

敘事諮商對性侵害議題 的檢視與實務應用

林杏足(彰化師範大學輔導與諮商學系)

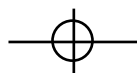
壹、前言

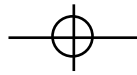
性侵害的議題長期是個禁忌，對受害者而言是難以抹滅的傷痛，對受害者家庭則是視之為不可告人極力想要隱藏的秘密，而社會上對此一暴力犯罪行為充斥著似是而非的觀點，致使性侵害受害者在面對個人創傷及龐大社會壓力下，經常消逝了聲音，只能選擇暗夜哭泣。正因如此，性侵害的統計資料一直難有正確的數據，然而由有限資料的推估計算，兒童與青少年是主要的受害群體。在美國，根據推估約有7%到17%的青少女在兒童或青少年期遭受到性侵害(Buzi, Tortolero, Smith, Ross & Roberts, 2002)。國內根據警政署統計各縣市警察機關受理性侵害案件，已由民國87年的1701件增加至民國91年的3114件，其中受害者年齡由8-18歲的兒童及青少年，約佔六成。面對不斷累近性侵害案件，國內對性侵害受害者的處置仍偏重危機性介入，對於自創傷經驗倖存下來的後續治療及成效，較少被探討(吳麗琴，民90)。因此，本文擬以性侵害生存者的諮商為重點，檢視傳統諮商取向對性侵害生存者治療觀點的限制，進而探討敘事諮商在性侵害生存者的應用。

貳、性侵害的身心症狀是創傷反應或生存策略？

性侵害是指違反個人意願，從事任何形式的性接觸，包含強暴(rape)及亂倫(incest)。精神醫療和心理諮商均視性侵害為鉅大創傷事件，將嚴重危害其身心健康。根據研究及臨床資料顯示，不管是兒童、青少年或成人遭遇到性侵害事件皆對其生理、心理及行為上造成重大影響。短期的效應包括產生情緒、行為、社交及性功能等問題(陳若璋，民89)。長期的效應包括低自尊、憂鬱、罪疚及羞愧感、疏離及孤獨感、不良的人際關係、創傷後症候群(PTSD)、邊緣性人格及各種人格障礙(王燦槐，民89；Turner, 1993；Nereo, Farber, & Hinton, 2002)。兒童與青少年的性侵受害者亦常出現自殺意念、反社會行為、酒精及物質濫用、危險性行為等問題(Nagy, 2000)。

基於性侵害經驗對受害者具有長期身心負向影響，臨床工作者均強調應積極介入，以免此類創傷轉化為其他症狀或是長期運用防衛機制行為，導使受害者在人格、人際關係、親密關係及親子關係的負向發展。提供適當的方案和處置是受害者朝向復原的重要關鍵。Sanderson





(1995)指出，臨床上治療性侵害受害者的模式有三類：經驗治療(experiential therapies)、認知治療(cognitive therapies)，以及行為治療(behavioral therapies)。諮商師所持不同的理論取向對性侵害生存者適應問題採取的假設、目標及策略亦各有焦點，但共同治療重點和目標有下列八項(吳麗琴，民90；洪素珍，民85；陳若璋，民89)。

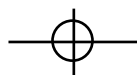
1. 對焦在受虐經驗，在安全信任關係中敘述性侵害經驗，以真實面對，找到意義。
2. 能檢視性侵害帶來影響，包括：情緒與感受、人際關係模式等議題，並能進一步處理及面對。
3. 認知重整，化解受創事件帶來的身體及行為的不適應反應。
4. 建設性表達憤怒情緒。
5. 發展控制感，包括放棄受害者角色，確認控制自我破壞和自傷的行為。
6. 整合對自己身體意象的感受。
7. 增加自尊與自信。
8. 建立社會支持網絡，和外界恢復溝通聯繫。

