

# 藝術治療活動深化癌末病患 情緒內涵之研究

陳麗娟\* 何長珠\*\*

## 摘要

本研究是透過陪伴三位癌末病患，以「簡單藝術媒材」為媒介，為期8-10次、每次時間約一至一個半小時，總計陪伴時間約一至一個半月，進行「藝術即治療」(Art as therapy)之理論取向為主的藝術治療活動。研究目的主要是透過參與藝術創作之自我探索與頓悟、並藉由其創作成品引導深度訪談，同時輔以藝術活動觀察之紀錄，以質性研究詮釋性之分析據以探討癌末病患面對死亡將至之終極困境其內在真實情緒之內涵，以及參與藝術治療活動後之主體體驗與感受。

研究結果發現(一)癌末病患深化的情緒內涵呈現出層層包裹的情緒團；(二)因參與藝術創作浮現當事人重要生命意義；(三)參與藝術治療活動歷程之體驗為：達到情緒宣洩與情感支持，藝術創作提升自我覺察、自我了解與自我肯定，重新發現死亡焦慮，重新排序未竟事務，柔化護病關係，與整體生命圓滿充實感。最後集結所有創作品所製作完成的

---

\* 中台科技大學護理系教師

\*\* 南華大學生死學系所授

「生命書」則為癌末患者最後的生命時光留下真實生命之註記。

**關鍵詞：**癌末患者、藝術治療活動、情緒內涵

# **A Study of the Deepening Effect of Art Therapy Activities upon the Emotional Context of Terminal-ill Patients**

Chen, Li-Chuan\*    Ho, Chang-Chu\*\*

## **Abstract**

The Qualitative Research was conducted to explore individual experience of a nurse-guided art-therapy program (ATP) for three terminal-ill patients. The major aims of this Qualitative research were to develop an art-therapy program (ATP) for terminal ill patients as well as to explore the experience of individuals who participated at this program. Taking an “art as therapy” approach, the ATP consisted of 8-10 sessions of 60-90 minutes of art-therapy activities. During the art-therapy sessions, the participant’s self-exploration and self-awareness were encouraged for her catharsis; observations from the researcher and in-depth interview were also conducted to clarify and to further explore the participant’s subjective experience, feelings of her art creation and her emotional context. Hermeneutic analysis was used to analyze data collected from observations and interviews.

The results find out that the deepening effects of the ATP on these

---

\* Instructor, Dept. of Nursing, Central Taiwan University of Science and Technology.

\*\* Professor, Dept. of Life and Death Studies, Nanhua University.

patients were manifold: (a) the deepening effect of art therapy activities shows that emotional context under psychologize dynamic, (b)the emergence of major meanings of life, and (c)conclusion of the experience of these three patients in art-therapy activities includes the decrease in stress and the increase in emotional support. In addition the ATP also provided with this patient a chance to achieve self-examination and to re-define the definition of life events through life overview. Re-evaluate the anxiety of death. To re-arrange the order of unfinished issues. Alleviation of the nurse-patient relationship, and make one's life complete. Finally, the final product of the ATP, "Life Book," a collection of her art work, was to leave a final notes toward the end of her life.

**Keywords:** *art therapy activities, rminimal-ill patients, otional context*

## 壹、緒論

### 一、研究緣起與目的

#### (一) 護理照護之「無力感」

護理是一個不容易的職業，沒有一個如此的職業得天天接受病苦的軀體。反省過去的護理經驗其實就護理照顧而言，從事「技術性的關係」是容易的；但是要捲入「病人與病痛的關係」或是「病人與其罹病後心理意義的關係」，卻是令人手足無措。傳統養成教育與臨床實務多重視技術層面之訓練，因此在臨床照護上欲實踐病患的心理照顧常是不得其門而入，而身陷無力感之泥沼。所以如何在癌末病患其「生—死掙扎」及「由生入死」的過程中，適時注入「醫療系統中的人性關懷」之手，是本研究所欲探討的焦點。尤其，站在健康者世界的安全堡壘之內，面對那正處在生、死極限處境掙扎之癌末病患，我們的言語安慰總是薄弱無力。臨床實務經驗中發現癌末病患其內在心理困境，常常是隱藏在醫療技術性處遇之下，「心苦」難言，複雜糾葛自理不清的情緒內涵，面對醫護人員亦不知如何啟口。以至於現今醫療照護雖一再強調全人照護、人性化照護，但心理或心靈層次之著力仍是有待整合及努力，尤其目前國內醫療系統在臨床實務上，只有部分的安寧緩和病房，對於癌末病患的心理與靈性照顧輔以心理師、社工師或宗教師等具體介入之方式來努力，但是有更多的癌末病患在安寧病房或非安寧病房，同樣是生死掙扎的存在處境，卻無法得到完善的心理照顧。在此一困境下，若再僅以傳統語言之支援、協助，則無可避免的常會面臨病患之防衛與否認（倪傳芬，2002）。意即給

予癌末病患再多的言語安慰，也難以撫平那「心傷」之痛。

## (二) 邂逅—藝術治療

「藝術治療」原是生命經驗以外之事，她卻意外的進入了生命，激起澎湃的心理翻騰，深陷之後，至今，難以自拔。初次邂逅藝術治療是在學校的課程中，體驗繪畫、舞蹈、戲劇與一系列的沙遊歷程，接著是從協助指導教授對醫療系統志工之訓練課程中，得以更進一步體會多元媒材之心理催化，爾後則是有參與相關工作坊與研討會之經驗，之後，我已不再是原來的我。「藝術治療」讓我得以窺見那被命運、遭遇所囚禁的靈魂，也因此內心壓抑許久的悲傷得以釋放，潰堤的結果是情感淨化、認知重整，而能重新擁有清心的平靜，眼淚無聲的流洩之後原來可以如此的被安慰。其間深刻的經驗是，透過作品的「象徵」幫助我談話、談我的感覺，甚至當言語無法再深入時，卻仍然可以是溝通的方式。其次「作品」幫助我尋找所欲表達之語彙，而這一內在歷程往往能引發更多的分享與頓悟。同時，當藝術治療帶出了當下存在狀態的心理意涵時，似是一種命運的召喚，逼使著你不得不面對，除非甘心選擇逃避。透過「藝術治療」與靈魂的對話，是一種生命的自我回歸，「藝術治療」幫助我重新擁抱自己的靈魂。這一路靈魂冶煉的歷程雖然血淚斑斑，但藝術治療始終溫柔而靜謐的引領著生命走向澄淨。生命能量的奇妙之處即在於回首這一路對生命誠實、勇敢與負責的掙扎中，不自覺的——蛻變。

「藝術治療」開啟了生命中一趟藝術心靈之旅，在旅程中付出的是過人的勇氣投身參與、經歷無數暗夜裏的淚眼婆娑，最後得到的是重新激起的生命熱情。藝術治療讓我重新找到自己的「生命手杖」，藍色憂鬱，透過自己的雙手，可

以轉換成粉紅色憂鬱。而在臨床實務上，經由自身經驗『藝術治療』之歷程，讓我更懂得什麼是「人性化照護」，明白只要是人就有脆弱與痛苦需要抒發、被理解、被支持、被回應，藝術治療不僅可以讓病患被視為人，更可以協助其進一步觀看自己是一個什麼樣的人。因此，為了能更進一步貼近對癌末病患之心理層次的照顧，藝術治療活動的介入應可以是轉換癌末病患其心理照顧困境上的一雙推手。

## 二、研究之重要性

目前國內對藝術治療於癌末病患之應用尚在起步階段，國內對於藝術治療應用於癌症病患之研究多限於期刊發表，而碩博士論文方面也只有一篇癌末病童的個案量化研究。故目前國內尚無任何一篇碩博士論文是關於「成人」癌末病患之探討。基於以上之反省與發現，國內這方面之深入研究相當缺乏，因此研究者希冀結合個人臨床實務照顧經驗、藝術治療歷程之體驗與相關文獻探討，透過深入的質性研究，經由同時針對三位成人癌末病患其與藝術治療接觸之經驗，完成國內第一篇針對藝術治療運用於成人癌末病患之論文研究。亦即試圖以藝術治療活動的方式，協助在生死邊緣掙扎的癌末病患，於接受藥物治療之同時，能得到某種程度的情緒表達與被支持、陪伴之經驗。在安靜、安全、溫暖、信任的空間內邀請並陪伴病患進行藝術活動，並於談話中，協助病患得到「表露」、「宣洩」、「被支持」及「獲得資訊」的經驗。而對研究者來說，亦得以經歷使用藝術媒材（繪畫、黏土、音樂、說故事等）去瞭解及接觸癌症病患其獨特之人生體驗。

綜觀上述觀點，本研究目的如下：

- (一)透過藝術治療活動，了解癌末病患其內在晦暗不明之真實情緒內涵為何？
- (二)癌末病患參與藝術治療活動之主體經驗為何？
- (三)提供安寧或相關照護團隊一個更深度的關照面，做為臨終關懷之實務運作時注意事項的參考。

### 三、名詞釋義

#### (一)藝術治療 (Art-Therapy)

本研究所指藝術治療以「藝術即治療」之理論取向為主，以人本精神的支持性陪伴介入為原則，協助研究參與者自發性的表達，藉以探索自我內在，獲致成長。簡言之即是藉由藝術各種媒材之經歷，來催化當事人達到放鬆防衛、表達情緒、宣洩負面感受與完成心理轉化之模式。

#### (二)癌末病患 (terminal-ill cancer patients)

指癌症在主治醫師宣判為不可治癒，病情持續惡化，且有醫學證據，死亡已不可避免者。(本研究之研究參與者是癌末病患，他們通常已經經歷一段時間的病程與療程，其負向情緒造成的心理意義，在此歷程中逐漸被醞釀出)

#### (三)情緒內涵 (emotional context)

依研究者自身所下之定義：指被研究者所主觀感受到，任何與其陳述資料有關情緒內涵之內容與脈絡，如憤怒之下的絕望、恐懼之下的焦慮等。

## 貳、文獻探討

罹患癌症，對個人而言是全面性的衝擊，尤其疾病進展到末期，對身體、心理、心靈、生活、社會生活環境等都造



成衝擊。癌症對當事人所引發的是一個全面性的心理危機，對患者與家屬來說更是一個整體生活全面的失衡，因此需要適時的危機介入。藝術治療活動之優勢是超脫傳統口語表達之限制，在此更顯其無可替代之重要性。本章先著重在理解末期癌症患者其心理與靈性議題，再介紹藝術治療之理論特質，最後則探討藝術治療應用之相關研究。

## 一、癌末患者之心理與靈性議題

末期病人對於死亡的認識雖如其他人，但「因病而死」的巨大壓力以及不同的人生發展階段，將使末期病人的心理衝擊與心理適應更形複雜。

### (一)死亡恐懼下的心理困境

引發癌末病患之情緒困擾與心理痛苦，根本的源頭是來自於患者自身遭受死亡威脅的恐懼。死亡恐懼有不同的理由：喪失自我、對死亡的未知、痛苦及受苦、失去贖罪與救贖、倖存者的生活照顧等（Feifel, 1977; Feifel & Nagy, 1981; Fry, 1990）。Taylor（1995）的研究發現癌末患者的心理衝擊從發現身體或功能上有異樣徵兆就已經開始了，此後隨著一連串的診斷、治療、復健、轉移，每一個進展都打擊著患者的身體意向、自我概念、自信、自尊、社會角色與人生意義。Borgmann（2002）進一步提出，到了末期隨著死亡的迫近，這些傷害更具體顯現。其對當事人所引發的是一個全面性的心理危機，包括失控感、失去自我效能、社交隔離、低自尊、悲傷等。Sorensen和Luckmann 指出人瀕臨死亡時會有震撼性的無助感、挫折感，而以生氣、憤怒、忌妒、憤恨、迷惘、焦慮及混亂等作為情感表現（引自賴維淑，2002，頁12）。以上這些原因，會因情境的不同，個別或合併地引起

