

### Review

## *An Introduction to Art Therapy Trend and Ethical System Governing It*

Seyed Saeed Seyedahmady Zavieh<sup>1\*</sup>, Maryam Rahimpashakolai<sup>2</sup>

1. Associate professor, University of Art, Tehran, Iran.

2. PhD candidate, University of Art, Tehran, Iran.

\*.Corresponding Author: E-mail: S.zavieh@art.ac.ir

(Received 2 June 2023; Accepted 3 October 2023)

---

### **Abstract**

Ethical, professional complexities and issues, general requirements of professional ethics reflected in three chapters have been indexed in the Islamic Republic of Iran Medical Council website under title of "general guide on professional ethics for medical professions and affiliated ones. In addition, in "ethical charter of psychologists and counselors of the psychology and counseling organization of the Islamic Republic of Iran", some rules have been presented under the following categories and observation of them is necessary for psychologists and counselors: a- general principles of professional ethics; b- professional ethical standards and regulations. But despite emergence of art therapy in the 19th century as a combination of art and mind and entrance of art therapy to Iran in the eighties (in solar calendar) through translation of books, having Iranian psychologists and artists in Iran that worked on art therapy and performed research on that since its emergence in Iran, yet there is no ethical charter or code that can be relied upon in Iran and mental health professionals, art therapists and counselors in Iran who apply art-centered methods or interventions in therapeutic sessions, encounter issues that indicate necessity of developing an ethical charter for art therapy, as receivers of such therapies have artistic activities during therapy: ownership of works of art created, evaluation and diagnosis by art-centered tools or tests and interpretation of art works are among such issues. Necessity of considering and negotiating about ethical issues of art therapy that its professional ethical provisions have been settled in the west, decades ago, made authors to bring on several ethical areas in application of art therapy, upon reading charter of the American Art Therapy Association, charter of the British Association of Art Therapists, charter of the Canadian Art Therapy Association, referring to the Iranian health system charters, ethical charter of psychologists and counselors, general guide on professional ethics of medical professions and the related ones of the I.R. IRAN Medical Council, considering cultural qualities of the Iranian-Islamic Society. These ethical areas are in the field of applying art in art therapy and issues arising from that.

Findings of this research illustrate that ethical codes of similar professions (psychologists, counselors and medical professions), while being useful in general issues of patients' rights and professional ethics in art therapy including confidentiality and making an effort to enhance health and welfare of society, do not make any assistance on ethical issues or decision-making for art therapy (how to publish art work of clients, considering confidentiality in publishing works of art, ownership of works of art). This dictates necessity of developing an art therapy charter in proportion to local culture.

**Keywords:** Art Therapy, Art Therapy Ethics, Art Therapist, Art Therapy Client.

**ClinExc 2023;13(1-20) (Persian).**

## درآمدی بر جریان هنردرمانی و نظام اخلاقی حاکم بر آن

سید سعید سید احمدی زاویه<sup>۱\*</sup>، مریم رحیمی پاشاکلائی<sup>۲</sup>

### چکیده

در راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که در وبگاه نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران نمایه شده، در سیزده فصل، مسائل و پیچیدگی‌های اخلاقی، حرفه‌ای و الزامات عمومی اخلاق حرفه‌ای شرح داده شده است و در نظام‌نامه اخلاقی روان‌شناسان و مشاوران سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران در دو بخش؛ اصول عمومی اخلاق حرفه‌ای و استاندارد و ضوابط اخلاق حرفه‌ای به انتشار قوانینی پرداخته شده است که رعایت آن برای روان‌شناسان و مشاوران ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. اما علی‌رغم ظهور هنردرمانی از قرن ۱۹ میلادی که رشته‌ای تلفیقی از هنر و روان است و ورود جریان هنردرمانی از دهه‌ی ۸۰ شمسی به ایران با ترجمه متون، وجود روان‌شناسان و هنرمندان داخلی از آن دهه تاکنون که به پژوهش و فعالیت‌های هنردرمانی می‌پردازند؛ منشور اخلاقی یا نظام‌مان اخلاقی قابل اتکایی برای آن در داخل کشور در دسترس نیست؛ هنر درمانگران، مشاوران و شاغلین حرف سلامت روان (در داخل کشور) که از روش‌ها یا مداخلات هنر محور در جلسات درمان بهره می‌برند به علت وجود فرایند فعالیت هنری درمان‌جو در هنردرمانی، با مسائلی روبه‌رو هستند که لزوم تدوین منشور اخلاقی برای هنردرمانی را نشان می‌دهد: مالکیت اثر هنری، ارزیابی و تشخیص به‌وسیله‌ی ابزار یا آزمون‌های هنر محور و تفسیر اثر هنری مسائلی از این دست است.

ضرورت توجه و گفت‌وگو در مورد مسائل اخلاقی هنردرمانی که از دهه‌ها قبل در غرب مفاد اخلاقی حرفه‌ای آن حل و فصل شده است، نگارندگان را بر آن داشت که چندین حوزه اخلاقی در کاربرد هنردرمانی را با خوانش منشور انجمن هنردرمانی آمریکا و منشور انجمن هنردرمانی بریتانیا نیز مراجعه با منشورهای نظام سلامت ایران، نظام‌نامه اخلاق روان‌شناسان و مشاوران و راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، با در نظر داشتن ویژگی‌های فرهنگی جامعه‌ی ایرانی-اسلامی مطرح سازند که این موارد اخلاقی در حوزه‌ی کاربرد هنر در هنردرمانی و مسائل برآمده از آن است.

نتایج حاصل از این پژوهش، نشان داد: نظام‌نامه‌های اخلاق حرف مشابه (روان‌شناسان و مشاوران، پزشکی) علی‌رغم کارآمد بودن در مورد مسائل عمومی حقوق بیمار و اخلاق حرفه‌ای در هنردرمانی از قبیل: حفظ محرمانگی تلاش در جهت ارتقا سلامت و رفاه جامعه برای آن دسته از مسائل یا تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مخصوص حرفه‌ی هنردرمانی (چگونگی انتشار فعالیت هنری درمان‌جو، حفظ محرمانگی در انتشار فعالیت هنری، مالکیت اثر هنری) راهگشا نیست و ضرورتی جهت تدوین منشور هنردرمانی در تناسب با فرهنگ خودی وجود دارد.

### واژه‌های کلیدی: هنردرمانی، اخلاق هنردرمانی، هنر درمانگر، هنر درمان‌جو.

۱. دانشیار، عضو هیئت علمی، گروه پژوهش هنر، دانشکده علوم نظری و مطالعات عالی هنر، دانشگاه هنر، تهران.

۲. دانشجوی دکتری، دانشکده علوم نظری و مطالعات عالی هنر، دانشگاه هنر، تهران.

\* نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه هنر، دانشکده علوم نظری و مطالعات عالی هنر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۱/۰۵/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۱۱

## مقدمه

هنردرمانی رشته‌ای ترکیبی است که بنا به تعریف مالچپودی بر حوزه‌های هنر و روان‌شناسی تکیه دارد (۱). هنردرمانی<sup>۱</sup> طبق تعریف انجمن هنردرمانگران بریتانیا: یکی از روش‌های روان‌درمانی است که از واسطه‌های هنری به‌عنوان اولین شکل بیان و ارتباط استفاده می‌کند. در این زمینه از هنر به‌عنوان ابزاری برای تشخیص استفاده نمی‌شود بلکه به‌عنوان واسطه‌ای برای پرداختن به مسائل عاطفی استفاده می‌گردد<sup>۲</sup> و طبق تعریف انجمن هنردرمانی آمریکا؛ هنردرمانی یعنی استفاده از واسطه‌های هنری، فرآیندهای خلاقانه و کارهای هنری به‌عنوان درمان یا وسیله‌ای کمکی در فرآیند درمان، که افراد در گروه‌های سنی مختلف را قادر می‌سازد تا به کشف احساسات خود، اصلاح تعارضات هیجانی، پرورش خودآگاهی، مدیریت رفتار، رشد مهارت‌های اجتماعی، بهبود کارکرد و کاهش اضطراب و افزایش عزت نفس دست یابند<sup>۳</sup>.

توجه به تعریف ارائه شده از هنردرمانی توسط دو انجمن فوق‌الذکر نشان‌دهنده ضرورت کاربست هنردرمانی توسط متخصصینی است که نسبت به واسطه‌ها یا ابزارهای هنری، شیوه‌های روان‌درمانی، قابلیت و ویژگی‌های هنر آگاه باشند. به‌علاوه تعاریف فوق‌الذکر تأکیدی ضمنی بر رعایت حقوق درمان‌جویان توسط درمانگر دارند؛ زیرا درمان‌جو، یا قیم قانونی وی، خود را به هنر درمانگر در مقام یک متخصص حیطه‌ی درمان می‌سپارد (نگارندگان بر این عقیده هستند که غالب درمان‌جویان در فرآیند درمان نقش منفعلانه‌ای را ایفا

می‌کنند و برتری درمانگران را ضمن نشان‌دادن اعتماد می‌پذیرند، پذیرش موضع منفعلانه در روند درمان از آن‌رو است که در برابر جایگاه، اطلاعات و تخصص درمانگر قرار می‌گیرند). این مهم تأکیدی است بر ضرورت برخورداری متخصصین هنردرمانی از ویژگی‌هایی که در چارچوب اخلاق حرفه‌ای گنجانده شده‌اند. به عبارتی لازم است اخلاق حرفه‌ای هنردرمانی، دوراهی‌های اخلاقی یا تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را در تمام وجوه هنردرمانی پوشش دهند و بسیار حیاتی است که ما با این دوراهی‌ها پیش از وقوع، در حین وقوع و پس از آن دست‌وپنجه نرم کنیم تا بتوانیم رفتار حرفه‌ای خود را شکل دهیم و وظایف خود را درک کنیم؛ اما دنیای واقعی اخلاق در هنردرمانی طیفی از سایه‌های خاکستری است (۲). زیرا بسیاری از معضلات اخلاقی منحصر به فردی که هنردرمانگران با آن مواجه می‌شوند را نمی‌توان با پاسخ‌های سیاه یا سفید حل کرد؛ نمی‌توان مالکیت بی‌قید و شرط درمانجو بر اثر هنری را در تمام شرایط فرهنگی و قومی پذیرفت، نمی‌توان در مورد انتشار فعالیت هنری درمانجو و حفظ محرمانگی در روند هنردرمانی رویکرد یگانه و یک‌پارچه‌ای در تمام موارد و برای تمام درمانجویان در پیش گرفت.