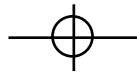
在治療處遇方式採取個別或是團體方式，各有其利弊。為能協助受虐者敘說其故事，治療的脈絡應考量當事人狀況，個別或團體皆為可選擇的選項。DeYoung和Corbin(1994)認為個別諮商可以提供安全結構性的脈絡，使其能敘說故事並朝向解決創傷的方向邁進，但需留意專業關係中權力的不對等議題。團體治療所強調的平等互惠、支持的關係及經驗的普同感則可緩和因性侵害導致的人際疏離，正常化其問題，經歷人際的

信任，增進因應技巧，相互檢視因危機所產生的自我破壞性思考型態。同時這些受虐者經驗來自失功能或施虐的家庭，他們彼此間的分享和支持可提供一項修復性撫育經驗(Asner & Marotta, 1999; DeYoung & Corbin, 1994)。

有關性侵害經驗對個體身心適應違害的研究及論點，提供臨床實務工作者重要的了解和評估的基礎，是欲協助性侵害受害者的相關專業人士必須擁有的基本知能。然而，Adams-Westcott和Dobbins(1997)認為以精神醫療為主的病理觀過度重視性侵害立即及長遠的傷害性，將強化受虐者的負向自我故事，致使過度將性侵害受害者在生活轉換期的適應及壓力狀況解釋為創傷症候群，忽略並非每個受害者都有同等嚴重的PTSD或病理症狀。

有別於病理心理的觀點探討個體心理適應不良的症狀、傷害、缺點、問題的來源等危險因子，復原力(resilience)的研究由個體如何自高壓力、創傷經驗中因應、復原與正向發展角度來理解性侵害生存者的經驗。許多遭受性侵生存者並未出現前述之症狀，展現功能良好的運作，這些具復原力的案例，他們身上具有能夠抵擋早年創傷的負向影響，引起研究者的注意(Nereo, Farber, & Hinton, 2002; Spaccarelli & Kim, 1995; Valentine & Feinauer, 1993)。吳麗琴(民90)綜合整理性侵害受害者適應的相關研究，將性侵害受害者的復原因素歸納為四方面：1. 歸因型態、2. 內外控人格/自我價值感、3. 家庭凝聚力、4. 家庭之外的社會資源。其中前二項為個體的內在資源，後二項為個體和環境資源的正向連結。有關性





侵害復原力的研究提供了實務工作者思考正向保護因子在創傷復原上的功效，此一觀點的轉換帶來發展有效預防及處理策略的契機。

傳統心理健康觀衍生的性侵害治療模式，不管是個別或團體治療，多強調透過創傷經驗的體驗、鼓勵表達和宣洩以達淨化效用及切斷扭曲認知，或由改變受害者的認知評估，或是改變失功能行為模式以重建適應行為等方式，協助受害者重返正常適應之生活(Draucker, 1992; Sanderson, 1995)。檢視這種對性侵害受害者所持內在病理的看法，White(1995)指出治療師要求受害者重返創傷經驗是相當危險，將讓受害者再次經歷創傷。他認為受害者在創傷經驗中，處於被他人權力壓迫和控制，對自己行為及情感失去控制的無力、沒有選擇權的狀況，受害者經常會使用所謂「解離」防衛方式以逃離傷害，這是相當不容易的存活策略，也是受害者在當時最佳的選擇。然而重返創傷的作法，隱含著對受害者面對創傷所採取反抗壓迫的選擇的否認。這種觀點的背後其實承載著社會文化脈絡中公認的心理健康觀：面對問題是好的，逃避是不好。在這種論述下，治療者貶抑了受害者的因應技巧和內在資源。

Himelein和McElrath(1996)在性侵害生存者身上發現，認知評估創傷經驗，不一定要基於事實，適度的扭曲事實以自我增強，是有助於心理健康。正向的幻想能使受害者對控制威脅生存的重大創傷具有誇大的知覺和信念，不合實際的樂觀也能使受害者在重大創傷中找到希望感，得以避免負向思考及無助感，能

