

兒童中心取向遊戲治療師的設限經驗初探

施怡菱* 陳秉華

國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系

本研究旨在探討兒童中心取向遊戲治療師在進行遊戲治療時的設限經驗。本研究採用質性研究的現象學方法，透過深度訪談來蒐集五位治療師的設限經驗，以及其對設限經驗的想法與因應。本研究將所蒐集的資料加以編碼及分析，所得結果如下：(1)「兒童－治療師互動」的經驗結構，包含：對需設限行為的經驗、對設限後兒童反應的經驗。以及(2)「治療師－理論對話」的經驗結構，包含：重整與反思設限、重新框架兒童情緒與行為、督導與同儕的專業協助、形塑個人設限體驗與信念。最後根據研究結果，研究者對遊戲治療實務工作及未來研究提出具體建議。

關鍵詞：設限、遊戲治療

壹、緒論

一、前言

遊戲治療是兒童與治療師之間動力的關係，治療師受過專業的遊戲治療訓練，運用選擇過的媒材，讓兒童能在安全的關係中自由表達其經驗、情緒、想法與行為（Landreth, 2002）。但遇到兒童試著跨越治療架構與界線時，治療師要在兒童緊湊的想像情節中做出設限的動作，並且提供他正確且可以選擇的替代行為；此過程除了要熟練之外，亦須要有良好的治療關係為基礎。對研究者來說，要如何提供適切的設限架構以有助於治療的深化，是研究者在實務場域中越來越關注的議題。

沒有設限的治療關係或環境，並不能對兒童的治療產生幫助，在遊戲治療的過程中，除了透過遊戲讓兒童學習表達並整理情緒外，設限也是治療中很重要的一環（Cochran, Nordling, & Cochran, 2010; Landreth, 2002）。Ginott 是設限技巧的支持者，提倡如何有效地為兒童的行為作設限（魏心敏、王孟心、王世芬譯，2008/2006）。Ginott 和 Lebo（1963）曾具體指出遊戲治療中 54 種需設限的範圍；在功能部分，Landreth（2002）認為設限可以

* 通訊作者：施怡菱，台北市和平東路一段 162 號，email: pieces410@gmail.com。

提升兒童自我控制、自我負責、情緒和社會的成長，增加兒童的內在控制感、提升治療情境的一致性與可預測性，增加兒童自我掌控的效能感；透過向兒童傳達設限，幫助兒童有創造性的發展出能滿足其需求且適切的替代行為。由上可知，設限能幫助兒童在情緒、行為上有良好的適應，更是遊戲治療產生療效的重要關鍵。

高淑貞（2005）在探究治療師的治療態度研究中，也發現設限似乎是治療師所面對的主要挑戰與不確定感的來源。所以，當遊戲治療師遇到兒童挑戰界線，或是兒童將遊戲引導向跨越治療架構的方向時，遊戲治療師要如何覺察並決定加以設限？以及遊戲治療師主觀上認為設限如何影響治療關係？這些都是治療歷程中，遊戲治療師一再遇到的挑戰。此研究希望透過對遊戲治療師的深度訪談，了解遊戲治療師的設限經驗。

二、不同遊戲治療理論的設限原則及方法

不同的理論取向對於如何設限有不同的哲學觀與介入方式，以下將簡要介紹各學派對設限的理論觀點；因本研究的研究參與者以兒童中心遊戲治療學派為主，故會將兒童中心學派的設限原理作較詳盡的論述。

精神分析學派認為設限能指引兒童用象徵性的行動來表達自己，並協助兒童維持安全的感覺（魏心敏等譯，2008/2006）。當兒童打破或毀壞物品也許會恐懼治療師的報復，而變得具有攻擊性或變得害怕，如此遊戲室將重現出兒童對外在世界的恐懼。外在世界的重現，讓治療師得以理想父母的角色對兒童與其活動設定健康的限制（魏心敏等譯，2008/2006）。

阿德勒學派強調的是協助兒童探索並洞見自身的生活形態，故指導性會比較強（Kottman, 2003）；設限目的是幫助兒童獲得自我控制，教導兒童責任感（魏心敏等譯，2008/2006）。當需要在遊戲中對兒童設限的時候，治療師除了設限之外，也會和兒童一起討論出將不合宜的行為轉化成可接受的結果，其設限步驟如下：（1）不帶評價地設限；（2）反映兒童的感受／或猜測其行為的意圖；（3）協助兒童列出可替代的選擇；（4）與兒童一起討論並做出其同意遵守且有邏輯的結果（Kottman, 2001）。

在完形遊戲治療學派中，Oaklander 指出遊戲治療師對自己的內在感受是真實接觸且不害怕的，並能覺知自己的限制與界線，所以治療師在設限時會表達對兒童渴望的瞭解，接受這樣的渴望，但仍堅持限制，Oaklander 強調治療單元起始與結束的明確時間；兒童不能破壞遊戲治療室的設備；亦不能用暴力傷害自己與治療師（魏心敏等譯，2008/2006）。完形治療的目標是讓兒童能自在的接觸自己的感知、身體、情緒表達以及智性（Oaklander, 2001）。

在關係遊戲治療方面，Moustakas 指出治療師需要堅持設限，同時也要確認兒童保有做決定與表達自我意願的權利，當兒童受到太多限制，兒童在渴望上的表達會受損，而造成情緒表達上的嚴重失調，因此治療師的設限不是要破壞兒童的渴望，而是保護兒童的安全，增強兒童的渴望（魏心敏等譯，2008/2006）。與兒童工作時會設限的狀況包含有：要確保兒童人身安全、維持時間的限制、避免治療師被肢體暴力攻擊、限制玩具媒材被破壞或攜出。當必須使用強制設限時，有三個方法：（1）限制兒童不能觸碰某個玩具或進入某遊戲區；（2）站在兒童旁邊，重複設限；（3）限制兒童的行動幾分鐘。限制兒童的行動可以簡單握住兒童的手，不讓兒童繼續遊戲（魏心敏等譯，2008/2006）。

在認知行為遊戲治療中，Bixler（1949）認為設限本身就是治療，但設限應該盡可能少，並且治療師能自己決定對兒童行為的接受程度。Bixler 建議兒童不被允許傷害治療師、毀壞物品、違反時間限制，或從遊戲室中帶走玩具。治療師透過設限來增強兒童良好的行為，而非指出兒童壞的行為（魏心敏等譯，2008/2006）。

兒童中心學派認為遊戲治療包含了必要的限制結構，以協助兒童能安全地自我表達，並和現實連結。測試界線不只是兒童用來自我表達的方式，對治療師來說，也是發展對兒童行為的無條件積極關注與深層同理的機會（Cochran, Cochran, Cholette, & Nordling, 2011），設限本身就是一個治療性的工具。Landreth（2002）認為限制是為了讓治療符合真實生活世界，讓兒童知道他在治療關係中應負的責任，雖然需要設限的狀況不多，但是卻非常重要。兒童中心學派採用設限方式是「ACT」三步驟：（1）A-Acknowledge 了解：了解兒童的感受、期望和需要；（2）C-Communicate 溝通：限制溝通，針對兒童不恰當的行為進行溝通；（3）T-Target 目標：對兒童指出可以被接受的行為選擇。此三個步驟是透過治療師堅定、溫暖且不具威脅性的方式傳達給兒童（Cochran et al., 2011）。

除了「ACT」三個步驟之外，Scuka（2010）也闡述了有效能的設限 9 大原則：（1）清楚具體地表達設限：把「小華，停止這動作。」這樣模糊不明確的內容，改成「小華，停止丟玩具，你不能這麼做」，才能向兒童傳達清楚具體的設限；（2）第一次只先陳述設限，先不說限制破壞的後果：以提供兒童主動遵守限制的機會；（3）選擇兒童自然、想要的行為來作為設限的後果：例如告訴兒童「不能玩某個玩具」，而非加以額外的懲罰，以防兒童對設限形成嫌惡；（4）設限的後果要符合公平、比例原則；（5）設限後果的施行有時間的限制：在限定時間內的實行後果，可以幫助兒童對自己的行為負責任；若時間過長，兒童反而會出現無所謂的心態，甚至破壞更多限制；（6）要能遵循所宣布的設限後果：若未能遵循實施宣布的後果，則會破壞治療師或家長的權威，兒童也就不會認真看待設限。為了要能確實遵循設限的後果，治療師與家長要：（7）選擇有意願／能力遵循、實行的設限

後果；(8) 維持一致：不論兒童如何破壞限制，成人在設限與實施後果時一致的態度，是設限能產生效用的重要關鍵；(9) 同理性的瞭解：治療師與家長透過同理來理解兒童行為背後的情緒。當兒童感受到自己的經驗被理解，兒童便較有意願遵守限制，設限就能發揮效用。

以上各學派對設限的看法與作法雖有不同，但均重視設限對治療關係的影響，且認為設限是遊戲治療中具挑戰性的部份 (Rhoden, Kranz, & Lund, 1981)。尤其兒童中心學派更重視對兒童破壞行為背後的需求與情緒，強調治療師透過一致性與同理來涵容兒童的情緒，並傳達對兒童感受的理解，讓治療師與兒童的真實互動使關係產生治療性，以協助兒童發展出遵守界線的能力，進一步轉為正向自我價值，並獲得良好的適應 (Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014)。

