

陷落與攀升：一位畫家憂鬱症狀的發展脈絡與療癒歷程之研究

王明雯

國立臺東大學
特殊教育學系

林亮吟

台北市心禾診所／
台北市立聯合醫院松德院區
兒童精神科

摘要

本研究擬澄清藝術家社會心理性不利因素對與創作生涯的影響徑路，達成以下研究目的：一、瞭解案例藝術家促發心理症狀的個人內、環境中的不利因素，二、瞭解案例藝術家者情感特性、心理疾患的療癒歷程，三、瞭解案例療癒歷程對藝術家躁鬱症者創作生涯及生活風格特色的影響。

本研究採用質性研究方法，是以現象學為基礎的詮釋性個案研究，本研究對象係一位現年65歲男性畫家，他曾經於55歲時罹患重度憂鬱症，經治療康復後未再復發。

本研究結果顯示：

（一）早期經驗與性格特質

案例早年不安全的依附關係，強化內向壓抑敏感脆弱及溫和的個性，形成潛在的、強烈的分離焦慮與孤獨感，成長後及發病前性格，易於被有失落威脅的事件，促發悲傷的情感。

（二）藝術生涯及風格

萌芽於童年時期的創作興趣，雖大學時雖就讀於航海科系，但同時開展創作生涯，創作風格中及畫作內容多元展現的畫風，但因童年經驗陰影，多數展現濃厚的憂傷氣息。如：人物間的疏離及空洞無依的眼神、悲傷的河流。

（三）憂鬱症的促發社會心理因素的發展脈絡

1. 案例早年不安全的依附關係，強烈的分離焦慮與孤獨感。

2. 先前壓力事件包含：因多年相伴的寵物的死亡、遷居對多年生活情境歸屬感的異動、創作生涯創作中空期等，使案例同時面臨依附關係的失落（死亡分離焦慮的應驗），及創作生命意義感的威脅等，共同促發憂鬱症。

（四）心理症狀通過療癒而康復的因素

由於案例的自我超越動機及多元的療癒，經過一年治療，使案例身體狀況穩定，並覺察早年經驗的及生涯壓力的影響；肯定藥物治療的療效。

(五) 療癒前後心理特性對創作風格的影響

1. 先前階段：畫作內容多元，但因童年經驗的陰影，展現濃厚的憂傷氣息；
2. 療癒階段：由憂鬱症促發初始時，無法提筆創作，因案例的堅持，開始以簡單、真率的筆觸，漸漸而恢復細節與深度的描繪；但內容陰暗、充滿自我毀滅性。
3. 康復階段：通過憂鬱症的療癒過程，接納孤獨的存在本質，畫作展現淡然孤獨及柔美的風格。並從正面角度來看待憂鬱症的影響，包括：創作時的自主性、人際關係有所開展，也成為創作的主题。

關鍵字：憂鬱症、情緒障礙、藝術治療、社會心理因素

緒論

一、憂鬱症與藝術家

根據國外文獻的探究顯示，藝術家可能是罹患心理疾患的高危險群（丁凡譯，2006；王雅茵、易之新譯，2002）。在心理疾患中，尤其是以憂鬱症對藝術家的衝擊最為嚴重；不僅使其情緒、情感陷入痛苦抑鬱自卑的狀態，並使其創造力陡然降低，創作量驟然減少，迫使創作生涯中斷，嚴重者甚至自我毀滅結束生命。國內外知名的藝術家中，因為罹患憂鬱症而棄世者，不勝枚舉（王浩威，2004）。

國內曾有數位藝術家陸續公開其罹患憂鬱症的事實，有些並出書陳述在憂鬱症病程中的痛苦與掙扎。值得慶幸的是，其中有些藝術家通過了憂鬱症的淬勵，不僅創作生涯得以甦活，其創作風格亦因此而有正向的開展（許祐生，2002；盛正德，2002）；藝術家們的自我覺察及表露心理衝擊、陷落與療癒的經驗，對於藝術家或一般憂鬱症之預防、療癒，有重要的參考價值。

對於精神疾患促發，一般的共識是生物—心理—社會的三種因素共構。綜合文獻探究結果，藝術家除了在遺傳性的氣質性格外，在社會心理方面，許多藝術家生涯中存在不確定性，創作過程易陷入長時段身心壓力，可能形成

潛在的危機（丁凡譯，2006；王明雯、林亮吟，2010, 2017；王雅茵、易之新譯，2002）。因此，本研究探討藝術家促發精神疾患的心理社會的不利因素，以期能提供其作為適切的生活態度及生涯規劃之參考，此為本研究主要動機。

因此，本研究探討藝術家促發精神疾患的心理社會的不利因素，以期能提供其作為適切的生活態度及生涯規劃之參考，此為本研究主要動機。

綜合前述，本研究以一位曾罹患憂鬱症並已康復的藝術家為對象，進行探究，以期達成以下三項研究目的：（一）瞭解藝術家促發憂鬱症心理症狀的社會心理因素的發展脈絡；（二）澄清藝術家心理症狀通過療癒而康復的因素；（三）釐清藝術家心理症狀對創作生涯的影響。

二、研究問題

根據前述研究目的，本研究擬澄清案例畫家促發憂鬱症的社會心理性不利因素，及情感特性對與創作生涯的影響徑路，探究以下問題：

（一）瞭解畫家促發憂鬱的個人內、環境中的發展脈絡

1. 在於早期發展經驗、親子關係、人格特質、成就經驗及人際關係知覺、歸因特性、情緒管理與壓力因應行為等心理特性，如何形成

其與憂鬱症狀反應有關的社會心理不利因素？

2.畫家的心理特質、主觀的壓力知覺、價值觀念系統、歸因特性、壓力知覺與對壓力的因應方式，是否影響到憂鬱狀態的發生？及如何發生影響？

(二)瞭解畫家憂鬱症狀通過療癒而康復的因素

畫家罹患憂鬱症時，對於療癒的態度，接受療癒的情形如何？療癒過程主觀經驗有何變化？

(三)瞭解畫家的情感特性、憂鬱狀態、康復過程前後對創作歷程的影響情形

畫家情感特性、憂鬱狀態、康復過程前後對創作風格或創作生涯是否有影響，以及如何發生影響？

文獻探討

一、對於憂鬱症的基本認識

在美國精神醫學會的診斷與統計手冊第五版修訂版(DSM-5)(臺灣精神醫學會,2014)中,DSM-5將DSM-IV-TR「情緒異常」(mood disorder)中的憂鬱症(depressive disorders),以及雙極症(bipolar disorders)分開成兩個獨立的類別。憂鬱症相關症後群包含四種,包括原有的「重鬱症」(Major depressive disorder, MDD)、改名後的「持續性憂鬱症」(persistent depressive disorder, 原稱為「輕鬱症」)、新增「破壞性情緒失調疾患」(disruptive mood dysregulation disorder, DMDD, 於兒童18歲以前發作)、正式列名為診斷的「經前不悅症」(premenstrual dysphoric disorder)。