個人因死亡恐懼或焦慮，所引起的相關情緒之隱藏或表現。

另外，癌症病患自述面對死亡恐懼之問題有對未知的不確定感（焦慮）、無助與自棄（憂鬱）、擔心被遺棄及沮喪，（林靜琪，1996）；心情常在生死之間掙扎徘徊等（林麗雲，1996）。在胡文郁等人（2001）的臨床研究中發現，76.2%的末期癌症病患內心深藏有不信任、無價值感、不舒服、孤單絕望、無力感、沒人愛、煩惱、無聊、生氣、沒有用及易怒等負向情緒與靈性需求。Cassidy（1991）則提出癌末病患其心理問題，包括害怕、失落、疏離、生氣、憂鬱、生活之耗竭。Lair（1996）文中指出死亡和瀕死的危機造成當事人生命價值觀的失落，有時會以否認、憤怒、焦慮、沮喪等情感表現（引自尹亞蘭，2002，頁12）。Edwin Shneidman則認為癌末病患正經歷「情緒蜂巢（Hive of affect）」的現象，心裡充斥著各種情緒如：憤怒、痛苦、恐懼、羞恥、焦慮、羨慕、冷漠、倦怠、迷惑、預設與屈服、渴望一死、憂鬱等一些複雜的理性與情感狀態（陳芳智譯，1993）。而Buckman（1992），則提出癌末患者的情緒反應常是混雜的，同一時間可有多種情緒並存，而且是多變的，在一週、一天或一小時內都有可能產生變化（引自鄭逸如，1997）。

綜合以上之文獻與Tartaglia（1987）和洪福建等人（1999）之研究得出，癌末病患在死亡恐懼下所面臨的心理困境是多面性的、複雜的，在個別之間沒有完全相同之面貌與脈絡。但整體而言，癌末病患之心理議題可以將之區分為：生理症狀所引起的不舒服與身體心像的扭曲、面對疾病與死亡的害怕與恐懼、失落與無助、憤恨與敵視、人際溝通與關係、有限生命時間下的創造和生產與自我價值感的衝

擊、社會文化問題與靈性需求等八個面向。

## (二)癌末病患的心理與靈性照顧

罹患末期癌症的病患，其生活品質有相當大的部分依賴醫療團隊及其他專業照護者的照顧。增進末期患者的生活品質，是安寧緩和醫療重視的目標，而其中心理困境與靈性困擾的安置是直接影響其生活品質之重要因素。但是對於病患在心理層次和靈性照護上的需求與評估，因患者本身在這兩個面向的需求原本就比較不會表達出來之外，也往往受限於沒有一個結構性的準則可供遵循。而在病患與主要照顧者之的互動中，Ross (1994) 在其研究中發現有70%的護理人員是透過「非語言的溝通」而辨識出病患的靈性需求。Ross指出這種發現意味著靈性需求的表徵是很細微的，並且比其他的需求更難以評估出來。Sjoden (1998) 強調個人對自我存在之意義與價值的想法（靈性），將對自己所感受到的生活品質有決定性影響。也就是說自己對生命中所發生之種種事情的詮釋，會影響其生活品質。由此可見協助末期癌症患者其心理與靈性層面議題的釐清，可以關鍵性的提昇整體性照護之品質。Rainey (1988) 更指出末期疾病患者首要治療目標是「情緒的舒適」、「隱藏的議題」能被發現並解決、同時能夠協助病患在有限的時間裡處理情緒與靈性問題。

在目前醫療體系中，對於末期癌症患者的心理支持與靈性照顧，主要是來自護理人員、家屬、社工師、宗教師與心理師。其中護理人員與家屬因是第一線照顧執行者，扮演重要角色；但常見的困難是有心協助，卻普遍缺乏適當的技巧與介入方式，而顯心有餘力不足。社工師在臨床實務上多以協助病患尋求、連結社會支援為主要工作內容，但社工師普遍是被動的等待會診才行介入。

宗教介入的相關研究發現，明顯的病人恐懼減少、善終指數增加、受過訓練的佛教宗教師參與緩和醫療團隊照顧，常成為病人及家屬靈性求助上的對象、宗教象徵物可減輕病患的心理壓力、打開個人更寬廣的意義解釋系統、臨終助念幫助人們面對死亡、接受死亡，並建立對於死亡的積極態度（陳慶餘、邱泰源、釋宗淳、釋慧敏，2002；陳慶餘、邱泰源、釋宗淳、姚健安、蔡兆勳、胡文郁2003；尹亞蘭，2003；王千蕙，2004）。心理方面，石世明（1999）強調藉由「共在」的照顧關係，能進一步提供病患靈性的支持與撫慰；方俊凱（2003）整合實務經驗與研究提出對於癌症末期併憂鬱症病患，合併存在主義與認知方式的心理治療，能夠影響病患生命最後階段的認知。但以上宗教師與心理師在目前臨床現況中，通常是在部分的安寧病房單位才擁有的支援，其配置普遍不足。因此能夠實際協助病患之功能，仍有實際現實上的侷限。

回顧國內對於癌末病患進行心理與靈性實務照顧相關之研究發現，心理支持與靈性的安置，的確是為癌末患者在受苦情境中帶來一條出路。但是目前執行的現況主要仍是以宗教層面之照顧為主，因此仍需匯聚眾多資源與協助。在目前現實之困境下，藝術治療其非語言與鬆懈防衛性的特質，即可以在協助醫療相關照顧者於心理支持與靈性評估照護上，提供另一個輔助性的方式去發現癌末病患其潛藏的心理與靈性議題，而這無疑不是另一種心理支持與靈性照顧之實踐。

## 二、藝術治療之相關理論與特質

「此刻，我把繪畫當成一條救贖之道、一段自我的療程，藉著塗抹的過程，畫出真實或想像中的心裡傷

痕，所有壓抑也靠著畫筆宣洩出來。我藉由繪畫來延續隨時會斷裂的生命與靈魂、來找到活下去的理由。」

摘自盛正德《以畫療傷》

#### (一) 藝術治療的哲學觀點——以存在哲學論創造性活動之本質

藝術治療的哲學性之瞭解，是有關於藝術是一種創作或者是創造核心（Poiesis）的觀點，應放在吾人思考存在的中心。所謂的「Poiesis」，傳統以來被瞭解為是人所具有的一種能力，創造可以說是人之所以為人的天性，它可以對世界做反應，並且形塑這個世界（Knill & Levin, 2005）。從藝術製造的現象學而論，創作的「形式」並不是初始即有的，反而，它是在過程中的自然探索和形塑。而藝術創作與存在之間的關係即是透過藝術創作—即是創造自己面對世界的態度，而這始終是一種認真存在狀態的延伸。創造性活動之本質亦是如此，可能性是任何實際存在事務的基礎。而此一可能性永遠是需要「去創造」，然後如上所述「出席」、「接受」或「等待」。

羅洛梅（2001）則提出創造的勇氣之觀點，他認為創造的勇氣是為了發現新的形式、新的象徵、或新的典範；創造力也是對不朽的渴求，人類知道自己難免一死，不過奇怪的是我們對死亡都有話要說，我們知道每一個人都需要培養面對死亡的勇氣，然而我們又必須反叛死亡，並且與之鬥爭。另一方面，羅洛梅亦說明了每一次創造的遭遇都是新的事件；每一次都需要勇氣去再度肯定，它的真正型態是「促使新東西存在」的一種過程。而這個過程對每一個創作者，都是表達了「存有」（being）本身的人；如同《韋氏大辭典》

所言：創造力在基本上是「製作及帶入存在」之歷程。如繼續深入探討創造的歷程，則強調－創作的活動是一種遭遇（encounter）。而此遭遇並不是因為我們自己主觀上的改變就可以發生的東西；它所代表的，是我們與客觀世界之真正的關係。

羅洛梅在這更進一步指出，我們習於讓理性與情感對立，然後假定如果情感不介入，就可以得到精確的觀察，是一項嚴重的錯誤。事實是當人們有情感介入時，才能從事精確的觀察；換言之，如果情感在場，理性會運作的更好；一個人情感投入會看的更敏銳更準確。事實上，除非我們帶入一些情感，否則無法真正看到一個對象。因此情形很可能是：「在忘我狀態中，理性可以運作的最好」。羅洛梅此一說法，似乎可以呼應雅斯培其存在哲學之主張。雅斯培將個人所遭遇到的痛苦、疾病、人類社會的不可靠、死亡等限制稱之為「界限情況」，於是個人要穿越這些界限，並藉自由抉擇而接觸到超越界。然而「如何從自由走向超越之路？」雅氏的雙翼理論可以得到解答。所謂雙翼是指「理性之翼」與「存在之翼」，單靠理性主義的理性吾人無法獲得超越，而只靠理性的非存在力量，吾人亦無法臻至超越界，只有理性與存在的雙翼展翅，吾人才有可能達成超越（黃藿，2005）。此一論述似乎也間接說明了創造性活動，如何可以超越死亡？最後羅洛梅（2001）亦認同齊克果關於愛的說法也適用於創造力：「每一個人都必須從起點出發。而遭遇『經驗、真實的狀態』，是一切創造力的基礎。這項工作將是『在我靈魂的鎔爐中冶煉』，其辛苦程度就像是鐵匠把熾熱的鐵塊放在鎔爐中敲打，以便製造對人類生活更具有價值的產品」。

透過以上對創造性活動本質的理解，創造可以說是一系列生命遭遇過程中的自我創造。而存在在存在之中的反思力量，透過這個力量持續引發思索的就是創造的源頭。存在哲學將個體視為是「自我創造」與「自我超越」的主體。透過「創造性活動」即是創造出「自我創造」與「自我超越」的可能性。而對於參與了創造歷程的人來說，絕無回到你所來之處的道理。也就是經歷創作藝術活動經驗的當事者，已不再是原來的自己，透過藝術，它幫助了人重新了解自己，而進入更深的存在狀態。如站在這一個理解之基礎上來看待生命中所有發生的苦難和不幸，我們都還必須有一個前理解就是所有幫助人的方法終歸都是外求的一種途徑，生命中的命題永遠要靠自己；真正能夠幫上忙的只有「當事人」，而非任何一位助人者。任何一位助人者所能展現的最大熱情與最大努力的極致，即是把當事人無助的情事放進自己的視域中，接納其無助，但不要太多的被陷入，「鼓勵前行，陪著當事人一同走」。這亦是藝術介入的動力性觀點。

## (二) 藝術治療之心理學觀點

藝術治療之根源有教育、美學、心理學等學術背景，其中最重要的要追溯到心理分析的傳統，代表人物是佛洛伊德和榮格，兩者特別強調潛意識和象徵。「藝術心理治療」(art as psychotherapy)約在一九三〇年代由瑪格麗特·諾堡(Margaret Naumburg)提出，這個取向的治療法與精神分析取向的心理治療有密切相關。諾堡強調藝術創造是一種自我表達，是心理分析療法中的重要工具，治療過程以心理分析為主，自由聯想被轉化為自發性創作，再鼓勵創作者回過頭對作品作自由聯想和解析。但值得注意的是，這並不意味治療師可以武斷的解釋作者的作品，而是在治療過程中治療者

藉由自己的專業，由解析作品了解個案、再由一對一的互動作品引導，讓個案對自己作品作自由聯想並解析，以達到讓當事者頓悟的目的。而另一個理論取向「藝術創作即治療」（art as therapy）則是約在一九五〇年代由依蒂斯·克拉曼（Edith Kramer）提出。克拉曼的理論還是與精神分析相關，只是她強調藝術本質論，認為創作的過程即內在心理動力（psychodynamic process）的外在表現，藝術特有的昇華作用更具直接的心理治療效果。並認為藝術創作是一個安全的環境，不需驚擾創作的防衛機轉，可以幫助創作者宣洩情緒，解決潛意識中困擾個案的問題（江學澄，2000）。

如以生物學觀點提出解釋，大腦分為左右兩個半球，一般把大腦左半球稱為理性的腦，它具有語言、邏輯思維的作用；而右半球稱為感性的腦，具有形象、直觀思維的作用。藝術創作的時候，大腦會同時發揮左右腦功能，此時左半腦很難有效監控個體內在想要傾洩的情感；亦即藝術創作過程可以讓個體的情緒繞過意識層面的審查，自然表露出來。以此一大腦運作過程的生物學證據，說明藝術創作過程，使得情緒訊息的精確傳達成為可能，而這是光靠語言所無法辦到的（Tinnin, 1990）。舉例來說當一個人專注於繪畫、音樂或舞蹈時創作時，生理上即產生變化，如肌肉放鬆、血壓降低、呼吸變的深長、包括腦波、賀爾蒙、血糖、血壓也都跟著改變，而原有的疼痛或不適感都會減輕，至於在心理上，緩和情緒忘卻困擾、暫時超越時空的限制、沈浸在創造的世界裡、享受了內在的自由、因而達到身、心、靈的統合與昇華（蔡文婷，2004）。這便是前面所提的「藝術創作即治療」。



### (三) 藝術治療之特質

英國美術評論家曾說：「要傳達思想，語言是最好的工具；要傳達情感，藝術是最好的方式」（引自賴念華，1996）。而Malchiodi（1998）更表明「藝術是一種了解的方法」（Art as a way of knowing）。由此可見，欲了解吾人內在之情感世界，透過藝術的方式有其不可替代之獨特性。藝術治療其獨特之優越性質，大致可歸納出以下幾點（陸雅青，1998；賴念華1994；Carlson, 1997; Malchiodi, 1998; Wadeson, 1980）。

