

折衷式團體遊戲治療對受虐兒 處理效果之研究

何長珠
南華大學生死系
(NSC92-2413-H-343-004)

受虐兒之歷史與定義

Burgess& Garbarino(1983) ; Zigler & Hall(1989)的文獻中指出，在羅馬時代或更早(西歐社會)，即有兒童被當作祭品、刑求、責打或損毀容貌之行爲;在 Zigler &Hall (1989)之文章中亦指出:「兒童被當作建築物或橋樑的祭品是很平常的。從父權觀點(Patria Potestas)的教義中亦指出，父親賜予對孩子絕對的權利。而從中世紀到工業革命這個時期中，兒童更是不受保護的階層。工業時代初期(19世紀)時，童工虐待在全美都是合法化的行爲。直至十九世紀中葉，1874 紐約市社工員的 Mary Ellen Wilson 個案，始獲得預防動物虐待法(the Society for the Prevention of Cruelty to Animals)的創始人 Henry Berg 之極力支持。而到了 1960 年代 Kempe 在美國醫藥學會雜誌(The Journal of American Medical Association)中發表文章，才首次提出 受虐兒童症候群 (battered child syndrome)這個名詞。

根據余漢儀(1995)，黃惠玲、郭明珠、王文秀(1994)，廖秋芬(1997)等文獻上之定義，受虐係指對 12 歲以下之兒童，出現如下之行爲：

- 1.身體虐待：在非意外之情況下，攻擊、體罰、傷害其身體。
- 2.精神虐待：持續之批評或威嚇、遺棄、嘲笑等破壞兒童自我形象與自我評價之行爲。
- 3.性虐待：對兒童出示與色情有關之資料或從事性器接觸、性交等行爲。
- 4.疏忽：對兒童之基本衣食營養疏於照顧，導致兒童之發展就學與行爲均出現偏差。

美加等國對受虐兒之定義，則上升至 16 歲(劉可屏，1988，16)，引自 National Child Abuse Orientation and Treatment Act,1974。)

黃千佑(1991)對台灣地區施虐父母之調查研究發現，施虐者以男性居多，年

約在 30-45 歲，教育程度偏低，小學畢業、藍領階級，破碎婚姻亦多。虐待型式則以身虐最多，疏忽次之。

受虐兒的成因

造成受虐的成因，歸納文獻資料約有三方面，分別是：

1. 社會文化因素：

貧窮(Gil,1970,p348)，失業，酗酒吸毒，隔代教養，迷信偏見(刑剋之觀念)。而 Mollersstrom, Patchner & Milner 之相關文獻亦提出”家庭問題與虐待成正相關”。楊馥榮之研究(1990)則發現社會地位低落，即貧窮與兒童虐待之發生，具有顯著之相關性，而且身虐與精神虐待亦有同時並存之現象，陳姚如(1997)及 Fung & Wickett(1994)亦指出多數受虐，包括兩種以上的混合情況。

2. 父母因素：

婚姻關係失調，童年的受虐經驗，施虐者本身的性格偏差，親職功能不足，管教方式之不一致。

3. 兒童本身的因素：

如先天氣質，身心疾患，學習或行為問題。

國內鄧啓明(民 89)整理各家文獻，而歸納兒童虐待之成因為表一：

表一 兒童虐待成因之相關理論

年代	1988	1994	1995	1996
作者	鄭瑞隆	翁毓秀	余漢儀	顏碧慧
相關理論	1. 心理動力模式 2. 社會心理模式 3. 家庭結構模式 4. 環境壓力模式	1. 心理動力模式 2. 社會心理模式 3. 家庭結構模式 4. 環境壓力模式	1. 個體特質模式 2. 壓力模式 3. 互動模式	1. 心理動力模式 2. 社會心理模式 3. 環境壓力模式 4. 人格特質模式

5. 社會學習模式	5. 人格特質模式	5. 社會學習模式
6. 心理疾病模式	6. 多重因素模式	
7. 心理社會系統模式	7. 因素互動模式	

可見主要被提出做為解說之模式是：心理動力模式、社會心理模式及環境壓力模式三項。

王淑娟(1998)則依 Folkman 和 Lazarus 的壓力標準化模式之概念架構，對台北市社會局下某單位，九位 9-13 歲受虐青少年深度訪談研究，分析受虐兒的主觀認知評估，發現有四種取向，即「內在取向歸因-自我責備」、「外在取向歸因-施虐者個人因素」、在「客觀理性的評估-互動性因素」以及「不知所然-不明被虐原因」四種。並且在這四種歸因中，以「內在取向歸因\自我責備」佔大多數。專業人員對兒童受虐的客觀認知亦包括四項，即(1)因照顧者替換而造成的親子適應不良。(2)施虐者婚姻關係不良下之代罪羔羊(3)因患病或挫折導致的情緒不良(4)受虐兒持續不斷的行爲困擾之激怒。

受虐兒的因應機轉

在鄭麗珍(1999)的論文中，Chilas 和 Timberlake (1995)認為受虐兒傾向採用防衛性/適應性機轉，如「解離」等方式來因應其虐待性之環境。Heide 和 Solomon(1993)則認為其因應方式非常多樣，從酒癮、藥癮、飲食失調到解離，邊緣性人格或精神病患都有。大約來說，可視為是因為不安全依附所產生的因應，其方式從逃避、退縮、自閉、敏感到攻擊，矛盾甚至自殺或殺人等，亦所在多有 (Murdock,1992)。

Crillenden(1992)與 Leaman(1980)則認為受虐兒的因應方式，受到年齡成熟及智能發展影響，而有不同之反應。如三歲前幼兒的反應，主要是害怕、恐懼 (Leaman,1980);小學階段之兒童，則會開始有羞恥，憤怒或憂鬱之反應;青少年出現退縮或抗拒之反應。不過大部分都屬於防衛性適應機轉之範圍。Jones(1981)並指出，學前兒童傾向於採用「身體化」或「行動化」(acting out)之因應方式;學齡期兒童則以配合父母或加害人，以減少個人所受傷害為最大目標。Long 和 Jackson 則發現其方式或屬於「情緒導向的因應策略」或屬於「問題解決導向的因應策略」。

