

تبیین تلاقی هنر و معلولیت در مواجهه با افراد طیف اوتیسم

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۲۹

زهرا مرادی^۲

مهدی کشاورز افشار^۳

رضا افهمی^۴

چکیده

در چند سال اخیر، اختلال طیف اوتیسم با دامنه گسترده‌ای از ناهنجاری‌های رفتاری، شناختی و عصبی به عنوان یک موضوع اجتماعی و پزشکی در فضای مطالعاتی و انتقادی معلولیت مورد توجه قرار گرفته است. یکی از شاخه‌های اصلی این مطالعات موضوع تلاقی هنر و معلولیت است که در دو منظر متمایز قابل بررسی است: هنر درمانی و هنر معلولیت. این مقاله با استفاده از روش توصیفی-تحلیلی و گردآوری داده‌ها از طریق اسناد و منابع مکتوب صورت گرفته است. با تاکید بر مفهوم تنوع عصبی-که اختلالات عصبی را نه به عنوان اختلال که به مثابه تنوع در فهم انسان مطرح می‌کند به دنبال چگونگی تبیین این دو چارچوب هنری و تفاوت‌های آن‌ها در مواجهه با افراد طیف اوتیسم است و به این پرسش کلیدی پاسخ می‌دهد که چگونه هنر معلولیت می‌تواند مرزبندی‌های خلق شده توسط هنر درمانی از جمله: دیگری بودن، سلسله مراتب قدرت، توانا سالیاری و ناتوان-انگاری را از میان بردارد؟ نتایج به دست آمده نشان می‌دهد: هنر معلولیت با عاملیت قرار دادن شخص معلول به عنوان هنرمند؛ قوت، هویت و توانمندی‌های او را مطرح می‌کند. بدین ترتیب با از بین بردن مرزبندی‌ها، این هنرمند، آثار و توانایی‌هایش از سوی جامعه هنری به منزله هنر رسمی پذیرفته شده، در گالری‌ها، نمایشگاه‌ها و موزه‌ها و... به نمایش درمی‌آید و حتی در مواردی با عنوان پیشگام سبک‌های هنری شناخته می‌شود. این نوع برداشت از هنر در مقابل هنر درمانی قرار می‌گیرد که به صورت سیستماتیک و اغلب در مراکز درمانی انجام می‌شود، هنر را وسیله‌ای برای بهبود و توانبخشی می‌داند، شخص معلول را به عنوان دیگری قلمداد کرده، پیوند او با درمانگر را بر اساس روابط قدرت شکل می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: هنر معلولیت، هنر درمانی، مطالعات انتقادی معلولیت، اختلال طیف اوتیسم.

1-DOI:10.22051/jjh.2023.43481.1969

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول با عنوان "رویکرد انسان‌شناسی فرهنگی به هنر درمانی اوتیسم با تاکید فرهنگ جنوب (نمونه موردی، استان هرمزگان)" باراهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم در دانشگاه تربیت مدرس است.

۲- زهرا مرادی، دانشجوی دکتری پژوهش هنر، دانشکده هنر و معماری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. zohrehmoradi@modares.ac.ir

۳- مهدی کشاورز افشار، استادیار گروه پژوهش و تاریخ هنر، دانشکده هنر و معماری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، نویسنده مسئول.

m.afshar@modares.ac.ir

۴- رضا افهمی، دانشیار گروه پژوهش هنر، دانشکده هنر و معماری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. afhami@modares.ac.ir

مقدمه

در تبیین معلولیت^۱ همواره یک مرز جداکننده مهم بین رویکردهای پزشکی و توانبخشی و رویکردهای اجتماعی می‌توان یافت (2006:32, Hammell). در رویکرد پزشکی، «معلولیت» یک بیماری، نقصان یا اختلال رشدی، شناختی، حسی، ذهنی یا جسمی شمرده می‌شود که نیاز به بهبود، توانبخشی و درمان دارد. در تقابل با این نگاه، مطالعات انتقادی معلولیت^۲ - که بر اساس رویکرد اجتماعی بنا شده است - به دنبال مشروعیت بخشیدن به معلولیت به عنوان یک تجربه برساخته پیچیده اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، نژادی، طبقاتی و جنسیتی است. در مواجهه هنر با معلولیت نیز این دوگانگی مشاهده می‌شود. از یک سو هنر درمانی و از سوی دیگر هنر معلولیت^۳. رابطه معلولان با مقوله هنر در بیشتر موارد در چارچوب هنر درمانی انجام می‌شود. هنر درمانی بعضاً تحت سلطه تفکر پدرسالارانه^۴ صورت‌بندی می‌شود، به طوری که تمرین هنری در بسترهای جدا شده از جامعه مانند مدارس ویژه، مراکز نگهداری روزانه و سایر موسسات صورت می‌گیرد (Newsinger & Green, 2016:359). هنر درمانی به طور سنتی بر این فرض استوار است که برخی وضعیت‌ها^۵، از جمله اوتیسم می‌تواند با توانبخشی بهبود یابد. این دیدگاه، که در «مدل پزشکی» ریشه دارد، با تمرکز بر نقائص و بیماری‌هایی که نیاز به اصلاح یا مدیریت دارند، وضعیت‌هایی مانند اوتیسم را به عنوان یک انحراف از حالت نرمال می‌بیند. در تضاد با هنر درمانی که به دنبال توانبخشی یا «نرمال‌سازی» است، هنر معلولیت، که در مطالعات معلولیت جای دارد، با استفاده از پارادایم جدیدی به نام «تنوع عصبی^۶» این مساله را به چالش می‌کشد، آن را بازسازی می‌کند و در تلاش برای بیان و به رسمیت شناختن تفاوت‌هاست. این پارادایم، وضعیت‌هایی مانند اوتیسم را به عنوان اختلالی برای اصلاح نمی‌بیند، بلکه بدان به مثابه راه‌های متفاوت زیستن می‌نگرد. در این زمینه، طیف اوتیسم نمایانگر گستره‌ای از سبک‌های شناختی و راه‌های تجربه جهان است. هنر معلولیت که از تجربیات زندگی

برخاسته است، با به چالش کشیدن استانداردهای جامعه و مقاومت در برابر روایت‌های غالب، سعی می‌کند تا گفت‌وگورا از «درمان» یا «غلبه بر» ناتوانی به سوی پذیرش، توانمندسازی و افتخار سوق دهد. این مقاله به بررسی این تداخل پیچیده بین هنر، توانبخشی و معلولیت، همچنین تبیین چگونگی تلاقی هنر با معلولیت از منظر دو مدل پزشکی و اجتماعی می‌پردازد. زمانی که از تلاقی صحبت می‌کنیم منظور گفتمانی است که به ارتباط زندگی فرد معلول، تمرین‌های هنری و روابط قدرت مرتبط می‌شود. این نحوه تلاقی و رابطه، با ایده‌هایی در مورد چیستی معلولیت و نحوه برخورد با آن شکل می‌گیرد (Solvang, 2018:242). با قراردادن هنر درمانی در کنار اصول تنوع عصبی و هنر معلولیت، تفاوت وجودی آن‌ها و راه‌های ارائه در قبال این افراد (در اینجا افراد طیف اوتیسم) مشخص می‌گردد. برای این اساس، نویسندگان با هدف دور شدن از هنر درمانی و مدل پزشکی و با در نظر گرفتن مدل اجتماعی بر آن هستند تا به این سوال پاسخ دهند: هنر معلولیت چگونه می‌تواند مرزبندی‌هایی چون: دیگری بودن، ایجاد روابط قدرت میان درمانگر و مراجعه‌کننده، توانا سالاری و ناتوان‌انگاری توسط هنر درمانی را از میان بردارد؟ همچنین مشخص کنند: هنر چگونه به تکرارها، کلیشه‌ها و دیگر مواردی که از علائم و ویژگی‌های اصلی (نواقص) فرد طیف اوتیسم شمرده می‌شود پاسخ می‌دهد؟ پژوهش حاضر از آن نظر حائز اهمیت است که، مطالعه حوزه معلولیت در ایران و در اکثر قریب به اتفاق پژوهش‌ها، معطوف به مدل پزشکی است. همچنین با وجود این که از معرفی و به رسمیت شناختن اوتیسم در ایران دو دهه می‌گذرد، اکثر محتوای متون در این زمینه به گفتمان مسلط حوزه پزشکی تعلق دارد. بیشتر تحقیقات، مربوط به رشته‌های پزشکی و روانشناسی بوده، به صورت گمی ارائه شده، زمینه‌های تشخیص و توانبخشی را در بر می‌گیرد. همچنین اوتیسم هنوز در حوزه علوم اجتماعی و هنر جایگاه ویژه‌ای را به خود اختصاص نداده است. بدین ترتیب این مقاله به دنبال کشف دیدگاه‌های متنوع‌تر، است و سعی دارد یک

فهم گسترده تر و جامع تر از گوناگونی انسانی ارائه دهد.

روش پژوهش

این مقاله بر تحلیل مفاهیم مطرح در مطالعات انتقادی معلولیت و بررسی تقابل میان هنردرمانی و هنر معلولیت به روش توصیفی-تحلیلی است. گردآوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای، با کمک منابع مکتوب و اینترنتی، ترجمه کتب و مقالات است. بدین منظور ابتدا هنردرمانی مرتبط با افراد طیف اوتیسم بر اساس مدل پزشکی تحلیل و سپس چگونگی تبدیل علائم و ویژگی‌های اوتیسم به شاخصه‌های هنری توسط این افراد بررسی می‌گردد.

پیشینه پژوهش

مطالعاتی که بر مساله هنر و معلولیت متمرکز شده اند را می‌توان در دو مقوله گنجانند. از سویی زمینه‌ای که بر مطالعات کاربردی مانند مراقبت‌های بهداشتی و مددکاری اجتماعی تمرکز می‌کنند و هنر و فعالیت‌های مرتبط با آن را ابزار درمانی تلقی کرده، هنردرمانی نامیده می‌شوند. از سوی دیگر هنر معلولیت است که با گسترش مفاهیم توانمندتر، خودمختارتر و مستقل‌تر همراه شده است. تا دهه اول قرن بیست و یکم بیشتر تحقیقات در زمینه هنردرمانی افراد طیف اوتیسم در کشورهای غربی یا ثروتمند آسیایی مانند ژاپن انجام می‌شد (2005:287, Fombonne). در حالی که این مطالعات در دهه دوم به دیگر کشورهای جهان از جمله ایران تسری پیدا کرد. این مطالعات را می‌توان در دو دسته کلی پژوهش‌های کیفی و کمی قرار داد. در اکثر کشورها این ادبیات به‌طور قابل توجهی به‌صورت کیفی و شامل استدلال‌ها و توصیف‌هایی است که هدف از آن استفاده ابزاری از هنر به‌مثابه درمان، برای کشف تکنیک‌هایی است که باعث بهبود مهارت‌ها و توانایی برقراری ارتباط موثرتر و تعامل با دیگران، بهبود مهارت‌های اجتماعی، شناختی و رفتاری، افزایش رشد حرکتی و آگاهی از بدن و حواس (Alter, 2017:32, Muri)، کاهش یا حذف نواقص فرد اوتیسم از جمله رفتارهای کلیشه‌ای، محدود و تکراری (Schweizer et al, 2014:580)، بهبود مهارت‌های

تفکر انتزاعی و ارتباط غیرکلامی و کلامی (Martin, 2009:187) پردازش افکار و احساسات پنهانی (Malchiodi, 2007:59)، می‌شود. پس انتظار می‌رود از درمان غیرکلامی هنردرمانی به‌عنوان یک روش معمول در اثربخشی نیازهای شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمی افراد اتیستیک استفاده شود تا با کمک تجربیاتی که شامل لمس، مشاهده و شکل دادن به مواد هنری است، قدرت بیان پیداکنند (Van lith, et. al., 2018:81).

