ترجمهٔ علمی

هنردرمانی - مروری بر روش شناسی

نویسنده: مین - آن نگوین

مترجم: هدی حمدیه[1]

۱- دانشجوی دکتری پژوهش هنر، دانشکده هنر، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۲۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۲۲
صفحات: ۹۶ - ۱۰۹

چکیده

هنردرمانی که رسماً در اواخر دههٔ شصت به‌عنوان یک علم مستقل در ایالات متحده تأسیس شد، اگرچه هنوز از مبانی نظری روانکاوی بهره می‌برد؛ اما ویژگی‌های متمایز خود را دارد. این مقاله تلاش می‌کند تا روش‌شناسی هنردرمانی را بررسی کند. اگر هدف بررسی اجمالی تاریخچهٔ هنردرمانی نباشد، محوری‌ترین ویژگی‌های هنردرمانی؛ از جمله تفاوت آن با آموزش هنر، ارتباط غیرکلامی، معنای استعاری و ویژگی رابطه محورآن را ارائه می‌دهد. سطوح پیوستار درمان‌های بیانی (ETC) به‌عنوان مراحل رشد و استفاده از رسانه‌های هنردرمانی نیز در این مقاله ارائه شده‌است.

کلمات کلیدی

هنردرمانی، آموزش هنر، نمادگرایی، ارتباط غیرکلامی، استعاره، پیوستار درمان‌های بیانی(ETC)، رسانه‌های هنردرمانی.

«احساسی که رنج می‌برد، به محض اینکه تصویری روشن و دقیق از آن ایجاد کنیم، دیگر رنج نمی‌کشد» (Frankel, V.E., ۱۹۵۹, ۱۱۷).

تعریف هنردرمانی

هنردرمانی

هنردرمانی بر این ایده استوار است که فرایند خلاقانهٔ خلق هنر، شفابخش و تقویت‌کنندهٔ زندگی است و نوعی ارتباط غیرکلامی افکار و احساسات است (American Art Therapy Association, ۱۹۹۶, in Malchiodi, ۲۰۰۳, p.۱). هنردرمانی بر این نظر استوار است که آسیب‌های اولیه یا تعارضات رشدی ممکن است از طریق زبان کلامی معمول قابل دسترسی نباشند؛ بلکه در ناخودآگاه به شکل‌های پیش کلامی شناخت‌های حسی، حرکتی یا تخیلی و تجربیات عاطفی مرتبط با آن که به زبان نمادین نمایش داده می‌شوند، ذخیره می‌شوند (Robbins, ۲۰۰۰; Wadeson, ۲۰۱۰). فرایند دسترسی به روش‌های پیش کلامی شناخت

و تجربه، مستلزم ایجاد یک رابطهٔ درمانی عمدی یا محیط نگهدارنده است که در آن درمانگر با آگاهی پیش کلامی مراجع هماهنگ می‌شود، به آن می‌پیوندد و آن را منعکس می‌کند. با استفاده از حضور عاطفی و هماهنگی، هنر درمانگر فرایندهای هنری مرتبط را برای انعکاس وضعیت عاطفی و ارتباطی مراجع انتخاب می‌کند و در نتیجه ظهور زبان استعاری و نمادین را پرورش می‌دهد که روایت شخصی مراجع را بازسازی می‌کند(Gerber,۲۰۱۴; Robbins, ۲۰۰۰). مطالعات پیامد نشان داد که هنردرمانی انفرادی بلند مدت در ارتقای رشد شناختی و عاطفی، توانمندسازی روابط و کاهش رفتارهای مخرب در بزرگسالان و کودکان مؤثر بوده‌است(-Alders&Levine, ۲۰۱۰,Madori ,Dudley ۲۰۰۴; Evans&Dubowski ;۲۰۰۱ ۲۰۰۱,Henley; ۲۰۰۰,۲۰۰۵,Klorer; ۲۰۱۲,Klorer&Robb ۱۹۹۰,McGregor; ۲۰۰۱,Ponteri; Smitheman-Brown& Church, ۱۹۹۶; ۲۰۰۱,Spring; ۲۰۰۳,Tipple).

اولین مدرک کارشناسی ارشد هنردرمانی در ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۶۷ در بیمارستان و کالج پزشکی هانمن (که اکنون دانشگاه درکسل نام دارد) در فیلادلفیا ارائه شد (Westwood, ۲۰۱۰). تا آن زمان، هنردرمانی در شهر نیویورک و توسط مارگارت نامبرگ و در واشنگتن دیسی در دانشگاه روانپزشکی واشنگتن تدریس می‌شد. هنردرمانی سرانجام در سال ۱۹۷۰، زمانی که انجمن هنردرمانی آمریکا اولین کنفرانس سالانهٔ خود را برگزار کرد، توانست به‌عنوان یک رشتهٔ تحصیلی مشروع که عناصر هنر و درمان را دربرمی‌گیرد، جایگاه خود را تثبیت کند.

هنردرمانی در مقابل آموزش هنر

به گفتهٔ رابین (۱۹۷۸)، «شاید یکی از وجوه تمایز هنردرمانی از هنر در سایر زمینه‌ها، اهمیت رابطه بین درمانگر و مراجع (یا مراجعان) باشد؛ زیرا خلق هنر در یک رابطهٔ درمانی با نقاشی توسط خود فرد یا کار در یک کلاس متفاوت است. این نوعی موقعیت محافظت‌شدهٔ ویژه است که در آن یک نفر محیطی، چه از نظر فیزیکی و چه از نظر روانی، ایجاد می‌کند که در آن یک یا چند نفر دیگر می‌توانند از طریق هنر به‌طور کامل خود را کشف، گسترش و درک کنند. در این رابطه، کودک داوطلبانه خود را در معرض دیگری قرار می‌دهد و یاد می‌گیرد که با آن شخص دیگر به اظهارات خلاقانهٔ او و به خودش نگاه کند. اغلب کلمات کمی وجود دارد یا اصلاً وجود ندارد؛ اما با هم بودن و به اشتراک گذاشتن فرایند و محصول، به این رویداد که در غیر این صورت می‌توانست بسیار آسیب‌پذیر و شکننده باشد، محافظت، اعتبار و حتی پایداری ببخشد» (Rubin,۱۹۷۸, p. ۲۷۰).

مالچیودی (۱۹۹۸) اشاره می‌کند: «هنردرمانی از این باور حمایت می‌کند که همهٔ افراد ظرفیت ابراز خلاقانهٔ خود را دارند و محصول هنری از فرایند درمانی مربوطه اهمیت کمتری دارد. تمرکز درمانگر به‌طور خاص بر مزایای زیبایی‌شناختی خلق اثر هنری نیست؛ بلکه بر نیازهای درمانی فرد برای ابراز آن است؛ یعنی آنچه مهم است، مشارکت فرد در کار، انتخاب و تسهیل فعالیت‌های هنری مفید برای فرد، کمک به فرد برای یافتن معنا در فرایند خلاقانه و تسهیل به اشتراک گذاشتن تجربهٔ تصویرسازی با درمانگر است» (Malchiodi, ۱۹۹۸,۱). این دیدگاه، هنردرمانی را به‌طور چشمگیری از آموزش و فعالیت‌های هنری خودبه‌خودی متمایز می‌کند. علاوه بر این، هنردرمانی تحت تأثیر نظریه‌های روانشناسی از جمله روان پویشی، رشدی، انسان‌گرایانه و شناختی-رفتاری قرار گرفته‌است و بنابراین رویکردهای مختلفی توسعه یافته است. این رویکردهای نظری و جنبه‌های درمانی، ویژگی‌های خاصی را برای هنردرمانی به ارمغان آورده‌اند که در آموزش هنر یا خود فعالیت‌های هنری گنجانده نشده‌اند.

دو مدل پیشرو در هنردرمانی

هنر در درمان مارگارت نامبرگ

ادغام تفکر فرویدی در مورد پویایی ارتباط ناخودآگاه با تسهیل آن از طریق تصاویر و نمادهای هنری، در درجه اول توسط مارگارت نامبرگ آغاز شد. در مدرسهٔ والدن که در سال ۱۹۱۵ توسط خود او تأسیس شد، مامبرگ به همهٔ معلمانش توصیه کرد که تحلیل انجام دهند و کودکان را به «بیان هنری خودجوش و آزاد» تشویق کنند که حاصل آن تولید تصاویر بدیع و شگفت‌انگیز بود که ظاهراً از ناخودآگاه آن‌ها خلق شده بودند. این امر منجر به اعتقاد نامبرگ به این مطلب شد که چنین بیان هنری آزاد در کودکان، شکلی نمادین از گفتار است که برای همهٔ آموزش‌ها اساسی است. این بیان هنری خودجوش برای درمان روان‌درمانی نیز موضوعی اساسی است (Naumburg, ۱۹۲۸, ۳۰).

