

بررسی مکانیسم‌های اثر در هنر درمانی با تأکید بر رویکرد نقاشی در افراد مبتلا به تروما

علیرضا آقا یوسفی^۱

محمد علی اصغری مقدم^۲

سیدحامد سجادیپور^۳

دکتر حسن خانی^۴

فاطمه بهزادفر^۵

نرگس زمانی^۶

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی مکانیسم‌های اثر هنر درمانی با تأکید بر شناخت اجزای عاطفه و هیجان در افراد مبتلا به تروما است. با مروری بر تحقیقات مختلف، نتایج متناقضی درباره اثرمندی هنر درمانی وجود دارد که ناشی از عدم وجود گروه کنترل، گزارشات کیفی از نتیجه درمان و ارزیابی‌های نادر است. مطالعات نورو سایکولوژیکال، مطالعات تکاملی و نشانگان تجزیه در افراد مبتلا به تروما نشان می‌دهد که مشکل این افراد مربوط به ذهن غیر کلامی است. در نتیجه برای ایجاد یک پروتکل درمانی مؤثر، بدون تکیه بر ابراز کلامی و با صرف بهینه در زمان و هزینه، لازم است جهت‌گیری درمان از رویکردهای غیر رهنمودی به سوی رهنمودی متمرکز شود. در رویکردهای رهنمودی، به جای نگاه کلی‌گرایانه به موضوع بر شناخت تمامی اجزا تأکید می‌شود. بنابراین در رویکرد مبتنی بر نقاشی، شناخت و بررسی ماهیت دقیق عامل عاطفه به مانند کنش‌های شناختی برای نیل به هدف فوق‌امر لازم است. این تغییر نگاه و به تبع آن تغییر در روش درمانی باعث می‌شود که اجرای درمان از انحصار درمانگران حرفه‌ای و مجرب خارج شده و در دسترس درمانگران مبتدی نیز قرار بگیرد.

کلمات کلیدی: هنر درمانی، نقاشی، تروما.

1- عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

2- عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

3- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

4- پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

5- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

6- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، گروه روانشناسی، نجف آباد، ایران.

مقدمه

هنر درمانی یک بیان خلاقانه است که با ایجاد یک راه خروجی امن برای بیان افکار و عواطف، زمینه را برای بهبود از فشارهای روانی تسهیل می‌کند. هنر درمانی، هم به لحاظ روش و هم چارچوب از رویکرد روان تحلیل‌گری در نیمه قرن بیستم وام گرفته شده است. کرامر (1971) که جزء روانشناسان خود محسوب می‌شود، بیان می‌کند که هنر درمانی در ابتدا راهی برای حمایت از ایگو و در کل فرایندی برای تسهیل سابق‌های درونی از طریق انجام یک فعالیت نمادی، ارتقا حس هویت و بلوغ روانی است (به نقل از کاپلان، 2000). رویکردهای انسان‌گرایانه بر عواطف متمرکز هستند. توجه بی‌قید و شرط، اراده آزاد، پتانسیل انسان و خود شکوفایی مفاهیمی هستند که مکمل بیان هنری در درمان هستند. گرنبرگ (2001) مطرح می‌کند که رمز کلیدی در درمان پیوند یافتن با عواطف و هیجانات افراد است که این کار در گرو اکتشاف و انعکاس عواطف به خود افراد است (به نقل از هیل، 2005). هنر درمانگری در تلاش است که وسیله‌ای برای ابراز تجربیات، خاطرات و عواطفی باشد که کودک قادر به بازگویی در قالب کلمات نیست و به این ترتیب زبان مشترکی بین کودک و هنر درمانگر می‌شود (ایتون و همکاران، 2007). به طور کلی هنر درمانی شامل دو مرحله است: خلق هنر و کلامی کردن تجربه. نقاشی، ترسیم و خلق یک اثر هنری، فرایند پیچیده‌ای است که کودک با ایجاد ارتباط میان عناصر مختلفی از تجربه، کلیت معنادار و جدیدی را خلق می‌کند. مرحله خلق هنر فرصتی برای بیان احساسات و روشن کردن تجربیات و عقاید درونی است. در این مرحله تلاش برای تجربه کردن در زمان حال است که بایستی ذهن، بدن و عواطف درگیر شوند. در این مرحله فرصتی برای اکتشاف تجربیات مربوط به زمان گذشته و امیدواری نسبت به آینده وجود دارد. مرحله کلامی کردن تجربه، فضایی است که کودکان به ما چیزی فراتر از یک عکس یا تصویر را ارائه می‌دهند. در حقیقت آنها، قسمتی از وجودشان، چگونگی فکر کردن، احساس کردن و دیدن را نشان می‌دهند. فریاد معتقد بود رؤیاهای که تصویری از امیال ناخوشایند هستند به وسیله هنر فرافکنی می‌شوند. وی اعتقاد داشت که دستیابی به فرایند تفکر اولیه، فرافکنی هنر را تسهیل می‌کند. این فرایند اولیه تفکر سابق مدار است و منطقی در آن وجود ندارد و دارای شناخت‌هایی با بار عاطفی هستند. محتوای این فرایندهای اولیه تفکر شامل موضوعاتی هستند که در آن حالت‌های هیجانی پر تشنگی (دهانی، مقعدی، پر خاشاکی) تجربه می‌شود. بنابراین کودکانی که سرکوب‌گری کمتری برای سابق‌هایی با بار عاطفی خطرناک دارند، بیشتر محتوای عاطفی خود را به‌سبب نقاشی‌ها و خاطراتی با بار عاطفی غنی‌تر و پیچیده‌تری را ارائه می‌دهند (کاپلان، 2000). در فرایند انتخاب، تفسیر و بازسازی عناصر، این تصاویر مفاهیم چندگانه‌ای دارند که قابل تفسیر به اشکال مختلفی هستند و بنابراین هرگز هنر درمانگر سعی در تحمیل یک تفسیر خاص ندارد بلکه در کشف معنای اثر هنری متناسب با وضعیت هر فرد یا گروه تلاش می‌کند (داویس، 1989). مقاله حاضر نگاهی اجمالی به کارآمدی هنر درمانی در راستای تأکید بر شناخت اجزای عاطفه در نقاشی کودکان مبتلا به تروما دارد. یکی از نشانه‌های عمده مشخص‌کننده تروما، PTSD یا اختلال استرس پس از ضربه روانی است که با مجموعه‌ای از خصیصه‌های هیجانی، فیزیولوژی و رفتاری تعریف می‌شود که در پی مواجهه شدن با حادثه آسیب‌زا ظهور می‌کند (کاپلان، 2003). نشانه‌های هیجانی در افراد مبتلا به تروما نمود بیشتری دارد. هیجان سه مشخصه دارد: عوامل شناختی که به صورت ارزیابی موقعیت است، آمادگی برای عمل که در افراد تروما اغلب به صورت خصیصه رفتاری اجتنابی است و حالت عاطفی یا احساساتی که به یک موقعیت هیجانی نسبت داده می‌شود. حالت هیجانی گاهی بدون فعالیت غیراختصاصی سیستم پیرامونی، بدون اسناد و طبقه‌بندی شناختی فرد مانند رویداد قابل مهار - غیر قابل مهار و حتی برخلاف دلایل و توصیفات شیار پدید می‌آیند.

مانند ایجاد یک احساس ناگهانی که در فرد بدون هیچ دلیل خاصی ایجاد می‌شود (خدایانه‌ی، 1385). تروما باعث برانگیختگی روانی در سطح بالایی می‌شود که ابتدا در قالب یک تجربه حسی اعم از صدا، تصاویر، لمس، بو و حتی در بعضی موارد به صورت چشایی ظاهر می‌شود (اسچور، 2002). طبق مدل شناختی PTSD، افراد مبتلا نمی‌توانند آسیبی را که عامل تسریع اختلال بوده، پردازش یا توجیه کنند و به دلیل فشار روانی، با استفاده از شیوه‌های اجتنابی سعی دارند از احساس وقوع مجدد آن جلوگیری کنند. به دلیل نقص در پردازش شناختی، افراد به طور متناوب حادثه را قبول و بعد انکار می‌کنند. در مدل روانکاوانه مربوط به این اختلال این فرایند مطروح است که آسیب باعث فعال شدن مجدد تعارض‌های روانی می‌شود. طبق نظر فروید در بیمارانی که سابقه آسیب جنسی در دوران کودکی را گزارش می‌کنند نوعی دوپارگی و تجزیه در خودآگاهی رخ می‌دهد. در این افراد یک تعارض از پیش موجود ممکن است با بروز رویداد آسیب‌زای تازه‌ای به صورت نمادین احیا شود (کاپلان، 2003). با این حال همانطور که در ادامه اشاره خواهد شد، مشکلات پس از ضربه روانی همواره ناشی از تعارضات درونی، فقدان کنترل تکانه و یا بلوغ ناکافی ایگو نیستند. نشانه‌های پس از ضربه می‌توانند برای هر کسی حتی در سطح بلوغ روانی کامل در هر مقطعی از زندگی با مواجهه‌ی رویدادهای تهدید کننده رخ دهد. کودکان در سنین پایین در هنگام مواجهه با حادثه آسیب‌رسان نسبت به کودکان بزرگتر بر اساس مراحل رشدی و سبک دلبستگی، نشانه‌های متفاوت‌تری را نشان می‌دهند. یک رویدادی که ممکن است از دیدگاه بزرگسالان بی‌معنا باشد برای کودک به عنوان یک رویداد ناتوان کننده به نظر برسد و به همین دلیل تعریف تروما در دوران کودکی کار مشکلی است زیرا کودکان کم سن اغلب در بیان ترس‌هایشان مشکل دارند و در بیشتر مواقع پس از مواجهه با حادثه آسیب‌زا، رفتارهای واپس رونده نشان می‌دهند. بسیاری از این کودکان در خلال فقط بازی درمانی یا نقاشی، حادثه آسیب‌رسان را بازآفرینی می‌کنند (پری، 2008).

