

# 藝術治療團體於憂鬱症患者之 介入研究

臺中教育大學特殊教育學系副教授 侯禎塘

臺中教育大學特殊教育學系碩士 陳慧真

## 壹、緒論

### 一、研究背景與動機

美國國家心理衛生研究院（National Institute of Mental Health）曾指出憂鬱症是新世紀的黑死病（Whooley, Kiefe, Chesney, Markovitz & Hulley, 2002）。憂鬱症易產生憂鬱情緒、無趣、食慾不振、體重減輕、睡眠障礙、失去活力、激動或遲滯、罪惡感、思考或記憶能力退化及產生死亡意念等症狀，輕者影響患者生活及人際互動，嚴重者會導致患者社會功能的下降、失去工作、無法擔負家庭角色、引發藥物濫用及自殺等社會問題。

根據 Deepak Chopra 的觀察，欲使患者康復的最重要因素，乃是從我們的生活中製造出一些創造性的事物。神經病學及發展心理學的證據亦指出，藝術的創造在我們的思考、解決問題及記憶的能力上，扮演重要的角色（引自陳麗芳譯，2003）。而透過繪畫媒介的藝術治療，能統整大腦左右半球的語言和非語言之溝通表達功能，運用繪畫活動的心像與形象，以激發焦慮及憂鬱症患者的語言表達，提昇憂鬱症患者的反應與療效（McNamee, 2004），亦能增進覺察，使壓抑在深層的創傷浮現出來，進而重建自我（林瑞吉，2006）。繪畫也是表達恐懼、實現願望和幻想的媒介，使治療目標具體展現；同時，在發展溝通技巧以增進個人自我價值的過程中，繪畫表達亦是處理挫折和衝動的一種管道（呂俊宏、劉靜女譯，2002）。受治療者於藝術治療的創作過程中，常可達致宣洩與緩和情緒衝突的效果，並有助於提升自我認識和自我成長（侯禎塘，1997；陸雅青，2000）。此外，藝術治療應用於臨床領域，已有一段歷史，療效並獲得許多研究之證實，在歐美先進國家已列為精神醫療治療的一環（陸雅青，1997）。藝術治療發展至今日，已有各種不同的技術導向。對於認知能力正常的憂鬱症患者之輔導，採行現象學取向藝術治療模式能協助其表達情感和意念，並有效處理其人際問題（侯禎塘，2003）。

鑑於上述，本研究嘗試採用現象學取向藝術治療方案，並透過團體方式實施，以提供團體成員一個安全表達、探索與抒發情緒之管道，讓憂鬱症患者能在良好的互動情境中相互支持，進而勇於探討自我與人際適應所遭遇到的問題，重新嘗試新角色，承擔新責任，藉由成員彼此的回饋分享中學習成長（Skaife & Huet, 1998; Liebmann, 1991），期能作為治療方案之參考。

## 二、研究目的

根據研究動機，本研究目的在瞭解：

- （一）藝術治療團體對憂鬱症患者於情緒穩定之治療效果。
- （二）藝術治療團體對憂鬱症患者於人際社會適應之影響效果。
- （三）分析整理結果後，提供臨床實務工作者及學校輔導工作者之參考。

## 三、待答問題

本研究擬探討的待答問題如下：

- （一）藝術治療團體對憂鬱症患者之情緒穩定的變異性、自卑感和神經質方面有何影響？
- （二）藝術治療團體對憂鬱症患者之人際社會適應的客觀性、合作性、攻擊性和社交性有何影響？
- （三）憂鬱症患者接受藝術治療團體後，對團體的經驗感受情形為何？

## 貳、文獻探討

### 一、藝術治療團體的理念

#### （一）藝術治療團體的發展脈絡

藝術治療專業於 1900 年代初期萌芽並逐步成長，到了 1960 年代末期，藝術治療師受到團體互動理念影響，開始把團體動力的理念，應用到藝術治療團體實務中實施，也逐漸重視到需要建立諸如治療活動時間、空間和活動次數等團體結構的課題，到了 1980 年代藝術治療團體的文獻和書刊有了較多的發表。Liebman 對 42 位藝術治療家進行調查工作後，匯集一本團體藝術遊戲與結構的小冊子，採取指導和主題中心的技術，以作為團體領導者在選擇和實施活動之參考（陸雅青，1993；賴念華，1994；Liebmann, 1994）。相對於主題中心的治療技術，McNeilly（1983）提出團體分析（group analysis）理念的藝術治療團體，主張治療師不需對視覺心像或圖畫及情感等作出個人的評論，團體的溝通互動比給予作品的解釋更為重要。McNeilly 並認為藝術治療師需要忍受可能的不確定性，讓團體持續發展，以迄由團體成員的自行分享中，出現