不論方式為何，成功因應通常都包括三個方向：則為注入安全感，恢復自我

功能和對環境之控制，以及重新對虐待事件賦予意義而採取更有效的因應策略。

學者並區分這些因應方式為下列五種類型：(1)順從討好型，但可能表現出焦慮、沮喪，身心不適之後遺症。(2)失控行為困擾型，即表面順從，但實際上則出現說謊、偷竊、逃家等行為問題。(3)反抗-逃離型，導致疏離的親子關係，及個人心理和人際上的創傷。(4)情緒轉移-攻擊型：自己成為別人的加害者，導致家庭、社會的不安。(5)明哲保身牆頭草型：無明顯問題，但學習成績不佳。

貳、受虐與創傷

一、定義

創傷源自希臘文，代表”受傷”(Wound)之意(Laplanche& Pontalis,1993)而本意則與生理上(physical)之傷害有關。並且常是突發的(sudden-onset),單一的意外。一般用法則包含心理性創傷在內。

DSM III-R (American Psychiatric Association, 1994) 使用之定義為「一種包括嚴重傷害在內，可能致死之傷害，目睹或來自他(家)人之強烈威脅。」

DSM-IV之定義，則更有限制，其主要改變為排除單次發生不會造成後遺性精神損傷之挫折(Munson, 1995, 150-151)。同時，特指孩提時代所發生和延續的廣泛性定義之創傷。(如過動、憂鬱、焦慮、反抗及行為問題等)。

關於創傷的定義，過去幾十年來做的研究很多，早自 Freud 心理分析的時代，便把創傷主要定義為一種”壓抑”與”退化”的狀態。相對於 Hajal (1999) 定義創傷為一種”不穩定的存在狀態”。客體心理學者，如 Mahler (1975) 則視其為個體化過程中依附受損之結果。

Terr (1991) 把孩提時代的創傷分成兩種類型來了解。其一是「類型 I 創傷」，其特徵為完整、精確之記憶與錯誤之知覺(misperception)和妄想;其二是「類型 II 創傷」，其特徵為否定、麻木、解離和憤怒之表現方式(如拒絕談話，完全的遺忘，沒感覺，逃避親密關係，隱形人之生活方式)。

Stevenson (1999) 則解說創傷為長期性負面經驗，影響之結果。

總結來說，創傷可被定義為由於受到外加生理或心理，單次或多次傷害，而造成的當事人功能失衡之結果。

二、創傷之類型

Terr 之研究，亦指出類型 I 或類型 II 之創傷，均對當事人造成極大和極長的

不良影響。在類型 II 的當事人身上，常會看到的大量的壓抑、解離，自我麻醉，自我催眠，攻擊或自虐。從而造成性格上極大之改變，導致其後青少年晚期或成年初期的成人性人格疾患診斷之出現。

類型 II 的主要紛擾，約可分為三種：(1) 缺乏感受，逃避心理上任何親密之可能；同時在身體上也會經歷麻木之感，感覺到自己彷彿是隱形人般的不存在，並且會對童年某些事情出現完全失憶之現象。Terr 認為這些徵候，都與成人多重人格疾患之診斷是若合符節的。(2) 狂怒之感，包括突然及持續爆發之怒氣以及對自己強烈自虐之行爲型式。

三、結果

McLods Rey 等認為創傷經驗，有極高之可能會造成心理病理。但從另一方面來說也有可能轉化其創造性，成爲偉大的藝術家，如 E. Allen Poe, A. Hitchcock, I. Bergman 與 V. Woolf 等人之例子（見 Terr, 1991）。

受虐的結果，幾乎都必將造成不同方式和不同程度的心理創傷，這已是大多數人所認可的事實。不過不同的研究者，亦有其不同觀點之闡述，如 Terr (1991)，便試著依其實務工作之經驗，歸納出受創者的幾種常出現之徵兆。其最主要之概念，則爲“所有孩提時代之創傷，均源自外界”。(Terr, 1991, 11)。對類型 II 所描述的共同特徵，則爲(1) 強烈的視覺或其他重複知覺型式之記憶。(如某種時刻、場所、氣味等)。(2) 重複性之行爲，像重複類似之情節或場景之出現於遊戲之中。(3) 與創傷有關的特性之恐懼，如怕黑、怕陌生人及怕獨處。事實上，怕黑和怕獨處是幼年階段最常見的兒童困擾。(4) 改變對人、對生命和對未來之態度。受創的長期影響之一，可說便是改變一個人對自己的看法(自我概念，自我價值感)，以及對周遭人、事、物之態度。其中尤以對未來的無望之感，最令人感到震撼。相對於其他相似年齡孩子的信心、憧憬與展望。受創經驗的一個嚴重烙印，應該便是完全的無能爲力之感。相形之下，單次、突然的創傷所造成的影響，似乎又有所不同，其通常反應特徵有幾，即(1) 完整、詳細、精確的記憶力(2) “前兆”(Omen)之存在，亦即內省個人之思考路線，認知上的再評估、推理與轉換(3) 錯誤的知覺與解釋(4) 包括視覺或聽覺上若干程度的妄想或幻覺之出現。

參、受虐兒的處遇

受虐兒的處遇可分廣義與狹義兩部份來介紹。就廣義部份而言，法律對家庭和兒童之介入，施以相關的安置、隔離或再教育，已是台灣社會正在進行之工作。相關的之研究，所在多有。鄧啓明(1990)之研究中，便蒐列自 1988 年至 1998 年間的 16 篇社工系統之研究(鄭瑞隆，1988;林秀芬，1989;歐陽素鶯，1990;黃千佑，1991;中華民國福利基金會，1991；劉紋伶，1991；黃素珍，1991；田晉杰，1992；

賴資霏，1995；劉叔綱，1998；劉淑美，1996；顏麗慧，1997；廖秋芬，1997；余漢儀，1997；劉蕙取，1998；張必宜，1998；王淑娟，1998），並整理而出現下列之結論。

其中與處遇有關之資料，包括加害者對社工介入之反應，多半具有抗拒性；同時社工本身對此工作亦因為時效性之要求與處理家庭之抗拒等壓力，而對此事具有負面反應之傾向。此外專業介入對創傷之界定與處遇之方式及評估等之認定，亦與社工工作者有所不同，造成兩種系統間，合作上的困難。再從狹義的角度來分析，亦可將對受虐兒之處遇目標，歸納為(1)強化自我功能(如自我價值、內在資源)。(2)緩和情緒問題(如抒發及得到支持)。(3)改善不適應行為(如修正偏差行為，增加個人因應能力與改善專業表現等)。(4)滿足生理需求(如基本需求之滿足與給予文化刺激)。(5)促進親子關係(對父母實施親職教育，以協助正向親子關係之建立)。(6)增進社會和生活適應(如信賴之關係，增進社交技巧，協助生活適應)等五個方向。(鄧啓明，民 89，p.109)。就此而論，特定目標取向的兒童處遇模式，如遊戲治療等，便成為工作時，相關可行之模式。下文中將再加以說明。