三、設限的臨床應用

Rhoden 等人 (1981) 整理了 80 年代時遊戲治療設限的使用趨勢，想瞭解不同學派、性別與實務經驗是否會影響治療師進行設限？研究中發現：即使遊戲治療師的取向、性別與實務經驗不同，但對於遊戲治療的設限原則基本上是一致的：提供兒童機會去學習自我控制，知道他們有不同的選擇，去感受作選擇的經驗，並體會責任感 (Landreth, 2002)。而隨著遊戲越來越常應用在治療中，設限也越來越成為被注意的焦點。所以在遊戲治療實務場域中，設限的相關議題也需要受到重視；設限雖然有時候會被視為對治療關係建立的傷害，但是對於成功的遊戲治療來說，仍是相當重要的關鍵 (Landreth, 2002)。

Ginott 和 Lebo (1963) 所指出需設限的範圍雖多達 54 項，但大致上可以分成 6 個設限參考原則：(1) 攻擊治療師；(2) 破壞治療室設備；(3) 社會不接受的行為；(4) 危及兒童健康與安全的行為；(5) 不適當的肢體動作；(6) 破壞遊戲室常規的行為 (Landreth, 2002)。

然而，這些設限的標準在面臨多元文化適應的問題時，有許多需要做調整的部份。Kao 和 Landreth (2001) 在探討對台灣兒童進行遊戲治療時的設限，可以將 ACT 的步驟中的「A」稍加修改，亦即諮商師在做反應時，重點是讓兒童覺察他自己的感受，而不要表露諮商師的自我感受，以免造成治療關係的對立或兒童的順從；因為在華人的文化中不太鼓勵情緒的表達與發洩，所以諮商師不要太過引導情緒的宣洩，才不會增加兒童的壓力。此外，Perez、Ramirez 和 Kranz (2007) 在探討對第一代墨西哥裔兒童做設限的議題時建議：在遊戲治療中的設限的條件中，有些必須要經過修改與調整，才能符合跨文化的需求，例如：「治療師不與兒童有身體的接觸」的限制，治療師可以彈性的與兒童擁抱與

拍肩，因為在他們的文化中，不接受對方的擁抱意味著拒絕；另外，「不能將玩具帶出遊戲室」的規條，治療師則可以與他們約定要記得在下週見面時將帶回去的玩具歸還，如此可以增加兒童被信任的感受，以及幫助兒童在貧困的環境中得到滋養。故研究者認為將理論應用在實務的過程中，治療師要能對兒童當下的狀況以及文化脈絡做判斷，才能對兒童設立合適的限制；治療師在合理的狀況下允許兒童自由表達，讓兒童有機會去體會「表達」的感受，以及瞭解「感覺如何影響著行為」，如此對兒童才有幫助（Rhoden et al., 1981）。此外，遊戲治療師也要能調整理論當中的設限條件，去順應兒童的文化背景，方能讓遊戲治療的成效達到最佳的狀況。

Cochran 等人（2011）研究兒童中心取向遊戲治療中的設限與治療關係議題，在分別與兩位男童的治療中發現到兒童會有取悅治療師、測試界線的行為；而治療師的一致性以及對兒童經驗的溫暖接納與同理，能協助兒童經驗到被接納與擁有選擇權。在治療後的追蹤發現到兒童在團體互動中，雖然還是會有測試界線的行為，但是也開始有能力遵守限制，而此能力也拓展到教室情境，帶來正向的行為改變。Kool 和 Lawver（2010）也提出當兒童使用攻擊類型媒材時，媒材引發兒童的憤怒、非理性與敵意的情緒而可能會有衝撞、丟擲、敲打媒材的狀況產生，這些行為的設限就必須靠治療師的判斷。

在治療情景之外，Scuka（2010）也將兒童中心遊戲治療的設限原則加以具體化應用在親子互動中，以協助治療師與親職教育工作者能清楚地向家長說明設限的步驟與原則。Scuka 列出以下幾點步驟與原則：（1）陳述限制：先不要定下違反限制後的後果，目的在於向孩子傳達相信孩子能自發性的遵守限制；（2）同時陳述限制以及違反限制後的結果：只有當孩子在第二次無法停止破壞限制的行為時，才要實施結果。此目的在於讓孩子有機會藉由遵守限制來保留自己的權益；（3）實行限制被破壞後的結果：此步驟重點在於對孩子無法自律的行為進行教導，家長把孩子破壞限制的行為與破壞限制後的結果做連結，促進孩子對自己的行為產生責任感。

四、設限的挑戰

Bixler（1949）認為限制不管在成人或兒童的心理治療中都佔有一席之地。大部分遊戲治療師也都同意設限對於催化治療歷程是必要的；然而如何保持接納的態度，保護兒童、治療師與遊戲媒材，免於兒童的破壞行為，是相當大的挑戰（Landreth & Wright, 1997）。Moustakas 認為：沒有限制的話，治療不可能發生效果（Landreth & Wright, 1997）。所以設限是遊戲治療中最困難的部分，沒有經驗的治療師常感到不安全，也很不善於設限。有時，治療師對於設限會遲疑，是因為希望自己能被孩子所喜歡（高淑貞譯，2004/1994）。

Smith-Adcock 等人 (2011) 的研究發現對新手治療師來說，要能在正確的時機傳達出適當的設限是較具有挑戰性的，甚至也讓治療師擔心設限會影響治療關係的建立。所以對許多新手的遊戲治療師來說，知道設限的步驟與技巧仍稍嫌不足夠；該如何設下適當的限制、設限當下要如何同時傳達對兒童的尊重、要如何溫和而堅定的設立並堅持界線等。都是常見的挑戰；設限也會考驗治療關係與治療效果。故而對許多新手遊戲治療師來說，只知道設限的步驟和技巧仍是不夠的。所以在學習的階段過程中，有督導的協助是相當重要的一環。

研究者也認同 Landreth 所提出設限的挑戰：去欣賞一個充滿攻擊性、生氣的兒童可能很難，但是兒童想打破限制的舉動遠比被壓抑下來的行為更有治療意義，因為治療師面對的是交錯的變數，包括兒童的動機、自我概念、依賴、接納需求，及如何處理一份重要的關係（引自高淑貞譯，2004/1994）。沒有經驗的治療師容易把焦點放在兒童不當的外顯行為，並想要去制止它。兒童的所有感覺、渴望及願望都是可以接受的，但並非全部行為都可接受。對治療師有挑戰的部分是：如何分辨兒童「象徵性」的破壞行為與攻擊破壞行為兩者，去指認出並接納兒童行為背後的希望與渴望，這或許是治療歷程的重要關鍵（高淑貞譯，2004/1994）。

在探討國內的遊戲治療實務困境現況中，高淑貞與蔡群瑞（2009）從訪談實務遊戲治療師中也發現，從事遊戲治療工作者所面臨的各種挑戰中，其中一項困境即是對於「設限的困難」，以及「無法確知反應的正確性」。所以，遊戲治療師在實務工作中面對每個獨特的兒童，很難用一樣的設限標準和不同的兒童工作。此研究中指出有許多治療師在受訪時都提出對恰當設限的難處。可見實務場域中，治療師要如何將文獻與理論上所學的技巧適當地應用得宜，除了需要更明確的建議與教導之外，也需要經驗的累積。

在國內，以設限為主題的研究論文，僅有賴妍媛（2010）一篇。Landreth（2002）也指出「設限」對治療師來說可能是最困難與麻煩的學習議題，然而也是遊戲治療文獻中較少被探究的主題。可見設限在國內外遊戲治療實務場域中是既重要，也是等待被積極探究的主題。

綜上所述，本研究目即在探討遊戲治療師使用設限的情形與感受經驗，這些是以往理論中較難具體呈現的設限內涵，透過深入的探究以協助實務工作者理解設限過程當下，治療師容易產生的情緒、想法，以及治療師要如何因應以幫助兒童在遊戲治療中獲得自我控制與責任感，進一步協助治療師提升遊戲治療的品質與治療效能，為本研究貢獻之處。

貳、研究方法

本研究主要目的是透過深度訪談來蒐集遊戲治療師的設限經驗。透過現象學態度的理解，我們可以從實證科學的因果邏輯架構，轉而進入到理解並揭露設限經驗在治療互動當下是如何被活出來形構作用，而非去判斷其真假（李維倫、賴憶嫻，2009）。

本研究對於設限經驗的描述文本分析方式，李維倫與賴憶嫻（2009）表示由經驗描述的文本達到存在樣貌的理解，是透過詮釋，亦即詮釋現象學。因為研究者所面對的是描述性的文本，而非經驗本身，故本研究是透過詮釋現象學的分析，來描述與揭露設限經驗的內涵。

以下分別就研究參與者、研究工具、研究程序等進行說明。

一、研究參與者

遊戲治療師：本研究所指之遊戲治療師為取得諮商心理師證照後且目前實際從事遊戲治療實務者，共有 5 位進行訪談。其遊戲治療年資是從研究參與者有在督導協助下進行遊戲實務工作起算（A、C 從國外實習階段起算；B、D、E 是取得執照起算），基本資料表列如下：

