

第五章 綜合討論

本章根據研究結果進行綜合整理，與現有文獻交流，並加上部分研究者個人反思，以期對研究結果呈現更為深入的探討。由本研究結果與目前文獻的比較，可以發現，本研究結果有與文獻一致之處，亦有不一致之處。以下共分為四節加以陳述與說明，一為遊戲治療師對性受虐兒童的創傷觀點，二為遊戲治療師對性受虐兒童的創傷處遇觀點與技巧，三為性受虐創傷議題的處遇技巧，最後為影響創傷處遇觀點與技巧的因素，前三節主要根據本研究之研究目的與研究結果加以交織連結，並與當前文獻進行交流與討論，最後一節則針對本研究中較非預期的部分加以陳述討論之。

第一節 遊戲治療師對性受虐兒童的創傷觀點

遊戲治療師對性受虐兒童的創傷觀點，有相當一致之處，也有不完全一致之處，在性受虐創傷的特性上，治療師皆同意性受虐創傷的因素是相當多元的，而且會帶來兒童很大的傷害，然而，對於性受虐是否帶來創傷，多數治療師認為性受虐一定會帶來創傷，但少部分的治療師認為性受虐兒童是否有創傷，應該要由個案的發展脈絡與個案的主觀感受來判斷。以下先由一致之處—性受虐創傷的特性的討論，其次再進行不一致之處—性受虐是否帶來創傷，加以陳述。

壹、造成性受虐創傷的因素是多元的，且創傷的影響是巨大與深遠的

本研究中遊戲治療師對於性受虐創傷特性的觀點是相當一致的，所有的治療師都同意性受虐創傷的複雜性，認為造成性受虐創傷的原因是相多元的，創傷不見得一定來自性受虐本身，因而使創傷在每一位個體上的影響也不太相同，此外，性受虐造成兒童相當巨大深遠的傷害，遊戲治療師的觀點與目前文獻是相當吻合的。目前性虐待影響的實徵研究中，發現性虐待的影響因素是多元的，例如性虐待的方式是否涉及性器的插入與暴力、性虐待的長度頻率、與加害者是否為兒童信任的人、父母對揭露虐待事件的態度是支持或抗拒，以及兒童的本身復原力等都是有關的（如 Browne & Finkelhor, 1986; Saywitz, et al., 2000）。其中，本研究中的遊戲治療師提到受到父親性虐待的創傷是最大的，此觀點亦在若干文獻中得到支持，如Gomes-Schwartz, et al.(1991)發現兒童受到父母角色所侵害，比其他角色的侵害帶來更大的創傷，此外也與Mennen (1993)所提的當加害者是兒童原本信任的人，就會造成較大的創傷的研究發現相符合。除此之外，實徵研究也證實性虐待確實對兒童帶來的巨大與深遠的傷害，普遍反應包括心理、情緒與行為的不良適應症狀，嚴重者則造成PTSD，造成兒童生活與學業極大的痛苦，長期上，也發現兒童期受到性受虐的成人，其患有情緒障礙、人際困難問題、以及性功能障礙或性氾濫問題的比例，比沒有受到兒童其性虐待的成人更高，甚至也產生相當多自我毀滅的行為，例如自殺、自傷、酗酒、藥物濫用等問題(Brown & Finkelhor, 1986; Ackerman, 1995; Rodriguez-Srednicki, 2001)。因此，本研究遊戲治療師對於性受虐影響兒童深遠的觀點，與文獻是相當一致的，其中，治療師亦提到性受虐的創傷會相當深遠的原因，即在於性受虐創傷的本質是不明顯的，因此容易造成受害兒童周遭重要他人以不適當的方式對待之，因而使原本的創傷不斷如滾

雪球一般累積創傷，並進而造成二度創傷，文獻中，對性受虐兒童的創傷提出最有系統，並被廣泛採用的理論，首當Finkelhor & Browne (1986)所提出的創傷動力四因素模式，此模式認為性受虐兒童的創傷主要是受到「創傷性徵化」(traumatic sexualization)、「烙印化」(stigmatization)、「無力感」(powerless)與「背叛感」(betrayal)四個創傷動力所促發，換句話說，性受虐兒童的症狀會受到此四個動力影響而產生，不同的影響會對應不同的動力，而性受虐兒童的創傷之所以複雜，即因為此四個創傷動力聯合所造成的複雜效應，扭曲了兒童對自我、人性觀，與世界觀，因而造成如本研究中遊戲治療師所言，性受虐創傷會在兒童往後的人生當中，不斷的如雪球般累積與發展下去的現象。

本研究遊戲治療師對性受虐兒童創傷的觀點與目前文獻的結果是相當一致的，顯示性受虐帶來巨大創傷與影響，是不可否認的事實，亦更加肯定性受虐兒童創傷處遇的治療工作是刻不容緩與重要的。

