

運用體驗治療於性侵害受害者身上

陳筱萍（凱旋醫院臨床心理師）

壹、前言

在心理治療學界逐漸重視理論整合與技術折衷之際，Greenberg、Rice和Elliot(1993)所提的改變情緒為主的「歷程催化模式」(process-facilitating approach)為近年來一個較具理論色彩的體驗治療模式。體驗治療結合個人中心、存在主義治療和完形取向，可說是人本取向的治療學派；這些人本主義取向強調個案的知覺、主觀的存在和自我反思的原動力。其主要的兩大核心在於建立同盟的關係，以催化個案改變的動力，再藉由個案表述和檢視內在主觀的知覺、感覺、目的與價值等經驗(Watson, Greenberg & Lietaer, 1998)。

體驗治療歷經四十多年的發展，已有百花齊放的現象，然而目前最主要的取向為Gendlin專注取向(focusing)(1981)與Greenberg、Rice和Elliot(1993)的歷程體驗模式(process-experiential approach)。基本上，體驗治療融合Rogers所強調的治療師要具有同理瞭解，真誠和無條件關懷之下，進入至個案內在的世界中；再依照Gendlin(1962)的說法，個人內在有一股流動的「經驗流」(a flow of experiencing)，個人經由一次又一次的轉

換參照架構，以發現和活化(activating)其內在的經驗流，使之由固著的一端移向流動的一端，以達到治療的效果（引自蔡麗芳，1997）。

而歷程體驗模式重要任務在將情緒及被情緒牽動的行為帶入覺察中，並經由語言的對話，使得當事人內在的感受和想法能被聽到或被認出時，此時治療師再運用介入的方式，如空椅子或雙椅法，增進當事人更接近其內在經驗，如喚起過去隱藏的事件和情緒；當當事人情緒和認知被整合後，顯示其為一致的狀態，當事人則能朝適應和成長的方向邁進，以達到個人生活的任務和目標。本文將介紹性侵害受害者、體驗治療基本原則、和體驗治療運用在性侵害受害者之相關研究。

貳、暗夜哭泣的性侵害受害者

被性侵害的當時，受害者的內心狀態可能是害怕的、焦慮的、混亂的、無結構的和不確定的！但是我們所能見到的表面現象，極大的可能並不是如此，她們外在可能顯示出冷靜、理性、平穩口氣、沒有提及性侵害經驗。但是要去揭露童年創傷事件的細節，內心需經歷

巨大的痛苦，即使治療師提供了一個同理、接納的氣氛，對這些女性成人來說，依然是一件不容易的事情，她們需要被理解，這並不是她們刻意的偽裝或是防衛（Sanclerson, 1995；引自陳筱萍、周煌智，2006）。

一、性侵害受害者的創傷

對性侵害受害者而言，不同的創傷型態呈現不同的問題，治療者必須區辨和敏感於不同形式的創傷和創傷後的反應。如來自陌生人單次性傷害的驚嚇度，不同於來自所愛的人其暴力的震驚；而重覆受到性傷害，顯著不同於單次的性傷害。另外，有些創傷的感覺仍是持續進行中，如在法院要面對加害人或在家中面對亂倫的父親。由此可知，即使受害者遭遇到同樣地性侵害，而每位受害者所表現出來的創傷反應是不同的。

洪素珍（2000）整理多篇國外文獻發現有九個因素會影響性創傷者的嚴重程度和復原狀況，分別為(1)與受害者的關係：熟識者的性侵害，受害者會有被背叛的感覺，且造成其對人的信任度和安全感瓦解；(2)受害的頻率及時間的長短：受害的期間和次數愈多，其創傷愈嚴重；(3)受害者當時的年紀：受害年齡愈小愈無助，愈無法跳脫不利的情境，容易產生習得無助的感覺；(4)受害時性侵害的方式及種類：受害的過程是虐待或有儀式的方式，如綑綁，則會造成恐怖、驚嚇的情緒，影響到復原歷程；(5)是否使用暴力：性侵害過程使用暴力，對受害者而言相當驚悚，而會產生恐懼和害怕的情緒；(6)揭發的過程：受害者在案情被揭露後常會有二度傷害，如果