نامبرگ که در واقع به‌عنوان بنیان‌گذار هنردرمانی از او یاد می‌شود، چهارچوب نظری «روان‌درمانی هنری» و روش‌های آن را بر آزادسازی بیان هنری خودجوش بنا نهاد؛ ریشه‌های آن را در رابطهٔ انتقالی بین بیمار و درمانگر و تشویق تداعی آزاد است. نامبرگ از هنر به‌عنوان وسیله‌ای برای مراجعان استفاده می‌کرد که تعارضات خود را به‌صورت بصری طرح‌ریزی کنند. از نظر نامبرگ، ارزش هنردرمانی «بر این شناخت استوار است که اساسی‌ترین افراد و احساسات انسان که از ناخودآگاه سرچشمه می‌گیرند، به جای کلمات،

در تصاویر بیان می‌شوند»(Naumburg, ۱۹۵۸, ۵۱۱). وی درحالی‌که تکنیک تداعی آزاد را از روانکاوی گرفته بود، با تأکید فرویدی‌ها بر تبدیل تجربیات ذهنی به کلمات موافق نبود. او در مقایسهٔ این دو رویکرد اظهار داشت که «در هنردرمانی، تجربهٔ تصویرسازی‌شدهٔ ناخودآگاه بیمار مستقیماً به یک تصویر واقعی تبدیل می‌شود» درحالی‌که در روانکاوی «چنین تجربیات بصری درونی باید از یک تصویرسازی به یک ارتباط کلامی تبدیل شوند» (Naumburg, ۱۹۶۶, ۲).

نامبرگ پیشنهاد کرد که وقتی بیمار تصاویر غیرکلامی خودانگیخته‌ای خلق می‌کند، او (بیمار) با تصاویر خود تداعی‌های کلامی ایجاد می‌کند. او همچنین معتقد بود که هنردرمانی، مانند روان‌درمانی، در یک رابطهٔ انتقالی اتفاق می‌افتد؛ ولی او از تکنیک‌های سنتی فاصله گرفت، به این صورت که اصرار داشت بیمار صاف بنشیند، نقشی فعال به جای نقشی وابسته داشته باشد و تصاویر خود را تجزیه، تحلیل و تفسیر کند (Junge&Asawa, ۱۹۹۴, ۲۴-۲۵). فرمول‌بندی مارگارت نامبرگ به‌وضوح بر بخش درمانی متمرکز بود تا جنبهٔ هنری و همان‌طورکه می‌بینیم، نامبرگ بر تفسیر آثار هنری مراجع تأکید داشت.

هنر به‌عنوان درمان از دیدگاه ادیت کرامر

ادیت کرامر اصطلاح «هنر به‌عنوان درمان» را ابداع کرد (Ulman in Rubin, ۱۹۸۷, ۲۸۱). فرضیهٔ او این بود که خود فرایند هنر به مراجع اجازه می‌دهد تا تجربیات و احساسات اولیه را بازآفرینی کند و از این طریق فرصتی برای تجربهٔ مجدد، حل‌وفصل و ادغام تعارض را فراهم می‌کند (Ibid).

مدل نظری کرامر بر هنر به‌عنوان (خود) درمان تمرکز داشت، نه در درمان، همان‌طورکه نامبرگ پیشنهاد کرده بود(Junge& Asawa, ۱۹۹۴, ۳۱). اگرچه کرامر از نظریهٔ روانکاوی برای شکل‌دهی رویکرد خود به هنردرمانی استفاده کرد؛ اما نقش هنردرمانگر را به‌طور قطع از نقش روان‌درمانگر جدا کرد، و با در نظر گرفتن کار خود به‌عنوان یک شکل نسبتاً خاص از کلاس هنر، مراجعین خود را شاگرد نامید و اظهار داشت که هنردرمانگر باید به‌عنوان هنرمند، معلم و درمانگر ماهر باشد؛ «هنردرمانگر... از طریق نقاشی‌های دانش‌آموزان با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کند و این ارتباط ارزش درمانی دارد؛ اما او روان‌درمانگر نیست و وظیفهٔ او تفسیر محتوای عمیق ناخودآگاه برای شاگردان نیست. هدف اصلی هنردرمانگر این است که لذت‌ها و رضایتی را که کار خلاقانه می‌تواند به افراد آشفته بدهد، در دسترس آن‌ها قرار دهد» (Kramer, ۱۹۵۸, ۵). کرامر هشدار داد که هنردرمانگر «به‌عنوان یک قاعده، معنای ناخودآگاه را مستقیماً تفسیر نمی‌کند؛ بلکه از دانش خود برای کمک به مراجع در تولید آثار هنری که حاوی و بیانگر مطالب احساسی است، استفاده خواهد کرد» (Kramer, ۱۹۷۱, ۲۴). کرامر بدون طرفداری از کشف تعارض‌ها یا حمله به مدافعان، تمرکز اصلی خود را بر استفاده از هنر برای افزایش والایش قرار می‌دهد، فرایندی که توسط فروید به‌عنوان مکانیسم دفاعی خود تعریف شده‌است که در آن نفوذ اولیهٔ غیراجتماعی به یک عمل سازندهٔ اجتماعی تبدیل می‌شود (Junge& Asawa, ۱۹۹۴, ۳۴-۳۵). کرامر به‌طور کل بر خود فرایند هنر تأکید کرد.

ویژگی‌های هنردرمانی

ارتباط غیرکلامی

ارتباطات غیرکلامی اساسی‌ترین شکل ارتباط ما است؛ به این صورت است که نوزاد و والد در سال‌های اولیهٔ زندگی نوزاد با هم ارتباط برقرار می‌کنند (Schore, ۲۰۰۳). ازآنجایی‌که افکار و احساسات به شکل کلامی نیستند و به‌عنوان زبانی کلامی در مغز محدود نمی‌شوند، بنابراین هنردرمانی به‌ویژه به کمک افرادی می‌پردازد که داستان‌هایی دارند که از طریق روش‌های هنری قابل ارائه‌اند، نه روش‌های کلامی. به گفتهٔ دیویی: «اگر تمام معانی را می‌توان به اندازهٔ کافی بیان کرد، هنر نقاشی و موسیقی وجود نخواهد داشت (Dewey, ۱۹۳۴, ۷۴). هنگامی که احساسات را بررسی می‌کنیم، فرم‌های هنری پیام‌های داخلی ما را به‌طور صحیح؛ اما متفاوت از روش‌های کلامی انتقال می‌دهند. لانگر فیلسوف هنر اشاره کرد، احساس جهان داخلی را بازگو می‌کند و استدلال می‌کند که شکل هنر برای انتقال این احساس به دیگران طراحی شده‌است (Langer, ۱۹۴۲). از نظر وی، شکل هنر شامل عناصر بصری و ساختاری آثار هنری مانند رنگ، خط، ترکیب و غیره است. او معتقد است که فرم هنری ممکن است برای نشان دادن احساس داخلی به‌صورت ساختاری استفاده شود. شکل (فرم) ساختار هنر است و این ساختار است که تجربه‌های دیداری و شنیداری ما را منعکس می‌کند.

هنردرمانی و سایر شیوه‌های شفا که شامل بیان خلاقانه می‌شوند، بسیار مفید است. به‌ویژه در شرایطی که در آن صحبت کردن یا نوشتن امکان‌پذیر نیست، منجر به بهبود می‌شوند. یک کودک جوان و یا یک فرد معلول ممکن است قادر به صحبت کردن یا استفاده از واژگان کافی و دقیق نباشند. یک قربانی جرم ممکن است امنیت را با استفاده از بیان خلاقانه به‌عنوان یک ابزار برای محافظت از خود پیدا کند(Glazer, ۱۹۹۸; Henderson, ۲۰۰۷; Rogers, ۱۹۹۳). یک مرتکب جرم (خلافکار) ممکن است استفاده از بیان خلاقانه را

به‌عنوان یک ابزار برای بهبودی، جابه‌جایی و یا شرم و عذاب حاصل از گناه موردنظر قرار دهد. هنگام کار با مشتریان، فرایند بیان خلاقانه اجازه می‌دهد تا یک «وارد شدن به یک فرایند ارگانیک، خودبه‌خودی که از یک مکان عمیق و غیرکلامی به‌دست می‌آید» و همچنین اجازه می‌دهد «به مشتری و درمانگر به شنیدن و پاسخ به صدای روح»؛ به‌عنوان مثال، روبه نقل از سیگنل می‌نویسد: بیان غیرکلامی از طریق یک نقاشی ممکن است، خودبه‌خود یک تجربهٔ اصلاحی (شفادهنده) باشد (Rowe, ۲۰۰۸, ۱۲۱).

استعاره به‌عنوان معنای درمانی

«احساس بدون نمادسازی کور است، نماد بدون احساس خالی است» (Gendlin,۱۹۶۲, ۵). مون می‌نویسد: تمام آثار هنری، تصاویری استعاری از افرادی است که آن‌ها را ایجاد می‌کنند» (Moon, ۲۰۰۷, ۳). تصاویر می‌توانند استعارات روانی به مشتریان و درمانگران ارائه دهند که فراتر از عقلانیت خطی است. مون در ادامه می‌نویسد: در پاسخ به استعارهٔ مراجعان، اغلب تصاویر را به داستان‌ها و یا اشعاری ارتباط می‌دهم و آن‌ها را نیز تشویق می‌کنم تا همین کار را انجام دهند (Moon,۲۰۰۷,۴). آثار هنری به مشتری اجازه می‌دهند تا نمادگرایی، استعاره و احساس را با بسیاری از آزادی‌ها و رؤیاها بیان کند. به‌طور همزمان با هنر، فرد در داخل و خارج از رشتهٔ مهارت‌های عملی و روانی حرکت می‌کند که بخشی از یک فرد در حال رشد است. کیز دریافته‌است که «...استفاده از مواد هنری برای خلق تصاویر و پیوند دادن آن‌ها با احساسات و افکاری که تاکنون به‌طور مبهم احساس شده‌اند، آشکار می‌کند. به سرانجام رساندن مسائل ناتمامی که نیاز به حل‌وفصل دارند، از این طریق امکان‌پذیر می‌شوند» (Keyes, ۱۹۹۳، ۱۰۴).

