

由發展觀點 看反應性依附疾患兒童之處遇

張碧琴（台灣師範大學教育心理與輔導研究所博士生）

陳秀蓉（台灣師範大學教育心理與輔導學系專任副教授）

壹、前言

自九〇年代起，國內兒童虐待輔導治療之相關研究逐漸增加，當時專業人員所熟知的相關疾患是創傷後壓力症候群（以下簡稱PTSD），然而不少家庭暴力領域助人者觀察到，有些受虐兒童雖僅出現部份PTSD之症狀，但若觀察其平日行為又頗多有異於非受虐兒童之特殊行為。例如，某一亂倫受害女童在安置機構中並未出現明顯之情緒困擾，也可以很快適應安置機構之規則，但在轉入寄養家庭後卻顯得冷淡疏離，受虐兒童多元的特殊困擾特性遂使得評估殊為不易，進而影響處遇之效能。顯然，受虐兒童之創傷引發的適應不良反應其實不只PTSD，如同Terr(1991)所描述的：

「若有人觀察創傷兒童一天中的生活樣貌，試圖捕捉其展現的創傷症狀的話，可能診斷出品行疾患(conduct disorder)、邊緣性人格、重鬱症、過動症、恐懼症、解離疾患(dissociate disorder)、強迫症、恐慌症、適應疾患(adjunct disorder)等等不一而足。」

誠然，即使經歷相同兒童虐待事件（例如肢體虐待），也可能表現相異的適應不良反應，包括精神病理診斷、行

為問題、認知缺陷及人格特質(Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Kaplan, Pelcovitz, & Labruna, 1999)。筆者以往在與受虐兒工作過程中即發現，創傷事件之治療雖然重要，卻似乎無法盡括於此，如何讓受虐兒童重建新生活、修復功能亦同等重要，尤其諮商或治療資源有限的狀況下，療癒性的環境遂成為其重建旅途中的重要支持。而目前對受虐兒童的復健治療需考慮受創兒童是否發展出反應性依附疾患（Reactive attachment disorder, 以下簡稱RAD）之議題，因為即使社會工作者將這類孩童從傷害性的環境轉換到安全處所，但虐待創傷形成人際信任瓦解以及對安全依附之傷害仍如銘印在身之刺青，再再挑戰替代照顧者的耐力與毅力，故RAD是值得相關輔導與保護工作者關注的兒童疾患。

相對於發展心理學已累積不少對於依附型態及其影響之理論研究，國內與受虐兒童工作之輔導者對於反應性依附疾患之討論似乎較少。故以下擬從依附發展與相關病理之角度，概念上釐清失序依附及RAD的關係，並與創傷相關疾患之比較，探討影響兒童RAD之可能病因及其對遊戲治療之意涵，以促進發展與病理理論與實務之整合。

貳、兒童依附疾患之臨床表徵與診斷

一、反應性依附疾患之特徵

臨床研究指出罹患RAD兒童之行為特徵有：破壞財物、囤積食物、偷竊、毫無理由地說謊、虐待動物、會相當快地對陌生人表現親熱，但拒絕來自家人之關懷，拒絕與他人眼神接觸，無法發展出其年齡應有之社會互動(Richters & Volkmar, 1994)，衝動控制力低、發展遲緩、不當的性行為或濫交、活動量過高、不正常的表達型態(Kirschner, 1992; Tibbits-Kleber & Howell, 1985)，有些兒童對血、火、死亡與殺戮等主題異常執迷，缺乏因果關係之認知能力與良知，因而也常被形容為缺乏同理心或懊悔之情緒(Reber, 1996)。

然而，目前對RAD病理與長期影響之相關研究仍然有限，亦面臨若干研究

法的限制，例如主要照顧者之觀察偏誤，部份不符合此疾患概念化的症狀（例如身心症狀、焦慮或憂鬱）等議題亦有待進一步檢視(Hall & Geher, 2003)。

二、失序依附與不安全依附

RAD是精神疾病診斷準則手冊第三版(DSM-III)增列之診斷分類，DSM-IV列出四項準則（詳見表一），其中準則A分為禁制型(inhibited form)與非禁制型(disinhibited form)兩種亞型，準則B至D則為確認前項症狀與致病性照顧(pathogenic care)因素之關聯。其中準則C已符合兒童虐待或疏忽之概念，亦符合失序依附的關係型態。雖然不安全依附者內在運作模式(internal working model)多傾向於表現僵化或混淆的認知基模、負面的內在信念、自我能力與自我資源受限（陳金定、劉焜輝，2003；Bartholomew & Horowitz, 1991），但仍不屬於病態的關係類型。失序依附則是

