

هنر درمانی خانواده محور و کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

فاطمه طاهری^۱، مهدی زایر^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی

^۲ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی

چکیده

هنردرمانی امروزه یکی از رایج ترین اقدامات درمانی است که در کنار درمان های اصلی اختلال طیف اوتیسم استفاده می شود. بدون تردید بهره گیری از هنر برای ارتقای سلامت روان و تقویت رفتارهای مطلوب و اصلاح برخی کاستی های شناختی و ارتباطی در کودکان از اهمیت فوق العاده برخوردار است. این مهم هنگامی از اهمیت مضاعف برخوردار می گردد که کاربرد آن عمدتاً خانواده محور باشد. در این مقاله ضمن بیان اهمیت آموزش موسیقی و نقاشی در کودکان طیف اوتیسم، به تفصیل به تاثیر هنردرمانی خانواده محور در کودکان طیف اوتیسم پرداخته شده و در پایان نتیجه گیریهای لازم صورت گرفته است.

واژه های کلیدی: کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، هنردرمانی، خانواده، موسیقی، نقاشی

مقدمه:

اختلال طیف اتیسم یا در خودماندگی یکی از پیچیده ترین و بغرنج ترین اختلال های روانشناختی کودکان است و کودکان مبتلا به اختلال های طیف اتیسم گروهی از کودکان استثنایی هستند که از نقص کیفی در تعاملات اجتماعی، رفتارها، حرکات و علایق کلیشه ای و مشکلات خاص در مهارت های ارتباط کلامی و گفتار و زبان رنج می برند. این مسایل و مشکلات می تواند در ارتباط با اعضای خانواده به ویژه والدین و نیز معلمین، مربیان و درمانگران و تمام کسانی که با آنها کار می کنند و تعامل دارند تاثیر منفی بگذارد و زندگی دیگر اعضای خانواده را تحت الشعاع قرار دهد. متأسفانه، میزان شیوع این اختلالها در سرتاسر دنیا افزایش پیدا کرده و از این رو متخصصین روانشناسی، روانپزشکی و توانبخشی و در کل تمامی کسانی که در حوزه بهداشت و سلامت فعالیت می کنند در تلاشند تا با این چالش همگانی به شیوه های منطقی و علمی برخورد کرده و از طریق ارزیابی های دقیق در جهت تشخیص به موقع و ارائه راهکار و مداخله های درمانی، توانبخشی و آموزشی مناسب برای این کودکان گام بردارد (مقدم، ۱۳۹۵).

مداخله های درمانی، توانبخشی و آموزشی چون تحلیل رفتار کاربردی، یکپارچه سازی حسی، تیچ، تمرین درمانی، کاردرمانی و گفتاردرمانی، موسیقی درمانی و هنر درمانی از جمله مهم ترین مداخله های مربوط به این کودکان هستند که در سراسر دنیا به کار برده می شوند؛ اما آنچه مهم است توجه به این نکته است که امروزه در تمامی مداخله ها مشارکت فعال و پویای والدین و به اصطلاح خانواده محور بودن مداخله ها مشارکت فعال و پویای والدین و به اصطلاح خانواده محور بودن مداخله ها موجب می شود که نتایج درمانی بلند مدت و کوتاه مدت در این مداخله ها بیشتر و دقیق تر نمایان شده و همکاری های خانواده نیز با متخصصین بیشتر گردد تا هر چه بیشتر مشکلات این کودکان بر طرف شود (همان منبع).

در میان این مداخله ها هنر درمانی یکی از مهم ترین مداخله هایی است که به عنوان مداخله های حمایتی-تسکینی توجه بیشتری به آن شده و تلاش می شود تا در حوزه کودکان مبتلا به طیف اتیسم بیشتر مورد استفاده قرار گیرد. به این ترتیب در پژوهش تحلیلی حاضر با بررسی آخرین پژوهش های انجام شده در زمینه اختلال طیف اتیسم و مطالعه کتابخانه ای و جست و جوی گوناگون با رویکرد تحلیلی-توصیفی به هنردرمانی خانواده محور و سپس به اهمیت آموزش نقاشی و موسیقی درمانی در کودک با اختلال طیف اتیسم پرداخته شده است (همان منبع).

هنردرمانی خانواده و خانواده درمانی

خانواده درمانی به صورت خاص نظریه سیستمی خانواده (باون^۱، ۱۹۷۸) و هنر درمانی خانواده، شماری از تشابهات قابل توجه را در بستر رشد و شکوفایی خویش داشته است. هر دو رویکرد به بنیان کارهای مشتاقانه متخصصانی بنا گردید که خودانگیز اما مستقل به کشف قلمروهای نا مکشوف این حرفه نوین پرداختند. کاواتسکا^۲ و باون، هر دو در نتیجه مشاهدات و عدم نتیجه گیری تلاش هایشان در تعامل با خانواده های بیماران مبتلا اسکیزوفرنی به خانواده درمانی روی آوردند. از این نظر، خانواده درمانی و هنر درمانی خانواده از منظر تاریخچه قابل قیاس هستند؛ اما به دلایلی چند این خانواده درمانی بود که توانست وارد جریان اصلی روان درمانی گردد و به سرعت توسعه یابد. به اعتقاد بنیان گذار هنر درمانی خانواده - کاواتسکا (۱۹۷۸) - هنر درمانی خانواده از خانواده درمانی قدیمی تر است. با این روی، آهسته تر توسعه پیدانمود. بنیان گذاران هنر درمانی خانواده هرگز کار خود را محدود به روابط پیچیده خانوادگی ننموده و کانون توجه آن ها عموماً بر توسعه کفایت های بالینی و توسعه شیوه های سنجش هنری، برای کمک به خانواده ها از طریق هنر درمانی و شیوه های سنجش آن بوده است. از این منظر هنر در بطن خود شیوه نظری کاملی بود که از طریق آن قصه ها، پویایی ها و شاخصه های ساختاری خانواده قابل سنجش و به بنیان نظری مستحکمی نیازمند نبود؛ اما امروزه پیوند بین رویکردهای روان شناختی و هنر درمانی تحکیم گشته و بخشی مهم در هنر درمانی خانواده را تشکیل می دهد (زاده محمدی و عابدینی، ۱۳۹۰). علاوه بر این هنر درمانی می تواند به صورت