按本研究案例的相關症狀,以下僅說明重憂鬱症候群的界定(臺灣精神醫學會,2014)。「重鬱症」指單次和反覆發作,診斷標準要求持續兩個星期,每天大部分時間內,出現至

少五項與憂鬱情緒相關的特徵性症狀,並且必須包括:(一)憂鬱情緒,或(二)喪失興趣或愉悅感的其中一項,同時伴隨有功能上的顯著變化。

憂鬱相關的特徵性症狀一共有九項,包括:(一)幾乎每天大多數時間都呈現憂鬱情緒;(二)幾乎每天大多數時間,對於全部(或幾乎全部)的活動都喪失興趣或無法從中感到愉悅;(三)顯著的體重減少或增加(如在一個月之內體重變化超過5%),或幾乎每天都有食慾減低或增加的現象;(四)幾乎每天都有失眠或嗜睡的現象;(五)幾乎每天都呈現精神運動性激動或遲滯;(六)幾乎每天都感到疲倦或沒有力氣;(七)幾乎每天覺得自己沒有價值,或有過度或不合理的罪惡感;(八)幾乎每天都感到思考或專注能力的下降,或變得猶豫不決;(九)反覆出現輕生的念頭,或反覆出現沒有具體計劃的自殺意念,或已出現自殺企圖或已有特定的自殺計劃。

重鬱症患者因這些症狀而感到顯著痛苦,或是因此在社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降,診斷得排除憂鬱症狀不是因為服用藥物、濫用物質或是身體疾病造成的。

二、憂鬱症的成因

精神醫學對於心理疾患的促發因素有共識認為是「生物—心理—社會」模式的三因素共同影響的,憂鬱症的促因生物性、心理性、社會性三個層面,簡要歸納如下:

(一)生理因素

「單胺假說」是被廣泛接受的理論模型來說明臨床症狀、精神藥理學間的關聯性,並為大量實證研究支持。「單胺假說」認為:當大腦內調控情緒的神經傳導物質功能不足時,就會導致憂鬱情緒;這些神經傳導物質包括:血清素(serotonin)、正腎上腺素(norepinephrine)或多巴胺(dopamine)呈現

不平衡的現象，由於腦科學處方興未艾的階段，憂鬱症的詳細生理致病機轉，還需要深入研究（黃淑儀、宋惠娟，2016）。

（二）心理—社會層面

包括人格特質、成長經歷、認知風格慣性思維、面對壓力時的內在知覺與防衛機制等，都會影響一個人的情緒反應。

1. 人格特質—敏感、缺乏安全感、低自尊、過份的自我批判、完美主義、社會孤立負面人格特質，較易罹患憂鬱症。這些性格形成主要可能是因為遺傳、本質個性或是早期一些負面的經驗（王明雯，2009；2017）。另外，憂鬱症父母親的子女，雖然在人格特性及發展上有其個別差異性，但是為促發憂鬱症的有效預測因子（Allen, Oshri, Rogosch, Toth, & Cicchetti, 2019）。

2. 成長教養經驗

有關的探討，包含：愛與隸屬感的失落，早期依附關係的匱乏，形成情感的脆弱性，因親密關係的失落，或二度情感創痛經驗，而促發憂鬱症狀態（王明雯、林亮吟，2017）；父母過度嚴格的管教，形成自我批評的認知習慣（Sharkins, Leger, & Ernest, 2017）；或是不利家庭社經水準的，形成學業或工作成就表現弱勢，經常感受的挫折感，形成較低的自尊（Tang, Deng, Du, & Wang, 2018）。

3. 負向的認知風格

Beck（1988）提出憂鬱症的認知理論，他認為憂鬱症患者具有下列三種認知特徵，使他們容易產生憂鬱情緒：

（1）認知三角（cognitive triad）

在認知三方面呈現負面的特性：a. 自我評價—低估自己、批評自己，自認沒有價值、無法獲得幸福與滿足。b. 其二對目前經驗的解釋，認為外界對他有過分的要求或他所面對的是難以克服的障礙，他的遭遇不是失敗就是被剝奪。c. 其三對於未來看法：負面悲觀、沒有希

望的預期目前的困境及苦難將會持續；面對工作時，預期自己會失敗；對於問題，預期無法解決。

（2）認知扭曲（cognitive errors）

a. 二分化的思考：認為事情必須依我們想要的樣子那樣發生，否則就是失敗。

b. 選擇性摘錄：對事件、言語作部分的節錄，用來支持他們消沉或負面的思考。

c. 獨斷的推論：沒有證據、事實支持而產生的推論。

d. 災難化：針對擔心的某個事件加以誇大、渲染。

e. 過度類化：根據一些負面事件推演成通則。

f. 標籤化：僅根據某些過失或錯誤，就標示成負面自我評價。

g. 誇大或貶低：誇大缺點、貶低長處。

（3）負面自我參照架構（negative self-schema）

在處理外界環境或與他們自己有關的訊息時，容易選擇性地吸收負面的、不好的訊息。

根據 Beck 理論編製的憂鬱症認知量表 Beck Depression Inventory（BDI），在臨床上研究的結果上得到大量的支持（Beck, 1988；Steer, Ball, Ranieri, & Beck, 1999）。

有關的研究顯示，憂鬱症患者呈現歸因風格與負向自我參照的訊息處理特性，如：低自尊、傾向吸收或回憶負向訊息；傾向將負向事件作內在的、穩定的、概括性的歸因，也就是將外在事件視為個己能力所不能控制，感到無助（劉仲彬，2007）。諸如：有的研究顯示負向社交自我效能、害怕負面評價影響大學生的感受到憂鬱情緒（蘇素美，2017）。

對於憂鬱症者的認知缺陷，學者（Gotlib & Joormann, 2010）指出負面認知只是憂鬱症發病後的症狀表現，而不是發病前的脆弱因子。較適切的觀點是：負面認知架構乃潛在的特

質，此特質唯有在「負面事件」的激發下運作，進而對負面事件進行負面的認知歷程，於是產生憂鬱情緒；並應擴展對這樣認知功能的缺陷，與神經性及遺傳因素間關聯性的探究，以釐清認知性與生物性因素間交互作用如何影響憂鬱症的促發、維持與病程特性。

4. 對生活壓力事件的無法適切因應

以心理分析學派的觀點來觀察，有的案例心理防衛作用的歷程，是遭遇挫折時，把原想向外的攻擊衝動轉向自己，促成憂鬱症反應（曾文星、徐靜，1988）。常見促發憂鬱症的先前事件，可歸納與個人需求的失落與威脅有關。諸如：有遭遇挫折，自尊心受到強烈的打擊；親密關係的失落或二度情感創痛經驗（王明雯、林亮吟，2017）；階段性的失能失控的威脅，如：青春發育階段的失衡、高齡者的老化退化（張淑紅、簡乃卉和陳妙絹，2016）、產後婦女育嬰的壓力（董宇紅、謝瑞建，2019）；來自環境的壓力，如：家人、家長或老師的過度期待（王明雯，2002，2005）、過勞的工作壓力、家人關係、學校或工作人際互動不佳等。

研究者的研究發現，許多案例憂鬱或躁狂症狀發生前，常見長期處在壓力狀態，缺乏有效的壓力因應策略，包括：一般青少年及成人（王明雯，1995，2000，2001a，2001b，2002，2005）、或藝術家案例（王明雯、林亮吟，2010，2017）。國外學者亦指出憂鬱症狀意味著對於負向事件的缺乏適切的情緒調節策略，對於記憶偏見抽離困難和存有認知控制的缺陷（Berman et al., 2012）。

綜合前述，憂鬱症狀的促發可引用「生物—心理—社會」模式來解析，是由多元因素所導致的，當個體面對生活壓力事件時，由於因體質、性格的認知脆弱性，心理功能因應不佳，加上社會支持系統功能不彰，致使無法紓解心理壓力而長期積累、導致神經傳導物質不平

衡的現象。

三、憂鬱症的療癒

研究者經蒐集2000-2019年間期刊論文及科技部研究報告等資料，加以歸納國內對憂鬱症的療癒介入及方向，有以下特點：

（一）在生理方面：

藥物治療與控制等向度的探討，佔重要比例（林朝誠、李宇宙與李明濱，2008；陳奕安、邱一航和沈武典，2016；陳純誠、姚維仁，2001；黃榮棋，2008）；規律的身體活動（張秀如、李信謙、蔡文哲、蕭妃秀，2007；張淑紅、簡乃卉、陳妙絹，2016）、在自然中散步（Berman, et al., 2012）等，都有助緩和憂鬱的情緒。