她的侵害內容被外流，影響她自我形象及復原的歷程；(7)家庭功能：家庭重要他人的態度或良好的家庭支持系統能協助或接納受害者的情緒，理解她們的想法，則能幫助他們度過失落和創傷的階段；(8)社會因素：社會價值對性侵害的迷思，如太放蕩的女人才會被強暴，而女性內化了這些想法，並用這些價值觀來批判自己，而造成情緒上的困擾，及自我價值感的低落；(9)受害者的人格特質：受害者本身的自我強度和人格特質，會影響他們調適和因應的方式，並以不同的角度去理解性受創經驗及復原的歷程。

不可否認地，性侵害不僅剝奪被害人身體的自主權，且許多被害人開始出現生理/身體、情緒、認知、性、人際/社會、自我及行為方面的反應（張莉莉，2002），甚至有精神的反應，包括反覆回想被強暴事件、易怒、驚慌失眠等現象。尚包括不信任他人、關係困難、侵入的感覺、憂鬱、極端憤怒、衝動行為、物質濫用和自我破壞，或甚至自殺的行動等。短時間內可稱為急性壓力反應，持續一段時間後，則會演變為創傷後壓力症候群（posttraumatic stress disorder，簡稱PTSD）。除了創傷後壓力症候群外，常見與其共病或單獨存在的精神疾病尚包括憂鬱症、解離性身份疾患、邊緣型人格疾患、恐慌症、失眠等疾患（Anderson, Ross & Yasenik, 1993; Elliot, Davis & Slatick, 1998）。

在性創傷者的認知信念方面，容易出現對性侵害事件的二分思考(abuse dichotomy)情形，對性侵害經驗賦予意義，萌生負向自我評價，在成長過程

中，相信「自己本來就是壞的」信念，所以性侵害事件理應發生在自己身上。此種不健康的思維模式，可能導致負向的自我價值感（Briere, 1992，引自張莉莉，2002）。此外，洪素珍（2000）認為生理／身體、情緒、認知、性、人際／社會五個向度之因素都會影響個人的自我意象，個人以不同層面整合自我的觀點。

事實上，性侵害對受害者來說是一個嚴重的創傷事件，受害者在生理方面可能出現陰道受傷、懷孕、性病、頭痛、胃病、尿床、飲食和睡眠習慣改變等現象；情緒方面出現恐懼、害怕、焦慮、不安、羞恥、罪惡感、憤怒、無助、麻木、敵意等情緒；而在人際關係方面呈現退縮、緊張、喪失對人的信任感和社交技巧不佳等反應；對自我的觀點則可能是自卑、低自尊心、自責、自殘、自我懷疑、自暴自棄和有扭曲的身體形象感；在行為方面則是無法集中注意、功課一落千丈、犯罪行為、逃家等情形；而在性方面可能是性功能障礙、自慰過多、性虐待兄弟姐妹、性雜交和成為娼妓等困擾。因此，陳若璋（2000）指出，性侵害受害者大多有長期的身、心理影響，並受到身心的煎熬。

二、歷程體驗治療對創傷後壓力症候群的觀點

歷程體驗治療認為PTSD模式包含二個主要的成份，分別是情緒歷程衝突模式(emotional processing conflict model)和創傷相關的情緒基模模式(trauma-related emotional schemes model)(Elliot, Davis & Slatick, 1998)。此外，根據美國

精神醫學會所出版的診斷與統計手冊DSM-VI-TR定義（孔繁鐘，2000/2007），所謂「創傷後壓力症候群」是指在經歷過一種嚴重創傷事件後，出現了嚴重、持續、或有時延遲發生的壓力疾患，並且持續超過一個月以上謂之。這些症狀可以分為三大群，分別是(1)創傷經驗再現；(2)逃避反應麻木；(3)過度警覺。以下為歷程體驗治療對創傷後壓力症候群的論述：