مفاهیم نشانه‌ها و نمادها توسط نظریه‌پردازان در رشته‌های بسیار متنوعی بررسی شده‌اند. انسان‌ها از سیستمی از نشانه‌ها برای برقراری ارتباط در مورد مفاهیم عینی و انتزاعی استفاده می‌کنند. یک نشانه عموماً به‌عنوان یک جایگزین در نظر گرفته می‌شود؛ به‌عنوان مثال، فرد به جای رفتن به مدرسه، بستن طناب دور گردن گاو و هدایت آن به داخل اتاق، می‌گوید: «گاو». یک نماد نمایانگر چیزی عمیق‌تر است، تجربهٔ مفاهیم بزرگ‌تر و پیچیده‌تر که تقلیل آن‌ها به نشانه‌ها دشوارتر است.

به‌طورکلی، نظریه‌پردازان روانشناسی بیشتر به نمادها (معنا) تا به نشانه‌ها (نام‌ها). آنچه فروید (۱۹۶۵) نماد می‌نامید در واقع به نشانه‌ها نزدیک‌تر هستند. آن‌ها به‌عنوان جایگزین عمل می‌کنند (مثلاً سیگار برگ معروف). نمادهای یونگ (۱۹۳۳) نمایانگر یک فرایند عمیق‌تر، غیرقابل توصیف و عرفانی هستند که در آن روح برای دفاع از خود و التیام یافتن تلاش می‌کند. لاکان (۲۰۰۲) و کریستوا (همان‌طورکه در بورچ- یاکوبسن، ۱۹۹۱؛ بووی، ۱۹۹۳ شرح داده شده‌است) نیز به‌طور گسترده در مورد نمادها، به‌ویژه معنای نشانه‌شناختی آن‌ها و تعامل بین نشانه‌های درونی و نمادهای بیرونی، نوشته‌اند.

به‌نظر نمی‌رسد گفتار، شیوه‌ای طبیعی برای انتقال مفاهیم ضمنی باشد. درجایی‌که نشانه‌های کلامی و بصری کم می‌آورند، هنر می‌تواند به‌عنوان یک نماد عمل کند و همان‌طورکه لانگر (۱۹۴۲، ۱۹۵۳) و دیگران (بورچ- یاکوبسن۱۹۹۱؛ بووی۱۹۹۳) استدلال می‌کنند، ممکن است این کار را به شیوه‌ای قدرتمندتر و مؤثرتر از نشانه‌های کلامی به تنهایی انجام دهد. استعاره در یونانی به معنای «انتقال دادن» است. بدون استعاره، زبان تجربیات را تک‌بعدی و مجزا را منتقل می‌کند. با استعاره، زبان ابزاری است که به ما امکان می‌دهد جهانی از امکانات بی‌نهایت را مدل‌سازی کنیم. استعاره با درهم شکستن الگوهای قدیمی، انرژی‌های جدیدی را آزاد می‌کند و تجربیات جدیدی را برمی‌انگیزد. استعاره با قرار دادن «معنای درخشان در مسیر بدیهیات» می‌تواند درک رویدادها و تفسیر تجربه را تغییر دهد (Cox&Theilgaard,p. ۱۳۹ in Gorelick, ۱۹۸۹). در مجموع، استعاره‌ها عناصر اساسی طبیعت ما؛ از جمله ناخودآگاه، دفاع‌ها، روابط، باز تعریف تجربیات قدیمی و یادگیری روش‌های جدید، خودشکوفایی و تعالی را منتقل می‌کند و پیوند می‌دهد (Gorelick, ۱۹۸۹). استعاره «حامل مشترکات» است که تضمین می‌کند هر مکتب روان‌درمانی در تمام مکاتب دیگر و همهٔ مکاتب در هریک از مکاتب نمایان است. کات‌ها این تمایز را دارند که دغدغهٔ اصلی ما خلق و به‌کارگیری خود استعاره است. تولاس (۱۹۹۱) ثابت کرد که استعاره ماهیت فیزیکی و اجتماعی دارد و در طول سال اول زندگی، مفهوم‌سازی می‌شود.

از نظر مون: «استعاره‌های بصری فرصت‌هایی را برای حمایت، اطلاع‌رسانی، تعامل، ارائهٔ تفسیر، تحریک تفکر و مواجههٔ ملایم با مراجعین به روش‌هایی که بالقوه ایمن و از نظر روانی غیرتهدیدآمیز هستند، ایجاد می‌کنند» (Moon, ۲۰۰۷, ۱۵). استعاره‌های هنری، عبارات غیرمستقیم هستند و بنابراین، نسبت به اظهارات مستقیم، کمتر تهاجمی و از نظر روانی تهدیدآمیز هستند. یک اثر هنری، یک شئ بیرونی است که حذف مراجع، از او جدا می‌شود. تفاوت بین درخواست از یک مراجع برای توضیح دلیل حالت تدافعی خود و درخواست از همان مراجع برای کشیدن دیوار را در نظر بگیرید. محتوای عبارات مراجع ممکن است در هر دو مورد مشابه باشد؛ اما

تجربهٔ عاطفی می‌تواند به‌طور قابل توجهی متفاوت باشد. عمل کشیدن دیوار می‌تواند راهی امن‌تر و کم اضطراب‌آورتر برای مقابله با دفاع‌های شخصی باشد. این کیفیت ایمنی، هم به توانایی هنردرمانگر برای حفظ ساختار استعاره و هم به ظرفیت مراجع برای اعتماد به فرایند خلق هنر بستگی دارد. استعاره‌های هنری همچنین فرصت‌هایی را برای مراجعین فراهم می‌کنند تا با نگاه کردن به موقعیت‌ها از دیدگاه‌های جدید و ملموس کردن آن‌ها در تصاویر بصری، تجربیات خود را از نو چهارچوب‌بندی کنند. علاوه بر این، وقتی یک درمانگر هنری در کنار مراجع به خلق اثر هنری می‌پردازد، این همکاری، رابطه‌ای را تقویت می‌کند که عمیق‌تر از کلمات است.

ازآنجاییکه استعاره یکی از رایج‌ترین ابزارهای ادبی است، تقریباً در هر متنی می‌توان آن را یافت. برخی از استعاره‌های موجود در کتاب مقدس در بسیاری از متون دیگر استفاده شده و یا به آن ارجاع داده شده‌است، بنابراین آشنایی با آن‌ها و درک آنچه گفته می‌شود، مفید است؛ به‌عنوان مثال، «من تاک هستم؛ شما شاخه‌ها هستید. اگر در من بمانید و من در شما، میوه فراوان خواهید آورد، جدا از من هیچ کاری نمی‌توانید انجام دهید» (John ۱۵:۵). عیسی می‌دانست که مردم اغلب زمانی که بتوانند از آنچه شناخته شده (آشنا) است به آنچه ناشناخته (ناآشنا) است برسند، بهتر یاد می‌گیرند. عیسی با استفاده از استعاره‌ها نشان داد که او از مقایسه‌ها و تضادهای چیزهایی که برای مخاطبانش آشنا بودند، معلم اصلی است. او پیچیدگی‌ها را ساده و قابل فهم می‌کرد. بودا با استفاده از استعاره‌ها، معلم بزرگ دیگری بود؛ «همان‌طورکه شمع بدون آتش نمی‌سوزد، انسان بدون زندگی معنوی نمی‌تواند زندگی کند» (Buddha). استعاره‌ها را می‌توان در زندگی افراد سرشناس نیز یافت: «وجدان خوب، کریسمسی مداوم است» (Benjamin Franklin). یا «وجدان، قطب‌نمای انسان است»(Vincent Van Gogh).

روابط محور

انسان‌ها ذاتاً اجتماعی هستند (Vygotsky, ۱۹۸۷). ما برای بقا و رشد به روابط با دیگران نیاز داریم و به آن وابسته‌ایم. روابط بین فردی پایه و اساس زندگی انسان است و بیشتر رفتارهای انسانی در بستر روابط فرد با دیگران رخ می‌دهد. روانشناسان معتقدند که بستر روابط فراگیر انسان به شدت بر رفتار هر فرد و رشد او در طول زندگی تأثیر می‌گذارند (Reis, Collins & Berscheid, ۲۰۰۰). مراجعانی که در هنردرمانی دیده می‌شوند، اغلب از احساس جدایی و بیگانگی از خود یا دیگران شکایت دارند. در مواقع دیگر، ممکن است احساس کنند که توسط آن‌ها تحت فشار و یا آزار و اذیت قرار گرفته‌اند. برای بسیاری از هنردرمانگران، ریشهٔ این مشکلات در مسائل و چالش‌های گذشته نهفته است(Edwards, ۲۰۱۴, ۴۳).