（二）單一心理治療的介入，包含的取向如下：

1. 以認知行為治療最為常見

認知治療對憂鬱症的基本假設是，患者在憂鬱時會抱持著某些特定的認知模式，例如對自己，他人及未來的負面思考。治療師透過認知治療的方法，協助個案建立自我察覺之能力，確認影響個案出現不適切言行（如：自傷、自殺等）的偏差認知及負向自動化思考並記錄，予駁斥偏差認知及協助建立正向思考內容，進而修正不良功能思考偏差認知及負向自動化思考並記錄，予駁斥偏差認知，及協助建立正向思考內容進而修正不良功能思考（李旻莖、邱綉雯、林利珍，2016；Agopian, 2017）。

其他認知取向的介入，還有強調正向情緒焦點的管理、自我實施型讀書治療（劉同雪、陳曉蘭，2006）等。新近，正念取向的認知行為治療（Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT）常被應用或討論（Segal, Williams & Teasdale, 2018），國內外均證實能夠舒緩壓力知覺、對憂鬱症具有療效（許倍甄、林靜蘭、李宜燕和盧美柔，2018；董宇紅、謝瑞建，

2019；Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010），正念認知行為治療已成為憂鬱症治療的主要方法之一。

2. 強調傳統治療資源的應用

如：身心整合技術的氣功運動（太極拳）或導引術（施欣欣，2003）、本土音樂治療（林梅鳳，2003）等。其中值得關注的是身心靈整合治療的發展（蕭妃秀，2004，2017），其理論涵蓋東西方心理治療的理論，諸如正向心理學、原諒治療、東方哲學理論，諸如佛教、道教及孔夫子的思想；以及傳統中醫理論等，形塑全人健康的概念，包含：身體上的營養攝取、身體的放鬆和氣息的調和，以維持健康；心理上的維持個人內心的平靜和人際關係的和諧；靈性上需發展人生的意義和充滿希望的信念。

3. 其他類型

具有多元的風貌，包括有懷舊團體（周桂如、陸汝斌，2006）、一般音樂治療（林梅鳳等人，2004）、遊憩治療（陳惠美，2003）、支持團體（周桂如、夏一新、陸汝斌，2006）、桌遊（楊秋燕、陳明瑜、沈金蘭和郭俊巖，2017）、藝術治療（謝佳欣、吳瑞燕，2018）、心理位移書寫法（李素芬、金樹人，2016）、正向心理學介入（陳景花、余民寧，2019）、正向心理學結合正念的正向正念方案（positive mindfulness program, PMP）（鄭曉楓，2018）；人際心理療法（唐子俊，2018）。

（三）整合模式的介入是一項特色，包括有：

1. 應用人工智慧科技，生－心理整合診療模式的開展

如：抗憂鬱藥及認知行為團體治療的介入，繼而整合臨床及基因之資料，歸納建立治療反應之學習及預測模型，建立精神疾病人工智慧支援系統（Psychiatric Intelligent Decision Support system, PIDS），並比較醫師使用

PIDS及未使用PIDS治療病人其預後之差異（林朝誠、李宇宙與李明濱，2008）。

2. 在心理－社會治療整合，如：認知行為治療及父母衛教支持團體（張秀如等人，2007）、心理能力與婚姻治療（董秀珠、楊連謙與陳喬琪，2005）、結合社區資源以個案管理模式主動提供社會心理治療介入（劉珣瑛、方俊凱，2008；蕭妃秀，2004）。

（四）在診斷療癒方面，傳統中醫的資源被引入，包括：

單純以中醫來觀察辯證、中西整合模式的建構（李德茂、蘇奕彰，2003；藍先元、謝慶良和吳博倫，2004；藍先元、謝慶良和張玉坤，2006）；中醫治療（楊淑婷、陳朝宗、林舜毅和陳美如，2018）等。

綜合前述探討，可觀察到國內對於憂鬱症探討及介入特性如下：在生理向度，以藥物的達成良好控制，仍在研發中。在心理向度的介入，有多元策略及整合性療癒模式的開展，充滿生氣，其中過去認知治療介入為主的基礎上，融入正念療癒的認知行為治療，成為新興的療癒方法；並且整合東西方心理治療觀念的三級預防模式，如：身心靈整合治療，仍在建構與開展的過程中。

研究方法

本研究對象係一位現年65歲男性畫家，他曾經於55歲時罹患憂鬱症（精神診斷為重鬱症中度，單純發作），經治療後康復未再復發。徵求過程，係因研究者研擬研究計畫進行資料蒐集時，閱讀研究對象的著作，進而聯繫及徵求同意參與本研究。

本研究採用質性研究方法，是以現象學為基礎的詮釋性個案研究，資料蒐集與分析包括：深度訪談個案、分析與討論其所提供療癒前後階段創作約100幅、訪談當時已出版或未出

版的著作（盛正德，1999，2002，2007，2013）。

研究過程中由研究者（具有諮商心理師證照）及協同研究者（精神科醫師）共同擔任訪談員，以期能對罹病過程的心理症狀及療癒歷程有較完整的掌握；訪談問題主要按訪談大綱進行。前後訪談兩次，並全程錄音，計約進行4小時。另外研究者邀請並受訪者至服務學校演講，對受訪者經驗及作品有再度瞭解溝通澄清。

資料整理過程循序如下：

一、訪談逐字稿的謄寫與編號。

二、逐段登錄資料編號，格式為x（卷次）-y（段落）。例如：3-20表示第三卷20段。逐段摘要，並力求忠實於訪談內容。資料的分類編碼：是採用半開放式編碼，先以訪談大綱為主要編碼架構（封閉部份），超出訪談大綱者則增添新分類碼（開放部份）。一、二部份均由一位特教系學生負責，再由研究者一一抽樣檢核修正。

三、主題現象文本的撰述：由研究者負責，以研究問題為核心，叢集有關分類編碼資料，過濾與主題無關的內容，再經精簡萃取關鍵內容，另形成主題現象之文本。

四、資料的三角校正，包含研究者與協同編碼員尋求一致性，如前述步驟資料的分類編碼，研究者與編碼員分類碼的一致性達90%以上；另外，交叉比對其著作中，確認相符的部分，或補充內容，修正主題現象文。如：療癒前後過程心理師的解析、或友人對其性格特質的了解等（盛正德，2002）、療癒前後階段的作品（盛正德，1999，2002，2007，2013）。最後，完成定稿主題現象文，再經由受訪者確認無誤。

研究結果

訪談資料經編碼分析後，結果內容除包含先前研究目的外，經開放編碼後有所增刪。以下茲以畫家發展或療癒過程時間的先後序，呈現主題現象文本，並僅選擇關鍵內容，呈現子題下叢集的逐字稿，並引註相對應內容著作來比對，其中包含早期經驗及療癒前後歷程（盛正德，2002）、各階段作品的風格（盛正德，2002，2007，2013）

一、促發心理疾病的社會心理發展脈絡

（一）音樂治療中早期經驗的意識化

畫家透過音樂治療，一些遺忘的早期生命記憶浮現，他尋獲了孤獨憂鬱的生命基調之原由：

1.死別的分離焦慮，形成人格的箝制，脆弱而敏感

母親因飽受丈夫暴力相待，常在自絕邊緣徘徊；坐在井邊對幼兒頻頻的最後叮嚀，形成畫家生命中的第一道箝制的力量—他常擔心母親會自殺、活在被拋棄的陰影，並且他在得憂鬱症前都還有餓死的威脅。分離的焦慮並經潛抑後，形成人格中敏感與脆落的部份，常會因一些刺激莫名的誘發深切傷心反應。

