



中华作业治疗 电子季刊

The Chinese OT

E-Newsletter

2015 年 2 月号

編者的話



这一期中华 OT 电子季刊出刊，适逢华人的农历新年，在此先向各位中华 OT 伙伴拜年 --三阳开泰送吉祥，洋洋得意富满堂！

很荣幸这一期会刊轮由本人主编，特别规画儿童康复主题，邀请了两岸三地多位在临床上从事儿童康复的作业治疗师及康复专业相关人员，从他们实务的操作经验，来分享他们的服务成果或心得，希望能带给内地的治疗师，看见更多儿童康复发展的面向。

台湾因为有全民健康保险，对儿童医疗康复的照顾给付相当充裕，加上教育及社政资源的导入，让学校或在机构的儿童，也能接受充分的康复疗育。在台湾约有 1/3 的作业治疗师从事儿童作业治疗的服务，因此在儿童康复的发展是相当多元的。这些文章都很值得我们阅读，细细品味，相信都会有所收获的。

今年 3 月 20-22 日将在广东深圳维也纳国际酒店举办【2015 国际作业治疗研讨会暨中国康复医学会第五届全国作业治疗论坛】，这是 3 年一次，结合港、台、中及国际作业治疗专家群聚一堂，以推展作业治疗专业，最丰盛的学术会议。欢迎全国康复医疗专业人员，都能来参与这次作业治疗的盛会！

台湾高雄长庚纪念医院复健科职能治疗
张瑞昆
2015. 2. 14.

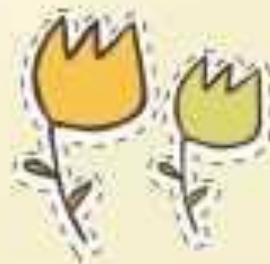




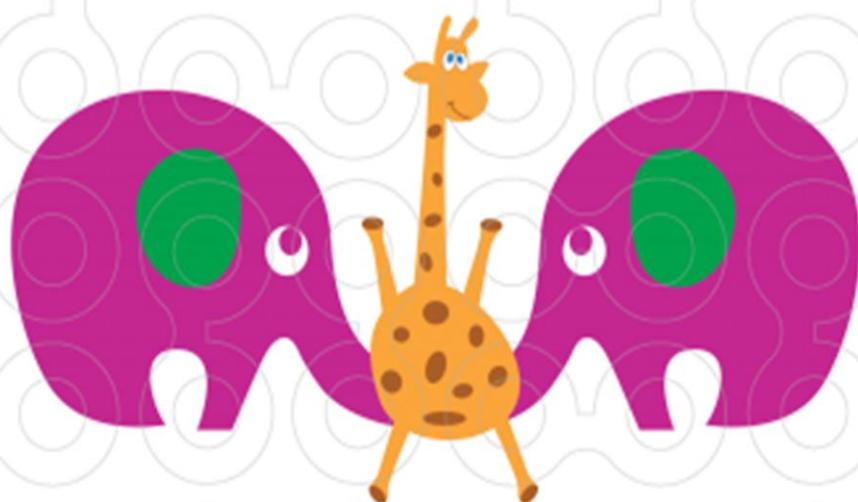
目

录

- 壹、 儿童职能/作业治疗介入
 - 1. 我国内地儿童作业治疗的现状与发展
 - 2. 儿童骨科的作业治疗康复
 - 3. 台湾视觉障碍儿童的职能治疗(台湾)
 - 4. 儿童写字发展、评估与介入-职能治疗面面观(台湾)
- 贰、 早期疗育
 - 1. 浅谈台湾社福机构早期疗育职能治疗(台湾)
 - 2. 在早疗机构看见天使的笑靥(台湾)
- 参、 脑性麻痹儿童之作业治疗
 - 1. 感觉统合训练在学龄期脑瘫儿童康复中的应用
 - 2. 脑瘫儿童及青少年的徒手能力分类系统
- 肆、 音乐治疗的介入
 - 1. 音乐治疗在特殊儿童作业治疗中的疗效观察
 - 2. 音乐治疗对脑瘫患儿行为与情绪的影响
- 伍、 自闭症的沟通与情绪
 - 1. 图片交换沟通系统促进自闭症儿童语言主动性的个案研究.
 - 2. 浅谈自闭症儿童的情绪识别能力
- 陆、 其他
 - 1. P-E-O 模式应用于参加全国康复治疗专业学生技能大赛
 - 2. 自由体操应用于脑瘫患者康复治疗的疗效观察
 - 3. 以肩关节控制训练为主改善不随意运动%20型脑瘫患儿精细动作的个案研究
- 柒、 经验分享
 - 1. 临床经验分享-与孩子同行
 - 2. 经验分享-关于亲子教养给家长的三个观念
- 捌、 2015 国际作业治疗研讨会暨中国康复医学会
第五届全国作业治疗论坛



壹、 儿童作业治疗介入



Children's
Occupational
Therapy

我国内地儿童作业治疗的现状与发展

孙颖¹ 姜志梅^{1, 2}

1 佳木斯大学附属第三医院/佳木斯大学康复医学院 2 通讯作者

我国内地儿童康复在 30 多年的发展进程中，经历了从无到有、从开创到发展的历史阶段，近年来正以前所未有的速度快速发展。国际上广泛应用的儿童康复治疗理论和实践模式以不同的方式引入我国内地，并被逐渐推广。但作业治疗的发展相对滞后^[1]，其中的儿童作业治疗仍处于区域发展不平衡、发展程度不均一的起步阶段。

1. 我国内地儿童作业治疗的现状

分别于 2008 年和 2015 年对我国内地 7 大行政区 24 个省、50 个儿童康复机构进行调查。其中，医疗卫生机构 44 个，残联系统机构 4 个，民政系统机构 2 个。

1.1 社会对儿童作业治疗服务的需求日益增加

我国约有 800 万残疾儿童，是特殊需求儿童的最大群体，到 2015 年，要使每一个需要

康复的残疾人，人人享有康复服务，也是儿童康复的重要目标。

特殊需求儿童对于作业治疗的需求、对于与作业治疗密切相关的提高日常生活活动能力、融入主流教育、就业等需求均呈快速增长的趋势（表 1）。

表 1 需要作业治疗的主要疾病种类

类别	疾病名称					
发育障碍性疾病	脑性瘫痪	发育迟缓	孤独症谱系障碍	癫痫	注意缺陷多动障碍	学习障碍
骨关节病	脊柱侧凸	类风湿性关节炎	骨关节炎	软骨病	小儿骨关节感染性疾病	骨折
遗传代谢性疾病	先天性甲状腺功能低下	脊髓性肌萎缩症	异染色性脑白质营养不良	遗传性痉挛性截瘫	肝豆状核变性	唐氏综合症
神经肌肉疾病	分娩性周围神经麻痹	进行性肌营养不良	重症肌无力	强直性肌营养不良		
先天疾病	颅脑先天畸形	四肢的先天畸形	先天性脊髓畸形			
其他	颅脑损伤	脊髓损伤	烧伤	心脏疾病	手外伤	截肢

两次调查中排在前几位的疾病均为脑性瘫痪、发育迟缓、脑外伤、染色体异常、孤独症谱系障碍、注意缺陷多动障碍、学习障碍、骨折及其他。特殊需求儿童不同程度地存在各种障碍，是目前儿童作业治疗服务的主要对象。他们对作业治疗的需求包括进食等日常生活活动能力的需求；学习能力、游戏能力等儿童特有能力的的需求；交流和社会交往能力的需求；接受就业前培训和就业能力的需求等。何红晨等[2]对 2008 年四川省汶川地震伤儿童日常生活活动能力情况进行调查，结果表明受障碍部分均为作业治疗服务的内容。

1.2 能够开展的儿童作业评定和作业治疗项目逐渐增多

参加调查的大部分康复机构已经开展儿童作业治疗。2008年所调查康复机构中设置作业治疗部门的有43个（占86%），2015年有48个（占96%）。与2008年相比，儿童作业评定项目出现正规化、多样化、系统化的趋势，精细运动功能评定、感知觉功能评定、感觉统合功能评定、书写能力评定在临床上应用越来越广泛，学前儿童小肌肉评定、墨尔本单侧上肢功能评定量表、QUEST量表开始引入内地，但ADL评定、环境评定、手功能分级（MACS）等与发达国家和地区比还存在明显差距，有待进一步加强。

开展治疗性作业活动方面，作业治疗师在注重精细运动功能的同时，越来越重视儿童的日常生活活动能力、游戏能力、学习能力、环境改造、辅助器具的应用等，所开展的儿童作业治疗越来越规范（图1）。主要表现在：①从更多关注肌力和肌张力等，到更为关注功能、活动与参与；②从主要促进运动功能，到注重解决感知觉及认知功能等作业技能障碍，日常生活活动等作业活动障碍；③从很少应用辅助器具且种类单一，到逐渐可以自制、应用多样化的辅助器具；④从儿童肢体障碍作业治疗逐渐扩展到遗传代谢性疾病、神经肌肉疾病等的作业治疗；⑤逐渐将ICF-CY理念引入儿童作业治疗。

1.3 继续教育的形式向多元化方向发展

儿童作业治疗师的继续教育形式逐步向多元化方向发展。国外继续教育主要包括参观、短期培训、学历教育等；国内继续教育主要包括机构组织的继续教育，短期培训班，学术会议，进修学习，自学等（图2）。作业治疗师以往仅能在全国家小儿脑瘫康复学术会议、全国儿童康复学术会议、全国康复医学会议上发表论文，目前发展到在全国康复学术会议、全国作业治疗学术会议设立儿童作业治疗分会场。

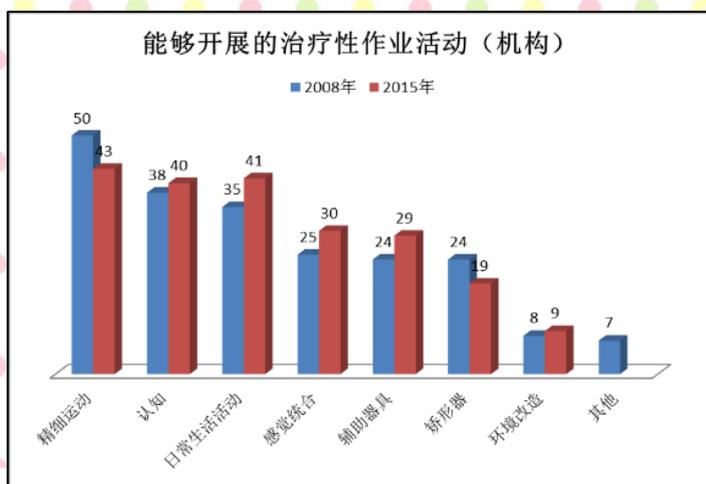


图1 能够开展的治疗性作业活动

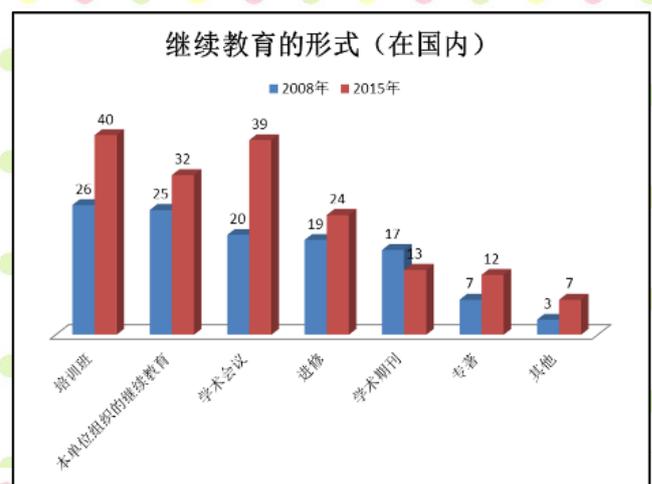


图2 国内继续教育形式

2. 我国内地儿童作业治疗存在的问题

2.1 儿童作业治疗专业技术人员匮乏

截至2010年7月，我国内地综合医院所需康复治疗师总人数约为8万，其中三级医院约需2万，二级医院约需5万。而按照国际标准计算，我国内地康复治疗师至少缺35万[3]。以2010年的数据计算，本专科院校年招生数约为6000多人，短期内无法满足市场需求。Ezersky等调查了400多名治疗师实践领域，发现25.5%的治疗师在儿科工作[4]。调查显示儿童作业治疗师人数由2008年的80名增加为2015年的177名，虽然人数增加了一倍，但仍远远不能满足康复需求。学历层次较2008年明显提高（本科学历者占

51%，研究生学历者仅占 1.1%)，但学历层次仍普遍偏低，专业基础比较薄弱 (图 3)。

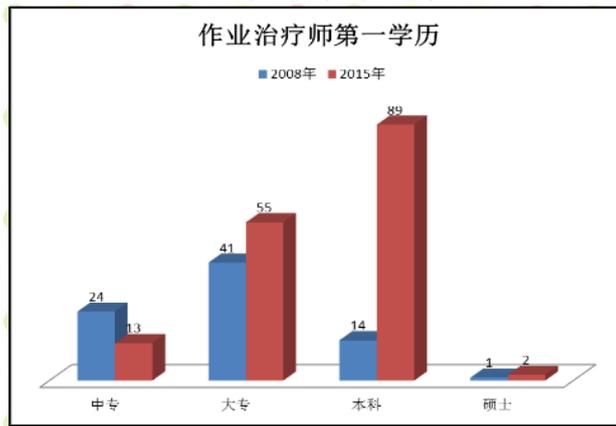


图 3 儿童作业治疗师第一学历

50 个机构 1066 名儿童康复治疗师中作业治疗师 177 名，占 16.6%。儿童作业治疗师除晋升康复治疗师 (技师) 系列外，尚有医师系列、护理系列等 (图 4)，高级职称者占 2.26%，初级职称者占 73.4%，职称结构仍不尽合理，仍以初级职称为主，缺少富有经验的高中级技术人才，表明我国内地儿童作业治疗师队伍还是一个年轻、缺少经验的队伍 (图 5)。

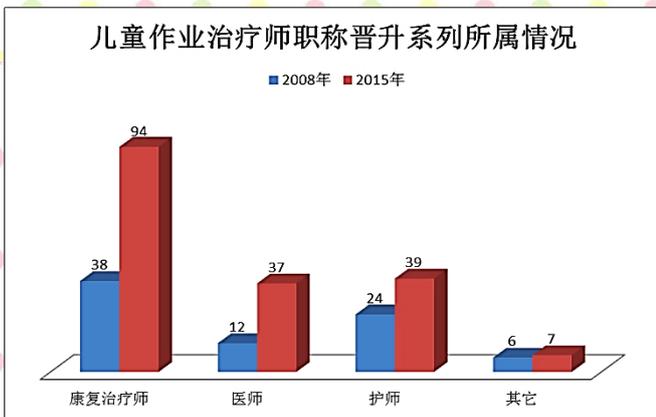


图 4 儿童作业治疗师职称晋升系列所属情况

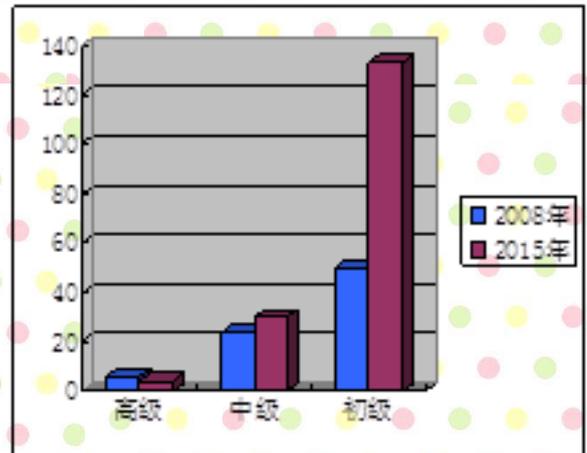


图 5 儿童作业治疗师职称情况

儿童作业治疗师主要来源：①康复治疗学专业；②针推、养生保健等相关专业；③医师、护师或其他专业技术人员转岗[5] (图 6、图 7)。

2008年儿童作业治疗师来源



图 6 2008 年儿童作业治疗师来源

2015年儿童作业治疗师来源

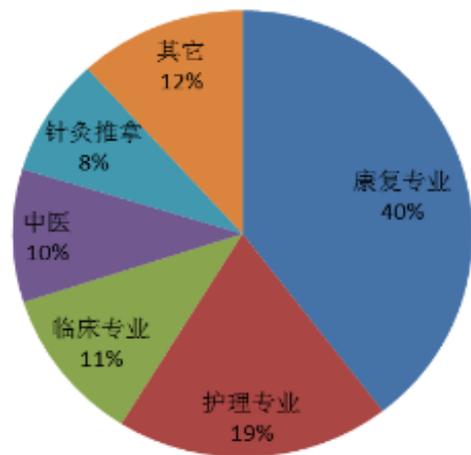
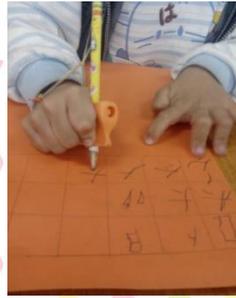


图 7 2015 年儿童作业治疗师来源

2.2 儿童作业治疗发展不平衡

2.2.1 地区之间发展不均衡：我国内地儿童作业治疗主要集中在经济发达地区或较发达地区大中城市的儿童医院、妇幼保健院、康复中心/医院、综合医院康复科和其他系统儿童康复机构以及民办康复机构中。基层儿童康复机构相对较少，边远及经济欠发达地区更为突出。三级康复医疗服务体系尚未形成，仍不能满足日益增长的特殊需求儿童的作业服务需求。

2.2.2 作业治疗项目发展不均衡：起步晚或规模小的儿童康复机构开展的作业治疗项目单一，局限在改善上肢肌力、肌张力、精细运动功能、感觉统合功能等，而发展成熟的机构已在此基础上又开展了日常生活活动能力训练、认知及学习能力训练、游戏能力及社交能力训练、辅助器具应用、矫形器制作及环境改造，逐渐与国际接轨。



2.2.3 服务对象发展不均衡：部分机构儿童作业服务对象仍以脑瘫、发育迟缓为主，部分机构已将服务对象扩展到学习障碍、注意力缺陷多动障碍及孤独症谱系障碍等儿童。

2.2.4 评定与作业治疗方法发展不均衡：作业评定指导作业治疗，治疗效果又需要评定来检验，目前既有只注重作业治疗忽视作业评定，也有只注重作业评定而忽视作业治疗的现象。

2.3 儿童作业治疗水平有待进一步提高

2.3.1 作业治疗理念需更新：深入研究儿童作业治疗服务概览，按照发育的观点、全人的观点，以 ICF-CY 为指导制定作业治疗计划，设计作业治疗方案。治疗过程不再局限于直接针对儿童的治疗，更加重视与团队其他成员、家庭成员及相关机构的合作。

2.3.2 作业治疗工作方式需改变：除直接服务，亦采取咨询服务、辅具制作、环境设计、对家长的指导等间接服务。应更加注重特殊需求儿童及其家庭的“参与”，家长作为康复治疗团队的重要成员参与康复治疗工作。

2.3.3 作业治疗方法与内容需丰富：提高作业治疗活动分析及训练技巧、神经发育治疗及感觉统合理论与临床作业治疗技巧；掌握矫形器、辅具应用基本原则与临床使用时机；提高学习能力、游戏能力、社交能力训练技巧；重视对家长的宣教、指导与培训；注重计算机在认知训练中的应用；将个别治疗与小组式治疗有机结合等。



2.3.4 作业治疗服务对象需扩大：需掌握孤独症谱系障碍等其他发育障碍性疾病、遗传代谢性疾病、先天性疾病、神经肌肉疾病等的作业治疗方法，扩大作业治疗服务范围，提高作业治疗服务能力。

3. 对我国内地儿童作业治疗发展的思考

3.1 加强儿童作业治疗师队伍建设

通过不同管道、采取多种形式，加速培养和形成我国儿童作业治疗师骨干队伍。

3.1.1 加强作业治疗学历教育：目前我国内地康复治疗师需求大，基数小，且学历层次低，必须有计划地发展学历教育，以满足儿童康复事业发展的需要。内地康复治疗学专业课程中作业治疗教学所占比重也越来越大，如首都医科大学康复医学院康复治疗专业课程设置中，作业治疗专业方向专业课已占 34.03%，其他几所院校如昆明医科大学、佳木斯大学康复医学院等也在做这样的实践。随着对儿童作业治疗师水平要求的增高，对作业治疗教学质量的要求也会越来越高，可在有儿童康复实习基地的院校课程中适当增加儿童作业治疗内容，逐步形成一批以培养儿童作业治疗师为特色的院校。

3.1.2 丰富继续教育形式与内容，提高在职人员专业技术水准：广开管道，进一步加大对在职作业治疗师培养力度，可通过出国留学、研修，国内外参观考察，参加国际国内学术会议，赴国内相关单位进修学习、参加短期培训班等多种方式学习先进作业理论与方法，不断提高儿童作业治疗水平。

3.1.3 强化在职人员科研意识，提高儿童作业治疗科研水平：在作业治疗实践中不断积累，有计划、有步骤，围绕明确的科研方向，扎扎实实开展作业治疗临床科研工作，不断提高儿童作业治疗师科研水平。

3.2 广泛开展交流与合作，探索适合我国内地应用的儿童作业治疗模式

3.2.1 交流与合作：可以采取国际间交流与合作、与香港、台湾相关机构的交流与合作及与内地相关机构的交流与合作分享儿童作业治疗服务、信息、技术等。

3.2.2 探索适合我国内地情况的儿童作业治疗模式：将 ICF-CY 引入儿童作业治疗实践，强调现代精尖技术与易于推广的适宜技术相结合，机构康复与小区康复相结合，儿童作业治疗与教育相结合，儿童作业治疗师与相关专业人员及家长紧密结合。根据我国传统的生活方式、风俗习惯等选编适合我国内地使用的儿童作业评定和作业治疗内容。与国际接轨需要一个循序渐进，逐步建设，逐步完善的过程。要定目标、分阶段，按计划实施。

3.3 加强宣传教育

3.3.1 意义：只有人们更好地理解作业治疗在儿童康复中的作用，使更多的人支持和接受作业治疗，我们才能从实践中积累更多经验，从而推动儿童作业治疗的迅速发展。

3.3.2 对象与形式：以家长、相关专业领域人员为对象，可通过家长培训，编制家长指导手册，网络，媒体，科普读物，VCD/DVD、知识讲座等多种形式，加强宣传教育，提高其对儿童作业治疗的认知度。

3.4 规范儿童作业治疗师培养、考核及准入制度

我国内地儿童作业治疗应尽快与国际接轨并被国际认可，引入世界作业治疗师联盟（WFOT）所制定的作业治疗师最低教育标准，对已经从事或即将从事作业治疗的人员，参照该标准调整自己的知识结构，找出不足并尽快提高，以适应今后国际化发展的需要。通过儿童作业治疗师专业资质培训和考核，逐步实现规范化并建立准入制度。

参考文献：

1. 李奎成，唐丹，刘海兵. 我国作业治疗的现状与发展空间[J]. 中国康复理论与实践，2004，10(10):67-638.
2. 何红晨，何成奇*，赵雨，等. 地震伤儿童的康复需求调查[J]. 中国循证医学杂志 2008，8(9): 716~717.
3. 白跃宏. 21 世纪康复医学教育新方向[J]. 中国矫形外科杂志, 2010, 18: 141-142.
4. 屈云. 美国 OT 培训前要求与课程设置[J]. 中国康复理论与实践，2002，8(10):608-609.
5. 江钟立，励建安，周士坊. 我国康复治疗师学历教育的模式[J]. 中国康复医学，2003，18(7): 429-430.

儿童骨科的职业治疗复康

关永宏

高级职业治疗师

根德公爵夫人儿童医院

医学进步,分工日趋仔细,「儿童骨科医学」(Pediatric Orthopaedics)与「儿童骨科复康」已经渐渐成熟,发展为一门专科治疗及复康服务。目标是希望能尽快矫正治疗疾病于幼时,不要让患病儿童错失正常的儿童发展里程碑(Developmental Milestone),能有最大的机会,发展成为健康的成人。

儿童骨科并不是成人骨科的缩小本。先天异常、遗传、代谢性疾病、产前感染、生产过程之伤害、缺氧、出生后之成长与发育等,均具有其独特性。相比成人之意外创伤、职业伤害、退化性问题有着明显的差别。由于儿童骨骼及关节的结构及成长独特,跟成人截然不同,所以两者的复康有许多不同之处。许多临床病例,都是成人骨科复康中从来不会遇上的。又由于大部份儿童骨科病人的问题、状况比较复杂,不可能只是单一个专科的问题,所以儿童骨科复康与儿科、脑神经科、神经外科、甚至呼吸科等等医学专科,有着很复杂的相互关系。

在职业治疗全人复康概念下,「儿童骨科职业治疗师」,必须要同一时间全方位关注不同的状况,使全面的儿童骨科职业治疗复康工作,更具挑战性。许多时,遇到很多从来没有处理先例的临床组合情况,治疗师须以非凡的耐心和严肃态度,寻找复康方案和方法。解决问题的过程每每又是漫长而艰巨,有些时候更甚至是无助!

