

觀音像描繪

郭育誠、莫淑蘭

觀音像描繪在癌末病人接受美術療育的應用

郭育誠¹ 姚建安² 莫淑蘭¹ 陳慶餘² 邱泰源² 胡文郁³ 釋惠敏⁴

前言

將美術療育應用到安寧療護緩和醫療^[1]的主要目的是為了協助病人處理生理情緒上的衝突、提升自我察覺，以及緩和不自覺的非語言苦惱。癌症末期病人因各器官系統衰竭，在醫療上以身體症狀的控制為優先考量，但隨著病情的發展，心靈的照顧更加重要。^[2]藝術能促進心靈成長，藝術的內容也是呼應時空的圖騰，本研究運用描繪療法^[3]，以觀音像的容貌作為描繪底稿，由觀音像欣賞、觀音典故的了解，以及直接描繪歷程，幫助病人由美感欣賞、描繪、抒發促進心靈成長。選用觀音像作為美術療育媒介，是因觀音像為大家普遍認識的精神形象，在美術造型上具有安定、慈祥的美感經驗，視覺的記憶中為人所敬仰且有深刻記憶的對象。

就視覺心理學而言，不同的圖像有其文化背景，圖像造形可以使接觸的對象有所感受，不同的感受實際上也反映各個體的視覺心理。在萬物相互呼應的大千世界，圖像不是徒具點、線、面的枯燥結構，一經時空考驗的圖像，不僅蘊含人類的想像，也保留其精神，並喚醒生命的記憶，反映觀照宇宙的結果。^[4]

觀音像在信仰上是安定的依持，在美術造形上具有兩千多年的演變，不同的觀音造型反映不同時代人們的心靈需求。^[5]《法華經·普門品》裡形容觀世音是無所不在的心靈救贖者，說到：「若有無量百千億眾生，受諸苦惱，聞是觀世音菩薩，一心稱名。觀世音菩薩，即時觀其音聲，皆得解脫。」^[6]觀世音菩薩在各界佛教信徒中影響最大，也是信仰最廣的一位精神典範。^[7]他大慈大悲，發願普渡眾生，人們一誦觀世音名號即可受到保佑，解脫災難，所以相當令人崇敬，為廟宇及家庭廣泛供奉，在視覺心理學上是一個令人熟悉而深刻的精神容顏。

據佛經所述，觀音菩薩是西方阿彌陀佛的助手，與大勢至菩薩合稱西方三聖^[8]，又謂他是古天竺國的一位王子，曾發下宏願要解除世間眾生一切苦難後方願成佛。現今流傳的觀音像為女相，我國魏晉時代，有的觀音像則為男相，因他應世



度化時，常據對方需要而示現不同形象，故有觀音三十三相之說，由此可知民間所流傳的觀音像造形非常豐富。^[9]隋唐以後，最流行的是端麗慈祥的女相，這是適應民間心理而創造的。在梵語中，觀音意味著「仔細看」「仔細聽」，主要的用意是去除雜念，不使心念分散，把心集中於一點。^[10]因此透過觀音像的欣賞，不僅可以獲得觀音圖像的想像，也能體會觀音的意義，讓煩惱放下，使身心處平靜的狀態。

以藝術心理學^[11]的角度而言，從觀賞到進行畫像描繪的過程，美術的圖像常與描繪者的身心呼應，進而達到情緒紓解與治療的作用。容格認為個體常將自我的心象投射在神像之中，宗教繪畫常是繪者的內在精神展現，且人的內心世界也在宗教繪畫的過程中與神像內涵相對應。^[12]因此以觀音像描繪作為臨床美術療育上的媒介，使病人在自發練習中，由觀音像欣賞，察覺到內在可伸展的心靈空間。此外，加上觀音典故的描述，可以增進病人與治療者間良好的療育關係，協助病人對美術治療過程維持肯定的身心態度，並使病人專心欣賞觀音像的美而感動，也得到身心放鬆。