[四年級以前的事情都忘記了，音樂治療時一點一滴慢慢浮現]（2-14）

[想起媽媽把我的手握在口袋的溫暖]（1-7）

[媽媽抱著我在井邊徘徊哭泣，想自殺又不捨孩子，年小的我想幫忙卻又無力]（2-17）

[上學後放學都跑著回家以確定媽媽沒有拋棄我]（2-17）

[媽媽兩三天就叮嚀一次，如果他死了，他離家就會餓死的威脅；因此雖害怕父親，但不敢出去，怕會

餓死」(1-7)

[這些記憶在潛意識裡還是存在的，一直傷害我，啃噬著我。會因公車過站不停而在站牌痛哭](2-17)

[聽到不知身在何處的流浪狗的哀號，就心痛不已，因而到處搜尋，非得要把它找到不可](2-18)。

2.深刻的孤獨自卑感：童年的動物玩伴均以死別收場；他也因有讀物的陪伴，喜好閱讀文藝，因而萌發他對藝術家生涯的興趣。

[自有記憶以來就感受到孤獨，沒有人在家沒有玩伴，童年孤獨，媽媽給他羊雞等動物作伴，卻先後經驗它們被斬殺的死別局面](1-20)

[從小喜歡看書，會想像成為梵谷，或是某個作家，不會想當有錢人](1-18；1-19)

(二) 憂鬱症狀的主觀經驗世界

1.病程中，畫家陷落在憂鬱的情緒及死亡的陰影中，浮現陷落、傷痛無依、死亡等意象。

[醫生宣布得憂鬱症時候自覺像掉在流沙裡面，一直往下沉一直往下沉，那手要伸出去要抓東西都抓不到](1-30)

[第一張畫：在黑洞裡墜落，全身滿佈傷口](1-27)

[憂鬱症像被關在諾大世界的一隅的盒子][被關個籠子裏面，那外面有很多人看到](1-28)

[躺到院子裡面石頭上，聽到天上老鷹在叫，感到無比的悲傷的感覺，像在西藏的天葬中將要待被老鷹啃噬的屍體](1-2)

2.畫家在憂鬱症狀狀態時，有三種很強烈的情緒：

(1) 自責：強烈的罪惡感，並無所不用其極地想辦法懲罰自己，諸如：

[被狗咬傷不覺得痛，反而有種奇怪的快感出來，像我在贖罪，(1-9)，看到嘴勾起高掛的豬，認為自己也做過這樣殘忍的事而自責，也畫自己被勾掛](2-7)。

(2) 自卑：對自己不滿，諸如：[每天照到鏡子都對自己很不滿意](2-4)

(3) 喪失對創作的價值感，喪失對生命的意義感：

[二十幾歲起創作一直是生命的重要價值，到五十五歲罹患憂鬱症創作的價值頓時消失(1-13)(10-3)；儲藏室裡面堆置的過去油畫創作，都好似一些廢棄物，對環保的一種破壞放在那裡](1-14)

3.一直處於無力、無能的感受，有自我結束的嘗試，因狗的陪伴而停手。

[我一直處於一種昏昏沉沉的狀態，連那麼簡單、隨手的工作都幾乎沒有辦法完成。隔天早上醒來，努力地想克制住一種漫無邊際的孤寂感，試著倒一杯開水，拿一塊麵包吃了兩口。](8-2)

[強烈的莫名悲傷感卻似乎比麵包更大量地進入胸臆…。突然，毫無預兆地在意識底層湧上一個念頭，把繩子套上，只要腳稍微用力一踢，就可以把機車推倒，死亡很快就能降臨。](8-3)

[當時在耳邊覺得有個聲音叫我行動吧！還有什麼好留戀的呢？就在這種恍惚狀態下，我真的把脖子套進了繩圈。然而就這一刻，突然聽到狗狗在地下吠了兩聲，以一種與平時不同的聲音嗚叫，有點像剛學語幼童的嗯啊聲，也就因這樣一線聲音的力量，把我拉回了現實世界，這時我才察覺與牠相貼的腿也在顫抖。慢慢伏下身軀，輕輕地擁抱著狗狗感覺牠的體溫，眼角湧出了濕濕的淚水……。](8-4)

(三) 先前壓力事件的覺察在載沉載浮的療癒過程，透過藥物治療、畫家強烈的自我超越動機、心理治療師的協助下，畫家同時開「經驗者」與「觀察者」兩種視角，並且瞭悟陷落的原由(盛正德，2002)：

1. 首先是十多年如影隨形的忠犬的死亡，感受到好似自己影子消失、靈魂缺了一角。

[中港溪展覽要開始之前，陪了我16年的一隻狐狸狗過世，我睡覺的時候牠就睡在我床底下，我起來牠就每一步跟著我，我畫畫的時候牠就坐在我後面，我寫稿的時候，牠就在我桌子下面，那我進到廁所裡面牠就蹲在外面等到我，那我感覺狐狸就像我的影子一樣，那牠就是突然的過世死掉了，我突然感覺到，突然感覺到狐狸的消失死亡，好像我的影子上不見了靈魂就缺了一

個角。](1-37)

2. 搬家是促發憂鬱症的主要的原因之一，搬離成長及生活四十餘年的家園，不僅孤獨感更為深切，並因而觸動了意識深層中害怕「被拋棄」的陰影。治療師分析搬移住了三十幾年舊家，如同生命的韌帶突然被拉斷，便陷入無底的黑洞裡(盛正德，2002)。

[從竹南的舊家突然搬到南庄來，搬家也是一個蠻大的衝擊。諮商師說：在舊家住了三十幾年，所有的小孩子在那裡出生，我父母在那裡過世，在裡面發生了很多的事情，沒經過任何的儀式從這個地方搬移到一個新的地方，那我的生命的韌帶好就這樣子突然被拉斷了，拉斷了以後我人就掉到了一個無底的黑洞裡，所以搬家對我來講是憂鬱症一個很大的原因之一。](1-23)

[老家的破舊，以及想搬到一個比較理想的居所，這一切都是理性的決定；然而從住了三十多年的地方遷離，一個經歷了親人的生老病死、以及個人在這生命過程中的悲歡離合種種事故際遇之地的別離，潛意識裡必定有股力量在抗拒。在這拉扯的過程中，生命斷裂了，於是我就陷落在那深黯的黑洞裡。(14-3)

3. 適逢創作生涯的空窗期，加深了不安定感，感覺像是失掉生命的意義感。

[我從96年開始畫中港溪系列，花了四年的時間畫完了，共有50幾張

，把中港溪附近的原住民他們的神話放在裡頭，出版了這本『中港溪畫記』。](1-23)

[中港溪畫完過了半年，還找不到新的創作系列的主題出來，非常的焦慮這樣的狀態。(1-27)早上我幾乎都爬不起來，焦慮下面一個創作主題還沒有找到。(1-23)我創作上都習慣用一個系列一個系列這樣畫作，創作在我來講停下來，是一個蠻大的一個焦慮(1-27)

[二十幾歲起創作一直是生命的重要價值，到六十歲罹患憂鬱症創作的價值頓時消失(1-13)；儲藏室裡面堆置的過去油畫創作，都好似對環保的一種破壞放在那裡(1-14) 每天的生活千篇一律像神話中希詩佛詩天推石頭上去掉下來，每天推上去掉下來，覺得活得不耐煩(2-8) 當時覺得所有的意義都是虛幻的，價值是建立在如國王新衣的欺瞞及空無之中](6-4)