در راستای ضرورت انجام پژوهشی در اخلاق هنردرمانی، این مقاله پس از مروری مختصر بر برخی از الزامات اخلاقی هنردرمانی و برشمردن اصول اخلاقی مندرج در منشور اخلاقی انجمن‌های هنردرمانی و ذکر چارچوب‌های مشترک آن‌ها با منشورهای داخلی اخلاق حرفه‌ای مشابه، در حوزه‌های خاصی که پیامدهای اخلاقی منحصر به فردی در زمینه هنردرمانی دارند، بحث خواهد کرد. در انجام این مقاله، ضمن اشاره به استانداردهای کدهای اخلاقی نظام سلامت ایران در نظام‌نامه اخلاق روان‌شناسان و مشاوران ایران و نیز راهنمای عمومی

<sup>۱</sup> Art Therapy

<sup>۲</sup> برگرفته از سایت انجمن هنردرمانی بریتانیا به آدرس: www.baat.org. در تاریخ ۲۸ مه ۲۰۲۳، ساعت ۱۵

<sup>۳</sup> برگرفته از سایت انجمن هنردرمانی آمریکا به آدرس: www.arttherapy.org. در تاریخ ۲۸ مه ۲۰۲۳، ساعت ۱۵:۰۵

اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به منشور اخلاقی انجمن هنردرمانی آمریکا و منشور اخلاقی انجمن هنردرمانی بریتانیا جهت اشاره به کاستی‌های منشورهای داخلی اخلاق برای هنردرمانی اشاره شده است و ضمن طرح پرسش‌های اخلاقی، بر لزوم توجه به فرهنگ و پیچیدگی‌های رفتاری و عرفی نواحی مختلف ایران در تدوین نظام‌مان اخلاق حرفه‌ی هنردرمانی تأکید می‌شود.

### روش پژوهش

این مقاله مبتنی بر تحلیل کدهای اخلاق منشور هنردرمانی در انجمن‌های: هنردرمانی آمریکا و هنردرمانی بریتانیا و تفاوت‌های فرهنگی به‌منظور کاربرد آن‌ها در پژوهش‌ها و فعالیت‌های هنردرمانی در ایران با در نظر داشتن تفاوت‌های فعالیت هنردرمانی با روان‌درمانی به روش تحلیلی-توصیفی انجام شده است. گردآوری اطلاعات با استفاده از ابزارهای کتابخانه‌ای و اسنادی، منابع اینترنتی، ترجمه‌ی کتب، مقالات و تحلیل شخصی شکل گرفته است. ابزار تحلیل مبتنی بر مبحث چندفرهنگی<sup>۱</sup> و بینا فرهنگی<sup>۲</sup> و تطبیق آن با کدهای اخلاق مرسوم و متداول در فرهنگ غرب با ملاحظات عرفی و دینی جاری در فرهنگ ایرانی-اسلامی انجام یافته است.

### پیشینه پژوهش

در ایران پژوهشی در ارتباط با کد اخلاقی هنردرمانی صورت نگرفته است؛ اما در کشورهایی مانند: آمریکا، انگلستان و کانادا این موضوع به دلیل رشد و گسترش هنردرمانی از قریب به سه دهه‌ی گذشته تاکنون مورد توجه نهادهای قانون‌گذار، محققان و فعالان این حرفه

بوده است؛ چنان‌که علاوه بر وجود منشورهای اخلاق هنردرمانی مصوب انجمن‌های قانون‌گذار هنردرمانی، کتاب‌هایی چون مسائل اخلاقی در هنردرمانی (مون و گلداستین)، اخلاقیات در هنردرمانی: موارد چالش‌برانگیز در شرایط پیچیده (فورمن) به مسائل اخلاق و نحوه مواجهه با مواردی که در منشورهای اخلاقی منتشره پوشش داده نشده و یا قابل تعمیم نیست، پرداخته‌اند. همچنین مالچودی در دست‌نامه‌ی هنردرمانی ضمن مشخص کردن چارچوب هنردرمانی، معرفی رویکردهای هنردرمانی و کاربرد هنردرمانی در موقعیت‌های بالینی مختلف در بخشی جداگانه به لزوم توجه و رعایت اخلاقیات پرداخته است و ضرورت پرداختن به این مبحث را مسائل منحصر به فرد هنردرمانی، بیان هنر محور درمان‌جو یا به عبارتی فعالیت هنری درمان‌جو، می‌داند و مواردی چون، نحوه‌ی حفظ و نگهداری فعالیت هنری درمان‌جو، مالکیت بیان هنری درمان‌جو، نمایش فعالیت هنری درمان‌جو، رعایت اصل محرمانگی و ارزیابی فعالیت هنری جهت تشخیص را به حوزه اخلاق وامی‌گذارد. مقالات منتشره و موجود در حیطه‌ی اخلاق هنردرمانی نیز علاوه بر پرداختن به مسائل پیشین مطرح شده در کتب فوق‌الذکر (مانند؛ پژوهشی که توسط گرین تحت عنوان ملاحظات اخلاقی در هنردرمانی صورت گرفت و در آن به مسائل اخلاقی در ارتباط با کاربرد فناوری در هنردرمانی، مالکیت فعالیت هنری و نگهداری مستندات جلسات درمانی پرداخته)؛ طیف وسیع‌تری از مسائل اخلاقی را پوشش داده‌اند، از جمله: کالمنویز و همکارانش در مقاله‌ی ملاحظات اخلاقی در آموزش جهانی و ترویج هنردرمانی به غیر هنردرمانگران برای بررسی دقیق ملاحظات اخلاقی در آموزش غیر هنردرمانگران در مناطقی که هنر درمانگری حرفه‌ی مشخص و قانونی

حیطه سلامت روان و جسم مورد توجه قرار نگرفته است را روشن می‌سازد.

### چیستی و هستی اخلاق

دهخدا اخلاق را دانش خوب و بد نیکی‌ها می‌داند (۳). و معین اخلاق را معادل خلق تعریف می‌کند (۴). اخلاق را در فرهنگ فارسی به انگلیسی معادل واژگان: Code-Ethic-Morality-Moral دانسته‌اند و فرهنگستان زبان و ادب فارسی اخلاق را معادل Morality و نظامی از باورها یا مجموعه‌ای از ارزش‌های مربوط به منش درست که براساس آن رفتاری قابل قبول یا غیرقابل قبول ارزیابی می‌شود می‌داند.

کاربرد Ethic در منابع و منشورهای اخلاق هنردرمانی با در نظر داشتن تفاوت فرهنگی، دامنه‌ی متفاوت مفاهیم مستتر در کلمات زبان‌های متفاوت و بیان مضامین؛ ضرورت توجه به معانی کلمه‌ی Ethic و انطباق آن با واژگان معادل در لغت‌نامه‌های وبستر، کمبریج، کلینز و اسکات فورسمن را برای نگارندگان آشکار ساخت؛ توجه به معانی و تعاریف ارائه شده برای واژه‌ی Ethic و واژگان معادل اخلاق، روشن ساخت: اخلاق با معیارهای شخصی یا اجتماعی، در قالب نظام باورها یا مجموعه قوانین؛ در ارتباط با جامعه و مؤلفه‌هایش شکل می‌گیرد و تغییر می‌پذیرد. چنان که در تمامی تعاریف به دست آمده از واژگان معادل اخلاق عبارتی چون: اجتماع، گروه و پذیرفته شده موجود است (جدول شماره ۱).

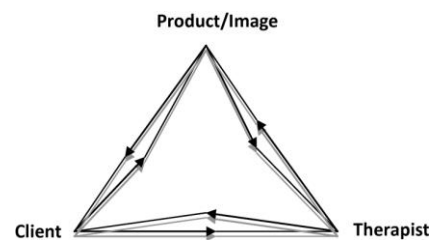
پذیرش شکل‌گیری نظام اخلاق در چارچوب جامعه، ما را به واکاوی جوامع و بنیان‌های فکری و اعتقادی آن جامعه هدایت می‌کند و روشن می‌سازد: نظام اخلاق، نظام فلسفه‌ای است که به مطالعه‌ی سیرت رفتار انسان می‌پردازد. نظام اخلاقیات به منزله‌ی مفهومی در الهیات

نیست و آموزش رسمی و دانشگاهی برای آن وجود ندارد؛ مددکاران هنگ‌کنگ را مورد مطالعه قرار داده‌اند. وبستر نیز در مقاله‌ی مسائل حقوقی و اخلاقی منسوب به هنر درمانگران غیرمجاز و درمان‌جویان آن‌ها ضمن تأکید بر حفاظت از درمان‌جو در قبال فعالیت‌های غیرمجاز هنردرمانی و تفکیک فعالیت هنردرمانی از روان‌درمانی، انجام فعالیت هنردرمانی را منوط به دریافت مجوزهای قانونی می‌داند و قائل است فعالیت غیر هنردرمانگران در این حیطه سبب خدشه‌دار شدن اصول اخلاقی حرفه‌ای می‌گردد. امی رز گرین نیز در مقاله‌ی خود، با عنوان ملاحظات اخلاقی در هنردرمانی، بر الزامات استفاده از فن‌های هنردرمانی توسط حرف دیگر پرداخته است. نوآوری پژوهش حاضر، بررسی کدهای اخلاق هنردرمانی انجمن هنردرمانی (آمریکا و بریتانیا) و پیشنهاد کد یا الزامات اخلاقی برای انجام هنردرمانی در ایران با در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگی است و لازم به ذکر است، گرچه هیچ‌گونه پژوهشی در حوزه‌ی اخلاق هنردرمانی در ایران صورت نگرفته است؛ اما پژوهش‌های بسیاری در چارچوب کد اخلاق روان‌شناسی، پزشکی و دیگری شاخه‌های حوزه درمان‌های جسمی و ذهنی موجود است و همچنین نهاد قانون‌گذار منشور اخلاقی مربوط به حیطه‌های گوناگون را منتشر کرده که؛ منشور اخلاق پزشکی، منشور اخلاق نظام روان‌شناسی و غیره را از آن دسته می‌توان برشمرد، اما وجود مسائلی چون بیان هنری یا به عبارتی فعالیت هنری درمان‌جو در جلسه درمان، چگونگی حفظ اصل محرمانگی بیان هنری درمان‌جو و تفاوت تحصیلات و کارآموزی‌های هنر درمانگر با حرف مشابه حیطه‌ی سلامت روان و جسم، ضرورت توجه و پیشنهاد آن دسته از کدهای اخلاقی را که در منشورهای مشابه حرف

دینی (مسیحی، اسلامی و یهودی)، فلسفه و یا شاخه‌ای از علوم انسانی است که وایت (۱۹۸۸ م) آن را ارزیابی اعمال انسان تعریف کرده که با آن می‌توانیم رفتار درست یا نادرست، خوب یا بد و پذیرفته یا مردود را ارزیابی کنیم (۹)؛ مجموعه‌ای از آیین‌ها یا قواعد رفتاری مشترک را عرضه می‌دارد که مانند آنچه در منشور اخلاقی روانشناسی و کتابچه‌ی حرف پزشکی بیان گردیده آسیب‌نرساندن، احترام به استقلال و خودمختاری، سودرسانی به دیگران، منصفانه رفتار کردن، وفاداری، متانت و وقار سازگارانه، درمانگری با دلسوزی، مهربانی و پذیرش مسئولیت از مفاد آن است و از زمان تدوین اولین اساسنامه‌ی اخلاقی در شاخه‌ی سلامت در ۴۰۰ سال قبل میلاد مسیح، که همان سوگندنامه بقراط می‌باشد، تا به امروز جهت نگارش منشور اخلاقی حرف‌گوناگون مورد توجه قرار گرفته‌است.