欲探究與處理的內容或主題（引自侯禎塘，2003）。

Greenwood 和 Layton (1987) 於團體藝術活動的過程，讓成員經由藝術媒材進行投射，呈現視覺心象，並在藝術活動和團體的互動與過程中，加以消化、統合和產生內在覺察作用，強調溝通本位的藝術治療團體。1990 年代之後，漸增的藝術治療師進行藝術治療團體的實務、專業討論及發表 (Skaife & Huet, 1998)。Waller (1993) 發展及出版團體互動藝術治療 (Group Interactive Art Therapy) 的團體實務專書，其基本的哲學理念根源於人文取向的存在主義理念，重視責任、自由、選擇和處理此時此刻的經驗，把重心從成員過去經驗或故事的敘述與探索，轉移到人際學習的焦點上，強調成員間互動的重要性。Waller 認為心理治療團體中能夠產生治療效果的因素是：分享經驗、建立希望、減少孤獨感、宣洩、團體凝聚力和人際的學習，而治療者的角色著力在團體動力的發展（引自侯禎塘，2002）。Skaife 和 Huet (1998) 出版藝術心理治療團體 (Art Psychotherapy Groups) 一書，闡述各種藝術治療團體模式的理念和實務應用。

藝術治療在發展過程中結合了心理學、哲學、美學與藝術等各種不同的理論模式和心理治療方法 (Blatner, 1991; Lusebrink, 1991)。1990 年代後的藝術治療，已發展出多元的理論模式與方法 (Williams & Wood, 1977; Wadeson, 1980; Stamatelos & Mott, 1983; Rubin, 1987)。

## (二) 藝術治療團體的理念

藝術治療是一種心理治療或輔導方法，它結合了藝術、輔導、諮商和治療，經由藝術媒材、心像、美術創造過程和當事人對美術創作作品的反應，以反映出個人的發展、能力、人格、興趣、關心和衝突等 (侯禎塘，1999、2003)。藝術創作的經驗提供了個體一個管道，幫助個案以繪畫來表達壓抑的情緒，以發現他自己內在的智慧與內心的平衡，透過了藝術的表達，無可否認，個體在繪畫中結合了其個人的意義，且喚醒其內在的對話 (internal dialogue) 過程 (范瓊方，1996；林小鶯，1998)。藝術治療師找尋影像中的象徵，協助患者更加察覺內在的自我，並將內在自我的發現以及外在的現實生活整合為一，進而延續到日常生活的人際互動行為之中，以產生治療的經驗 (呂俊宏、劉靜女，2002)。

藝術治療透過團體提供支持與瞭解，能增加自我表露和互動機會。在團體的藝術治療過程中，鼓勵成員表達和參與，增加互動和凝聚力，使成員獲得歸屬感與新的見解，有了這些基礎，成員便願意在不批判的

氣氛中，嘗試處理自我挫敗的行為，以及練習新的行為。換言之，藝術治療者建立一個信任的環境，讓團體成員得以透過溝通分享內心感受，團體治療者催化團體成員的互動，協助拓展對他人和對自己的瞭解與覺察，並協助成員有自信的在創作中自我表達，從而在創作與互動中，得到情感昇華、領悟、統整或問題解決。

## 二、現象學取向藝術治療理念

現象學取向藝術治療（the phenomenological method of art therapy）參照人文哲學觀，在藝術治療活動中，成員和治療者及成員彼此間，建立信任、開放、安全、真誠的良好團體互動關係，以從事內在心象、想像、夢、和原型的探索旅行。成員勇於冒險的進入個人內心世界，促使內心的障礙或未探索的潛能部份，得到具體的澄清，增進對深度情感、焦慮、和希望的覺察與領悟。人文藝術治療活動提供極佳的管道，讓成員能夠善用呈現於夢中的心象、想像心象、神話和直覺心象等取之不盡的內在能量泉源，成為具有創造性的人（Garai, 1987）。

Adler 從當事人的主觀參考架構去看現實世界，這被形容為現象學導向的開始，也即重視個體知覺外在真實世界的方法（Corey, 1996）。現象學取向藝術治療模式能協助當事人表達情感和意念，探索自我、人格與人際行為等課題（Betensky, 1987；Ragurman, 1999）。Betensky（1973）以研究當事者對環境事物之主觀經驗，強調當事人自己，對一切事物變化的主觀感受和看法，而不是以觀察研究所得的外顯行為結果為解釋。Betensky 認為藝術治療是一種藝術經驗以提供當事人自我覺察之經驗的泉源。幫助個體發現真實的自我。Betensky（1995）在她對當事人與其藝術表現的研究方面，闡釋得最為清楚：以藝術創作者為中心是一項最根本的因素，在藝術治療中的當事人，他在創作藝術的第一手經驗當中，藝術表現時他自己就是最重要的一位旁觀者。現象學導向的治療立場也意謂著需要有專注的技巧，如呈現著他們的感覺和意識（Betensky, 1995）。

Nucho（1999）指出現象學的理论根據是運用觀察的方式瞭解當事人內在與外在環境的配合，認為行為的決定是由個人對生活中反應事件的真實態度自我瞭解或是自我觀念的認知和體察而來（范瓊方，2004）。現象學關心個人此時此地，在這個時刻、在這個地方，及目前狀態下，正在體驗些什麼。侯禎塘（1997）和 Betensky（1995）在藝術治療實務與技術的研究中，所歸納的現象學取向藝術治療實施過程，重視透過專注的靜觀和視覺覺知作品內容，進行現象的探索，其進行包括下列四個階段的活動步驟：