پیشینه پژوهشی

نویسندگان	خلاصه تحقیق
واندر کلوک (2002) پری (2008)	شواهد نورولوژیکال به سود استفاده از هنر درمانی خلاق برای افراد مبتلا به تروما
اورر (2007)	جمع آوری 31 مقاله مروری در مجلات علمی، صاحب‌های تلویزیونی و کتابها که بر روی کودکان مبتلا به تروما اختصاص یافته بودند. نتایج مطالعات آنها متناقض بود و نیاز برای انجام تحقیقات معتبرتر برای اثربندی هنر درمانی را نشان می‌داد.
هندرسون و همکاران (2007)	با جمع آوری مقالات منتشر شده از سال 2000 تا 2012، درباره استفاده از روش‌های مختلف هنر درمانی در افراد مبتلا به تروما با تأکید بر روش مورد استفاده، جامعه و نمونه آماری، چارچوب نظری همراه با در نظر گرفتن اعتبار و روایی و میزان قابلیت اعتماد به یافته‌های تحقیقی نشان دادند که 73 درصد از هنر درمانی به عنوان یک روش خلاق استفاده می‌کنند. بیشترین فراوانی درباره چارچوب نظری مربوط به نظریه روان تحلیل‌گری و نورو سایکولوژی بود. آنها نتیجه گرفته‌اند که 44.7٪ از مقالات انتخابی پایه تجربی ندارند و تنها توصیفی از تجربه شخصی کودک یا درمانگر درباره روش مورد استفاده است که این هم به دلیل استفاده از روش غیررهنمودی است که فاقد جزئیات برای جمع آوری داده می‌باشد. نتیجه تحقیق آنها، به وضوح اهمیت یک چارچوب بین‌المللی مشترک و یک درک روشن درباره استفاده از مداخلات مختلف هنر درمانی را ایجاد می‌کرد.
ایتون و همکاران (2007)	12 مطالعه را مشخص کرده و نتیجه گرفتند که هنر درمانی در طیف وسیعی از پیامدهای روانی منفی بعد از تجربه یک رویداد تروما استفاده می‌شود. همچنین آنها مطرح کردند که پیشینه پژوهشی موجود درباره نشانه‌های روانی و وضعیت تشخیصی آزمودنی‌ها مبهم بود و اغلب با در نظر گرفتن نوع روش انتخابی از هنر

درمانی اطلاعات غیر کافی به دست می‌آید.	
نتیجه بررسی آنها بر روی مقالات مروری از اثربندی هنر درمانی تنها در بعضی موقعیت‌های بالینی حمایت می‌کند اما در مورد کاربرد هنر درمانی و اینکه درمان به چه صورت کار می‌کند اطلاعاتی یافت نشد.	سلیتون و همکاران (2010)
آنها ادعا کردند که هنر درمانی و فعالیت‌های خلاقانه نسبت به دارو درمانی و روان تحلیل‌گری کلامی برای مراجعینی که دارای نشانه‌های شدید و مزمن روانی و محدودیت‌های عملکردی دارند اثربندی بیشتری دارد.	کورلین و همکاران (2000)
یک مطالعه بر روی کودکان مبتلا به ترومای بیماری انجام دادند. آنها گزارش دادند که اگرچه معاینات بالینی تفاوت معناداری را در کاهش PTSD نشاندهند اما شواهد مبتنی بر این بود که نسبت به گروه کنترل، بچه‌هایی که هنر درمانی را دریافت کرده بودند نشانه‌های استرس حاد کاهش یافت.	چامپن و همکاران (2001)
سه مطالعه کیفی که بر روی بچه‌های زیر 18 سال که دچار سوء استفاده جنسی شده بودند انجام شد و هدف از این مطالعه، ارزیابی تجربه این افراد برای شرکت در مصاحبه تحقیقی بود. در هر سه مطالعه کودکان بیان کردند زمانی که مصاحبه‌کننده بدون ایجاد حس همدلی، بلافاصله و مستقیماً شروع به سؤال کردن درباره حادثه می‌کند، یادآوری جزئیات مربوط به رویداد بسیار سخت‌تر است.	روبرتز و تیلور (1993) واتم (1992) وسکات و دیویس (1996)
هدف این مطالعه ارزیابی ادراک کودکان از مصاحبه کلامی بود که در این تحقیق 50 کودک 6 تا 18 سال مبتلا به تروما درباره جنبه‌های مختلفی از مصاحبه مانند مکان، طول مدت، ساختار و محتوای مصاحبه و همچنین درباره احساس به وجود آمده در جلسه مصاحبه مورد پرسش قرار گرفتند. کودکان اغلب مشکلاتی در رابطه با نوع زبان و روند مصاحبه مطرح می‌کردند و مصاحبه‌کننده را به عنوان شخص پردغدغه‌ای توصیف می‌کردند که با سؤال‌های مکرر آنها را مورد هجوم قرار می‌دهد. آنها نتیجه گرفتند که با فهمیدن چگونگی درک مراجعین از فرایند درمانی، به درمانگر کمک می‌کند که روش کاری خود را متناسب با هر مراجع سازگار کند.	ویسون و سالمون (2001)
با استفاده از EEG نشان دادند که ترسیم و نقاشی در ضمن مصاحبه با افرادی که مبتلا به تروما هستند در مقایسه با گروه کنترل در ارزیابی اطلاعات جدیدتر کمک‌کننده است.	شوایزر و همکاران (2013)
مطالعه‌ای را درباره تأثیر هنر بر روی بهزیستی ذهنی در دو گروه زنان سالمند و بیماران مزمن انجام دادند. نتایج تفاوت واضحی درباره تأثیر هنر بر بهزیستی تجربه شده میان این دو گروه نیافت. و آنها نتیجه گرفتند که تأثیر هنر درمانی از محتوای درمانی و تأثیراتش بر تجربیات ذهنی کاملاً منفک است.	رینولد و همکاران (2010)
آنها نشان دادند که هنر درمانی به مانند روان‌تحلیل‌گری کوتاه مدت اثربندی مشابهی برای درمان افسردگی و اکنشی بیماران سرطانی دارد.	استر و همکاران (2006)

یافته‌ها

راهنمای کلی برای درمان تروما

از آنجایی که هنر درمانی روشی مناسب برای ارتباط با ذهن غیر کلامی است، وسیله‌ی بیانگری ایده‌آلی برای کمک به افراد مبتلا به تروما شده است که ضرورت دارد افراد برای بهبود از این اختلال تکالیف لازم را به انجام برسانند. اما سؤال در اینجا است که این تکالیف لازم چه چیزهایی هستند و چگونه از طریق هنر به انجام می‌رسند؟ و اینکه آیا ما می‌توانیم پروتکلی از مداخلاتی که هم کافی و هم لازم باشد بدون طولانی کردن غیر ضروری درمان طراحی بکنیم؟ جامعه بین‌المللی برای مطالعه استرس‌های تروما¹، خطوط راهنمای کلی را برای درمان ایجاد کرده است که تأکید بر روش‌های درمانی شواهد مداری است که استفاده می‌شود. درمان‌های موجود به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند: درمان‌هایی که برای بهبود رفتارهای مقابله‌ای و انطباقی اختصاص یافته‌اند و درمان‌هایی که برای پردازش کردن بر روی خاطرات تروما طراحی شده‌اند

