

目 錄

Contents

特殊需求兒童音樂治療實務應用	1
戲劇治療應用於特殊教育的七種介入模式	7
馬術治療對全面性發展遲緩兒童之應用與影響：以一位染色體異常兒童為例	20
藝術治療與特殊兒童.....	28

桃竹區特殊教育

第三十一期

中華民國 92 年 6 月創刊

中華民國 107 年 7 月出版

經費補助：教育部

發行人：趙本強

主 編：鄭淑芬

執行編輯：黃淑敏、馬秀慧

印刷廠商：翰文印刷設計有限公司

編印者：中原大學特殊教育學系暨特殊教育中心

地址：32023 桃園市中壢區中北路 200 號

電話：03-2656751

傳真：03-2656729

特殊需求兒童音樂治療實務應用

陳淑瑜/臺北市立大學特殊教育學系教授

音樂治療於特殊教育領域的應用已有相當豐富的歷史，除了經常使用的兒童中心即興方法，近年來創新與趨勢性的模式及策略也持續發展中。本文將藉由作者多年來所執行的音樂治療實務範例，綜述音樂治療應用於特殊需求兒童的方法與設計理念。

一、音樂治療執行之先備能力與臨床技巧

音樂治療在臨床上主要利用節奏、力度、速度、音色等音樂元素和音樂結構化的特色，提供促發、連結、提示、協調、表達等功能（Whipple, Gfeller, Driscoll, Oleson, & McGregor, 2015）。音樂治療師必須接受專業的訓練，依個案的狀況彈性應用音樂和治療的策略以達成預定的目標。為特殊兒童施行音樂治療的先備能力包括：能彈奏各種樂器，能正確評估特殊兒童的需求和音樂能力，能正確選擇或編擬評量工具，同時具有觀察、記錄、晤談和合作協商的技能。音樂治療師使用聽、唱、奏、律動、即興、創作等主動性（active）和接受性（receptive）的治療技巧。在音樂治療帶領能力的訓練當中，純熟的音樂技巧是執行音樂治療的先備技能，也是療程中個人技巧表現的基礎條件（陳淑瑜，2014）。

音樂治療師應具備的音樂技巧，涵蓋熟練的樂器彈奏和歌唱技術，以及音樂選擇或即興創作等能力。在實施音樂治療的過程中，治療師必須同步應用彈唱和即興編曲技巧，依治療的對象縝密評估並選擇適當的音樂，同時將口語融入音樂，帶領兒童學習新的歌曲，選擇適當的音樂元素並完成配器應用等。而治療師所需之個人技巧涵蓋姿勢、態度、距離、肢體語言、說話聲音、面部表情、眼神接觸等項目的靈活應用，治療師在療程中必須對治療的執行具備充分的掌握度，且能提供多樣化的非語言媒介之傳遞，其中口語的使用時機、肢體語言的適當表達與回應，以及眼神敏捷環視各種狀況等臨場應變能力經常需要同步進行（陳淑瑜，2014）。

二、音樂治療執行之特殊考量

音樂治療的核心理念即以兒童為中心（Wigram, 2004），特殊需求兒童有其個別的特殊性，因此治療的內容和執行方式皆須依每位個案提供個別化的設計。舉例來說，針對聽覺處理延宕的個案，在樂器敲奏之前，應先進行自身聽覺訊息處理的內化訓練。亦即，當孩子敲打節奏有慢半拍的情形時，須先就孩子節奏感延遲的態樣和問題進行觀察分析，不要急著用節拍

器或打擊樂器等外在的媒介提示或訓練，而應強化本體覺和前庭覺，採用肢體和聽覺一致的活動，讓孩子將所聽到的音聲內化為自己的動覺，才能延伸感覺的一致性，進而在打擊樂器敲出精準的拍子和節奏。除此之外，養成孩子喜歡優美舒適而非大聲吵雜的聲音，則是讓孩子情緒穩定的重要關鍵。維持環境中的寧靜，對孩子的情緒穩定度可達事半功倍之效。因此，教師須仔細選擇帶領活動或讓孩子合奏時的樂器，避免太多金屬聲或高音域的樂器，建議多選擇木質聲或中低音域的樂器（陳淑瑜，2013）。

一般較為熟悉的典型音樂治療流程包括：暖身階段的哈囉歌、治療階段的各式活動和結束階段的再見歌，相似於特殊教育教學流程中的準備活動、發展活動和綜合活動的概念。但這樣的流程安排有其意義，並非一成不變。若不了解流程背後的意義，所執行的將僅是表象的活動，仍舊無法視為音樂治療。在音樂治療中，哈囉歌有喚起或引介主要活動的功能，再見歌則有預告活動短暫告一段落或圓滿終結的意義。而治療階段則建議依孩子的個別需求和目標，設計動態和靜態穿插的各式主動性和接受性活動，尤其音樂媒介的選擇更須考量音樂元素的使用與焦點目標連結的關係，避免讓孩子僅為參與

而參與，忽略治療的目的。

三、個案實例

以下將就典型的音樂治療實施流程與實務範例，協助讀者了解各階段臨床音樂治療之應用方法和意義。

1. 建立關係

「小朋友進到治療室，治療師馬上跟著彈唱哈囉歌，孩子們露出笑容走向彈琴的治療師，坐在鍵盤前面細心聆聽。治療師邊唱邊問候孩子們『今天好不好？』接著暫停音樂等待大家回應。孩子們回應後再繼續彈奏並隨機對著不同的孩子唱著問，『你的名字是什麼？』，直到每個孩子都被點了名之後，接著唱出今天的活動內容做為暖身活動的結束。」

建立關係是音樂治療的基礎，所需的時間長短會依個案的氣質或障礙而有不同。在建立關係的初期，以孩子為中心的活動設計和執行是主體，故治療的暖身階段有可能彈唱的是治療師自編的哈囉歌，目的在建立活動結構化的明確性，使個案有依循的方向和安心感；也可能使用個案喜歡或熟悉的歌曲，除了拉近彼此的距離，也讓孩子快速從歌唱中與治療師建立連結以及一起進行活動的共識。在關係建立之後，暖身階段的哈囉歌可轉為提示的功能，預告活動即將開始，或者融入社會技巧的學習，營造互動的機會並藉此評量孩子

的能力。

2. 以音樂元素建立常規

「個案 A 進到治療室，四處遊走，治療師拿著鼓配合他的步態敲打節奏，同時拎著另一個備用的鼓，當走近個案時即以力度稍大的鼓聲，強調節奏的精確性，試圖引起他的注意。當個案看著治療師，治療師立即示範如何敲打節奏並將敲打的樂器遞給他，同時自己以備用的鼓搭配個案敲打的節奏，引領個案走回到主要的治療區域。」

治療階段的活動相當多元，主要依個案的個別需求設計。許多兒童第一次進到治療室，會受到環境中豐富的視聽治療器材所吸引，音樂治療師常以各種樂器搭配即興模式，漸進式地協助孩子建立常規，其中可應用的方式之一即是「聽覺節奏」的概念，藉此設計讓兒童模仿和修正，必要時也能降低其侷限或固著的音樂或行為表現。

「聽覺節奏」是一個強而有力的感覺提示，在許多兒童缺乏內在時間感的情況下，音樂治療師依孩子的狀況使用即興技巧，調節其動作時間感和協調力。音樂治療常用「共乘」(entrainment) 的概念 (Galińska, 2015)，以孩子熟悉、喜歡或和諧的音樂做為應用上優先的考量，並適時加入音樂互動遊戲，除了調節孩子的行動力和情緒，也用以刺激其生理和行為反應 (Habibi & Damasio, 2014)。

3. 以音樂元素建立溝通管道

「個案 B 敲著棒棒糖鼓，走到屏障後面，躲著偷看治療師。治療師彈著鋼琴，同步模仿個案敲打的節奏，依個案的擊打速度時而漸慢、漸快或停止音樂，個案笑著，看著治療師，慢慢走出屏障，持續敲著手裡的鼓，漸漸跟上音樂的節奏。」

上述音樂治療旨在藉由音樂或樂器產生的音聲，為有溝通困難的特殊兒童開啟其非語言的溝通管道，展現其自發性的互動及創作動機，進而調節情緒並發展各領域的技能 (Bruscia, 1987)。

音樂治療師在治療過程中營造有趣的互動氛圍，使用「同步模仿」的策略 (Wigram, 2004)，以即興音樂跟隨孩子肢體表現出來的任何動作，如：走步、停住、敲打等，吸引孩子的注意。此策略為使孩子意識到聲音與自身的連結，提升其眼神注視或增加主動參與的動機。

4. 發展音樂互動遊戲

「治療師彈著擺在桌子上的鋼琴，個案 C 以治療師為中心，不停地環繞著治療師走動，也不時看著治療師直直笑。接著蹲下來拉地上的延長電線，試圖用地上的電線圍住整個桌子，象徵性地製造出自己的領域，同時把幾個樂器放到桌子底下，自己也躲了進去。治療師跟著幫忙用椅子團團圍住個案的領域，個案裂嘴笑開，並和治療師玩

起躲貓貓的遊戲。……接著個案站起來，隨著治療師彈唱的節奏踏步，笑著環繞桌子走一圈，又從籃子裡拿起棒棒糖鼓，繼續邊敲邊繞著治療師。治療師彈琴配合著個案的身體節奏，當個案走過治療師身邊時，笑得很開心。」

音樂治療以兒童為中心的互動模式，經常隨著孩子的主動性發展出許多音樂遊戲的玩法，成為孩子的友伴，也經常快速獲得孩子的認同與信任，因此相當容易誘發一起參與或合作的愉快經驗。

5. 擴展彈性、降低堅持同一性

「個案 D 一走進教室就將全部的窗戶關上、鎖上。關好後，從籃子裡拿起棒棒糖鼓和治療師一起合奏。天氣很熱，治療師帶著個案把兩扇窗戶打開，告訴他好熱所以要開著，個案接受，我們走向鋼琴邊坐下來。不久，個案又示意想把窗戶關上，治療師摸摸他的頭說很熱，不用關窗，試圖以輕快的音樂轉移，讓個案跟著節奏打鼓。不久，他又再度指著窗戶，治療師持續以搖動樂器、唱歌轉移他的執著，接著又回到鋼琴，配合個案的搖動速度及大小聲，以琴聲吸引他投入在活動中，幾次個案想過去關窗，但都被輕快活潑的鋼琴聲激發，繼續保持在參與當中。」

音樂治療師利用音樂的豐富性，製造有趣的旋律或聲響，維持孩子的專注力，轉移孩子對特定物

件或事件的執著，也讓孩子自發性選擇維持在喜愛的活動當中，並逐漸降低其堅持同一性。尤其鍵盤樂器的多樣性，可製造出相當多元的聲響效果，更適合應用在擴展孩子的彈性。

6. 增強策略的應用

「個案 E 處理生氣的方式就是撕破自己的衣服，因此衣服常有縫補過的痕跡。個案非常喜歡音樂，過去治療師入校時曾多次帶著孩子唱歌，幾分鐘的彈唱就能轉換個案的負面情緒，以快樂的心情繼續上課。在治療師到校進行個案研究期間，教師與治療師共同研擬出協助孩子學習情緒管理且不隨便撕破衣服的增強制度。平日由教師協助個案自我檢核情緒控管的情形，再依訂定的契約和表現結果決定孩子是否可以參與一週一次的五分鐘彈唱活動。當治療師入校時，孩子先呈現該週的紀錄表給治療師檢閱，若可以獲得彈唱增強物，就由個案點歌、治療師彈唱，孩子可以自由選擇並決定是否敲打其他樂器共同參與伴奏，歷時約 5~8 分鐘。個案在密集聽唱所有點選的歌曲之後，會開心且滿意地離開，繼續自發性地累積下一週的增強點數。」

音樂治療師和學校教師的合作是相當重要的一環，若能給予孩子相當喜愛又不易獲得的增強物，成效會特別顯著。音樂是孩子

喜愛的媒介，根據孩子的狀況和喜好設計增強的內容和形式，由教師和治療師共同構思和執行，問題行為改善的結果和持續性通常會相當良好。

7. 發掘孩子的優勢並關注生活經驗

「個案 F 在學校經常表現出衝動、過動和易怒的特質，影響同儕關係和師生互動，又因來自弱勢家庭，生活匱乏，對治療室中的所有樂器都充滿了好奇。轉介音樂治療的初始目的在於協助孩子調節情緒，到治療室玩樂器提供孩子一個情緒的出口，也漸漸與治療師建立良好的關係。治療師逐漸發現在所有樂器當中，吉他和鼓是個案的最愛，因受限於彈吉他的技術無法短時間習得，孩子也抗拒被教導，擊鼓因此快速成為個案發揮自我的媒介。……在治療過程中個案表現出曾受過擊鼓訓練的技法，治療師在與孩子的對話中了解到此技能可能來自參與民間廟會陣頭時模仿他人而獲得。一方面在治療室提供個案更多擊鼓學習的機會，也持續與家庭社工共同關注孩子的校外生活和交友情形。」