1. 藝術表達出作者的心像思考，透露出潛意識的觀點。能啟發出更多的想像及靈感，促進創造力及洞察的產生，若加上口語的表達，將使治療的效果更趨周延。
2. 藝術活動可以減少防衛。有助於個案在治療過程中，開放自己、促使更清楚的認識自己，導致洞察、學習和成長的發生。
3. 藝術可表達出非語言的特質，對於語言障礙者及幼兒有絕對的價值。
4. 藝術作品具有診斷的指標，可為其他活動判斷或觀察的基礎。
5. 藝術的表達，有情緒的表達及緩解作用；同時於過程中可以統合情感與意念，並合理化為社會可接受之行為。
6. 團體性的藝術治療，可為情感分享與情緒機轉的重要活動，能喚起或刺激旁觀成員的情緒回應，刺激其他成員積極投入治療活動的動機，增進團體的凝聚力。
7. 藝術治療藉著作品的分享，較容易開放經驗及接納自己，流露內心的真實情感。

因此，藝術治療的目的可分為二：一是以藝術做為非語言的溝通媒介，透過當事人對其作品的聯想和詮釋，來抒發內在的情緒以提供當事人自我表現、自我成長的機會。另一是當事人透過藝術創作的過程，獲得身心緩和的空間，同時減低其情緒或情感上的衝突、困擾，以昇華個人的情緒困擾感，並提升當事人的洞察力（Irwin, 1984; Stewart, 1984; 陸雅菁, 1998; 賴念華, 1994、1996; 范瓊芳, 1995）。甚至有些當事人認為藝術治療所提供的經驗，比傳統口語取向的心理治療更為有效（Blatner, 1992, 引自賴念華, 1996）。由以上藝術治療具有之獨特性質來看，誠如Malchiod所言藝術確實可以作為一種了解他人與自己的途徑。語言的描述不能完全呈現生命的面貌，若能夠將豐富的語言、情感與感官的知覺納入，透過藝術治療，對治療團隊將有更豐富的資訊，也更有機會引發不同的感受面與認知面，新的經驗向度得以出現，有助獨特經驗的開啟，與發現被忽略的故事線（呂素貞, 2000）。如以此作為理解的基礎，藝術活動的確可以作為臨床醫護上對於末期癌症患者其心理照顧的媒介或輔助。

多數癌末病患其複雜的心理感受與需求的表述並不是那麼容易的可以直接訴說，其中部分口鼻或頸部癌症患者往往因為腫瘤細胞的吞噬與擴散導致病患無法言語，也因此其內在情緒常是壓抑的、需要溝通的渴望與需求也往往容易被輕視與忽略。丹尼爾·高曼（1998）提出我們的情緒對健康有很大的影響。一方面，大量科學資料顯示憤怒、焦慮和憂鬱等負面情緒對於健康的影響特別強烈。人若長期處在這些負面狀態，不但抵抗力會減弱，症狀會惡化，康復過程也會多受阻礙。另一方面，平靜和樂觀等正面情緒有增進健康的效果—雖然負面情緒影響健康的資料是不如負面的明顯。因

此，在病患生理狀況許可、與照顧者是安全信任之關係為前提下，提供末期癌症患者一個藝術活動，鼓勵其自發性創作，不僅可以達到情緒之宣洩、淨化，透過作品的象徵更可以讓病患明白此象徵意義的另有別指，去認識躲藏在陰影中的自我；同時亦讓臨床照顧者得以了解其內在真實之情緒狀態，而能進一步掌握其心理困境。Freeman（1997）也指出，若我們限制自己對人其生命故事的理解只能透過文字時，也忽略了一個人整體的身（body）與心（mind），不知覺的將人二元化了。語言的描述不能完全呈現生命的面貌，若能夠將豐富的語言、情感與感官的知覺納入，透過藝術治療，對治療團隊將有更豐富的資訊，也更有機會引發不同的感受面與認知面，新的經驗向度得以出現，有助獨特經驗的開啟，與發現被忽略的故事線（呂素貞，2000）。

### 三、藝術治療應用之相關研究

#### （一）藝術治療在國內非醫療系統之應用

在非醫療體系中，國內藝術治療一開始多是應用在「教育系統」，而其中最先用於有障礙的兒童，如自我概念或適應能力缺乏、情緒行為困擾、學習障礙、發展障礙、多重障礙，以及有家庭問題或其他特殊需求的學生（黃忠賢，2002）。整理近十年在教育系統中以藝術治療相關應用之碩博論文研究計有36篇，而其中只有一篇是博士論文：透過表達性藝術治療團體之方式，進行九二一災後心理重建歷程之合作行動研究（賴念華，2001），其餘皆為碩士論文。以實際實施內容之項目可區分為：繪畫、勞作、書法、舞蹈、戲劇與音樂等，其中音樂治療佔多數（計17篇）。而研究對象則從幼兒、國小兒童、國中生、高中生與大學生；其中研究

對象以特殊兒童居多包括：多重障礙兒童、選擇性緘默症兒童、情緒困擾、受虐兒、自閉症、破碎家庭、喪親小孩與災區兒童等（張玉珍，1987；侯禎塘，1997；洪瑟勵，2000；蔡宜青，2000；蘇朱民，2001；陳學添，2001；陳宜蓉，2002；林素秋，2002；黃千芸，2000；呂家璇，2002；黃金玥，2002；李絢芬，2003；楊喬羽，2003；葉莉瑄，2003；廖淑美，2003；張心馨，2003；沈榮林，2003；李翰倫，2003；何金樺，2003；洪國萱，2004；吳惠琴，2004；劉月仙，2004；葉春杏，2004；楊甘旭，2004；柴蘭英，2004；陳永宏，2004；馮楊淑卿，2004；蕭秀華，2004；陳昭治，2004；葉莉瑄，2004；張鳳慈，2005；郭世合，2005；鄭立群，2005；陳鈺玫，2005；簡子欣，2006）。採用的研究方法包括實驗研究法、單一受試實驗研究和個案研究，所得之研究結果大都能達到預期的治療成效。綜合研究結果發現，透過藝術治療活動創作表達的過程中，對於個案之情緒困擾、情緒宣洩、情緒支持、喪親復原、自我概念、自我肯定、自我覺察、行為改善之表現、人際互動、情緒智力、口語表達能力以及生理不適之症狀等，均有明顯之提昇與改善。

## (二) 藝術治療在國內醫療系統之應用

有別於教育系統，國內藝術治療對醫療系統之介入起步較晚，故目前只有少數相關研究。以國內碩士論文為例，近10年來只有23篇碩士論文與藝術治療相關，其中治療介入項目因為音樂治療具有簡單、容易操作之特性，故多以「音樂治療」（音樂賞析）為主，共計有20篇；「藝術治療」（繪畫、勞作）只有3篇。而如以研究對象做區分，則分別是精神疾患8篇（蔡佳芬，1997；吳欣怡，2001；施以諾，2003；陸

秀芳，2003；周美嫻，2003；許維琪，2003；匡雅麗，2004；林麗晴，2005）、癌症患者4篇（其中3篇為音樂治療，1篇為藝術治療介入，但對象為一位9歲女童）（黃淑鶴，2000；洪慧容，2003；黃忠賢，2003；林秀燕，2004）、機構老人3篇（李玉如，2001；李麗花，2003；張芳瑜，2005）、孕產婦3篇（蔡榮美，2001；劉玉湘，2002；張淑貞，2003）、以及其他內外科手術患者5篇（張瑛，1995；游金靖，1998；周莉莉，2000；林莉萱，2003；黃尚本，2003）。由以上的研究得知，國內在「醫療系統」中藝術治療之介入對象以精神科病患為主，而癌症、老人、孕產婦或其它內外科手術患者之應用只佔極少數。介入項目多採用簡單、容易操作之音樂治療，研究方法則以實驗研究法最多，研究結果大抵能達到預期之療效。

國內對於藝術治療應用於癌症病患之碩博士論文只有上述所提之一篇，其餘之研究僅限於期刊發表。其他相關之研究則需參考國外之文獻。其中倪傳芬（2002）提出末期癌症病患在接受安寧療護時依然會承受許多身心煎熬與壓抑情緒反應，若僅以傳統言語之支持協助常會面臨當事人的防衛與否認。而透過藝術治療不需要以言語詳細描繪令其恐懼的死亡細節，卻能藉圖案來象徵性表達其經驗與感受，故可以提升照護之多元功能。另外台大安寧病房研究團隊在其相關研究中指出在安寧病房中美術療育的目的，大多是促進病患個人特質和美感經驗的整理，生命回顧與生命意義的肯定，抒發情緒與生命信念的支援，對生死的看法與心愿期許的分享，並向親朋好友表達祝福，甚至可留下珍貴的生前作品做為家人永恆的紀念（郭育誠、莫淑蘭、陳慶余、邱泰源、姚建安、胡文郁等，2002，引自莫淑蘭、郭育程、姚建安，

2004)。

而在藝術治療關係上，呂素真（2000）從實際協助病患進行藝術治療之體驗中發現，雖然透過藝術治療的創作與分享，病人與藝術治療師可以探討生死的問題，但治療初步的重點應放在傾聽與接納病人的情緒；另一方面透過藝術治療中的專注創作，對病患來說本身就已有了療效，因為病患可以暫時進入一個創作的世界，忘卻現實的困境，同時在這過程中也紓解了焦慮與恐懼。此外病人作品可以成為媒介物，幫助病人表達內心的感受，當病人描述這些作品時，可以適時給予傾聽與回應，藉此進一步幫助病人把模糊、混亂、複雜的情緒再做一個釐清。這樣的釐清工作在沒有作品輔助時，是很難做到，因為人們使用語言的習慣通常是經過修飾和合理化的，不像非語言的藝術創作所呈現的那麼真實。如此一來透過陪伴病患參與藝術治療的過程，即是經由藝術治療所進行的靈性照顧。倪傳芬（2002）亦認為藝術創作活動是一有利工具，以陪伴面對生命中經驗到的美好，同時運用於安寧照護中並不需要過多的心理分析技巧。可用積極傾聽和同理的助人者態度，協助病患能夠更進一步抒發情緒，以期能以正向的態度面對往生後的另一旅程。

回顧國內有關藝術治療之碩博士論文的研究結果發現，目前藝術治療應用於癌末病患之文獻在碩博士論文方面只有四篇，其中三篇是做「音樂治療」，而唯一一篇之藝術治療其對象並非針對成人，而是針對癌末病童的單一個案且是採量化分析方式；相關期刊發表之文獻則尚顯不足。目前國內對藝術治療於癌末病患之應用逐漸重視，但對以成人為主要族群的癌末病人而言，尚無任何一篇針對「成人」癌末病患深入完成之碩博士論文研究。在癌末病患「由生入死」之掙

扎中，內心所承受的是複雜的情緒糾葛，如果只是輔以音樂欣賞之方式來協助放鬆、解除疼痛或舒眠，是難以深入其內心世界了解內在真實情緒之感受、需求或是進一步引發行為之改變。故本論文針對癌末「成人」病患之質性研究，對罹癌人口日益增加且又以成人為主之病患族群，可為日後實務推展上，提供一個重要之經驗參考。

### (三) 藝術治療在國外醫療系統之應用

Bromberg (2003) 在美國大紐約地區針對美國藝術治療協會登記之職業藝術治療師發出496份問卷，在77.82%的回收率中統計出從藝術治療師與癌症患者的工作經驗中發現，最有效的是媒材是「拼貼」和「繪畫」；對病患最有效的技巧是放鬆、隨意書寫和拼貼；病患感覺到最多的支持來自社工師、心理師和護理人員；而病患自覺最有幫助的是創造性活動。在其研究中發現透過藝術治療，提供癌症病患一個幫助自我表達的模式，同時可以鼓勵個案經由身體上、心理上、靈性上的方式去找到表達自我的方式，以達到心理上的支持，藝術治療所提供的因應技巧也可增進自我控制感，以消除無助和無望的感覺。Mango, C. (1992) 亦指出藝術治療的創作，提供病人一個隱喻性的機會去表達自身的失落。尤其在臨床實務照顧中發現，許多口咽癌患者因手術或腫瘤細胞的吞噬導致無法言語，在臨床照顧實務繁忙的限制下，醫護人員往往不被允許有足夠的時間留在病床邊等待病患以筆緩慢表述需求，相對之下病患也容易因感受到醫護人員的繁忙，於是表達的訊息多是簡單敘述生理的不適，因而無形中極容易被醫護人員忘卻其內在感受與需要被傾聽之情緒。所以在病房中常見到的景象是，失去言語的口咽癌症患者總是孤獨的蜷縮在病床一角的背影，因為無法常態口語溝通的限

