

هنردرمانی: رویکردی فرارشته‌ای

امی بوجیاریلی^۱

مترجم: هدی حمدیه^۲

امی بوجیاریلی یک هنردرمانگر و مدرس دارای گواهی هیئت مدیره در مرکز هنر در پزشکی و آگامی، دستیار نوآوری در دانشگاه Gainesville فلوریدا است.

دانشجوی دکتری رشته پژوهش هنر، دانشکده هنر، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی. ایران.

چکیده

از لحاظ تاریخی، هنردرمانی تلاش کرده‌است تا خود را به‌وضوح به‌عنوان یک حرفه تعریف کند. درحالی‌که به‌طور همزمان طیفی از دیدگاه‌ها و دانشی را که به پیشبرد اقدامات بالینی کمک می‌کند، دربرمی‌گیرد. در این مقاله، نویسنده پیشنهاد می‌کند که با تغییر مفهوم‌سازی، هنردرمانی از «بین‌رشته‌ای» به «فرارشته‌ای» تغییر موضع دهد. هنردرمانگران بدون نیاز به تعریف یا روش‌های جدید تمرین، وضوح و قدرت را به‌دست خواهند آورد. وقتی از منظری فرارشته‌ای به مقوله هنردرمانی نگریسته شود، تعریف آن به دیدگاه‌های مفهومی محدود نمی‌شود و یا با رویکردهای نظری تقسیم نمی‌شود. دیدگاه فرارشته‌ای تنوع، انعطاف‌پذیری و نوآوری را دربرمی‌گیرد و در عین حال احساس استقلال، شمول و همکاری را برای این حوزه به ارمغان می‌آورد. این مقاله ویژگی‌های یک دیدگاه فرارشته‌ای را تشریح می‌کند و نشان می‌دهد که زمانی با لنز فرارشته‌ای این مبحث را می‌نگریم، هنردرمانی - آنگونه که امروز وجود دارد - یک حوزه کاملاً مشخص و پرجنب‌وجوش است.

1. abucciarelli@ufl.edu

2. hodahamdieh79@gmail.com

هنردرمانگر است. در این مقاله من پیشنهاد می‌کنم که به‌عنوان هنردرمانگر، تمرکز خود را از رویکردهای نظری و تعاریف ظریف تغییر دهیم تا هویت این رشته را به‌عنوان یک کل بررسی کنیم. هنردرمانی که به‌عنوان یک حوزه فرارشته‌ای تلقی می‌شود، وحدت در تنوع، همکاری در درون خودمختاری و نوآوری را دربرمی‌گیرد که البته هنوز هم ریشه‌های تاریخی هنردرمانی را گرامی می‌دارد.

هنردرمانی به‌عنوان مقوله‌ای بین رشته‌ای

هنر درمانی معمولاً به‌عنوان یک زمینه بین رشته‌ای در نظر گرفته می‌شود (Gussak and Rosal, 2016; Moon 2001; kapitan, 2011). به این معنا که هنردرمانگران رویکردهای حوزه‌هایی مانند هنرهای تجسمی، مشاوره، آموزش هنر، توانبخشی، انسان‌شناسی، علوم اعصاب و مطالعه خلاقیت را برای (خلق) ایجاد «هنردرمانی» ترکیب کنند (Edwards, 2004; Junge 2010; Rubin, 1999). یک حوزه بین‌رشته‌ای از مفاهیم، روش‌ها و نظریه‌های دو یا چند رشته مجزا استفاده می‌کند (در اینجا به‌عنوان مثال از هنر، روان‌درمانی و روان‌شناسی) که با هم کار می‌کنند تا پاسخ‌هایی برای مشکلات مشترک بیابند (Choi and pak, 2006; Ingraham, 2015; Lawrence, 2010; Mobjork, 2010).

اگرچه این دیدگاه همگام توصیف کار منحصر به فرد هنردرمانگران مفید است؛ اما هنردرمانی را نیز به مجموع بخش‌های آن تنزل درجه می‌دهد که شامل هنر، روان‌درمانی، انسان‌شناسی و غیره است. طبق تعریف، کلمه بین در میان رشته‌ای به معنای «وجود بین یا میان» است. بنابراین، مفهوم‌سازی رشته هنردرمانی به‌عنوان رویکردی بین‌رشته‌ای، هنردرمانگران را در وضعیتی استعاری از برزخ قرار می‌دهد. برای تبیین این نکته، ایده هنردرمانی را به ترکیبی بین هنرهای تجسمی و روان‌درمانی به گونه‌ای ساده تفسیر می‌کنم. اگر هنردرمانی در میان هنر و درمان انتزاع (متصور) شده باشد، یا بین حوزه‌های هنر و درمان وجود داشته باشد، فاقد هویت واقعی خودش است. این اتفاق منجر به طناب‌کشی تاریخی می‌شود که اولمان (۱۹۷۵) درباره آن نوشت. علاوه بر این، نگریستن به هنردرمانی به‌عنوان یک زمینه (مطالعاتی) بین-رشته‌ای، بحران هویت را در محیط کار (این حوزه) تقویت می‌کند و سوالات مختلفی را مطرح می‌نماید: آیا هنردرمانگران به بخش مددکاری اجتماعی، به بخش زندگی کودک یا بخش کاردرمانی تعلق دارند؟ چرا هنردرمانگران در بخش (مخصوص) هنردرمانی نیستند؟