此外，療育圖稿及工具的簡化，會幫助描繪者更容易產生轉移作用，提高知覺的創造力，適時進入描繪練習，透過一筆一畫的描繪動作，使病人更能親身體會美感，激發相對的情感，以達成協助病人緩和身心情緒衝突的功能。^[13]描繪後，病人可透過自己作品的欣賞，敘述或寫下相關的感想，做為自我察覺的對話，促進自我肯定的心靈成長動力。療育人員將病人自評紀錄和作品加以整理，以評量觀音像描繪效果，落實藝術媒介作為國人心靈照顧的一種具體方法。

材料與方法

本研究由美術療育的觀音像描繪研究小組和台大醫院緩和病房的醫療團隊共同執行，每週進行一至兩次臨床實務描繪，掌握住院病人的身心變化，依照病人的狀況做成評估紀錄，並針對個案的療育過程，成立兩週一次的研究與討論；具體方式如下：

1. 收案對象

從1999年9月1日至2000年8月30日間，以十八歲以上意識清楚，有主動意願的台大醫院緩和醫療病房病人和家屬做為研究對象。

2. 美術療育應用工具

療育人員經由專業諮詢、文獻閱讀與查證方式，安排美術療育材料^[14]包括圖像欣賞與繪畫工具畫板、描圖紙、自來水筆，並預先製作觀音像的描繪圖稿^[15]，

運用電腦編輯成引導內容和描繪步驟，供病人欣賞進入描繪，過程由美術老師引導並徵得病人和家屬的同意後做成影音記錄，在作品完成後利用護貝機護貝膠膜，病人可自行保存或送給他人。進行方式為達到互動和相互分享，由同一位美術療育老師採一對一床邊引導方法，必要時也請常駐宗教師協助進行，配合病人和家屬〔或主要照顧者〕，給予療育步驟的依循。進行步驟分為八個流程：

- 〔一〕準備描繪資料，讓病人了解美術療育目的，並提示美感的心靈空間。
- 〔二〕描述觀音典故，維持受療者的肯定信念，增進病人與治療者間良好療育關係
- 〔三〕進行圖像欣賞，放鬆心情，察覺觀音像的美達到專注效果。
- 〔四〕詢問病人身心的狀態，適時調整療育方式。
- 〔五〕藉由轉移作用，鼓勵病人直接描繪練習。
- 〔六〕依病人身心狀況及喜好，協助調整更合適的描繪方法。
- 〔七〕鼓勵自由創作，使受療者從描繪的知覺過程呼應心靈的感受。
- 〔八〕休息狀態，讓病人欣賞自己的作品並依感想抒發心得。

備註：依個案狀況可調整各流程，並且留下描繪圖稿做為病人自發練習之用，使應用工具有更自由的心靈發展空間。

3. 評量問卷接受觀音像描繪調查紀錄表

問卷內容以專家鑑別法(jury opinion)，邀請對此主題有相關實務經驗的台大緩和醫療病房醫師、心理師、護理部督導、護理長、社工師、宗教師，及美術療育老師，就問卷內容的適用性以5分等級逐題判斷評分以建立專家效度，結果問卷平均為4.61分達到適用。問卷包含個案本資料、訪談自評和身心症狀觀察三部份，內容包括個案基本資料性別、年齡、宗教信仰、教育程度、繪畫經驗、療育日期及針對觀音像描繪的療育效益，測定藝術治療轉移作用的發生、創造力的潛能發揮、美感經驗的抒發等三個方向的明顯度。^[16-18]並由醫護人員客觀的觀察療育前、後身體症狀和心理情緒方面的變化，以判斷病人因描繪觀音像所產生的效果，之後整理描繪作品並和紀錄對照，作為療育效益評估。詳細內容如下：

訪談自評部份：量表以勾選方式讓由病人自行評估其內容以觀音像能傳遞真善美力量的程度，分別為非常贊同、贊同、沒意見、反對、非常反對及作品是為分享或保密。而美術療育以三個方向調查分別以「極明顯」〔5分〕、「明顯」〔4分〕、「普通」〔3分〕、「不明顯」〔2分〕、「極不明顯」〔1分〕，其內容為：〈一〉欣賞的專注幫助轉移作用。〈二〉描繪時的創作顯示潛能的發揮。〈三〉內心感想的抒發作為心靈上的審美經驗，共計15分來測定三個方向的明顯度。療育者訪談時協助病人並且記錄當時的療育內容加強效益的評估。