### 步驟一：藝術媒材遊戲

運用遊戲化的方式，讓當事人透過感官直接體驗及熟悉各種美術媒材的性質及使用方式，亦可進一步由遊戲中發覺當事人的潛能與值得探索的問題。

### 步驟二：藝術工作（或創作）的過程

藝術表達活動，創造現象，產出作品。讓當事人以繪畫或其他的美術活動，當作是一種自我表達的方式，並將當事人的個人問題或欲探索開發的潛能，設計成為活動的主題，並透過繪畫或其他藝術材料，引導當事人從事自發性的繪畫或美術表達活動。

### 步驟三：現象的直觀

本步驟著重於對完成之作品，進行現象的探索，透過專注的靜觀和視覺覺知作品內容，包括進行下列二個階段的活動過程：

階段（一）：覺知（perceiving）。

1. 視覺展示（visual display）：呈現作品。
2. 距離（distancing）：包括作品的近觀與遠觀等。
3. 有意的觀看（intentional looking）：專注觀看已完成的作品。

階段（二）：你看到什麼的過程（What-do-you-see procedure）。

1. 現象的陳述（phenomenological description）：當事人陳述藝術表達作品，輔導者用「你看到了什麼？」等語句，引導當事人探究藝術表達作品的結構、各元素、各部份及整體之間的關係。
2. 現象的發現（phenomenological unfolding）：覺知現象，發現呈現的事實或意義。

### 步驟四：現象統整

本步驟著重於透過口語陳述所見到的作品表面現象，並進一步探索作品內容的結構、作品內容各個元素間的相互關聯、互動關係及其中顯示或隱含的個人意義，以引導個人對整個歷程的領悟與統整。此步驟包括探索下列三個方面的重點：

1. 自我發現。
2. 探索與比較各活動階段的藝術作品及其關係。
3. 藝術表達（藝術作品）與當事人生活經驗的聯結、統整與改善

綜合以上所述的進行步驟，可融入個別輔導、小團體或其他輔導的形式實施，端視對象需要和進行型態之不同，而加以彈性靈活運用。本研究透過團體治療的模式，規劃現象學取向藝術治療技術，應用於憂鬱症患者之治療。

### 三、憂鬱症之探究

憂鬱症在精神疾病領域有日漸增加的趨勢，其終身盛行率女性為5%~9%，男性為2%~4%，約40%的憂鬱症會完全復原而且不會再復發，而另外40%則可能再發，剩餘的20%可能有持續的症狀與社會功能失調，憂鬱症如果不治療時，可能會持續六個月，甚至更久(方麗華、陳昭姿、陳純誠,1998)。

根據美國精神醫學會第四版精神疾病診斷手冊(DSM-IV)，所謂憂鬱心情是指在不同時間對不愉快的情境都感到悲傷。通常會伴隨其他負向情緒出現，如：恐懼、罪惡感、憤怒、羞愧，以及厭惡，並與焦慮和社會退縮等問題有相關。臨床上將憂鬱視為一種心理疾病，呈現憂鬱心情；失去興趣或喜樂，這兩種症狀至少應有其中之一，並符合以下五個(或五個以上)的診斷標準，且持續最少兩個星期以上，則可稱為臨床上的憂鬱症：1.憂鬱心情。2.幾乎所有的活動、興趣或喜樂顯著減少。3.明顯的體重減輕或增加。4.失眠或嗜眠。5.精神運動性激動或遲滯。6.疲累或失去活力。7.無價值感或過分不合宜的罪惡感。8.思考能力或專注能力下降。9.有自殺念頭或企圖(American Psychiatry Association,1994)。

APA(1994)認為，憂鬱症是一種精神與身體症狀的症候群，在外顯行為上會出現情感、認知、行為等障礙及身體症狀，且呈現出原有功能的改變，臨床上憂鬱症狀在情感上的表現為情感極度低落、悶悶不樂，在思考上會明顯的影響大腦功能表現出遲鈍、有罪惡感，在動作上出現行為遲緩，在語言方面則是沈默寡言，在身體方面會食慾降低、失眠等情形。Strongman(1987)亦指出憂鬱症通常被認為包含五組特質，雖然它可能受到其他許多情緒狀況的惡化，諸如焦慮：(1)一種悲傷、冷漠的心境；(2)一種負面的自我概念，包括自我責備、自我歸罪等一種避開其他人的願望；(3)失眠、食慾不振、性慾低落；(4)活動水平的變化，通常朝著缺乏興趣的方向，但有時(5)可能採取激躁不安的形式(游恆山譯,2002)。