نویسندگان اذعان داشته‌اند که عمل هنردرمانی و هویت هنر درمانگران ارتباط نزدیکی (متقابلی) با یکدیگر دارند (Kapitan, 2010; Moon, 2001; Talwar, 2010; Ulman, 1975). پیشگامان هنردرمانی دانش و تجربه را از رشته‌های اصلی (مثل روان‌درمانی، هنر و غیره) و متنوع را در این حوزه ادغام کردند. بنابراین، هنردرمانی به حق بین رشته‌ای بود (Junge, 2010). اکنون و در این

درمان: مجله انجمن هنردرمانی آمریکا

اخیراً از نویسندگانی دعوت شده‌است تا تعاریف تجدیدنظرشده در مورد هنردرمانی مرتبط با شیوه‌های معاصر را ارائه دهند. فراخوان ارسال مقالات به مقاله اولمان (۱۹۷۵) تحت عنوان «هنردرمانی: مشکلات تعریف» با موضوع «کلاسیک در تعریف حوزه هنردرمانی» اشاره کرد (American Art Therapy Association {AATA}, 2015, p.155) و بیان کرد که دیدگاه دوگانه سنتی که اولمان در مقاله خود ارائه کرد در چهار دهه گذشته بر حوزه هنردرمانی (گفتمان) مسلط بوده‌است (AATA, 2015, p. 155). به نظر می‌رسد ارجاع به مقاله اولمان بر این موضوع دلالت می‌کند که هنردرمانگر تنها در حال حاضر فراتر از این بحث دوتایی، تکامل می‌یابد که هنردرمانی یا در مورد فرایند ساختن است (به‌عنوان مثال، هنر به‌عنوان درمان) یا در مورد تجزیه و تحلیل محصول هنری (به‌عنوان مثال، روان‌درمانی هنر). اگرچه این دو دیدگاه در تاریخچه هنردرمانی مباحثی بنیادی هستند؛ اما دست کم در دو دهه گذشته (این تعریف) بیشتر مورد توافق بوده‌است که هنردرمانی به‌عنوان مجموعه‌ای از ایده‌هایی معرفی شود که نظریه و عمل را هدایت می‌کند (AATA, n.d.; Gussak and Rosal, 2016; Huss, 2015; Rubin, 1984; Wadeson, 2002).

اولمان در مقاله‌اش اظهار کرد که می‌تواند نظریه‌های هنری دیگر پیشگامان نظریه پرداز را مقایسه کند؛ اما به آگاهانه (از روی عمد) تصمیم گرفت تا تعاریف ناثومبورگ^۱ (روان‌درمانی هنر) و کرامر^۲ (هنر به‌عنوان درمان) را با هم مقایسه کند؛ زیرا هر دو روانکاوانه بود. بنابراین، بحث قدیمی عمده‌تاً یک نقطه عطف دلخواه است که با مفهوم‌سازی اولمان که یک شکاف تاریخی اولیه در زمینه هنردرمانی ایجاد کرد، متبلور شد. اولمان در مقاله‌اش نتیجه گرفت که «نسبت هنر و درمان در هنردرمانی در یک طیف گسترده‌ای متفاوت است... اما، هر چیزی که به نام هنر درمان می‌شود، باید در مسیر کار بخش واقعی از هر دو مورد؛ یعنی هم هنر و هم درمان را داشته باشد» (1975, p.26). به نظر می‌رسد که درمانگران هنری بر روی نیمه غلط (اشتباه) از اظهارات اولمان تمرکز کرده‌اند. هنردرمانی با نسبت‌های «هنر» به «درمان» تعریف نمی‌شود؛ بلکه با حوزه‌ای تعریف می‌شود که هم هنر و هم درمان را به‌طور کامل دربرمی‌گیرد.