(一) 情緒歷程衝突模式

1. 創傷經驗再現

人本經驗治療師假設，人的基本需求是成長和勝任。成長重要之一是要解決和勝任主要的痛苦或干擾情緒的經驗。歷程體驗取向假設情緒是生理適應歷程，在於整合環境資訊快速、自動的歷程，而出現合適的行動和情緒表達。而PTSD症狀歷程引發經驗再現困難，如侵入性思考和想像，瞬間重現和夜夢等。有時候，個人痛苦的創傷，干擾經驗再現和適當的情緒歷程，以致停留在痛苦經驗中和故意反芻在創傷的層面中。顯示未完成的創傷仍在有機體的底層影響經驗再現困難。

2. 逃避痛苦／危險

採取隔離、情緒麻木和人際疏離的方式，以因應環境的危險性，使得逃避痛苦形成自動化經驗。從歷程體驗取向的觀點，視逃避痛苦為防止個人生理痛苦，和保護心理受傷的功能。如當事人運用合法或非法物質，以麻木或干擾使之逃避痛苦的情緒。由於個人逃避未解決的創傷，以致干擾經驗再現，因此自我和有機體之間呈現衝突，而衝突造成個體內在的緊張。同時，衝突是干擾當

事人成長的架構，也是導致治療困難的因素。

3.過度警覺

過度警覺導致失眠、易怒、專注困難、過度警戒、過度驚嚇、身體恐慌的反應和對未來悲觀，其持續的害怕，以致無法好好在現在和將來的時刻裡生活。另外，過度警覺也表示是經驗再現的需要和逃避痛苦間競爭所導致的衝突現象（Elliot, Davis & Slatick, 1998）。

(二)一般創傷相關的情緒基模

性侵害受害者捕捉到創傷，無法從創傷中脫離，其知覺在歷經創傷後已有很大的轉化。這個創傷經驗是深刻的存在，影響到受害者對自我、他人和世界的觀點(Elliot, Davis & Slatick, 1998)。其創傷前中後的差異如下：

表一 一般創傷前和創傷相關的情緒基模

創傷前世界	創傷世界
一般（忘不了的信念被創傷挑戰）	害怕易受傷性（創傷相關的情緒基模）
（關於世界）	
1.安全：可預測的、可控制的	1.危險：不可預測的、不可控制的
（關於他人）	
2.中性：與我無關的、無傷害的	2.惡意：掠奪性、強有力
3.有幫助性：存在的、照顧的、有效的	3.無幫助性：缺席的、沒有照顧的、無效的
（關於自我）	
4.不易受傷：特殊、強有力、整體	4.易受傷性：脆弱、傷害、容易自責
「那不會發生在我身上」	

再者，歷程體驗取向對創傷的觀點，認為PTSD包含競爭性的情緒基模。創傷前有一組情緒基模，因為急性創傷事件的涉入而不能類化至未來。然而，個人的創傷情緒基模歷程是高自動化出

1.創傷前

個人體驗到創傷前的世界是安全的，即使環境有可能是不安全的，個人感到是整體、有力量和免於傷害，且個人的生命故事是延續的。

2.創傷呈現

失去以前的安全感，突然被惡意他人或非人為力量所傷害而變成受害者。這些威脅個人的存在，導致受害者無助、恐怖和脆弱。這個創傷衝擊受害者的生命故事，使其故事前後是斷裂的。

3.創傷後

生活出現障礙，包括身體焦慮和顫抖，睡眠障礙，對環境敏感其危險性，對人缺乏信任感，對未來持著悲觀的態度；為了逃避不愉快的想法、感覺或記憶，常常是退縮或是使用物質麻醉自己。整理受害者創傷前後對自我、他人和世界的觀點如表一。

現，以致此組情緒基模是困難接近或改變的；另外，情緒隔離策略的使用（特定創傷記憶情緒麻木或隔離）干擾創傷情緒基模歷程的充份展現；且創傷情緒基模又干擾個人故事歷程的持續。而個

人忘不了的信念和創傷相關的情緒基模—包括自我、他人和世界是連結的，情緒基模的核心圍繞著害怕的情緒和聯結的知覺（如危險）和行動傾向（如逃避或逃離）。因此，導致一般歷程體驗經驗的流動會有所障礙。