音樂治療師不僅在療程中提供孩子情緒的出口並協助解決所遭遇的困難，也容易從參與音樂治療的過程中發現孩子的音樂潛能或優勢。治療師在與孩子建立良好的關係之後，經常可從音樂互動的

過程中連結孩子的生活經驗，也能敏銳探究出孩子在家庭和學校以外的交友情形。尤其來自弱勢家庭的孩子，當家庭無法發揮功能之時，更需要陪伴在身邊的師長和專業人員給予高度的關懷，並適時協助引導。

四、結論

本文從作者多年入校督導和親自執行音樂治療的實務經驗中，簡單列舉特殊教育領域可運用或與治療師合作的範例，期盼藉由理論與實務並用的案例描述，讓特教教師或相關實務工作者有參考的依據，以利教學和介入的應用。

參考文獻

- 陳淑瑜 (2013)。特殊兒童音樂治療之音樂選擇和樂器應用。**國小特殊教育**, 56, 17-40。
- 陳淑瑜 (2014)。特殊教育系學生學習音樂治療帶領技巧之歷程研究。載於陳淑瑜 (主編), **2014特殊教育暨表達性藝術學術與實務論文研討會論文集** (1-28頁)。臺北市：臺北市立大學特殊教育中心。
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvitational models of music therapy*. Springfield, IN: Charles C. Thomas.
- Galińska, E. (2015). Music therapy in neurological rehabilitation settings. *Psychiatria Polska*, 49(4), 835-846.

doi:10.12740/PP/25557

Habibi, A., & Damasio, A. (2014).

Music, feelings, and the human brain. *Psychomusicology: Music, Mind, and Brain*, 24(1), 92-102. doi:

10.1037/pmu0000033

Whipple, C. M., Gfeller, K., Driscoll,

V., Oleson, J., & McGregor, K. (2015). Do communication disorders extend to musical messages? An answer from children with hearing loss or autism spectrum disorders. *Journal of Music Therapy*, 52(1), 78-116. doi:10.1093/jmt/thu039

Wigram, T. (2004). *Improvisation:*

Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students. London, England: Jessica Kingsley.

戲劇治療應用於特殊教育的七種介入模式

蘇慶元/伯大尼兒少家園戲劇輔導督導

戲劇治療為 1950 年代，英國戲劇教育家 Peter Slade 首次提出的概念¹，其內涵是將戲劇/劇場的方法，從事以治療為目標的工作。按照英國戲劇治療協會，其戲劇治療的定義為「戲劇治療是一種方法，用來協助個人瞭解並減緩社會及心理問題、精神疾病與身心障礙；以及促進在個人或團體中以口語與身體溝通的創造性架構來接觸自己本身，並做象徵性表達。

(Jennings, Cattanach, Mitchell, Chesner, & Meldrum, 1993)。從中，我們可以看到戲劇治療可以應用的範疇，包含臨床的個案，例如有醫學診斷與身心有特殊需求的個案，或是協助個人發展與成長為目標。

而戲劇治療在台灣的發展，由於醫事法的規範，使得國外學習戲劇治療研究所畢業並取得國外執照的人，其治療資格並未獲得國內心理師法的承認，因此並不適合從事臨床上的治療行為²。但是戲劇

治療應用於特殊教育的族群中，如早療、智能障礙、自閉症...多是在教育的脈絡下工作，因此較不受到其法令限制。然而，在特教界中，主流的治療介入除了傳統的語言、物理、職能治療以外，當有機會使用到其他的輔助療育方法時，多以音樂治療、藝術治療、舞蹈治療，甚至是馬術治療、園藝治療，而不會思考到戲劇治療，原因往往在於許多人對於戲劇治療的想像，都是需要有象徵能力與口語能力的扮演為主，因此由於個案發展的限制，因而較少思考到以戲劇治療的方式作為介入方式。

以筆者來說，大約十八年前開始以戲劇教育中的創造性戲劇模式，應用在婦聯聽障文教基金會的聽損兒、喜憨兒基金會與樹仁社會福利基金會中的成年智能障礙者。十年前筆者去英國就讀戲劇與動作治療碩士 (MA of Drama and Movement Therapy) 並取得英國 HCPC³ 註冊戲劇治療師執照之後，開始長期在樂山教養院、愛家發展中心、天使發展中心、聖文生發展中心，以及其他單位等工作，接觸的個案從早療到成年、從輕度到極重度等不同個案都有，深深感到戲劇治療的概念應用在特殊教

¹ Peter Slade 在 1930 年代已經使用 Dramatherapy 的概念，而於 1959 年《Dramatherapy as an Aid to Becoming a Person》一書中，正式使用 Dramatherapy 一字。

² 在國外獲得表達性藝術治療學位或認證資格等，在台灣並不被醫事法所認證。筆者與其他三項表達性藝術治療（藝術治療、舞蹈治療、音樂治療）於 2017 年有聯合提出倡議，希望能夠將相關條例放寬解釋，但是衛

福部並未同意。

³ HCPC (Health and Care Professions Council) 為英國掌管衛生健康的單位，如同台灣衛福部。

育的可能性與成效。此文就要來分享戲劇治療應用在特殊教育中，筆者自行分類成七種介入模式。這七種模式可以應用在不同發展階段與不同目標的族群上。此外，由於筆者介入的角色有時偏治療層面，有時則在教育層面，因此可能會使用個案或學生等不同的名詞，來泛指與筆者工作的對象。

一、**感官遊戲**：筆者給予戲劇治療中的感官遊戲的定義，「這是最原始的遊戲，它以感官媒材為介入的工具，藉其來誘發個案的動作的自發性與心靈的玩耍性，並且視覺、觸覺、嗅覺、味覺為主要互動的工具，並不需要使用到想像力、語言以及人際關係互動的能力。」戲劇治療師 Sue Jennings 提出 NDP (Neuro Dramatic Play) 的概念，裡面強調感官遊戲對於建立依附關係的重要。當中指出依附關係需要由實際上感官刺激方能建立，當我們為個案帶來舒服的感官刺激，例如使用按摩油按摩身體，或是帶領個案一起玩麵粉，都有助於建立依附關係 (Jennings, 2011)。在《*Why Love Matters: How Affection Shapes a Baby's Brains*》一書中提到，「當互動關係是愉悅時，這能促進邊緣皮質層發展自我調節，以及社交互動的能力，並且減少壓力荷爾蒙皮質醇的分泌；而我們最初愉悅感的來源，是來自於氣味，聲音與被觸摸」(Gerhardt, 2004)。對於筆者來說，在面對重

度與極重度的個案時，由於其自發性低，身體限制大，多處於被動接受刺激的狀態。然而當我們以感官遊戲介入時，由於媒材本身帶來不同的刺激，例如太白粉與不同的食用色素混合、泡泡水、地瓜泥、刮鬍泡...等，能有助於引發個案自發性的動作去探索媒材。

此外，當筆者與早療團體工作時，由於大部分早療個案人際互動經驗少，彼此互動程度較低，筆者也常使用感官遊戲介入，藉著個案們對於感官媒材的注意力，練習等待、共同注意 (joint attention)，並且練習共同使用媒材，去習慣與人分享空間。例如當幾位個案都對不同顏色的刮鬍膏感興趣時，我們將個案三人一組，在同一個臉盆中發下刮鬍膏，則他們開始練習與他人共享一個臉盆的空間。同時，許多個案有著觸覺敏感的問題，我們可以藉由感官遊戲媒材的調整，讓個案得以慢慢降低防衛。例如，有個案對於呈現半固體狀的溼麵糰有明顯的厭惡感，不敢用手去探索，則我們可以用感官刺激較少的糖沙或鹽巴來玩耍；當個案習慣之後，再隨著慢慢增加媒材的濕度與黏度，慢慢降低個案的敏感問題。最後，對於許多我們工作的個案來說，「吃」往往是最大的增強物，而「廚房」往往是感官遊戲最多媒材的寶庫之一，於是我們可以藉著創作不同的食物，來增加個案參與

的動機，例如使用地瓜來作為雕塑的材料，或是使用不同的食用色素與糖沙在吐司上面作畫，又或者使用糯米粉與食用色素結合，創作出獨一無二的湯圓等，當我們創作結束之後，再一起進食，往往能引發個案最大的參與感與樂趣。

二、身體遊戲：身體遊戲，筆者定義為「以身體為主要介入媒介，藉著與治療師或協同帶領者的身體或媒材，直接帶給個案本體或前庭覺為主的遊戲，過程中不須使用想像力或語言能力。」在與特殊教育架構下工作時，在台灣往往有不同以身體為主的介入方式，例如創造性舞蹈（creative dance），舞蹈治療或動作治療（dance therapy/movement therapy）。但是就筆者的經驗來說，這些工作的方式，往往需要個案有更多的自發性，以及身體有基本的行動能力；對於中重度的個案，或是缺乏自發性的個案往往力有未逮。而筆者在英國讀書時接觸到 Veronica Sherborne 的夏邦發展動作模式（Sherborne Developmental Movement，簡稱 SDM）正好可以彌補此缺陷，並且也兩度引進日本 SDM 的老師來台灣辦理 SDM 工作坊⁴。

SDM 是由發展角度為主的一套身體動作教育模式。其概念在於

⁴ 筆者於 2015 年與雙溪基金會合作，邀請日本 Mariko Kinumo、Misako Sekiguchi 兩位老師，辦理 SDM Level 1 與 Level 2 工作坊。

由於嬰幼兒發展過程，是先發展各自部位的身體能力，然後使用身體去探索空間，進而與人發生關係，於是 Sherborne 也應用這樣的概念在動作遊戲中，其目標是使個案能夠「自在的使用身體，並建立與人的關係」（Sherborne, 2001）。夏邦本人觀察母嬰互動，進一步發展出三種關係遊戲，分別是（一）涵容遊戲（Containing/Supporting Play）、（二）對抗遊戲（Against Play）、（三）分享遊戲（Shared Play），分述如下。

（一）涵容遊戲：這是指個案將身體重心交託給主要照顧者，或是其身體空間被主要照顧者包覆的身體遊戲，而在舞蹈治療/動作治療具有開拓性理論的拉邦（Laban）⁵提及，身體的力的展現，即為自我的展現（Newlove, 2003）。在涵容遊戲中，個案將重心交託至另一人身上，我們得以協助個案發展對於主要照顧者的信任與建立其安全感，同時練習身體的放鬆。

（二）對抗遊戲：對抗遊戲指的是個案身體向外或內對主要照顧者或物件，進行推或拉的遊戲。若個案向外推，是建立個人的空間的界線，能協助個案建立內在界限；若

⁵ 拉邦（Rudolf Laban），為德國舞蹈家、舞蹈理論家與建築師，提出一套拉邦動作分析（Laban Movement Analysis），將動作區分為時間、空間、質地...等可被分析的因子，並將其與人的內在相連結，為舞蹈治療與動作治療最重要的基礎理論之一。

個案往內拉，則是將外在的個體/物件拉近身體中心，能協助個案以行動表達其需求。在對抗遊戲中，個案與涵容遊戲正好相反；涵容遊戲中個案將自我交託給另一人，而對抗遊戲中個案或將客體推出去，或將客體與自我接近，都是在發展自我能力的過程，在協助個案發展自我能力感。例如夏邦對抗遊戲中的監牢-主要照顧者用身體形成的空間限制住個案，並鼓勵個案出力離開，就是一個很好的例子。

(三) 分享遊戲：這種遊戲是個案與主要照顧者在身體遊戲中，能夠察覺到彼此身體力的改變，進而調整自己身體出力的方式，進而再度影響對方身體的行動，又反覆察覺與自我調整的過程。在這樣的遊戲中，我們協助個案發展人與人的互動關係。人與人的關係並非完全如涵容遊戲中的信任而失去自我，也非如對抗遊戲中的將客體的主體性消滅；真實世界中人與人的關係，多如分享遊戲中能夠察覺對方並改變自我的反覆過程。夏邦的身體遊戲中，如互相平衡的遊戲：我們邀請個案站在治療師的大腿或背上，並且保持平衡；在這樣的遊戲中，都能夠協助個案去注意到與另一人的關係，並且做出細緻的身體調節。