复康疗程大部份是采用一对一的治疗模式,才可以给家长作适当有效的解说及照顾他们孩子的特殊需要。功能训练采用游戏模式并加入发展的元素,训练关节活动范围(ROM)和强化肌力,保持功能。复康支架(Splint)支持骨折部位和矫正畸形、压力治疗(Pressure Therapy)控制疤痕和水肿、辅助设备(Assistive Devices)协助维持自理功能独立自主。遇有需要时,社康职业治疗师 (Community Occupational Therapist)会前往居住地点及学校,现场实地评估家居生活环境,体现问题的重点,并且通过各种手段尽力解决问题。

由于难以通过笔墨完整描述复康治疗的过程。所以简单地,以常见的案例分享「儿童骨科职业治疗」的复康服务。希望令更多职业治疗师对儿童骨科复康这领域产生兴趣并加入参与,在这条漫长的康复之路,与患病儿童一起艰苦奋斗。



一、骨折与脱臼 (Fracture & Dislocation)

儿童成长是最高活动量的一个阶段，跌倒撞伤招致骨折与脱臼相当常见。严重意外事故，如车祸等，儿童所受到的伤害，一般相对是比较严重的。



大部分的骨折经固定后很快就会愈合，但若伤及关节及骨端的生长板 (Epiphyseal Plate)时，若未能适当治疗处理，生长有机会停顿或弯曲变形，所以必须非常谨慎处理儿童骨折。



技术上，儿童骨折与脱臼的复康与成人最大分的别差别就是要兼顾发展上的要求和需要。但相比与孩子沟通技巧上的要求就复杂多了。复康治疗的过程一般是相当混乱。毫无疑问，令儿童在治疗期间能容忍一定的疼痛并冷静下来合作，又要获得家长的理解、信任和协助，已经是一个不容易的工作。

儿童身材矮小，复康支架 务必简洁、材料轻巧、但承托力大、高透气度和容易被佩带及脱下。动态的复康支架，有时更可以看成是微型科技！所有外露金属组件应该妥善地包裹，以确保安全。

熟练灵活使用压力治疗，严格控制水肿，肿胀退减后，适时跟进修正复康支架的松紧度，确保骨折与脱臼有足够的支持。 处理病理性骨折(Pathological Fracture)患者，如玻璃骨(Osteogenesis imperfecta)时，应特别小心，提防在治疗期间，意外造成更多严重的骨折！



↓少年类风湿性关节炎



↓儿童骨癌截肢后职能训练



↓肌电手(Myoelectric Hand)功能训练



二、烧伤和烫伤

活力充沛的孩子，充满好奇地去探索周围环境。经验不足的父母或家庭佣工，一不留神，很多家庭意外便会发生。洗澡的热水、刚刚煮沸的热汤、热粥、打火机、电器或插座...往往成为导致严重烧伤和烫伤的原凶。由于儿童和婴儿身体面积(Surface Area)比成人较大，创面也较大，皮肤组织相对薄，烧伤和烫伤亦变得特别深及严重。幼小的血管，很容易在接受压力治疗过程中被压力衣、压力垫及瘢痕挤压，出现血液循环不畅情况。

因骨架尚处于发育阶段，未成熟的骨架承受过量的压力,不仅可能障碍发育，更可能导致永久变形。治疗师需要特别谨慎控制压力的剂量。儿童身形比成人细小，压力治疗技术的要求相对非常高，临床效果，或可能祇取决于缝制压力衣的一线之差或压力垫厚度的一，两毫米的分别。



除了烧伤，瘢痕治疗以外，压力治疗亦广泛应用于静脉曲张(Varicose Vein)、淋巴性水肿 (Lymphoedema)、血管瘤 (Haemangioma)、神经纤维瘤症候群 Neurofibromatosis, 帮助患者减轻疼痛，舒缓症状。



三、先天性异常

↓ 先天上肢问题 (Congenital Upper Limb Anomalies)

↓ 先天下肢问题 (Congenital Lower Limb Anomalies)



除了常规标准治疗以外，畸形(malformation)及变形(deformation)需复杂的外科手术方法矫正。由于外科学技术不断在改进，如拇指整复(Pollicization)，足趾移植拇手指再造(Toe to Hand Transfer)，术后的康复治疗的要求及成效也越来越高。

一些没有合适外科手术方法可以改善的病例，治疗师应使用不同的方法来提高其功能。辅助设备也是一个常用的方法。



四、增高及骨骼延长 (Limb Lengthening) 矫正畸形，

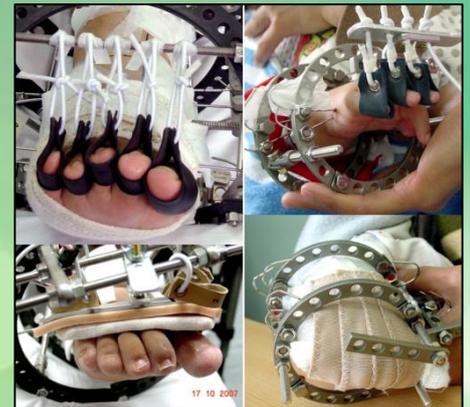
骨骼发育不正常之各种侏儒症，可能需要进行增高及骨骼延长 (Limb Lengthening) 矫正畸形。相比孩子的体型，延长骨骼的外固定支架非常沉。基本功能锻炼非常重要的，用以加强肌力帮助孩子们适应它的重量，以保持日常生活的功能。



部分病人由于肌肉，肌腱，甚至神经线未能赶上骨骼延长步伐，关节因此而挛缩和神经短暂麻痹。治疗师

需于外固定支架结构框架内，寻找合适的位置安装动态支架，用以抵抗前屈，后伸，旋转等挛缩和纠正畸形。

待骨骼延长完成，外固定支架被除去后，应立即开始压力治疗或硅胶治疗，以控制术后瘢痕的增生，优化外观效果。至于长骨两端接合点，通常当作为一个普通骨折治理。



五、先天性髋关节脱臼 (Developmental Dysplasia of the Hip, DDH)

早期诊断的先天性髋关节脱臼，可以简单利用帕氏吊带(Pavlik Harness) 作治疗，这种定位胸背肩带吊带方便而有效，婴儿一点也不痛苦。一般在开始走路前，已经完成治疗并达到预期目的。若是，到走路跛行，两脚长短不齐，大腿外张后才被发现，治疗常需要手术才可复位，术后并需要穿支架直到髋部发育完全为止。

在施用帕氏吊带(Pavlik Harness)治疗康复过程中。教育训练母亲在日常生活中，如何正确扶抱孩子、哺乳、更换衣物、尿布、洗澡等活动，对治疗成效非常重要。



六、脑瘫 (Cerebral Palsy)

神经肌肉康复中一种最具挑战性的案例。高肌张力的痉挛跟不平衡的肌肉, 造成每个独特不同的软组织挛缩和关节畸形的状况。又由于每个脑瘫儿童的功能、智力及动作障碍、肢体变形不同、功能状态及康复要求可以有很大的差异。基本脑瘫儿童日常生活 (ADL)功能活动上的需求, 几乎已经涵盖所有职业治疗康复的一切范围!



手外科医生试图利用不同的手术如, 肌腱延长 (Tendon Lengthening) 、肌腱转移 (Tendon Transfer) 、

选择性脊神经后根切断术 (Selective Dorsal Rhizotomy, SDR)或注射肉毒杆菌舒缓肌肉张力 (Intramuscular Botulinum-A toxin or Botox)方法, 重建或改善脑瘫儿童的手功能。术后的康复也有一定的难度 例如, 为避免新修复的肌腱、韧带、或软组织, 被脑瘫病人的肌张力破损, 从石膏更换到康复支架的过程, 可能需要在手术室里面全身麻醉下才可以安全进行。但无论怎样, 这正正就是我们日常的工作!



←等距手套 (Isometric Glove) 写字训练 抑制肌张力, 提高小肌肉手写质量

七、辅助工具(Assistive Devices) 辅助科技 (Assistive Technology)

临床操作普遍用低端和高端 (Low Tech and High Tech)来描述辅助工具的复杂性及性质。简单低端的其实不应该被当成较低功能等级的「三脚猫」辅助工具, 「不管黑猫白猫, 捉到老鼠就是好猫。」简从缝在衣物一个简单的线环, 协助打开拉链, 至运用脑电波(EEG) 接驳计算机来控制环境控制仪器 (Environmental Control Unit)的装置。临床决定应从患者的需要开始。



在计算机信息年代，辅助工具也趋向电子化以适合儿童的需要，设备的改装再也不只是机械上的工作。

对于那些选择利用自己剩余能力来书写学习的孩子，按状况度身定做的书写辅助工具，可让他们拥有一定的书写能力，也可用作保留小肌肉灵巧度的训练。

当然书写速度可能无法达到公开考试的要求，透过标准书写速度的评估，协助他们申请延长公开考试的时间。 残疾儿童也可以具有考进大学的竞争力。

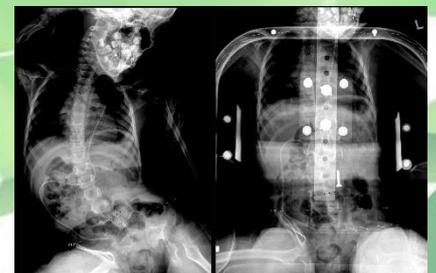
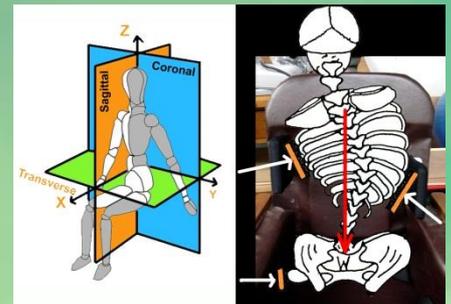


坐姿 (Seating)

严重脑瘫、神经肌肉疾、杜氏(裘馨氏)肌肉萎缩症 (Duchenne Muscular Dystrophy)等患者再也不能走路。提供一个正确坐姿条件的座位尤其是重要。患者可以利用它在学校学习，与家人在家里吃饭聊天，自由放开双手使用并作有意义的功能活动。

要实现平衡稳定的坐姿，身体的头、颈、手、脊椎、躯干、骨盆、髋、膝、踝关节各部位，几乎要在同一时间处理，相当复杂。使用全身连座椅系统的 X-光，作主要坐姿评估，监测坐姿系统的成效。坐姿系统的设计，应当抵消所有引至变形的向量力(Vectorial Force) 包括控制原始反射，例如不对称张力颈部反射(Asymmetric Tonic Neck Reflex, ATNR)，迷路翻正反应 (Labyrinthine Righting Reflex) 等。并须妥善改善或处理脊柱侧弯、脊柱前凸、后凸、膝部弯曲、脚部变形、髋部脱臼、骨盆倾斜或软组织挛缩等情形。

计算机压力扫描(Pressure Scan)评估，均匀调较因体重分布所构成的背部和臀部压力，防止压疮。如患者有吞咽问题，可考虑以电视荧光摄影吞咽检查 (Video Fluorographic Study of Swallowing, VFSS)调较头、颈部的定位。 患者如需要呼吸辅助机 (Ventilator Assisted)等重要维生设备，坐姿系统应该妥善地将其合并整理。



台湾职能治疗

在视觉障碍儿童之介入模式

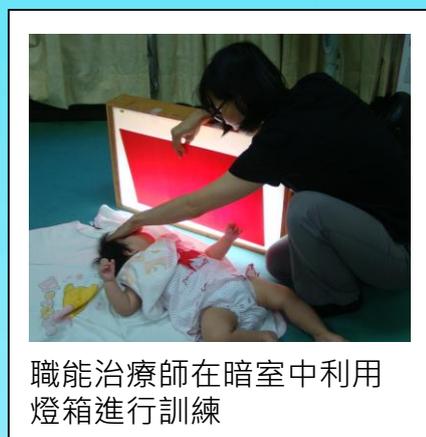
蔡丽婷 台北市视障者家长协会 督导及职能治疗师

陈怡硕 台北市视障者家长协会 职能治疗师

何谓视觉障碍

视觉是人类相当重要的感知觉系统，发展中的婴幼儿或儿童有严重的视觉障碍时，也会同时影响婴幼儿或儿童在认知、语言、动作、心理社会和日常生活功能各层面之发展。WHO 是依据视力值将视觉功能分成四大类：正常、中度视觉障碍(moderate visual impairment)、重度(severe)视觉障碍和全盲(blindness)。其中全盲是指优眼(better eye)视力值小于 3/60，重度视觉障碍是优眼视力小于 6/60、但大于(含) 3/60，中度视觉障碍为优眼视力小于 6/18、但大于(含) 6/60。

台湾对于视觉障碍儿童等级鉴定，主要依据卫生福利部的「国际健康功能与身心障碍分类系统(International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth)」和教育部的「特殊儿童鉴定及就学辅导标准」。台湾对于视觉障碍之鉴定，不单使用视力值、而是合并视力值和视野作为诊断依据。特殊教育法部分，其施行细则是将视觉障碍儿童分成全盲和弱视两类。全盲系指优眼视力值未达 0.03，弱视则指优眼视力值在 0.03 以上未达 0.3 或其视野在二十度以内。



職能治療師在暗室中利用燈箱進行訓練

职能治疗服务视觉障碍儿童之主要精神

不管使用何种方式来界定视觉障碍的程度，视觉障碍儿童完全无光觉(light perception)，只有极少数的比率。也就是说即使是鉴定为全盲或是重度障碍等级的视障儿童，仍有不等程度和形式的剩余视觉功能，这些视觉功能同样可以协助视障儿童执行其职能功能。例如具备辨识粗大影像的视觉能力，可以协助更有效率进行定向和行动(orientation & mobility)之功能；又如即使只有 0.01 的视力，相较只能藉由听觉和肢体协助来学习的状况之下，微弱的视力是可以协助更快理解操作活动的内容。对于视多障(multiple disabilities & visual impairment)儿童，当他们有更多的视觉能力，他们与外界会有更多的互动管道、有更多的成长和学习机会，提升他们的生活质量上

是具有重要的意义。

就如同面对重度肢体障碍或是重度智能障碍的儿童一样，虽然这些特殊儿童在某些能力有很大的限制，但是职能治疗同样会训练这些儿童

的动作能力和认知功能。因此职能治疗在协助视障儿童的主要精神，不仅协助视障儿童发展其他非视觉的优势能力，也同样训练视障儿童的视觉功能(visual function)和功能性视觉(functional



視覺功能之色覺辨識訓練



職能治療師利用模型及實物訓練物品辨識能力

vision)。刺激和诱发视觉功能的最大发展，例如：视力、色知觉、对比知觉、动态知觉、形状辨识、物品辨识、双眼视觉、眼球动作控制等；以及引导视障儿童如何将具备的视觉功能，能在日常生活、就学、游戏和工作等情境中，做出最佳的使用。

职能治疗主要介入模式

儿童职能治疗的前提是以全人的观点来了解儿童在家庭、学校和小区等不同情境中的职能表现，包括日常生活技巧、学校适应学习、游戏休闲和人际互动等。藉由晤谈、测验、情境观察等方式，确定儿童的问题并分析影响儿童每天的职能表现之因素，进而与家长或其他相关人员共同订定治疗计划、使用专业技术等来促进儿童的发展，或透过调整环境、提供辅具的方式来提升儿童的生活与学习质量。对于视障儿童，也是同样的介入模式。然而视障儿童特殊之处在于有视觉问题，因此职能治疗师需要在介入之前，首先需要评估儿童的视觉功能、如何使用现有的视觉能力及评估儿童是否具备视觉复健的潜力。



職能治療師透過積木堆疊訓練深度知覺

视觉功能职能评估(occupational visual-function assessment)

包含职能要素(occupational component)和职能表现(occupational performance)。在职能要素部分，也就是评估视觉障碍儿童的各种视觉功能，包括视力、对比、视野、色觉、深度知觉(depth perception)、双眼视觉(binocular vision)、视知觉、眼球动作控制能力和视觉动作整合协调能力等。在职能表现部分，则是评估视障儿童的视觉功能在各种活动和环境之应用状况，也包括定向行动和人际互动状况。



職能治療師利用標準化評估工具評估視力值

视觉功能职能复健(occupational visual-function rehabilitation)



嬰幼兒的視覺神經復健：貼眼訓練

对不同年龄、不同损伤程度和不同病因之视觉障碍者，当然有不同的视觉复健目标和策略。当协助的对象是婴幼儿时，「视觉神经复健」这个名词应会更贴近这些孩子的需求。对于这些大部分早期完全没有视觉经验的婴幼儿，「视觉神经复健」是透过适合婴幼儿目前视觉能力之日常活动/游戏，诱导婴幼儿能在特殊的情境下练习使用他们的眼睛，进而让处理视觉讯息的神经系统得以有机会继续发展，尽量开发视觉损伤婴幼儿最大的剩余视觉功能。

此外视障儿童常「视而不见」或不知如何运用接收到的视觉讯息来跟环境或人进行互动，其实大部分的视障儿童，都可藉由适当的视觉复健来诱导低阶或高阶视觉神经传导的发展或整合，进而提升孩子整体的发展。

职能治疗在其他非视觉的主要介入方向

视觉障碍对儿童发展的影响是全面性的，所以需要多专业或跨专业团队合作服务模式，因此在台湾，职能治疗师常常需要依视障儿童个别需求，独立或是与不同的专业合作，来提供视障儿童不同类型、更全面的协助。以下列出职能治疗师服务视障儿童主要的介入方向。

1. 促进触觉、听觉和其他非视觉的感官知觉之发展；
2. 提升感觉统合能力；
3. 促进精细动作和粗大动作之发展；
4. 促进游戏技巧之发展；
5. 培养各阶段生活自理能力之发展；
6. 提升功能性和自主性的沟通能力；
7. 促进认知能力之发展；
8. 协助定向行动能力之发展；
9. 训练学习使用辅助科技。



总结

- 视觉障碍会影响儿童各方面的发展，须各专业和家庭一起合作，职能治疗师是这个团队非常重要的一员。职能治疗师早期的介入，可以减少因视觉障碍造成之次发展问题。
- 除了过去研究文献左证之外，在台湾，我们多年、很实际的临床经验和研究结果告诉我们，视觉障碍儿童的视觉功能，包括重度视觉障碍的儿童¹，是可能藉助适当视觉刺激和视觉训练而获得改善。视觉功能训练之目的是在提升功能性视觉，日常生活中习惯使用视觉是在改善视觉功能，两者相辅相成。
- 即使是重度视觉障碍的儿童，同样可以在增加剩余视觉功能之后，有效提升部分日常生活之功能¹。



参考数据: Tsai LT, Meng LF, Wu WC, Jang Y, Su YC (2013) Effects of visual rehabilitation on a child with severe visual impairment. AJOT 67: 437-447

职能治疗面面观-

儿童写字发展、评估与介入

张韶霞

义守大学职能治疗学系 副教授

一、 前言

职能治疗着重个案的功能与职能，对学龄儿童而言学校是出生后第二个长时间接触的社交环境，在这个环境中必须将过去所累积发展的技巧汇集成基本的学习能力---听、说、读、写，预备做更高层次的认知学习。根据在美国的研究统计，每位儿童在学校平均一天要花上30%到60%的时间来从事精细动作相关的活动，而这其中大部分是属于纸笔活动 (McHale & Cermak, 1992)。虽然正常发展儿童在大约六至七岁时在一般传统的训练下就可以学习写字，然而写字是一个非常复杂的动作，写字的问题可能来自于认知、心理社会、感觉运动、精细动作、视觉及听觉的处理程序(Benbow, Hanft & Marsh, 1992)，工整平顺的写字更需要认知、视知觉与精细动作能力的成熟与整合，当上述的能力缺损或无法有效整合时极可能产生写字困难的问题 (Tseng & Murray, 1994; Volman, van Schendel & Jongmans, 2006)。

当儿童的写字困难进一步影响到学业学习时，学校老师会寻求专业协助。写字困难正是学龄儿童被老师转介给职能治疗师最常见的原因之一(Chandler, 1994)。职能治疗师在面对儿童的写字困难时，评估与介入的过程将着重在功能性书写沟通能力的提升。

二、 写字技巧的发展一般分为学前读写能力与学龄儿童写字技巧的发展

读写(literacy)，以字面上来解读是指阅读和写字，而其涵意是指书写语言的运用过程。读写萌发(emergent literacy)是指幼儿早期读写能力的习得是一个在生活中自然持续萌发现的过程(李連珠, 2006)。

读写萌发的观点是将读和写视为一体，以儿童生态发展的观点来看也是相同的。一旦当儿童发展出抓握能力可以控制书写工具后，即任意在任何可碰触到的表面上涂鸦(纸、墙壁、沙发…等)。渐渐的随着认知及语言的发展，画出的东西开始具有一些他们想要表达的

讯息并具意义性，起先可能是具体的人或物，如爸爸、妈妈、小狗或是生日蛋糕，接着开始会「画出」他们阅读过的或是学习过的数字、形状或是简单的文字或注音符号，且以半图半写的方式来表达。随这年龄的成长，书写的内容就越受文化的影响，学习与其文化相关的文字符号，如英文语系的国家就开始学习大小写的英文字母，而在台湾则开始学习写注音符号。

写字能力是一项非常复杂的任务，除了儿童本身的成熟度及兴趣外，环境、经验及父母的期待等都是影响何时开始学习写字的因素之一。儿童各项能力发展的成熟度有差异，4岁到6岁均有可能为适合导入正式写字教学的时间点，因此儿童何时预备好可以开始接受正式的写字教学仍是一个具争议而未定论的议题。为了更能掌握儿童写字教育的发展，有些学者探讨儿童写字前需具的基本能力，称之为「书写准备」(Prewriting)。书写准备可分为三大方面来探讨(1)神经肌肉发展：包括上肢的稳定度、手腕及手掌小肌肉的成熟与握笔能力；(2)知觉方面：视知觉(字母的知觉如辨识形状并能明确说出字母或形状之间的相似或相异处)、空间分析(文字的方向感，如左右区办)及运动觉；(3)整合方面：包括手眼协调、运笔能力(如圆圈及直线)及双侧整合等能力。(Chang, 1997; Benbow, 2006; Schneck & Amundson, 2010)。

过去的研究中发现动作整合的能力(VMI)是作为写字可读性最强而有力的预测因子(Chang & Yu, 2009; Tseng & Chow, 2000)。学者们建议儿童具备写出 Beery 视觉动作整合测验中前9个图形(垂直线、水平线、圆形、十字型、右斜线、左斜线、叉叉及三角形)能力后可进行写字教育(Beery & Beery, 2010)。

三、 写字表现评量

在直接评量儿童实际写字表现时，须考虑下列四个向度：

1. 评量范畴 (书写型式)：包括近端抄写、远程抄写、听写、默写及看注音(拼音)写国字。
- 2 字体可读性：包括字的结构(错别字)、排列(文字应该在的相对的位置范围)、空间

(字与字之间、一个字体内或与纸面网格线的间距等)及大小(字体大小的一致性)等元素对可读性造成显著的影响。

3. 写字速度(每分钟书写的字数): 是功能性写字能力重要的基础。由于儿童写字速度范围差异很大, 再加上老师的期待和规定亦会影响儿童的写字速度, 所以和同侪比较写字速度表现是一适当且具功能性的评量方式(Schneck & Amundson, 2010)。

4. 人因工学因素: 一般探讨到写字的人因工学因素会从坐姿, 上肢稳定度与活动度(即肩、手肘及手腕的稳定能力与手指灵活度)及握笔姿势等方向来分析(张韶霞, 2004)。

四、 书写评量工具

标准化的评估工具对专业领域的发展有着举足轻重的角色, 除了可以提供客观的量化分析及追踪儿童的进步外, 亦可协助专业间的沟通与促进相关领域的研究发展(Schneck & Amundson, 2010)。因为英文系统文字与中文系统文字完全不同, 因此国外的标准化工具都无法直接翻译建立中文常模而适用。因此需要建立属于中文系统文字的评量工具。

中文适用的写字评估工具大部分未正式出版, 目前逐步发展当中。依发展年代于下列说明。

测验名称 (作者/年代)	检测内容	检测方式	年级(年龄)范围	出版与否/ 发展地点
曾氏写字检核表 (THPC) (曾美惠,1993)	字体结构、笔顺、写字行为、字体正确性、动作及方向性	四点量表评分	未规定	未出版/ 台湾
曾氏写字速度测验 (Tseng,1997)	写字速度	计算五分钟内所抄写的字数	小学 2-6 年级	未出版/ 台湾