貳、性受虐與創傷關連性的觀點

然而本研究中，遊戲治療師對性受虐與創傷的關連性的觀點，並不完全一致，多數治療師同意性受虐是一種創傷事件，會帶來個案的創傷，並且不一定要具有PTSD的症狀才是創傷；相反的，有一部份治療師則認為應由個案的發展脈絡與主觀感受看待性受虐創傷，其亦非完全否認性受虐可能帶來創傷，但強調更應該先以個案發展脈絡以及個案的主觀感受來看待性受虐對個案是否帶來明顯的影響，才能確定個案是否具有創傷。有趣的是，在本研究中認為性受虐一定為帶來創傷的治療師，皆為非指導性取向者，而認為應由發展脈絡與主觀感受看待創傷的治療師，則不屬於非指導性取向，由此觀之，此差異性似乎來自於取向因素，然而再細細思索，更可能還受到其他因素的影響。有如O'Connor (1991)所言，遊戲治療的實務工作，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，其中，本研究中的遊戲治療師，其對性受虐創傷的觀點，最有可能還受到實務經驗的影響，例如，研究中有一位性受虐兒童治療時數相當豐富的治療師，強調以發展脈絡看待個案創傷，除此之外，本研究其他遊戲治療師對於性受虐兒童的治療經驗，雖多數約150-200小時左右，但嚴格而言，其實經驗並算不相當豐富，此外，治療師的整體遊戲治療實務經驗，亦多為五至十年左右，因此其無論遊戲治療實務經驗或性受虐兒童實務經驗皆很可能影響治療師對性受虐創傷治療的體會，而使性受虐創傷觀點較為薄弱。除了經驗之外，亦可能與創傷治療的訓練有關，本研究有一位曾經在國外受過創傷治療的訓練的治療師，則強調要以個案發展脈絡來看待創傷的治療師，因此創傷治療的訓練，也可能影響其以較為嚴謹的態度看待創傷。顯示除了取向之外，治療經驗與訓練更可能影響本研究遊戲治療師對創傷的觀點。

對於性受虐與創傷的關連性，在文獻方面，雖然文獻顯示性受虐會帶來巨大與深遠的創傷，但文獻同時也發現並非所有性受虐兒童都會受到性虐待事件的影響。Saywitz, et al. (2000)的研究中，發現有21%到49%的個案沒有症狀，有一些是因為所謂的「sleeper effects」而延遲至事件揭露後才會顯現症狀，甚至有一些確實並不會把性受虐經驗當作創傷經驗，因而沒有創傷症狀。Gil (1998/2001)也強調治療師要能分辨「受創」(traumatized)與「受害」(victimized)的差別，她認為並非所有的受害兒童都是受創兒童。雖然如此，本研究遊戲治療師對於性受虐兒童是否有創傷的觀點，認為並沒有對錯之分，就有如O'Connor (1991)所言，遊戲治療師如何進行實務工作，是受到其哲學觀、經驗、背景等不同因素的影響。在治療師對治療效果的關連性研究中亦發現，治療師相信什麼，對於療效並沒有太大的差別，而是治療師相信其所使用的治療取向的程度，並且一致的使用此取向的程度，才是影響治療效果的因素 (Wampold, 2001)。因此，O'Connor (1991)即強調遊戲治療師能覺察自己內在的哲學觀是相當重

要的，否則可能會用一套與自己內在信念並不一致的治療取向，而可能造成個案的傷害。值得注意的是，在研究者訪問治療師關於創傷的觀點時，許多治療師無法直接回答其對創傷的想法，這些治療師很可能並非相當清楚自己的創傷觀點，原因可能即來自於經驗與訓練。

簡言之，處遇性受虐兒童的遊戲治療師，其對性受虐兒童的創傷觀點或許不盡相同，但觀點的差異性並沒有孰對孰錯，而是其對於其本身信念相信的程度與清楚的程度才是最重要的。

第二節 遊戲治療師對性受虐兒童的創傷處 遇觀點與技巧

本研究中，由於本研究遊戲治療師多數屬於非指導性學派，因此遊戲治療師對性受虐兒童的創傷處遇觀點也偏向不強調主動處遇創傷；此外，亦強調性受虐兒童創傷處遇是需要納入重要他人的，因此創傷處遇是橫跨治療室內與治療室外的；而雖然本研究遊戲治療師的取向偏向非指導性，但無論治療師的取向為何，皆多少具有主動處遇的技巧，因此創傷處遇是具有彈性的。由此觀之，遊戲治療師的創傷處遇觀點與技巧是息息相關的，因此本節即合併研究結果中創傷處遇觀點與技巧的部分，加以合併討論。其中，不強調主動處遇創傷的觀點與目前性受虐創傷處遇的文獻是不一致的，而性受虐創傷處遇技巧則顯得不夠豐富，以下充分討論之。

壹、不強調主動介入處遇創傷

由本研究的研究結果，可以發現本研究中的遊戲治療師較不強調主動介入處遇創傷，但這樣的結果與外國文獻並不一致。

本研究中除了一位治療師強調結構性的處遇創傷之外，其他遊戲治療師都強調是否呈現創傷議題應由個案決定，並不會刻意針對特定創傷議題

處遇，而會視個案想要表達、並且準備好的部分加以處遇，認為如果是重要的議題，遲早會出現在治療當中，此外，這些治療師亦強調創傷重演雖然多少會在治療中出現，但並不會將創傷重演設定為治療目標或結案考量，更不會以此做為治療處遇的方式。可見，對本研究的遊戲治療而言，他們並非將創傷的處遇當作處遇性受虐兒童的全部，更不會刻意去評估或設定創傷議題來加以處遇。除了創傷議題之外，他們更在乎的是，個案準備好了嗎？治療關係穩固了嗎？個案想要在遊戲治療中透露些什麼重要的訊息？性受虐創傷對個案帶來什麼樣的影響？因此對本研究遊戲治療師來說，尊重個案的態度，需放置在創傷處遇之上。