هنردرمانگران معاصر درباره مدل‌های فراگیر و انعطاف‌پذیر هنردرمانی نوشته‌اند (Huss, 2015; Kapitan, 2010; Moon, 2001; Talwar, 2010). با این حال بسیاری از آن‌ها به دنبال یک نظریه مشترک هنردرمانی هستند که در نهایت هنوز هم محدودکننده و هم تقسیم‌کننده است. عمل هنردرمانی وابسته به تأثیر متقابل پویا از متغیرهای مختلف از جمله تنظیم درمان و طول دوره درمان، پیشینه، قابلیت‌ها، علایق و نیازهای مشتری یا جامعه، منابع موجود در محل درمان، جهت‌گیری نظری هنردرمانگر و همچنین تجربیات شخصی

² Kramer

¹ Naumburg

زمان برای ادامه شناسایی این رشته به‌عنوان حوزه‌ای بین‌رشته‌ای خطرانی وجود دارد. بین‌رشته‌ای بودن افراد حرفه‌ای را تشویق می‌کند تا به هویت اصلی خود، به‌عنوان مثال هنرمند، مربی هنر و یا مشاور مرتبط بمانند (Choi and pak, 2006; Nicolescu, 2010). هویت آن‌ها ممکن است هرگز به چیز (دیگری) مثل هنردرمانگر، تبدیل نشود. مروری بر تاریخچه هنردرمانی نشان می‌دهد که مدل بین-رشته‌ای، بحث‌های سرزمینی در مورد اینکه نظریه چه کسی درست است، ایجاد می‌کند. بحث‌های سالم در مورد رویکردها در این زمینه و برای رشد آن مهم است؛ اما نباید سبب جدایی شوند.

بنابراین اگر دوباره تمرکز (بازنگری) کنیم- تعریف هنردرمانی با هیچ پاسخی (یعنی رویکردهای نظری برای تعریف هنردرمانی) تقویت نمی‌شود. در عوض، با یک سؤال رایج برجسته می‌شود: چگونه می‌توانیم از هنر و فرایند خلاق برای درمان پریشانی روانی-اجتماعی و افزایش بهزیستی (بهبود کیفیت زندگی) کل‌نگر استفاده کنیم؟ دلیل اینکه مردم در پایه و اساس رشته هنردرمانی متحد شدند، این است که آن‌ها به تحقیقات مشترک در مورد استفاده درمانی از هنر علاقه‌مند بودند. بنابراین، اگر لنز بین‌رشته‌ای خود را کنار بگذاریم و آن را با یک نگاه فرارشته‌ای عوض کنیم، این امکان وجود دارد که تصویر کامل‌تری از میدان ثبت کنیم.

هنردرمانی به‌عنوان حوزه‌ای فرارشته‌ای

مفهوم‌سازی هنردرمانی به‌عنوان (حوزه) فرارشته‌ای، پایه‌ای جامع و محکم برای هنردرمانی فراهم می‌آورد. پیشوند trans به معنای «فراتر»، «از طریق» یا «تا تغییر کند» نشان می‌دهد که با کنار هم قرار دادن مفاهیم حوزه‌های مختلف، از مرزهای رشته‌های مستقل فراتر می‌رویم و در نتیجه زمینه‌های ظریف‌تر (دقیق‌تر) ایجاد می‌کنیم که فراتر می‌رود. در عین حال بر ارزش‌های بنیادی خود می‌افزاید (Choi and pak, 2006; Law-rence, 2010; Nicolescu, 2010; ; Rosenfield, 1992). برای مثال، هنردرمانگران می‌دانند که درمان در یک جلسه هنردرمانی فراتر از یک تجربه بیانی اتفاق می‌افتد و حرکت می‌کند و راهی برای تجربه زیستی-روانی و اجتماعی می‌شود (Edwards, 2004; Gussak and Rosal, 2016; Junge, 2010; Rubin, 2001). به‌طور مشابه، نظریه‌های روان‌شناختی زمانی تغییر می‌کنند که از طریق مواد (و شاخه‌های) هنری ارائه شوند که می‌توانند بر بیان و رفتار تأثیر بگذارند (Lusebrink, 1990). در سه‌گانه اثر هنری، مشتری و هنردرمانگر (Edwards, 2004). در یک مدل فرارشته‌ای هنردرمانی، نظریه‌های وام‌گرفته از روان‌شناسی، جامعه‌شناسی در بالای (برتر از) فرایندهای هنری قرار نمی‌گیرند. در عوض، آن‌ها در یک عمل کاملاً جدید با ایده‌های پیچیده منحصربه‌فرد هنردرمانی ادغام می‌شوند.