رابینز اشاره می‌کند که «... در هنردرمانی، ما دائماً در تلاشیم تا بیان زیبایی‌شناختی را به مکملی برای ابراز وجود در روابط فرد با دیگران تبدیل کنیم. در این فرایند، هنردرمانگر با دفاع‌های شخصیتی فرد کار می‌کند و به آرامی به او کمک می‌کند تا از نظر احساسی تأثیر کامل ارتباطات نمادین را هضم کند، به‌طوری‌که آگاهی واقعی از آنچه به شکل نمادین گفته می‌شود و اینکه چگونه مراجع می‌تواند آن را در روابط مداوم با دیگران آشکار کند، وجود داشته باشد (Robbins, ۲۰۰۰, ۲۳). به گفتهٔ رابینز «در اصل، درمانگر محیطی ایجاد می‌کند که در آن همدلی اساس ارتباط است. تماس همدلانه به پلی دو قطبی تبدیل می‌شود که به حالت‌های تدافعی احترام می‌گذارد و در عین حال به آرزوی درک شدن می‌پردازد» (Robbins, ۲۰۰۰, ۲۷). جروم فرانک، در اثر کلاسیک خود (۱۹۷۳)، «ویژگی‌های اساسی» مشترک همهٔ روان‌درمانی مؤثر را شرح داده‌است: الف) رابطهٔ یاری‌رسان که مراقبت و همدلی را ارائه می‌دهد و امید را بسیج می‌کند، ب) محیطی ویژه که پناهگاهی در برابر خواسته‌های عادی فراهم می‌کند، ج) فلسفه‌ای خوش‌بینانه از زندگی و توضیحی منطقی برای مشکلات، د) رویه‌های قدرتمندی که قدرت درمانگر را نشان می‌دهد، احساسات بیمار را برمی‌انگیزد و به او اجازه می‌دهد تسلط خود را نشان دهد.

کارکردهای هنردرمانی

هنردرمانی به‌عنوان یک فرایند درمانی

تفسیرهای قابل توجهی از روش‌های استفاده از هنر در فرایند درمانی وجود دارد. اولمن اشاره می‌کند که در گسترده‌ترین تفاسیر، هنردرمانی استفاده از هرگونه مواد بصری است در تلاشی برای کمک به ادغام یا تجمیع مجدد شخصیت (Ulman, ۱۹۷۵, ۳). اشکال مختلفی که به‌نظر می‌رسند هنردرمانی به خود می‌گیرند، تا حد زیادی از محیطی که در آن انجام می‌شود، ناشی می‌شود؛ به‌عنوان مثال، هنر در محیط‌های بالینی کاربردهای روانکاوانه داشته است، درحالی‌که هنر در محیط‌های آموزشی بر ادغام فرایندهای شناختی و عاطفی برای افزایش رشد، انگیزه، رفتار و یادگیری تأکید داشته‌است (Williams& Wood, ۱۹۷۷, ۵). دنی در تکنیک‌های هنردرمانی خود، موضعی التقاطی اتخاذ کرده‌است. او با تأکید بر نیازهای مراجع، اظهار می‌کند که هنر می‌تواند بر طیف وسیعی از فرایندهای رفتاری؛ از جمله «... تخلیهٔ هیجانی، افزایش و یا کاهش ارتباط مؤثر، خودافشاگری و تغییر در نگرش و رفتار» مؤثر باشد (Deny,

۱۹۷۲, ۱۱۸). او در ادامه، تکنیک‌های هنردرمانی را تحت شش عنوان شرح می‌دهد: کاوش، ایجاد ارتباط، بیان احساسات درونی، خودادراکی، روابط بین فردی و جایگاه فرد در دنیایش. این دسته‌ها که هرکدام تمرکز متفاوتی را توصیف می‌کنند، رویکردی را برای هدایت فرایند هنردرمانی پیشنهاد می‌دهند (Williams& Wood, ۱۹۷۷, ۶).

هنردرمانی به‌عنوان یک فرایند رشدی

هنردرمانی از دانش مراحل رشد کودک برای ارزیابی ساختار روانشناختی و پیشرفت هنجاری کودک یا بزرگسال استفاده می‌کند تا یک برنامۀ درمانی تدوین کند (Gerber & Lyons, ۱۹۸۰). این شامل حساسیت به وضعیت رشدی روانی-اجتماعی کودک و تلاش برای شناسایی تعارضات و مسائل شناختی، عاطفی و رفتاری است که ممکن است مانع رشد تدریجی شوند (Gerber& Lyon, ۱۹۸۰; Lowenfeld, ۱۹۴۷). روبین فرایند خلاقیت را یک تجربه یادگیری می‌نامد (Rubin, ۱۹۷۸, ۲۶۸). در هنر، حتی یک کودک ممکن است چیزی را که مازلو تجربه اوج می‌نامد، داشته باشد. یا ممکن است حس آگاهی و یا سرزندگی بیشتری را تجربه کند، چیزی که اولمن «نمونۀ لحظه‌ای از زندگی در بهترین حالت» می‌نامد (Maslow, ۱۹۷۱, ۹۳). از طریق هنر، یک کودک ممکن است نه‌تنها رهایی لحظه‌ای تنش را از طریق تخلیه انرژی مازاد؛ بلکه رهایی انرژی بدون تضاد را که به‌تازگی برای استفادۀ سازنده در دسترس است، از طریق تصعید و حل تضادهایی که پس از تخلیۀ منابع او ایجاد شده‌اند، تجربه کند. از طریق هنر فرایندی که در آن فرد با تمام سطوح آگاهی در تماس است (Kubie, ۱۹۵۸) و با محرک‌های خارجی، سطح آگاهی فرد می‌تواند افزایش، گسترش، تعمیق و تیزتر شود. «این گشودگی به تجربه، خود می‌تواند تجربه شود: اول، به‌عنوان یک خلق‌وخو؛ دوم به‌عنوان درک؛ و سوم به‌عنوان بیان» (Kaelin, ۱۹۶۶, ۸).

کودک می‌تواند در هنر، استقلال و خودمختاری را پرورش دهد و مسئولیت، فرایند و محصول را بر عهده بگیرد. او می‌تواند انتخاب کردن، ساختن، عمل کردن، تجدیدنظر در تصمیمات، ارزیابی و سنجش و درس گرفتن از تجربیات گذشته را بیاموزد. در هنر، کودک می‌تواند به‌صورت نمادین آزمایش کند، ممکن است در واقعیت احساسات و ایده‌هایی را که در نهایت ممکن است در واقعیت امکان‌پذیر شوند، در فرایند و محصول بیازماید. او می‌تواند رسانه‌هایی را که پاسخ نمی‌دهند، دستکاری کند و به او این امکان را می‌دهد که نوعی قدرت و تسلط را بدون هیچ خطری تجربه کند. او می‌تواند بر ابزارها و فرایندها تسلط یابد و احساس شایستگی کند. او می‌تواند یاد بگیرد که خود نمادین پس‌رونده/ تهاجمی خود را بپذیرد و می‌تواند برای خود خلاق/ مولد خود ارزش قائل شود که منجر به احساس عمیقی از عزت نفس می‌شود. او می‌تواند منحصربه‌فرد بودن خود را کشف کند، توسعه دهد و تعریف کند و در هنر خود و از طریق آن، حسی از خاص بودن خود ایجاد کند. او می‌تواند لذت یک محصول زیبا از نظر زیبایی‌شناسی، شادی به اشتراک گذاشتن آن با یک عزیز و غرور ناشی از تأیید دیگری را تجربه کند (Rubin, ۱۹۷۸, ۲۶۹).

کاگین و لوزبرینک (۱۹۷۸, in lusebrink, ۱۹۹۰, p. ۹۲-۹۵) و بعدها هینز و لوزبرینک (Hinz& Lusebrink, ۲۰۰۹). یک مدل مفهومی از بیان و تعامل با رسانه‌ها در سطوح مختلف را تدوین کردند که پیوستار درمان‌های بیانی (ETC) را تشکیل می‌دهد. این مدل شامل چهار سطح است که در یک توالی رشدی از شکل‌گیری تصویر و پردازش اطلاعات سازماندهی شده‌اند. سه سطح اول، توالی رشدی و انتزاع فزاینده در پردازش اطلاعات را به‌ترتیب زیر منعکس می‌کنند: سطح حرکتی/ حسی(K/S)، سطح ادراکی/ عاطفی(P/A) و سطح شناختی/ نمادین(C/Sy). سطح چهارم، سطح خلاقانه (CR)، می‌تواند در هریک از سطوح قبلی وجود داشته باشد و ممکن است شامل ترکیبی از تمام سطوح دیگر باشد.

