

以心智化為導向及神經系統為基礎之兒童創傷 諮商初探

廖偉舟¹、黃宗堅^{2*}

¹ 國立彰化師範大學輔導與諮商學系 博士研究生

² 國立彰化師範大學輔導與諮商學系 教授

摘要

當前有關兒童創傷諮商的理論主要是依據心理學的原理而建立，較未探討與創傷的神經機制之關係，因此關注於不同的諮商技術或原理是否會因為與神經機制相悖離而減低諮商效果。本文從神經系統因應壓力的機制，整合心智化治療的觀點來理解兒童創傷的形成與發展，企圖建立兩者間一致性的處遇原則而使諮商效果得以提升，並整理出兒童創傷諮商指引，主要內容為：1.由下而上（button-up）的創傷處遇方向；2.首要建立安全信任的依附基石；3.提供支持性的人際社交經驗；4.運用以感覺為基礎的創傷介入方式。並在此基礎上融入創傷後成長的復原觀點，並運用表達性藝術治療為媒介，構建兒童創傷的整合性諮商架構—「侵入性反芻（Intrusive Rumination, IR）→運用表達性藝術治療（Expressive Art Therapy, EAT）為媒介→轉化為精緻性反芻（Deliberate Rumination, DR）」，意指藉由表達性媒材或方式為媒介，促使侵入性反芻轉化為精緻性反芻，其中轉化的機制源自於表達性藝術治療相應於神經系統的感覺運作形式，能夠成為兒童創傷之載體，協助兒童表達情緒，進而達成修正認知、重構意義之橋接功能，達到提升心智化的能力，協助調節情緒與創傷復原。

關鍵詞：心智化治療、兒童創傷、多重迷走神經理論、表達性藝術治療

*本文通訊作者：黃宗堅；通訊方式：(04)72321055 轉 2226，50007 彰化市進德路一號國立彰化師範大學輔導與諮商學系，tchuang@cc.ncue.edu.tw。
DOI: 10.53106/2304781X2025051301002

緒論

依據臺灣衛生福利部的統計，近年來因為疏忽、虐待、遺棄、目睹家暴、不當管教、物質濫用等因素而通報的兒少保護事件，從 2016 年的 54,597 件逐年增加，2020 年已達 82,713 件，2022 年 83,101 件，2023 年更是突破 10 萬件，達到 103,035 件，其中需要提供處遇計畫者高達 24,339 案，遭受虐待的兒少高達 12,646 人（衛生福利部，2024）。童年逆境經驗（Adverse Childhood Experience，簡稱 ACE）的研究顯示，兒童若經歷照顧者的忽視（例如情感、身體的忽略）、虐待（例如身體、精神、性的虐待）、家庭失功能的成長經歷（例如父母離異、目睹暴力、親職化）或校園霸凌等，都可能導致創傷反應（張閔淳、陳慧娟，2021；蔡秀玲、鄧文章，2019；Felitti et al., 1998），且隨著時間累積愈多的逆境經驗，對其往後的適應困難與挫折也愈大，甚至導致嚴重的壓力疾患（Evans et al., 2013; Hunt et al., 2017; LaNoue et al., 2020; Oh et al., 2018），顯示亟需對兒童的創傷問題有適切的了解，並能夠提供有效之處遇。

然而兒童創傷的原因複雜多元，且創傷表現亦因個案而有所差異，難以完全掌握，不過大致上還是可以區分為生理、心理及社會等層面之因素。研究者發現當前對兒童創傷的介入還是多以心理學的理论為主要依據，但是從醫學診斷的角度來看，創傷的反應有相當多且複雜的生理行為症狀，例如睡眠失調、焦躁衝動、昏厥、心跳血壓異常、呼吸困難等等，其中涉及的生理機制主要是神經系統，面對壓力與威脅，神經系統自有其維持生存的適應機制，例如戰、逃或凍結反應（fight-flight-freeze），但事實上，生理與心理對壓力的反應並非各自獨立的，而是適應機制的一體兩面，相互影響的（劉効樺，2012），因此，在進行創傷處遇時應當同時考量這些因素在兒童身上造成的影響，這部分則是當前創傷處遇較為不足之處。有鑑於此，本文的目的即在於從神經機制的角度理解兒童創傷，藉由結合心理治療模式，使創傷治療的介入除了依循心理學的原理，也能整合神經系統因應壓力及威脅的生存機制，達到情緒調節與創傷復原的效果。同時，由於兒童有其獨特的發展特性，因此本文同時融入有關兒童的身心發展與創傷特質做整合性的探討，如此才能針對兒童的創傷問題共構出適切有效的處遇方法。

綜上所述，本文的探討主要在於整合神經系統、心理學模式、兒童的發展特性與創傷特質，構建適用於兒童創傷處遇的參考架構。在神經系統方面採取的理論依據主要是多重迷走神經理論、神經序列治療理論、體感理論，在心理學模式方面則擷取心智化治療（Mentalization-Based Treatment，簡稱 MBT）的觀點，並藉由整合上述的觀點，構建兒童創傷之諮商架構，提供做為實務工作之參考架構，以下逐一進行探討。

兒童的身心發展與創傷特質

一、兒童的創傷原因

過去有關 PTSD 的研究主要聚焦於單一或突發的重大壓力事件，如戰爭、災難、性暴力等，較沒有特別區分兒童與成人的差異（Hamby et al., 2021）。然而近年來有關兒童逆境研究（Evans et al., 2013; Hunt et al., 2017; LaNoue et al., 2020; Oh et al., 2018）及衛生福利部的統計（衛生福利部，2024，詳見前言所述），顯示兒童常見的創傷原因是遭受長期、持續且重複的威脅性人際事件，亦有學者稱之為複雜性創傷後壓力症候群（Steele & Malchiodi, 2012/2020; Walker, 2013/2020），此研究趨勢使我們對於兒童創傷有愈來愈深入的了解與重視。對此，研究者整理 Cloitre 等人（2009）、Walker（2013/2020）與國際疾病分類第十一次修訂本（International Classification of Diseases 11th Revision, ICD-11）（World Health Organization, 2022）有關複雜性創傷對兒童造成的影響如下：1.長期且持續地暴露於一個或多重人際壓力，例如遺棄、背叛、騷擾、虐待、目睹暴力或死亡、身體威脅等事件，而產生憤怒、恐懼、挫敗、無助及羞愧等的經驗與感受。2.持續性地調節功能失衡，包括情感功能失調（如憂鬱、沮喪）、身體功能失調（如失眠、疲累）、行為失調（如自傷、自殺）、認知失調（如內疚感、自責）。3.人際適應困難，如親密關係或與他人產生疏離、對立、不信任、過度順從等等互動障礙。4.容易出現負向的自我感與自我歸因、缺乏安全感、低自我價值感、羞恥或罪惡感等自我主觀感受。5.環境適應的功能障礙，在家庭、學校、職業、或社交關係中出現低自我效能。

由於兒童主要的成長環境是在家庭與學校，接觸的對象多為父母等重要親人、學校的同儕與老師等等，這些人際關係多是造成其人際壓力的主要來源，若持續性的發生，則容易累積壓力而形成創傷疾患，例如長期缺乏重要的依附關係，像是孤兒、被遺棄、受忽視或經歷受傷害的互動，如受虐、監禁、目睹家庭暴力等（吳東彥、黃宗堅，2019；沈瓊桃，2010；Shen, 2009a, 2009b）。又如在學校長期受到排擠、霸凌、孤立、師長的差別待遇等經歷（林采霖，2011；蔡秀玲、鄧文章，2019），這些情形都足以讓兒童對其自我認同、人際連結、安全感、情感調節能力、世界觀以及對未來的人生造成持續且嚴重的負向影響。

二、兒童的創傷反應

由於兒童的身心發展尚未成熟，其認知、自我表達、情緒調節與因應壓力

的能力仍在學習與發展中，此時若遭遇創傷事件，其出現創傷症狀的情形不僅明顯高於成人，其創傷後反應亦有不同於一般成人之處，若不察此差異，很容易疏忽兒童的創傷狀況，或甚至誤以為只是一般適應問題而未適時介入，延誤治療或甚至造成惡化。例如研究者審視精神疾病診斷準則 DSM-5（American Psychiatric Association, 2013）創傷後壓力疾患（Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD）的主要症狀為：「闖入性的再度經驗創傷；迴避與此創傷事件相關的刺激物；創傷事件後，會出現其他情緒及認知改變的信號；警覺度或反應性升高的症狀」（引自 Kring et al., 2013/2014, pp. 321-323）。光是從準則的描述，研究者實難區分兒童與成人的創傷反應有何不同，這會使人們不易掌握兒童在遭遇壓力威脅事件後，是否出現創傷的反應，以及創傷背後的意義為何。

