

會談室之難題： 面對成年當事人揭露兒時性創傷之處遇決策

簡美華

摘 要

兒時性創傷與一般創傷之差異在於受害兒童缺乏語言能力表達自己之遭遇，且因性侵害涉及人際界限之侵犯和混淆身體感官之感覺，也易因無明確外傷而難以舉證。在成長歷程中，多數當事人必須因應性創傷之長期影響，如情緒失調、人際問題、重複受害、創傷後壓力疾患、焦慮疾患、憂鬱症和人格疾患等。與兒時遭遇性侵害者一起工作時，應秉持尊重個案、協助個案建立支持網絡、不強迫個案寬恕施虐者、謹慎處理有關碰觸身體或性議題、謹記性侵害是犯罪行為、避免對個案過度承諾、留意自己是否有職業倦怠或替代性創傷、參與同儕支持團體和接受督導等原則。這些原則雖已明示此領域之工作特性，卻未提供實務工作者如何面對成年當事人揭露兒時性創傷，以及擬定決策之指標。因此，本文在檢視相關理論文獻資料後，從處遇歷程探討如何提供安全之處遇環境、接案評量時確保當事人之穩定性、實務工作者面對揭露兒時性侵害之反應、決定合宜之處遇焦點和提供適切之處遇模式。

自我揭露(self-disclosure)是人際親密行為，揭露行為與生理健康、建立人際親密或心理適應密切關聯（Omarzu, 2000；Sprecher & Hendrick, 2004）。揭露個人秘

密具風險性，雖可減輕壓力和負擔，也可能因他人之回應而產生負面效應（Kelly & Mckillop, 1996）。縱然實務工作者期望當事人可立即揭露兒時性侵害(childhood

sexual abuse)以獲得協助，但揭露之過程卻是複雜且不易的(Ungar, Tutty, McConnell, Barter, & Fairholm, 2009)。研究顯示揭露兒時性侵害經驗通常是在事發多年之後(Levenkron & Levenkron, 2008; Priebe & Svedin, 2008)，多數當事人在處遇初期，甚至是處遇期間都未曾揭露兒時遭遇性侵害(McMillen & Zuravin, 1998; Willows, 2009)。也顯示在處遇工作上，實務工作者對當事人揭露兒時性創傷之反應相當重要(O' Leary & Barber, 2008)，除了必須考量立即之處遇焦點、專業倫理與界限、當事人之穩定性外，更應避免出現令當事人覺得受到指責或用不當口語詢問性侵害細節等情形(Draucker & Martsolf, 2006)。

提供創傷處遇之基本原則，包括提供安全感、確保穩定性、維持正向和持續之處遇關係、考量性別議題、提供當事人合適之處遇方法、敏察社會文化議題和監控自身之反移情等(Briere & Scott, 2006)。兒時性侵害與一般創傷之差異在於兒童缺乏語言能力表達自己之遭遇，且因性侵害涉及人際界限之侵犯和混淆身體感官之感覺，也易因無明確外傷而難以舉證(Levenkron & Levenkron, 2008)。在成長歷程中，多數當事人必須因應性創傷之長期影響，如情緒失調、人際問題、重複受害、創傷後壓力疾患、焦慮疾患、憂鬱症、人格疾患等(Willows, 2009)。因此，在實務工作中常見當事人會出現害怕改

變、一開始對協助者不信任等反應，如何提供一個安全的處遇環境更顯得重要與困難(Palmer, Brown, Rae-Grant, & Loughlin, 2001)。

與兒時遭遇性侵害者一起工作時，更應秉持尊重個案、協助個案建立支持網絡、不強迫個案寬恕施虐者、謹慎處理有關碰觸身體或性議題、謹記性侵害是犯罪行為、避免對個案過度承諾、留意自己是否有職業倦怠或替代性創傷、參與同儕支持團體和接受督導等原則(McGregor, 2009)。這些原則雖已明示此領域之工作特性，卻未提供實務工作者如何面對成年當事人揭露兒時性創傷，以及擬定決策之指標，也彰顯在實務工作中需要更多之指引。

縱使已有研究檢證對於兒時遭遇性創傷者，最有益之心理衛生服務為傾聽、同理、處理感受、不評斷、瞭解、增權(充權)等(Palmer et al., 2001)。當前運用於兒時性創傷之處遇模式，多以心理動力取向、認知行為療法、眼動身心減敏感法、敘事治療、創造性治療等為主(Draucker & Martsolf, 2006; Willows, 2009)。在處遇成效上，研究發現上述之處遇模式對於減少精神疾病、憂鬱、與創傷相關之症狀上有其助益，然目前仍無單一以實證為基礎之處遇模式可供選擇(Draucker & Martsolf, 2006; Spiegel, Classen, Thurston, & Butler, 2004)。一旦懷疑當事人可能有兒時性創傷時，多數實務工作者會先考量性創傷與