憂鬱症的產生，不僅僅是遺傳性基因、生理異常、內分泌失調，環境也有可能是影響因素(洪錦益,2004)。存在於生物學和心理學層面及促發因子間的交互作用影響。導致憂鬱症的原因很多，其可能之導因有：遺傳因素、腦內神經傳導物質不平衡、朝向內在的自我攻擊行為、客體失落、人格組織架構、認知、習得無助感、行為、生物學及生活壓力源、家庭關係不良、社會文化、人際關係、生活壓力事件等均與憂鬱症的發生息息相關等。

## 參、研究方法

### 一、研究設計

本研究依據憂鬱症患者參與意願與患者參與團體的可能性，做為選取受試之標準，故採取不等組的前-後測實驗設計，屬於準實驗設計，如表一：

表一 藝術治療團體之實驗設計

組別	前測	實驗處理	後測
實驗組	$O_1$	X	$O_2$
控制組	$O_3$		$O_4$

表一中各符號所代表之意義，說明如下：

X：表示實驗組接受藝術治療團體之實驗處理。

$O_1$ 、 $O_3$ ：分別表示實驗組與控制組前測評量。

$O_2$ 、 $O_4$  分別表示實驗組與控制組後測評量。

### 二、研究對象

本研究之研究對象為一所醫院精神科病房憂鬱症患者共 16 人，年齡介於 18-29 歲之間，學歷由國中畢業到碩士畢業均有，大多數為大專畢業程度。

### 三、研究工具與材料

本研究所採用的工具包括：新訂賴氏人格測驗、藝術治療團體之成員回饋意見表。茲分述如下：

#### (一) 新訂賴氏人格測驗

此量表係採用賴保禎、賴美玲(2004)編製的「新訂賴氏人格測驗」，本測驗共有 150 題，構成 15 個量表，形成 4 個因素，每一量表代表一向人格特質。本量表在國內編訂的重測信度係數在 .71~.93 之間，效度方面和賴氏人格測驗十三個量表的相關係數在 .62~.81 之間，施測時可採用團體或個別施測。

本研究選取七個分量表，以變異性(C)、自卑感(I)、神經質(N)等三個量表做為情緒穩定評量工具，客觀性(O)、合作性(CO)、攻擊性(AG)、社交性(S) 做為人際社會適應的評量工具。

#### (二) 藝術治療團體之成員回饋意見表

此回饋意見表為研究者自編的問卷，其目的為瞭解實驗組受試者在藝術治療團體實施後，對於實驗團體之經驗感受。

## (三) 藝術媒材

圖畫紙、彩色筆、剪刀、膠水、蠟筆、粉彩筆和 CD (音樂) 等。

## (四) 實驗場地

實驗場地為一所精神科病房的團體治療室，此治療室約有二十坪左右，全面採用木質地板，可供團體成員創作、圍坐討論與分享。

## (五) 團體領導者背景

本藝術治療團體的帶領者曾修藝術治療、團體治療、心理劇等課程並於醫院精神科病房，接受團體治療實務訓練三年，擔任娛樂治療、藝術治療團體、衛教團體等治療活動的團體領導者，也擔任團體指導者二年，並曾參與籌畫醫院精神科病房住院病人會心團體、出院準備等團體，受聘擔任大學院校精神科臨床指導。

## 四、藝術治療團體方案

本研究的現象學取向藝術治療團體 (the phenomenological method of art therapy)，係參照現象學取向藝術治療的理念與流程所設計的小團體方案，共計十二次團體治療活動，包含三個階段，如表三的計畫內容：

表三 藝術治療團體活動計畫表

階段	次數	活動名稱	活動目標
第一階段 1.培養安全、信任的團體氣氛。 2.建立團體成員彼此之間的良好關係。 3.協助成員輕鬆、開放的投入藝術表達，釋放創造潛能。	第一次	認識大家	1.幫助成員互相認識。 2.激發成員參與團體的動機。 3.使成員瞭解團體的性質。
	第二次	我愛塗鴉	1.激發成員參與團體的興緻。 2.緩解緊張的情緒及思想
第二階段 1.幫助成員表達及鬆弛情緒，調和內心的衝突和矛盾，昇華情感。 2.協助成員自我瞭解及自我接納。 3.體察人際交往的關係，促進良好的人際適應。	第三次	舒緩	1.舒緩不安的情緒及思想，鬆弛身心，引導成員自我開放。 2.渲洩自己的情感，排解自我防衛。
	第四次	心情花絮	1.覺察此時此刻或最近的情緒狀態。 2.瞭解影響個人生活中或工作上的情感因素。
	第五次	自我雕塑	1.協助成員認識自己，增進自我觀念。 2.覺知現實我和理想我之間的差距，引導成員瞭解及接納整體的自己，增進適應現實生活的能力。