基本读写字综合测验(洪俐瑜、张郁雯、陈秀芬、陈庆顺、李莹玢, 2003)	看词选字、听词选字、看注音写国字、看字读音测验、看字造词测验、远程抄写与补充测验之近端抄写与抄短文测验	计算时间与写字表现	小一至小二学生或小三以上有读写字困难的学生	出版/ 台湾
中文字体评量计划 Chinese Handwriting Assessment Program (CHAP) (Chang, Yu & Shie, 2009)	字体可读性与正确性	计算机辅助评估	未规定	未出版/ 台湾
儿童写字表现评量表：写字困难亚型与写字先备能力分析 (Chinese Handwriting Evaluation Form)(CHEF) (张韶霞、余南莹, 2012)	工整性、正确性、速度、握笔工学及方向性	五点量表评分	幼儿园大班（学前版） 小学一、二年级（学龄版）	出版/ 台湾
中文写字分析系统 The Chinese Handwriting Analysis System (CHAS) (Li-Tsang, Wong, Leung, Cheng, Chiu, Tse, & Chung, 2013)	写字速度、笔尖压力、字体正确性及字体大小	计算机辅助评估	小学一年级到六年级	未出版/ 香港

五、 职能治疗介入模式

面对儿童的写字问题最重要的是提升儿童功能性书写沟通能力，职能治疗之写字介入

模式可运用代偿性策略或是治疗性策略，或者是两者并用。代偿性策略意指调整或改变写字任务的方法或规范，例如老师调整完成作业的时间或允许在某些作业上用口头报告的方式进行或是调整写字作业量比同侪还要少或是教导使用计算机或文字处理器取代手写作业

(Swinth & Anson, 1998)。治疗性策略的目的在改善或建立写字特定领域的技巧，职能治疗常用的模式分述如下：

介入模式名称	介入策略方针
感觉动作模式 (sensorimotor)或 称多感官模式 (multi-sensory)	将各种感觉系统(视觉、触觉、听觉、嗅觉、味觉及本体觉等)融入在写字活动中，提供各种不同的感觉经验促进学习并提升写字的动力与乐趣。一般可在书写工具与书写平面上做许多不同感觉输入的活动设计。(Woodward & Swinth, 2002)
神经发展模式 (neuro- developmental theoretical approach)	针对儿童姿势反应及动作模式的能力。藉由(1)肌张力正常化、(2)提升近端关节稳定度及(3)提升手功能三方面来增强儿童书写能力的基础预备能力。(Schneck & Amundson, 2010; 吴端文&陈韵如, 2009)
生物力学模式 (biomechanical approach)	从人因工学观点与代偿策略探讨坐姿、握笔姿势、书写工具与纸张对书写质量的影响。
获得模式 (acquisitional approach)	以动作学习理论基础，将写字视为一复杂且高级的动作技巧，此一技巧需要经由练习、重复、增强与回馈等历程而获得(Holm, 2000)。获得性模式通常融入写字教学中，写字教学教案着重结构性的程序，通常使用一些市售的教材或老师自编教材，强调练习已学会字，学习新的生字，然后将已学会的跟新学生字结合，可以产生有意义的词汇或句子。

六、 OT 写字介入相关之实证

职能治疗师秉持专业的理念，无论在医院或在学校系统，他们提供对写字困难儿童的评估与介入服务以期改善写字问题。然而，有关写字介入成效的实证研究并不多。

Hoy(2011)等学者以系统性方式检阅写字介入计划成效的文献，结果发现写字介入计划可分为三个方向(1)放松技巧与写字练习(有 EMG 回馈或没有 EMG 回馈)，(2)以感觉为基础的训练但没有写字练习，(3)以写字为基础的练习(包括感觉与认知的训练)。结论是无论介入计划的型式，只要介入计划中没有包括写字练习以及介入次数少于 20 个治疗时段，其介入成效均不彰显 (Hoy, Egan & Feder,2011)。这些研究结果的检视可提供职能治疗师在设计写字介入计划时重要的参考依据。

七、 计算机科技于写字障碍介入的应用

除了传统的写字介入计划外，由于近年来计算机科技的快速发展，许多写字介入计划也加入计算机软件的运用来提升儿童写字训练的兴趣与动机。关于中文字的计算机辅助介入，目前有两方向(1)针对视知觉与视动整合能力的计算机训练软件，藉由增进写字的相关能力的训练进而提升学习困难学童的写字表现。结果发现接受计算机软件训练的儿童在视知觉能力与写字速度上有进步，但在视动整合能力与写字可读性上却未见有显著差异(Poon, Li-Tsang, Weiss & Rosenblum, 2010)。(2)藉由写字动作动力学与运动学的计算机评估分析(Chang & Yu, 2010; Chang & Yu, 2013)，进而设计计算机辅助写字训练系统，此系统可在儿童写字过程对笔尖压力、笔划速度与字体正确性上立即提供声音与视觉回馈，研究结果显示接受此系统介入的写字困难儿童比接受感觉动作介入或没有接受任何介入的儿童在写字表现上与写字速度上有显著的进步(Chang & Yu, 2014)。目前计算机辅助计划应用于写字困难的介入仍在研究阶段，介入成效的一致性结论还需要未来更多的实证研究支持。

八、 结语

写字技巧对学龄儿童来说是一个相当重要的且与学业学习有关的职能；对学龄前儿童来说写字先备技巧则是一个知觉与精细动作整合的具体重要表现。考虑中文方块字系统与西方拼音系统有着非常大的差异，我们必须着实努力开发属于我们中文体系的评量与介入系统。笔者期许未来在两岸三地的职能治疗师能有更多的合作与开发的机会，一起协助写字困难儿童达到功能性书写的目标，进而提升职能参与度。

九、参考文献

1. Beery, K. E. & Beery, N. (2010). *The developmental test of visual-motor integration* (6th ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
2. Benbow, M. (2006). Principles and practice of teaching handwriting. In A. Henderson & C. Pehoski (Eds.), *Hand function in the child: Foundations for remediation* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
3. Chandler, B. (1994). The power of information: School based practice survey results. *OT Week*, 18, 24.
4. Chang, S. H. (1997). Relationship between handwriting and perceptual performance in third-grade Chinese children (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 1384887)
5. Chang, S. H., & Yu, N., Y. (2009). Discriminant validity of the visual motor integration test in screening children with handwriting dysfunction", *Perceptual and Motor Skills*, 109(3), 770-782.
6. Chang, S. H., & Yu, N., Y. (2010). Characterization of motor control in handwriting difficulties in children with or without developmental coordination disorder, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52,(3), 244-250.
7. Chang, S. H., & Yu, N., Y. (2013). Handwriting movement analyses comparing first and second graders with normal or dysgraphic characteristics, *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2433-2441
8. Chang, S. H., & Yu, N., Y. (2014). The effect of computer-assisted therapeutic practice for children with handwriting deficit: A comparison with the effect of the traditional sensorimotor approach, *Research in Developmental Disabilities*, 35(7):1648-57
9. Chang, S., Yu, N., & Shie, J. (2009). The preliminary development of computer-assisted assessment of Chinese handwriting performance. *Perceptual and Motor Skills*, 108(3), 887-904.
10. Holm, M. B. (2000). Our mandate for the new millennium: Evidence-based practice, 2000 Eleanor Clarke Slagle lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 575-585.
11. Hoy, M. M. P., Egan, M. Y., & Feder, K. P. (2011). A systematic review of interventions to improve handwriting. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(1), 13-25.
12. Li-Tsang, C. W. P., Wong, A. S. K., Leung, H. W. H., Cheng, J. S., Chiu, B. H. W., Tse, L. F. L., & Chung, R. C. K. (2013). Validation of the Chinese Handwriting Analysis System (CHAS) for primary school students in Hong Kong, *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2872-2883.
13. McHale, K., & Cermak, S. (1992). Fine motor activities in elementary school: Preliminary findings and provisional implications for children with fine motor problems. *American Journal of Occupational Therapy*, 46, 898-903.
14. Poon, K. W., Li-Tsang, C. W. P., Weiss, T. P. L., & Rosenblum S. (2010). The effect of a computerized visual perception and visual-motor integration training program on improving Chinese handwriting of children with handwriting difficulties. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1552-1560.
15. Schneck, C. M. & Amundson, S. J., (2010) Prewriting and handwriting skills. In J. Case-Smith & J. O'Brien (Eds.), *Occupational Therapy for Children* (6th ed). (pp. 555-582). St. Louis: Mosby/Elsevier.
16. Swinth, Y., & Anson, D. (1998). Alternatives to handwriting: Keyboarding and text-generation techniques for schools. In J. Case-Smith (Ed.), *OTA self-study series: Making a difference in school system practice*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
17. Tseng, M. H., & Chow, S. M. (2000). Perceptual-motor function of school age children with slow handwriting speed. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 83-88.
18. Tseng, M. H., & Hsueh, I. P. (1997). Performance of school-aged children on a Chinese handwriting speed test. *Occupational Therapy International*, 4, 294-303
19. Tseng, M. H. & Murray, E. A. (1994). Differences in perceptual-motor measures between good and poor writers. *American Journal of Occupational Therapy*, 14, 19-36.
20. Volman, M. J. M., van Schendell, B. M., & Jongmans, M. J. (2006). Handwriting difficulties in primary school children: A search for underlying mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 451-460.
21. Woodward, S., & Swinth, Y. (2002). Multisensory approach to handwriting remediation: Perceptions of school-based occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 305-312.
22. 李連珠 (2006): 全语言教育。台北: 心理。
23. 吴端文、陈韵如 (2009): 手能生巧-让孩子快快乐乐写字。台北: 瑞政。
24. 洪俪瑜、张郁雯、陈秀芬、陈庆顺、李莹均 (2003): 基本读写字综合测验。台北: 心理出版社。
25. 张韶霞 (2004): 南台湾小学学童握笔姿势之调查研究: *台湾职能治疗学会杂志*, 22, 35-42。
26. 张韶霞、余南莹 (2012): 儿童写字表现评量表--写字困难亚型与写字先备能力分析。台北: 心理出版社。
27. 曾美惠 (1993a): 曾氏写字问题检核表之因素效度。 *职能治疗学会杂志*, 11期, 13-28页。
28. 曾美惠 (1993b): 曾氏写字问题检核表之同时效度。 *职能治疗学会杂志*, 11期, 29-41页。

An illustration of seven diverse cartoon children of various ethnicities and ages peeking over a large, blue, hand-drawn speech bubble. The children are smiling and looking towards the viewer. The background is a light yellow and white checkered pattern.

貳、 早期疗育的介入

浅谈台湾社福机构

早期疗育职能治疗

李庆家

财团法人喜憨儿社会福利基金会 复健专业团队督导

前言

自公元两千年投入职能治疗领域，最早从事建构基层诊所职能治疗部门，提供生理成人复健服务，就与机构服务结下不解之缘。当时除一般门诊个案之外，尚有大量机构服务之个案。陆续建立儿童职能治疗部门，从事儿童职能治疗。尔后辗转设立儿童发展中心，服务中接触大量早期疗育个案，其中机构所服务之个案十分吸引我的注意。这群机构服务之个案与一般家长带来求诊个案有着明显不同，在服务中与案家互动渐渐明白其中不同。医疗院所所窥见之样貌仅为冰山一角。

缘起

两千零八年在结束复健科服务后，协助早期疗育机构进行弱势家庭教育评估时，窥见特殊教育所使用之联合教育评估模式，是介于多专业与跨专业间模式。不久受社会福利组织延揽进入基金会服务。开始了社福机构职能治疗师的服务。当中业务包含早期疗育机构职能治疗、跨专业团队模式导入与落实、部分时段疗育服务、偏远地区行动服务、成人职业重建、成人日托、小型作业所...等服务。

早疗机构概况

台湾早期疗育机构或基金会于服务弱势发展迟缓儿童照顾时，大多遇到一般保育服务难解决之状况，邀请学者专家是大多数机构的处理方式。可是教保人力并无专业养成教育，因此特殊教育、医疗...等专业建议大多无法介入或无法落实。专业知识讲座、训练、工作坊...等人力培植方式成效依然不彰。部分时段职能治疗师此时慢慢介入。多专业服务模式在一定投入下开始改变服务使用者的照顾成效。大量使用部分时段人力不仅费用高昂，治疗师离职往往会失去原有服务效益并难以延续服务成效。因此全时段正职职能治疗师开始加入社会福利事业单位服务。若久任则可延续服务效益同时强化机构人员素质。

为何早疗机构组织需要职能治疗

发展迟缓儿童多数有医疗复健相关问题，专业注意事项、医疗问题、大量复健需求涌现。过动、自闭、智能缺损、罕病、染异...等在在需要职能治疗介入。可以早期发现早日妥善治疗或复健。降低教保人员工作压力提升服务效能。辅具介入管理、专业知识分享。越早投入专业人力可以大幅降低照顾成本，提升照顾成效。因此身心障碍服务多数有职能治疗介入之需求。

机构中的职能治疗

职能治疗师于机构中之服务大致可界定为直接服务与间接服务两模式。直接服务模式是针对服务用户提供直接服务，例如复健式介入。间接服务模式则是透过专业知识传递将建议结合至教保服务中

落实。间接服务需要跨专业团队模式支持才能充分发挥效益。直接服务则仰赖资深治疗师之临床检验与技巧。职能治疗师同时扮演复健师与复健医疗专业人员两种角色。

常见业务执行方式

职能治疗师于早期疗育机构常见的是扮演复健治疗师角色，协助发展迟缓儿童从事医疗复健。大多会将医疗院所复健科职能治疗服务模式搬进服务机构，将复健治疗结合日间照顾服务。但多数未落实小区职能治疗理念。融入小区职能治疗理念后产生时段制复健课程，将常态复健服务融入服务使用者日常生活时段中。复健专业人员角色进一步强化专业知识分享与专业角色释放，藉由入班观察与定期评估找出服务用户需要介入之目标，结合日常生活照顾。将建议及训练融入执行，例如：利用上下楼梯提升肌肉力量、结合刷牙改善上肢动作能力...等。参与团队运作整合各专业及服务使用者家长建议，找出有效计划，将服务整合教保整体服务提升服务效益。

常见介入模式

若依据服务空间、设施设备、治疗方式划分。职能治疗于早期疗育服务介入业务模式有机构式服务包含：专业评估、跨专业评估、辅具评估、复健治疗、时段式复健治疗、入班服务、入班评估、入班抽离、随班观察、随班介入、辅具使用指导、辅具检修 / 维护、参与个别化服务计划拟定 / 修改 / 建议、制定复健治疗计划、审核教案、设计教案、执行复健个别化服务计划、共同带课、参与行政会议、班级会议、家长会议、机构会议、区处会议、复健专业团队会议、家访、居家访视、居家复健示范、居家环改、居家辅具建议、方案计划撰写 / 执行 / 核销 / 申请...等。外展服务包含：到宅评估 / 咨询 / 复健 / 环改、定点巡回评估 / 咨询 / 时段复健、定期访视巡回辅导、专业知识讲座...等。

预期成效

早期疗育机构服务，针对不同类型服务使用者有着不同类型的服务成效设计。针对轻度介入需求的使用者，混合式随班介入服务结合良好事前评估，可以将复健治疗建议充分融入教学照顾服务中。成效十分良好，多数服务使用者可以顺利接衔一般教育服务。中度介入需求者，需要随班服务、时段式复健、部份抽离式服务。藉由早期介入可以改善功能限制期待接衔一般教育体制结合资源班或混合班服务，进步明显。重度介入需求者，需要大量机构内复健治疗服务、随班抽离、随班协助以求达到复健教育二合一之目标。若足量投入则可顺利接衔特殊教育体制服务。若不然则须连结医疗照顾体系与在家照顾。

职能治疗常见介入方式

职能治疗于早期疗育机构儿童常见介入治疗方式依据服务使用者需求而有不同。个别治疗常用活动分析结合发展学理论与特定疾病治疗原则设计活动，例如：脑性麻痹个案需要动作诱发、张力抑制、摆位技巧...等介入。团体治疗需要团体动力学结合功能评估视动静态活动结合特定目标治疗原则来作活动设计，例如：平衡训练结合认知团体课程，需要设计平衡关卡结合认知教具做训练。特殊治疗介入则需要特定设备结合专业知识技能作操作，例如：感觉统合治疗结合前庭悬吊系统活动需要有经验治疗师操作并维护使用者安全。多感官治疗需要完整多感官治疗室，在有经验治疗师良好操作下才有收到成效的可能。前述两项治疗若不具备知识技能十分容易有负向作用。园艺治疗、音乐治疗、沙游、娃娃屋、视知觉训练、专注力训练、动作认知...等。职能治疗介入方式十分多元。

介入优缺点

医疗院所职能治疗服务在医疗资源取得与整合方面有优势，但是提供服务模式时间均有限，难以延伸居家或机构内服务，对于需要整合式服务的服务使用者较难完整服务，但对重度医疗资源需求者很重要。该服务模式职能治疗师高度专业化但也有局限性。机构 / 小区系统职能治疗师由于是照顾体系一部分，因此对于家庭 / 机构介入有优势，可以获得更多信息但是却不一定有更多资源，往往资浅治疗师会无法在无医疗院所制度与资源下工作。对于资深治疗师，若有充分信息与足够介入资源时间则可有明显成效。

服务经验分享

笔者在外展服务有几则印象深刻例子与各位分享，曾经在风光明媚的垦丁路上，沿海风景美丽在椰子树下半倒的红瓦厝里住着隔代教养的两岁半小孩，无语言功能瘦弱，步态不佳手功能弱。原因是没有玩具可操作也没人教，祖母总是抽着烟。经过访谈建议利用收集资源回收的瓶盖作为积木、利用瓶子作保龄球、切割瓶身作大小容器练习操作。请祖母说故事或跟孩子多说话并赠与图画书、彩色笔、粉笔...等每月一次到定点提供游戏治疗服务，约过半年从迟缓一年两个月渐渐进步到有口语，能操作创作游戏。

另一例在机构内，是有位无法正确与人互动不停拍搓手的男孩，藉由感觉统合评估发现感觉统合异常，经由课程训练发现喜欢乘坐滚桶旋转，之后会主动寻求治疗师进行课程，且能开始互动遵循指令。建立起基本互动解决原本无法服务的问题。

多感官治疗应用于儿童，对于不同类别个案有不同效果，对于环境互动缺乏个案可以具体促进环境探索性。有位早疗介入两年均无法合理与环境互动儿童在一个月服务后，原本不喜欢上洗手间，变得喜欢去冲水进而喜欢自己去上厕所。另一位脑性麻痹个案原本平衡极弱，课程中在紫外灯下平衡明显进步，藉由在多感官室训练成功改善跌倒问题。

团体活动抽离则有不同例子，一位四岁经会。仅会坐姿拍手个案，藉由触觉声音回馈结合蹲站姿势训练，在半年内由需要人背进步到可以牵手走路并发展出口语。

建议展望

早期疗育职能治疗与其他体制治疗师需求不同，需要大量热情与创意。小区职能治疗师需要灵活应用专业知识，加上更多实务技巧。治疗普遍面临资源投入不足问题。部分发展成医疗院所式服务也是因为追求效益，有些投入并不会立即见到结果，跨专业模式需要专业投入与专业尊重，早疗机构职能治疗若仍是复健式服务，仍然无法发挥效益，建议落实小区职能治疗，期盼从业人员能更多投入服务，服务提供商则应该思考服务重点，增加投入可以减少日后支出，唯独受限经费投入，治疗师人力多有不足，期盼能有所改善。

职能治疗的介入效益与发展

职能治疗师于早期疗育儿童扮演十分重要角色，在动作促进、平衡改善、认知训练...等，均有十分显著成效可让教保人员专心教学，降低服务难度。藉由儿童能力改善，增加教育课程进度。在医疗机构市场之外小区职能治疗是十分有挑战性的工作欢迎大家加入！



在早疗机构看见天使的笑靥

陈秀芬 职能治疗师

财团法人爱森儿童发展中心督导

回想起 20 年前从学校毕业时，就立志自己要当一个小儿职能治疗师，后来也如愿以偿，可以在医学中心(高雄长庚医院)担任小儿职能治疗师，每天与孩子为伍，非常的开心。那段在医学中心所受的基础训练是很宝贵的。

然而，自己一直感受到儿童职能治疗范围之广泛，自己的知识需要不断加强；再者，一个身心障碍孩子的家庭所遇到的问题，绝对不是仅止于孩子肢体或认知上的问题而已，有时候是整个家族都受到影响。当一位 OT，有时深感无力，不知如何帮助这些家庭？在当时的长官-张瑞昆老师的鼓励之下，在 2000 年，我有幸可以到美国波士顿大学研读儿童复健硕士学位，在美国，当时已经非常注重小区复健的概念了，不管是成人或儿童，他们强调将复健重心放在小区，而非医院。这样的学习令我印象深刻。

回国几年后，因缘际会下，我被邀请协助高雄市「财团法人爱森儿童发展中心」的评鉴，之后成为这个中心的教学督导。在台湾，针对 0 到 6 岁的儿童，只要经医疗机构评估，发现有发展迟缓的问题，就必须向市政府社会局的早疗通报中心通报，早疗通报中心的社工就会将儿童依居住地进行早疗服务的转介，而我们「爱森儿童发展中心」是属于小区型的早疗机构，即是接受这些 0 到 6 岁领有身心手册、或是有发展迟缓报告书或诊断书的儿童，提供他们日间托育及时段疗育的服务。

在日间托育服务方面，本中心除了有职能治疗师、物理治疗师、及语言治疗师进行每周两-三次训练课程，还有教保老师担任教学及日常生活常规训练，社工师则协助与家属的沟通联系与申请社会补助。在时段疗育的部分，是对于无法或是不需要来日间托育的儿童，每周进行一到一个半小时的课程训练，针对儿童的个别问题做补强。发展迟缓的儿童接受日托及时段的服务，社会局会依家庭的经济状况给予补助，很多弱势的家庭因此受益，我们中心大部分的家庭都属弱势，大多是单亲、隔代抚养或是家长本身就领有身心手册。因为经济因素，他们很需要外出工作，没有足够时间照顾身障儿童，更别说带孩子去复健了。早疗机构提供了照护、教育及医疗的服务，让家长不需要奔波于学校与医院之间，也让孩子尽早与小区环境中的人、事、物有互动，实现小区复健的真实意义。同时也为他们预备进一般小学或是幼儿园做准备，可以解释成儿童转衔教育的中途站。

身为早疗机构的督导，除了要负责儿童们的治疗规划，每周二次我都要跟所有的工作人员讨论中心每位孩子的状况，不管是复健、教学及社会福利上的问题，甚至有时要处理家庭经济问题甚或家庭暴力问题。同时，因为我也显职能治疗师，我可以观察孩子上课情形，直接对每位儿童在日常生活的课程，给予有关活动上或是辅具上的建议，十分快速有效果。

在早疗机构，我认为 OT 扮演一个举足轻重的角色，因为我们 OT 的核心理念就是要做全人思考，且重视每个孩子与家长的社会参与(social participation)，而在这里，我们能够直接帮助孩子解决各个层面的问题，每位专业每天做直接的沟通，为了一个孩子的辅具、经济补助、家庭、教育、医疗，甚或未来教育的规划，不断的想办法，解决问题。我们鼓励家长多带孩子走进小区，常常，我也当拉拉队队长，鼓励家长及同仁们为孩子们努力、努力、再努力，下一刻事情一定会有转机。有时觉得职能治疗师在早疗机构像是问题解决专家，看到孩子的困境一一好转，也会感到无比的欣慰！

早疗机构的设置绝对是一个国家的社会福利进步之象征，而职能治疗师在早疗机构可以好好发挥我们 OT 强调全人治疗的精神，透过爱森儿童发展中心，我亲眼看见慢飞天使们幸福的笑靥！欢

迎各位有机会可以到本中心参观指教！

✓爱森儿童发展中心位于高雄市左营区翠华路 611 号



✓职能治疗师协助中心的儿童做动作训练



✓休闲活动课程中让孩子体验包水饺



✓认知教学课程针对每个孩子的能力做规划



➤美术课程安排孩子做劳作





参、
脑性麻痹儿童之
作业治疗

感觉统合训练在学龄期脑瘫 儿童康复中的应用

郭胜

南海社会福利中心康复医院 528200

【摘要】脑性瘫痪是指一组持续存在的导致活动受限的运动和姿势发育障碍综合征，这种综合征是由于发育中的胎儿或婴幼儿脑部非进行性损伤或发育缺陷引起的。患者主要表现为中枢性运动障碍及姿势异常，常伴随感觉、认知、交流、感知和行为障碍，以及智力障碍、癫痫、继发性骨骼肌问题。目前，脑瘫儿童的早期康复倾向于肢体功能康复效果显著，而学龄期及大龄脑瘫儿童则效果一般。在近四个月对 11 名学龄期脑瘫儿童进行感觉统合训练，则发现效果明显。