### اخلاق در هنردرمانی

پیدایش هنردرمانی به‌عنوان شاخه‌ای علمی از قرن ۱۹، ضرورت تدوین قوانین و الزاماتی را روشن ساخت که پیش‌ازاین در منشورهای مشابه (از جمله: منشور اخلاقی روان‌شناسان، کتابچه‌ی حرف پزشکی) مورد توجه قرار نگرفته بود. هنردرمانی دارای سه وجه/رکن: هنر درمانگر، هنر درمان‌جو و فعالیت هنری است (۱۰) (تصویر شماره ۱)؛



تصویر شماره ۱: وجوه هنردرمانی (۱۱)

کاربرد هنر در آن (خواه بسان مواجهه درمان‌جو با هنر، خلق هنر توسط درمان‌جو یا سنجش درمان‌جو به وسیله‌ی هنر) رکنی اساسی است و در هر دو رویکرد استفاده از هنر در هنردرمانی؛

#### ۱- استفاده از هنر در درمان<sup>۲</sup>

#### ۲- هنر به منزله درمان<sup>۳</sup>؛

که در رویکرد استفاده از هنر در درمان یا روان‌درمانی هنری بر اساس نظریه‌های روان‌درمانی تحلیلی<sup>۵</sup> و روان‌پویشی<sup>۶</sup> است و بر نقش محصول هنری در انتقال<sup>۷</sup> و انتقال متقابل<sup>۸</sup> بین درمان‌جو و درمانگر تأکید داشته و در رویکرد هنر به منزله درمان که به خاصیت درمانی که در خلق هنر صورت می‌گیرد و خاصیت ذاتی شفابخشی هنر تأکید می‌کند (۱۲). آنچه مهم است فعالیت هنری درمان‌جو است که نشان می‌دهد هنردرمانی وجه فعالیت هنری درمان‌جو را دارد که در حرف دیگر وجود ندارد و این وجه است که موضوعات، سوالات و تعارضاتی را ایجاد می‌کند که پیش از آن در منشورهای دیگر تدبیری برایش اندیشیده نشده بود اما در نهایت انجمن‌های جهانی هنردرمانی تعاریف مشخص و چارچوب اخلاقی مدونی برای هنردرمانی ارائه دادند و به پاسخ سوالاتی از قبیل: هنردرمانگر کیست؟ چه کسانی اجازه هنردرمانی دارند؟ ابزار هنری مورد استفاده در هنردرمانی چگونه باید انتخاب شوند؟ اتاق هنردرمانی لازم است چه ویژگی‌هایی داشته باشد؟ پرداخته‌اند (جدول شماره ۲).

پس از مشخص شدن چارچوب اصلی و تعاریف بنیادین، پرسش‌های اخلاقی دیگری مطرح شدند، از جمله: آیا وظیفه‌ی اخلاقی هنر درمانگران در تلاش جهت ارتقای سلامت جامعه و آموزش عمومی، آنان را ملزم به آموزش فن‌های هنردرمانی به شاغلین حرفه‌های سلامت می‌سازد؟ آیا هنر درمانگران باید اجراکنندگان بی‌چون

شماره ۴). به عنوان مثال: در منشور اخلاق نظام روان‌شناسان شش اصل

- ۱- احترام به شأن و آزادی انسان و تکریم شخصیت مراجعان
- ۳- اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری
- ۴- اصل ارائه خدمات مؤثر و اجتناب از آسیب‌رسانی اجتماعی
- ۵- اصل عدم تبعیض
- ۶- اصل توجه به رفاه دیگران و

۷- اصل توجه به نظام ارزش‌های جامعه، منطبق با اصول عمومی اخلاق در منشور انجمن هنردرمانی آمریکا است. اما برای مسائل تخصصی و تعاریف بنیادین این حرفه مرجعی در دست نیست. در هیچ مرجعی، در داخل کشور، هنر درمانگر تعریف نشده است، اینکه هنر درمانگر کیست؟ الزامات اتاق هنردرمانی چیست؟ فعالیت هنری درمان‌جو چگونه تفسیر می‌شود؟ مالکیت اثر از آن کیست؟ از طرفی اهمیت توجه به تنوع فرهنگ در مبحث اخلاق هنردرمانی، تأکید انجمن هنردرمانی آمریکا بر بند ۷ منشور اخلاقی خبرگی در مبحث چندفرهنگی و تنوع فرهنگی در هنردرمانی بنا به ظرفیت‌توان هنر درمانگران و نیز تلاش مداوم برای کسب دانش در فرهنگ و شناخت تنوع فرهنگی و آگاهی از فرهنگ خود و دیگران و به کارگیری موفقیت‌آمیز این مهارت‌ها در عمل. لازم است هنردرمانگران خبرگی در مباحث چندفرهنگی و تنوع فرهنگی را برای ارائه مداخلات درمانی و مداخلاتی که متضمن آگاهی از بازخوردهای فرهنگی است، کسب کنند. ارجاع انجمن هنردرمانی آمریکا

و چرای تکنیک‌های هنردرمانی برای درمان‌جویان ارجاع شده توسط کارفرمایان یا حرف مشابه دیگر، فارغ از نتیجه‌ی سنجش تأثیر هنردرمانی برای هنر درمان‌جو، باشند؟ آیا آموزش تکنیک‌های هنردرمانی خلاقانه به دیگر همکاران گروه درمان که آموزش خاصی در زمینه استفاده از هنر در درمان را پشت سر نگذاشته‌اند، برای حرفه‌ی هنردرمانی یا هنر درمان‌جو آسیب‌زا است؟ آیا مسئولیت اخلاقی هنر درمانگر حکم می‌کند تا مرز و حدود رشته‌ی هنردرمانی را حفظ کند؟ برای پاسخ به این سؤالات و مسائل اخلاقی روش‌ها و راه‌های متفاوتی در تناسب با فرهنگ و جامعه‌ی غرب در نظر گرفته شده است؛ به عنوان مثال: مون برای پاسخ به سؤالات اخلاقی که در سطور فوق برشمرده شد سه مسیر:

- ۱- رعایت اخلاق عرفی در جایگاه وظیفه<sup>۱۰</sup>
- ۲- رعایت اخلاق بر اساس تشخیص<sup>۱۱</sup>
- ۳- رعایت اخلاق بر اساس نتیجه‌بخشی<sup>۱۲</sup> را پیشنهاد کرد که ویژگی‌های رویکردهای پیشنهادی وی (جدول شماره ۳).
- ۴- با در نظر داشتن نظرش مبنی بر اینکه این سه رویکرد در تدوین اخلاق جامعه‌ی غربی مؤثر بوده‌اند: ملاحظات ما در فرهنگ و جامعه ایرانی نشان می‌دهد این رویکردها در جامعه‌ی ما نه تنها صرفاً کارآمد نیستند؛ بلکه اخلاق عرفی، دینی و قوانین جاری نیز از دو رویکرد آخر پشتیبانی نکرده و تأیید نمی‌نمایند. در واقع نمی‌توان از مسیرهای پیشنهادی مون به پاسخ دوراهی‌ها یا مسائل اخلاقی کاربردی هنردرمانی در جامعه‌ی ایرانی-اسلامی رسید.

این مهم در حالی است که مطالعه‌ی منشور اخلاقی هنردرمانی و انطباق آن با منشورهای اخلاقی مشابه در ایران (منشور اخلاقی روان‌شناسان و حرف پزشکی) نشان می‌دهد که اصول اخلاق عمومی هنردرمانی در منشور اخلاقی روان‌شناسان و مشاوران جمهوری اسلامی ایران و شاغلین حرف پزشکی پوشش داده شده است (جدول

مراجعان قرار دهد که در فرهنگ آن‌ها ممنوع است و مطابق عرف نیست از آن‌رو که رابطه هم‌زیستی<sup>۱۴</sup> فرد با خانواده در نظام روان‌درمانی غربی اساساً نادیده گرفته می‌شود و یا به میزان اندک به آن توجه می‌شود؛ زیرا در این جوامع خود<sup>۱۵</sup> و فراخود<sup>۱۶</sup> و یا خود<sup>۱۷</sup> و خودپنداره<sup>۱۸</sup>، برخلاف فرهنگ غرب و مدل ساختار شخصیت در روان‌درمانی، در درون هویت خانوادگی و مطابق با هنجار محیط اجتماعی تعریف می‌شوند. اما با توجه به اینکه خود در جامعه غربی کاملاً مستقل و متمایز است، مشکلات روانی مطابق مدلی منطبق بر ساختار درون روانی<sup>۱۹</sup> و روان‌پویایی<sup>۲۰</sup> در نظر گرفته می‌شوند و مداخلات برای دستیابی به فرایندهای درونی روان<sup>۲۱</sup> و تعارضات طراحی می‌شوند؛ زیرا این فرایندها و تعارضات به‌عنوان ریشه‌های بیماری‌های روان در نظر گرفته می‌شوند. به‌عنوان مثال در جامعه سنتی وقتی اتفاق نامتناسبی رخ می‌دهد افراد احساس شرم می‌کنند و این احساس شرم نشان می‌دهد احساسات افراد توسط جامعه (دیگران) کنترل می‌شود درحالی‌که غربی‌ها در شرایطی مشابه احساس گناه می‌کنند که این احساس نتیجه‌ی تعارض روانی بین رفتار<sup>۲۲</sup> و خود است. در واقع تأثیر عامل بیرونی کنترل‌گر، قدرتمند و پذیرفته شده در روند رشد افراد سبب تغییر در ساختار شخصیت می‌گردد به همین سبب در جامعه‌ی که نیازها و خاسته‌های جمع بر فرد مقدم است نمی‌توان اصول روان‌درمانی غربی را بکار برد و لازم است برای رفتار افراد در جوامع جمعی توضیحات فرهنگی و اجتماعی در نظر بگیریم؛ یعنی دو عامل خانواده و جامعه را مؤثر بدانیم و تعارضات بین‌فردی را مقدم بر تعارض درون‌فردی بدانیم (۱۷).

توجه به تجربیات دویری با آگاهی از چهار مولفه‌ای که روترام به‌عنوان رفتار اجتماعی که وجه تمایز گروه‌های

در این خصوص به منبعی است که توسط کمیته‌ی چند فرهنگی‌اش منتشر شده است که در آن عبور از سه مرحله‌ی آگاهی، دانش و مهارت را برای کسب صلاحیت چندفرهنگی مهم می‌داند و تعریف این مراحل در سه موضوع:

۱. آگاهی هنر درمانگر از باورها، ارزش‌ها و تعصبات شخصی خود
۲. دانش هنر درمانگر از دیدگاه/جهان هنر درمان‌جو
۳. مهارت هنر درمانگر در توسعه و یا اجرای مداخلات، راهبردها و تکنیک‌های مناسب با در نظر داشتن ویژگی و تفاوت‌های زبان، مذهب و فرهنگ‌های دوگانه؛ نشان می‌دهد در پاسخ به سؤالات و دوره‌های اخلاقی اتکا به فرهنگ راهگشا خواهد بود و نمی‌توان منشور غربی را بی‌چون و چرا دستور کار قرار داد.