陳姚如(1997)蒐集國外研究如 Cattanache(19992), Fatout(1993), Kempe(1987); Mann&MaDermott(1983)等人之資料也提出六個處遇目標。分別是(1)關係建立(2)情感宣洩(口語性增加，並體驗新的成人類型)(3)提升自我概念和自尊(4)減少問題行為(5)訓練社交技巧(6)增進同儕關係。

李開敏(1997)則針對性受虐兒的創傷之歷程，說明治療處遇的主要關鍵在重整認知，藉由遊戲、藝術、身體活動、引導心像，得到合作與權力共享的經驗。在傾聽、接納、解說與教育的過程中，使當事人的 PTSD 症狀減輕，重獲自主自尊，從而改善其與外在環境互動時之功能。

鄧啓明(1990)並引用美國聯邦政府長期研究之資料，檢視了 89 種治療方案及 3253 個受虐兒童之處遇，發現諮商及各種團體服務之方案設計，如果不納入親職教育，則療效較差。同時，不論其性質為個別、團體或醫療處遇，平均約有超過 70%之個案，在許多功能上有所進步(Cohn & Daro, 1987)。相形之下，台灣則只有少數的研究，對受虐兒之想法及因應做調查訪談研究(王淑娟，1998)或實施個別(黃慧涵,2000)及團體介入之評估研究(溫雅蓮，1995)。

以搜集到的文獻為例，國外部份 Bratton& Ray (2000)曾回顧 1942-2000 年的 82 篇研究，並還區分其研究範圍(以超過八篇者為限)為九類，即：社會性適應不良;行為失調(攻擊/反抗);學校行為、困擾;情緒性適應不良;焦慮/恐懼;自我概念、智商、心智上之挑戰;生理或學習上之障礙。其中與受虐兒有關之部份的有五篇，將摘述如下文(Bratton & Ray (2000))。

肆、受虐兒的遊戲治療

創傷後實施的遊戲治療，亦可分兩種。其一為”針對單次經驗者，主要目標為在當事人的重複演出中，減輕或再組織其自我功能。至於其成效則主要依當事人對受創之知覺，本身之自我結構與受創後所遇到之處遇與支持而定(Johnson, 1989)。另一種則為長期或多次受創之結果，一般社工機構所處遇的多半屬於此類(低社經家庭之父母與孩子)。至於詳細做法，則各有不同，以下試舉幾例：

1. Saucier(1986)使用 Minnesota Child Development Inventory 來評估八次的非指導與指導式遊戲治療，對 20 個 1 至 7 歲受虐兒效果之比較研究，結果發現實驗組比控制組在個人社會性發展上之分數為高。
2. Perez (1987)將 55 個 4 至 9 歲之性受虐兒童分為三組，即個別遊戲治療、團體遊戲治療，與控制組;分別接受 12 週之處理。用 Primary Self-Concept Inventory 評估之結果發現，實驗組的遊戲掌控行為有顯著增進，但控制組的內外控制分數(Locus of Control)則有下降之趨勢;且個別遊戲治療與團體遊戲治療在效果上並無不同。
3. Harvey 的團體遊戲治療模式，則在觀察過 100 個受虐兒與父母之互動後，歸納其所出現的行為特徵為(1)強烈的逃避(保持距離)(2)強烈無預警之攻擊(快速轉變的動作模式)(3)被動、冷漠(疲倦無興趣之態度與行為)(4)直接重演受虐情形。Cangelosi 的「依附分離」(個體化)模式，則主張治療者在建立依附同盟的正向移情之後，再輔之以面質、澄清、解說(心理教育)等技巧，來協助個案產生新的自我功能。
4. Kot (1995)對 22 個 7 至 10 歲之目睹家庭暴力之個案，於兩週內實施 12 次非指導式的遊戲治療聚會。結果與控制組比較，發現在自我概念上有顯著之增進，外在行為問題上，則有顯著之減除。而在遊戲行為中的身體接近度與遊戲主題上，亦有所進步。
5. Tyndall-Lind(1999)則以兒童中心式的個別與團體遊戲治療及控制組來評量 21 個 4 至 9 歲的受虐兒。結果發現，實驗組在自我概念、整體與外在問題行為及攻擊、焦慮、憂鬱分數上，都有明顯之改善。
6. Marvasti, 于 Kottman & Schaefer 所著的行動遊戲治療(Play in Actions: A Casebook for Practitioners, 心理, 2001, 564)一書中，提出結構式遊戲治療(如 20 分鐘)加上自由遊戲(如 10 分鐘)之設計。
7. Haworth(1990)則以澄清、說服、建議、反映、解說自我(self)為治療工具。與個案在遊戲的互動中，使其呈現現實功能和防衛機轉，並以治療者為移情對象，來完成治療之目標。他稱此方式為「自我動力治療法」。

總結來說，對受虐兒創傷後之治療歷程，其方案涉入之目標不外以下六點，分別是(1)關係之建立(Cattanache,1992;Kemp,1987;Mann & MaDermott,1993)。(2)情感之宣洩，口語之增加與體驗不同的成人模示。(Hansen et al ,Steward et al,1986)(3)提昇自我概念和自尊。(Fatout,1993;溫雅蓮,1995)(4)減少問題行爲。(5)訓練社交技巧。(6)增進同儕關係。

而在遊戲治療的歷程與階段中，大多數研究者同意，須經過起-承-轉-合等過程。如 Mann & McDermott (1983)所主張的(1)建立治療性關係(2)出現創傷遊戲的退化性行爲(3)試驗新關係，發展對衝動之控制(4)結束治療。Mansen(1990)則主張混合語言和領悟取向之治療。他認為如此可使兒童得到宣洩，感覺被予以標示、收集情緒經驗、發展內在架構，從而達到修通之效果。Cottanach (1992)主張有三階段分別是(1)建立關係(2)透過玩具來做探索(3)發展自尊和自我認同。

