

音樂治療對腦癱患兒行為 與情緒的影響

李志林 劉振寰

廣州中醫藥大學附屬南海婦產兒童醫院兒童康復科
廣東省佛山市南海桂城 528200 lzh1958424@163.com

【目的】

通過音樂療法對腦癱兒童的療效觀察，探討音樂治療對腦癱兒童的身體協調性、認知、音樂發育水準、情緒交往水準的影響。

【方法】

收集 2009 年 1 月至 2010 年 1 月在廣州中醫藥大學附屬南海婦產兒童醫院進行康復治療，病史資料完整的腦性癱瘓患兒 30 例，其中男 22 例，女 8 例，年齡（ 3.9 ± 1.2 ）歲，存在明確圍產期腦缺氧病史者 20 例，早產 15 例，病理性黃疸 13 例。開始治療時各患兒均伴有不同程度精神發育遲滯。根據各個兒童的個體情況，選擇具體的音樂治療專案，包括 RBT 音樂療法、創造性音樂療法、奧爾夫音樂療法、即興音樂活動、歌謠運用、音樂提示行為療法、個體音樂療法、群體音樂療法、身勢訓練法、音樂聆聽法、音樂系統脫敏訓練、體感音樂療法。以完成 60 次治療為一療程，於治療前、療程結束後採用音樂治療評估量表對患兒行為水、情緒交往水準以及音樂發育水準進行測評，並對照前後兩次分值改變情況。

【結果】

顯效 8 例（26.7%），有效 19 例（63.3%），無效 3 例（10%），總有效率 90%。總分情況，治療前分數為（ 32.3 ± 6.9 ），治療後分數為（ 46.3 ± 6.5 ）， t 值 -8.0， p 值為 0.00（ $p < 0.01$ ）；身體協調性、認知，治療前分數為（ 15.8 ± 4.1 ），治療後分數為（ 18.6 ± 4.1 ）， t 值 -2.6， p 值為 0.01（ $p < 0.05$ ）；音樂發育水準治療前分數為（ 13.8 ± 2.5 ），治療後分數為（ 17.0 ± 2.5 ）， t 值 -4.8， p 值為 0.00（ $p < 0.01$ ）；情緒治療前分數為（ 1.5 ± 1.3 ），治療後分數為（ 5.5 ± 1.7 ）， t 值 -10.0， p 值為 0.00（ $p < 0.01$ ）；交往治療前分數為（ 1.2 ± 1.3 ），治療後分數為（ 5.1 ± 1.4 ）， t 值 -10.7， p 值為 0.00（ $p < 0.01$ ）；

【結論】

音樂治療對腦癱兒童的肢體運動協調能力、提高認知能力、改善情緒交往有一定的改善作用。

【關鍵字】

腦性癱瘓 音樂治療 臨床觀察

腦性癱瘓（簡稱腦癱）是繼發性灰質炎後造成兒童肢體殘障的主要疾病之一，隨著新生兒搶救技術的提高以及現代生活方式的改變，腦癱的發病率呈逐年升高的趨勢。腦癱患兒主要存在運動障礙及姿勢異常，需長期，甚至終身康復治療，但患兒緊張、焦慮、恐懼、自卑的情緒日益加重，難以得到疏泄釋放，隨著年齡的增長，心理行為問題如社交障礙、恐懼、抑鬱心理也日益突出，成為腦癱患兒康復的難點。這些障礙並不是都能完全通過現代醫學及傳統醫學的常規康復治療所能解決的，而音樂治療配合的有效配合，洽能使腦癱兒童在行為和情緒心理上得到全面的康復。

1.一般資料

收集 2009 年 1 月至 2010 年 1 月在廣州中醫藥大學附屬南海婦產兒童醫院進行康復治療，病史資料完整的腦性癱瘓患兒 30 例，其中男 22 例，女 8 例，年齡（3.9±1.2）歲，存在明確圍產期腦缺氧病史者 20 例，早產 15 例，病理性黃疸 13 例。符合腦癱癱瘓型 16 例，手足徐動型 4 例。均伴有不同程度精神發育遲滯。

2.方法

2.1 納入標準：①符合腦性癱瘓診斷標準（2004 年全國小兒腦性癱瘓專題研討會）；②自願進行音樂治療干預；③堅持完成 60 次音樂治療，病史資料完整者。

2.2 排除標準：存在 BAEP 檢查異常者。

2.3 音樂治療方法及實施過程：

2.3.1 具體方法：RBT 音樂療法、創造性音樂療法、奧爾夫音樂療法、即興音樂活動、歌謠運用、音樂提示行為療法、個體音樂療法、群體音樂療法、身勢訓練法、音樂聆聽法、音樂系統脫敏訓練、體感音樂療法。