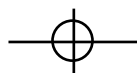
讓人向前看而不停留在創傷經驗的泥淖之中。上述研究結果與傳統心理健康觀認為個案要對事件有合理正確的自我知覺方能有心理健康的看法衝突。

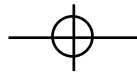
由於傳統上有關性侵害治療的介入取向實隱含著內在病理觀，強調性侵害經驗對個體內在存在固定的心理創傷，對人格、自我價值、人際關係、信任感之嚴重損傷，忽略社會脈絡的主流論述可能對性侵害生存者的壓迫。Naples(2003)便指出當代精神醫療對於性侵害生存者的論述明顯地落在專家的角色上，她提醒心理健康人員也可能誤用權力在性侵害的女性個案上。因此心理健康人員應檢視其專業論述可能帶來的壓迫性，力求在專家語言和以生存者為專家之間取得平衡與妥協，以形塑一種讓生存者有勇氣發聲的關係，讓生存者能以自己的語言思考和敘說。

參、靜默或發聲——性侵害何以難以敘說？要如何敘說？

陳若璋(民89)指出遭受性侵害者期間約有3.8年，在實務經驗和相關案例報導中發現，性侵害生存者經常是事隔多年才舉發或回頭整理此一經驗。臨床和研究皆顯示，性侵害受害者一旦能夠打破沈默較有機會中止不當的對待，較能獲得必要的協助和治療。然而，面對此一鉅大創傷，為何會選擇不說？是不要說？還是不能說？這涉及性侵害經驗的文化背景及社會脈絡，而使這些青少年不能獲得及時且必要的協助。

受害者選擇沈默的原因：包括害怕、羞愧、和困窘。因為擔心被家人或





朋友認為有汙點，致使許多兒童與青少年從未說出他們的經驗。尤其加害者如果是熟識者，要說出經驗則更加困難，對於揭露後家人反應的不確定性，更讓受害者選擇靜默(Buzi, Tortolero, Smith, Ross, & Roberts, 2002; Nereo, Farber, & Hinton, 2002)。Adams-Westcott和Dobbins(1997)認為當兒童試圖表達他們的經驗時，成人不當反應會支持受虐故事的繼續發展。如亂倫事件，成人經常無法接受而否認否定，這不只傷害原本的信任關係，同時使受害者經歷無力、無望的感受，失去對自己身體和情緒的自主感。

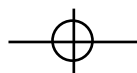
由於性侵害的加害者多數是熟識者，加害者會為其暴力行為尋找藉口，透過肢體暴力、利誘安撫，或是利用受害者的羞愧感及可能被棄養的恐懼，威脅受害人不得告訴任何人發生了什麼事情。使受害者自我責難，自我厭惡及自我處罰，不相信自己的經驗，也由於害怕說出來的後果，將讓他們永遠保有他們被虐待的秘密(Mcleod, 1997)。

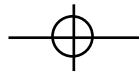
個人所處的社會中流傳文化故事會決定個體如何述說其經驗。Adams-Westcott和Dobbins(1997)認為文化期待會塑造影響個體如何看待自己的身體，性別及外表和飲食。性別的議題亦然，Carol Gilligan嘗言，女人會失去他們的聲音，以符合他人經驗的方式來敘述自己的故事，女性經常為了取悅男性而放棄自己的發聲權和價值(Zimmerman, & Dickerson, 1994)。西方對於男人的性認為是衝動，不可控制的，這種觀點讓男性取得合法的地位用強權去滿足其性驅力。然而，性侵害事件基本上是一種人際暴力，他是男性展現權力(power)的形