然而，本研究治療師不強調創傷處遇的結果，反應出與國外眾多性受虐兒童創傷處遇文獻的落差。本研究中的治療師，只有治療師C以結構性取向為主，並強調創傷議題的主動處遇。然而，在國外大量的性受虐兒童治療文獻中，多數以強調創傷處遇、結構處遇的重要性為主，例如Gil (1991/2005)認為治療後期指導性仍是必要的，尤其治療師應要敏銳於孩子可能會逃避回顧創傷事件，並以具「時限」的方式來幫助孩子回顧創傷經驗，以幫助個案瞭解與處理創傷經驗；Schaefer (1994)則認為輕度創傷反應的兒童能由自發性的宣洩遊戲中得到幫助，然而如果是嚴重創傷的兒童，可能會重複性強迫的玩出「重複創傷遊戲」(retraumatizing play)、「遊戲干擾」(play disruption)、甚至解離，此時治療師有必要主動介入打斷，並且主導遊戲以使兒童獲得創造自主的感受；Shelby (2000/2004)亦提出以「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，以及因應策略，並且以適宜創傷兒童發展程度的方式介入，如此仍然可以短期處遇創傷兒童並得到進展，他建議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。同樣的，支持折衷取向的Rasmussen & Cunningham (1995)雖然認為初期以非指導

性取向為主的重要，但也同樣強調後期需要指導性結構性處遇，因為非指導性的方式會將治療的時間拉的太長，如此可能會使個案暴露在再受害，或加害別人的風險中，也認為較小的個案是無法自己處理與消化創傷的。此外，Cohen（1996, 2005）大量的研究中甚至顯示短期創傷中心（trauma-focused）的治療是有效的。

因此，目前國外性受虐兒童創傷治療的研究，皆相當強調主動處遇創傷，這樣的結果與本研究結果有一段落差。此一落差可能來自三種可能：（一）本研究有五位受訪治療師為非指導性取向，而其他三位並不是非指導性取向者，其中兩位由創傷處遇觀點中，可以瞭解其同樣相當強調非指導性的處遇態度，而結構取向的治療師則只有一位，因此綜合結果會呈現出以非指導性的觀點為主的狀態。（二）國外的相關文獻中，多數研究為認知行為取向、或結構短期取向的效果研究，發表相關文章的學者，也以指導或結構取向為主，屬於非指導性創傷處遇的相關研究很少（Ogawa, 2004）。因此大量文獻結果就容易偏向強調主動處遇的重要。（三）國內創傷治療的訓練較少，很可能影響遊戲治療在處遇性受虐兒童的創傷時，會秉持較為安全的取向介入，例如非指導性即為干擾性最低的取向，因此影響多數遊戲治療師以非指導性做為處遇創傷兒童的方式。

然而，對於性受虐兒童治療取向，O'Donohue & Elliott (1992)在檢閱性受虐兒童治療的效果研究時，曾經警告雖然很多認知行為的研究顯示是有效的，但由於其他取向的治療效果研究很少，因此無法推論其他治療取向就是無效的。James & Mennen (2001)回顧三十年來受虐兒童的治療效果研究，也認為做出良好受虐兒童療效研究很困難，因為虐待的定義時常不一致、樣本小、而且常缺乏標準化工具與後續追蹤，因此相關文獻的結果都是難以比較與推論的。可見，目前文獻的結果雖然呈現以主動處遇性受虐創傷的結果為主，然而，並不代表其他創傷處遇方式是無效的，本研究結果呈現非指導性的態度、不強調主動處遇創傷的結果，呈現的是國內遊戲

治療師對性受虐兒童創傷處遇的一種現象。

貳、性受虐兒童創傷處遇是廣泛的，需要納入照顧者與其他資源

在本研究中，治療師的治療模式是廣泛的，除了個別遊戲治療之外，治療師皆相當強調親職會談的重要性，亦即透過親職會談與父母、照顧者或寄養家庭父母工作，除了能達到評估的目的，也能提供對照顧者的支持。治療師強調剛開始親職會談是比較密集的，但隨著治療的進展，可以延至一個月一次。此外，有些治療師會在司法開庭之前做開庭準備的單元，幫助個案處理與開庭相關的情緒，瞭解開庭的程序與應對方式，並且也能減少對治療的不必要干擾。除此之外，治療師亦強調由於性受虐兒童的環境不穩定，因此與系統資源工作是很重要的，此一部份著重於與社工的合作，或學校老師的聯繫，另外也有治療師強調當個案的問題涉及家庭動力時，也會以家族治療的方式介入處遇。總之，性受虐兒童創傷處遇的模式是廣泛的，工作對象範圍除了個案之外，與周圍系統工作是必要的。James (1996)對於處遇創傷兒童時也同樣強調與照顧者工作的重要，他認為父母、養父母、個案管理員，都應該成為處遇計畫的一部份，而照顧者參與處遇的程度需視照顧者的能力與兒童的需求而定。另外，Bagley & King (1989)與Faller (1988)也一樣強調在與性受虐兒童工作時，與照顧者合作是必要的，如此能教導照顧者以符合兒童需求的方式與個案互動、與治療師同盟、幫助治療師與兒童建議關係，以及由照顧者之處瞭解個案無法向治療師吐露的擔心。Waterman (1986)則相當強調與母親同盟的重要性，因為個案的母親也是性受虐事件的受害者，母親可能也會需要個人的治療，因此當個案單獨治療一陣子後，與母親一起治療是必須的，才能幫助母子的連結重新建立。重要的是，將父母與照顧者納入治療確實也在實徵研究中證實比個案單獨接受治療更有療效的 (Deblinger, Lippman, Steer, 引自