هنردرمانی که چندسالی است به‌منزله یک درمان جایگزین در ایران مورد توجه قرار گرفته (Behbehani, 2015:738) برخلاف اروپا و آمریکا تاریخچه غنی و گسترده‌ای ندارد. از اولین اشاره‌ها به هنردرمانی در ایران مربوط به گزارش شری سنت مارتین از سفر خود به ایران در دسامبر ۱۹۹۷ است.^۷ در حال حاضر هیچ سازمان هنردرمانی حرفه‌ای در ایران وجود ندارد و تنها در سال ۱۳۸۳ جامع‌ترین حوزه در معرفی رشته هنردرمانی با نام «مرکز مطالعات هنردرمانی» در پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی تأسیس شد (URL^۷). ترسا ون لیث و همکارانش در مقاله‌ای به این مسئله پرداختند که علل تاریخی و فرهنگی، همچنین تحولات سیاسی، رکود اقتصادی و شک و تردید نسبت به ارزش‌های غربی در ایران سبب شده تا نه تنها خدمات بهداشت روان به جمعیت کمی اختصاص داده شود، که نگرش‌های متفاوتی را نسبت به نقش هنر به‌عنوان وسیله‌ای درمانی ایجاد کند. در نتیجه هنردرمانی به‌مثابه یک سرویس بهداشت روان سنتی در نظر گرفته نشده و به‌طور مرتب توسط عموم مردم استفاده نمی‌شود (Van lith et. al, 2016:11). همچنین انجام آن به‌صورت یک فعالیت درمانی منسجم در تمامی موسسات، بیمارستان‌ها، سرای سالمندان، کلینیک‌های توانبخشی، روان‌شناسی و مدارس استثنایی به‌صورت معمول و رایج وجود ندارد. علاوه بر این‌ها، در ایران هیچ دوره دانشگاهی هنردرمانگری و حتی تعریف مشخصی از آن وجود ندارد. موسیقی درمانی، سایکودراما و حرکات موزون نیز در بیشتر موارد به‌عنوان هنردرمانی شناخته می‌شوند.^۸ با وجود نوبا بودن هنردرمانی مرتبط با افراد طیف اوتیسم در

ایران، پژوهش در این زمینه روندرو به رشدی دارد. در مرور سیستماتیک که توسط نویسندگان این پژوهش انجام شده، مشخص گردید کلیه مطالعات در این زمینه مربوط به دهه نود شمسی، به خصوص نیمه دوم آن، به صورت کمی و قابل اندازه گیری است که در یک چارچوب مشخص انجام می شود (سید-اسماعیل قمی و همکاران، ۱۴۰۰، وکیلی زاد و همکاران، ۱۳۹۶، میرشمیرانی و همکاران، ۱۳۹۵، رجبی بهجت و همکاران، ۱۳۹۰) با توجه به موارد ذکر شده و مروری بر پیشینه هنردرمانی در ایران مشخص گردید که هیچ پژوهشی تلاقی هنر و معلولیت (در این مقاله اختلال طیف اوتیسم) را از دریچه هنر معلولیت بررسی نکرده است. همچنین در ایران نه تنها مطالعات معلولیت چندان مورد توجه قرار نگرفته که هنر در مواجهه با افراد طیف اوتیسم نیز فقط به مقوله هنردرمانی با مدل پزشکی می پردازد.

مبانی نظری

در حالی که مشکلات معلولان از نظر تاریخی بر حسب مجازات الهی، کارما یا شکست اخلاقی و در دوران پسا روشنگری به عنوان نقص بیولوژیکی تبیین می شد، جنبش معلولیت توجه خود را بر سرکوب اجتماعی، گفتمان فرهنگی و موانع محیطی متمرکز کرد (Shakespeare, 2006:199). به دنبال این جنبش، مطالعات معلولیت نیز از دهه ۱۹۶۰، از جامعه شناسی نشات گرفت. تحت تاثیر فمینیسم و نظریه انتقادی ادامه یافت و از زمان شکل گیری تاکنون در سه موج جای گرفت. موج اول به توسعه مدل اجتماعی معلولیت، موج دوم بر نقد مدل اجتماعی، بررسی تجربه زیسته افراد معلول و استفاده از گفتمان های

دیگری مانند فمینیسم (Woods & Waldock, 2021:113) و در دهه اول قرن بیست و یکم، موج سوم با نام مطالعات انتقادی معلولیت (Shakespeare, 2017:76) شکل گرفت. در موج سوم، معلولیت مجموعه ای متنوع و میان رشته ای از رویکردهای نظری دانسته می شود که با تکیه بر نقد و نظریه انتقادی، آن را به منزله یک پدیده فرهنگی، تاریخی، نسبی، اجتماعی و سیاسی

تحلیل می کند (Goodley, et. al, 2019:982). به عبارت دیگر معلولیت را هم به عنوان یک واقعیت زنده-بر اساس تجربیات این افراد برای تفسیر جایگاه آن ها در جهان- و هم به عنوان یک تعریف اجتماعی و سیاسی مبتنی بر روابط قدرت اجتماعی می بیند (Goodley & Runswick-Cole, 2016,610).

هدف این مطالعات انتقادی تفسیر مجدد معنای «ناتوان تلقی شدن» توسط افرادی است که آن را تجربه می کنند. همچنین حصول اطمینان از این امر که بخش عمده این تغییرات توسط خود افراد و نه فقط مربوط به آن ها باشد (Reaume, 2014:1248). علاوه بر این ها، به چالش کشیدن باور به مدل پزشکی (به عنوان گفتمان یگانه و مسلط که در پی اصلاح و بهبود معلولان هستند) و مدل خیریه ای (حامیانی که نگاه ترحم آمیز به این افراد را رشد می دهند)، تعصب، موانع آموزش، اشتغال و تبعیض در استخدام و ... تحت بررسی این مطالعات قرار می گیرند.

به عبارت دیگر در مقابل چارچوب های هژمونیک، که معلولیت را امری فردی، آسیب شناسی، پزشکی و غیرسیاسی می داند که ضرورت دارد توانبخشی و درمان شود، مطالعات انتقادی معلولیت، آن را به عنوان موضوعی برای بازنگری تبدیل می کند. چنانچه از طریق معلولیت می توان کارکرد جامعه سرمایه داری را درک کرد. مقوله ای سیاسی و پدیده ای غنی که از طریق اعمال اجتماعی و فرهنگی تولید می شود. هویتی که به لحاظ سیاسی حول معلولیت سازماندهی می شود. خط فرهنگی ای که با فرآیندهای عادی سازی مشخص شده است. یک تجربه هستی شناختی که همیشه توسط مجموعه ای از عوامل خارجی شکل گرفته است (Goodley, et. al, 2019:990). به عبارت دیگر این مطالعات به عنوان یک حوزه بینارشته ای، نه تنها به بررسی چگونگی تعریف و ساخت معلولیت از طریق تاریخ، فرهنگ، اقتصاد، سیاست، فناوری و هنر می پردازد که با آن ها همراه شده، واژگان و زمینه های مختص خود، مانند: «هنر معلولیت» را خلق کرده است.

هنر درمانی و مرزبندی هایش

مدل پزشکی، معلولیت را وضعیتی می‌داند که منحصرأ در اصطلاحات پزشکی قابل درک است (Campbell, 2019:148). چنانچه با همسو کردن بدن معلول با این مدل، معلولیت مشکل و نقص فردی در نظر گرفته می‌شود که به دلیل تفاوت با بدن‌های طبیعی و نرمال باید در چارچوب تواناسالاری و به کمک پزشکان آموزش دیده و متخصص اصلاح شود یا بهبود یابد و سپس به زندگی معمولی بازگردد (Wilcox, 2020:73). داشتن «زندگی معمولی» با انجام فعالیت‌ها، کار و اوقات فراغت به مانند دیگر جمعیت انسانی (حتی اگر نمادین باشد)، همسو با ایدئولوژی بهنجارسازی است که به عنوان مکانیزم مؤثر در انتشار دیدگاه‌های مسلط همچون مدل پزشکی تعبیر می‌شود. این بهنجارسازی با استفاده از مداخلات پزشکی و توانبخشی می‌تواند در صورت تمایل فرد، مزایایی به همراه داشته باشد (Nash, 2002:35).

بر اساس مدل پزشکی و در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (دی اس ام پنجم) اوتیسم به صورت طیف گسترده‌ای از ناسازگاری‌های شناختی-رفتاری، تحت عنوان «اختلال طیف اوتیسم»، با دو دسته علائم «اختلالات ارتباطی-اجتماعی و علایق محدود و رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری» (Bel, 2019:232; Skubby, 2012:141) معرفی می‌شود. به عبارت دیگر اوتیسم را به مانند یک اختلال عصب‌شناختی جهانی، دارای پایه‌های بیولوژیکی همسان، با علائم و ویژگی‌های اصلی مشابه (عدم تماس چشمی، حرکات کلیشه‌ای و...) بر پایه انحراف از آنچه رفتار معمول و بهنجار تلقی می‌شود (Grinker, 2010:187) بنا می‌کند. برطبق این تعریف، نهادهای اجتماعی به خصوص روانپزشکی و روانشناسی - به مثابه گفتمان هژمونیک، یک پیش فرض نانوشته اما بنیادی را در میان عموم مردم و رسانه‌ها شکل داده‌اند که نشان می‌دهد اوتیسم در درجه اول به منزله کمبود و نقصان، اختلال و بیماری قلمداد می‌شود که در نهایت، با تلاش بی‌وقفه متخصصان علمی شناسایی و درمان خواهد شد (Silverman, 2008:330). به دنبال آن، از اوایل دهه ۱۹۷۰، با نهادزدایی^{۱۱} از عقب ماندگی

ذهنی و به رسمیت شناختن اوتیسم به عنوان دسته جدید «معلولان رشدی»، ماتریکس نهادی جدیدی متشکل از درمان اجتماعی، آموزش ویژه و برنامه‌های مداخله‌ای شکل گرفت. با این حال، معالجه این افراد مانند بیماری معطوف به درمان نبود، بلکه متمایل به «توانبخشی» یعنی تواناسالاری و توانمندگرایی بود (Eyal, 2013:880). بدین سان انواع مداخلات برای دو هدف: یکی کاهش علائم اوتیسم و دیگری بهبود ارتباطات، مهارت‌های اجتماعی و عملکرد رفتاری ضروری دانسته شد. از جمله این مداخلات هنر درمانی است. تحولات هنر مدرن و پس از آن گذار از قرن نوزدهم به بیستم و تغییر در روندهای فکری و اجتماعی (Haslam, 2005:25) نه تنها انقلابی در نحوه ساخت هنر و چگونگی درک آن توسط جامعه ایجاد کرد، که فلسفه‌های جدید تفکر، به همراه پارادایم‌های نویی که مستقیماً در نحوه استفاده و تجربه هنر تأثیر می‌گذاشت را سبب گردید (Junge, 2016:63) و زمینه خلق رشته‌های ترکیبی مثل هنر درمانی را فراهم آورد.