這多重的壓力，使案例同時面對依附關係的失落，及生命意義感的威脅等，共同促發憂鬱症狀(盛正德，2002)。

二、多元處遇的療癒歷程

由於自我超越動機及多元的療癒，藥物治療、心理治療，經過一年治療，使案例身心狀態趨於穩定(盛正德，2002)。

[幸運遇見一群熱心的精神科醫師和藝術治療師，以繪畫治療、寫作治療、音樂治療並用，一年多的治療過程宛若穿越心靈隧道，現實與夢境交錯，遺忘的回憶片段不時乍

然浮現，撞擊毫無防備的脆弱心靈](1-1)

(一) 以畫療傷的功能

1. 畫誌本想記述走向生命終點的過程，創作的歷程養成旁觀者的習慣。

[憂鬱症時我的手會陡的非常厲害，拿筆都覺得很難](1-28)

[*憂鬱症時無法書寫，覺得我很不甘心以畫代替日記的習慣，即使是走向終點，也要留下紀錄，採用唯一及最簡單的方式就是拿蠟筆及紙隨手這樣畫每日晨上起起就創作，然後才去刷牙洗臉，開始一天。](1-33)

[藉著創作把我的情緒跟我的人脫離的，拉開一個距離，從較遠的角度去看自己。](2-24)

[在藝術治療時談我的一個夢：一個鋪著石板地的大廣場，有點像歐洲古老城鎮的廣場，我看到一個人躺在地上，他的一隻腳伸得直直地貼著石板地面，另一隻腳捲縮著，膝蓋無望地指向天空，有幾個人圍在那兒看熱鬧。我走近看，那個人穿著白色的長袖襯衫，有幾道裂口，像是被人撕破或是車禍所造成的。眼睛睜得大大的，但眼瞳已經失焦了，只是空茫地瞪著天空，像在掙扎要說出最後的一句話。奇怪的是我知道那即將死去的人就是「我」自己，而在看著「他」的人也是「我」](2-16)

2. 音樂治療打開記憶的盒子，從在夢境裡浮現潛意識的素材，找到童年的創傷經驗。

[音樂治療，對我的幫忙是最大的。我找到小的時候的創傷，這個小的時候的這個創傷讓我的這個憂鬱症一個蠻重要的原因]。(1-19)

[每次音樂治療完的隔天禮拜五早上醒來時候一定會做很大的夢，我會哭、會叫、會喊、會說夢話，而且會手打腳踢的，而且好幾次還從床上跌下來，那夢裡面甚麼東西都有，老鷹，老虎啦甚麼都有。](1-40)

3.治療後的迴盪不已，一年後找到童年創傷經驗的場景。

[最後一次音樂治療，看到古老的紅磚的建築，不過被一層黑霧遮蔽，無法看穿。音樂治療師引導我試著透過那個黑幕看過去，還是看不到什麼音樂治療結束過了一年多之後。我自己開車從竹南跑到住的宜蘭的羅東。小的時候住的地方，那裡的路整個都改變了，好不容易才找到的。發現那些房子竟然都還在，是歌德式古老式的建築，跟最後一次音樂治療浮現的磚牆接近](2-19)

(二) 肯定藥物治療的療效

案例畫家罹病後立即就醫，經服藥四個月後開始能夠感知愉快的情緒，如：看到窗前的夕陽而開心。百憂解像是「神奇的小石子」，如同童話中引導迷途兒童回家的路，引領他回到康復狀態；也感受到畫面及筆觸比較穩定的穩定。

[一開始我服用樂復得(Zoloft)，每天服用兩顆。首先覺得改善的是自責的情緒，服藥三、四週後的某一天突然發覺：對呀！自責的想法沒那麼強烈了！沒有想到藥物可以改變一個人的想法]。(12-2)

[吃百憂解兩個多月了，在觀夕陽時，重新感受到愉悅的感受](1-30)

[百憂解就像順著小白石頭一樣，順著那個小石頭就可以找到回家的路回到情緒上的家](1-43)

[百憂解吃了一段時間了，拿筆比較穩定，手比不會那麼抖了，畫面的顏色跟上面的空白，感覺到比較沉穩的，在很細微的地方我可以察覺到比之前好很多]。(A1-32)

三、療癒歷程與創作生涯的轉變

畫家的童年生活及特質，形成其生命中孤獨感與憂鬱的基調，貫串著創作生涯，因著觸發憂鬱及療癒歷程的影響，從畫家的口述，療癒前後時期畫作風格的分析(盛正德, 1999, 2002, 2007, 2013)，可歸納其畫作風格的轉折如下(*以下限於畫作的呈現困難，僅以研究者整理的文本呈現，省略逐字稿的引註)：

(一) 先前階段

萌芽於童年時期的創作興趣，大學時雖就讀於航海科系，但二十幾歲起認同創作一直是生命的重要價值。曾應邀約至美國藝廊配合主題創作，經歷十年技法的磨練。其後創作主題隨著當時的關注焦點而變，創作風格中及畫作內容多元。

90年代有的以表現主義的手法的女巫系列，在簡拙、沉練而帶點撩亂地描繪一些莫名的憂懼，或是寫實風格的風景描繪，主題仍可見

到明顯的憂鬱風格，如：風景畫作中的溪流被喻為「悲傷的河」（盛正德，1999）。

（二）憂鬱症期間

六十歲間罹患憂鬱症，四十年來創作的價值頓時消失，也失去創作能力，但仍堅持用畫筆記錄其間的經歷；但畫誌中隨著療癒過程的開展而改變，他從手握不住筆，控制不住線條，到畫筆掌握能力恢復，畫面越來越清楚；畫誌的風格從幽暗灰沉，充滿淒傷、卑微、自我否定及毀滅的意象，漸漸轉為內容與表達的深度越來越豐富（盛正德，2002）。

（三）康復階段

畫家恢復創作，他體認存在的孤獨之必然性，進而接納孤獨的本質，創作時間系列；其後狗狗系列的創作，將自我投入狗的形貌中，狗儼然是其自畫像，兩個系列作展現淡然的孤獨及柔美之風格（盛正德，2007，2013）。

四、罹患憂鬱症與療癒的影響

（一）經由療癒歷程的覺察與瞭悟，畫家選擇安然的與過去的生命遭遇相處。如：他體諒父親因懷才不遇所致的粗暴，他瞭解擔心母親棄世強烈的分離焦慮所致的性格的脆弱，接納孤獨的生命基調。

[父親是民國前五年出生的，他是在交通大學畢業的，他的同學可能都是很有成就的。然而他做生意，每次做生意每次都失敗，對他形成一些傷害，他將些傷害轉到讓他冷漠或者是兇暴的態度去對待對待母親及我。](2-19)

[後來，藝術治療師一直嘗試著，讓我用我父親的角度再跟自己對話，我現在知道了這些事，我就能面對這樣的事實。(2-19)「體諒他的難處：懷才不遇，背負很多壓力

，面對很多挫折。](1-18)

[創作可以讓我把這個痛的感覺抽離開來，而比較客觀的看待這個痛。現在對父母的感覺。](2-23)

[也因為有這樣的生命階段，我也是嘗試要抽離出來，看待自己。因為我創作的關係，我會盡量試著，不管什麼事情我都會這樣子去做](2-23)

（二）治療後的省思，覺察被拋棄的陰影，現在對於公車過站不停能有正常的情緒反應。

[現在再碰到公車過站不停，我的反應可能就不是悲傷，我的反應可能就會是比較正常的，像是憤怒，或者是一笑置之等等都是有可能的](2-18)