式。權力代表控制，且其建立在階級制度上，在上位者透過掌握階級的制定與規則來控制他人，而男性權威及優越情節的性別主義意識型態，更強化了男性使用暴力的行為。受害者在生理與心理不斷地遭受創傷之後，通常會扮演取悅者、依賴者、罪人或烈士的角色，作為自衛或繼續存活的方法，以免受到更多的暴力迫害(畢恆達，民87)。同時社會上對性的態度也會影響到受虐者如何說自己的故事。由於視性侵害為性經驗，而讓遭受性侵害的兒童和青少年認為自己是髒的，他們會自責自己在性侵過程身體有愉悅的反應，以及他們為何沒有能夠制止受虐的發生。

此外，諮商關係中不對等的權力關係也可能促使受害者沈默。Haugaad(1992, 引自deYoung & Corbin, 1994)指出受害者不僅不願敘說其經驗也不願投入治療關係中。受侵害者對人的信任感嚴重受到損傷，會發展出人際關係的內在認知和信念，不利於治療關係的發展。被法院裁定治療的兒童會視治療為處罰或自己是有病的，這將導致受害者對治療者的不信任，也強化其對於性侵害經驗是個人責任的認同；同時在與治療者的權力不對等關係中，治療過程會談論到性行為及相關議題，同時強調保密經常會感受到這關係似乎是個秘密，易將治療視為虐待的複製。

性侵害本質上是一暴力的犯罪行為，加害者運用暴力威脅加諸受害者身上，透過權力壓迫和控制以宰制其自主性，使受害者對自己行為及情感失去控制感。由於這是透過性接觸的方式進行暴力行為，使得問題變得複雜，治療工





作也就困難重重。Draucker(1998)指出強調以症狀為主的介入取向存在許多限制，包括忽略生存者的生命經驗長期遭受不同型式暴力的深遠影響；無法關注到隱藏於親密人士為加害人的性侵經驗中所涉及的關係議題(例如信任的背叛)或是現實議題(例如長期持續的安全考量)。同時，過度以症狀為導向，會將所有的症狀皆武斷地診斷為暴力的結果，忽略生活中其他事件的影響及干擾，而強調女性的症狀，也將遮蔽了強暴事件的政治意涵。

諮商工作者了解上述，是為了在與性侵害生存者工作時，不僅站在個人創傷經驗角度予以理解，更要由社會文化脈絡及權力的政治意涵進行反思，方能提供有效協助。當我們逐漸用「生存者」(survivor)來取代「受害者」(victim)時，意味著要重新定義個體和其受害經驗的關係，讓個體的生命經驗發聲，重視敘說的過程，對經驗賦予意義，以形成主體性。

肆、敘事諮商在性侵害個案上的應用

Combs和Freedman(2004)認為敘事取向諮商師受後現代世界觀的影響，不嘗試致力於解決問題，而是著重透過對話以豐富自我與他人生命經驗的敘說，與當事人共同合作改變其生活，從中發展出「豐厚的敘述」，發現生命經驗裡不受擾於充滿問題故事線的豐富、有意義、多重標準的部份。White和Epston(1990)指出來談當事人所描述的故事都是「充滿問題」的故事，因此敘事治療師的首要目標即是協助當事人發現在他們活過的故事裡被忽略的情節，發現並活出他們

所偏好的故事，藉此以重寫自己的生命。敘事治療在於重說生命故事，強調被痛苦與壓迫覆蓋住的主流故事下之獨特結果。獨特結果之於性侵害的生存者，即是人們儘管仍然受到暴力及不當對待的壓迫時還是能彰顯長處與能力，或是在某些不被原本定義他們生活的困擾所限制住的時刻(Draucker, 1998)。

要讓原本無法出聲的受壓迫經驗得敘說，敘事諮商師透過保持「不知道」(not knowing)的好奇立場來傾聽當事人的故事以擺脫專家的地位，企圖與個案創造一個平等、尊重的伙伴關係及對話空間(Adams, 1997; Anderson, 1997)。