目前症狀之關聯性，若當事人處於不穩定狀態（如自殺、自我傷害、物質濫用、解離），則不應繼續探討兒時性創傷之影響(Higgins-Kessler & Nelson-Goff, 2006)。然實務工作者如何決定處遇焦點及其後續之處遇方式，則欠缺相關實證研究予以支持。

相關研究已顯示，與兒時性創傷當事人一起工作之壓力相當大，但所獲得之肯定或支持往往與其投入不成比例(Day, Thurlow, & Williswfe, 2003)。且目前的文獻或實務工作手冊中，仍未提供針對與兒時性侵害當事人一起工作之指引，尤其是面對當事人揭露兒時性侵害之處遇決策，只能零星發現一些工作原則。加拿大公共衛生部門雖為健康專業人員擬定工作原則，以提醒工作人員在醫療行為中在面對當事人揭露兒時性創傷時，必須以正向方式回應、表達同理和關心、說明保密原則、解釋兒童性侵害之盛行率、肯定其揭露行為、協助當事人發展立即之自我照顧計畫、詢問當事人是否第一次揭露此經驗、說明診療時間之限制等(Schachter, Stalker, Teram, Lasink, & Danilkewich, 2008)。即使上述指引僅提供醫療健康專業之基本工作原則，其資訊也值得臺灣在發展兒時性侵害處遇模式中加以參考，也可提醒提供服務時能更敏察兒時性侵害之揭露，以及擬定合宜之處遇決策。

因此，本文期望能藉由檢視相關理論

文獻資料，以探討實務工作者在面對當事人揭露兒時性創傷時，擬定處遇決策上宜考量之相關因素。

壹、兒時性侵害之影響

由於兒童性侵害的定義不一，且影響兒童遭遇性侵害之因素相當複雜，在進行兒童性侵害相關研究時，研究之嚴謹性易受到質疑，包括遭遇性侵害之程度、首次遭遇性侵害之年齡、受害者與施虐者的之關係等皆是必須重視之變項(Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009)。相對地，也影響當事人在面臨揭露時易產生遲疑，甚至擔心揭露兒時性侵害經驗時會受到質疑。

一、定義兒時性侵害之不易

臺灣仍缺乏兒童遭遇性侵害之確切統計數字，且現有的性侵害通報量也難說明兒童遭遇性侵害的實際狀況。2009年之通報資料顯示，12歲以下之性侵害受害人數佔928人，且受害性別以女性居多（內政部家庭暴力及性侵害防治委員會，2009）。

檢視世界各國之統計資料，顯示約有10-20%的女性和低於10%的男性曾於兒時遭遇性侵害（Pereda et al., 2009），但這些盛行率也甚難協助專業人士對兒童性侵害問題有全面性瞭解。因兒童性侵害盛行率

調查一直有研究方法上之爭議，例如應採用廣義或嚴格之性侵害定義、對受害年齡之界定標準不一、是否需要考量施虐者與受害者之年齡差距等（Chien, 2004; Pereda et al., 2009）。

在「性侵害程度」界定上，以採用 Finkelhor(1979)定義最為常見(Pereda et al., 2009)。Finkelhor界定從身體上的撫摸到強暴之接觸程度皆是屬於性侵害，且性暴露和雛妓也包含在內。然而，因心理衛生工作者對性侵害之界定，與法令上的定義有些差異。臺灣法令之界定是依據刑法第十六章妨害性自主之定義為主、性侵害犯罪防治法、犯罪被害人保護法、性騷擾防治法、兒童及少年福利法等，依法定上受害程度為強制性交、猥褻、性騷擾、受害對象年齡（未滿14歲或16歲）、施虐者是否為同儕之差異，而施予不同之刑責或刑罰。在推展實務工作上，易遭遇定義之困難，尤其是性侵害程度和年齡之爭議，而對受害者所形成之傷害有不同之解讀或忽略其傷害之嚴重度。

本文所指之兒時性侵害，將依 Finkelhor(1979)之定義，從身體撫摸至強暴之接觸程度皆屬於性侵害。因此，不管是強制性交、猥褻、性騷擾，在本文中一律以性侵害界定之。而受害年齡則是以兒童及少年福利法中對於兒童之界定，以未滿12歲者為兒時性侵害之年齡界限。

二、兒時性侵害之影響

依據精神疾病診斷手冊第四版修正版(DSM-IV-TR)對於創傷後壓力疾患（PTSD）之界定，即使有些兒時性侵害類型（如性騷擾、撫摸）未涉及實際之暴力（或傷害），仍屬於創傷(Briere & Scott, 2006)。據此定義，顯示兒時遭遇性侵害者可能經驗高度警覺、無助、害怕等反應，且可能持續影響其社會生活功能。