Saywitz, et al., 2000)。

性受虐創傷處遇需要納入周圍系統確實已經受到文獻中的廣泛肯定，而本研究中的治療師也同樣強調納入周遭系統對處遇性受虐創傷的重要性，因此本研究結果與文獻是一致的。

參、性受虐創傷處遇的技巧是彈性的

在技巧方面，本研究治療師對於處遇性受虐創傷兒童的技巧則是具有彈性的。本研究的遊戲治療師，無論取向為何多少皆有主動處遇的部分，可分為三種主動處遇程度：強調介入型，視情況介入型與輕微介入型。而本研究遊戲治療師多數屬於視情況介入型，會對個案危機情況予以介入，例如個案仍與加害人一起生活並有再次受害的危險、當個案的生活中存在許多造成二度創傷的因素、當個案明顯的出現界線不清的情形，或個案有性觀念與角色扭曲的現象等，這些治療師強調有介入的必要，此外，則為當個案清楚的演出創傷時，或經驗重演時，也會予以介入。然而介入的原則仍會強調視治療中的脈絡，適當時才加以介入，也會尊重個案的意願，如果個案不想討論或跟隨，也會尊重個案。強調介入型的治療師，則會設定清楚的創傷處遇議題，並且主動積極的，以結構性的活動，例如說故事、演戲、角色扮演等方式介入處遇，如惡夢、性議題等都是此類治療師強調處遇的重點。第三類為輕微介入者，只有出現在治療室中的議題才会有介入的考量，介入時機通常是與創傷經驗重演有關，會以詢問、討論的方式介入。因此，本研究的遊戲治療師無論取向為何，都認為多少有主動處遇的必要性，可見，性受虐兒童的創傷處遇，是多少需要彈性的，並非完全依循原來的治療取向來進行。

對此，雖然文獻中並沒有說明直接說明處遇性受虐兒童時需要彈性的技巧，然而許多文獻所呈現的，其實都在傳達彈性態度的重要性。例如 Rasmussen & Cunningham (1995)相當強調合併指導性與非指導性取向的

觀點，他們認為去分化此兩種治療取向是沒有必要的，因為無論指導性或非指導性取向，都有其優缺點，建議在處遇性受虐兒童時，一開始以非指導性建立關係，此後在治療後半段，則以指導性的取向處遇創傷，此即為一種彈性的治療模式。此外，Van de Putte (1995)在陳述處遇性化遊戲的方式時，即提醒治療師不可以一成不變的方式處遇性受虐兒童的性化遊戲，因為同樣的遊戲在不同的兒童身上，其背後的意義可能是不同的，此亦為彈性的態度。最後，James (1996)強調創傷處遇是需要「有趣」的，因為創傷兒童的治療已經是充滿痛苦的，以有趣好玩的方式處遇創傷，不但能較容易打破創傷兒童的心房，也使治療較容易進行下去，而好玩有趣的風格，其實亦為一種彈性。

簡言之，性受虐兒童的創傷處遇面向不但相當廣泛，需要納入周遭資源一起處遇創傷，也需要彈性的態度，視情況、脈絡處遇性受虐兒童的創傷。而此廣泛與彈性的創傷處遇觀點，也進一步反映於創傷議題的處遇技巧上，此一部份則於下一節中詳述。

肆、治療關係是最重要的

本研究的遊戲治療師強調，雖然技巧重要，但治療關係更為重要。其對治療關係的重視反應於其處遇技巧與療效因素中。

本研究中的治療師強調尊重、接納個案是相當重要的，強調建立信任的治療關係，並且以賦權的技巧讓性受虐兒童重建自我價值。此外，治療師並強調的是治療關係與治療師的態度是影響療效的因素之一，亦即「個人中心」的態度是最為基本的，認為性受虐的經驗造成性受虐兒童對信任感的破壞，因此性受虐兒童能藉由治療過程再經驗矯正性的人際關係是很重要的，雖然如此，治療師也認為處遇性受虐兒童時，治療關係的建立同時也會是最困難的部分。然而，如果治療師能克服建立關係的障礙，就能使治療進展跨進一大步。