兒童的創傷反應與其身心發展特質有著密切的關聯。由於兒童的認知發展尚處於具體運思期，不善於用抽象性語言表達情緒感受與想法，其神經系統的發展也尚未成熟，因此情感的表達常以感覺的形式呈現，不像成人可以做比較有結構性的陳述，也不善於敘述事件的整體經過，反而較習於用身體與行為表達感受和意見（Cook-Cottone et al., 2015/2019; Gil, 2017/2020; Shaffer & Kipp, 2013/2014），例如哭鬧、打人、罵人、摔東西、身體不舒服、不想上學等方式，這些不適當的行為反應常常讓家長、老師及周遭他人誤以為兒童是鬧脾氣、不聽話等偏差行為，因此更嚴加約束其行為或壓制其情緒的表達，而未能適切地協助兒童進行壓力調節或情緒的表達和紓解，這不僅造成孩子更加受挫，也強化了孩子使用壓抑及身體反應的方式來應付壓力，甚至陷入負向情緒與想法的反芻中，若長期下來可能形成強烈的無助感與無希望感，導致嚴重偏差行為或其它嚴重的後果，例如憂鬱、自傷、攻擊、吸毒、適應障礙等心理疾患。

兒童的創傷反應也與其神經系統的發展有相對應的關係，例如兒童較難以用精確的語言表達內在的感受與想法，與其語言認知發展的歷程有關，兒童習於以感覺的、身體的形式來承載壓力與威脅感受，則與大腦演化發展的順序有關，許多不成熟的反應，如自我控制能力、抽象性思考則與其前額葉的執行功能尚未發展成熟直接的關係（Shaffer & Kipp, 2013/2014; Steele & Malchiodi, 2012/2020）。由此來看，對於創傷兒童的初始介入方式，談話與認知較不易觸及兒童的感受經驗，兒童也不太能用語言的方式敘述內在的情感，因此研究者認為有必要整合神經系統的觀點，發展符合兒童心智能力的創傷介入方式，始能有效協助兒童復原。

創傷的神經適應機制

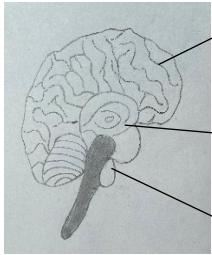
由於近年來認知神經科學的蓬勃發展，我們對於壓力如何造成身心適應問題、以及神經系統的損傷已有長足進步，其中也包含早期創傷經驗對神經系統造成的影響，亦進一步發現兒童經歷嚴重創傷事件與其未來產生心理疾患有關

著的相關，由此顯見整合心理諮商與認知神經科學來協助創傷兒童的復原之重要性（朱惠瓊，2022；劉効樺，2012；O’connor, 2022/2023）。本節之探討主要依據神經發展與壓力調節機制的相關理論，包含神經序列治療模式（Neuro-Sequential Model of Therapeutics）、體感記憶理論（Somatic Memory）及多重迷走神經理論（Polyvagal Theory）等模式，提出對創傷的理解、辨識和處遇的觀點（Fallot & Harris, 2008; Steele & Malchiodi, 2012/2020），以下逐一說明。

一、神經序列治療模式

神經序列治療模式（Perry, 2006, 2009, 2017/2018, 2019; Perry & Dobson, 2013; Perry & Hambrick, 2008）依據三腦一體理論（Triune Model）（MacLean, 1990）—「腦幹→邊緣系統→大腦皮質（前額葉）」，指出個體面臨壓力事件時，各自具有的調節功能，以及遭遇嚴重創傷時的失調反應，並依神經的發展特性提出創傷處遇的方式，如表 1 所示，例如當兒童突然遭受虐待、侵犯時，神經機制會立即啟動「戰、逃或凍結」的原始防衛機制，可能會驚嚇地說不出話，身體無法使喚，頓時被強烈的恐懼感受淹沒，此時高層的皮質功能受困，細微的感知能力被窄化，理性思維的功能受到凍結，以致無法適度調節當下面臨的威脅感受，就可能引發壓力疾患。

表 1
面臨創傷事件時的神經反應及治療方式

	三腦理論	功能	壓力及創傷反應	治療方式
	大腦皮質 —前額葉	執行功能 思考、覺 知、控制	執行功能受困， 感知能力窄化， 理性思維受限， 情緒調節失衡	覺察反思、認知 修正、意義重構
	邊緣系統	情緒評 估、反 應、記憶	恐懼、焦慮、憤 怒、沮喪、憂鬱	同理、接納情 緒、人際連結 建立安全感
	腦幹	維持生 存、安全	戰、逃、凍結	（button-up ↑）

註：研究者自行繪製整理

神經序列治療模式認為，協助個案恢復大腦皮質的調節功能是創傷復原的重要關鍵，治療的方式則是透過經驗關係、自我反思和覺察來調整認知與進行情緒調節，並藉由尋求關係的連結建立同理、同調和愛的關係，運用人際合作來解決問題與化解衝突。其具體的做法在於依循「腦幹→邊緣系統→大腦皮質（前額葉）」由下而上（button-up）的演化特性來進行修復（Perry, 2009,

2017/2018），也就是先進行情緒調節，再進行認知修正。在情緒調節上可藉由同理其感覺、接納其情緒、建立安全的依附關係，進而在安全涵容的環境下建立人際關係的連結，最後再進行認知處理，例如運用講解說明、修正認知偏誤、重建創傷經驗的意義，舉例來說，阿華（化名）因為原本答應和同學合資買一個數位玩具，後來發現自己錢不夠而反悔，造成同學對他有些抱怨，阿華因此非常自責，不斷捶打自己的手臂以致造成瘀青，可見其深陷強烈的內疚感之中，此時認知的運作功能被強大的負向情緒所淹沒，很難理性思考事情的真實面，此時若能給予支持與陪伴，協助他把內在的感覺表達出來，或進行敘事同理，就可以提供他安全與被理解的感受，讓情緒舒緩下來，此時認知功能就比較能恢復運作的功能，這時候就可以引導他去想想看他當時心裡的想法是什麼？如何造成那麼大的愧疚感？這些想法是否合理等等。藉由此案例可說明整個處遇過程是如何依循大腦演化及發展的序列性而推進的。

二、體感記憶理論

由於兒童的發展特性，使得兒童較習於以感覺、非語言的形式承載創傷經驗，因此創傷記憶是影響兒童適應能力的重要因素，藉由體感理論可以讓我們理解創傷記憶如何對兒童產生影響。

記憶由海馬迴掌管，可分為內隱記憶（implicit memory）以及外顯記憶（explicit memory）。內隱記憶主要以體感形式編碼，像是動作、感受、程序等；外顯記憶則如語意表達、情節回溯、自傳式記憶等。體感記憶理論（Kass & Trantbam, 2013/2018）認為，當個體遭遇創傷事件時，身體產生的皮質醇可能足以造成海馬迴功能受損，導致個體在發生凍結或解離反應時無法以語言進行表達（Van der Kolk, 2015/2017），此時由於外顯記憶無法正常運作，創傷便會以感覺的形式儲存，長期累積下來將會導致許多重要發展停滯或受損，例如臨床上常見創傷倖存者出現麻木、失功能或疼痛等症狀，顯現個體使用身體來表達或抑制創傷的情緒，便是一種情緒記憶身體化的現象，多是屬於意識層面下的運作。舉一研究者在實務上的案例，一位在國小及國中階段長期遭受霸凌的高中生，不善於表達自己的情緒感受，個性壓抑且人際孤立，時常抱怨環境對自己不友善的，提到自己心情低落時會出現胸痛的情形，始終懷疑自己是否生病了，但健康檢查卻無異狀，在心理評估後判斷此情形與個案長期壓抑不滿的情緒，以及缺乏適當抒發管道有關，顯示個案長期情緒武裝以及神經肌肉過於抑制的情形，類似這樣的案例在臨床上時常可見。

對於以身體儲存創傷經驗體所引發的身心疾患，體感記憶理論認為藉由釋放這些身體區域的壓力能使情緒獲得流動，表達出對特定事件的記憶，可以使創傷及壓力獲得紓解的效果（Reich, 1980），例如伸展瑜珈，近代亦發展出許

多以身體舞動進行感覺探索、覺察與紓解壓力的方式，像是真實動作（Whitehouse, 1979）、動中覺察（Feldenkrais, 1977/2017）等方式。

此外，亦有研究顯示創傷記憶被儲存在大腦的右半球，使得創傷個案難以用口語來描述創傷經驗（Glaser, 2000; Schiffer, 2000），是故，對於大腦尚未發展成熟且不善於語言描述的兒童來說，遭遇創傷無疑是雪上加霜，不僅可能阻礙大腦的正常發育，更可能造成長期的損傷（Chugani et al., 2002; Davis, 2002），尤其是曾遭遇嚴重童年逆境的青少年或成人，若未能獲得有效的協助，往往成為心理疾患的高危險群。

整合上述之討論可以發現，體感理論與大腦右半球的運作特性相互一致，顯示兩者可能具有緊密的關係，研究者大致上可以歸結出，相對於左大腦的語言訊息處理模式，表達性藝術治療的非語言特性，更契合右大腦的運作特性，對於難以言喻的創傷個案更能夠提供有效的表達方與紓解式，尤其是以體感編碼的創傷記憶，可以經由各種感官形式來呈現，包含視這五種感覺是聽覺、觸覺、視覺、味覺和嗅覺，而藉由表達性藝術治療的方式正足以啟動五感的協調運作，達到創傷療癒的效果（Malchiodi, 2011），這種以身體動態、多元感官的藝術及遊戲的表達方式，與兒童喜歡活動、有趣，以及不善使用語言表達感受的發展特質恰好十分吻合，能夠協助兒童創傷情緒的紓發與調節，也就是創傷的處遇方式需要採取與創傷記憶同調的方式來處理較為有效（Schoore, 2009），研究者以表 2 顯示本節內容之彙整。