【关键词】 感觉统合训练 学龄期脑瘫儿童 康复

【正文】

感觉统合训练在孤独症儿童的康复训练中应用广泛，而在脑瘫儿童的康复训练中应用相对较少。目前国际脑瘫康复的新理念是脑瘫儿童的心身康复，在运动康复的同时关注其认知康复、心理行为康复【1】。而学龄期的脑瘫患儿已经从初级运动学习为重点转向认知与文化知识的学习，需要适应学校的环境，减少运动功能康复训练的频率，或不进行连续的康复治疗【2】。这一阶段的康复则要根据患儿运动功能状况，设计合理的运动功能康复训练和感觉统合训练以促进运动功能与身心全面发育之间的发展，增强自理能力和学校学习能力。

1 感觉统合认识

1.1 感觉统合（Sensory Integration,SI）是指通过组织来自个体以及环境的感受信息，以使个体在环境中有效地使用其肢体的一种神经过程，即人脑将因外界刺激而由各种感觉器官传来的感受信息（视觉的、听觉的、触觉的、嗅觉的、味觉的、前庭的和本体的）进行多次组织分析、综合处理后作出正确应答，以使个体在外界环境的刺激中有效地运作。此术语最早由 Sherrington C.S,Lashley K.S.【3】提出的。

1.2 感觉统合是一个为使个体在环境中有效运作而进行的信息加工整合的过程。大脑皮层的不同区域必须经过统一、协调地工作才能完成肢体协调等初级感觉活动和组织能力、自我控制、学习能力、概括推理等高级而复杂的认知活动。此过程任何环节出现问题，个体便无法将从环境中所获得的感觉刺激信息进行有效地加工和整合，从而不能产生对外界环境正确的响应方式，即感觉统合失调（Sensory Integration Dysfunction,SID）【4】。特别是脑瘫儿童多由于是脑干及大脑组织等部位均发生过不同程度的损害，从而使身体运动、感觉运动、认知语言障碍等，不能完成复杂行为和动作，不能正常进行日常生活学习和游戏【5】。因此，矫治脑瘫儿童的感觉统合障碍在该类疾病的康复治疗过程中极为重要。

2 感觉统合训练的方法

感觉统合训练是以游戏的形式给予儿童前庭、肌肉、关节、皮肤触压以及多种感官的刺激，针对大脑对外界信息处理不良的问题进行矫正。它不只是一种生理上的功能训练，而是协调心理、大脑和躯体三者之间相互关系的训练。

2.1 前庭觉的训练 如用圆筒、平衡脚踏车、按摩大龙球、滑梯、平衡台、滑板、平衡木等。适应

于身体灵活度不足、姿势不正、双侧协调不佳、自信心不足、注意力不集中、容易跌倒、方向感不明、学习能力以及习惯培养不起来等。

2.2 本体感觉失调训练 如用跳床、晃动独木桥、平衡木、滑板、S型垂直平衡木、S型水平平衡木、圆形平衡板。适应于语言发育迟缓、动作协调不良、注意力不集中。

2.3 触觉训练 如用按摩球、波波池、抚触、毛刷等。适应于肌肉痉挛、肌肉松弛、皮肤感觉过敏或迟钝等。

2.4 学习能力障碍训练 如用卡片、认知图片、学习机等。适应于发音不正确、阅读困难、认知能力差等。

3 感觉统合训练的效果

3.1 感觉统合能力测定 对 11 名学龄期脑瘫患儿参照训练前对比,各方面的失调障碍都有所改善和提高,特别是平衡功能、动作协调不良和触觉过敏/迟钝效果显著。

3.2 学习能力测定 经与训练前对比,患儿的语言能力、自主能力增高、注意力、控制力得到改善。

3.3 家长回馈意见 患儿均取得进步,是最基础和最直接的效果反应。

经过对学龄期脑瘫儿童进行感觉统合训练四个月发现,儿童在训练过程中增强自信心和自我控制的能力,提高了视、听、触觉能力,语言发育有了改善,并在指导下感觉到自己对躯体的控制,由原来焦虑的情绪变为愉快,积极主动参与康复训练,使得心身健康发展,感觉统合训练在脑瘫患儿康复中起到了重要促进作用,为他们回归社会创造了条件和打下基础。感觉统合训练在脑瘫康复值得应用。

【参考文献】

- [1] 刘振寰.脑性瘫痪儿童的中西医结合康复探讨[J].中国儿童康复,2011,8(3): 16-18.
- [2] 李晓捷.关注不同年龄段脑瘫儿童康复治疗特点[J].中国儿童康复,2011,10(3): 1-2.
- [3] OTTENBACHER K,SHORT M A.Sensory integrative dysfunction in children:A review of theory and treatment[J].Advances in Developmental & Behavioral Pediatrics,1985,6: 287-329.
- [4] 张洪辉.儿童感觉统合失调分析[J].广东省残疾人康复通讯,2013,3(1): 27-29.
- [5] 马善军,薄祥军.感觉统合训练在脑瘫儿童康复中的应用[J].中华医学研究杂志,2009,6(9).



脑瘫儿童及青少年的 徒手能力分类系统

杨丽菁

香港职业治疗师

小儿脑性瘫痪(Cerebral palsy)，又称大脑性麻痹，简称脑瘫。是指未成熟的大脑因各种因素（例如：母体感染德国麻疹、胎儿被卡在产道过久导致脑部缺氧、产后脑外伤或脑炎）所造成的以运动功能障碍为主的综合症。定义上来说，脑瘫本身必须是非进行性（不会继续恶化）的脑病变，虽然患者的身体功能却可能基于治疗或照顾欠佳而继续恶化。

传统的脑瘫分类主要是用动作协调障碍类型（例如：痉挛型、徐动型等）和瘫痪部位（例如：偏瘫）来分类。随着国际健康功能与身心障碍分类系统 International Classification of Functions (ICF) 的诞生，不同的诊断包括脑瘫，聚焦点有所扩展，由侧重肢体缺损或残障，变成包含身体结构、功能、活动及参与几个层面，以及加上环境因素的考虑。其实 ICF 与职业治疗(OT) 一贯重视功能，独立自主生活能力及积极参与的理念，是很吻合的。

职业治疗师会因应不同的康复治疗及训练需要，而为脑瘫儿童拣选相关的评测工具及成效指标。评测能帮助了解例如：肉毒杆菌注射、骨科及脑外科手术等治疗的需要性，也可成为康复治疗的成效指标。常见为脑瘫儿童提供的职业治疗训练有：头部及坐姿训练、双侧/强制单侧训练、精细手部功能训练、感知训练、认知训练、进食及自理训练等。

脑瘫患儿中有很大部分存在手功能障碍，手功能的延迟发育或障碍会阻碍他们主动探索周围的环境，这样也就剥夺了他们通过双手，获取感官经验和建立认知能力和日常生活能力的机会。所以加强脑瘫患儿手功能一向是职业治疗重要的一环。可惜，以往行内欠缺一套普遍认可的有关脑瘫患儿上肢功能的分级系统，未能像粗大运动功能分级系统 Gross Motor Function Classification System (GMFCS)，可以方便治疗师和医生在同一平台沟通。

不过此情况于 2006 年有突破，瑞典学者 Eliasson 等发表了针对脑瘫儿童及青少年的徒手能力分类系统 Manual Ability Classification System (MACS) for Children with Cerebral Palsy。MACS 描述儿童在家中、学校和小区环境使用他们的双手操纵对象的整体表现，而不是要知道他们最好的能力。MACS 参照 GMFCS 的分级方法，同样有 5 个级别，I 级为最高，V 级为最低，年龄适用范围为 4~18 岁。

徒手能力分类系统 Manual Ability Classification System (MACS)	
I 级	绝大部份时间，都能轻易及有效成功地操纵对象。 在操纵很小、很重或易碎的对象时或许会受限制，因为这需要细致的精细动作控制或两手间高效率的协调。受限也许亦会在执行新的和不熟悉的活 动情况下表现出来，然而这些受限不会影响日常活动的独立性。
II 级	能操纵多数的对象但伴随着稍微的质量和/或速度的下降。

	但手部能力通常不会限制日常生活的独立性，患儿通常会尽量简单地操作物品，比如采用平面支持手部的操作方法，取代通过双手进行物品操作。
III级	操纵对象带有困难，需要他人帮忙去准备和/或调整活动。 操纵对象的能力是受限的，但可以独立完成有预先准备或经过特殊设计的调适性活动。
IV级	只能执行部分活动，并需要持续的协助和/或改造的设备，甚至需要在预先完成部份活动的情况下，有意义地参与某些活动的部分内容。
V级	不能操纵对象，进行简单活动的的能力严重受限。完全需要辅助。

在应用 MACS 时，有几点要留意。MACS 评估的是同时运用双手操纵对象的能力，而不是任一单独操纵对象的能力。所以许多时，偏瘫患儿则只分布于较高功能的等级。这个也可以理解，因为他们会依赖健侧上肢去完成日常活动，提高成功机会。如果典型发展的儿童需用 MACS 分类，则被归类为等级 0。MACS 的分级目的是依据儿童经常做的事，并且操纵的对象要符合该儿童的年龄，来判断他们最典型的日常活动能力表现，而不是经过特殊测试来获知他们最高能力。所以为了获得有关儿童如何操纵各种日常对象的信息，职业治疗师必需询问那些非常了解儿童生活的人，有关儿童的表现。然而，在应用这个分级系统时，仍有一些执行上的困难。就是它并没有指明要用何种及几多种日常活动来定最终功能评级结果，完全视乎评级者自行的设定。若然不同治疗师或对不同患儿，选择不同项目及数量的评测活动，分级结论可能会出现偏差。

GMFCS 在应用上比 MACS 简单直接得多，因为前者所涉及的项目，只集中步行及上落楼梯方面。但是后者指的日常需要手部操作的活动，就广泛许多了，可以是进食、梳洗、穿衣、梳洗，玩耍，写字或使用计算机等。所以，我们 OT 行内可以尝试结合彼此的经验，共同列举适切不同年龄组别的评级项目及细节，以加强使用 MACS 时的信效度。此建议也得到 MACS 作者的认同及支持。

虽然 MACS 并不可以取替其他职业治疗对脑瘫患儿的评估，但它的确可以提供共通国际平台让职业治疗师与其他医疗人员简短明确地沟通，有关脑瘫患儿的功能情况，所以，MACS 是值得多加被采用的。

参考数据：

Eliasson A.C., Krumlinde Sundholm L., Rösblad B., Beckung E., Arner M., Öhrvall A.M., Rosenbaum P. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2006 48: 549 - 554





肆、
音乐治疗的介入

音乐治疗在特殊儿童作业治疗中的疗效观察

冯淑琴 刘振寰

中医药大学附属南海妇产儿童医院 儿童康复科

【摘要】目的 研究音乐治疗在特殊儿童作业治疗中的效果。**方法** 随机抽取 30 例于 2010-2 月~2010-7 月在我院门诊就诊的特殊儿童作为研究对象,包括脑瘫 12 例,小儿精神发育迟缓 14 例,自闭症 4 例,年龄 1 岁~7 岁;男 15 例,女 15 例;实施音乐配合作业、中医针灸治疗,进行自身前后对照试验。**结果** 显效 11 例(占 36.7%),有效 10 例(占 33.3%)。无效 9 例(占 30%),随访 1~2 年,无病情退化和不良反应。**结论** 音乐治疗在特殊儿童作业治疗中对情绪、认知、交往、动作协调性、音乐发育水平临床疗效明显,同时提高患儿康复配合程度,促患儿潜能开发,最终提高日常生活能力。

【关键词】 特殊儿童 音乐治疗 作业治疗

特殊儿童是指生理上或心理上存在缺陷的儿童,也称身心障碍儿童或残疾儿童,如视觉障碍、弱智和肢体残疾儿童等,即狭义的特殊儿童。^[1]他们生活自理能力差,为个人、家庭、社会增加了负担。能够使其生活自理是患儿家长和社会的迫切要求。作业治疗作为解决这一难题的重要手段之一,搜索率和关注度呈逐年上升趋势,但其枯燥重复使得很多患儿兴趣缺失。为了调动患儿的积极性,需要为作业治疗注入新鲜的刺激元素。

我院小儿脑瘫康复治疗科的音乐治疗中心自 2006 年成立以来,以康复小组为核心,参与了对上千例脑瘫、自闭症、小儿精神发育迟缓儿童的治疗和研究工作,对特殊儿童的相关问题进行了大量深入的研究探索。针对这一状况开展了用音乐治疗配合作业治疗来改善患儿的各种障碍,以促患儿精细运动的改善,社会功能以及社会适应能力及生活自理的提高,并取得明显的疗效。

1. 数据与方法

1.1 一般数据: 随机抽取 30 例于 2010-2 月~2010-7 月在我院门诊就诊的特殊儿童作为研究对象,包括脑瘫 12 例,小儿精神发育迟缓 14 例,自闭症 4 例,年龄 1 岁~7 岁;男 15 例,女 15 例;实施音乐配合作业、中医针灸治疗,进行自身前后对照试验。

1.2 方法:

1.2.1 器材:

- (1) 有固定音高乐器;
- (2) CD 机及各种 CD 音乐治疗光盘;
- (3) 摄像、录像设备(用于观察、回放分析)。

1.2.2 实验设计^[2]

(1) 建立和谐的治疗关系,在宽敞舒适的治疗环境中,治疗师通过集体音乐参与取得患儿的信任,所选曲目应以欢快、活泼为主,如《两只老虎》、《上学歌》等,然后进行拍手、敲打等活动。

(2) 根据不同行为发生诱因,如脑瘫、自闭症、小儿精神发育迟缓,对患儿行为反应进行分析,详细评价儿童能力。

(3) 确定靶行为,制定训练长期目标、短期目标:诊断为中到重度障碍的患儿长期目标为促手功能活动改善,达到生活半自理,提高生活质量;轻度障碍的为争取手功能正常化,做到生活自理,避免后遗症。靶行为与短期目标的制定,不是孤立行为,应结合患儿个体情况。

(4) 治疗方法: ①创造性集体音乐治疗。②集体性的音乐表演唱。③作业治疗的训练目的与奥尔夫的主动教学法相结合: 根据患儿的肢体训练要求和肌力状况, 选择合适的敲打乐, 让儿童在音乐节奏下即兴表演, 帮助儿童重建有节奏的运动方式; 治疗师根据患儿的成熟水平, 设计多样、灵活、生动的群体游戏, 激发患儿对治疗愉快和满足的参与通过启发式教育, 使发展水平层次不齐的特殊儿童共同体验音乐。

(5) 疗程: 接受音乐治疗, 每周 6 次, 每次 30-35 分钟, 治疗 20 天, 休息 10 天, 60 次为 1 个疗程。同时配合体针疗法, 隔日针 1 次, 30 次为 1 个疗程。

1.2.3 疗效评价:

(1) 评价方法: 运用音乐治疗前、中、后测量表, 对进行音乐治疗的患儿进行治疗前的评估, 包括认知发展水平、身体协调能力、音乐发育水平以及情绪交往能力。

(2) 疗效标准: 显效: 治疗后总分提高 10~12 分。有效: 治疗后总分提高 8~10 分。无效: 总分提高 < 8 分。

2. 疗效观察

经 1 个疗程治疗, 显效 11 例 (占 36.7%), 有效 10 例 (占 33.3%), 无效 9 例 (占 30%), 总有效率 70%。随访 1~2 年, 无病情退化和不良反应。运用 spss17.0 软件进行统计分析, 采用两独立样本 t 检验对分项目进行前后对照。

表1 治疗前后分值比较 (n=30)

	治疗前	治疗中	治疗后	t值	P值
参与总分	30.9±5.8	35.8±5.4	45.1±6.1	-7.5	0.026
协调性、认知	18.50±4.70	20±4.22	26.20±5.10	-3.2	0.017
音乐发育水平	8.66±3.19	12.23±4.61	18.56±4.85	-4.2	0.000
情绪	1.49±1.28	10.15±	5.37±1.70	-9.0	0.001
交往	5.52±4.22	4.42	15.20±4.51	-10.5	0.021
抵触总分	-8.54±1.65	9.06±4.23	-2.31±1.53	-6.8	0.004
		-5.64±1.60			

3. 讨论

从表 1 可以得知, 音乐在专业治疗中的作用主要体现在两个方面: 1.减轻患儿疼痛、焦虑、易激惹等消极情绪, 提高患儿参与治疗积极性及配合度。2.患儿在治疗前后总分情况、身体协调性、认识、音乐水平、情绪、交往均有明显提高 ($p < 0.05$), 提示音乐治疗对患儿的行为水平、音乐水平、社会交往有促进作用, 尤其在音乐水平、情绪方面差异显著。

音乐治疗增强了患儿音乐游戏的模仿与想象练习, 使患儿明白如何通过运用空间、逻辑、顺序来思维, 并在诱导下习惯于多利用大脑来思维, 进一步开发大脑潜能。

作业治疗康复的最终目的是, 要求患者在肩肘关节、腕关节、手指关节的活动性灵活而放松的基础上改善日常生活, 达到正常。因此, 作业治疗中音乐的选择应具有实用性、可操作性、多样性、灵活性。一般要在较慢的、节拍明显的音乐伴奏下进行运动治疗, 或让患儿唱着节奏明显地歌曲或哼着

童谣进行运动，肢体随着歌声的韵律进行有节律的摆动，促进手口眼协调、运动平衡、协调配合能力提高，帮助特殊儿童重建有节奏的运动模式。充分锻炼了肢体的运动能力，从中掌握一定的社会技能、运动技能和学习技能，为患儿自我表达、自我尊重、自我控制提供了机会，使他们在认知和交往领域得到同样的发展。

据研究，体感音乐即可增强聆听式音乐的效果，使人在短时间内放松；又可松弛骨骼肌，降低肌张力，使特殊患儿情绪、运动协调障碍的缓解更明显。单独的体感音乐治疗与研究中聆听+体感音乐治疗效果差异是否有意义，有待进一步探讨和研究，探索更经济有效的作业治疗。

参考文献

[1]吴跃跃,李平平,喻秋兰.特殊儿童音乐教育的性质、特点及教育价值[J].中国音乐教育,2008,Nov:54-55.

[2]刘振寰.让脑瘫患儿拥有幸福人生[M].北京:2009,中国妇女出版社:335-336.

[3]苏珊尼,B.汉瑟,苏琳译.音乐治疗师手册(第二版)[M].北京:2010,人民音乐出版社.

通信作者:刘振寰,广州中医药大学附属南海妇女儿童医院儿童神经康复科,13923185885,
lzh1958424@163.com,



音乐治疗对脑瘫患儿行为与情绪的影响

李志林 刘振寰

广州中医药大学附属南海妇产儿童医院儿童康复科
广东省佛山市南海桂城 528200 lzh1958424@163.com

【目的】

通过音乐疗法对脑瘫儿童的疗效观察，探讨音乐治疗对脑瘫儿童的身体协调性、认知、音乐发育水平、情绪交往水平的影响。

【方法】

收集 2009 年 1 月至 2010 年 1 月在广州中医药大学附属南海妇产儿童医院进行康复治疗，病史数据完整的脑性瘫痪患儿 30 例，其中男 22 例，女 8 例，年龄 (3.9 ± 1.2) 岁，存在明确围产期脑缺氧病史者 20 例，早产 15 例，病理性黄疸 13 例。开始治疗时各患儿均伴有不同程度精神发育迟滞。根据各个儿童的个体情况，选择具体的音乐治疗项目，包括 RBT 音乐疗法、创造性音乐疗法、奥尔夫音乐疗法、即兴音乐活动、歌谣运用、音乐提示行为疗法、个体音乐疗法、群体音乐疗法、身势训练法、音乐聆听法、音乐系统脱敏训练、体感音乐疗法。以完成 60 次治疗为一疗程，于治疗前、疗程结束后采用音乐治疗评估量表对患儿行为水、情绪交往水平以及音乐发育水平进行测评，并对照前后两次分值改变情况。

【结果】

显效 8 例 (26.7%)，有效 19 例 (63.3%)，无效 3 例 (10%)，总有效率 90%。总分情况，治疗前分值为 (32.3 ± 6.9) ，治疗后分值为 (46.3 ± 6.5) ， t 值 -8.0， p 值为 0.00 ($p < 0.01$)；身体协调性、认知，治疗前分值为 (15.8 ± 4.1) ，治疗后分值为 (18.6 ± 4.1) ， t 值 -2.6， p 值为 0.01 ($p < 0.05$)；音乐发育水平治疗前分值为 (13.8 ± 2.5) ，治疗后分值为 (17.0 ± 2.5) ， t 值 -4.8， p 值为 0.00 ($p < 0.01$)；情绪治疗前分值为 (1.5 ± 1.3) ，治疗后分值为 (5.5 ± 1.7) ， t 值 -10.0， p 值为 0.00 ($p < 0.01$)；交往治疗前分值为 (1.2 ± 1.3) ，治疗后分值为 (5.1 ± 1.4) ， t 值 -10.7， p 值为 0.00 ($p < 0.01$)；

【结论】

音乐治疗对脑瘫儿童的肢体运动协调能力、提高认知能力、改善情绪交往有一定的改善作用。

【关键词】

脑性瘫痪 音乐治疗 临床观察

脑性瘫痪（简称脑瘫）是继脊髓灰质炎后造成儿童肢体残障的主要疾病之一，随着新生儿抢救技术的提高以及现代生活方式的改变，脑瘫的发病率呈逐年升高的趋势。脑瘫患儿主要存在运动障碍及姿势异常，需长期，甚至终身康复治疗，但患儿紧张、焦虑、恐惧、自卑的情绪日益加重，难以得到疏泄释放，随着年龄的增长，心理行为问题如社交障碍、恐惧、抑郁心理也日益突出，成为脑瘫患儿康复的难点。这些障碍并不是都能完全通过现代医学及传统医学的常规康复治疗所能解决的，而音乐治疗配合的有效配合，恰能使脑瘫儿童在行为和情绪心理上得到全面的康复。

1.一般数据

收集 2009 年 1 月至 2010 年 1 月在广州中医药大学附属南海妇产儿童医院进行康复治疗，病史数据完整的脑性瘫痪患儿 30 例，其中男 22 例，女 8 例，年龄（3.9±1.2）岁，存在明确围产期脑缺氧病史者 20 例，早产 15 例，病理性黄疸 13 例。符合脑瘫痉挛型 16 例，手足徐动型 4 例。均伴有不同程度精神发育迟滞。

2.方法

2.1 纳入标准：①符合脑性瘫痪诊断标准（2004 年全国小儿脑性瘫痪专题研讨会）；②自愿进行音乐治疗干预；③坚持完成 60 次音乐治疗，病史数据完整者。

2.2 排除标准：存在 BAEP 检查异常者。

2.3 音乐治疗方法及实施过程：

2.3.1 具体方法：RBT 音乐疗法、创造性音乐疗法、奥尔夫音乐疗法、即兴音乐活动、歌谣运用、音乐提示行为疗法、个体音乐疗法、群体音乐疗法、身势训练法、音乐聆听法、音乐系统脱敏训练、体感音乐疗法。

2.3.2 程序：根据近年来的研究和实践经验，应包括以下阶段：①音乐治疗师与儿童见面，相互认识，初步建立起“师生”关系，对患儿的身心功能状况分别有初步的观察，对其音乐兴趣，偏爱及能力也作初步的了解。②对儿童的能力给予评价，包括语言交流能力、认知能力、感觉-运动能力、音乐能力、心理-社会、情绪、行为表现。③设定音乐治疗目标、需要改变或培养的靶行为（Target Behaviors）。④观察和分析有关靶行为的表现，并作相应记录。⑤拟订音乐治疗策略：根据情况选择音乐疗法与行为治疗相结合，把儿童喜欢的音乐活动或音乐体验作为正性加强物予以奖赏，或作为负性的加强物不予以“享受”以作惩罚。与物理治疗相结合，通过音乐活动辅助某些肢体（如手、上肢）功能或步行节律的改善。与语言治疗相结合，通过音乐活动，从旋律的因素入手，改善语音和表达能力。与社会康复相结合，除单个一对一辅导外，有时也要参加集体性的音乐活动。⑥制订音乐治疗计划。⑦实施音乐治疗计划：每周三次，每次 30—35 分钟，持续治疗 3 周，休息 10 天，共治疗 60 次。⑧评估音乐治疗效果（治疗是否成功，主要目标是否已达到，有无副收获，对未来音乐治疗的建议）。

2.4.1 疗效评估方法

参照《新音乐治疗师手册》（Suzanne B.Hanser 着）的音乐治疗前、后测量表，拟定音乐治疗观察量表，包括了身体协调性、认知、音乐发育水平、情绪交往水平，具体如下。于进行治疗前和治疗结束时的评估。

类型		项 目
儿童行为水平	身体协调性	走、跑、跳、做操、语言表达、模仿、躲避、
	认知	辨方位、形状、天气、白天晚上特征、水果、动物、能认读、理解性交谈
儿童音乐发育水平	打击乐	打击以下节奏①X X ②X XX ③XX XX ④X· X
	音条乐器	中琴、铝板琴、木琴，用低音作简单伴奏，例 1 5 1 5
	音乐感受力	会唱简单儿歌，会模仿拍手、拍腿、跺脚

