

發現 音樂治療

口述 / 蕭斐璘

整理 / 何孟潁



音樂治療是藝術治療的一支，在全世界來說，是個很新的學科，一般在美國是由 AMTA (American Music Therapy Association，美國音樂治療協會) 經由考試 (Board certification) 來認證。如果順利通過考試，就可以拿到一張 MT—BC 的執照。美國音樂治療的發展，最主要是從二次大戰後，大概有五十年了，因為二次大戰時有很多的傷兵，還有戰後的併發症，不管是生理層面或心理層面，都有大量的需求，所以那時開始開課程，訓練人才。

美國的音樂治療師是包含音樂系或音樂教育系，主要是分成四個部分——1. 音樂本身：包含主副修樂器、帶領團體的能力和技巧與一些音樂性的訓練；注重功能性的訓練，且多項涉獵。2. 音樂治療本身的評估：如怎樣去治療病人的治療倫理。3. 行為科學：要修很多的心理學，如發展和變態心理學等。有些基礎或臨床的科目，如解剖學、病人的身心特質、簡單的研究法或自然秩序與諮商技巧等等都要修習。4. 見習與實習：實習的話，有的學校規定半年或一年，協會是規定實習一千小時以上才可申請執照。

在台灣現有 10 位專職音樂治療師，都是在國外(美國)拿到學位後回國服務。這些音樂治療師通常是在私立醫院被聘請，在公立醫院，則還沒有音樂治療師的頭銜。目前國內音樂治療常見於復健科及精神科。例如長庚醫院將音樂治療應用於兒童醫院的復健科，用以治療像自閉症、學習障礙與發展遲緩等病症，而苗栗的為恭醫院則採用音樂治療在精神科的治療方式中。

我的工作主要是針對特殊兒童和青少年，接觸較多是自閉症的孩子。因為音樂治療對自閉症的孩子是個好的介入媒介，他們很多都喜歡聽音樂，喜歡音樂的刺激。因為我的孩子大多是重度的，剛開始他們在團體種會走來走去，甚至會尖叫。所以一開始一定都是一對一的，先讓他們學習參與活動，並與治療師建立關係。如果進行一段時間後，覺得有進步，我們會試著把他放回團體



當中，因為我們最終的目的還是社會的適應。就是說這些孩子來上音樂治療並不是來學會唱歌、玩樂器或者認譜，應是透過音樂的方式，達到良好的社會適應。

印象較深刻的是有個自閉症的孩子，到九歲才上一年級，完全沒有口語能力和自理能力，而且非常被動，九歲了還要人餵飯。在教室中他會走來走去，發出一些聲音，活在自己的世界裡。可是 he 會帶大人到目標物，要大人幫他『製造』音樂，如到錄音機前按 play 鍵。他靠著音樂沉浸在自己的世界裡，沒有被引導出來，所以都擺脫不掉錄音帶的影子。我做

治療時就不用錄音帶，所有音樂由我提供，所以會有個有趣現象，當我沒彈鋼琴時，他會跑過來我身邊，把我的手放在鍵上，我一彈時，他就走掉，因為他只要音樂不需要我。但是由於他一離開我就沒有音樂，他就

不會離得太遠，所以我利用音樂來作行為的改善。

這樣的方法幾週後，他慢慢了解到我們從事音樂活動時，他應該站在鋼琴旁邊。

我設定的第一個目標——讓他能站定，能參

與。這在幾週後就看到了。而且治療室有許多的樂器，他會主動去探索，操作。這也是我們在他一般生活中所沒有觀察到的。在音樂治療的案例中，孩子們本來是不使用雙手的（有意義的使用），透過音樂，他喜歡敲鼓，就會去抓鼓棒，握一些樂器，然後我們把他類化，他可以在生活中做些有意義的事，如握水杯、刷牙等。這些孩子經過音樂治療後，進步很多，在教室比

較能參與，對週遭也比較敏感，較不會沉浸在自己的世界。

專業音樂治療進行時，是活動式多於被動式的。如對特殊兒童，不大可能教她乖乖坐在那裡聽音樂，而必須用各類的樂器來做



音樂活動（肢體運動），如唱歌、打擊等等都在範圍裡。在精神科成人方面來說，可能聆聽會佔多些，可是重度的精神病患，聆聽對他們來說還是蠻困難的。聆聽部分有種叫 active listening，有引導想像的作用，有點類似冥想，差別在於冥想是把音樂當作催化劑，以口語領導為主；而 active listening 是以音樂引導想像，以音樂為主導，能夠激發情緒或深層的感受。總而言之，音樂的活動是包羅萬象的，病人必須參與或做些聆聽，還要加上口語的分享。

在帶領音樂治療的過程中，面對的難題是因情況而異的。例如很多人都會覺得說音樂對台灣人很困難，尤其是我曾經在陽光燒燙傷基金會那時候發表一些我們做的成果，就曾遭到醫生的質疑。甚至有些人覺得說以他們自己為例，根本不喜歡音樂，可是我在帶時，發覺並不是那麼困難。其實他們蠻喜歡音樂與唱歌的，像敲擊樂器就很容易上手。簡單敲擊，每個人都會有基本的節奏感，歌聲好壞當然會不一樣，但最少要有功力去引導一個團體，在他們能力範圍內去嘗試音樂的活動。所以基本上，病人是不需要學過音樂才能做音樂治療的。

國內醫療團體目前對於音樂治療持兩極化的看法。一方面，較為排斥的人抱持著質疑的態度，主要是不確定它是否有療效。不過在國外，已經有中風病人接受音樂治療後，腳步變得穩健的病例。由於醫學界是重視報告、數據和圖表的，藝術比較難去表達這些，但我們盡量朝這方向努力。另一方面，在國內慢慢有一些醫生會接納音樂治療，大多是精神科醫師，少部分復健科醫師，還有很多護理人員都參與音樂治療，做

了很多研究報告，表示大家漸漸重視到這個主題。但不諱言的是，回台灣的音樂治療師們，還是有人感到相當挫折。而我們回來以後之所以執意繼續這項工作，是因為它不但有成就感，推廣工作也有趣，能多樣化的接受媒體，和不同的人一起工作，這對我們來說都具有意義。

我們是朝專業的方向走，成立『中華民國應用音樂推廣協會』，所有音樂治療師都在裡面，還有音樂界、醫學界、特教界與心理諮商等相關領域的專家。我們每年都會辦國際性的研習營，並一年出四期的會訊。協會目前有一項在規劃的工作，就是國內人員的培訓，但就工作量來說，培訓的速度太慢了。所以我們十位音樂治療師都身兼數職，以應付龐大的市場需求。希望將來可以成立音樂治療的系所或科系，有正規的管道來培育專業人員，並得到一定程度的認證以便於在公立的單位有正式的職稱，這是我們目前所努力的方向。



蕭斐璘

《悅音》季刊總編輯

國立台北師範學院音樂教育、幼教系講師
台北市立師範學院音樂系講師