2.3.2 程式：根據近年來的研究和實踐經驗，應包括以下階段：①音樂治療師與兒童見面，相互認識，初步建立起“師生”關係，對患兒的身心功能狀況分別有初步的觀察，對其音樂興趣，偏愛及能力也作初步的瞭解。②對兒童的能力給予評價，包括語言交流能力、認知能力、感覺-運動能力、音樂能力、心理-社會、情緒、行為表現。③設定音樂治療目標、需要改變或培養的靶行為（Target Behaviors）。④觀察和分析有關靶行為的表現，並作相應記錄。⑤擬訂音樂治療策略：根據情況選擇音樂療法與行為治療相結合，把兒童喜歡的音樂活動或音樂體驗作為正性加強物予以獎賞，或作為負性的加強物不予以“享受”以作懲罰。與物理治療相結合，通過音樂活動輔助某些肢體（如手、上肢）功能或步行節律的改善。與語言治療相結合，通過音樂活動，從旋律的因素入手，改善語音和表達能力。與社會康復相結合，除單個一對一輔導外，有時也要參加集體性的音樂活動。⑥制訂音樂治療計畫。⑦實施音樂治療計畫：每週三次，每次 30—35 分鐘，持續治療 3 周，休息 10 天，共治療 60 次。⑧評估音樂治療效果（治療是否成功，主要目標是否已達到，有無副收穫，對未來音樂治療的建議）。

2.4.1 療效評估方法

參照《新音樂治療師手冊》（Suzanne B.Hanser 著）的音樂治療前、後測量表，擬定音樂治療觀察量表，包括了身體協調性、認知、音樂發育水準、情緒交往水準，具體如下。於進行治療前和治療結束時的評估。

類型	項 目	
兒童行為水準	身體協調性	走、跑、跳、做操、語言表達、模仿、躲避、
	認知	辨方位、形狀、天氣、白天晚上特徵、水果、動物、能認讀、理解性交談
兒童音樂發育水準	打擊樂	打擊以下節奏①X X ②X XX ③XX XX ④X· X
	音條樂器	中琴、鋁板琴、木琴，用低音作簡單伴奏， 例 1 5 1 5
	音樂感受力	會唱簡單兒歌，會模仿拍手、拍腿、跺腳

情緒交往水準	情緒	對歌曲反應、對語言反應、對音樂律動、哭、笑
	交往	求助願望、與人接觸、與人溝通、對環境適應

行為發育評估、音樂發育水準的專案中按完成和參與的程度分 0、1、2、3 分；情緒交往水準則從參與和抵觸兩方面評分，參與分為 0、1、2、3 分，抵觸分為 0、-1、-2、-3 分。最後將分數相加計總分。

2.4.2 療效斷定標準：治療後總分總評分提高 ≥ 15 分為顯效，提高 10~14 分為有效，提高 ≤ 9 分為無效。

3.結果

總體情況，顯效 8 例（26.7%），有效 19 例（63.3%），無效 3 例（10%），總有效率 90%。運用 spss16.0 進行運算，資料採用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，採用兩獨立樣本 t 檢驗對分專案進行前後對照。

表 1 治療前後分值比較 (n=30)

	治療前	治療後	t 值	p 值
總分	32.3±6.9	46.3±6.5	-8.0	0.00
身體協調性、認知	15.8±4.1	18.6±4.1	-2.6	0.01
音樂發育水準	13.8±2.5	17.0±2.5	-4.9	0.00
情緒	1.5±1.3	5.5±1.7	-10.0	0.00
交往	1.2±1.3	5.1±1.4	-10.7	0.00

4.討論

從表 1 可以得知，患兒在治療前後總分情況、身體協調性、認識、情緒、交往均有明顯提高 ($p < 0.05$)，提示音樂治療，對患兒的行為水準、情緒、交往有促進作用。本結果與其它研究認為音樂療法不但具有促進運動、情緒、社會交往的康復^[5,6]，更具有減輕疼痛、焦慮^[7]、減輕精神症狀^[8,9]等作用相一致。另外，患兒自身的音樂水準如音樂的興趣、對樂器的操作、對節奏的把握等也提高，促進對患兒進入音樂治療、培養興趣、開發潛能具有一定幫助。

腦癱患兒均存在不同程度的腦損傷，能運用的大腦潛能比正常人要少，如何恢復腦功能或開發大腦剩餘的潛能顯得極為重要。大多數腦癱兒都是右利手，而且在日常生活中，言語刺激是充足的，故左腦發育較好，右腦功能開發得較少，音樂通過聽覺傳導路傳入大腦皮質相關中樞（經典認為位於右側顳葉），使局部皮質興奮，所以對腦癱兒的音樂治療刺激對全腦的發展來說是很重要的。

腦癱兒童的音樂療法要以殘障兒童的身心特點為本，更趨多樣性、即興性。在治療時可以以節奏為基礎，幫助殘疾兒童重建有節奏的運動模式。例如有節奏的步行，矯正頓足步，以及減輕手足徐動，一般要在較慢的、節拍明顯的音樂伴奏下進行運動治療，或讓患兒唱著節奏明顯地歌曲或哼著童謠進行運動，肢體隨著歌聲的韻律進行有節律的擺動。當然治療師也要耐心探尋適宜每個患兒的節奏及相應的音樂。而長期的音樂治療實踐課程證明患兒在音樂中進行律動的同時也對認知、情緒、注意力得到了相應的改善。

