

## 第二章 文獻探討

本章分為三節，第一節為創傷兒童的處遇，第二節為性受虐兒童的創傷處遇，第三節為遊戲治療師對性受虐兒童的創傷處遇。以下分別陳述之。

### 第一節 創傷兒童的處遇

性虐待經驗造成兒童的巨大的心理創傷，已被若干學者所認同(James, 1996)。James (1996)認為「創傷」(trauma)是一種超過個體能夠承受的、無法控制的經驗，此經驗影響個體在心理上感到無望、脆弱、失去安全感與控制感。Terr 亦將兒童的心理創傷定義為：「單一突發事件或連續打擊造成兒童暫時的無助感與原本因應能力的損害」(引自 Ogawa, 2004)。性受虐皆可能來自突然的陌生人性虐待或長期的熟人或親人的性虐待，因此性受虐對兒童而言就是一種創傷經驗，性受虐兒童可被視為創傷兒童。而本研究期待瞭解性受虐兒童的創傷處遇，勢必需要先加以瞭解一般處遇創傷兒童的方式。因此，本節首先針對創傷兒童的處遇加以探究，瞭解目前文獻中，對創傷兒童處遇的觀點與論述。

本節又分為兩部分加以陳述，一為創傷兒童處遇的重要面向，二為創傷兒童的遊戲治療。

#### 壹、創傷兒童處遇的重要面向

在成人治療中創傷主題已越來越被重視的今日，創傷兒童的治療與處遇，目前的文獻仍不多見。研究者檢閱文獻，發現 James (1996)在「處遇創傷兒童」(Treating traumatized children)一書中，提出許多創傷處遇重要面向的看法，其對兒童創傷的處遇觀點，被廣泛引用於不同的文獻當中，因此，以下首先即以 James (1996)創傷兒童處遇的重要面向為主要架構，

與其他現有文獻交織陳述討論。

## 一、幫助兒童承認與接納創傷經驗的事實

James (1996)認為創傷兒童處遇首先最重要的，是幫助兒童承認創傷事件的發生。創傷兒童能接受事實已經發生，才能避免使用許多能量於防衛相關的可怕感受，此外，無法接受事實的兒童，也會無法玩耍、不斷處於幻想與夢境當中，因此幫助兒童處理創傷與整合創傷經驗是很重要的。作者提醒當兒童必須面對一些非自然的事件時，例如開刀，身邊的成人，尤其是實行手術或檢查的醫療人員，應該詳細的為兒童解說與幫助其準備，面對即將來到的痛苦歷程，而非為了避免兒童承受痛苦而掩蓋即將發生的事實。Hopkin 亦提出在創傷兒童的治療歷程中，必須包含接納與哀悼階段，如此才能幫助兒童面對創傷，然而，他亦提醒治療師要有心理準備，兒童此時可能會責怪治療師讓他接觸痛苦。因此創傷處遇的第一步，正是接納與面對創傷(引自 Kelly, 1995)。

## 二、發展序列性的處遇

創傷事件時常會導致兒童某一發展面向的阻礙，而使創傷事件在兒童不同的階段中出現不同的意義，因此發展序列的處遇是重要的，例如，原本只有困惑的感受，卻漸漸的轉變為羞恥。性受虐經驗就是一個典型的例子。性受虐兒童很可能一開始只是經驗到生理的興奮或與成人共享秘密的滿足感，隨後可能會因為曾經感到滿足而出現羞愧感、感覺自己對事件的發生有責任，甚至感到自己是骯髒的，或只是一個他人的性對象。然而，一位治療師只能處遇兒童目前所感覺到的議題，對於還未意識到的議題是無法處遇的，因此發展性的處遇是必要的。James (1996)建議與創傷兒童工作的治療師，可以與創傷兒童及其家庭建立起類似家庭醫師的模式，持續的與其維持關係，使兒童與其家庭能隨時回診而能得到適時的協助。此

外，並強調避免拖長治療時間意圖想要解決還未浮現的議題，不但使個案與照顧者感到更加無力，亦會使其更加抗拒回來治療。Drewes, Carey & Schaefer (2001/2005)對於創傷兒童的處遇，也同樣採取發展性的觀點，強調治療師應該要熟知兒童個案的發展階段與對應的議題，以提供適當的處遇方式。

### 三、納入兒童照顧者的處遇

無論照顧創傷兒童的人是誰——父母、寄養父母、個案管理員、或其他人，都應該成為處遇計畫的一部份，納入的程度則決定於照顧者的能力與兒童的需求。照顧者必須納入處遇計畫的原因主要為以下幾點：

- (一) 照顧者的參與能增進治療的效能、加速治療的進展、減輕兒童與照顧者的情緒低落，亦減少兒童過度認同自己為受害角色的機會。
- (二) 照顧者的參與能減少兒童的秘密感與羞恥感，讓創傷兒童瞭解創傷經驗是能與其他人一起討論與處理的。
- (三) 經由照顧者的瞭解與接納，增進其本身的自我接納與認同。
- (四) 照顧者的擔憂與關注能被加以接納與處遇，減少不成熟結案的機會。此外，預先瞭解照顧者想要提早結案的原因是重要的。
- (五) 照顧者的參與能增進與強化創傷兒童與照顧者的依附關係的治療目標。

納入照顧者的處遇模式也同樣受到其他學者的肯定。Faller (1988)強調納入家長、寄養父母，以及其他兒童生活中的重要他人是重要的，尤其是十歲以下的兒童。他提出幾點原因：一、幫助環境中的照顧者也能以治療性的方式對待個案；二、幼小的兒童是很難建立治療同盟的，必須借重照顧者；三、幼小兒童不容易將內在擔憂與治療師分享，必須透過原本即信任的人；四、照顧者也可能在事件過程中受創，將照顧者納入治療，治療師才有機會安撫與支持照顧者，以避免照顧者擴大兒童的創傷。

#### 四、直接與開放的治療取向

James (1996)認為指導性、直接性、開放性的討論對於處遇創傷兒童是重要的，非指導性的技巧雖能幫助個案整合情緒與經驗，但卻無法幫助個案完整的療癒，因為如果治療師避免主動討論，可能會誤導兒童認為創傷議題是可怕的、無法被承受的。對此，Gil (1991/2005)亦有同樣的觀點，他亦認為非指導性與案主中心式在治療一開始是有利的，能幫助個案減輕防衛與建立治療關係，但受虐或受創的孩子會有嘗試壓抑恐懼、痛苦回憶與想法的傾向，有一些個案甚至會徹底的運用否定的逃避機制，因此她同樣建議治療師應該要以完整而且具時限的方式幫助個案回顧創傷事件，如此才能幫助個案瞭解、處理與同化創傷經驗。

#### 五、清楚有趣的治療風格

創傷兒童的治療是充滿痛苦的，因此以有趣的方式進行處遇是重要的，不但能較容易打破創傷兒童的心房，也使治療較容易繼續進行下去。有趣與輕鬆不代表治療師需要花俏逗趣的打扮或耍寶的伎倆，而是需要傳達堅定清楚的訊息，例如「我喜歡你」、「你很有趣」，或「妳值得被好好對待」等。此外，在治療室外，亦要教導照顧者同樣以此清楚傳達訊息的方式幫助兒童控制行為。

#### 六、多元的治療面向

由於創傷通常導致兒童生理、認知、情緒與靈性的傷害，因此處遇的策略亦必須包含這些面向，才是完整的創傷處遇；生理的面向，可以各種身體性的活動來引導處遇，例如芭蕾舞、體操、足球等，此外身體界線亦需要透過支持性的教導或模仿來達成；認知的面向，可透過治療師直接的教導而達成，例如說故事、隱喻的使用，或直接討論都有幫助；情緒的面向，需透過安全的情境幫助兒童表達原本無法承受與無法被接納的情緒，藝術

或遊戲治療活動都是很好的方式；靈性的創傷則是影響兒童最深遠的，尤其當兒童感到內在某種原本相當有價值、令人珍惜的部分已經永不復在的時候，此時，治療師可透過大自然、音樂、詩歌，甚至是宗教，來幫助兒童重新找回生命的力量。Waterman (1986)針對性受虐兒童身體界線不清的部分，強調治療師必須教導兒童適當的身體距離、觸摸與擁抱的適當方式。此外，幫助兒童從自己的身體上感到愉悅而非總是恐懼、羞恥或骯髒感是重要的。深呼吸、放鬆運動都是不錯的方式，瞭解自己的身體狀態也是重要的，例如幫助兒童穩定精力過剩、壓力、不舒服的感受。

總之，創傷兒童的處遇面是相當多元的，反應創傷處遇其複雜的性質，同時亦考驗治療師對各種創傷處遇面像處遇的能力。

## 七、留意隱微的創傷反應行為

治療師應該要留意創傷兒童的各種創傷反應行為，並且瞭解如何處遇這些行為，如果處理的不好，可能會使此類行為變得更加惡化，甚至加深兒童的罪惡感與感到自己異於常人。治療師可以透過目前研究與臨床經驗來加以瞭解。如果發現創傷兒童出現解離與性化行為，應該加以小心評估與處遇。而創傷反應行為可能包括解離行為、性化行為。針對解離行為，James (1996)強調治療師應該要有能力辨認解離行為的隱微訊息，此外，在治療初始與每一個治療階段也都必須評估個案具有解離行為的可能性，如果個案已經發生解離狀況，只有主導與整合創傷經驗的治療目標是不夠的，此部份又再次與創傷處遇面向是多元的觀點為一致的。處遇性化行為方面，治療師應該避免將兒童的性創傷經驗導入兩極化的討論，例如加害者/壞人與受害者/好人，因為如果兒童感到自己可能被當作「壞孩子」，就不會將秘密性的性議題帶入治療中。此外，治療師應該讓照顧者瞭解，雖然有不少性創傷兒童會產生性化行為，但不代表個案長大後一定會從事性工作。最後，James (1996)強調治療師應該要發展能直接與照顧者或兒童討