SDM 的理論容易理解，操作上除了以治療師/老師的身體為工具之外，也可使用不同的道具，如

布、球、氣球傘...等，有非常廣泛應用的可能性。筆者除了應用於重度、極重度等非口語並且行動能力不便的個案上，也可使用其理論與有情緒問題的個案工作，是特教上非常好用的教學/治療工具。

三、投射遊戲：投射遊戲指的是治療師藉由某種媒介，例如偶、物件、繪畫...等，邀請個案使用媒介進入虛構/想像的世界工作，並且藉此媒介，與個案自身區分開來的工作模式。而這樣的工作模式，不論在戲劇治療、遊戲治療都是非常重要的工作方法，因為藉著媒介與個案自身區分開來的工作中，可以產生距離化（distancing）的作用，得以繞過個案的防衛機制，將個案意識/潛意識的問題表達出來，並做進一步的深入探索。

但此遊戲需要個案有更成熟的心智發展；以皮亞傑的認知發展階段論來說，投射遊戲需要個案有前運思期以上的認知思考能力，才能象徵性的使用物件（杜聲鋒，1991）。所以應用在特教範疇上有其限制，往往集中於中度智能障礙者以上才能用此遊戲工作。此外，由於在特教領域的個案，在使用物件上，往往因為其象徵思考有所限制的關係，而在使用物件上，讓治療師/老師無法判斷，他們究竟是使用物件表徵出內在，或是單純的如同身體或感官遊戲，藉著使用物件來滿足觸覺或本體覺的需求；因

此，治療師/老師在選擇使用投射遊戲介入時，應該要能夠更加細緻的區分出發展上的階段性。因此，筆者根據自身經驗，更細緻的劃分出五種不同階段的投射遊戲，能讓老師更有階段性的操作投射遊戲。

（一）選擇物件：邀請個案進行物件的選擇，例如提供許多物件，詢問個案「這裡有很多東西，若我們要去海邊玩，你會帶什麼東西？」，或是「選一個娃娃作為主角」...等。

（二）排列物件/剪貼物件：當個案選擇的數項物件之後，我們利用個案所選擇的物件進行排序，例如在個案選擇了許多小家具之後，我們邀請個案創作一個家、或是我們邀請個案使用雜誌上的圖案，剪貼出一個他想要實現的願望，又或是選擇五樣想要的禮物，將它們排出重要性的順序。

（三）自由創作：這裡指的是提供個案某項創作媒材，邀請個案自由進行創作，例如用蠟筆畫出我的家庭，或是用黏土雕塑出一個動物。

（四）物件演出：個案象徵性的使用物件，能夠藉其表達出慾望、喜好、行動，我們常見的如個案一個人玩娃娃，就是此階段的遊戲。

（五）物件與物件演出：在這個階段中，治療師/老師/同儕也使用物件，與個案的物件，共同在想像的世界中進行互動。在這個遊戲階段，個案開始與他人互動。

筆者會視個案的狀況，使用這五階段的模式來運用投射性遊戲介入。例如以筆者曾經在樂山教養院做過的數周的課程為例，我先邀請學生選擇一個偶做為主角，然後選擇布與物件，為其偶創作一個家；然後使用雜誌來剪貼出那個主角的生活，並且用偶展現出來；然後使用偶彼此拜訪產生互動關係，最後再從許多墓碑中選擇一個作為偶的墓碑，並且寫下墓碑上的文字。對於許多口語表達有困難的個案，例如腦性麻痺，或是中度自閉症等個案，投射遊戲可以有效的提供他們表達內在的機會。

四、扮演遊戲：當個案有象徵思考的能力時，就發展上來說，會有先投射遊戲-使用物件進行想像的遊戲，而下一個階段，則是使用物件為道具，讓自身成為角色-進行「以我來扮演非我」的遊戲。例如一個男孩先使用了一個布成為披風，然後開始扮演起國王。我們在正常發展的幼兒中，常常看到他們彼此使用玩具進行扮家家酒，彼此扮演父母、醫生與病人、商人與客人等，就是此階段的遊戲。這種扮演遊戲在教育與治療上有極高的價值，幼兒與兒童藉此遊戲，來再現現實生活中的事件，但是在遊戲的氣氛中，並未有現實生活中的限制，因此角色可以轉變、行動充滿了自由，個案可以宣洩、洗滌、理解、獲得能力感，並且在想像的世界中

與他人互動，發展彈性的關係，並獲得重新面對現實的勇氣。

但是如同著名的戲劇教育家 Peter Slade 形容，這種階段的兒童遊戲如同「水」一般不同的流動（Slade, 1976），這也造成了成人要使用扮演遊戲與兒童互動的困難。因為成人的世界是穩定的世界，我們期待能指與所指是穩定的，才能讓我們認識這個世界。但是幼兒與兒童的扮演遊戲中，能指與所指的關係是不斷變動的，例如他現在扮演醫生，但是下一刻可能變成父親；他現在用筆當成冰棒，下一刻成為怪物。在這樣流動的情境中，由於缺乏架構與穩定符號關係，很容易造成成年人的焦慮感與無力感，而無法使用扮演遊戲與個案進行互動。

然而戲劇治療的不同流派中，獨樹一格的發展性轉化法（Developmental Transformations，簡稱 DvT）⁶，其特徵就是在治療師與個案的關係之中，不停的流動與轉化，來進行的戲劇治療方式。DvT 的基本概念，是視這個世界為不穩定與流動的，而大部分人的困難與挑戰，在於無法適應這個世界

的不穩定性、或是適應上有困難，因此需要用特定的方式將這個世界穩定下來，好降低自我的焦慮感。例如有憂鬱症的個案可能不願意出門，因為在房間或是自己的家中，可以降低不穩定感；而自閉症的個案，可能藉由自我刺激與固定儀式，來迴避與人互動的不穩定性。而在 DvT 中的三個基本要素，分別是體現（Embodiment）、相遇（Encounter）與轉化（Transformation）。個案與治療師在玩耍空間中，以身體體現不同角色、情境、權力、慾望等，在關係中玩耍，但這樣的玩耍與關係，需要能夠不斷的轉化的，於是在個案與治療師的不停轉化的遊戲之中，來使個案的基模增加彈性，適應不穩定性。

以筆者在聖文森發展中心所進行的三隊親子戲劇治療團體的一個片段為例，兩個個案拿起墊子說要睡覺，我與個案的父母們在想像的牆壁外面，假裝個案們聽不到而要來討論他們，個案則開始拆毀房間的牆壁，而大人不斷的重建牆壁。重複幾次之後，個案們說該睡覺，於是父母們假裝睡覺，而個案扮演成鬼要來嚇大人，大人被嚇到數次之後，則集體希望能躲在小孩的房間之中，讓小孩保護大人們；然後個案假裝睡覺，父母們則開始安撫個案。

在上述的片段中，我們可以看

⁶ 發展性轉化法（Development Transformation）為美國人 David Read Johnson 所開創的戲劇治療方式，結合了存在主義、發展心理學、佛學等不同理論的後現代戲劇治療方式。筆者曾於 2016 年邀請 Warren McCommons Randall 來台進行為期兩年的 Level 1 訓練，現在則由 Adam Reynolds 進行新一梯的 Level 1 訓練。

到遊戲是如何不停的流動，權力關係不停的反轉的過程。以筆者自身運用 DvT 與早療或是成年的智能障礙者團體來說，DvT 能夠有效的刺激個案自發性與表達能力，對於進入架構有困難的中度智能障礙者，特別能夠在這樣不停流動的遊戲中進入情境與其他人互動，並且產生各種互動的彈性與可能，並進一步表述與探索各種議題，例如在樂山教養院的團體中，我們曾經用 DvT 的方式，個案們將治療師與協同帶領者們視為生重病的人，隔離並拋棄我們；後來治療師們轉化成為流浪狗，個案又將我們一個一個領養出去，似乎藉著這樣的遊戲，我們正象徵性的探索院中許多個案是被父母遺棄的議題。

五、戲劇遊戲：在人類發展的脈絡中，當幼兒有象徵能力進行扮演遊戲之後（大約是在 3-5 歲之間），同時間，他們也進入了幼兒園或小學階段。而在此階段中，由於認知與內控能力增加、並且由於進入體制之後，互動人數變多，如同達爾文所說的「量變產生質變」，因此遊戲無法像扮演遊戲一樣的流動，必須有明確的規則，才能夠在大團體中進行遊戲。換言之，此時的遊戲，大都需要在現實中有明確的規範，才能夠在想像的世界中與他人互動；舉例來說，原先 2-4 人的辦家家酒，可以自由的改變角色與情節；但若是人數是 30 人同時

進行，則需要有明確的角色分配與固定的情節，不然無法進行，而這就是皮亞傑的遊戲發展中，最後一個階段-規則遊戲。

然而，個案雖然無法如同扮演遊戲一樣自由的按照自我意志來發展遊戲，但是在戲劇遊戲中，則提供了個案社會化的學習歷程，個案必須在戲劇遊戲中學習建立規範，在社會規範與個人意志中，學習取得平衡，練習使用身體與聲音成為表達的媒介，並進而發洩、理解、反思，同時學習更複雜的人際互動模式，發展同理心...等。

而在戲劇遊戲中，美國的兒童戲劇專家 Winifred Ward⁷與 Viola Spolin⁸所提出的創造性戲劇（Creative Drama）概念中，提出一套完整的定義與操作方式，可以應用在戲劇遊戲之中。根據美國兒童戲劇協會（The Children's Theatre Association of America）對創造性戲劇的定義為「『創作性戲劇』是一種即興的，非展示的，以程序進行為中心的一種戲劇形式。在其中，參與者在領導者的引導之下，去想像，實作並反應出人們的經驗……」（張曉華，2007），而在這樣的定義下，我們使用不同的戲劇遊戲，並不以演出為目標，

⁷ Winifred Ward 為美國戲劇教育先驅，首先將許多的戲劇性活動放於教育課堂之中。

⁸ Viola Spolin 亦為美國戲劇教育先驅，她使用許多的遊戲來做為表演訓練，並有許多劇場遊戲的相關著作。

讓學生在當中創作與表達。

以樂山教養院的一堂課為例，筆者邀請學生三人一組，一個人作雕塑家、一個人作黏土、一個人作模特兒，而雕塑家必須觀察模特兒的動作，並且使用黏土的身體，重現模特兒的動作，然後三人輪流角色交換。接下來我給予一個主題：令人害怕的事情，請雕塑家使用另外兩個人為黏土，塑造一件害怕的事情。結果有人做的是蛇，有人做的是在吵架的人們。在這樣的過程中，學生在第一個階段主要是以感覺動作期的學習為主，學習並且練習身體控制、觀察、與他人互動，而在第二個階段中，由於有了第一階段的先備知識後，開始以形式運思期的方式學習，學生先往內反思自己害怕的事情，然後用他人的身體再現這些事，自我的不愉快或創傷的回憶，得以以戲劇的形式再現成為公開分享，並獲得反思與支持。而若學生進入第二階段的創作有困難時，我們可以使用皮亞傑前運思期與具體運思期的思考方式，放映一些可能令人害怕的照片，如黑暗、蟲子、野獸等，刺激學生思考。

六、角色遊戲：我們在幼兒園、小學階段以戲劇遊戲不斷練習進出想像與真實的世界之中；接下來當我們進入國中階段之後，我們的認知能力、後設思考能力與生活經驗更加豐富，使得我們在進行戲劇活

動時，不單單只是玩耍，還能夠進一步深入的反思。如同柯爾柏格（Kohlberg）的道德發展論（張春興，2007），此時不再只是一個道德絕對的階段，我們開始能夠不以單一規則來評價個體行為，因此相對於戲劇遊戲，我們可以在遊戲進行更多的後設思考。舉例來說，在戲劇遊戲中我們扮演白雪公主，而在角色遊戲的階段，我們可以更設身處地的為角色思考，例如皇后為什麼要殺白雪公主？皇后的成長歷程是什麼？白雪公主從獵人的口中得知皇后要殺她時，她內在的掙扎是什麼...等更深入的問題。因此，這個階段的遊戲得以與上個階段的戲劇遊戲區分開來，因為我們能夠更深入思考角色的內在因果，因此筆者稱這個階段為角色遊戲。