表 2

記憶型態與創傷處遇方式

記憶類別	編碼型態	大腦分工	記憶呈現	創傷處遇方式
外顯記憶	語意、情節、 自傳式回溯	左腦	語言、文 字、語意	談話式治療
內隱記憶	感官、動作、 身體感受	右腦	象徵、隱 喻、圖像	表達性藝術治療

註：研究者自行整理

三、多重迷走神經理論

多重迷走神經理論（Porges, 2011, 2017）認為個體在應對壓力威脅時，副交感神經系統（Parasympathetic Nerve System，以下簡稱 PNS）具有兩種不同功能的彈性應對機制，分別是（如表 3 所示）：

(一) 迷走神經背側複合體 (Dorsal Vagal Complex, 簡稱 DVC)

DVC 對於壓力的因應是靜止反應 (immobilization)，也就是當個體遭遇壓式事件時，以戰鬥應對或逃跑迴避也無法解除威脅時，就會產生凍結的行為反應來避開威脅的感受，讓自己得以暫時獲得安全與維持生存，但若是個體遭遇嚴重活長期的創傷時，凍結反應卻也會使得創傷形成內隱、支離破碎、以及具有侵入性的感覺記憶，個體可能因此出現四肢麻木、感官失功能、認知停滯（無法思考，腦筋一片空白）、解離等情形，顯示與腦幹功能密切連結，這些狀況往往導致個體尋求物質依賴來緩解痛苦，例如酗酒、吸毒、濫用藥物等，使得症狀變得更加複雜而難以處理。

(二) 迷走神經腹側複合體 (Ventral Vagal Complex, 簡稱 VVC)

VVC 則具有啟動社交投入和防衛的調節功能，開啟社會—情緒的連結，這個機制使用臉和頭部的表情肌群來連結心及肺部的整合迴路，藉由偵察表情、說話的聲音來評估威脅，可經由適當的社交行為達到調節壓力的功能。研究顯示復原力良好的個體具有高度的腹側迷走神經張力，能保持正向情緒、維持社會支持來面對生活的挑戰，避免過度激發「丘腦—垂體—腎上腺軸」(Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis, 簡稱 HPA 軸) 的壓力調節機制而引起的惡性循環，減低壓力激素（皮質醇）造成的傷害，並且能夠提供安全依附、關愛、人際參與的能力，成為療癒創傷的重要資源。因此當諮商強調建立接納、支持、安全、同調共鳴的依附關係與人際互動，即是啟動了 VVC 的療癒與復原機制。因此，提供創傷兒童一個支持性的人際環境是復原的重要因素之一。

表 3

多重迷走神經與調節功能

迷走神經分類	簡稱	壓力因應方式	調節功能
迷走神經背側複合體	DVC	戰或逃也無法解除壓力威脅時，會產生靜止反應以迴避威脅的感受，如四肢麻木、認知停滯、解離	過度嚴重或長期下來，創傷形成內隱、感覺記憶，可能導致物質依賴來緩解痛苦，例如酗酒、吸毒、濫用藥物，及心理疾患等
迷走神經腹側複合體	VVC	具有開啟社會—情緒的連結功能，促使個體產生適當的社交行為	藉由人際參與獲取安全依附、關愛、支持的能量，成為療癒創傷的重要資源

註：研究者自行整理

心智化治療與神經調節功能的整合

一、心智化治療與大腦的關係

心智化是指個體能夠專注在他人對自己的回應，進行區辨與理解自己的想法與情緒感受，並且能夠客觀地了解別人如何看待自己的一種心理能力，也就是透過描述和反思自己的感受，區分自己與他人的經驗，進一步理解自己和他人的心理狀態的能力，藉由這樣的心理歷程調節自身對外在世界的體驗，建構適切的心理表徵，例如細緻客觀地思考這些感受所蘊含的意義，藉此達到辨識、調節與表達情緒及想法的功能（Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy et al, 2002/2021）。

心智化治療理論認為創傷個案通常有嚴重的情緒調節障礙，如憂鬱、焦慮、恐懼等等，因此心智化治療對於情緒失調個案的協助是藉由治療者鏡映（mirroring）對個案的理解，協助個案覺察自身的情緒失調狀態，反思情緒背後蘊含的意義，增強個案的心理表徵系統，使個案能夠客觀區分與協調自己與他人之間的差異，藉此提升心智化的能力，當個體重新感受情緒經驗時，自然就能夠尋求適當的情緒表達以及恢復調節情緒的功能，進而促使創傷復原（Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy et al, 2002/2021）。若從神經系統的角度來看，心智化能力的提升即是強化大腦皮質前額葉的調節功能，是一種由上而下（top-down）的神經序列運作方式。

二、心智化治療也就是協助個案進行精緻化反芻

心智化治療認為，情緒調節失能的人是因為其心智化能力發展不足，無法進行適當的心理表徵，以致將感覺停留在體受的狀態，尤其是有童年創傷經驗的個案，因此造成許多與身體有關的心理疾患，例如飲食疾患（暴食或過度節食）、身體疼痛、自傷、失能等身體化的症狀。例如，當飲食失調的青少年藉由心智化治療，而瞭解其行為失調背後隱藏的情緒意義，就不再需要以失調的行為來反映其情緒困擾，失調的現象自然就會消失（Robinson et al., 2014）。研究者從創傷後成長的研究觀點來看，發現心智化治療即是協助個案對自己的情緒感受與想法進行「精緻性反芻」，而精緻性反芻即是促進情緒調節與創傷復原的重要關鍵（許文耀，2013；陳柔君、涂珮瓊，2022；Tedeschi & Calhoun, 2004），以下先說明反芻的意涵。

創傷後成長的研究發現，創傷憂鬱的個案通常有明顯的反芻（rumination）情形，這裡所說的反芻指個案會不斷重複進行負向的思考，不過有學者將反芻

重新定義為：「與事件相關的重複思考，包含嘗試理解、問題解決及預期等，是有意識的、圍繞在同一個主題」（引自陳柔君、涂珮瓊，2022，頁388），並將之區分為「侵入性反芻」（Intrusive Rumination，簡稱 IR）及「精緻性反芻」（Deliberate Rumination，簡稱 DR），分述如下。

（一）侵入性反芻（IR）

指的是「個體非刻意的、自動的沉浸在事件經驗中，聚焦在創傷相關的線索或創傷經驗所帶來的負向情緒」（引自陳柔君、涂珮瓊，2022，頁388），也就是前面所說的憂鬱個案的反芻模式，研究者認為反芻的形式除了語言形式，也包含影像、聲音、體受感覺等感官訊息，也會引起重複性的因應反應：戰（例如攻擊、對抗、冷戰等）、逃（例如逃離、躲避、卸責、疏離等）或凍結（例如暈倒、麻木、腦筋一片空白等）。

（二）精緻性反芻（DR）

是指「個體主動的、刻意的重新檢視創傷經驗，處理對事件的感受，幫助創傷倖存者找尋事件的意義」（引自陳柔君、涂珮瓊，2022，頁388），更進一步地說，精緻性反芻是指刻意地深自省思，開展具建設性的意義重構，修正認知基模，改寫生命敘事。

創傷後成長的研究指出，創傷復原的關鍵即在於個案能從侵入性反芻轉化為精緻性反芻的心智運作（簡記為：IR→DR）（Taku et al., 2009; Tedeschi & Calhoun, 2004; Wu et al., 2015; Zhou & Wu, 2016），將此定義比對於心智化的意涵，如前所述，心智化是透過描述和反思自己的感受，區分自己與他人的經驗，進一步理解自己和他人心理狀態的能力的，藉由這樣的心理歷程調節自身對外在世界的體驗，建構適切的心理表徵，由此來看，本文認為心智化即是由「侵入性反芻」轉化至「精緻性反芻」的歷程。

三、安全的依附關係築基於良好的感覺接觸

心智化的發展建立在早期與重要他人的依附關係上，通常是藉由父母或養育者對於嬰幼兒的身心狀態進行回應，來促使嬰幼兒發展心智化的能力，此即是鏡映（mirroring）。當父母的回應與嬰兒身心狀態相符或一致時，即能夠調節嬰兒的情緒反應狀態，讓嬰兒感到安全感，增加嬰兒的自我意識、自我調節、控制感與自主性，而此階段的依附關係主要是藉由親子間的身體接觸，和非語言同調而建立（Fonagy et al, 2002/2021），因此其經驗會形成內隱的記憶方式儲存。

反之，若父母採取的是忽視或錯誤的鏡映，嬰兒則會變得情緒混亂，無法發展出足夠的心智化、建立適當的心理表徵、及情緒調節的能力，亦可能生因此產生依附創傷（Allen et al., 2008; Schore, 2002），嬰幼兒也會把此經驗與周遭的環境與互動訊息予以內化，形成一套他用來與外界共處的人際模式，以致在後來的成長歷程中，常會把早期的依附關係與人際模式投射在目前所處的人際關係中，導致錯誤地解讀他人的想法與自己的感受，無法區辨自我與他人的關係，容易造成人際問題，重複創傷經驗，顯現早期的安全依附關係是發展心智化能力的重要基石（Fonagy et al., 2002/2021; Hughes, 2006/2019; O'connor, 2022/2023; Schore, 2002）。