論性議題，並且知道如何處遇這些性化行為的能力。

## 八、瞭解治療師對兒童經驗的反應

與創傷兒童工作亦容易影響治療師產生情緒、生理、道德、與精神性的倦怠，也亦引起各種不同的個人議題。尤其是受虐兒童，他們總是相當靈敏快速的「得知」治療師的感受，因此治療師必須有勇氣去面質、承認與處理自己的情緒反應，經常接受督導與諮詢能夠提供這方面的支持。

因此，由以上 James (1996)與其他學者的觀點，可以發現創傷兒童的處遇中，創傷處遇不僅是重要的，其所需注意的面向相當多元，此外，創傷處遇更需要與不同周遭資源一同合作。另外，治療師的處遇能力是相當重要的，例如對於創傷反應與性議題，治療師都必須要具備處遇的能力與知識，否則可能會導致兒童的問題更加惡化。

## 貳、創傷兒童的遊戲治療

關於創傷兒童遊戲治療的文獻，同樣並不多，此外主張也不太一致。大部分關於創傷兒童處遇的文獻，多屬於指導性或折衷性遊戲治療，只有少部分為非指導性取向的文獻。前者強調需要主動介入創傷的必要，後者則只強調彈性的重要。

在主張創傷應主動處遇的部分，Terr 是最為強調需要主動處遇介入創傷的學者，Terr 發現創傷兒童會玩出重複、僵化難以改變，又無法宣洩情緒的遊戲類型，並將此種遊戲類型命名為創傷後遊戲 (post-traumatic play)，由於認為此類遊戲會重複的玩著僵化而無法釋放焦慮的創傷遊戲內容，因此 Terr 認為治療師應主動介入處理，例如直接的詮釋、在兒童的遊戲當中建立主題的方式處理創傷後遊戲，並且說出相關的感受，如此直接與坦誠的回應，才能幫助兒童修通創傷(引自 Ogawa, 2004)。Gil (1991/2005) 也提出類似同樣的看法，認為一開始以非指導性遊戲介入是最有效的，但

隨著治療的持續進展，指導性仍是有必要的，尤其是當兒童不斷逃避或謹慎於表達虐待事件時。

此外，Schaefer (1994)亦強調，兒童受到心理創傷之後，即使沒有接受治療卻看起來很好，是因為兒童的人格與特質已經受到影響，防衛機制也已經建立的緣故。因此成人應該幫助兒童去面對與創傷有關的感受與想法，這樣的面質過程對心理整合與對創傷事件的控制感是很重要的；此外，輕度創傷反應的兒童能透過自發性的宣洩遊戲幫助自己療癒創傷，但如果是中度至重度創傷反應的兒童，會需要藉由遊戲治療來幫助他們，因為他們的遊戲可能出現「重複創傷遊戲」(retraumatizing play)、「遊戲干擾」(play disruption)。當遊戲中強迫性重複創傷事件片段，或重複玩著與創傷主題有關的遊戲，即為「重複創傷遊戲」(retraumatizing play)，此遊戲類型與 Terr(1983)所提出的「創傷後遊戲」(Post-traumatic play)是類似的。Schaefer (1994)認為兒童無法經由此種遊戲感到有控制感，也無從釋放焦慮，並且似乎固著於此番遊戲中，無法自在的玩或解決問題。因此重複創傷遊戲必須被治療師主動介入打斷，並主導此番創傷遊戲以使兒童創造自主的感受。另外一種需要介入的遊戲，則為「遊戲干擾」，當兒童感到極度受威脅而無法玩出創傷重演遊戲，或當兒童難以忍受焦慮，因此打斷停止遊戲，就稱為「遊戲干擾」(play disruption)。此種遊戲的出現表示兒童防衛機制的故障以及無法表達與創傷有關的想法與感覺，即使透過象徵性遊戲也有困難。此時，遊戲治療師必須設定結構性遊戲來幫助兒童玩出一小部分的創傷事件，或壓抑的感覺。治療師不可強行衝破兒童的防衛，而要一點點的、長期的、漸進的軟化防衛。傾向主動處遇的觀點與 James (1996)強調開放與直接的處遇是一致的。

在非指導性取向的部分，則強調透過治療師真誠一致無條件接納的態度，兒童就具有自我指導與自我實現的潛力。此一取向的遊戲治療，認為創傷兒童的遊戲治療長度可根據治療關係與兒童的需求來調整，治療師也

需要根據創傷程度與兒童主觀的創傷經驗，保持彈性與創造性的態度。例如 Landreth & Sweeney 即認為在以遊戲治療與創傷兒童工作時，可能需要調整治療次數，例如一週兩次，甚至一開始每天一次，再逐漸轉換為一週一次的方式（引自 Ogawa,2004）。然而，Rasmussen & Cunningham (1995) 則提出分化指導性與非指導性取向是不必要的，認為無論何種取向，都有其長處，建議治療師可針對兒童的特質、問題呈現的本質，以及治療的階段（開始、工作、或結案）來選擇使用指導或非指導取向。

除了主動處遇與否觀點的不同，治療的長短期亦有不同的觀點。Shelby(2000/2004)提出以「短期治療」創傷兒童的可能，強調以發展的觀點來看兒童的創傷經驗、認知能力，亦即因應策略，並且以適宜創傷兒童發展程度的方式介入，可以預先設計與創傷情境有關的道具來幫助兒童表達，口語較佳的兒童，則可設計一本治療性活動的手冊，或鼓勵兒童畫畫，並以此說出與創傷有關的事件與感受。然而，Walker & Bolkobatz (1988) 針對性受虐兒童遊戲治療，不同意將治療情境佈置成與創傷情境類似的方式就能減短治療時間的看法，他認為只要是長期的性創傷，並且涉及關係的信任與背叛議題，就需要更長的治療時間。

因此，遊戲治療在創傷處遇方面，多傾向強調主動介入，並以結構性或時限方式介入。少部分非指導性的研究則只主張彈性是重要的。治療長度亦有不同的觀點。可見遊戲治療在創傷處遇的文獻上，文獻不僅不多，文獻結果亦存在一些觀點上的落差。

總而言之，創傷兒童的處遇面向確實是相當廣泛的，除了需要相當瞭解創傷兒童的不同創傷議題與處遇方式，處遇的面向多元，處遇方式亦需彈性的，此外，治療師創傷處遇的能力是很重要的。在創傷兒童的遊戲治療部分，文獻中多主張創傷需要主動處遇的重要性，然而此可能反映取向不同所造成的落差。



## 第二節 性受虐兒童的創傷處遇

本節呈現性受虐兒童創傷處遇之相關文獻。本研究雖以性受虐兒童的創傷處遇為主要焦點，然而在瞭解性受虐兒童的創傷處遇之前，瞭解性受虐對兒童的影響與創傷是相當重要的(Poter, Blick & Sgroi, 1982)。首先，本節將針對「性受虐兒童的創傷」加以探究，分為兒童性虐待的定義、兒童性虐待的類型、性虐待對兒童的影響，以及影響性虐待創傷的因素四類加以陳述；其次，則進一步進入「性受虐兒童創傷處遇」相關文獻，分為性受虐兒童的處遇目標、性受虐兒童的處遇模式，以及性受虐兒童創傷議題的處遇。

### 壹、性受虐兒童的創傷

由於兒童性虐待議題的殊異性，對兒童性虐待的全面性瞭解是有必要的，亦有助益於瞭解創傷處遇的方式，因此以下分別就兒童性虐待的定義、類型、影響與影響因素等面向瞭解兒童性虐待議題。

#### 一、兒童性虐待的定義

兒童性虐待，為兒童虐待的其中一種，根據劉可屏接受內政部委託研究兒童虐待與傷害標準，將兒童虐待分為：身體虐待、精神虐待、性虐待、與疏忽四種（引自魏秀珍，民 82）。而兒童性虐待（child sexual abuse），在一般文獻中，最常引用的定義來自 Finkelhor：「十二歲以下的兒童與大其五歲以上者，或十三歲或更長的青少年與大其至少十歲的成人間所發生之非志願的性接觸，則稱為兒童性虐待。」（引自 Ackerman, 1995）然而，黃翠紋（民 87）則認為各國對於性虐待的定義與法律所保護的對象不同，因此提出較為廣泛的看法：「不論參與者的年齡為何，只要是使用暴力或

威脅要使用暴力的性接觸，以及不管兒童是否認知到成人加諸於其身上的性行為，只要是成人加諸於兒童身上的性行為均屬之。」而國內陳若璋（民 89）的定義則為「兒童與成人間包括身體與非身體間的性接觸，施暴者以引誘或欺騙以達到控制兒童的目的，但不一定涉及暴力的使用。」由此可見，兒童性受虐為兒童受到成人威脅利誘而與其有非志願性接觸的行為。

以上所指之非志願的性接觸，可包括（黃淑珍，民 93）：

（一）身體接觸的性虐待：如加害者暴露身體隱私處、兒童被強迫暴露自己身體隱私處、兒童被碰觸、撫摸身體，對方要求撫摸其身體、被強吻或強拍裸照。

（二）性器官接觸的性虐待：包括加害者撫摸兒童性器官或要求兒童撫摸其性器官、強迫兒童性交、口交、肛交，以性器官以外的其他身體部位或器物進入兒童生殖器官或肛門等。

總而言之，兒童性虐待即為由成人或其他人對兒童私處所做的強迫性或誘騙性的碰觸行為，使兒童成為成人性行為的受害者，致使兒童承受超過其應有年齡身與心上的莫大負擔與創傷。

## 二、兒童性虐待的類型

兒童性虐待最常見的分類方式則以家庭為劃分依據，分為「家庭內」與「家庭外」兩種，前者即稱為「亂倫」（incest），指的是家庭成員間的性侵害事件，包括直系血親如祖父母、父母、繼父母等對兒童的性虐待，或旁系血親，如叔伯兄弟姊妹的性虐待。而家庭外的性虐待加害者則為非家庭成員，如陌生人、鄰居、朋友師長等（謝淑貞，民 91）。然而不幸的是，大多兒童性虐待的加害者，多數為兒童所信賴的家人，根據統計，兒童性虐待事件中有 42% 的施虐者為父母親。而 Gordon 則發現家庭亂倫事件中有約 48% 為親生父親（引自魏秀珍，民 82）！由此可見性虐待對兒童的影響已非簡單的陳述可以形容，而是對於人性的莫大傷害！