治療關係與治療師態度的重要性也在性受虐兒童治療的文獻中不斷的受到強調，Wickham & West (2002) 強調建立一致、信任的治療關係的重要性；另外，Marvasti (1994)建議治療性受虐兒童治療師應該要有溫暖、可靠、仁慈、堅定、幽默的特質，亦即治療性受虐兒童的治療師，應該要有溫暖包容而穩定的人格特質。這樣的特質能幫助治療師建立穩定的治療關係，而能進步幫助個案建立安全感。此一看法與Ogawa (2004)認為創傷兒童的療癒因子為安全感、控制感，以及表達的自由是類似的。因此，治療性受虐兒童的創傷，首先治療師最大的挑戰即為治療關係，而治療關係的建立需要治療師本身的穩定性與溫暖包容的特質的條件，如此才有機會建立一段信任的治療關係，並進而使個案感到安全而能安心的探索整合過去的經驗，甚至從這一段矯正性經驗中改變負向的自我認同。因此，Lonergan, et al. (2004)在訪談創傷兒童治療師時，治療師表示，剛開始投入創傷治療時，只覺得治療關係是治療必要條件，然而隨著經驗的累積，他們才發現，治療關係不只是必要條件而已，更是充分條件，更是創傷治療的全部。此外，Kelly (1995)也強調在處遇性受虐兒童時，治療關係的建立是一種循環的過程，治療關係並非一開始就可以達到的，而是在治療當中，個案不斷的往返測試治療關係的循環，治療關係如能成功建立，就進入下一階段，每一個循環都包括三個成分：測視治療關係→表達創傷→否認與遠離，然後又繼續測試創傷，因此治療關係的建立，對於性受虐兒童的治療歷程是具有關鍵性的，因此，Kelly (1995)對治療關係的一番描述，與本研究治療師提到治療關係是否建立會影響後續創傷處遇個看法是相似的。

由文獻中對治療性受虐或創傷兒童時強調治療關係的重要性，可以瞭解治療關係不只是一般心理治療與諮商重視的治療因素，更因為性受虐兒童所受到的創傷，通常深深的影響其人格與對人性的看法甚鉅，而一段無條件接納、一致、信任的治療關係，其本身就是一種療癒，而非只是一種

治療處遇的基礎。因此，Gil (1991/2005)強調治療受虐兒童的基本目標除了幫助兒童修補創傷經驗的體驗，有意識的瞭解與寬容創傷事件之外，他亦強調提供孩子安全與適當的互動經驗，才能增進孩子的安全感、信任與幸福感，換句話說，治療師需企圖透過治療處遇向孩子展現人類互動的潛在有益本質。

第三節 遊戲治療師對性受虐創傷議題的處遇技巧

性受虐創傷的處遇技巧方面，本研究中的治療師還針對特定創傷議題提出四個主要創傷議題的處遇技巧，由於陳述討論起來更加繁瑣，因此針對本議題單獨一節加以陳述。以下即針對此四個創傷處遇議題：性議題、創傷後遊戲、退化行為，以及創傷後壓力反應加以討論，與目前文獻加以比較。

壹、性議題的處遇技巧

在創傷議題處遇技巧的部分，性議題的處遇是治療師最為強調的，本研究的遊戲治療師對於性議題的處遇能分為性徵化遊戲與性教育。在性徵化遊戲方面，分為兩種處遇方式，強調主動處遇的治療師，會在適當時機設定活動來加以處遇性議題，而其餘治療師則強調會反應其受創傷的情緒與想法，幫助個案去澄清這樣的性受虐的經驗，並且瞭解自己相關的感受，尤其幫忙個案去澄清與整合混亂衝突的感受是治療師所強調的，此類治療師認為不一定要直接處遇性徵化遊戲才能處理性議題，如果個案出現性徵化遊戲，也會視情況介入，並不會每一次出現都加以介入處理。

在目前的文獻中性徵化遊戲處遇相關文獻亦相當少，其中只有Van de Putte (1995)對處理遊戲室中性化行為提出較精闢的說明，他根據實務經

驗，將遊戲室中的性化行為分為三類，虐待反應遊戲 (abuse reactive play)、經驗重演遊戲 (re-enactment)、以及象徵性化遊戲 (symbolic sexualize play)，作者強調應依據不同遊戲類型加以決定介入方式，此外這些性化行為為非線性發展，很多性受虐兒童在遊戲室中的遊戲是來來回回、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。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。而本研究的性議題處遇技巧，較強調視情況介入，與Van de Putte (1995)強調應該根據遊戲來決定技巧，其內涵是一致的。

除此之外，多數文獻皆聚焦於一般「創傷性徵化」(Finkelhor & Browne, 1986)的相關影響提出處遇之道。Poter, et al. (1982)提到關於性受虐兒童兩性關係的問題，建議應該協助個案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、與家人建立正向關係，以幫助他們瞭解他人，並能擁有符合其年紀的生活經驗 (Sgroi, 1982)。而James (1986)則強調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，性化行為在性創傷的兒童身上是不少的，也不代表個案長大後會從事性工作。最後，James (1986)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是重要的。

除了對性徵化遊戲的處遇外，本研究治療師亦強調性教育的重要，以避免個案再次受害，本研究依據治療師本身的取向，可分為直接在治療室中處遇或由照顧者處理，前者又可分為強調主動介入的方式進行，例如以性教育為主題的繪本進行性教育；或視情形主動介入處遇，例如當個案玩出公開場合的性遊戲時，治療師會視遊戲脈絡介入，幫助個案瞭解什麼才是適當的性行為；輕微介入型的治療師，則主張由照顧者進行性教育。對