情绪交往水平	情绪	对歌曲反应、对语言反应、对音乐律动、哭、笑
	交往	求助愿望、与人接触、与人沟通、对环境适应

行为发育评估、音乐发育水平的项目中按完成和参与的程度分 0、1、2、3 分；情绪交往水平则从参与和抵触两方面评分，参与分为 0、1、2、3 分，抵触分为 0、-1、-2、-3 分。最后将分数相加计总分。

2.4.2 疗效断定标准：治疗后总分总评分提高 ≥ 15 分为显效，提高 10~14 分为有效，提高 ≤ 9 分为无效。

3.结果

总体情况，显效 8 例（26.7%），有效 19 例（63.3%），无效 3 例（10%），总有效率 90%。运用 spss16.0 进行运算，数据采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用两独立样本 t 检验对分项目进行前后对照。

表 1 治疗前后分值比较 (n=30)

	治疗前	治疗后	t 值	p 值
总分	32.3±6.9	46.3±6.5	-8.0	0.00
身体协调性、认知	15.8±4.1	18.6±4.1	-2.6	0.01
音乐发育水平	13.8±2.5	17.0±2.5	-4.9	0.00
情绪	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.讨论

从表 1 可以得知，患儿在治疗前后总分情况、身体协调性、认识、情绪、交往均有明显提高 ($p < 0.05$)，提示音乐治疗，对患儿的行为水平、情绪、交往有促进作用。本结果与其它研究认为音乐疗法不但具有促进运动、情绪、社会交往的康复^[5,6]，更具有减轻疼痛、焦虑^[7]、减轻精神症状^[8,9]等作用相一致。另外，患儿自身的音乐水平如音乐的兴趣、对乐器的操作、对节奏的把握等也提高，促进对患儿进入音乐治疗、培养兴趣、开发潜能具有一定帮助。

脑瘫患儿均存在不同程度的脑损伤，能运用的大脑潜能比正常人要少，如何恢复脑功能或开发大脑剩余的潜能显得极为重要。大多数脑瘫儿都是右利手，而且在日常生活中，言语刺激是充足的，故左脑发育较好，右脑功能开发得较少，音乐通过听觉传导路传入大脑皮质相关中枢（经典认为位于右侧颞叶），使局部皮质兴奋，所以对脑瘫儿的音乐治疗刺激对全脑的发展来说是很重要的。

脑瘫儿童的音乐疗法要以残障儿童的身心特点为本，更趋多样性、即兴性。在治疗时可以从节奏为基础，帮助残疾儿童重建有节奏的运动模式。例如有节奏的步行，矫正顿足步，以及减轻手足徐动，一般要在较慢的、节拍明显的音乐伴奏下进行运动治疗，或让患儿唱着节奏明显地歌曲或哼着童谣进行运动，肢体随着歌声的韵律进行有节律的摆动。当然治疗师也要耐心探寻适宜每个患儿的节奏及相应的音乐。而长期的音乐治疗实践课程证明患儿在音乐中进行律动的同时也对认知、情绪、注意力得到了相应的改善。

脑性瘫痪是一种慢性疾病，需要进行长期的不间断的康复治疗。长期的康复训练过程中，同样存在焦虑、紧张、自卑等等负面情绪或是行为异常。音乐疗法能平衡身心、调和情绪，且能改善肢体协调能力，患者易于接受，无副作用，能融合与其他康复治疗中，因此在辅助治疗脑性瘫痪方面具有广阔的前景。

4.典型案例：患儿男，2 岁 7 月，诊断：1、小儿脑瘫(不随意运动型)2、心里行为发育障碍。治疗前

测结果综述：患儿反应迟钝，模仿能力差，学习能力差，理解能力可，可唱简单儿歌，但不愿多开口说话，胆小，依赖母亲，在治疗中难以独坐及难独立完成动作。治疗方案：1.问题行为分析：行为发生诱因：小儿脑瘫。行为反应：身体协调性欠佳，不能独坐，主动伸手抓物准确度较差，反应迟钝，语言落后。出现后果：不能独立完成治疗，依赖性强，理解及表达能力差，情绪不稳定。2.确定靶行为：改善情绪，可独立完成治疗项目。3.训练目标：远期目标：提高智力，促独坐及抓物完善。近期目标：1) 音乐活动内：训练听节奏敲打乐器，训练节奏感，鼓励患儿独立完成一些肢体动作训练，多和患儿交流。2) 音乐活动外：加强肢体的协调性，改善情绪，加强注意力的训练。实施治疗过程：患儿认知能力差，但对音乐有反应，刚开始注意力容易分散，对乐器乱丢，治疗师就观察患儿在每个乐器上停留的时间，而且根据乐器发声的不同选用不同的音乐、力度、强弱及不同的相对简单的节奏来与之配合，慢慢发现患儿对鼓和铃铛研究的时间相对其他乐器长，治疗师开始用音乐引导患儿，试图使患儿对这些乐器感兴趣。音乐突然停止，患儿会抬头寻找，治疗师再次给以音乐患儿会有高兴的表情。患儿本身存在刺激性紧张、不能独坐及主动抓物差，给治疗带来一定难度，所以患儿必须在治疗师的指导下完成治疗，刚开始进入治疗室患儿紧张，治疗师弹奏轻柔缓慢的音乐是患儿渐渐适应环境而放松下来，在治疗师的帮助下坐着敲鼓，治疗师双手控制患儿的双上肢帮助患儿拿鼓槌，跟着简单节奏进行演奏，慢慢的患儿开始喜欢鼓，由于双手抓不好锤子，很想自己用手来拍鼓，治疗师还是耐心的帮患儿用手抓我鼓槌来敲鼓，在整节课里患儿偶尔会紧张而且会反抗。经过三周治疗，患儿的情绪有所改善，哭闹减少了，在治疗师的帮助下可以短暂握鼓槌和沙锤进行乐器演奏，对鼓很有兴趣，可以和治疗师有目光交流，紧张有所缓解。接下来，治疗师适当的使其进入到了集体课中来，刚开始对很多小朋友在一起上课感到烦躁，发脾气。经过两个月的治疗，患儿慢慢适应了集体课，情绪得到改善。在大家一敲鼓时可以安静配合，而且渐渐有了节奏感，每当叫到他的名字时，他会配合敲鼓，在课堂上很开心，慢慢可以和小朋友融合在一起，紧张也降低了很多。渐渐的脾气小了，可以理解治疗师的简单问话，可以点头表示“是”，下课可以拍手做“拜拜”及飞吻。做其他康复治疗也减少了很多抵触情绪，运动进步也很大。

参考文献：

- [1] 刘振寰. 让脑瘫儿童拥有幸福人生[M]. 中国妇女出版社, 2009.
- [2] 张鸿懿, 马廷慧. 儿童智力障碍的音乐治疗[M]. 华夏出版社, 2004.
- [3] 张鸿懿. 音乐治疗学基础[M]. 中国电子音像出版社, 2000.
- [4] 帕夫利切维奇梅塞德斯. 音乐治疗: 理论与实践[M]. 世界图书出版公司, 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.

通讯作者 刘振寰 教授 博士生导师 广州中医药大学附属南海妇产儿童医院
电话 13923185885 Email lzh1958424@163.com



伍、
自闭症
的沟通与情绪

图片交换沟通系统促进自闭症儿童语言主动性的个案研究

广州市越秀区启智学校 陈艳

【摘要】自闭症儿童的核心障碍是社交沟通障碍，因此训练的重点应是社交沟通的动机与技巧，图片交换沟通系统则让他们运用其视觉优先的特点，使其掌握与人有效沟通的方法，激发他们与人沟通的欲望，促进他们的语言主动性。

【关键词】自闭症、图片交换沟通系统、沟通、语言

1、前言

自闭症又称为孤独症，是由美国约翰霍普金斯大学的卡勒博士(Dr.Kanner.I)与 1943 年首次提出，并提供了世界上第 1 份自闭症案例报告[1]。1994 年，美国心理学会(APA)在美国精神疾病分类和诊断手册 4(DSM-4)中把自闭症明确定义为“儿童广泛性发展障碍”[2]。其核心标准一般包括 3 个方面：社会交往存在质的缺陷；沟通障碍及言语发展迟滞；行为方式、兴趣、活动内容狭隘、重复和刻板。

因此，没有语言，或有语音但却不会与人主动沟通是自闭症儿童最常见的障碍特征之一。而图片交换沟通系统(The Picture Exchange Communication System)简称为 PECS，是一种用来补足或辅助说话的沟通方法。它的特点在于顺应自闭症儿童视觉优先的特点，让他们能够在其能力范围内有效地与人沟通，表达自己的需求，并强调引发沟通动机，提高沟通的主动性和语言的主动性。

图片交换沟通系统由训练者+可视性媒介(图卡、文字、沟通板)+设置的情境+被训练者构成。最初训练者在专门设置的情境中，教导孤独症儿童选取一物品的图像卡，交给沟通对象，来换取该物品。以后逐步地通过图卡辨别训练，使儿童掌握更多的物品的名称，进而进到句子结构训练阶段。儿童经过最初由训练者协助完成沟通到最后主动地表达意见的过程，逐步地掌握沟通的技巧。[3]

2、个案资料

2.1、个案基本情况：小阳是一名 7 岁的广州男孩，在特殊学校就读一年级。家庭条件一般，父亲自己做生意，母亲没有职业主要负责照顾小阳，家庭关系比较和谐，小阳的日常生活以及家庭训练主要由母亲负责，其母亲对训练较为配合。小阳足月出生，在 2 岁半时诊断发现患有重度自闭症，曾到两家自闭症训练机构训练。

2.2、个案进行图片交换系统训练前的发展情况

- 2.2.1 模仿：有主动模仿的意识，能模仿大部分的粗大动作、口腔构音器官动作，以及一部分精细动作
- 2.2.2 感知觉：视知觉、触知觉较好；手臂、背部稍有触觉敏感；前庭平衡觉弱
- 2.2.3 粗大动作：粗大动作灵活，发展能力与实际年龄相仿
- 2.2.4 精细动作：会在 2×2cm 的范围内涂色基本不出界；会使用剪刀沿线剪简单几何图形
- 2.2.5 生活自理：能进行基本的日常生活自理，如能独立使用勺子进食、独立小便，大便需成人协助清洁；能独立穿脱套头的衣服、没有拉链和纽扣的裤子
- 2.2.6 语言理解：能较好地理解日常指令(因为日常训练多使用普通话，所以其对普通话指令的反应

较好，但家里有时会用广州话，也能理解常用广州话指令)，能理解二步指令，能辨别基本形状以及日常用品、最亲近的人以及他们的图片；不认识文字，只认识数字 1—10，但缺乏数量概念

2.2.7 语言表达：会模仿发单音，以及个别词组，但音量很小，而且从不主动发音，并抗拒发音，强迫其发音有时还会哭闹；会使用抢、推的肢体动作

2.2.8 社交：与人的目光注视差，缺乏与人沟通交往的动机与技巧；会帮忙做简单家事活动，如擦桌子、简单清扫纸屑

2.2.9 情绪、行为表现：操作能力较强，喜欢玩操作性玩具；性子急躁，动作快，喜欢抢东西，不能满足时容易发脾气

3、实施图片交换沟通系统训练：

该生每个星期有五节训练课时，每节课的训练时间在半小时左右。

3. 1、**训练前准备：强化物评估。**找出学生最喜欢、次喜欢、不喜欢的食物和玩具。

把 5 至 8 种零食放在小阳的面前，观察小阳会主动拿取哪一种，之后再更换零食的位置重复评估，重复三次后发现小阳三次拿取的都是 QQ 糖。把 QQ 糖取走后，再做次喜欢物的评估，依此类推。

评估结果是，小阳最喜欢零食的是 QQ 糖，次喜欢的有山楂片、奶片、饼干、百力滋、薯片，不喜欢的是西红柿、柠檬、苦瓜、辣椒。最喜欢的玩具是泡泡，次喜欢的有小汽车、拼版，不喜欢的是玩具蛇、触觉球。

3. 2、**第一阶段：以物换物。**此阶段的目标是当学生看到一件很喜欢的对象时，能主动拿取该物件的图卡，交到训练员手中，以换取喜欢的物件。此阶段需要两位老师来操作。一个担任指导者，另一个则担任学生的协助者。

实施步骤：①、老师甲坐在小阳的背后，老师乙坐在小阳的对面，②、桌面放上小阳最喜欢的 QQ 糖的图卡，③、老师乙拿着 QQ 糖在小阳面前晃动，并说：“我有 QQ 糖”，等小阳注意到 QQ 糖并有欲望拿取时，老师甲则协助其拿起 QQ 糖图卡，放到老师乙的手中（注意不能有口头提示），④、老师乙马上在半秒内说“哦，你要 QQ 糖”，并同时把 QQ 糖给小阳吃。

之后逐渐减少协助，并交替使用次喜欢物：完全辅助小阳的手→轻托小阳的手肘→手指图卡提示→老师乙尽量延长张开手掌的时间，到最后小阳听到老师乙说：“我有……”，能自动拿取图卡交换。

由于小阳的操作能力和理解能力尚可，因此只用了两个星期的时间就达到目标，在看到一件他喜欢的对象时，能主动拿取该物件的图卡交到老师手中，换取该物件。

3. 3、**第二阶段：扩展主动性。**此阶段的目标是学生能主动走到沟通板面前拿起唯一的图卡，然后寻找有图卡中对象的训练员，把图卡交到训练员手中换取物件。

这一阶段与上一阶段相同的地方是，仍进行实物交换练习；所不同的是，图卡的放置有变化，不在学生伸手就能拿到的桌面上，而放在了和学生有一定距离的沟通板上，需要学生运动身体去取图卡。这样就和真实的交往沟通更接近。生活中也都不是什么都替孤独症孩子准备好，他一伸手就能得到，而是要运用各种能力去达到目的（比如借助凳子去取高处的东西）。另外老师和学生的位置也有变化。

实施步骤：①、把图卡贴在沟通板上，②、老师拿着 QQ 糖说：“我有 QQ 糖”，③、等小阳注意到 QQ 糖时，老师协助其拿起沟通板上的 QQ 糖图卡并放在老师的手中，或老师张开手掌示意其把图卡放到老师的手中，④、老师在其正确反应半秒内口头夸奖，并说“你要 QQ 糖”，同时把 QQ 糖给小阳吃。

之后逐渐减少辅助，提升目标：延长张开手掌的时间→逐渐增加老师和小阳的距离，由相隔一张桌子到两人距离两三米远，但沟通板仍在小阳面前的桌上→老师与小阳的位置不变，逐渐增加沟通板与小阳的距离，沟通板的位置变换放在两米范围内的地面或桌面或柜面上→同时增加老师与小阳的距离、沟通板与小阳的距离→老师假装不理小阳，让小阳主动拉出老师的手，把图卡放进老师的手中或放进手中后主动发音→转换训练员。

训练时根据小阳的能力，故意延迟说“你要 QQ 糖”中的最后一、两个字，鼓励小阳模仿或主动发音，但不勉强他一定发音。

小阳经过一个月的时间，达到第二阶段的目标，并且在图卡的视觉提示下，小阳没有那么抗拒发音了，慢慢变得有兴趣发音，主动地发音了。这个阶段结束后，他基本能在老师说“我要”后看着图片主动地发音“QQ 糖”“饼干”“山”“片”“百”“滋”“泡泡”“车”“拼版”，但三个字的名词中，中间的那个字的音较难发出，常常会省略。

3. 4、第三阶段：辨认图卡。此阶段的目标是当学生想得到某一对象时，会走向沟通板，在众多图卡中取出正确的图卡，走向训练员，把图卡交到训练员手中表示要求。

此阶段需要学生在两张或几张图卡中选取所要对象的图卡。因为小阳有认知图卡的能力，经过评估决定让他从辨认 3×5cm 大的照片图卡开始训练。

3.4.1、A 阶段：辨认喜欢与不喜欢的物件图卡。

实施步骤：①、在小阳面前摆出 QQ 糖和玩具蛇，在沟通板上贴上一张 QQ 糖图卡和一张玩具蛇的图卡，小阳拿取图卡给老师后，老师就说“你要……”并把对应图卡的对象给他。如果小阳拿的是 QQ 糖图卡，老师就给 QQ 糖；如果小阳拿的是玩具蛇图卡，老师就给玩具蛇，因为他不喜欢玩具蛇，所以会把它推开或躲开，这时老师就采用四步纠错法帮他纠正。没有出现错误后，就更换另外两张喜欢的和不喜欢的对象图卡。

②、之后增加图卡的数量至六张，并变换图卡的位置。

小阳认识图片的能力较好，一个星期训练后通过 A 阶段。

3.4.2、B 阶段：辨认喜欢与喜欢的物件图卡。

实施步骤：①、在小阳面前摆出 QQ 糖和山楂片，在沟通板上贴上一张 QQ 糖图卡和一张山楂片的图卡，让小阳选择一张交到老师手中后，老师说“自己拿”让其自己拿取想要的对象。如果他拿取的对象与图卡一致，就是正确的行为；如果他拿取的对象与图卡不一致，老师就马上制止，采用四步纠错法纠错。

②、之后增加图卡的数量至六张，并变换图卡的位置。

此阶段同样故意延迟说“你要……”中的最后一、两个字，鼓励小阳模仿或主动发音。

因为小阳的认识图片的能力较好，因此在此阶段他能辨认图卡后，就开始逐渐把他喜欢对象的图卡换成文字卡片，让他认字表达。没想到小阳很快就能把文字与对象对应，并能使用字卡表达。经过此阶段三个星期的学习，小阳已经能辨认以及表达文字“QQ 糖”“山楂片”“奶片”“饼干”“百力滋”“泡泡”“汽车”“拼版”。之前小阳较难能发出三个字名词中中间字的音，但现在在字卡的提示下，就能较好地引导他发出三个字的音，虽然还不是很流利。

另外，经过此阶段的训练后，小阳因不能满足其需要而发脾气行为也逐渐减少了。当他使用图卡或字卡表达需求而被告知没有时，因为有视觉提示告诉他还有其它的选择，所以令其发脾气行为大大减少。

3. 5、第四阶段：句式结构。此阶段的目标是当学生想要得到某对象时，会走向沟通板，主动组合“我要**”的句子，并把句子条交到沟通者手中。

第四阶段是在前三个阶段充分练习的基础上，进入到真正意义上的句子结构训练。

实施步骤：①、沟通板的左边固定地贴上“我要”字卡。沟通板右边离“我要”字卡稍远的地方贴上 QQ 糖的字卡。②、当小阳拿取 QQ 糖字卡时，老师协助他把字卡贴在“我要”的后面。③、协助小阳把组成的句子“我要 QQ 糖”的沟通板放到老师的手中，然后指着句子说“哦你说，我要 QQ 糖”，马上把 QQ 糖给小阳。

之后逐渐提升：逐渐减少成人触体协助摆放图卡或字卡在“我要”字卡的旁边→小阳能自行把句子条交到成人手中后，便把“我要”的字卡改为放在沟通册的左上角，然后引导小阳把“我要”的字卡贴在句子条左方，再把所需的图卡或字卡贴在“我要”字卡的旁边→逐渐减少协助，小阳独立组合句子。

经过第三阶段字卡的学习后，小阳对文字产生了兴趣，因此在此阶段很快就认识了“我”“要”两个字，并学会了组合句子，而且在句子条的视觉提示下能跟着老师手指指的文字，独立表达“我要……”。

继续提升训练：让小阳为需求对象加上颜色（颜色+文字的图卡）修饰词，组成句子如“我要红色的奶片”。

训练之前，小阳还不会辨别颜色。训练期间使用了他喜欢吃的五颜六色的奶片作为学习材料以及强化物，因此他学得很快。如先让他仿说几遍颜色词“红色的”，再引导他回答是什么颜色的问题。学习颜色名称后，再拿出四种颜色（红、黄、蓝、绿）的奶片供他选择，他能指着说出想要奶片的颜色后，就称赞他并把该颜色的奶片给他。经过两个星期，他就基本学会了辨别四种基本颜色的奶片。之后让他使用“我‘要’字卡+颜色（颜色+文字的图卡）+对象字卡”组成句子，如“我要红色的奶片”，组句的过程中同时可以巩固颜色的辨别以及表达。

又经过六个星期的训练，小阳完成了第四阶段的学习。操作性的表达方式正符合了小阳的兴趣，而且视觉提示更有利于他语言的组织与表达，因此小阳抢东西的行为大大减少了，有需求时能马上使用沟通册组句，并会主动手指文字使用语言表达。

4、个案训练情况总结

小阳除了在上课时间训练，还得到了家长的配合，制作小沟通本在日常与家庭生活中也不断地泛化训练，因此其与人沟通的能力已经有了明显的进步，已基本达到了第四阶段的目标。

小阳是个有语言能力的儿童，却不愿意发音，可能与其语言组织能力弱和不良的发音经历有关。但他有较好的视知觉能力和操作能力，图片交换沟通系统就正好利用了他的优势，来弥补、发展他语言的弱势。小阳至从学习了图片交换沟通系统后，进步如下：

4. 1、沟通主动性增加：有需求时会主动在沟通本中组织句子条，并把句子条交给成人，主动与成人沟通

4. 2、语言表达的主动性增加：能主动指着句子条表达句子“我要 QQ 糖/奶片/薯片/汽车/……”

4. 3、语言理解能力也逐渐提高：学会使用“我要+颜色卡片+对象”组织句子，也学会辨认、表达四种基本颜色；能认识“QQ 糖/奶片/薯片/汽车”等的一些喜爱对象的文字，并使用字卡代替图卡组句表达

4. 4、发声的音量大了，也变得乐于模仿成人的发音

4. 5、情绪趋于稳定，抢东西的行为大大减少，要求的对象被告知没有时，也能控制情绪，另外选择其他对象

5、小结与讨论

自闭症儿童的主要障碍是社交沟通障碍，因此应以训练儿童的社交沟通技能为重点。沟通是一

种语言活动，语言活动包括说话、特定符号、文字、肢体动作、手势等等，开口说话只是沟通的其中一种方式。对于自闭症儿童，声音、言语，往往是他们的弱势，如果只是一味强迫他们发音、说话，结果可能会适得其反。因此，我们应该利用自闭症儿童的优势，去弥补和发展他们的弱势，图片交换沟通系统正是让他们运用他们视觉优先的特点，使他们掌握与人有效沟通的方法，掌握表达需求、想法的句子，激发他们与人沟通的欲望，促进他们的语言主动性。

还有家长的配合以及泛化很重要，在课堂上教会了孩子沟通的方法，目的是孩子能独立运用，以适应生活，因此在日常生活以及家庭中的运用是必不可少的。老师和家长要及时做好沟通，切实做到达成一致的教育理念，才能更快地朝着目标前进。

另外，每个自闭症儿童都有不同的特点，应根据他们的情况随时做出调整，实施个别化的教育方案，这样才能取得更大的成效。

参考文献：

- [1] 王征宇.症状自评量表(SCL-90)[J].上海精神医学,1984,2(2)
- [2] 徐寅,桑青松. 自闭症儿童的个案研究[J].中国校医, 2009, 8(23)
- [3] 张俊芝. 孤独症儿童的沟通训练, 2007



浅谈自闭症儿童 的情绪识别能力

郭晓芳

四川省成都北斗星儿童心理素质培训基地

摘要：情绪识别,即我们日常所说的情绪自我认识和对他人认识,即当我们出现某种情绪时能够准确的察觉和识别出自己的情绪,并能同时意识出产生这种情绪的原因。对他人和自我情绪的识别不仅是正常儿童的基本社会交往技能,对于自闭症儿童来说,也是一种重要的心理能力和社交技巧。自闭症儿童在这方面相较于常人存在一定的困难,影响了他们的交往,本文分别从神经科学、心理学和教育学等多个领域揭示自闭症儿童的面部表情身体动作等其规律,让我们一起来看看,近年来自闭症儿童的情绪识别能力进展如何,前景又是怎样的。

关键词：自闭症 面部表情 识别能力

一、引言

情绪,是重要的情绪理解能力之一。而根据不同的表情动作来推测他人心理,也是自闭症儿童交往过程中的一个重要内容。由于自闭症儿童大多存在刻板行为,因而并不能准确而系统的从身体动作获知其具体的情绪,至今也没有规律可循。对于自闭症儿童来说,当他们情绪产生严重不满足时,都有可能产生哭闹,跳叫,自我伤害,攻击他人等情绪行为,而如何分辨这些相应情绪下产生的身体动作尤为重要,可以帮助我们更好的了解自闭症。针对儿童的不同行为表现,从而做出针对教育训练,更是非常重要。正常发展的婴儿在出生6个月前就注意到母亲的面部表情,在7个月时就可以辨别母亲的表情,1岁的婴儿表现出对几种基本面部表情的理解力。根据他人的面部表情来进行社会判断和交流的能力随着年龄的增长而提高,正常发展的儿童精确识别和解释面部表情的能力同年龄和智商成正比。所以,能否准确地识别他人的面部表情并做出适当的反应在一定程度上能够反映儿童的社会能力发展状况。