سطح حرکتی/ جسمی با مرحلۀ حسی حرکتی رشد شناختی مطابقت دارد (Piaget, ۱۹۶۹) و عمدتاً بر تجربیات پیش کلامی، آزادسازی انرژی و بیان از طریق عمل و حرکت بدنی، و همچنین احساسات لمسی و لامسه، درونی یا بیرونی که از طریق تعامل با رسانه‌های هنری تجربه می‌شوند (حسی) تمرکز دارد. از نظر رشدی، این روشی است که کودکان اطلاعات را پردازش می‌کنند: آن‌ها مواد را به‌صورت فیزیکی دستکاری می‌کنند تا تصاویر درونی آن‌ها را تشکیل دهند (Lusebrink, ۱۹۹۱; Piaget, ۱۹۵۹; Vygotsky, ۱۹۶۲). علاوه بر این، ریتمی که توسط جنبه‌های حرکتی و عاطفی همراه با عمل نقاشی ایجاد می‌شود، حس آرامش و ثبات ایجاد می‌کند. اطلاعات حرکتی و حسی جمع‌آوری شده از دستکاری مواد هنری، اساس بسیاری از تجربیات را تشکیل می‌دهد و بنابراین تأثیر زیادی بر درک احساسات و رشد حافظه دارد(Damasio, ۱۹۹۴; Lusebrink, ۲۰۰۴; Siegel & Hartzell, ۲۰۰۳).

سطح ادراکی/ عاطفی، تعامل بین جنبه‌های ادراکی و عاطفی بیان و تأثیر رسانه‌های مختلف بر آن تعامل را نشان می‌دهد. ادراکات فردی از واقعیت، مبتنی بر عصب‌شناسی، تحت تأثیر فرهنگ و متفاوت از ادراکات افراد دیگر است. برای داشتن روابط رضایت‌بخش، مفید است که افراد مفهوم تنوع بازنمایی را درک کنند و پذیرای تجربیات ادراکی جدید باشند (Hinz&

Lusebrink, ۲۰۰۹, p. ۱۰). قطب ادراکی بر شکل یا ویژگی‌های ساختاری بیان؛ مانند تعریف مرزها، تمایز اشکال و تلاش برای دستیابی به یک بازنمایی مناسب برای یک تجربۀ درونی یا بیرونی تمرکز دارد. رسانه‌هایی با ویژگی‌های ساختاری بالا (مثلاً چوب یا موزاییک) بیشتر از رسانه‌های سیال (مثلاً آبرنگ) که در آن‌ها فرد باید ساختاری را به رسانه تحمیل کند، احتمال دارد که یک سازمان درونی را در فرد برانگیزند. تجربیات هنردرمانی در سطح ادراکی/ عاطفی را می‌توان به گونه‌ای طراحی کرد که دیدگاه‌های مراجعان را گسترش داده و توانایی آن‌ها را برای دیدن دیدگاه شخص دیگر از طریق یک زبان بصری افزایش دهد. علاوه بر این، هرکسی باید اطلاعات مربوط به حالات عاطفی خود را درک کند و به آن‌ها دسترسی داشته باشد. احساسات در تصمیم‌گیری، عملکرد حافظه و رفتار انگیزشی استفاده می‌شوند (Damasio, ۱۹۹۴; Ekman, ۲۰۰۳; Plutchik, ۲۰۰۳). مؤلفۀ عاطفی این سطح، شکل را تغییر می‌دهد و شکل به‌نوبۀ خود ساختاری برای تأثیرگذاری ایجاد می‌کند. تلاش ذاتی برای گشتالت‌های خوب ممکن است با بیان عاطفی و تحریف شکل ایجادشده یا درک‌شده، خنثی شود. نمونه‌های شدید این تعامل را می‌توان در تحریف شکل در عبارات خشمگین یا در مهار خشم در هندسی‌سازی شکل مشاهده کرد. استفاده از رنگ‌های شدید و رسانه‌های سیال؛ مانند رنگ پوستر، بیان را تسهیل می‌کند. شناسایی اشکال، بیان عاطفه و درونی‌سازی ساختار را تسهیل می‌کند. درونی‌سازی و انتزاع طرحواره‌های ادراکی و عاطفی منجر به سطح C/SY زیر می‌شود. تجربیات در سطح ادراکی و عاطفی می‌تواند به مراجعین در شناسایی احساسات، تسهیل تمایز بین حالات عاطفی و کمک به بیان مناسب احساسات کمک کند (Hinz& Lusebrink, ۲۰۰۹. ۱۱).

سطح شناختی/ نمادین مربوط به نوجوانی و رشد تفکر عملیاتی صوری است (Piaget, ۱۹۶۹). ازآنجاکه نوجوانان قادر به تفکر خارج از تجربیات خود هستند و افکارشان به سطح جدیدی از پیچیدگی رسیده است، می‌توانند از نمادها برای نمایش احساسات، افکار و رویدادها استفاده کنند (Hinz& Lusebrink, ۲۰۰۹, p. ۱۲). این سطح شامل عملیات مفهومی و پیش‌بینی با تصاویر و بیان‌های کلامی مربوط است که این عملیات را توصیف می‌کند. مؤلفۀ شناختی این سطح بر عملیات تحلیلی و متوالی، تفکر منطقی و حل مسئله تمرکز دارد. انتزاعات و نمایش مفهوم از طریق اشکال بصری بخشی از عملیات شناختی هستند. رسانه‌های مقاومتی و ساختاریافته، مانند مداد یا کاغذ ساختمان عملیات را در سطح شناختی تقویت می‌کنند. نام‌گذاری محصول، بیان کلامی رویه و درونی‌سازی دستورات کلامی بخشی از سطح شناختی را تشکیل می‌دهند. ورودی از مؤلفۀ شناختی ETC بازخورد واقعیت را در تمام زمینه‌های پردازش اطلاعات فراهم می‌کند. مؤلفۀ نمادین این سطح بر شکل‌گیری مفهوم شهودی، تحقیق و تحقق نمادها و بیان نمادین معنا تمرکز دارد. شکل‌گیری نمادها به‌خودی‌خود می‌تواند منجر به والایش انگیزه‌های اساسی‌تر به بیان قابل قبول فرهنگی شود و در نتیجه به سطح بعدی یا خلاقانه منجر شود. به‌طور بالقوه، هرکسی می‌تواند از توانایی درک و استفاده از تفکر نمادین بهره‌مند شود. نمادها دسترسی به عملکرد شهودی را فراهم می‌کنند و می‌توانند یادآور این مسئله باشند که تجربیات، کاملاً آگاهانه و به‌طور کامل درک نمی‌شوند. هنردرمانی با مؤلفۀ نمادین ETC می‌تواند به مراجعین به دسترسی به خرد بدن خود یا خرد جهان کمک کند که هیچ‌کدام با کلام بیان نمی‌شوند. استفاده از نماد می‌تواند به مراجعین اجازه دهد تا حس سالمی از رمزوراز را در زندگی خود حفظ کنند (Hinz& Lusebrink, ۲۰۰۹, p. ۱۲).

سطح خلاق ETCممکن است در هر یا در تمام سطوح وجود داشته باشد و اغلب عملکردی یکپارچه دارد. این سطح بر ترکیب و خودشکوفایی نیروهای خود و ایگو تأکید دارد. یونگ (۱۹۶۴) اظهار داشت که همه افراد تمایل به رشد به سمت تمامیت، آشکار کردن، منحصربه‌فرد بودن و فردیت خود دارند و از نظر او، این تمایل به بهترین شکل با خلق یک ماندلا نشان داده می‌شود. به گفتۀ جانسون (۱۹۹۰)، تجربیات خلاقانه می‌توانند «خود کاذب» ایجادشده در پاسخ به شرم را از بین ببرند و می‌توانند حس اصیل «خود» را تقویت کنند. والایش نمونه‌ای از یک عمل خلاقانه است. عمل خلاقانه به یک تجربۀ عاطفی از بسته شدن و حس وحدت بین رسانه و پیام منجر می‌شود. در تمام انواع تجربیات خلاقانه، هنرمند شادی شدیدی را احساس می‌کند که می (۱۹۷۵) آن را به‌عنوان «احساس که با آگاهی بیشتر همراه است، حالتی که با تجربۀ تحقق پتانسیل‌های خود همراه است» تعریف کرد (صفحه ۴۵).

یک فرد با عملکرد خوب قادر به پردازش اطلاعات در تمام سطوح و با تمام اجزا یا عملکردهای ETC است. با این حال، اکثر افرادی که به دنبال درمان هستند، خود را در عملکرد بهینه نمی‌دانند؛ بلکه خود را در حال تجربۀ مشکلاتی در زندگی می‌دانند. ETC به درمانگران کمک می‌کند تا این مشکلات را حداقل از دو طریق مفهوم‌سازی کنند. مشکلات زندگی که می‌تواند افراد را به سمت روان‌درمانی سوق دهد، زمانی رخ می‌دهد که افراد از دریافت یا پردازش اطلاعات از یک یا چند جزء ETC منع شوند. همچنین زمانی که افراد ترجیحات قوی برای پردازش اطلاعات به دلیل مسدود شدن یا استفادۀ بیش از حد به شیوه‌ای مشخص،

محدود می‌شوند، مهارت‌های تصمیم‌گیری مختل می‌شوند و انتخاب‌های زندگی اغلب بسیار محدود تعریف می‌شوند (Hinz& Luserbrink, ۲۰۰۹, p. ۱۴).