制，以至於他們常常是容易被醫護人員忽略的一群癌症患者。因此提供藝術治療可以是一個很好的介入方式，去建立雙方進一步表達溝通和相互了解的可能。Anand, S. A., & Anand, V. K. (1997) 就說明了對於無法言說的病人（咽喉切除手術者），藝術治療是重要的診斷和治療性的輔助性療法。

Planchon, C. A. (2004) 則進一步指出藝術治療引發癌症患者療癒的過程，是因為藉由與衝突和痛苦工作而得到反思，同時藝術治療提供了一個平靜安祥的環境，給予支持和同理那些負向的感覺與想法，因而促進了生活品質。Deane, K. (2000) & Zammit, C. (2001) 的研究亦認同藝術治療是療癒癌症病人的藝術，藝術治療是結合身體、情感和靈性的照顧，協助病人回應其癌症經驗、促進自我的覺察，在看待癌症經驗這件事情上，帶來支持與心理能量的增強和新的洞見，同時更能反思自己的生命而自覺靈性上的富足。另外，透過藝術治療幫助癌末患者在生命末期對於自身生命意義能夠獲得更多的掌握，這是靈性照顧中很重要的一環。Luzzatto, P., & Gabriel, B. (2000) 與Adriaan, V., Mayke, H., & Jan, T. (2004) 等人的研究說明了藝術治療讓癌症患者感受到內在情緒改變、覺得更正向、增進自我覺察、增強自尊與自信、更能同理他人、變得較主動、感到生命意義之重要性等，正呼應了癌末病患此一靈性議題。Luzzatto, P. (2002) 的研究強調藝術治療除了減少癌末患者的負向感，亦能增強自我效能、讓其更有力量去解決痛苦。而Herren-Pelzer, S., Blaul, K., & Hirlinger, B. (2005) 則指出透過藝術治療可以增加其自主性，催化癌症病患個人的資源運用或連結達到與人的互動。

綜合以上研究結果，藝術治療應用在癌末患者之功效，



可以獲得一個統整之結論約有如下八點，分別是：「增加正面感受」、「減緩痛苦」、「澄清靈性上的議題」、「處理生／死有關的情緒衝突」、「滿足創作的自然需求」、「提供一個成為主動性角色的機會」、「幫助病人繼續走下去」、以及「藉由口語／非口語之溝通，增進個人感受表達及得到認知治療之效果」。至於病患的創作作品，一些相關研究亦指出，個案完成之藝術作品可是為其對自己生命、疾病死亡看法之紀錄，而這對於走完人生之最後一段路程至為重要。另一方面亦提供病患一個人生回顧之機會，在與病患關係穩定後所搜集的資料亦能協助團隊評估其對死亡的準備度。病患的創作品能獲賞識與肯定，更能進一步提升其自我價值感並拉進與團隊人員之距離（Frampton, 1998；倪傳芬，2002）。

經上述文獻回顧中發現，藝術治療確實對於生理、心理、靈性、潛意識探究及行為表現產生相當效用，不論是特殊兒童、精神病患、癌症患者乃至一般成人，都能從創作表達的過程中，得到一種心理治療的效果，與靈性議題上的澄清和富足感。由此可見對癌症患者的心理介入，有非常多的比例是與心理健康的增強度有關。基於此一理解，就安寧護理人員乃至一般醫護人員而言，因其直接服務對象為病患，所以在癌末陪伴歷程中，對於癌末病患其心理歷程的轉變，我們須有真切的感同與了解。明白死亡之認識不易由理性與實證來達成，因它是屬於直覺感知的，透過象徵尤其視覺繪畫，可以提供探討進路；同時視覺藝術作品之製作提供了一個可接受的模式以表達對死亡之氣憤、接納或恐懼之情緒（王秀絨，2000）。所以如何以更自然及更容易被接受的方式接近及協助癌末病患、從感受的媒介中宣洩情緒，也就成

為對癌末病患從事心理性處遇時的重要考量。而藝術治療活動，正好具備這些條件，也使它成為本研究所採用工具的主要原因。

## 參、研究方法與藝術治療活動進行之歷程

### 一、研究方法

研究採立意取樣以地緣性考量作為收案之場域，研究對象之選擇由病房工作人員轉介針對病況及意識相對穩定、表達清楚並對藝術活動有意願後，即開始進行收案。研究工具包括藝術治療活動方案、訪談大綱與訪談逐字稿、活動觀察紀錄表、研究者、及事後的追蹤回饋等。研究資料以質性研究詮釋性分析法為依歸，互為主體間的同意與檢證為原則。利用質性研究重視當事人的獨特性、以及強調情境脈絡、完形觀照之特性，來了解末期癌症患者參與藝術創作活動深化之情緒內涵與內在主體經驗。進行正式研究之前，為了對研究主題與相關活動設計有初步之了解，先行對一位癌末患者進行藝術活動及訪談預試，以幫助對研究問題與活動實施之釐清、了解與調整。以下為預試個案與正式研究對象之基本資料。

表3-1 預試個案與正式研究對象之人口學基本資料

	個案代稱	性別	年齡	教育程度	職業	婚姻	子女數	宗教	居住地
預試個案	小宗	男	44	高中	無	未婚	無	佛教	大林
研究對象	瑤	女	42	高職	無	已婚	2	無	北斗
	菘	男	44	高中	商	已婚	2	無	台中
	樺	女	45	高職	無	已婚	3	佛教	台中

表3-2 預試個案與正式研究對象之相關疾病資料

	個案代稱	疾病診斷	疾病轉移	罹病時間	活動時間	現階段治療情形
預試個案	小宗	口腔癌	骨轉移	92年	94.5-94.7	嗎啡疼痛控制
研究對象	瑤	乳癌	腦轉移	92年	94.7-94.8	94.12.21 死亡
	菘	食道癌	肺轉移	94年	94.8 -94.9	無
	樺	乳癌	骨、肺轉移	90年	94.8-94.9	化學緩和治療

## 二、藝術治療活動進行之歷程

本研究正式進行時，活動內容以預試個案之藝術活動設計為參考藍圖，並以預試個案在藝術媒材之實際應用結果與建議，據以修正成為正式藝術活動設計之媒材內容與主題（如表3-3）。其中媒材之選擇考量主要依據(一)所有媒材使用皆為研究者所熟悉以及；(二)活動初期多安排硬質媒材以減少研究參予者在創作過程中可能的挫折感。而工作階段之活動內容、次序與次數則因個別性而有些微差異。另外活動設計將投射性「自我畫像」安排於第一次與最後一次之活動中，是研究者企圖從「自我畫像」中之內容呈現，欲了解研究參與者在經歷藝術治療活動歷程後，對於自我認同與自我統整之潛在轉變。在此，只做為研究者在理論學習後之學習驗證，在本研究中，不強加對作品之解釋。

表3-3 藝術治療活動設計

階段	訪談指引	架構	活動主題	媒材
探索階段	一、關於病況的得知 (創傷)	起	暖身：隨意塗鴉 1.自我畫像 2.命運	1.蠟筆 2.鐵絲
工作階段	二、面對疾病的治療 (存在的理由)	承	1.疼痛的感覺 2.我的心情 3.自由撕貼	1.藥片空針 2.彩色黏土 3.雜誌、水彩、畫紙

工作階段	三、內在情緒感受 (悲傷或憤怒)	轉	1.我的遺憾或悲傷	1.陶土
	四、對於苦難的詮釋 (意義)		2.最喜歡的一首歌	2.歌唱
	五、生命回顧 (未竟事務)		3.帶照片說故事	3.舊照片
	六、對生命與死亡的看法 (死後世界)		4.做橋	4.陶土(竹片、硬紙板、沙、水草、膠水)
結束階段	七、參與藝術治療活動之體驗	合	1.自我畫像 2.生命書	1.繪畫 2.勞作

### (一) 探索階段

此階段主要目標是建立安全、安靜、輕鬆與信任的活動氣氛。本研究之藝術活動是在病人住院期間以護士志工之角色與其建立信任關係後，與研究參與者討論隨治療暫告結束返家期間研究者到家陪伴完成。所以在家環境對研究參與者而言皆是安全、放鬆的創作空間；另一方面研究者與研究參與者信任的陪伴關係，則是透過藝術治療活動進一步深化。此階段活動包含活動前的暖身、「自我畫像」與「命運」。

「自我畫像」：透過簡單的蠟筆媒材，可表現出個體自我認同或自我統整的程度，同時性格上樂觀或悲觀的呈現從其所描繪之特徵當中亦有資料可尋。自我畫像亦增進研究者在探索階段對研究參與者有初步整體性之了解。

「命運」：以簡單容易操作之軟鐵絲，藉由轉、折、彎、繞圈之手感延伸，帶出研究參與者自身對於生命遭遇之心理感受與解釋。此次活動設計因媒材容易上手之特性，三位研究參與者配合度高，其中兩位女性研究參與者因創作中表現投入、作品分享中自我開放多，而使研究者判斷可以導入工作階段。

## (二) 工作階段

第三次至第六次活動為工作階段，主要目標在使研究參與者透過藝術創作與人際互動提供自我探索之感受與學習經驗，協助其對於死亡衍生之心理困境達到內在情緒之表達、宣洩、淨化、釐清與情感支持，增進對自我內在心理情緒反應之發現與了解。活動內容包含有我的心情——彩色黏土創作、自由撕貼、面具製作、最喜歡的一首歌、帶照片說故事、陶土捏塑等。

「自由撕貼」：透過翻閱舊雜誌選取個人所喜愛之頁面將其撕下，再重新貼於另一張畫紙上完成作品。活動過程中研究參與者的內在情緒，可以透過「撕」的大動作達到無形的宣洩與釋放；而以「貼」完成之作品，則帶來重新建構的操縱感與成就感。此活動對研究參與者是一項新的嘗試經驗，但是對耑而言卻令其有「不知為何如此做、與該如何做」的不知所措。因耑的生命挫折經驗多，比較不敢有新的嚐試，因此面對創作中這類新的方式（如撕貼），需要更多關於活動的解釋說明。研究者檢討在這次活動中，未能確認耑有充分的理解即開始進行活動，是需要加強修正之處。

「最喜歡的一首歌」：透過當事者自己的聲音唱出的心聲，特別能夠引發其內在深層壓抑的情緒，而有較強之情緒表現如哭泣。對於活動引發的哭泣需要適時的暫停活動、並陪伴在側給予撫慰允許其進一步的情緒宣洩，哭泣之後對於當事者是一次深度的情緒放鬆。但研究者檢討，活動引發出的深層情緒在該次得到情緒釋放之後，雖然距離下一次活動只有二至三天的間隔，仍建議應該以電話聯繫之方式關懷其情緒之後續的轉變，這亦是需要注意之處。

「帶照片說故事」：透過照片引導生命回顧，提供當事

者一個自我角色檢視之機會，增進自我了解，藉以進行整體生命之統整。活動過程中的故事訴說，當事者可以間接感受到被傾聽與被重視之感受，並可帶來「我真正活過」之生命價值感。是一個沒有媒材負擔但卻可以進行內在生命對話之活動。

「做橋」：橋是過去與未來之過渡的象徵。透過雙手捏塑陶土可以投射出其對死亡之想法與接受之態度。三位研究參與者於活動過程中，皆表現出投入與專注，此活動對於癌末患者是一個很好的介面，以此引導其自然而然的討論關於自身的死亡問題。

### (三) 結束階段

結束階段之活動是「自我畫像」與「生命書製作」。目標在促進研究參與者經自我整體性了解的增加，肯定自身在面對末期生命時光還擁有能力，進一步達到生命統整與新的自我認同，最後以「生命書」留下具體走過深刻的生命印記。

「自我畫像」：主要是欲了解研究參與者在體驗藝術治療活動之歷程後，對於自我認同與統整之潛在轉變。三位研究參與者在結束階段自我畫像之呈現，大抵而言呈現出朝著正向改變之表現。

「生命書」：綜覽所有活動歷程中的創作品予以集結成屬於個人的生命書，是一個讓當事者具體看到自我創作能力之展現。除了增強其自我肯定之外，並讓當事者擁有屬於個人價值之「生命回憶」。三位研究參與者對於生命書的製作皆表示肯定。