1-Baon

2- kaatska

مکمل، یا تکنیک ارزشیابی در خانواده درمانی به کار رود و فرایند هنر در درمان خانوادگی رابطه اعضا را گسترش می دهد (لاند گارتن، ۲۰۰۳، ترجمه هاشمیان و ابوحمز، ۱۳۸۷)

هنر درمانی از جمله مداخلاتی است که در کنار دیگر مداخلات روان شناختی چون بازی درمانی، روان درمانی و شناخت درمانی در جهت بهبود و درمان مشکلات و اختلال های ذهنی و روان شناختی از نیمه قرن بیستم میلادی تا کنون کاربرد زیادی داشته است (لاندگاتمن، ۱۹۹۶ ترجمه هاشمیان و ابو حمزه، ۱۳۸۷). کاربرد هنر درمانی به ویژه بر روی کودکان استثنایی، جستجو و کنجکاوی در این زمینه را بیشتر می کند. هنر درمانی جنبه های مختلفی دارد: موسیقی درمانی، نقاشی درمانی، تئاتر درمانی، قصه درمانی و ...

نقاشی، ابزار برای درمان و ارزیابی

نقاشی یا Painting یکی از اساسی ترین و مهم ترین هنر های تجسمی است که عناصری چون شکل، رنگ، اندازه و نور به عنوان عناصر زیبایی شناختی به وفور در آن مشهود است و از گذشته های دور تا کنون با تحول علم روان شناسی در زمینه ارزیابی و درمان افراد چه کودکان و چه بزرگسالان به کار برده می شود. نقاشی، نوعی ارتباط روانی است که نوجوانان، بزرگسالان و به ویژه کودکان می توانند با دیگران برقرار کنند. به همین خاطر است که از نقاشی های کودکان به روحیه، تمایلات و شخصیت آن ها بیشتر پی می برند و صد البته که این آشنایی در هدایت تربیتی آن ها موثر است زیرا کودکان به وسیله نقاشی، انضباط در اندیشه و مهارت روانی - حرکتی در دست ها را به تجربه در می آورند (کامکار یزدنژاد، ۱۳۸۵).

نقاشی کودک یک پیام است، آنچه که او نمی تواند به لفظ درآورد به ما انتقال می دهد و بررسی و درک «زبان» نقاشی، اطلاعات ارزنده ای در اختیار والدین، مربیان، روان شناسان و همه کسانی می گذارد که خواهان درک و دریافت راز و رمز جهان کودک هستند. کودک همه مسائل زندگی خود را به واسطه نقاشی به تجربه در می آورد، خود را می آزمايد و «من» خویش را بنا می کند. خطوط ترسیمی، انعکاسی از دنیای هیجانی او هستند و نقاشی به تنهایی به منزله جهانی است که به موازات افزایش هوشیاری و دگرگونی های کودک، متحول می گردد (دادستان، ۱۳۹۰).

نقاشی کودکان استثنائی با نقاشی های کودکان عادی، تفاوت های چشمگیری دارد. این کودکان معمولاً به دلیل نقص، تشبیت و یا تاخیر در تحول هوشی و مهارت های شناختی نمی توانند از تجربیات گذشته و درک مفاهیم و تصورات ذهنی استفاده کنند و آن ها را در نقاشی هایشان به کار می برند. به طور معمول بیشتر این کودکان از نقاشی کشیدن احساس عجز و ناتوانی کرده و رغبت و انگیزه ای برای ثبت مواردی که در محیط اطراف شان هست ندارند. اشیاء و مواردی که در نقاشی های این کودکان دیده می شود فاقد ابعاد هندسی و جنبه های پرسپکتیو متعارف است و بیشتر تصاویری که روی کاغذ رسم می کنند به صورت حسی است و تجسم فضائی، سه بعدی و هندسی در نقاشی آن ها دیده نمی شود. به عنوان نمونه برخی از این کودکان در کشیدن تصاویر گوناگونی چون خانه، کشتی، درخت، خورشید یا آدمک از خطوط به هم چسبیده ای که سطح کوچکی از فضا را اشغال می کند استفاده می کنند. از سوی دیگر، گاهی تصویری که کودک بر روی صفحه سفید کاغذ نقاشی می کند اصلاً قابل فهم و درک نیست زیرا کودک استثنائی به دلیل ضعف شناختی و ادراکی نمی تواند تصویر مشخص و واضحی از درخت، ماشین یا خانه ارائه کند بنابراین با سرهم بندی کردن خطوط نامشخص و نامفهوم، منظور اصلی خود را از ترسیم یک شیء که فقط از دیدگاه خودش قابل قبول است، ابراز می نماید (کامکار یزد نژاد، ۱۳۸۵).