Cohen 等人(1996)則認為四種與創傷聚焦有關的認知-行爲治療模式之實務(曝露法，認知重架構，壓力管理與父母教育)，以對性受虐兒之處理，最為有效。

鄧啓明(2000)引用美國聯邦政府自 1974-1982 年間之長期研究。在檢視了 89 種治療方案和 3253 受虐兒個案後，發現各類諮商及團體處遇方案，如果能加做親子之處理，則療效較佳。且個別團體與醫療之個案中，約有 70%的比率，在許多功能上顯示進步(Cohn & Daro,1987)。

在研究文獻中亦顯示大部份之研究屬單一個案類型，但在研究法上，缺少控制組隨機取樣，手冊式的處理說明資料與適當之測驗評估(Lank tree & Briere,1995)，Toth & Achetti(1993)之回顧 1500 篇研究中，亦發現只有兩篇合於方法學上之要求。因此在遊戲治療之實務中，加上研究之佐證，乃成為當前急務。

伍、受虐兒的遊戲治療在台灣

雖然遊戲治療之研究在台灣，過去 10 年來，已有蓬勃的發展(葉貞屏,1994b, 1998; 林美珠,1994,1998; 何長珠,1995,2001; 蔡麗芳,1995; 吳佑佑、丘彥南、宋維村,1995; 孫幸慈、陳信昭,1998; 王英珠,1998; 陳慧鴻,1999; 鍾鳳嬌,1999; 魏謂堂,1999; 黃慧涵,2000; 蔡麗芳,2001)。但在受虐兒部份，則仍是一個新興領域，下面將簡介幾位研究者之工作，以協助讀者了解目前台灣的現況。(葉貞屏,1994b; 何長珠,1995、2002; 陳慧鴻,1999; 黃慧涵,2000)

葉貞屏(1994b)對一位小一受虐男童實施 16 次兒童中心遊戲治療，結果發現：個案正向自我概念出現頻率增加，負向減少。並由此印證 Guernty 的遊戲治療四階段論—建立關係、探索限制、獨立與依賴、自信。

何長珠(1995)以受過八次(每次兩小時)遊戲治療理論課程訓練之大四輔導系學生，分組對三位小學低年級之受虐兒(1女2男，其受虐狀況分別為性虐、身虐與疏忽)，進行非指導式的遊戲治療。並於每週安排兩小時(共八次)錄影帶討論與回饋之時間，(由研究者擔任督導)。結果發現，三位個案在「情緒反應」、「與諮商員的身體距離」、「臉部表情」、「口語狀況」及「遊戲故事情境」上，都顯示出與治療正向改變有關之歷程(關係建立，宣洩，攻擊，退化，自主)。

陳慧鴻(1999)對一位小六的受虐男童，以參與觀察(探測性發問與澄清)之方式，進行11次(2個月)的沙遊治療歷程(每次1小時)，並以「國小兒童生活適應表」進行前後測，結果發現百分等級由40次改進為60次，另外「表情」與「情緒適應」也有進步之現象。

黃慧涵(2000)讓三位5歲、7歲、8歲之身虐兒，分別經歷22、13與15次不等的遊戲治療，發現三人的遊戲行為有不同的治療進展及行為型態。並觀察發現受虐兒具有兩種主要的人際型態(攻擊，退縮)以及改變曲線會出現循環進展之現象。

何長珠(2000)依循並修改其於1995年進行之研究，而成為折衷式遊戲治療模式。(兒童中心，心理動力加認知治療)。訓練20位國小認輔教師(8次24小時之理論教導與實務經驗)，然後於第9週至17週之間(仍是8次24小時)，進行兩人一組一個個案之遊戲治療(每週一次，共進行8次8小時)實務督導。結果發現，在九位個案中，有兩位到達第二階段(宣洩、攻擊)，四位到達第三階段(認知重結構)之改變，三位到達第四階段(自主)之改變。以有限的時間能達如此之結果，除了一方面參訓教師均曾參加過一學期左右的兒童中心式的遊戲治療訓練外，另一個原因則可能為認輔教師與個案之間，原先即已建立的同盟關係所致。

陸、折衷式遊戲治療

定義與重要性

折衷式遊戲治療模式(Elective Play Therapy Model, 簡稱EPTM)，顧名思義，乃是從不同系統中選擇適合之理論與技巧，以處理當事人問題之方法。自1970年以來，不同年代之研究(Garfield & Krutz, 1970; Narcross & Prochaska, 1988; Welch, 1994)，均發現大多數之實務工作者(50%，70%，72.6%)，視其工作為折衷性取向，並肯定此一取向之療效。

本研究者在從事卅年的教學研究與推廣之工作經驗中，亦確認全人性(holistic, 意指包括認知，感受與行為)之處理原則，即依治療歷程所發生改變之事實(即初階段之信任，試探；中階段之宣洩，移情；末階段之認知重新結構)，來做設計之真

實性。故亦嘗試將遊戲治療之實施，依改變機制(changing mechanism)理論架構，媒材介入與治療階段之特質，區分而成如下之表列：

折衷式遊戲治療模式(何長珠,2001)

階段	改變機制	理論導向	相關技巧	媒材
初	1. 減低焦慮，增加安全感 2. 經歷不同的成人經驗，增加自信 3. 正向移情及自由表達增加	兒童中心學派	1. 跟隨反映 2. 同理 2 3. 確認權力 (empowerment)	自由遊戲
中	4. 宣洩負向情緒 5. 對治療者之正向移情 6. 自我肯定增加	心理分析-(動力)學派	4. 同理 3 5. 解說 6. 設限	投射性遊戲-繪畫 沙遊
末	7. 認知重結構(能量導向建設性之方向運作) 8. 分離與結束	認知-行為學派 短期治療模式	7. 教導 8. 建議 9. 導引 10. 肯定個案所達到之改變	結構性遊戲(角色扮演，說故事)

說明：

同理 2 意指對個案之情緒，能以類似的用辭，反映出來，以表達了解與支持。亦稱「初層同理」。

同理 3 意指對個案之情緒，能以不同的用辭，表達出對其問題主要焦點與相關背景之了解，亦稱「高層同理」。

柒、受虐兒的個別與團體折衷式遊戲治療之實施

此處，本研究將以個別與團體遊戲治療之例來說明折衷式遊戲治療，在實務上之應用與效果。

1、個別遊戲治療部分：

2002 年的 3 至 6 月，本研究受某育幼院之委託，對三名該院兒童進行遊戲治療，這三位院童，稱 c11、c12、c13，分別是 6 歲、10 歲、及 10 歲之女童。而其轉介來的問題，對 c11 而言，是身暴(繼母毒打)，對 c12 及 c13，則為疏忽(c12 的父親