相關研究已發現，兒時遭遇性侵害後所面臨之生活與心理挑戰相當多，如易產生社會性退縮、性防衛、自我傷害、飲食疾患、強迫症、酒癮和藥癮、情感性疾患、焦慮疾患、創傷後壓力疾患(Callahan, Price, & Hilsenroth, 2003; Levenkron & Levenkron, 2008)、逃避型依附（Swanson & Mallinckrodt, 2001）、再次遭遇性侵害(Barnes, Noll, Putnam, & Trickett, 2009)。此外，成年早期之墮胎、產後憂鬱症（Boden, Fergusson, & Horwood, 2009）、因應生活壓力的能力較低(Renck & Rahm, 2005)或婚姻問題(Dube, et al., 2005)，也與兒時遭遇性侵害之相關性高。例如 Maniglio (2009)檢視587項研究中，發現遭遇兒時性創傷的成年人中，呈現醫療、心理、行為和性疾患等相當顯著。

在實證研究上，王燦槐(2006)的研究顯示：臺灣地區遭遇性侵害者在創傷測量上有四個因素與美國一致（害怕安全、憂鬱、擔心健康、懼怕司法），但與美國樣

本之情緒不穩與自責反應不同，反而出現罪惡感和不信任感。這些研究發現，尤其是當事人之罪惡感和不信任感，值得實務工作者在面臨當事人於會談中揭露兒時性創傷時，決定處遇模式之參酌。

誠如Briere和Scott（2006）所主張，個體在經歷創傷後，通常傾向於消化及統整其記憶、想法和感受，因而，與創傷有關之症狀宜重新建構為個體努力適應之反應，而非僅給予疾病診斷而已。相信當事人在經歷創傷後仍可獲得成長，舉凡心理韌性、生存技巧、自我欣賞、增加同理心、對生命有更寬廣見解等皆具有正向意涵，也可鼓舞當事人和提供希望感(Janoff-Bulman & Berger, 2000; 簡美華，2008)。從此觀點檢視當事人求助歷程與揭露兒時性創傷，如同社會工作所重視之增權和優勢觀點，也能以更多重之觀點覺察揭露對當事人之意義，以及能更積極與當事人共同擬定合宜處遇決策。

貳、揭露兒時侵害

個體在社會情境中，常因考慮揭露之目的(如獲得認可、親密、減輕負荷和增進自我認定感)和斟酌其酬賞程度，以選擇揭露的廣度和深度，也往往因主觀認定危險程度(如遭拒絕、背叛、使對方不舒服)，而選定自我揭露的深度(Omarzu, 2000)。

但當前文獻對於揭露之界定，以兒童性侵害受害者是否揭發性侵害事件為準，常讓人以為揭露是靜態事件而已（Alaggia, 2004）。實際上，揭露一詞具有不同意義，可用於表示兒童主動告訴他人性侵害之發生、向有關單位(機構)舉發、在正式訪談中兒童提及一些話語顯示自己可能遭遇性侵害、主管機關之工作人員或專業人士在協助兒童具體描述受害經過的處遇歷程，皆可稱為揭露（Jones, 2000）。若僅將揭露行為描述為單純的靜態事件，未能涵蓋揭露之複雜性及其影響之動態性(Alaggia, 2004; 簡美華，2008)。

與兒童性侵害相關的文獻常將兒童揭露性侵害之過程，區分為階段論(Stage-Based Models)、社會交換理論(Social Exchange Model)和社會認知模式(Social Cognitive Model)三種模式(Paine & Hansen, 2002)。Paine和Hansen認為階段論說明揭露經歷了秘密、無助、困住和調適、延遲揭露、撤回等階段。社會交換理論可說明受害者陷入無法獲救或停止虐待之困境，且因權力地位之不平等而無法脫困或者獲益。社會認知模式則以注意、保留、成果和動機等認知要素，說明受害當事人在面臨揭露時所經驗之動態歷程，易因兒童本身發展階段或能力之不同而顯現差異。但至今仍無明確之理論模式或實證資料，得以說明成年當事人揭露兒時性創傷之歷程和影響其揭露之重要因素，以及當事人於

處遇中揭露之意義。

在揭露兒時性創傷之文獻中，常將揭露方式歸納為有目的之揭露、源自於第三者介入（如作證、醫療檢查等情境）之外揭露、成人階段因記憶或外在事件而引發揭露(Elicited or prompted disclosure)等三種（Alaggia, 2004）。但Alaggia認為上述三種歸類方式，不足以涵蓋揭露之複雜性和歷程。Alaggia之研究顯示，當事人之揭露類型，可歸類成有目的之揭露、行為上顯示、特意不揭露(Disclosure Intentionally Withheld)、因喚起兒時性侵害記憶而揭露(Triggered Disclosure of Delayed Memories)等四種。但Alaggia將非口語的企圖也列入行為上顯示值得商榷，也需要進一步檢視當事人揭露之時機與影響。