階段	次數	活動名稱	活動目標
4.增進對家庭生活的瞭解與適應。	第六次	交換畫像	1.覺知眾人眼中的自我形像。 2.覺察主觀我和客觀我之間的差距。 3.提昇自我觀念。
	第七次	影響我最深的人	1.瞭解影響自己的重要人物及彼此間的關係。 2.覺察人際交往的互動情形，增進良好的人際關係。
	第八次	繪畫接龍	1.覺察團體成員相互間的影響力。 2.瞭解他人對自己的影響力。 3.培養良好的人際關係。
	第九次	共同合作畫	1.增進團體的互動及團體的凝聚力。 2.培養與他人合作的良好態度。 3.學習合作的行為。 4.增進對生活的瞭解與適應。
	第十次	家	1.瞭解自己家庭的氣氛及自我在家庭中的角色。 2.瞭解自己家庭及他人家庭的異同。 3.增進自我與家庭的關係。
第三階段 1.統整成員的經驗、思想、情感和行為。 2.圓滿的結束團體。	第十一次	生命河流	1.發掘個體的潛意識。 2.統整個體的經驗、思想、情感等。 3.瞭解成員經過團體經驗後的改變。
	第十二次	珍重與展望	1.體察施與受的經驗。 2.鼓舞成員展望新的未來。 3.圓滿的結束團體。

本實驗方案的處理，包括：(一) 實施前測 (95 年 7 月~95 年 8 月)，進行 16 位受試者「新訂賴氏人格測驗」前測。(二) 團體介入 (95 年 8 月~95 年 9 月)，對實驗組進行每星期三次，每次九十分鐘，共計十二次的藝術治療團體活動，約進行一個月的時間。(三) 實施後測 (95 年 9 月~95 年 10 月)，實驗結束後一週內，實驗組和控制組皆接受「新訂賴氏人格測驗」後測。

### 五、資料處理與分析

本研究的資料處理與分析方法，包括單因子共變數分析、百分比分析、成員回饋意見的整理及綜合分析。

## 肆、結果與討論

### 一、藝術治療團體於憂鬱症患者的情緒穩定與人際社會適應之影響

(一) 藝術治療團體實驗於住院憂鬱症患者的情緒穩定與人際社會適應之影響效果為比較實驗、控制二組受試者在「新訂賴氏人格測驗」之分量表後測差異，先進行組內迴歸係數同質性檢定，內容如表四：

表四 不同實驗處理在「新訂賴氏人格測驗」分量表之組內迴歸係數同質性考驗摘要表

變異來源	SS	Df	MS	F	顯著性	
變異性	組間(迴歸係數)	.344	1	.344	.40	.845
	組內(誤差)	102.931	12	8.578		
自卑感	組間(迴歸係數)	5.569E-0.2	1	5.569E-0.2	.002	.963
	組內(誤差)	294.610	12	24.551		
神經質	組間(迴歸係數)	4.551	1	4.551	.567	.466
	組內(誤差)	96.319	12	8.027		
客觀性	組間(迴歸係數)	8.006	1	8.006	.350	.565
	組內(誤差)	274.203	12	22.850		
合作性	組間(迴歸係數)	.101	1	.101	.009	.926
	組內(誤差)	135.833	12	11.319		
攻擊性	組間(迴歸係數)	16.870	1	16.870	1.396	.260
	組內(誤差)	145.063	12	12.089		
社交性	組間(迴歸係數)	13.259	1	13.259	.766	.399
	組內(誤差)	207.682	12	17.307		

由表四顯示實驗、控制二組受試在「新訂賴氏人格測驗」各分量表的組內迴歸係數同質性檢定均未達顯著，表示二組受試於各分量表及總量表的組內迴歸係數同質，符合共變數分析的基本假定。接著，就實驗、控制二組受試在各分量表後測得分進行單因子共變數分析。

(二) 不同實驗處理在「情緒穩定」因素的差異

不同實驗處理之受試者在「情緒穩定」前後測得分之平均數、標準差與共變數分析摘要，如表五、六：

表五 不同實驗處理在「情緒穩定」前後測得分之平均數與標準差

項 目	實驗組 (N=8)				控制組 (N=8)			
	前測		後測		前測		後測	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
變異性	15.38	2.61	15.88	2.75	15.38	2.56	16.25	3.06
自卑感	14.87	5.30	13.00	4.50	16.88	3.07	14.00	5.55
神經質	15.38	3.62	13.13	4.52	17.38	3.02	15.13	4.19

註：得分越低，表示情緒越穩定。

表六 不同實驗處理在「新訂賴氏人格測驗」之「情緒穩定」因素分量表之共變數分析摘要表

變異來源	SS	df	MS	F
變異性 組間	.563	1	.563	.071
組內(誤差)	103.275	13	7.944	
自卑感 組間	.269	1	.269	.012
組內(誤差)	294.666	13	22.667	
神經質 組間	1.211E-02	1	1.211E-02	.002
組內(誤差)	100.870	13	7.759	

