y. (2009). Effects of audio relaxation programs for blood pressure reduction in older adults. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(5), 329-336.
- Vrana, C. (2010). *Changing emotion with emotion versus changing emotion with cognition: a therapy-analogue study*, Master's thesis, New York University.
- Wenze, J., Gunthert, C., & Forand, R. (2010). Cognitive Reactivity in Everyday Life as a Prospective Predictor of Depressive Symptoms. *Cognitive research and therapy*, 34, 554.
- Whitney, M. (2010). *Effects of videotaped wife delivered barbs, relaxation, and coping statements on irrational thinking and anger in maritally distressed men*, Doctoral Dissertation, Hofstra University.