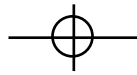
敘事諮商基本上是治療師與當事人共同建構故事的對話過程，透過對話在塑造一個分享知識權力與合作諮詢的平等關係與歷程。其諮商過程約略分為四個階段：1.外化對話(externalizing conversation)；2.解構(deconstruction)問題故事以發現獨特結果(unique outcomes)；3.重寫(re-authorizing)；4.鞏固新故事：招募觀眾作見證、使用治療性文件。(吳熙瑁，民90；Freeman & Combs, 1996；McLeod, 1997；Zimmerman & Dickerson, 1996)。

Adams-Westcott和Dobbins(1997)應用敘事諮商於性侵害的兒童與青少年，茲諮商過程和重點，分別說明如下：

一、初次晤談

首次晤談提供一項重要的機會來協助兒童與受虐故事分開。初次晤談時敘事諮商師致力於了解個案生活中重要的事務與經驗，詢問有關他的朋友、老師、興趣、寵物、學校中喜好的科目等諸如此類的經驗。此外，諮商師有興趣





於發現並了解受虐青少年每天生活中沒有被受虐及效應所控制的各種層面。同時也傾聽青少年所提及那些能看到她不被受虐故事影響的相關人士及經驗。

二、和受虐故事分開的歷程：使用問題外化

外化式對話，即是使用語言或活動的方式將問題定位在個人之外。可以給個名字，繪畫或其他非語言方式使其視覺化地表現，並需小心地使用受虐兒童及青少年經驗中的語詞及非口語的表達。外化式描述經常是貫穿整個治療過程，包括受虐經驗、身心症狀、性侵受虐的效應、受虐故事、信念、互動型態、文化期待、任何支持受虐故事的常規。

敘事治療師以將問題外化的方式介入個案，透過以問問題的方式，一方面將生存者與受虐故事分開，另一方面將提供空間讓未受到壓迫的故事得以有機會被敘說。Smith(1997)便認為敘事諮商的問題外化的對話，可以讓受虐當事人自一種長期的、慣性的、及削弱力量的思考和存在方式中掙脫，而逐漸與問題重重的生活型態分開時，他們會正視那些長期被忽視、不被注意到的有力量的、自主的自我故事。

三、協助兒童經驗自主和能力感：使用獨特結果的對話

獨特結果是指那些無法由充滿問題的主要故事所預測的情節或經驗(Freeman & Combs, 1996)。White(2001)認為那些與主要故事不相符的、矛盾的事件與經驗，在平時無法出現，是因為生活中無資源可以讓其出現，諮商中便要去發現

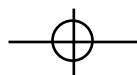
那些未伴隨在主流故事中的感覺與生命經驗，White與Eptson(1990)稱這些以前被忽略但卻生動的生命經驗為「獨特結果」。Adams-Westcott和Dobbins(1997)在和性侵害兒童和青少年工作時，會透過下列方式協助當事人發現獨特結果，體驗能力感和自主性。

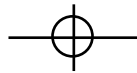
1. 不詢問有關受到傷害的細節，以避免再次經歷無力與無助感。所謂釋放創傷經驗將複製無力感及再次受創的潛在危險。但會小心地提供機會讓兒童得以確認這些經驗。敘事諮商師相信受創傷的經驗發生在過去，及可能對現在產生影響，但未必對未來仍有持續性的影響，外化問句及其相對影響問句可用來了解兒童和青少年的經驗。

2. 探詢在過去及現在有關能夠抵擋虐待效應的時刻和經驗。例如她能克服害怕、禁令(secretcy)向某人訴說受虐經驗；當加害者指責受虐是兒童自找時，仍能了解加害者是有責任的；她能克服想要放棄自己的聲音的念頭，而能分享想法和感受的時刻；她拒絕在關係中獲得好處的時刻；能被認可一項成就的時刻；被某位她所敬重的人士以一個人尊嚴和價值所對待的經驗。