因此，基於上述的治療觀點，心智化治療藉由提供安全支持的治療關係，重演重要他人對創傷兒童的映現，建立個案與人際之間的連結，此相對於神經機制的運作則是修復腦幹、邊緣系統的調節功能，在這樣的安全基礎下，進而引導創傷個案進行精緻化反芻，協助個案重新長成心智化的能力（Allen et al., 2008），此亦符合神經由下而上（down-top）的序列運作，亦是促使心智化治療有效的重要成份。同樣地，在協助創傷兒童建立安全的依附關係上，心智化治療理論依循依附理論、客體關係理論強調在諮商關係中提供個案安全涵容的情感依附，是協助創傷個案修復人際連結與重建自我價值感的基礎，並藉由心理師藉由扮演「足夠好」（good enough）的正向客體，提供抱持（holding）（Winnicott, 1960）、涵容（containment）（Bion, 1963）、安全、信任、適度回應以及穩定的陪伴關係，提供具有矯正性的修復經驗及關係，協助個案產生「正向的投射性認同」，讓個案能夠重新內攝好的自體表徵（good me），促使自我概念提升，邁向成熟的個體化發展（劉佳芳、黃宗堅，2014；Gomez, 1997；Hamilton, 1988/2013）。

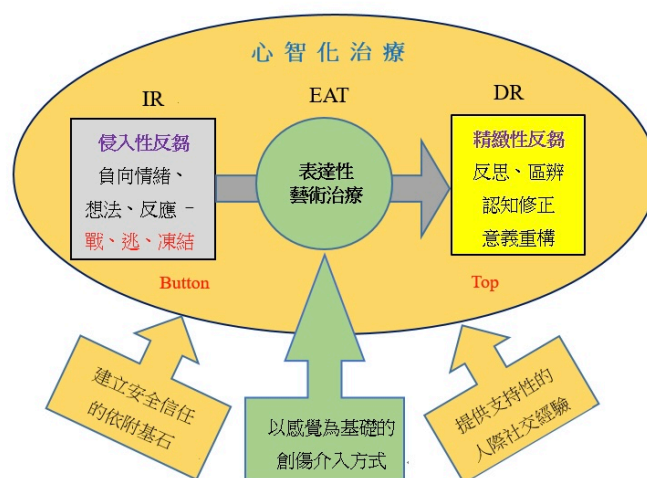
此外，心智化治療從依附型態的觀點（Ainsworth et al., 1978）概念化心理適應障礙的問題，如焦慮與迴避的依附型態，在夠安全基礎（secure base）的內涵上扮演重要的指引，諸如上文所述的信任、適當回應、自在探索，及心理師扮演涵容角色（container）的人際氛圍中，營造療癒與復原的力量（王櫻芬等人，2016；Hughes, 2006/2019）。由上述的探討清晰可見，心智化治療藉由提供兒童創傷個案涵容安全的環境，以及治療師的鏡映運作，協助兒童反思情緒背後蘊含的意義，區分與協調自己與他人之間的差異，達到自我調節的作用。以本文第 5 頁那位反悔而內疚自責的兒童阿華為例，心理師藉由回映對兒童的感受與想法的理解，協助兒童了解引發其內疚情緒的想法與意涵即是鏡映作用，此亦切合神經序列由下而上的治療觀點。

心智化、神經系統、表達性藝術之整合架構

綜合本文之探討，研究者勾繪出創傷兒童的整合性處遇架構（如圖1），並從以下幾點加以說明。

圖 1

以神經系統為基礎之心智化治療架構圖



一、從神經系統功能獲得的創傷處遇指引

前文藉由釐清神經的演化、發展與適應的順序、以及兒童創傷的神經心理機制，可以與現有僅以心理學為基礎的諮商理論相互對照，建立生理與心理相互一致的兒童創傷處遇指引，如此可以避免諮商技術的應用背離創傷的神經運作原理而影響諮商效果，亦或可因釐清身心相互一致的處遇原則而提升諮商效果，就以下幾點說明之。

（一）由下而上（button-up）的創傷處遇方向

由於兒童的語言發展特性尚處於具體運思期，當兒童遭遇創傷事件時，其神經的調節啟動是由下而上進行，因此其創傷記憶傾向以感覺的形式進行編碼，兒童較無法使用細致的語言做有結構性的陳述，因此在創傷的處遇上需要提供相同或相近的訊息處理方式，較能協助兒童進行表達，例如在兒童初期的孩子，

語言能力尚不足以充分表達自己生氣的感受，因此兒童可能會用攻擊或破壞的行為來表達，這就是用感覺與動作來處理不愉快情緒的方式，此時可引導他用打鼓或捏黏土的方式來進行表達，讓兒童可以用動作與力量的強度來表現他的生氣，也可以經由手感受到自己生氣的情緒，心理師也可從此進行評估，獲取重要的資訊。

（二）首先建立安全信任的依附基石

兒童創傷處遇首要在於建立安全、信任的依附關係，提供兒童一個安全的探索基地，讓兒童得以重新審視創傷帶來的影響。由於兒童長期處於人際壓力事件，在不安全的依附關係下成長，導致恐懼不斷的滋長與累積，容易造成海馬迴損傷、認知功能受損、產生負向自我詮釋、缺乏安全感、羞恥或罪惡感等主觀感受，進而阻礙情緒調節功能（Brewin et al., 1996; Perry, 2009, 2017/2018; Resic & Calhou, 2001/2004），加上兒童的語言表達尚未發展成熟，創傷容易以感覺的形式編碼儲存，若壓力持續將會使得創傷反應不斷被啟動與強化，不僅創傷難以修復，也會阻礙正在發展的功能。要解除這連動的制約反應，應從最原始的生存機制著手，也就是恢復腦幹的適應機制，藉由同理孩子的感受、接納其情緒、提供安全的依附關係等方法來恢復其神經的調節功能（Schor, 2002）。而由於兒童在缺乏人際安全的環境下，常常會選擇退縮、孤立、迴避人群的方式，更無法獲得支持力量，唯有在安全的環境下，孩子才會願意與人群產生連結，進一步促使認知功能正常運作，引導孩子進行反思，重建創傷經驗的意義（Kass & Trantbam, 2013/2018; Perry, 2009, 2017/2018），使正常的發展得以持續下去。

（三）提供支持性的人際社交經驗

當兒童因為長期遭遇威脅而處於戰、逃或凍結的反應時，會促使 HPA 軸過度激發而產生高濃度的皮質醇，可能致使海馬迴受損，使壓力調節功能遭到破壞而形成複雜性創傷疾患，對兒童來說，容易造成人際孤立、關係斷裂、害怕或逃避人群，此障礙顯示 VVC 功能的失調，因此，需要協助兒童修復人際連結能力（Porges, 2017），藉由提供兒童支持的。若能藉由諮商提供接納、關愛、同調共鳴的依附關係、與重新孕育自我的安穩空間，同時提供兒童良好的人際互動經驗，例如兒童諮商團體，讓兒童經驗相互敘說，浸淫於安全、信任與支持性的人際情感交流環境，則能夠重新啟動 VVC 的療癒能量，重新建立安全信任的人際型態。

（四）運用以感覺為基礎的創傷介入方式

由於嬰幼兒在尚未發展語言之前（前語言期），主要是透過感覺器官進行學習的，因此對情緒的經驗是屬於感官的、動作的與身體的層次，這樣的情緒運作方式仍會延續到兒童期，因此當兒童面臨壓力威脅事件而受到驚嚇時，左腦的口語和概念化的運作會嚴重受限，而以非語言的要素為主要的訊息處理方式，例如身體感覺形式（sensory forms）（包含視覺、聽覺、味覺、嗅覺、觸覺、動覺等等感官知覺系統），以及圖像（iconic）感知的方式儲存在神經系統，形成內隱記憶（朱惠瓊，2022；Rothschild, 2000；Van der Kolk, 2015/2017），是以對許多兒童來說，創傷是一種感覺的歷程，兒童需要運用身體、動作、遊戲與藝術等方式來進行情緒調節與創傷因應，以及恢復安全和賦能的感受（Malchiodi, 2012, 2015; Steele & Raider, 2001），很難只靠認知方式來獲得有效的協助。

因此，在諮商實務上可善加運用表達性的藝術治療，達到有效地協助創傷兒童復原，例如遊戲、藝術、舞蹈、動作、音樂等多元的媒介與感覺型態，兒童可藉由象徵或比喻的方式探索與表達自己的情緒感受，以及投射具有威脅性的人際壓力事件，能夠減緩或避免直接觸及創傷所引發的強烈恐懼感，這樣的方式不僅提供安全的感受，也同時啟動大腦相應神經系統的調節機制，促進創傷的正向轉化（朱惠瓊，2022），同時也提供適性的協助方式，例如遊戲治療的活動性質，對於正處於體能活躍、喜歡從事身體活動、趣味探索及正值同儕認同需求的兒童，與其身心發展特性是能夠相互契合的。又如看似簡單的塗鴉活動，則能夠讓兒童心中的創傷事件藉由圖像、色彩等元素具體表徵出來，使情感獲得紓解，進而增進口語的表達能力，透過大腦認知功能的運作，獲得重新敘說與認知重構的復原契機（朱惠瓊，2022；陸雅青，2009；Horowitz, 2014）。