此，文獻同樣也相當強調性教育的重要（Faller, 1988; Poter, et al., 1982; Waterman, 1986）。Poter, et al. (1982)強調性教育與避免懷孕的知識是重要的，例如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。此外，對於性教育與相關知識的教導，可能會受到家長的反對，因為家長會擔心兒童太早學習性知識會有不良的後果，因此治療師必須要教導家長瞭解性知識對於預防個案再次受虐的重要性。James (1996)則強調治療師必須與所有兒童周遭的大人一起合作，並且教導這些成人以堅定、直接、但並非情緒化的方式告訴兒童其性化行為是不被接受的，可以訂定規矩讓兒童瞭解適當行為的方式，以鼓勵兒童以代替的方式表達其需求。

簡言之，性議題的處遇中，文獻中對性化行為與性教育的處遇同樣是相當強調的，並且皆相當重視與系統資源一起合作以處遇相關的問題。此外，在性徵化遊戲的處遇文獻方面，則強調治療師必須視不同的性化遊戲類型來選擇不同的處遇方式，這樣的觀點與本研究中強調視脈絡主動處遇性徵化遊戲的遊戲治療師是一致的。

貳、創傷後遊戲的處遇技巧

Terr (1983)為第一位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，因此將其命名為創傷後遊戲（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認為治療師應介入處理創傷後遊戲，建議直接的詮釋創傷後遊戲，以在兒童的遊戲當中建立主題的方式處理，並且說出相關的感受，如此直接與坦誠的回應，能幫助兒童修通創傷（引自Ogawa, 2004）。本研究治療師對於創傷後遊戲的處遇觀點，則根據其主動處遇程度而有不同的方式，其中只有一位折衷結構性治療師強調與個案一起扮演遊戲，甚至當作拯救者賦能個案；而視情形介入的治療師，會有如Terr的介入方式，比較去詮釋、澄清個案感受與想法來處遇，但強調依照脈絡與準備度介入；

輕微處遇者則強調相信個案最後一定會有改變遊戲的潛力，是典型的個案中心取向的作法。

Schaefer (1994)對於創傷後遊戲也認為需要主動打斷，才能幫助兒童控制遊戲，創造自主的感受。但他強調需要區分出「創傷後遊戲」(Post-trauma play)與「創傷重演遊戲」(trauma reenactment)的差別，如果個案能夠在遊戲中(一)感覺能控制遊戲結局(二)能玩出滿意的結局(三)能自在的表達負面情緒，並且(四)能展現對事件的重新認知評價，此即為「創傷重演遊戲」，治療師就不必打斷個案的遊戲。另外，Gil (1998a)也有類似的看法，她建議治療師可以觀察20次遊戲單元，前10次紀錄遊戲，後10次觀察遊戲是否有些微的變化，如此一來就能嘗試決定個案的遊戲是否停滯不前，或其實還有修復創傷的潛力。如果個案的遊戲真的停滯不前，就有介入的必要，否則個案可能會有再次受創的風險。他將介入的方式分為兩類，一類為「低侵入性的介入」(low-intrusion intervention)，例如請個案動一動身體，或口語陳述個案的遊戲內容，另一類為「高侵入性的介入」(high-intrusion intervention)，例如引導個案至另一個活動以打斷個案的儀式，或將個案的遊戲錄影下來，如此事後可讓個案一同與治療師觀賞。

由以上學者的觀點，可以發現本研究治療師同樣相當符合Schaefer (1994)與Gil (1998b)的觀點，均強調處遇創傷後遊戲是需要等待、避免再次受創的，然而在如何介入處遇上，並沒有相當明確的作法，而本研究中遊戲治療師對創傷後遊戲處遇的觀點較不顯著，與本研究中並非所有治療師皆同意看過創傷後遊戲有關，因而可能影響其在創傷後遊戲的處遇技巧上，顯得較為不足，除此之外，應亦與治療師的經驗與訓練有關，相關討論於第四節中詳述。

參、退化行為的處遇技巧

退化行為也是治療師在性受虐兒童遊戲治療中常見行為之一，退化行為造成照顧者的困擾，亦可能會干擾治療的進行，因此是治療師強調的處遇議題一。治療師對退化行為的處遇，可分為兩種，一為治療室外的處遇，以親職教育的方式幫助家長處遇生活中的退化行為，通常也是創傷壓力反應之一，例如黏膩行為、尿床、怕黑等，部分的處遇技巧留待「創傷後壓力反應」進行討論；一則為治療室中的處遇，例如當個案無法進遊戲室時，可能需要一些治療策略幫助個案願意進遊戲室，如果退化發生於遊戲室中，治療師則強調適時「設限」與表達「包容」個案的重要。Damon, et al. (1987)強調個案能在治療室中體驗退化是很重要的，這代表個案開始信任治療師，退化能夠幫助重新經歷完整的發展階段，重新長出力量，並且也能很快再趕上原來的發展階段。但他也提到，在亂倫的受害兒童中，他們的父母常會對兒童的退化感到生氣，因此建議治療師幫助父母在父母團體中處理自己的憤怒是重要的。另外，Waterman (1986)建議可以採用Jernberg在「Theraplay」一書中的「介入」(intruding)、「滋養」(nurturing)、「結構化」(structuring)與「挑戰」(challenging)四個技巧來處遇性受虐兒童兒童的退化行為。因此本研究治療師強調包容個案宣洩的觀點，與文獻中對於退化行為的處遇強調包容、滋養的重要是一致的。