身心症狀觀察部份：以癌末病人生活常見的身心症狀的緩和效果，皆用5分等級勾選評量以「極重度」〔5分〕、「重度」〔4分〕、「中度」〔3分〕、「輕度」〔2分〕、「不明顯」〔1分〕觀察身體症狀方面呼吸不適、睡眠障礙和心理情緒方面焦慮、憂鬱，為求實效性請隨床醫護人員以論理考量協助觀察病人接受觀音像描繪的前、後三天作為評估。

4. 統計分析

在資料分析和作品整理後經十二次邀請緩和病房之資深醫師、護理師、宗教師及美術療育老師等專家共同討論執行結果。個案資料編碼及歸納後以SPSS統計軟體，求得描述性、Paired T-檢定統計分析，歸納出在觀音像描繪中接受美術療育應用的成果。

結果

個案基本資料統計

26名病人當中，計男11名(42.3%)、女15名(57.7%)，平均年齡 56.96 ± 18.05 歲年齡層以41歲至64歲較多，已經有宗教信仰24名(92.3%)以佛教徒最多，教育程度國中以下11名(42.3%)、高中職10名(38.5%)、大專以上5名(19.2%)，沒有繪畫經驗有19名(73.1%)，顯示教育程度和無繪畫經驗並不直接影響接受觀音像描繪。接觸美術療育的平均日期為 16.88 ± 11.83 日最長的為45天最短的為2天，美術療育作品共62件，其中觀音像描繪44件。

訪談自評療育效益

收案26位病人訪談自評中，觀音像可以傳遞真善美力量非常贊同的有15名(57.7%)、贊同的有7名(26.9%)、沒有意見的有4名(15.4%)，作品願意分享的有24名(92.3%)、保密的有2名(7.7%)，美術療育次數一次的有10名(38.5%)、二次7名(26.9%)、三次7名(26.9%)、四次2名(7.7%)，描繪觀音像一次的有15名(57.7%)、二次6名(23.1%)、三次3名(11.5%)、四次2名(7.7%)。

美術療育三個機轉其明顯度分別：〈一〉欣賞的專注幫助轉移作用第一次至第四次平均為4.65分、4.19分、5.00分、5.00分。〈二〉描繪時的創作顯示潛能的發揮以第一次至第四次平均為4.62、5.00分、5.00分、5.00分，〈三〉美的感動為心靈上的審美經驗以第一次至第四次平均為3.35分、4.55分、4.80分、4.50分。療育效益總和共計15分第一次至第四次平均為13.42分、14.64分、14.80分、14.50分其效益以第一次至第三次的人數為有效評分，比較後顯示療育效益穩定。

身心症狀在美術療育前、後嚴重度觀察評估

觀察嚴重度5分至1分依據病人的情況給予評分；因隨著病情的發展各器官系統衰竭，病人意識清醒薄弱與相繼死亡接受療育的病人最多共4次，由第一次至第四次26人、11人、5人、2人，其療育前4次身體症狀評估第一次至第四次平均為3.35分、3.00分、3.20分、3.00分，療育前4次心理情緒評估第一次至第四次平均為3.23分、2.27分、2.80分、2.50分，療育後4次身體症狀第一次至第四次平均為2.27分、2.36分、2.40分、2.50分，療育後4次心理情緒第一次至第四次平均為1.85分、1.64分、2.00分、2.00分，其療育前、後效果以人數26人和11人足以作為成對樣本相關統計分析，所以以第一次療育前的身體症狀嚴重度平均3.35分，療育後平均為2.27分有顯著改善($p=0.005$)及第二次療育前的心理情緒障礙平均2.27分，療育後平均為1.64分有顯著改善($p=0.015$)。

討論

本研究執行過程，多數病人能承受身體不適一心完成描繪，圖像內容在療育對象接觸前如有宗教信仰之別時，雖然影響主動意願。但不論繪畫經驗之差異，皆能從描繪過程中體會內在意義，使身心處平靜的狀態。描繪完成後，病人和家屬更能肯定緩和醫療團隊的照顧及認同觀音像能傳遞真善美的力量。從病人和家屬對描繪之參與和肯定，並從中得到安定的依持，由此顯示，觀音像描繪是一項接受度極高及適當地美術療育媒介。