於此舉一案例簡要說明。一位女孩滿臉愁容，沒說話，心理師發現後表達關懷，詢問孩子怎麼了，孩子仍是苦悶的表情，卻很專注地看著心理師，似乎很想要說什麼，卻一直停格在那裡，心理師關切地說：「你怎麼了？」孩子說：「我不知道要怎麼說？」，正當心理師思索要怎麼引導孩子繼續做表達時，孩子突然翻出了手機問心理師：「我可以給你看一張圖片嗎？」女孩的手機螢幕秀出一個誇張表情的卡通人物，瞪大的眼睛，張到不能再大的嘴巴，頭髮都豎了起來，毛骨悚然的樣貌。心理師好奇地問女孩為什麼要給自己看這張照片，女孩說：「這個可以反映我的心情」。藉著這張圖片，女心理師能夠順利地引導女孩，細細地訴說這個表情人物的感受與想法，因為這張圖片同時乘載了女孩複雜的思緒與感受，內心的混雜一時之間難以清楚表達，藉由具象化，女孩得以有一一敘說的依據。

二、運用表性藝術治療提供適宜的心智化媒介

從發展的角度來看，在兒童初期剛從嬰幼兒的非語言階段進入兒童期（5—12 歲），其認知語言發展未臻成熟，因此情緒與感受的反應往往先於認知，在逐漸成長之後才發展出較好的認知理解與建構意義的能力，又兒童正處於具體運思期，其心智化能力亦尚未發展成熟，常有困難使用抽象的語言表徵來敘述內在的經驗，尤其是身體感受與情緒的經驗，因此兒童比較需要用具體化的方式來投射內在的心理表徵，例如繪畫、圖像、捏塑黏土、音樂、動作等方式來表現。是故，對於經歷創傷的兒童，在語言認知功能發展尚不足時，其外顯記憶難以形成良好的心理表徵，此時創傷容易以感覺的形式儲存於身體（Levine, 2010/2013; Van der Kolk, 2015/2017），例如暴食、身體疼痛或失功能等情緒身體化的現象，若一開始就引導兒童進行精緻性反芻來提升心智化能力，通常有其困難之處。

從神經發展特性來看，精緻性反芻強調語言認知的反思與表達，屬於「由上而下」（top-down）的神經運作模式（鄭來長，2016），而感覺形式的表達強調感官與感受的運作，則是「由下而上」（bottom-up）的神經操作模式，可以藉助感官動作或圖像感知，協助個案將情緒感受表徵出來（Kass & Trantbam, 2013/2018）。表達性藝術治療的特性則是藉由媒材或身體的運作，讓身體感受與情緒經驗自然呈現出來，形成具體的表徵，是最原始與自然的情感表達方式，能夠超越語言的限制，亦符合兒童的心智運作特徵，能夠順利引導兒童進行體驗與覺察，此即為「由下而上」，可藉此進一步引導兒童進行反思性的心智運作、認知重建、意義建構等心智運作，逐漸能夠使用適當的語言表達，此即是精緻性反芻、提升心智化運作，如此便可以達成由侵入性反芻轉化為精緻性反芻的認知運作（以 IR→DR 表示之），達到創傷復原的效果。

三、心智化治療的轉化歷程

圖 1 中之心智化治療歷程為「侵入性反芻（IR）→運用表達性藝術治療（EAT）為媒介→轉化為精緻性反芻（DR）」（簡記為 IR→EAT→DR）（EAT 為表達性藝術治療的英文，Expressive Art Therapy 之簡寫），意指藉由表達性媒材或方式為媒介，可以催化侵入性反芻轉化為精緻性思考的心智化治療歷程，其中 IR、EAT、DR 三個重要的成分皆分別有清楚的意涵與運作特性，讓治療的歷程可以清晰定位與掌握，進展的方向則是依循由下往上的神經序列發展特性而行，即 IR→EAT→DR 的順序，不過在實務的操作過程中，IR、EAT、DR 三者之間是會不斷往來交互運作的。橢圓外圍有三個重要的支持性元素，即前文提出的兒童創傷處遇之道，包含 1. 首要建立安全信任的依附基石，2. 以感覺

為基礎的創傷介入方式（本文以表達性藝術治療為例），以及 3.提供支持性的人際社交經驗，藉以提供重要的療癒力量。

四、案例說明

本段引用改寫的案例來解說此整合性架構之運用，並將諮商歷程區分為幾個階段進行概要說明，以利讀者了解此架構之實際運作情形，而非呈現完整之案例報告，亦非呈現某一特定案例之諮商內容，於此說明以避免產生誤解，以下分別說明之。

（一）案例背景說明

小曉（化名）是國小高年級女學生，在校學業成績不理想，近日常被媽媽責罵不認真讀書、不夠用功努力，學校老師發現她時常情緒低落、悶悶不樂，即使老師關心詢問她時，小曉總是沉默不語，甚至眼眶泛紅、溢出淚水，在向家長詢問時得知孩子在家裡被媽媽嚴厲責罵之事，在徵得家長同意後轉介給學校的心理師進行輔導，並告知心理師孩子在家裡被母親責罵之事。

（二）初始諮商接住孩子的情緒，營造安全信任的氛圍，劃破沉默

初次諮商時，心理師先邀請孩子說說自己最近的生活情形以及心情感受，孩子仍是低頭沉默不語，心理師便向個案坦承自己從導師那裏得知她在家裡被媽媽責罵的事，並試著同理孩子被責罵的心情感受：「你是因為常常被媽媽責罵，所以心裡感到難過、不好受，是嗎？」接著個案點了點頭表示認同，但沒有說話。心理師藉由坦承自己對個案所知悉的事情，誠實交代訊息的來源，顯然獲得了個案的信任，讓個案願意用動作回應，使兩人之間的關係產生了連結。心理師把握機會繼續詢問個案：「妳能說說最近一次被媽媽責罵的情形嗎？」個案搖頭顯示抗拒（不清楚想表達什麼），此時心理師敏感到個案的滿臉愁容以及雙手不停地搓揉，因此將此情形回應給個案，詢問她此時坐在這裡是否感到不安、擔憂，個案頓時停止了搓手，並且回給心理師專注的眼神，彷彿表示被說中了甚麼心事那樣，不過仍是沒有回答心理師的詢問。心理師判斷個案可能擔心保密的問題，擔心心裡的祕密被其他人知悉，於是向個案說明保密的原則，除非有自傷或傷人的可能性時，才會做通報或通知，保密的對象也包含她的家人。在這個階段，心理師營造涵容的空間，接納個案的反應方式，同理她的感受，提供一個安全自在的關係，個案也開始用很簡短的話語回應。例如當心理師詢問個案關於保密原則的說明有沒有不清楚的地方，個案則搖頭並同時回應「沒有」。從這裡可以清楚看到個案對於用口語的表達方式，可能顯現抗

拒，抑或是有困難，在不確定的情況下，心理師先創造一個安全基地，讓個案可以安住在這個關係之中，讓彼此的交流可以運作起來，在整個過程中深度關注個案的感受，藉由同理的方式使個案的情緒獲得調節，例如從原本的陌生緊張、焦慮不安轉變成較為安適自在，促使個案打破沉默，這些運作的結果則回應了「首先建立安全信任的依附基石」與「由下而上（button-up）的創傷處遇方向」之原則，可以使創傷的神經獲得舒緩與調節，同時也建立起良好的工作同盟，使個案在諮商關係中獲得支持性的人際社交經驗。

（三）使用表達性媒介彰顯身體感受，投射負向自我概念的反芻

當個案逐漸能夠用簡短的語句回答時，心理師請她描述和媽媽相處的狀況，個案卻說她不知道要怎麼說，顯得有口難言，不知所措。接著心理師邀請孩子描述一下心裡的感受，個案停頓了一下，突然用手指著胸口說：「很熱，像火山」，然後就停住了，心理師再度鼓勵她說多說一點，個案則勉強擠出「很煩、很悶」的字眼，然後就語塞了，心理師就回應自己的想法給孩子聽：「這個『很煩、很悶』的感受是不是就像火山那樣炙熱，讓你的胸口感到煩悶難受，好像要爆發出來那樣？」個案點點了點頭。心理師認為個案可能無法用口語表達出自己的感受，於是問她願不願意用畫畫的方式畫看看，個案則是欣然同意。由此顯示個案用手指出身體不舒服的感受來替代口語表達，顯示有語言表達上的困難，因此需要用動作來表達感受，推測個案在認知運作的層次上是有困難的。

接下來，孩子畫出了簡單的火山形體，還噴發出熊熊的火焰與岩漿，心理師繼續邀請孩子說說自己畫的圖，孩子馬上爆出「憋」的字眼，心理師鼓勵孩子再多說一些感受，孩子則說出「火大、憤怒」，心理師感覺到個案在表達上過於片斷，於是進行敘說同理：「所以你感覺有很多的生氣憋在心裡，讓你覺得很煩很難受？」，「嗯」：個案用口語回答。在進一步同理個案的感受之後，心理師掌握機會繼續詢問孩子：「發生了甚麼事讓你這麼悶，這麼火大？」，個案斷斷續續地說自己因為成績不理想而常常被媽媽罵、指責自己不夠用功、不認真，有時候還會怒罵自己很笨，聽得覺得很難受，也很委屈，覺得自己是一個很不好的人，才會惹媽媽生氣。