在角色遊戲中，我們不只讓學生個案進行扮演，我們進一步的讓個案反思角色與情境，並能夠利用戲劇的形式進行議題、自我的探索，如同戲劇治療師 Sue Jennings 所說，當我們有能力去假裝另一人的心思、感情、行動時，我們才能夠有同理心，深層的理解他人（Jennings, 2011）。而在這個階段，我們可以利用英國的教育戲劇（Drama in Education）模式，或是美國戲劇治療師 Robert Landy 的角色理論（Role Theory）來帶領學生做更深入的探索。

教育戲劇是從英國開展的一種戲劇教育模式，它運用戲劇與劇場的技巧，創造一個細膩的仿真情境，來利用角色的處境反思、表達、探索可能性。舉例來說，筆者在文山特殊學校帶領一個野獸國⁹的教案，我們以《野獸國》（漢聲雜誌社，2010）的繪本為前文本進行扮演與探索，我邀請所有的學生扮演小朋友，我扮演母親；而當小朋友因為母親不在而將家中弄得一團亂之後，我以教師入戲（**Teach in Role**）¹⁰技巧扮演母親來責罵大家。然後，我跳脫母親角色，以坐針氈（**Hot Seating**）¹¹的形式邀請大家表達被母親責怪後的心情，又邀請大家扮演母親，表達責罵小孩的心情。然後，我們一起扮演主角阿奇，決定離家出走到野獸國去大玩一場，然後我扮演主角舉辦一場會議（**Meeting**）¹²，表達自己無聊與想家的心情，學生們則扮演野獸，提出不同的意見要協助主角。討論之後，我們決定要偷偷回家一

趟，然後我們發現了一封母親留給主角的一封信，信中表達母親對主角的想念與道歉，此時我們詢問所有的學生我們是否應該回家，有的人表達要，也有的學生強烈表達不要。事後我詢問學校老師，得知那位強烈表達不願回去的學生，在現實中在家中有被父母責打的經驗。在藉著這樣的一個過程中，學生不單單可以站在母親的角色思考她的兩難，同時也能夠在戲劇情境中自然地與生活連結，表達現實中無法實現的可能，協助學生發洩張力，並進一步的面對生活。

角色理論則是戲劇治療的主要流派之一，其創始人 **Robert Landy** 假設人內在有一個角色庫（**repertoire**），面對不同的情境，會有不同角色；而角色理論的戲劇治療方式，是讓個案引發內在角色之後，挖掘角色深度，並且進行角色情境的演出，並進一步反思，練習在拓展角色目錄、增加角色彈性、深化角色功能（**Landy, 1994**）。以筆者在樂山教養院進行的故事扮演來說，我們會選擇特定的故事，當學生熟悉故事之後，每次都進行同樣的故事扮演，但鼓勵學生扮演不同的角色，去即興發展故事不同的可能性；因為當學生選擇角色時，也代表著選擇角色所代表的不同想法、需求、情緒、行動；當扮演不同的角色時，也在經驗並練習這些不同的想法與行動，進而拓

⁹ 《野獸國》為繪本歷史上非常重要的一本繪本，它不單單刻劃出孩子心中一個單純而美好的世界，而進一步刻畫出面對大人管教的不安與焦慮。

¹⁰ 教師入戲（**Teach in Role**），教育戲劇常用技巧，指老師進入角色，以角色身分與學生互動。

¹¹ 坐針氈（**Hot Seating**）：教育戲劇常用技巧，邀請學生進入角色，與其他學生互動，過程中往往邀請學生坐在一張椅子上。

¹² 會議（**Meeting**）：教育戲劇常用技巧，邀請所有人扮演角色，進入會議情境中進行開放式的討論。

展學生自我的角色彈性。舉例來說，有些平日比較溫和與退縮的學生，當他們習慣扮演之後，則可能去扮演比較有權力、甚至能夠表達負面情緒的角色，而在這樣的過程中，又會反過來影響現實生活中學生的自我表現；或是學生之間有時有明顯的排擠、疏離等情形，當他們在角色與情境中經驗到不同互動的可能性，這也會影響到真實生活的互動。但是由於角色遊戲需要個案擁有較高的認知思考能力，因此應用在特教的場域多以輕中度的個案為主。此外，在特教領域中，個案的情緒、人際問題，乃至於家庭、愛情、價值觀、苦難、死亡...等議題的探索，多被放在次要的位置，角色遊戲則成為探索此特殊複雜議題的工具。

七、劇場呈現：當提到戲劇治療的名詞時，大部分的人都會想到演出，在一般人的概念中，戲劇似乎與演出是離不開的。但是在戲劇治療的概念裡，演出未必是戲劇治療所必須的，尤其在特教領域中。一般人想到的演出，不外乎是有編劇寫劇本，演員背劇本，而導演教導演員表演，然後演出給他人觀看。這不是一個錯誤的想像，但這樣的事實是發生在專業化的劇場工作模式中，而不是教學領域之中。因為在這樣的工作方式裡，所謂的導演與演員往往都沒有受過專業的訓練，卻要承受演出與排練過程中

的壓力，並容易以結果為導向而非過程為導向，因此演員需要能夠完成走位台詞的精準、反覆的排練；而其中最大的一個缺陷是，很多時候在這樣的演出中，學生演員並不是自願性與玩耍性的想要參與過程中；相反的，表演是為了成年人的要求與期待。如同 Peter Slade 提到兒童劇場的演出有幾種錯誤的型態 (Slade, 1976)，包含 (一) 過多的幫助-例如用文字，或是太多物件；(二) 成人世界的時間感；(三) 錯誤的型態與空間經驗，例如要求兒童穿著如同大人般的戲服在舞台上演出。在這樣模仿成人專業型態的演出中，一方面會剝奪了兒童的想像力，同時也無形之中教導兒童，必須要符合成年人演出的期望，而不是尊重他們自己的需求與玩耍性。

以筆者曾經有過的一個工作經驗來說，某個服務特殊族群的機構先是舉辦了一個劇本創作比賽，然後用首獎的作品成為文本，邀請筆者與其服務的個案創作出一齣戲。然而，他們所服務的個案中，將近 1/3 是沒有口語能力，1/2 無法閱讀文字，在這樣的狀況下要求個案背誦劇本是非常挑戰性的一件事；此外，即便個案有口語能力，但是他們很有可能完全不了解劇本或角色的動作意義，但仍然要做呈現。

即便如此，劇場呈現仍然是在

教育與治療上有其非常正面的意義的。以不同的階段來說，在創作的階段，我們能夠提煉玩耍的成果，去反思、控制、收斂遊戲，同時能夠滿足內在表達的慾望。在排練階段，我們能成功遊走在現實與想像、能夠精準控制自己身體與情感。在演出階段，我們在他人見證之下，面對內在與外在壓力，展現自我，而得到成就感，並能發展觀察我的內在概念，並且能在別人需求與自我需求之間取得平衡。此外，劇場是一個需要分工合作的專業，在這當中，所有人都能被賦權，並與他人目標性的溝通、多方面的合作，並有不同媒材的產出。

於是，我們要如何能夠使用劇場呈現的優點，並且迴避可能帶來的缺點呢？這時我們就要回到劇場（Theatre）在希臘文中的原意，英文的 Theatre 是來自於希臘文中的 θέατρο（發音為 théatro），原意為觀看的地方，意即只要有觀看與被觀看的關係，就有劇場的發生，如同二十世紀偉大的當代劇場導演 Peter Brook 所提，有人觀看著另一人走過，這就構成了劇場空間（Brook, 1968）。因此，當我們使用劇場呈現，只需要有觀看與被觀看的關係，就有了劇場，我們並不需要劇本、舞台、服裝、道具。

那麼我們在特教領域中應用劇場呈現，究竟要給他人觀看什麼呢？筆者從事一般戲劇教學已有

十餘年，從發展的角度來說，筆者將劇場分成幾個階段：（一）被見證的遊戲；（二）被見證的即興戲劇；（三）沒有文本的戲劇（以劇本大綱為主）；（四）有文本的戲劇。分別解釋如下：（一）被見證的遊戲：指的是學生進行遊戲時，有旁人參與或觀看。在這樣的狀況下，由於遊戲原本就充滿了自發與玩耍性，因此學生能夠投入參與在其中；（二）被見證的即興戲劇：這裡指的是學生在沒有排練的狀況下，在一個想像情境或是角色之中，與他人即興互動。例如邀請學生即興演出母親責罵兒子的片段；（三）沒有文本的戲劇演出：當學生能夠即興與他人在想像情境中互動，經過兩三次的重複排練，所呈現即興的戲劇。在這樣的情形中，雖然沒有既定的文本，但是由於即興的過程是學生的自發創作，因此往往能在短時間記住大致情節的因果順序；（四）有文本的戲劇演出：這如同一般劇場工作過程，有編劇、導演與演員的工作模式。而這四個階段中，前面三個階段都適合非專業劇場人來使用。

以筆者在天使發展中心的演出為例，我們會在一開始邀請觀眾與演員一起玩遊戲，例如團體手牽手圍成一個大圈用腳踢球，球若踢出去之後大家喊爆炸，然後彼此換位置。接下來我們拿一根紙棒，每人要表演使用紙棒成為某種東

西，例如使用紙棒為球棒或桿麵棍等。然後將觀眾與演員一起分組，彼此要使用紙棒表演出一種職業。在這樣的演出方式中，我們使用（一）被見證的遊戲與（二）被見證的即興戲劇，兩種方式作演出。由於演出的內容都是以遊戲為主，因此我們不需要背台詞、記走位，演員壓力少非常多，但是演員仍然非常有成就感。

再以樂山教養院的方式為例，筆者往往以教育戲劇的方式，花三到四週的時間讓學生熟悉一個故事，然後使用角色理論的概念，每一次都讓學生自發的選擇角色作演出，並且每次都讓劇情即興的發展，直到要演出前二到三週，再將角色固定下來。然後在演出時，仍然保留大量的即興成分，這則是發展到（三）沒有文本的戲劇演出。

而這樣的演出，還有許多細節是值得一提的，如我們是否要演出的決定，都是以學生的意見為主。例如天使發展中心的學生很多都是桃園啟智學校畢業，因此他們提議要回母校演出；而樂山發展中心的個案多以八里附近國中小畢業，因此我們去長坑國小與八里國小各演過兩年。在這樣討論演出的過程中，一方面是來自於個案的自發性，同時我們也得以從他們的選擇中看到更多演出對於他們個人的意義。同時，在演出時我們會限

定人數，大約都是在 40 人以內；而若是要面對能力較個案好的觀眾演出時，筆者會事前先與觀眾溝通，強調這是一場互動性質的演出，以及說明來演出的演員狀況，我們希望這是一場以演員為主體的演出。同時，在演出時，我們也會有很多的分工，例如事前有人畫海報、製作道具，演出時有人帶位...等等，都是可以被賦權出去讓學生獲得成就感的機會之一。

以上為筆者將七種戲劇治療應用於特殊教育的模式約略介紹，期待能夠讓國內的特教領域對於戲劇治療不再陌生，並且能夠進一步的應用於特殊需求的學生上頭，在不同的遊戲之中，開創生命的可能性。

參考文獻

- 杜聲鋒 (1991)。皮亞傑及其思想。臺北市：遠流出版事業股份有限公司。
- 張春興 (2007)。教育心理學—三化取向的理論與實踐。臺北市：東華書局。
- 張曉華 (2007)。創作性戲劇教學原理與實作。臺北市：成長文教基金會。
- 漢聲雜誌社 (譯) (2010)。野獸國 (原作者：M. B. Sendak)。臺北市：英文漢聲出版社。
- Brook, P. (1968). *The empty space*. New York: Atheneum.
- Gerhardt, S. (2004). *Why love matters: How affection shapes a*

- baby's brain*. East Sussex:
Routledge.
- Jennings, S. (2011). *Healthy at-
tachments and neu-
ro-dramatic-play*. London: Jes-
sica Kingsley.
- Jennings, S., Cattanach, A., Mitchell,
S., Chesner, A., Meldrum, B.,
& Mitchell, N. S. (1993). *The
handbook of dramatherapy*.
East Sussex: Routledge.
- Landy, R. (1994). *Drama therapy:
Concepts, theories, and prac-
tices*. New York: Charles C
Thomas.
- Newlove, J. (2003). *Laban for all*.
London: Nick Hern Books.
- Sherborne, V. (2001). *Developmen-
tal movement for children*.
Cambridge: Cambridge Uni-
versity Press.
- Slade, P. (1976). *Child drama*.
London: University of London
Press.