ETC می‌تواند برای ارزیابی سطوح ترجیحی و مسدودشدهٔ پردازش اطلاعات مراجعین و تجویز تجربیات درمانی مطلوب مورد استفاده قرار گیرد. ساختار ETC می‌تواند به درمانگران هنرهای خلاق کمک کند تا هم مؤلفه‌های مورد علاقهٔ مراجعین خود و هم موانع مهم برای عملکرد بهینه را ارزیابی کنند. این اطلاعات ارزیابی‌شده از طریق بررسی ترجیحات رسانه‌ای و سبک‌های تعامل با رسانه و همچنین شاخص‌های گرافیکی و عناصر بیانی از محصولات هنری نهایی جمع‌آوری می‌شود. علاوه بر این، درمانگران می‌توانند از اطلاعات ETC برای راهنمایی مراجعین در تجربیاتی که برای از بین بردن موانع استفادهٔ مؤثر از هر مؤلفه یا کاهش وابستگی بیش از حد که باعث عملکرد سفت و سخت می‌شود، طراحی شده‌اند، استفاده کنند. عملکرد اجتماعی و شغلی مراجعین را می‌توان با از بین بردن موانع و افزایش انعطاف‌پذیری در روش‌های پردازش اطلاعات و تصمیم‌گیری بهبود بخشید (Hinz& Lusebrink, ۲۰۰۹, p. ۱۵).

سؤالات مطرح‌شده از مراجع می‌تواند در درجهٔ اول به بیان در سطوح مختلف ETC به روش زیر معطوف باشد (Luserbrink, ۱۹۹۰).

چکار می‌کنی؟ چکاری می‌خواهی انجام دهی؟ آیا می‌توانی آن را به‌صورت عملی انجام دهی؟ معطوف به پاسخ‌هایی در سطح حرکتی است.

چه چیزی حس می‌کنی؟ تمرکز توجه را به حس معطوف می‌کند.

چه چیزی می‌بینی یا درک می‌کنی؟ توجه را به جنبه‌های ادراکی معطوف می‌کند.

چه احساسی داری؟ بر عاطفه تمرکز دارد.

بخش‌های مختلف چگونه به یکدیگر مرتبط هستند؟ گام‌های لازم برای حل مشکل چیست؟ و سؤالات مشابه به عملیات شناختی می‌پردازند.

برای شما چه معنایی دارد؟ یا چه ارتباطی با آن دارید؟ باعث توضیح جنبه‌های نمادین بیان می‌شود.

بهتر است از سؤالاتی که از «چرا» استفاده می‌کنند، اجتناب کنید؛ زیرا این سؤالات منجر به توجیه می‌شوند.

استفاده از رسانه در هنردرمانی

دستکاری و درک هدفمند رسانه‌های درمانی می‌تواند به‌عنوان یک زبان غیرکلامی تجربه شود (Hass-Cohen, ۲۰۰۷).

نامبرگ معتقد بود که نتایج مثبت درمانی می‌تواند تنها از طریق استفاده از پاستل‌ها و رنگ‌های پوستر به‌دست آید (Naumburg, ۱۹۶۶). رابینز و سیبله (۱۹۷۶) بر اهمیت ارائهٔ مجموعه‌ای از رسانه‌ها تأکید کردند (ص۲۰۷). با این حال، این دستکاری هدفمند رسانه‌های هنری و تولید هنر است که نقش درمانی را در درمان هنر بازی می‌کند، رسانه‌های هنری و تولید هنر به تنهایی نقش درمانی را در هنر بازی نمی‌کند؛ به‌عنوان مثال، در یک مطالعه، ایجاد تصاویر کلاژ با کاهش خلق منفی همراه بود؛ اما صرفاً مشاهده و مرتب‌سازی تصاویر نبود (Bell& Robbins, ۲۰۰۷). درک و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند مقایسهٔ نوشتن و نقاشی (هردو قلم سیاه) برای بهبود خلق‌وخوی منفی و اثرات مثبت برای طراحی نسبت به نوشتن است را نشان می‌دهد. کارل (۲۰۰۸) اثرات نقاشی و کولاژ را با یک چهارچوب ذهنی مثبت یا منفی انجام داد و متوجه شد که هردو وظیفهٔ هنری، با تمرکز شناختی مثبت و کاهش استرس همراه است.

رسانه‌های هنری ساختارمند و کمتر ساختارمند

رسانه‌ها بر روی یک پیوستگی بیشتر از ساختاریافته تا حداقل ساختاریافته وجود دارد. در انتهای ساختاری، رسانه‌ها مانند مداد گرافیتی و مداد رنگی هستند. این رسانه‌ها با ساختار ذاتی بیشتر مقاومت می‌کنند؛ زیرا مقاومت در برابر تغییرات آسان هستند. رسانه‌ها از کنترل حمایت می‌کنند (Malchiodi, ۱۹۹۸)، خطوط دقیق را ایجاد می‌کنند و یک تجربهٔ درنظرگرفته‌شده و متفکرانه را ترویج می‌دهند. مواد دیگر مانند کولاژ، مهرها و قلم‌ها یا نشانگرها نیز به‌عنوان ساختار و کنترل شده‌اند. افراد مضطرب اغلب با رسانه‌های ساختاری راحت‌تر (آرام‌تر) می‌شوند؛ زیرا این امر به آن‌ها اجازه می‌دهد تا در طول تجربهٔ هنری احساس امنیت و کنترل بیشتری داشته باشند. بیشتری مواد ساختاری معمولاً در ابتدای درمان هنر ارائه می‌شود تا به مشتریان کمک کند که با این روند راحت ارتباط برقرار کنند. مداد و نشانگرهایی که به‌راحتی قابل جابه‌جایی هستند و اجازه می‌دهند جزئیات ایجاد شوند، جزئیات ممکن است مناسب برای وظایف خاص؛ مانند ایجاد تصویر از خود (پرتره) و یا تصویر خانوادگی باشد که کاری را با هم انجام می‌دهند.

موادی مانند رنگ آبرنگ، رنگ روغن، پاستل گچی و خاک رس، به سمت رسانه‌های کمتر ساختاریافته یا سیال‌تر، گرایش دارند. این رسانه‌ها می‌توانند بسیار بیانگر باشند؛ اما کنترل آن‌ها بسیار دشوارتر است. آن‌ها تمایل دارند تجربهٔ عاطفی و ابراز وجود را افزایش دهند (Horowitz&Eksten, ۲۰۰۹; Rubin, ۲۰۱۱). رنگ یا پاستل روغنی ممکن است برای

دستورالعملی که شامل چیزی شبیه به نمایش احساسات شنا است، انگیزه بخش‌تر باشند؛ زیرا ممکن است به تعمیق تجربه و بیان عاطفی کمک کنند. همچنین اعتقاد بر این است که رسانه‌های سیال به فرایندهای ناخودآگاه دسترسی دارند که در سطح پیش کلامی توسط نیمکرهٔ راست مغز انجام می‌شوند و بنابراین به ادغام حافظهٔ بلندمدت (Morley& Duncan, ۲۰۰۷) و بهبود تروما (Gantt& Tinnin, ۲۰۰۹) کمک می‌کنند.

بسیاری از افراد، آبرنگ و سایر رسانه‌های سیال را آرامش‌بخش و مشوق تجربه‌ای مراقبه‌آمیزتر می‌دانند. با این حال، رسانه‌های سیال آسیب‌پذیری عاطفی ناشی از آن می‌تواند برای برخی افراد؛ مانند افرادی که سابقه ترومای شدید یا روان‌پریشی دارند، بسیار طاقت فرسا باشد. در کار با کودکان ADHD، اگر کودکان هنوز به اندازهٔ کافی خویشتن‌داری، صبر و تحمل ناامیدی را در خود پرورش نداده باشند، نقاشی یا گل خیس می‌تواند به‌سرعت به یک آشفتگی غیرقابل کنترل تبدیل شود.

رسانه‌هایی که پیوستار درمان‌های بیانی را تقویت می‌کنند

کاگین و لوسبرینک (۱۹۷۸) اطلاعاتی در مورد متغیرهای رسانه‌ای ایجاد کردند و آن را در چهارچوب ETC گنجاندند؛ به‌عنوان مثال، طبق گفتهٔ کاگین و لوسبرینک (۱۹۷۸)، مواد موجود در سطح حسی/ حرکتی ETC می‌توانند صرفاً به‌عنوان تسهیل‌کننده‌های عمل و یا احساس عمل کنند. مواد موجود در قطب ادراکی سطح ادراکی/ عاطفی بر ابعاد شکلیه تجربهٔ رسانه‌ای تأکید دارند. تجربیاتی که شکل از یک پس‌زمینه ناشی می‌شود؛ مانند کاغذهای رنگی متضاد یا رسانه‌های طراحی، به ایجاد یک تجربهٔ ادراکی کمک می‌کنند. رسانه‌های سیال همان‌طورکه در بالا ذکر شد، می‌توانند تأثیر را برانگیزند. استفاده از رنگ آبرنگ روی کاغذ مرطوب، فعالیتی با جریان سریع است که اغلب یک تجربه عاطفی را القاء می‌کند. تجربیات نمادین از اشکال مبهم، مانند آن‌هایی که توسط نقاشی اسفنجی یا نقاشی لکه‌ای تولید می‌شوند، ناشی می‌شوند. اشکال مبهم، سازماندهی را به نمادهای قابل تشخیصی که می‌توانند با معنای شخصی آغشته شوند، تشویق می‌کنند (Lusebrink, ۱۹۹۰). موادی که شامل دقت، برنامه‌ریزی و فرایندهای فکری پیچیده هستند، تجربیات شناختی را برمی‌انگیزند. مدادهای طراحی مستلزم دقت هستند و برنامه‌ریزی در برش و چسباندن مورد نیاز برای خلق یک کلاژ نقش دارد.