نقاشی کودکان در خود مانده

در نقاشی های کودکان در خود مانده که از مشکلات در برقراری ارتباط بین فردی، ارتباط کلامی و رفتارهای کلیشه ای رنج می برند، وقتی تصویر انسان نشان داده می شود، همیشه در اندازه های کوچک است و جزئیات صورت و اندام ها به ندرت نشان

¹ ego

داده شده است؛ مثلاً اگر برای آدمک هائی که کشیده چشم نشان داده باشد، چشمی است متفکر با نگاهی به دور دست ها و یا کاملاً خالی از نگاه. اگر کودک در خودمانده، عملکرد بالایی داشته باشد و اصلاً بتواند نقاشی کند، در زمان کشیدن چندین آدمک، تمامی آن ها را یکنواخت مشابه نقاشی می کند. گاهی اوقات نیز پرخاشگری در نقاشی آن ها مشاهده می شود (اولیور یوفراری، ۱۹۹۶ ترجمه صرافان، ۱۳۸۷).

معمولاً به دلیل تدافع لمسی در اندامک ها به ویژه دست ها و انگشتان، کودکان در خود مانده نمی توانند طولانی مدت مداد رنگی، قلم، مداد شمعی و یا دیگر ابزار ترسیم و نقاشی را در دست ها نگاه دارند به همین دلیل والدین و معلمین آن ها از بد خطی، عدم توجه به ترسیم و نیز عدم تمرکز در نوشتن و ترسیم به مدت طولانی از آن ها شکایت دارند. از این رو، اکثر این کودکان علاقه چندانی به ترسیم و نقاشی ندارند و نقاشی آن ها بیشتر یکنواخت بوده و در مواردی به صورت درهم و خط خطی دیده می شود و چنین به نظر می رسد که در مراحل اولیه تحول نقاشی تثبیت شده اند. نقاشی آزاد در آنها کلیشه ای است و همواره در اکثر مواقع یک تصویر را نقاشی می کنند (بتز^۱، ۲۰۰۹، انجمن هنر درمانی آمریکا، ۲۰۰۹).

این کودکان نمی توانند همانند کودکان عادی، احساسات، عواطف، ترس ها، شادی و در کل هیجانات خود را در نقاشی های خویش منعکس کنند و به عنوان نمونه کودکان عادی می توانند اتفاق و حوادثی را که برایشان رخ داده شرح دهند و احساسات و عواطف خود را نسبت به دوست، پدر، مادر، معلم یا همسالان در نقاشی های خود فراقنی کنند. در حالی که کودکان در خود مانده نظیر کودکان عقب مانده ذهنی به دلیل عدم توجه و تمرکز کافی، یادگیری و بهره هوشی نسبتاً پائین (زیرا ۷۵٪ از کودکان در خود مانده به درجاتی از عقب ماندگی ذهنی دچار هستند) قادر به تصویر کشیدن امور پیرامون خود نبوده و از فراقنی در نقاشی های خود عاجزند و از ترسیم آنچه که در محیط اطراف آن هاست احساس ناتوانی می کنند. تنوع رنگ و شکل در اکثر نقاشی های آن ها کم است و سبیل ها، نماد ها، اشیاء و تصاویر در نقاشی های آن ها حالت کلیشه ای و یکنواخت دارد (کامکار یزدنژاد، ۱۳۸۵).

موسیقی درمانی و کاربرد فعالیت های موسیقایی در کودکان با اختلال طیف اتیسم

مفهوم موسیقی در باورهای میان فرهنگی باستانی بر این مبنا استوار است که موسیقی موجب شفا بخشی ذهن و بدن می شود. از اوایل قرن نوزدهم تا اواخر قرن بیستم پایه های موسیقی درمانی به سمت اثر بخشی روی مغز پیشرفت عمده ای داشته است، با این حال، مهم است که توجه داشته باشیم موسیقی به عنوان یک درمان به شدت تحت تأثیر مشاهده، درک مفاهیم و علل و بیماری قرار دارد (تات، ۲۰۱۵). گوش دادن به موسیقی و فعالیت های موسیقی ابزار قدرتمندی برای تعامل با شبکه های چندحسی و حرکتی القای تغییرات در این شبکه ها و عملکرد بهتر مناطق مغز مرتبط با ادامه و تمرین موسیقایی طولانی، بازسازی و ترمیم اختلال های عصبی و مغزی است. براساس دیدگاه بروکلسبی^۲ موسیقی به عنوان یک ارتباط بین ذهن و بدن عمل می کند، در نتیجه باعث هماهنگی ذاتی خود و به عنوان یک محرک در اعمال جسمی و ذهنی و یک منبع لذت و زیبایی به کار می رود (حسین خانزاده و همکاران، ۱۳۹۵).

شرکت در فعالیت های موسیقی یک راه امیدوار کننده برای درمان افراد دارای آسیب عصبی و ناتوانی های تحولی است که اغلب قادر به مشارکت در فعالیت های موسیقی به دلیل اختلال شناسی یا جسمی نیستند همچنین افزایش بازخورد حسی برای کسانی که مشکلات حرکتی دارند، سازمان دهی و تعیین توالی وظایف (اغلب برای کسانی که مشکل بی توجهی به علت حساسیت های حسی تندکار و کندکار دارند)، حفظ تمرکز، تغییر توجه از احساس های مضر به سمت امیال مطبوع تر و مدیریت آنها، انتقال از یک فعالیت به فعالیت دیگر، آموزش و یادآوری کودک در مورد راهبردها و روش های مقابله با رفتارهای مناسب و حمایت از تعامل اجتماعی ضمن به حداقل رساندن ناهنجاری های حسی از مشغول شدن با کودک از دیگر مزایای این درمان است (حسین خانزاده و همکاران، ۱۳۹۵).