### 三、性虐待對兒童的影響

性虐待對兒童的若干影響已有相當豐富的文獻加以證實，以下分為普遍反應與長遠影響加以陳述。

#### (一) 性受虐兒童的普遍反應

國外相當可觀的性虐待影響的文獻皆顯示性虐待毫無疑問的對兒童的影響相當巨大與長遠，致使兒童在心理、情緒、行為上有很大的改變。最典型的心理反應為恐懼、焦慮、憂鬱、氣憤與憤恨，尤其當加害者威脅要傷害兒童與其家人時，此外，自尊的低落也是在性虐待兒童上相當常見的影響 (Brown & Finkelhor, 1986)；行為上，某些兒童會產生性化行為 (sexualized behavior)，對性突然展現很大的興趣，例如公開手淫、引誘行為、要求其他大人或兒童給予性刺激，或超過其年齡應有的性知識等，行為的改變亦顯現在人際模式的改變上，使性受虐兒童變得相當退縮、孤立、無法信任他人與建立關係，或相反的變得相當依賴、黏人、討好他人，或者出現偏差行為、敵意與攻擊行為。另一類行為的改變則出現 ADHD 或行為障礙症，甚至還有一類性虐待兒童出現以學業的奮發向上來補償性虐待的傷害，因此行為的多元性很容易導致誤判或忽略真正的創傷 (Wickham & West, 2002)。由於情緒上的困擾，性受虐兒童也時常具有學習的困難、無法專注學習，甚至最後逃學、逃家，創傷後壓力疾患 (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) 則為性受虐兒童最常出現的精神症狀 (Parton & Wattom, 1999。Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor (1993) 研究發現約有 35% 的性受虐兒童受到 PTSD 之苦，典型症狀為不斷處在焦慮緊張的情緒狀態中、無法集中注意力，並且在腦中自動化的回溯 (flash-back) 受虐情節而造成生活相當大的痛苦。此外，解離 (dissociation) 也是性受虐兒童用來逃避內在痛苦經驗常見的方式，因而呈現遠離情緒、無法表達、感受情緒的狀況，並且會延續到成年。

對於性受虐兒童的反應，不同年齡、不同性別的反應亦有所不同，年齡幼小與女性兒童較傾向於出現內化行為，例如憂鬱、恐懼情緒、退縮等，而青少年與男性兒童較傾向於出現外化行為，例如逃學逃家、自傷與自殺、甚至物質濫用偏差行為等（Kendall-Tackett, et al., 1993）。可見，性受虐對兒童的影響不見得會完全相同。

由性受虐兒童的普遍反應中，可以瞭解性受虐對兒童的影響是相當廣泛的，帶來認知、行為與情緒面向的全面傷害，更可能造成 PTSD 的症狀反應。

## （二）性虐待對兒童的長遠影響

除了帶來廣泛性的影響，性虐待更帶來長期的效應。研究均顯示性虐待所帶來的影響並不會因為事件的平息而消失，反而會因為不去正視它而悄悄的在心中發酵，影響性虐待倖存者者成年後的各種功能甚鉅。

### 1. 情緒障礙

憂鬱是成人受性虐待倖存者最常報告的症狀。Browne & Finkelhor (1986)檢閱 23 個相關研究顯示，幾乎所有研究皆顯示憂鬱是最常見的情緒反應，具有性受虐歷史的憂鬱症成年患者也比未具有性受虐歷史的憂鬱症患者更高比率罹患共病症狀（comorbidity）、邊緣性人格疾患、PTSD，與第一軸的多元診斷。值得注意的是，許多研究顯示自殺與性虐待相關，Martin, Bergen, Richardson, Roger & Allison (2004)即發現具有性受虐歷史的男性與女性青少年都比沒有性受虐歷史的青少年有更高的自殺意圖、計畫與行動，而且男性青少年即使沒有憂鬱的症狀，也與自殺有獨立的相關存在，因此研究者建議實務工作者對於有性受虐歷史的男性青少年要特別注意。此外，Briere & Zaidi (1989)也以門診女性病人為研究對象，發現其中有性受虐經驗的女性病人，其企圖自殺的比例是沒有遭受虐待病人的兩倍。

除了憂鬱之外，其他性受虐倖存者常見的情緒症狀還有焦慮、恐懼或易怒，還有不可言喻的羞恥感、罪惡感等。部分資料亦顯示童年性虐待的經驗還可能造成受害者成年後的人格分裂症、健忘症、精神多重障礙、亂倫，甚至感染 HIV/AIDS 的危險（黃翠紋，民 87；林佩儀，民 89；Johnson, 2003）。

## 2. 人際困難

兒童性受虐的倖存者也常具有與他人建立關係的困難。Briere & Runtz 發現這些性受虐的受害者的朋友較少，與朋友的關係也不密切，甚至自認為自己沒有資格擁有健康的人際關係（引自 Ackerman, 1995）。此外，性受虐受害者也常出現再次受害的傾向（revictimization），文獻顯示許多性受虐女性在成年後有相當高的比率再次受到強暴或面臨婚姻暴力，此與 Klufit 認為性受虐兒童常具有待宰鴨子徵狀（Sitting Duck Syndrome），因而常再次受害的觀點是一致的（引自 Ackerman, 1995）。相反的，性受虐受害者也可能成為加害者，Zuravin, McMillien, DePanfilis & Risley-Curtiss 的研究發現嚴重度越高的性虐待，代間傳遞虐待行為的可能性也越高。無論是成為加害者或再次成為受害者，都顯示性受虐所帶來的不信任、不尊重的關係本質，都使性虐待受害者形塑扭曲的人際模式、影響其無法享受正常的人際關係，因而幾乎終其一生為不穩定的關係所苦（引自 Ackerman, 1995）。

## 3. 性氾濫或性功能障礙

另一個相當一致的研究結果為，受害者經常比不是性受虐受害者顯著的具有性功能的困擾，例如不滿意性關係、對性興趣缺缺、與性有關的自尊低落；相反的，另一個常見的狀況則為過渡氾濫的性行為，熱衷投入於短暫而膚淺的性關係，也更容易投入高風險的性關係中，例如比較容易選擇有風險的性伴侶、有複雜的性關係，甚至從事性交易等（Browne & Finkelhor, 1986; 黃翠紋，民 87）。Zierler 發現受到童年性虐待的成人從事性交易的機率為比未受性虐待成人的四倍，而且這樣的狀況在青少年時期

就已開始，因而造成未婚少女懷孕或使罹患 HIV-AIDS 的機率相當高（引自 Batten, Follette & Aban, 2001）。此反應性虐待事件使受害者產生性關係的扭曲認知，學習到將性「物化」的結果，因而不是對性厭惡，就是把性當作利益交換的手段。

#### 4. 自我毀滅行為

文獻顯示性虐待受害者也有很高比例出現各種類型的自我毀滅行為（self-destructive）（Rodriguez-Srednicki, 2001），例如藥物與酒精濫用、暴食、自我傷害行為、高風險性行為、與自殺意圖。Rodriguez-Srednicki (2001) 整理文獻後發現性虐待受害者之所以會有許多自我毀滅行為是為了能抑制創傷所帶來的痛苦感受。而這些自我毀滅行為並證實與逃避、解離的心理機制相關，亦即藉由這些行為增加解離的麻醉程度，或以強烈的刺激來解決解離所衍生的無愉悅感（alexithymia）（Batten, Follette & Aban, 2001；Rodriguez-Srednicki, 2001）。

以上文獻顯示，性虐待對兒童的影響不只是短期的傷害，更是長遠的創傷，影響性受虐兒童的人格與人生相當可觀。

### 四、影響性虐待創傷的因素

雖然性虐待的影響已經有相當一致的研究結果，然而，許多臨床研究發現並非所有性受虐兒童都有明顯的症狀，甚至仍有 21% 至 49% 的兒童受害者沒有症狀（Kendall-Tackett, et al., 1993），也沒有出現行為的變化（Mullen，引自 Wickham & West, 2002），因此許多文獻著手探討造成創傷程度的各種不同因素。本研究整理影文獻中較為一致的結果陳述如下。

#### （一）性虐待的方式

研究顯示加害者對兒童進行性器插入的性活動會造成最大的創傷（Gomes-Schwartz, Horowitz & Cardarelli, 1991; Browne & Finkelhor, 1986; Ketring & Feinauer, 1999），尤其是當插入再加上暴力脅迫時，對兒童的傷

害更大，除了增加罹患 PTSD 的機會之外，並容易出現行為問題，以及攻擊憤怒的情緒問題。Johnson, Pike & Chard (2001)的研究並進一步發現當兒童感受到自己在當下會被殺掉時，與 PTSD、解離症狀都有顯著的相關。

## (二) 性虐待的長度與頻率

性虐待的長度越長，頻率越高，也會造成越大的創傷 (Groth; John, 引自 Parton & Wattam, 1999)。然而，Browne & Finkelhor (1986)在檢閱 25 個文獻時，發現檢閱中的文獻結果並不一致，在相關的九個文獻中只有四個研究同意性虐待的長度與創傷程度有關。Gomes-Schwartz, et al. (1991)對這樣的現象提出看法，認為兒童接受評估時的創傷程度受到許多原因的影響，推測性虐長度的影響可能作用在人格上，因而可能在更往後的人生中才看得出來。

## (三) 與加害者的關係

兒童與加害者的關係越親密，受到的傷害也越大，而此親密的關係並非以血緣關係為標準。Gomes-Schwartz, et al.(1991)發現受到父母角色所侵害，比其他角色的侵害帶來更大的創傷。Ketring & Feinauer (1999)研究受害兒童與加害者的關係時，也發現當加害者是父親的角色時（包括親身父親、繼父、養父等），兒童的創傷程度最大，這樣的研究結果已經已經受到相當多的支持 (Browne & Finkelhor, 1986; Herman, Russell & Trocki, 引自 Ackerman, 1995)。Russell 認為此與父親角色較可能使用暴力，並且比較可能較長時間對兒童性侵害的關係 (引自 Ketring & Feinauer, 1999)。Mennen (1993)的研究則發現到當加害者原本即為受害者信任的人，並使用利誘方式而非暴力脅迫，以及加害者並非熟識的人，並且使用暴力脅迫，會使受害者的傷害最大。Mennen (1993)對這樣的現象提出解釋，認為當兒童被所信任的人採用利誘的手段性虐得逞，受害者會認為這樣的情境應是自己所能控制的，因而加倍怪罪自己。