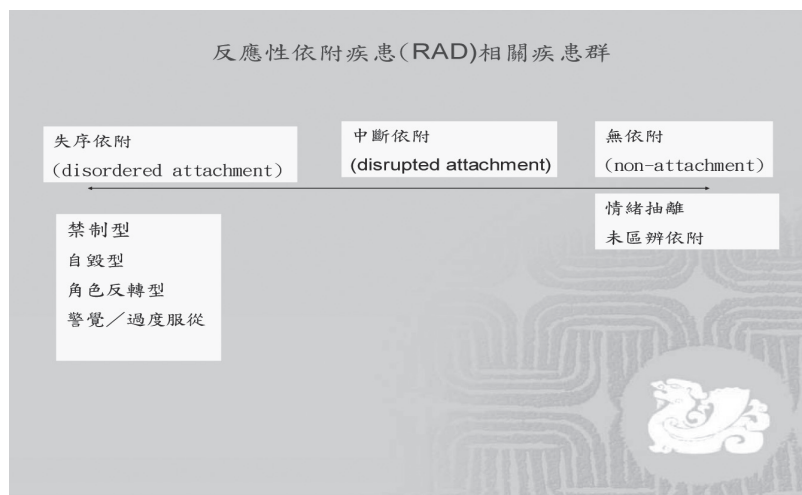
表1 反應性依附疾患之診斷準則（DSM-IV）

反應性依附疾患
A. 始於五歲以前，其多數環境背景(contexts)下的社會關係有明顯障礙，或就其發展水準屬不 合宜，表現下列兩項之一： (1) 對多數社會性互動，持續不能以與發展水準相稱的來引發或對其反應，表現於過度自我抑 制、高度警覺或趨避衝突與矛盾的(ambivalent and contradictory)反應（如孩童對照顧者的反 應為趨近及躲避之混合，或對呵護者抗拒，或表現冷峻的防衛） (2) 廣泛的依附現象，表現於無分辨性的熱絡交際(indiscriminate sociability)，明顯不能表現合宜 的選擇性依附(selective attachments)。
B. 準則A的障礙不能只用發展遲緩來解釋（例如智能不足），也不符合一種廣泛性發展疾患的診 斷準則。
C. 受到致病性照顧(pathogenic care)時，顯示於下列各項至少一項： (1) 持續忽視有關兒童對呵護(comfort)、刺激及關愛(affection)的基本情緒要求。 (2) 持續忽視對兒童的基本身體需求。 (3) 一再更換主要照顧者，因此無法建立穩定的依附關係。
D. 有一假定：準則C之照顧方式造成了準則A的行為障礙。

極度功能缺損的依附關係，與一般發展理論中的不安全依附型態並不相同。

然而DSM-IV的RAD診斷指標仍受到若干質疑，其中之一為對疾病概念化適當性之質疑。Zeanah和Boris(2000)認為應名實相符，將症狀焦點由廣泛的社會互動轉為整合依附行為與關係，如此方能與不安全依附之概念接軌，因此以連續向度(continuum)的概念取代亞型的分類法，再歸納出三類相關疾患群之光譜(spectrum)關係(見表二)：

表2 反應性依附疾患之相關疾患群



資料來源：參考Zeanah & Boris(2000)

雖然實務上多半將失序/未定向依附等不安全依附與RAD二組概念同時混用(Marvin & Whelan, 2003)，但「所有的失序依附都是不安全依附，不安全依附則大多不是失序依附」(Zeanah, 1996)。因此，輔導工作者在處遇時要確認此區別，因為在處遇上應有區分才能分別針對特殊病理進行適合之介入考量。以下進一步探討RAD共病與鑑別診斷時宜注意之面向。

1.無依附疾患(Non-attachment disorder)：十至十二個月以上嬰幼兒仍未與特定對象如重要他人形成依附關係。

2.失序依附(disordered attachment)：極度不安全的依附關係，已屬於病理範疇的疾患，又分為禁制型、自毀型(self-endangerment)、角色反轉型(role-reversal)與警覺/過度服從(frozen watchfulness)四類。