عناصر دیگری که باید در ارائهٔ هنردرمانی در نظر گرفته شوند، اندازهٔ کاغذ مورد استفاده و ترجیحات رسانه‌ای فردی هستند. کاغذ کوچک حس مهار بیشتری را ایجاد می‌کند درحالی‌که کاغذ بزرگ، آزادی وسعت را القاء می‌کند. ترجیحات فردی برای رسانه‌های مختلف نیز باید در ذهن هنردرمانگر حفظ شود. ترجیحات حسی می‌تواند جنبهٔ مهمی از ترجیح شخص باشد، به‌خصوص در کودکان. افرادی که تدافع لمسی دارند ممکن است با گل رس، خمیربازی یا نقاشی با انگشت راحت نباشند.

نتیجه‌گیری

هنردرمانی یک حرفهٔ خدمات انسانی است که در آن مواد هنری، فرایند خلاقانه و محصول نهایی هنر، ابزارهایی برای تعامل درمانی هنر هستند. هر مدل هنردرمانی که مورد استفاده قرار گیرد، آگاهی و رشد شخصی رخ خواهد داد؛ زیرا بیماران یا مراجعین با مواد هنری تعامل می‌کنند و از فرایند استفادهٔ هدفمند از این مواد، چیزی در مورد خودشان می‌آموزند. هنردرمانی ویژگی‌های متعددی دارد؛ از جمله ارتباط غیرکلامی، معنای استعاری و جهت‌گیری رابطه. این ویژگی‌ها، همراه با سطوح پیوستار درمان‌های بیانگر، هنردرمانی را هم به‌عنوان یک عملکرد درمانی و هم به‌عنوان یک عملکرد رشدی به ارمغان می‌آورد. نتایج درمانی مؤثر می‌توانند از طریق استفادهٔ مناسب از رسانه‌های هنری که در یک پیوستار از ساختاریافته‌ترین تا کم ساختارترین قرار دارند، حاصل شود. هنردرمانگر باید رسانه‌های مورد استفاده را باتوجه به ویژگی‌های روانشناختی مراجع یا بیمار، ترجیحات فردی و سطوح پیوستار درمان‌های بیانی آن‌ها را در نظر بگیرد.

اطلاعات دربارهٔ نویسنده

مین-آن نگوین-دکترای تخصصی روانشناسی، محقق مهمان فولبرایت، دانشگاه درکسل، فیلادلفیا، پنسیلوانیا، ایالات متحده آمریکا؛ رئیس دفتر مدیریت تحقیقات و همکاری‌های بین المللی، کالج ملی آموزش و پرورش در شهر هوشی مین، ویتنام.

رفرنس‌های علمی

- 1. Alders, A., & Levine-Madori, L. (2010). The effect of art therapy on cognitive

- performance of Hispanic/Latino older adults. Art Therapy: Journal of the American Art

- Therapy Association, 27(3), 127-135.

- 2. Bell, C.E. & Robbins, S.J (2007). Effect on art production on negative mood:

- A randomized, controlled trial. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy

- Association, 24(2), 71-75.

- 3. Bodrova, E. & Leong, D. (1996). The Vygotskian approach to early childhood.

- Columbus, Ohio: Merrill, an Imprint of Prentice Hall.

- 4. Borch-Jacobsen, M. (1991). Lacan: The absolute master. Stanford, CA:

- Stanford University Press.

- 5. Bowie, M. (1993). Lacan. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- 6. Cochran, J.L. (1996). Using play and art therapy to help culturally diverse

- students overcome barriers to school success. School Counselor, 43, 287-299.

- 7. Coleman, V.D., Farris-Dufrene, P. M. (1996). Art therapy and psychotherapy:

- blending two therapeutic approaches. Washington, DC, Accelerated Development.

- 8. Curl, K. (2008). Assessing stress reduction as a function of artistic creation and

- cognitive focus. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 25(4), 164-

- 169.

- 9. Damasio, A.R. (1994). Descartes' error. New York: Putnam & Sons.

- 10. Deny, J.M. (1972). Techniques for individual and group. Journal of Art

- Therapy. 11: 117-134.

- 11. Dewey, J. (1934). Art as experience. New York: Milton Balch.

- 12. Drake, J.E, Coleman, K. & Winner, E. (2011). Short-term mood repair through

- art: Effect of medium and strategy. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy

- Association, 28(1), 26-30.

- 13. Dudley, J. (2004). Art psychotherapy and the use of psychiatric diagnosis:

- Assessment for art psychotherapy, Inscape, 9(1), 14-25.

- 14. Edwards, D. (2014). Art Therapy. 2nd edition. Sage.

- 15. Ekman, P. (2003). Emotions revealed. New York: Henry Hold Publishers.

- 16. Evans, K., & Dubowski, J. (2001) Art therapy with children on the autistic

- spectrum: Beyond words. London: Jessica Kingsley.

- 17. Fleer, M. (1992). Identifying teacher – child interaction which scaffolds

- scientific thinking in young children. Science education, 76, pp. 373-397.

- 18. Frank, J. (1973). Persuasion and healing. Baltimore: The Johns Hopkins

- University Press.

- 19. Freud, S. (1965). The interpretation of dreams (J. Strachey, Trans.). New

- York, NY: Avon.

- 20. Gantt, L. & Tinnin, L.W. (2009). Support for a neurobiological view of trauma

- with implications of art therapy. The arts in psychotherapy, 36(3), 148-153.

- 21. Gavron, T. (2013). Meeting on common ground: assessing parent – child

- relationships through the joint painting procedure. Art Therapy: Journal of the American Art

- Therapy Association, 30(1), 12-19.

- Vygotsky & Creativity: A Cultural-historical Approach to Play, Meaning-Making and the

- Arts, edited by Cathrene Connery, Vera John-Steiner and Ana Marjanovic-Shane. New York:

- Peter Lang Publishers.

- 32. Horowitz, E.G. & Eksten, S.L. (2009). The art therapists' primer. Springfield,

- IL: Charles C. Thomas Publisher.

- 33. Johnson, L. (1990). Creative therapies in the treatment of addictions: The art of

- transforming shame. The Arts in Psychotherapy, 17, 299-308.

- 34. Jung, C.G. (1933). Modern man in search of a soul (W.S. Dell & C. F. Baynes,

- Trans.). San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich.

- 35. Jung, C.G. (1964). Man and his symbols. Garden City, NY: Doubleday.

- 36. Jung, C.G. (2009). The red book (S. Shamdasani, M. Kyburz, & J. Peck,

- Trans.). New York, NY: W.W. Norton.

- 37. Junge, M.B. & Asawa, P.P. (1994). A History of Art Therapy in the United

- States. American Art Therapy Association. First edition (November 30, 1994).

- 38. Kaelin, E.F. (1966). "The Existential Ground of for Aesthetic Education."

- Studies in Art Education, 1966, 8 (1): 3-12.

- 39. Kagin, S.L & Lusebrink, V.B. (1978). The expressive therapies continuum. Art

- Psychotherapy, 5, 171-180.

- 40. Keyes, M.F. (1983). Inward journey: Art as therapy. La Salle, IL: Open Court

- Publishing Company .

- 41. Klorer, P.G. (2000). Expressive therapy with troubled children. Northvale, NJ:

- Jason Aronson.

- 42. Klorer, P.G & Robb, M. (2012): Art enrichment: evaluating a collaboration

- 22. Gendlin, E.T. (1962). Experiencing and the Creation of Meaning. New York:

- Free Press, 1962.

- 23. Gerber, N. (2014). The therapist artist: An individual and collective

- worldview. In M. Junge (Ed.). The identity of the art therapist. Springfield, IL: Charles C.

- Thomas Publisher, Ltd.

- 24. Gil, E., & Drewes, A.A. (2005). Cultural issues in play therapy. New York:

- Guilford.

- 25. Glazer, H.R. (1998, January). Expressions of children's grief: A qualitative

- study. International Journal of Play Therapy, Vol. 7 (2), pp. 51-65.

- 26. Gorelick, K. (1989). Rapprochement between the arts and psychotherapies:

- metaphor the mediator. The arts in psychotherapy. Vol. 16 pp. 149-155.

- 27. Hass-Cohen, N. (2007). Cultural arts in action: musings on empathy. GAINS

- Community Newsletter: Connections and Reflections. Summer 2007, 41-48.

- 28. Henderson, P.G. (2007, August). Creativity, Expression and Healing: An

- Empirical Study Using Mandalas Within the Written Disclosure Paradigm. A Master's Thesis.

- Texas: Texas A&M University.

- 29. Henley, D. (2001). Annihilation anxiety and fantasy in the art of children with

- Asperger's Syndrome and others on the autistic spectrum. American Journal of Art Therapy,

- 39:113-21.