因此，當兒童被所信任的人所傷害時，會導致兒童更大的心理創傷，而此信任的對象不一定是具有血緣關係的。

#### (四) 父母對揭露性虐待事實的支持度

當兒童揭露性虐待事實後，父母的反應也會影響性受虐兒童的傷害程度。Gomes-Schwartz, et al.(1991)對母親的反應進行研究，發現母親如果在事件揭露時出現生氣的反應，尤其是對孩子感到氣憤時，會使性受虐兒童產生比較大的心理困擾、行為問題與低自尊，然而，母親是否表示關心、支持，或對孩子表達保護的訊息，與孩子的創傷程度無關。而 Guelzow, Cornett & Dougherty (2002)則發現母親對孩子的支持度會影響性受虐倖存者的自尊高低。

#### (五) 性受虐兒童的復原力

除了以上的因素之外，影響性受虐兒童創傷程度的因素亦包括個案的復原力。越來越多學者發現，雖然兒童性虐待的經驗相當負面，但是，卻仍有相當數量的倖存者在往後仍能擁有滿意的人生，因此許多學者著手探究復原力對性受虐兒童的影響。其中，研究者檢閱相關文獻發現與 Grotberg (1995)所提之復原力的三個來源：因應技巧、內在的心靈力量、與成長環境，是大致契合的。因應技巧方面，Feinauer & Sturart (1996)針對 276 位童年受到性虐待的成年女性為研究對象，探究指責受虐原因（怪罪自己、怪罪命運、怪罪自己與命運、怪罪加害者）與復原的關係，發現當受害者將責任歸咎於自己與命運時，對復原傷害最大，歸咎於加害者時，對復原的幫助最大；而國內研究者林佩儀（民 89）與吳麗琴（民 90）分別對三位與兩位童年性受虐的女性為研究對象，也發現當受害者能調整認知策略，以不同的角度來看待受害事件時，復原能力也較好。內在心靈力量方面，學者發現童年性受虐但仍舊適應良好的受害者身上有許多一致的特質，其一為較高的自尊與自我價值感（Valentine & Feinauer, 1993）；另外則為內控與感



受自我力量的能力，相信自己能過得更好的生活時，並能夠勇於說「不」時，也幫助這些受害者擁有更好的生活(Liem, James, O'Toole & Boudewyn, 引自 Wright, Fopma-Loy & Fischer; 2005; 林佩儀, 民 89)。最後，個案的外在環境也影響其復原力，其中最重要的環境因素為家庭因素，許多文獻皆發現家庭的和諧、凝聚力，以及對受虐兒童所提供的支持提供了非常重要的復原力量（吳麗琴，民 92），尤其幼年在敏感及安全的養育環境中長大的兒童，當兒童不幸遇到創傷事件時，較能夠以家人的支持與內在的力量療癒創傷；其次則為學校與社會資源，當好的家庭環境不可得時，學校與社會資源能提供學習的成就與成功經驗，因而有助提升自尊與自我認同（Howard, Dryden & Johnson, 1999）。

由本節中，可以發現性虐待對兒童的影響除了心理、情緒、行為的傷害之外，更導致後續人生中許多毀滅性的影響，例如情緒障礙、性功能異常或性氾濫，甚至自我毀滅行為，顯示性受虐對兒童的影響之巨大與深遠，帶來的是人格與人生的扭曲。因而研究者在檢閱文獻時，亦發現性受虐兒童的名稱，除了「sexually abused children」、「sexually victimized children」，甚至有不少文獻以「sexually traumatized children」來稱呼性受虐兒童。可見，性受虐不啻為一種創傷的觀點已被廣泛的認同。本研究即以此觀點為基礎，探究遊戲治療師對性受虐兒童的創傷處遇。

## 貳、性受虐兒童的創傷處遇

由上一節創傷兒童的處遇中，可以瞭解到創傷處遇的面向是相當廣泛與多元的，並且需涉及較為彈性的態度。本節則針對性受虐兒童的創傷處遇做詳細陳述，包括：性受虐兒童的治療目標、性受虐兒童的治療模式、性受虐兒童創傷議題的處遇、性受虐兒童在遊戲治療中的創傷處遇。

## 一、性受虐兒童的治療目標

Gil (1991/2005)認為治療受虐兒童的基本目標為「修正」與「修補」，前者為提供兒童安全與適當互動的經驗，增進兒童的安全感、信任感與幸福感。後者則是讓孩子在意識的狀態下經驗與瞭解創傷經驗。Ater 也認為治療性受虐兒童最重要的目標為提供修正性的經驗，使兒童能重新定義性虐待創傷、重新拿回身體的自主權，並且促進社會心理的發展。而 Klorer 則提出除了要讓性受虐兒童象徵性的重演創傷之外，也強調避免再受虐的安全教育（引自 Reyes & Asbrand, 2005）。研究者檢閱許多文獻後，也同樣發現性受虐兒童的處遇與以上幾位學者所強調者是類似的，以下分為：建立信任、一致與接納的治療關係、經驗整合與情緒宣洩、建立正向的自我知覺與自尊、學習社交技巧，以及預防再次受害。

### （一）建立信任、一致與接納的治療關係

由於性虐待事件與重要他人的傷害，使性受虐兒童產生信任能力的瓦解與人我界線與角色混淆，因此性受虐兒童的心理治療中，最迫切也最重要的目標莫過於持續建立信任與一致的治療關係。此外治療情境中狹小的物理空間、以及必須被迫面對受虐事實的壓力，都可能促發兒童相當大的不安全感與焦慮，因此治療師完全的接納、同理、一致與尊重的態度是相當重要的。此外，讓兒童知道治療中將會進行的內容，以及適時告訴兒童性虐待的責任應歸於加害者，而非兒童，對建立關係都有很大的幫助（Wickham & West, 2002）。

### （二）經驗整合與情緒宣洩

性虐待的秘密性質使兒童無法告知他人，更從性虐待經驗中學到壓抑自我的需求與情緒，因此提供一個安全的治療情境，使兒童能夠探索性虐待的創傷經驗與感受，才能促使兒童整合相關經驗與情緒，並使情緒漸漸的穩定下來。Poter, et al. (1982)更表示性受虐兒童應被鼓勵表達不同面向的

感受，不僅對性虐待事件本身，更包括對加害者、非加害者一方的父母、手足同儕的反應，甚至對男女關係的感受也要加以探索，他們建議團體治療為鼓勵性受虐兒童表達感受相當好的方式。

### **(三) 建立正向的自我知覺與自尊**

另外一個幫助性受虐兒童最主要的目標為重新建立正向的自我知覺，強化自我功能 (Waterman, 1986)。性虐待的經驗使兒童的自我知覺變得扭曲並且自尊低落，對自己產生很低的評價，認為自己不值得被愛，甚至自己注定是受害者。在心理治療中，治療師幫助兒童釐清對自己的感受與知覺，透過治療師一致的尊重與接納，使兒童漸漸重新建立對自己正向的感受。李開敏 (民 86) 認為「賦能」(empowerment) 的概念在性虐待治療中相當重要，治療師除了全然接納兒童，並需強調兒童正向的力量，幫助兒童重新建立適當的生活目標，當兒童能重新看見自己的力量，也能轉換對自我的負面知覺，重新建立健康的自我認同與自尊。

### **(四) 增進社會技巧**

低落的自尊與自我認同都影響性受虐兒童的社交意願與能力，尤其是亂倫家庭的封閉性質更使亂倫受害的兒童從小即不被鼓勵社交生活，加上性虐待事件揭露後，受虐兒童變得更退縮、更不信任他人，後續處遇也帶來相當大的混亂，迫兒童離開原生家庭、或轉校，因此關係的維持與建立相當困難的。除了信任的治療關係所提供的矯正性經驗，團體治療提供另一個重新讓受虐兒童建立同儕關係的重要管道 (Potter, et al., 1982)。

### **(五) 預防再次受害**

性虐待經驗促使兒童性早熟，對性產生過度好奇，也對於人與人之間的身體界線產生混淆，例如將性當作表示親密需求的方式，他們的世界似乎被性所佔據。在治療中幫助兒童再次建立對自我身體的正向感受與身體的界線是重要的。此外性教育與教導兒童如何保護自己避免再次受到傷害

也是性虐待治療中的重點。另外，透過親職會談與照顧者討論兒童早熟的性活動、幫助照顧者建立能夠接受的性活動程度、為孩子安排適當的活動以轉移過份的性關注亦為治療重點（Waterman, 1986）。

## 二、性受虐兒童的治療模式

性受虐兒童心理治療大致可分為個別治療、團體治療、父母或照顧者參與治療與家族治療，以及針對性受虐兒童所建構的特殊模式。

### （一）個別治療

個別治療仍為處遇性受虐兒童最主要的模式。在進行性受虐兒童個別治療時，治療師可藉由各種不同的媒材來促進兒童的表達與探索，例如較不具結構化的遊戲、沙箱、藝術工作，或介入較具結構性的活動如說故事、角色扮演、戲劇、棋盤遊戲等（黃淑珍，民 93）。

在性受虐兒童個別治療的效果方面，雖然目前兒童性虐待治療的研究已遠遠超過其他虐待類型的研究（James & Mennen, 2001），然而目前並未找到適合所有性受虐兒童的治療模式。Mowbray & Bybee (1995)分析 26 位性受虐兒童的治療紀錄，即發現大多兒童都採用多元的治療型態。

其中性受虐兒童治療的效果研究大量來自於性受虐兒童的認知行為治療。Cohen & Mannarino (1996) 比較 CBT 與非指導支持性治療的效果，研究顯示，CBT 組比非指導性治療在 PTSD 症狀、性化行為、內外化行為都顯著更高。此外，Cohen 與 Mannarino 又比較兩個 CBT 與非焦點治療模式的效果，研究顯示 CBT 組比非焦點治療組在憂鬱改善與社交能力上顯著更好，但 PTSD 症狀改變則無不同（引自 Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000）。Cohen, Mannarino & Knudsen (2005)又進一步針對治療的「時效」上加以探究。他們隨機將 82 個性受虐兒童分派至「創傷焦點」的認知行為治療（TF-CBT）與非指導支持性治療(NST)兩種模式，發現 TF-CBT 在憂鬱、焦慮、與性關注的症狀上有明顯的時效進步。此外，治療結束一