參、運用體驗治療於性創傷者的技術

一、克服創傷：一般改變歷程的觀點

Fischer 與 Wertz(1979)描述三個轉化歷程，使得犯罪受害者的人際經驗獲得成功解決，分別為(1)對自我再賦能(reempowering the self)：個人需獲得能力感，做有意義的決定和回到重要生命計畫中。不管以前創傷的程度如何，在歷程體驗治療過程中需要給予當事人多次的賦能；(2)提供可安撫的他人(providing the presence of a caring other)：經過無數次的治療，才能讓當事人感受到治療師的真誠瞭解和安撫、同理，在足夠安全關係之下，轉化當事人對他人負面的印象；(3)再建構值得信任的世界(reestablishing world as partially trustworthy)：經過一段時間，環境至少部份是值得信任，以致不需要過份的警戒。

其實Wertz(1985)指出，創傷後的世界已不像創傷前安全，為了讓當事人回到生活和繼續生命計畫，有些安全必須再建立。在體驗治療中，安全感和值得信任是治療關係最先要建立的。在這樣的環境，當事人才能面對和釋放警戒心；之後他才能決定，什麼時間和什麼地方開始信任這個世界。可在治療初

期，幫忙當事人確認真正或想像中「安全的地方」。對有些當事人可能是隱藏在房間內，另一當事人可能在戶外公園是安全的。Gendlin(1996)稱為「清出一個空間(clearing a space)」方法，幫助當事人建立一個安全的地方（引自Elliot, Davis & Slatick, 1998）。

二、歷程體驗取向的治療原則

Greenberg和他的同事(1993)描述六個治療原則，提供給所有歷程體驗治療的指導方針。前三個是促進治療性關係，後三個是幫助當事人從事特定的治療性工作。

- 1.同理：治療師企圖進入或停留在當事人內在的參考架構。
- 2.治療性鍵(bond)：治療師帶著真誠與當事人以同理溝通，是一種珍貴的關係。
- 3.工作同盟：治療師促進當事人投入在治療的目標和工作中，盡可能個人化投入。
- 4.體驗歷程：治療師促進當事人在治療特定時刻去體驗最理想的歷程。
- 5.成長/選擇：治療師促進當事人成長和自我決定。
- 6.工作完成/專注：治療師促進當事人完成主要的治療性工作。

三、歷程體驗治療運用於創傷者的主要治療性技術

很多學者（洪素珍，2000；Courtois, 1988; Gil, 1988; Lebowitz, et al., 1993，引自張莉莉，2002）認為性創傷者的復原效果與情緒、自我、關係、認知等有相

關，而歷程體驗治療就如Bohart(1993)所認為的，體驗是一種領會的歷程，是直接的、身體的、整體的及脈絡的（引自Wolfe & Sigl, 1998）。Greenberg等人(1993)認為心理困擾源自於當事人沒有能力去注意到情緒反應中的可用訊息(information available)，如果當事人可以接收到自己的情緒及情緒中的意義，就能夠重組導致心理困擾的認知信念結構與情緒組型。Greenberg等人進一步指出，體驗歷程是一種積極、辯證式建構的創造情緒意義歷程；包括了直接所感知的經驗，以及對於這些經驗的反思覺察。因此，歷程體驗的治療是很適合運用在性創傷者身上。

基本上，一般創傷治療工作包含三個元素：使用者(marker)，當事人已準備好針對特定問題或經驗要工作；其次工作處遇(task intervention)，治療師和當事人執行行動的工作；最後是渴望解決(resolution)或結束的狀態。以下論述歷程體驗治療對一般創傷者所使用的主要治療性技術(Elliot, Davis & Slatick, 1998)：

1.同理地探索(empathic exploration) 創傷相關的經驗：此為基本的工作，針對被害經驗不清楚、未分化、不完全或模糊的部份探究。如探究害怕的經驗，害怕像什麼型態？