1- The International Society for the Study of Traumatic Stress

که تحت عنوان درمان‌های مواجهه‌ای نامگذاری می‌شوند. در گروه اول درمان‌هایی شامل شناختی- رفتاری، دیالتیک رفتاری، روان‌تحلیل‌گری و روان‌درمانی بین‌فردی است و در گروه دوم شامل درمان مواجهه‌ای طولانی^۱، حساسیت‌زدایی و پردازش مجدد حرکات چشم (emdr)^۲ است. هنر درمانی به عنوان یک روش درمان جنبی کمک‌کننده تو صیف شده است. در مقالات متعددی مکانیسم‌های روانی و درمانی مشابهی را میان اختلالات تجزیه و PTSD یافته‌اند. خطوط کلی برای درمان اختلالات تجزیه‌ای تو سط "جامعه بین‌المللی برای مطالعه تجزیه"^۳ انجام شده است که با یک نگاه محافظه‌کارانه فرض را بر این می‌گذارد که اختلالات تجزیه نیز ناشی از شرایط پس‌ضربه‌ای ناپایدار و پیچیده‌تری هستند. رو‌شهای درمان PTSD، مشتمل بر علت‌شناسی و آسیب‌شناسی پاسخ‌های استرس طولانی مدتی هستند که در این اختلال مشاهده می‌شود که اغلب ناشی از شرطی شدن نابه‌هنگار است (جامعه بین‌المللی برای مطالعه تجزیه، 2005). در درمان این اختلالات (چه تجزیه‌ای و چه PTSD) تأکید بر دیدگاه مرحله‌ای محور است که شامل 3 مرحله می‌شود: 1- تثبیت^۴ - 2- به عمل‌آوری تروما^۵ - 3- یکپارچگی. مرحله تثبیت شامل شکل‌گیری یک پیوند درمانی و تقویت ایگو از طریق رابطه روان‌درمانی است که این مرحله مستلزم یک دوره درمان نسبتاً طولانی مدت است قبل از آنکه مرحله دوم انجام شود (رنکین و تاچلر، 2003). در شروع درمان افراد مبتلا به تروما چند مشخصه نمود دارد: 1- مکانیسم‌های دفاعی که به طور نابه‌هنگاری تقویت شده است. 2- به کارگیری مکانیسم تجزیه که باعث عدم ابزار هیجانانگیز و بیانگری حادثه می‌شود. 3- باقی ماندن در حافظه و وضعی خاص که باعث برانگیختگی ناخواسته نشانه‌های تروما می‌شود. بنابراین برای آنکه مرحله تثبیت با موفقیت گذرانده شود غلبه بر این نشانه‌ها به عنوان گام اساسی درمان است. گرین و والد (2005) بحث می‌کند که افراد مبتلا به تروما نهایتاً از طریق دو شیوه از پس این حادثه بر می‌آیند: یکی روش انطباقی است که در آن افراد، حادثه استرس‌زا را در یک محیط حمایت‌کننده از طریق طی کردن مراحل سوگ و فقدان از سر می‌گذارند. روش دیگر غیر انطباقی است که در این حالت، با پنهان شدن و محصور کردن رویداد در پشت یک دیوار، حالت‌های عاطفی و هیجانی دردناک ناشی از حادثه، تجزیه و تسکین می‌یابد. تجزیه و وضعیتی را به وجود می‌آورد که محتویات ذهنی در هشجاری به صورت موازی و به طور همزمان وجود داشته باشد. دیوار کشیدن دور خاطرات مربوط به تروما، قدرت و تازگی حادثه را در سطح عاطفی و هیجانی حتی سالها بعد از وقوع رویداد حفظ می‌کند. تحقیقات جدید در نوربیولوژی نشان می‌دهد که حافظه، فرایندی فعال و سازنده است و ذهن به طور مداوم برداشته‌های قدیمی را در کنار هم قرار می‌دهد و آنها را به اطلاعات جدید پیوند می‌دهد. بسیاری از تحقیقات درباره حافظه این نکته را که حافظه قادر است تجربیات قدیمی مانند بو، تصویر یا احساسات را به طور دقیق بازآفرینی کند، انکار کرده‌اند. در حالی که در افراد مبتلا به تروما احساسات، خاطرات و هیجان‌های دقیقی مرتبط با حادثه برای چند ماه و حتی چند سال گزارش می‌شود. افراد با نشانه‌های PTSD حتی زمانی که نسبت به ماهیت نامتناوب واکنش‌هایشان هوشیار هستند، احساس فقدان کنترل را تجربه می‌کنند چنانکه گویی به طور ناخواسته حادثه تروما در ذهن مرور می‌شود. یکی از اقدامات اولیه با این فرایندهای درون‌روانی تنظیم عوامل حسی است که با تروما همراه است (اسچور، 2002). در زمان روبرو شدن با یک تهدید شدید، یک راهکار شناختی-صدمندانه آن است که شخص شروع به خنثی‌سازی حادثه می‌کند زمانی که توانایی ذهن هشیار فرد برای غلبه کردن بر حادثه‌ی تروما تحلیل می‌رود. ذهن غیرکلامی که برای جهت‌یابی و زمان وقوع رویدادها به ذهن هشیار کلامی وابسته است، فاقد ظرفیت

- 1- Prolonged exposure therapy
- 2- Eye movement desensitization and reprocessing
- 3- International Society for the Study of Dissociation
- 4- Stabilization
- 5- Trauma processing

لازم برای نگهداری دراز مدت تجربه تروما است. در نتیجه ادراک‌ها و افکار در حافظه غیر کلامی با حالت‌های مجزایی از تجربه بدون یک نظم زمانی خاص ذخیره می‌شوند. بعد از آنکه تروما پیشرفت می‌کند، هشیاری کلامی سعی در بازیابی این اجزا از حافظه می‌کند اما این اجزای از هم گسسته با برخورد با هر محرک موجود در محیط (مانند صدا، تصویر یا بو و.....) به طور ناگهانی به داخل هشیاری هجوم می‌آورند. ذهن کلامی عموماً این عدم انسجام در حافظه رویدادی را تحمل نمی‌کند و در نتیجه به طور منفعلانه‌ای شروع به دلیل تراشی و یا خنثی سازی کرده و یا به عبارت بهتر این اجزا را متعلق به خود نمی‌داند (اسکاتر، 2005؛ صفحات 40-42). گاهی بهبودی و یا خلاص شدن از نشانه‌های تروما به دلیل آسیب‌پذیری افراد نسبت به تجربه کردن حافظه وضعی¹ خاصی دچار تأخیر می‌شود. تثبیت در یک حافظه وضعی خاص می‌تواند رفتار شخص را به شدت تحت تأثیر قرار داده و باعث نشانه‌های روانی شود. برای مثال تثبیت در یک وضعیتی مانند منجمد شدن می‌تواند به صورت افسردگی ظاهر شود و یا حافظه وضعی به صورت یک حالت هشیاری تغییر یافته می‌تواند به صورت مسخ شخصیت² نمود یابد. بسیاری از این علائم نشان دهنده ذهن غیر کلامی و حالت‌های هیجانی آسیب‌دیده است. در افراد مبتلا به PTSD این حافظه وضعی شامل 6 شاخص است: واکنش‌هایی که خوردن، الگوهای مقابله‌ای (الگوی جنگ/گریز)، منجمد شدن، حالت‌های تغییر یافته از هشیاری، تسلیم خودکار (الگوی پذیرش منفعلانه) و در نهایت خود ا صلاحی³ (ژلنت و تاینین، 2007). مرحله به عمل‌آوری تروما (هنر و تروما). در طی جلسات آغازین هنر درمانی، نقش درمانگر تسهیل فضایی برای خلق یک اثر هنری با استفاده از ابزار مناسب (ابزار هنری) است. در جلسات بعدی از کودک خواسته می‌شود که درباره قسمتی از اثر هنریش داستانی را بازگو کند و وظیفه درمانگر در این مرحله تسهیل در تفسیر داستان است. همزمان با بسط داستان و جدایی بین واقعیت و خیال، خوداکتشافی و تخلیه هیجانی صورت می‌گیرد و به کودک برای مواجهه با واقعیت تروما و توأم کردن هیجانانگیز کمک می‌شود. فرد زمانی می‌تواند شروع به کار کردن بر معنای رویداد تروما کند که اثرات تحلیل رونده تروما تغییر یا کاهش یابد، اما قبل از این مرحله، فرد مبتلا به تروما قادر به انجام این کار نیست و این یک زنجیره معکوس درمانی است که معمول نیز می‌باشد (ایتون و همکاران، 2007). 3 دسته از مشکلات باعث عدم پیگیری و درمان افراد مبتلا به تروما می‌شود: 1) نفوذ (تأثیر) مداوم رویکردهای غیررهنمود (2) به تأخیر انداختن مرحله به عمل‌آوری تروما (3) تأکید بیش از حد برای ابراز عواطف و هیجانانگیز رویکردهای غیررهنمود که مستقیماً از روش‌های روان تحلیل‌گری نشأت می‌گیرند، از درمانگران می‌خواهند که مراجع یا بیمار را تشویق کنند تا هر آنچه که به ذهن می‌رسد را بازگو کند. در حالی که نهایتاً این دستورالعمل تنها مواد مهمی را آشکار می‌سازد که اغلب زمان قابل توجهی نیز صرف می‌شود. معمولاً در شروع درمان اختلالات تروما، جز کاهش فشار و اضطراب فراگیر، اهداف اختصاصی اندکی در ذهن وجود دارد و به همین دلیل تصور کردن این نکته سخت است که در گام‌های اولیه درمان، شخص خودانتقادی (خود سرزنش‌گری) را کنار بگذارد و بتواند به تولید و ارائه موضوعاتی بپردازد که به طور مناسبی مورد آزمون قرار گیرند. اینکه در آسیب‌شناسی، تروما با نشانه‌هایی از افکار مزاحم، رفتارهای اجتنابی و برانگیختگی فیزیولوژی شناخته می‌شود، زمینه را برای به کارگیری یک دیدگاه متمرکز به جای بی‌رهنمود ایجاد می‌کند. همچنین تأخیر کردن در مرحله به عمل‌آوری تروما، می‌تواند ناشی از به کارگیری درمان‌های غیررهنمود باشد. برای مثال، بسیاری از افراد مبتلا به تروما به دلیل نشانه‌هایی چون منجمد شدن می‌توانند به عنوان شکلی از اختلالات افسردگی تشخیص داده شوند. در حالی که نشانه‌های افسردگی خود می‌توانند جزء پاسخ‌های معمول اختلالات تروما قرار بگیرند زیرا

1- State memories

2- Depersonalization

3- Self-repair

زمانی که مرحله 2 (عمل‌آوری تروما) انجام می‌شود، علایم افسردگی از بین می‌روند. و به طور مشابه تمرکز صرف بر روی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تولند مرحله به عمل‌آوری تروما را نادیده و یا به تأخیر بیلندازد. به دلیل وجود این مشکلات بنیادی، خود اختلال PTSD مورد توجه خاص قرار نمی‌گیرد. این چنین تأخیری می‌تواند توسط مراجع به عنوان بی‌ارادگی یا ناتوانی درمانگر برای حل کردن رویداد واقعی تفسیر شود و این عقیده را که "غلبه کردن بر تروما کار مشکلی است" را تقویت کند. غیرمعمول نیست برای آن که شاهد باشیم شخص بعد از مرحله به عمل‌آوری تروما، خشمگین و ناراحت باشد اما نکته‌ای که درباره این اختلال جلیده‌یادداشت این است که تأکید بیش از حد بر بیان عواطف از تروماهای گذشته به جای آنکه تروما را به عنوان یک تجربه مربوط به گذشته نشان دهد منجر به نشخوار ذهنی می‌شود. بنابراین وادار کردن افراد برای پالایش و تخلیه هیجانی زمانی که خاصیت درمانی ندارد غیرکارآمد است (رنکین و تاچر، 2003).