爲一老年聾啞人，與另一聾啞人同居所生，生活照顧缺乏);c13 是單親家庭之孩子，母就於其四歲時身亡)。c12 及 c13 均已在育幼院住了三年左右，轉介原因爲當其爆發情緒困擾時，需長時間始得平復(會大哭大鬧數小時之久)，使育幼院之照顧者，頗感頭痛。

治療者採折衷式遊戲治療模式，分別對 c11、c12 及 c13 進行八到十二次的遊戲治療。其中 c12 則因問題獲得改善較快，故只進行八次。此次只舉 c11 爲例，來說明過程中之主要現象，藉此了解折衷式遊戲治療之做法。

c11 第一次進遊戲室時，即出現強烈好動與好奇(脫娃娃衣服)及衝動(不經許可，即吃起玩具糖果)之行爲，使治療者之角色，亦迅速進入「設限」及「與問題有關(過動)之過程」。接下來的幾次，治療者介入，採「跟時鐘競賽」之遊戲，以達到「暫停」(Time-out)及「增加自我控制力」之目標。同時，在自由遊戲中，c11 亦出現「漫罵」與「粗魯的身體接觸」等行爲(懷疑是對其繼母的反認同行爲)，治療者除了「接納」「同理」「跟隨」等技巧外，並「示範」「語言性的情緒表達」及「非語言式的撫慰」，如「很痛喔!」、「咻!咻!」(台語表示「抱抱」之意)。第四次之後，開始以貼紙(sticker)來鼓勵其正向行爲之表現，(如說"請"代替"搶")。並開始設計攻擊性之遊戲，以宣洩其驅力(她果然很用力，打破了兩個塑膠企鵝)。這之後的兩三次，c11 開始出現「退化性行爲」(出現幼兒喃喃不清的語言、妄想;同時在育幼院中，並較易哭鬧)，對治療者出現想要擁抱之行爲。另外關於協助 c11 控制衝動之行爲，則仍在持續進行中。如在其拆裝玩具時，有意唸出「慢!慢!慢!」之話語。此階段 c11 玩娃娃的行爲，已較初期時，增加不少正向的撫慰性動作;但負面的暴力行爲，仍會出現，但比例改變很多。第六次時，去育幼院訪問的過程中，見到其父親，對 c11 的問題背景有更完整的了解。同時並發現其父女間的關係良好，是治療中催化改變的有利因素。第七、八次，c11 出現更多自主性的假扮行爲(如打扮自己，燒飯煮菜，決定不要畫畫等)。同時也仍有「攻擊」與「破壞」之行爲及「自我撫慰」行爲(喝牛奶)。第九次，出現和治療者開玩笑之舉動(把畫筆藏起來)及照顧洋娃娃之遊戲(爲其選擇衣服鞋襪)。當其爲娃娃著裝時，動作表情之溫柔與初期之急躁粗暴相較，有很大之不同。

第 10 次及 11 次，c11 仍是玩娃娃，但會制止治療者之跟隨式的旁白;說：麥噠(台語不要吵的意思)，能自動整理玩具，並只有在必要時，才尋求協助。結束的時間來到時，c11 還主動要求治療者抱她下樓，離開遊戲室。最後一次，c11 帶了一支羽毛來送治療者。不過在遊戲過程中，脾氣比較壞(不知是否和即將分離有關?)。最後做了一個沙盤，才告結束。

2、團體遊戲治療部份：

2001 年 9 月至 11 月間，本研究者針對台灣中部地區某縣市當年度通報的 11 名受虐兒(另有 3 名因情況較嚴重，直接轉介爲個別遊戲治療)，隨機分成三組：

G1(c14、c15、c114);G2(c17、c18、c110、c111)及 G3(c112、c113、c16、c19)，進行為期 16 次，每次 1 小時，共約四個月的遊戲治療處理。並以投射性繪畫測驗分組，作為協助診斷及評估改變之依據。

以下將依其受虐類型來討論改變狀況：

(1) 身虐部份

身虐部份之個案有兩位，分別是 c14(5 歲女)及 c110(10 歲，小四女)。c14 被轉介的原因是姐妹疑似遭受其父之性侵害，故與其姐(c18)妹(c15)同來接受處理。唯其所展現之特徵為強烈的「憤怒、衝動、攻擊和不安」，與其它兩位姐(c18)妹(c15)有明顯不同。在 16 次之過程中，亦充分呈現所謂「創傷 II 之遊戲型式」，如對玩具無法定心感到有趣，經常到處遊走，投射性繪畫的「屋、樹、人」三者聯在一起，無法辨識(約為 3、4 歲之畫法)。玩具部份(餵乞食)及打電話(求救?);偶而會尖叫，對治療者有試探性的攻擊行為，並於第 6 次時，把一杯沙直接倒到治療者身上。中期以後，曾嘗試導引布偶說故事，以了解其在家中之身實狀況，但未顯示明顯性受虐之資料，屬本次進步最少的個案之一(約只達階段二的狀態)。c110 之受虐則主要來自其母對其之身體虐待，影響 c11 在與人相處時，常出現「計較」、「公平與否」之現象，亦影響其與他人之互動及關係。並導致在團體中，直接引發其與接送社工員間之衝突。幸好在約第 10 次左右，她出了一些小麻煩，經過治療者之協助後，才解決問題。自那之後，c110 的心態似乎稍獲平和，並開始以「繪畫」與「沙遊」，消解其個人內在之壓力。到結束時，其在前測時，不肯畫的家庭動力畫，已出現基本的客廳構圖。雖仍是寥寥數筆，但前後畫作的比較之下，仍可看出當事人目前較能面對現實之現實感治療的立場!