2.促進再敘說(facilitating retelling) 創傷和相關的故事：當表達被害的經驗是痛苦的，但受害者典型地有強烈的需要描述他們被害的事情。治療師鼓勵當事人在舒服的狀態，盡可能詳細地表達被害的故事，治療師樂意傾聽他的故事。當二人關係建立地愈好，當事人表

露愈多，且能清楚地覺察到他創傷前、中、後的故事。

(指導語：你是否願意告訴我，當你是被強暴時，你的生活是如何走過來的。你經歷了什麼和你如何處理它？如果你願意說，那可能對我們的工作是有用的。)

3.意義創造(meaning creation)：當事人尋求瞭解情緒經驗或危機的意義時，此工作就啟動。意義抗議(protest)常包含有失落、失望或生命危機等。解決意義抗議有三大步驟，最先是情緒喚起增加和特定意義抗議出現，接下來治療師和當事人探究忘不了的信念，包括偏見和繼續維持的內容；最後，當事人修正忘不了的信念，象徵意義的改變和考慮新的行為。

4.經驗聚焦(experiential focusing)在缺席／不清楚的感覺上：聚焦包括二個工作--清出一個空間去經驗和聚焦在不清楚的感覺。最先，當事人可能感覺被情緒過度喚起壓倒，或他探索痛苦情緒或記憶而被壓制；故Gendlin建議清出一個安全的空間，接下來，專注體驗；特別對隔離(distance)問題的當事人，當事人常以沒有情緒來陳述事件，治療師則邀請聚焦在感覺上。

5.系統喚起與探究(systematic evocative unfolding)對自我問題的瞭解：使用於創傷後具有瞬間重現的當事人，再經驗被害的情境和害怕發作。治療師詢問當事人，引起他反應的情境和在情境中會出現那些情緒。主要是接近其身體線索和瞭解瞬間重現、害怕發作的理由。探究的部份可使用主動體驗的工作(active expression tasks)，即運用完形和

心理劇，主要是喚起和接近情緒基模。幫忙當事人接近自我否認或外在歸因層面，特別是憤怒和悲傷情緒。Greenberg和他的同事(1993)認為主動體驗的工作僅適用於PTSD，工作期前需建立良好同盟關係，較少在前三個會談期進行此項工作。

6. 對內在衝突分裂運用雙椅子對話(two-chair dialogues)：PTSD常有二個衝突(1)對被害經驗自我責備—罪惡感、羞恥；(2)焦慮—自我較脆弱和易受傷面對害怕的情境，當事人認知其誇大的反應主要是避免再受害。治療師最初建議當事人回至創傷的情境，顯現自己驚嚇的情緒。讓當事人認定和重新擁有自我害怕的部份，重新擁有將可建構部份的解決。完全的解決則需要一些交互的瞭解和調整害怕和引發害怕的自我。

7. 對自我斷裂運用雙椅子演出(two-chair enactments)：在立即性治療期間，出現逃避或隔離情緒，呈現空白、麻木或隔離，因此促進當事人進入自我斷裂的歷程，藉以再表達有關被害痛苦的經驗。一椅子代表空白狀態，此時治療師問當事人，當被害狀態時你如何停止一些感覺，主要幫助當事人覺察到自動逃避的部份和能在自我掌控中。

8. 對未完成情緒運用空椅子工作(empty-chair work)：Greenberg等人(1993)應用於對於發展重要他人聯結有不良感覺的創傷者；空椅子代表他人，當事人表達以前未說出的感覺，並交換角色。部份的解決是表達未說出的感受，完全的解決是對自我和他人轉換較多正向的觀點。使用空椅子有二個建議(1)在初期最好的工作對象，重要他人是

沒有幫助或疏忽的人，之後才是惡意他人或虐待者；但仍有些當事人不願面對他們工作；(2)當事人情緒已喚起，建議對他者做空椅子。

9. 對易受傷做同理地確認(empathic affirmation)：對一般創傷當事人最普通的工作，有力量的感覺戰勝個人的羞恥、沒有價值、易受傷、失望或無望感。當事人需要面對和承認個人有自我害怕的層面，治療師以無條件地同理接受和珍視當事人的體驗，允許當事人降低他的痛苦、失望或貶抑。透過內在的探索，當事人瞭解和接受創傷經驗，表達受傷經驗和打擊底層(hits bottom)，則能自發轉向希望。完全解決則包括提高當事人的自我接受和整體感，減少隔離感和增加自我決定。