تجسم (ترسیم) یک مدل هنردرمانی

آموزش هنردرمانی مستلزم شایستگی در (الف) تکنیک‌ها و فرایندهای هنر استودیویی است، (ب) مشاوره و نظریه‌های روانشناختی، (ج) توسعه

شغلی و مدل‌های تحقیق، (د) اخلاق، فرهنگ و تنوع و (و) آسیب‌شناسی و رشد و توسعه انسانی (AATA, 2007). تا به امروز، تمرین هنردرمانی عمدتاً در امتداد پیوسته‌های (گذشته) مورد بحث قرار گرفته که برخی یا همه این مؤلفه‌ها را دربرمی‌گیرد (Gussak and Rosal, 2016; Huss, 2015; Rubin, 1984; Wadson, 2002). دیدگاه فرارشته‌ای به هنردرمانگران اجازه می‌دهد تا تفکر خود را به یک مدل چندبعدی گسترش دهند. هنردرمانی ترکیبی تلفیقی از تکنیک‌ها و فرایندهای هنری، نظریه‌های روانشناختی، مدل‌های آموزشی، سازه‌های اجتماعی-فرهنگی و درک بیولوژیکی است. شکل یک نشان می‌دهد که هنردرمانی با نیاز به ادغام همه این حوزه‌های دانش، از هر مؤلفه فردی فراتر می‌رود. هنردرمانی را نمی‌توان با حذف یک حوزه انجام داد. به این ترتیب، هنردرمانگران تشویق (یا هدایت) می‌شوند تا به‌طور جامع و فراگیر و همچنین انعطاف‌پذیر کار کنند. یک مدل فرارشته‌ای در هنردرمانی را می‌توان به‌عنوان یک ستاره (نگاه کنید به تصویر شماره ۱) با تمرین هنردرمانی در حال حرکت به سمت مرکز یا دور از آن و همچنین بالا و پایین بازوهای ستاره برای پاسخگویی به نیازهای محیط، مشتری یا درمان مورد علاقه جامعه و جهت‌گیری Peutic مورد تأیید درمانگر است.

مدل بین‌رشته‌ای، شایستگی‌های اصلی را ادغام می‌کند، نکاتی که در برنامه کارشناسی ارشد رشته هنردرمانی، تدریس می‌شود. همان‌طور که هنردرمانگران به‌عنوان متخصصان حرفه‌ای تربیت می‌شوند و توسعه می‌یابند، مهارت‌ها و دانش اضافی همچنان در پنج حوزه فرارشته‌ای که عملکرد آن‌ها را تقویت می‌کنند، ادغام می‌شوند؛ به‌عنوان مثال، یک هنردرمانگر که با مجروحان آسیب‌دیدگی مغزی کار می‌کند، ممکن است بر درک بیولوژی عملکرد درمناجی تأکید بیشتری داشته باشد. در این مورد، هنردرمانگر نسبت به فردی که در یک محیط بهداشت روانی جامعه کار می‌کند، باید در مورد نوروبیولوژی، استراتژی‌های توانبخشی و پاسخ‌های بدن به فرایندهای هنری بیشتر بدانند. به این ترتیب، بازوی بیولوژیکی ستاره فرارشته‌ای ممکن است در عمل مورد تأکید قرار گیرد. شش مضمون از ادبیات پدیدار شد که نشان می‌دهد که چگونه یک دیدگاه فرارشته‌ای می‌تواند زمینه هنردرمانی را تقویت کند. هنردرمانی به‌عنوان یک زمینه فرارشته‌ای، نکات بنیادین حوزه هنردرمانی و ترجیحات شخصی را در چهارچوبی جامع که یکپارچه، مستقل، کامل، مشارکتی، انعطاف‌پذیر و نوآورانه است، جذب می‌کند.

شش مضمون هنردرمانی فرارشته‌ای

۱. متحد

رویکرد فرارشته‌ای فراتر از همکاری‌های دانشگاهی حرکت می‌کند و الگویی را پدید می‌آورد که دانش ترکیبی را بدون مرزهای انضباطی ترویج می‌کند. برای هنر درمانی، بحث در مورد جهت‌گیری‌های نظری غیر ضروری می‌شود، زیرا تمام جنبه‌های این رشته در ستاره مدل فرا رشته‌ای در شکل ۱ گنجانده شده‌است. تفکر از سلسله مراتب و یا تصور فراتر می‌رود تا به رویکرد سیستمی کامل برسند (Choi and pak, 2006; Lawrence, 2010; Nic-Olescu, 2010). اگرچه هدف