(2) 疏忽部份

疏忽部份之個案有 c114(5 歲女)、c15(4 歲)、c18(8 歲) c111(7 歲男)及 c19(9 歲女);其中 c14(5 歲)、c15(4 歲)、c18(8 歲)為三姐妹。比較身暴與性暴，本組個案之成長性是最高的。雖然，對 c114 及 c111 而言，其原本迅速開始展開之進步，在中期之後，因家庭因素惡化(家裡大人之間發生紛爭)，導致結果有停滯之現象(特別是對 c114 而言)。其次 c15 與 c14 及 c18 雖為三姐妹，只是相較於 c15 之常被處罰，c14 及 c18 的乖巧、退縮，使她們比較免於被虐，但也造成特殊的因應型式。像 c14 便某種程度出現「解離退縮到個人小世界」之特徵，總是一個人在搭積木或默默地撥電話、放下。不過在後測資料中，其原先胚胎式之人體，已逐漸成為具體而微之人形;至於「屬樹一人」部份，則出現與 c15 相似的陰莖形樹幹(令人懷疑其家中是否仍有某些事在進行?)。c18 亦屬此次進步最大之個案之一，在無數次的燒飯煮東西請大家(特別是治療者)吃之後，她逐漸學會如何去攻擊、追逐打別人(c111)，並自其中得到很多的歡笑和樂趣。而 c111 與 c114 雖是兄妹，且遇到同樣的家庭困擾。不過不知是否因為 c114 與母親之依附較強，所受影響下較深?其進步在中期後，便

出現停滯現象，唯在後測中仍顯示某種程度之進步，如「大、小的自己」，以及「房子」、「弟弟」和「媽媽」等資料。相形之下，cl11 由開始時的喃喃自語，遊來盪去的無法安定下來玩玩具，到後來與其它同伴一起玩鬧(對別是對 cl8)，其語言與社交能力上之顯著進步，是不容忽視的。但由此例中亦可發現，在進行治療性介入時，納入「家庭」變項處理(如同時做親子治療或親職工作)之重要性。

cl19 亦屬本次進步最大的個案之一。雖然體形高大，年齡亦屬本次最大者。cl19 在開始時，卻是非常退縮，不能溶入環境的。直到遊戲室中諸多種類之媒材，使她找到樂趣與才能發揮之特長(用黏土來捏小動物，她有很精巧的手藝)之後，cl19 才慢慢走出個人的內在之殼，變得是自我概念很清晰(從所畫的圖中顯現的整體性，加上動作、表情)，並能出現對治療者提出要求與拒絕等有效功能狀態(遊戲治療階段四之表徵)。

(3)性虐部份

性虐部份之個案，主要是一對已在寄養家庭住了幾個月之久的原住民姐妹花(cl 12, 7 歲; cl 13, 6 歲)。整個 16 次的遊戲治療過程中，雖然其父親因吸毒及疑似性虐被判定隔離醫護，且兩姐妹亦受到安置。但不知是時間離事發已有一段時日，抑是其在寄養家庭較安定有序的新經驗，已某種程度取代了不快樂的往日回憶。治療者覺得從頭到尾簡直沒辦法從遊戲中，看出與性傷害有關的任何端倪。即使在中途之後(第九次)，cl 6 因明顯的性騷擾，被轉入本組，而出現好幾次與性有關的相關事項(如脫娃娃的褲子)之處理，亦不曾讓 cl12 及 cl13 出現任何異樣;只在將近結束時(第 15 次)，在畫畫的閒聊中，說了一句“要原諒他!”(原住民很多有基督教信仰，也許其家人早已如此交待過?治療者之推測)。話雖如此，從前後測的投射性繪畫資料中，仍可看出兩人更多適應性心能之展現(豐富性，多樣性及明亮性)。

cl 6 則是這次處理中意外發現的性傷害個案(原先問題是疏忽)，亦是改變進步最大的個案之一。由於其個人明快且直接表達之特質，使治療者在第六次左右，即發現與性可能有關之線索(她臨走時說：爸爸喜歡我，我討厭爸爸!)而在其後逐次之畫作中，亦愈來愈鮮明的呈現有關資料，如耳朵“塞棍子”(棍子畫得像陰莖);在玩沙時亦常出現把恐龍埋入沙中之重複遊戲;其後又有一次畫了好幾朵「大便」，最後更直接挑明「小恐龍」即是爸爸等。與治療者一起工作的社工員團隊，除了加緊行政作業之程序，協助 cl 6 及其讀國中之姐姐，快速安置至寄養家庭外，亦決定將其轉組至 G3，希望做些直接的處理。

再由其投射性繪畫之資料看來，自我畫象部份仍有傾斜之勢。只在軀幹部份由原來的「正方形」，近一步分化為有「脖子」、「上身」、「下身」之人體形狀;嘴部表情亦由「下垂」改變為「平而微揚」。「屋-樹-人」部份，由前測的兩個分散的「恐龍」，改變為「討厭的二姐」(右上方圖二生，與其同往，但不喜歡照顧她)及「可怕的樹木好像鬼」(推測為害怕之表示，可視為是一種不安的心態)。而家庭動力畫

部份，則把現在所住的家庭與過去(已逝之阿公，畫在 ci 隔壁房)混為一團(似乎其心態仍在融合現在與過去之階段)。

總結

依 Howe & Silvern(1987)所發展的遊戲治療觀察工具(The Play Therapy Observational Instrument, PTOI)及 Rosen, Faust 與 Burns(1994)等的修訂——分遊戲行為為「情緒之舒適度」、「與治療師互動的品質」及「有益的幻想性遊戲」三類。及再參考國內研究者之發現，如何長珠(1995),孫尤利(1998)黃慧涵(1999)等研究者，依「遊戲性質」、「情緒狀態」、「主題」、「與治療師之互動」及「口語行為」等項目，將遊戲治療區分為四階段，說明如下：

遊戲治療過程四階段及其特色

階段	一	二	三	四
遊戲性質	*探索性 *非特定性	*關係性 *戲劇性 *幻想性	*角色扮演 *幻想 *現實性	*創造性 *現實性
情緒狀態	*焦慮 *好奇	*信任 *衝突	*釋放 *平衡	*自信 *快樂、滿足
主題	*熟識環境及 治療師	*移情 *控制	*淨化 *重新建構 *滋潤、情感撫 慰	*自立、自我突 破 *自發自動
與治療師互動	*少接觸 *有距離的	*接近 *試探 *依賴性行為	*信任 *依附 *建立關係	*友伴 *同事
口語行為	*簡單 *簡短	*與治療主題 有關	*重複與主題 有關的故事	*清晰 *自我指導

*事實資訊

從本節所述，可見對於遊戲治療效果除傳統上之結果(outcome)評量外，亦可由遊戲治療過程(process)的行為特徵及階段來了解個案之治療進展。這在實務上可提供治療師更多資訊，以彈性調整其介入程度及策略，對於有效治療之具體線索之掌握，亦更具積極性。就此而論，本次研究之個案，其改變狀況，大約可分配在階段二、三、四這三個部份，而成爲如下之分佈(由治療者、社工人員及觀察員共同討論同意後之判斷)－