年後追蹤評估中，也發現 TF-CBT 在 PTSD 與解離症狀的進步也比 NST 來得高，因此研究者認為 CBT 具有顯著治療性受虐兒童與青少年的療效與時效。整體而言，此類型的研究顯示，認知行為治療運用於性受虐兒童症狀解除是有效的。雖然如此，許多學者在檢閱相關研究後，皆強調小心推論治療效果的重要性。O'Donohue & Elliott (1992) 檢閱十一個性受虐兒童心理治療的效果後，認為由於研究方法的不同而無法加以比較，即使認知行為的效果研究是正面的，但也無法證實此一治療取向顯著優於其他取向。Saywitz, et al. (2000) 做出類似的結論，認為由於性虐待對兒童的影響是相當具有差異性與多元性的，因此沒有任何單一的治療能應用在所有類型的性受虐兒童身上。

有鑑於此，一些學者提出應根據個案類型加以處遇。Waterman (1986) 提出不同類型的性受虐兒童，應以不同的治療長度來處遇：分為危機介入、短期治療、與長期治療。Saywitz, et al. (2000) 也同樣提出可以將性受虐兒童區分為四類來介入處遇：沒有任何症狀、有輕微症狀但達到臨床關注的標準（情緒困擾、焦慮）、嚴重的精神病理症狀（憂鬱症、焦慮症、性徵化行為）、以及達到完全的精神病理病理診斷（PTSD、重鬱症等）。

以上文獻顯示，目前並沒有治療性受虐兒童絕對有效的個別治療取向，而應以彈性的方式，根據不同類型個案加以處遇。這樣的結果與 James (1996) 認為創傷兒童的治療師，應要有不同創傷議題的處遇能力的觀點是相呼應的，反應性受虐兒童的處遇挑戰著治療師創傷處遇的能力。

## （二）團體治療

團體治療亦為被大量採用在性受虐兒童與青少年的治療方式，除了行動化（acting out）、做出對其他兒童的性虐行為，以及非常退縮的孩子，大多兒童都能從團體中受益。參與團體能使兒童從同儕處得到支持而減少孤立的感受，並且幫助他們較自在的探索與虐待相關的感受與信念，也能

幫助他們建立社交技巧，並且增進自尊 (Wickham & West, 2002)。Poter, et al. (1982)即相當建議透過團體治療以建立性受虐兒童的社交技巧、宣洩情感與重新建立信任關係的治療目標。

許多性受虐兒童團體治療的效果研究是得到支持的。Burke 比較 12 個 8-13 歲性受虐女童接受六週的結構式短期團體與未接受治療的控制組之間的差異，發現治療結束後，接受團體治療的兒童在沮喪、焦慮、憂鬱的症狀上比控制組顯著的進步許多 (引自 O'Donohue & Elliott, 1992)。團體治療與其他治療的結合模式也被加以探究，Monck, Bentovim & Goodall 即比較家族治療、與家族治療伴隨親子各自進行團體治療的模式，研究結果發現兩種治療模式沒有顯著差異 (引自 Browne & Finkelhor, 1986)。

團體治療與個別治療的效果比較是另一種研究的焦點，但研究結果均顯示沒有太大差異。Trowell, Kolvin & Weeramanthi, et al. (2002)將 71 個 6-14 歲性受虐女童隨機分派至一週一次共 18 次的個別心理治療與 18 次的團體心理治療，研究發現兩種模式都產生症狀的減少與自我功能的進步，然而，個別治療對 PTSD 的治療有更大的效果。Perez 探究個別與團體遊戲治療的療效，也發現到類似的結果。他將門診 4-9 歲、男女性性受虐兒童分派至十二週個別遊戲治療、十二週團體遊戲治療與未接受治療三組，研究發現無論個別或團體遊戲治療組都在自我概念與內控感顯著的比未接受治療組還要進步，然而兩組治療間沒有差異 (引自 Nurcombe, et al., 2000)。

因此，團體治療對於性受虐兒童亦同樣是有效的，然而團體治療與個別治療的效果並沒有顯著差異。

### **(三) 父母或照顧者參與治療與家族治療**

由於兒童正處於相當依賴成人照顧的發展階段，加上會發生性受虐事件的家庭多是失功能的，因此若干文獻強調治療性受虐兒童時，治療父

母、照顧者，甚至整個家族的重要 (Bagley & King, 1989)。Faller (1988) 強調與十歲以下的兒童工作時，與家長合作是必要的，這樣做有四種功能：首先，教導家長在生活中也能對兒童的需求加以適當反應，其次，與家長合作能幫助治療師與兒童建立治療同盟，第三，能從家長處得知兒童較無法對治療師吐露的擔心，最後，家長也可能在性虐待事件中也受到創傷，因此家長也可能需要接受適當的幫助。Damon, Todd & Macfarlane (1987) 同樣提出兒童參與個別治療之外，照顧者與兒童需各自參與平行團體的治療模式。Deblinger, Lippman & Steer 隨機將 100 個學校中的性受虐兒童分派至三組各十週的治療模式--只有兒童單獨治療、只有母親單獨治療，以及兒童與母親一起治療，治療中以 CBT 的方式處遇 PTSD 症狀。研究結果顯示兒童與母親一起參與治療的組別在外化行為、憂鬱與 PTSD 症狀的減少有最大的進步。可見，性受虐兒童的治療，除了兒童本身之外，將照顧者納入治療中也是相當重要的處遇面向 (引自 Saywitz, et al., 2000)。

雖然父母或照顧者納入治療的重要性已被普遍接受，但家族治療在性受虐兒童的應用性仍看法不一。O'Hagan (1989) 即以家庭系統理論的觀點看待家庭性虐待事件，認為性虐待事件會影響家庭系統的平衡，因此家族治療的介入是有必要的，然而，Potter, et al. (1982) 則警告除非每位成員都分別接受個別治療，否則家族治療是具有危險性的。

#### (四) 特殊模式

由於性受虐經驗的特殊性質，一些學者提出性受虐兒童心理治療的調整需要。其中，較著名的治療與評估性受虐兒童的治療模式主要有三：

##### 1. PTSD 模式

根據 DSM-IV 的理論架構而來，著重處理性受虐所造成的創傷後壓力症狀，兒童 PTSD 的症狀主要為視覺回溯 (flash-back)、重複性遊戲，以及惡夢。雖然並非所有受害兒童都會有 PTSD，但評估可能的症狀仍是重要

的，通常，可以從重複性的遊戲來來評估兒童是否患有 PTSD 的症狀，此時，治療需要提供控制的情境，幫助兒童修通創傷經驗（引自 Rasmussen & Cunningham, 1995）。

## 2. 創傷動力模式

Finkelhor & Browne (1986)所提出，認為性受虐的影響來自四種創傷因素：「創傷性徵化」(traumatic Sexualization)、「烙印化」(stigmatization)、「無力感」(powerless)與「背叛感」(betrayal)，此四種創傷動力會導致兒童的認知扭曲，因而影響兒童以扭曲的方式看待自己、世界，並影響情緒的功能。此模式強調評估創傷因素才得以做出適當的介入處置，例如同樣是憂鬱的症狀，很可能來自於背叛感、無力感、或烙印化，而不同的創傷動力，介入處遇的方式也不同，治療師能做出適當的處遇方式，才能真正幫助性受虐兒童。

## 3. 整合模式

Friedrich 整合三種性虐待治療的取向—前文所提之「PTSD 模式」、「創傷動力模式」，以及 Hartman & Burgess 所提出的「創傷訊息處理模式」，而提出一個更寬廣的整合模式。Friedrich 認為此三種模式都有其可取之處，然而都只關注兒童的創傷，卻忽略的兒童其實還有生活中的其他部分，因此強調除了在治療之前評估性虐待對兒童的影響，也要評估「虐待前」的影響因子，例如危機因子、造成虐待的因素、家庭功能等，再進而評估創傷程度，包括 Finkelhor 所提之創傷動力因素，並且進一步考慮兒童與家庭對虐待事件的反應也是很重要的。最後，他還強調評估兒童長期的反應與虐待事件、後續事件的關連也是重要的。除此之外，由於性虐待創傷會持續對個體行為與認知造成不良的影響，因此強調降低焦慮與認知重建也是此模式治療的重點（謝淑貞，民 91；Gil, 1998/2001；Rasmussen & Cunningham, 1995）。

從以上的文獻檢閱中可以發現，無論何種治療模式對於性受虐兒童治



療都是有效的（個別、團體、父母參與治療等）。取向方面，雖然 CBT 之創傷焦點治療被認為是有效的，但目前仍沒有被公認最適合治療性受虐兒童的治療取向，因而，學者提出各種處遇性受虐兒童的整合模式，認為性受虐兒童創傷處遇的面向應是廣泛的，治療師在處遇性受虐兒童的創傷時，瞭解各種創傷議題是相當重要的。以下即進行性受虐兒童創傷議題處遇的文獻部分。

### 三、性受虐兒童創傷議題的處遇

由於性受虐的複雜性，因此針對處遇性受虐兒童的創傷，若干學者提出性受虐兒童的處遇需要注意到許多重要議題。Poter, et al. (1982)即認為要有效的治療性受虐兒童，需要先瞭解受害兒童的創傷議題，因為治療目標會反應個案的創傷議題，亦反應創傷處遇的方向，他們提出治療性受虐兒童的十個周延的處遇議題：損害物品徵候、罪惡感、恐懼、憂鬱、低自尊與社交技巧低落、壓抑的憤怒與憤恨、無法信任他人、模糊的角色界線與角色混淆、偽早熟與無法玩成發展任務，以及自主與自我控制議題，並且提出相對的處遇方式。以下及針對此十個創傷議題與其創傷處遇方式進行詳細的陳述，其中，並與其他文獻交錯討論之。