برخورد با فقدان کلمه در اختلالات تروما

ناتوانی شخص برای صحبت کردن درباره تروما و عواطف مربوط به آن (الکسی تایمی) یا ناتوانی در بازگو کردن یک داستان منسجم از تروما، نایستی به عنوان یک مانع یا دلیلی برای به تأخیر انداختن مرحله به عمل‌آوری تروما باشد بلکه بایستی به عنوان یک حالت دفاعی در نظر گرفته شود. نویسندگان مختلفی مطرح کرده‌اند که یکی از ارزشهای هنر درمانی مواجهه با سیستم دفاعی است. هنر درمانی برای بازماندگان تروما اثرمند است نه به خاطر آنکه سیستم دفاعی را نادیده می‌گیرد بلکه به خاطر آنکه این روش مسیری را دنبال می‌کند که قبلاً وجود نداشته است. اگرچه قطع ارتباط میان کلمات و عواطف در تروما رمزگذاری تجربیات را در قالب کلمات مختل می‌کند اما خاطراتی از تروما، هر چند ناقص در قسمت کلامی مغز به طور همزمان ساخته می‌شود (باگی و همکاران، 1994). همانطور که واتکینز (1997) بیان می‌کند که تصاویر و تجربیات مستلزم این نیستند که تنها در قالب کلمات رمزگذاری شوند. هنر درمانگران، با برقراری ارتباط مجدد میان کلمات و تجربه‌های پیشین از طریق متمرکز شدن برای تصویرسازی بر خود حادثه تروما به افراد مبتلا کمک می‌کنند. بسیاری از افراد مبتلا به تروما به سؤال‌ها به صورت "من نمی‌دانم" یا "من نمی‌دانم چگونه بیان کنم" پاسخ می‌دهند و این می‌تواند یک پاسخ ناکام‌کننده برای بسیاری از درمانگران باشد اما هنر درمانگران به منظور فهمیدن معنای موضوعی که قابل بیان نیست از فرد درخواست می‌کنند که تصویری را نشان داده و یا نقاشی و مجسمه‌سازی کنند (باگی و همکاران، 1994).

مسائل مربوط به زمان و ترتیب در اختلالات تروما

یک مشکل عمده برای افراد مبتلا به تروما به وجود آمدن این احساس است که تروما همین الان یا در آینده دوباره اتفاق خواهد افتاد و به همین دلیل بایستی راهکارهایی به کار برده شود تا اینکه رویداد تروما را از حالت روی دادن مجدد در اکنون و آینده تبدیل به یک رویدادی مربوط به تاریخچه گذشته کند. جدا شدن زمان از محتوای وقوع تروما ناشی از ایستایی در حس زمان سیستماتیک و قابل پیش‌بینی در فرد مبتلا به تروما است. بنابراین یکی از تکالیف حیاتی در درمان، سازماندهی مجدد حافظه وضعی است به طوری که برای ذهن کلامی هشیار قابل درک و پذیرش باشد و به طور منسجمی نشان دهد که حادثه تروماتیک به پایان رسیده است و در آینده اتفاق نخواهد افتاد (چرالدی، 2000). برای رسیدن به این هدف فوق در درمان، به عنوان مثال استیل و ریدر (2000) مجموعه‌ای از کارت‌های نقاشی را به مراجع داده و از وی درخواست می‌کردند که کارت‌ها را بر اساس زمان مرتب کرده و از این روش برای بازگو کردن حادثه تروما نیز استفاده می‌کردند. شامپان و همکاران (2001) به طور مشابه، مجموعه‌ای از نقاشی‌ها را ارائه داده و سپس کودک را تشویق به

بازگویی درباره حادثه با استفاده از نقاشی‌ها می‌کردند و این کار با این هدف صورت می‌گرفت که حادثه تروما قابل بیان است و بتدریج ترتیب گذاری در زمان بوسیله بازگویی مکرر داستان افزایش می‌یافت (به نقل از چرالدی، 2000). فقدان ظرفیت (توانایی) برای بازگویی حادثه، به دلیل عدم ارتباط با ذهن کلامی است زیرا در ذهن غیر کلامی میان اجزا مختلف یک زمینه، هیچگونه ترتیب زمانی وجود ندارد. به عنوان مثال در ذهن غیر کلامی بدون ایجاد یک بافت تاریخی و روایتی خاص، احساسات بدنی، تغییرات هشیاری و حسی به بویها، رنگ‌ها و صداها اسناد داده می‌شود. هر یک از این اجزا (بو، رنگ و صدا) می‌توانند به مانند ما شهای به وسیله هر یک از محرک‌های موجود در محیط به کار بیفتند که نهایتاً منجر به نشانه‌های PTSD خواهد شد. استفاده از مداخلاتی همچون به کارگیری مجموعه‌ای از نقاشی‌ها، احتمال موفقیت بیشتری در انتقال تروما به یک رویداد خاص مربوط به گذشته دارند (چرالدی، 2000). در مرحله 3 درمان، یکپارچگی که فرایند پیچیده‌ای است، خود مراجع به ارائه تفسیری درباره واکنش‌های شناختی و هیجانی می‌پردازد که اینک این واکنش‌ها مورد پذیرش قرار گرفته‌اند و آنها را متعلق به خود می‌داند. افراد مبتلا به تروما اغلب انرژی زیادی را صرف اجتناب از عواطف رنج‌آور در این مرحله می‌کنند زیرا در این مرحله، هیجان‌ها و عواطف شدید و متضاد منجر به درهم ریختگی و گیجی و در بعضی موارد باعث بروز رفتارهای خود آسیب‌زننده می‌شود (رنکین و تاچر، 2003). هدف هنر درمانگران آن است که نهایتاً مراجع را درمان کنند. در نتیجه ممکن است هنر درمانگران بحث کردن درباره تجربه‌های منفی را به طور ناهشیار نادیده بگیرند و با شیوه اجتنابی مراجع همراه گردند. به طور کلی یک گرایش طبیعی است که بر فرایندهای مثبت و خلاقانه تأکید شود و تجربیات منفی مانند اضطراب، احساس پوچی، شکست‌ها یا برخورد با مسائل حل نشده نادیده یا از بحث خارج شود. تجربه مثبت می‌تواند انگیزه‌ای را ایجاد کند تا مراجع بتواند قدم‌های سختی را در فرایند درمان بردارد. تجربه ناخوشایند مواجهه با عواطف و افکار منفی، در زمانی تغییرات درمانی سازنده‌ای را ایجاد می‌کند که این تجربیات در ایگو یکپارچه شوند و نسبت به آنها بینش حاصل شود. در این مرحله مدیریت استرس و اجابت دیگر مقتضیات روانی کاری بسیار مشکل و در عین حال مهم است. برخلاف بسیاری از حرفه‌های درمانی، کسانی که با تجربیات عاطفی گسترده‌ای سروکار دارند، تصدیق می‌کنند که هنر یک راهکار سالمی برای بیان کردن و مدیریت عواطف و هیجانات است. اما این کار در گروه ایجاد یک چارچوب درمانی روشن، منسجم و یکپارچه است که هم برای مراجع و درمانگر روشن باشد (اسپرینگام و همکاران، 2012). اینکه چگونه و چرا هنر درمانی در بهبود نشانه‌های روانی در افراد مبتلا به تروما مؤثر است مستلزم شناخت مکانیسم‌های زیربنایی هنر درمانی است که در ذیل به طور خلاصه آورده می‌شود. سه دسته از مطالعات تحقیقی نشان می‌دهند که تروما یک مشکل مربوط به ذهن غیر کلامی است و بایستی درمان نیز با محوریت غیر کلامی دنبال شود. این سه دسته عبارتند از: 1- مطالعات تصویربرداری مغزی از پاسخ‌های انسان نسبت به تروما 2- رابطه الکسی‌تایمی با نشانه‌های اختلال posttraumatic 3- پاسخ‌های بقای تکاملی

مطالعات تصویربرداری مغزی

فراز سیس کاپلان (2000) به منظور توجیه و حمایت از اثرات مثبت هنر درمانی از رویکرد بیولوژی (زیست‌شناختی)، تکامل و علوم مغزی استفاده می‌کند. در زمان نقاشی کشیدن، پردازش‌های مغزی مربوط به نیمکره چپ در تصمیم‌گیری برای رنگ‌ها و همچنین با استفاده از تفکر تحلیلی در تصمیمات زنجیره‌ای مربوط به نقاشی مانند نحوه کشیدن طرح، چگونگی قرار گرفتن اجزا در کنار هم کمک‌کننده است که به طور همزمان جای خود را به پردازش‌های نیمکره راست می‌دهد که باعث فعالیت حوزه‌های حسی، هیجانی حرکت دیداری و فضایی می‌شود. هاس کوهن (2003) بیان می‌کند که تصویرسازی در طول دوره درمان به عنوان یک فعالیت حسی حرکتی منسجم می‌تواند اثرات آسیب‌رسان را تعدیل کند و