目前之實證研究尚難對揭露兒時性創傷之意圖獲得一致發現，因研究對象通常只選擇已揭露者或主動揭露者，且是自願參與研究者。Roesler和Wind(1994)發現引發揭露的原因以想要治療、覺得關係安全、想喚起記憶、想被保護、亂倫秘密影響親密關係、有人問對了問題、想保護其他孩子、有人發現、生氣、施虐者死亡、與施虐者空間距離上安全或發覺亂倫是不對等。而Lamb和Edgar-Smith(1994)之研究顯示在成年期第一次揭露的原因，以相關經驗喚起記憶、欲獲得他人之支持為主。Somer和Szwarcherg(2001)之研究發現影響揭露的因素，如：不信任他人、害怕被拒

絕、害怕司法體系等。這些研究結果，顯示在成年階段，促發揭露兒時性侵害之可能性相當多，也彰顯揭露此經驗之困難性。

再以揭露之時機與對象來看，目前的研究結果也不一。Somer和Szwarcherg(2001)發現首次揭露的平均年齡為22歲，且向家庭外揭露佔95%。Roesler和Wind(1994)發現在成年早期，以告知朋友、家人或伴侶為主；在成年晚期揭露者，傾向於處遇中告訴實務工作者。Lamb和Edgar-Smith(1994)之研究則顯示成年期揭露以朋友為主，其次是助人專業。Jonzon和Lindbald(2004)發現，成年期最常揭露的對象依次為實務工作者、伴侶和朋友。綜合上述實證研究發現，首度揭露的對象可能是家人、朋友、伴侶或實務工作者，且在不同年齡階段，其揭露對象也不一。更值得注意的是，在成年期才揭露兒時性創傷者，不一定會因發展成熟度而自動減低兒時性侵害所造成之傷害，實務工作者也不可假設成年當事人已成功適應才會於此時揭露（Alaggia, 2004）。

在影響兒時性創傷之揭露上，性別因素亦需要考量。男性似乎較傾向採緘默或延遲揭露（O' Leary & Barber, 2008）。O' Leary和Barber訪談145位男性和151位女性揭露兒時遭遇性侵害的時機，發現：遭遇性侵害當時未揭露者相當多（男性佔73.8%，女性佔36.4%）；超過20年以上

才揭露者也不少（男性佔44.9%，女性佔25.4%）。顯示男性揭露的時機較晚，且比女性揭露程度低。而臺灣則仍缺乏相關實證資料，足以比較兩性在揭露兒時性侵害之差異。

相關文獻顯示在對於創傷之回應上，女性當事人之情緒表達可能較多，且以悲傷、害怕和無助居多，而男性則以憤怒或否認較為常見；社會化歷程可能深受傳統女性物化觀點之影響，而認為自己引誘施虐者，易使女性認為自己必須為兒時性侵害事件負責（Briere & Scott, 2006）。此外，Briere和Scott認為新移民、社會階層、種族、歷史因素、少數民族、多元種族等變異，也是不容忽視的。綜合上述有關揭露兒時性侵害之文獻，顯示成年階段揭露兒時性侵害之議題值得關切，也提供實務工作者在面對當事人揭露時必須考量其時機、意圖、性別與社會文化脈絡等影響因素，以及敏察尊重其個別性之重要性。

參、面對成年當事人揭露兒時性創傷之處遇決策

面對當事人於會談中揭露兒時性創傷時，不管那一種方式揭露兒時性創傷或何種處遇模式，研究顯示實務工作者認為最重要的是評量當事人目前的情緒狀態、性

侵害對過去功能和目前功能之影響、目前的因應策略，且運用優勢觀點鼓勵當事人和允許當事人決定是否聚焦處理性侵害事件之影響(Higgins-Kessler, Nelson, Jurich, & White, 2004；Higgins-Kessler & Nelson-Goff, 2006)。面臨當事人揭露兒時性創傷時，創造當事人願意揭露之氛圍、有能力辨識性創傷之線索及適度地探詢、適切地回應當事人的揭露、決定關注在過去創傷或目前症狀，以及決定合適的處遇模式等訓練之重要性不可忽視（Higgins-Kessler & Nelson-Goff, 2006）。

以下從處遇歷程來看如何提供安全之處遇環境、接案評量時確保當事人之穩定性、實務工作者面對揭露兒時性侵害之反應、決定合宜之處遇焦點和提供適切處遇模式，一一討論實務工作者可能面臨之議題，以及擬定處遇決策之考量。

一、提供安全之處遇環境

安全的處遇環境不僅是處遇工作之基石，也提供當事人願意揭露兒時性創傷之信任前提。依據實證研究發現，縱使實務工作者創造一個支持揭露兒時性創傷的處遇環境，當事人也不一定在處遇初期即揭露，但實務工作者皆認為與此類型當事人一起工作時，以安全的環境最為重要（Higgins-Kessler & Nelson-Goff, 2006; Schachter et al., 2008）。