由上表五、六的結果得知：

1. 實驗組受試者接受藝術治療團體治療後，實驗組受試者在「新訂賴氏人格測驗」之「情緒穩定」因素的分量表「變異性」後測得分與控制組受試者的得分比較，未達顯著水準 ( $F=.071, p>.05$ )，也就是在情緒穩定因素的分量表「變異性」沒有顯著差異。
2. 實驗組受試者接受藝術治療團體治療後，實驗組受試者在「新訂賴氏人格測驗」之「情緒穩定」因素的分量表「自卑感」後測得分，未達顯著水準 ( $F=.012, p>.05$ )，也就是在情緒穩定因素的分量表「自卑感」分量表得分沒有顯著差異。
3. 實驗組受試者接受藝術治療團體治療後，實驗組受試者在「新訂賴氏人格測驗」之「情緒穩定」因素的分量表「神經質」後測得分，未達顯著水準 ( $F=.002, p>.05$ )，也就是在情緒穩定因素的分量表「神經質」分量表得分上沒有顯著

差異。

(三) 實驗處理後，不同實驗處理（分為實驗組與控制組）在「新訂賴氏人格測驗」之「社會適應」因素與分量表「社交性」的差異

不同實驗處理之受試者在「社會適應」因素與分量表「社交性」前後測得分之平均數、標準差與共變數分析摘要，如表七、八：

表七 不同實驗處理在「社會適應」因素與分量表「社交性」前後測得分之平均數與標準差

目 項	實驗組 (N=8)				控制組 (N=8)			
	前 測		後 測		前 測		後 測	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
客觀性	11.00	5.86	9.75	6.07	9.63	3.96	8.88	6.71
合作性	12.50	6.87	10.38	5.63	12.00	4.60	10.63	4.00
攻擊性	10.13	4.55	10.25	4.74	9.38	5.76	8.00	3.78
社交性	7.62	6.54	13.50	4.24	3.50	2.93	5.25	3.85

註：客觀性、合作性、攻擊性得分越低與社交性得分越高，表示人際社會適應越佳。

表八 不同實驗處理在「新訂賴氏人格測驗」之「社會適應」因素與分量表「社交性」之共變數分析摘要表

變異來源	SS	df	MS	F
客觀性 組間	.557	1	.557	.026
組內(誤差)	282.209	13	21.708	
合作性 組間	1.304	1	1.304	.125
組內(誤差)	135.934	13	10.456	
攻擊性 組間	13.938	1	13.938	1.119
組內(誤差)	161.932	13	12.456	
社交性 組間	195.002	1	195.002	11.474*
組內(誤差)	220.941	13	16.995	

\* $p < .05$

由上表七、八的結果得知：

1. 實驗組受試者接受藝術治療團體治療後，實驗組受試者在「新訂賴氏人格測

- 驗」之「社會適應」因素的分量表「客觀性」後測得分與控制組受試者的得分比較，未達顯著水準 ( $F=.026, p>.05$ )，也就是在情緒穩定因素的分量表「客觀性」上沒有顯著差異。
2. 實驗組受試者接受藝術治療團體治療後，實驗組受試者在「新訂賴氏人格測驗」之「社會適應」因素的分量表「合作性」後測得分與控制組受試者的得分比較，未達顯著水準 ( $F=.125, p>.05$ )，也就是在情緒穩定因素的分量表「合作性」上沒有顯著差異。
  3. 實驗組受試者接受藝術治療團體治療後，實驗組受試者在「新訂賴氏人格測驗」之「社會適應」因素的分量表「攻擊性」後測得分與控制組受試者的得分比較，未達顯著水準 ( $F=1.119, p>.05$ )，也就是在情緒穩定因素的分量表「攻擊性」上沒有顯著差異。
  4. 實驗組受試者接受藝術治療團體治療後，實驗組受試者在「新訂賴氏人格測驗」之分量表「社交性」後測得分與控制組受試者的得分比較，達統計上的顯著水準 ( $F=11.474, p<.05$ )，也就是「社交性」上有顯著差異。為了進一步了解其差異情形，乃求其調整後平均數。結果如表九：

表九 不同實驗處理在「社交性」量表之調整前、後平均數

平均數	組別	
	實驗組	控制組
調整前	13.50	5.25
調整後	13.182	5.568

由上二表的結果得知，不同實驗處理效果而言，已達顯著水準 ( $F=11.474, p<.05$ )，也就是實驗組與控制組經實驗處理後，在「社交性」總量表得分上有顯著差異。去除共變量，以為有效之平均數，故經由調節平均數的比較，顯示實驗組在後測得分 ( $M=13.182$ ) 顯著高於控制組 ( $M=5.568$ )，亦即實驗組受試者在經過本實驗團體後，其社交性顯著高於控制組受試者，顯示實驗組受試者在經過現象學取向的藝術治療之後，較願意與人交往，喜與社會接觸 (賴保禎、賴美玲，2004)。

## 二、藝術治療團體實驗之成員回饋意見分析

綜合實驗組受試者對藝術治療團體的回饋反應，較多數喜歡來參加團體，認為可以增進對自我的瞭解，對於藝術治療團體均持正向肯定的反應，認為可以抒發情緒、增進自信心，減少自卑感，增進情緒穩定度，而實驗組受試者多