همچنین بازخوردهای روشنی را در هدایت و تفهیم هنر درمانی فراهم کند. همچنین وی بر روی ارتباط سیستم لیمبیک برای فهم هیجانات و حافظه و ارتباطشان با تروما تأکید کرده است. این سیستم به عنوان جایگاه هیجانات به عنوان راهنمایی برای واکنش‌ها و رفتارهایی که برای محافظت از خود و بقای گونه ضروری هستند، معرفی شده است. دو حوزه از سیستم لیمبیک برای اندوزش و بازیابی حافظه، آمیگدالا و هیپوکامپوس است. اوگدن و مینتون (2000) بیان می‌کنند فرایند تصویرسازی، فعالیت در آمیگدالا (به عنوان حوزه هشداردهنده مغز) را کاهش می‌دهد و در نتیجه پاسخ‌های مقابله‌ای اما با کارآمدی بیشتر را ارتقا می‌دهد. دو مطالعه توسط مکوجی و همکاران (2003) و سولاسو (2000) نشان می‌دهد که در طول فعالیت نقاشی افزایش فعالیت در لوب آهیانه‌ای راست وجود دارد و آنها تأکید کردند که تروما در سطح کلامی ایجاد نمی‌شود (به نقل از کری و همکاران، 2016). تحقیقات بعدی نیز با استفاده از EEG در شناخت مکانیزم‌های پایه مربوط به هیجانات و پاسخ‌های هیجانی کمک کننده بوده‌اند که می‌تواند تلویحات مهمی برای اثرمندی هنر درمانی در بر داشته باشد. به طور کلی حالت‌های هیجانی در حوزه‌های تمپورال - فورنتال و پری فورنتال تنظیم می‌شوند. اگر چه لوب فورنتال در تنظیم هیجانات نقش مهمی را ایفا می‌کند اما به طور کلی هیجانات مثبت و زبان در نیمکره چپ و هیجانات منفی و روابط فضایی در نیمکره راست جانبی شده‌اند. این بدین معنی است که آسیب به حوزه‌های مغزی جانبی شده ضرورتاً مانعی برای بیانگری هنر ایجاد نمی‌کند. برای مثال فرد مبتلا به تروما اگر چه در ابتدای درمان نمی‌تواند با کلمات ارتباط برقرار کند اما از طریق نقاشی مهارت خود را در شناخت انتزاعی منتقل کرده و ارتباط برقرار می‌کند.

همچنین یافته‌ها تفاوت معناداری را بعد از هنر درمانی در فعالیت امواج مغزی به ویژه در فرکانس آلفا و بتا در لوب‌های تمپورال، پاریتال و اکسی پیتال چپ، افزایش فعالیت در فرکانس بتا در لوب‌های تمپورال میانی، فورنتال و پری فورنتال چپ و افزایش فعالیت در امواج گاما در لوب پاریتال راست مشاهده کردند. کاهش فرکانس امواج مغزی دلتا و تتا در لوب‌های پاریتال، اکسی پیتال و تمپورال چپ، کاهش فعالیت بتا در حوزه پری فورنتال راست و به طور همزمان کاهش در فرکانس امواج آلفا و گاما در لوب‌های فورنتال در طول هنر درمانی وجود دارد.¹ رابطه بین امواج تتا و گاما و ناکنش‌وری امواج آلفا به ویژه در زمان هنر درمانی نشان دهنده فعالیت فرایندهای حافظه است. هنر درمانی به ویژه نقاشی می‌تواند باعث برانگیختن حافظه رویدادی شود که در بردارنده اطلاعات زمانی و فضایی درباره رویدادها و تجربیات فردی است که این فرایند با فعالیت لوب‌های پاریتال همبسته است (کری و همکاران، 2016). نیهوس و کوران (2010) یافتند که فعالیت امواج تتا در حوزه‌های فورنتال در طی مرحله بازیابی حافظه افزایش می‌یابد در حالیکه به طور همزمان افزایش فعالیت امواج گاما در شبکه‌های کورتیکال - هیپوکامپ نشان دهنده ارتباط اطلاعات محتوایی و ادراکی است. بنابراین هنر درمانی می‌تواند با تغییرات در شبکه‌های حافظه کاری به منظور افزایش اثرمندی قدرت امواج تتا و بهبود در کنترل و تنظیم شناخت و هیجان در افراد مبتلا به PTSD مؤثر باشد (به نقل از کری و همکاران، 2016). به همین دلیل جلسات هنر درمانی یک تجربه ذهنی پیچیده‌ای است که وابسته به پیوند ارتباط درمانی با هزاران عوامل موجود دیگر در محیط است و همچنین به منظور اثرمندی درمان تروما بایستی فراتر از زبان و کلمات برای یکپارچگی میان حافظه شناختی، هیجانی و عاطفی حرکت کنیم.

1- لازم به ذکر است که فعالیت امواج مغزی در الگوهای خاصی از فعالیت مانند هنگام خواب، بیداری و در پاسخ به هر محرک موجود در محیط اندازه‌گیری می‌شود. امواج دلتا در هنگام خواب عمیق؛ امواج تتا در زمان حالت‌های خلاقانه و فعالیت‌هایی که مستلزم تمرکز درونی است مانند مراقبه؛ امواج آلفا در هنگام آرامش و هشیاری نورمال (عادی)؛ امواج بتا در طی افکار فعال و حالت‌های هشداردهنده و در نهایت امواج گاما که بیشترین فرکانسی را دارند در هنگام انجام تکالیف چندگانه که مستلزم پردازش همزمان و ترکیبی است ظاهر می‌شوند.

الکسی تایمی و نشانه‌های ptsd

مطالعه‌ای دیگر درباره نوروبیولوژی نشانگان posttraumatic تو سب فریون و لانیوس (2006) انجام شد. آنها گزارش دادند که تفاوت‌های معناداری در فعالیت کورتکس سینگولیت قدامی در افراد مبتلا به ptsd و گروه کنترل وجود دارد و نتیجه گرفتند که افزایش فعالیت در این حوزه در ایجاد فلش‌بک‌ها (بازآفرینی دوباره حادثه) مؤثر است. همچنین در مطالعات بعدی آنها دریافتند که بین افزایش فعالیت سینگولیت پ سین در هنگام تصور حادثه آسیب‌زا و افزایش سطوح الکسی تایمی ارتباط وجود دارد که ناشی از کاهش ارتباط یکپارچه بین مغز غیرکلامی هیجانی (عاطفی) و مغز کلامی منطقی است. تحقیقات بعدی نیز با استفاده از روش‌های تصویربرداری عصبی نوعی حالت بلوکه شدن در هیجانی حافظه هیجانی در نیمکره راست را نشان داده‌اند. پیر جانت (1907) اولین بار این حالت را تحت عنوان فوبیای ترومانامگذاری کرد و آن را به شکل در فکر کردن و احساس کردن درباره تروما تعریف کرد. بهبود کامل از تروما مستلزم ارتباط بهنجار بین نیمکره راست و چپ و تا اندازه‌ای مستلزم دست کشیدن از توهم وحدت روانی در ذهن کلامی منطقی است.

الگوهای تکاملی

دانش ما درباره نقش پاسخ‌های بقای تکاملی، منجر به مفهومی به نام (پاسخ ترومای غریزی¹) شده است که به عنوان واکنش عمومی از سازه‌ها و حیوانات در برابر تهدید یا حادثه آسیب‌زا مطرح شده است. این واکنش‌های عمومی ابتدا به صورت یک خوردن یا حالت انجماد، سپس در پستانداران پاسخ‌های جنگ و گریز و نهایتاً در انسانها راهکارهای شناختی ظاهر می‌شود. نیجنهوس و همکاران (1998) حالتی از سقوط یا فروپاشیدگی را به دنبال یک واکنش هشدار دهنده توصیف کردند و این وضعیت را به عنوان یک پاسخ غریزی در برابر استرس‌های شدید مطرح کردند (ژانت و تینین، 2007). شواهد نشان می‌دهد که هنردرمانی به عنوان یک دستورالعمل درمانی برای کودکانی که پیامدهای روانی منفی شدیدی را تجربه می‌کنند در سطح گسترده‌ای به کار برده می‌شود. اگرچه Practice (کاربرد) هنر درمانی بر روی اختلالات زیادی انجام شده است اما اثربندی یا کارآمدی واقعی (efficacy) هنر درمانی به طور تجربی و آزمایشی مورد آزمون قرار نگرفته است. یکی از دلایل برای فقدان تحقیقات درباره کارآمدی هنر، مربوط به کمبود هنر درمانگران آموزش دیده درباره آشنایی با روشهای تحقیقی آزمایشی است. عدم گروه کنترل در اکثر تحقیقات مربوط به هنر درمانی باعث می‌شود که نتیجه‌گیری درباره اثربخشی واقعی درمان دچار انحراف شود. تداخل چندین متغیر مستقل مانند پیوند درمانی میان مراجع و درمانگر، تلفیق روشهای مختلف درمانی، در سوگیری و کلی‌گویی نتایج مؤثر است. یک مانع دیگر مربوط به مشکلاتی در اندازه‌گیری متغیرهای پسایند (outcome) است. بعضی از درمانگران گرایش به سازه‌های روانشناسی انتزاعی دارند که به قدر کافی به وسیله روشهای آزمایشی قابل اندازه‌گیری نیستند. به عنوان مثال در مطالعات فریر (1988) متغیری تحت عنوان خود واقعی² اندازه‌گیری می‌شود در حالی که در مطالعات دیگر همین متغیر تحت عنوان عزت نفس تعریف شده و اندازه‌گیری می‌شود. در اکثر مطالعات غیرآزمایشی هنر درمانی، نتیجه‌گیری به شکل کیفی بیان می‌شود به ویژه زمانی که از روشهای غیررهنمود استفاده می‌شود در حالیکه افرادی که طرفدار روش آزمایشی هستند سعی در کمی کردن و مشاهده‌پذیر کردن متغیر دارند مانند کاهش فراوانی نشانه‌های اضطراب قبل و بعد از درمان (رینولد و همکاران، 2000). در اکثر مواقع، عدم ماهیت دقیق نشانه‌های روانی یا وضعیت تشخیصی کودکان شرکت‌کننده در درمان، به کاربری غیرساختارمند در طرح درمانی به ویژه در افراد مبتلا به تروما که به آهنگ پیشرفت مراجع و شدت علائم بیماری