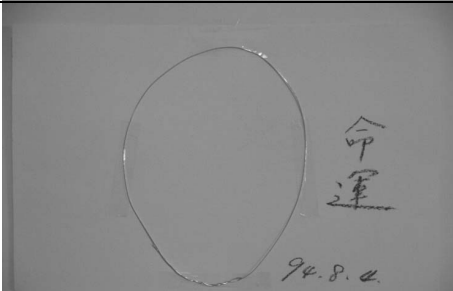


研究者省視這八至十次的藝術活動過程，為一個進行回顧與省思的循環過程。對研究參與者而言則是一個深化其情

緒經驗內涵之動態過程，大抵符合本研究活動設計之目的。

## **肆、結果摘要與討論**

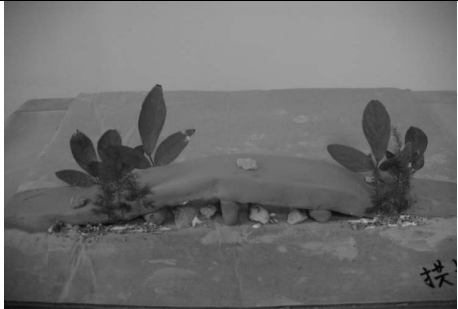


本研究透過三位癌末病患參與藝術治療活動之經驗（創作、對作品的訴說、創作後的感受或啟發），依據研究目的呈現個案之創作品、癌末病患參與藝術治療活動深化的情緒內涵及參與藝術治療活動之主體體驗。

## 一、創作品（以一位個案為例）

活動主題	作品	媒材
自我畫像		蠟筆 八開畫紙
命運		1.鐵絲 2.八開粉彩紙
自由撕貼畫		1.雜誌 2.八開粉彩紙 3.膠水
曼陀羅		蠟筆 八開畫紙



<p>我的遺憾</p>		<p>厚紙版 陶土</p>
<p>面具</p>		<p>1. 紙漿面具 2. 水彩</p>
<p>帶照片說故事</p>		<p>1. 自帶照片</p>

做橋		厚紙版 陶土 碎石頭、沙 戶外花草
自我畫像		1.蠟筆 2.八開畫紙
生命書		粉彩紙 膠水 剪刀 簡單美勞裝 飾品

## 二、藝術治療活動深化的情緒內涵

### (一) 層層包裹的情緒團

癌末歷程是生／死同在的存在體驗，從癌末到死亡這一路程可能長可能短，在還沒真正進入臨終階段之前，所有的心理調適機轉所投射出的外在事件或內在情緒，諸如：否認、憤怒、磋商、憂鬱、接受、不接受、焦慮、不安、希望與絕望等，都是在與死神的距離忽遠忽近，對應到生命將死

或意外續活，所引發內在情緒的忽上忽下或來來回回的糾葛裏。在第一次「自我畫像」的活動中，請蕊畫出生病前和生病後的自己，並與他釐清兩者有何差異，在此釐清的過程當中，漸漸帶入病人對生病真實的感受。不在乎身體是蕊一直以來放棄的表現。「這個身體變成無所謂啦，應該這樣講啦，我知道身體有毛病到真正去掛急診，至少有半年以上，會這樣拖只是單純的想放棄，不想去醫這個身體啦，這樣講比較清楚，也就是我想放棄掉啦（C-1-5）」。第一次活動開始，蕊即不只一次的表達自己萬念俱灰的命運，甚至認定放棄生命的決心，死無需懼怕。但在第二次活動以軟鐵絲彎折出自己的「命運」藉由作品分享與其進一步澄清，思考了許久之後的蕊說出放棄疾病治療的背後原因「……因為我沒有能力解決，因為放棄就可以逃避一切了，就沒有了。我就不用那麼害怕緊張，所以我要放棄掉，寧願眼睛不要睜開。（C-2-4）」。透過藝術活動為媒介深化與釐清情緒後發現，末期病患情緒內涵，不只不是一種單一情緒的呈現，而且情緒呈現層層包裹的現象，如：絕望其實是逃避（蕊）；憤怒背後是不甘、擔憂與牽掛（瑤）；表面樂觀背後隱藏死亡恐懼等（樺）。

## （二）尋求希望或否認死亡是邁向死亡歷程中的過渡或轉化

余德慧（2003）提出每個人包括你我都曾尋找希望，不斷的選擇性挑一些證據來說服自己情況會好轉，癌末病患也需要不斷的製造希望的資訊，好使自己活得下去。瑤雖然對抗疾病屢戰屢敗，但接受疾病不接受死亡是支撐她繼續活下的信念與力量。在第五次活動陶土創作「心橋」中，「過去不想說不要再說、現在要往前走不要往後看，未來會光明（B-5-5）」。透過參與藝術創作瑤得以有機會說出自己的希

望，存著這個希望，瑤甚至想著自己最大的心願或許能夠真的有機會實現，成全她對孩子的允諾「我就說，明年媽媽身體好的話，帶你坐大飛機，就……去大陸【眼神發亮】，本來我今年就打算要帶我們全家去大陸，結果就沒辦法。我跟他們說，大陸真的風光很美，很想帶他們去看看，因為再來我女兒要升國中了……她要有一些歷史概念什麼的……，但是要保佑媽媽身體能夠健康，這是我最大的希望啦（B-4-11）」。癌末病患雖然病況尚未進展到臨終階段，但是在邁向死亡的過程中，實以症狀表現活著的同時，更是需要以希望作為活著的根底。藝術治療活動提供一面存在的鏡子，讓當事者看見當下如實的存在，而相關照顧者能夠做到的最大支持即是依此發現，尊重、接受患者當下其如實的存在狀態，然後靜心等待其跨越此階段為止，而不主觀的、偏頗的一味要求病患接受死亡。

### (三) 真正的心理衝擊是重新回歸生活時

癌末病患在重新回到生活中時，因為身體狀況的限制，發現自己要面對的生活通通變得不一樣。透過藝術活動研究參予者得以有機會說出這其中最大的衝擊就是在「……治療暫告結束，重新回到生活中時，發現所有一切事物依舊，但我卻沒有能力無法再參與，活生生的被日常生活排除在外，啞口難言（C-5-5）」。這個不一樣並不是外在環境變得不一樣，而是外在沒有改變，但自身卻像是個局外人無力再參與，反而需要面對的是在行動被限制住的世界該如何自處，沒有人能了解這種感覺，除非身在其中。此時內在情緒狀態會出現另外一波的低落、憂鬱、孤獨與無助，這些都是需要重新學習與調適。崧的現身說法在此正貼近石世明（2001）「一個人生病之後會發現原來的世界，就像坐在火車上看到

的向後急逝的風景一般；不得不承認以前可以暢快流汗，可以大口吃東西，可以任意擁抱的世界，再也無法參與其中」；與范丹伯（2001）「當生病這個事實確定之後，人就好像從電影院裡正在播放電影的大螢幕中向外伸出腳，走了出來，走到螢幕前的座位，從演員變成觀眾」。

瑤在第四次活動「自由撕貼畫」用了很多運動及戶外相關的照片，亦表達了被日常生活限制住的無助「……我就是這樣子被束縛在家裡，因為沒辦法動阿，也沒辦法走，啊推個輪椅也不方便，我只能待在家裡，哪裡也沒辦法去，就只能這樣子耗在那裡（B-4-8）」。生病這個活生生的軀體破壞，讓原本近在咫尺的事物突然變得遙遠，產生了空間的受限性（Toombs,2002）。也因此撕貼畫的作品中瑤傳達出一心想要恢復行動自由的渴望。瑤說有時心情悶連想要出去找人說話，都是奢侈的妄想。研究發現癌末病患在病況暫時穩定回歸生活時，是內在另一個心理危機發生的時刻，因此持續的情緒支持和情緒表達更顯重要。

### 三、透過藝術活動浮現重要生命意義

在藝術創作活動中，個案會自然而然的將其內在生命中重要之人、事投射在活動內容或作品中，這是只有言語交談，比較不容易直接表達呈顯出來的限制。而且在活動歷程中發現，當事人會不只一次地一再重複提到與該事件相關之內容或內在情緒感受，如能夠進一步的加以捕捉或掌握，即會浮現個人之重要生命意義或內心之未竟事務。菘在第五次活動以陶土創作「我的遺憾」時不斷提到過去生命事件的無法釋懷「這不是一件事情而已，而是一直一直是這樣子。然後在每一次的事件中與自己的期望相抵觸，這是老天爺對我

開的大玩笑。我就是陷在那裡陷在過去裡，這是最麻煩的事情。之前醫生有問過我說有沒有動念過（自殺），我說沒有，但是其實深究下來是有的，只是我沒有那個勇氣……，於是就用另外一種模式把自己折磨到不行為止，精神消耗把自己整個耗費掉C-1-28」帶出「接受命運」是其當下存在之課題。瑤在「帶照片說故事」及「歌唱活動中」活動歷程中一再提到年幼失去父親與大姐的悲傷對其人生的影響，與對孩子放不下的牽掛，因而浮現重要生命意義——「關係」、而樺從第一次藝術活動開始，即不斷的在互動過程中重複提到，在學習面對死亡這件事情上，信仰扮演重要角色。樺說「阿彌陀佛是我媽媽，在我陷入心理情緒不好的時候，全面的包容我（D-7-9）」。樺說信仰是其心靈依歸，亦肯認「宗教與實踐自我超越」是其末期生命時光中最重要之生命意義。所以以藝術作為媒介的意義，在於可以從很平淡的材料中，勾引出當事者內在相關的情緒和情結，進而在陪伴過程中，得以將這些獲得澄清和梳理的機會。也因此，生命意義藉著藝術治療的活動能夠更清楚的現形。它是一個藉由藝術媒材創作—引發情緒經驗—到增加對自我了解的過程。

#### 四、參與藝術活動之體驗

##### (一) 達到情緒宣洩與情感支持

癌末病患的末期時光在所有事物變得無法期待下之處境，內心的焦慮、不安、憂鬱、恐懼、害怕等各種負面情緒往往伴隨；另一方面因普遍有體力虛弱之現象，也因此日常生活中常造成社交隔離，缺乏情緒宣洩管道與支持。而這些都有可能在藝術活動中表達出來以達到情緒宣洩，尤其是許多的癌末病患根本無法開口談死亡的問題。因此，藝術治療

活動對癌末病患是一項極為重要的表達模式。瑤在第二次活動「命運」的尾聲時「……參加這個活動有紓發我內心的感覺，情緒終於可以讓我抒發出來……（B-2-35）」。第五次活動陶土創作「心橋」的感想亦再次提到「每次做都是臨時起意的，所以做起來感覺上……從……完全都沒有，然後到完成一幅畫的話，感覺上……就是很……我無法形容……，我的心情就是會跟著它開……打開（B-5-12）」。崧說藝術活動在身上發生的事情之一即是使情緒有了宣洩之道，讓那些積壓累積已久的負向情緒得以紓解，在「生命書」製作的活動回顧中「這活動就是讓我可以有，就是心情上的一種，應該說心情上的一種表現吧，情緒的抒發，是一個管道（C-9-6）」。情緒表達影響常人之心理健康，對於癌症患者更間接的影響病情進展或復原。藝術創作是經歷一個從「無」到「有」的過程，這創造生產的過程帶來的是一種不需他人，自己就能有所頓悟領會的情緒開展。鄭逸如（1998）提到負向情緒的宣洩、紓解與釋放，對癌末病患而言，這份神祕的內在卸除工作是一種自我解放，會幫助自己振作起來再度充滿活力。

## （二）藝術創作提升自我覺察、自我了解與自我肯定

癌末，在一切都是無法掌控、無能為力的事實中，透過藝術創作活動與作品的自我欣賞，當事者可以再次的經驗自我掌控的能力與自我肯定；同時體驗到創作過程中內心浮現的感受或想法。崧在「生命書」的回顧歷程中即提到「在回想一件事的時候，這中間有很多的思緒，就大概都會在活動中有疏通的那種感覺，譬如說你今天沒有跟我做這個，我根本就不會去想這個啊，對不對，沒有做這個我就不會去想，啊就是等於就是空阿，阿有做了就代表會有一些思緒出來了

嘛，我本身如果願意去想的話，就會釐出一些頭緒出來（C-9-12）」。瑤也分享了同樣的藝術創作體驗「如果沒有參加這個活動，可能我也從來不會想說，自己可以完成這些東西，那參加了這樣子的活動，真的都完成每一次的作品，這就是一種自我肯定（B-8-7）」。