¹ Betts

² Brocklesby,s

در عین حال در موسیقی درمانی برای کودکان مبتلا به اختلال های طیف جسمی و روانی می توان از برنامه ای چون ترکیب موسیقی و نقاشی نیز استفاده کرد تا برون ریزی و فرافکنی احساسات، عواطف و هیجانات این کودکان بیش تر انجام گیرد (زاده محمدی، ۱۳۸۸، اولیور یوفاری، ۱۹۹۶ ترجمه صرافان، ۱۳۸۷).

بسیاری از پژوهش های انجام شده در مورد کودکان با اختلال طیف اتیسم بر پیشرفت موسیقی و تفاوت های شنیداری در مهارت های این کودکان اشاره کرده اند (کین، ۲۰۱۴). موسیقی درمانی به عنوان راهی برای افزایش تعامل و آگاهی اجتماعی و ابزار مناسبی برای آرام سازی فرد است اما به دلیل اینکه اختلال های پردازش شنیداری به درجات مختلف در همه کودکان با اختلال طیف اتیسم وجود دارد، صداهای غیر قابل پیش بینی برای این کودکان اضطراب زاست. در نتیجه باید موسیقی مناسب و با بلندی صدای غیر آزار دهنده پخش شود (ناصح، ۲۰۱۵). پژوهش ها نشان داده است که موسیقی درمانی می تواند رفتارهای اجتماعی و توجه مشترک و خیره نگاه کردن در کودکان با اختلال طیف اتیسم را بهبود دهد. شواهد قابل توجهی وجود دارد که محرک های دیداری یا شنوایی می تواند مناطق حسی حرکتی را در کودکان با اختلال طیف اتیسم فعال کند و باعث افزایش حجم ماده خاکستری در شکنج پیشانی تحتانی در این کودکان شود. براساس فرضیه چنر^۱ عبور محرک ها از مغز افراد با اختلال طیف اتیسم بیش از حد به طور سریع پردازش می شود و این یکی از دلایل استدلال سریع موسیقی و تغییر محرک در این کودکان است (حسین خانزاده و همکاران، ۱۳۹۵).

برخی از موسیقی درمانگران پی برده اند که موسیقی از عناصر جذاب در محیط کودکان است که کودکان با اختلال طیف اتیسم با علاقه و رقبت به آن توجه نشان می دهند. فعالیت های موسیقی اغلب تقویت کننده موثری در افزایش جواب های متقابل و آگاهانه کودکان با اختلال طیف اتیسم است، مانند افزایش تکلم و پاسخ های شفاهی متقابل. فعالیت های غیر کلامی موسیقی با عناصر اکتشافی و فی البداهه و فعالیت های تقلیدی آهنگین که موفقیت زیاد و خواسته های کمی به همراه دارد، مؤثرترین عامل در مراحل آغازین موسیقی درمانی این کودکان است (پیترز، ۲۰۰۰). موسیقی به عنوان یک سیستم ادراکی باعث توجه بیشتر به جزئیات و پردازش درست شنوایی در کودکان با اختلال طیف اتیسم می شود. جاسچک و همکارانش استدلال می کنند که موسیقی درمانی یک اثر کلی بر حوزه های شناختی مانند ریاضیات، هوش و حافظه در این کودکان دارد. فضای موسیقی درمانی عواملی را که موجب اضطراب کودک با اختلال طیف اتیسم یا پناه بردن به دنیای درون و انجام رفتارهای قالبی می شود، شناسایی می کند، در این صورت کودک ضمن اینکه به فعالیت های مورد علاقه خود پرداخته اما مجال پرداختن به رفتارهای قالبی را نیز نداشته است (رافعی، ۲۰۱۱). گوش کردن به موسیقی به طور قابل توجهی فعالیت حرکت-های چشم را کاهش می دهد و باعث تغییر توجه از بیرون به درون می شود و به عنوان راهی است که افراد تجربیات دیداری خود را از محیط تغییر می دهند (اسچفر، ۲۰۱۵).

به دلیل وجود تجارب چندحسی در فعالیت های موسیقایی، این روش می تواند در کار با کودکان با اختلال طیف اتیسم مفید باشد. پژوهش ها نشان داده است این گروه از کودکان علاقه وافری به موسیقی، ملودی های دلنشین و آهنگ های ریتمیک دارند، بنابراین درمانگر در کار با این گروه از کودکان می تواند از حرکت های توام با ملودی به عنوان وسیله ای برای رشد دادن افراد در زمینه های شناختی، درکی، آموزشی، حرکتی، مهارت های اجتماعی و عاطفی و همچنین به منظور افزایش تکلم، پاسخ های شفاهی متقابل و ایجاد ارتباط چشمی به ویژه در مدرسه استفاده کند (رافعی، ۲۰۰۴)، افزون بر این، اهداف درمانی در این روش کودکان را بشتر جذب کرده و آن ها را با مقاومت کمتری متوجه تمرینات درمانی می کند (گلد، ویگرم و الفنت، ۲۰۰۶) از این رو گرتسگر و همکارانش در پژوهش بالینی خود تاثیر موسیقی درمانی خودانگیزخته را بر مهارت های اجتماعی و ارتباطی کودکان با اختلال طیف اتیسم ۴ تا ۷ ساله بررسی کردند. آن ها ۲۳۵ کودک را به ۳ گروه تقسیم کردند، در گروه نخست تنها ۳ مرحله مشاوره والدین در طول ۵ ماه ارایه شد، در گروه دوم، موسیقی درمانی با شدت کم یعنی هفته ای یک جلسه در ۵ ماه و در گروه سوم هفته ای ۳ جلسه صورت گرفت. طول مدت هر جلسه ۳۰ دقیقه بود. آزمون های ارزیابی به کار گرفته شده، فهرست