（三）他認為通過憂鬱症的淬勵，他的生命因而開展出曙光，他居然說：「憂鬱症是一份生命的禮物」，他感謝他的人際世界因而打開，並開展了創作的自由度及自主性，如：他由十分在乎他人對畫作的評價，轉為能夠自我肯定。並相信每個人都有自救的能力。

[治療師建議要跟憂鬱症友善共處。經驗之後，認為「憂鬱症是一個禮物」(1-12)孤單是一直有的感受現在知道了(1-30)當我「知道」了就去改變，有些就順性，因為習慣的關係(1-16)以前不易看「別人眼色」做事，現在會試著表達。](1-8)

[以前是完美主義，現在不掃地，可以偷懶(與以前相比)比較彈性。](1-14)

[我寫了一本書(以畫療傷)講的是我用畫來治療我的傷,不一定是用畫畫,我相信每一個人都有他們有自己就屬的能力,自己救自己的能力](1-1)

結論與建議

一、結論

經由本研究結果,以下以發展的時間軸來可歸納研究發現:

(一) 早期經驗與性格特質

案例早年不安全的依附關係,強化內向壓抑敏感脆弱及溫和的個性,形成潛在的、強烈的分離焦慮與孤獨感,成長後及發病前性格,易於被有失落威脅的事件,促發悲傷的情感。如:公車過站不停、流浪失依的小狗,都足以誘使他痛哭或悲慟不已。

(二) 藝術生涯及風格

萌芽於童年時期的創作興趣,雖大學時雖就讀於航海科系,但同時開展創作生涯,創作風格中及畫作內容多元展現的畫風,但因童年經驗陰影,多數展現濃厚的憂傷氣息。如:人物間的疏離及空洞無依的眼神、悲傷的河流。

(三) 憂鬱症的促發社會心理因素的發展脈絡

1. 案例早年不安全的依附關係,強烈的分離焦慮與孤獨感。

2. 先前壓力事件包含:因多年相伴的寵物的死亡、遷居對多年生活情境歸屬感的異動、創作生涯創作中空期等,使案例同時面臨依附關係的失落(死亡分離焦慮的應驗),及創作生命意義感的威脅等,共同促發憂鬱症。

(四) 心理症狀通過療癒而康復的因素

由於案例的自我超越動機及多元的療癒,經過一年治療,使案例身體狀況穩定,並覺察早年經驗的及生涯壓力的影響;肯定藥物治療

的療效。

(五) 療癒前後心理特性對創作風格的影響
療癒歷程前後,畫風呈階段性變化:

1. 先前階段:畫作內容多元,但因童年經驗的陰影,展現濃厚的憂傷氣息;

2. 療癒階段:由憂鬱症促發初始時,無法提筆創作,因案例的堅持,開始以簡單、真率的筆觸,漸漸而恢復細節與深度的描繪;但內容陰暗、充滿自我毀滅性

3. 康復階段:通過憂鬱症的療癒過程,接納孤獨的存在本質,畫作展現淡然孤獨及柔美的風格。並從正面角度來看待憂鬱症的影響,包括:創作時的自主性、人際關係有所開展,也成為創作的主題。

二、研究限制

由於研究對象的徵求困難,雖於精神醫療單位及畫家群族中徵求,但未有其他同質性的、促發憂鬱症的藝術家參與。因此本研究對象侷限為一位憂鬱症疾患的畫家的探究為主,因此本研究結果的外推性受限。

三、本研究的意涵與討論

本研究結果,對於憂鬱症的療癒及藝術家的關懷,可歸納以下意涵:

(一) 符應一般精神醫療及早期療癒的共識

促發因素:研究結果支持對心理疾患促發「特質—壓力」模式;揭示早期經驗中兒童不安全的依附關係及壓抑的內向個性等危險因子,當遭遇相符合的壓力事件時,易於被誘發情緒困擾(王明雯,1995,2000,2001a,2001b,2002,2005;王明雯、林亮吟,2010,2017;洪儷瑜等人譯,2018;曾文星、徐靜,1988)。

(二) 藝術家生涯歷程的不確定性與心理壓力

生涯歷程的不確定性可能成為危險因子,

本案例藝術家在創作的空窗期，形成失落感與心理壓力。生涯歷程的不確定性，形成藝術家的心理壓力，與研究者及其他研究結果相呼應（王明雯、林亮吟，2010，2017；曾文星、徐靜，1988）。

（三）本案例畫家經驗的獨特意義

1. 多元治療的療癒效能：包含藥物治療、心理治療的音樂治療及藝術治療等催化潛意識素材「意識化」的歷程。

藉由本案例的療癒經驗，可知精神分析取向的觀點的掌握，可以補強目前憂鬱症以認知治療為首的療癒介入（李旻苙、邱綉雯和林利珍，2016；Agopian, 2017），以認知的重建為主的療癒方式，其適用性的不足。

精神分析取向及透過音樂治療歷程的自由聯想機制，可適用於對於遭受早期經驗的箝制而無法覺察的案例，透過對過去經驗的層層覺察、並加以統合外化為藝術治療創作，進而層層超越，並因而解除心理的束縛。

2. 自我療癒的機制

畫家強烈的自我超越動機、畫誌中畫家同時開展「經驗者」與「觀察者」兩種視角，對於療癒達成有其貢獻，並可作為一般藝術家的自省或自我調整方式，以及藝術治療的引導之參考；並且與目前憂鬱症療癒的主流—正念的認知治療精神、「同在模式」的培養相呼應，重視在「經驗」中的「覺察」「觀察」。

正念取向的認知行為治療的假設是：心智模式會導致憂鬱症促發、復發。心智運作分為「行動模式」（doing mode）及「同在模式」（being mode）。當負面情緒出現，是處在「行動模式」的當事人會不斷追究原因，並把此刻心情與憂鬱症真正發作連結；相對的，如果當事人以「同在模式」學習觀察情緒的變化，就可能脫離出憂鬱的漩渦，達到內在的平衡與安適。「同在模式」的培養，有賴於反覆對感官經驗的覺察、探詢、調整觀點（洪敬倫，

2018；Segal & Teasdale, 2018），這樣的機制與本案例在藝術、音樂治療下對浮現的意識素材的檢視有異曲同工之妙。

3. 最為鮮明的是視「憂鬱症是一份生命的禮物」、「人人有自救的能力」等觀點，肯定憂鬱症及療癒歷程對人格及創作生涯的正面影響，為憂鬱症者在陰暗苦迫的經驗中，注入光亮與希望。這樣的觀點，可呼應於正向心理學對精神疾患的觀點，重視精神障礙者作為一個「人」，而非等同於「疾病」（宋麗玉，2005；Sin, Della Porta & Lyubomirsky, 2011）。啟迪當事人當憂鬱促發時，能視為成長的契機，以積極的態度，去覺察困境，找出待解縛及突破限制，獲得心理的成長。

四、建議

基於研究結果，未來對於藝術家的生涯教育及情緒障礙的療癒介入，研究者有以下觀點：

（一）對於情緒障礙（憂鬱症）的療癒

1. 及早治療及提供多元療癒：包含藥物治療、心理治療等。諸如：音樂治療及藝術治療、折衷理論取向的觀點與介入，諸如：認知行為取向結合精神分析理論等。

2. 引導憂鬱症者自我療癒：激發其自我超越動機、鼓勵持正向因應態度，將憂鬱症視為一種檢視生命經驗及成長的契機。

（二）關於情緒障礙兒童及成人的預防與介入

1. 社會孤獨兒童的早期療癒

對於個性內向、孤獨、缺乏人際經驗的兒童，教師能及早加以關懷引導、在教學介入提供情緒覺察與管理、社會技巧的學習、或生命教育中對死亡現象的了解及接納因應（如：本案例童年以動物夥伴為主，卻均以死別結束）；鼓勵與同儕社會互動與經營班級同儕友愛和諧支持的氛圍。