馬術治療對全面性發展遲緩兒童之應用與影響： 以一位染色體異常兒童為例

汪子瑄/臺灣馬術治療中心物理治療師

壹、前言

馬匹幫助人類的歷史起源甚早，古希臘時期的醫學之父-希波克拉底就曾經在著作中提及騎馬的治療價值，而近代有系統且大規模的將馬匹用於幫助有特殊需要的人，則是始於 1960 年代的歐洲，來自於一位偉大女性的啟發。來自丹麥的馬術選手 Lis Hartel 在 1952 年首度開放女性參加馬術項目的赫爾辛基奧運會上，擊敗眾多男性軍官並勇奪銀牌，她同時也是一位小兒麻痺的患者。因為有她用自身經驗讓世人見證騎馬如何幫助她復健，才開啟了日後以馬匹幫助身心障礙者的治療方法。

馬匹輔助活動與治療 (Equine-Assisted Activities and Therapies, 簡稱 EAAT) 是一個廣義的名詞，泛指各式各樣為身心障礙者所提供的與馬匹有關的活動和治療 (Lemke, Rothwell, Newcomb, & Swoboda, 2014)。目前在台灣常見的馬匹輔助活動與治療包括馬術治療、治療性騎乘和身心障礙者馬術運動等形式。其中，馬術治療是指職能治療師、物理治療師、語言治療師利用實證醫學與臨床推理，有目的性的操弄馬匹動作以誘發個案運用感覺系統、神經動作系統、認知系統來達到功能性的介入成效。結合馬匹環境可提供的機會訊息 (affordance) 和其他治療策略，馬術治療是個案整合照護計畫中的一環。進行馬術治療時，治

療師利用馬匹的多元特性，為個案提供符合個別需求的治療計畫，達到改善功能的效果。

馬匹慢步時所產生的動作是三維方向的，具有韻律性、一致性、高重複性與可預測性，可以挑戰個案的軀幹控制與平衡能力，同時改善個案姿勢並協調呼吸系統、幫助個案產生噪音，馬匹動作更可以提供多感官的刺激，幫助個案調節至適當的覺醒程度，因此有利於與外界互動，對個案有全面性的影響。

美國馬術治療協會指出發展遲緩、腦性麻痺、自閉症譜系障礙、腦傷、感覺處理功能失調、遺傳性徵候群等患者皆適合接受馬術治療 (American Hippotherapy Association, Inc. [AHA, Inc.], 2016)。本文旨在介紹馬術治療的進行方式、原理與效果，並報告一位因染色體異常而導致全面性發展遲緩的兒童接受馬術治療的過程和改變。

貳、馬術治療進行方式

在開始馬術治療之前，治療師應先為個案進行完整評估，評估內容應包括個案的疾病史與發展史、各領域的發展狀況與能力、生活情境參與狀況、身體功能與構造等相關評估，另外針對馬術治療部分，還要了解個案是否有不適合進行馬術治療的禁忌症 (如：嚴重的脊椎側彎或髖關節脫位、會失去意識的癲癇發作、寰樞椎不穩定、凝血功能不全等)，詢問個案之前與

馬匹接觸的經驗，並為個案配戴適當的馬術安全帽，評估個案上下馬的動作能力、騎乘的姿勢與在馬背上的平衡能力，最後綜合以上資訊，依據個案的需求選擇適合個案的馬匹、裝備、陪走員與需要的輔具，並擬定治療計畫和目標。

在為個案配對馬匹時，需要考慮個案的體型、能力與需求，同時也要考慮馬匹的體型、步伐與動作 (Davis et al., 2009)。此外，馬術治療所使用的馬匹也需要接受大量訓練，並擁有對稱、規律、真直性 (指馬匹的後肢蹄印應與前肢蹄印保持在同一直線上)、自我乘載的步伐動作，才能將最佳的動作品質傳達給患者。

當進行馬術治療時，馬匹的動作與步伐是由治療師視個案的需求和反應所控制，馬匹被視為一種治療媒介，可以影響個案的姿勢、平衡、協調、肌力與動作感覺系統，而個案則被動的做出反應 (Whalen & Case-Smith, 2012)。因此在治療時，馬匹由一名領馬員負責牽行，依據治療師的指示控制馬匹的行進方向、速度與步伐大小。在個案的左右方則各配置一名陪走員，由治療師、受過訓練的家長或志工擔任，主要的任務在保護學員的安全並協助誘發適當的反應。馬術治療常用的騎乘裝備不同於一般騎馬時所用的馬鞍，治療師通常會選擇厚汗墊和治療性肚帶以利於學員感受馬匹所產生的動作，並提供學員足夠的活動自由度，讓學員可以採取不同的姿勢，如躺、趴、跪等；但是如果個案有

特殊狀況，如：嚴重的平衡能力受損、髖關節外展角度嚴重受限等，治療師也可能會選用馬鞍。

根據文獻，一次馬術治療的時間通常為 30-60 分鐘，而個案真正在馬背上的騎乘時間約為 20-30 分鐘。馬術治療的頻率通常是每週 1-3 次，每一期療程則介於 10-20 次 (Tseng, Chen, & Tam, 2004)。每一次的馬術治療流程可分為 3 個部分：(1) 準備與熱身：個案應穿戴安全裝備，跟馬匹與治療團隊打招呼，某些治療計畫中可能包含簡單的伸展與熱身活動，或是刷馬、備馬、領馬等馬事工作；(2) 馬背上的活動：首先，治療師會鼓勵個案放鬆並感受馬匹的動作，接著治療師著重於誘發個案正確的騎乘姿勢與正中的骨盆位置 (Del Rosario-Montejo, Molina-Rueda, Muñoz-Lasa, & Alguacil-Diego, 2015)，並鼓勵個案獨立維持坐姿平衡 (McGibbon, Andrade, Widener, & Cintas, 1998)，如果個案有足夠的能力，也可以讓個案做出往各個方向的伸手動作以挑戰個案的平衡能力 (Davis et al., 2009)，或採取不同的騎乘姿勢，如：面向前面坐、側坐、面向後面坐，以達到訓練不同肌肉區塊、增加不同關節的活動度，或對不同方向的姿勢干擾作出平衡反應的能力 (Champagne & Dugas, 2010; Hamill, Washington, & White, 2007)。在過程中，治療師也會有目的性的調整馬匹產生的動作，以適當地刺激或挑戰個案的能力。例如：改變馬匹的步伐頻率和速度、改變馬匹行進的方向、

甚至透過改變個案在馬背上的姿勢，以改變馬匹動作影響個案的方式；(3) 馬背下的活動與緩和：個案可卸下裝備，跟馬匹與治療團隊道別，也可以進行一些符合治療目標的訓練活動，如：行走或平衡訓練 (Frank, McCloskey, & Dole, 2011)，或是為馬匹卸下裝備、給馬匹一些點心以表示謝意 (Borgi et al., 2016)。

參、馬術治療之成效與原理

研究顯示馬匹輔助治療可以改善腦性麻痺兒童的姿勢 (Bertoti, 1988)、平衡能力 (Moraes, Copetti, Angelo, Chiavoloni, & David, 2016; Silkwood-Sherer, Killian, Long, & Martin, 2012; Zadnikar & Kastrin, 2011)、動作能力 (Kwon et al., 2015) 與步態參數 (Kwon et al., 2011)。Sterba (2007) 認為馬匹輔助治療的機制有三個主要來源：

(1) 馬匹慢步行走時在三度空間所產生的交互性動作可以帶動騎在馬背上的人產生接近一般人行走時的骨盆動作，幫助騎士的骨盆動作正常化；(2) 馬匹所提供的平穩、有韻律的動作可以幫助騎士改善肌肉的共同收縮、關節穩定度與重心的轉移，進而改善姿勢與平衡反應；(3) 馬匹步伐、速度、方向的改變都會誘發騎士的平衡反應，當騎士的身體重心受到干擾時，騎士都需要使用動態姿勢穩定能力，在受到干擾後回到平衡狀態，增進預期性和回饋性姿勢控制能力。雖然馬匹的動作具有高度重複性，30 分鐘的課程個案通常會接受到馬匹給予 2000-3000 步的步伐

刺激，但是因為馬匹是活生生的動物，而場地的狀況也一直在變化，因此馬匹的每一步都和前一步略有不同，如此高頻率卻具有細微差異的刺激為馬術治療帶來兩大優點，一是允許個案有大量的練習機會，二是幫助個案維持專注並考驗其進行微調的能力，而這也是為何馬匹動作尚無法被任何器械或機器複製的主要原因。

從職能治療的角度，馬匹的動作可以影響個案全身，提供職能治療師可以用來改變動作、感覺、認知與情緒系統的輸入訊息，幫助個案訓練日常生活技能。而對語言治療師而言，馬匹的動作幫助個案改善姿勢和軀幹控制能力，這有助於個案協調其呼吸系統、在適當的時間讓足夠的氣體通過喉部產生聲音，此外，馬匹的動作提供高重複性、多感官的刺激，有助於個案調節至正常的覺醒程度、維持注意力、並與人進行溝通 (AHA, Inc., 2016)。

此外，馬場環境可提供大量的機會訊息，非常有利於個體發展，這些機會訊息包括：接近大自然的環境、與馬匹進行互動的可能性、以及得到來自於其他兒童和成人所提供的支持和互動機會。在一個馬術治療中心的環境中，治療師可以透過馬匹的動作、地面上與馬匹相關的活動、以及與馬匹的社會互動關係和情緒連結，將馬匹融入治療計畫中，提供個案一個充滿新奇感與高度動機經驗的環境 (AHA, Inc., 2016)。

肆、馬術治療介入計畫

一、 個案描述

本報告中之個案年齡為 4 歲 2 個月，診斷為體染色體部份缺失症候群合併發展遲緩，障礙類別為第一類、第七類重度。根據初評時的觀察，個案肌肉張力低，反應緩慢且感覺登錄量低，家長主述個案在初評前 2 週才剛會放手走路，可以聽從少數簡單指令，模仿揮手或 kiss bye 等動作，但除了哭和笑之外極少發出聲音，個案喜歡前庭刺激，但雙手有觸覺敏感，抓握物品不超過 3 秒鐘，目前尚未就學。

二、 介入計畫

個案自 105 年 9 月開始接受為期 10 個月，共三期，每期 12 次的馬術治療課程，頻率為每週 1 次，每次 30 分鐘。考量個案低張且反表 1

應緩慢的狀況，治療師選擇步頻較快且背部動作較大的小馬 (pony)，希望可以透過快節奏且幅度較大的前庭與本體覺刺激，增加個案的警醒度與姿勢張力，並選用馬術治療專用的厚汗墊和雙把手治療性肚帶作為騎乘裝備，以利於感受馬匹的動作，並採取不同的姿勢。課程由一位接受美國馬術治療協會第二級課程的治療師主導，另有 1 位領馬員和 1-2 位陪走志工。介入的目標、方法與成效如表 1 所示。在每次主要介入計畫的前後，都有 3-5 分鐘的暖身和緩和時間，讓個案進行上下馬的準備，也讓個案有時間與馬匹和治療團隊成員互動。

第 1-3 期馬術治療介入的目標、方法與成效

	介入目標	介入方法	期末介入成效
第一期	1.減少哭泣時間和頻率。 2.可以獨立維持正中的坐姿，減少骨盆左右滑動的頻率。 3.增加手部抓握物品的時間。	1.配合馬匹的韻律唸童謠、數數或唱歌，誘導個案感受馬匹規律的律動以達到放鬆的效果。 2.給予足夠的肢體協助幫助個案維持平衡，並用玩具鼓勵個案放開一手去拿玩具，僅用一隻手平衡，以訓練個案的軀幹力量和平衡反應。 3.以肢體協助個案抓握套環型聲光玩具，將套環從甲地拿至乙地，若成功將有聲光回饋與馬匹加大步伐或快步當作獎勵。	1.個案不會因為戴馬帽而哭泣。 2.個案可以用雙手抓住治療性肚帶的雙把手，獨立維持正中的坐姿並抬頭。 3.個案可以用一隻手拿套環 5 秒鐘。