表一 研究參與者資料表

參與者代號	性別	工作場域	遊療年資	遊療取向
A	女	社福機構專任心理師	5	受兒童中心取向訓練，結合折衷取向
B	女	駐校心理師	2	兒童中心取向
C	女	駐校心理師	5	兒童中心取向
D	女	駐校心理師	5	兒童中心取向
E	女	行動心理師	4.5	兒童中心取向

二、研究工具

（一）研究者

研究者目前為博士班研究生，合格諮商心理師，有 7 年遊戲治療之實務經驗，從事過遊戲治療相關之碩士論文，也修過質性研究法課程；本研究之訪談者亦由研究者擔任，這些實務經驗與研究經驗有助於研究者在進行訪談時能快速理解研究參與者的經驗與感受。



研究者對於設限的觀點是採取兒童中心的看法，認為在遊戲治療中，不需要先對兒童加以設限，只有在兒童做出需要設限的行為時，才須立即給予回應；目的即是在促發兒童的自發性與創意。而設限的功能即是協助兒童能逐漸負起責任，學習適當的表達方式。雖然研究者有自己的理論取向，進行研究前也會閱讀相關文獻，然在面對資料時，仍會把理論原則擱置一旁，直接面對描述資料中呈現出的經驗現象（李維倫、賴憶嫻，2009）。故研究者與受訪者之間是否有共同的理論取向或對設限作法的異同，非研究者所著重的焦點，而是受訪者在設限中個人遭逢的經驗與感受。

（二）參與研究同意書

向參與者詳細說明本研究目的後，參與同意參與研究並簽署研究同意書。

（三）半結構訪談大綱

本研究透過半結構式的訪談大綱來蒐集遊戲治療師的設限經驗內涵，訪談大綱內容如下：（1）請簡述您從事遊戲治療的年資與相關經驗。（2）您認為遊戲治療的設限有什麼樣的功能？（3）在您的遊戲治療實務經驗中，有沒有讓您印象最深刻的設限經驗？請談談。（4）在設限的當下，您的感受是什麼？（5）您覺得設限所引起的這些感受，有可能和您的那些經驗或個人信念有關？（6）您是否有觀察到自己在遊戲治療中有比較常設限的項目？（7）對於設限，您有任何其它想說或補充的嗎？

（四）訪談歷程錄音檔

研究者取得參與者同意並簽署同意書之後，將訪談歷程進行錄音以蒐集分析資料。

三、研究程序

（一）確認研究主題

研究者從自身的實務經驗中逐漸形成對研究主題的好奇，並經過相關文獻之探討後，形成此研究主題。

（二）研究參與者的招募

本研究主要透過立意取樣，邀請有實務經驗的遊戲治療師作為訪談對象；同時也請台灣遊戲治療學會協助向專業會員寄發研究邀請函，對本研究有進一步興趣之會員，研究者主動聯繫並說明訪談內容，取得對方同意後再進入訪談程序。

（三）研究資料的蒐集與整理

確定訪談對象後，研究者與參與者進行個別訪談並將過程全程錄音。每位參與者接受

一次訪談，每次訪談時間長度為 60 - 90 分鐘。

後續將每次訪談錄音檔謄成逐字稿並加以編碼，對於訪談過程資料之編碼方式，以英文字母代表該次的訪談對象，橫線後三碼代表該訪談對象在訪談中的第幾句發言。例：「A-180」為訪談者 A 在訪談過程中第 180 句發言。

四、研究資料分析

本研究針對遊戲治療師的設限經驗進行蒐集並獲得經驗描述文本，並以李維倫、賴憶嫻（2009）提出之現象學分析步驟來進行文本的分析，此步驟包含有：(1) 資料蒐集；(2) 沈浸閱讀；(3) 意義單元：拆解與改寫；(4) 構成主題；(5) 置身結構；(6) 普遍結構。以下將呈現 A 的訪談文本，並輔以此步驟進行分析的歷程，以說明本研究如何透過詮釋現象學的文本分析獲得置身結構的展示。

(一) 蒐集資料

以訪談逐字稿的形式呈現的 A 經驗描述文本：

「我自己最深的一個體驗是…雖然說我們那個話術都是標準的。我們基本上講的都一樣，但我後來發現這個設限有沒有在個案身上發揮它最大的效用，其實就是我那時候在設限時，心裡面的狀態是什麼。我發現我的設限最不有用，好像通常都是我發現到我心裡沒有對孩子的信心，然後心裡的情緒是自己又被挑起來的時候，我覺得那時候講出來的話好像沒有那個精髓這樣。然後我發現最有用的就是你心裡面某種程度，也是相信這個孩子的，那時你不管她的行為多麼多失控，你的心裡面沒有跟著她一起有那個焦慮或是緊張的情緒，心裡面就是很平靜很 peace 的維持原來那個狀態，那個設限我覺得比較能夠發揮這個設限本來的精神跟意義。其實我覺得孩子感覺得到雖然話講得都一樣，但是你心裡面的情緒跟狀態是甚麼？我在猜可能某種程度也會反映在我們的一些語氣或神情，孩子是看得出來我們是怎麼樣的。所以與其說是這個話術發揮功用，不如說是那個時候…你的一種傳達出來的讓孩子感覺到的那種感受。其實我看這孩子才 6 次，6 次後她媽媽就沒有再帶她來。他們當初來是因為夫妻要離婚，後來因為她說他們有和解，不離了，所以孩子就沒有再來看。但其實那孩子是非常需要的。那 6 次裡面，每次進來她所有的動作就是…攻擊我或是攻擊整個環境。比方說她拿剪刀，她就會來剪我的衣服、頭髮，她拿繪畫的刷子，就會來畫我的衣服或是我的臉，然後畫不到我的臉她就畫我的椅子。然後她拿槍、刀劍就會想要來打我，所以當我一直設限一直設限，她沒有辦法弄到我的時候，她才會弄一下我旁邊的東西來發

洩，可是她如果換到下一個東西，第一目標還是我。我說印象很深刻的那次是她第一次拿起海綿拖把，她開始把海綿拖把舉起來在那邊揮。這個孩子真的失控到我跟她在一起的時候我常處於一個滿焦慮的狀態。所以她拿那個拖把的時候，我還沒有意會到她要幹嘛，當她拿那個拖把往我頭上揮過來，我手擋了一下，可是已經來不及了，拖把整枝直接砸在我頭上這樣子。那個瞬間我很痛，有點那種就是昏了一下這樣，對然後才…好像是有點抓住她的拖把。反正跟她在一起永遠都是在設限、設限，後來她沒有再拿拖把攻擊我，可是她就是拿拖把去敲我們中心的單面鏡，那我就是又設限嘛，那她就是去敲時鐘，就是把整個時鐘打破，玻璃就是整個劈哩啪啦碎下來這樣，每一次這孩子玩大概都要花3個人，加我在內，收拾遊戲室將近要一個小時。那次就是我第一次被孩子攻擊到有點被打到昏的狀態，所以這是為甚麼我說那次是我這輩子最深刻的經驗。後來反正糊里糊塗因為那時候很混亂就結束了這樣。那次之後當晚，正好我的督導在中心，所以其實督導有看到 monitor，一結束他就問我有沒有需要談談，我還記得我跟他一進門，門一關我就…哭了。等我冷靜之後隔兩天我們有看帶子這樣。我跟這孩子工作才6次，是屬於完全沒有發揮任何…我們說療效，孩子進來跟她出去是一樣的這樣。可是那個經驗是這輩子大概忘不掉。那個時候，我印象中大概就是震驚，就是被打之後一直到結束之前，我一直都是有點處在那種震驚的狀態下，我記得發生之後我照樣還是一直在 ACT，可是其實那時候基本上我心裡已經是不認為 ACT 有任何用了。就變成我那時候好像就是有兩個人，一個人就是還在演…演治療師的角色，然後另外一個我就是真的是很情緒的我，就是一直處在震驚然後反應不過來的狀態下這樣子。我覺得那時候在 session 裡面我就是震驚，因為同一個時候我就是要演嘛，所以我也沒有去處理裡面有什麼感受，是後來督導的時間我才比較能去釐清我的感覺這樣子，對。我記得好像他有先讓我哭一陣子，等他覺得我的哭已經比較好的時候，一開始他就是先同理我。其實在談話過程裡面，我對這孩子不生氣耶，就是不氣，但是其實我是很難過。因為他回應說，好像我被孩子打到我其實還滿氣的。我記得我那時候很仔細的感覺，就覺得我不氣他，我心裡的 OS 是如果一個3歲的小孩她可以這樣，就是說那孩子這些舉動有點超乎我對一個3歲孩子的預期，所以我覺得我那個晚上很大部分心情是難過，為這個小孩難過。就覺得…哇一個3歲的孩子怎麼會…我的解讀是怎麼會被傷害到這種地步。在我的想像裡面是，如果一個孩子在正常或是有一些愛的狀態是不可能這樣子，如果會這樣，一定是發生了很多問題，所以我那個晚上就是為這孩子很難過，然