3.中斷依附(disrupted attachment)：因喪失依附他人而產生哀傷反應之兒童。

三、反應性依附疾患之共病與診斷

(一)共病

雖然目前仍缺乏長期之追蹤研究，但部份國外臨床工作者主張RAD與過動症、品行疾患等皆屬於行為類疾患，而且可能是通往反社會人格疾患之快捷路徑(fledgling psychopath)(Minnis, Marwick, Arthur, & McLaughlin, 2006; Sheperis, et al., 2003)。國內一項針對安置機構兒童少年之精神病理研究指出，受虐兒童少

年的共病比例偏高，44名個案中95%有內在情緒困擾，其中七成為多重診斷，主要之診斷有憂鬱症(32%)、適應障礙症(30%)、品行疾患(21%)、PTSD(20%)、注意力不足過動症(ADHD，佔18%) (周妙純、陳美珠、邱彥南、高淑芬，2003)。另一項研究觀察到身體受虐與疏忽組主要呈現行為規範障礙，性虐待組則為明顯的情緒障礙問題，亦有共病診斷偏高的情形(鍾偉恩、葉佐偉、林亮吟，2002)。

二份研究皆未出現RAD診斷並非意謂國內無潛在RAD兒童，可能與其診斷操作化之困難或缺乏臨床長期追蹤研究有關，因此未來研究可朝釐清受虐兒童之中會發展出RAD患者之比例，是否RAD兒童與不安全依附型態具有關聯性，或以不穩定依附經驗對兒童發展做長期影響之追蹤研究，以更進一步釐清哪些重要發展關鍵因素會發展出RAD。

(二)RAD之鑑別診斷

鑑別RAD的困難有三：1.DSM-IV對

RAD定義症狀與其他疾患之重疊(Carlson, Cicchetti, & Braunwald, 1989)，尤其攻擊行為、過度友善、社交退縮、情緒調節能力不佳等症狀亦符合過動症或自閉症之描述。2.某些能區辨出RAD的特性不易操作化，使得觀察評估者本身因素可能干擾判斷，例如同樣是表現出「在焦慮情境中不會回頭尋找照顧者」的行為，在安置機構的兒童可能會被診斷為RAD，但在一般家庭成長的孩子則會被解讀為自信的表現(Glaser, 2000; Minnis, et al., 2006)。3.臨床研究發現未區辨型依附疾患兒童尤難歸類，因這類兒童可能同時符RAD診斷指標，但仍能對依附他人表現安全依附行為(Boris et al., 2004)。

RAD既然以早期逆境為診斷準則之一，個案所表現之病理現象又與虐待創傷多所重疊，更突顯其鑑別診斷之重要。表四即若干相關兒童疾患之鑑別指標，然未來仍須發展出穩定的RAD診斷與鑑別工具，以及具體之亞型分類標準。

表4 反應性依附疾患及相關疾患之鑑別因子

疾患別	診斷之關鍵要素	鑑別診斷因子
反應性依附疾患 (313.89)	病理性照顧為其整體病理肇因	症狀雖與其他表列疾患相似，但病理性照顧為主要病因
	禁制型：持續無法投入或表現出適當之社會關係	呈現出社會與依附議題
	未禁制型：幾乎是未選擇地與他人形成依附	可能有語言、行為與溝通缺陷，但多是出於照顧不當而非先天發展限制
行為疾患 (312.81)	持續表現侵犯他人基本權利之行為模式	童年可能出於情感限制的環境 反社會與攻擊行為，導致其無法發展適當之社會關係
對立反抗疾患 (313.81)	反抗行為主要針對權威人士	其整體行為並非蓄意傷害他人
	其行為核心為內在自責之折射	社交困難是因其反抗行為而生

續 表4 反應性依附疾患及相關疾患之鑑別因子

疾患別	診斷之關鍵要素	鑑別診斷因子
注意力缺陷與過動 (衝動型) (314.01)	衝動與過動導致其家庭生活與學校表現之干擾	未禁制的社會行為是因衝動或尋求重要他人之安慰
	社交缺陷可能因衝動行為而起	並非蓄意干擾他人
自閉症 (299.00)	整體而言興趣與活動範圍有限	社交能力缺損來自其有限的興趣與溝通缺陷
	多半伴隨溝通困難、重覆而刻板的行為	

資料來源：Sheperis et al.(2003)