نقطه عطف تفکر فرارشته‌ای ترکیب بسیاری از روش‌های شناخت، درک و ارزیابی با استفاده از دانش از منابع مختلف برای ارائه دیدگاهی کل‌نگر است (Scholz and Steiner, 2015). ایدئولوژی فرارشته‌ای به‌ویژه از همکاری بین علوم و علوم انسانی تکامل یافته‌است. حوزه‌های فرارشته‌ای ظرفیت تمرکز بر فرد و جامعه را دارند تا مشکلات پیچیده انسان محور را حل کنند که نیازمند راه‌حل‌های مبتنی بر شواهد همراه با آگاهی اجتماعی-فرهنگی است (Arthur, Hall and Lawrence, 1989; Gibbons and Nowotny, 2001; Lawrence, 2010; Nicolescu, 2010; Rosenfield, 1992; Scholz and Steiner, 2015). هنردرمانی دانش و تجربیاتی را به جلسه می‌آورد که به همان اندازه که مهارت‌ها و رویکردهای هنردرمانگر بر تجربه درمانی تأثیر می‌گذارد. مطالعات موردی و مشاهدات به اندازه مطالعات تحقیقاتی در تکامل هنردرمانی مهم بوده‌است (Kapitan, 2011).

نیکلسکو (۲۰۱۰) خاطرنشان کرد که پرس‌وجوهای عینی در رشته‌های مبتنی بر علم از نظر فرهنگی «برتر» شده‌اند. با وجود این، در دانشگاه، در دنیایی که به سرعت در حال تغییر است، روش‌های جامع و یکپارچه تحقیق که تنوع و انعطاف‌پذیری را ممکن می‌سازد، ارزشمندترین و پایدارترین خواهند بود. از این نظر، هنردرمانی برای روش‌ها و شیوه‌های پژوهشی مدرن موقعیت مناسبی فراهم می‌آورد. هنردرمانگران از علوم زیست‌شناسی، پزشکی و روانشناسی (کم‌وبیش) استفاده می‌کنند و در عین حال تجربیات کیفی فرایند هنری، تأثیرات اجتماعی-فرهنگی و پاسخ‌های عاطفی ذهنی را ادغام می‌کنند؛ چیزی که گیبون و نووتنی (۲۰۰۱) از آن به‌عنوان «دانش قوی اجتماعی» یاد کردند (P.78).

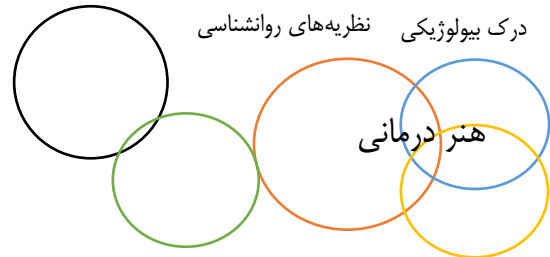
۴. مبتنی بر همکاری

دانش فرارشته‌ای نه تنها در یک رشته از طریق ارتباط بین تئوری و مسائل عملی توسعه می‌یابد؛ بلکه فراتر از مرزهای رشته‌ها حرکت می‌کند (Lawrence, 2010). هنردرمانی به دلیل مشارکت فعال بین افرادی که هم در حال شکل‌دهی و هم در حال اطلاع به این حوزه بودند، تکامل یافت؛ برای مثال، روان‌پزشکان هنرمندان را تشویق می‌کردند تا در مراکز درمانی مشغول به فعالیت شوند (Junge, 2010). بلوک‌های (واحد‌های) سازنده دانش که این حرفه را تشکیل می‌دهند، منحصر به هنردرمانی نیست، بنابراین مقدار قابل توجهی همپوشانی بین ایده‌ها، اهداف و مهارت‌ها با سایر رشته‌های همسو وجود دارد. از آنجایی که یک حوزه فرارشته‌ای فراتر از تفکر میان‌رشته‌ای است و به خود منحصر می‌شود، هیچ تهدیدی در به اشتراک گذاشتن آزاد ایده‌ها وجود ندارد؛ به‌عنوان مثال، هنردرمانگران پزشکی ممکن است دیدگاه‌های مشترکی با متخصصان زندگی کودک در مورد تکنیک‌های مقابله‌ای مناسب برای رشد بیماران بستری در بیمارستان داشته باشند و یا اهداف توابعی مشابهی با فیزیوتراپیست‌ها داشته باشند. هنردرمانگر می‌تواند مهارت‌ها یا تکنیک‌های هنری را با هنرمندان در

فرارشته‌ای گذر کردن از ساختارهای محدود کننده‌است، اما قطعاً بدون مرز نیست و بنابراین همچنان نیازمند بازتاب انتقادی متخصصان برای تعیین (تثبیت) دانش معتبر، دامنه عمل مناسب، و تلاش‌های علمی ارزشمند است (Ingraham, 2015).