### لزوم توجه به فرهنگ و ساختار جامعه در مواجهه با درمان‌جو

مطالعات نشان داد در برخی موارد، مفاهیم و چارچوب‌های برخاسته از فرهنگ غرب با فرهنگ‌های دیگر مطابقت ندارد در نتیجه کاربست مفاهیم و اخلاقیات و چارچوب غربی در جوامع شرقی راهگشا نیست و گاهی سبب ایجاد مشکلاتی می‌گردد. به‌عنوان مثال: مروان دویری که در سال ۲۰۰۸ جز ده محقق برجسته‌ی مبحث چندفرهنگی اعلام شد و سال‌ها در جوامع عرب به روان‌درمانی پرداخت، در تألیفات و تجربیات بالینی خود نشان داد: روان‌شناسی به علت تولد در غرب و انطباق با فرهنگ غرب، در جامعه‌ی فلسطینی اعراب که جامعه‌ی جمعی است و فرد خود جمعی<sup>۱۳</sup> دارد کارآمد نیست و استفاده از روان‌درمانی غربی را در درمان مراجعان مانند رهاکردن بیمار با زخم باز می‌داند. روان‌درمانی غربی ممکن است مسائلی را پیش‌روی

قومی است، بر می‌شمرد نشان می‌دهد اغلب افراد در جامعه ایرانی-اسلامی نیز مانند جوامع عرب که مورد مطالعه دویری بود دارای چهار ویژگی هستند:

۱. به وابستگی و ارتباط متقابل بیشتر از رقابت‌گرایی دارند.

۲. پذیرنده و سازگار هستند و نه فعال و ناسازگار

۳. قائل به احترام سلسله‌مراتبی هستند و نه قائل به برابری

۴. ارتباط‌ها محدود، غیرشخصی و رسمی و شکل مرسوم آن مهار خود است (۱۸)؛

بنابراین ساختار جامعه ایرانی-اسلامی منطبق با هویت جمعی است و فردیت یا رشد فردی جدا از محیط یا خانواده رخ نمی‌دهد یا تنها در موارد محدودی رخ می‌دهد. حال با در نظر داشتن اینکه، در سنت‌های درمانی غرب از جمله: هنردرمانی، حتی در رویکردهای خانواده محور، خود مستقل و فردی در نظر گرفته می‌شود در حالی که این امر مغایر با اصول فرهنگ‌های جمعی، از جمله بیشتر فرهنگ‌های آسیایی، است که رشد فرد و حل مشکلات او ریشه در روابط خانوادگی و اجتماعی مستتر در این فرهنگ‌ها دارد، خودکامی و تصمیم‌گیری فردی ممکن است سبب آسیب و رنج فرد و همچنین تهدید نظام و مناسبات جمعی گردد همچنین ممکن است فرد برای کسب کمک تخصصی از سوی درمانگر و تمایل به فردگرایی، مزوی و طرد شود (۱۹). در نتیجه توجه به مسائل اخلاقی و حرفه‌ای و پاسخ به سوالات نهفته در هنردرمانی از مسیری منطبق با فرهنگ و ساختار جامعه میسر است.

## ضرورت توجه به ساختار جامعه و فرهنگ در هنردرمانی

گرچه رجوع به تاریخ و پیشینه‌ی طبابت در کشور ما نشان می‌دهد: بزرگانی چون بوعلی‌سینا جهت درمان بیماران از روش‌هایی خارج از چارچوب فرهنگی و ساختار جامعه استفاده کرده‌اند که به نظر می‌رسد تا

حدودی منطبق بر رویکرد دوم پیشنهادی مون، آنتینومینیسیم، است یا در مواردی الزامات اخلاقی و دینی جامعه را نادیده گرفته‌اند: که شاهد آن روایتی است از ابن‌سینا در کتاب المبدأ و المعاد در بخش امکان وجود نادره عن هذه النفس: (بشنویم که: حاضر شد طبیعی به مجلس یکی از ملوک سامان و قبول او در آن جا به درجه‌ای رسید که در حرم شدی و نبض محرمانت و مخدرات بگرفتی. روزی با ملک حرم نشسته بود به جایی که ممکن نبود که هیچ نرینه آن جا توانستی رسید. ملک خوردنی خواست، کنیزکان خوردنی آوردند. کنیزکی خوانسالار بود. خوان از سر بر گرفت و دو تا شد و بر زمین نهاد. خواست که راست شود نتوانست شد. همچنان به ماند به سبب ریخی غلیظ که در مفاصل او حادث شد. ملک روی به طیب کرد که در حال او را معالجت باید کرد به هر وجه که باشد و این تدبیر طبیعی را هیچ وجهی نبود و مجالی نداشت به سبب دوری ادویه، روی به تدبیر نفسانی کرد و به فرمود تا مقنعه از سر وی فرو کشیدند و موی او برهنه کردند، تا شرم دارد و حرکتی کند و او را از آن حالت مستکره آید که مجامع سر و روی او برهنه باشد، تغییر نگرفت، دست به شنیع‌تر از آن برد و بفرمود تا شلوارش فرو کشیدند، شرح داشت و حرارتی در باطن او حادث شد چنان که آن ریح را تحلیل کرد، و او راست ایستاد و مستقیم و سلیم بازگشت. اگر طیب حکیم و قادر نبودی او را این استنباط نبودی، و ازین معالجات عاجز ماندی، و چون عاجز شدی از چشم پادشاه بیتفادی. پس معرفت اشیاء طبیعی و تصور موجودات طبیعی از این باب است و هو اعلم) (۲۰).

اما تجویز تکیه بر فردیت و نظر شخصی در ارائه راه‌حل‌های چینی برای امراض روانی یا جسمانی برای عموم درمانگران مناسب نیست و تنها زینده درمانگری

چون بوعلی سینا است؛ لذا علی‌رغم وجود مصداق‌هایی به راه‌حل‌های پیشنهادی موجود در جوامع جهانی، در جامعه‌ی ما نمی‌توان از مسیرهایی نظیر مسیر پیشنهادی مون یا مسیرهای برخاسته از غرب به پاسخ پرسش‌های اخلاقی نهفته در کاربست هنر در درمان رسید. به‌علاوه چارچوب اخلاق و فرهنگ در جامعه ما بسیار متغیر و سیال است که گواه این ادعا، پراکندگی زبانی و قومی موجود در جامعه‌ی ما است پراکندگی قومی و زبانی مهم است زیرا افراد یک جامعه گاهی در روابط خود از قواعدی پیروی می‌کنند که در قوانین ذکر نشده و بدون دخالت قانون‌گزاران خود به خود از روابط اجتماعی مردم به وجود آمده است و بر اثر تکرار و دوام، عمومیت یافته و مردم خود را مکلف به رعایت آن می‌دانند، این نوع قواعد را عرف و عادت می‌گویند مانند پرداخت انعام در رستوران (۲۱) لذا توجه به عرف و عادت‌های جامعه در ایفاد قوانین اخلاقی، امری ضروری است و البته این مسئله پیچیده‌تر می‌شود اگر مهاجرت‌های افراد و قومیت‌های مختلف جهت دسترسی به تحصیلات و درمان و غیره را در نظر بگیریم که خود سبب ایجاد ملغمه‌ی فرهنگی می‌شود و که فرهنگ شکل گرفته و الزامات اخلاق این افراد چارچوب نامشخص‌تری خواهد داشت.

پراکندگی زبانی و فرهنگی ما (نمودار شماره ۱) نشان می‌دهد: به‌منظور استفاده از هنردرمانی و یا کاربرد هنر در جلسات درمان و پاسخ به سؤالات مطرح شده؛ توجه به الزامات فرهنگی و دینی ضروری است؛ چنان‌که امروزه بعد از گذشت دهه‌ها از شروع هنردرمانی در جهان غرب، توجه به فرهنگ و تفاوت‌های فرهنگی در پژوهش‌های حوزه هنردرمانی امری مهم و فراگیر است و همراهی واژه هنردرمانی با کلماتی چون: Ecological, Cross Cultural, Cultural,

Multicultural گواهی بر توجه به فرهنگ در هنردرمانی است؛ لذا برای پاسخ به سؤالات اخلاقی و الزامات حرفه‌ای در جامعه‌ی ایران باید به مقوله‌ی فرهنگ و اخلاق جامعه‌ی ایران مراجعه کنیم. زیرا فرهنگ شکل‌دهنده‌ی اخلاق است و همچنین آنچه «هنر» را تشکیل می‌دهد، توسط تجربیات زیسته افراد و گروه‌هایی شکل می‌گیرد که زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی آنها بسیار متفاوت است. برای مثال، این درک یا انگاشت در فرهنگ غرب که کارکرد هنر را بازتاب و مستندسازی تجربه می‌داند، مغایر با فرهنگ‌های غیرغربی است که درک تجربه‌ی هنری منوط بر فهم معانی استعاری و متافیزیکی است (۲۲) در نتیجه برای تدوین یا پیشنهاد کد اخلاق باید با تفاوت درک هنر در جامعه‌ی ما و نقش فرهنگ در شکل‌گیری اخلاق توجه نمود.

از نظر نگارندگان این مقاله، برای جامعه‌ی ایرانی-اسلامی ما که در ابتدای پژوهش‌ها و فعالیت‌های هنردرمانی است و تاکنون درصدد پاسخ به سؤالاتی نظیر: هنر درمانگر کیست؟ چه عملی هنردرمانی تلقی می‌شود؟ چه کسی اجازه فعالیت هنردرمانی دارد و غیره درنیامده است، پرداختن به مبحث هنر درمانگر کیست؟ نتیجه‌ای جز محدود ساختن هرگونه فعالیتی جهت کاربرد هنر در جلسه‌ی درمان و خاموش ساختن تلاش‌های جسته و گریخته محققانی که از ابتدای دهه ۸۰ شمسی سعی در معرفی و کاربرد جریان هنردرمانی داشته‌اند، نخواهد داشت. اما بررسی آیین‌نامه نظام روان‌شناسی و توجه به بندهای: ۱-۲ و ۱-۳ نشان می‌دهد روان‌شناسان باید از اطلاق عناوینی چون هنر درمانگر برای فعالیتشان خودداری نمایند و نیز توجه به ماده ۲۴ راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

عناوین هنردرمانگران دریافت می‌شود (دستورالعمل و جدول شماره شماره ۲): هنردرمانگران در امریکا دارای درجاتی چون: ATR, ATR\_BS, ATCS ATR\_ Provisional می‌باشند که به صورت مشروط و موقت صادر می‌گردد و این عناوین خود دلالت بر سامان‌دهی فعالیت‌های حوزه‌ی هنردرمانی توسط نهاد قانون‌گذار دارد. توجه به عناوین اطلاقی به هنردرمانگران با پشت‌سر گذاشتن آزمون‌های مصوب و بررسی‌های لازم در چهار دسته طبقه‌بندی می‌شوند:

۱. ATR\_Provisional<sup>۲۳</sup>: هنر درمانگرانی که تحصیلات مقدماتی هنردرمانی را گذرانده‌اند و هنردرمانی را تحت نظارت یا سرپرستی هنر درمانگر متبحر انجام می‌دهند. افراد پس از تکمیل تحصیلات خود در حین گذراندن کارآموزی هنردرمانی، واجد دریافت این درجه هستند. البته این مدرک با مدرک ATR متفاوت است و به صرف کسب درجه‌ی ATR\_Provisional نمی‌توان مدرک ATR را کسب کرد.
۲. ATR<sup>۲۴</sup>: مدرکی است که نشان می‌دهد هنر درمانگران تحصیلات موفقیت‌آمیز در سطوح پیشرفته هنردرمانی دارند و همچنین مهارت‌های بالینی موردنیاز را کسب کرده‌اند.
۳. ATR\_BC<sup>۲۵</sup>: بالاترین مدرک هنردرمانی که نشان‌دهنده‌ی دانش تئوری و مهارت بالینی بالای افراد از طریق پشت سر گذاشتن موفقیت‌آمیز آزمون بررسی صلاحیت بالینی و تئوری تأیید شده است. اعتبار این مدرک ۵ سال است و به دو شیوه گذراندن واحد آموزشی یا شرکت مجدد در آزمون قابل تمدید است.
۴. ATCS<sup>۲۶</sup>: این درجه مختص هنر درمانگرانی است که درجه ATR\_BC را دارند و آن دسته از افراد واجد شرایطی می‌توانند آن را دریافت کنند که مهارت خاصی در بالین کسب کرده‌اند. افراد با