(續下頁)

第二期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 可以自行抓握住物品 10 秒鐘。 2. 聽到「拿給我」的指令，可以將物品放在陪走員的手上。 3. 可以面向後方跨坐在馬背上，以加強不同肌肉群的力量。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 鼓勵個案拿手搖鈴或其他玩具，抓握 5-10 秒。 2. 陪走員給予個案「拿給我」的指令，並做出掌心朝上的動作，如果個案成功將物品放在陪走員的手上，可以得到快步作為獎勵。 3. 在課程最後 5 分鐘讓個案面向後面坐，用雙手撐在馬背上。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案可以在口語提示下用一隻手拿住物品 10 秒鐘。 2. 個案可以將物品放在陪走員的手中，2/3 成功。 3. 個案可以用手撐 2 圈，超過 2 圈後會趴在馬背上。
第三期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 可以聽從簡單指令，模仿動作。 2. 可以聽從指令伸手指物。 3. 可以獨立面向後方跨坐在馬背上，並維持平衡。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 給予拍拍馬、拿東西、拍手、給我、丟、謝謝的指令與動作。 2. 請個案用手指出不同人與物品的所在位置。 3. 讓個案面向後面坐，並用雙手拿大球與陪走員玩丟接球的遊戲。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案可以聽從指令模仿動作，並可以只聽拍拍馬的指令即做出正確的動作。 2. 個案可以用一隻手指物。 3. 個案可以獨立面向後方跨坐在馬背上，並維持平衡 1 圈。

三、介入過程與成效

在第一期課程時，個案因為不適應馬帽，每次上馬後都會哭泣 5-10 分鐘，而因為低張與平衡不佳，即使個案會主動抓握肚帶把手以維持平衡，但是個案在馬背上的姿勢會駝背、低頭、且骨盆會常常歪向左邊或右邊，因此，治療目標以穩定情緒和增強軀幹與頭部力量和平穩為主。由於個案喜歡馬匹加速，因此以加快馬匹步伐當作正增強。而由於個案的主要照顧者表示個案都不願意自己拿東西，所以喝水仍要家人協助，故將增加手部

抓握能力也列為目標。在第一期課程結束後，個案已經不會因為戴馬帽而哭泣，也有較佳的坐姿，並可以短暫的抓握物品。

在第二期課程中，延伸抓握能力的訓練，並加上「拿給我」的指令，以改善個案常常丟掉手中物品的狀況。而雖然個案的軀幹能力有進步，但軀幹伸直肌群與肩胛帶的肌群力量仍不足，故選擇以面向後方跨坐，雙手伸直撐在馬背上的動作訓練上述肌肉群。在第二期課程結束後，個案在面向前方跨坐時可以放開把手 10 秒並維持坐姿平

衡，也可以自行抓握物品 5-10 秒，了解「拿給我」的指令，並面向馬匹後方跨坐約 2 圈的時間。個案的臉部表情也從原本面無表情，變成常與人有視覺接觸，當個案在快步後或是對個案做出誇張的表情或說話語調時，個案也會露出微笑回應。個案的主要照顧者則表示，個案拿物品的能力有進步，可以自行拿水杯或玩具，偶爾也出現用前三指抓小物品的動作。

在第三期課程中，除了繼續加強面向後方跨坐的平衡與肌肉群，更增加認知與溝通領域的目標。在第三期課程結束時，個案已經可以面向馬匹後方坐並用雙手拿球，穩穩握住手中物品，展現伸手指物的動作，並對於摸馬、拿、給、丟等指令做出正確且快速的反應。個案開始發出一連串無意義的聲音，並偶爾模仿大人的聲音，另外根據照顧者的描述，個案行走的距離、玩玩具的反應、生活自理以及與人互動的能力都有進步，因此個案家長計畫安排個案入學。

伍、結論

有馬術治療專長的治療師可以利用馬匹獨特的動作，針對個案的需求，為個案提供適當感覺刺激以營造一個適合學習與互動的狀態，同時給予個案難度適中的挑戰，並提供個案愉快的經驗與動機。發展遲緩兒童在接受馬術治療後，其感官知覺、動作、認知、溝通、社會互動、生活自理能力等面向皆有所成長。

參考文獻

American Hippotherapy Association,

- Inc. (2016). *Introduction to OT, PT, and SLP incorporating hippotherapy in clinical practice for medical professionals*. Retrieved from http://www.americanhippotherapyassociation.org/wp-content/uploads/2015/02/AHA-Intro-PPT-for-MedProfessionals_9_28_2016_final-ver.pdf
- Bertoti, D.B. (1988). Effect of therapeutic horseback riding on posture in children with cerebral palsy. *Physical Therapy*, 68(10), 1505-1512.
- Borgi, M., Loliva, D., Cerino, S., Chiarotti, F., Venerosi, A., Bramini, M.,...Cirulli, F. (2016). Effectiveness of a standardized equine-assisted therapy program for children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(1), 1-9. doi: 10.1007/s10803-015-2530-6
- Champagne, D., & Dugas, C. (2010). Improving gross motor function and postural control with hippotherapy in children with Down syndrome: Case reports. *Physiotherapy Theory & Practice*, 26(8), 564-571. doi:

- 10.3109/09593981003623659
- Davis, E., Davies, B., Wolfe, R., Raadsveld, R., Heine, B., Thomason, P., Dobson, F., Graham, H.K. (2009). A randomized controlled trial of the impact of therapeutic horse riding on the quality of life, health, and function of children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(2), 111-119. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03245.x
- Del Rosario-Montejo, O., Molina-Rueda, F., Muñoz-Lasa, S., & Alguacil-Diego, I.M. (2015). Effectiveness of equine therapy in children with psychomotor impairment. *Neurologia*, 30(7), 425-432. doi: 10.1016/j.nrl.2013.12.023
- Frank, A., McCloskey, S., & Dole, R.L. (2011). Effect of hippo-therapy on perceived self-competence and participation in a child with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*, 23(3), 301-308. doi: 10.1097/PEP.0b013e318227caac
- Hamill, D., Washington, K.A., & White, O.R. (2007). The effect of hippotherapy on postural control in sitting for children with cerebral palsy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(4), 23-42.
- Kwon, J. Y., Chang, H. J., Lee, J. Y., Ha, Y., Lee, P. K., & Kim, Y. H. (2011). Effects of hippo-therapy on gait parameters in children with bilateral spastic cerebral palsy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(5), 774-779. doi: 10.1016/j.apmr.2010.11.031
- Kwon, J.Y., Chang, H.J., Yi, S.H., Lee, J.Y., Shin, H.Y., & Kim, Y.H. (2015). Effect of hippo-therapy on gross motor function in children with cerebral palsy: A randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(1), 15-21. doi: 10.1089/acm.2014.0021
- Lemke, D., Rothwell, E., Newcomb, T.M., & Swoboda, K. J. (2014). Perceptions of equine assisted activities and therapies by parents and children with spinal muscular atrophy. *Pediatric Physical Therapy : The Official Publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*, 26(2), 237-244.

- doi:
10.1097/PEP.0000000000000000
27
- McGibbon, N.H., Andrade, C.K., Widener, G., & Cintas, H.L. (1998). Effect of an equine-movement therapy program on gait, energy expenditure, and motor function in children with spastic cerebral palsy: A pilot study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 40(11), 754-762.
- Moraes, A.G., Copetti, F., Angelo, V.R., Chiavoloni, L.L., & David, A.C. (2016). The effects of hippotherapy on postural balance and functional ability in children with cerebral palsy. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(8), 2220-2226. doi: 10.1589/jpts.28.2220
- Silkwood-Sherer, D.J., Killian, C.B., Long, T.M., & Martin, K.S. (2012). Hippotherapy--an intervention to habilitate balance deficits in children with movement disorders: A clinical trial. *Physical Therapy*, 92(5), 707-717. doi: 10.2522/ptj.20110081
- Sterba, J.A. (2007). Does horseback riding therapy or therapist-directed hippotherapy rehabilitate children with cerebral palsy? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(1), 68-73.
- Tseng, S.H., Chen, H.C., & Tam, K.W. (2004). Systematic review and meta-analysis of the effect of equine assisted activities and therapies on gross motor outcome in children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 35(2), 89-99. doi: 10.3109/09638288.2012.687033
- Whalen, C.N., & Case-Smith, J. (2012). Therapeutic effects of horseback riding therapy on gross motor function in children with cerebral palsy: A systematic review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 32(3), 229-242. doi: 10.3109/01942638.2011.619251
- Zadnikar, M., & Kastrin, A. (2011). Effects of hippotherapy and therapeutic horseback riding on postural control or balance in children with cerebral palsy: A meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(8), 684-691. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.03951.x

藝術治療與特殊兒童

呂碧漪/藝術治療師

藝術創作，如同一扇窗，藉由這扇窗，得以看見人的內心深處。並且，藉由藝術創作，治療師可以與個案相互溝通內在自我、生命挑戰、與生活中正在困惑的障礙。在藝術治療的世界，藉由藝術及創作，可以協助自我了解，表達感覺及情緒而不受限於語言限制，並且，藉由自我表達，讓生命更豐盛。從弗洛伊德（Sigmund Freud）時代，到各種現代心理治療學派林立，藝術治療雖然非台灣精神醫療領域中認定的主流，但一直有其位置，在以下的文字中，除了引介這個治療之外，更摘要一個筆者實務工作中之模式，讓藝術治療的樣貌更清晰，而藉由基本的人形符號發展之介紹，提供一個面對兒童 2D 創作之基礎概念與兒童發展之參考架構。此外，藉由人形符號中之特殊性討論，更期待提供一些心理訊息與協助方向。於最後的特殊兒童藝術治療段落中，筆者整理實務中與特殊兒童工作之經驗，藉由實務分享，期待藝術治療之有效性被看見。以下，邀請你一起進入這扇療癒之窗。

壹、藝術治療

早在佛洛伊德（Sigmund Freud）時代，許多病患所畫的圖像，已成為自己與外界溝通的一部分，更成為精神科醫師診斷依據的一部分（Rubin, 2001）。奠基於精神分析取向，萌芽於精神治療領域，藝術治療於 1920 年代開始在歐美國家日趨普遍（Junge,

2010）。藝術治療師是心理專業助人者之一，與個案間，是一種專業治療關係，藉由藝術創作的過程，協助提升個案對自己及人際間之覺察，並找到因應生命中之挑戰的方式，進而獲得療癒與成長（Malchiodi, 2007）。

在藝術治療中，藝術創作歷程與文字與口語回饋互動，同等重要，從中，個案得以療癒與跨越生命挑戰。對藝術治療師而言，可能是獨立工作，例如私人執業；也可能在團隊中工作，例如，在精神衛生機構或表達性治療中心中擔任專業之一。而藝術治療之形式，除了個案治療之外，團體與家庭治療也是常見之方式。另外，在某些社區機構或難民收容中心中，更可以看到治療師以社區營造為目標，而進行工作。

藝術治療定義中，過程（process）與創作（product），是兩大取向。強調過程的派別，相信在藝術創作的過程中，療癒與力量會自然而生，這個觀點強調藝術創作具有其療癒性，所以藝術即是治療（Art as Therapy）；而強調創作本身的一方，則堅信創作成品本身賦含象徵性語言（symbolic language），所以創作本身具有其意涵，可以協助溝通與看見，因此，藝術治療是藝術心理治療（Art Psychotherapy）（Malchiodi, 2007）。

在藝術治療實務的經驗，筆者相信這兩觀點都有其意義與事實，而在兩大取向之下，更有許多

治療派別正在實務界施行著，而其中，筆者的實務工作中，以人-過程-創作（Person-Process-Product）臨床工作模式為中心，這是個提供多面向的實務工作模式，以下分述之。

貳、藝術治療實務一人-過程-創作（Person-Process-Product）臨床工作模式

一、人（Person）

藝術治療鼓勵個案藉由創作過程，自由地創作與表達。藉由藝術創作，個案可以表達其情緒與心理，藉由創作更可以協助個案看到其潛意識中的意象與想法，並協助思考這些意象與現實困境之關聯，而看到問題的不同面向，以及找到跨越可能方式（The Menninger Foundation, 1987）。

二、過程（Process）

藝術治療中，可以瞭解個案與創作媒材、治療師及其他治療情境中之同儕間的互動歷程。藉由藝術創作過程，社會心理需求開始明朗化，處遇目標也得以開始在過程中發芽；另外，在過程中，治療師也得以觀察到個案與權威者及同儕間的互動，而獲得個案於其人際面向之訊息（The Menninger Foundation, 1987）。