#### （一）受損物品徵候（damaged goods syndrome）

無論性受虐經驗有無伴隨身體傷害，都會使兒童感到身體受損。通常即使沒有受到身體的傷害，但只要在過程中感到疼痛，都會致使受害兒童相信他們的身體是受到傷害了。如果經歷懷孕、墮胎甚至生產的經驗，更會造成對身體損害的恐懼。此外，社會的反應也是造成損害物品徵候的主要原因之一。處遇方面，首先必須讓受害兒童進行詳細的身體檢查，如果有傷害馬上進行治療，如果沒有，則必須讓家長瞭解兒童是沒有受到傷害的，此外，治療師也要讓照顧者瞭解要以適當年齡的方式與態度對待性受虐兒童。Faller (1988)則強調要對兒童持續的再保證與支持個案，並強調他

是沒有缺陷的，比較小的兒童則可以透過繪圖的方式幫助他們表達身體受損的部位與程度，並且接納個案的感受。

## （二）罪惡感

事件揭露之前，性受虐兒童並沒有罪惡感，但常在事件揭露之後普遍出現強烈的罪惡感受。這樣的感受有三個層次：感到對性行為的發生有責任、感到對事件揭露有責任、感到對造成混亂有責任。其中，家庭內性受虐兒童常在這方面具有更強烈的感受。James (1996)提醒實務工作者，當孩子說「不是我的錯」的時候，不代表孩子真的不自責，而可能是預期大人會責備他們。因此處遇方面，治療師可以幫助受害兒童指認罪惡感並予以分類，強調他們對此事件不需負責。Faller (1988)強調當兒童無法主動的玩出罪惡的感受時，治療師應採主動的策略，以角色扮演的的方式幫助兒童去說出與玩出自責與罪惡感，此外，治療師亦需幫助兒童帶出性虐待過程中可能的愉悅感受，並且正常化這些感受。

## （三）恐懼

受虐兒童對性行為與揭露的結果感到恐懼、也對帶來的身體傷害、社會的反應感到恐懼，此外，對於加害者的評價，以及後續發生性虐待的可能也感到恐懼。恐懼會反應在睡眠障礙中，尤其是夢魘。治療師幫助受虐兒童指認表達恐懼的情緒是重要的，其中具體的恐懼可以具體的方式來消除，例如身體檢查、情緒的支持、或幫助受虐兒童強化與建立生活中的新的信任關係（如果家中沒有可以信賴的大人）。

## （四）憂鬱

幾乎所有的性受虐兒童都會展現憂鬱的症狀與現象。長期受虐的兒童很可能在揭露前就已經有憂鬱的症狀。憂鬱可能以明顯的情緒展現，例如憂傷、極力克制情緒、退縮，或相反的壓抑情緒、出現身體疼痛，甚至自殺或自傷的念頭或行為。治療師應幫助受害兒童表達感受，並且感到被支持與相信，較嚴重的個案可能需要住院與藥物治療。Faller (1988)認為憂鬱

通常會與自我毀滅行為相關，而憂鬱與自我毀滅行為很可能來自個案「損害物品徵候」、「罪惡感」、「憤怒」等其他議題。同樣的，憂鬱與自我毀滅行為在經過相關感受，例如罪惡感、損害感的表達後，其症狀也會跟著漸漸的減輕。

#### （五）低自尊與社交技巧低落

害怕身體損害、他人的反應、罪惡感等都可能傷害兒童的自尊。此外，亂倫家庭經常限制兒童擁有自己的社交活動，因此更造成這些兒童社交能力損害。個別治療幫助兒童指認對自己的負面評價，然而團體治療可能是對此議題最有效的治療模式。

#### （六）壓抑的憤怒與怨恨

大多性受虐兒童會把憤怒與怨恨朝向自己，他們除了對加害者憤怒，也會對家人、朋友憤怒。然而他們的情緒多是壓抑的，並被憂鬱、退縮的情緒或身體的症狀所遮掩，有時候甚至是憤怒的幻想或行為。治療師需幫助兒童表達憤怒的情緒，並以不具傷害性的方式表達。一開始，受害者通常很難表達或面對他們自己的憤怒，害怕自己無法控制他們，而團體治療正是提供表達憤怒的安全情境。James (1996)則強調評估照顧者處理兒童毀滅行為的能力是重要的，如果兒童的毀滅性行為相當強烈，有時候搭配日間留院或住院的方式，除了能有效的控制兒童的行為，也能幫助照顧者得到休息。

#### （七）無法信任他人

被認識並信任的人所侵害的兒童會無法發展信任關係。無法信任他人與自尊低落、背叛經驗有直接的關係。治療師應該要瞭解這樣的治療過程是緩慢的，而且經常與受害者的自尊是否增進有關。Faller (1988)則強調治療處遇的重點應該要放在提供兒童與他信任的重要他人建立關係與互動的機會，而治療師即為其中一位大人，因此治療師要能夠被信賴與信守承諾，並且要是坦誠與誠實的。此外，治療師的另一個工作要幫助周遭的大

人瞭解個案無法輕易信任他人的原因，能予以體諒，並且與兒童建立信任的關係。Damon, et al. (1987)則表示年紀小的性受虐兒童通常會強烈的害怕被遺棄與分離焦慮，因此治療師應該向兒童強調他們現在的照顧者一定會照顧他們，此外強調任何缺席或現在的失落都應該在治療中被討論與加以處理。James (1996)亦強調由於創傷傷害正常的依附關係，因此創傷兒童很可能會形成所謂的依附疾患 (attachment disorder)。患有依附疾患的兒童，可能會以兩極化的方式表現其依附上的受損，一方面出現對任何人的強烈依賴，一方面則表現得好像一副蠻不在乎的樣子，因此時常展現相當命令式、過度抱怨、對照顧者沒有任何回饋，使照顧者難以承受的特質，因而被迫時常轉換寄養家庭或機構。依附疾患是不容易治療的，其身邊的照顧者與治療師都必須能忍受兒童的難以接觸，並且能持續與耐心的表達關懷。James (1996)並提醒患有依附疾患的創傷兒童如不加以治療，將導致其下一代也可能成為依附疾患。

#### (八) 模糊的角色界線與角色混淆

與成人發生性關係會使兒童感到角色混淆，如果是家庭內的受虐，混淆的狀況會更嚴重。治療師需幫助個案清楚的釐清角色混淆，並且至少有一位家庭成員能夠幫助這樣的任務。如果缺乏家庭成員的參與，治療過程應該包括角色扮演與角色模仿。此外，Potter, et al.(1982)還提到性受虐兒童可能會產生兩性關係的困擾，例如男童可能質疑自己的性別認同，女童可能會對男人恐懼，或相反的需要誘惑男人。前者源自於對男人的不信任，後者則可能導致更多性侵害的結果。治療師應該協助兒童欣賞自己與建立自我價值，例如增強個案對自己的正向感受，或製造增進自尊的機會。鼓勵個案與治療師、同儕、家人建立正向關係，亦能幫助他們瞭解他人，並瞭解自己也能擁有符合其年紀的生活經驗。

Faller (1988)則強調教導性受虐兒童自我保護的重要性，此部分的教導可分為三方面，一為教導身體上的「私處」部位，強調自己能在私底下碰

觸，但別人無法碰觸的部分；另一方面則為教導兒童「碰觸」的種類，有些是適宜的碰觸，例如握手，有些是熟人才能做的，例如拍肩膀、摸頭，有些則是與性有關的碰觸，強調大人絕對不能碰觸兒童的這些部位。最後則是教導兒童當有人要碰觸其私人部位時所應該採取的行動。另外，Waterman (1986)亦強調需要幫助性受虐兒童重新建立起比較好的界線感。首先，需要幫助兒童喜歡自己的身體是重要的，可以讓兒童對鏡子中的自己說話、畫畫自畫像、看著嬰兒的圖片畫一個比較大的身體圖形、並且說一說不同的身體部位。同樣的，對於身體界線不清的部分，治療師必須教導兒童適當的身體距離、觸摸與擁抱的適當方式。此外，Waterman (1986)更強調幫助兒童從自己的身體上感到愉悅而非總是恐懼、羞恥，或骯髒感是重要的。深呼吸、放鬆運動都是不錯的方式，瞭解自己的身體狀態也是重要的，例如如何幫助兒童穩定精力過剩、壓力或不舒服的感受。

另外，對於性受虐所造成的混淆議題，Finkelhor & Browne (1986)更以「創傷性徵化」來形容性受虐兒童的性扭曲議題，此為Potter, et al. (1982)較未強調的部分。對於創傷性徵化所衍生的各種問題，一些學者提出處遇方式的建議。Damon, et al. (1987)表示年紀較小的幼兒本來就會有性遊戲，但性受虐兒童會以誇張的方式表現，當事件揭露後，或知道為何自己被帶離時可能會增加性化行為，或者當他們知道性虐待是錯的，也會增加這樣的行為，他們似乎想要測試和其他的大人能夠有多少性的接觸。因此對於年幼性受虐兒童的處遇，治療師與父母必須要幫助個案瞭解適當與不適當觸摸是什麼樣子，此外，並且必須要教導兒童以恰當的行為替代性化行為，但同時又不會感到被責備。另外，年幼的兒童時常會混淆性 (sexuality) 與滋養 (nurturance)，他們必須瞭解想要得到滋養是對的，但必須以其他的方式來滿足。例如，治療師可在團體當中與角色扮演的的方式扮演一位想要觸摸其他人私處的兒童，讓兒童討論還有什麼替代的方式，例如擁抱對方、玩具熊、枕頭，或一個適當的大人。Damon, et al. (1987)並強調治療

師必須瞭解兒童的性化行為其背後的動機可能是不同的。例如，有一些兒童是在感到氣憤時出現性化行為，有一些兒童則是試圖安撫自己的焦慮時出現性化行為，只有瞭解背後的動機為何，才能發展適合的替代行為。

除此之外，James (1996)則根據 Finkelhor & Browne (1986)的創傷性徵化，進一步提及性創傷兒童可能會導致「情慾化」(erotization)，亦即兒童會經由受虐經驗中，扭曲本身的價值是來自「性」，學會以性來當做交換的手段，或認為性是一種「權力」。James (1996)建議治療師必須與所有兒童周遭的大人一起合作，教導這些成人以堅定、直接、非情緒化的方式，或以預先告知規矩的方式，告訴兒童其性化行為是不被接受的，並鼓勵兒童以代替的方式表達其需求，此觀點與 Damon, et al. (1987)是一致的。