¹.Gepner

مشاهده تشخیصی اتیسم^۱ و برای والدین مقیاس پاسخ اجتماعی^۲ بودند. نتایج نشان داد که بهبودی در گروه سوم بیشتر از ۲ گروه دیگر بود، به این معنا که موسیقی درمانی به ویژه اگر به صورت مداوم و با تکرار در طول هفته انجام شود، برای کودکان با اختلال طیف اتیسم مفید است.

کاتاگیری نیز به ۱۲ دانش آموز با اختلال طیف اتیسم، با میانگین سن ۱۱/۵ سالگی، چهار حالت عاطفی (شادی، ناراحتی، ترس و عصبانیت) را آموزش داد. نوع آموزش ۴ فرم داشت: الف) بدون آموزش معنی دار آن عاطفه خاص، ب) آموزش تنها توسط دستورات کلامی، ج) آموزش کلامی همراه با موسیقی متن متناسب با آن حالت و د) آموزش توسط خواندن آوازی متناسب و درباره آن حالت عاطفی. کل مداخله‌ها شامل ۸ جلسه و ارزیابی میزان درک افراد قبل و بعد از مداخله بود. نتایج بیانگر این امر بودند که کل افراد بعد از پایان جلسات بهبودی در درک عواطف داشتند اما موسیقی متن همراه با آموزش کلامی موثرتر از بقیه بود. همچنین فونگ و جلاس تاثیر موسیقی درمانی گروهی را روی ۵ کودک با اختلال طیف اتیسم بررسی کردند. در این پژوهش آموزش مهارت‌های اجتماعی ارتباطی و حرکتی به صورت گروهی در ۱۵ جلسه صورت گرفته و به هر پاسخ درست و رفتار مناسب کودک یک امتیاز داده می‌شد. موسیقی شامل ۶ بسته آهنگ ۶ تایی درمورد مهارت‌های ذکر شده بود که از طریق شعر به صورت لغت به لغت و واضح توسط ضبط پخش می‌شد و درمانگر به صورت گام به گام اشعار را به کودک آموزش می‌داد. ابتدا آموزش با آواز ساده، سپس آموزش ریتم و آوازه‌ها به صورت لغت به لغت، سپس خواندن آواز با موسیقی و انجام حرکات متناسب با ملودی آن بود. ارزیابی از طریق بررسی رفتار کودکان که توسط دوربین فیلمبرداری صورت گرفته بود، نشان داد کودکان در زمینه ارتباطات کلامی و غیرکلامی و نیز مهارت‌های حرکتی مثبت، بهبودی معناداری داشتند، همچنین کاهش حرکات اضافی و کلیشه‌ای در ایشان مشاهده شد.

در تایید این امر، داست و همکارانش در پژوهشی فراتحلیلی به بررسی تاثیر مداخله‌هایی که براساس علایق کودکان با اختلال طیف اتیسم است، بر میزان برقراری ارتباط و روابط بین فردی ایشان پرداختند. آن‌ها در این پژوهش با بررسی ۲ مقاله شامل ۷۸ کودک ۲ تا ۶ ساله با اختلال طیف اتیسم دریافتند با استفاده از ملاحظه‌های بهنگام بر پایه علایق این کودکان می‌توان سبب ایجاد مهارت‌های اجتماعی بهتر و رفتارهای نامناسب کمتر در مبتلایان به این اختلال شد.

افزون بر این، به دلیل وجود نوعی نظم و توالی در آرایه محرک‌ها، پاسخ‌ها و التزام کودک به پاسخ‌های به موقع، سریع و مربوط به محرک‌ها، بسیاری از نواقص ناشی از خام حرکتی کودکان بهبود پیدا می‌کند. از آن جایی که کودک در فعالیت‌های موسیقایی می‌آموزد در برابر تقاضاهایی که می‌شنود، می‌بیند، لمس می‌کند و پیام‌هایی که به او آرایه می‌شود، چگونه پاسخ و حرکتی را بروز دهد، به نحوی به رشد مهارت‌های ادراکی - حرکتی خود پرداخته است. این تمرینات را هم می‌توان به کمک ابزارها و سازهای ریتمیک و آهنگین در موسیقی اجرا کرد و هم بدون ساز، مانند زمانی که کودکان به تقلید از یک حیوان راه می‌روند یا زمانی که گروهی از کودکان به فرم «بلند، بلند» و گروه دیگر به فرم «آهسته، آهسته» کف می‌زنند (رافعی، ۲۰۰۴).