參、反應性依附疾患之評估與處遇：生物—心理—社會模式之架構

由於目前仍未有針對罹患RAD之受虐兒童遊戲治療相關研究，以下即從「生物心理社會模式」(Bio-Psychosocial model)的後設架構(Anchin, 2008)統整相關研究發現，並透過此後設架構進一步探討評估RAD表徵與處遇之原則。

生物心理社會系統模式最早由Engel提出，以三個同心圓的概念探討心理社會的(psychosocial)、生物社會的(biosocial)、生物醫療的(biomedical)因子間對心理健康之動態影響模式(Hoffman & Driscoll, 2000)。歷來關於反應性依附疾患危險因子之文獻中，與依附疾患有關的因子有(Paris, 2001)：1.氣質特徵，2.虐待創傷，3.惡質事件經歷階段，4.依附他人(attachment figure)之照顧品質等。若將這些因子置於生物心理社會模式的架構下，氣質特徵屬於先天之脆弱因素，虐待與惡質事件、照顧品質等則屬於後天之不利因子，以下分別探討在發展處遇計畫時須考量之因子。

一、RAD之誘發因素

(一)兒童氣質特徵

目前仍未有臨床研究證據支持生理與氣質對依附疾患之直接影響(Reber, 1996)，較多支持以互動觀點看待RAD，即惡質環境下，缺乏依附需求滿足的兒童造成之心理因素，會干擾正常發展(Carlson, et al., 1989; Hall & Geher, 2003)。Zeanah和Fox(2004)認為若視RAD為特殊的「難纏氣質」(difficult temperament)表現，可由負面行為模式特徵推論其對人際互動行為的影響，例如，兒童早期未區辨的依附行為與青少年期同儕互動困擾有關；具高易怒感(irritability)特質與負向情緒的兒童傾向於從人際互動退縮（類似禁制型表現），活力旺盛的兒童則傾向於衝動、未區辨的行為反應（類似未區辨依附型）。

從創傷長期發展或互動的角度來看，矛盾依附者因仍會尋求與他人之接觸，因此是最容易重覆經歷受害(revictimization)者；逃避依附者因缺乏同理心，較傾向於有施虐剝削之虞(Matias, Arend, & Sroufe, 1978)；失序依附兒童則因恐懼及負向的自我與他人表徵，而展

現較多敵意、攻擊等問題行為，故易發展出外向性行為(Egeland & Sroufe, 1981; Moss, St-Laurent, & Parent, 1999)。根據筆者以往之實務觀察，上述兩類受虐兒童即使進入遊戲治療或保護系統，往往也是行為最不易穩定、治療最為耗時費日者，對生活照顧者之挑戰亦最大。由此亦不難想像，何以安置系統之生活照顧者（機構保育員或寄養父母）往往很難接受單以PTSD解釋受虐兒童之問題行為；若遊戲治療師或兒童工作者亦能具備依附發展之相關觀點，將有助於促進療癒性環境的安排。

(二)惡質事件經歷階段

雖然尚未有實証研究支持固定的發展關鍵期，但發展有其敏感時期的觀念則已得到支持(Rutter, 1995)，故虐待或創傷引發之心理症狀會因發展階段而異。Shelby(2000/2005)亦認為不同發展階段的認知運作、主要創傷症狀與因應策略各有不同（見表三），例如學齡前期兒童在創傷後會經歷認為父母親無法保護自己、對外界無控制力的錯覺，以及廣泛性焦慮症狀皆會影響其人際依附與信任能力，因此治療評估與介入策略亦須有所調整。

表3 不同發展階段之創傷症狀與因應策略

	學步兒	學齡前兒童	國小學童	青少年
認知運作的主要成分	<ul style="list-style-type: none"> 將自我與他人分離 同理／同理的壓力 羞愧感 	<ul style="list-style-type: none"> 表象vs. 真實 簡單的設身處地 因果關係的扭曲 	<ul style="list-style-type: none"> 表達性語言 罪惡感 	<ul style="list-style-type: none"> 抽象思考 假設性思考
症狀	<ul style="list-style-type: none"> 羞愧 易怒 	<ul style="list-style-type: none"> 失去保護 重複性遊戲 廣泛性焦慮 	<ul style="list-style-type: none"> 重複性遊戲 身體化 預兆（Omens） 對行為表現出罪惡感 	<ul style="list-style-type: none"> 類似成人PTSD: 瞬間經驗再現 續發性憂慮 對於沒有行動表現出罪惡感
因應	<ul style="list-style-type: none"> 依賴照顧者 否認 	<ul style="list-style-type: none"> 否認 重複性遊戲 廣泛性焦慮 	<ul style="list-style-type: none"> 保護 利他性 	<ul style="list-style-type: none"> 理智化 利他性 複雜的問題解決 壓抑