另外，針對創傷性徵化的處遇，若干學者強調性教育的重要。Poter, et al. (1982)提醒性教育與避免懷孕的知識是重要的，可以幫助個案瞭解身體的功能，以及因為性虐待所導致的身體變化。對於性教育與相關知識的教導，可能會受到家長的反對，治療師需教導照顧者瞭解性知識對於預防兒童再次受虐的重要性。Waterman (1986)也同樣認為性教育是不可少的，可以角色扮演的方式學習預防再受害的方式，或以寫有不同情境的卡片，讓兒童回答如何因應，也是一項有趣的活動。

尤以上文獻可知，對於性受虐兒童創傷議題的處遇，性議題的處遇是最被眾多學者所重視的，由此可見創傷性徵化對於性虐待的影響與其所帶來的處遇的複雜性。

### **(九) 偽早熟與無法完成發展任務**

性虐待經驗使兒童造成角色混淆，並使兒童形塑自己有如成人的角色。在父女亂倫的事件中，母親可能會放棄她身為配偶、父母、照顧女兒的角色，除非性虐待停止，並且照顧者讓兒童知道他有權力當小孩，否則治療不會有進展，也只有這樣，才能使兒童原本的發展任務得以持續進行。

## (十) 自主與自我控制

前文所有被提及的每一個議題都是影響自主與自我控制的因素。角色扮演、角色模仿、同儕團體支持、正向同儕壓力都是治療的選擇。受害者需能感到自己的自主、自我控制能力、以及擁有犯錯的機會。李開敏（民86）強調「賦能」（empowerment）能幫助性受虐兒童強化與拓展能力，並有自我控制的能力。而關於自主的議題也會涉及退化行為的發生。Damon, et al. (1987) 認為當兒童開始信任治療師時，也會開始出現退化行為，這是一個重要的過程，能夠幫助兒童再經驗發展階段，並且快就又能趕上原來的階段。退化行為發生時，兒童會選用奶瓶，並且要求治療師餵他、拍他、搖他、抱他，很多兒童會一而再再而三的重複退化活動，此時，兒童可能會每次退化一點又回到現在，或以漸進成長到更大階段的方式進展 (Waterman, 1986)。Damon, et al. (1987) 認為在亂倫家庭中，父母通常會對兒童的退化行為感到生氣，因為通常這些兒童是早熟並且負責照顧父母的。父母的憤怒應該要能在父母團體中得到處理，治療師並向父母保證這樣的階段不會太久。此外，Waterman (1986) 則建議可以採用 Jernberg 在「Theraplay」一書中的「介入」(intruding)、「滋養」(nurturing)、「結構化」(structuring)、「挑戰」(challenging) 四個技巧來處遇性受虐兒童兒童的退化行為。首先，雖然尊重個案的步調是重要的，但治療師需要介入，並詢問兒童適當的退化時機。此外，滋養是重要的，可以各種方式來進行，例如輕搖個案，或關心個案的身體傷害。治療師也應以新的想法、問題、與任務挑戰個案。漸漸的，治療師也要協助母親參與兒童的退化活動，治療師可以先在治療室中示範。讓母親參與退化行為，可以提供個案早期所沒有經歷到的連結。然而，治療師必須要幫助母親減少看見孩子退化行為所帶來的不舒服，並且儘量在治療室中提供與孩子高品質的互動 (Waterman, 1986)。

由以上 Poter, et al. (1982) 與相關學者的處遇觀點，可以發現性受虐兒

童創傷處遇的議題是相當多元與廣泛的，此外，處遇的方式相當強調教導與諮詢，納入照顧者為治療同盟的方式更幾乎在每一個創傷議題的處遇中被廣泛的使用，此與 James (1996)對創傷兒童處遇的重要面向中，強調照顧者也要加入治療計畫是一致的。

然而值得注意的是，雖然性受虐兒童有如此多需要注意的創傷議題與處遇面向，但 Gil (1998/2001)提醒我們在面對一位新的受虐兒童個案時，必須先拋開對受害者或創傷的一般常見影響的偏見，如果事先預設受虐兒童的反應，會導致不良的後果。

本節針對性受虐兒童的創傷與創傷處遇做詳細的討論與陳述。由文獻中可以瞭解，性受虐兒童的創傷是相當巨大與深遠的，因而影響處遇的面向也相當廣泛，學者強調以多元與整合的方式處遇性受虐兒童的創傷，此外，亦提出相當多創傷處遇的議題。然而，由目前的創傷議題處遇文獻中，可以發現文獻中，除了性議題方面有相當豐富的文獻外，並非每一個創傷議題都有詳細的討論，此外，針對創傷處遇是廣泛的、不僅包含治療的部分，所陳述者亦不夠豐富，此為目前文獻中較為缺乏之處。

### 第三節 遊戲治療師對性受虐兒童的創傷處遇

遊戲治療為最被廣泛使用的兒童心理治療方式 (Rasmussen & Cunningham, 1995; APA, 引自 Leblanc & Richie, 2001; Reyes & Asbrand, 2005)，尤其是受虐與受創的兒童，因為發生在他們身上的經驗太過威脅，通常無法用語言來表達痛苦的經驗 (Gil, 1998/2001)。Burgess 就曾以「創傷膠囊」(traumatic encapsulation) 的概念來形容性受虐經驗的情緒會被包住、持續被防衛，並抑制兒童無法表達感受的狀態，當與創傷有關的感受無法表達，就會阻礙兒童正常的發展(引自 Reyes & Asbrand, 2005)。遊戲



治療正是不需要強迫兒童使用語言，就能幫助兒童表達自己感受與經驗的治療方式，因此也是最廣泛使用於性受虐兒童治療的方式(Reyes & Asbrand, 2005)。由前兩節文獻中，可以發現性受虐兒童的創傷處遇是重要的，此外，創傷處遇面向為多元與廣泛的，而遊戲治療正是廣泛使用於性受虐兒童的治療方式，因此瞭解遊戲治療的脈絡中處遇性受虐兒童的創傷是有必要的。其中，遊戲治療師正是遊戲治療中的關鍵人物，因此，本節首先呈現遊戲治療師的重要性，其次再針對目前遊戲治療中性受虐兒童的創傷處遇相關文獻加以探究討論。

## 壹、遊戲治療師的重要性

遊戲治療師為進行遊戲治療的人，遊戲治療師是否具有遊戲治療的專業能力，將影響個案的權益。Landreth (199/1994)認為遊戲治療師對兒童而言是一個獨特的成人，他為兒童創造不同的經驗、總是傳達著「在那裡」(being there)的態度、讓兒童感到被聽到、被重視，並且擁有讓兒童感到安全的人格特質，使兒童感到被信任與被關懷，因此遊戲治療師就是治療師自己所能提供的最重要的資源。他並強調遊戲治療師需要特別的訓練，因為與兒童的溝通與方式亦不同於成人，因而特殊的技巧仍是需要的，顯示遊戲治療師是一位影響遊戲治療工作是否具有效果最重要的人，而其人格特質、態度，以及技巧同等重要。

在一般心理治療文獻當中，也確實發現到治療師是治療效果的影響變項之一。其中，治療取向本身對於治療的效果並沒有顯著差異，此外，治療師是否能按照特定治療取向所強調的治療因素與步驟加以介入處遇，亦與療效無關。然而，治療師「相信」其治療取向是有效治療方式的程度，治療師如何適當良好的跟隨其治療取向進行治療，以及治療計畫反應治療師認為有效與有用的治療觀點，是顯著的療效因素之一，因為當治療師相信其治療取向是有效的，也將在治療中傳達此一信念，而影響心理治療的

療效 (Wampold, 2001)。因此治療師的因素確實會影響治療成功與否，其中，治療師採用的一套治療信念是很重要的。

遊戲治療方面，O'Connor (1991)也同樣強調，遊戲治療實務工作會受到遊戲治療師本身的哲學觀、價值觀、經驗、文化背景與家庭背景的影響，這些因素並且會轉而影響遊戲治療師的治療風格、治療師的穿著談吐，甚至他對個案的反應與個案對他的反應，此外，治療取向也不知不覺同樣受到其人格的影響而有特定的選擇。因此他強調每一位遊戲治療師都必需覺察自己的理念背後的哲學觀、價值觀的影響，否則將會疏忽個案的需求，而使用一套盲目的技術在治療當中。同樣的，Dryden & Spurling (1989)亦表示治療師本身的信念是重要的，治療師的個人取向，植基於其個人的價值系統，以及看待生命的方式，並且再進一步反應個人哲學觀，不同的人生哲學觀，就會影響治療師選擇什麼樣的治療取向。

可見治療師是重要的，不僅影響其治療取向的選擇，其對信念的相信與一致的程度，更會影響治療的效果。然而，遊戲治療的研究領域中，遊戲治療師的研究相當缺乏，只有寥寥可數的幾篇研究，並且探究的範圍有相當的差異性，有的探究治療師使用遊戲治療外在環境的困境 (Pottkotter, 2003)；有的調查認知行為遊戲治療的使用情形 (Osbern, 2002)；有的針對導致遊戲治療師反移情的因素 (Metcalf, 2002)。其中，研究者所搜尋到的探究遊戲治療師觀點信念的研究只有兩篇。Mullen (2003)以敘事研究的方式瞭解遊戲治療師對兒童的信念，研究結果發現，遊戲治療師將自己當作兒童的聯盟、現象學者、以及協同作者。首先，遊戲治療師認為自己是兒童的擁護者；其次，無論何種取向的治療師，都將自己當作現象學者以達到同理心與瞭解個案世界的方式；遊戲治療師亦認為自己是將兒童故事翻譯給成人瞭解的協同作家；此外，遊戲治療師更相信兒童是天真的，不應該被自己的問題所責備，也因為如此，治療師認為在與父母工作時會有一