با توجه به موارد ذکر شده، کرن که یک موسیقی درمانگر بود با همکاری کاردرمانگر و معلم مدرسه توانست یک روش نوین در آموزش فعالیت‌های مراقبت از خود به یک کودک ۳ ساله با اختلال طیف اتیسم ابداع کند. او در این پژوهش از اشعار آهنگین مرتبط با هر فعالیت مراقبت از خود مانند شستن دست، دستشویی کردن و مرتب کردن وسایل استفاده کرد. به این نحو از یک روز آموزش به صورت دکلمه و روز بعد با اشعار آهنگین انجام می‌شد. نتایج حاکی از این امر بود که در شستن دست و مرتب کردن وسایل، اشعار آهنگین و در ایجاد استقلال در دستشویی، دکلمه موثرتر بود. در تایید موارد فوق، عتیق و همکاران نیز در پژوهش خود از فعالیت‌های حرکتی موسیقایی به منظور بهبود مهارت‌های حرکتی از جمله تعادل، هماهنگی حرکتی ۲ طرفه و هماهنگی اندام فوقانی استفاده کردند. آن‌ها دریافتند که سرعت بهبودی در عملکرد حرکتی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم با کمک موسیقی به طرز معناداری بیشتر می‌شود.

1. Autism diagnostic observation schedule (ADOS)

2. Social responsiveness scale (SRS)

مطالعات و پژوهش های انجام شده در زمینه هنر درمانی کودکان مبتلا به اختلال های طیف اوتیسم

کارولین کیس^۱ و تسا دالی^۲، دو هنر درمان گر اهل انگلستان هستند که از اواخر دهه ۱۹۸۰ میلادی تا کنون در زمینه استفاده از برنامه های هنر در زمینه کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات ذهنی و تحولی به ویژه اختلال طیف اوتیسم مطالعات و بررسی هائی را انجام داده اند، آن ها برای بهبود مشکلات و نقایص کودکان و نوجوانان استثنائی از جمله کودکان اوتیستیک از برنامه های نقاشی و سفال استفاده می کنند که آخرین مطالعات آن ها در کتابی تحت عنوان «هنر درمانی برای کودکان (از نوزادی تا نوجوانی)» در سال ۲۰۰۸ میلادی به چاپ رسیده است.

گلین توماس^۳ و آنجلا.م.ج.سیلک^۴ در دهه ۱۹۸۰ میلادی طی مطالعاتی توصیفی به روان شناسی نقاشی کودکان پرداخته و در این میان با بررسی نقاشی های کودکان اوتیستیک به کیفیت پائین و کلیشه ای بودن نقاشی های آن ها در مواردی اشاره کرده اند.

آناولیوریو فراری^۵ (۱۹۸۹) با بررسی نقاشی های کودکان اوتیستیک به این نکته اشاره کرد که در نقاشی های آدمک که توسط این گروه از کودکان کشیده می شود، وقتی تصویر انسان نشان داده می شود همیشه در اندازه های کوچک است و جزئیات اندام ها و صورت به ندرت نشان داده می شود و اگر از کودکان اوتیستیک خواسته شود که چندین آدمک را به تصویر بکشند تمامی آن ها شبیه به یکدیگر بوده و ابعاد و اندازه های این تصاویر تکراری است و فاقد خلاقیت و نو آوری می باشد. بنابر مطالعات انجام شده توسط انجمن موسیقی درمانی آمریکا (۲۰۰۹) موسیقی درمانی در کاهش اختلالات حسی، ادراکی و نیز بهبود هیجانات کودکان در خود مانده موثر است.

ورورت^۶ (۲۰۰۶) درمان موسیقی و توماتیس را بر روی کودکان در خود مانده انجام داد و نتایج خود را این گونه گزارش داد که حدود ۸۰٪ روش توماتیس تأثیر معنی داری بر روی این کودکان داشته است و نیز بهبودی در شنوایی و بازخوردهای شنوایی آن ها را داشته است. کربت^۷ و همکاران (۲۰۰۸) تأثیر موسیقی و روش توماتیس را بر روی زبان کودکان در خود مانده بررسی کرده و نتایج بهبودی در زبان این کودکان را نشان دادند.

بتز^۸ (۲۰۰۵) و اولمن^۹ (۲۰۱۲) در پژوهش هائی از هنر درمانی به عنوان ابزاری برای بهبود ارتباط بین فردی، تعامل اجتماعی و نیز افزایش خلاقیت در کودکان در خود مانده استفاده کرده و نتایج پژوهش های آن ها حاکی از این بود که هنر و ابزار هنری به عنوان روشی است که می توان از طریق آن ارتباط کودک با دنیای پیرامون را بهبود بخشید. علاوه بر این، آن ها هنر درمانی را به عنوان روشی برای راه یافتن به دنیای درون این کودکان و کشف استعداد ها و خلاقیت آن ها مطرح کردند. امروزه، هنر درمانی در بسیاری از مدارس مخصوص کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ارائه می شود. هنر درمانی نیز نظیر موسیقی درمانی، به نقاط قوت و اختلال طیف اوتیسم تأکید می کند، یعنی بر بینائی، زیرا اکثر کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ترجیح می دهند که بیشتر به صورت دیداری فکر کنند. مهارت هنری (استفاده از نقاشی، موسیقی، کاردستی و سفال) می تواند به شکلی منظم ایجاد شود به طوری که افراد مبتلا به این اختلال شاید صدها بار یک کار هنری را انجام می دهند تا سرانجام در این کار مهارت پیدا کنند (بارون کوهن^{۱۰}، ۲۰۰۸؛ ترجمه گنجی، ۱۳۸۹).