但是,这样一个简单的观察任务对自闭症儿童来说却十分困难。尽管自闭症儿童包括智力落后的低功能型和智力正常或超常的高功能型,但所有的自闭症儿童都和别人进行目光接触或者社会交流的时间过短,缺乏与情境相应的面部表情、身体姿势、手势和言语表达;他们既不会自发和外界交流,和别人建立关系,也不会寻找或留意其他人的情感线索,识别环境和他人的情绪行为(如别人是否高兴、伤心、感兴趣或者生气),更不会做出适当的判断和反应。比如,他们不理解他人友好的面部表情而将伸出来的手视为一种威胁并对他人进行攻击。自闭症儿童在处理情感信息以及辨识他人面部表情方面的障碍,直接影响了他们的社会交往,所以,对于自闭症儿童表情识别的研究很重要。这不仅因为它在一定程度上能够解释自闭症的社会化缺陷,为进一步的干预提供实证支持,又为一般自闭症儿童的面部身体认知提供了思路和依据。因此,对自闭症儿童识别自己和他人的情绪既有实践意义又有理论价值。

二、自闭症儿童面部表情识别进展

1. 情绪心理学的研究进展

情绪心理学是心理学中的重要分支，研究者们通过不同的实验范式研究自闭症儿童面部表情识别的特点。

Baron 等人使用标准的面部表情图片研究自闭症儿童对不同情绪种类的识别，发现自闭症儿童对他人由外部情境引发的简单表情识别得较好，如高兴和悲伤，但难以识别由信念和愿望引发的面部表情如惊奇、窘迫等。他们对于害怕、不安、痛苦等表达负性情绪的表情更不敏感。

整体-部分识别范式的研究解释了自闭症儿童对某些面部表情不敏感的原因。Thomas 等人让自闭症儿童、智力落后儿童和言语障碍儿童分别辨认妇女、猩猩和狗的四种基本面部表情，即高兴、悲哀、愤怒、惊奇，以及一个无明显情绪的面部表情的图片，结果发现，非自闭症儿童对整张脸的表情识别优于部分脸的识别；而自闭症儿童识别整张脸的表情成绩和识别下半部分脸的表情成绩相同。这说明自闭症儿童的面部表情识别图式是根据人脸的下半部分建立起来的，即只注意嘴部的变化，这与其他儿童对整张脸的信息加以整合的识别模式不同。形成这种识别模式可能是因为自闭症儿童感知功能有障碍，因此引起对刺激的高度选择性，即关注环境中物体或事件的某种特征而忽略其他同等重要的特征，对环境中的某个部分有选择地关注而忽略其他重要部分，这个特点导致自闭症儿童视野或听觉范围狭窄，在观察面部表情时也是如此。

另一个可能的解释与大脑左右半球的功能有关。大脑右半球调整与生俱来的初级情绪，如高兴、愤怒和害怕等，控制脸的上半部分及对他人上半部分脸的面部表情的认知；而左半球调整社会性的习得的次级情绪，如内疚和嫉妒，控制脸的下半部分及对他人下半部脸的面部表情的认知。而自闭症儿童右脑发育异常，初级情绪功能损害，限制了其对面部表情信息的整合，因此他们只能依靠次级情绪系统来观察他人的面部表情。

法国 Bruno Gepner 的研究也发现在自然情境中，当高功能自闭症成人观察他人的面部时，表现与普通人相反，他们将目光聚集在人的嘴巴上而非眼睛上。研究还证明低功能自闭症儿童在知觉环境中感知物体的运动，特别是快速运动方面有缺陷，而高功能自闭症儿童在这方面的缺陷要稍轻一些。因此当面部表情在屏幕上慢速出示时，自闭症儿童辨认面部表情的成绩相对来说要好得多。因而研究者推测自闭症儿童有快速视-动觉整合缺陷。根据这一假设，许多具有动觉缺陷的自闭症儿童对快速物体运动，比如眨眼和眼球的运动，视为反常刺激而避免面对面的目光接触，他们将注意力放在别人的嘴部，实际上是试图更好地去理解对方的面部表情，以弥补在自然情景中不能精确有效地注意其他快速的面部运动。快速视-动知觉缺陷已被认为是导致自闭症神经心理缺陷和社会互动不足的主要原因之一。

自闭症儿童的缺陷还表现在对他人的面部表情注意不足，因此也可以通过变化自闭症儿童的注意焦点，考察自闭症儿童对他人面部表情的注意力是否能够提高。Sander Begeer 等人以 28 名高功能自闭症儿童作为实验组，31 名非自闭症儿童作为控制组。要求被试找出照片中微笑或厌恶的脸。正如以前研究的结果，在一般条件下，实验组成绩不如控制组，但是当实验组被明确要求将照片和现实生活关联起来做决定时，他们的成绩大幅度提高。这说明，自闭症儿童对他人面部表情的注意力受情境因素影响。因此，在干预时要考虑将面部表情和对应情境结合起来训练。

另一个研究将 8 名高功能自闭症儿童(IQ>70)作为实验组，8 名年龄、性别、语言发展相匹配的普通儿童作为控制组。实验的内容是将情绪故事和相对应的真实或欺骗性面部表情搭配。尽管高功能自闭症儿童可以将情绪故事和标准的面部表情联系起来，但在理解真实情绪故事中人物的感受方面，以及在理解虚假情绪故事中因为特定需要而表现出来的欺骗性的面部表情方面却落后于控制组。因为，对于高功能自闭症儿童来说，面部表情就像词汇编码一样，而不是社会交流中的情感表达方式。因此，干预应该着重补偿他们在理解社会情感方面的缺陷，而不仅仅是理解表情的含义。

这些研究成果对于改进早期干预有积极的意义。教育者可以根据自闭症儿童面部表情认知的特点建立良好的互动关系，系统地说明自闭症儿童提高对不同情绪的认知能力。而且，这些研究范式和成果也促进了认知神经科学在情绪认知的神经生理方面的研究。

2, 认知神经科学的研究进展及发展前景

研究者们应用多种脑成像技术，对自闭症儿童脑部发育的特点和结构进行了探测，并确定了某些影响自闭症患者对面部表情识别的受损或异常发育脑区。研究发现杏仁核区和梭状回与自闭症儿童的情绪调节有关，这些区域的功能障碍影响着面部认知，特别是杏仁核在识别刺激的情感意义及社会行为和奖赏的关系中有重要的作用，在社会刺激导向、眼睛凝视方向中也扮演重要角色。很多研究认为杏仁核异常是导致自闭症儿童社交困难的重要原因，因此提出了“自闭症儿童的杏仁核理论”(Amygdala Theory of Autism)。

Sparks 等人以 3、4 岁的自闭症儿童、发育迟滞儿童和正常儿童作为被试，使用核磁共振(MRI)测量了大脑、小脑、杏仁核和海马区的体积，发现自闭症儿童的这些区域比其余两组儿童要大一些，尤其是杏仁核区。

Jeffrey 等人进行了一项纵向研究，发现自闭症儿童的杏仁核左右区体积比例不均衡，自闭症儿童的表现似乎和杏仁核右区关系密切，和杏仁核左区、大脑以及海马区的大小关系不大。研究结果表明 3、4 岁的自闭症儿童的杏仁核右区体积越大，他们在 6 岁时的社会适应和交流越差。

Adolphs 等人进一步研究了杏仁核区和面部表情识别的关系，被试是 30 个杏仁核区受伤的患者，他们被要求识别基本面部表情(喜、怒、哀、惧等)和社会性面部表情(害羞、内疚等)。结果发现，当他们只能根据眼部的信息判断面部表情时成绩最差，判断基本面部表情成绩最好。被试不能主动地注视眼睛部位，他们也很难识别恐惧的面部表情。这和对自闭症儿童的面部表情识别的研究结果是一致的。这也说明孤独症儿童的杏仁核区有一定的发育异常。

Spezio 等人使用真实的情景交流观测杏仁核损伤患者的眼动模式，发现患者不与交流者直接对视，而将注意焦点集中在嘴部。自闭症儿童也是如此。在真实社会互动中的研究进一步说明杏仁核异常所导致的注意的特异性使自闭症儿童不能按照一般的途径去注意和辨别面部表情，影响了他们的移情能力，导致其产生社会交流和互动障碍。

杏仁核损伤患者的研究结果能否完全解释自闭症儿童的大脑异常呢?他们的杏仁核异常和自闭症儿童的情况在形式上不同，在表现上也不完全相同。自闭症儿童的杏仁核不但在童年早期或者更早就表现出异常，而且他们在对视时还表现出负性情绪，但杏仁核损伤患者却不表现出这一点。自闭症儿童在何时产生杏仁核发育异常，和成人的杏仁核损伤有何异同，这种异常是否是他们的面部表情识别和社会交流障碍的主要影响因素，是否影响到他们对所有的面部表情识别以及如何进行治疗和补偿等都会成为未来的研究目标。

既然是神经系统的损伤导致面部表情识别障碍，那么根据这种特殊的识别模式进行行为干预，说明自闭症儿童学习注意他人的面部线索，进一步重组他们的大脑系统，逐渐以正常的加工方式注意和辨认面部表情，将成为认知神经科学和早期干预的新课题。

3, 特殊教育实践的证据

训练自闭症儿童识别和理解面部表情是相当困难的一件工作，而开展这方面的实践则是非常有意义的。华盛顿大学的研究者采用计算机辅助教学的方法，将面部表情照片和表现情绪场景的卡通片或童话故事作为训练工具，帮助自闭症儿童注意和提取面部线索，教会他们识别面部信号的意义。该研究在两所特殊教育学校对自闭症学生进行了计算机辅助教学，通过每周 5 次，一次半小时的教学使这些儿童的错误率明显减少。

另一个教学实践是评估自闭症儿童辨认面部表情的能力，以及如何系统地、按步骤地教给他们这些技巧。首先采用正式或非正式的管道评估自闭症儿童在这方面的能力和需要，以了解自闭症儿童对表情的识别和理解水平。教学中先训练自闭症儿童学会识别几种基本情绪，学习将表达相似情绪的面部表情搭配归类；再学习为这些表情命名；最后学习识别、理解这些面部表情所代表的基本情绪。一旦学生辨认和理解了这些基本情绪和相应的面部表情，就进入下一步更复杂的任务——辨认不同强度的基本情绪以及学习描述这些不同强度的词汇，如气恼和愤怒；最后学习辨别各种微弱的情绪和相应的面部表情。

此外，在教学中，研究者和教师还安排自闭症儿童学习其他一些重要的面部表情识别技能。这些表情包括：感兴趣或不感兴趣的表情；微笑但不真诚的表情；传达嘲笑、悲哀和困惑的表情；以及厌恶、窘迫、自信、害羞、羞耻、嫉妒、困惑、怀疑、惊奇和抱歉等。在训练中，教师采用模拟现实活动、多媒体呈现、照镜子直接模仿、角色扮演、游戏、体验式教学、书写和画画等方式，说明他们理解不同表情的所包含的信息。教师充分发挥各种教学材料的作用，如镜子、影片、图片和照片等。

4. 自闭症儿童面部表情识别研究中存在的问题

对自闭症儿童面部表情识别的已有研究仍然存在很多问题。首先，多数研究选用高功能的自闭症儿童和成人作为被试，研究结果能否推论到所有的自闭症群体中去还值得商榷。当然，伴有智力落后的低功能自闭症儿童的交流困难增加了实验的难度也是一个现实问题。

再者，研究的范式也需要改进。大多数的面部表情识别研究多采用标准化的图片、照片、动画甚至模拟的人类面孔，这些研究结果是否能够预测自闭症儿童在真实情境中的表现呢？使用这些材料所启动的脑区和在真实情境中脑部活动的区域是否一致？这都是有待解决的问题。

在我国，对自闭症儿童面部表情识别的研究可以借鉴国外成熟的实验范式、材料和测量工具，英国自闭症专家日前利用适合儿童的动画片来辅助帮助自闭症儿童辨别面部表情，效果良好。

据报导，自闭症儿童不喜欢人类行为的不可预见性，通常会回避与人接触，对别人情感的理解力也很有限。英国剑桥大学自闭症研究中心的西蒙·巴伦·科恩教授及其同事制作了一部题为《运输汽车》的动画片。片中讲述的是一些玩具汽车的历险记，通过数码技术粘贴，这些车都有一张真正的会动的人。这部动画片共 15 集，每一集专门讲述一种情感，如欢乐、害怕或惊讶等。

科恩说：“我们决定将玩具汽车和人体表情结合起来，创造一种娱乐性的方式说明他们了解情绪和表情。因为汽车的活动有预见性和重复性，所以自闭症儿童会被它们吸引，并对它们着迷。”

通过对 20 名自闭症儿童的研究表明，在观看该动画片一个月后，他们辨认情绪的能力有显著提高，足以赶上相同年龄段正常发育的儿童。

儿童喜欢将物体世界和人类世界混合在一起。有生命的车子！很多孩子喜欢机械的东西。有些孩子却喜欢有表情的面孔和动作。将这两者融合起来，就构成了一个每个孩子都喜欢充满欢乐的神奇世界。

我们希望《小小交通车》这部动画系列，能够为几代儿童带来视听的享受。对大多数人来说，《小小交通车》是由想象的角色虚拟而成的童话世界。它通过拟人的手法，赋予每一种运输工具人类的情绪。而对于有自闭症的儿童来说，我们希望这套《小小交通车》可以作为桥梁，沟通他们可以接受的机械世界，和他们通常会回避的人类世界。这部 DVD 是为患有神经系统发育障碍（通常称为自闭症）的儿童专门制作的。有自闭症的儿童通常对面部表情所代表的情绪有认知困难。这样的儿童也同样很难理解引起某种情绪的原因。这部 DVD 的目的，就是说明儿童（正常儿童，或者患有自闭

症的儿童)提高他们对情绪本身,还有引起情绪的原因的认知能力。这部系列动画,目的是寓教于乐,娱乐的效果很重要,但教育的作用更加显著,这包括:

- 1)、让儿童熟悉人类的面部表情,让他们逐渐加长关注人类面部的注意力;
- 2)、向儿童介绍人类的各种情绪;
- 3)、介绍各种情绪的内涵(引起各种情绪的原因和后果);
- 4)、告诉儿童不同角色面对同样状况的不同反应。

在引进他人的先进经验的同时我们需要立足本国文化背景和社会现实,开发本土化的实验材料和工具进行研究,揭开面部认知的心理和神经生理的奥秘,推进自闭症儿童的早期干预与教学实践进展。

5, 自闭症儿童面部表情识别发展前景

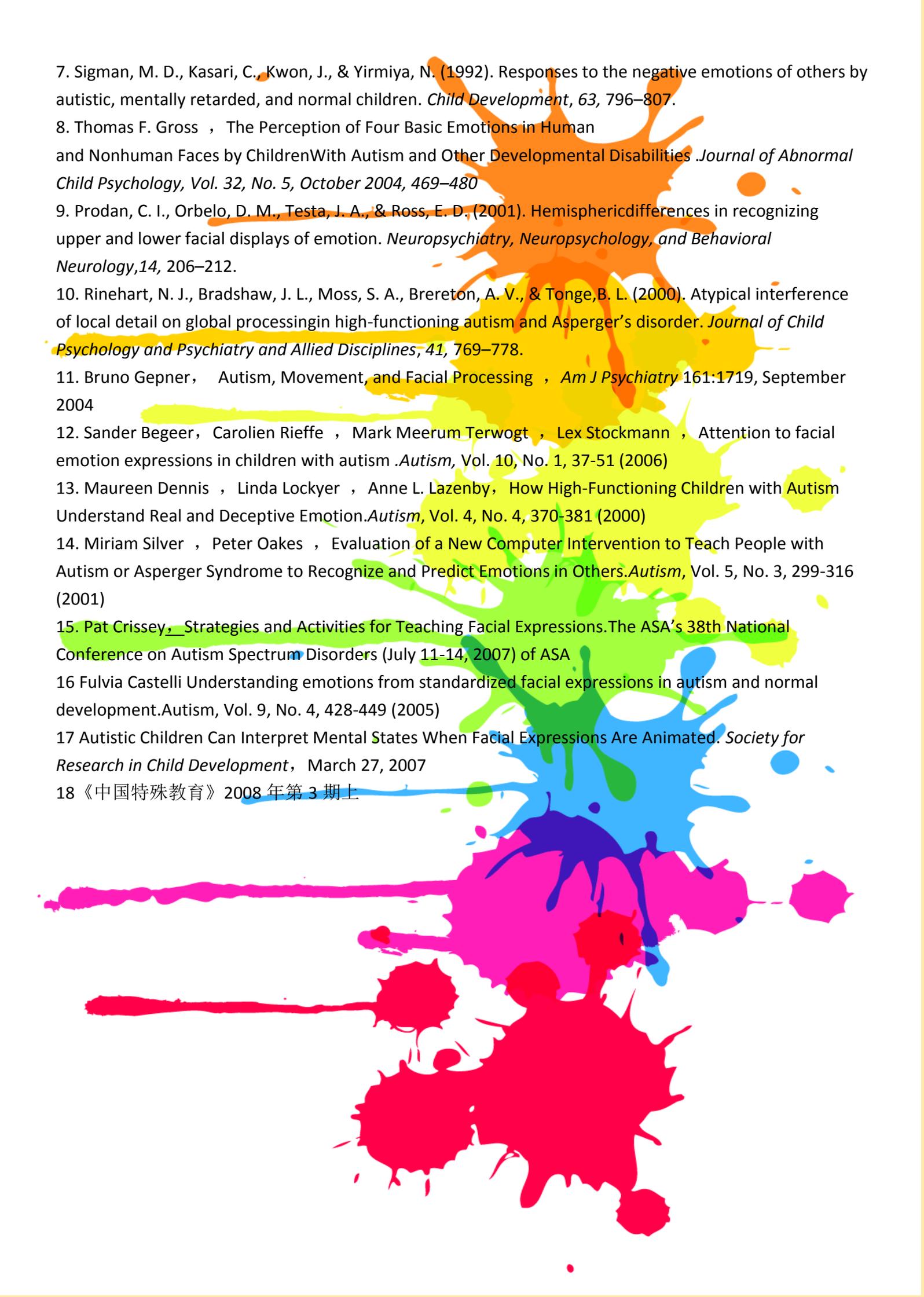
现有的对孤独症儿童面部表情识别研究仍然存在很多问题。首先多数研究被试多选用高功能的孤独症儿童和成人,研究结果能否推论到所有的孤独症群体中去值得商榷。当然,伴有智力落后的低功能孤独症儿童的交流困难增加了实验的难度也是一个现实问题。其次,面部表情本身是很复杂的,如 Paul Ekman 确定了有超过一万个不同的面部表情,但很多面部表情看起来差不多,如害羞,窘迫、羞愧等,这既为心理学研究也为特殊教育教学干预提出了新的课题。再次,孤独症儿童面部表情识别能力和心理理论水平的关系究竟是怎样的;干预是否能提高心理理论水平;对孤独症儿童面部表情识别的跨文化研究等等几乎没有人涉足。

三、总结

至今为止,自闭症儿童对他人情绪识别能力呈现弱势,即在面部表情块呈现整合能力欠缺,以及慢速问题。孤独症儿童在处理情感信息,认知他人面部表情方面的障碍直接影响了他们的社会功能,所以,对于孤独症儿童面部认知的研究很重要。这不光因为它在一定程度上能解释孤独症的社会化缺陷,为进一步的干预提供实证支持;而且,也为一般面部认知功能专门化的研究提供思路和证据。在一定程度上,孤独症可能是唯一能够从出生就影响个体在面部认知加工过程上有困难的缺陷。因此,对孤独症儿童对他人面部表情识别的研究既有实践意义,又有理论价值。

参考文献:

1. Autistic preschoolers have larger-than-normal brains, can't distinguish emotions from facial photographs, Public release date: 4-Dec-2001
2. Camras, L. A., Dunn, J., Izard, C. E., Lazarus, R., Panksepp, J., Rothbart, M. K., et al. (1994). What develops in emotional development? In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotions: Fundamental questions* (pp. 345-375). New York: Oxford University Press
3. Mash, E.J, Wolfe, D.A. 儿童异常心理学. 孟宪章等译. 广州: 暨南大学出版社, 2004.5: 385, 389, 394, 413, 401
4. Mary L. Phillips, Facial processing deficits and social dysfunction: how are they related? *Brain*, Volume 127, Number 8, 21 August 2004, pp. 1691-1692(2)
5. Baron-Cohen, S., Spitz, A., & Cross, P. (1993). Do children with autism Recognize surprise? *Cognition and Emotion*, 7, 507-513
6. Yirmiya, N., Sigman, M. D., Kasari, C., & Mundy, P. (1992). Empathy and cognition in high functioning children with autism. *Child Development*, 63, 150-160.

- 
7. Sigman, M. D., Kasari, C., Kwon, J., & Yirmiya, N. (1992). Responses to the negative emotions of others by autistic, mentally retarded, and normal children. *Child Development*, 63, 796–807.
 8. Thomas F. Gross , The Perception of Four Basic Emotions in Human and Nonhuman Faces by Children With Autism and Other Developmental Disabilities .*Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 32, No. 5, October 2004, 469–480
 9. Prodan, C. I., Orbelo, D. M., Testa, J. A., & Ross, E. D. (2001). Hemispheric differences in recognizing upper and lower facial displays of emotion. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 14, 206–212.
 10. Rinehart, N. J., Bradshaw, J. L., Moss, S. A., Brereton, A. V., & Tonge, B. L. (2000). Atypical interference of local detail on global processing in high-functioning autism and Asperger's disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 769–778.
 11. Bruno Gepner, Autism, Movement, and Facial Processing , *Am J Psychiatry* 161:1719, September 2004
 12. Sander Begeer, Carolien Rieffe , Mark Meerum Terwogt , Lex Stockmann , Attention to facial emotion expressions in children with autism .*Autism*, Vol. 10, No. 1, 37-51 (2006)
 13. Maureen Dennis , Linda Lockyer , Anne L. Lazenby, How High-Functioning Children with Autism Understand Real and Deceptive Emotion.*Autism*, Vol. 4, No. 4, 370–381 (2000)
 14. Miriam Silver , Peter Oakes , Evaluation of a New Computer Intervention to Teach People with Autism or Asperger Syndrome to Recognize and Predict Emotions in Others.*Autism*, Vol. 5, No. 3, 299-316 (2001)
 15. Pat Crissey, Strategies and Activities for Teaching Facial Expressions. The ASA's 38th National Conference on Autism Spectrum Disorders (July 11-14, 2007) of ASA
 - 16 Fulvia Castelli Understanding emotions from standardized facial expressions in autism and normal development.*Autism*, Vol. 9, No. 4, 428-449 (2005)
 - 17 Autistic Children Can Interpret Mental States When Facial Expressions Are Animated. *Society for Research in Child Development*, March 27, 2007
 - 18 《中国特殊教育》2008年第3期上



陆、
其他

P-E-O 模式应用于参加全国康复治疗专业学生技能大赛

严朝珊

2014年10月29日-11月1日，由中国康复医学会康复医学教育专业委员会主办，世界物理治疗师联盟（WCPT）和世界作业治疗师联盟（WFOT）协办的第二届“天瑞杯”全国康复治疗专业学生技能大赛在福州举办。

作为一名 OT 的参赛学生，本人将应用 P-E-O 模式来分析福建中医药大学康复医学院 OT 代表队参加第二届“天瑞杯”全国康复治疗专业学生技能大赛在准备过程中遇到的主要问题以及促进、阻碍其完成之处，并采用 SMART 原则来考虑培训期间的阶段性目标，最终引起能够获得此次大赛的优异成绩。以下的一些领悟与大家一齐分享：

一. 福建中医药大学康复医学院 OT 教研室的“作业需求”：福建中医药大学康复医学院 OT 代表队能够在第二届“天瑞杯”全国康复治疗专业学生技能大赛本科作业治疗学组中获奖。

二. 根据该作业需求具体观察，进行“初评”候选学生完成此项“作业活动”的“作业表现”：学院通过学校每年均有举办的康复技能大赛中观察参赛选手的表现及成绩，来遴选出参与全国康复技能大赛的优秀苗子。

此次学院的康复技能大赛中，候选学生——

1.能够完成：

- (1) 对于大赛的积极响应和踊跃参与；
- (2) 对于大赛过程中“团队合作”理念的融入；
- (3) 对于赛后评委老师们给予的及时反馈和宝贵意见的吸收；
- (4) 对于大赛形式的亲身经历。

2.不能够完成：

- (1) 对于与各类疾病相关的基础知识的掌握；
- (2) 对于基本操作技能的实践；
- (3) 对于根据各自的优势与劣势确定患者及治疗师的角色扮演；

三. 整体来看，具体评估在培训的过程中遇到的阻碍及促进候选学生完成此项作业活动的影响因素：

1.促进因素：

(1) 人 (Person, P)：

- ① 候选学生均深爱 OT 师这一行业；
- ② 实习经历对候选学生的作业表现产生好的影响；
- ③ OT 教研室的老师们标准化评估规范，指导语清晰、准确；
- ④ OT 教研室的老师们在神经和骨骼肌肉领域的临床经验丰富；
- ⑤ 本校拥有工作人员构成梯队良好，设施完善的附属康复医院；
- ⑥ 校领导及院领导给予的高度重视，极大的鼓舞了指导教师与候选学生的积极性（精神、心理状态、情绪、心理活动与社会环境的互相作用）。