که بیان می‌کند: صرف داشتن مدرک تحصیلی پزشکی یا دیگر مدارک حرفه‌ای مربوط به آن در هر مقطع، موجه‌کننده‌ی انجام هر نوع مداخله‌ی پزشکی نیست و شاغلان حرف پزشکی و وابسته را مجاز به فعالیت در شاخه‌هایی می‌داند که سازمان نظام‌پزشکی ایران تأیید کرده باشد که آموزش قابل قبول را گذرانده‌اند. نشان می‌دهد حرف پزشکی مجاز بر انجام فعالیت هنردرمانی نیستند. اما علی‌رغم بندهای موجود در دو نظام‌نامه‌ی اخلاقی فوق‌الذکر: هنردرمانی یا هنر درمانگری در حالی به صورت خودجوش توسط فعالیت عده‌ای متخصصان حوزه‌ی روان و هنر در غالب پژوهش‌های پراکنده وارد فضای پژوهشی و دانشگاهی ایران شد که به نظر می‌رسد نظام‌نامه‌ی اخلاق حرفه‌ای آن مورد غفلت قرار گرفت. شرایط فوق‌الذکر ضرورت تعریف هنر درمانگر و آگاهی‌بخشی از تعاریف و چارچوب آن در جامعه‌ی ما را نشان می‌دهد که ذیل عنوان هنر درمانگر به این مهم خواهیم پرداخت.

## هنر درمانگر

انجمن هنردرمانگران آمریکا به منظور آگاهی بخشی و در راستای صحت اطلاق نام هنردرمانگر بر درمانگران، برای اولین بار دستورالعملی را ارائه می‌دهد (۲۳)، نسخه اولیه مربوط به سال ۲۰۱۱ است که در سال ۲۰۱۵ بازنویسی شده است، که توجه به آن نشان می‌دهد؛ هنردرمانگری که روزگاری توسط مارگارت نامبورگ در آمریکا پایه گذاری شد، یک شاخه تثبیت شده در درمان است و هنردرمانگران ملزم به دریافت مجوزهای شغلی تأیید شده زیر نظر نهاد قانونگذار می‌باشد و همچنین هنردرمانگر پایبند به دستورالعمل‌های هنردرمانی تأیید شده توسط انجمن هنردرمانی آمریکا است. از مطالعه سیاست‌های انجمن هنردرمانی آمریکا و

## فضای درمانی و ابزار هنری

انجمن هنردرمانی آمریکا، معیارهای خاصی را برای اتاق هنردرمانی برمی‌شمرد که این موارد عبارت‌اند از:

- تهویه مناسب،
- روشنایی کافی،
- دسترسی به آب،
- آگاهی از خطرات سمی بودن مواد هنری،
- فضای ذخیره‌سازی آثار هنری و مناطق ایمن برای مواد خطرناک،
- انطباق با سایر الزامات بهداشتی و ایمنی مطابق با آژانس‌های ایالتی و فدرال که مشاغل مشابه را تنظیم می‌کنند، و
- حفظ حریم خصوصی و اصل محرمانگی برای درمان‌جو در حین جلسه.

انجمن هنردرمانی بریتانیا نیز مواردی را برمی‌شمرد از قبیل:

۱. دما و تهویه مناسب
  ۲. نور کافی
  ۳. دسترسی به آب
  ۴. مبلمانی که متناسب با استانداردهای درمان و سلامت باشند
  ۵. آگاهی از خطرات یا سمی بودن مواد هنری و تلاش لازم برای حفظ سلامت درمان‌جویان
  ۶. فضای نگهداری اثر هنری درمان‌جو. هر دو انجمن رعایت این معیارها را در ایجاد احساس امنیت در درمان‌جو مؤثر می‌دانند. لزوم ایجاد حس امنیت در درمان‌جو به منظور انجام درمان، اگر درمان‌جو احساس امنیت نکند، درمان صورت نمی‌گیرد (۲۹).
- نشان می‌دهد گرچه رعایت معیارهای فوق شرط لازم برای ایجاد احساس امنیت است؛ اما کافی نیست. فاکتورهایی چون: رنگ، نور و منبع روشنایی، مبلمان و چیدمان قطعاً واجد اهمیت فوق‌العاده در محیط و اتاق درمان هستند؛ اما صرف فراهم نمودن شرایط اتاق هنردرمانی نمی‌تواند در هنر درمان‌جویانی که در نواحی مختلف کشور ما زیست می‌کند احساس امنیت ایجاد کرد، توجه به مولفه‌های قومی و فرهنگی در ایجاد حس

این درجه بهترین معلم‌های هنر درمانگران و پزشکان در زمینه هنردرمانی هستند. انجمن به بررسی و اطلاق درجه بسنده نمی‌کند و امکانی فراهم می‌کند تا هنر درمان‌جویان یا به عبارتی هر فردی بتوانند صحت عناوینی که هنر درمانگران به خود اطلاق می‌کنند-ATR, ATR-BC ATR, Provisional, ATCS را بررسی کنند و این امکان از طریق نمایه‌سازی آنلاین مدارک و مستندات هنر درمانگران در وبگاه مورد تأیید انجمن هنردرمانی آمریکا است و فلوچارتی از نحوه مواجهه با افرادی که ادعا می‌کنند هنر درمانگر هستند، فراهم می‌گردد (جدول شماره ۵).

مطالعه فلوچارت نمایه شده توسط انجمن نشان می‌دهد: انجمن داشتن مدرک دانشگاهی در رشته‌هایی چون: مشاوره، مددکاری اجتماعی و روان‌شناسی را برای ورود به حوزه هنردرمانی کافی نمی‌داند و به این افراد حتی با گذراندن دوره‌های هنردرمانی مجوز فعالیت نمی‌دهد و تأکید می‌کند لازم است توسط انجمن بررسی صلاحیت شوند تا اگر صلاحیت داشته باشند مدارک آن‌ها توسط عموم به شیوه آنلاین قابل صحت‌سنجی باشد (مشابه این صحت‌سنجی در داخل کشور برای شاغلین حوزه درمان با مراجعه به وبگاه سازمان نظام پزشکی ایران (به نشانی<sup>۴</sup>) امکان‌پذیر است.

همچنین هیئت گواهینامه هنردرمانی<sup>۲۷</sup> در دستورالعملی منتشر شده در مارس ۲۰۲۱ که برای ملاحظات یا به عبارتی کدهای اخلاق هنردرمانی منتشر کرده است؛ طبق بند ۱،۱،۱۲ هنر درمانگران را از مداخله روان‌شناسانه و پزشکی برحذر داشته و انجام این مداخلات را منوط بر دارا بودن گواهینامه‌های معتبر و مرتبط به آن حیطه‌ها می‌داند که به نظر می‌رسد این مهم نشان‌دهنده الزام به پایبندی و چارچوب مشخص حیطه هنردرمانی است.

4. <https://membersearch.irimc.org>

۴. مالکیت اثر هنری درمان‌جو از مسائل اساسی اخلاقی هستند.

بسیار چالش‌برانگیز، منحصر به فرد و مهم هستند همچنین تلقی ما از فعالیت هنری و قوانین جاری و ساری فردی و اجتماعی سبب طرح موارد دیگری نیز می‌گردد، در واقع مسائل بیشتر و پیچیده‌تری مطرح می‌شود اگر اثر هنری به‌سان شیئی دارای حیات و زنده، مرتبط با هنرمندی که آن را ساخته است و در عین حال مجزا از هنرمند، تلقی گردیده و معنا و ارزش یابد (۳۱).

انجمن‌های هنردرمانی امریکا و انگلستان جهت پاسخ به مسائل حقوقی و اخلاقی مربوط به فعالیت هنری، قوانین و الزاماتی را مصوب و توصیه کرده‌اند که به نظر می‌رسد با در نظر داشتن قانون حمایت حقوق مؤلفان و مصنفان و هنرمندان، این قانون مشتمل بر سی و سه ماده و سه تبصره در آذر ۱۳۴۸ هجری شمسی به تصویب مجلس شورای ملی با ریاست مهندس عبدا... ریاضی رسیده است و عدم وجود منشور اخلاقی مصوب و رایجی برای هنر و هنرمندان، گرچه پیام امام خمینی (ره) در تاریخ ۳۰ شهریور ۱۳۶۷ به خانواده هنرمندان شهید و تجلیل از آنان، بعدها منشور هنرمندان نامیده شد؛ اما در آن پیام ویژگی‌های هنر راستین و غایت هنر بر شمرده شده است و مسائل حقوقی و مالکیت در آن وجود ندارد، گستردگی و توان بالقوه‌ی خلق محصولات صنایع‌دستی توسط اقوام مختلف در ایران و تولید محصول هنری به منزله‌ی فعالیت روزانه و عدم پیوستن ایران به کنوانسیون برن در فضای داخلی کشور مؤثر و قابل اجرا نیست. نگارندگان ضمن بر شمردن قوانین و الزامات منشور در هر ۴ بخش اشاره شده با ترسیم شرایطی به موانع موجود در داخل جهت کاربست این قوانین می‌پردازند.