1- Instinctual trauma responses (ITR)

2- Self-actualization

بستگی دارد باعث می‌شود که هنر درمانی به لحاظ تجربی بررسی نشود. دیدگاه کلی‌گرایانه درباره یک موضوع و عدم شناخت اجزای درگیر در یک مسئله باعث ابهام‌گویی و یک نتیجه‌گیری غیرواقعی درباره اثربخشی درمان می‌شود. حتی می‌توان گستردگی و تنوع در مفاهیم و ادراکات نظریه‌های موجود را ناشی از عدم تحقیقات منسجم در این حوزه دانست. این ابهام در موضوعاتی مانند عاطفه به دلیل عدم آگاهی یا شناخت اندک از اجزای عاطفه چه به دلیل نقص در متدولوژی موجود در روان‌شناسی و چه به دلیل دشواری در اندازه‌گیری عاطفه به وضوح قابل مشاهده است (سونگ و همکاران، 2013). جامعه آماری و روش نمونه‌گیری سوگیدار در پژوهش‌های مختلف، باعث شده نتایج متفاوتی را درباره اثربندی واقعی هنر درمانی ایجاد کند زیرا تقریباً این روش منحصراً بر روی کودکان مورد مطالعه قرار گرفته است و بسیاری از هنر درمانگران اعتقاد دارند که فرایند هنر درمانی به ویژه در مراجعین جوانتر موفقیت چشمگیری دارد زیرا کودکان نسبت به بزرگسالان اراده بیشتری برای بیان خلاقانه افکارشان دارند (رینولد و همکاران، 2000). این شکاف باعث شده تعداد اندکی از پژوهش‌های پژوهشی درباره کارآمدی هنر درمانی اختصاص یابد. در این مقاله، خلاصه‌ای از تحقیقاتی که درباره کارآمدی هنر درمانی وجود دارد به اختصار در ذیل اشاره خواهد شد.

بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر، پیشرفت‌ها در نوروبیولوژی و روان‌درمانی، کاربرد هنر درمانی را نشان داده‌اند و شواهد گویای آن است که روان‌درمانی کلامی در کمک به افراد مبتلا به تروما زیاد کمک کننده نبوده است. بر طبق نظر اوماها (2004) تنظیم عاطفه پایه‌ای برای انسان سالم انعطاف پذیر است در حالیکه عدم تنظیم عاطفه نیز پایه‌ای برای مداخلات بالینی است. خودتنظیمی افراد بستگی به تنظیم عواطف و هیجاناتش دارد. در طول زندگی، ما با یک یا چند رویداد زندگی نامساعد روبرو می‌شویم که یا به طور مستقیم تروما را تجربه می‌کنیم و یا به طور غیرمستقیم شاهدهی بر یک رویداد تروما هستیم. براساس ماهیت رویداد، تأثیر تروما سرانجام به توانایی تنظیم عاطفه افراد، در موقعیت استرس‌آور بستگی دارد. بیان عواطف و افکار از طریق اسنادی به نمادها و سمبلهایی مانند یک تصویر، خلق یک اثر هنری مانند نقاشی یا مجسمه‌سازی یکی از قدیمی‌ترین روشهای انسان‌گرا برای فهم و درک سؤال‌های وجودی بوده است. نمادها و کنش‌های نمادین هم دارای عناصر شناختی و عاطفی‌اند. بدین معنا که ساختار تجسمی و تصویری بیانگر ساختار تفکر کودک است ولی محتوای آن عاطفی می‌باشد. نماد ابزاری غنی برای بیان تمایلات شخصی، نیازهای درونی و در بیان کلی‌تر جذب واقعیت در من است. در حالی که زبان به عنوان نظام قراردادهای اجتماعی و نیز نظامی از مفاهیم پیچیده‌تر از آن است که بتواند برای بیان تمایلات درونی و شخصی مورد استفاده کودک قرار بگیرد. نماد به عنوان ابزار شخصی‌تر این امر را برای کودک ممکن می‌سازد. همین جذب واقعیت در من و رضایت مندی حاصل از آن است که محتوای عاطفی فعالیت‌های نمادین را تشکیل می‌دهد. خلاصه آنکه به موازات پدیدایی و تحول کنش‌های نمادین در فرد، کنش‌های عاطفی نیز به صورت دوام احساسات، جاذبه و کنش‌های مثبت و منفی، ارزش‌گذاری‌های بین فردی و نیز ارزش‌گذاری‌های درون فردی (احساسات کهنتری و برتری) تحول می‌یابند. این نوع احساسات مربوط به سطح نمادین به تحلیل دقیق نیاز دارند تا نقش مهم آنها روشن گردد (محسنی، 1393). یک طبقه‌بندی بین‌المللی تحت عنوان "کارکرد، ناتوانی و سلامتی" زیر مجموعه‌های تفکر سمبلیک را شامل کارکرد هیجانی و عاطفی، کارکردهای تفکر، کارکردهای شناختی سطح بالاتر و بینش می‌داند. تفکر سمبلیک، گرایش فرد مبتلا به تروما برای دیدن زندگی با یک دید محدود و نگرش تک بعدی را به چالش می‌کشد و به فکر کردن به بیرون از محدوده درون روانی خود وادار می‌کند (رینولد، 2002). همانطور که نوامبورگ (1966) با یک دید روان‌تحلیلی بیان

می‌کند که مکانیسم شفادهنده هنر درمانی، رسیدن به آرامش از طریق تفکر سمبلیک، بیان عواطف ناهشیار و سرکوب شده است. افرادی که مبتلا به تروما هستند اغلب خود را فاقد توانایی برای فکر کردن و انجام دادن یک فعالیت سمبلیک می‌دانند (به نقل از رینولد، 2002). بنابراین انجام کارهایی مانند نقاشی و سایر روشهای موجود در هنر درمانی، می‌تواند محرکی مناسب برای تفکر سمبلیک باشد. نقاشی باعث رشد مهارت حرکتی، آگاهی فضایی، بازشناسی اشکال و رشد تماس و حرکت چشمی می‌شود. به طور کلی تمرینات یا روش‌هایی که تحریک حسی حرکتی را ایجاد می‌کنند، اثرات آرام‌بخش و تسکین‌دهنده‌ای بر روی مراجع دارند و باعث تغییر در رفتار و یکپارچگی تجربیات شناختی، حسی و جنبشی می‌شوند. تحریکات حسی مانند نقاشی کل سیستم مغز را به کار می‌اندازد و فضای خالی کمتری را برای افکار آسیب‌زا و اشتباه باقی می‌گذارد (استرنج و همکاران، 2003). در درمان تروما، کلامی کردن تروما خط اول درمان نیست بلکه یکپارچگی میان عناصر حافظه غیرکلامی حاوی هیجان، عواطف و حواس مجزا و از هم گسسته در اولویت قرار می‌گیرد. به طور خلاصه، هنر درمانی موفق را می‌توان به صورت یکپارچگی میان عملکرد نیمکره راست و چپ تعریف کرد. اخیراً در روشهای مختلف درمان مربوط به تروما نقش هیجان و عاطفه به عنوان مکانیسم اصلی درمان مورد توجه قرار گرفته است. در روش‌هایی مانند EMDR (شارپو، 2001) و پروتکل هنر درمانی مغز دو جانبی مک‌نیمی (2003) این نکته به خوبی نشان داده شده است. فرضیه اصلی در طرح‌های فوق این است که افراد از یک توانایی درونی برای حل انطباقی تجربیات منفی و ادغام میان طرحواره‌های هیجانی مثبت و منفی برخوردارند. از مراجع خواسته می‌شود که خاطرات مربوط به تروما شامل تصاویر، هیجان و عواطف به یاد آورده شود و آنها را در قالب نقاشی، داستان و غیره ترسیم یا بازگو کنند (رینولد، 2002). با مشاهده بر روی نقاشی کودکان فرایندهای شناختی، عاطفی، بین فردی و حل مسئله نمود دارند. فرایندهای شناختی در نقاشی عبارتند از: 1- سازماندهی (توانایی برای رسم یک تصویر با یک زنجیره منطقی میان عناصر)، 2- تفکر واگرا (توانایی برای خلق یک تعداد از ایده‌ها، موضوعات و نمادهای متفاوت) و 3- نمادپردازی (توانایی برای تبدیل و انتقال تصاویر معمولی به بازنمودهایی متفاوت) است. فرایندهای عاطفی شامل: 1- بیان هیجان، هم مثبت و هم منفی 2- توانایی برای بیان موضوعی که دارای بار عاطفی است¹، 3- احساس راحتی و لذت و بیان هیجان‌های مثبت در نقاشی 4- تنظیم هیجان و عاطفه 5- یکپارچگی شناختی عاطفه² است. فرایندهای بین فردی شامل همدلی و میزان رشد فرایند متمایز سازی بین خود و دیگران و فرایند حل مسئله که شامل نوع نگاه به مسئله‌ای که دارد و تلاشی که برای حل مسئله به وجود آمده می‌کند (گروس، 1998). خیلی از تحقیقات موجود در نقاشی، این فرایند یا روش را در قالب یک موضوع کلی در نظر می‌گیرند که فاقد اجزا است و یا بر ارزیابی صرف کارکردهای شناختی موجود در نقاشی تمرکز می‌کنند. ماهیت کنش‌های شناختی کاملاً متفاوت از کنش‌های عاطفی است. به همین دلیل نمی‌توان با ارزیابی صرف کارکردهای شناختی، ارزیابی کاملی از نقاشی را ارائه داد. اما در سطح رفتار واقعی فرد، کنش‌های یاد شده تفکیک پذیری خود را از دست می‌دهند. هیچ نوع رفتاری به طور خالص، شناختی یا عاطفی نیست و در کلیه سطوح فعالیت‌ها، کنش‌های شناختی و عاطفی حضور دارند (محسنی، 1393). به لحاظ تاریخی نیز نظریات متفاوتی به لحاظ تأکید بر عامل شناخت یا عاطفه دیده می‌شود. به طوریکه موریسون (1988) بیان کرد که از نظر پیازه، عاطفه نقش مهمی در تحول فرایندهای شناختی و اخلاقی ندارد بلکه تحول عاطفی به موازات تحول شناختی صورت می‌گیرد. به عبارت دیگر عواطف می‌توانند بر محتوای ساختارهای شناختی نفوذ کنند ولی نمی‌توانند ساختارها را تغییر دهند یا اینکه منشأ سازمان‌یابی و شکل‌گیری آنها باشد. در حالیکه فروید تأکید بر عامل عاطفه دارد. فروید عواطف را نیروی غریزی می‌داند که قابلیت انتقال از شخصی به شخص دیگر و از نمادی به نماد