2.家庭危險因子的早期發現，親職教育的提供。

本研究案例幼年時期由於父親生涯上挫折，轉向對案例母親施暴，其母身心受創多次有攜子自殺的企圖與行動，形成案例心靈創傷記憶與脆弱性格，埋下促發憂鬱症的危險因子。有關的防治工作則宜加強觀念宣導，促使危機家庭的早日被發現或通報，並且危機中的家庭或個人能夠主動尋求社會支持、社會工作及心理專業的協助。

3.對藝術家的心理健康、生涯教育介入方向

在心理社會因素方面，藝術教育的養成階段，對於藝術生涯的不確定性以及生活的壓力，需要有所瞭解，並培養情緒覺察及管理能力，以及進行多元的生涯規劃。

*本研究獲得科技部獎助（計畫編號：NSC96-2413-H-143-002），謹此申謝。

曾口頭發表於：2010年，特殊教育學術研討會。教育部、中華民國特殊教育學會主辦，台北：國立台北教育大學。

參考文獻

- 丁凡（譯）（2006）。**躁鬱症完全手冊**。譯自 Torrey, E. F. & Knable, M. B. (2002). *Surviving Manic Depression: A Manual on Bipolar Disorder for Patients, Families, and Providers*. NY: Basic Book. 台北：心靈工坊。（原著出版年：2002）
- 王明雯（1995）。四個青少年躁鬱症者的社會心理不利因素之探究。**特殊教育**，57期，22-28頁。
- 王明雯（2000）。人不痴狂枉少年——一個青少年躁鬱症狀發展的心理脈絡之回溯。**台東特教**，11期，1-14頁。
- 王明雯（2001a）。走過激盪——一個國中女生躁鬱症心理發展脈絡之研究（上）。**台東特教**，14期，20-26頁。
- 王明雯（2001b）。走過激盪——一個國中女生躁鬱症心理發展脈絡之研究（下）。**台東特教**，15期，10-13頁。
- 王明雯（2002）。青少年躁鬱症者社會心理不利因素及心理發展脈絡之研究（結案報告）。國科會研究專案編號：NSC89-2413-H-143-020。
- 王明雯（2005）。三個青少年躁鬱症者社會心理發展脈絡分析——以學業成就表現為促發因素之現象觀察。**東臺灣特殊教育學報**，7期，35-56頁
- 王明雯（2009）。藝術家躁鬱症狀的發展脈絡與對創作生涯影響歷程（結案報告）。計畫編號：NSC96-2413-H-143-002。
- 王明雯、林亮吟（2010）。殘幹生出嫩芽——一位藝術家妄想症狀發展脈絡及對創作歷程之研究。**99年度東台灣特殊教育學術研討會論文集**，22-27頁。
- 王明雯、林亮吟（2017）。御風而行——一個藝術家躁鬱症狀與創作生涯發展脈絡之研究。**東臺灣特殊教育學報**，19，87-108。
- 王浩威（2004）。心靈的表演。**表演藝術雜誌**，136期，p.8-9。
- 王雅茵、易之新（譯）（2002）。**瘋狂天才——藝術家的躁鬱之心**。譯自Jamison K. R. (1993). *Touched with fire: Manic-depressive illness and the artistic temperament*. New York: Simon and Schuster. 台北：心靈工坊。（原著出版年：1993）
- 宋麗玉（2005）。精神障礙者之復健與復元——一個積極正向的觀點。**中華心理衛生學刊**，18（4），1-29頁。
- 李旻苙、邱綉雯和林利珍（2016）。運用認知治療照護一位輕鬱症個案的護理經驗。**精神衛生護理雜誌**，11（1），36-44。

- 李素芬、金樹人（2016）。憂鬱症團體領導者心理位移之影響分析研究。**教育心理學報**，47（4），473-499。
- 李德茂、蘇奕彰（2003）。**憂鬱症中醫診斷基準研究**。計畫編號：CCMP92-RD-008。
- 李嗣涔、林淑姬、司徒達賢（1998）。**情緒智商（EQ）改善方法之研究**。行政院國科會研究專案。NSC87-2416-H004-025，PC8701-1498。
- 林梅鳳（2003）。**評價與建構本土化音樂治療模式對憂鬱症之成效**。計畫編號：NSC91-2314-B006-102。
- 林梅鳳、王琪珍、黃美智與楊明仁（2004）。**驗證GIM音樂治療於憂鬱症病患之施行成效系列研究**。計畫編號：NSC92-2314-B006-106。
- 林朝誠、李宇宙與李明濱（2008）。**抗憂鬱藥及認知行為團體治療對於合併社交焦慮症及憂鬱症患者之療效——結合人工智慧模型的藥物基因學研究**。計畫編號：NSC96-2314-B002-121。
- 周桂如與陸汝斌（2006）。**懷舊團體治療對老人憂鬱與神經認知功能之實證性研究**。計畫編號：NSC95-2314-B038-073。
- 周桂如、夏一新與陸汝斌（2006）。**憂鬱症患者心理模式與支持團體之建構與評估**。計畫編號：NSC94-2314-B016-054。
- 洪敬倫（2018）。**憂鬱症的正念認知治療：背景、實務與師資培訓**。**中華團體心理治療**，24（2），31-43頁。
- 洪麗瑜、李姿瑩、陳佩玉、黃秋霞、黃裕惠、吳怡慧、楊梅芝、何美慧和蔡明富（譯）（2018）。**兒童與青少年情緒行為障礙**（二版）。譯自Kauffman, James M. & Timothy J. Landrum (2007). *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*, 11th edition, Pearson。台北：華騰文化（原著出版年：2007）
- 施欣欣（2003）。**導引術在憂鬱症患者之應用及其療效評估**。計畫編號：NSC91-2314-B039-022。
- 唐子俊（2018）。**憂鬱症的人際心理療法：本土人際心理治療模式的建立**。**中華團體心理治療**，24（1），15-21。
- 陳奕安、邱一航和沈武典（2018）。**難治型重度憂鬱症之藥物強化治療**。**臺灣精神醫學**，32（3），188-199。
- 陳純誠與姚維仁（2001）。**利用I-123-IBZM and [99mTc]TRODAT-1/SPECT研究多巴胺接受體與載具在憂鬱症生理病理的角色**。計畫編號：NSC90-NU-7006-003。
- 陳景花、余民寧（2019）。**正向心理學介入對幸福與憂鬱效果之後設分析**。**教育心理學報**，50（4），552-585。
- 陳惠美（2003）。**遊憩治療對憂鬱症治療效果之研究**。計畫編號：NSC91-2415-H130-005。
- 盛正德（1999）。**有一條河名叫中港溪——中港溪畫記**。苗栗縣文化中心出版。
- 盛正德（2002）。**以畫療傷：一個畫家的憂鬱症療癒之旅**。台北：心靈工坊。
- 盛正德（2007）。**時間的影子**。台北：心靈工坊。
- 盛正德（2013）。**狐狸系列**。台北：一人出版社
- 許祐生（2002）。**晚安憂鬱——我在藍色風暴**。台北：心靈工坊
- 許倍甄、林靜蘭、李宜燕和盧美柔（2018）。**雙相症病患接受正念認知治療之成效：系統性文獻回顧**。**高雄護理雜誌**，35（3），1-11。
- 黃淑儀、宋惠娟（2016）。**憂鬱之概念分析**。**榮總護理**，33（2），204-211。
- 黃榮棋（2008）。**提昇私校研發能量專案計畫——前額大腦皮質於精神疾病所扮演的角色——子計畫三：內側前額大腦皮質於憂鬱症動物模式中扮演的角色：神經傳遞與功能性神經迴路方面的探討（III）**。NSC95-2745-B182-007-URD。