病人住院期間由緩和病房醫療團隊給予多項照顧，再以倫理角度考量美術療育其他的影響因素，因此病人身心的緩和不是絕對的或單一的成因，但在隨著病人病情的發展各器官衰竭，意識不清與相繼死亡其美術療育前、後身心症狀由表三得知結果，在病人觀音像描繪後身體症狀先有顯著改善，心理情緒障礙於第二次後才有顯著改善，表示心理調適較身體症狀改善需要時間。對病人自評的紀錄和作品加以整理後，發現美術療育三個機轉從欣賞圖像時的專注，多數病人表示圖像的美令人感動，顯示專注度越好轉移作用發生越明顯，也增進描繪的意願。病人描繪後表示沒想到自己可以畫的這麼好，對工具的便利非常認同，所以簡便工具確實可減輕描繪的擔憂提高創造的潛能發揮，進而改善病人原先以為生病放棄自我實踐的沮喪，在感想表達方面病人願意分享與寫下感言成為自我經驗的肯定，但由於病情的惡化及意識不清的原因部份病人不能完成，顯示意識清醒度對療育的影響。整體而言轉移作用、潛能激發、及自我肯定的效益，顯示藝術形式的非語言溝通^[19]在美術療育應用觀音像描繪，確實能間接緩解身心症狀達到心靈活動的作用。

本研究提出具體的藝術媒介與工具，從療育中觀察教育程度和無繪畫經驗並

不直接影響接受觀音像描繪。訪談自評時病人與家屬普遍認為簡便的美術療育工具，使描繪更容易進行，其效益顯示療育工具穩定。主要成因是療育人員考慮到癌末病人的活動狀況，因此設定簡易的描繪材料，安排圖像欣賞與繪畫工具包括輕型的畫板、透明的描圖紙及巧妙的自來水毛筆，並預先製作觀音像的描繪圖稿，也準備許多的觀音圖像，運用電腦編輯成引導內容和描繪步驟，供病人欣賞減輕描繪技術的擔憂，作品完成後利用護貝機護貝膠膜，病人自行保存或送人，成果證明簡化美術媒介工具確實能提高療育的接受度。

過程中發現療育的持續性是影響效益的重要因素，在依病人病情的情況下接觸間隔原本由每週一次調整為兩次來促進自發的持續性，描繪中採一對一床邊引導的方式，美術療育老師或常駐宗教師配合病人和照顧者，讓病人了解療育的目的，並且留下描繪圖稿與描繪步驟^[20]做為病人自發練習之用，鼓勵病人透過圖稿直接描繪以持續呼應心靈的感受。收案後療育作品共62件，其中包括觀音像描繪44件，完成作品成為療育明確的依據，也能從作品中看到反應的程度。顯示調整後影響病人自發練習增加外，加上家屬和照顧者的鼓勵，使觀音像描繪更有持續自我抒發的效用啟發病人潛能面對失衡的生活。

本研究方式之團隊他評是作為客觀評估的觀察輔助，無直接影響或促進病患自評的主觀評量，在療育的整體訴求下確實會有結論上的偏誤之慮，實乃本研究的限制之一，也發現國人普遍未了解藝術治療情況下確實增加執行的困難度，但由於緩和醫療團隊的協助及運用佛學經典與病人分享經驗，在經典與美學的交互作用下，使靈性照顧^[21]下的美術療育增加穩定性。對於病人產生的內在力量在透過訪談由病人自行評估，作為主觀的程度分析，使個人特質的自主性更為明確，也從病人的線條曲線和抖動，運用心理投射^[22]的觀察分析，了解病人由外顯的客觀描繪表現出內在歷程。由此證實經由醫療團隊的合作使用藝術媒介的豐富性，的確能增加病人生活原動力改善失衡的身心狀況，本研究以觀音像描繪照顧病人心靈是一項啟發，如何運用更廣範的媒介幫助病人，有待進一步的開發與探討。