階段二：cl 4、cl 10、cl 14(3 位)

階段三：cl 5、cl 7、cl 11、cl 12、cl 13(5 位)

階段四：cl 5、cl 8、cl 9(3 位)

就此而論，改變最少的比較屬於身虐兒之個案。這到底是因爲身虐個案的創傷較大，故需更長之時間，或個別遊戲治療之處理。(如黃慧涵的 16、22、23 次)? 還是有其他因素之影響，凡此種種，均有待未來更多之探討，本研究者傾向於認爲是前兩項因素加乘之結果。另外，進步最多的則是疏忽型受虐兒個案，故以後對疏忽型個案的處理，除非嚴重退化者(如不能自行清理尿便者)，否則建議可採「團體」和「16 次聚會」之模式，來催化其成長與學習。

捌、發現與討論

由本次連續進行一學期，共 36(個別遊戲治療)及 48 小時(每一團體爲 16 小時)，共三個團體的實驗研究結果中，有幾點重要的發現，茲分述如下－

1. 受虐類型與因應遊戲治療策略之配合

受虐兒的類型雖然主要有三種(身虐、性虐及疏忽)，但其在治療歷程中所出現的特徵各有不同。故有效的因應策略亦應有別。舉例來說，團體疏忽兒的主要特徵是「社交退縮」，因此在 16 次的團體中，比較不易看出其「攻擊」與「退化」的現象(但個別遊戲治療中則會出現)；因此在團體中，要多做的是「聯結」(有意協助別人對他的互動)，「示範」(如提出邀請及拒絕之做法)與社會性智能學習環境之提供(如認識事物的正確名稱等)。相形之下，身虐兒的攻擊則往往非常明顯而快速的來臨，(往往在第一次聚會時就可看到)，因此治療技巧中的「設限」，對處理這類型個案而言，是必須的配備。

最後，對性虐個案而言，處理策略的主要依據是「發生時間的距離」--亦即愈

近期發生者，個案愈有「宣洩」之需求，但當事情發生一段時日(如本研究中之 cl 12 及 cl 13，已被安置六個月左右)，再加上社會(污名化)、文化(信仰中的寬恕觀)、家庭(對加害者之需要)因素之介入處理時便會遇上相當頑強的阻抗。以本次為例，治療者雖於發現 cl 6 有性侵害問題時，策略性地將 cl 6 於第 9 次時，轉入 cl 13 之團體。並在其後五次的團體中直接處理 cl 6 的宣洩與攻擊(以布偶台，或帳棚中角色扮演之方式)。但 cl 12 及 cl 13 仍是毫無反應，只在第 5 次時說出"要寬恕他"這句話。故對性虐個案或團體之設計，必須更審慎地評估與預期各項特殊資料之影響力始可，並不是使用認知行為治療法就一定有效。

2. 團體中的手足組合問題

受虐兒常以家族之形式出現，故手足同為個案常見的情況，此時是否要將之組合於一團體之中，是個值得思考的問題。以本研究為例，共有三對手足個案，分別是 cl 11、cl 14(兄妹，疏忽)；cl 4、cl 5、cl 8(姊妹，身暴及疑似性虐)以及 cl 12、cl 13(姊妹，疑似性虐)。除了第一對彼此之間本來就不太互動外，另兩組的 cl 4、cl 5 及 cl 12、cl 13，則有強烈互依及排他之現象，這也影響他們在團體中與他人之互動。故本研究之建議是最好以「拆開」或「單獨為其進行小團體」之方式，作為未來此類個案之設計方式。

3. 在遊戲治療的文獻中，往往建議團體組合的依據主要需考慮年齡(如相差不要超過 12 個月)及問題性質之相似與否。但在實務上，尚須加入其他因素之考慮，主要即是「氣質配合度」之問題。以本研究的三個團體來說，G1 為年齡 5-6 歲之兒童(cl 4、cl 5)，G2 為年齡 7-9 歲之兒童(cl 7、cl 8、cl 9、cl 10、cl 11)，G3 為 5-6 歲之兒童。其分組主要依據為年齡相近與手足同組下之隨機分配。但實際進行後，卻發現 cl 4、cl 5 對 cl 6 極為排斥，再加上後來發現 cl 6 有疑似被性侵害之現象，故將其轉入 G3，亦將 cl 9 調入 G1，如此才使團體有較多之互動發生。但如何發現「氣質之配合」與否，則實在不是一個事前或在團體早期即能決定的事，恐怕也成為研究上的一個難題，有待更多之探討。

4. 折衷式遊戲治療之使用，在本次之經驗中，使用得最頻繁的(幾乎每次都出現的)應是「兒童中心」加「認知行為」學派的遊戲治療理論與技巧，如跟隨式反應、同理、增能、設限、重新架構、客觀檢核與角色扮演等。心理動力學派的理論與技巧，則主要使用於三部份，分別是「問題的概念化」(依附，投射，認同)、「投射性繪畫測驗」(診斷問題和評估改變)以及「身體接觸」與「撫慰」(nurturing，提供牛奶餅乾等部份)。就此而論，前兩種學派比較可以在進行中觀察得到，而後一種學派，則可視為是治療者所類以「概念化」和「做為行動設計之依據」，並不是在表面(實際進行過程中)，就可以看到的。但自研究者的觀點來看，亦是執行「有效」或「成功」遊戲治療之必備條件，缺之不可!