後後面的心情，那時候我有兩種感受，一種感受是還是有一點怕怕的，還有一點緊張跟焦慮，焦慮下一次她還會再來不知道會怎樣。另外一個感受是，來吧！我覺得我今天有準備好可以跟你耗了。因為那個期間督導有陪我做一些 role play，幫助我可以更自然的表現出來，就是想試試看我這禮拜的練習，有沒有讓我更能夠 handle 我跟她之間的那個張力，這樣。」

(二) 反覆閱讀

研究者經過反覆閱讀以獲得受訪者在設限經驗的整體感。

(三) 意義單元：拆解與改寫

將意義單元拆解能夠讓文本易於處理，也有助於研究者更接近經驗描述的文本，放大關鍵的細節，把文字中的蘊含意義顯現出來。因篇幅關係，以下僅呈現 5 點 A 的經驗文本之意義單元拆解與改寫：

1. 對 A 來說設限能否發揮功效，重點是在於治療師當時的心理狀態。

「我自己最深的一個體驗是…雖然說我們那個話術都是標準的。我們基本上講的都一樣，但我後來發現這個設限有沒有在個案身上發揮它最大的效用，其實就是我那時候在設限時，心裡面的狀態是甚麼。」

2. A 所謂的心理狀態是指對孩子有信心，不論孩子的行為多失控，治療師不隨之起舞，保持內在的平靜。如此才能發揮設限的意義與精神。

「我發現我的設限最不好用，好像通常都是我發現到當我心裡沒有對孩子的信心，然後心裡的情緒是自己又被挑起來的時候，我覺得那時候講出來的話好像沒有那個精髓這樣。然後我發現最有用的就是你心裡面某種程度，也是相信這個孩子的，那時你不管她的行為多麼多失控，你的心裡面沒有跟著她一起有那個焦慮或是緊張的情緒，心裡面就是很平靜很 peace 的維持原來那個狀態，那個設限我覺得比較能夠發揮這個設限本來的精神跟意義。」

3. 在 A 的經驗裡面，治療師對兒童行為的感受、情緒，會在治療互動中反映出來，兒童也會感受得到。設限功效的發揮並非是具體的話術，而是兩人間感受的流動、治療師傳達對兒童的相信。

「其實我覺得孩子感覺得到雖然話講得都一樣，但是你心裡面的情緒跟狀態是什麼？我在猜可能某種程度也會反映在我們的一些語氣或神情，孩子是看得出來我

們是怎麼樣的。所以與其說是這個話術發揮功用，不如說是那個時候…你的一種傳達出來的讓孩子感覺到的那種感受。」

4. 在短期的治療過程中，A 和經驗到兒童有很多的攻擊與破壞。設限可以讓 A 免於兒童的攻擊，但是兒童會轉而攻擊治療師。如果換了一個媒材，兒童還是會首先攻擊 A。

「其實我看這孩子才 6 次，6 次後她媽媽就沒有再帶她來。他們當初來是因為夫妻要離婚，後來因為她說他們有和解，不離了，所以孩子就沒有再來看。但其實那孩子是非常需要的。那 6 次裡面，每次進來她所有的動作就是…攻擊我或是攻擊整個環境。比方說她拿剪刀，她就會來剪我的衣服、頭髮，她拿繪畫的刷子，就會來畫我的衣服或是我的臉，然後畫不到我的臉她就畫我的椅子。然後她拿槍、刀劍就會想要來打我，所以當我一直設限一直設限，她沒有辦法弄到我的時候，她才會弄一下我旁邊的東西來發洩，可是她如果換到下一個東西，第一目標還是我。」

5. 在 A 與兒童的治療互動中，兒童的失控讓 A 感受到很大的焦慮，在兒童拿拖把直接砸向 A 時，A 除了一開始的措手不及，也感受到身體巨大的疼痛。A 還是繼續不斷的設限，兒童轉而用拖把敲打治療室的單面鏡與時鐘，時鐘也整個被敲碎。遊戲在混亂中結束，之後要花上三個人與一個小時的時間來恢復遊戲室。

「我說印象很深刻的那次也是她第一次拿起海綿拖把，她就開始把海綿拖把舉起來在那邊揮。這個孩子真的失控到我跟她在一起的時候我常處於一個滿焦慮的狀態。所以她拿那個拖把的時候，我還沒有意會到她要幹嘛，當她拿那個拖把往我頭上揮過來，我手擋了一下，可是已經來不及了，拖把整枝直接砸在我頭上這樣子。那個瞬間我很痛，有點那種就是昏了一下這樣，對然後才…好像是有點抓住她的拖把。然後反正跟她在一起永遠都是在設限、設限，那後來她沒有再拿拖把攻擊我，可是她就是拿拖把去敲我們中心的單面鏡，那我就是又設限嘛，那她就是去敲時鐘，就是把整個時鐘打破，玻璃就是整個劈哩啪啦碎下來這樣，每一次這孩子玩大概都要花 3 個人，加我在內，收拾遊戲室將近要一個小時。那次就是我第一次被孩子攻擊到有點被打到昏的狀態，所以這是為甚麼我說那次是我這輩子最深刻的經驗。後來反正糊里糊塗因為那時候很混亂就結束了這樣。」

(四) 構成主題

在 A 文本的單元意義的拆解與改寫中，整理出 9 個要點。研究者進一步將不同意義單

元中重複出現的要點彼此連結，形成以下 4 個主題。

1. 主題一

單元 1、2、3 設限的經驗法則與信念主題。對 A 來說，設限要能產生效用，在於治療師本身的心理狀態是否能保持平穩，在設限的治療互動中向兒童傳達治療師相信兒童可以達到自我控制。

2. 主題二

單元 4 構成了設限當下互動的主題。A 面臨到的狀況是兒童會以攻擊他為主，若 A 不斷的設限，兒童就會轉而破壞遊戲室。

3. 主題三

設限時治療師的知覺感受之主題。對 A 來說在當時混亂、焦慮的設限情況下，A 帶著身體的疼痛並持續進行設限。A 覺得一部份的自己在扮演好治療師的角色，但一部份是震驚與充滿情緒的。當下為了持續設限，對自己的內在情緒也無法細看。

4. 主題四

在督導中經驗到的轉變主題。治療結束後，A 在督導起初去檢視治療互動與設限，是感到沒有療效的。當督導試著同理與反映 A 可能有的情緒時，讓 A 開始釐清自己對兒童的情緒以及對兒童想法：認為兒童本身也是受傷的、缺少愛的：所以對兒童的情緒是難過而非生氣。此外，在督導協助進行角色扮演練習之下，A 雖然對下次未知的治療有些焦慮，但多了準備與自信，去處理自己與兒童在關係中的張力。

(五) 置身結構

將每個構成主題的描述，綜合成一個完整的經驗置身結構中，如 A 置身結構的描述如下：

「對 A 來說，設限要能產生效用，在於治療師本身的心理狀態是否能保持平穩，在設限的治療互動中向兒童傳達治療師相信兒童可以達到自我控制。A 面臨到的狀況是兒童會以攻擊他為主，若 A 不斷的設限，兒童就會轉而破壞遊戲室。在當時混亂、焦慮的設限情況下，A 帶著身體的疼痛並持續進行設限。A 覺得一部份的自己在扮演好治療師的角色，但一部份是震驚與充滿情緒的。當下為了持續設限，對自己的內在情緒也無法細看。治療結束後，A 在督導起初去檢視治療互動與設限，是感到沒有療效的。當督導試著同理與反映 A 可能的有情緒時，讓 A 開

始釐清自己對兒童的情緒以及對兒童想法：認為兒童本身也是受傷的、缺少愛的，所以對兒童的情緒是難過而非生氣。此外，在督導協助進行角色扮演練習之下，A 雖然對下次未知的治療有些焦慮，但多了準備與自信，去處理自己與兒童在關係中的張力。」

在這段置身結構的描述中，可以看到在設限經驗呈現出以下幾個向度：一是「兒童－治療師互動」，此向度可說明在設限當下，兒童的行為如何引發 A 的設限（主題二），而 A 設限之後兒童的反應，是如何回來影響 A 的情緒經驗（主題三）。二是「治療師－理論的對話」，顯現出治療師對設限經驗的整理與反思，也透過專業督導的協助，將個人的實務體驗逐漸融合進理論當中，形成個人對設限的信念（主題一、主題四）。

五、研究倫理

本研究在研究倫理上遵守保密、知後同意之原則。因透過質性研究訪談的方式蒐集資料，故挑選讓參與者感到放鬆、自在的環境進行訪談，研究者也建立溫暖和善的互動氣氛，以協助參與者能開放地分享其設限經驗。

六、研究的信實性

本研究以現象學取向為研究方法，研究效度的標準即來自於研究是否能夠精確地呈現或取得所欲研究的現象（Hycner, 1985）。本研究透過以下幾個方式來增進研究的嚴謹度與信實性：

（一）參與者實務經驗的可參考性

本研究的受訪者，除了在研究所階段接受遊戲治療的專業課程訓練之外，亦同時進行遊戲治療實習與接受授課老師的督導。在受訪者獲取心理師資格後，也持續進行遊戲治療實務工作。故本研究的受訪者在遊戲治療實務的經驗上有一定程度的累積，適合成為本研究的研究對象。