建立正向之處遇關係，不僅催化處

遇工作之進展，也同時提供處理人際創傷之機會，且因有些創傷處遇需要回溯創傷記憶或處理記憶閃現，易引發高度情緒反應，安全與信任關係顯得極為重要（Briere & Scott, 2006）。Harper等人（2008）深度訪談30位出院後6個月之兒時性創傷者（20-54歲），發現社區之實務工作者若具備創傷後壓力疾患之知能、提供以創傷為主之處遇模式，則對當事人之助益較為顯著；此研究也檢驗了當實務工作者具耐性、有意願允許當事人按個人之步調經歷處遇歷程時，更有助於處遇關係之增強。

在處遇中，為了使當事人獲得安全感，不只是提供安全之物理環境，更重要的是當事人能真正感受安全（Briere & Scott, 2006）。Callahan等人（2003）也發現，即使兒時遭遇性創傷之當事人經常出現人際適應問題，仍有能力在處遇早期即與實務工作者形成處遇聯盟。顯示在揭露兒時性創傷經驗時，實務工作者之態度與知覺相當重要（O' Leary & Barber, 2008）。當事人往往因創傷事件，而處於高度警覺狀態，也必須協助當事人在日常生活中感受到安全，方可減少因創傷記憶而引發之恐懼和焦慮（Briere & Scott, 2006）。

二、接案評量時瞭解當事人身心狀態之穩定性

從接案程序來看，對於兒時性創傷經驗之評量可分為間接和直接評量，且必須考量多數當事人求助時並非以兒時性創傷為主訴，應以其意願和尊重自我決定權為主。Higgins-Kessler和Nelson-Goff（2006）之研究顯示，多數實務工作者在接案時即評量當事人是否遭遇兒時性侵害，且多採間接方式詢問，以一般性資訊和個人成長史開始，以免使當事人覺得過度侵入。Higgins-Kessler和Nelson-Goff也發現，採用直接方式詢問者，常是在當事人以主動性創傷問題求助，或實務工作者認為必須使當事人瞭解可以在會談室中談論性創傷議題時。因評量兒時性創傷並非單一事件，而是一個連續性之歷程，在接案評量階段必須尊重當事人之求助動機與意願，方可與其建立合作聯盟，以及提供日後之處遇基礎。

此外，接案評量階段也必須考量其情緒穩定性，以及轉介照會之必要性。或許藥物治療、危機處遇、支持性心理處遇可提供立即之協助，以減少急性精神症狀、自殺、焦慮、憂鬱、創傷後壓力疾患等，甚至是逃避症狀（Briere & Scott, 2006）。對於精神疾病患者及心理健康問題之求助者，也有必要詢問是否經歷兒時性創傷，於第一時間給予適切處遇（Maniglio, 2009）。

實務工作者在評量階段需要考量一些可能顯示兒時遭遇性侵害之指標，以利

處遇工作之進行，可惜目前仍無明確之指標可依循。在醫療健康專業中，常會提醒工作人員關切下列指標，例如：以各種理由迴避醫療檢查、無明確原因之慢性疼痛（如頭痛、下背痛、肌肉疼痛）、無明確病因之腸胃不適、睡眠問題、性方面問題、酒精或藥物濫用、憂鬱、人際問題、自我傷害行為、創傷壓力疾患、焦慮疾患或解離等(Schachter et al., 2008)。這些指標可增加實務工作者之知覺，以做為處遇評量及處遇過程中之參考依據，但不可急切地探詢，應以尊重當事人意願與自我決定權為考量原則。

三、面對當事人揭露兒時性侵害之反應

面對當事人揭露兒時遭遇性侵害經驗時，專業人員可表達關心及同理，但也同時必須考量一些易引發負向反應之行為，如沈默、笑、一直問問題、急於自我揭露受虐史、憐憫或不真誠之態度等(Schachter et al., 2008)。專業人員儘可能避免上述反應外，也必須敏察當事人之立即反應，以免當事人因受虐經驗而更為敏感或深覺羞愧，而影響信任關係和處遇之進展。

實務工作者個人過去之經驗也可能影響對當事人之反應，易因反移情而否認或逃避某些主題，例如，避談當事人之創傷史、對當事人之情緒同理變少等（Briere & Scott, 2006）。因而，實務工作者可尋

求協助，以處理反移情、界限、次級創傷症狀等議題(Day et al., 2003；Pistorius et al., 2008)。Day等人(2003)調查54位心理衛生專業人員與兒時性創傷當事人之工作經驗，發現不少人在工作過程不甚自在、工作過程中獲得支持與能力感之機會較少。綜括而言，相關文獻顯示應有處遇手冊或處遇指引，以提醒創傷工作中易出現之負向效應及發揮警示作用、善用督導之機會，甚至是提供自我照顧之策略(Day et al., 2003；Pistorius et al., 2008)。