資料來源：整理自Shelby(2000/2005); Shelby & Tredinnick(1995)

二、RAD之社會情境不利因素

(一)受虐創傷程度與型態

許多研究皆指出受虐待或疏忽兒童大多表現出不安全依附型態，而且比例明顯較一般兒童更高(Carlson, et al., 1989)，Reber(1996)更指出受虐兒童中約八成表現出依附問題。雖然有研究者指

出並非所有受虐兒童皆會表現心理症狀與精神創傷(Cuffe & Shugart, 2001)，例如Boris等人(2004)調查18至48個月大之寄養童中，有35%為安全依附型，Kendall-Tackett等人(1993)亦發現受性侵害兒童中有三分之一未呈現出心理症狀或疾患。但整體來說，上述兒童會發展出依附問題的比例佔大部份。

而影響受虐兒童創傷程度之因素，包括個人之內在因素，如基因易感性(genetic vulnerabilities)、創傷前自尊高低、心理調適能力等皆有其影響。Terr (1996)指出「創傷性」經驗的特定心理歷程，包括兒童須知覺到重大事件下危險的威脅或恐懼、無助感，並且儲存創傷記憶。此外，可能影響虐待創傷對兒童衝擊之中介因素還包括：1.兒童個人因素：受虐待時的年齡、個人知覺的威脅程度、兒童罪惡感、兒童原本之身心健康、兒童性別。2.虐待經驗相關因素：短期或長期(chronicity)受虐、受虐嚴重度、與施虐者的關係。3.家庭因素：受虐兒的家庭情緒氣氛(emotional climate)、父母對兒童受虐之反應等(Gil, 1991; Groves, 2002/2004; Martin, 2002)。

除了事件威脅性及衝擊效果之外，相關實証研究普遍支持影響創傷後調適的因子亦同樣重要，包括依附、對壓力源的評價與反應、社會支持、因應資源與策略之適當性等(Bowlby, 1977; Bryant, 2006; Shelby, 2000/2005)。相對地，以往研究指出虐待型態亦可能影響兒童展現的疾患類型，例如遭受情緒虐待的兒童可能出現黏人或逃避的兩極反應，長期嚴重被疏忽的兒童則可能罹患禁制型RAD(Garbarino, Guttman, & Seeley, 1986; Zeanah & Fox, 2004)，顯示經歷虐待後兒童依附關係能否重建可能影響未來病理性發展。

(二)依附他人之照顧品質

環境因素中最重要的關鍵影響因素之一應是支持性的依附他者(attachment figure)。在Ainsworth、Blehar、Walters和Wall(1978)開創性的依附研究中，所

謂支持性(supportiveness)指的是主要照顧者(多為母親)之敏感度(sensitivity)，近來研究更細緻化地觀察母嬰互動中情感交流的同時性(synchronicity)、交互性(reciprocity)、節奏感(rhythmicity)與調和度(fine-tuning)(Brish, 1999)。一項美國針對一千名兒童進行的大型調查顯示，即使兒童處於不利的托育條件下(例如長時間托育、經常更換保育人員)，與母親之間的安全依附關係仍可構成保護因子，使兒童維持健康的發展，這或許是因為安全依附關係能形塑正向的內在自我表徵，並進而提昇兒童的情緒調適能力(陳金定、劉焜輝，2003；Brish, 1999)。

而在影響依附他人照顧品質之因素方面，母親本身的早期依附經驗、對分離之焦慮與因應方式比母親之教養方式、就業與否更能影響其子女的依附型態(蘇建文、龔美娟，1994；Brish, 1999)，顯示依附型態代間傳遞之影響力。Carlson等人(1989)發現童年曾受虐的父母之中，18%會成為施虐者，其與非施虐者的重要差異即在於未解決的童年創傷(unresolved trauma)。因此，當治療師試圖修復受虐兒童與親生父母之關係時，便須同時評估施虐父母本身之童年創傷及其影響。