（二）研究者持續在遊療領域進行實務工作

研究者本身在大學與研究所階段都皆有修習遊戲治療的課程，研究所階段在授課老師的督導下進行遊戲治療實習。取得心理師資格後的 7 年，均有持續進行遊戲治療工作。這些經驗有助於研究者在訪談時能敏銳地理解受訪者的設限經驗與脈絡。

（三）受訪者檢核

資料分析完成後，研究者將每位受訪者的逐字稿文本以及分析資料結果寄給受訪者，

邀請他們做核對與確認；若受訪者有不同意之處則進行來回的討論與修改，直到受訪者覺得資料的呈現能貼近其經驗。

參、研究結果

研究者根據上述步驟將五位治療師的設限經驗描述文本進行分析並完成置身結構後，再將五位治療師置身結構視為整體，從對照比較中讓某些部分的意涵深化以成為涵蓋所有置身結構的描述，獲得進一步的普遍性。而對於某些結構元素未出現在所有的描述中，研究者也運用想像變異去尋求其在不同結構的位置，讓普遍結構得以深化。

從研究結果發現五位研究參與者的設限經驗現象，分別就橫向的「兒童－治療師互動」結構經驗與縱向的「治療師－理論對話」結構主題做以下呈現：

一、「兒童－治療師互動」經驗

在此橫向經驗結構中，呈現出治療師與兒童在設限當下來回互動的經驗，第一部份的「對需設限行為的經驗主題」呈現出治療師面對兒童需設限行為時的內在感受；第二部份「對設限後兒童反應的經驗主題」則呈現出治療師在對兒童設限後，治療師對兒童反應的內在經驗。茲將下列經驗詳細說明：

(一) 對需設限行為的經驗主題

此部分為治療師面對兒童需要被設限行為的感受。對於兒童的攻擊與非預期的破壞，A 感到「震驚與反應不及」。而兒童雖然沒有直接攻擊治療師，但故意把球丟到治療師身旁，也引起 B 感到「不舒服與被挑釁」。對於兒童直接抱住大腿的舉止，C 覺得「驚嚇與不舒服」；另外，當兒童出現要治療師閉眼睛、轉身，以及對治療師罵髒話以宣洩情緒的時候，D 則經驗到「不確定是否該設限與慌張」的感受，當兒童也不斷要求離開治療室時，D 感到「不被喜歡」。E 則對兒童破壞性的行為感到「擔心」他是否能遵守。

「被打之後的一直到結束之前，我一直都是有點處在那種震驚，然後反應不過來的狀態下這樣子。」(A-052)

「比較讓我不舒服的其實是挑戰這件事，就是他故意把球丟到我旁邊這個動作挑釁的意味會讓我覺得不舒服，那個不舒服才會引起我決定我要怎麼回應他的這件事情。」(B-078)

「其實當下我有嚇到，然後我覺得其實設限那一次也有卡到就是我對身體的接受。我對這樣的那麼親近的一個身體接觸其實是不舒服的。」(C-026)

「他開始罵髒話了，有時候是針對著我罵，我當下也會覺得說…這樣算不算是一種攻擊我的行為呢？那我要設限嗎？或者是我要告訴他該怎麼罵才適合？我覺得那個當下會讓我還滿慌的。」(D-020)

「他一直在抱怨無聊是不是表示他不喜歡我？不喜歡跟我待在這邊？某種程度其實我也會希望我的個案都喜歡我，所以就是那種想要被喜歡、被認可。」(D-051)

「他進來前就很生氣，進來就摔東西、踹桌子。做設限的時候會有更多的擔心，比如說…他聽不聽得進去？他有沒有聽到？」(E-005)

(二) 對設限後兒童反應的經驗主題

此部份呈現治療師在對兒童設限後，其對兒童反應的內在經驗。在 A 設限之後兒童仍出現連珠砲似的攻擊行為，讓 A 對於設限產生了「無效用」的經驗感受。面對設限之後兒童仍居高不下的憤怒情緒時，讓 B 產生了對關係的「擔心」，當 B 透過持續反映兒童的情緒，發現兒童能有所調整，自己也感受到被「鼓勵」。另外，當 C 設限之後，兒童又出現抱住治療師大腿的行為，C 反而在設限上可以更穩，也比較有機會去思考進行設限的意義。D 對於在設限後兒童仍不斷提出要離開治療室，感受到繼續設限只是形式，接著出現較多的「挫折與擔心」。E 面對兒童在設限後，表現出憤怒的語言與神情，憤怒時摔物品的狀況，而感到「緊張焦慮」與「擔心自身安全」。

「其實那時候基本上 ACT 我心裡已經是不認為有任何用了的狀態。就變成我那時候好像就是有兩個人，一個人就是還在演…還在演治療師的角色，對然後另外一個我其實就是真的是很情緒的我，就是一直處在震驚然後反應不過來的狀態下這樣子。」(A-053)

「這一次是真的他很明顯地把情緒表現出來，然後我也會有一種擔心，就是假設這樣的動作會不會影響我跟他的關係？會不會他開始覺得其實這個不是他要的關係和方式。」(B-043)

「他停止丟球的動作其實對我來說是種鼓勵，就我會覺得那是一個回饋的反應，好像他在告訴我說，其實這個是他也願意試試看的一件事，雖然他的情緒很高，但是他願意為了這個關係…是可以調整的。」(B-053)

「那時候因為是第二次了，所以我就更穩一點點，就沒有他第一次抱我的那麼的措手不及，也會去想我這樣設限到底有沒有道理，我這樣設限對他到底是好還是不好，我這樣設限是為什麼？」(C-035)

「當下你那些基本上還是做，可是你就只是形式上在做，很多就是你的心思就開

始在擔心跟自己產生一種焦慮跟不被喜歡的感覺。然後，那當下其實我覺得在那個 session 裡面你的感受是會覺得很挫折，然後覺得時間怎麼這麼長，就是還沒有到！」(D-055)

「然後他用非常兇狠的眼神瞪著你，叫你閉嘴、不要講話。我會覺得有點受到威脅，或是會很緊張很焦慮，會擔心他原本那個狀態會不會因為你說得話更激怒了他，他轉而就是攻擊你，你會擔心自己的人身安全。」(E-006)

二、「治療師－理論對話」經驗

在此縱向結構經驗中，顯現出治療師本身對設限經驗的重整與反思，以及尋求督導以幫助自己對設限作法、治療關係有進一步的檢視與調整，將個人的實務體驗逐漸融合進理論當中，形成個人對設限的信念。

(一)「重整與反思設限」的經驗主題

1. 該如何合宜地傳達設限訊息

設限狀況的即時性，讓 C 進一步思考自己當下決定做設限的想法為何，以及如何合宜地傳達設限訊息。

「我覺得有些時候設限它其實很多狀況是…沒有辦法照著劇本說…我要怎麼樣、我要講些什麼話、我要怎麼設限會比較好不會傷害到他，所以我這設限真的合宜嗎？其實沒有辦法一下子跑這麼快。我想到的是…我可不可以接受？然後呢以及為什麼要做這件事。」(C-027)

2. 釐清情緒是否影響了設限

在治療關係緊張的狀態下，治療師也會經驗到情緒的起伏，D 會試著去釐清自身情緒是否影響了設限的表達。

「我覺得在那個時候是…因為好像是個衝突的狀況，那我到底…我的設限要怎樣去呈現才不會變成說好像就是…因為你一直罵我，所以我現在就很生氣，所以我就處罰你不能再做晤談。」(D-028)

3. 是否該堅持界線與規則

設限後兒童仍沒有調整行為，E 覺察到自己猶豫於是否該繼續設限？以及拿捏著如何再次設限。

「我就會很猶豫的是…我要不要繼續設限下去？或者是就這樣停了嗎？可是我覺

得設限好像是當下應該要做的事情，所以當下會有點猶豫要怎麼拿捏後續怎麼做的部分。」(E-010)

(二) 「重新框架兒童的情緒與行為」的經驗主題

1. 看見兒童情緒背後的需求

當 A 透過設限引導兒童表現出較為適當的行為後，也會重新去檢視自己對兒童情緒的看法，看見此行為的不同意義，貼近兒童情感狀態。

「這一次他掉眼淚的東西也是有…嗯…有衝擊到我啦，就是讓我發現說其實這孩子這些張牙舞爪的背後，他其實是嗯…很重情感，然後很…很需要這種情感的連結的孩子，他才會有這麼大的情緒的反應，只是他沒有辦法像一般的孩子一樣，就是會用…我們說比較正常的方法去跟別人 social。」(A-123)

2. 同理兒童人際挫敗的經驗，堅持住治療界線

在 B 在治療互動中，看見兒童在求學階段的辛苦與不適應，同時也透過堅持治療關係的界線，幫助兒童學習人我互動。

「我常常會覺得他是…就是他是很不一樣的小孩，他是聰明的小孩，可是他可能在我們一般教室的環境裡面，其實他是不太適應的小孩，他自己其實也不是很容易在這個求學的經驗裡面。但是我會覺得他也需要去知道在某些狀態下，其實跟別人之間其實是必須要有一個…彼此之間的一個距離。」(B-055)