(2) 环境 (Environment, E)：

- ①同班同学对候选学生的支持与态度——多次扮演患者及患者家属；
- ②OT 教研室的老师们对候选学生的支持与态度——老师与学生同一阵在线，并多次扮演考官、患者及患者家属；
- ③校领导及院领导给予了高度重视；
- ④参赛地点在本校；
- ⑤文化背景：福建中医药大学的精神是“大医精诚，止于至善”（“大医精诚”出自唐代孙思邈的《大医精诚》篇。“精”指熟练的专业技能，“诚”指高尚的道德质量，惟有医术精湛、医德高尚者方能称为“大医”。“止于至善”出自《礼记·大学》：“大学之道，在明明德，在亲民，在止于至善。”“至善”，指最好的思想境界，“善”的最高层次，是一丝不苟、精益求精、追求卓越的时代精神，正是“大医”所追求的至高境界。）；
- ⑥上海阳光康复中心实习点拥有小儿康复相关科室。

（3）作业（Occupation, O）：

- ①候选学生采用“**What→So what→Now what... (What' s next...)**”的反思实践模式，即遇到的问题是什么、遇到问题后做了什么、目前的状况、接下来应该如何做，此模式最有效且得到最期望的效果；
- ②OT 教研室的老师们能够及时回馈及总结候选学生存在的问题并制定解决方案；
- ③第一轮的淘汰制融入了“以学生为中心”的原则；
- ④此项作业活动的重复性：反复演练大赛时的基本思路；
- ⑤此项作业活动的准备时间：候选学生有 7 个月的时间进行“准备活动”；
- ⑥此项作业活动可赋予候选学生的意义：候选学生在大赛中获奖可塑造其从事 OT 的自豪感。

2.阻碍因素：

（1）人（Person, P）：

- ①候选学生的临床经验不足以及临床思维混乱；
- ②候选学生的标准化评估不够规范，指导语不够清晰、准确；
- ③候选学生社会心理方面的障碍——临场时不够自信；
- ④OT 教研室的老师们在小儿领域的临床经验不足；
- ⑤本校附属康复医院尚未开展小儿 OT。

（2）环境（Environment, E）：

- ①候选学生的实习点没有本校的指导老师；
- ②广东省工伤康复中心实习点没有小儿康复相关科室。

（3）作业（Occupation, O）：

- ①与标准化病人及其家属沟通交流时语气不够亲和，与模拟化考官沟通交流时易紧张；
- ②首次参赛，完成此项作业活动具有一定的难度；
- ③此项作业活动的要求繁杂。

四.应用 P-E-O 模式来分析候选学生为什么能够完成及为什么不能够完成此项作业活动，可能存在的有：

1.为什么能够完成：

- （1）由于本校拥有工作人员构成梯队良好，设施完善的附属康复医院，导致候选学生有机会接触真实病例，最终引起学生能够将理论联系实际；

(2) 由于福建中医药大学的精神是“大医精诚，止于至善”，导致候选学生从此文化范畴中塑造一丝不苟、精益求精、追求卓越的时代精神，最终引起学生能够精彩发挥出高超的技术水准；

(3) 由于候选学生已参与香港、台湾、福州、上海和广东的培训，导致其能够灵活应用 OT 理念于创新小发明中，最终引起学生能够表现出 OT 精神；

(4) 由于参赛地点在本校，导致指导老师及候选学生不需要乘车去参赛地点，最终引起学生参赛时精神状态良好；

(5) 由于指导老师了解候选学生各自的优势与劣势，导致其能够恰当的定位学生的角色扮演（角色分别有：访谈、评估、治疗和再评估），最终引起学生能够充分发挥出各自的优势；

(6) 由于指导老师能够获取帮助此项作业活动完成的环境（上海阳光康复中心实习点），导致候选学生能够完成小儿领域的实习，最终引起学生能够在小儿赛站取得骄人的成绩。

2.为什么不能够完成：

(1) 由于候选学生的临床经验不足及临床思维混乱，导致其临床问题解决能力不佳，最终引起参赛时不够自信；

(2) 由于指导老师选择不合适的角色让候选学生扮演，导致学生难以胜任，最终引起参赛时不能够发挥出各自的优势；

(3) 由于本校附属康复医院尚未开展小儿 OT，导致候选学生在小儿领域的临床经验不足，最终引起参赛过程中表现出基础薄弱。

五.使用 SMART 原则来制定阶段性的目标：

1.短期目标：

(1) 2 个月，学院 OT 教研室的老师们能够完成对 6 位候选学生在“儿科疾病（儿童发育障碍）的 OT”、“内科与老年疾病的 OT”、“神经系统疾病的 OT”、“骨骼肌肉系统疾病的 OT”和“社会心理疾病的 OT”方面的专题培训；

(2) 2 个月，6 位候选学生能够在各带教老师的指导下，完成神经、骨骼肌肉和小儿三个领域的实习；

(3) 4 个月，学院 OT 教研室的老师们能够完成“六进四”的遴选；

(4) 3 周，学院 OT 教研室的老师们能够完成对 4 位候选学生的集训并完成“四进三”的遴选。

2.长期目标：7 个月，福建中医药大学代表队能够顺利完成长达 3 小时的比赛并获得本届大赛本科作业治疗学组的冠军。

六. 制定阶段性的培训计划：

1.5 月 19 日-7 月 13 日（基础知识梳理阶段）：主要培训目的是加强我们的专业基础知识及基本操作技能，梳理知识结构，使其系统化。

2.7 月 14 日-9 月 30 日（临床实习阶段）：主要培训目的是接触真实病例，将理论联系实际，强化专业知识及专业技能。

3.10 月 8 日-10 月 29 日（大赛模拟演练阶段）：主要培训目的是结合大赛评分标准，优化临床思路，熟悉考核流程，强化技能的熟练度，以及磨合参赛队员之间的配合程度。

七. 进行“末评”候选学生完成此项作业活动的作业表现：福建中医药大学代表队获得第二届“天瑞杯”全国康复治疗专业学生技能大赛“本科作业治疗学组一等奖”以及“骨骼肌肉康复单项奖第一名”。

自由体操应用于脑瘫患者康复治疗的疗效观察

姜积华

广东三九脑科医院 广东 广州 510510

摘要 目的 探讨将自由体操应用于适龄脑瘫患者的康复治疗中对改善运动功能的疗效。**方法** 40 例适龄脑瘫患者随机分成治疗组（20 例）和对照组（20 例）。治疗前和治疗三个月后采用粗大运动功能测试量表(GMFM_88)评分评定其疗效。**结果** 治疗组较对照组功能改善有明显差异。**结论** 自由体操在对适龄脑瘫患者的康复治疗中可以明显提高其康复疗效。

关键词 自由体操；脑瘫；运动功能

小儿脑瘫是自受孕开始至婴儿期非进行性脑损伤和发育缺陷所导致的综合征，主要表现在运动障碍及姿势异常，常合并智力障碍、癫痫、感知觉障碍、交流障碍、行为异常和其他异常。

广播体操是根据人体各部位特点，通过每节操的节拍（一般由 8 个节拍组成），依照一定的程序，由举、振、屈、伸、转动和绕环等一系列徒手动作所组成的身体练习，将音乐、韵律和上下肢及躯干的全身运动相结合，达到锻炼各部分肌肉、关节的作用。本文将第九套广播体操适当的改变成自由体操之后应用于脑瘫患者的康复治疗中观察其康复疗效总结如下。

1 数据与方法

1.1 一般数据 选择 2012 年 11 月~2013 年 12 月广东三九脑科医院康复训练中心收治的脑性瘫痪患者。诊断与分型符合 2006 年 8 月全国（长沙）小儿脑瘫学术研讨会制定的分型和诊断标准，年龄 3.5~8 岁。治疗组 20 例，其中痉挛型 12 例，不随意运动型 5 例，迟缓型 2 例，共济失调型 1 例，平均年龄 5 岁。根据家长意愿，对照组 20 例，其中痉挛型 13 例，不随意运动型 5 例，迟缓型 1 例，共济失调型 1 例，平均年龄 5.5 岁。两组年龄、治疗前 GMFM 评估评分无显著差异。

1.2 方法

对照组进行常规运动疗法、作业疗法、言语疗法、理疗、针灸等综合康复。治疗组再次基础上引用自由体操进行康复训练。

1.2.1 根据脑瘫患者的特点首先改动的是广播体操的背景音乐和口令节奏。背景音乐为去掉原唱的儿歌组成，口令节奏延长为广播体操的 2 倍。

1.2.2 把自由体操的出发体位设置在椅坐位，坐位姿势有固定，髋关节以上和膝关节以下可以自由活动。

1.2.3 自由体操具体内容如下：

1.2.3.1 第一节伸展运动（2*8），第一拍双手向前平举手心向下，第二拍双手上举手心相向，第三拍双手水平外展手心向下，第四拍手臂落下还原至体侧，五六七八拍动作重复。

1.2.3.2 第二节扩胸运动（2*8），第一拍双手握拳于胸前扩至肩关节处，第二拍双手击掌于胸前，第三拍双手握拳一臂水平外展手心向、前另一臂屈曲于胸前手心向后，第四拍手臂落下还原至体侧，五六七八拍动作同，方向相反。

1.2.3.3 第三节踢腿运动(2*8),第一拍左小腿向前踢出双手叉腰,第二拍右小腿向前踢出双手叉腰,第三

拍双腿向前踢出双手叉腰,第四拍手臂落下双腿还原,五六七八拍动作同,方向相反。

1.2.3.4 第四节体侧运动(2*8), 第一拍左臂侧平举掌心向下右臂胸前平屈掌心向下, 第二拍上体同时侧倾左手叉腰右手摆置上举掌心向内, 第三拍重复第二拍动作, 第四拍还原出发体位, 五六七八拍动作同, 方向相反。

1.2.3.5 第五节体转运动(2*8), 第一拍两臂同时侧平举掌心向下, 第二拍身体向左转同时双手胸前击掌一次, 第三拍身体向右转同时双臂伸直至侧上举掌心向内, 第四拍身体转正两臂还原至体侧, 五六七八拍动作同, 方向相反。

1.2.3.6 第五节全身运动(2*8), 第一拍两臂经侧摆置上举交叉掌心向前抬头看手, 第二拍身体前屈双臂体前交叉手心向内低头看手, 第三拍双手扶膝肘关节向外低头眼看前方, 第四拍还原出发体位, 五六七八拍动作同。

1.3 疗效评定

对照组与治疗组均分别于治疗前和治疗后3个月由专人前后评定, 比较治疗前后的疗效。

粗大运动功能的评价: 采用粗大运动功能评估量表(GMFM-88)。采用GMFM-88中的B区(坐位)、D区(站立)及E区(走、跑、跳)评分。坐位功能总分为60分、站立功能总分为39分, 走跑跳功能总分为72分。每项指标记分方法: 每项指标记分方法: 0分, 完全不能做; 1分, 完成不到10%; 2分, 完成10%~90%; 3分, 全部完成。

1.4 统计学分析

采用SPSS10.0统计软件包进行统计学分析。计数数据采用 χ^2 检验; 计量数据用均数±标准偏差表示, 治疗前后比较采用t检验, 设定显著行为 $P<0.05$ 。

2 结果

观察发现两组患者接受综合治疗后均有不同程度的功能改善。而两组在治疗前运动功能评定结果无显著性差异, 治疗3个月后运动功能评定结果出现了明显的不同, 对两组治疗前与3个月后治疗后评定结果分别进行了比较, 结果发现功能提升的效果治疗组明显优于对照组($P<0.05\sim0.01$)。见下表

两组患儿治疗前后GMFM评分比较(% , $X\pm s$)

	B区	D区	E区	GMFM评分	
治疗组 (20例)	42.36±0.88	18.62±0.94	35.48±0.92	32.72±0.83	治疗前
	48.55±0.86	27.76±0.83	41.39±0.85	40.27±0.91	治疗后
对照组 (20例)	43.17±0.92	18.59±0.90	35.35±0.89	32.65±0.85	治疗前
	46.79±0.89	25.24±0.87	38.21±0.90	36.77±0.92	治疗后

注: 与治疗前相比, $P<0.05$, 与对照组相应时间比较, $P<0.01$ 。

3 讨论

近年来随着脑性瘫痪逐步为大家所认识, 脑瘫儿童的康复手段越来越丰富, 在运动疗法中不管是盛行已久的Bobath技术, 还是新兴的核心稳定训练或者运动控制。他们都认可并遵循小儿的运动发育规律, 从近端到远程的发育, 及中枢侧向末梢侧发育, 比如上肢的功能是先获得肩胛带的稳定性以后, 手的精细动作才得以发育, 下肢的功能是在取得髋关节的稳定性以后, 足的运动才得以发育。目前, 脑性瘫痪的康复注重的是综合康复, 我们的目的也是为了脑瘫儿童的全面康复进而回归家庭、回归社会。那么我们在进行康复训练的同时就应该顾忌其他相关方面, 利用甚至融合各种技术的优势以达到我们所要的康复目标。自由体操的动作简单, 纷繁多样, 动作涵盖面广, 包括头颈、

躯干、四肢(包括脚和手)以及肩和髋等关节的动作与动作控制均有适当的要求,将音乐、韵律和上下肢及躯干的全身运动相结合,达到锻炼各部分肌肉、关节的作用。这对于学龄脑瘫患者的康复训练来讲有非常明显的意义。

本研究表明,将第九套广播体操适当的改变成的自由体操应用于学龄脑瘫的康复治疗中,对改善其运动能力提高康复疗效有较为明显的意义。

4 参考文献

- [1] 陈秀洁,李树春.小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件[J].中华物理医学与康复杂志,2007,29,(5):309.
- [2] 常冬梅. Bobath理论与历史的变迁[J]. 中国康复理论与实践,2011,17(9):801—804.
- [3] 马丙祥,张建奎,郑宏. 核心稳定性理论与脑瘫康复[J]. 中国儿童康复,2010,2(2):50—53.
- [4] 史惟,廖元贵,杨红,等. 粗大运动功能测试量表与Peabody粗大运动发育量表在脑性瘫痪康复疗效评估中的应用[J]. 中国康复理论与实践,2004,10(7):423—424
- [5] 王春平. 动作示范在广播操教学中的合理运用[J]. 考试周刊,2011,16(6):137-138.
- [6] 巨耐虎. 广播操也能发挥大作用[J]. 甘肃教育,2012,20(2):28-30.

作者通讯:姜积华,广东三九脑科医院 治疗师

地址:广州市白云区沙太南路 578,510510

邮箱:jiangjihua_1983@163.com

以肩关节控制训练为主改善不随意运动型脑瘫患儿精细动作的个案研究

【摘要】

对 1 例不随意运动型脑瘫患儿在进行 OT 训练时，在对该患儿的粗大运动功能、精细运动功能、语言交往能力等各项功能进行评估的基础上，对其制定了个性化的作业治疗计划，该治疗计划主要以肩关节控制为主。经过 2 个月的训练，患儿在精细动作方面的能力有了明显改善。

【关键词】脑性瘫痪，康复，肩关节，精细动作

不随意运动型脑瘫是由椎体外系损伤引起的，是一种常见的脑瘫类型，占有所有脑瘫的 20% 左右，是临床上治疗效果较差的脑瘫类型之一，尤其是其精细动作能力更是较难得到很好改善，由此也导致该类型脑瘫患儿独立生活最困难。因此，如何改善不随意脑瘫患儿的精细动作能力，提高其生活质量是摆在作业治疗师面前的一道难题。本人结合临床工作经验发现通过加强肩关节控制，增强肩关节的稳定性对改善不随意运动型脑瘫患儿精细动作能力方面意义重大。

1 研究对象

患儿余某，男性，5 岁，因“说话困难，发音不清晰，流涎，四肢活动不自主至今”于 2014 年 06 月 04 日来我康复中心进行康复治疗。

2 研究目的

本研究着重对不随意运动型患儿在进行作业治疗时，着重加强肩关节的控制与稳定性训练，力争能够在较短时间内最大程度上改善其上肢的精细操作能力以及日常生活自理能力（ADL），促进较快回归家庭，提高生活质量。

3 研究过程

3.1 评估诊断 该患儿的诊断及临床分型符合 2006 年中国康复医学会儿童康复专业委员会、中国残疾人康复协会小儿脑瘫康复专业委员会提出的标准，为不随意运动型小儿脑瘫，系锥体外系受损所致。双上肢存在的主要问题：右上肢活动时不自主晃动明显，定位差，右手全掌抓物困难；左手剪式抓物，左手可完成搭塔 3 块、拧瓶盖、涂鸦、拔放木钉；双手不能完成拍手、穿珠子、解系纽扣、模仿搭楼梯、折纸等双手协调及手眼协调运动；日常生活动作大部分依赖。根据以上的问题，为该患儿制定的近期治疗目标是：1.提高右手的抓握能力 2.双手能完成拍手动作；远期目标：独立进行日常生活自理。

3.2 康复训练方法 根据以上的评估诊断，为患儿设计了如下作业治疗训练方法，主要为提高肩关节的控制及稳定性而设计：1.右侧肩关节的控制相对较差，因此特针对右侧肩关节进行稳定性的训练①：肩胛骨的被动回旋运动；②：肩关节挤压：患儿取坐位，治疗师向肩关节外展 90 度方向进行肩关节挤压；③：患儿坐于齐胸水平高度桌前，让其向前方伸展上肢，促进肩胛带与上肢的分离运动；④：抵抗适当阻力行耸肩、肩前屈、外展、触摸对侧肩膀、屈肘训练（治疗师徒手给予阻力），用以增强右侧肩关节周围肌群的力量；2.为了改善其双上肢的非对称性姿势，提高双手的对成性动作，采取了如下训练方法：①患儿坐位，治疗师坐于患儿身后，握持患儿双肘关节，使其双上肢于身体正前方推重物：如桌子、墙壁等等。②患儿坐位，治疗师坐于患儿身后，握持患儿双肘关节，使其前臂旋后，且躯干稍后倾行双上肢后方支撑训练；③患儿坐位，治疗师坐于患儿身后，握持患儿双肘关节，给予适当

助力，让患儿进行举高绑有两斤重的体操棒训练。3.抓握训练：①右手抓握大号木钉盘并放进木钉盘的全掌抓握训练；②右手前三指抓取正方体木块训练；4.双手协调训练：患儿左右手交替侧方拍皮球、双手同时侧方拍皮球、举高投皮球训练。5.穿戴特制坎肩：根据该患儿情况，特将其一日常所穿坎肩进行改良：该坎肩采用弹性较好且较厚的材质布料，在两肩肘关节处分别缝有一带拉链的口袋，该口袋可装不同重量的颗粒物：如米袋、沙袋、铁砂袋等，用以在平时家庭训练时使用，提高其肩关节的稳定性。以上1、2训练方法看具体情况一次各选择1~2项，15分钟/次，5次/周；3方法5分钟/次，5次/周，训练一个月；4方法5分钟/次，5次/周，第二个月开始进行，训练一个月。

4 结果

在2个月的康复训练结束后，对患儿的精细动作、ADL能力进行了评估：双手能够完成中线合握、拍手动作，右手能主动丢小球，双手能完成穿成传递动作；可缓慢独立用右手持勺进食，但常有食物洒落。

5 讨论

人的自主运动虽然由锥体系启动，但必需锥体外系的参与，锥体外系损伤后，突出的表现为肢体运动的不随意，出现不自主动作，这种不随意动作在安静、情绪放松、姿势稳定、睡眠时消失，在受到惊吓、刺激、试图完成某些动作或保持稳定时有意识动作时出现。该患儿的上肢不随意动作表现的尤其明显：当患儿右手试图伸手取物时，上肢外展稍后伸，不自主晃动明显，常打翻物体，手指过度伸展而后屈曲，全掌抓握困难，拿不到想拿的物体；释放物体时采用上肢缩回、手掌张开、手指过度伸展的方式。同时，头颈会歪向左侧，左侧上肢产生屈曲、旋前、拇指内收，手握拳，手指屈曲的姿势大力按压住桌面或身体，进行固定用以稳定姿势；双手不能合在一起，无法进行拍手、穿珠子、解系纽扣、模仿搭楼梯、折纸等双手协调及手眼协调运动；且右手不能到口，右手无法进行进食活动。

患儿上肢表现出以上的不随意运动具体分析有如下原因：首先，该患儿的原始反射残存。受非对称性紧张性颈反射的影响，四肢常表现为一侧屈曲、一侧伸展，呈“拉弓射箭”或“茶壶状”姿势；其次，姿势性肌张力波动明显，难以维持稳定的姿势。由于相反神经支配障碍，缺乏维持姿势张力、关节固定、身体近位端同时收缩的能力，因而不能维持抗重力姿势，不能维持中间体位，特别是头部的控制调节能力最差，不能保持稳定的姿势。再次，肩关节缺乏稳定性。主要体现在三个层面：第一，缺乏肩胛带的稳定性：在小儿的生长发育过程中，只有形成了脊柱的伸展模式与屈曲模式相协调以后，才能保证肩胛带的稳定性，以及用上肢负荷体重和体重移动时肩关节进行屈曲与内收活动。而由于该患儿相反神经支配发生障碍，肩胛带周围肌肉不能进行同时收缩，因此肩胛带缺乏稳定性，这时患儿在各种活动中就会用肩关节的外展、后伸来代偿，用以增强肩胛带的稳定性，造成了肩胛带与上臂间产生了联合运动，在活动上肢时出现翼状肩胛，以致肩胛骨的稳定性得不到发育。阻碍了患儿上肢与肩胛骨的分离运动，同时阻碍上肢向各个方向的伸出与精细动作，这种情况下，患儿为了使体重向侧方移动便将头部向负荷体重侧倾斜，不能矫正至正中位，因此，就不能产生头部与躯干适当的矫正反应，使身体姿势不对称。第二，肩关节生理构造的特殊性加剧了患儿上肢的不随意运动。广义的肩关节由肩肱关节、盂肱关节、肩锁关节、胸锁关节、喙锁关节、肩胛胸壁关节六个关节组成。由于肩肱关节是由肩胛骨的关节盂与肱骨头连接而成的球窝关节，因肱骨头远大于关节盂的面积，且韧带薄弱、关节囊松弛，故肩肱关节是人体中运动最灵活的关节。于是，肩关节的该种生理构造进一步加剧了上肢的不稳定性以及不随意运动。

由上述内容可知，除了常规的大家所关注到的对不随意运动型患儿的训练需要抑制异常姿势、促进肌肉的同时收缩以外，加强肩关节的稳定性与控制能力显得极其关键。肩关节的稳定性主要依靠静态稳定结构与动态稳定结构来维持。静态稳定结构主要包括软组织、喙肩韧带，盂肱韧带、盂唇、关节囊以及关节面的相互接触、肩胛骨的倾斜和关节内压力。肩关节的动态稳定结构主要包括肩袖（冈上肌、冈下肌、小圆肌、肩胛下肌）、肱二头肌及三角肌，其中，肩袖是维持动态稳定的关键。冈上肌通过将肱骨头向关节盂牵拉来保持肩部的稳定；冈下肌、小圆肌在冈上肌被启动后，能外旋肱骨头，并且通过关节加压来稳定肩关节。另外，肩关节运动的主要相关肌肉还有：肩胛提肌、菱形肌、上斜方肌、下斜方肌、胸大肌、背阔肌等。肩关节周围肌肉在运动过程中收缩产生动态稳定作用，其作用机制体现在四个方面：肌肉本身的体积及张力，肌肉收缩导致关节面之间压力增高、关节的运动可以间接使周围静态稳定结构收紧以及收缩的肌肉本身有屏障作用。

综上所述：肩关节控制与稳定性与全身姿势的稳定与控制是相互影响相互促进的，在改善不随意运动型脑瘫患儿的精细动作能力以及日常生活活动能力方面具有重要意义。在今后的康复训练过程中，尤其是作业治疗师在关注抑制其异常姿势、促进上肢肌肉共同收缩的同时应该加强肩关节的控制以及稳定性训练，以求在较短时间内能够最大程度的改善该类型患儿的生活质量，促其早日回归家庭，回归社会。

【参考文献】

- [1]陈秀洁.儿童运动障碍和精神诊断的诊断与治疗[M].北京：人民卫生出版社，2009
- [2]李晓捷.实用小儿脑性瘫痪康复治疗技术.北京：人民卫生出版社，2009.8
- [3]戴红.人体运动学.北京.人民卫生出版社，2008.3
- [4]陈秀洁.小儿脑性瘫痪的神经发育学治疗法.郑州:河南科学技术出版社，2012.8