1- Expression of affect themes

2- Cognitive integration of affect

دیگر است. در سنین بعدی تمرکزهای عاطفی اولیه روی والدین و سپس انتقال آنها به موقعیت‌ها و افراد دیگر در تفسیر فرد از دنیای اجتماعی و روابط او با دیگران نقشی مهم ایفا می‌کنند (محسنی، 1393). ارتباط کارکردهای شناختی و عاطفی در هنر بسیار به هم پیچیده است. همانطور که ر شد ساختارهای شناختی می‌تواند نقش مهمی در حل تعارضات عاطفی داشته باشد، ثبات عاطفی¹ نیز می‌تواند محرکی برای پیشرفت و یکپارچگی کارکردهای شناختی باشد. به منظور دستیابی به اعتبار تجربی و نتیجه‌گیری دقیق درباره اثرمندی واقعی هنر درمانی، یک پدیده یا موضوع باید دارای ساخت یا سازه قابل اندازه‌گیری باشد و این امر مستلزم آن است که دیدگاه کلی‌گرایانه درباره موضوع را معطوف به شناخت اجزای یک پدیده کنیم. اما سؤال اینجا است که آیا می‌توان از ساختارهای عاطفی سخن گفت یا اینکه این مفهوم اختصاصاً به کنش‌های شناختی دارد و در مورد آنها به کار می‌رود؟ در نگاه اول به نظر می‌رسد که جواب به این سؤال منفی است. زیرا کنش‌های شناختی غیرمستقیم و با واسطه‌اند. درک هر موضوع مستلزم جذب ذهنی و تفسیر آن از طرف فرد است. در حالیکه داده‌های احساسی و هیجانی مستقیم و بدون واسطه‌اند. در پاسخ به این سؤال باید گفت که باور به وجود مستقیم و بدون واسطه داده‌های عاطفی یک نوع پیشداوری است. داده‌های عاطفی می‌توانند دارای سازه باشند. عواطف در جریان زندگی فرد ساخته می‌شوند، تغییر شکل می‌یابند و به موقعیت‌های مختلف زندگی منتقل می‌شوند و بنابراین عواطف نیز مانند شناخت ساخت‌پذیرند. با توجه به مشاهدات ساده روزانه و برحسب باورهایی که طرفداران زیادی نیز دارد، شناخت عواطف بیش از آنکه با یکدیگر هم‌سو باشند در تعارض با یکدیگرند و عملکرد آنها هم‌سویی ندارد. وجود تعارض بیانگر آن است که عناصر شناختی و عاطفی مربوط به دو سطح تحولی جداگانه هستند و بنابراین ضروری است که ارزیابی عاطفه و شناخت را از یکدیگر تفکیک کرد (محسنی، 1393). در روش‌های دیگر هنر درمانی مانند بازی چندین مقیاس برای نشان دادن سازه‌های عاطفی گسترش یافته است که از آن جمله می‌توان ابزار مشاهده بازی درمانی² (هاو و سیلورن، 1981)، ارزیابی NOVA در روان‌درمانی³ (فایوست و برن، 1990) و مقیاس عاطفه در بازی⁴ (راس، 1987) را نام برد. در مقیاس PTOI سه حوزه از کارکردها در 13 ایتِم سنجیده می‌شود که عبارتند از: الف) نابسندگی اجتماعی⁵ ب) تنش عاطفی⁶ ج) استفاده از خیال‌پردازی. در این مقیاس تمایز میان کودکان سازگار و ناسازگار قویاً بر زیر مقیاس تنش عاطفی تأکید دارد. مقیاس NAP برای ارزیابی فرایندهای بازی درمانی از طریق رابطه درمانگر و کودک در طی بازی طراحی شده است. این مقیاس، رفتار را به 4 گروه طبقه‌بندی می‌کند: الف) رفتار کلامی کودک ب) رفتار غیر کلامی کودک ج) رفتار تسهیل‌گر لینه درمانگر د) رفتارهای چالش‌برانگیز درمانگر. این مقیاس برای ارزیابی تغییرات رفتاری و عاطفی در طی فرایندهای درمانی مناسب است. در مقیاس APS عاطفه را به اجزایی مانند فراوانی عواطف بیان شده، نوع کیفی عواطف، شدت عاطفه، میزان خیال‌پردازی، و واقعیت بیان شده تقسیم‌بندی کرده‌اند (راس، 2004). در نقاشی این حوزه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در حالیکه تفسیر دقیق نقاشی مستلزم شناخت دقیق اجزا و در عین حال ترکیب مناسب اجزا با هم است. فرایند هنر درمانی نمی‌تواند جدا از سیستم نمادی عاطفی بررسی شود. عاطفه مکانیزم مهمی برای تغییر در درمان کودکان است. به طوریکه هیل (2005) بیان می‌کند که تبیین عاطفی و شناختی از احساسات منجر به بینش و سرانجام تغییر در رفتار می‌شود. زمانی که تخلیه هیجانی از طریق ابزاری مانند احساسات درمانی یا نقاشی تسهیل یابد، عواطف از ناهشیاری به سطح هشیاری می‌رسند که در سه سطح به صورت هنر تجسمی، سیستم نمادی و زیر ساختارهای انتزاعی

1- Emotional consolidation

2- The Play Therapy Observation Instrument (PTOI)

3- NOVA Assessment of Psychotherapy (NAP)

4- The Affect in Play Scale (APS)

5- social inadequacy,

6- Emotional discomfort

تجلی می‌یابد. هر تجسم دیداری دارای محتوا است و به وسیله اجزای سازنده‌اش مانند رنگ، بافت، ابعاد، تناسب و ترکیب اجزا، از معنا و مفهوم برخوردار می‌شود. تحقیقات مختلفی با توجه به موضع‌گیری نظری‌شان و پذیرفتن این نکته که عاطفه متغیر مهمی در طرح درمانی است سعی در تفسیر و طبقه‌بندی کردن نمادها و نشانه‌های موجود در نقاشی، رابطه بین اجزا و تحریف‌های تصویری در نقاشی داشته‌اند که اغلب تو صیف‌شان بسیار متناقض بوده است و این مسئله کاملاً مبرهن است که این تفسیر و توصیف‌ها مبتنی بر دیدگاه انتزاعی درمانگر هستند و بنابراین فاقد ثبات‌اند (اسی‌برینک، 2004). و شاید علت دیگر آن به این موضوع مربوط باشد که به جای ارزیابی عاطفه، کارکردهای شناختی افراد را مورد بررسی قرار داده‌اند و عموماً در ارزیابی کارکرد شناختی تأکید بر زبان به عنوان یک سیستم شناختی سطح بالا تأکید می‌شود. در حالی که تحقیقات نشان دهنده آن است که با توجه به ماهیت بیماری، اغلب بیان کلامی افرادی که از یک اختلال روانی رنج می‌برند تغییر می‌یابد. برای پروتکل درمانی افراد مبتلا به تروما با محوریت عامل عاطفه، شیوه‌های زیر بایستی مورد توجه قرار گیرد:

- 1- به کارگیری و تشویق فرایند تداعی آزاد که در ایجاد تفکر واگرا اهمیت زیادی دارد.
- 2- جانشین سازی و تعویض نمادها، ترکیب کردن افکار و دستکاری در بازنمایی اشیاء با استفاده از ابزار مختلف نقاشی، نقش مهمی در بینش نسبت به مسئله و توانایی برای تغییر کردن دارد.
- 3- بیان کردن و تجربه کردن عاطفه مثبت باعث ابراز بهتر و آسانتر افکار و یک انگیزه درونی برای تغییر می‌شود.
- 4- بیان کردن و فکر کردن درباره موضوعات عاطفی چه مثبت و چه منفی باعث می‌شود که محتوای هیجانی و فرایندهای اولیه تفکر به سطح هشیاری برسد و از طریق نقاشی ابراز شوند. و در تمام طول مدت درمان، بایستی کودکان برای دسترسی به خاطرات، تداعی‌ها و شناخت عاطفی و غیر عاطفی تشویق شوند که این گستره وسیع از یادآوری تداعی‌ها منجر به حل مسئله می‌شود.
- 5- گسترش دادن ساختارهای شناختی که در یکپارچگی و تنظیم عواطف کودکان نقش دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مقاله نشان داده است که هنر درمانی در سطح وسیعی به عنوان یک راه درمان برای کودکانی که به دنبال مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا دچار حالت روانی منفی هستند، استفاده می‌شود. درمان کسانی که از PTSD رنج می‌برند، تخلیه هیجانی و یا حل تعارضات درونی جزء مکانیسم‌های شفابخش محسوب نمی‌شوند. یولمن (1980) این فرضیه را مطرح می‌کند که هنر درمانی از طریق پیوند میان جهان درونی و بیرونی، نظم نوینی را فراهم می‌کند و مواد غیر کلامی را به توصیفات کلامی می‌افزاید و به رویدادهای مجزا، بافت محتوایی دوباره‌ای می‌دهد. از آنجا که انواع گوناگونی از حوادث تروما چه به صورت فردی و چه جمعی در همه جا وجود دارد و همچنین هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی، ضرورت یک روش مداخله‌ای کوتاه مدت‌تر و هدف مدارتر احساس می‌شود و روان‌تحلیل‌گری طولانی مدت برای افراد کمی که تنها استطاعت مالی دارند تبدیل به یک تجمل می‌شود. و در نتیجه درمانگران بسیاری می‌توانند از این روش برای درمان بیماران استفاده کنند. هنر درمانگران بایستی نسبت به جدا کردن درمانهایی که صرفاً نقش تسکین دهنده دارند از روشهایی که برای درمان واقعی افراد، لازم و کافی است توانمند باشند.