三、創作（Product）

個案在不同媒材的創作中，需要學習不同的媒材操作技巧，因此藝術創作本身，即可以提供個案學習與建立各種粗、細動作及控制等能力；而當個案完成一件創作時，創作本身之回饋，也可以堆疊個案自信並讓生活更多彩（The Men-

ninger Foundation, 1987）。

參、兒童與人形符號

藝術表達是一件自然且普遍的表達方式。世界上，不管是甚麼文化，都可以發現有藝術表達的歷史與刻痕。而在所有的藝術表達之中，繪畫是所有表達形式中最普遍且最受歡迎的表達方式（Golomb, 2002; Henley, 1992; Lowenfeld & Brittain, 1987）。因此，對人類來說，藝術是重要的，而對兒童而言，藝術更是情緒表達的重要出口（Jolley, Fenn & Jones, 2004）。對兒童來說，在繪畫發展中，人形符號則是第一個有意義的具體符號（Lowenfeld & Brittain, 1987）。人形符號的表現，讓兒童的創作表現，從 nothing 變成 something（Martin, 2009）。因此，了解兒童於人形符號之發展歷程，除了可以提供照顧者辨識兒童是否落在發展常模，更可以協助了解兒童之情緒。總括而言，兒童於七歲之後，人形符號會開始有不同的特色表現（Golomb, 2002; Henley, 1992; Lowenfeld & Brittain, 1987）。

對一般兒童來說，四至七歲的前示意期（Pre-schematic stage）會有第一個人形符號出現，而兒童也藉由具體符號之能力發展，開始將情緒藉由繪畫及創作表達。因此，在這個時期，人形符號之能力發展，成為很重要的認知及情緒發展之指標（Lowenfeld & Brittain, 1987）。以下，由人形符號之外形、空間及顏色與情緒等三個面向，進一步介紹人形符號之發展歷程與意義。

一、外形

觀察兒童的第一個人形符號發展，會發現其中的普遍性原則，亦即，從一個封閉圓開始，加上些許的細節肢體描繪，而對早期發展階段的兒童而言，剛開始會著重臉部五官的描繪，而人形的大小及比例和顏色則不太會被重視（Golomb, 2002; Henley, 1992; Lowenfeld & Brittain, 1987）。因此，在人形符號發展的過程中，會從一個封閉的圓形為基礎，加上芽狀的手臂和腳，之後，則會加上火柴或樹枝狀的身體（Golomb, 2002）。逐漸地，兒童在七歲左右的人形符號，將會有細節的發展，開始加上一些可辨認之五官、四肢、性別、表情或其他可供鑑別的細節描繪（Lowenfeld & Brittain, 1987）。而七歲之後，一般兒童之人形符號發展能力，應該會有鼻子和腳掌之描繪，並且，這兩細部描繪與情緒和身心障礙有著密切關聯（Hirbard & Hartman, 1990; Tielsch & Allen, 2005）。例如，一位下肢障礙的孩子，在下肢表現上會趨向簡單化，甚至忽略腳掌的描寫。此外，在人形比例及大小部分，會隨著年紀及認知之發展，而逐漸接近現實比例（Rubin, 1984），並且，細節描寫也會愈趨仔細（Cox, Koyasu, Hiranuma & Perara, 2001; Golomb, 2002; Morra, 2005）。例如，一位十歲的兒童，會將基本人形五官四肢完成外，衣服裝飾或頭髮長短等細節，可能也會加上。

二、空間

在空間面向部分，地線的發展是個很重要的指標，一般而言，地線會在七至九歲之示意發展時期（Schematic stage）出現，而結束於九至十二歲之結黨時期（Gang stage）。九歲左右，兒童開始會有肢體重疊之表現與概念（Lowenfeld & Brittain, 1987）。因此，對一個正常發展之十歲孩童而言，畫出一個正在球場上打棒球的男孩，應該是能力所及的事。

三、顏色與情緒

顏色，可以協助兒童傳遞情緒與感覺（Burkitt, Barrett & Davis, 2003; Golomb, 2002; Lowenfeld & Brittain, 1987）。兒童在繪畫發展前期，外形及形狀會來得比顏色注重（Golomb, 2002），七至九歲的兒童，常會用同一個顏色完成一個符號（Lowenfeld & Brittain, 1987）。另外，在這個時期的兒童，更會用物體的實際顏色表現於繪畫上，例如，用藍色畫天空、綠色畫草地、及咖啡色畫樹幹。

隨著年紀及認知發展，從十二至十四歲的偽現實時期（Pseudo-Realism stage），人形符號的顏色的表現開始趨向個別化（Golomb, 2002; Lowenfeld & Brittain, 1987）。例如，一位高年級的女生，會用多個顏色表現亮麗的衣服，這個年紀的兒童，也會開始出現色彩的偏好。此外，Burkitt et al. (2003) 的研究中更發現，四至十一歲的正常兒童，會用自己喜歡的顏色畫喜歡的人，而用不喜歡的顏色畫不喜歡的人物。而在情緒部分，隨著年紀與認知增長，人形

表情與氛圍的表現，也會愈趨傳神（Jolley, Fenn & Jones, 2004）。例如，一位十二歲之兒童，已經可以畫出一幅透露出愉悅氣氛的年夜飯團聚時光的繪畫表現。

四、特殊議題與人形符號表現

在性別差異方面，Cox et al. (2001) 於研究中發現，女性的繪畫能力會比男性早約六個月，而且女性的繪畫技巧也較男性發展快。並且，女性的人形符號中，會比男性有較多的細節描寫（Silk & Thomas, 1986）。

由於兒童在語言表達上之限制，對於特殊事件之陳述常是有所挑戰，因此，在臨床上，兒童繪畫常被拿來作為臨床診斷的參考（Catte & Cox, 1999; Cox & Catte, 2000）。在數不清的藝術心理衡鑑中，Koppitz Draw-A-Person Test 算是最被廣泛使用的一個測驗，常被拿來當情緒測試指標（Catte & Cox, 1999; Cox & Catte, 2000; Hirbard & Hartman, 1990）。這是個已標準化衡鑑，在台灣也被廣泛使用，但是仍須有合格的施測者方可使用，並且，應該要合併多樣的衡鑑，一起做為臨床診斷參考，會是比較恰當的。再者，藝術創作不應該只是被視為臨床診斷的依據，更應該被視為兒童重要的情緒表達的路徑，並且，更應是特殊議題兒童療癒的起點。

肆、特殊兒童之藝術治療實務

對於正經歷特殊疾病或症狀的兒童而言，跨越情緒、社交、人際、專注、低自信等社會心理障礙是個很不容易的挑戰。在藝術治療

中，不擅言語特殊兒童可以在自由沒有壓力的氛圍之下，盡情地以視覺創作表達，並創造溝通管道；社交人際挑戰，更可以藉由與媒材、治療師和同儕之互動，而得以學習。藝術創作是好玩的，專注的創作經驗，更可以協助專注力缺損的孩童有所進展；而藝術創作中的媒材操作技巧與空間概念之學習，更可以提升粗細動作發展及認知能力提升。當完成作品的一刻，成就感更協助堆疊特殊兒童的自信心。接下來，以發展遲緩和自閉症兩類病症為例，延伸討論之。

一、發展遲緩（Development Delay）

發展遲緩意指兒童經診斷性工具診斷後，發現其生理、認知、溝通、社會性、及情緒層面等發展慢於常模，即稱之（Bell, Corfield, Davies & Richardson, 2010）。在現今的醫療及教育體系之中，早期療育是普遍且有效率的協助方式。在早期療育之中，無論物理、職能或語言治療，大多著重在生理發展上之協助，面對原本就是情緒與行為困擾的高危險群之發展遲緩孩童（Emerson & Einfeld, 2010），無論是針對兒童的社會心理困擾，抑或是主要照顧者之壓力，藝術治療都有其協助空間與效果，尤其是面對發展遲緩兒童之情緒、社交、人際、專注、低自信等困擾（Emerson & Einfeld, 2010; Koenig et al., 2010）。在筆者現今的實務中，以家庭為中心的協助單位，是主要的

工作模式。因為，在孩子的社會心理困擾協助的同時，家屬（尤其是主要照顧者，甚至是整個家庭系統）的壓力也是需要被看到與協助的（McIntyre, 2008）。因此，在與兒童工作的同時，也許協助的是兒童的行為與情緒困擾，但治療師也同時與家屬的壓力降低及教養方式調整上工作著（Baker, Neece, Fenning, Crnic, & Blacher, 2010）。

對發展遲緩的兒童，藝術治療已經被證實是個有效的治療模式（Malchiodi, 2012）。學者 Emery（2004）在研究中發現，藝術創作的功能有如一個機制（mechanisms），讓兒童得以藉由其創作，表達其語言所限制的部分。對於語言表達限制而常以肢體暴力表達情緒的兒童，藉由提升語言表達能力，兒童慣以肢體表達情緒的唯一，就不再是唯一（Emery, 2004）。此外，藝術治療中，除了可以提供並協助兒童表達之外，不同媒材的刺激與創作邀請，更可以讓過動的挑戰緩解，提升兒童的專注力（Kearns, 2004）。而面對社交障礙與挑戰的兒童，藝術治療團體中更可以提供自然且自由的互動機會，協助社交議題在無壓力的氛圍中工作（Epp, 2008）。

二、自閉症（Autism）

自閉症，是一種腦部神經性的障礙，常會有社交、互動、溝通等障礙，且常會有重複性的固著行為及特殊性的偏好（Martin, 2009）。對自閉症（及亞斯伯格症）的兒童

來說，社交退縮是很大的挑戰，因此，協助其社交人際技巧，就成為很大的重點任務（Epp, 2008）。有研究發現，自閉症兒童的病態行為及其生理的症狀，會影響親職的壓力（Silva & Schalock, 2012）。因此，親職之壓力協助也是筆者在自閉症個案的藝術治療實務上很大的重點。對自閉症兒童而言，藝術治療有幾個重要之治療目標：協助想像力開展及抽象思考、感官統整與挑戰、情緒及自我表達、發展與成長、協助視覺與空間能力與協助發展休閒娛樂能力等（Martin, 2009）。以下，進行進一步討論。

（一）協助想像力開展及抽象思考—引導兒童發展出與年齡相符的想像力與抽象思考力

對自閉症兒童而言，普遍來說，有三大領域之限制：想像力、溝通及社交人際。而其中，想像力與創作力是一體兩面，換句話說，創造力是想像力的具體表達。而不管是想像力或創造力，都需要靈活與抽象性之思考。因此，對於強調開展創造力的藝術治療而言，協助自閉症兒童與媒材間創造性互動，就成為此一面向工作的起點。在這過程中，提供沒有對錯的自由空間是個很重要的基本工作哲學，在無限制與既有之框架下，藉由各種媒材及外界之資源刺激，引發兒童的創造力

(Martin, 2009)。在實務上，利用一個兒童有興趣的物品、符號或事物，進行創造與想像故事與創作會是個可以開始的起點。例如，在筆者的實務中，一位喜歡加油站及加油器的孩子，利用各種媒材，創造加油器及在加油站周遭可能的設備或故事情節，甚至是加上天氣與氛圍的想像，讓兒童發展無限的創造。

(二) 感官統整與挑戰—增進兒童的肢體統整協調與感覺統合能力

對自閉症兒童而言，有生理上刺激過多 (hyper) 及不足 (hypo) 兩大傾向，其原因來自於生理上對感官刺激之過濾篩選能力限制 (Martin, 2009)。在這個面向下，不同媒材之刺激與多種媒材之整合創作是很重要的實務重點。因此，探索不同媒材及降低對某一媒材的防禦，就成為很重要的工作目標之一。在實務上，可以鼓勵兒童利用身體各部之探索，融入創作中，例如，以描繪腳形為基礎，再延伸創作，或是在腳上塗上各色顏料，印出不同腳印等，都是可以融合身體與媒材的藝術治療活動。