柒、
儿童作业治疗
经验分享

关于亲子教养 值得职能治疗师传递给 父母的三个观念

彰化基督教医院职能治疗组组长
彰化县职能治疗师公会理事长
陈宜男

多年的临床实务经验有一个深切的体悟，尽管提供再优质的教育或疗育，成效总会差那临门一脚，而造就成功的关键，就在于「父母」身上，唯有落实居家延伸教育，才能让整个疗育更加完整。「父母的教养态度决定孩子的成长动能」而正确的教养态度则建立在以下三个基础之上：『知识』、『陪伴』与『用心』。

前阵子有一位心急如焚的母亲带着孩子（小萱）来找我，根据妈妈陈述，小萱今年6岁2个月，是家中唯一的小孩，就读大班，认知学习方面没有问题，但小萱不太喜欢动态的游戏，并排斥在幼儿园中一切的动态游戏，也经常被其他小朋友取笑，甚至会有严重的情绪反应，导致小萱与其他小朋友的互动出现了问题，个性也日趋封闭。

在会谈中谈及家庭教养的方式，发现父母的教养观念存在着一定程度的问题！当天，我陪小萱玩了一下粗大动作的游戏，发现小萱并不排斥这类的活动，只要在适当的引导下小萱可以玩得十分开心！当天治疗结束后，我先教了妈妈几个球类游戏作为居家活动，请她回家后每天定时「陪」着小萱玩。

当小萱第二次来到治疗室，妈妈很得意的跟我说「陈治疗师，我照着你教的方法陪小萱玩几天，好神奇，他突然会接球了，而且还会主动找我玩球耶！以前都没有这样的经验！」

探究原因，父母对于小萱疼爱有加，因为父母平时工作很忙，大都将小萱寄放在祖父母家，加上小萱平常不吵不闹，是个非常乖巧的小孩，因此小萱大部分的时间都可以自己安静得玩玩具、看故事书或画图，因此父母产生了以下误解：

1. 小萱很乖巧很独立，加上父母平常也没什么时间陪小孩，父母很放心的让小萱自己玩。
2. 祖父母仅能提供小萱一般生活上的照顾，较无法陪伴游戏与学习。
3. 父母认为小萱是女生，画图与阅读很适合她，也很积极的栽培这类的兴趣（如上绘画课程、购买许多绘画相关的书籍和教具）。
4. 父母认为玩球不重要，也不会有甚么大问题，而且认为在操场才能练习跑步，刚好住家附近又没有操场，所以不知道该怎么办。

综合归纳可以初步得知父母的亲职能力可能出现了以下的问题：

1. 先入为主的「男女有别」观念而限制了孩子的兴趣。
2. 父母缺乏时间陪伴孩子。
3. 父母较重视静态活动(阅读、绘画等)，因此花费较多心力在培养小萱这方面的能力；至于动态性的游戏，父母着墨太少且缺乏概念，例如谈到感觉统合，父母也不太理解。

其实只要父母将对于小萱静态活动般的「用心」转移到动态活动上，多花点时间阅读相关的书籍（如感觉统合与体适能的书籍等）和构思动态性的游戏；此外，动态活动需要的是「陪伴与互动」，玩起来才会有趣，例如拿球丢墙壁自己接和两人互相丢接球，有趣程度一定会有差别，因此可以全家一起规划一些互动性的动态游戏，在互动与竞赛之下，小萱一定会对动态游戏逐渐感到兴趣。父母是孩子发展最重要的「催化剂」，用心有多少，陪伴有多少，孩子的发展就会有多少！

良好的教养态度则建立在三个基础之上：『知识』、『陪伴』与『用心』

1. 知识

孩子要有良好的发展，父母就必须掌握孩子身心灵成长的关键钥匙，而这关键钥匙即是「发展里程碑」。我们必须清楚的知道孩子在每个阶段需具备的能力与技巧，这样才能提供切合孩子年龄的训练与添购适当的玩具，不至于事倍功半。

此外，所有的成长都是按部就班的，唯有将基础打稳，才能往下一个阶段迈进，例如孩子要有良好的离地爬行能力，就必须要学会如何将自己的身体撑起来趴着；孩子要有良好的行走能力，就必须学会让自己站得稳。紧记，揠苗助长反而会让孩子感受到压力，并进而对活动失去兴趣甚至产生排斥。

2. 陪伴

现代的孩子，有三个代理父母：祖父母、保姆与 3C 用品，许多父母总是把「要赚钱养家活口，没空陪孩子」挂在嘴边，导致疏忽了孩子的成长，并失去了与孩子之间的「亲情」与「互动」。临床上，普遍发生的现象为到了孩子读小学之际，父母开始接手孩子的学习，才愕然发现孩子的成长出了问题，却已过了最关键的 0-6 岁成长黄金期。其实，父母双方每天只要各拨空半小时陪陪孩子玩游戏、阅读或运动，就可获得意想不到的正向效果！

3. 用心

光是具备『知识』与『陪伴』还不够，父母还需要用心的去规画与经营孩子的学习与游戏。父母必须主动探索孩子感兴趣的学习或游戏题材（例如观看孩子喜欢的卡通或书籍等），运用这些题材提升孩子参与的动机；此外，也必须时时刻刻动脑筋让学习或游戏方式更加活泼。用心的父母，会记住孩子每一个重要的日子；用心的父母，会想尽办法逗孩子开心；用心的父母，会竭尽所能了解孩子的想法与需求；用心的父母，永远会把「家庭」摆在第一位！

最后，提供几个问题让各位进一步的思考：

1. 您如何看待「学步车」？是「学步」还是「移动监狱」？
2. 您如何看待「小班认识数字与注音符号，中班学习写数字和注音符号，大班练习拼音和写国字」的观点呢？
3. 现在的住家环境大都无法提供孩子独立的游戏/学习空间，您该如何提供建议呢？
4. 父母舍不得买玩具，您该如何提供建议呢？

以上问题，没有正确答案，但如果您努力思考，一定会对您未来与父母互动有很大的帮助。

三位儿科/儿童精神科职业治疗

《 我与儿科职业治疗 》

苏晓红

职业治疗师

「职业治疗」的名字好像跟小孩子完全扯不上关系，而且职业治疗这行业亦不算是人所皆知的行业，所以很多时候亦需要花点时间让小孩、家长及照顾者明白我们的治疗目标及服务范畴，以配合共同的治疗路向。「职业治疗」源自翻译英文 Occupational Therapy，而小孩的 Occupations(职业)就要视乎他/她的角色。一般孩子在成长阶段都会担当不同的角色，如学生、儿女、兄弟姊妹、同学、朋友等...而上述所提出的每个身份角色都像述说了他们随之而来的发展性任务，例如学生需要一定的写字技巧、专注力、生活管理技巧、情绪及社交技巧等...而职业治疗正正就是一种针对短暂或永久性身体、心理、行为、智力、社交方面之残障人士，提供以个人或小组的康复治疗专业。

职业治业为儿童提供的服务很广泛，小至功能性的小肌肉、视觉感知、感觉统合、动作协调训练，大至日常生活自理、情绪社交甚至乎家庭管教及辅导。感谢我院杨姑娘的循循善诱、同事间的互相交流以及资源的配合，让我们能想出更多具治疗价值而且创新有趣的活动！在工作上，看到孩子能够有所进步以及享受其中的过程，是我最大的满足感，盼望这能成为一份推动力，让我们这群职业治疗师团队不断进步。



我有句谚语想跟大家分享 — 「授人以鱼不如授人以渔」，我常以此提醒自己，亦藉此机会互相勉励。很多时候我们都会着眼于解决病人眼前的障碍，但只有用授人以渔的思维方式，才能为他们想多一步、想得更远。作为一位初职的职业治疗师，我不敢自夸一定可以帮助到各类型的病人在学习、娱乐及自理方面都能够有所改善，但我与自己的专业都抱着同一个信念，就是会尽心尽力透过切合病者需要以及具治疗性质之活动，帮助接受治疗人士掌握所需生活技能，协助他们重返家庭、重回工作岗位、重新投入社群生活，以实现独立、有意义和丰富的人生。

《穿着恶魔外衣的小天使》

沈素仪

香港职业治疗师

我是二零一三年五月从职业治疗学系毕业的新鲜人。毕业后加入了现职的急症医院到现在有一年多。这一年过得很快，在节奏急速的步伐下不断摸索，每天都有不同的挑战和学习。今次的分享正好是一个机会可以慢下来好好的想想自己的工作，还有当中的感受。

在九月中，我迎接了我第一次的工作岗位调动（rotation）。我从内科调去了令我又惊又喜的儿童及青少年精神科。

首先说说为什么是「喜」呢？因为我由读书的时代起就特别钟情儿科。小朋友的反应天真直接，喜欢就是喜欢，讨厌就是讨厌。只要可以用对了沟通的方法，他们就会跟着指示一步步去做治疗。另外，儿科最常用的治疗媒介就是玩具，色彩缤纷，有的会动，有的会播放音乐，为治疗的过程中增添了不少欢乐的气氛。在大学二年级时，我就是到了职业治疗部的儿科展开了我在第一次为期八星期的长实习。在那次的学习经验里，我开始对职业治疗重视的「全人关怀」有了实体的印象，不再流于纸上谈兵。也是从那次实习之后，让我有了兴趣继续在这方面发展。

但又为什么「惊」呢？因为「儿科」跟「儿童及青少年精神科」是不同的领域啊。儿科的小朋友，大多数是体能障碍，如发育迟缓、发展性协调障碍等。但后者的小朋友主要是自闭症和过度活跃症为主，在治疗的方向和方式也跟儿科有很大的出入。在最后一次的实习，我也曾经有一半的实习时间接触过儿童精神科，那次的经验不是很成功，也实在让我对这个领域有了胆怯的感觉。我就是抱着这种战战兢兢的心情接受了这个挑战。

我有大部份的时间是给住院病人做治疗的。他们入院的原因各有不同，但总结来说，也是出现了一些问题，或行为上的，或情绪上的，让家人难以处理和照顾，需要住院观察再详细地拟定治疗计划。当中，职业治疗在功能训练上扮演一个很重要的角色，例如社交技巧、专注力、自理能力等。因此我需要经常出入病房开小组和为个别的病人提供切合他们所需的训练。

最初，我是十分紧张的。在还没有接触过这类小朋友的时候，我完全没办法想象有人可以因为在游戏中落后了一分，或是怀疑别人偷看了他手上的牌而大发脾气。破口大骂、口角、肢体碰撞可以一经引爆后接连出现，让人措手不及。另外，也有特别考验治疗师情绪智商的时候，就是遇上有对立反抗性疾患（Oppositional Defiant Disorder）的小朋友，故意不服从治疗师的指示，甚至捣乱让小组无法进行。可想而知，这些小朋友在医院外面对的困难会是何等的大。他们很难接受自己的测验分数不及他人高、不能输掉游戏、因为会留意不到别人的表情和感受而交不到朋友。

遇上治疗过程不顺利的情况故然让人气馁，感觉很多准备和努力都白费了。但随着日子，我看到了部份小朋友开始改变。从很容易发脾气、不懂表达情绪、自我中心，开始了会接受挫败，可以更好的控制自己的怒气，也可以懂得礼让。当然，他们还是很需要旁人的协助和提点，但是他们也真的因为治疗师和整个治疗团队的合作，渐渐的装备了自己一些协助他们融入社群的技巧。

看着他们的进步和成长，让我感到满足。当然，在这个领域中还有很多很多我需要学习的地方，例如：不同的治疗理论和实践、跟家长的协调技巧等。但我相信他们的笑容和一声声的「沈姑娘」会成为我最大的动力，继续令自己成为一个更好、更能帮助他们的职业治疗师。

《 期待已久的儿科 》

陈慧玲

香港职业治疗师

在大学读书的时候，我们可以根据自己的兴趣去选择实习范畴，但因为有兴趣在儿科实习的同学太多了，所以我一直都未有机会尝试。幸运地，终于在我工作三年后，我有机会接触儿科。我首先接触的是儿童普通科，大部份小孩子主要是发展迟缓。每次见到家长们都请假陪同子女出席治疗，亦感受到家长们对子女关心，使我更尽心尽力地去训练每一位小孩子，更想学习更多有关儿科的知识。

现在，我主要的工作范畴是为职业治疗部儿童精神科的小孩子提供小组和个别训练，当中大部份的小孩子都是被断诊为自闭症谱系或过度活跃症。一天，一位就读小学二年级的女孩 Anna 和妈妈一同来应诊。这次治疗的目的是为 Anna 提供书写及小肌肉评估和训练。Anna 在评估期间怒气冲冲，不断埋怨而且表现得很不合作；我起初亦不以为然，细问之下才知道原来 Anna 因为要来做治疗，所以不能参加当天学校的课外活动，一星期只有一次的课外活动而且还是她喜爱的非洲鼓。最后我决定不继续为 Anna 做评估(因为即使完成评估，评估结果也不能如实反映 Anna 的情况)，于是我改为和她玩游戏作训练，最后我和 Anna、Anna 妈妈商讨下决定下次的治疗时间尽量不和她的课外活动时间有冲突，以及预先告知下次治疗要完成评估测试。这个时候，Anna 说：「下一次我都要见陈姑娘。」我回答说：「下次再见。」

小孩子表达的方式是最直接的，他们不懂得加上任何修饰和美化。他们不像成年人能够专心地做同一个训练(例如：写字 15 分钟)。故此，当他们在治疗期间感到沉闷时，就会表现得不合作、不专心等。所以，职业治疗师需要透过不停转换玩具来为小孩提供训练。现在我在平日逛街的时候，总会不自觉地留意身边的小孩子正在玩什么玩具，玩具店的橱窗又摆放了什么玩具等等，好像是回到童年时的情景。

在我的眼中每一个小孩子都是天使或小魔怪的化身，但他们的行为总是令你回心微笑，舍不得责怪他们。小孩子的发展迅速，只要为他们提供一个合适的学习环境和机会，一个月前后他们的发展就已经会进步了不少。每次治疗结束后，我都期待下次为他们的治疗，亦期望他们每一次的进步。所以，我很享受身为儿童精神科职业治疗师这份工作。





捌、

国际作业治疗研讨会暨中
国康复医学会第五届全国作
业治疗论坛



2015 国际作业治疗研讨会

暨中国康复医学会第五届全国作业治疗论坛

第三次会议通知

- 主办机构** 中国康复医学会、香港职业治疗学院
- 承办机构:** 深圳市康复医学会
- 会议时间:** 2015年3月20-22日 (3月19日报到、23日参观深圳或香港康复医院)
- 会议地点:** 维也纳国际酒店(深圳北站店) 深圳市龙华新区致远中路2号深圳北站西广场
- 会议主题:** 功能、生活、健康与幸福
- 会议形式:** 主题演讲、分组专题讲座、操作演示、论文报告、作业治疗专业数据展览、康复产品展览
- 参与者:** 作业治疗师、康复治疗师、医师及护士、社会工作者、康复管理人员、作业治疗或康复治疗学生及教师、以及各界残疾人工作者。
- 会议征文:** 我们诚邀您向会议“论文发表”环节投稿。
- 报名方式:** 参加者需网上注册,注册费在网上注册完成后经电子交易平台支付,系统自动把收据发送到参加者电邮信箱
- 招商联络人:** 王玉龙,张瑞昆(台湾)
- 研讨会注册费用:**

代表种类	提前报名 2015/02/18 截止	正常注册 2015/03/18 截止	现场注册 2015/03/19
一般会议代表	1100	1300	1500
一般会议代表 (只限香港OT, 参加 3月21-22日两天会议)	800	1000	1200
全日制在校作业治疗学生	300	1300	1500

注意:

- 会议名额有上限,所有代表及工作人员均须在网上报名,满额后不接受现场报名及不安排住宿。
- 全日制在校作业治疗学生网上报名时要上传学生及学科证明文件

重要日期:

2015-02-18

截止提前注册 /开始正常网上注册)

2015-03-18

截止网上注册

学术活动内容:

查询:

吕星 13751060072 zhfddm@126.com 邱嘉欣 13510525731

ka_star@163.com

大会网页: www.hkiot.org/2015iotc

主题演讲嘉宾:

	<p>Professor E Sharon Brintnell Director of the Occupational Performance Analysis Unit (OPAU) Department of Occupational Therapy The University of Alberta, Canada Past President, World Federation of Occupational Therapists 世界职业治疗师联盟 前任主席 加拿大</p>		<p>周一嶽医生 香港平等机会委员会 主席 香港食物及卫生局 前任局长 香港</p>
	<p>林克忠教授 教授兼医学院总务分处 主任 国立台湾大学医学院职能治疗学系 台湾</p>		<p>黎颖强先生 中国残疾人康复协会理事 中国残疾人康复协会社区康复 专业委员会常务理事 中国残疾人联合会“居家康 复”项目深圳负责人 深圳</p>
	<p>黄锦文先生 香港职业治疗学院 会长 香港大埔医疗职业治疗部部门经理 香港</p>		<p>梁国辉先生 香港职业治疗学院 副会长 香港伊利沙伯医疗职业治疗部 部门经理 香港</p>

已答允邀请的嘉宾及报告题目 (暂定)

专题	题目	讲者
主题演讲	Happiness and Well being comes from the Ordinary Everyday Things in Life	Sharon Brintnell (加拿大)
	Healthcare, Rehabilitation and Equal Opportunities	周一嶽 (香港)
	深圳市残疾人居家康复服务与ADL探究	黎颖强 (深圳)
	The Pursuit of Happiness through Active Participation in Occupation	黄锦文 (香港)
	The Bridge to Happiness	梁国辉 (香港)
手康 复	Rehabilitation program following hand allotransplantation	张瑞昆 (台湾)
	僵硬手的预防和康复治疗	王骏 (无锡)
	臂丛神经损伤的康复	陈少贞 (广州)
	十指双前臂完全离断再植成功	张子清 (深圳)
	促进手功能训练支具新设计	黄锦文 (香港)
脊髓损伤康 复	脊髓损伤病人利用机器人训练与传统职能治疗之比较	柯宜峰 (台湾)
	BTE 在脊髓损伤康复中的应用	顾越 (北京)
	脊髓损伤患者活动和参与的促进	李奎成 (广州)
	Community Integration for people with spinal cord injuries	陈宝珊 (香港)
神经康复	Prospective memory problems in patients with neurological disorders: assessment and cognitive rehabilitation.	文伟光 (香港)
	Assessment and training of unilateral neglect in people after stroke: An update	方乃权 (香港)
	电脑辅助作业治疗新发展: 人工智能认知训练	叶智斌 (香港)
	脑卒中后单侧忽略的研究进展及临床研究分享	杨永红 (四川)
	脑卒中患者的吞咽训练	窦祖林 (广州)
	Effects of working memory training for expressive aphasia.	叶香君 (台湾)
	脑卒中后的习得性废用	危昔钧 (广州)
	香港作业治疗七级上肢功能系统训练方法	陈刚 (香港)
	作业治疗在中风患者上肢训练新趋势	林翠明 (香港)
	利用异步脑波律动之评估研发镜像治疗系统	李秉家 (台湾)
	脑卒中后肌张力增高和痉挛的作业治疗	林国徽 (广州)
功能、生 活、健康与 幸福	.职能治疗如何提升生活质量	吕淑贞 (台湾)
	Lifestyle Redesign and Mental Health	何静雯 (香港)
	Hope Therapy Programs' to improve health and wellbeing of clients with chronic disease	吴倩华 (香港)
OT教育	作业治疗学历教育在内地的最新发展	敖丽娟 (昆明)
	Occupational Therapy Education in USA	MU Keli (美国)

	Student pre-discharge communication with patients and their families	Kit Sinclair (香港)
内地OT发展的现状与展望	内地作业治疗发展现状与展望	闫彦宁 (河北)
	综合医院开展 OT 面临的机遇和挑战	陈少贞 (广州) 戴玲 (南京) 危昔均 (广州)
	康复专科医院开展 OT 面临的机遇和挑战	李奎成 (广州) 林国徽 (广州) 顾越 (北京)
	OT 教学中面临的困难和挑战	胡岱 (昆明) 胡军 (上海) 杨永红 (四川)
国际作业治疗服务新发展	OT Service in Canada	Sharon Brintnell (加拿大)
	OT Service in Hong Kong	郑慧慈 (香港)
	OT Service in Malaysia	Teoh Jou Yin & Teoh Ter Fu (马来西亚)
	OT Service in Taiwan	张自强 (台湾)
	OT services development in internet-connected cities	刘志豪 (香港)
心理健康	Development of OT Mental Health Service for adult psychiatric patients in public hospitals in HK - Challenges and Opportunities	Maurice Wan (香港)
	Recovery in Action: OT Programs for adult mental health services in public settings in HK.	June Chao (香港)
	无锡同仁国际康复医院精神 OT 服务模式	苏彬 (无锡)
	OT 运用团体动力模式于精神疾患之介绍与成效	刘靖旋 (台湾)
	Community Mental Health Service - Personalized Care Programme, in HK	Menza Chu (香港)
	职业治疗在香港综合小区精神健康服务中的角色	Liu Yuet Ming (香港)
	台湾精神小区复健之现况与发展	吕淑贞 (台湾)
职业康复	广东工伤康复中心职业康复服务的现况与发展	徐艳文 (广州)
	台湾职能治疗在职业重建之角色与发展	陈美香 (台湾)
	重返工作心态强化训练	梁国辉 (香港)
老人康复 (认知障碍)	Cognitive Rehabilitation for Psychogeriatric Patients in Hong Kong	Grace Lee (香港)
	Application of Montessori Programme for Persons with dementia in Long Term Care Home	Doreen Ho (香港)
	职能治疗在失智症团体的介入	张自强 (台湾)

家居及小区 康复	居家康复的评定量表	王玉龙 (深圳)
	Occupational Therapist Role in Geriatric Community Services	刘志豪 (香港)
	小区复健模式与专业团队的合作	张廷宇 (香港)
家居及小区 康复	居家康复的评定量表	王玉龙 (深圳)
	Occupational Therapist Role in Geriatric Community Services	刘志豪 (香港)
	小区复健模式与专业团队的合作	张廷宇 (香港)
生活辅具应用	深圳辅助器具适配服务或生活中的无障碍环境——辅助器具适配应用	范佳进 (深圳)
	渐冻人(运动神经元疾病)的沟通辅具。	张瑞昆 (台湾)
	Facilitating Community Rehabilitation through i-Rehabilitation and Assistive Technology	陈洁玲 (香港)
儿童	职业治疗在心光 - 视障儿童复康	邓美妙 (香港)
	自闭症儿童的认知功能训练	叶香君 (台湾)
	自闭症青年人士社交效能训练	潘恩赐 (香港)
	职业治疗如何帮助有肢体障碍的学前儿童提升生活参与	罗尚芊 (澳门)
	为有特殊需要之学童所提供的作业治疗	卢景鸿 (香港)
	脑瘫感觉统合与神经发育学治疗	姜志梅 (黑龙江)
	计算机科技于儿童写字障碍之应用	张韶霞 (台湾)
作业治疗新 角色	从医院出发--台湾职能治疗服务的拓展	陈豫中 (台湾)
	OT as Consultancy for Elderly Housing and Universal Design Community	吴倩华 (香港)
	The challenge of OT private practice - the past 25 years and into the future	Shelley Chow (香港)
作业治疗新 科技	双侧上肢机械协助训练在中风复建的应用介绍	张志仲 (台湾)
	New technology in cognitive rehabilitation in occupational therapy	Marko Chan (香港)
天灾后作业 治疗的工作	Building occupation-based resilience in disaster-prone communities	Kit Sinclair (香港)
	地震灾害后作业治疗应用与反思---基于病案加拿大作业活动量表评估的多元回归分析	朱毅 (南京)
	台湾莫拉克台风重灾区长期照顾服务之推展经验	林采威 (台湾)
中国传统康 复与作业治 疗	脑认知功能的中医康复研究	杨珊珊 (福州)
	少林内功对慢性阻塞性肺气肿 (COPD) 肺功能影响的研究方案探讨	孙武权 (上海)
	理筋手法联合 CPM 在膝关节置换术后康复指导中的应用	白玉 (郑州)
	腹针治疗中风后肩痛的临床观察	陈红霞 (广州)

	中医传统康复概述及其与作业疗法的关系	王祚邦 (深圳)
	刺络放血拔罐疗法治疗急性缺血性中风	金远林 (深圳)
	针刺颈肌起止点治疗颈源性高血压的临床研究	陈东风 (深圳)
	针刀配合中医作业疗法在肩周炎康复中的作用	秦少福 (深圳)
	平乐郭氏荣肌揉筋法治疗关节僵硬的临床研究探讨	蒋拥军 (深圳)
工作坊	上肢复康支具制作示范	张永强 (香港)



中华 OT 电子季刊编辑委员会

黄锦文 香港职业治疗学院

张瑞昆 台湾高雄长庚纪念医院

林国徽 广东省残疾人康复中心

李奎成 广东省工伤康复医院

顾越 中国康复研究中心

屈云 四川省华西医院康复医学科

陈少贞 中山大学附属第一医院康复科

本期责任编辑:张瑞昆

Thank You!