再者，藝術活動透過象徵，提供當事者另一個了解內在自我的途徑。樺在第七次「做橋」活動結束時，即有感於透過藝術創作協助其說出內心無法表的文字「我心裡面的狀態又，有時候沒有辦法說出來，講不出來。可是透過這樣然後看到，啊！我才有辦法講原來是怎麼樣。所以我說你很厲害啊。每次都會拿一些東西，然後……不由自主的我把自己就是說……生命展現出來，還有人的過程一生也展現出來，嗯這個就是……很難得的地方。一開始我不會，我一開始有沒有……你剛開始要來，我就想說這個我都不會……。我發現做了以後又，真的就如你所說的，就是自我展現，然後……這個自我展現完了，又重新發現自己又了解自己，然後更進一層，然後更前進，阿這個才是最重要的，所以很謝謝（D-7-14）」。呂素真（2005）說明了藝術作品將個人內在具體化，它呈現了一個人的思想、感覺、幻想、渴望之後，作品亦變成資訊傳遞者，透過再面對、再思考與再整理，最後再將意識覺察到的部分傳回內在去。因此藝術作品有輸入與輸出的作用，像橋樑一般連結一個人的內外。

### （三）重新發現死亡焦慮

藝術治療，如實地揭露樺內心的死亡焦慮。第二次「命運」的活動中，談到關於死亡，樺自認為已準備好面臨臨終之事「我常會問自己，我真的有要去西方極樂世界嗎，我真的不怕死嗎？我是覺得都有在準備，應該還可以啦（D-2-



32)」。樺除了認為自己已準備好死亡，而且在態度上是歡喜的接受。第三次活動「撕貼畫」完成撕與貼後，樺接著以水彩上色，以紅、黑區隔出人生中的光明與黑暗，代表人生的遭遇和心情。「……嗯紅色代表熱情，黑就代表黯淡痛苦，那我就把它分隔了，我用顏色來表示我的心情，然後就看我要怎麼，別人我不知道，那我會問我自己，現在我的心情都是就是說，平靜的、安祥的、沒有恐慌的、很歡喜的，很歡喜的接受這個死亡（D-3-3）」。但是進一步欲了解樺當下所在之位置，樺深思之後有了不一樣的回答。「如果要以黑跟紅兩個，光明和黑暗來說，我現在就是屬於光明的，我已經到光明這一面了，已經走到光明這一面，我自認我是走在光明。……但是嚴格說，再更嚴格說，亡我前幾天住院對不對，嚴格說我這樣黑暗的東西，還是有出現，那種狀況，……是身不由己……會心跳加速，沒有辦法緩解，連念佛號都沒有辦法幫的上忙……（D-3-6）」。

死亡焦慮的呈顯，原就是模糊而迂迴的不易掌握與覺察。亞隆（2003）曾說明死亡焦慮雖然普遍存在、彌漫各處、存在生命中的最深層，卻受到嚴重的潛抑，很少被完整的體驗，死亡焦慮本身並不容易見於大部分病患臨床的表現，因此也就常常不會是被處理到的問題。但是藝術創作活動可以突破這樣的限制，在來來回回的引導、層層的抽絲剝繭之後，樺說出了自己的發現。「……雖然世俗的事情都已交代過了，可是好像還不是那麼完全的放下心……。然後，我真的不怕死嗎？嗯好像很微細的，覺得人好像沒有那麼容易不怕死。對了，我發現一件事情，就是說不是完全說真的完全不怕死，我覺得那個真的是騙人，我覺得騙人。如果以我個人來說，我覺得我是騙我自己【紅了眼框】，原來說不

怕死我覺得是騙我自己，對，我怎麼這麼笨，我以為我還以為我很勇敢ㄟ（D-3-14）」抗病四年，一直以來樺以為自己已經準備好死亡，透過藝術活動卻意外看見隱藏於內心底層的死亡焦慮，此一發現，間接的讓樺得以有機會重新調整自己的未竟事務。

#### （四）重新排序未竟事務

完成未竟事務，對於癌末病患深具意義，對當事者而言如能在此生結束之前，釐清未竟事務並進一步完成圓滿，那麼將可減輕其在世之遺憾，安心的離開；這對病患家屬而言莫不是一個最大的心理安慰。瑤經歷藝術活動過程中的專注投入、作品意向的投射、再思與分享，更明白內心世界真正的渴望，所以在最後一次活動時她說「它刺激幫助我更深層的去想，而且我跟你說，我的人生已經很短了，我不曉得我什麼時候會走，但是我知道現在想要的是什麼更重要，而且又是更積極（B-8-11）」。而這一個內在動態過程的微細變化，瑤有其自身巧妙的譬喻：「就好像電腦，你在玩的時候，拿一些資料什麼的，後來你這些資料不要了，你把他刪除掉丟到垃圾桶，但是因為你已經把他刪掉了，他這裡是空白，這些空白的地方你需要再把他填上去，這一個地方有空白，阿你就知道要往這裡來遞補，就是這樣子阿（B-8-15）」。樺在參與活動後的分享時亦提到：「這個活動整個過程下來啦ㄟ又，就是讓我整個人生ㄟ又到這裡也有一個句號。然後句號以後，我又重新又調整自己。像現在我就會馬上調到我是急迫面臨死亡這樣的問題，一開始我要做這個活動的時候，我並沒有那麼急迫，現在對於自己會死的這一件事情我就會急迫。這一次的活動對來說，又是一個接近死亡。然後更……更了解知道自己到底要什麼，而且是……關

於自己往生這樣子，這一件事情是非常重要的，是不能草率的（D-8-5）」。此一迫切性的感知，促使樺調整未竟事務放回「重新準備自己的死亡」。這對癌末病患而言，無疑不是一個寶貴的機會，讓當事人將死亡準備從俗世事務之安排，轉而看見能夠為自己的死亡焦慮做一些什麼，畢竟關於自己死亡這一件事是不能草率的。

#### （五）創造力——「真實」勝過美麗

在自發性的創作中，作品會透露出當事者內心真實意象的投射，藝術活動就像是撬開病患的防衛牆。透過創作，當事者得以遭遇自己的真實內在生命，此時自發性創作反映的真實，其意義更勝作品的美感。在最後一次活動時瑤談到「每次做完我會問阿碰，她都跟我說漂亮啊，我說不可能啦，阿碰，那不是漂亮，那是表達我內心深處一些的事情，把它表達出來。因為我要表現的只是我內心裡的想法，而不是作品的美【笑……】他有時候還會跟我說，頭家娘你畫那個什麼？有時過了好幾天，他說你畫那個又，一看我就知道你想什麼了，你一直想要走路啦（B-8-6）」。Dalley（1996）強調由於創造性源自於潛意識的初級過程，因此，藝術作品永遠不會是一個太過完美的完成物；而另一方面，如果自發性的藝術作品被加以修飾—只是因為在創作過程中，技巧、滿意的美感成為一項重要的考量時，那麼它的溝通本質也將因作畫的規則而消失。

#### （六）柔化護病關係

傳統的護病或醫病關係，是建立在醫療對待關係之基礎下應運而生，醫療的對待方式多是技術性的介入關係，因此常顯冷漠、僵硬。瑤說「我希望你們繼續下去做，有更多人像你們這樣來幫助病患，讓他啟發他內心裡面所想要的」

又，不是只有打針發藥，這樣子……病人心情會好，阿這樣護士工作也開心（B-8-12）」。崧以過來人之經驗亦特別強調，無論是何種病患，都有其內在難言之苦，藝術活動在不成為病患的負擔之前提下可以是廣泛性的介入。「護士跟病患接觸的時間應該是最多的，次數也是最多的，她比醫生還要多嘛，我覺得護士如果能夠善用這些活動互動的話，用這個東西很好，無形中帶進去，如果能夠被引起興趣的話，那對醫病或是那個護士跟病患的關係就改善了。如果可以做到這樣的話，那當然對病患很好，等於是一個媒介就帶下來，阿這個就很好阿（C-9-23）」。透過藝術活動的形式，可以架起護理人員與病患之間柔性的橋樑，一起面對生命的學習。

#### (七) 整體生命圓滿充實感

透過藝術活動，癌末病患得以再次細微的檢視自己的生命，也再次的為自己的生命重新負責與安排，這為樺帶來末期生命的圓滿感，也間接提昇了末期生活之滿意度。樺在第九次的活動中即提到「這個活動讓我嗯包括宗教、然後往生極樂世界的事、包括我對自己的了解、包括對周旁的了解，包括處世態度都全面的提升。所以這一次很感謝你，真的是滿感謝的（D-8-10）」。研究中三位研究參與者經由親身「參與創作」，創造了自身在創造中的熱情，創造了自身的存在感，為自己帶來豐盈的生命收穫。這一系列生命遭遇中的自我創造（情緒體驗、發現死亡焦慮、自我覺察與自我了解、重整未竟事務、柔化護病關係、生命充實感等）說明了死前的階段可以是生命深刻轉變的時機。

## 伍、結論與建議

### 一、藝術治療活動歷程中之發現

#### (一) 創造的力量不會遺漏任何人

以藝術做為表達的能力是每個人與生俱有的，每個人天生都有藝術創作的的能力。任何人皆可參與藝術活動，不需要特別的才能（ability），也不需要特別的有問題（disability），主要關鍵在於拋棄「畫得好」或「畫得對」之顧慮。在談藝術與治療的相互關係之中，湯瑪遜引尼克森的觀點認為「每一個人，都有成為藝術家之潛能，只是我們的藝術性都被深埋了」（引自王秀絨，2000）。研究參與者在參與活動之初也是一如常態地否認自己創作的的能力，聲稱自己沒有藝術細胞，但隨著每一次作品的完成證明每個人皆是創意十足的藝術家。

#### (二) 因為參與創作而擁有暫時忘掉死亡的「喜悅感」

癌末病患末期生命時光，因為體力或疾病的限制，無法投身於生活中的外在事務，常常經驗到的是被排除於日常生活之外的孤寂。大部分的日子裏，時間普遍性地是在照顧者陪伴下或是獨自休養中流逝。孤獨、無助的感受，無能從事於什麼的處境，在心理上難免伴隨程度不等的焦慮或不安感。而參與藝術活動可以讓病患「不再膠著」、「有事可做」，藝術是一件當下之事，是一個現在進行式，「去創作」也是一個當下的行動狀態，其中創意的靈感更是當下存在狀態的延伸，也就是「因為創造而存在」。末期生命時間的消逝對癌末患者而言是緊張、有壓力的，但是在藝術創作的當下，卻是一種有安全感的「交出時間」的經驗。藉由創

造自己的創造力與想像力，患者得以重新回到體現自己在藝術之中的「喜悅」，而暫時忘掉疾病的事實與死亡的威脅。體驗離開自己的頭腦、當下忘我的經驗，那是一種「當下生命的飽滿感」。

### (三) 藝術治療活動促使病患之生命意義或未竟事務清楚現形

Frankle (1967) 說我們在面臨死亡時，不必然會發現快樂，但我們的確獲得充滿意義、本質、及價值感受，而使我們向快樂及愉悅開敞心胸。在藝術創作活動中，患者會自然而然的將其內在生命中重要之人、事投射在活動內容或作品中，這是只有言語交談，比較不容易直接表達呈顯出來的限制。而且在活動歷程中發現，當事人會不只一次地一再重複提到與該事件相關之內容或內在情緒感受，如能夠進一步的加以捕捉或掌握，即會浮現個人之重要生命意義或內心之未竟事務，這對家屬或相關之主要醫療照護人員無疑是提供了一個在心理照顧上的重要線索。但是，面對與不面對則是當事者的另一項自由抉擇。

### (四) 藝術治療活動提昇癌末病患最後生命的品質

癌末階段的生活，無論是住院或在家照顧，其生活內容總是令人深覺死沉、寂靜。末期疾病是無法改變的事實，但是誰說死前的生命一定是灰黯、死寂或無聲的呢？經由藝術媒材的使用，患者有能力為自己的生命著色，而其中創作的喜悅與作品完成的滿足感，更可見其由內心綻放之笑容。藝術治療即是在癌末病患身上提供另一個介面，讓死氣沉沉的生命可以重新歌唱與舞動；透過藝術活動，死前的生命是重新呼吸的生命。研究發現，在實際參與藝術活動之歷程中，研究參與者感受到「情緒的表達和釋放」、「情緒較平衡」、「有研究者的陪伴感覺到平靜」、「自我覺察力的增

加」、「聽見內在的聲音更了解自己」、「自我角色的檢視」、「完成作品發現生命力與力量」、「完成作品增加自我肯定」、「創作感動」、「重要事務重新安排等」。透過這些內在歷程的感受與體會，病患得以有機會對自身生命做重整、並對末期生命時光做更重要重新的安排與規劃。這些皆是透過參與藝術活動，病患重新創造了自身生活的可能性，也間接增進了末期生命時光的生活品質。