جایگاه هنر در رشته هنر درمانی از زمان شکل‌گیری دچار تغییرات فراوانی شده است. چنانچه پیشگامان آن در دهه ۱۹۴۰ از هنر تنها به عنوان ابزار غیرکلامی در روان‌درمانی استفاده می‌کردند. در دهه‌های هشتاد و نود میلادی، روانشناسان هنری، هنرمندان و افراد دیگری به این حرفه روی آوردند. آن‌ها درباره این امر که نقش هنر در کار هنر درمانی صرفاً ابزاری نیست بلکه هنر مظهر بهبودی است و خواص دگرگون‌کنندگی دارد (McNiff, 2012:42) به بحث پرداختند. با وجود تمام این اظهارنظرها بیشتر هنر درمانگران تعریف ارائه شده از سوی انجمن هنر درمانی آمریکا^{۱۲} را پذیرفته‌اند و رویکردهای متفاوتی را در حرفه خود به کار می‌گیرند. چنانچه با توجه به تقسیم‌بندی روبین (۱۹۸۸) و نتیجه تحقیقات مارتین (۲۰۰۹) رویکردهای هنر درمانی مرتبط با افراد طیف اوتیسم در دو دسته آموزشی-روانی و بیانگر قرار می‌گیرد. درمانگران تلاش می‌کنند تا با استفاده از چنین رویکردهایی، نقص در تعاملات ارتباطی-اجتماعی، علایق محدود، رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری، روش‌های غیرمعمول

پردازش اطلاعات، نقص در نظریه ذهن، نقص در عملکرد اجرایی (Rozga & Robins, 2011:101) ناتوانی در تفسیر جزئیات با پردازش حسی غیرمعمول، حساسیت زیاد یا پایین به محرک‌های محیطی (Schweizer et al, 2014:783) را در شخص اتیستیک کاهش دهند. در مقابل، ارتباطات، مهارت‌های اجتماعی و عملکرد رفتاری و... او را بهبود بخشند. هر چند هنر درمانی با استفاده از مداخلات پزشکی و توانبخشی می‌تواند در صورت تمایل فرد معلول، چنین مزایایی به همراه داشته باشد، اما در بیشتر موارد نیازها، انتخاب‌ها و استقلال این افراد را تضعیف (Wilcox, 2020:74) و مرزبندی‌هایی را ایجاد می‌کند. چنانچه رابطه مقولات معلولیت و درمان همیشه به عنوان متمایز شدن از ایده‌های فرهنگی بهنجار ایجاد می‌شود و با شرایطی شکل می‌گیرد که مشارکت کامل افراد غیرمعمول در جامعه را نقض می‌کند (Devlieger, 2018:218). این دیدگاه می‌تواند منجر به حذف افراد دارای نقص از جامعه شود. پس می‌توان نتیجه گرفت که این نقص نیست که ناتوانی را ایجاد می‌کند، بلکه ناسازگاری بدن‌های آسیب‌دیده با هنجارهای اجتماعی و محیط‌های مادی است که توسط اکثریت بدن‌های توانا تعیین می‌شود و به تبعیض می‌انجامد (Ibid).

بدین ترتیب معلولیت معمولاً نوعی «دیگری بودن» تلقی می‌گردد و معلولین (از جمله اوتیسم) اغلب به عنوان اشخاصی «متفاوت» از افرادی که به هر طریقی توانا هستند برچسب‌گذاری می‌شوند. براین اساس دو مفهوم تواناسالاری^{۱۳} و ناتوان-انگاری^{۱۴} راهی برای توصیف مشکلات و تبعیض‌هایی است که افراد معلول با آن مواجه هستند. چنانچه تواناسالاری شبکه‌ای از باورها، فرآیندها و ویژگی‌هایی را به عنوان «هنجار» مشخص کرده، ترجیح و اولویت می‌بخشد. سپس بر اساس آن‌ها مردم را طبقه‌بندی کرده، نوع خاصی از خود و بدن را تولید و در نهایت گونه‌گونی کاملی از «انسان تلقی شدن» را معرفی می‌کند. در این فرآیند افراد دارای نقص به مثابه نسخه‌های تقلیل یافته گونه انسانی در نظر گرفته می‌شوند و با عناوین «کمتر از» یا «پایین تر از» افراد معمولی (نرو تیپیکال) جداسازی می‌شوند.

این نگرش تعصب‌آمیز که به اشکال مختلف تبعیض و تعصب اجتماعی بر-اساس توانایی، ظلم و کلیشه‌سازی-بر اساس ناتوانی واقعی یا فرضی به‌کار می‌رود، به‌طور سیستماتیک جسم‌ها و ذهن‌های مجسم نابهنجار را طرد می‌کند (Campbell, 2019:25). تواناسالاری به‌گونه‌ای دنیای ما را شکل می‌دهد که در آن مفهوم ناتوانی به‌عنوان امری ذاتاً منفی و یک انحراف تلقی می‌شود که نیاز به «درست شدن» دارد و پرسش درباره «تنوع»، «تفاوت» و تصور «انسان متفاوت بودن» مطرح نیست (Ibid: ۱۴۳).

در مقابل، ناتوان‌انگاری به‌عنوان نوعی از ستم که شامل محدود کردن فرصت‌ها برای افراد آسیب‌دیده و خانواده او است، تعریف می‌شود. اگر با فردی متفاوت رفتار شود، یا شخصی به دلیل ناتوانی‌هایش مورد آزار یا توهین قرار گیرد، یا قادر به انجام کار یا شغلی نباشد، ناتوان‌انگار نامیده می‌شود.

هنر معلولیت: جنبشی علیه مرزبندی‌ها

قطب مقابل مدل پزشکی، مدل اجتماعی است که توسط خود افراد معلول ایجاد شده و به موانع شکل گرفته توسط جامعه در زمینه مشارکت کامل این افراد در زندگی روزمره نگاه می‌کند. براین اساس، ناتوانی صرفاً در بدن جای نمی‌گیرد، بلکه توسط شرایط اجتماعی و مادی ایجاد می‌شود که مشارکت کامل انواع ذهن‌ها و بدن‌ها را «ناتوان» می‌کند (Ginsburg, 2013:61). بدین ترتیب مدل اجتماعی ابزاری برای جستجو و یافتن موانع، همچنین حذف موارد غیر ضروری است که مانع از مشارکت افراد در جامعه، دسترسی به کار و زندگی مستقل می‌شود. همچنین این مدل بر نگرش مردم جامعه نسبت به مقوله ناتوانی تمرکز دارد و تشخیص می‌دهد که این دیدگاه می‌تواند (مانند محیط فیزیکی) موانعی را برای افراد معلول ایجاد کند. علاوه بر این، در مدل اجتماعی تمایز میان دو مفهوم «نقص»^{۱۵} و «ناتوانی» اهمیت کلیدی دارد. این مدل «نقص» را امری فردی و خصوصی می‌شمرد و آن را به عنوان از دست دادن توانایی عملکردی در یک فرد به دلیل وجود اختلالات ذهنی، فیزیکی یا حسی تعریف می‌کند. همچنین «ناتوانی» را موضوعی ساختاری و عمومی می‌داند که

به از دست دادن فرصت‌هایی که یک فرد آسیب‌دیده به دلیل موانع فیزیکی و اجتماعی با آن مواجه شده، از داشتن یک زندگی عادی محروم می‌شود، می‌انجامد (Goodley, 2019:983). در حالی که پزشکان و حرفه‌های وابسته به پزشکی به دنبال اصلاح نقص هستند، در این مدل اولویت واقعی پذیرش نقص و رفع موانع است. برخی نظریه‌پردازان استدلال می‌کنند که ناتوانی و «پیش‌سازهای» آن -نواقص- دقیقاً محصول روابط قدرت هستند. بنابراین اثرات ناتوان‌کننده بر بدنمندی را حاصل سلسله‌مراتب قدرت موجود در گفتمان‌ها و نهادها می‌دانند (Tremain, 2017:215). همچنین ناپهنجاری، سلسله‌مراتب قابلیت‌ها، توانایی‌ها و سایر ساختارهای حذفی مرتبط با ناتوانی به‌طور همزمان با تحلیل نژادپرستی، جنسیت‌گرایی و فمینیست توصیف می‌شوند. در نهایت نتیجه می‌گیرند اگر معلولیت بیان مستقیم قدرت باشد، تأثیر آن بر زندگی انسان بدون برخورد سیاسی و اجتماعی قابل درک نیست (Hall, 2019:96).

با توجه به مدل اجتماعی معلولیت، می‌توان اوتیسم را به‌مثابه یک تجربه شخصی، خانوادگی و اجتماعی تلقی کرد. همچنین افراد اتیستیک را دارای احساسات، عواطف و روابط اجتماعی دانست که در ارزش‌های فرهنگی جوامعی که در آن زندگی می‌کنند سهیم هستند (Bagatel, 2010:43). در نتیجه این مدل، فرد را در برابر نواقص جامعه ناتوان دانسته، به‌جای توجه به اوتیسم به‌مثابه یک بیمار، او را به‌عنوان یک پدیده انسانی، اجتماعی و فرهنگی مورد بررسی قرار می‌دهد (Grinker, 2008:123). پس نه تنها به دنبال اصلاح و درمان شخص نیست، که از طرق مختلف، از جمله هنر معلولیت، نواقص تعریف شده از اوتیسم در مدل پزشکی را در بیان هویت او به‌کار می‌گیرد. هنر معلولیت در اوایل دهه ۱۹۸۰ از جنبش‌های اجتماعی معلولان در ایالات متحده و بریتانیا ظهور کرد. این هنر، به‌عنوان شکل هنری اقلیت در جامعه مورد نظر، و نیرویی قدرتمند در بیان تجربیات این افراد در برابر ظلم و تبعیض موجود بر علیه آن‌ها شمرده می‌شود (2006:53)؛ Solvang, 2018:247, Masefield). در تعریف کلان، هنر معلولیت نشان‌دهنده یک فعالیت جمعی است

که در آن آثار هنری افراد معلول، مخاطبان معلول را خطاب قرار می‌دهد (Sutherland, 2008:80). در تعریف خرد، بر اهمیت این هنر در ایجاد یک تصور فرهنگی مثبت احتمالی از معلولیت تأکید می‌شود و نشان می‌دهد که هویت مثبت این افراد توسط هنر پرورش می‌یابد. واضح است که این جنبش هنری صرفاً در مورد دسترسی افراد معلول به جریان اصلی مصرف و تولید هنری نیست. همچنین این موضوع صرفاً بیان تجربیات فردی از زندگی یا کنار آمدن با یک نقص نیست، بلکه نوعی توسعه معانی فرهنگی مشترک و بیان جمعی تجربه معلولیت است. بنابراین مستلزم استفاده از هنر برای افشای تبعیض و تعصبی است که این اشخاص با آن روبرو هستند و زمینه ایجاد آگاهی و همبستگی گروهی را فراهم می‌کند (Barnes, 2010:39) Mercer &).