另一項影響母職照顧品質者為母職照顧者的精神疾病史，一般說來，母職照顧者的疾患嚴重度、病程屬長期或短期的影響大過疾患種類，但也有部份研究指出特定疾患的影響，包括母親罹患憂鬱症(重鬱症與雙極型)、精神分裂症與有藥酒癮者，兒童較易出現不安全依附。尤其重鬱症母親對子女的影響效

果雖然要到二至三歲才展現(Booth, Mitchell, Barnard, & Spieker, 1989)，但即使兒童已被安置到安全關懷的環境中，這種精神創傷造成的社交缺損可能會一直持續(Cuffe & Shugart, 2001)。

早年喪親亦被視為危險因子，例如Liotti(1999)追溯解離疾患患者之早年經驗，發現62%曾在二歲前喪親，而無解離症狀之其他病患則只有13%有此經驗。Liotti(1999)認為早期失序依附經驗會使兒童發展出類似解離的心智結構，而成為誘發創傷後解離的易感因子。

當短期內無法回復原生家庭的功能時，替代性照顧者的品質遂成為同樣重要的因素。van Ijzendoorn、Schuengel和Bakermans-Kranenburg(1999)有關失序依附的後設分析顯示，安置機構兒童約66%為失序依附型，甚至比母親有精神疾病、不當管教或酒癮等問題之兒童(25%)更高。在機構內雖與眾多照顧者互動但皆缺乏深入連結時，約五分之一到三分之一的機構兒童出現未區辨型RAD，寄養家庭之兒童則無此現象(Zeanah & Fox, 2004)。領養童之社會適任力與社會成就亦較非領養童低(Hall & Geher, 2003)。

統整以上討論可知，RAD兒童經詳細評估包括早期照顧者品質後，再進入治療時，「安全依附」的處遇可減少兒童對壓力的易感性(vulnerability)，反之，兒童可能因不知如何跨越與他人的表面互動，遂只能在陌生人之間「流浪」（即未禁制型），如同被機構化的(institutionalized)受虐兒童；或因過多不調和的(discordant)被照顧經驗而迴避任何的依附關係（即禁制型），往往極易

損耗助人者的士氣。因此，與RAD兒童工作之諮商師不僅須了解兒童之疾病表徵，亦須加入發展之觀點，並以兒童與其照護系統互動的關係為焦點。尤其在評估寄養或永久安置之適配性、觀測危險因子、評估受虐兒童的長期療癒時，依附為焦點的處遇將能大幅減少創傷對兒童發展之損害。

三、RAD之處遇：人際焦點模式

相對於PTSD，國內兒童保護相關助人工作者對於RAD之討論仍稀，然而當治療師僅以PTSD症狀緩解為處遇焦點時，可能錯過了處理受創兒童核心焦慮或人際緊張的時機，甚或延長其不適應模式的反覆循環，或陷入治療僵局。水能載舟亦能覆舟，依附關係受損既是RAD之重要表徵，依附關係之修復亦為其治療之關鍵。

綜合有關RAD診斷之討論可得出二項處遇之程序原則：1.須包含不同角度之觀察以避免觀察偏誤。2.不只觀察兒童行為，亦須兼顧關係之互動層面。因此RAD之評估研究者大多採取多面向、多重模式的系列衡鑑方式，例如Sheperis等人(2003)以主要照顧者與兒童本身為施測對象，結合半結構式訪談、全面性的評量表、依附相關的評量表、行為觀察等工具，並綜合來自社會工作者、學校老師或其他相關之助人工作者之訊息。Marvin和Whelan(2003)亦結合標準化問卷、臨床評估量表（包括成人依附量表、MMPI等）、遊戲治療（無結構遊戲、陌生人情境、半結構遊戲）與半結構化訪談等方法。

當受虐兒童在遊戲治療中表現下列

人際動力現象時，治療師便須進一步評估其依附困擾程度：1.與適應良好兒童相較，受虐兒童在遊戲中傾向察覺治療師存在但以忽略的方式回應，過程中較易依賴治療師做決定，並且容易表現出競爭性與侵略性之試探關係行為。2.常呈現高度緊張(intensity)狀態，使得治療師在與他們結束遊戲單元時常感精力耗盡。3.具分裂(splitting)的特性，傾向於以全好或全壞的方式知覺他人(曾璟婷，2005；White & Aller, 1994)。矛盾困惑的情緒也可能引發其內在衝突，遂反映於既想靠近治療師、又很憤怒的互動中，這些其實已符合不安全依附的內在運作模式特徵。