肆、創傷後壓力反應的處遇技巧

本研究遊戲治療師對於性受虐兒童的創傷後壓力反應，例如作惡夢、怕黑、尿床等相關的症狀，則傾向多由親職教育中幫助父母處理，並定期由家長會談中檢核個案症狀進展的情形，並不會直接在治療室中處理。其中，本研究中僅有一位結構處遇的治療師強調對惡夢以繪本與戲劇的方式幫助個案克服惡夢的困擾。在文獻當中，對創傷壓力反應的處遇，主要即

為PTSD模式的處遇，強調對個案的視覺回溯（flash-back）、重複性遊戲，以及惡夢做處遇，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，以PTSD模式為主要處遇方式的治療師，會儘量提供控制的治療情境，來幫助兒童修通創傷（引自Rasmussen & Cunningham, 1995），此外文獻中也顯示CBT為目前被證實對治療PTSD有效的治療取向（引自Ryan & Needham, 2001; Morrissette, 1999）。其中，Morrissette (1999)檢閱文獻後，發現很多治療策略強調以支持性與結構性的方式採用再暴露法於創傷線索當中，此亦為以認知行為為基礎的介入方式。另外，James(1996)也強調強調治療師應該要有瞭解如何處遇創傷反應行為的能力。因為如果處理的不好，可能會使此類行為變得更加惡化，甚至加深兒童的罪惡感，或感到自己異於常人，顯示在文獻當中，相當強調辨認與處遇創傷後壓力反應的重要性而本研究中，然而由於本研究中多數皆為非指導性取向的治療師，因此對於創傷壓力反應也較不傾向主動介入，而交由照顧者來加以處理。

總之，本研究遊戲治療師對於不同創傷議題的處遇技巧，皆相當強調創傷處遇需要納入照顧者的觀點，例如性教育的處遇、退化行為的處遇、創傷後壓力反應等皆強調照顧者幫忙處遇評估，甚至創傷後遊戲的處遇中，亦需要教育照顧者穩定個案的生活環境以避免使個案再次受創。此外，治療師對於處遇創傷議題的技巧，也多與其一般處遇技巧與主動處遇技巧有關，以性徵化遊戲的處遇為例，強調主動介入的治療師，其對性議題的處遇即以繪本、布偶娃娃等結構性活動的方式加以處遇；而輕微介入處遇的治療師，則傾向不加以介入性徵化遊戲，因為相信個案會有解決問題的能力，因此本研究治療師的創傷處遇技巧是相當連貫與一致的，而其創傷處遇技巧中，亦受到創傷處遇觀點的影響，強調納入照顧者的重要性，因此治療師的創傷處遇觀點與技巧也是連貫的。

第四節 影響遊戲治療師對性受虐創傷的處 遇觀點與技巧的因素

以上三節，主要針對本研究目的與對應結果加以呈現討論，然而由本研究結果中，亦可以發現一些超越預期與不如預期的結果，這些結果反應出創傷處遇的影響因素，前者指現實因素，後者為治療師因素，以下即分為此兩大部分加以陳述討論。

壹、性受虐創傷處遇受到現實因素的影響頗大

本研究中，由治療師對結案考量與療效因素的觀點中，可以發現現實因素為相當影響性受虐創傷處遇的因素。所有的治療師強調結案考量中，除了轉介目標之外，其次則為次數限制、不成熟結案，以及階段性的結案。而療效因素中，除了治療關係與治療師態度之外，治療師同樣也提到環境穩定性與個案本身天生特質。因此由這些結案考量與療效因素中可以發現一個共同點，現實的因素影響結案與療效是頗大的。

在現有文獻當中，確實也有許多文獻反應現實因素對性受虐治療的影響。例如，Lonergan, et al.(2004)在訪談兒童創傷治療師時也發現到一樣的困境，他們的治療次數受到保險制度（managed care system）的影響很大，然而這些訪談治療師認為短期治療對兒童創傷治療根本是不夠的。研究結果也發現司法是一個治療中的干擾因素，例如法庭時常要求治療師出庭提出對個案的詮釋，治療師認為這樣的干擾反應法官並不完全、甚至不瞭解治療過程與創傷理論。國內曾璟婷（民94）在訪談受虐兒童遊戲治療師時，也同樣的發現治療次數治療受虐兒童的挑戰。除此之外，洪素貞（民92）在回顧台灣兒童性侵害的議題時，也提出媒體的重大問題，認為國內媒體在報導性侵害案件時，很容易造成專業處遇上不必要的干擾，使性侵害處

理的議題更加雪上加霜。另外，本研究中治療師將個案的天生特質視為一種復原力，Grotberg (1995)曾將復原力的來源分為三類：因應技巧、外在環境，以及內在心靈技巧，外在環境主要為家庭的和諧、凝聚力，以及對受虐兒童所提供的支持，然而很不幸的，很多性受虐兒童，尤其是家庭內性受虐的兒童，正來自於一個不穩定甚至病態的家庭系統，復原力的滋長是相當難的。因此個案的復原力，其實也受到現實因素的影響頗大。