- 30. Hinz, L, & Lusebrink, V. (2009). Expressive Therapies Continuum: A

- Framework for Using Art in Therapy. Routledge.

- 31. Holzman, L. (2010). Without Creating ZPDs There is No Creativity. In

brain: An attempt to understand

- the underlying processes of art expression in therapy. Art Therapy, 21, 125-135.

- 55. Malchiodi, C. (1998). The Art Therapy Sourcebook. Los Angeles, CA: Lowell

- House.

- 56. Malchiodi, C. (2003). Handbook of Art therapy. The Guilford Press.

- 57. Maslow, A. “Creativity in Self-Actualizing People.” In Creativity and its

- Cultivation, edited by H. H. Anderson. New York: Harper and Row, 1959, pp. 83-95.

- 58. May, R. (1975). The significance of symbols. In R. May (Ed.), Symbolism in

- religion and literature (pp. 12-49). New York: George Braziller.

- 59. McGregor, I. (1990). Unusual drawing development in children: what does it

- reveal about children’s art? in C. Case and T. Dalley (Eds.), Working with children in art

- therapy (pp. 39-53). London: Routledge.

- 60. Moon, B. (2007). The Role of Metaphor in Art Therapy: Theory, Method, and

- Experience. Charles C Thomas Publisher.

- 61. Morley, T. & Duncan, A.C. (2007). Recovered memory: an arts program

- designed for patients with dementia. In D.B. Arrington (Ed.): Art, angst, and trauma: Right

- brain intervention with developmental issues (pp. 230-243). Springfield, IL: Charles C.

- Thomas Publisher.

- 62. Naumburg, M. (1928). The Child and the World: Dialogues in Modern

- Education. Harcourt, Brace.

- 63. Naumburg, M. (1950/1973). Introduction to art therapy: Studies of the “free”

- art expression of behavior problem children and adolescents as a means of diagnosis and

- between Head Start and a graduate art therapy program. Art Therapy: Journal of the

- American Art Therapy Association, 29:4, 180-187.

- 43. Kornreich, T., & Schimmel, B. (1991). The world is attacked by great big

- snowflakes: Art therapy with an autistic boy. American Journal of Art Therapy, 29, 77-84.

- 44. Kramer, E. (1958). Art therapy in a children’s community. New York, NY:

- Charles C Thomas.

- 45. Kramer, E. (1971). Art as Therapy with Children. New York, NY: Schocken.

- 46. Kramer, E. (1977). Art therapy in a children’s community. New York:

- Schocken Books.

- 47. Kubie, L. (1958). Neurotic Distortion of the Creative Process. New York:

- Noonday Press.

- 48. Lacan, J. (2002). Ecrits: A selection (B. Fink, Trans.). New York, NY: W. W.

- Norton. (Original work published 1966).

- 49. Langer, S. K. (1942). Philosophy in a new key: A study in the symbolism of

- reason, rite, and art (3rd ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press.

- 50. Langer, S. K. (1953). Feeling and form: A theory of art. New York, NY:

- Charles Scribner’s Sons.

- 51. Lowenfeld, V. (1947). Creative and mental growth. New York: Macmillan.

- 52. Lusebrink, V.B. (1990). Imagery and Visual Expression in Therapy. Plenum

- Press. NY.

- 53. Lusebrink, V.B. (1991). A system oriented approach to the expressive

- therapies: The expressive therapies continuum. The Arts in Psychotherapy, 18, 395-403.

- 54. Lusebrink, V.B. (2004). Art therapy and the

- therapy. New York: Teachers College Press/Chicago: Magnolia Street.

- 64. Naumburg, M. (1958). Art Therapy: Its Scope and Function in the Clinical

- Application of Projective Drawings. New York: Grune and Stratton.

- 65. Naumburg, M. (1966). Dynamically oriented art therapy: Its principles and

- practices. New York, NY. Grune and Stratton.

- 66. Naumburg, M. (1987). Dynamically oriented art therapy. Chicago, IL:

- Magnolia Street Publishers. (Original work published 1966).

- 67. Omizo, M.M., & Omizo, S.A. (1989). Art activities to improve self-esteem

- among native Hawaiian children. Journal of Humanistic Education and Development, 27,

- 167-176.

- 68. Piaget, J. (1951). Play, dreams and imitation in childhood. W. W. Norton and

- Co., New York.

- 69. Piaget, J. (1959). The language and thought of the child (Vol. 5). Psychology

- Press.

- 70. Piaget, J. (1969). The psychology of the child. New York: Basic Books.

- 71. Pizarro, J. (2004). The efficacy of art and writing therapy: increasing positive

- mental health outcomes and participant retention after exposure to traumatic experience. Art

- Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 21(1), 5-12.

- 72. Plutchik, R. (2003). Emotions and life: Perspectives from psychology, biology,

- and evolution. Washington, DC: American Psychological Association Press.

- 73. Ponteri, A. (2001). The effect of group art therapy on depressed mothers and

- their children. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 18(3), 148-57.

- 74. Robbins, A. & Sibley, L. B. (1976). Creative arts therapies. New York, NY:

- Brunner/Mazel.

- 75. Robbins, A. (2000). The artist as therapist. Jessica Kingsley Publishers.

- 76. Rogers, N. (1993). The Creative Connection: Expressive Arts as Healing. Palo

- Alto: Science & Behavior Books, Inc.

- 77. Rowe, N.M. (2008). The Healing Power of Creative Expression. In D.

- McCarthy, Speaking about the unspeakable (pp. 115-129). London: Jessica Kingsley Press

- 78. Rubin, J.A. (1978). Child art therapy. New York: Van Nostrand Reinhold.

- 79. Rubin, J.A. (1987). Approaches to Art Therapy: Theory and technique. NY:

- Routledge, 2nd Ed., 2001.

- 80. Rubin, J.A. (2011). The art of art therapy: What every art therapist needs to

- know (2nd ed.). NY: Routledge.

- 81. Schore, A. (2003). Affect regulation and the repair of the self. New York:

- Norton.

- 82. Siegel, D.J. & Hartzell, M. (2003). Parenting from the inside out. New York:

- J.P. Tarcher/Putnam.

- 83. Smitheman-Brown, V., & Church, R.P. (1996). Mandala drawing: Facilitating

- creative growth in children with ADD or ADHD. Art Therapy: Journal of the American Art

- Therapy Association, 13(4), 252-262.

- 84. Spring, D. (2001). Image & mirage: art therapy with dissociative clients.

- Springfield Ill: Charles C Thomas.

- 85. Tharp, R. & Gallimore, R. (1988). Rousing minds to life: teaching, learning,

- 94. Wadeson, H., Durkin, J., Perach, D. (1989). Advances in art therapy. New
- York: Wiley.
- 95. Wadeson, H. (2010). Art psychotherapy. Wiley.
- 96. Wells, G. (1999). Dialogic inquiry: towards a sociocultural practice and
- theory of education. New York: Cambridge University Press.
- 97. Westwood, J. (2010). Mapping the emerging shape of art therapy education in
- Australia. A thesis in fulfilment of the requirements of the degree of Doctor of Philosophy.
- University of Western Sydney.
- 98. Williams, G.H., & Wood, M.M. (1977). Developmental art therapy. University
- Park Press.
- 99. Wood, D., Bruner, J. & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem
- solving. Journal of child psychology and psychiatry, 17, pp 89-100.
- 100. Wolff, P. H. (1975). What Piaget did not intent. In: G.I. Lumbin et al. (eds.),
- Piagetian Theory and the Helping Professions, pp. 3-14. University of Southern California
- Publications Department, Los Angeles.
- 101. Reis, H.T., Collins, W.A & Berscheid, E. (2000). Psychological Bulletin. Vol.
- 126, No. 6, 844-872.
- Received: 20.05.2016.
- and schooling in social context. New York: Cambridge University Press.
- 86. The First AATA Conference Program. Art Therapy: Journal of the American
- Art Therapy Association. Volume 11, Issue 1, 1994. P. 24.
- 87. Tipple, R. (2003). The interpretation of children's artwork in a pediatric
- disability setting. Inscape, 8(2), 48-59.
- 88. Tolaas, J. (1991). Note on the origin of spatialization. In Metaphor and
- symbolic activity, 6(3), 203-218. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- 89. Ulman, E. (1971). "The Power of Art in Therapy." In Psychiatry and Art, Vol.
- 3, edited by I. Jakab. New York: S. Karger, pp. 93-102.
- 90. Ulman, E. (1975). Art therapy: problems of definition. In: E. Ulman and P.
- Dachinger (eds.), Art therapy in theory and practice, pp. 3-13. Schocken Books, New York.
- 91. Vygotsky, L.S. (1962). Thought and language. Cambridge MA: MIT Press.
- 92. Vygotsky, L.S. (1978). Mind in society: the development of higher
- psychological processes (M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner, & E. Souberman, Eds.)
- Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 93. Vygotsky, L.S. (1987). The collected works of L. S. Vygotsky. Vol. 1. New
- York: Plenum.

©Authors, Published by **Art and Aesthetics Studies Quarterly**. This is an open-access paper distributed under the CC BY (license: http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).