پیشنهادات

برای بالا بردن شواهدی از اثربندی هنر درمانی تحقیقات بیشتری مورد نیاز است که ما در اینجا، بعضی از نکات را به عنوان پیشنهاد ذکر می‌کنیم:

اولاً مشخص کردن و تعریف کردن مفاهیم و فرایندهای هسته‌ای موجود در هنر درمانی لازم و ضروری است. دوماً یک برنامه درمانی استاندارد شده‌ای بایستی ایجاد شود. سوماً توجه درمانگران نبایستی فقط به درمان‌های موفق معطوف شود بلکه باید روشهایی که کمتر موفق بوده و یا حتی رد شده‌اند نیز مرکز توجه قرار گیرد. چهارم به منظور ارزیابی هنر درمانی چه در کاربرد و چه در اثرمندی، در نظر گرفتن ویژگی‌های کمی و هم کیفی دارای اهمیت است. ثبت نظام مند از ویژگی‌های درمانی مراجع مانند نوع درمان، فعالیت‌های درمانی مهم و نتایج درمانی چه به صورت کوتاه مدت و چه بلند مدت، قواعد و اصول هنر درمانی را ارتقا می‌دهد.

منابع

- خداپناهی، محمد کریم. (1385). روانشناسی فیزیولوژیک؛ تهران: سمت.
- کاپلان، هرولد؛ سادوک، ویرجینیا. (1385). خلاصه روانپزشکی ترجمه خسرو حسن رفیعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- محسنی، نیک چهره. (1393). نظریه‌ها در روانشناسی رشد: شناخت، شناخت اجتماعی، شناخت و عواطف. تهران: نشر جاگر می.
- **Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994).** The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-1: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23–32.
- **Chapman, L., Morabito, D., Ladakakos, C., Schreier, H., & Kundson, M. (2001).** The effectiveness of art therapy interventions in reducing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 18(2), 100–104.
- **Davis, C. (1989).** The use of art therapy and group process with grieving children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 12, 269–280.
- **Eaton, L.G., Doherty, K.L., Widrick, R.M. (2007)** A review of research and methods used to establish art therapy as an effective treatment method for traumatized children. *The Arts in Psychotherapy* 34, 256–262
- **Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006).** Neurobiology of dissociation: Unity and disunity in mind–body–brain. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 113–128.
- **Janet, P. (1907).** The major symptoms of hysteria (2nd ed.). London & New York: MacMillan
- **Hass-Cohen, N. (2003).** Art therapy mind body approaches. *Progress in Family Systems Research and Therapy*, 12, 24–38.
- **Henderson, P., Rosen, D., & Mascaro, N. (2007).** Empirical study on the healing nature of mandalas. *Psychology of Aesthetics, Creativity and the Arts*, 1(3), 148–154.
- **Hill, C. E. (2005).** *Helping skills: Facilitating exploration, insight and action* (2nd ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association
- **International Society for the Study of Dissociation. (2005).** [Chu, J.A., Loewenstein, R., Dell, P.F., Barach, P.M., Somer, E., Kluft, R.P., Gelinas, D.J., Van der Hart, O., Dalenberg, C.J., Nijenhuis, E.R.S., Bowman, E.S., Boon, S., Goodwin, J., Jacobson, M., Ross, C.A., Sar, V, Fine, C.G., Frankel, A.S., Coons, P.M., Courtois, C.A., Gold, S.N., & Howell, E.J.]. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(4), 69–149.
- **Gantt, L. M., & Tinnin, L.W. (2007a).** Intensive trauma therapy for PTSD and dissociation: An outcome study. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 69–80.
- **Greenwald, R. (2005).** *Child trauma handbook: A guide for helping trauma-exposed children and adolescents.* New York: The Haworth Reference Press
- **Gross, J., & Hayne, H. (1998).** Drawing facilitates children's verbal reports of emotionally laden events. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 4, 163–179.
- **Kaplan, F. (2000).** *Art, science and art therapy: Repainting the picture.* London: Jessica Kingsley Publishers.
- **Kerry, A.K., Aravich, P., Deaver, S.P., & Debeus, R. (2016).** Comparison of Brain Activity During Drawing and Clay Sculpting: A Preliminary EEG Study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 31:2, 52-60
- **Körlin, D., Nybäck, H., & Goldberg, F. (2000).** Creative arts groups in psychiatric care Development and evaluation of a treatment alternative. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54–55.
- **Lusebrink, V.B. (2004).** Art therapy and the brain: An attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21, 125–135
- **Morrison, D. (1988).** The child's first ways of knowing. In D. Morrison (Ed.), *Organizing early*

- experience: Imagination and cognition in childhood (pp. 3–14).
- **Omaha, J. (2004)** Psychotherapeutic interventions for emotion regulation. New York:W.W.Norton& Company.
 - **Orr, P.P.(2007).**Art therapy with children after a disaster:A content analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 34(4), 350–361.
 - **Öster, I., Svensk, A.C., Magnusson, E., EgbergThyme, K., Sjödin, M., Åström, S., et al.(2006).**Art therapy improve scoping resources :A randomized, controlled study among women with breast cancer. *Palliative & Supportive Care*, 4(1), 57–64.
 - **Perry, B.D.(2008).**Foreword. In C.A. Malchiodi(Ed.), *Creative interventions with traumatized children*. NewYork,USA:The Guilford Press.
 - **Rankin, A. B., & Taucher, L. C. (2003).** A task-oriented approach to art therapy in trauma treatment. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*,20, 138–147.
 - **Reynolds, M. W., Nabors, L., & Quinlan, A. (2000).** The effectiveness of art therapy: Does it work? *Art Therapy*, 17, 207–213
 - **Reynolds, F.(2002).**Symbolic aspects of coping with chronic illness through textile arts. *Arts in Psychotherapy*, 29, 99–106.
 - **Reynolds, M. W., Nabors, L., & Quinlan, A. (2010).** The effectiveness of art therapy: Does it work? *Art Therapy*, 17, 207–213.
 - **Roberts,J.,&Taylor,C.(1993).**Sexually abused children and young people speakout.InL.Waterhose(Ed.), *Child abuse and child abusers:Protection and prevention*.London,England:JessicaKingsley.
 - **Russ,S.W.(2004).**Play in child development and psychotherapy:toward empirically supported practice. Mahwah, NJ:Lawrence Erlbaum.
 - **Scaer, R. C. (2005).** The trauma spectrum: Hidden wounds and hidden resiliency. New York:W.W. Norton.
 - **Schiraldi, G. (2000).** The post-traumatic stress disorder sourcebook. Los Angeles: Lowell House.
 - **Schore, A. N. (2002).** Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psycho pathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9–30.
 - **Schweizer, S., Grahn, J., Hampshire, A., Mobbs, D., & Dalgleish, T. (2013).** Training the emotional brain: Improving affective control through emotional working memory training. *Journal of Neuroscience*, 33(12), 5301–5311.
 - **Slayton, S.C.,D’Archer,J.,&Kaplan,F.(2010).**Outcomestudiesontheefficacyofart therapy: Are view offindings. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(3), 108–118.
 - **Song, F.,Hooper,L.,&Loke,Y.K.(2013).**Publication bias: What is it? How do we measure it? How do we avoid it? *Open Access Journal of Clinical Trials*, 3(5), 71–81.
 - **Springham,N.,Dunne,K.,Noyse,S.,&Swearingen,K.(2012).**Art therapy for personality disorder: 2012 UK professional consensus guidelines, development process and outcome. *International Journal of Art Therapy: Formerly In scape*, 17(3), 130–134.
 - **Strange,D., Garry,M., & Sutherland,R.(2003).**Drawing out children’s false memories. *Applied Cognitive Psychology*, 17, 607–619.
 - **Ulman, E. (1980).** Symposium: Integration of divergent points of view in art therapy. In E. Ulman & C. Levy (Eds.), *Art therapy viewpoints*. New York: Schoken.
 - **van der Kolk, B.A. (2003).** Frontiers in trauma treatment. Presented at the R. Cassidy Seminars, St. Louis, MO, 2004.
 - **Watkinz,A(1997).** Basic content analysis (2nd ed.).NewburyPark, CA:Sage.
 - **Wattam, C.(1992).** Making a case in child protection. Harlow,England:Longman.
 - **Wesson,M.,&Salmon,K.(2001).**Drawing and showing: Helping children to report emotionally laden events. *Applied Cognitive Psychology*, 15, 301–320.
 - **Westcott,H.L.,&Davies,G.M.(1996).**Sexuallyabusedchildren’sandyoungpeople’sperspectivesoni nvestigativeinterviews. *British Journal of Social Work*, 26, 451–474.