由本研究中治療師對結案考量與療效因素的觀點，可以瞭解性受虐兒童的治療確實有相當多現實面向的困難，使原本即不容易的創傷處遇更加困難重重，因此如何克服這些現實層面的困難，是治療師相當大的挑戰。其中對於現實因素的影響，本研究治療師也根據性受虐兒童治療的特性而提出階段性結案的觀點，而階段性處遇的觀點在文獻中是受到肯定的。James (1996)強調處遇創傷兒童時，治療師需要考量處遇型態在發展中的順序，因為隨著兒童的發展，過往的創傷事件也會有不同的意義，因此階段性處遇是必要的，因此James (1989)認為治療師需要隨時為個案重回治療做好準備。Lonergan, et al.(2004)訪談創傷治療師也有類似的觀點，認為並非每一位個案都必須一次被治療完全，因為不是每一位個案都一定能被百分之百的療癒，將治療視為一個在生命中不斷進行的過程是必需的。除此之外，對於現實因素的影響問題，Gil (1991)還提醒受虐與受創兒童工作的治療師，由於治療的效果很容易因為家庭功能的層次太低而影響治療的效果，因此他建議與受虐兒童工作的治療師，都必須熟悉超過五十年以上的預防與治療方案，幫助受虐兒童的家庭與系統環境更加穩定，如此才能提升受虐兒童治療的品質。

現實因素確實是影響性受虐兒童創傷處遇的干擾因素之一，如何減少現實因素的干擾，除了是一位專業的性受虐兒童治療師需要面對的挑戰，例如與照顧者建立同盟以減少成熟結案的可能、與社工與周遭重要他人建立合作機制、瞭解相關的治療方案、以及採用階段性的方式處遇個案，此

外，也是相關系統與政府社會需要一同面對的解決的，例如對媒體做相關的教育，甚至建立國內性受虐兒童處遇模式與治療方案，幫助減少更多現實因素的干擾，畢竟就有如文獻中不斷在傳達的，性受虐兒童的處遇需要不同系統的整合與合作，系統間的整合愈好，現實因素的干擾相信也會越少，此為國內需要努力的方向之一。

貳、遊戲治療師本身的取向、經驗與訓練也影響創傷處遇

除了現實因素對創傷處遇的干擾之外，由本研究創傷處遇觀點與技巧的結果，可以發現治療師的經驗與訓練也影響治療師的創傷處遇。本研究治療師的創傷處遇觀點與技巧相當傾向不主動介入、強調依脈絡、依個案準備度來加以處遇，此外，除了創傷後遊戲之外，其餘的性議題、退化行為，與創傷後壓力反應，遊戲治療師皆強調與照顧者合作，甚至不直接在遊戲室中處理，而是交由照顧者在生活中進行處理，因此，本研究的遊戲治療師，其創傷處遇方式是較不主動的，創傷議題的處遇亦沒有明顯的處遇方式。會有如此的結果，與（一）本研究遊戲治療師多屬於非指導性取向，以及多數治療師的創傷處遇觀點亦傾向非指導性態度是直接相關的。非指導性取向治療原本即較不強調主動處遇個案的遊戲與議題，其實務工作中並不會進行明顯的處遇活動，因此在提及這些創傷議題的處遇技巧時，很自然的也無法陳述詳細的處遇方式，相反的，本研究中唯一一位強調結構主動處遇的治療師，對於創傷議題的處遇，幾乎能清楚的陳述其處遇的方式，因為結構性處遇時，其處遇時的活動與流程是較為固定的。很可能文獻中總是少見非指導性取向對創傷處遇的研究，即是因為非指導性取向在處遇創傷時，沒有明顯的處遇方式或原則，因此直接影響其對創傷處遇議題的鋪陳，相關文獻當然稀少。（二）處遇技巧的豐富程度，與治療師的經驗是相關的。本研究中的遊戲治療師，雖至少五年左右或以上的遊戲治療經驗，與100小時的性受虐兒童的治療經驗，但創傷兒童的治療

是不容易的 (James, 1996)，因此遊戲治療師的經驗可說不算豐富，影響性受虐創傷處遇議題的技巧可能亦較為薄弱。(三) 創傷治療的議題在國外已日漸受到重視，但反觀國內對於創傷治療與處遇的相關書籍、課程、或工作坊仍然罕見，此亦可能影響治療師對此創傷議題的重視程度。因此，遊戲治療師的創傷處遇觀點與技巧，除了取向之外，與其經驗與訓練皆是有關的，進而影響本研究中，創傷處遇議題的技巧不並不如預期豐富，甚至不比目前文獻結果詳細多元。

由此觀之，本研究結果並不如預期發現到性受虐兒童創傷處遇技巧中更細微的部分，這樣的結果當然可能與研究者本身的研究經驗有關，但亦反應國內遊戲治療師的一種現象：性受虐兒童遊戲治療師的缺乏、遊戲治療師對於創傷治療的訓練不足、以及遊戲治療師在治療性受虐兒童的經驗也較缺乏。雖然如此，本研究結果，亦更加凸顯出處遇性受虐兒童的遊戲治療師，其實務經驗與相關訓練是相當重要的。