مقایسه هنر درمانی و هنر معلولیت از دریچه مطالعات انتقادی معلولیت

اگرچه رابطه بین هنر و سلامت چشم‌انداز وسیعی را در بر می‌گیرد -مثلاً بهبود زیباشناسی در محیط‌های بیمارستانی، همکاری هنر در تفسیر بیماری در ادبیات علوم پزشکی، همچنین بخشی از ابتکارات جامعه برای بهبود سلامت و تشویق به تغییر سبک زندگی سالم‌تر (Mosgaard, 2018:153) اما زمانی مشکل‌ساز می‌شود که هنر تنها بخشی از درمان‌هایی باشد که با هدف بهبود سلامت و رفاه در بین افراد یا گروه‌های کوچک انجام شود (Clift, et, 2009:24). زمانی که «هنرها» به‌عنوان شکلی از «مداخله زیست‌پزشکی» توسط معلولین انجام می‌شود، اغلب هدفی قابل اندازه‌گیری داشته، از طریق پارادایم «درمانی» پیش می‌رود، که به موجب آن افراد به نحوی باید «بهبود» یافته یا از علائم خود رها شوند. بدین ترتیب هنر «برای»، «با» و «توسط» این افراد ناچار در پارادایم‌های درمانی گرفتار می‌شود و نگرش «هنرها» برابر با «درمان» آن‌ها تقویت می‌شود. چرا که تفکر مسلط این است که نواقص (به خصوص نواقص رفتاری) نیازمند «درمان» است، حتی اگر «درمان قطعی» وجود نداشته باشد (Nash, 2022:201). هنر درمانی مبتنی بر مداخلات هنر و روانشناسی با انتخاب‌کنش در درمانگری (تراپی)، توسط یک

حرفه‌ای با شغل درمانگر (تراپیست) انجام می‌شود. مداخله‌گر مشکل را تجزیه و تحلیل، اقدامات لازم را برنامه‌ریزی و نتیجه احتمالی را پیش از مداخله پیش‌بینی می‌کند. در این رویکرد، درمانگر شخص متخصصی است که با پذیرش و قبولاندن درمان، مراجع را در جهتی پیش می‌برد تا او را تابع خود کند. موقعیت تراپی (درمانی) یک عاملیت فعال متغییر - یک معلم، یک مربی، یک مترجم یا یک درمانگر است. هدف مداخله درمانی، هدایت مراجع به سمت یک وضعیت انسانی بهتر و سالم‌تر یا به عبارتی تواناسالاری است که توسط درمانگر تعریف شده است. به یک معنا، درمان مانند مراجعه به پزشک و پذیرش تفسیرهای او، به عنوان ایده‌های معتبر در مورد علت و قضاوت بالینی، همواره صحیح تلقی می‌شود. به عبارتی یک سرویس خدماتی - بهداشتی یک طرفه است (Yi & Moon, 2020:60). همچنین درمان مستلزم یک تفاوت قدرت است که با نابرابری مشخص می‌شود. درمانگری که استفاده از این قدرت را می‌پذیرد ممکن است درمان مراجع را در جهت‌هایی که ترجیح می‌دهد، بر اساس تجربیات و هنجارهای خود پیش برد (Mosgaard, 2018:170). مساله دیگری که حوزه هنر درمانی در پاسخگویی به ناتوانی بر اساس مدل فردگرایانه و مداخله‌گرایانه پزشکی دارد، شناخته‌شدن افراد معلول در مراکز

خدمات پزشکی و سلامت روان، به عنوان «دیگری» است (Yi & Moon, 2020:59). دیگری بودن طرف مقابل از نگاه لویناس، گفتگورا بسیار دشوار و به دنبال آن نوع رابطه میان افراد را مشخص می‌کند. وقتی ناتوانی وارد گفتمان هنری می‌شود، سلطه اجتماعی غالب مدل پزشکی، هنرمند را یک بیمار و مربی را درمانگر شناخته و نقش آن‌ها را بر اساس روابط قدرت و اقداماتی تحت‌عنوان هنر درمانی تعیین می‌کند و برای هنرمندی که تلاش می‌کند تا در عرصه فرهنگی شناخته شود، تلقی شدن به عنوان بیمار نوعی تبعیض است (Solvang, 2018:243). در مقابل، هنر معلولیت در پی آن است تا بر اساس مفهوم تنوع عصبی نشان دهد تجربیات افراد مختلف از جهان با یکدیگر متفاوت است. در نتیجه می‌توان از طریق «خود هنر» و نه فقط «ابزار تلقی کردن آن»، مرزبندهای شکل گرفته توسط هنر درمانی همچون: سلسله مراتب قدرت، روابط یک سویه درمانگر - مراجع، تلاش برای توانمندسازی شخص بر اساس هنجارهای جامعه را شکست. در این مقوله شخص معلول به مثابه هنرمند در نظر گرفته شده، عاملیت بر عهده خود او گذاشته می‌شود تا با آزادی و برابری با دیگر افراد جامعه، شیوه هنری مختص به خود را به کار گیرد. در این مسیر او به جای دیگری پنداشته شدن، شخص متفاوتی شمرده می‌شود که نه تنها

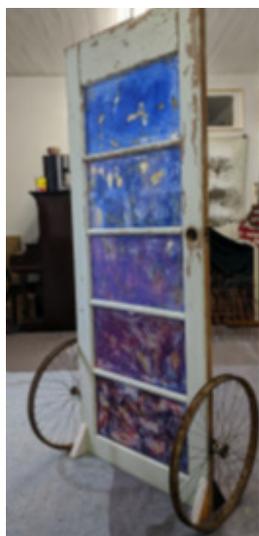
جدول ۱. منطق و عاملیت‌های نهادی در دو گفتمان هنر درمانی و هنر معلولیت (طراحی نویسندهگان).مختلف (نگارندگان).

ردیف	چارچوب	مدل معلولیت	عاملیت	منطق‌های نهادی اصلی	هویت	رابطه با معلول
۱	هنر درمانی	پزشکی	متخصصان درمانی و بهداشتی	تواناسالاری - توانمندسازی	دیگری بودن	قدرت
۲	هنر معلولیت	اجتماعی	فرد معلول به‌عنوان هنرمند	هویت	متفاوت بودن	برابری

هنرمندان اتیستیک در جامعه هنری پذیرفته شده‌اند. عامل مشترک میان این دو دسته این است که هنرمندان آگاهانه یا ناآگاهانه نواقص نسبت داده شده از سوی مدل پزشکی به افراد طیف اتیسم (رفتارهای محدود و تکراری، حساسیت و توجه بیش از حد به جزئیات، نداشتن تعامل و...) را با زبان هنر بیان کرده، آن را وسیله‌ای برای ارتباط با دنیای افراد نورو تیپیکال به‌کار گرفته‌اند. به عبارت دیگر دنیای هنر یک دیدگاه جایگزین در مورد ماهیت خلاق هنرمندان اتیستیک ارائه می‌دهد. همچنین ویژگی‌های کلیدی عملکرد افراد اتیستیک شامل:

نیازی به درست و درمان شدن ندارد که با وجود علائم و نواقصی که به او نسبت داده می‌شود می‌تواند در جامعه هنری پذیرفته‌گردد (جدول ۱). بر این اساس، هنرمندانی که در زمره طیف اتیسم قرار می‌گیرند را می‌توان در دو دسته جای داد. هنرمندانی که تشخیص اتیسم نگرفته‌اند اما روانشناسان و پژوهشگران توانسته‌اند با روش گذشته‌نگر^{۱۶} و بررسی زندگی‌نامه، وقایع و شواهد کافی در کار و زندگی آن‌ها تصویر روشنی از نحوه پردازش ذهن این هنرمندان از محیط به‌دست آورند. دسته دوم گروهی هستند که تشخیص اتیسم گرفته، با عنوان

خانه^۲» (تصویر ۱) را نمونه‌ای از مقابله با کورذهنی معرفی می‌کند. این اثر مجموعه‌ای از یک در چوبی با شیشه‌های پوشیده‌شده با رنگ اکریلیک در یک طرف و ورق طلا در طرف دیگر، با دو رینگ دو چرخه، کلید و یک استیشن اسباب‌بازی فلزی است. به‌گفته هنرمند همه اشیاء بازیافتی و دورریختی هستند و در زمان‌های مختلف توسط او جمع‌آوری شده‌اند. هر شیء به تنهایی دارای ارزش بازنمایی عاطفی است که ریشه در حافظه هنرمند دارد. بنابراین برای یک هنرمند اتیستیک اشیاء جانشین اطلاعات خاص می‌شوند و نحوه تجربه هنرمند اتیستیک با اشیاء به عنوان اثر نهایی معرفی می‌شود و نه فقط اثر خلق شده است.



تصویر ۱. بازگشت به خانه اثر ریچارد باسول (URL5).



تصویر ۲. کلیسای جامع سنت پل لندن، استفان ویلتشایر (URL3).

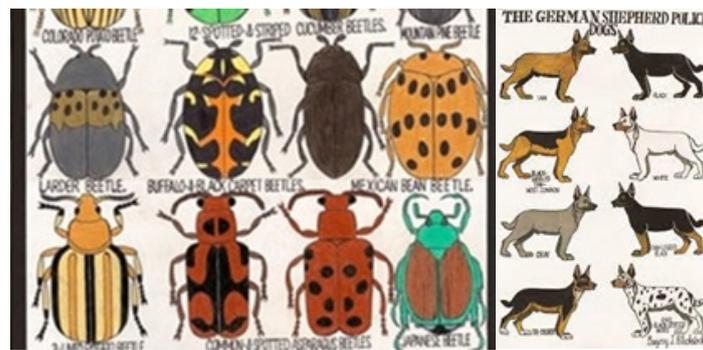
تکرار تصاویر با حداقل تفاوت‌های قابل تشخیص، بسط آهسته، جزئیات بسیار دقیق یک تصویر، بیان وسواس‌گونه از تصاویر مرتبط به یک منطقه و موضوع محدود و مورد علاقه (که در معیارهای روان‌شناختی نقص شمرده می‌شود) را ارزشمند دانسته، به‌طور گسترده در آثار هنرمندانی که توسط جامعه هنری به‌عنوان استثنائات تولید آثار خلاقانه شناخته می‌شوند، به‌نمایش می‌گذارد (McKenzie, 2012:87). در ادامه این موارد در آثار این دو دسته هنرمند مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرد.