玖、結論與建議

本研究的結論有如下幾點：

1. 對受虐兒的遊戲治療，不論其為個別之型式抑團體之型式，其研究均尚在起步，有待相關機構工作者之間(學術與實務)更多的聯結，本研究之建議：「最好在國家的專案計劃下進行此類整合之工作，如成立台灣的受虐兒遊戲治療訓練中心等之構想，如此才能更發揮效用。
2. 受虐兒被發現時，通常已延宕相當一段時日。此時介入做心理處理，容易遇到當事人意識上不想再談之現象，故對性受虐兒個案之介入，尚須研發一套更有系統的遊戲治療策略(如觀看類似問題個案被處理過程之錄影帶等)，以消滅其「活名化」之防衛動機，而第一線的接案單位(如社工、輔導室)亦應接受與此有關之處理原則之訓練。
3. 市面上可買到的遊戲治療之玩具，極缺真實生活之代表，如嚴格的老師，肥胖、疲倦的媽媽，喝得醉醺醺的爸爸以及害怕無助或憤怒的孩子等之人形布偶，希望有心者能研發更多這些方面之玩具。
4. 團體組成大小之考慮，應包括問題性質、發展年齡、手足關係，特質上的適配與否，團體實施次(時)數與治療者的專業水準(經驗)等因素，來為通盤之考慮始可。這常學前個案(6歲以下)以不超過3人，(10歲以下)以不超過4人是比較好的組合方式，至於實施時數與次數，亦似最少12次(每週1次之方式)較為理想。基於改變之發生須要一段時間來蘊釀與凝固之立場。本研究者並不贊成對受虐兒作密集處理之設計(如兩天或一週內完成所有時數之做法)。
5. 團體遊戲治療或個別遊戲治療之選擇，亦應依個案問題之嚴重程度(困難個案不適合開始即放入團體，最好在宣洩負向情緒之後才轉介入團體)，問題性質(疏忽個案較適合團體遊戲治療)，但多重失落個案，則須以個別遊戲治療處理為宜)及主辦單位之特殊狀況而為考慮(經費、人力上之限制)。

本次所採的折衷式遊戲治療模式，具體實行後，發現約可分為三階段，即初階段的關係與結構之建立(以兒童中心學論為主);中階段的「宣洩」(以心理動力學派為主)與後階段之社會性學習因素之介入(認知行為治療模式)。這個模式不但證明對普通學校的認輔兒童有效(何長珠,2000)，對適應問題更嚴重的受虐兒童，亦是有效的歷程(何長珠,2001)，故可確定此為一種有效的「關係、工作、改變」之遊戲治療模式。

參考書目

- 王英珠(1998)：阿德勒學派遊戲治療團體對國小兒童行為困擾因應之輔導效果，台南師院國民教育研究所碩士論文，179。
- 王淑娟(民 87)：受虐兒童對父母施虐行為之因應初探，東吳大學社工研究所碩士論文。
- 余漢儀(民 86)：家庭寄養照顧—受虐兒童的幸抑不幸？國立台灣大學社會學刊，105-140。
- 李開敏(民 86)：受害到生還—談性虐兒童重新得力的輔導過程，中華心理衛生學刊，103-128。
- 陳慧鴻(1999)：沙箱治療對受虐兒童生活適應之影響歷程研究，台南師院國民教育研究所碩士論文。
- 何長珠(民 84)：應用遊戲治療於受虐兒的三個實例研究，輔導學報，18 期，1-37。
- 何長珠(民 90)：D. Sweeney & L. Homeyer 著(民 88)，團體遊戲治療，五南。
- 何長珠(民 90)：C. Schaefer & D. Cangelosi 著，遊戲治療技巧，心理。
- 陳姚如(民 86)：團體諮商方案對受虐兒童之處理效果研究，國立彰化師大輔導研究所碩士論文。
- 林美珠(民 87)：遊戲治療對改進國小父母離異兒童自我概念、情緒困擾之研究，花蓮師院國民教育研究所碩士論文。
- 孫尤利(民 87)：應用遊戲治療於國小受輔兒童之實證研究，彰化師大輔諮系碩士論文。
- 孫幸慈、陳信昭(民 87)：兒童諮商個案報告：一位分離焦慮兒童的遊戲治療，高雄師大輔研所，諮商輔導文粹---高師輔導所刊，3，119-128。
- 葉貞屏(民 87)：兒童中心式遊戲治療中兒童問題行為改善歷程研究，國立台灣大學教育心理與輔導系博士論文。
- 蔡麗芳(民 84)：阿德勒學派遊戲治療團體對國小兒童自卑感、社會興趣及生活型態影響效果之研究，台南師院兒童輔導學術研究研討論文集，225-240。
- 蔡麗芳(民 90)：喪親兒童諮商中悲傷經驗改變歷程之研究，國立彰化師大輔導研究所博士論文。
- 鍾鳳嬌(民 88)：兒童遊戲治療的歷程分析，國立屏東科技大學，國科會專題研究報告(88-2413-H-020-001)。
- 魏渭堂(民 88)：親子遊戲治療團體方案設計，國立彰化師大輔導研究所碩士論文。
- 葉貞屏(1994)：應用遊戲治療改善被虐待兒童之自我概念之研究，初等教育學刊，3，205-236。
- 林秀芬(1989)：兒童虐待與疏忽問題之研究—由家庭結構之觀點探討，中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
- 張必宜(1998)：社工員與施虐父母工作關係的形成及其內涵—以臺北市兒童少年保護個案為例，台灣大學社會工作研究所碩士論文。

- 黃千佑(1991)：虐待兒童父母之社會心理，東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 黃慧涵(2000)：身體受虐兒童遊戲治療中的遊戲行為之分析研究，彰化師大輔導與諮商學系博士論文。
- 溫雅蓮(1995)：受虐兒童介入方案之發展暨成效評估研究—以兒童團體方案為例，東吳大學社會工作研究所碩士論文。
- 廖秋芬(1997)：社會工作人員對兒童保護案件處遇計畫的價值抉擇之研究，東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 劉可屏(1993)：兒童傷害認定標準研究報告，內政部社會司委託研究。
- 劉淑美(1996)：虐待兒童父母壓力源與壓力因應分析，東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 歐陽素鶯(1990)：對虐待兒童行為界定之研究，中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
- 劉紋伶(1991)：虐待兒童父母生活壓力經驗之探討，東吳大學社會工作研究所碩士論文。
- 賴資雯(1995)：影響社工員從事兒童保護工作的滿意度之相關因素探析—以台北市社會局社會福利服務中心為例，陽明大學衛生福利學研究所碩士論文。
- 鄭麗珍、王淑娟(1999)：受虐兒童對父母施虐的因應行為之初探，東吳大學社會工作學報，89-134。
- 鄭淑華、張英陣、韋淑娟、游美貴、蘇慧雯譯，PA.Kemp 著(1997)：家庭暴力，台北：洪葉。
- 黃惠玲、郭明珠、王文秀(民 81)：兒童虐待—如何處理與輔導「兒童虐待」家庭，台北：心理。
- 鄧啓明(民 89)：受虐兒童後續處理模式之探討，國立暨南大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
- 吳俊宏、劉靜女譯，Oster, G.D. & Gould, P.著(2002)：繪畫評估與治療：心理衛生輔導人員指南，心理。