(三) 情緒及自我表達—利用藝術

將想法與感覺外化

對自閉症兒童而言，創作物體會比臉部來的容易，因此，利用物體為具體，藉以表達想法與情緒，是在實務上可以開始的點 (Martin, 2009)。在這個階段中，持續性的正向支持很重要，尤其對於溝通與情緒表達有限制的兒童而言，適時的創作支持與協助，可以讓創作得以持續。因此隨時注意個案—創作—治療師間之三角關係，是很重要的 (Martin, 2009)。在實務上，在創作完成後，邀請個案述說 (縱使是有限的語言) 成為很重要的過程。在此一過程中，個案得以將情緒與想法藉由創作物品將其外化並表達。

(四) 發展與成長—協助與年齡相符的藝術能力發展

無論是基本的符號發展、粗細動作、空間概念、繪畫技巧等能力，都是藝術治療師協助兒童發展的面向與目標 (Martin, 2009)。在實務上，協助孩童跨越塗鴉期，進入符號期，是個重要的歷程。孩童跨越塗鴉期後，才得以藉由可辨認的各種符號進行視覺表達。在實務上，拼貼活動除了可以協助仍在塗鴉期的兒童練習控

制，更可以藉由符號之刺激與介紹，協助進入符號期表達。

(五) 協助視覺與空間能力—發展空間構圖能力及立體創作能力

在協助發展空間能力的過程中，引導兒童觀察空間環境可以是個起點。接下來，邀請兒童閉上眼睛畫某一物品或畫出一個物品的不同面向等，都可以是很好的練習 (Martin, 2009)。另外，立體創作 (例如使用黏土雕與塑) 和印刷，都是很受歡迎且有效用的實務活動。

(六) 協助發展休閒娛樂能力—將好玩有趣的藝術創造融入生活中

讓創造性活動變得有趣是很重要且基本的，尤其對於幼兒，有趣且好玩的治療性創造活動，可以協助孩童與治療師之間的安全信任關係建立，並且可以使藝術治療效用發揮並持續 (Martin, 2009)。如果兒童藉由引導對藝術創作產生興趣與自信，接下來，變成生活中很重要的休閒與娛樂，對自閉症兒童而言，會是重要身心發展的一步。在實務上，先了解並評估個案的興趣、經驗與能力，是筆者很重要的第一步。由此，正向成功的治療

性關係始有機會得以開展。

對自閉症兒童而言，應該先評估其限制與精力中的身心挑戰，在制定其治療目標時，以以上所述之各項為基準，且須因著個別之需求而應有所個別化考慮。此外，雖然自閉症兒童各面向困擾的提升步調較為緩慢，但定期評估與重新再修訂調整目標是個重要且不容忽略的步驟。

伍、藝術治療的有效性

藝術，為何有療癒的力量？因為藝術除了提供一個機會，讓人們表達情緒而不受限於語言，藝術治療更提供另一種視覺思考，讓人們可以將想法具體化，更可以將想法寄喻於創作之中，因此提供了比較沒有威脅與壓力的治療。而在不同的藝術材料中，更提供不同的感官經驗。另外，在創作的過程中，情緒釋放更是很重要的功能。學習一個新的藝術媒材，除了可以讓生命增添色彩，更是另一種挑戰的學習。而在團體藝術治療中，關係與互動更是很重要的學習。

一、視覺思考 (Visual Thinking)

視覺思考是人的本能，藉由一個圖像 (image) 讓一個人得以統整感覺、想法和對世界的看法。視覺藝術更提供一個人將潛意識的圖像檯面化，讓自己及他人更了解其內心深處 (Malchiodi, 2007)。

二、超越文字語言之表達方式

(**Expressing What Words Cannot**)

藝術創作是一種非語言表達，對於語言表達有限制或原本語言能力就比大人有限制的兒童而言，非語言表達之機會提供一個溝通管道。尤其藉由圖像表達之自我解讀與分享，創作中的深層意義與意涵常會隨著展現。藝術表達除了對語言有限制的成人與兒童有其優勢之外，面對創傷或難以啟齒的生命挑戰與困擾中的個案，也可以提供一個比較沒有壓力且容易的表達方式 (Malchiodi, 2007)。

三、**感官經驗 (Sensory Experience)**

藝術創作是個需要身體投入的活動，尤其是手部，藉由與媒材之互動，過程中的塑造、計畫、安排、模塑、黏貼、畫等具體的經驗中，視覺、聽覺、觸覺、律動等不同感官自然經驗 (Malchiodi, 2007)。對於自閉症或觸覺敏感的兒童，自然地與媒材互動之中常會有治療的效用 (Martin, 2009)。

四、**情緒釋放 (Emotional Release)**

藝術治療過程也是清除壓力和情緒的一條路徑，藉由充分表達內心深處的壓力與情緒得以紓解，而在藝術創作過程中，藉由媒材之協助更可以輕易地將情緒傾出 (Malchiodi, 2007)。

五、**創造性的生命 (Creating Life)**

在人類的歷史中，許多的畫家藉由創作表達其內心的壓力與情緒，甚至是痛苦，例如在梵谷 (Vincent van Gogh) 的雋永作品中

有不少是刻畫其痛苦與壓力的創作。藝術創作更可以讓人對外在世界有更多的認知，而從其中轉化成生命中的前進力量 (Malchiodi, 2007)。

六、**具有創造的關係 (Creating Relationship)**

對個人而言，藝術創作歷程是輕鬆紓壓的，但對於治療師而言，創作是一種介入，可以創造出治療性的對話。在藝術治療中，介入與治療，藉由創作產生具有創造性的關係 (Malchiodi, 2007)。所以，藝術治療是一種動態的治療。

七、**藝術創作提供另一條了解的路徑 (Art as a Way of Knowing)**

在藝術創作的過程中，我們即開始探索我們生命中的信念與劇本，甚至從中我們會看到生命中不可避免的痛苦與憂鬱，其實是潛藏著愉悅與喜悅的。藉由創作中的語言，我們得以看到個人的故事，更知道前面的路徑 (Malchiodi, 2007)。

陸、**結語**

藝術治療源自心理分析，開展於後現代心理學派潮流中，是個自由與尊重個案自覺並以個案為中心的心理治療。而在藝術發展中有其階段與脈絡，藉由脈絡之了解可以看到兒童正經歷的發展挑戰。而對於不管發展遲緩或自閉症診斷之兒童而言，身心整合治療模式，甚至納入家庭系統是需要被重視與考慮的。藉由以上的簡要學術性介紹及實務分享，期待能交織一幅

藝術治療之雛型畫面，期待這扇開啟的窗能延續之後無限的可能，不管是人、過程或藝術創作面向！

參考文獻

- Baker, B. L., Neece, C. L., Fenning, R. M., Crnic, K. A., & Blacher, J. (2010). Mental disorders in five-year-old children with or without developmental delay: Focus on ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(4), 492-505. doi:10.1080/15374416.2010.486321
- Bell, A. A., Corfield, M. M., Davies, J. J., & Richardson, N. N. (2010). Collaborative transdisciplinary intervention in early years – putting theory into practice. *Child: Care, Health & Development, 36*(1), 142-144.
- Burkitt, E., Barrett, M., & Davis, A. (2003). Children's colour choices for completing drawings of affectively characterized topics. *Journal of Children Psychology and Psychiatry, 44*(3), 445-455.
- Catte, M. M., & Cox, M. V. (1999). Emotional indicators in children's human figure drawings. *European Child & Adolescent Psychiatry, 8*(2), 86.
- Cox, M. V., & Catte, M. M. (2000). Severely disturbed children's human figure drawings: are they unusual or just poor drawings? *European Child & Adolescent Psychiatry, 9*(4), 301.
- Cox, M. V., Koyasu, M., Hiranuma, H., & Perara, J. (2001). Children's human figure drawings in the UK and Japan: The effects of age, sex and culture. *British Journal of Developmental Psychology, 19*(2), 275.
- Emerson, E., & Einfeld, S. (2010). Emotional and behavioural difficulties in young children with and without developmental delay: A bi-national perspective. *Journal of Children Psychology and Psychiatry, 51*(5), 583-592.
- Emery, M. J. (2004). Art therapy as an intervention for autism. *Art Therapy, 21*(3), 143-147.
- Epp, K. (2008). Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. *Children & Schools, 30*(1), 27-36.
- Golomb, C. (2002). *Children art in context: A cultural and comparative perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Henley, D. (1992). *Exceptional children-exceptional art: Teaching art to special needs*.

- Worcester, MA: Davis Publications Inc.
- Hirbard, R., & Hartman, G. L. (1990). Emotional indicators in human figure drawings of sexually victimized and nonabused children. *Journal of Clinical Psychology, 46*(2), 211-219.
- Jolley, R. P., Fenn, K., & Jones, L. (2004). The development of children's expressive drawing. *British Journal of Developmental Psychology, 22*(4), 545-567.
- Junge, M.B. (2010). *The modern history of art therapy in the United States*. Springfield, IL: Charles C Thomas LTD.
- Kearns, D. (2004). Art therapy with a children experiencing sensory integration difficulty. *Art Therapy, 21*(2), 95-101.
- Koenig, K., White, S., Pachler, M., Lau, M., Lewis, M., Klin, A., & Scahill, L. (2010). Promoting social skill development in children with pervasive developmental disorders: A feasibility and efficacy study. *Journal of Autism & Developmental Disorders, 40*(10), 1209-1218. doi:10.1007/s10803-010-0979-x
- Lowenfeld, V. & Brittain, W. L. (1987). *Creative and mental growth*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Malchiodi, C.A. (2007). *The art therapy sourcebook*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Malchiodi, C.A. (2012). Developmental art therapy. In C.A. Malchiodi (Eds.), *Handbook of art therapy* (pp. 114-129). New York, NY: Guilford Publications.
- Martin, N. (2009). *Art as an early intervention tool for children with Autism*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- McIntyre, L. L. (2008). Adapting Webster-Stratton's incredible years parent training for children with developmental delay: Findings from a treatment group only study. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*(12), 1176-1192. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01108.x.
- Morra, S. (2005). Cognitive aspects of change in drawings: A neo-Piagetian theoretical account. *British Journal of Developmental Psychology, 23*(3), 317-341.
- Rubin, J.A. (1984). *Child art therapy*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Rubin, J.A. (2001). *Approaches to art therapy: Theory and technique*. New York, NY:

Routledge.

Silk, A. J., & Thomas, G. V. (1986).

Development and differentiation in children's figure drawings. *British Journal of Psychology*, 77(3), 399.

Silva, L., & Schalock, M. (2012).

Autism parenting stress index: Initial psychometric evidence. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 42(4), 566-574. doi:

10.1007/s10803-011-1274-1

The Menninger Foundation. (1987).

Person/Process/Product: A model of clinical intervention in art therapy (8-17). Topeka, KS: The Menninger Foundation.

Tielsch, A. H., & Allen, P. (2005).

Listen to them draw: Screening children in primary care through the use of human figure drawings. *Pediatric Nursing*, 31(4), 320-327.

桃竹區特殊教育第三十二期稿約

本校特殊教育中心即將發行「桃竹區特殊教育」第三十二期，預定於一〇七年十二月出刊，竭誠地邀請各位專家學者、教師、家長或學生踴躍來稿。

創刊目的

為桃園市及新竹縣、市特教輔導地區提供特殊教育相關資訊之流通管道，包括特教新知、各種特教行政措施及學術研究成果介紹、特教中心之各項服務、研習活動及工作報告、輔導區內特教教師教學及家長教養經驗心得分享、桃竹地區各項研習訊息公告以及各項特教觀念之推廣。

徵求稿件

本刊園地公開，凡有關特殊教育之學理專論、教材教法、專題研究、新知要聞等，歡迎踴躍賜稿。

字數

請以 4000 字以內為主。來稿歡迎附上照片、圖片等。

投稿注意事項

1. 為使本刊物能順利處理來稿，請以電腦打字撰寫，並附上電子檔。每位作者投稿文件以三篇為限。
2. 請務必參考 APA 格式第六版撰寫，**APA 格式亦為評分重點**。
3. 本刊對來稿保留刪改權，不願刪改者請另以註明。
4. 來稿恕不退件，請自行保留原稿。
5. 來稿請註明：姓名、服務單位、職稱、聯絡電話、電子信箱及通訊地址。
6. 請勿一稿多投，一旦進入審稿階段，不接受任意棄稿，投稿前請再三思。

賜稿處

請將電子檔寄至中原大學特教中心電子信箱 sec@cycu.edu.tw 或郵寄至 32023 桃園市中壢區中北路 200 號中原大學特教中心，信封註明「投稿桃竹區特殊教育」。聯絡電話：(03)265-6751；傳真：(03)265-6729

截稿日期

全年徵稿