3. 平衡不同文化脈絡對兒童行為的解讀

C 在國外學習遊戲治療理論，敏感到東西文化看待兒童行為的差異，進而覺察到自己該如何平衡這樣的差異。

「我們東方文化很容易設限，而且就覺得你就是應該要。可是我覺得…兒童中心或者是說這個訓練裡面的設限它其實背後有很深的哲學，不是我是大人你就要聽我的、然後我叫你做都是對的，不是這樣子的。那我在學這個的時候，對，當然對我來講就是一個挑戰就是我怎麼去相信孩子是有能力的？」(C-076)

4. 涵容兒童的情緒

在重新思考兒童情緒如何引發人際動力的過程中，E 提醒自己不要因為兒童強烈的情緒而表現出和其他人相同的反應，轉而涵容兒童的情緒與感受。

「我覺得我不要去成為一個懼怕他的角色，因為太多人對他有這樣的感受了，然

後我在猜他可能也知道或感覺得好像，嗯…當他情緒來了、他失控的時候別人會很怕他、不敢靠近他、不喜歡他，我想他應該也不喜歡這種結果，所以我也提醒自己不要成為這樣的角色。」(E-020)

(三) 「督導與同儕專業協助」的經驗主題

1. 釐清對兒童的情緒與感受

在與督導的討論中，A 釐清了自己對兒童的情緒與感受。得以讓後續的治療不被治療師自身的情緒所干擾。

「在談話過程裡面，我就是對這孩子不生氣耶，就是不氣，但是其實我是很難過，我心裡的 OS 是如果一個 3 歲的小孩她可以這樣，就是說那孩子這些舉動就是有點超乎我對一個 3 歲孩子的預期，所以我覺得我那個晚上很大部分心情是難過。是為這個小孩難過。就覺得…哇一個 3 歲的孩子怎麼會就是…我的解讀是怎麼會被傷害到這種地步。」(A-053)

2. 設限原則與技巧的學習

A 與督導討論的過程中練習了角色扮演，檢視自己進行設限能否發揮效用的細節。

「督導為了幫助我感覺自己更有能力在面對這小孩，我們有做一些 role play，然後我們再檢討那個帶子有發現，為甚麼那個 ACT 一直都沒有很 work 在這個孩子身上，一部份的原因是那時候我就是癱在椅子上，就是這樣講，可是其實很多時候做 ACT 的時候可以再積極一點的，比方說再靠近、不斷的靠近這孩子的旁邊。」(A-054)

D 在與不同督導討論的過程中，學習了對兒童罵髒話行為的適當處理方式，並更肯定設限時的原則與尊重自身的狀態。

「督導給我很重要的提醒就是說你怎麼樣去呈現那個…你要去設限，可是並不是去拒絕或者懲罰他，而是讓他知道說為什麼這樣的狀況我們不適合繼續晤談？要讓他很清楚知道說如果他繼續再罵我，說那我們就是下一次，就是他選擇說今天我們就不繼續晤談。督導那樣回應其實是帶給我一種安心也給我一種提醒就是說…如果我當下因為這樣去設限，並不是去拒絕他，而是因為這樣的狀況我也不適合、也沒有辦法全心去同理他，然後就是讓他知道說…OK 那我下週再來。」(D-030)

3. 建立自我效能感

E 在督導的過程中，經驗到督導的正向回饋與肯定，讓自己在治療工作中更有自我效能感。

「有時候會找督導去討論個案的狀況，我覺得找督導一方面是在專業上有更多的成長跟學習、另外一方面督導會肯定你做得好的部分，那我覺得這部分被老師肯定就會讓自己更有信心。我知道雖然有不足需要再學習的部分，可是也看見我也有好的部分。」(E-046)

此外，在與同儕討論、交流的經驗裡，E 發現到大家會面臨到類似的設限困境，進而幫助 E 對困境有不同的認知，不會自我歸因。

「發現同儕遇到類似的個案，他可能也有類似的狀況，我們都會遇到一樣的困難，所以這不是我個人的問題，可能是普遍大家會遇到，或是這類個案帶來的挑戰，那我就不會把這個東西做自我歸因。」(E-048)

(四)「形塑個人設限體驗與信念」的經驗主題

在設限經驗中的碰撞，透過自身的反思，並尋求督導、同儕在專業養成上的協助及扶持，讓治療師在理論的基礎上能逐漸形塑出自身對設限的信念。

1. 成為兒童需要的角色

對 A 來說，設限是在關係中去彈性調整自己，以成為對兒童有幫助的角色。

「我在遊療裡面要變成孩子需要的那個人，所以如果孩子需要你是一個很 mean 的人、他需要你是個很 tough 的人，你就要變成這個 mean 跟 tough 的人。對我來說就是我要做那個堅定、不會讓步的，可是我不需要對你發脾氣、對你兇，就是…我還是可以接納你這樣。」(A-145)

2. 治療師的信任與穩定是設限成功的基礎

A 認為在設限互動中治療師傳達出來的態度也是很重要的部分。

「那個時候的你是不管他的行為多麼多失控，你的心裡面沒有跟著他一起有焦慮或是緊張的情緒，你的心裡面就是很平靜很 peace 的維持原來那個狀態，那我覺得比較能夠發揮這個設限本來的精神跟意義。」(A-032)

D 體驗到設限時要把焦點放在兒童身上，而非自身的專業表現，當傳達出穩定、信任的態度，可以幫助兒童遵守適當的界線。

「你是很真心地相信你這樣做是真的…去發揮那個治療效果，你就不會一直在想

說我現在拒絕他，他會不會討厭我之類的，就是你的焦點不是在自己身上，所以我覺得就變成說要先把自已處理好，你就可以跟他同在，就不會一直在想自己很焦慮，然後對自己很多懷疑這樣。」(D-066)

3. 設限能提供兒童進展的相關訊息

B 的個人體驗是發現透過設限，比較能具體化與兒童的進展，並看見治療中的議題。「我會覺得好像有設限的個案，那個成就感是比較大的，就是你會覺得因為這個設限而比較可…好像很具體地看到一些東西，因為設限帶來的一些回應，某些議題好像是可以具體被看到了。」(B-108)

4. 以兒童為主體，安全為底線

對 C 來說，在治療中讓孩子感到自己有權力、被尊重是重要的，也開始拿捏自身對治療限制的底線。

「我在想說，喔…原來兒童中心的影響這麼大。就是我們老師的訓練對我影響這麼大，我覺得那是視孩子為主體，視關係是一個平等的，我希望讓孩子經驗到他在這個遊療室裡面，在這個關係裡面他是…他是被尊重的，對。他有權力的，或者是有活力的。所以說有些東西對我來講就不會這麼在意，所以我不一定會設限，但是當你的這個行為的確影響到環境的安全，會影響到你自己跟我的安全時，那我就會設限。」(C-068)

5. 設限是必要的，且與外在環境一致

D 認為設限是必要的，有界線的關係才幫助兒童走出諮商室，能適應外在環境的界線。

「我覺得社會的秩序它某種程度就是一種界線，孩子不可能存在一個沒限制…他不能一直住在諮商室裡面，他還是要回歸到正常社會裡面，然後有時候就是設限的過程，去幫助他慢慢走向這裡。」(D-076)

6. 設限是和兒童的溝通

對 E 來說，設限是在瞭解兒童行為背後的需求後，去思考治療師要透過設限傳達什麼給兒童。

「試圖去了解孩子的行為在表達什麼，而不是只看到他違反了規範或許逆大人的部分；那另外做設限的時候，你不是只 focus 在這句話這技巧要怎麼用，而是你

透過這句話要表達什麼給孩子，你做設限的目的跟用意是什麼。」(E-069)

肆、討論與建議

一、討論

(一) 拿捏治療界線與澄清個人對兒童行為的接受度

在參與者的經驗文本結構中，可發現兒童的攻擊行為是引發治療師設限的主要原因，明確設限的範圍通常是兒童要傷害自己、治療師以及故意破壞遊戲室 (Ginott & Lebo, 1963)。而兒童的攻擊行為也是治療師大部分焦慮感、緊張感的來源，也會影響當下治療師做設限的判斷與狀態，所以面臨兒童攻擊的狀態下要直接、穩定的設限是一大挑戰。而對於兒童遊走在設限邊緣的行為是否要立即設限？例如本研究中兒童隱微的憤怒攻擊、言語攻擊、身體接觸及要治療師閉眼睛等，何時要設限？此部分就回到治療師本身對於兒童行為的接受度，Bixler (1949) 建議治療師要釐清自身對兒童行為的接受程度；Kool 和 Lawver (2010) 也表示兒童用攻擊以發洩情緒的遊戲行為，到何種程度需要設限就有賴治療師的臨場判斷。研究者認為治療師要去評判、確認該行為是否影響到治療工作以及治療師自身的狀態？並覺察設限的動機是為了促進治療的深度還是為了自身需求？如此，才能降低對兒童的反移情影響，將焦點重新回到兒童，進行設限，以發揮療效。

(二) 設限後兒童的反應與治療師的態度

本研究發現設限後，兒童能在治療師的鼓勵與接納之下，練習找到適當的方式表達自我，也從中學習合宜的行為。這樣的轉變也使得治療關係與遊戲室獲得了保護。這部分的轉變與 Landreth 和 Wright (1997) 所闡述設限的功能是相符的：遊戲治療中的限制保護了治療關係，也促發了兒童學習責任與自我控制的機會。