کامکار یزدنژاد (۱۳۸۵) در پژوهشی به تحلیل نقاشی های کودکان عقب مانده ذهنی و کودکان در خود مانده پرداخت و به این موارد اشاره کرد که اشیاء و موارد یکه در نقاشی های این گروه از کودکان دیده می شود فاقد ابعاد هندسی و جنبه های

1-Caser,Carolinnr

2-Dalley Tessa

3-Thomas,Glym

4-Silk,Angele.M,J

5-Oliverio Ferraris,Anna

6-Verroot

7- Corbertt

8-Betts,D.J

9-Ullmann Pamela

10-Baron Choen

پرسپکتیو متعارف است و تجسم فضائی، هندسی و سه بعدی در نقاشی ایشان به چشم نمی خورد، قادر نیستند که احساسات و عواطف خود را در نقاشی هایشان نظیر کودکان عادی ابراز نمایند و سمبول ها، نمادها و اشیاء در نقاشی های این کودکان حالت قالبی و کلیشه ای دارد.

دزفولیان (۱۳۸۶) در پژوهشی به تأثیر موسیقی به روش آرف به کاهش نشانگان کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم پرداخت و نتایج پژوهش حاکی از آن بود که این روش موسیقی می تواند تا اندازه ای علائم کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم را کاهش دهد.

عابدی کوپائی (۱۳۹۰) در پژوهشی بر تأثیر روش صوت درمانی بر کاهش نشانگان کودکان با اختلال گسترده در خود ماندگی پرداخت و نتایج پژوهش نشان داد که این روش به کاهش نشانگان کودکان در خود مانده که تحت صوت درمانی توماتیس قرار گرفته اند منجر شد.

در رابطه با تأثیر هنر درمانی، رجبی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی به تأثیر نقاشی بر بهبود تعامل اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم پرداخته و نتایج پژوهش آن ها نشان داد که هنر نقاشی آن هم به صورت گروهی می تواند تعامل اجتماعی را در این کودکان بهبود بخشد.

برنامه هنر درمانی خانواده در مورد کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

در طراحی برنامه خانواده محور، که برگرفته از مطالعات و پژوهش های بالینی لیمن (۲۰۰۴)، کیس و دالی (۲۰۰۸)، سیلورز (۲۰۰۹) و زاده محمدی و همکاران (۱۳۹۰) و مقدم و همکاران (۱۳۹۳) می باشد، از تلفیق هنرهای تجسمی چون نقاشی، سفال و طراحی و نیز هنرهای سمعی چون موسیقی و شعر استفاده شده است و در تدوین این برنامه، رفتارهای هدف کودکان در خودمانده مورد توجه و بررسی قرار گرفته است. محتوای برنامه هنر درمانی خانواده محور به شرح ذیل است:

- پانتومیم خانواده و کودک
- نقاشی آزاد گروهی همراه با خانواده و کودکان دیگر
- ترکیب موسیقی و نقاشی
- تقلید آوا و آهنگ کلمات و موسیقی
- حرکات موزون و ریتمیک
- فی البداهه نوازی و تقلید دیتم
- بازی و موسیقی
- ساخت شکل های حیوانات، اشیاء و میوه و غذا با گل سفال
- رنگ آمیزی تصاویر هندسی و توپولوژیک
- نقاشی با رنگ انگشتی روبروی آینه

در جلسات توانبخشی و آموزش، تمرینات ارائه شده در این برنامه، به والدین کودکان در خود مانده آموزش داده می شود تا آنها را مشاهده کرده و در منزل پیگیری و اجرا کنند. علاوه بر موسیقی، شعرو سفال در این برنامه، می توان به این برنامه، برنامه هنر درمانی خلاق نیز گفت (مقدم، ۱۳۹۵).

به طور کلی، اهداف برنامه های هنر درمانی برای کودکان و نوجوانان (چه عادی و چه استثنایی) را می توان به شرح ذیل بیان نمود:

- پالایش درون کودک و برقراری ارتباط مناسب با محیط بیرون
- تخلیه هیجانات، احساسات، عواطف و رسیدن به آرامش درونی
- بیان لذت ها، ترس ها، شادی، غم و اندوه و اضطراب به شیوه ای فراقکنانه

- بهبود مهارت های حرکتی ظریف، شناختی، ادراکی، عاطفی، ارتباطی و اجتماعی
- بهبود مهارت ابراز وجود، جرات ورزی و کاوش خود در کودک
- بهبود یادگیری کودک
- انسجام ((من))
- تقویت حس زیبایی شناختی در کودک
- ایجاد روحیه انعطاف پذیری در کودک
- بهبود و تقویت خلاقیت، ابداع و نوآوری در کودک (انجمن هنردرمانی آمریکا، ۲۰۱۴).

نتیجه گیری

با توجه به شواهد موجود می توان این گونه نتیجه گرفت که در یک فعالیت درمانی که با هنردرمانی همراه شده است، کودک دارای اختلال طیف اتیسم برای ارایه پاسخ مناسب، مطلوب و به موقع به یک محرک تلاش خواهد کرد. کودکی که کم سخن می گوید برای رسیدن به مقاصد خود سعی خواهد کرد تا از این حواس بیشتر بهره بگیرد یا کودکی که کمتر بر حرکاتش کنترل دارد، خواهد آموخت که چگونه در کنترل و جهت دادن به آنها تلاش کند؛ بنابراین این مداخله ها کمک شایانی به روند بهبودی کودکان دارای اختلال طیف اتیسم خواهد کرد که توصیه می شود در کنار درمان های رایج به این گروه از کودکان ارایه شود.