فرایند و تکنیک‌های هنر

درک بیولوژیکی نظریه‌های روانشناسی



مدل‌های آموزشی

سازه اجتماعی و فرهنگی

تصویر شماره ۱

۲. خودمختار

روبین (۲۰۰۱) ظهور یک مدل فرارشته‌ای را پیش‌بینی کرد و اظهار کرد که یک نظریه در مورد هنردرمانی در نهایت از خود هنردرمانی پدیدار خواهد شد. بدون شک از عناصری از دیدگاه‌های دیگر بهره می‌برد؛ اما باید از نظر فرایند خلاقیت در هسته خود، یکپارچگی درونی را حفظ کند. هنردرمانی به این دلیل توسعه یافت که افراد از رشته‌های مختلف آنچه را که می‌دانستند برای ایجاد یک تمرین جدید در هنردرمانی با هم ادغام کردند. روبین (۲۰۰۱) یک نظریه یکپارچه را متصور شد؛ اما آنچه ما در واقع (اکنون) در اختیار داریم، یک رشته یکپارچه است که به‌عنوان «هنردرمانی» استقلال یافته‌است.

یک مدل فرارشته‌ای کمک می‌کند به نشان دادن این موضوع که اثر هنری ساخته شده در یک جلسه هنردرمانی با اثر هنری که توسط یک هنرمند یا مربی هنر ساخته شده‌است، متفاوت است. دانش و فرایند هنردرمانی اغلب شهودی و به شدت درهم‌تنیده هستند (Gussak and Nyce, 1999). دانش فرارشته‌ای را نمی‌توان باز کرد و به‌صورت la carte از آن استفاده کرد، دانش به گونه‌ای ادغام می‌شود که کاربرد آن از مرزهای آنچه در رشته‌هایی که از آن استخراج شده بود، یا قابل درک بود، فراتر می‌رود (Rosenfield, 1992). یک مثال عملی، تداوم درمان‌های بیانی است که به درک جامعی از مواد هنری، رشد انسانی و حالات روان‌شناختی برای ساختار دادن به جلسات هنردرمانی، متکی است (Lusebrink, 1990). در زمانی که کمتر از نیمی از پزشکان در حوزه هنردرمانی تحت عنوان «هنردرمانگر» تمرین می‌کنند، توضیح اینکه هنردرمانی منحصر به فرد، از حرفه‌های متحد است، برای اشتغال‌زایی، تلاش‌های صدور مجوز هنردرمانی و فرصت‌های ایجاد شغل مهم است.

۳. کل‌نگر

محل زندگی به اشتراک بگذارد. دانش و آموزش خاص هنردرمانگران، مهارت‌های آن‌ها را از سایر حرفه‌ها متمایز می‌کند. با این حال، هنردرمانی برای همکاری با آن‌ها آغاز شده‌است؛ زیرا روش‌ها و زبان هنردرمانی و زمینه‌های همسو با آن مکمل یکدیگر هستند.

متقابلاً، هنردرمانی می‌تواند به روش‌های ارزشمندی به سایر رشته‌ها کمک کند؛ برای مثال، زمانی که این رشته‌ها از هنر به‌عنوان یک روش تحقیق استفاده می‌کنند، هنردرمانگران می‌توانند در زمینه‌های جامعه‌شناسی و یا مردم‌شناسی مشارکت‌کنندگان مناسبی باشند. تأکید فزاینده‌ای بر انجام کار گروهی در سراسر رشته‌ها، به‌ویژه در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی و با منابع مالی و تحقیقاتی وجود دارد (Choi and Pak, 2006; Gibbons and Nowotny, 2001). آژانس‌ها انتظار دارند که متخصصان بتوانند برای دستیابی به نتایج بهتر همکاری کنند. وقتی هنردرمانی را از دریچه‌ای فرارشته‌ای می‌بینیم، از سرزمین‌گرایی به همکاری مطمئن تغییر می‌کنیم.

۵. قابل انعطاف (انعطاف‌پذیر)