此外，Landreth 提及，當設限無法一次就成功時，治療師的耐心是最高指導原則 (高淑貞譯, 2004/1994)。本研究發現到當兒童無法遵守限制而持續該行為，治療師會在專業角色中持續反映兒童的情緒狀態，仍堅持住設限的架構；然而，治療師的內在則會對設限功效產生懷疑，認為設限變成是當下「要做的形式」。可見除了耐心、持續的原則之外，治療師也要能先穩住自己的擔心與焦慮，釐清自身的反移情與治療理念，才能堅定地向兒童傳達信任並設限，以幫助兒童能自我控制。

(三) 設限經驗影響治療師對自身的評價以及對關係的解讀

治療師進行設限後，若兒童可以遵照設限而調整行為，對治療師來說是很好的回饋，會看見兒童有能力透過設限控制自身行為，同時也會更確認治療關係的穩固，認為雙方成功處理了衝突與設限經驗後，治療關係可以經得起考驗，進而也會肯定自身在治療工作的成效。

反之，當設限無法引導兒童做出替代性選擇，而持續做出破壞性行為且表現出負向情緒時，從本研究中發現到治療師會感受到被挑戰、挑釁，除了擔心繼續設限會讓兒童更失控、破壞治療關係之外，也會因為希望被兒童喜歡而對設限出現遲疑；這樣的想法會使治療師擔心兒童不會再來接受遊戲治療，對自我的專業能力感到懷疑，進而對治療成效是抱持負向的看法；此部分的研究結果與賴妍誥（2010）發現遊戲治療師設限困難有部分來自對治療關係的擔心與失望，以及專業能力的打擊是類似的。

（四）重新框架兒童行為有助於增進對兒童的接納

在兒童表現出需設限的行為，尤其是劇烈的攻擊或破壞物品時，治療師通常會感到焦慮或被挑戰。此時治療師若能從兒童的外在行為，看見其背後的需求與動機，那麼便不會將兒童的行為做個人化的解釋，進而能用堅定溫和的態度傳達對兒童的理解及接納，並引導兒童用適當的方式宣洩情緒、表達需求。重新框架兒童的行為即是 Landreth（2002）所指出是去理解並接受兒童的感覺、需求，而非全然同意兒童的破壞行為。

本研究也發現到治療師面臨東西方文化對兒童問題行為不同的解讀，西方的訓練讓治療師有「看見兒童內在情緒」的知能，而身處的環境與他人期待治療要立即有成效與問題行為的解除，往往讓治療師也感到掙扎與衝突；此現象與洪莉竹、陳秉華（2005）的研究出現一致的狀況，即諮商人員著重在對個案的內在探索與覺察，但往往會被期待有更具體的建議與症狀消除。故治療師要如何向兒童的家長與老師傳達「接納兒童情緒與內在需求」能有效引導兒童的正向發展，而非只是抑制其問題行為，是治療師在實務工作中不可缺少的一環。

（五）設限可以用口語傳達並搭配行動以確保安全

不同的設限理論都強調治療師要用堅定、穩定的態度向兒童傳達限制，同時給予替代性方案。Landreth 也曾表示若治療師起身搶下兒童手中的攻擊玩具，就說明了治療師對兒童的不信任（高淑貞譯，2004/1994）；然而，本研究中發現，治療師面對兒童的破壞攻擊、打破治療架構、以及其他危險行為時等狀況緊急時，要清楚、明確的傳達設限步驟是有所難度的。

Bixler（1949）認為除了用語言設限，在必要的時候治療師也能用肢體動作配合，讓

兒童的不適當行為得以獲得控制；Moustakas 也在設限時會透過握住兒童的手，限制其動作，強制設限以確保兒童、自身及環境的安全（魏心敏等譯，2008/2006）。故治療師可在緊急時，一方面用口語傳達設限，同時用行動加以配合，讓兒童的破壞行為得以立即性的暫停。治療師先將危機解除後，再向兒童詳細地傳達設限的原因與理由，表達對兒童行為動機的理解，讓雙方較能在安全的狀態下處理設限的經驗。此外，治療師也要特別注意身體接觸是否會對於兒童的性別與特殊議題，如：性侵、虐待、家暴等，衍生出後遺症，故要更小心使用此方法。

（六）治療師的反思及尋求資源有助於維持治療品質

設限主要是為了保護兒童與治療師的身心安全，並協助兒童發展自我控制能力與安全感（Landreth, 2002）。故治療師面對兒童的破壞行為而產生緊張、生氣或焦慮感時，可能會透過設限來加以制止；而設限的動機是為了幫助治療的深化，或是出自於治療師本身的需求？這是治療師必須釐清的功課（Landreth & Wright, 1997）。本研究發現在治療互動張力大的狀況下，治療師未能即時覺察使用設限的動機與時機，當下的情緒會影響自身對設限的判斷，而需要在治療工作後的沉澱與整理中方能越發清楚，進一步釐清自己在設限時的狀態。此現象和高淑貞與蔡群瑞（2009）的研究中發現到，遊戲治療師有時候無法確定設限時機與標準的結果一致。

故治療師若能對自身狀態有清楚的覺察，並透過與督導、同儕的討論，去理解、區分設限是為了治療目標或自身情緒的需求，便能在對治療情境有充分的評估下，堅定且溫和的傳達設限，如此也得以維持良好的治療品質，就如同彭秀玲、黃囑莉與陳金燕（2011）研究中發現，若諮商師能覺察自身在治療歷程中的意圖與行動的落差，並積極採取行動與修正，便能為治療帶來契機，也提升自身的專業成長。

進行設限時，治療師與兒童的來回互動，都會影響到治療的許多面向，而設限更是對雙方及關係都充滿了挑戰。本研究的參與者均是兒童中心學派，除了不斷地在其工作系統中去精鍊出自身對設限的考量與信念，也透過再反思自己對兒童中心學派的看法，來檢視自己與此學派的適配性。對治療師來說，兒童中心學派協助他們能重視兒童的情緒、相信兒童的正向能力並有耐心地傳達對兒童的理解，這也是此學派在設限的核心精神。故治療師在設限時遇到挫折與挑戰時，也能先承接、涵容自身的情緒，並透過督導與同儕的協助，幫助自己朝向專業的持續成長。此外，治療師也體驗到此學派以情感反映為主做設限，必要時可以肢體作為輔助，更能對危急狀況做積極的介入，讓設限更有力量。研究者認為，兒童中心學派引導治療師能看見兒童透過破壞行為在表達的需求與情感，治療師溫

和與堅定的同理、設限，能幫助兒童練習適當的表達與展現合宜的行為；在治療的過程中，提供足夠且正向的條件，幫助其良好的適應。

二、建議

最後，研究者針對遊戲治療實務與未來研究提出具體建議。

（一）對於遊戲治療實務之建議

1. 治療師設限之前應有詳細的評估與思考

設限前應有詳細的評估與思考，有助於治療師持客觀的立場。本研究在訪談中發現：攻擊、破壞諮商架構與觸碰身體界線等行為是治療師會直接明確設限的範圍；但對於兒童其他曖昧模糊、帶有試探性意味的不適當遊戲行為則較難在當下決定是否直接給予設限。

故當治療師在面對兒童各式各樣的遊戲行為時，若不確定該行為是否需要設限（例：兒童企圖將玩具櫃的媒材全部掃到地上，但非蓄意破壞），建議可以在無安全之虞的況下，依循以下兩個原則做思考：（1）設限對於增加兒童的自我控制、自我負責是否有所助益？（2）設限的出發點是否為了滿足治療師本身的需求（不希望治療室太混亂）？若設限是為滿足治療師的需要，不僅無法協助兒童增加現實感與責任感，反而讓兒童感受到處處受限，進而限制其創意。故詳細的評估與思考，是治療師提供有品質的設限所必須有的步驟。

2. 看見兒童破壞行為背後的需求而非後果

當治療師能在破壞行為當下反映並傳達對兒童內在需求的理解，設限就能帶來涵容的能量，並引導兒童自我控制。在遊戲治療中設限常被用來「規範」兒童的破壞行為，協助兒童將破壞的衝動轉向適當的目標物；但其內在的情感需求也同等重要，需要被接納與理解。當治療師將注意力放在破壞行為可能引起的後果，便很容易忽略此行為背後的需求，對兒童來說設限也就只成了禁止與限制。

故治療師若能在破壞行為的表象，看見其背後的需求與情感，提供對兒童充分的理解與接納，讓兒童瞭解不用透過破壞行為來表達自身的需求，再提供適當的替代方法或讓兒童有機會重新決定，這樣的設限才能具有治療性。

3. 協助兒童師長理解接納兒童情緒的重要性

治療師在進行治療工作時，若能適時提供師長理解「接納兒童情緒」的重要性與必要性，並給予適當的親職技巧諮詢，便能有助於治療工作的進行。在提供師長諮詢與衛教的

過程中，治療師亦是在幫助師長們學習用不同於以往只看問題行為的觀點來解讀兒童，引導師長們用更具建設性的方式讓兒童問題行為背後的需求得以被看見，兒童也能在良好的環境中重新學習表達方式。當遊戲治療與兒童生活環境的態度趨向一致時，兒童的進步會更加快速而穩定。