#### (五) 藝術治療活動柔化護病關係

末期癌症患者在生死掙扎間的複雜情緒，常是難以啟口，加上內在防衛機制的武裝，醫護人員如沒能以適切的助人技巧作為切入點，常常容易遭受挫折而選擇逃避。如此一來彼此間的對待就只能停在技術性關係的內涵，而常見無言、生硬的尷尬。因此期待在心理層面能有進一步的照顧與關懷，在傳統醫療照顧的模式中一直有其限制與困難。而藝術活動可以柔化護病關係，在陪伴歷程中透過媒材的準備和鼓勵創作，對患者來說是一種誠摯、趣味、無威脅性的邀請，透過操作媒材更可以進一步鬆懈其內在防衛，在不預期之中病患會開始侃侃而談。與瑤在醫院中的陪伴關係即是在熟悉信任之後透過邀請一起藝術創作，而觸動其內心，引發內在情緒的對話。因此不需透過絕對專業訓練，只要帶著一顆真誠的心、不批判的傾聽，經由藝術創作活動為邀請，甚至不需太多言語，就能靜心期待兩顆心的相會。

#### (六) 藝術治療活動是一場「靈魂相伴」

在陪伴藝術創作的過程中，研究者常是安靜不干擾地坐在旁邊陪著或協助其完成作品。隨著活動歷程累積，彼此關係更漸信任熟稔之後，常常可以感受到在「無聲勝有聲」的寧靜中，彼此內心世界的接近與互通。那是一種在這世界

上，「當下時空」中，沒有其他人比彼此更親近之感。研究者發現那是透過藝術活動兩人共同創造出的「當下時空」，創造了兩個人之間的「共在遭遇」，是一場在彼此人生路上的靈魂相伴。

## 二、藝術治療活動是另一種形式的自我成長

藝術治療促成吾人運用視覺的、情感的、認知的、與動覺的方式來促進個體的潛能發揮到最大的限度。藝術治療的目的不在於教授藝術技巧，而在於釋放衝突、拓展自我功能、提昇自我概念、增加對問題的掌控和解決能力、改善不適應的行為。其焦點是在改變而非藝術本身，重心是在藝術治療的過程，而非藝術治療的成品（Stoll, B, 2001）。在此藝術創作活動之動力觀點符合心理健康的定義，所以透過藝術創作催化癌末病患其自我了解、自我接納、自我肯定、自我改變，可以是另外一種形式的自我成長，這是一個動態循環的過程。以下呈現本研究中藝術治療活動催化心理健康其發生順序之關係的歸納與整理（圖5-1）。



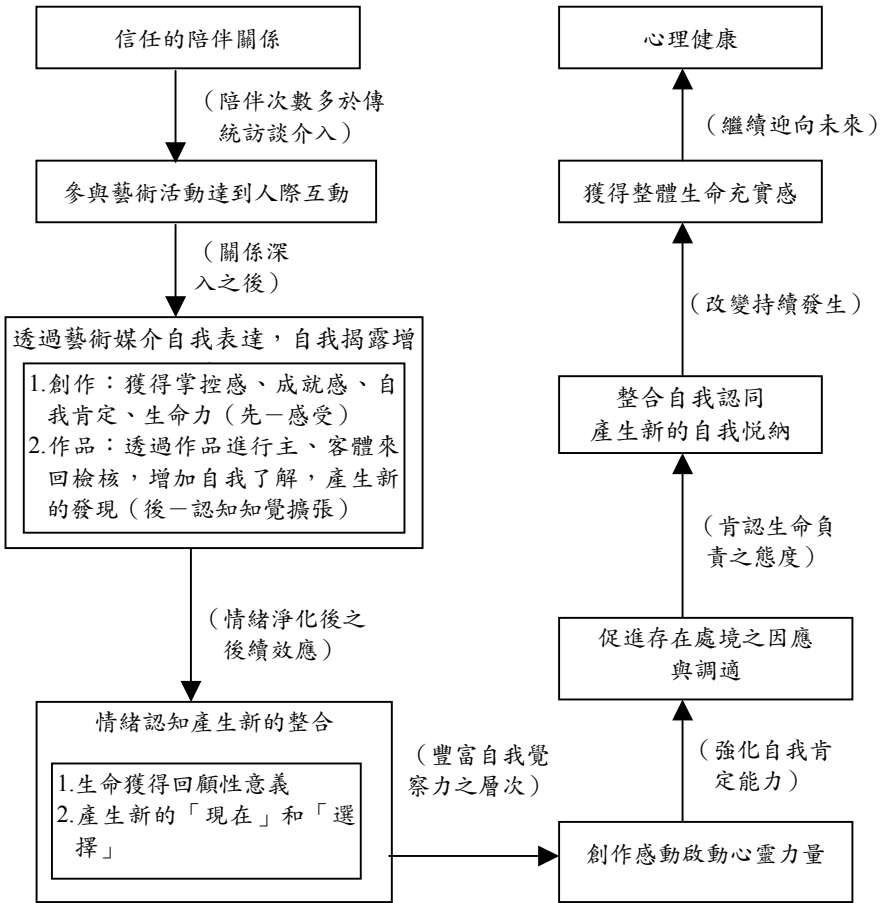


圖5-1 藝術治療活動催化癌末病患心理健康之歷程

### 三、研究建議

癌末病患需要心靈重建，藝術活動的確是一個可以達到協助其自我探索、自我表達並增進自我了解的媒介。基於研究結論，肯定藝術治療活動對癌末患者之應用。因此，根據研究歷程中的實際發現與反思，提出以下建議，盼能提供對於癌末病患進行藝術治療活動的臨床照顧與後續相關研究工作之參考。

- (一)失去口語表達能力患者更需要藝術治療活動
- (二)體力限制影響創作意願
- (三)提供病患創作範本或臨摹
- (四)提供病患媒材選擇之機會允許其適度的自由創作
- (五)個別藝術治療活動期間避免活動安排交叉崇過多
- (六)藝術治療活動結束後留下媒材方便病人創作

最後值得一提的是，因為癌末病患其存在處境的特殊性，對於死亡的議題往往是脆弱又敏感，因此在創作過程中可能出現的抗拒現象或是因為藝術創作活動而引發出深層負面情緒的感受，皆是臨床相關照護人員在執行藝術活動介入時，需要更多進一步關懷與理解之處。

## ◆ 參考文獻 ◆

### 一、中文部分

- 王秀絨(2000)。〈死亡與創造——兼論藝術治療之應用〉。《東海社會科學學報》，19，頁1-2。
- 王玉真(1997)。〈以質性研究方法探討影響癌症末期病患生活品質之因素及其因應策略〉。慈濟醫學院護理學研究所碩士論文，未出版，花蓮。
- 王千蕙(2004)。〈死亡與宗教生活：以佛教臨終助念為例〉。國立政治大學宗教研究所碩士論文，未出版，台北。
- 尹亞蘭(2003)。〈住院臨終病患使用宗教象徵物意義之詮釋現象學研究〉。私立南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 方俊凱(2003)。〈癌症末期併憂鬱症病患之心理治療：存在——認知模式初步建構〉。國立台北護理學院生死教育與輔導研究所碩士論文，未出版，台北。
- 石世明(1999)。〈臨留之際的靈魂——臨終照顧的心理剖面〉。國立東華大學族群關係與文化研究所碩士論文，未出版，花蓮。
- 江學滢(2000)。〈用藝術與潛意識對話——藝術治療〉。《文化視窗》，23，頁10-21。
- 匡雅麗(2004)。〈藝術治療團體在精神科急性病房之應用研究：一個以青少年為主之團體歷程與效果分析〉。台北市立師範學院視覺藝術研究所碩士論文，未出版，台北。
- 余德慧(2003)。《生死學十四講》。台北：心靈工坊。
- 呂佳璇(2003)。〈音樂治療教學對一般國小兒童自我概念與行為困擾之研究〉。南華大學美學與藝術管理研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 呂素真(2000)。〈在畫中讀生命淺談藝術治療〉。《國家文化藝術基金會會訊》，15，頁8-9。
- 呂素真(2001)。〈藝術治療與靈性照顧〉。《安寧照護雜誌》，5(2)，頁64。
- 呂素真(2005)。〈藝術工作坊講義〉。未出版。
- 沈榮林(2003)。〈藝術教育治療團體對國小身心障礙資源班兒童〉。臺北市立師範學院視覺藝術研究所碩士論文，未出版，台北。
- 李佩怡(2003)。〈助人者與癌症末期病人關係歷程之質性研究〉。國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文，未出版，台北。

- 李麗花 (2004)。〈音樂治療對老人憂鬱程度成效之探討〉。慈濟大學護理研究所碩士論文，未出版，花蓮。
- 李絢芬 (2003)。〈舞蹈遊戲對學齡前兒童創造力之影響〉。中國文化大學舞蹈研究所碩士論文，未出版，台北。
- 李玉如 (2001)。〈音樂治療對安養機構老人睡眠品質與情緒狀態成效之探討〉。國立台北護理學院護理研究所碩士論文，未出版，台北。
- 李翰倫 (2003)。〈對行為與情緒困擾兒童之處遇：以繪畫為導向之個案研究〉。國立屏東師範學院心理輔導教育研究所碩士論文，未出版，屏東。
- 周美嫻 (2004)。〈憂鬱症患者於引導想像音樂治療之改變歷程〉。國立成功大學護理學系碩士論文，未出版，台南。
- 周莉莉 (2000)。〈音樂治療對接受抽痰護理之早產兒其生理指標之影響及成效探討〉。國防醫學院護理研究所碩士論文，未出版，台北。
- 吳欣怡 (2001)。〈藝術治療對慢性精神分裂症病患的介入——個案研究〉。臺北市立師範學院視覺藝術研究所碩士論文，未出版，台北。
- 吳惠琴 (2004)。〈幼兒繪畫表現形式與自我概念之研究——以原住民及一般幼兒為例〉。國立屏東師範學院國民教育研究所碩士論文，未出版，屏東。
- 林靜琪 (1996)。〈癌症末期住院病人自述需要之探討〉。慈濟醫學院護理研究所碩士論文，未出版，花蓮。
- 林麗雲 (1995)。〈安寧照顧的文化之舞——以台大緩和醫療病房為述說情境〉。國立清華大學社會人類學研究所碩士論文，未出版，新竹。
- 林莉萱 (2003)。〈探討術前音樂對體外震波碎石術病患的影響〉。臺北醫學大學醫學研究所碩士論文，未出版，台北。
- 林素秋 (2003)。〈音樂治療活動對國小四至六年級學童之攻擊與人際關係問題輔導研究〉。屏東師範學院心理輔導教育研究所碩士論文，未出版，屏東。
- 林麗晴 (2005)。〈音樂治療對慢性精神分裂症病患精神症狀與腦波影響之探討〉。國立臺南大學資訊教育研究所碩士論文，未出版，台南。
- 林秀燕 (2004)。〈運用音樂治療於癌症患童接受化學治療所引起急性噁心、嘔吐影響之初探〉。國防醫學院護理研究所碩士，未出版，台北。
- 邱安煒 (2004)。〈音樂對腦波及心率變異性的影響〉。臺北醫學大學醫學研究所碩士論文，未出版，台北。
- 范瓊芳 (2001)。〈說不出來只能畫〉。《美育》，122，頁5。
- 范瓊芳 (1995)。〈幼兒心理繪畫分析與輔導——家庭繪畫動力的探討〉。台北：心理。