這裡呈現的是當孩子的情緒被同理之後，心情就會緩和下來，此時也比較能進入認知層次的運作，並且藉由媒材的輔助，逐漸可以運用語言的方式敘說內在的想法，因此是 button-up 的運作歷程。我們也可以從上段的話語中看到個案已形成自我概念的負向反芻—「覺得自己是一個很不好的人」，也就是侵入性反芻。因此藉由表達性媒介（畫畫）的確能有效協助孩子從感覺層次的反芻提升到認知層次來進行檢視。從上述內容可知，火山的圖像能夠成為兒童負面情緒的載體，使兒童卸下防衛與語言的限制，投射出內在的心理狀態，例如「憋」是一種體感，是「壓抑」的投射，「火山」是隱喻，也是「憤怒」的具

體表徵，兒童需要藉由圖像或隱喻來表達感受正是具體運思期的特徵，藉由表達性媒材可以協助兒童轉進到抽象的語言表達，將自我的感受顯化出來。

（四）融入表達性藝術治療催化心智化歷程（IR→EAT→DR）

接續前面的處遇，本段將聚焦在個案的侵入性反芻－「覺得自己是一個很不好的人」，以此來說明可進行的處遇方向。由於個案在語言表達上較有困難，無法完全藉由口語敘說的方式表達她的想法與情感，因此心理師運用沙遊的方式協助個案覺察感受與想法，進一步引導表達與反思，區辨自我與重要他人的想法，重建自我調節的心智化的功能（Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy et al, 2002/2021），此即是圖 1 的整合架構圖中提升精緻化反芻能力的部分。以下擷取心理師的部分做法來說明本節運作的主要內涵。

1.引導孩子看到自己學習上的困難而非自己是不好的人

心理師邀請個案以沙遊進行創作，其作品呈現一位小孩，身邊有一隻小狗緊貼一起，旁邊還站著一位婦女，心理師引導個案敘說作品的内容，由於個案的表達斷斷續續不完整，心理師進行敘說同理，將個案的對話內容整理後回應給個案聽，大致上是說這個小孩因為成績不佳常常被媽媽罵，心裡很難受也很委屈，尤其被罵很笨、很爛、不認真時，感覺被誤解，心中十分氣憤，但又不敢回嘴，因為怕被罵得更慘，所以這個小孩心理覺得很受傷，而旁邊的小狗則是小孩心情難過時唯一的慰藉，所以小孩也感到很孤單、很無助，同時也感覺自己是一個很糟糕的小孩。心理師和個案進行確認，個案表示認同心理師的理解。由此回應到這個案例的背景資料，很清晰地看出個案把自己受創的情感直接投射在沙遊的物件中，藉此說出了自己受苦的處境，個案也因此獲得心理師的見證與理解。

心理師在充分的同理與情感支持後，詢問個案這個小孩在學習上是不是遭遇到甚麼事情了？個案吞吞吐吐地說出小孩常常上課都聽不懂、考試就不會寫，有些科目則是覺得很無聊，不知道念這個要幹嘛。於是心理師先對上課聽不懂這部分向個案進一步澄清與肯認－「所以這個小孩子是在學習上碰到了一些困難，才沒辦法聽懂老師在講什麼，考試才會考不好囉……」，這般敘事同理一樣得到個案的認同。心理師於此的用意在於協助個案跳出「我不好」的自我認同視框，協助個案重新定位自己是在學習上遭遇到一些困難了，如此一來便可將諮商目標聚焦在個案學習上的需求，以及賦能個案的方式。

從上述的沙遊介入方式顯示，藉由表達性媒材或形式可以取代兒童以自我為載體來承接負面情感與想法，紓解過度的壓力負荷，並透過外化使得威脅的感受得以卸載，避免兒童一直浸淫在負向能量中，例如負向的自我認同，如此一來也能協助個案學習對事不對人（自我）的思維模式，擺脫陷在「我不好」

的感覺層次，提升到對自我採取較為客觀的覺察與反思，進而修正對自我的看法，同時藉由協助個案解決學習上的困難來提升能力感，建立信心與自尊。

2. 賦能個案

由於個案長時間以來多被責罵，缺乏被有效協助的經驗，因此當心理師詢問個案這個小孩在面臨學習困難時，需要些什麼樣的幫助時，個案搖頭表示自己也不知道，於是心理師請個案選擇一個沙遊物件來表徵小孩需要的幫助，結果個案選擇的是哆啦 A 夢公仔。心理師邀請個案說說哆啦 A 夢能提供給小孩什麼樣的協助，個案大致上是說，哆啦 A 夢有百寶袋，裡面有各種解決問題的道具和方法，而且他也會耐心地教導大雄，不僅幫大雄解決課業上的問題，還會幫他想辦法不會被媽媽罵，甚至被媽媽稱讚。心理師重整個案的話映現給個案——「所以妳覺得這個小孩他想要有人可以耐心教他，幫他弄懂學校的課業，能夠把考試考好，這樣就不會被媽媽罵了，還可能可以得到媽媽的稱讚，是嗎？」。個案點頭說是，表情瞬間舒緩下來。

心理師藉由表達性媒介的運用，提供個案一個與其經驗相連結的敘說機會，藉由哆啦 A 夢的具象與其具有特殊能力的象徵，吐露了內心真實的渴望與需要，避免一直耽溺在負向的自我觀感中，而心理師則可以依此一步步朝具體的問題解決方向探詢，找到有助於個案學習的方式，提升個案的自我效能感。

3. 藉由家庭諮詢構建支持性的情感交流

從個案所選擇的物件哆啦 A 夢可以了解到，個案很希望媽媽可以理解她的感受與需要，渴望得到家裡在情感上的慰藉與支持。對兒童來說，父母是此發展階段最主要的依附對象，親子間的依附關係對兒童具有關鍵性的影響，因此構建家庭正向的情感交流對於孩子的身心健康發展相當重要，也提供復原的力量，如此即呼應了「提供支持性的人際社交經驗」的處遇原則。以本案例來說，心理師後續的處遇則是邀請媽媽前來諮詢，藉由建立合作關係，協助家長客觀正向地看待孩子的不同面向，了解孩子在學習上遭遇的困難與需要的協助，而非孩子是不認真的、笨的人，如果媽媽能提供適當的回應方式給孩子，孩子也會對自己有正向的自我了解，這就給予孩子具有滋養性的映現，也就能提升孩子的心智化功能，並建立起良好的人我關係。

藉由此案例的說明，顯示出此整合性的架構運用了以神經系統為基礎的創傷知情，構建安全的心理空間，並透過表達性藝術治療的媒介功能，促發侵入性反芻轉化為精緻性反芻模式，引導兒童重構創傷經驗的意義，足以催化心智化歷程的進行，亦顯示表達性媒介在創傷兒童諮商中扮演了重要的催化與橋接的角色，開啟了療癒的力量。

結語

兒童在遭遇重大或持續性創傷事件時，因其發展特質而產生的創傷症狀與成人有所差異，也因為兒童的心智發展尚處於具體運思期，其心理表徵能力較弱，較難以充分敘說內在感受與想法，若遭遇創傷事件，更易弱化其表述的能力，因此單獨談話式的心理處遇通常難以達到治療效果（高淑貞，2004）。此外，創傷事件通常快速引發自主神經系統的適應反應一戰、逃及凍結，此機制會先於認知的反應，甚至會影響認知的運作，對於創傷個案具有強勢的影響力，兒童認知功能尚未發展成熟，更是容易受神經系統所影響，傾向於以感官運作與體受的方式來應付壓力和威脅。因此若在進行創傷兒童諮商的初始，即採行談話的認知運作方式，則容易偏離兒童的心智發展特徵，以及神經系統在創傷發展與處遇上所扮演的關鍵性要角色。事實上，生理與心理的創傷可說是創傷反應的一體兩面，而非相互獨立運作的，因此在處遇上不僅應當同時重視，更需要了解彼此的交互運作對個體產生的影響。是以本文援引相關的神經理論、心智化治療模式、兒童發展及創傷特質、以及表達性藝術治療，建構此一整合的模式，以回應上述的問題。研究者認為圖 1 之整合性架構，對於兒童創傷諮商的實務工作展現許多的特色與貢獻。

首先是此模式不同於一般心理治療模式，偏重在心理層面的操作，而是依循近代認知神經科學對於創傷研究的成果，尤其是從多重迷走神經的概念，切入理解兒童對創傷的反應與後續發展，進一步了解這些神經運作的機制與個案的認知運作、情緒調節、行為反應、人際等症狀或問題的相對應關係，促使兒童創傷處遇能同時兼顧神經功能修復與心理需求的滿足，以達到身心一致的創傷復原。

其次是在心理學理論的運作上，心智化治療理論不僅能有效解釋兒童創傷特質，亦指出創傷復原的重要關鍵—提升創傷個案的心智化能力，本文援引創傷後成長的實證研究結果，認為心智化治療即是協助創傷個案從侵入性反芻轉化為精緻性反芻的心智過程，因此提出 $IR \rightarrow DR$ 的心智化治療觀點，有助於清楚掌握心智化治療的進程與有效的內涵。