از لحاظ تاریخی، هنردرمانگران نگران این (موضوع) بوده‌اند که اختلافات در مورد نحوه کار ما به این معنی است که ما متحد نیستیم (Uiman, 1975). یک مدل فرارشته‌ای، فضایی را برای ابهام و تنوع اختصاص می‌دهد؛ زیرا در مکان و زمان انعطاف‌پذیر است (Arthur et al., 1989; Gibbons and Nowotny, 2001; Mobjork, 2010). تئوری‌ها روش‌هایی هستند که مردم (به مدد آن) با واقعیت خود در مکان و لحظه‌ای خاص از زمان برخورد می‌کنند (Huss, 2015). تئوری‌های روانکاوی خود در بستر اجتماعی-فرهنگی خاصی از جهان غرب در اوایل دهه ۱۹۰۰ ایجاد شدند. به‌طور مشابه، دوگانگی‌های رایج هنردرمانی-صنایع دستی در مقابل هنر، فرایند در مقابل محصول تحت تأثیر دوره‌هایی قرار گرفتند که از آن پدید آمدند. یک حوزه فرارشته‌ای به زمینه پاسخ می‌دهد (Arthur et al., 1989; Gibbons and Nowotny, 2001; Mobjork, 2010). درحالی‌که یک حرفه بین‌رشته‌ای ممکن است در نهایت توسط مرزهای یک نظریه یا رشته‌های مرتبط محدود شود (Lawrence, 2010). هنردرمانگران می‌توانند از خلاقیت شهودی ما برای تغییر سیال تفکر و عمل ما استفاده کنند. بنابراین، ما امکان یافتن راه‌حل‌های متعدد را در دسترس داریم که نیازهای در حال تغییر افرادی را که به آن‌ها خدمت می‌کنیم (در پروسه هنردرمانی) برآورده می‌کند و در عین حال به تنظیمات و دامنه علمی متفاوت حساس هستیم؛ برای مثال، مسائل مربوط به عزت‌نفس را می‌توان با تمرکز بر هویت جنسیتی، موانع اجتماعی-اقتصادی، یا ساختارهای ذهنی مورد بررسی قرار داد. با طیف وسیعی از تنظیمات کار، جمعیت درمان‌جویان، دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده و تجربیات شخصی که جو (حاکم بر) هنردرمانی

امروزی را شکل می‌دهد، هنردرمانگران باید در سطح علمی انعطاف‌پذیر باشند.

۶. خلاقانه

نوآوری با استفاده از فرایندهای خلاق مانند تفکر واگرا و اندیشه‌های مشابه برای ایجاد ایده‌های جدید و رویکردهای منحصر به فرد اتفاق می‌افتد (Davis, 2004). بنیانگذاران هنردرمانی، نوآوران اندیشه پیش‌رو بودند که ایده‌های طیف وسیعی از زمینه‌های علمی برای تشکیل یک رشته جدید و هیجان‌انگیز ترکیب کردند. نوآوری به‌واسطه ذهنیت‌های ذاتی، تمایل به ریسک، روی باز به تحول پاسخگو هدایت شده به ظهور خواهد رسید. ایده‌های غیرمتعارف (تازه‌ویکر) نه تنها در کار دوجانبه پذیرفته می‌شوند؛ بلکه آن‌ها میدان (عمل) را به جلو حرکت می‌دهند. نوآوری در نهایت به از بین بردن، حمایت از تغییر و رشد برای حفظ ارتباط و رهبری حرفه‌ای ارتباط برقرار می‌کند (Rosenfield, 1992). درمانگران هنری می‌توانند بر روی ظرفیت خلاق ذاتی ما سرمایه‌گذاری کنند تا یک فرهنگ نوآورانه را برای تحقیق و عمل، پرورش دهند.

نتیجه‌گیری

هنردرمانی که به‌عنوان یک زمینه فرارشته‌ای پیش‌بینی شده‌است (که در راستای تحقق آن) هنردرمانگران را تشویق می‌کند تا فراتر از تفاوت‌های نظری نگاه کنند. یک مدل فرارشته‌ای آنچه را که محققان هنردرمانی معاصر ادعان دارند، روشن می‌کند. هنردرمانی رویکردها، دیدگاه‌ها و ایده‌های بسیاری را دربرمی‌گیرد (Edwards, 2004; Gussak and Rosal, 2016; Rubin, 2001). تنوع را افزایش می‌دهد و نشان می‌دهد که هنردرمانی برای مخاطبان گسترده‌ای ارزشمند، کارآمد و قابل استفاده است. درست همانند حوزه هنر که شامل حرکات (تولیدات) هنری بیشماری است. هنردرمانی نیز حوزه‌ای مستقل است که با تنوع در اندیشه و عمل تقویت می‌شود و رشد می‌یابد. پس در نتیجه، واگرایی نظریه‌ها نه تنها مانعی نیست؛ بلکه نشانه‌ای از ورود کامل حوزه هنردرمانی است.

یک رویکرد فرارشته‌ای به هنردرمانگران این امکان را می‌دهد تا دریابند که این رشته به همان اندازه که در زمان تأسیس بود، آینده‌نگر است. هنردرمانگران این قدرت را دارند که فراتر از چشم‌انداز دیدگاه‌های کنونی حرکت کنند تا با سرعت دنیایی را که هر لحظه در حال تغییر است، به تکامل خود ادامه دهد. به‌عنوان پژوهشگران فرارشته‌ای، هنردرمانگران به نام بینش‌های نوآورانه، همکاری‌های کل‌نگر و همبستگی با اعتمادبه‌نفس، فراخوانده می‌شوند تا زمینه را فراهم کنند.