4. 必要時，透過肢體行為加以輔助可使設限更加完整

口語傳達的設限若能在必要時加上肢體行為的配合，可以讓危急情況得以有效控制，也能保護治療師自身安全。本研究發現在兒童情緒激動時，其危險的遊戲行為若只用口語設限加以引導，往往成效有限；建議日後若能在傳達設限同時，治療師更積極的起身輔以肢體動作，能較有效引導兒童轉往較適當性的目標物做發洩。例：治療師設限時也同時抓住兒童手上的拖把，引導兒童轉往攻擊布偶或不倒翁，而非攻擊治療師；或是兒童要轉身離開治療室時，治療師可以一邊表達設限並起身將門擋住，讓情況得以立即性控制。

5. 治療師能自我省思與尋求專業協助

本研究發現兒童需設限的行為，常引發治療師的內在個人感受，進而影響治療師對設限的判斷。故建議治療師能持續省思自身的理論取向與對兒童的信念，澄清個人的價值觀與所產生的反移情，並透過督導或同儕的協助，從不同的觀點來檢視遊戲治療歷程，處理自身的相關議題，不對兒童的情緒反應作個人化的解釋，方能讓自己不涉入治療的過程中。以維持治療的客觀性、提升治療品質。

(二) 對未來研究之建議

遊戲治療在國內外均已累積眾多的治療成效研究，然「設限」對治療師來說可能是最困難與麻煩的學習議題，卻也是遊戲治療文獻中較少被探究的主題。故建議未來的研究，可以多探究與設限主題相關的現象，以及研究對不同困擾問題兒童的設限主題（如：家暴、受虐、ADHD），讓實務工作者對設限能獲得更有系統的整理與歸納，以裨益遊戲治療師的實務工作。

(三) 本研究限制

1. 治療師性別的限制

本研究五位參與者皆為女性。因諮商領域男女比不平均，而從事遊戲治療的男性治療師亦為少數，未來研究若能邀請男性治療師做為參與者，引進不同性別治療師之觀點與經驗，或許更能增加設限經驗內涵的多樣性，並探討治療師的設限經驗是否隨著性別而有所不同。



2. 治療師的治療取向與年資

本研究中治療師年資大多在三至六年之間，取向也以兒童中心為主，故研究結果無法呈現大多數實務場域中治療師的設限經驗。建議未來研究可以邀請不同取向的遊戲治療師，並提高遊戲治療年資，探究隨著年資增加，以及使用不同的治療取向，是否設限的經驗也會有所變化。

3. 增加研究對象的數量

本研究為設限經驗的初探，試圖理解遊戲治療師的設限經驗；研究者也進一步思考若未來研究能增加受訪者的數量，累積更多設限經驗的訪談資料，或許能從中發現更具體、明確的經驗共同性，進而架構出遊戲治療設限的本土化經驗，亦可作為遊戲治療新手更適切的實務參考。

參考文獻

- 李維倫、賴憶嫻 (2009)：現象學方法論：存在行動的投入。《中華輔導與諮商學報》，47 (1)，112-143。[Lee, W. L., & Lai, Y. H. (2009). Phenomenological methodological as an existential move. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*, 47(1), 112-143.]
- 洪莉竹、陳秉華 (2005)：臺灣諮商人員對西方諮商與華人文化信念衝突的轉化經驗。《教育心理學報》，37 (1)，79-98。DOI: 10.6251/BEP.20050818.2 [Hung, L. C., & Chen, P. H. (2005). Cultural shock in counseling: The experiences of Taiwanese counselors. *Bulletin of Education Psychology*, 37(1), 79-98. doi: 10.6251/BEP.20050818.2]
- 高淑貞譯 (2004)：《遊戲治療：建立關係的藝術》。台北：桂冠。[Landreth, G. L. (1994). *Play therapy: The art of the relationship*. Muncie, IN: Accelerated Development.]
- 高淑貞 (2005)：因何而為？－遊戲治療師之治療態度研究。《中華輔導與諮商學報》，18，1-36。[Kao, S. C. (2005). Why being & doing that way? - Exploring play therapists' attitude toward therapy. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*, 18, 1-36.]
- 高淑貞、蔡群瑞 (2009)：遊戲治療師實務困境與因應之探究分析。《中華輔導與諮商學報》，26，1-45。[Kao, S. C., & Tsai, C. R. (2009). Exploration and analysis of therapeutic predicaments of play therapists. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*, 26, 1-45.]
- 彭秀玲、黃曬莉、陳金燕 (2011)：難以跨越的鴻溝？－諮商老手的意圖與行動的落差。《中華輔導與諮商學報》，30，103-123。[Peng, H. L., Hung, L. L., & Chen, C. C. (2011). Is it an unrecoverable

- error? - The discrepancy between intention and action in experienced counselors. *Chinese Journal of Guidance and Counseling*, 30, 103-123.]
- 賴妍諤 (2010): **遊戲治療中設限經驗之探究**。國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士論文，未出版，彰化。[Lai, Y. H. (2010). *The study on limit-setting in play therapy*. Unpublished doctoral dissertation. National Changhua University of Education, Changhua, Taiwan.]
- 魏心敏、王孟心、王世芬譯 (2008): **遊戲治療導論**。台北：華都。[Carmichael, K. D. (2006). *Play therapy: An introduction*. Upper Saddle River, NS: Pearson Merrill Prentice Hall.]
- Bixler, R. H. (1949). Limits are therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 13(1), 1-19. doi: 10.1037/h0061770
- Cochran, J. L., Cochran, N. H., Cholette, A., & Nordling, W. J. (2011). Limits and relationship in child-centered play therapy: Two case studies. *International Journal of Play Therapy*, 20(4), 236-251. doi: 10.1037/a0025425
- Cochran, N. H., Nordling, W. J., & Cochran, J. L. (2010). *Child-centered play therapy: A practical guide to developing therapeutic relationships with children*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Crenshaw, D. A., & Kenney-Noziska, S. (2014). Therapeutic presence in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 23(1), 31-43. doi: 10.1037/a0035480
- Ginott, H. G., & Lebo, D. (1963). Most and least used play therapy limits. *The Journal of Genetic Psychology*, 103(1), 153-159. doi: 10.1080/00221325.1963.10532508
- Hycner, H. R. (1985). Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data. *Human Studies*, 8, 279-303. doi: 10.1007/BF00142995
- Kao, S. C., & Landreth, G. L. (2001). Play therapy with Chinese children: Needed modifications. In G. L. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 43-49). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Kool, R., & Lawver, T. (2010). Play therapy: Considerations and applications for the practitioner. *Psychiatry*, 7(10), 19-24.
- Kottman, T. (2001). Adlerian play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 1-12. doi: 10.1037/h0089476
- Kottman, T. (2003). *Parents in play: An Adlerian approach to play therapy* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Landreth, G. L. (2002). Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 529-535. doi: 10.1037/0735-7028.33.6.529

- Landreth, G. L., & Wright, C. S. (1997). Limit setting practices of play therapists in training and experienced play therapists. *International Journal of Play Therapy, 1*(6), 41-62. doi: 10.1037/h0089413
- Oaklander, V. (2001). Gestalt play therapy. *International Journal of Play Therapy, 10*(2), 45-55. doi: 10.1037/h0089479
- Perez, R., Ramirez, S. Z., & Kranz, P. L. (2007). Adjusting limits setting in play therapy with first-generation Mexican-American children. *Journal of Instructional Psychology, 34*(1), 22-27.
- Rhoden, B. L., Kranz, P. L., & Lund, N. L. (1981). Current trends in the use of limits in play therapy. *Journal of Psychology, 107*(2), 191-198. doi: 10.1080/00223980.1981.9915222
- Scuka, R. F. (2010). The rationale and principles of effective limit setting. *Play Therapy, 5*(2), 10-15.
- Smith-Adcock, S., Davis, E., Pereira, J., Allen, C., Socarras, K., Bodurtha, K., & Smith-Bonahue, T. (2011). Preparing to play: A qualitative study of graduate students' reflections on learning play therapy in an elementary school. *International Journal of Play Therapy, 21*(2), 100-115. doi: 10.1037/a0026931

收件日期：103年06月24日

複審一日期：103年08月04日

複審二日期：103年10月02日

複審三日期：104年01月01日

複審四日期：104年04月03日

複審五日期：104年05月02日

通過日期：104年06月14日



The Exploration of Child-Centered Play Therapists' Limit-Setting Experiences

Yi-Ling Shih Ping-Hwa Chen

National Taiwan Normal University

This study aimed to explore the limit-setting experiences of child-centered play therapists. This qualitative research study collected five experienced therapists' limit-setting experiences through in-depth interviews. The interview data was coded and analyzed through the phenomenological approach, and the results include two domains: (1) the experiential structure of "interaction between child and therapist"; and (2) the experiential structure of "therapists organize their own theory". Based on the results, the researchers put forward concrete suggestions for play therapy practice work and future research.

Keywords: limit-setting, play therapy