數成員認為來參加藝術治療團體對人際社會適應有幫助，且對於團體治療增進人際社會適應持正向看法，僅少數人在主觀感受上則覺得少有幫助。

## 伍、結論與建議

### 一、結論

根據本研究結果，現象學取向藝術治療團體對提升憂鬱症住院病人的情緒穩定沒有明顯的成效、社交能力有正面積極的效果，茲將本研究結果綜述如下：

#### (一) 情緒穩定方面

藝術治療團體對實驗組與控制組受試者在「新訂賴氏人格測驗」之「情緒穩定」因素的「變異性」、「自卑感」、「神經質」後測得分方面，未有明顯的差異。亦即實驗組受試者經過實驗處理後，與控制組患者比較，在各分量表的表現上並沒有明顯的成效。

#### (二) 人際社會適應方面

1. 藝術治療團體對實驗組與控制組受試者在「新訂賴氏人格測驗」之「社交性」分量表方面，具有顯著的實驗效果，亦即經過藝術治療團體後，實驗組與控制組受試者在「新訂賴氏人格測驗」之分量表「社交性」的後測分數，實驗組優於控制組。顯示藝術治療團體有助於提升實驗組患者表現出更好的人際互動能力。
2. 藝術治療團體對實驗組與控制組受試者在「新訂賴氏人格測驗」之「社會適應」因素的「客觀性」、「合作性」、「攻擊性」後測得分方面，未有明顯的差異。亦即實驗組受試者經過實驗處理後，與控制組受試者比較，在各分量表的表現上並沒有明顯的成效。

#### (三) 參與藝術治療團體的感受回饋意見方面

實驗組受試者接受藝術治療團體之感受回饋意見如下：

綜合而言，實驗組受試者多數對藝術治療團體持正向肯定，覺得在參與藝術治療團體後，情緒穩定有明顯的改善，但還是有個別差異，少數的實驗組受試者，則是覺得對於情緒則沒有什麼影響，自己仍處在不穩定的狀態。在人際社會適應方面，因每位成員人際適應的速度有所不同而差異，有二位實驗組受試者覺得在與人相處方面還是有點困難，需要一些時間，其他實驗組受試者則覺得與人相處和人際互動有進步，且對藝術治療團體持正向肯定，覺得在參與藝術治療團體後，人際社會適應有明顯的改善。

根據上述的結果，本研究得到的結論如下：

- (一) 藝術治療團體對憂鬱症住院受試者在社交性增進效果達顯著水準。

- (二) 藝術治療團體對憂鬱症住院受試者在情緒穩定與社會適應之增進效果雖未達顯著水準，但實驗組受試者在主觀感受方面，對藝術治療團體大致肯定與喜愛，且大多數能感受到在情緒穩定、人際社交方面的正向助益，但亦有少數受試者覺得沒有進步。

## 二、建議

根據本研究結果的綜合探討，提出在治療、輔導及未來研究的建議：

### (一) 情緒方面

本研究發現現象學取向藝術治療團體對於憂鬱症患者情緒穩定方面在統計上雖無顯著影響，然而在團體成員的回饋意見中，多數實驗組成員的主觀感受則自我覺察到情緒已趨向穩定的狀態。因此，就個別成員的感受而言，現象學取向藝術治療團體仍是協助多數成員獲得內心平靜的方法之一，在實務應用與研究方面，仍可再加以探究。

### (二) 人際互動方面

本研究的現象學取向藝術治療團體，治療者和憂鬱症患者雙方均在溫暖、舒適、尊重、沒有壓力的情境中互動與成長。由本研究發現憂鬱症患者在社交互動方面，有所增進。因而當治療者或學校輔導人員發現憂鬱症患者或類似有社交互動障礙之問題者，可參考採行現象學取向的藝術治療團體模式，以增進團體成員的人際互動能力。

### (三) 社會適應方面

本研究發現現象學取向藝術治療團體對於憂鬱症患者的社會適應方面在統計上並無顯著影響，但在團體成員的回饋意見中，多數實驗組成員的主觀感受則認為對其社會適應有幫助，能使成員願意與人建立良好的關係。故建議在社會適應方面的應用，應謹慎為之，並可再加以進一步探究。

## 三、未來研究的建議

- (一) 研究變項方面：自變項方面可考慮不同取向的藝術治療團體；而在依變項方面，可考慮如受試者的自我概念、人格特質、表達能力或是人際衝突解決能力等，都可納入研究變項的考慮。
- (二) 研究範圍方面：本研究之研究對象僅限於一所醫院憂鬱症住院患者，故未來研究對象可考量不同地區的憂鬱症患者或其他類別之患者。
- (三) 研究方法方面：