هنر معلولیت در مواجهه با افراد طیف اوتیسم

در تئوری ذهن بارون کوهن، افراد نرووتیپیکال از طریق دریافت اطلاعات، مشاهده، تجزیه و تحلیل، مقایسه و... به استنتاج طیف کاملی از حالات ذهنی (باورها، خواسته‌ها، نیت، تخیلات، احساسات) یا به‌طور کلی تأمل در محتوای ذهن خود و دیگران، همچنین بازنمایی انتزاعی^{۱۷} یا تخیلی از جهان براساس دانسته‌هایشان می‌پردازند (Baron-Cohen, 2000:89). بارون کوهن افراد اتیستیک را فاقد این توانایی دانسته، آن‌ها را «کورذهن^{۱۸}» می‌نامد. بدین ترتیب این افراد با وجود برتری در ریاضیات و موسیقی، به‌دلیل تمایل به انزوا و دوری از جمعیت و مشغله‌های وسواسی اغلب به‌عنوان رایانه‌های انسانی، ربات‌های بی‌احساس و ماشین‌های بدون خلاقیت در نظر گرفته می‌شوند (Fein, 2011:165). در مقابل، برخی متخصصان خلاقیت در افراد اتیستیک را زبان اصلی آن‌ها می‌دانند که حتی نقشی بیشتر از بازنمایی دارد (Sacks, 1995:87). چنان‌چه هنرمندان اتیستیک یا «هنرمندانی با عملکرد عصبی متنوع^{۱۹}» رویکرد متفاوتی به نظریه ذهن دارند. این افراد از خلاقیت هنری و تکنیک‌هایی چون «توضیح و تاکید بیش از حد» برای تعامل و بیان تجربه متفاوت خود از جهان و زبان ارتباطی با دیگر افراد نرووتیپیکال استفاده می‌کنند. بارون کوهن این نحوه برخورد را «سرنخی از چگونگی سازگاری موفق افراد طیف اوتیسم برای مقابله با نقص خود در تئوری ذهن» (Baron-Cohen, 2000:95) می‌داند. ریچارد باسول هنرمند اتیستیک اثر خود با عنوان «بازگشت به

در حالی که در مدل پزشکی حرکات و رفتارهای تکراری از معیارهای تشخیصی او تیسسم و شاهدهی از نقص می دانند، مدل اجتماعی و هنر معلولیت آن را جنبه مهمی از زبان بصری این افراد تلقی می کند. تکرار برای هنرمند اتیستیک بیش از ارجاع و معنای اجتماعی، فراتر از شمایل نگاری (ایکونوگرافی)، جایگزین زبان کلامی و الگوهای مفهومی مختلف محیطی است و خط فکری او را نشان می دهد (Karmiris, 2019:485). تکرار در آثار این هنرمندان به صورت مختلف، در اصل کار، در پس زمینه، در جزئیات و در برخی موارد به عنوان عنصر نمادین استفاده می شود. تکرار ممکن است کاملاً مخالف اصالت به نظر برسد و ما را به سمت حذف آثار خلاقانه کانونی که شامل تکرار تصاویر آشنا هستند سوق دهد، اما در ارزیابی آثار هنرمند اتیستیک رئالیست استفان ویلتشایر^{۳۱} می تواند منعکس کننده استاندارد زیباشناختی باشد (Roth, 2020:502). ساکس در کتاب مریخی ها به هنرمندی به نام ویلتشایر با حافظه تصویری استثنایی اشاره می کند که او را قادر می سازد با نگاهی کوتاه به صحنه های پیچیده معماری آن ها را با دقت طراحی کند (Sacks, 1995:73). اگر چه برخی منتقدان این توانایی را مبتنی بر حافظه قوی و نه

خلاقانه او می دانند، مورخان تاریخ هنر از هنرمندان ایتالیایی قرن هفدهم مانند پائینی و کانالتو به دلیل طراحی دقیق فرم، چیدمان و چشم انداز شهرهایی چون ونیز تجلیل کرده اند. بدین سان ویلتشایر، کسی که او تیسسم او در سه سالگی تشخیص داده شد، تا نه سالگی کلام نداشت و کاملاً در دنیای خودش زندگی می کرد، به هنرمندی تبدیل شده که مناظر شهری و تصاویر واقعی و دقیق از شهرها حتی پس از مشاهده مختصر آن ها را با جزئیات سیاه و سفید طراحی کرده (تصویر ۲)، از طریق زبان طراحی با جهان ارتباط برقرار می کند. همان گونه که گفته شد «تکرار» و داشتن «تفکر الگو»^{۳۲} از نشانه های وسواس گونه افراد اتیستیک خلاق شمرده می شود. چنان چه آثار هنرمند آمریکایی، گریگوری بلک استاک^{۳۳} مملو از تصاویر تکراری، یکسان یا با تغییرات سیستماتیک است که به عنوان مثال، با تعدیل رنگ و الگو (تصویر ۳)، یا با کنار هم قرار دادن گونه های مرتبط از حیوانات (تصویر ۴) به دست آمده است. اگر چه این هنرمند آثار خود را به مانند سیستم طبقه بندی جانوران و گیاهان در علوم طبیعی خلق می کند، می توان آن ها را یک رویکرد «سیستم ساز» به هنر یا تلفیقی از تصویرسازی سنتی جانورشناسی دانست که با هنرمند پاپ، اندی وار هول مشابهت دارد (Roth, 2020:502).

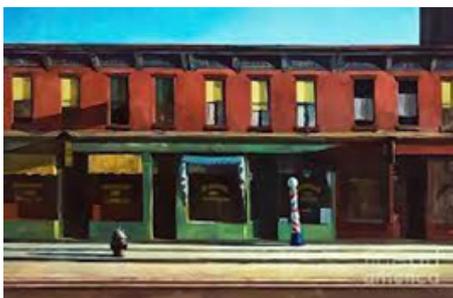


تصاویر ۳ و ۴. هنر نمایش جانداران، گریگوری بلک استاک (URL9).

وار هول پیشگام هنر پاپ، با آثاری متشکل از تصاویر تکراری آشنا، مانند «قوطی های سوپ کمبل» (تصویر ۵) و «مرلین مونرو» (تصویر ۶) شناخته می شود. ممکن است ترویج تکراری تصویر از چهره ها و اشیاء آشنا به عنوان شکل جدیدی از خلاقیت وار هول و اهداف هنری شخصی او باشد، برخی گزارش ها حاکی از آن است که وار هول ممکن است او تیسسم بوده باشد (Fitzgerald, 2005:89). چنان چه ایان

استوارت آهنگساز^{۳۴} که در سال ۱۹۹۸ به عنوان اسپرگر تشخیص داده شد و همیشه اظهار می کرد: «احساس می کند در سیاره اشتباهی است» را به کشف عادات وسواس گونه وار هول سوق داد. استوارت فهمید که وار هول احساس متفاوتی به رنگ سبز دارد. تاجایی که همیشه لباس سبزرنگ با مارک مشخص می پوشد (Boswell, 2018:108).

اوتیسم (نظمی که به نظر می‌رسد وجود ندارد) و تلاش برای برقراری ارتباط با آن است. تکراری که جان کیج آن را شکلی از تفاوت می‌دانست (Joseph, 2005:44). نداشتن تعامل اجتماعی و انزوا از دیگر مواردی است که به‌عنوان علائم اوتیسم معرفی می‌شود. ادوارد هاپر^{۲۵} (۱۸۸۲-۱۹۶۷)، که نماینده موج بر خاسته علیه نفوذ هنر فرانسوی در آمریکا بود (ملک‌زاده، ۱۳۸۹) را می‌توان از جمله هنرمندانی دانست که از این نقص جهت ارتباط با دنیای نوروتیپیکال استفاده کرد. اگر چه هیچ تشخیص رسمی برای تعیین هاپر به‌عنوان یک اتیستیک بزرگسال وجود ندارد، با این حال، شاخص‌های زیادی در کار، فرآیندها و زندگی شخصی‌اش وجود دارد که به‌شدت نشان می‌دهد که او در این طیف بوده است. گیل لوین، نویسنده زندگی‌نامه ادوارد هاپر، می‌نویسد: «ادوارد در دوران نوجوانی نشانه‌هایی از طبیعت درون‌گرا نشان داد که در بزرگسالی به علامت شاخص او تبدیل شد. او بسیار خجالتی بود و بیان کلامی احساسات و عقایدش برایش مشکل بود. وقتی در خانه تنها می‌ماند، محیط را تهدیدآمیز می‌یافت و در اتاق خواب یا اتاق زیر شیروانی پنهان می‌شد. این شرایط سبب شد او به کارهای انفرادی پناه برد و در هنر توانایی منحصر به فردی پیدا کند تا با اعتماد به نفس با جهان و شرایط نزدیک به خودش برخورد کند» (Levin, 2007:76). مضامین کارهای هاپر شامل فضای باز، نور یکنواخت، سکون، تکرار، روابط و



تصویر ۷. اوایل صبح یکشنبه، ادوارد هاپر، موزه هنر آمریکایی ویتنی، نیویورک، ۱۹۳۰ (URL10).

افراد بی‌احساسی که در موقعیت‌های عاطفی قرار می‌گیرند، بازنمایی‌هایی از نحوه مدیریت دقیق او در دنیای خود بودند. دو اثر «اوایل صبح یکشنبه» (تصویر ۷) و «نایت‌هاوکز»^{۲۶} (تصویر ۸) صحنه‌هایی از روستای



تصویر ۵. قوطی‌های سوپ کمبل، اندی وار هول پلیکر ترکیبی روی بوم، ۱۹۶۲، موزه هنر مدرن نیویورک. (URL4).



تصویر ۶. مرلین مونرو، اندی وار هول ۱۹۶۷ (URL6).

همچنین فیتز جerald به‌نقل از دوست وار هول، چارلز لیسانبی، می‌نویسد: «اندی اصلاً نمی‌دانست که می‌خواهد با هنر چه کند. او تمرکز کامل نداشت. با این حال او انگیزه خلاقانه برای انجام کاری هنری داشت و هرگز از ادامه کار دست نمی‌کشید» (Fitzgerald, 2005:48). بدین ترتیب فیتز جerald از وار هول به‌عنوان فرد اوتیسم آسپرگر یاد می‌کند که مشغله ذهنی او «تکرار» بود. علاوه بر این وار هول از فیلم به‌عنوان وسیله‌ای برای برقراری ارتباط غیر مستقیم با دنیای خارج استفاده می‌کرد. او بین سال‌های ۱۹۶۳ تا ۱۹۶۸ تقریباً ششصد و پنجاه فیلم و چهار هزار ویدیو ساخت. وار هول درگیر مفهوم سکون غیرروایی بود که می‌توان آن را در فیلم پنج ساعت و بیست و یک دقیقه‌ای «خواب» (۱۹۶۳) و فیلم هشت ساعته «امپراتوری» (۱۹۶۵) که در آن به چیزی جز ساختمان امپایر استیت نگاه نمی‌کند، دید. دیدن، همانطور که اندی وار هول آن را تفسیر می‌کند، مجموعه‌ای از تکرارها، سکون، حرکات آهسته و سکوت در یک مکان و یک فریم ثابت بود (Boswell, 2018 cited from Gariff: 43). تکرار عکس‌های فریم و تصاویر مکرر روی بوم، تشخیص ایجاد نظم در جهان افراد طیف



تصویر ۸. نایت هاوکز، ۱۹۴۲-۱۹۳۰ (URL10).

گرینویچ نیویورک را در زمان‌هایی از روز (اواخر شب و اوایل صبح یکشنبه) به تصویر می‌کشد که کمتر احتمال دارد مردم بیدار باشند و تداعی گر لحظات سکوت، تنهایی و تأمل هستند. نقاشی‌ها، محیطی را به تصویر می‌کشند که هاپر در آن احساس راحتی می‌کند و می‌خواهد بیننده این را بداند (2018:154). از دید یک فرد نوروتیپیک هاپر جهانی از انزوا، تنهایی، افسردگی، نور و حس نوستالژی را برمی‌انگیزد. همچنین منتقدان نوروتیپیکال کارهای هاپر را ناشی از تنهایی عمیق او می‌دانستند. اما خود هاپر نظر دیگری داشت: «هنر بزرگ بیان بیرونی زندگی درونی در هنرمند است و این زندگی درونی منجر به بینش شخصی او از جهان خواهد شد» (Levin, 2007:89). همچنین از دید افراد طیف اوتیسم نگاه متفاوت هاپر نه از غم و اندوه، تنهایی، انزوا یا افسردگی بلکه از حس درونی او در به-تصویر کشیدن جزئیاتی است که با خلاصی از سرو صدای دنیای نوروتیپیکال‌ها زندگی روزمره را قابل مدیریت می‌کند (Boswell, 2018:97). ادراک و حساسیت‌های حسی غیر معمول یکی از ویژگی‌های اساسی ذهن اتیستیک است و از نشانگرهای اصلی این اختلال به‌شمار می‌آید (Robertson & Baron-Cohen, 2017:676). در بین بسیاری از مطالعات، علت رفتارهای کلیشه‌ای این افراد اختلال عملکرد سیستم پردازش حسی است که به صورت کم حسی یا بیش حسی جلوه می‌کند (201:44). Karimi et al. فرد دارای اختلال پردازش حسی، از خود تحریمی استفاده می‌کند تا بتواند مشکل محدود اطلاعات ورودی حسی از منابع مختلف (دیداری، شنیداری، لامسه، بینایی و بویایی) را جبران یا از تحریک بیش از حد جلوگیری کند (Smith, 2005:420). et al. این حساسیت‌ها به تفاوت‌های کلیدی در نحوه درک این افراد از جهان می‌انجامد (2022:253).