امنیت سهم به‌سزایی دارد: شرایطی را در نظر بگیرید که در منطقه‌ی سکونت درمان‌جو حرف یا صنایع‌دستی چون سوزن‌دوزی رایج است و درمان‌جو در سوزن‌دوزی تجربه دارد. چگونه و طبق کدام ارزش‌های اخلاقی یا الزامات قانونی می‌توان بهترین ماده را برای درمان‌جوی مضطرب انتخاب کرد؟ نخ و سوزن مناسب است یا گل؟ یا اساساً هر دو؟ یا هیچ‌کدام؟ درحالی‌که توصیه می‌شود: هنر درمانگران تأثیر موادی را که در فضای هنردرمانی به کار می‌برند در نظر بگیرند؛ زیرا هر ماده‌ای دارای قابلیت‌ها و محدودیت‌های منحصر به فردی است و تأثیرات متفاوتی بر احساسات افراد می‌گذارد. به‌عنوان مثال: آبرنگ، به دلیل ماهیت غیرقابل کنترل خود، می‌تواند احساسات شدید را برانگیزد، درحالی‌که خاک‌رس که مشتری می‌تواند آن را پرتاب کند، تکه‌تکه کند، یا بکوبد، می‌تواند به ابراز و کنترل خشم کمک کند (۳۰). چه کسی می‌تواند ارجحیت نخ بر گل را بسنجد؟ فضایی که برای چوب‌تراشی، چوب‌تراشی از هنرهای رایج در شمال ایران است، مناسب نیست و الزامات آن فراهم نشده می‌تواند احساس امنیت را در درمان‌جویی از شمال کشور فراهم سازد؟

### فعالیت یا اثر هنری تولیدشده

از آن‌رو که هنردرمانی نوعی رابطه‌ی درمانی است که در آن، طی فعالیت هنری هنر درمان‌جو، ممکن است اثر یا شیئی هنری خلق شود؛ لذا مسائل حقوقی و اخلاقی در ارتباط با فعالیت هنری درمان‌جو در آن نهفته است (جدول شماره ۴) که از این میان چهار مسئله‌ی:

۱. تفسیر فعالیت هنری درمان‌جو،
۲. نمایش کار هنری درمان‌جو،
۳. نگهداری اسناد روند تولید هنری درمان‌جو (فیلم و تصاویری که مراحل فعالیت هنری را ضبط کرده‌اند)،

**الف - مالکیت اثر هنری:**

در منشورهای مورد مطالعه‌ی نگارندگان، در بند ۴ منشور انجمن هنردرمانی آمریکا و بند ۱۴ ماده‌ی یک منشور انجمن هنردرمانی بریتانیا: مالکیت اثر هنری از آن هنر درمان‌جو است اما CATA، انجمن هنردرمانی کانادا<sup>۲۸</sup>، دیدگاه‌های متفاوتی را در رابطه با مالکیت آثار هنری ارائه می‌دهد. در حالی که AATA، انجمن هنردرمانی آمریکا<sup>۲۹</sup>، می‌گوید هنر درمانگران آثار هنری مشتری را به‌عنوان دارایی مشتری می‌دانند اما CATA، انجمن هنردرمانی کانادا، در مورد مالکیت آثار هنری با قطعیت کمتری حکم می‌دهد و می‌گوید هنر درمانگران باید قبل از شروع درمان با درمان‌جو در مورد مالکیت اثر هنری به توافق برسند و طبق آن عمل کنند علاوه بر این، اصول اخلاقی AATA بیان می‌کند که آثار هنری درمان‌جو می‌تواند در حین یا پس از خاتمه درمان در اختیار درمان‌جو قرار بگیرد، در حالی که استانداردهای عمل CATA معتقد است که هنر درمانگران باید به انتشار و یا دورانداختن اثر هنری به‌عنوان یک مسئله درمانی برخورد کنند و در مورد دسترسی درمان‌جو به اثر یا انتشار آن با مشورت مشتری (قیم قانونی) تصمیم بگیرند. از طرفی مسئله مالکیت اثر هنری منجر به در نظر گرفتن این مسئله می‌شود که آیا اثر هنری تولید شده به منزله‌ی سابقه‌ی درمان‌جو است یا خیر؟ زیرا اگر اثر هنری به منزله‌ی سابقه‌ی درمانی درمان‌جو تلقی شود آن‌گاه مشمول قوانین حفظ محرمانگی (بند شماره ۲) منشور اخلاقی انجمن هنردرمانی آمریکا می‌گردد و حفظ و نگهداری آن از وظایف درمانگر تلقی می‌گردد. چنان‌که در نظام‌نامه اخلاقی روان‌شناسان و مشاوران ذیل ماده ۶ به‌عنوان مداخله‌های روان‌شناختی در بند ۴، اشاره می‌شود: روان‌شناسان و مشاوران پرونده مراجعان را به شکلی کاملاً ایمن بایگانی نموده و کلیه

سوابق پرونده را حداقل برای ۵ سال بعد از خاتمه مداخله و در مورد کودکان و نوجوانان تا رسیدن به سن قانونی نگهداری می‌کنند. گرچه به نظر می‌رسد نحوه تلقی از اثر هنری ایجاد شده سبب اعمال متفاوتی می‌گردد؛ اما شرایطی را در نظر بگیرید که: هنر درمان‌جو از فعالان صنایع دستی است: وارد فضای درمانی می‌شود و ابزاری را می‌بیند که در خارج از اتاق درمان به آن دسترسی ندارد، محصول هنری تولید شده در پایان درمان از آن چه کسی است؟ این موضوع با در نظر گرفتن کثرت جمعیت تولید تولیدکنندگان صنایع دستی یا فعالان هنر در حوزه‌ی جغرافیایی ایران پیچیده‌تر خواهد شد؛ زیرا امکان خلق نقش‌مایه منحصر به فرد و یا ترسیم آن بر روی بستری فراهم می‌گردد که صرفاً فضای درمانی امکان پدیداری آن را فراهم ساخته و به‌ویژه آنکه در جامعه ما تعاریف از هنر و اثر هنری درگیر مناقشات فراوانی است و خصوصاً میان کارشناسان حوزه‌ی هنرهای معاصر و جدید، چالش بی‌پایان را شاهدیم. از این رو تعیین شاخص‌ها یا مقیاس‌های نسبی است که می‌تواند مرزهای مالکیت اثر هنری را روشن سازد و این در حالی است که در منشور هنردرمانی بریتانیا در بند ۱۵ ماده ۵ به‌صراحت عنوان شده: درمانگر سهم یا منفعت مالی در فروش محصول هنری تولید شده در جلسات هنردرمانی نخواهد داشت. در حالی است که اشتغال بیش از ۳ میلیون هنرمند و صنعتگر و ۳۰۰ رشته مختلف هنرهای صنعتی و دستی لزوم بازخوانی سؤال مطرح شده در سطور فوق را روشن می‌سازد.

**ب - نمایش اثر هنری:**

طبق بندها ۳، ۴۹ منشور انجمن هنردرمانی کبک و بند ۴، ۲ و ۴، ۳ منشور انجمن هنردرمانی آمریکا و ماده ۱۵ منشور انجمن هنردرمانی بریتانیا، هنر درمانگر تنها در صورت

مرتبط با رفتار و اهداف درمان‌جو در پرونده او نگهداری شود که در هر دو مورد مطلع ساختن درمان‌جو و همچنین کسب رضایت کتبی او توصیه شده است؛ اما ممکن تأثیرات غیرمنتظره و قابل توجهی بر رابطه درمانی بین درمان‌جو و درمانگر داشته باشد. به‌عنوان مثال، برخی از درمان‌جویان ممکن است برای عکس‌برداری از آثار هنری خود بسیار آماده باشند، درحالی‌که برخی دیگر ممکن است از این موضوع احساس خطر کنند؛ بنابراین، هنر درمانگران باید به پیامدهای عکاسی از آثار هنری مشتریان خود توجه داشته باشند در نظام‌نامه اخلاقی روان‌شناسان و مشاوران ذیل ماده ۶ با عنوان مداخله‌های روان‌شناختی در بند ۴، اشاره می‌شود: روان‌شناسان و مشاوران پرونده مراجعان را به شکلی کاملاً ایمن بایگانی نموده و کلیه سوابق پرونده را حداقل برای ۵ سال بعد از خاتمه مداخله و در مورد کودکان و نوجوانان تا رسیدن به سن قانونی نگهداری می‌کنند. هرچند نگهداری آثار و بایگانی آن‌ها حتی برای مدت محدود برای هنر درمانگران نظر به اشغال فضایی زیاد غیرممکن به نظر می‌رسد و هرچند می‌توان با کاربست دستگاه‌های ضبط و تصویربرداری بخشی از آن‌ها را در فضاهاى کوچک نگهداری کرد، اما به‌هرحال بحث حفظ اثر چالش مهمی در روند بایگانی مدارک درمانی است.

#### د- تفسیر فعالیت هنری:

تفسیر فعالیت هنری در هنردرمانی اجتناب‌ناپذیر است؛ زیرا نگاه کردن به اثر هنری، یعنی دیدن چیزی که کسی می‌گوید (۲۴). مون توصیه می‌کند جهت تفسیر فعالیت هنری، هنردرمانگر و هنردرمانجو باهم به تفسیر اثر پردازند و در مورد آن گفت و گو کنند و این موضع را

کسب رضایت کتبی درمان‌جو می‌تواند از اثر هنری او در پژوهش استفاده نماید یا آن را با همکاران خود به اشتراک بگذارد که در این صورت نیز حفظ محرمانگی، مخدوش نمودن اطلاعات هویتی درمان‌جو، ضروری است. اما الزامات و موانعی وجود دارد که حفظ محرمانگی را در همه‌ی شرایط میسر نمی‌سازد چنانچه انجمن هنردرمانی بریتانیا در ماده ۱۰ بند ۴ و ۳ در مواقعی که اطلاعات برای جهت حفظ ایمنی درمان‌جو، درمانگر یا مراقبین درمان‌جو و عموم مردم ضروری باشد، افشا را بر رعایت محرمانگی مقدم می‌داند. حال آنکه حفظ ایمنی درمان‌جو و دیگران در جوامع شرقی و غربی متفاوت است، آیا درمانگر در راستای حفظ سلامت جسمی و جنسی درمان‌جوی خود در قبال انتشار آثار دلالت‌کننده بر افشای اطلاعات روابط درمان‌جو، روابط خارج از چارچوب عرف جامعه، مسئولیتی دارد؟ آیا قوانین ممنوعیت استعمال دخانیات درمانگر را بر آن می‌دارد که در جهت افشای اطلاعات دلالت‌کننده بر استعمال دخانیات درمان‌جویان زیر سن قانونی یا دارای صغر سن به مراقبین آن‌ها تلاش کند؟ تکلیف آثار دلالت‌کننده بر عملی مجرمانه مطابق عرف جامعه چیست؟ آیا مخدوش نمودن اطلاعات هویتی درمان‌جو برای نمایش آثار هنری کافی است؟

#### ج- نگهداری اسنادی که فعالیت هنری درمان‌جو را ثبت کرده‌اند:

طبق اصول اخلاقی AATA آثار هنری درمان‌جو یا مدارکی از نحوه فعالیت هنری او ممکن است به‌سان بخشی از سوابق بالینی او در نظر گرفته شود که توسط درمانگر و یا آژانس برای مدت معقولی مطابق با مقررات ایالتی نگهداری می‌شود. در همین راستا CATA بیان می‌کند ممکن است تصاویر یا مستندات

بر حالتی که در آن درمانگر به تنهایی اثر را تفسیر می‌کند ارجح می‌داند.

از طرفی بنا بر نظر پتاش و همکاران، درک استعاره‌ها، اصطلاحات و موضوع‌های قومی، احتمال تفسیر درست فعالیت هنری و درک مسائل درمان‌جو را افزایش می‌دهد، به‌عنوان مثال گرچه با آزمون DAP-R<sup>۲۰</sup> می‌توان سطح استرس را سنجید؛ اما تفسیر آزمون به تجربه‌ی فرد از باران بستگی داد از آن‌رو که در یک آب‌وهوای خشک، باران می‌تواند نشان‌دهنده برکت باشد و این نشان می‌دهد در استفاده از تمامی آزمون‌های ترسیمی و تشخیصی مورد استفاده در هنردرمانی نباید از سوگیری‌های فرهنگی، تأثیر نظام باورها و هنجارهای جامعه که می‌تواند روی درمان‌جو مؤثر باشد، غافل بود (۲۵).