منابع

۱. اولیوریوفراری، آنا. (۱۹۹۶). نقاشی کودکان و مفاهیم آن. ترجمه: عبدالرضا صرافان. (۱۳۸۷). چاپ دهم. تهران: انتشارات دستان.
۲. بارون کوهن، سایمون. (۲۰۰۸). اوتیسم و سندروم آسپرگر. ترجمه حمزه گنجی. (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ساوالان.
۳. حسین خانزاده، عباسعلی و ایمن خواه، فهیمه (۱۳۹۵). نقش درمان ترکیبی موسیقی به همراه بازی در تحول اجتماعی، جسمی و رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم مجله تعلیم و تربیت استثنایی. شماره ۳ پیاپی ۱۴۰، ص ۴۹-۵۰
۴. دادستان، پریخ. (۱۳۹۰). ارزشیابی شخصیت کودکان بر اساس آزمونهای ترسیمی. چاپ ششم. تهران: انتشارات رشد.
۵. دزفولیان، لادن (۱۳۸۶). تاثیر موسیقی بر روش ارف بر کاهش نشانگان کودکان اوتیسم. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
۶. رجبی بهجت، بهاره (۱۳۹۰). طراحی و آزمایش یک برنامه هنر درمانی به منظور بهبود تعامل اجتماعی دانش آموزان در خود مانده ۶ تا ۱۲ ساله. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی. تهران: دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهرا.
۷. زاده محمدی، علی. عابدینی، علیرضا (۱۳۹۰). رویکردهای هنر درمانی خانواده. س.مین کنگره سراسری هنر درمانی ایران. تهران: مرکز مطالعات هنردرمانی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی.
۸. عابدی کوپائی، مهیا (۱۳۹۰). تاثیر روش توماتیس بر کاهش نشانگان با اختلال گسترده درخودماندگی. پایان نامه ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

۹. کامکار یزدنژاد، لیلیا (۱۳۸۵). نسبت هنر و ارتقای روانی کودکان. پایان نامه کارشناسی ارشد هنر. تهران: دانشکده هنر و معماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
۱۰. گلین، توماس؛ سلیک، آنجلا. ام.ج. (۱۹۹۰). مقدمه ای بر روانشناسی نقاشی کودکان. ترجمه: محمد تقی فرامرزی (۱۳۸۹). چاپ پنجم. تهران: نشر دنیای نو.
۱۱. لاندراگارتن، هلن. بی (۲۰۰۳). هنر درمانی بالینی. ترجمه کیانوش هاشمیان، الهام ابو حمزه (۱۳۸۷). چاپ دوم. تهران: نشر دانژه.
۱۲. مقدم، کاوه. (۱۳۹۵). مقدمه ای بر هنردرمانی خانواده محور و کودکان مبتلا به اختلال های طیف اتیسم. چاپ اول، انتشارات: آوای نور.
۱۳. ناصح، هما (۱۳۸۸). همراه با اتیسم از تشخیص تا درمان. چاپ اول. تهران. نشر دانژه
14. American Music Therapy Association. (2009). Autism spectrum Disorders: Music Therapy Research & Evidence-based practice support.
15. Case, Caroline, Dalley, Tessa. (2006). Working with children in Art Therapy. 2end Ed. London: Rutledge.
16. Thaut MH, Music as a therapy in early history. Progress in Brain Research,2015:217:143-158.
17. Peters JS. Music therapy an introduction. Zadeh Mohammadi A. (Persian translator). Tehran: Shabahang;2000.
18. Gold, C., Wigram, T., and Elefant, C., Music therapy for autistic spectrum disorder(Review). 2006.40:p.352-359.
19. Rafei T, Autism assessment and treatment. Tehran: Danjeh: 2011. (Persian).
20. Rafei T. [the rhythmic plays and movements(Persian)], 2thed. Tehran: danjeh publication. 2004; 16-25
21. Schafer T. Fachner J. Listening to music reduce eye movements. Atten Percept Psychophys.2015: 77(2):551-559.
22. Geretsegger,M.,Holck, U., and Gold, C., Randomised controlled trail of improvisational music therapys effectiveness for children with autism spectrum disorders(TIME-A): Study Protocol. BMC Pediatrics, 2012.12(1):P:2.
23. Katagiri,J., The effect of background music and song texts on the emotional understanding of children with autism. 2007.P.15-32.
24. Fong,C.E. and Jelas, Z.M., Music education for children with autism in Malaysia- Social and Behavioral Sciences, 2010.9(0):p:70-75.
25. Dunst, C.J., Trivette, C.M., and Hamby, D.W., Meta-analysis of studies incorporating the iterests of young children with autism spectrum disorders into early intervention pracyice, Autism research and treatment, 2012. P. 20-32.
26. Kern, P., Wolery, M., and Aldridge, D., Use of songs to promote independence in morning disorders, 2007.37(7):p:1264-1271.
27. Atigh A, Akbarfahimi M, Alizadeh M, Rad MM. The effect of musical movement activities on the balance function of autistic children. Journal of Kenmanshah University of Medical Sciences, 2013.17(8):p:483-91.

Family-Oriented Art Therapy and Children with Autism Spectrum Disorder

Fatemeh Taheri¹, Mehdi Zayer²

1- Master of Psychology Exceptional Children

2- PhD Students of General Psychology

Abstract

Today, the art therapy that is one of the most common treatments is used alongside the main treatments of Autism Spectrum Disorder (ASD). Undoubtedly, the use of art is significantly important for improving the mental health, strengthening the desired behaviors and correcting some of the cognitive and communication shortcomings in the children. This is very important when its application is mainly family-oriented.

In this paper, while expressing the importance of teaching the music and the painting in the children with autism spectrum, the effect of family-centered art therapy on the children with autism spectrum is discussed in detail and the necessary conclusions are obtained in the end.

Key words: Children with Autism Spectrum Disorder, Art Therapy, Family, Music, Painting