10. 關係對話(relationship dialogues)：使用在同盟困難和人際關係問題的創傷者，特別容易出現於多方面虐待或早年嚴重的虐待或其他形式的受害者，而需要長期工作。如治療師宛如沒有幫助的他者，治療性錯誤，同理失敗，不能搭配當事人的期待。當當事人表達一些抱怨或困難參與治療，治療師仔細地傾聽，提供軟性的同理，反映潛在的困難，針對此與當事人做討論，過程中治療師是真誠的、自我表露示範和促進帶動。在這個方式之下，當事人是被鼓勵檢驗他自己困難的部份，治療師和當事人再探討什麼是影響他困難的因子，和如何解決之間的關係。解決之道是當事人和治療師瞭解問題的來源；完全的解決則是當事人真誠滿意對話的結果，重新燃起治療的熱衷。

從以上歷程體驗治療模式的技術來看，主要是運用個案中心和完形治療的方法，將Rogers所強調的「同理的瞭解」，轉化為兩種處理特定情緒問題的策略，包括系統喚起與探究當事人感到困擾的情緒經驗，及同理地珍視(empathic prizing)當事人情緒上的弱點；再借用Gendlin所提出的內在專注技術來處理當事人難以清楚表達的感受感覺；此外，再運用完形治療方法的雙椅對話來處理當事人情緒分裂的問題，以雙椅演出來處理當事人的自我阻礙，以空椅對話來處理當事人的未竟事務。也就是說，當事人和治療師真誠的接觸、同理和對話。建立治療師成為有幫助的他人，從真誠同理和珍視關係中改變對外在世界的觀點。

肆、體驗治療與性侵害受害者之相關研究

歷程體驗治療的相關研究較少，國內洪素珍(2000)在臨床研究中發現性創傷者復原過程有四個系統，包括與性創傷者相關的一些因素(性創傷者相關的性侵害經驗、家庭情況、童年經驗、個性、成人生活、不同關係形式、被諮商經驗、社會上對性、貞節及相關性議題的看法及性創傷者之宗教信仰等)、性創傷者自我(分為正向自我與脆弱自我)、未了事件及復原過程結果，這四過系統對復原過程皆有正負向的影響。洪素珍(2000)進一步指出，性創傷者的內在資源(個人內在正向部份)與外在資源將影響整個復原過程，所以治療師必須探索性創傷者內在資源(自我覺察、自我接納、有能力感受自己感覺、

認知能力與改變因應方法的能力)、外在資源(父母、配偶、朋友與團員支持、及一些生活上的正向經驗)與性侵害的經驗是同等重要。她認為性侵害復原過程的動力類似水波，可以由任一範圍開始，其動力似水波一樣影響其他範圍或系統，因此，復原過程在本質上是具有動力的，將永遠具有改變的推動力。每一個性創傷者可以由生活中最引起關心的任一議題開始復原，而復原的動力將影響性創傷者的內在自我或與外界關係，且各個復原結果互相影響。

此外，吳就君等人(2000)以心理劇研究國內11位約會強暴性創傷者治療效果，以情緒、哀悼與自我肯定自編量表進行前後測，其中五人有顯著進步，吳就君等人認為「家庭關係一有重要他人支持」會影響性創傷者改變的動力。

國外Ellenson(1986)與Gelinis(1983)指出，體驗治療提供具有嚴重創傷歷史之當事人一個治療機會，特別是性創傷者(引自張莉莉，2002)。另外，Paivio和Nieuwenhuis(2001)針對32位兒童性創傷(情緒、身體和性)的成人倖存者，運用情緒理論和體驗治療理論為主，接受20週的處遇，實驗組先接受處遇，控制組延後再接受處遇，結果發現前者在多個範圍的困擾上有改善，控制組在完成處遇後同樣地也有改善，兩組持續追蹤9個月仍是有持續性改善的效果。