(Hadad & Yashar). چنان‌چه دونا ویلیامز استرالیایی^{۲۷} (۱۹۶۳-۲۰۱۷) نقاش، مجسمه‌ساز، موسیقی‌دان، نویسنده، سخنران و فعال حوزه اوتیسم که در دو سالگی تشخیص اسکیزوفرنی کودکی، در نه سالگی اختلال شخصیت و در بیست و هشت سالگی تشخیص اوتیسم گرفت، می‌توانست با شیوه متفاوتی از دیدن و دانستن حجم وسیعی از داده‌ها و جزئیات را در ذهنش ذخیره کند. نور را با حساسیت بالا ببیند و تجربه کند. در اوایل کودکی، لکه‌های رنگی را تجربه و افراد را به رنگ قرمز ببیند. این موارد توهم نبودند، بلکه به دلیل حساسیت شدید بینایی و دید او به نور ایجاد می‌شدند و در نقاشی‌هایش مانند سلسله جشن‌های شماره یک^{۲۸} (تصویر ۹) و رازل دازل^{۲۹} (تصویر ۱۰) نمود یافتند. ویلیامز در این زمینه می‌گوید: «ترفند نور یک توهم نوری است. ما چیزی را می‌بینیم که وجود ندارد، یا چیزی را می‌بینیم که فکر می‌کنیم یک چیز است. سپس از زاویه‌ای دیگر به آن نگاه می‌کنیم و متوجه می‌شویم که دیدگاه ما تغییر کرده و متفاوت است» (URL8) (Williams, 2015:154). بدین ترتیب برای فرد اتیستیک خلاق و هنرمند، تحریک حواس توسط پدیده‌ها یا احساس بیش‌آگاهی از محیط به ادراکات حسی درونی و ذهنی می‌انجامد که «کیفیات ذهنی» یا «تجربه حقیقی چیزها» نامیده می‌شود. به‌عنوان مثال تجربه مستقیم رنگ‌ها، درد، بو و خشم مثال‌هایی از کیفیات ذهنی^{۳۰} هستند. دانیل دنت^{۳۱} فیلسوف آمریکایی چهار ویژگی را به کیفیات ذهنی اختصاص داده است: ۱- وصف‌ناپذیر: ادراکات را نمی‌توان به وسیله دیگری، جز تجربه مستقیم، منتقل کرد یا دریافت. ۲- ذاتی: ادراکات ویژگی‌های غیررابطه‌ای هستند که بسته به رابطه تجربه با چیزهای دیگر تغییر نمی‌کنند. ۳- خصوصی: مقایسه بین فردی کیفیات به‌طور سیستماتیک غیر ممکن است (شما نمی‌توانید آنچه را که من می‌دانم یا تجربه می‌کنم بدانید یا تجربه کنید) و ۴- قابل درک مستقیم یا بی‌واسطه در آگاهی: تجربه و دانش کامل درباره کیفیت یا خاصیت چیزی. به‌عنوان مثال، فردی که با رنگ قرمز آشناست همه چیزهایی را که باید درباره «قرمز» بداند، می‌داند (Denett, 1988:63). برای این اساس ادراک رنگ، فرم، بافت و چیده‌مان برای

هر هنرمند مانند اثر انگشت کاملاً منحصر بفرد است و بستگی به نحوه دیدن و تفسیر او دارد.



تصویر ۹. سلسله جشن‌های شماره یک، دونا ویلیامز (URL2).



تصویر ۱۰. رازل دازل، دونا ویلیامز (URL3).

ممکن است همه هنرمندان اتیستیک آثار چشمگیری مانند وار هول، ویلتشایر، هاپر، ویلیامز و غیره به دنیای هنر ارائه نداده باشند، اما کار چنین هنرمندانی چشم ما را به این واقعیت باز می‌کند که افراد طیف اوتیسم ممکن است خلاقیت خود را متفاوت از انتظارات افراد نورو تپیکال ابراز کنند (Roth, 2020:502). به گونه‌ای که آثار این هنرمندان و شرایط مرتبط با آن از طریق «جنبش هنر بیرونی»^{۳۲} مورد توجه قرار گرفته است. تا جایی که کار دینال هنر خلق شده توسط این افراد را «هنر اتیستیک»^{۳۳} نامید. افرادی که «خارج از سیستم هنرهای زیبا، آثاری بر اساس تجربیات خود، از اعماق شخصیت خود، برای خود و نه هیچ‌کس دیگر، با اصالت در مفهوم، موضوع و تکنیک تولید می‌کنند که به عنوان ترکیب‌های هنری معنادار و هدفمند شایسته احترام هستند» (Cardinal, 2009:1461).

نتیجه‌گیری

این مقاله به بررسی رابطه تقابلی بین دو چارچوب هنر درمانی و هنر معلولیت با استفاده از مطالعات انتقادی معلولیت در مواجهه با افراد طیف اوتیسم پرداخته است. در یک سو، مدل پزشکی وجود دارد که تمامی مشکلات را به خود فرد معطوف می‌سازد و بر پایه تواناسالاری شخص معلول را به سمت دنیای ایده‌آل و هنجاری سوق می‌دهد تا توسط جامعه پذیرفته شود. در این مدل، هنر درمانی به عنوان یک نوع مداخله و ابزار برای بهبود و در نهایت درمان نواقص فردی و رفتاری استفاده می‌شود. متخصصان بهداشت و درمان، به خصوص روانشناسان، عاملیت اصلی در این زمینه را بر عهده دارند. آن‌ها منطق نهادی اصلی و هدف خود را در تواناسالاری، بهبود و از بین بردن علائم اوتیسم عدم تعامل اجتماعی، داشتن رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری می‌دانند. اما از آن جاکه روابط ایجاد شده میان فرد و متخصص بر پایه پزشک بیمار و با هدف درمان شکل گرفته است، در بیشتر موارد شخص به عنوان دیگری شمرده شده، روابط قدرت میان آن‌ها حکمفرما است. از سوی دیگر، هنر معلولیت در تلاش است تا با استفاده از مدل اجتماعی، تمامی مرزبندی‌های ایجاد شده توسط هنر درمانی را از میان بردارد. به گونه‌ای که فرد اتیستیک را به مثابه یک هویت متفاوت معرفی می‌کند. همچنین برخلاف هنر درمانی نشان می‌دهد که چگونه هویت‌های اتیستیک بینش‌های پراهمیتی در مورد چگونگی بسط و بازاندیشی ایده‌های مرتبط با «عادی بودن» یا «توانایی» شناختی دارند. پس در مقابل پزشکی کردن هنر مربوط به معلولیت و برنامه‌های هنر درمانی که اغلب تنها آموزش هنری در دسترس افراد معلول است و حتی برنامه‌های آن برای ارائه آموزش حرفه‌ای مراجعان در نظر گرفته نشده‌اند- هنر معلولیت علائم و ویژگی‌های فرد اتیستیک (که در مدل پزشکی نقصان شمرده می‌شود) را به نقاط قوت او تبدیل می‌کند. به عبارت دیگر هنر درمانی یک روش نظام‌مند (سیستماتیک) و تمرینی در مواجهه با هنر است که اغلب در مراکز درمانی انجام می‌شود و تمرکز را بر بهبود و توانبخشی معطوف می‌سازد. در مقابل هنر معلولیت، نوعی هنر رسمی و پذیرفته شده از

سوی جامعه هنری است که در گالری‌ها، نمایشگاه‌ها و موزه‌ها و... به نمایش درمی‌آید و شخص هنرمند، آثار و توانایی‌هایش به واسطه برچسب ناتوانی شناخته می‌شود.

پی‌نوشت

۱. هر چند در زبان فارسی و در ادبیات رشته‌هایی چون روانشناسی از واژه‌های «ناتوانی» و «کم‌توانی» به جای Disability استفاده می‌شود، اما موارد چندی سبب شد تا در این مقاله «معلولیت» جایگزین این واژه‌ها گردد. این مقاله برگرفته از رساله نویسنده اول با عنوان «ویکرد انسان‌شناسی فرهنگی به هنر درمانی اوتیسم با تاکید بر فرهنگ جنوب (نمونه موردی استان هرمزگان)» است. در بخشی از مطالعات میدانی، محقق با والدین درباره اتلاق واژه مناسب برای مساله فرزندانشان صحبت کرد. اگر چه بیشتر آن‌ها اذعان داشتند که تغییر نام تاثیری در رفع مشکل یا ارائه خدمات ندارد، با این حال واژه معلولیت را حاوی بار منفی و عاطفی کمتری نسبت به ناتوانی و کم‌توانی دانستند (لازم است تا این موضوع از زاویه فرهنگی اعتبارسنجی شود). همچنین در سازمان‌ها و برنامه‌های مرتبط با این افراد کلمه معلولیت همچنان مرسوم است. چنانچه کارت‌های صادره از سوی بهزیستی عنوان «کارت معلولیت» دارد و در سال ۱۳۹۶ «طرح توسعه و تقویت برنامه‌های هنر درمانی» بهزیستی (که در کل کشور اجرائی شده) با عنوان «طرح هما» و برگرفته از اول کلمات «هنرمند معلول ایرانی» است. شایان ذکر است، به کار بردن کلمات ناتوانی و کم‌توانی با اهداف و برنامه‌های مطالعات معلولیت و مفهوم تنوع عصبی، که سعی در از بین بردن طبقه‌بندی و جداسازی میان افراد مختلف انسانی دارد، مطابقت نمی‌کند. علاوه بر این تعیین «هنر ناتوانی» یا «هنر کم‌توانی» برابر با Disability Art، تاثیر منفی در خواننده ایجاد خواهد کرد که این امر با جایگزین کردن «هنر معلولیت» تا حدی مرتفع می‌شود. با آگاهی از این موارد، در بیشتر بخش‌های این مقاله، از کلمه «معلولیت» استفاده کرده‌ایم. این کلمه به لحاظ معنایی با واژه‌های ناتوانی و کم‌توانی برابر است.

2. Critical Disability Studies

3. Disability Art

۴. دیدگاه پدرسالارانه «patriarchal view» درباره معلولیت بر آن است که افراد سالم از قدرت، تسلط و امتیاز بیشتری نسبت به معلولان برخوردارند. پس تمامی قوانین به نفع افراد معمولی (نوروتیپیکال) وضع می‌شود. در این دیدگاه ساختار اجتماعی معلولیت انکار می‌گردد. افراد جنبش حقوق مدنی معلولان معتقدند در طول سال‌ها اصطلاحات مربوط به این افراد که اغلب توسط قشرهایی مانند پزشکان و مذهب‌یون ایجاد شده و تداوم یافته است توهین‌آمیز تلقی می‌شود. بسیاری از آن‌ها ذاتاً پدرسالارانه هستند و این تصور را القا می‌کنند که افراد معلول همواره به مراقبت نیاز دارند. (Clark & Marsh, 2002: 73).