3. 定位在與虐待故事不相容的經驗，以引出當事人的內在知識。透過問句、遊戲、戲劇來邀請兒童展現他們是如何完成其成就。相對於討論問題時的外化式語言，在討論支持他們完成成就的特性和技巧時，使用的是內化的語言。

4. 由不同的人物的觀點來豐富受虐兒童的正向特質和能力。





四、發展及支持喜好的故事 (developing and supporting preferred stories)

Freeman和Combs(1996)認為要發展對抗充滿問題故事的替代故事，便是要發展豐富、詳細而有意義的故事。細節的描述創造景象讓人神遊其中，其間的情緒、想法、表情、行動都能豐富故事，使之成為真實的存在。要引導人說出故事的細節，可以詢問經驗或事件的各種特徵和觀點。重寫故事時，便要透過問句引發對話，好搭起支架讓當事人由不同的人、時空，立場等面向來寫自己的故事。

White(2001)認為一個完整故事的結構要包含：事件(events)、順序(sequences)、時間(time)、主題或情節(theme or plot)。重寫故事的過程亦即要將與受虐故事不符的獨特結果事件納入當事人的生活中，敘事諮商為了要讓獨特事件進行生活，須透過不同事件連結，並經由時間而成為一個能與受虐故事相對抗(counterplot)的故事線。

同時間，一旦開始重寫故事，治療便要協助如何讓新故事在諮商室或諮商室外，成為可以分享和生活的經驗。其作法如下(Adams-Westcott & Dobbins 1997)：

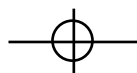
1. 邀請具支持性的父母加入治療，一方面外化受虐故事及其效應，並發現區辨那些是支持受虐故事的經驗，那些是有效的對抗經驗。同時，透過提問由父母眼中發現在過去生活中那些他目睹到兒童青少年正向發展及成功經驗。父母可以協助兒童發現早年有關能力及勇氣的故事。

2. 由兒童指定對其是重要的人士來參與治療、團體聚會或慶祝會。協助兒童尋找並組織撫育團隊(nurturing team)(White, 1995)，以共同對抗受虐故事的壓迫。這些重要人士可以一起歡慶兒童經驗這些挑戰的勇氣和成就，並見證及支持其繼續去活出新／偏好的故事。

3. 團體治療是提供另一種相當有力量的環境以協助兒童遠離孤立，團體成員可以分享彼此經驗，並藉由諮詢彼此如何能夠克服受虐經驗的影響而重現能力。

伍、結語

每一位遭逢性侵害的個人，不僅只是被動的受害者，更是其生命奮戰的生存勇士。創傷模式提供心理健康工作者一個理解性侵害個案的理論和治療基礎，而敘事諮商立基於後現代思潮和社會建構觀點，則開展單狹病理觀點的多元面向，提醒心理健康工作者在面對性侵害個案時，應檢視其專業論述可能帶來的壓迫性，力求在專家語言和以生存者為專家之間取得平衡與妥協，以形塑一種讓生存者有勇氣發聲的關係，讓生存者能以自己的語言思考和敘說。同時敘事諮商關心性侵害個案在主流論述壓迫下的弱勢聲音，期使透過平等關係、好奇的眼光、不知道的態度，讓當事人拿回生命的主宰權，讓原本無法出聲的經驗，不能述說的故事有機會被表達，讓聲音可以被聽見，在社群當中可以大聲說出他們的需求與關切點，因而啟動性侵害生存者對自己生命歷程中面對創傷所展現的內在能力與資源。因此，敘事諮商不僅提供性侵害個案治療的不同參考架構，更重要的是揭示專業工作者的反思態度以及看待生命的多元視角。