- 施以諾(2003)。〈音樂的波形與精神分裂患者的不適切行為〉。臺北醫學大學醫學研究所碩士論文，未出版，台北。
- 洪福建、鄭逸如、邱泰源、胡文郁、陳慶餘、吳英璋(1999)。〈癌末患者因應策略與負向情緒〉。《應用心理學研究》，3，頁85。
- 洪國萱(2004)。〈以繪畫介入適應困難役男個別諮商之歷程與效果研究〉。國立政治作戰學校軍事社會行為科學研究所碩士論文，未出版，台北。
- 洪慧容(2003)。〈音樂治療對改善癌症病患焦慮、憂鬱及睡眠品質之成效〉。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 洪瑟勵(2000)。〈音樂治療活動對國中階段中重度智障學生社會技能之影響〉。國立臺灣師範大學音樂研究所碩士論文，未出版，台北。
- 倪傳芬(2002)。〈運用藝術治療於安寧療護之行動研究〉。《慈濟護理雜誌》，1(3)，頁40-41。
- 柴蘭英(2004)。〈音樂治療教學方案對國小啟智班兒童口語表達能力之研究〉。臺中師範學院特殊教育與輔助科技研究所碩士論文，未出版，台中。
- 許維琪(2004)。〈音樂治療對憂鬱症病患憂鬱狀態之成效探討〉。慈濟大學護理學研究所碩士論文，未出版，花蓮。
- 郭世和(2005)。〈應用音樂探索活動增進大學生情緒智力之研究——以大葉大學休閒系一年級學生為例〉。大葉大學休閒事業管理學系碩士論文，未出版，彰化。
- 郭育誠、莫淑蘭、陳慶餘、邱泰源、姚建安、胡文郁等(2002)。〈臨終病人之美術療育〉。《台灣醫學》，6，(8)，頁839-847。引自莫淑蘭、郭育程、姚建安(2004)。〈特殊領域之藝術治療——安寧緩和醫療之失能者之美術療育〉。《長期照護雜誌》，8(2)，頁126-128。
- 陳芳智譯(1993)。《生死大事》。台北：遠流。
- 陳學添(2001)。〈藝術治療介入對受虐兒童自我概念之影響——個案研究〉。台北市立師範學院視覺藝術研究所碩士論文，未出版，台北。
- 陳鈺玟(2006)。〈音樂活動對國小自閉症兒童語言表達之研究〉。臺北市立教育大學音樂藝術研究所碩士論文，未出版，台北。
- 陳宣蓉(2003)。〈音樂治療活動應用於智能障礙兒童自我概念及人際關係之研究〉。屏東師範學院音樂教育學系碩士論文，未出版，屏東。
- 陳永宏(2004)。〈活潑快板與柔和慢板音樂對女大學生壓力反應之影響〉。國立成功大學行為醫學研究所碩士論文，未出版，台南。
- 陸雅菁(1998)。《藝術治療》。台北：心理。

- 陸秀芳（2003）。〈音樂治療對改善酒癮患者焦慮憂慮狀態成效之探討〉。國立臺灣大學護理學研究所碩士論文，未出版，台北。
- 張玉珍（1987）。〈音樂治療對低自我概念兒童自我知覺之影響〉。國立臺灣師範大學輔導研究所碩士論文，未出版，台北。
- 張淑貞（2003）。〈音樂治療改善婦女剖腹產過程之焦慮、壓力和生產經驗滿意度的成效〉。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 張芳瑜（2005）。〈探討音樂治療對改善機構失智長者問題行為之成效〉。國立台北護理學院護理研究所碩士論文，未出版，台北。
- 張瑛（1995）。〈音樂治療與認知性壓力處置對病患克服心臟手術壓力之成效探討〉。國立臺灣大學護理研究所碩士論文，未出版，台北。
- 張心馨（2003）。〈音樂治療的理論及其在國中階段的應用〉。國立臺灣師範大學音樂研究所碩士論文，未出版，台北。
- 黃淑鶴（2000）。〈音樂治療於改善癌症末期病患疼痛及症狀困擾之成效〉。台北醫學院護理學研究所碩士論文，未出版，台北。
- 黃尚本（2003）。〈音樂治療於缺氧性昏迷病患的個案報告與文獻回顧〉。臺北醫學大學醫學研究所碩士論文，未出版，台北。
- 黃金玥（2002）。〈美育取向音樂治療的理論基礎暨國中學生輔導之行動研究〉。國立東華大學教育研究所碩士論文，未出版，花蓮。
- 黃和美（1984）。〈癌症末期病人心理反應之探討〉。國防醫學院護理研究所碩士論文，未出版，台北。
- 黃忠賢（2002）。〈藝術治療對一位九歲白血病女童身心適應的影響歷程——個案研究〉。臺北市立師範學院身心障礙教育研究所碩士論文，未出版，台北。
- 黃藿（2005）。〈項退結教授的存在哲學研究〉。《哲學與文化》，32，頁 79-90。
- 莫影慰（2003）。〈兩個世界的交接——臨終病人與照顧者的關係移動〉。國立東華大學族群關係與文化研究所碩士論文，未出版，花蓮。
- 盛正德（2002）。《以畫療傷》。台北：心靈工坊。
- 葉莉瑄（2003）。〈藝術治療團體對學習障礙兒童的人際關係與自我概念之影響〉。國立屏東師範學院國民教育研究所碩士論文，未出版，屏東。
- 葉春杏（2004）。〈藝術治療團體對喪親兒童復原歷程之研究〉。臺北市立師範學院國民教育研究所碩士論文，未出版，台北。
- 游金靖（1998）。〈音樂治療對心臟手術病患呼吸器脫離時焦慮成效探討〉。國防醫學院護理學研究所碩士論文，未出版，台北。

- 楊甘旭(2004)。〈音樂活動對身心障礙學生適應行為成效之研究〉。國立臺東大學教育研究所碩士論文，未出版，花蓮。
- 蔡宜青(2000)。〈藝術治療對選擇性緘默症兒童的介入——個案研究〉。臺北市立師範學院視覺藝術研究所碩士論文，未出版，台北。
- 蔡榮美(2001)。〈音樂治療對安胎孕婦接受無加壓監測時其焦慮及生理反應成效之探討〉。國防醫學院護理研究所碩士論文，未出版，台北。
- 蔡佳芬(1997)。〈音樂團體治療對改善慢性精神分裂病患負性症狀與人際互動之成效〉。長庚醫學暨工程學院護理學研究所碩士論文，未出版，桃園。
- 廖淑美(2003)。〈奧福音樂治療法特質之研究——以一位音樂治療師與自閉症兒童之觀察為例〉。國立台北師範學院國民教育研究所碩士論文，未出版，台北。
- 劉月仙(2004)。〈從精神分析學的觀點探討破碎家庭學生的繪畫〉。國立台灣師範大學美術系在職進修碩士學位班碩士論文，未出版，台北。
- 劉玉湘(2002)。〈音樂治療對自然生產初產婦減輕分娩疼痛和焦慮之成效〉。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 鄭逸如(1998)。〈癌末病人負向情緒的紓解〉。《安寧療護雜誌》，10，頁62-68。
- 鄭立群(2005)。〈發展性音樂治療對國小 ADHD 兒童注意力教學成效之研究〉。臺北市立師範學院身心障礙教育研究所碩士論文，未出版，台北。
- 賴念華(1994)。〈成長團體中藝術媒材的介入：一個成員體驗的歷程分析〉。國立台灣師範大學研究所碩士論文，未出版，台北。
- 賴念華(1996)。〈簡介藝術治療及其特色〉。《中等教育》，47(4)，頁24-25。
- 賴念華(2001)。〈災後心理重建歷程之合作行動研究〉。國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所博士論文。
- 歐陽淑卿(2004)。〈以音樂欣賞進行音樂治療之行動研究〉。國立東華大學教育研究所碩士論文，未出版，花蓮。
- 簡子欣(2006)。〈音樂治療活動對聽覺障礙兒童國語聲調清晰度成效之研究——以發聲練習及聲調覺試為主〉。臺北市立教育大學身心障礙教育研究所碩士論文，未出版，台北。

## 二、翻譯文獻

- Dalley, T. (1995)。陳鳴譯。《藝術治療的理論與實務》。台北：遠流。  
(原著於1987年出版)。
- Davy, J. & Ellis, S. (2002)。張景然、郭柏秀、許馨仁譯。《安寧照護的諮商技巧》。台北：弘智。(原著於2000年出版)。
- Stoll, B. (2002)。陳瑞君、陳琬如、楊佳芬譯。〈災難創傷的受害者：藝術治療幫助復原〉。《國際藝術治療教育研討會論文集》。國立台灣藝術教育藝術館。(原著於2001年出版)。
- Van den Berg, J. H. (2001)。石世明譯。《病床邊的溫柔》。台北：心靈工坊。
- Soeren, K. (2000)。林宏濤譯。《愛在流行》。台北：商周。
- May, R. (1994)。吳文舜、鄭秋琪譯。《心理輔導的藝術》。台北：遠流。(原著於1989年出版)。
- May, R. (2001)。傅佩榮譯。《創造的勇氣》。台北：立緒。(原著於1969年出版)。
- Yalom, I. D. (2003)。易之新譯。《存在心理治療》。台北：張老師。  
(原著於1980年出版)。
- Toombs, S. K. (2000)。徐誠譯。《病患的意義》。大陸山東：青島出版社。
- Goleman, D. (1998)。李孟浩譯。《情緒療癒》。台北：立緒。

### 三、英文文獻

- Anand, S. A., & Anand, V. K. (1997). Art therapy with laryngectomy patients. *Art Therapy, 14*(2), pp.109-117.
- Buckman, R. (1992). *I Don't Know What to Say: How to Help and Support someone Who is Dying*. New York: Vintage Books. 引自鄭逸如(1997)。〈末期病患及家屬的情緒問題〉。《安寧療護雜誌》，3，4。
- Blatner, A. (1992). Theoretical principles underlying creative arts therapies. *The Arts in Psychotherapy, 18*(1), pp.405-409.
- Borgmann, E. (2003). Art therapy with three women diagnosed with cancer. *Arts in Psychotherapy, 29*(5), pp.245-251.
- Carlson, T. D. (1997). Using art in narrative therapy: enhancing therapeutic possibilities. *The American Journal of Family Therapy, 25*(3), pp.271-283.
- Deane, K. (2000). An innovative art therapy program for cancer patients. *Canadian Oncology Nursing Journal, 10*(4), pp.147-152.
- Feifel, H., & Nagy, V. T. (1981). Another look at fear of death: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol 49(2) Apr 1981, 278-286.
- Feifel, H. (1977). *New meanings of death*. New York, NY: McGraw-Hill.



- Frampton, D. (1998). Creative arts and Literature. In D.Doyle, W.Hanks, & N. Macdnald (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, London: Oxford University, 560-562. 引自倪傳芬 (2002)。〈運用藝術治療於安寧療護之行動研究〉。《慈濟護理雜誌》，1(3)，頁 40-41。
- Hellbom, M., Brandberg, Y., Glimelius, B., & Sjoden, P.-O. (1998). Individual psychological support for cancer patients: Utilisation and patient satisfaction: *Patient Education and Counseling* Vol 34(3) Jul. 1998, pp.247-256.
- Herrlen-Pelzer, S., Blaul, K., & Hirlinger, B. (2005). Art therapy in hospital-A case history of mr. A., a tunisian patient with leukaemia/Maltherapie im akutkrankenhaus mit dem fallbeispiel des tunesischen leukämie-patienten herrn A. *Musik-, Tanz-und Kunsttherapie*, 16(1), pp.19-26.
- Irwin, E C. (1984). The role of the arts in mental health. *Design for Arts in Education*, 86(1), pp.43-47.
- Knill, P. J & Levine, E. G. (2005). *Principles and Practice of Expressive Arts Therapy Toward a Therapeutic Aesthetics*. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia.
- Lair, G. S. (1996). *Counseling the Terminally Ill: sharing the Journey* Washington: Taylor & Francis.
- Luzzatto, P., & Gabriel, B. (2000). The creative journey: A model for short-term group art therapy with posttreatment cancer patients. *Art Therapy*, 17(4), pp.265-269.
- Luzzatto, P. (2002). Art therapy, creative writing and meditation for cancer patients. *Libri Oncologici*, 30(1), pp.43-46.
- Malchiodi, C. A. (1998). *The art therapy sourcebook*. Illinois:Lowell House Extension Press.
- May, R. (1981). *Freedom and destiny*. New York: Norton.
- Mango, C. (1992). Emma: Art therapy illustrating personal and universal images of loss. *Omega: Journal of Death and Dying*, 25(4), pp.259-269.
- Planchon, C. A. (2004). Art therapy and cancer/L'art-thérapie en cancérologie. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 3(1), pp.33-38.
- Ross, A. S., & Grant, M. (1994). *Experimental and nonexperimental designs in social psychology*. Madison, WI, England: Brown & Benchmark.
- Stewart, G. (1984). The draw a storygame: An aid on understanding and working with children. *The Arts in Psychotherapy*, 11, pp.187-196.
- Tinnin, L. (1990). Biological processes in nonverbal communication and their role in the making and interpretation of art. *The American Journal of Art Therapy*, 29, pp.9-13.
- Taylor, S. E. (1995) *Health Psychology*. 3<sup>rd</sup> ed. NewYork: McGraw-Hill, pp.458-482.
- Tartaglia, C. R. (1987). Psychological aspects of hospice care: Research areas: *Hospice Journal* Vol 3(4) Win 1987, pp.75-84.

- Wadeson, H. (1980). *Art Psychotherapy*. New York and Chichester: John Wiley.
- Wass, H., & Neimeyer, R. A. (1995). *Dying: Facing the facts* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Watson, M. (1991). *Cancer patient care: Psychosocial treatment methods*. Oxford, England; New York, NY: British Psychological Society; Cambridge University Press.
- Zammit, C. (2001). The art of healing: A journey through cancer: Implications for art therapy. *Art Therapy*, 18(1), pp.27-36.