- 張秀如、李信謙、蔡文哲與蕭妃秀（2007）。**運用團體認知行為治療於憂鬱青少年及其成效評值**。計畫編號：DOH96-TD-M-113-011-(2/2)。
- 張淑紅、簡乃卉、和陳妙絹（2016）。北台灣社區老人規律運動與憂鬱症狀之研究。*The Journal of Nursing Research*, 24 (4), 329-336.
- 曾文星、徐靜（1988）。**最新精神醫學**。台北：水牛。
- 楊秋燕、陳明淑、沈金蘭和郭俊巖（2017）。以遊會友桌遊處遇團體研究—南區老人之家為例。**社會發展研究學刊**, 19, 78-111。
- 楊淑婷、陳朝宗、林舜毅和陳美如（2018）。產後憂鬱症伴隨恐慌發作的中醫治療病例報告。**中醫內科醫學雜誌**, 16 (1), 54-67。
- 董宇紅、謝瑞建（2019）。正念對產後憂鬱症的影響。**台灣醫學**, 23 (4), 522-528。
- 董秀珠、楊連謙與陳喬琪（2005）。**婚姻與女性憂鬱:生活脈絡下的社會結構連結、個人心理能力與婚姻治療**。計畫編號：DOH94-TD-M-113-024。
- 臺灣精神醫學會（2014）。**DSM-5精神疾病診斷準則手冊**。合記經銷（香港）。
- 劉同雪、陳曉蘭（2006）。**自我實施型讀書治療對成年人憂鬱效果之研究**。計畫編號：NSC94-2413-H030-002。
- 劉仲彬（2007）。**躁鬱症狀心理病理因素與相關情緒能力之探討**。高雄醫學大學心理學研究所學位論文。2007。1-151。
- 劉珣瑛、方俊凱（2008）。**以個案管理模式主動提供心理社會治療對自殺企圖者的療效評估—具控制組隨機分配研究試驗**。計畫編號：NSC96-2314-B195-011。
- 鄭曉楓（2018）。一種新的嘗試：正向心理學取向正念方案的介紹與評論。**輔導季刊**, 54 (2), 1-14。
- 謝佳欣、吳瑞燕（2018）。運用音樂治療協助一位高齡憂鬱症長者因應壓力之護理經驗。**安泰醫護雜誌**, 24 (2), 77-92。
- 蕭妃秀（2004）。**應用個案管理於憂鬱症的婦女之成本效益分析**。計畫編號：NSC92-2314-B038-027。
- 蕭妃秀（2017）。身心靈整合心理治療模式於臨床護理的應用。**護理雜誌**, 64 (3), 27-32。
- 藍先元、謝慶良和張玉坤（2006）。**憂鬱症患者之中醫證型與周邊淋巴球之mRNA表現**。計畫編號：CCMP94-RD-041。
- 蘇素美（2017）社交自我效能與害怕負面評價在害羞對憂鬱之影響的中介效果。**教育科學研究期刊**, 62 (1), 103-132。
- Agopian, Sean (2017). *The development of therapy suggestions for addressing issues of creativity in individuals diagnosed with bipolar disorder*. Dissertation of Doctor of Psychology, Pepperdine University Graduate School of Education and Psychology, U.S.
- Allen, T. A., Oshri, A., Rogosch, F. A., Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2019). Offspring personality mediates the association between maternal depression and childhood psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(2), 345-357.
- Beck, Aaron T. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation, *Clinical Psychology Review*, pp. 77-100.
- Berman Marc G., Ethan Kross, Katherine M.Krpan, Mary K. Askren, Aleah Burson, Patricia J. Deldin, Stephen Kaplan, Lindsey Sherdell, Ian H. Gotlib, John Jonides (2012). Interacting with nature improves cognition and affect for individuals with depression. *Journal of Affective Disorders*, 140, 300-305.
- Gotlib, Ian H., Jutta Joormann (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions.

- Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312.
- Hofmann, Stefan G., Alice T. Sawyer, Ashley A. Witt, & Diana Oh (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
- Segal, Zindel V., Mark Williams, & John Teasdale (2018). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Second Edition. NY: The Guilford Press.
- Sharkins, K. A., Leger, S. E., & Ernest, J. M. (2017). Examining effects of poverty, maternal depression, and children's self-regulation abilities on the development of language and cognition in early childhood: An early head start perspective. *Early Childhood Education Journal*, 45(4), 493-498.
- Sin, N. L., M. D. Della Porta, & S. Lyubomirsky (2011). Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. In S. I. Donaldson, M. Csikszentmihalyi, & J. Nakamura (Eds.), *Series in applied psychology. Applied positive psychology: Improving everyday life, health, schools, work, and society* (pp. 79-96). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Steer, Robert A. Roberta Ball, William F. Ranieri, & Aaron T. Beck (1999). Dimensions of the Beck depression inventory-II in clinically depressed outpatients. *J. Clin. Psychol*, 55, 117-128.
- Tang, Ai-Min, Xue-Li Deng, Xiu-Xiu Du, & Ming-Zhong Wang (2018). Harsh parenting and adolescent depression: Mediation by negative self-cognition and moderation by peer acceptance. *School Psychology International*, 39(1), 22-37.

Falling Down and Soaring High—A Case Study of Developmental Context and Therapy Process in an Artist with Depression

Ming-Wern Wang

National Taitung University
Department of Special Education

Liang-Yin Lin

Seed of Hope Clinic Taipei City/
Taipei City Hospital, Sonde Branch

Abstract

The study aims to clarify the affecting path on social psychological deficiencies to creative career for an artist (case in this study). The goals are as follows: (1) Understanding the inner and environmental deficiencies to enact the case's depression. (2) Realizing the healing process of the emotional characteristics and depression. (3) Comprehending the influences for the healing process on his creative career and life style.

The study belongs to qualitative research, the research method is an interpretative case study based on phenomenology. The case is a 65 year old male artist; he suffered severe depression at the age of 55. He was cured and did not reoccur after the treatment.

The results show:

1. The development context of social psychological factors: (1) Due to the unsafe affiliate relationship in the early childhood, the inward characters of oppressive, sensitive, frailty, and mild are strengthened. The case became strongly latent separation anxiety and loneliness (2) Former stressful events are the loss of affiliate relationship, early experiences, and the threat of meaning for life. These events step up the depression.

2. The healing factors: Owing to the motive of self-transcend and multiple healing, medicine treatment, the case stables his body situation. Furthermore, he can aware the influences of early experiences and stress of career.

3. The influences of mental symptom to creative career: The style of his paintings shows different stages before and after the healing. The stages are (1) Intensive grief due to the shadow of childhood experiences, (2) Simple, forthright, and sincere in the initial stage of healing. The contents showed dark and destructive in this stage. The contents then became ordinary and show the depth of expression during the healing process, (3) He accepted the exist nature of loneliness, showed the cool loneliness and tender style after the healing.

4. after the healing process: When he was cured, he treated the influences of depression from a positive viewpoint. He accepted it as a gift of life.

In this study, we comprehended the contribution factors of depression and the influence path to his creative career, and the healing processes bring positive influence. These results are enlightening.

Keywords : depression, social psychological factors, art therapy, rehabilitation counseling