結論

癌症末期病人隨著病情的惡化與面對死亡，在安寧療護照顧下能運作自發性的潛能面對生活。從研究中發現心靈美感的運作有助於病人的照顧發展。美術療育對心靈的照顧服務時，病人自然會產生依循的困惑，描繪療法提供可跟隨的圖稿與簡便的工具，療育人員過濾媒介減少技術問題讓病人心靈空間有效發展，非語言的觀音圖像增進病人與家屬的溝通支持及緩解不自知的苦惱。因此在符合醫學倫理考量下，研擬適合國內癌末病人心靈照顧的媒介方法應可減少依循的困惑，以達到身心靈平衡照顧的安寧療護目標。



建議限制

本研究建議限制如下：

- 1.圖像內容在療育對象接觸前如有宗教信仰之差別時，會影響主動意願。
- 2.病患的存活期不易預測，所以個案完成描繪的次數不一致。
- 3.病患的意識清醒度及體力狀況容易有變化，會影響療育的進行及病患的自評。
- 4.療育者一星期兩次，有時遇到病患症狀厲害和極度情緒低落時無法操作。
- 5.評量結果為療育主客觀的整體訴求，會造成團隊他評與病患自評的結果不一致。

致謝

本研究計畫承蒙中華民國安寧照顧基金會（計畫編號：88002）的經費補助，感謝研究期間在臺大醫院緩和醫療病房全體同仁的支持尤其是鄭逸如心理師、王浴護理長、社工室周玲玲主任的協助，還有靈性照顧研究的參與人員惠光法師、宗惇法師、前蓮花基金會黃鳳英執行長、研究助理林雪華，得以完成，特此致謝，更珍貴是每位病患與我們一同分享生命中的感動，在此致上最深的謝意與無限的祝福。

參考文獻

- [1]陳慶餘：緩和醫療的原則。台灣醫學1977;1:186-192。
- [2]陳慶餘：癌症病人靈性照顧模式之研究。中華家醫誌；1998;3:20-30。
- [3]藤掛明：描畫療法入門。日本：金剛出版，1999。
- [4]杉蒲康平，莊伯和譯：亞洲的圖像世界。台北：雄獅圖書，1998。
- [5]心靈雅集編譯組編：佛像小百科。台北：大展出版，1991。
- [6]聖嚴法師：觀世音菩薩。台北：法鼓山農禪寺，1998。
- [7]錦繡出版：中國美術之旅1、2、3、4、5冊。台北：錦繡出版，1994。
- [8]邢莉：華夏諸神觀音卷。台北：雲龍出版，1999。
- [9]全佛編輯部：佛菩薩的圖像解說〔二〕。台北：全佛文化出版，1999。
- [10]游乾桂：用佛療心。台北：遠流出版，1998。
- [11]Ellen Winner 著，陶東風等譯：創造的世界-藝術心理學。台北：田園城市文化，1997。
- [12]拉德米拉.莫阿卡寧：容格心理學與西藏佛教。台北：臺灣商務，1992。
- [13]郭育誠、莫淑蘭：美術療育-畫出生命的色彩。台北：蓮花會刊，2000。
- [14]Rosin AJ. Matz E. Carmi S. : How painting can be used as a clinical tool. *Geriatrics*. 32(1): 41-6, 1977.
- [15]安達原 玄：觀照自性佛-描繪佛像圖解。日本：日貿出版社，1982。
- [16]Tessa Dalley：藝術治療的理論與實務 Images of Art Therapy：遠流出版，1995。
- [17]Radziewicz RM. Schneider SM. : Using diversional activity to enhance coping. *Cancer Nursing*. 15(4):293-8, 1992.
- [18]David H. Rosen, M.D. : *Transforming Depression*. New York. Penguin, 1993.
- [19]Labarca JR. : Communication through art therapy. *Perspectives in Psychiatric Care*. 17(3):118-24, 1979.
- [20]中村幸真、中村涼應：畫佛入門。日本：日本放送出版協會，1991。
- [21]釋惠敏：靈性照顧與覺性照顧之異同。安寧療護雜誌，1997;5:35-9。
- [22]Robert C. Burns 著，梁漢華、黃瓏英譯：心理投射技巧分析。台北：揚智文化出版，2000。

本文刊載於安寧療護雜誌，2001;6-2:1-11。