腦性癱瘓是一種慢性疾病，需要進行長期的不間斷的康復治療。長期的康復訓練過程中，同樣存在焦慮、緊張、自卑等等負面情緒或是行為異常。音樂療法能平衡身心、調和情緒，且能改善肢體協調能力，患者易於接受，無副作用，能融合與其他康復治療中，因此在輔助治療腦性癱瘓方面具有廣闊的前景。

4.典型案例：患兒男，2 歲 7 月，診斷：1、小兒腦癱(不隨意運動型)2、心裡行為發育障礙。治療前

測結果綜述：患兒反應遲鈍，模仿能力差，學習能力差，理解能力可，可唱簡單兒歌，但不願多開口說話，膽小，依賴母親，在治療中難以獨坐及難獨立完成動作。治療方案：1.問題行為分析：行為發生誘因：小兒腦癱。行為反應：身體協調性欠佳，不能獨坐，主動伸手抓物準確度較差，反應遲鈍，語言落後。出現後果：不能獨立完成治療，依賴性強，理解及表達能力差，情緒不穩定。2.確定靶行為：改善情緒，可獨立完成治療項目。3.訓練目標：遠期目標：提高智力，促獨坐及抓物完善。近期目標：1) 音樂活動內：訓練聽節奏敲打樂器，訓練節奏感，鼓勵患兒獨立完成一些肢體動作訓練，多和患兒交流。2) 音樂活動外：加強肢體的協調性，改善情緒，加強注意力的訓練。實施治療過程：患兒認知能力差，但對音樂有反應，剛開始注意力容易分散，對樂器亂丟，治療師就觀察患兒在每個樂器上停留的時間，而且根據樂器發聲的不同選用不同的音樂、力度、強弱及不同的相對簡單的節奏來與之配合，慢慢發現患兒對鼓和鈴鐺研究的時間相對其他樂器長，治療師開始用音樂引導患兒，試圖使患兒對這些樂器感興趣。音樂突然停止，患兒會抬頭尋找，治療師再次給以音樂患兒會有高興的表情。患兒本身存在刺激性緊張、不能獨坐及主動抓物差，給治療帶來一定難度，所以患兒必須在治療師的指導下完成治療，剛開始進入治療室患兒緊張，治療師彈奏輕柔緩慢的音樂是患兒漸漸適應環境而放鬆下來，在治療師的幫助下坐著敲鼓，治療師雙手控制患兒的雙上肢幫助患兒拿鼓槌，跟著簡單節奏進行演奏，慢慢的患兒開始喜歡鼓，由於雙手抓不好錘子，很想自己用手來拍鼓，治療師還是耐心的幫患兒用手抓我鼓槌來敲鼓，在整節課裡患兒偶爾會緊張而且會反抗。經過三周治療，患兒的情緒有所改善，哭鬧減少了，在治療師的幫助下可以短暫握鼓槌和沙錘進行樂器演奏，對鼓很有興趣，可以和治療師有目光交流，緊張有所緩解。接下來，治療師適當的使其進入到了集體課中來，剛開始對很多小朋友在一起上課感到煩躁，發脾氣。經過兩個月的治療，患兒慢慢適應了集體課，情緒得到改善。在大家一敲鼓時可以安靜配合，而且漸漸有了節奏感，每當叫到他的名字時，他會配合敲鼓，在課堂上很開心，慢慢可以和小朋友融合在一起，緊張也降低了很多。漸漸的脾氣小了，可以理解治療師的簡單問話，可以點頭表示“是”，下課可以抬手做“拜拜”及飛吻。做其他康復治療也減少了很多抵觸情緒，運動進步也很大。

參考文獻：

- [1] 劉振寰. 讓腦癱兒童擁有幸福人生[M]. 中國婦女出版社, 2009.
- [2] 張鴻懿, 馬廷慧. 兒童智力障礙的音樂治療[M]. 華夏出版社, 2004.
- [3] 張鴻懿. 音樂治療學基礎[M]. 中國電子音像出版社, 2000.
- [4] 帕夫利切維奇梅塞德斯. 音樂治療: 理論與實踐[M]. 世界圖書出版公司, 2006.
- [5] Pacchetti C, Mancini F, Aglieri R, et al. Active music therapy in Parkinson's disease: an integrative method for motor and emotional rehabilitation[J]. Psychosomatic medicine. 2000, 62(3): 386.
- [6] Nayak S, Wheeler B L, Shiflett S C, et al. Effect of music therapy on mood and social interaction among individuals with acute traumatic brain injury and stroke.[J]. Rehabilitation Psychology. 2000, 45(3): 274.
- [7] Prensner J D, Yowler C J, Smith L F, et al. Music therapy for assistance with pain and anxiety management in burn treatment[J]. Journal of Burn Care & Research. 2001, 22(1): 83.
- [8] Raglio A, Bellelli G, Traficante D, et al. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia[J]. Alzheimer Disease & Associated Disorders. 2008, 22(2): 158.
- [9] Gold C, Heldal T O, Dahle T, et al. Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses[J]. Cochrane Database Syst Rev. 2005, 2.

通訊作者 劉振寰 教授 博士生導師 廣州中醫藥大學附屬南海婦產兒童醫院
電話 13923185885 Email lzh1958424@163.com