第三點是，對於創傷兒童難以用抽象的心理表徵來表達創傷經驗，例如身體的感受、情緒經驗，甚至是心裡的想法等等，以致不易進行精緻性反芻的困境，導致難以提升心智化的能力，此整合模式建議可藉由表達性藝術治療，契合兒童的神經發展特性，依循由下而上的神經運作模式，提供與兒童記憶型態同調之感覺形式的媒介，做為安全的替代性載體，避免用體受的方式承載創傷經驗，讓兒童得以用具體的心理表徵外化傷痛，如此便能在低威脅的感受下重新審視創傷經驗，進行反思區辨、認知修正、意義重構的精緻性心智運作，提升心智化能力，因此進一步修改成 $IR \rightarrow EAT \rightarrow DR$ 的心智化歷程。最後，驥望藉由本文之探討，對兒童創傷諮商能提供些許助益。

參考文獻

- Cook-Cottone, C. P., Kane, L. S., & Anderson, L. M. (2019)。兒童與青少年諮商要素手冊（陳滿樺譯）。心理。（原著出版年：2015）[Cook-Cottone, C. P., Kane, L. S., & Anderson, L. M. (2015). *The elements of counseling children and adolescents*. Springer.]
- Feldenkrais, M. (2017)。動中覺察：改變動作・改善生活・改寫人生（陳怡如譯）。心靈工坊。（原著出版年：1977）[Feldenkrais, M. (1977). *Awareness through movement*. Harper & Row.]
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Hepworth, M. (2021)。心智化—依附關係、情感調節、自我發展（魏與晟、楊舒涵譯）。心靈工坊。（原著出版年：2002）[Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Hepworth, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.]
- Gil, E. (2020)。兒童心理創傷後的遊戲治療：實務工作者應該知道的事（陳信昭、陳宏儒、陳碧玲譯）。心理。（原著出版年：2017）[Gil, E. (2017). *Posttraumatic play in children: What clinicians need to know*. Guilford.]
- Hamilton, N. G. (2013)。人我之間—客體關係理論實務（楊添圍、周仁宇譯）。遠流。（原著出版年：1988）[Hamilton, N. G. (1988). *Self and others: Object relations theory in practice*. Jason Aronson, Inc.]
- Hughes, D. A. (2019)。依附關係的修復—喚起嚴重創傷兒童的愛（第二版）（黃素娟譯）。心理。（原著出版年：2006）[Hughes, D. A. (2006). *Building the bonds of attachment: Awakening love in deeply traumatized children* (3rd ed.). Jason Aronson, Inc.]
- Kass, J. D., & Trantbam, S. M. (2018)。臨床神經科學的觀點—正念與治療性應用的藝術（吳明富、陳雪均、江佳芸譯）。載於Rappaport, L (Ed.)，正念與各類型藝術治療（頁339–381）。心理。（原著出版年：2013）[Kass, J. D., & Trantbam, S. M. (2014). Mindfulness, self-compassion, and the arts therapies. In L. Rappaport (Ed.), *Mindfulness and the arts therapies: Theory and practice* (pp. 339–381). Jessica Kingsley.]
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2014)。變態心理學（第二版）（張本聖、徐儷瑜、黃君瑜、古黃守廉、曾幼涵譯）。雙葉書廊。（原著出版年：2013）[Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson. (2013). *Abnormal psychology*. John Wiley & Sons.]
- Levine, P. A. (2013)。解鎖：創傷療癒地圖（周和君譯）。張老師文化。（原著出版年：2010）[Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.]
- O'connor, M. F. (2023)。悲傷的大腦：一位心理神經免疫學者的傷慟考，從

- 腦科學探究失去摯愛的悲痛與修復（孟令函譯）。臉譜。（原著出版年：2022）[O'Connor, M. F. (2022). *The grieving brain: The surprising science of how we learn from love and loss*. Harper One.]
- Perry, B. D. (2018)。遍體鱗傷長大的孩子會自己恢復正常嗎？（張馨方譯）。柿子文化。（原著出版年：2017）[Perry, B. D. (2017). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook—what traumatized children can teach us about loss, love, and healing*. Basic Books.]
- Resic, P. A., & Calhou, K. S. (2004)。創傷後壓力疾患（潘正德、吳琇瑩、李鈺華、林繼偉、林淑梨、麥麗蓉、黃麗倩、張世華、譚偉象譯）。載於 Barlow, D. H. (Ed.)，*心理疾患臨床手冊*（頁85–162）。（原著出版年：2001）[Resic, P. A., & Calhou, K. S. (2001). Post-traumatic stress disorder. In Barlow, D. H. (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorder* (pp. 85–162). Guilford.]
- Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2014)。發展心理學（上）（林淑玲、李明芝譯）。學富。（原著出版年：2013）[Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2013). *Developmental psychology: Childhood and adolescence* (9th ed). Cengage Learning.]
- Steele, W., & Malchiodi, C. (2020)。兒童與青少年創傷知情實務工作（謝政廷、許智傑譯）。洪業文化。（原著出版年：2012）[Steele, W., & Malchiodi, C. A. (2012). *Trauma-informed practices with children and adolescents*. Taylor & Francis.]
- Van der Kolk, B. A. (2017)。心靈的傷，身體會記住（劉思潔譯）。大家。（原著出版年：2015）[Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.]
- Walker, P. (2020)。第一本複雜性創傷後壓力症候群自我療癒聖經（陳思含譯）。柿子文化。（原著出版年：2013）[Walker, P. (2013). *Complex PTSD: From surviving to thriving: A guide and map for recovering from childhood trauma*. CreateSpace Independent Publishing Platform.]
- 王櫻芬、黃瑛琪、朱芬瑤（2016）。依附理論於青少年諮商中的應用。*教育研究月刊*，264，52–69。 <https://doi.org/10.3966/168063602016040264004> [Wang, Y. F., Huang, Y. C., & Chu, F. Y. (2016). Implications of attachment theory in adolescent counseling. *Journal of Education Research*, 264, 52–69.]
- 朱惠瓊（2022）。藝術治療情緒認知轉換歷程與大腦結構的探討。*輔導季刊*，58（2），55–70。[Chu, H. C. (2022). The exploration of the process between emotion and cognition transition with brain in art therapy. *Guidance Quarterly*, 58(2), 55–70.]
- 吳東彥、黃宗堅（2019）。遊戲治療中的主題、象徵與療癒：以一名身體受虐兒為例。*中華輔導與諮商學報*，56，97–130。 <https://doi.org/10.3966/17285>

- 1862019090056004 [Wu, D. Y., & Huang, T. C. (2019). Themes, symbols and healing of play therapy: The clinical case of a physically abused child. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*, 56, 97–130.]
- 沈瓊桃（2010）。暴力的童年、堅韌的青年：目睹婚暴暨受虐青年復原力之探討。中華輔導與諮商學報，27，115–160。
<https://doi.org/10.7082/CJGC.201003.0115> [Shen, C. T. (2010). The resilience of young adults experiencing inter-parental marital violence and child maltreatment. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*, 27, 115–160.]
- 林采霖（2011）。受傷者的話療—聆聽校園霸凌受害者的生命故事〔未出版之碩士論文〕。國立臺灣大學。[Lin, T. L. (2011). *When words met wounds: The life stories of bullying victims* (Unpublished master's thesis) . National Taiwan University.]
- 高淑貞（2004）。兒童青少年地震創傷後壓力反應之追蹤研究。彰化師大輔導學報，26（1），85–106。
<https://doi.org/10.7040/GJ.200406.0085> [Kao, S. C. (2004). A follow up research on post-earthquake stress reactions of children and adolescents. *Guidance Journal*, 26(1), 85–106.]
- 張閔淳、陳慧娟（2021）。青少年童年逆境經驗之探究及校園創傷知情實踐。中等教育，72（3），81–101。
[https://doi.org/10.6249/SE.202109_72\(3\).0023](https://doi.org/10.6249/SE.202109_72(3).0023) [Chang, M. C., & Chen, H. J. (2021). Exploration of adolescents' adverse childhood experiences and trauma-informed practiced in schools. *Secondary Education*, 72(3), 81–101.]
- 許文耀（2013）。乳癌患者的自傳式理解與PTG的發展軌跡異質性之關係。科技部補助專題研究計畫成果報告，計畫編號：MOST 102-2410-H-004-043-MY3。[Hsu, W. Y. (2013). *Autobiographical reasoning and the different trajectories of post-traumatic growth in breast cancer patients*. Report on the results of the special research project subsidized by the Ministry of Science and Technology, Project No. MOST 102-2410-H-004-043-MY3.]
- 陳柔君、涂珮瓊（2022）。罹癌後的反芻與創傷後成長的關係：心理苦惱與情緒調節策略之調節角色。中華心理學刊，64（3），385–412。
[https://doi.org/10.6129/CJP.202209_64\(3\).0006](https://doi.org/10.6129/CJP.202209_64(3).0006) [Chen, R. J., & Tu, P. C. (2022). Post-traumatic growth and rumination following a cancer diagnosis: The moderating roles of psychological distress and emotional regulation strategies. *Chinese Journal of Psychology*, 64(3), 385–412.]
- 陸雅青（2009）。從塗鴉看治療中的危機與轉化。台灣藝術治療學刊，1（1），1–13。
<https://doi.org/10.29761/JTAT.200906.0001> [Lu, L. (2009). Scribbling-crisis & transformation in therapy. *Journal of Taiwan Art Therapy*, 1(1), 1–13.]
- 劉佳芳、黃宗堅（2014）。從客體關係理論探討性交易少女之缺愛症候群—以一名折翼少女為例。輔導季刊，50（3），72–77。[Liu, C. F., & Huang, T. C.