四、決定處遇焦點以創傷取向或目前問題取向為主

在實務工作中，一向以個案之權益及尊重自我決定權為處遇原則。一旦當事人揭露兒時性侵害經驗，必須尊重當事人之需求和由當事人決定處遇之焦點。但當事人呈現否認或處於危機狀態時，則不宜將焦點置於兒時性創傷；若當事人認為過去性創傷經驗與目前的問題有所關聯，則必須考量詢問過去創傷之細節程度（Higgins-Kessler & Nelson-Goff, 2006）。面對當事人揭露兒時性創傷後之處遇焦點雖難以二分法明確區分，卻提醒實務工作者應於關切當事人目前之狀態後，才能持續進行下一階段之處遇工作。

需要考量之原則相當多，如當事人之性別、當事人在情感處理和記憶處理上的能力、對自己與他人之反應基模（Briere

& Scott, 2006)。尤其有些記憶會觸發負向反應，如視覺（與施虐者臉形或身形相似、相似於受虐之情境、與受虐情境相似之物體）、聲音、味道或氣味、觸覺等(Ainsough & Toon, 2000; Schachter et al., 2008)。實務工作者必須瞭解當事人所經歷之情緒反應和可能以逃避回應（如：抗拒、解離），應仔細評量其耐受力 and 反應程度，尤其是兒時受虐者，易因創傷記憶之引發，而在此過程中覺得遭受拒絕、背叛或遺棄(Briere & Scott, 2006)。

大多數文獻將處遇焦點區分為以創傷為焦點之處遇(trauma-focused therapy)或以目前問題為焦點之處遇(present-focused therapy)二種。這樣的分類可協助實務工作者在面對當事人揭露兒時性創傷時，針對當事人之需求及對社會生活功能之因應能力進行評量，以提出合宜之處遇決策。以目前問題為焦點之處遇，是在考量當事人之需求及尊重其自我決定後，藉由協助當事人辨識和修正因性創傷而出現之不當行為模式，尤其是當前生活功能嚴重受損時(Spiegel et al., 2004)。如前述接案評量階段所論及考量情緒穩定之重要性，應使當事人情緒平穩，方能增強其面對目前生活壓力與因應。例如Higgins-Kessler等人(2004)發現不管當事人用何種方法揭露，實務工作者皆會評量情緒問題、影響此時揭露的原因、評估虐待對目前功能的影響、決定目前的因應策略等。顯示當事人目前社會

生活功能之穩定性，在因應揭露兒時性創傷歷程中不容忽視，實務工作者必須優先考量，才能進一步與當事人一起決定如何回應性創傷之影響，和採取合宜之處遇模式。

而以創傷為焦點之處遇工作，則著重於協助當事人重整創傷經驗，以及與性創傷事件聯結之情感，以修正對自我之負向觀點和改善目前的生活；但當事人揭露兒時性創傷後，應有一段準備期，方可針對兒時性創傷經驗進行處遇(Schachter, et al., 2008)。在準備期，首先應以處理與創傷經驗攸關之症狀或因應方式為主，瞭解當事人可能經驗情緒緊繃之狀態、是否以上癮行為或自我傷害行為因應生活壓力、對他人或自我之憤怒、學習自我照顧的方法和檢視目前之人際關係(Draucker & Martsolf, 2006)。亦即於安全情境下逐漸面對和瞭解與性創傷有關之情緒、協助個案積極參與處遇歷程，實務工作者在當事人可以忍受的程度下進行探索、處理感受（尤其是潛抑和失落反應），和使其瞭解處遇過程並非直線式進行而是有其變化性，故忍受不確定性與壓力是必要的(Draucker & Martsolf, 2006; Schachter et al., 2008)。更因當事人經驗之個別性，實務工作者不易決定其處遇焦點所需要的時間長短，必須尊重當事人之意願與需求而定之。

五、提供適合當事人之處遇模式

針對兒時性創傷當事人，選擇合適之處遇模式可考量採用個別處遇、伴侶處遇或團體處遇方式，以及衡量當事人需要一位或一位以上之實務工作者提供協助。例如，研究顯示當事人無法忍受伴侶處遇的情緒張力、伴侶間有暴力情形時，宜傾向採個別處遇；若伴侶願意一起面對兒時性創傷對伴侶關係之影響、當事人要求伴侶處遇時（尤其是伴侶關係受挫），可考慮伴侶一起接受處遇【如Higgins-Kessler & Nelson-Goff（2006）之研究】。此外，團體處遇可協助當事人持續敘說生命故事且不易感到孤單。但團體處遇也必須預防當事人因聽到不少悲慘故事，而有二度傷害或提早退出團體(Spiegel et. al., 2004)。再者，若機構同時可以有數位實務工作者提供服務，則可因當事人之需求，分別提供個別、團體、伴侶處遇是最適切的，但得考量團隊之間的溝通與合作程度（Higgins-Kessler & Nelson-Goff, 2006）。