References:

- American Art Therapy Association. (n.d.). What is art therapy? Retrieved May 15, 2016, from <http://arttherapy.org/aata-aboutus>
- American Art Therapy Association. (2007). Masters education standards. Retrieved from http://arttherapy.org/upload/master_seducationstandards.pdf
- American Art Therapy Association. (2015). Is there a need to redefine art therapy? *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 32(3), 155. doi:10.1080/07421656.2015.1068632
- Arthur, M., Hall, D., & Lawrence, B. (1989). Generating a new direction in career theory: The case for a transdisciplinary approach. In M. Arthur, D. Hall, & B. Lawrence (Eds.), *Handbook of career theory* (pp. 7–25). New York, NY: Cambridge University Press.
- Choi, B., & Pak, A. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical & Investigative Medicine*, 29(6), 351–364.
- Davis, G. (2004). *Creativity is forever* (5th ed.). Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- Edwards, D. (2004). *Art therapy*. London, England: Sage.
- Elkins, D., & Deaver, S. (2015). American Art Therapy Association, Inc.: 2013 membership survey report. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 32(2), 60–69. doi:10.1080/07421656.2015.1028313
- Gibbons, M., & Nowotny, H. (2001). The potential of transdisciplinarity. In J. Klein, W. Grossenbacher-Mansuy, R. Häberli, A. Bill, R. Scholz, & M. Welti (Eds.), *Transdisciplinarity: Joint problem solving among science, technology, and society* (pp. 67–80). Basel, Switzerland: Birkhauser Basel. doi:10.1007/978-3-0348-8419-8_7
- Gussak, D., & Nyce, J. (1999). To bridge art therapy and computer technology: The visual toolbox. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 16(4), 194–196.

doi:10.1080/07421656.1999.10129478

Gussak, D., & Rosal, M. (Eds.). (2016). *The Wiley handbook of art therapy*. Oxford, England: John Wiley & Sons. Ingraham, C. (2015). Rhetorical theory in a transdisciplinary mode: The rhetoric of inquiry and digital humanities. *Poroi*, 11

(1), 1–25. doi:10.13008/2151-2957.1188

Junge, M. (2010). *The modern history of art therapy in the United States*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

Kapitan, L. (2010). Art therapists within borders: Grappling with the collective “we” of identity. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(3), 106–107. doi:10.1080/07421656.2010.10129662

Kapitan, L. (2011). *An introduction to art therapy research*. New York, NY: Routledge.

Lawrence, R. (2010). Deciphering interdisciplinary and transdisciplinary contributions. *Transdisciplinary Journal of Engineering & Science*, 1(1), 125–130.

Lusebrink, V. (1990). *Imagery and visual expression in therapy*. New York, NY: Plenum.

Mobjork, M. (2010). Consulting versus participatory transdisciplinarity: A refined classification of transdisciplinary research. *Futures*, 42, 866–873. doi:10.1016/j.futures.2010.03.003

Moon, C. (2001). *Studio art therapy: Cultivating the artist identity in the art therapist*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.

Nicolescu, B. (2010). Methodology of transdisciplinarity—levels of reality, logic of the included middle and complexity. *Transdisciplinary Journal of Engineering & Science*, 1(1), 17–32.

Rosenfield, P. (1992). The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social Science & Medicine*, 35(11), 1343–1357. doi:10.1016/0277-9536(92)90038-R

Rubin, J. (1984). *The art of art therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Rubin, J. (1999). *Art therapy: An introduction*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.

Rubin, J. (Ed.). (2001). *Approaches to art therapy: Theory and technique* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.

Scholz, R., & Steiner, G. (2015). The real type and ideal type of transdisciplinary process: Part I—theoretical foundations. *Sustainability Science*, 10, 527–544. doi:10.1007/s11625-015-0326-4

Huss, E. (2015). A theory-based approach to art therapy: Implications for teaching, research and practice. New York, NY: Routledge. Talwar, S. (2010). An intersectional framework for race, class,

gender, and sexuality in art therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(1), 11–17. doi:10.1080/07421656.2010.10129567

Ulman, E. (1975). Art therapy: Problems of definition. In E. Ulman, & P. Dachinger (Eds.), *Art therapy in theory & practice* (pp. 3–13). New York, NY: Schocken.

Wadeson, H. (2002). Confronting polarization in art therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 19(2), 77–84. doi:10.1080/07421656.2002.10129345

BUCCIARELLI 155