再者，Elliot, Greenberg 和Lietaer(2004)針對創傷和虐待為研究對象，以實驗組和對照組做比較，發現歷程體驗治療是一個有效和特殊的治療模式。再者，Paivio 和 Greenberg(1995)研究歷程體驗治療處理未竟事務，特別使用空椅

法；針對身體、情緒、性虐待和一些診斷為PTSD的當事人，結果顯示歷程體驗治療前後有顯著性改變，且歷程體驗治療比心理教育治療好（引自Elliot, Davis, & Slatick, 1998）。綜合以上的研究顯示，歷程體驗治療其實適合運用於處理性創傷的對象。

伍、結語

由於性侵害受害者對於創傷以高度視覺形象儲存，使得創傷情境一再重現，而體驗治療幫助當事人在安全的環境，而能重述情境，以減少因語言轉換而產生的失真現象；性創傷者容易隔離極度恐懼、無助及毀滅性感覺，而在創傷復原的過程中，恢復感覺是有必要條件，而體驗治療幫助當事人進入其問題情緒層面。性創傷者對他人或外界過度警覺，而體驗治療的治療師能同理性敏感創傷者的經驗，傾聽當事人而不強迫他們。當治療師和當事人形成同盟關係，治療師建立有助力的代表，此時治療師再運用介入的方式，進行治療性工作，如空椅法或雙椅法。增進當事人更接近其內在經驗，如喚起過去隱藏的事件和情緒；當事人的情緒和認知被整合後，再連結其他的助力，做有意義的事以跳脫創傷，面質內在的脆弱，面對阻力或甚至是加害人，或克服自己底層的部份，幫助當事人重新再建構與創傷聯結的想法，重新再感覺，且能繼續前進生命的計畫（life projects）和故事。

參考文獻

- 孔繁鐘編譯(2007)。精神疾病診斷準則手冊DSM-VI-TR。台北：合記圖書出版社。（原著出版於2000）
- 吳就君、梁玉麗、林燕卿、陳青蕙及吳慈恩(2000)。約會強暴生存者的心理劇治療與實務—台灣經驗。中華團體心理治療，6（1），11-19。
- 陳若璋(2000)。兒少性侵害全方位防治與輔導手冊。台北：張老師。
- 張莉莉(2002)。性侵害倖存少女心理劇治療歷程與結果之個案研究。國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所博士論文。
- 蔡麗芳(1997)。體驗治療的理念與技術。台南師院學報，30，123-134。
- 陳筱萍、周煌智(2006)。性侵害犯罪受害人的創傷與治療。載於周煌智、文榮光主編，性侵害犯罪防治學—理論與臨床實務應用。417-434。台北：五南。
- Anderson, G., Ross, C. A. & Yassenik, L. (1993). Dissociative experience and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child abuse & Neglect, 17*, 677-686.
- Elliot, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). *Research on Experiential Psychotherapies*. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5th ed., pp. 493-539). New York: John Wiley & Sons.

- Elliot, R., Davis, K. L., & Slatick, E. (1998). *Process-experiential psychotherapy for posttraumatic stress difficulties*. (pp. 249-271). In Chap 11, In L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.) (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L., & Elliot, R., (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: The Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., & Lietaer, G. (Eds.) (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Hung, Su-Chen (洪素珍) (2000). *The Process of Recovery from Childhood Sexual Abuse for Female Survivors in Taiwan*. University of Durham. Unpublished Dissertation.
- Lebowitz, L., Harvey, M., & Herman, J. L. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, *8*(3), 378-391.
- Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A Preliminary Study. *Journal of Traumatic Stress*, *14*, 115-133.
- Watson, J. C., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (1998). *The experiential paradigm unfolding: Relationship and experiential in therapy*. (pp. 3-27). In Chap 1, In L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.) (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wolfe, B. E., & Sigl, P. (1998). *Experiential psychotherapy of the anxiety disorders*. (pp. 272-294). In L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.) (1998), *Handbook of experiential psychotherapy*, New York: Guilford.