未來研究可考慮增加輔導員的觀察記錄，以便深入探討患者改變歷程，而對於實驗團體結束後，情緒穩定與人際社會適應方面的評量，可

增加家人和精神科工作同仁，共同參與評量，將更可充分瞭解研究的結果。

#### (四) 團體方案設計方面

實驗團體的實施方式，尚可融入多元藝術媒材及心理劇等策略，將使實驗團體更活潑和生活化，值得進一步研究。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 方麗華、陳昭姿、陳純誠 (1998)。憂鬱症的治療。台灣醫學，2(4)，456-463。
- 呂俊宏、劉靜女譯 (2002)。繪畫評估與治療—心理衛生專業人員指南。台北：心理出版社。
- 吳清山、林天佑 (2005)。藝術治療。教育研究月刊，129，155。
- 林小鶯 (1998)。藝術治療在強力膠個案上的應用。諮商與輔導，148，40-42。
- 林瑞吉 (2006)。家庭暴力受虐兒童之遊戲治療。諮商與輔導，241，10-15。
- 侯禎塘 (1997)。行為導向藝術治療法對國小多重障礙兒童行為問題及圖畫概念之輔導效果研究。國立台灣師範大學特殊教育研究所博士論文。未出版。
- 侯禎塘 (1999)。藝術治療在特殊兒童輔導之應用。屏師特教，7，12-14。
- 侯禎塘 (2002)。藝術治療在智能障礙兒童輔導效果之研究。高雄：高雄復文圖書出版社。
- 侯禎塘 (2003)。藝術治療團體的理念及應用—兼述藝術治療團體之現象學取向模式。國立屏東師院特教中心：特殊教育論文集(五)，161-207。屏東：國立屏東師院特教中心。
- 洪錦益 (2004)。憂鬱症的病理與治療。科學月刊，35(3)，209。
- 范瓊方 (1996)。幼兒繪畫心理分析與輔導—家庭動力繪畫的探討。台北：心理出版社。
- 范瓊方 (2004)。藝術治療—家庭動力繪畫概論。台北：五南圖書出版公司。
- 游恆山譯 (2002)。情緒心理學—情緒理論的透視。台北：五南圖書出版公司 (原著：The Psychology of emotion, Strongman, K.T., 2002)。
- 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。國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文 (未出版)。
- 賴念華 (1996)。簡介藝術治療及其特色。中等教育，47 (4)，24-27。
- 賴保禎、賴美玲 (2004)。新訂賴氏人格測驗。台北：千華。
- 陸雅青 (1993)。繪畫詮釋—從美術進入孩子的心靈世界 (第一版)。台北：心



理出版社。

陸雅青 (1997)。繪畫詮釋—從美術進入孩子的心靈世界 (第二版)。台北：心理出版社。

陸雅青 (2000)。藝術治療團體實務研究：以碎家庭兒童為例。台北：五南圖書出版公司。

陳麗芳譯 (2003)。靈魂調色盤。台北：生命潛能。Malchiodi, C. A. 著。

## 二、西文部分

American Psychiatry Association. (1994). *Quick Reference to the Diagnostic Criteria*. Washington, D. C.: American Psychiatry Association.

Betensky, M. (1987). Phenomenology of therapeutic art expression and art therapy. In J. A. Rubin(ed.), *Approaches to art therapy* (pp.149-166).New York: Brunner/ Mazel.

Betensky, M. (1995). *What do you see? Phenomenology of therapeutic expression*. London: Jessica Kingsley.

Blatner, A. (1991). Theoretical principles underlying creative arts therapies. *The Art in Psychotherapy*, 18 (5), 405-409.

Campbell, J. (1993). *Creative art in groupwork*. Oxford, U.K.: Winslow Press.

Garai, J. E. (1987). A humanistic approach to art therapy. In J. A. Rubin (ed.), *Approach to art therapy theory and technique* (pp.188-207). New York: Brunner/Mazel.

Liebmann, M. (1991). *Art therapy for groups: A hand book of themes, games and exercises*. London: Routledge.

Liebmann, M. (1994). *Art therapy with offenders*. London: Jessica Kingsley.

Lusebrink, V.B. (1991). A system oriented approach to the expressive therapies: The expressive therapies continuum. *The Arts in Psycho -therapy*, 18 (5), 395-403.

McNamee, C. M.(2004). Using both sides of the brain: experiences that integrate art and talk therapy through scribble drawings. *Journal of the American Art Therapy* 21 (3), 136-142.

Ragurman, R. S. (1999). Battling Separation Anxiety. *American Journal of Art Therapy*, 1 (37), 1-9.

Rubin, J.A. (1987). *Approach to art therapy*. New York: Brunner/ Mazel.

Skaife, S. & Huet, H. (1998). *Art Psychotherapy groups*. London: utledge.

Stamatelos, T., & Mott, D.W. (1983). Art as a client- centered treatment modality.

*The Arts in Psychotherapy, 10, 241-249.*

Wadson, H. (1980). *Art Psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Waller, D. & Gilroy, A. (1994) . *Art therapy: A handbook*. Buckingham: Open University Press.

Whooley, M. A., Kiefe, C. I., Chesney, M. A., Markovitz, J. H., Matthews, K., & Hulley, S. B.(2002). Depressive symptoms, unemployment, and loss of income. *Archives Internal Medicine, 162, 2614-2620.*

Williams, G. H., & Wood, M. M. (1977). *Developmental art therapy*. Baltimore, MD: University Park Press.