5. Conditions

۶. «تنوع عصبی» یا «تنوع نورو» که ترجمه جدید و نوظهور از واژه انگلیسی Neurodiversity است، به تنوع طبیعی در ساختار و عملکرد مغز اشاره دارد. این مفهوم شامل وضعیت‌ها و شرایطی مانند: اوتیسم، افسردگی و اختلال‌های حافظه است. در مواجهه

با این وضعیت‌ها، به جای معرفی آن‌ها به عنوان اختلال‌ها یا بیماری‌هایی که نیاز به «درمان» دارند، مفهوم «تنوع عصبی» آن‌ها را به منزله بخشی از تنوع انسانی و ویژگی‌های طبیعی می‌پذیرد. از آن‌جا که این اصطلاح در فرهنگ فارسی نسبتاً جدید است، در این مقاله توصیه می‌شود که به استفاده از این واژه با یک نگاه مثبت و پذیرشی نسبت به تنوع ذهنی پرداخته شود.

۷. «متخصصان هنر درمانی به عنوان درمانگران بالینی در دانشگاه تهران در بخش پزشکی کاملاً شناخته شده‌اند. یک هنر درمانگر با ۲۰۰۰ ساعت تماس مستقیم با مراجع تحت نظارت یک سوپروایزر به عنوان یک درمانگر بالینی دارای مجوز شناخته می‌شود. هم بیمارستان روانپزشکی و هم گروه پزشکی دانشگاه تهران درخواست گنجاندن یک برنامه هنر درمانی و یک درمانگر هنری برای آموزش دانشجویان پزشکی را داشتند. احساس می‌شد بیماران روانی با هنر/ هنر درمانی بهتر درمان می‌شوند» (Stoll, 1997: 183, cited 2005, from St Martin).

۸. بریتانیا و آمریکا دارای هنر درمانی توسعه یافته‌ای هستند و اغلب الگوهایی برای بقیه جهان به شمار می‌آیند. تاد دهه اول قرن بیستم و یکم اعلام شد که تنها سی و سه کشور دارای انجمن هنر درمانی هستند. هنر درمانگران و متخصصان باید دارای مدرک کارشناسی ارشد در هنرهای تجسمی و روانشناسی باشند (Kim & Lor, 2022: 163).

9. Disability Studies

۱۰. سیلورمن کلمه treatment را به کار برده است که در بیشتر موارد در فارسی معادل کلمه cure یا درمان است.

11. Deinstitutionalisation

۱۲. «حرفه یکپارچه بهداشت روان و خدمات انسانی که زندگی افراد، خانواده‌ها و جوامع را از طریق هنرسازی فعال، فرآیند خلاق، نظریه روانشناختی کاربردی و تجربه انسانی در یک رابطه روان‌درمانی غنی می‌کند» (American Art Therapy Association).

12. Ableism

13. Disablism

14. Impairment

15. Retrospective

16. Metarepresentation

17. Mind-Blindness

18. Neurodivergent Artists

19. Homecoming

20. Stephen Wiltshire

21. Pattern Thinking

22. Gregory Blackstock

23. Ian Stewart

24. Edward Hopper

25. Nighthawks

26. Donna Williams

27. Celebration Series 1#

28. Razzle Dazzle

29. Qualia

30. Daniel Dennett

(2), 138-156.

Cardinal, R., (2009). Outsider Art and the autistic creator, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364 (1522), 1459-1466.

Clark, L., & Marsh, S., (2002). Patriarchy in the UK: The language of disability, *The Disability Archive UK*.

Clift, S. M., Camic, P., Chapman, B., Clayton, G., Daykin, N., Eades, G., & White, M., (2009). The state of arts and health in England, *Arts & health*, 1 (1), 6-35.

Dennett, D. C., (1988). *Quining qualia. Consciousness in contemporary science*, 42-77.

Devlieger, C., (2018). *Disability, the Cambridge Encyclopedia of Anthropology*.

Eyal, G., (2013). For a sociology of expertise: The social origins of the autism epidemic, *American Journal of Sociology*, 118 (4), 863-907.

Fein, E., (2011). *Innocent Machines: Asperger's Syndrome and the Neurostructural Self. In Sociological reflections on the neurosciences*, Emerald Group Publishing Limited.

Fitzgerald, M., (2005). *The genesis of artistic creativity: Asperger's syndrome and the arts*, Jessica Kingsley Publishers.

Fein, E., (2011). *Innocent Machines: Asperger's Syndrome and the Neurostructural Self. In Sociological reflections on the neurosciences*, Emerald Group Publishing Limited.

Fitzgerald, M., (2005). The genesis of artistic creativity: Asperger's syndrome and the arts, Jessica Kingsley Publishers.

Fombonne, E., (2005). The Changing Epidemiology of Autism, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18 (4): 281-294.

Ginsburg, F. & Rapp, R., (2013). Disability Worlds, *Annual Review of Anthropology*, 42 (1), 53-68.

Goodley, D., Lawthom, R., Liddiard, K. L., & Runswick-Cole, K., (2019). Provocations for critical disability studies, *Disability & Society*, 34 (6), 972-997.

Goodley, D., & Runswick Cole, K., (2011). The violence of disablism, *Sociology of health & illness*, 33 (4), 602-617.

Grinker, R., (2010). Commentary: On being autistic, and social, *Ethos* 38 (1):176-83

Grinker, R., (2008). *Unstrange Minds, Remapping the World of Autism*, publisher, Basic Books.

Hadad, B. S., & Yashar, A., (2022). Sensory perception in autism: What can we learn?, *Annual review of vision science*, 8, 239-264.

Hall, Melinda C., (2019). *Critical Disability Theory*, Stanford Encyclopedia of Philosophy.

Hammell, K. W., (2006). *Perspectives on Disability & Rehabilitation: Contesting Assumptions*, Challenging Practice, Toronto: Elsevier Health Science.

Haslam, M., (2005). Modernism and Art Therapy, *Canadian Art Therapy Association Journal*, 18 (1), 20-27.

Junge, M. B., (2016). *History of art therapy*, The Wiley handbook of art therapy, Marcia L. Rosal.

Karimi, L. S., Hosseini, S. E. & ManzariTavakoli, F.,

31. Outsider Art Movement
32. Autistic Art

منابع

رجبی بهجت، ب. (۱۳۹۰). *طراحی و آزمایش یک برنامه‌ی هنردرمانی به‌منظور بهبود تعامل اجتماعی دانش آموزان در خودمانده ۱۲-۶ ساله*. استاد راهنما مهناز اخوان تفتی. استاد مشاور علی زاده محمدی. کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. رشته روان‌شناسی تربیتی. دانشگاه الزهراء. تهران.

سیداسماعیلی قمی ن.، شریفی درآبادی پ.، رضایی س.، دلاور علی. (۱۴۰۰). تدوین و ارزیابی اثربخشی برنامه‌ی نقاشی‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان اوتیسم با عملکرد بالا. *روان‌شناسی مدرسه*.

ملک زاده‌پری. (۱۳۸۹). نگاهی به نقاشی واقع‌گرا در آمریکا. *جلوه هنر*، ۲ (۲) ۵۷-۶۹

میرشمیرانی، ن. (۵۹۳۱). *تأثیر موسیقی‌درمانی بر بهبود مهارت‌های کلامی و غیرکلامی کودکان مبتلا به اوتیسم*. استاد راهنما حسن ریاحی. استاد مشاور عبدالحسین مختاباد. کارشناسی ارشد دانشکده هنر و معماری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی. وکیلی‌زاد ن. (۶۹۳۱). «تأثیر آموزش سفالگری بر کفایت اجتماعی و رفتارهای کلیشه‌ای کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم». استاد راهنما دکتر سعید زاویه. استاد راهنمای بخش عملی امیر قمرانی، استاد مشاور محمود کارگر. کارشناسی ارشد. رشته صنایع دستی. دانشکده هنرهای کاربردی. دانشگاه هنر تهران.

References

Alter-Muri, S. B., (2017). Art education and art therapy strategies for autism spectrum disorder students. *Art Education*, 70 (5), 20-25.

Bagatell, N., (2010). From cure to community: transforming notions of autism. *Ethos* 38 (1): 34-58.

Baron-Cohen, S., (2000). *Theory of mind and autism: A fifteen year review*, New York, Oxford University Press.

Barnes, C., & Mercer, G., (2010). *Exploring Disability*, Cambridge: Polity.

Behbehani, A. A. (2015). A portrait of a nation: Culturally sensitive art therapy in the Arab world. *The Wiley handbook of art therapy*, 735-744.

Belek, B., (2019). An anthropological perspective on autism, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 26 (3), 231-241.

Boswell, R. S., (2018). *The Art of Seeing Differently: The Bridge Language of Process and Function of the Autistic Artist*, a thesis presented to Pacific Northwest College of Art.

Campbell, F. K., (2019). Precision ableism: A studies in ableism approach to developing histories of disability and abledment, *Rethinking History*, 23