در واقع کاربرد و استفاده از استعاره و تحلیل فرهنگ در تفسیر فعالیت هنری درمان‌جو مؤثر است؛ زیرا متافورترایی<sup>۳۱</sup> به احتمال قطع به یقین مرحله‌ای عالی در نزد درمانگر و موید تجربه، دانش و صلاحیت‌های عام و خاص او می‌تواند باشد؛ لذا گاه تفسیرهای نادرست نه تنها منجر به درمان و یا تشخیص درست نشانگان بیماری، روان‌پریشی و موارد دیگر نمی‌شود بلکه می‌تواند موجبات تشدید پریشانی و اضطراب و نشانگان بیماری و یا پدیداری عارضه‌ی جدید را فراهم سازد.

### نتیجه‌گیری

متخصصان و پژوهشگرانی که از مداخلات مبتنی بر هنر استفاده می‌کنند، با مسائلی اخلاقی روبه‌رو می‌شوند که در چارچوب قوانین داخلی راه‌حل یکسان، جامع و قابل اتکایی برای آن‌ها وجود ندارد. طرح مسائل و موضوعات اخلاقی نهفته در انجام هنردرمانی می‌تواند سبب ظهور گفتمانی شود که منجر به ارائه‌ی راه‌حل‌های

متناسب گردد و ذهنیتی از ملاحظات اخلاقی هنردرمانی برای درمانگران و درمان‌جویان ایجاد کند که به برخی از آنها در این مقاله اشاره شده است. برشمردن این دوره‌های اخلاقی برای شاغلین حوزه‌ی سلامت روان، هنر و علاقه‌مندانِ مبحث هنردرمانی می‌تواند جوانب اخلاقی موضوعاتِ پیش‌روی این حرفه‌ی نوپا را بهتر حل و فصل نمایند و در راستای ارتقای سلامت جسم و روان عموم جامعه است. مطابق ماده‌ی ۱۵ راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای حرف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران شاغلان حرف پزشکی و وابسته، مکلف هستند در حدود وظایف قانونی و حرفه‌ای و امکانات در دسترس، برای ارائه‌ی بهترین خدمات سلامت به بیماران خویش، حداکثر تلاش ممکن را بکار گیرند. تلاشی درخور جهت افزایش و ارتقا دانش عمومی و سلامت جامعه در شرایطی که شاهد دخالت‌های لجام‌گسیخته در سطح جامعه از طریق ادعای هنردرمانی می‌شود. صرف نظر از اقتصاد سیاه نهفته در آن، تکالیف سازمانی و انسانی ایجاد می‌کند که دست‌اندرکاران و مسئولان نسبت به سازمان‌دهی و نظام‌مند کردن آن به‌عنوان شاخه‌ای در شبکه درمان تا پیش از گسترش ناهنجاری تمهید نمایند.

### ملاحظات اخلاقی

نگارندگان در این مقاله؛ عبارت منشور اخلاقی روان‌شناسی را به‌منظور سهولت و اختصار در اشاره به نظام‌نامه اخلاقی روان‌شناسان و مشاوران سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران انتخاب کرده و به کار می‌برند. همچنین عبارت کتابچه‌ی حرف پزشکی را در اشاره به راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به اختصار به کار برده‌اند.

واژه‌نامه	
Multicultural Psychology	روان شناسی چند فرهنگی
Cross-Cultural Psychology	روان شناسی بینا فرهنگی
Art in therapy	هنر در درمان
Art as therapy	هنر به منزله‌ی درمان
Psychoanalytical	روان‌درمانی تحلیلی
Psychodynamic	روان‌درمانی روان پوشی
Transference	انتقال
Counter Transference	انتقال متقابل
Case load	میزان مراجعان
Deontological Legalistic Approach	رعایت اخلاق عرفی در جایگاه وظیفه
An Antinomian Approach	رعایت اخلاق بر اساس تشخیص
Teleological Approach	رعایت اخلاق بر اساس نتیجه
Collective ego	خود جمعی
Symbiotic relationship	رابطه‌ی هم‌زیستی
Ego	خود
Super ego	فراخود
Self	خود
Self-concept	خودنگاره
Intrapsychic	درون روانی
Dynamic	روان پویایی
Internal Psychological Process	فرایندهای درون روانی
Behavior	رفتار
ATR-Provisional: (Provisional Registered Art Therapist)	درجه‌ی هنر درمانی موقت
ATR: (Registered Art Therapist)	درجه‌ی هنر درمانی ثبت شده
ATR-BC: (Registered Art Therapist Board Certification)	درجه‌ی هنر درمانی هیئت گواهینامه هنر درمانی
ATCS: (Art Therapy Certified Supervisor)	درجه‌ی سوپروایزی هنر درمانی
ATCB: (The Art Therapy Credentials Board)	هیئت صدور گواهی‌نامه‌ی هنر درمانی
CATA: (The Canadian Art Therapy Association)	انجمن هنر درمانی کانادا
AATA: (American Art Therapy Association)	انجمن هنر درمانی آمریکا
DAP-R: (Draw a person in the rain)	تست تشخیصی ترسیم فردی زیر باران
Metaphor Therapy	استعاره درمانی

جدول شماره ۱: واژگان معادل اخلاق در فرهنگ‌های لغت کمبریج (۵)، کلینز (۶)، ویستر (۷)، اسکات فورسمن (۸) (منبع: نگارندگان)

Scott, Foresman Advanced Dictionary	Merriam-Webster Dictionary	Collins Dictionary	Cambridge Dictionary	
فضیلت - سلوک - رمز عمل خوب و بد	گفتمان، بیانیه یا درس اخلاق/ دکترین یا نظام رفتار اخلاقی	نظام باورها و ارزش‌هایی که توسط جامعه یا گروه خاصی پذیرفته شده است و رفتار افراد طبق آن معیار خوب یا بد شمرده می‌شود.	مجموعه‌ای از معیارهای شخصی یا اجتماعی برای رفتار و منش خوب یا بد، درست و صادقانه	Morality
استانداردهای خوب و بد در قوانین عمومی یا اختصاصی	باورهای اخلاقی، نظریه یا نظام ارزش‌های اخلاقی	باورها و قوانین اخلاقی در مورد درستی یا نادرستی	مجموعه قوانین پذیرفته‌شده‌ی رفتاری که درستی یا نادرستی رفتاری را تعیین می‌کند.	Ethic
مجموعه‌ای از قوانین نظام‌مند که بر طبق آن یک سیستم آن‌ها را درک می‌کند و به کار می‌گیرد.	نظام باورها یا قوانین/ بیان نظام‌مند مجموعه‌ی قوانین	مجموعه‌ای از قوانین در مورد اینکه مردم چگونه رفتار کنند و یا کارها چگونه صورت گیرد	مجموعه‌ای از قوانین که توسط جامعه یا گروه خاصی پذیرفته شده و مورد استفاده قرار می‌گیرد/ مجموعه‌ای از قوانین عمومی پذیرفته شده یا قوانین مکتوب که معین می‌کند افراد در یک سازمان یا کشور چگونه رفتار کنند.	Code
فضیلت تثبیت‌شده‌ی اجتماعی در ارتباط و رفتار	مربوط به اصول رفتار درست یا نادرست/ بیان یا آموزش مفهومی از رفتار درست	اصول رفتاری منطبق با معیارهای درستی و نادرستی	معیارهای رفتار خوب یا بد، انصاف، صداقت و غیره که هر فرد به آن اعتقاد دارد، رفتار به شیوه‌ای که از نظر اغلب مردم صادقانه و درست باشد.	Moral

جدول شماره ۲: الزامات اخلاقی هنردرمانی در آمریکا و بریتانیا (منبع: نگارندگان)

ATCB (Art Therapy Credential Board).	AATA (American Art Therapy Association).	HCPC (Health & Care profession council).	BAAT (British Association of Art Therapists).	نهاد
رفتار و رویه‌های انضباطی (۱۶)	اصول اخلاقی (۱۵)	استانداردهای مهارت هنردرمانی (۱۴)	منشور اخلاقی و اصول عملکرد حرفه‌ای (۱۳)	نام
دارای دو بخش کلی ۱. دستورالعمل‌های اخلاقی و رفتاری ۲. رویه‌های انضباطی	دارای دو بخش مجزا ۱. مقدمه ۲. قوانین (۱۸ بند)	بعد از بر شمردن موارد کلی در ۴ بخش، ارائه الزاماتی برای هنر درمانگر تأیید شده (۱۵ بند)	دارای دو بخش غیر مجزا مقدمه و قوانین (۲۵ بند)	کلیات
به شرایط تمدید و همچنین ابطال صلاحیت هنر درمانگران می‌پردازد.	در مقدمه بر ۶ اصل که ۵ مورد از آن در چارچوب حقوق بشر است، تأکید می‌کند؛ ۱. احترام به استقلال درمان‌جو ۲. آسیب نرساندن ۳. سودرسانی ۴. صداقت ۵. عدالت ۶. خلایق	در بند ۱۴ (۱۴،۱۹) و ۱۴،۲۰ و (۱۴،۲۱) به تفکیک حوزه فعالیت هنر درمانگر، موسیقی‌درمانگر و نمایش درمانگر می‌پردازد	در مقدمه به شوری حرف پهداشت و مراقبت (HCPC) ارجاع می‌دهد و اشاره به کلمه روان‌درمانی هنری بسان معادلی برای هنردرمانی دارد.	موارد منحصربه‌فرد
۱. قواعد عمومی اخلاق ۲. استانداردهای حرفه‌ای ۳. شرایط دریافت پروانه صلاحیت ۴. استانداردهای رفتاری ۵. قوانین انضباطی	۱. مسئولیت در قبال درمان‌جو ۲. محرمانگی ۳. روش‌های ارزیابی ۴. آثار هنری درمان‌جو ۵. نمایش آثار هنری درمان‌جو ۶. شایستگی و صداقت حرفه‌ای ۷. خیرگی در مقوله‌ی چندفرهنگی و تنوع فرهنگی ۸. مسئولیت در قبال دانشجویان هنردرمانی و ناظران ۹. مسئولیت در قبال شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۰. تمهیدات مالی؛ ۱۱. تبلیغات ۱۲. درمانگر مستقل ۱۳. مراحل اولیه و پایانی در هنردرمانی ۱۴. استفاده‌ی شفلی از اینترنت، وبگاه‌ها، شبکه‌های اجتماعی و سایر فناوری‌های الکترونیکی یا دیجیتال ۱۵. انجام هنردرمانی با وسایل الکترونیکی ۱۶. ضرورت رعایت اصول اخلاقی برای هنر درمانگران (۱۸) استعمال و شکایت	۱. فعالیت ایمن و مؤثر هنر درمانگر در محدوده‌ی فعالیتش ۲. عمل در چارچوب اخلاقی و حرفه‌ای هنردرمانی ۳- حفظ سلامت جسم و درمان در ارائه خدمت ۴. حفظ استقلال حرفه‌ای و تصمیم‌درمانی ۵. ارائه و دریافت ارجاع صحیح درمان‌جو ۶ رفتار فارغ از تبعیض ۷. درک اهمیت ضرورت اصل محرمانگی ۸. مهارت ارتباطی ۹. همکاری مناسب با دیگران ۱۰. نگهداری مناسب مستندات ۱۱. بازخورد فعالیت و بازنگری آن ۱۲. کیفیت خدمات حرفه‌ای ۱۳. درک مفاهیم کلیدی حرفه‌ی هنردرمانی ۱۴. کاربرد دانش و مهارت در حرفه‌ی خود ۱۵. ضرورت ایجاد و حفظ یک محیط امن	۱. عضویت ۲. اصول کلی ۳. صلاحیت حرفه‌ای ۴. نظارت ۵. پذیرش درمان‌جو مطابق ارجاع ۶. ارزیابی ۷. رضایت آگاهانه ۸. مسئولیت و پیگیری درمان ۹. قضاوت بالینی درست ۱۰. اصل محرمانگی ۱۱. درمان‌جویان خردسال ۱۲. روابط چندگانه ۱۳. محیط درمان ۱۴. نگهداری اسناد درمانی ۱۵. تکثیر و نمایش فعالیت هنری درمان‌جو ۱۶. مسئولیت نسبت به دانشجویان و ناظران ۱۷. قوانین تحقیق ۱۸. مسئولیت به حرفه‌ی هنردرمانی ۱۹. توافقات مالی ۲۰. تبلیغات ۲۱. خاتمه‌ی درمان ۲۲. میزان مراجعات ۲۳. دفتر شخصی ۲۴. نظام ارجاع و پذیرش در دفتر شخصی ۲۵. درمان و روند آن در دفتر شخصی	مفاد