參考資料

- 王燦槐(民89)。高中輔導教師性侵害實務工作研討會手冊。新竹：交通大學諮商中心。
- 吳熙瑁(民90)。敘事療法：重寫你的生命故事工作坊。台北市張老師諮商輔導中心舉辦。
- 吳麗琴(民90)。性侵害受害者個別諮商心理歷程之分析研究。彰化師範大學輔導與諮商學系碩士論文，未出版。
- 洪素珍(民85)。性受虐者諮商歷程初探，*中華心理衛生學刊*，9(1)，67-92。
- 畢恆達(民87)。性侵害與性別歧視。*兩性平等教育季刊*，1，43-46。
- 陳若璋(民89)。兒少性侵害全方位防治與輔導手冊。台北：張老師。
- Adams J. F. (1997). Questions as interventions in therapeutic conversation. *Journal of Family Psychotherapy*, 8(2), 17-35.
- Adams-Westcott, J. & Dobbins, C. (1997). Listening with your "Heart Ears" and other ways young people can escape the effects of sexual abuse. In Smith, C. & Nylund, D.(Eds), *Narrative therapies with children and adolescents*. (pp207-212). NY: The Guilford Press.
- Asner, K. K., & Marotta, S. A. (1999). Group psychotherapy for women with a history of incest: the research base. *Journal of Counseling and Development*, 77, 315-323.
- Buzi, R. S., Tortolero, S. R., Smith, P. B., Ross, M. W., & Roberts, R. E. (2002). Young minority female 'perceptions of sexual abuse : A focus group approach. *North American Journal of Psychology*, 4 (3), 441-456.
- DeYoung, M. & Corbin, B. A. (1994). Helping early adolescents tell: A guided exercise for trauma-focused sexual abuse treatment groups. *Child Welfare*, 73(2), 141-146.
- Draucker, C.B. (1992). *Counseling survivors of childhood sexual abuse*. Newbury Park: Sage.
- Draucker, C. B. (1998). Narrative therapy for women who have lived with violence. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(3), 162-168.
- Combs, G., & Freedman, J. (2004). A poststructuralist approach to narrative work. In Angus, L. E. & McLeod, J. (Eds.). *The handbook of narrative and psychotherapy*. (pp137-155). London: Sage Publications.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- Himelein, M. J., & McElrath, J.A.V. (1996). Resilient child sexual abuse survivors: cognitive coping and illusion. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 747-758.
- McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. London: Sage.
- Nagy, S. (2000). Psychosocial and behavioral measures among female adolescent victims of sexual abuse: Differences based on perpetrator identity. *American Journal of Health Studies*, 16(1), 1-6.
- Naples, N. A. (2003). Deconstructing and

- locating survivor discourse: Dynamics of narrative, empowerment, and resistance for survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Women in Culture and Society*, 28 (4), 1151-1185.
- Nereo, N. E., Farber, B. A., & Hinton, V. J. (2002). Willingness to self-disclose among late adolescent female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (4), 303-310.
- Sanderson, C. (1995). *Counseling adult survivors of child sexual abuse*. London: Jessica Kingsley.
- Smith, C. (1997). Introduction: Comparing traditional therapies with narrative approaches. In C. Smith & D. Nulund (Eds.), *Narrative therapies with children and adolescents*. N.Y.: The Guilford Press.
- Spaccarelli, S. & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1171-1182.
- Turner, S. (1993). Talking about sexual abuse: The value of short-term groups for women survivors. *Journal of group psychotherapy, psychodrama & Sociometry*, 46(3), 110-121.
- Valentine, L. & Feinauer, L. (1993). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *The American Journal of Family Therapy*, 21(3), 216-224.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews & essays*. Adelaide Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2001). *與敘事治療大師 Michael White 面對面—重展生命光彩工作坊*. 台北市張老師諮商輔導中心舉辦。
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. NY: W.W. Norton.
- Zimmerman, J., & Dickerson, V. (1996). *If problems talked: Narrative therapy in action*. NY: The Guilford Press.
- Zimmerman, J. L. & Dickerson, V. C. (1994). Using a narrative Metaphor: Implications for theory and clinical practice. *Family Process*, 33, 233-245.