- ASD. *The neuropsychology of autism*, 97-120.
- Sacks, O., (1995), *An Anthropologist on Mars: Seven Paradoxical Tales*, London: Picador.
- Schweizer, C., Knorth, E. J., & Spreen, M., (2014). Art therapy with children with Autism Spectrum Disorders: A review of clinical case descriptions on 'what works', *The Arts in Psychotherapy*, 41 (5), 577-593.
- Seyedesmaili Qomi, N., Sharifi Darabadi, P., Rezaei, S., & Delaware, A., (2022). Compilation and evaluation of the effectiveness of the drawing therapy program based on mindfulness on the social skills of high-functioning autistic students, *School Psychology*, 10 (2), (Text in Persian).
- Shakespeare, T., (2017). *Disability: the basics*, Routledge.
- Shakespeare, T., (2006). The social model of disability, *the disability studies reader*, 2, 197-204.
- Skubby, D., (2012). *A history of medical practices in the case of autism: A Foucauldian analysis using archaeology and genealogy*, The University of Akron.
- Silverman, C., (2008). Fieldwork on another planet: social science perspectives on the autism spectrum, *BioSocieties*, 3 (3): 325-41.
- Smith, S. A., Press, B., Koenig, K. P. & Kinnealey, M., (2005). Effects of sensory integration intervention on self stimulating and self-injurious behaviors. *American Journal of Occupational Therapy*, 59 (4), 418-425.
- Solvang, P. K., (2018). Between art therapy and disability aesthetics: A sociological approach for understanding the intersection between art practice and disability discourse, *Disability & Society*, 33 (2), 238-253.
- Stoll, B., (2005). Growing pains: The international development of art therapy', *The Arts in Psychotherapy*, 32: 3, 171-91.
- Sutherland, J., (2008). "Choices, Rights and Cabaret. Disability Arts and Collective Identity." In Disability on Equal Terms edited by J. Swain and S. French, 79-89. London: Sage.
- Tremain, S., (2017). *Foucault and feminist philosophy of disability*, University of Michigan Press.
- Vakilizad, N., (2018). The effect of pottery training on social competence and stereotyped behaviors of children with autism spectrum disorder, Supervisor: Saeed Zawiyah, supervisor of the practical department: Amir Qumrani, consultant professor: Mahmoud Kargar, master's degree, field of handicrafts, Faculty of Applied Arts, *Tehran University of Art*, (Text in Persian).
- Van Lith, T., Stallings, J. W., Harris, C. E., (2017). Discovering Good Practice for Art Therapy with Children Who Have Autism Spectrum Disorder: The results of a Small Scale Survey. *The Arts in Psychotherapy*, 54: 78-84.
- Van Lith, T., Bullock, L., Rahimian, E. & Moghaddam, K., (2016). A landscape of art-based therapeutic practices in Iran, *Journal of Applied Arts & Health*, 7 (1), 7-23.
- Wilcox, S., (2020). Art, Disability, and Pediatrics: Applying a Disability Studies Framework, *Art Therapy*, 37 (2), 70- 75.
- (2017). The Effects of Sensory Integration Therapy on Physical and Motor Activity of Children with Autism Spectrum Disorders in Shiraz. *Report of Health Care*, 3 (2), 42-50, (text in Persian).
- Kim, K. S., & Lor, M., (2022). Art Making as a Health Intervention: Concept Analysis and Implications for Nursing Interventions, *Advances in Nursing Science*, 45 (2), 155-169.
- Levin, G., (2007), *Edward Hopper, An Intimate Biography*, New York: Rizzoli Publications International.
- Malchiodi, C. & McNiff, S., (2007). *Expressive therapies*, New York: The Guilford Press
- Malekzadeh, P., (2009), A look at realist painting in America, *Glory of Art (Jelve-y Honar)*, 2 (2), 57-69, (text in Persian).
- Martin, N., (2009). Art therapy and autism: Overview and recommendations, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 26 (4), 187-190.
- Masefield, P., (2006). *Strength: Broadside from Disability on the Arts*. Stoke on Trent: Trentham Books.
- McKenzie, R., (2012). *A different way to think about creativity: The case of autism and outsider art*. In Creative Engagements with Children: International Perspectives and Contexts.
- McNiff, S., (2012). *Art heals: How creativity cures the soul*. Boston, MA: Shambhala.
- Mirshemirani, N., (2016). The Effect of Music Therapy on Improvement of Verbal and Nonverbal Skills of Children with Autism, Supervisor Hassan Riahi, Advisor Abdolhossein Mokhtabad, MA Faculty of Art, Department of Music, *Islamic Azad University, Central Tehran Branch*, (Text in Persian).
- Mosgaard, J., (2018). *Therapy as anthropology*, Cultural psychology of intervention in the globalized world.
- Nash, M. C., (2002). *The arts as cultural intervention for people with learning disabilities*, University of London press.
- Newsinger, J., & Green, W., (2016). Arts Policy and Practice for Disabled Children and Young People: Towards a 'Practice Spectrum' Approach, *Disability & Society*, 31 (3), 357-372.
- RajabiBehjat, B., (2011). Designing and testing an art therapy program to improve the social interaction of 6- 2 year old students, Supervisor Mahnaz Akhwan Tafti, Advisor Ali zadehMohammadi, MA, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Department of Educational Psychology, *Alzahra University, Tehran*, (Text in Persian).
- Reaume, G., (2014). Understanding critical disability studies, *Canadian Medical Association Journal*, 186 (16), 1248-1249.
- Robertson C.E, Baron-Cohen S., (2017). Sensory perception in autism. *Nat. Rev. Neurosci.* 18 (11) :671-84
- Roth, I., (2020). Autism, creativity and aesthetics. *Qualitative Research in Psychology*, 17 (4), 498-508.
- Rozga, A., Anderson, S., & Robins, D. L. (2011). Major current neuropsychological theories of

- Williams, D., (2015). *Somebody somewhere: Breaking free from the world of autism*. Crown.
- Yi, C. S. & Moon, C. H., (2020). Art Therapy and Disability Studies. *Art Therapy*, 37 (2), 59–61.
- Zapella, C., (2018), *'Hopper, Nighthawks'*, KhanAcademy.

Explaining the Intersection of Art and Disability in Dealing with People on the Autism Spectrum

Zohreh Moradi²

Mehdi Keshavarz Afshar³

Reza Afhami⁴

Received: 2023-04-17

Accepted: 2023-10-21

Abstract

In the field of medical literature, autism was first conceptualized by Swiss psychiatrist Eugen Bleuler as a sign of childhood schizophrenia. Leo Kanner, an American-Austrian psychiatrist, described this concept as a distinct disorder in 1943. During the 1960s and 1970s, research on this new syndrome became increasingly prevalent, but there was still much confusion surrounding it. Only a few individuals, even those working in the medical field, were aware of this condition, and only a handful of cases of autism had been documented. Some researchers and physicians still interpreted it as a form of childhood schizophrenia, while others considered the characteristics of autism to be related to brain dysfunction, mental retardation, or child psychopathology. In the 1980s, systematic research on autism increased, and researchers introduced biological factors such as deficits in theory of mind and mirror neurons as the primary causes of this abnormality. Autism was then officially classified as a distinct and diagnosable disorder within the wide spectrum of cognitive and behavioral dysfunctions in the DSM-III. It was separated from childhood schizophrenia, and the term "Asperger's syndrome" became commonly used. However, it was still thought to be a very rare occurrence. In the 1990s, more precise assessment criteria for this abnormality were formulated in the DSM-IV, and autism was described as a lifelong condition (lifetime) in individuals, classified under mental disorder number 299, and characterized by the triad of symptoms: weak social interaction, communication deficits (both verbal and non-verbal), and the presence of repetitive, stereo-

1. DOI: 10.22051/jjh.2023.43481.1969

2- Zohreh Moradi, PhD Student of Art Research, Faculty of Art and Architecture, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Email: zohrehmoradi@modares.ac.ir

3. Mehdi Keshavarz Afshar, Assistant Professor, Department of Art Studies & Art History, Faculty of Art and Architecture, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran, Corresponding Author.

Email: m.afshar@modares.ac.ir

4. Reza Afhami, Associate Professor, Department of Art Research, Faculty of Art and Architecture, Tarbiyat Modares University, Tehran, Iran.

Email: afhami@modares.ac.ir

typed, and restricted behavioral patterns. Awareness of autism increased during the last two decades of the twentieth century. This trend grew to the point where autism became the most rapidly spreading among all developmental disabilities worldwide and turned into a global public health concern. So much so that in the DSM-5 (2013), the triad of autism symptoms was consolidated into two categories: "communication-social disorders and restricted, repetitive behaviors," Asperger's syndrome was removed from the manual, and autism was included as a wide spectrum of cognitive and behavioral dysfunctions, officially referred to as "Autism Spectrum Disorder."

This definition of autism fits within the medical mode of disability. In this model, autism is considered a global neurocognitive disorder with consistent biological foundations, characterized by core symptoms and features (lack of eye contact, repetitive movements, etc.) based on deviations from normal and normative behavior. By officially recognizing autism as a new category of "developmental disabilities," a new institutional matrix was formed, comprising social therapy, specialized education, and intervention programs. Social institutions, particularly psychiatry and psychology, played a role in shaping the hegemonic discourse that labels autism primarily as a deficiency, disorder, and illness, which will ultimately be identified and treated through continuous efforts by scientific experts. However, the approach to these individuals was not that of treating an illness but rather leaned towards "rehabilitation," emphasizing empowerment and capacity-building. Thus, various interventions were deemed necessary for two purposes: reducing autism symptoms and improving essential communication skills, social skills, and behavioral functioning. Art therapy is one of these interventions.

On the opposite pole of the medical model is the social model of disability, which is created by disabled individuals themselves and looks at the barriers created by society in terms of the full participation of disabled individuals in everyday life. According to this model, disability is not only located in the body but is created by social and material conditions that render various minds and bodies "disabled" in terms of full participation. With this model, autism can be seen as a personal, family, and social experience. It also acknowledges autistic individuals as having emotions, feelings, and social relationships that are influenced by the cultural values of the societies they live in. In this way, the individual is viewed as disabled by societal shortcomings, and instead of focusing solely on autism as an illness, it examines the individual as a human, social, and cultural phenomenon. Therefore, it not only seeks to amend and treat the person but also employs various methods, including art in addressing the definitions of autism within the medical model in expressing their identity. In recent years, autism spectrum disorder has gained attention as a social and medical issue within the realms of scholarly and critical studies on disability. One of the primary branches of these studies focuses on the intersection of art and disability, which can be examined through two distinct perspectives: art therapy and disability arts. This article explores the complex intersection between art, rehabilitation, and disability, as well as how art interacts with disability from the perspectives of both the medical and social models. When we talk about intersection, we are referring to a discourse that relates an individual's life, artistic practices, and power relationships. This form of intersection and relationship shapes ideas about what disability is and how it should be addressed. By juxtaposing art therapy alongside the principles of neurodiversity and disability art, the differences between them and their approaches to individuals within the autism spectrum become evident. Based on this, the authors aim to move away from art therapy and the medical model, considering the social model to answer the following questions: How can disability art break down boundaries such as othering, power imbalances between the therapist and the client, and ableism perpetuated by art therapy? Additional-

ly, how does art respond to the repetitive behaviors and stereotypes considered as core symptoms of individuals within the autism spectrum? This article employs a descriptive-analytical approach to analyze the concepts presented in critical disability studies and investigate the intersection between art therapy and disability art. Information is gathered through library resources, including written and online sources, translations of books and articles, and it emphasizes the concept of neurodiversity - which presents neurological disorders not as disorders but as diversity in human understanding - in exploring how these two artistic frameworks differ in their encounters with individuals within the autism spectrum. The results obtained from examining the conflicting relationship between the two frameworks, art therapy, and disability art, using critical disability studies in the context of individuals within the autism spectrum, demonstrate the following: On one side, there is the medical model that attributes all problems to the individual with disabilities and, based on the concept of empowerment, directs the disabled individual towards an ideal and normative world for acceptance by society. In this model, art therapy is used as an intervention and tool for improving and ultimately curing individual and behavioral deficiencies. Healthcare professionals, particularly psychologists, play a central role in this field. They view their primary task and objective as empowerment, improvement, and the elimination of autism symptoms such as social interaction deficits and repetitive behaviors. However, since the relationships established between the individual and the expert are based on the doctor-patient model and aimed at treatment, in most cases, the individual is considered as the other, and power relations between them are formative.

On the other hand, disability arts aim to dismantle all the boundaries created by art therapy using the social model. It presents an autistic individual as a distinct identity. Unlike art therapy, it illustrates how autistic identities offer valuable insights into reimagining and expanding ideas related to "normalcy" or cognitive abilities. In contrast to medicalizing disability-related art and art therapy programs, which often solely provide art education and do not consider professional training for participants, disability arts transform the signs and characteristics of an autistic individual (considered deficits in the medical model) into strengths. In other words, art therapy is a systematic and therapeutic approach to art that is often conducted in clinical settings, with a focus on improvement and rehabilitation. In contrast, disability arts represent a recognized and accepted form of art within the artistic community, displayed in galleries, exhibitions, museums, etc. The artist's work and abilities are acknowledged with the label of disability. In essence, while art therapy seeks rehabilitation or "normalization," disability arts, which belong to disability studies, challenge this perspective by using a new paradigm called "neurodiversity." This paradigm does not see conditions like autism as disorders to be fixed but as alternative ways of living. In this context, the autism spectrum represents a range of cognitive styles and ways of experiencing the world. Disability arts, originating from lived experiences, challenge societal norms and resist dominant narratives, attempting to shift the conversation from "curing" or "overcoming" disability toward acceptance, empowerment, and celebration.

Keywords: Disability Arts, Art Therapy, Critical Disability Studies, Autism Spectrum Disorder