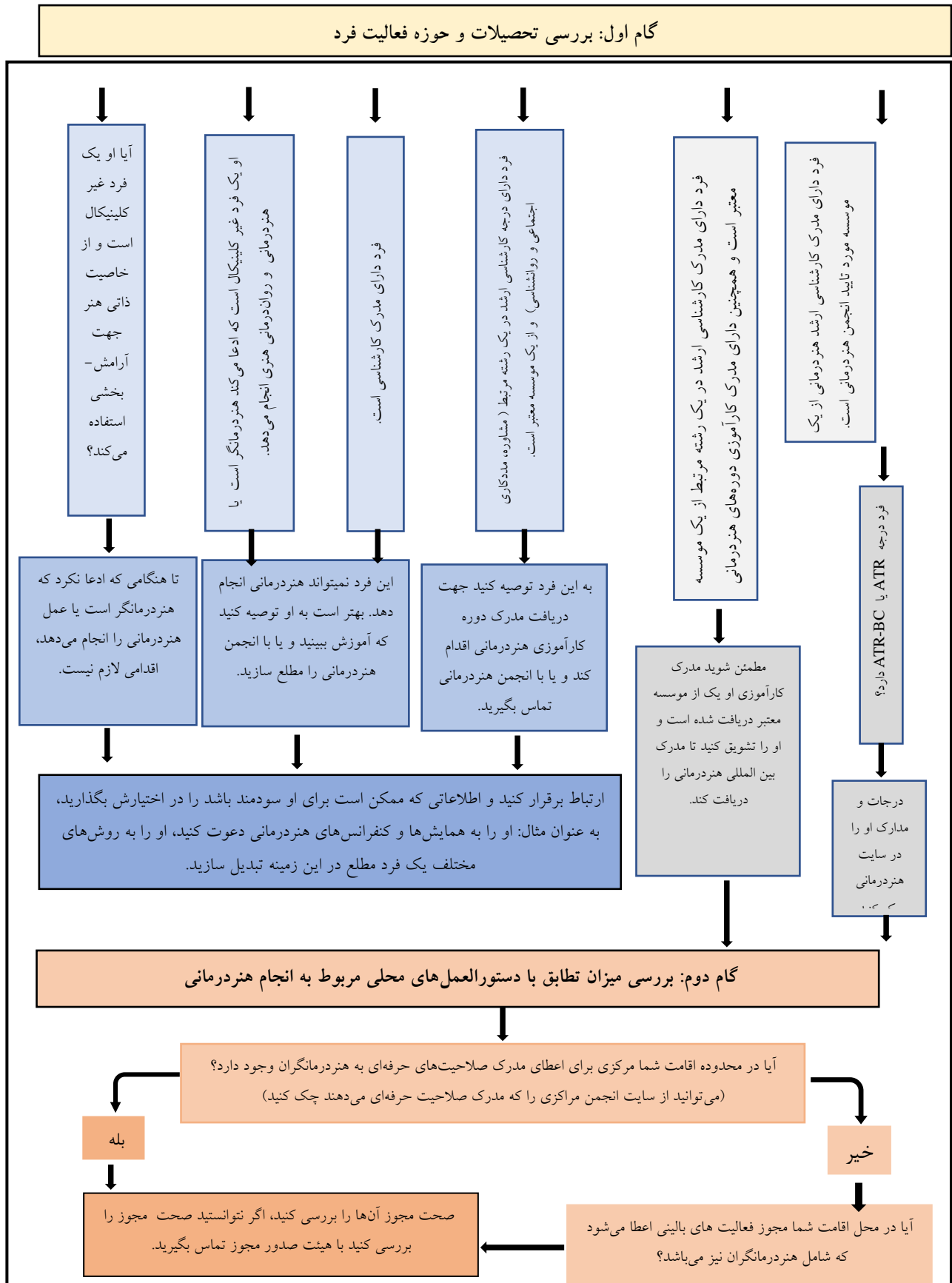
جدول شماره ۳: سه رویکرد و پرسش‌های بی‌پاسخ، منبع: (نگارندگان)

Deontological Legalism	Teleological Contextualism	Antinomianism
فضیلت و اخلاق مرسوم، عرفی و قانونی پذیرفته شده کدام است؟	تشخیص نتیجه‌بخشی چه مبنایی دارد؟	هر موقعیت منحصربه‌فرد است، اما وجوه مشترکی وجود دارد. تضمین صحت تعیین موقعیت چه مبنایی دارد؟
در برابر عدم رعایت آن‌ها چه عواقبی و توسط چه نهادی متوجه خاطیان می‌گردد؟	چه نظامی (سیستمی) تشخیص را تأیید می‌کند؟ آیا برای نتیجه‌بخشی محدودیتی وجود دارد؟	آیا پروسه درمان و تغییرات ناشی از آن یا تغییر وضعیت درمان‌جو، تغییری در نوع درمان ایجاد می‌کند؟

جدول شماره ۴: مفاد منشور اخلاقی نظام روان‌شناسی و شاغلین حرف پزشکی (منبع: نگارندگان)

شاغلین حرف پزشکی	نظام روان‌شناسی	کلیات
دارای ۱۴۰ ماده در ۱۳ بخش شامل؛ ۱. کلیات ۲. تکلیف عام ۳. ارائه خدمات استاندارد و باکیفیت ۴. اولویت منافع بیمار ۵. رعایت انصاف و بی‌طرفی ۶. صداقت و درستکاری ۷. احترام به حق انتخاب دریافت‌کنندگان خدمات سلامت ۸. رازداری و حریم خصوصی ۹. مدیریت خطاهای پزشکی ۱۰. ارتباط با دیگر همکاران ۱۱. مسئولیت‌های اجتماعی و سازمانی حرفه‌مندان ۱۲. پوشش حرفه‌ای در محیط‌های بالینی ۱۳. آموزش و پژوهش‌های پزشکی.	اصول عمومی اخلاق حرفه‌ای در ۶ بند؛ ۱. احترام به شأن و آزادی انسان و تکریم شخصیت مراجعان ۲- اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری ۳- اصل ارائه خدمات مؤثر و اجتناب از آسیب‌رسانی اجتماعی ۴- اصل عدم تبعیض ۵- اصل توجه به رفاه دیگران ۶- اصل توجه به نظام ارزش‌های جامعه و استانداردها و ضوابط اخلاقی حرفه‌ای؛ (۱-صلاحیت ۲. مسئولیت ۳. روابط حرفه‌ای ۴. رازداری ۵. سنجش، ارزیابی و تفسیر آزمون‌های روان‌شناختی ۶. مداخله‌های روان‌شناختی ۷. آموزش، کارروزی و نظارت ۸. پژوهش و انتظار ۹. تبلیغات و خدمات عمومی ۱۰. حل‌وفصل مسائل و تعارضات اخلاقی)	

جدول شماره ۵: فلوجارت انجمن هنردرمانی آمریکا برای مواجهه با هنردرمانگر، منبع: نگارندگان



## References

1. Malchiodi CA. Handbook of art therapy: Guilford Press; 2011.
2. Ford GG. Ethical reasoning in the mental health professions: Crc Press; 2000.
3. Dehkhoda AA. Dehkhoda dictionary. tehran. tehran university press; 1994.
4. Moin M. Moin encyclopedic dictionary. Amirkabir Publication, Tehran. 1972;6.
5. Dictionary C. Electronic resource. URL: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/slang>. 2018.
6. Dictionary CE. Collins. London & Glasgow. 1982.
7. Dictionary M-W. Merriam-webster. On-line at <http://www.mw.com/home.htm>. 2002;8(2).
8. Thorndike EL, Barnhart CL. Scott, Foresman advanced dictionary. (No Title). 1979.
9. Wright JD. International encyclopedia of the social & behavioral sciences. 2015.
10. Wood C. The triangular relationship (1): The beginnings and the endings of art therapy. *Inscape* (winter). 1990:7-13.
11. Schaverien J. The triangular relationship (2): Desire, alchemy and the picture. *Inscape* (Journal of the British Association of Art Therapists), Winter. 1990:14-19.
12. Péntzes I, van Hooren S, Dokter D, Smeijsters H, Hutschemaekers G. Material interaction and art product in art therapy assessment in adult mental health. *Arts & Health*. 2016;8(3):213-228.
13. Therapists BAoA. Code of ethics and principles of professional practice for art therapists. British Association of Art Therapists London; 2014.
14. Sibbett C. Standards of Proficiency-Arts Therapists. 2003.
15. Association AAT. Ethical principles for art therapists. Alexandria, VA; 2013.
16. Board ATC. Code of ethics, conduct, and disciplinary procedures. Retrieved from [www.atcb.org/resource/pdf/2016-ATCB-Code-of-Ethics-Conduct-DisciplinaryProcedures.pdf](http://www.atcb.org/resource/pdf/2016-ATCB-Code-of-Ethics-Conduct-DisciplinaryProcedures.pdf). 2018.
17. Dwairy M, Van Sickle TD. Western psychotherapy in traditional Arabic societies. *Clinical Psychology Review*. 1996;16(3):231-249.
18. Rotheram MJ, Phinney JS. Ethnic behavior patterns as an aspect of identity. Children's ethnic socialization: Pluralism and development. 1987:201-218.
19. Hocoy D. Cross-cultural issues in art therapy. *Art Therapy*. 2002;19(4):141-145.
20. Samarqandi NA. Chahar maqale (The four discourses). London: Luzac. 1910.
21. EBADI S. Hoghogh Adabi va Honari. 1sted. Tehran: Roshangaran Publication, 1990.
22. Halsall F, Jansen JA, O'Connor T. Rediscovering aesthetics: transdisciplinary voices from art history, philosophy, and art practice: Stanford University Press; 2009.
23. Association AAT. How to proceed when you believe someone is misrepresenting him/herself as an art therapist. 2015.
24. McNiff S. Art heals: How creativity cures the soul: Shambhala Publications; 2004.
25. Potash JS, Bardot H, Moon CH, Napoli M, Lyonsmith A, Hamilton M. Ethical implications of cross-cultural international art therapy. *The Arts in Psychotherapy*. 2017;56:74-82.