- (2014). From object relations theory perspective to explore the psychodynamics of a sex trade maiden: A case study. *Guidance Quarterly*, 50(3), 72–77.]
- 劉効樺 (2012)。認知神經科學對諮商心理治療的啟發。臺灣諮商心理學報，1 (1)，1–27。https://doi.org/10.29824/JTCP.201208.0001 [Liu, S. H. (2012). The inspiration from the cognitive neuroscience for counseling and psychotherapy. *Journal of Taiwan Counseling Psychology*, 1 (1), 1–27.]
- 蔡秀玲、鄧文章 (2019)。關係霸凌受害者之經驗與後續效應之質性探究。輔導季刊，55 (2)，11–23。[Tsai, S. L., & Teng, W. H. (2019). A qualitative study of the recalled relational victimization and the long-term outcomes. *Guidance Quarterly*, 55(2), 11–23.]
- 衛生福利部 (2024)。兒童及少年保護—統計專區。衛生福利部保護服務司。https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/lp-1303-105-xCat-at04.html [Ministry of Health and Welfare. (2024). *Child and juvenile protection statistics zone*. Department of Protective Services, Ministry of Health and Welfare.]
- 鄭來長 (2016)。接受與承諾治療 (ACT)：第三波的行為治療。輔導季刊，52 (2)，35–50。[Cheng, L. C. (2016). Acceptance and commitment therapy (ACT) : The third wave of behavior therapy guidance. *Quarterly*, 52(2), 35–50.]
- Ainsworth, M. D., Blehr, M. C., & Waters, E. W. (1978). *Patterns of attachment: Observations in the strange situation and at home*. Erlbaum.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric.
- American Psychiatric Association. (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. American Psychiatric.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality: Mentalization-based treatment*. Oxford University.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of psychoanalysis*. Heinemann.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686.
- Chugani, H. T., Behen, M. E., Muzik, O., Juhasz, C., Nagy, F., & Chugani, D. C. (2002). Local brain functional activity following early deprivation: A study of postinstitutionalized Romanian orphans. *Neuroimage*, 14(6), 1290–1301. https://doi.org/10.1006/nimg.2001.0917
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Bessel Van der Kolk, M., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. https://doi.org/10.1002/jts.20444
- Davis, M. (2002). A few thoughts about the mind, the brain, and a child with early deprivation. *Journal of Analytical Psychology*, 47(3), 421–435.

- <https://doi.org/10.1111/1465-5922.00329>
- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139, 1342–1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>
- Fallot, R. D., & Harris, M. (2008). Trauma-informed approaches to systems of care. *Trauma Psychology Newsletter*, 3, 6–7.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain-a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 99–116.
- Gomez, L. (1997). *An introduction to object relations*. New York University.
- Hamby, S., Elm, J. H. L., Howell, K. H., & Merrick, M. T. (2021). The cumulative burden of childhood adversities transforms the science and practice of trauma and resilience. *American Psychologist*, 76(2), 230–242. <https://doi.org/10.1037/amp0000763>
- Horowitz, M. (2014). *Identity and the new psychoanalytic explorations of self-organization*. Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315779744>
- Hunt, T. K. A., Slack, K. S., & Berger, L. M. (2017). Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse & Neglect*, 67, 391–402. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.005>
- LaNoue, M. D., George, B. J., Helitzer, D. L., & Keith, S. W. (2020). Contrasting cumulative risk and multiple individual risk models of the relationship between adverse childhood experiences (ACEs) and adult health outcomes. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01120-w>
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution*. Plenum.
- Malchiodi, C. (2012). Trauma-informed art therapy and sexual abuse in children. In P. Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* (pp. 341–354). John Wiley & Sons.
- Malchiodi, C. A. (2011). *Handbook of art therapy* (2nd ed.). Guilford.
- Malchiodi, C. A. (2015). Neurobiology, creative interventions, and childhood trauma. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Creative interventions with traumatized children* (pp. 3–23). Guilford.
- Oh, D. L., Jerman, P., Marques, S. S., Koita, K., Boparai, S. K. P., Harris, N. B., & Bucci, M. (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated with

- childhood adversity. *BMC Pediatrics*, 18, 83. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1037-7>
- Perry, B. (2006). The neurosequential model of therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. In N. Boyd Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27–52). Guilford.
- Perry, B. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240–255. <https://doi.org/10.1080/15325020903004350>
- Perry, B. (2019). The neurosequential model. In J. Mitchell, J. Tucci, & E. Tronick (Eds.), *The Handbook of Therapeutic Care for Children* (pp. 137–156). Jessica Kingsley.
- Perry, B., & Dobson, C. (2013). The neurosequential model of therapeutics. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents*. Guilford.
- Perry, B., & Hambrick, E. (2008). The neurosequential model of therapeutics. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 38–43.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation*. Norton.
- Porges, S. W. (2017). *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe*. Norton.
- Reich, W. (1980). *Character analysis* (3rd ed.). Farrar, Straus and Giroux.
- Robinson, P., Barrett, B., Bateman, A., Hakeem, A., Hellier, J., Lemonsky, F., Rutterford, C., Schmidt, U., & Fonagy, P. (2014). Study protocol for a randomized controlled trial of mentalization based therapy against specialist supportive clinical management in patients with both eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 14, 51. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-51>
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. Norton.
- Schiffer, F. (2000). Can the different cerebral hemispheres have distinct personalities?: Evidence and its implications for theory and treatment of PTSD and other disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(2), 83–104. https://doi.org/10.1300/J229v01n02_06
- Schore, A. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 9–30. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00996.x>

- Schore, A. (2009). Right-brain affect regulation: An essential mechanism of development, trauma, dissociation, and psychotherapy. In D. Fosha, D. J. Siegel, & M. F. Solomon (Eds.), *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development, and clinical practice*. Norton.
- Shen, A. C. T. (2009a). Long-term effects of inter-parental violence and child physical maltreatment experiences on PTSD and behavior problems: A national survey of Taiwanese college students. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 148–160.
- Shen, A. C. T. (2009b). Self-esteem of young adults experiencing inter-parental violence and child physical maltreatment: Family and peer relationships as mediators. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(5), 770–794.
- Steele, W., & Raider, M. (2001). *Structured sensory interventions for children, adolescents and parents (SITCAP)*. Edwin Mellen.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(2), 129–136.
<https://doi.org/10.1080/10615800802317841>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Whitehouse, M. (1979). C. G. Jung and dance therapy: Two major principles. In P. Bernstein (Ed.), *Eight theoretical approaches to dance-movement therapy* (pp. 73–101). Kendall/Hunt.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. In *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 37–56). Karnac.
- World Health Organization. (2022). ICD-11 coding tool. *ICD-11 international classification of diseases 11th revision*.
https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release
- Wu, X., Zhou, X., Wu, Y., & An, Y. (2015). The role of rumination in posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adolescents after the Wenchuan earthquake. *Frontiers in Psychology*, 6, 1335.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01335>
- Zhou, X., & Wu, X. (2016). The relationship between rumination, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among Chinese adolescents after earthquake: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 193, 242–248.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.076>

收稿日期：113 年 08 月 30 日

一稿修訂日期：113 年 10 月 26 日

接受刊登日期：113 年 12 月 12 日

A Preliminary Exploration of Child Trauma Counseling Oriented by Mentalization and Based on the Nervous System

Wei-Chou Liao¹、Tsung-Chain Huang^{2*}

¹ Department of Counseling and Guidance, National Changhua University of Education, PhD student

² Department of Counseling and Guidance, National Changhua University of Education, Professor

Abstract

The current theories related to children's trauma counseling are mainly based on psychological principles, and they rarely explore the relationship with the neurological mechanisms of trauma. Therefore, attention is placed on whether different counseling techniques or principles might conflict with these neurological mechanisms, potentially reducing the effectiveness of counseling. This paper seeks to understand the formation and development of children's trauma by integrating the mechanisms of the nervous system's response to stress with the perspective of mentalization-based therapy. The goal is to establish consistent intervention principles to enhance counseling effectiveness. The following guidelines for children's trauma counseling are outlined: 1. A bottom-up (button-up) approach to trauma intervention. 2. Prioritize building a foundation of secure and trusting attachment. 3. Provide supportive interpersonal and social experiences. 4. Utilize sensory-based trauma interventions.

On this basis, the concept of post-traumatic growth and recovery is incorporated, using expressive arts therapy as a medium. This approach constructs an integrative counseling framework for children's trauma: "Intrusive Rumination (IR) → Expressive Arts Therapy (EAT) as a Medium → Deliberate Rumination (DR)." This framework suggests using expressive materials or methods to transform intrusive rumination into deliberate rumination. The mechanism of this transformation stems from the sensory operations of expressive arts therapy, which align with the nervous system and can serve as a vehicle for children's trauma. This method helps children express emotions, facilitating cognitive correction and meaning reconstruction. Ultimately, this enhances mentalization capabilities, helps regulate emotions, and supports trauma recovery.

Keywords: Mentalization-based treatment, childhood trauma, polyvagal theory, expressive arts therapy, trauma counseling

*Corresponding author: Tsung-Chain Huang, E-mail: tchuang @cc.ncue.edu.tw.
DOI: 10.53106/2304781X2025051301002