檢視與兒時性創傷相關之實務模式，可歸納出揭露與處遇模式之關係：藉由描述揭露、經由重新思考而揭露、在關係中揭露等三種類型(Bradley & Follingstad, 2001)。Bradley和Follingstad認為，第一種處遇模式是在描述過程中揭露兒時性創傷，鼓勵當事人回憶和重述其創傷經驗，處遇模式主要以暴露療法（如Foa 和Kozak所發展之訊息處理法）和心理動力取向為主。第二種以重新思考而揭露者，

以認知取向模式為主，是因創傷經驗可能使其對自我、世界和他人的認知基模轉變，實務工作者藉由挑戰當事人與兒時性創傷有關之扭曲思考過程和失功能信念，而促成改變。第三種方式關切當事人之人際關係（尤其是處遇關係），如發展和心理動力理論（依附理論、客體關係）、女性主義或以當下為取向之處遇學派皆是主要模式，關注焦點在於當事人之人際功能。但目前臺灣的實務工作者在提供兒時性創傷處遇時，面對揭露議題之處遇決策歷程，則較少有相關之文獻可供參考，也較難知道上述之處遇模式是否適宜不同社會文化脈絡之當事人。

至於兒時性創傷的處遇成效研究結果並不明確，主因是研究方法上之限制，如對於研究變項之定義不明確、研究對象之篩選方法或樣本特性過於一致等(Price et al., 2001)。至於當事人在不同處遇階段揭露兒時性創傷，其處遇方式是否會因此而有所不同，則仍是未知。例如Higgins-Kessler和Nelson-Goff(2006)與Higgins-Kessler等人(2004)二個研究結果就明顯不同，或許研究方法之限制也是影響因素之一。

肆、結語

揭露兒時創傷對當事人是一個困難

的歷程，對於面對當事人揭露之實務工作者而言，如何因應更是個挑戰。提供兒時性創傷處遇前，實務工作者應先瞭解自己之角色職責，如自身之優勢與限制、確信兒童不應該為性侵害事件自責、體認揭露性創傷之困難等，因其職責在於提供當事人處理困境及協助發展合宜之因應技巧，而非判斷性侵害事件真偽之法官角色

(McGregor, 2009)。也必須關注個案負荷量、自我照顧之策略，尤其是在工作時數、個案量、二次會談之間有足夠休息時間等界限之維持 (Etherington, 2000)。當事人不會因為實務工作者之處遇而抹去性創傷歷史，卻會因有人相信其揭露兒時性創傷而獲得改變之轉機。（本文作者現為國立中正大學犯罪防治學系副教授）

參考文獻

- 內政部家庭暴力及性侵害防治委員會（2009）。性侵害事件通報被害人數統計(性別、年齡、籍別)。2010 年 1 月 21 日檢索<http://dspc.moi.gov.tw/ct.asp?xItem=2335&ctNode=776&mp=1>
- 王燦槐(2006)。臺灣性侵害受害者之創傷：理論、內涵與服務。臺北：學富。
- 簡美華（2008）。回首來時路：成年女性因應兒時性侵害經驗之策略及其轉變因素。中華輔導與諮商學報，23，81-116。
- Ainscough, C., & Toon, K. (2000). *Surviving childhood sexual abuse workbook: Practical exercises for working on problems resulting from childhood abuse*. Tucson, AZ: Fisher books.
- Alaggia, R. (2004). Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse and Neglect*, 28, 1213-1227. doi:10.1016/j.chiabu.2004.03.016
- Barnes, J. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 33, 412-420. doi:10.1016/j.chiabu.2008.09.013
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood L. J. (2009). Experience of sexual abuse in childhood and abortion in adolescence and early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 33, 870-876. doi:10.1016/j.chiabu.2009.04.006
- Bradley, R., G. & Follingstad, D. R. (2001). Utilizing Disclosure in the treatment of the sequelae of childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 21, 1-32.

- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Callahan, K. L., Price, J. L., & Hilsenroth, M. J. (2003). Psychological assessment of adult survivors of childhood sexual abuse within a naturalistic clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 80, 173-184
- Chien, M. (2004). *The relationships of Taiwanese women with a history of childhood sexual abuse to their non-offending mothers*. Unpublished Doctoral Dissertation Manuscript. New York University, New York.
- Day, A., Thurlow, K., & Woolliscroft, J. (2003). Working with childhood sexual abuse: A survey of mental health professionals. *Child Abuse and Neglect*, 27, 191-198. doi:10.1016/S0145-2134(02)00540-9
- Draucker, C. B., & Martsolf, D. S. (2006). *Counselling survivors of childhood sexual abuse*. London: Sage.
- Dube, S. R. et al. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 430-438.
- Etherington, K. (2000). Supervising counsellors who work with survivors of childhood sexual abuse. *Counseling Psychology Quarterly*, 13, 377-389.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press.
- Harper, K., Stalker, C. A., Palmer, S., & Gadbois, S. (2008). Adults traumatized by child abuse: What survivors need from community-based mental health professionals. *Journal of Mental Health*, 17, 361-374. doi:10.1080/09638230701498366
- Higgins-Kessler, M. R., & Nelson-Goff, B. S. (2006). Initial treatment decisions with adult survivors of childhood sexual abuse: Recommendations from clinical experts. *Journal of Psychological Trauma*, 5(3), 33-56.
- Higgins-Kessler, M. R., Nelson, B. S., Jurich, A. P., & White, M. B. (2004). Clinical decision-making strategies of marriage and family therapists in the treatment of adult childhood sexual abuse survivors. *The American Journal of Family Therapy*, 32(1), 1-10.
- Janoff-Bulman, R., & Berger, A. R. (2000). The other side of trauma: Toward a psychology of appreciation. In J. H. Harvard & E. D. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspective* (pp. 29-44). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

- Jones, D. P. H. (2000). Disclosure of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24, 269-271.
- Jonzon, E., & Lindblad, F. (2004). Disclosure, reactions, and social support: Finding from a sample of adult victims of child sexual abuse. *Child Maltreatment*, 9, 190-200.
- Kelly, A. E., & Mckillop, K. J. (1996) Consequences of revealing personal secrets. *Psychological Bulletin*, 120, 450-465.
- Lamb, S., & Edgar-Smith, S. (1994). Aspects of disclosure mediators of outcome of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 307-326.
- Levenkron, S., & Levenkron, A. (2008). *Stolen tomorrows: Understanding and treating women's childhood sexual abuse*. New York: W. W. Norton.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29 , 647-657. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003
- McGregor, K. (2009). *Surviving and moving on: Self-help for survivors of childhood sexual abuse*. Auckland, UK: Random House New Zealand.
- McMillen, C., & Zuravin, S. (1998). Social support, therapy and perceived changes in women's attributions for their child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7, 1-15.
- O' Leary, P. J., & Barber, J. (2008). Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17, 133-143.
- Omarzu, J. (2000). A disclosure decision model: Determining how and when individual will self-disclose. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 174-185.
- Paine, M. L., & Hansen, D. J. (2002). Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 22, 271-295.
- Palmer, S. E., Brown, R. A., Rae-Grant, N. I., & Loughlin, M. J. (2001). Survivors of childhood abuse: Their reported experiences with professional help. *Social Work*, 46, 136-145.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor. *Child Abuse and Neglect*, 33, 331-342. doi:10.1016/j.chiabu.2008.07.007
- Pistorius, K.D., Feinauer, L. L., Harper, J. M., Stahmann, R. F., & Miller, R. B. (2008). Working with sexually abused children. *American Journal of Family Therapy*, 36, 181-195.
- Price, J. L., Hilsenroth, M. J., Petretic-Jackson, P. A., & Bon, D. (2001). A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology*

- Review, 21, 1095-1121.
- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse and Neglect*, 32, 1095-1108. doi:10.1016/j.chiabu.2008.04.001
- Renck, B., & Rahm, G. (2005). Sense of coherence in women with a history of childhood sexual abuse. *International Journal of Social Welfare*, 14, 127-133.
- Roesler, T. A., & Wind, T. W. (1994). Telling the secret: Adult women describe their disclosures of incest. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 327-338.
- Schachter, C. L., Stalker, C. A., Teram, E., Lasiuk, G. C., & Danilkewich, A. (2008). Handbook on sensitive practice for health care practitioner: Lessons from adult survivors of childhood sexual abuse. Ottawa: Public Health Agency of Canada. www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/nfntsx-handbook_e.pdf
- Somer, E., & Szwarcberg, S. (2001). Variables in delayed disclosure of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 332-341.
- Spiegel, D., Classen, C., Thurston, E., & Butler, L. (2004). Trauma-focused versus present-focused models of group therapy for women sexually abused in childhood. In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention* (pp. 251-268). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sprecher, S., & Hendrick S. S. (2004). Self-disclosure in intimate relationships: Associations with individual and relationship characteristics over time. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 857-877.
- Swanson, B., & Mallinckrodt, B. (2001). Family environment, love withdrawal, childhood sexual abuse, and adult attachment. *Psychotherapy Research*, 11, 455-472.
- Ungar, M., Tutty, L. M., McConnell, S., Barter, K., & Fairholm, J. (2009). What Canadian youth tell us about disclosing abuse. *Child Abuse and Neglect*, 33, 699-708. doi:10.1016/j.chiabu.2009.05.002
- Willows, J. (2009). *Moving on after childhood sexual abuse: Understanding the effects and preparing for therapy*. London: Routledge.