Gil(1991)將臨床觀察到受虐兒童常見之遊戲特徵與行為模式分為「內向性行為」與「外向性行為」兩大類，但兩類症狀並非互斥。曾璟婷(2005)訪談國內遊戲治療師與受虐兒的工作經驗後，進一步歸納出：1.內向性行為指標有七項，包括表現冷漠、封閉／不與人接觸、焦慮／缺乏安全感、順從、解離、警覺性高、發展延遲／退化，其中六項已具不安全依附之表徵。2.外向性行為指標有六項，包括混亂、毀壞、暴力與攻擊性、暴怒／憤怒、社交技巧差、性徵化的行為。由於外向性行為已頗多處於社會與家庭規範邊緣，其與主要照顧者的人際依附模式將深受挑戰，治療師之處遇更須跨越個人層級、兼顧社會心理層級之介入。

在與嚴重受創兒童工作時，加入發展觀點之評估、以關係為處遇焦點可協助治療師發展具體而細緻的處遇計畫，尤其在與高風險(at-risk)家庭工作時，結

合多面向的、綜合性的處遇計畫取代兒童個人或單一的親職諮詢模式，將能提供全面性的處遇視角。例如一位表現外向性行為特徵的兒童若來自具有多重危險因子之環境，即使短期內未能改變其發展不利因子(例如家庭經濟狀況)，但若提昇母親或替代母職者之互動品質，亦能有其預防之保護效果。

肆、結語

有效的兒童RAD處遇必須是全面性而多元的介入，諮商師不僅在個人層級介入評估，亦須在各方面倡導相關工作者增進對依附議題之敏感度，包括針對臨床症狀、發展劣勢(尤其人際關係與適應技巧)、親職問題、社會不利因子、創傷之特定介入、司法訴訟期間之支持、永久安置計畫等(Kaufman & Henrich, 2000)。從鉅視的觀點而言，兒童保護體系若能與不同專業的治療團隊整合，共同以生物—心理—社會模式思考評估與處遇方案，將能減少重覆安置與不確定性對兒童未來生活適應與人際模式之干擾。

參考文獻

- 周妙純、陳美珠、邱彥南、高淑芬(2003)。北臺灣某育幼院受虐兒童青少年之精神病理研究。**台灣精神醫學**，17(2)，118-133。
- 曾璟婷(2005)。**受虐兒童遊戲治療師實務經驗與專業發展之探究**。國立彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文，未出版。
- 陳金定、劉焜輝(2003)。青少年依附行為與情緒調適能力之因果模式初探。

- 教育心理學報**，**35**（1），39-58。
- 蘇建文、龔美娟（1994）。母親的依附經驗、教養方式與學前兒童依附關係之相關研究。**教育心理學報**，**27**，1-33。
- 鍾偉恩、葉佐偉、林亮吟（2002）。受虐兒童與青少年臨床心理社會特徵。**台灣精神醫學**，**15**（4），277-289。
- Groves, B. M. (2002/2004). **孩子，別怕**。（劉小菁譯）。台北：心靈工坊。
- Shelby, J. S. (2000/2005). 遭受創傷的孩子：發展性觀點的短期治療。In H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds), **兒童遊戲治療法**（83-125頁）。台北：五南。
- Anchin, J. C. (2008). Pursuing a unifying paradigm for psychotherapy: Tasks, dialectical considerations, and biopsychosocial systems metatheory. *Journal of Psychotherapy integration*, *18*(3), 310-349.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Walters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226-244.
- Booth, C. L., Mitchell, S. K., Barnard, K. E., & Spieker, S. J. (1989). Development of maternal social skills in multiproblem families: Effects on the mother-child relationship. *Developmental Psychology*, *25*(3), pp. 403-412.
- Boris, N.W., Hinshaw-Fuselier, S. S., Smyke, A., Scheeringa, M. S., Ehler, S. S., & Zeanah, C. H. (2004). Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43* (5), 568-577.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectionate bonds. *British Journal of Psychiatry*, *130*, 421-431.
- Brish, K. H. (1999). *Treating Attachment Disorders: From theory to therapy*. NY: Guilford Pub., Inc..
- Bryant, R. (2006). Post-traumatic stress disorder. In F. Andrasik, M. Hersen, & J. C. Thomas(Eds.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*. (pp.189-206). New Jersey: John Wiley & sons, Inc..
- Carlson, V., Cicchetti, D. B., & Braunwald, K. G. (1989). Finding order in disorganization: Lessons from research on maltreated infants' attachments to their caregivers. In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*(pp494-528). NY: Cambridge University Press.
- Cuffe, S., & Shugart, M. (2001). Child abuse and psychic trauma in Children. In H. B. Vance & A. J. Pumariega (Eds.), *Clinical Assessment of Child and Adolescent Behavior*(pp.328-357). NY: Wiley.

- Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1981). Attachment and maltreatment. *Child Development, 52*, 44-52
- Garbarino, J., Guttman, E., & Seeley, J. W. (1986). *The psychologically battered child*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gil, E. (1991). *The healing power of play: Working with abused children*. NY: The Guilford Press.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain-a review. *Journal of Child Psychological Psychiatry, 41*, 97-116.
- Hall, S. E. K., & Geher, G. (2003). Behavioral and personality characteristics of children with reactive attachment disorder. *The Journal of Psychology, 137*(2), 145-162.
- Hoffman, M. H., & Driscoll, J. M. (2000). Health promotion and disease prevention: A concentric biopsychosocial model of health status. In S.D. Brown, & R.W. Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (pp.532-570). NY.: John Wiley.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V.(1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1214-1222.
- Kaufman, J., & Henrich, C.(2000). Exposure to violence and early childhood trauma. In C. H. Zeanah, Jr.(Ed.), *Handbook of Infant mental health*(pp.195-207). NY: Guilford Press.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180
- Kirschner, D. (1992). Understanding adoptees who kill: Dissociation, patricide, and the psychodynamics of adoption. *International Journal of offender therapy and comparative criminology, 36*, 323-333.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon, & C. George(Eds.), *Attachment Disorganization*(pp.291-317). NY: Guilford Press.
- Martin, S. G. (2002). Children exposed to domestic violence: Psychological considerations for health care practitioners. *Holistic Nursing Practice, 16*(3), 7-15.
- Marvin, R., & Whelan, W.(2003). Disorder attachments: Toward evidence-based clinical practice. *Attachment and Human Development, 5*(3), 283-288.
- Matas, L., Arend, R., & Sroufe, L. A. (1978). Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development, 52*, 932-940.
- Minnis, H., Marwick, H., Arthur, J., & McLaughlin, A. (2006). Reactive attachment disorder-a theoretical

- model beyond attachment, *Europe Child Adolescent Psychiatry*, 15, 336-342.
- Moss, E., St-Laurent, D., & Parent, S. (1999). Disorganized attachment and Developmental risk at school age. In J. Solomon, & C. George (Eds.), *Attachment Disorganization*(pp. 160-188). N.Y.: Guilford Press.
- Paris, J. (2001). Psychosocial adversity. In W. J. Livesley(Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment.* (pp.231-240). New York: Guildford Press.
- Reber, K. (1996). Children at risk for reactive attachment disorder: Assessment, diagnosis, and treatment. *Progress: Family systems research and therapy*, 5, 83-98.
- Richters, M. M., & Volkmar, F. R. (1994). Reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 328-332.
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 549-571.
- Sheperis, C. J., Doggett, R. A., Hoda, N. E., Blanchard, T., Renfro-Michel, E. L., Holdiness, S. H., & Schlagheck, R.(2003). The development of an assessment protocol for reactive attachment disorder. *Journal of Mental health Counseling*, 25(4), 291-310.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Terr, L. C. (1996). Acute responses to external events and posttraumatic stress disorder. In M. Lewis (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*(pp.753-763). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Tibbits-Kleber, A. L., & Howell, R. J. (1985). Reactive attachment disorder of infancy (RAD). *Journal of clinical child psychology*, 14, 304-310.
- van IJzendoorn, M., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- White, J., & Allers, C. T. (1994). Play therapy with abused children: A review of the literature. *Journal of Counseling and Development*, 72 (4), 390-399.
- Zeanah, C. H. (1996). Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders of infancy. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 64, 42-52.
- Zeanah, C. H., & Boris, N. W. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*(pp.353-368). NY: Guilford Press.
- Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2004). Temperament and attachment disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 32-41.