些困難。另外，Lonergan, O'Halloran & Crane (2004)以質性訪談的方式探究兒童創傷治療師的專業發展，研究結果呈現「治療旅程的開始」、「考驗與困難」，以及「挑戰與成長」，其中，治療師覺察到治療創傷兒童對本身的影響，與以其個人與理論架構建構其與創傷兒童工作的意義，是治療師能成功的與創傷兒童工作的重要因素。由以上這兩篇研究中可以發現，治療師本身的信念與觀點確實會影響其對治療工作的看法與進行方式。

國內方面，則只有曾璟婷（民94）一篇關於遊戲治療師的研究，其探究受虐兒童遊戲治療師的實務經驗與專業發展，研究結果呈現遊戲治療的開始階段、工作階段與結束階段，此外，發現遊戲治療師在專業發展上會遇見專業能力考驗、個人經驗統整、專業困頓的課題，最後再透過調適與因應之道獲得成長。

總之，遊戲治療師為實施遊戲治療的重要資源，而遊戲治療實務受到遊戲治療師哲學觀、經驗等因素影響而有不同的治療觀點。然而目前遊戲治療師的研究文獻無論在國內外皆相當缺乏。

## 貳、遊戲治療師對性受虐兒童的創傷處遇

直至目前為止，並沒有標準的治療性受虐兒童的模式，遊戲治療也是一樣。此外，性受虐兒童遊戲治療的研究，多數屬於個案報告或軼事研究，目前的實徵研究相當稀少（Reyes & Asbrand, 2005）。Reyes & Asbrand (2005)檢驗對十七個性受虐兒童9個月遊戲治療的效果，發現焦慮、憂鬱與創傷後壓力等症狀都有顯著改善，然而與性有關的議題、解離症狀沒有顯著改善。Scott, Burlingame, Starling & Porter (2003)檢驗兒童中心遊戲治療對26位性受虐兒童的自我概念與社交能力的影響，得到混和的效果，雖然自我概念與社交技巧並沒有顯著改善，但個別兒童有不一的進步，研究者歸因於治療師的資歷不夠深，以及實施遊戲治療時間太短（平均十週）所致。親子遊戲治療對性受虐兒童的應用性方面，Cotas & Landreth (1999)訓練性

受虐兒童的非加害者一方的父母進行 30 分鐘的遊戲單元，研究顯示接受訓練的父母，其對孩子的同理心與接納態度明顯的顯著改善，親職的挫敗感也降低。因此大體而言，性受虐兒童的遊戲治療是有效的。

除此之外，其他性受虐兒童遊戲治療的文獻多聚焦於討論性受虐兒童創傷處遇的方式。Van de Putte (1995)對遊戲治療中，性受虐兒童所出現的性化行為的處遇提出相當詳細的建議。他根據經驗，將遊戲治療中性化行為分為三大類：虐待反應遊戲 (abuse-reactive play)，經常於治療初期出現；經驗重演遊戲 (re-enactment)，治療中期出現；以及象徵化性遊戲 (symbolic sexualize play)，後期出現。第一種虐待反應遊戲 (abuse-reactive play) 即類似 Browne & Finkelhor (1986)所提之創傷性徵化，當兒童與一位陌生成人在遊戲室中相處，會激起過去可能被虐待的經驗，就可能發生此種遊戲。此遊戲的背後動機來自於兒童對他與成人之間信任關係中性角色的混淆，也反應其控制、權力或自我價值的議題，此種遊戲最常於治療初期發生。此時，治療師與其他照顧者會被兒童視為「壞」客體。新手治療師可能會被此種遊戲激起相當大的反應。治療師應該明確的告訴兒童不想與他發生關係，他也不需要以此方式來得到他的注意或照顧，必要時隔離兒童與治療師。第二種為經驗重演遊戲 (re-enactment)，此種遊戲為兒童透過遊戲、娃娃、各種遊戲道具「再創造」、「再經驗」虐待事件，遊戲背後的動機為「表達」，當兒童開始感到與治療師在一起是安全的，並想與治療師建立更親近的關係，就會想要與治療師分享此種遊戲。此種遊戲經常出現於治療中期，並且將治療師視為「好客體」，將治療師理想化，認為這樣能得到更多治療師的認同。此時，治療師應該要注意不要只有在兒童分享更多訊息時才給予回饋，此外，當兒童出現此類遊戲時，治療師要注意兒童不只在經驗過去經驗，也同時在經驗與事件相關的情緒與衝突。此種遊戲也會激起兒童對性的感受與想法，因此容易在治療師面前開始手

淫的行為。此外，兒童也可能會邀請治療師的加入，因而很容易與第一種遊戲混淆，可能導致治療師做出設限的行為而讓兒童感到被拒絕。作者建議當此種遊戲出現時，最好先觀望一會兒，看看遊戲是否屬於兒童，是否被兒童所控制，並且主動聆聽個案，反應個案的感覺。作者也表示他會先假設此種遊戲為重演遊戲。第三種為象徵性性化遊戲 (symbolic sexualized play)，象徵性性化遊戲出現於當兒童在主題性遊戲中表現性行為，並且努力對性虐待經驗產生新瞭解。此類行為的背後動機在於兒童想要瞭解過去性受虐的經驗，並且整理此經驗的意義。此時事件的真實性已經不是最重要的，個案對此事件創造出的意義更重要。此遊戲會出現在治療的後期。治療師能夠藉由參與此種遊戲來幫助個案發展出對性受虐經驗更具現實基礎的瞭解。然而，作者亦強調其所提出的模式並非線性發展，很多性受虐兒童在遊戲室中的性遊戲是來來回回、不斷循環，或甚至在同一個單元中混和各種遊戲，尤其在治療中期的階段。因此治療師應該根據其對遊戲轉換的的意義來平衡設限、觀察、與主動參與的技巧。

與 Van de Putte (1995)的觀點類似，Kelly (1995)更強調性受虐兒童處理創傷是不斷來回往返的過程，她以累積 15 年治療性受虐兒童的經驗，建構出性受虐兒童的治療歷程，認為性受虐兒童的遊戲並非採線性方式進展，會在不同的階段遇到否認而退回，每一階段都包括「測試治療關係」、「表達創傷」、「否認」與「遠離」，治療初期中一個循環可能在一個遊戲單元中完成，然而治療後期可能需要四次的遊戲單元才能完成循環，而且隨著每一次循環的成功，兒童對創傷的呈現也會越來越開放，也會對創傷有更瞭解的洞察，此時，個案對治療關係的測試才會漸漸減弱。因此治療歷程就有如不斷「解決問題的循環」一樣。

Rasmussen & Cunningham (1995)則提出整合非指導性與指導性取向治療性受虐兒童的看法。他們認為處遇性受虐兒童需要擁有建立信任關

係，以及幫助兒童表達創傷的技巧。其中，非指導取向能夠做為與性受虐兒童建立初期關係相當好的方式，能讓兒童感到溫暖與接納，然而性受虐的創傷損害兒童自我負責與引導改變的能力，因此只使用非指導取向，不但需要相當久的時間，而且可能會讓兒童暴露在再受害，或成為加害人的風險中，因此在治療中後期，採取指導性的焦點遊療是重要的，可以結構化的方式，例如一個單元只處理一個議題的方式，幫助兒童表達與修通創傷。因而他們倡導整合非指導與焦點取向遊戲治療來處遇性受虐兒童才是較好的方式。同樣的，Gil (1998b/2001)認為兒童無法以自己的內在資源處理創傷時，或者阻抗修通創傷的心理機制出現時，治療師就應該創造一個安全與滋養的環境，幫助孩子表達、重演與處理創傷，因此同樣推崇整合不同取向遊戲治療是幫助創傷兒童相當好的方式。

另外，資深克萊恩取向治療師 Sinason (1988)也提出其實務經驗，發現曾經被大人侵害身體經驗的孩童，無法忍受擁有「個人」的專屬玩具櫃，此外，細小的玩具物件也較無法有效的幫助性受虐兒童表達創傷經驗，因為小玩具無法堅固到承受攻擊，也無法被用來適切表達被侵害時的身體經驗。因此他建議與性受虐兒童的遊戲治療需要調整玩具的安排，例如加入「公共的玩具」，以及安排大尺寸的洋娃娃或泰迪熊，來幫助此類兒童來「真實化」(actualize) 創傷經驗。

因此，由以上文獻可以瞭解，遊戲治療師是影響遊戲治療實務有效與否的重要變項，然而，針對遊戲治療師的研究，目前極度缺乏。此外，性受虐兒童遊戲治療場域的創傷處遇，其所探究的面向相當多元，可能是治療歷程、玩具媒材、取向技巧，或創傷處遇的介入方式，然而，對於創傷處遇的討論同樣不夠深入廣泛，尤其文獻皆相當強調性受虐創傷處遇的議題是很多的，處遇面向包括治療室外照顧者的諮詢教育與相關的合作，然而在目前性受虐兒童遊戲治療場域的創傷處遇研究中，這方面的主題仍

相當缺乏。而遊戲治療是最廣泛使用於性受虐兒童的治療方式，遊戲治療師為影響處遇最重要的人物，因此，瞭解遊戲治療師如何在遊戲治療場域中處遇性受虐兒童，是相當有價值的。

## 總結

性受虐對兒童不啻為一種創傷，創傷會使兒童在心理上感到無望、脆弱、失去安全感與控制感，學者亦強調創傷處遇對創傷兒童而言是重要的。目前的文獻中，可以發現性受虐兒童的創傷處遇的議題不但相當多元，處遇的面向也相當廣泛，不僅止於治療室當中的處遇而已，更包含與兒童其他身邊的成人工作。然而，遊戲治療雖為處遇性受虐兒童相當廣泛的治療方式，遊戲治療場域的創傷處遇文獻，卻顯得相當貧乏。因此瞭解遊戲治療中創傷處遇的方式是非常緊要的，遊戲治療師正是是實行遊戲治療的重要人物，與創傷兒童工作的治療師，其創傷處遇的能力是相當重要的 (James, 1996)。因此本研究亦期待透過遊戲治療師的經驗與觀點，瞭解遊戲治療師對性受虐兒童的創傷處遇，不僅能提供實務工作者更多創傷處遇的參考，更能累積本土遊戲治療師的創傷處遇經驗。