

臨床心理師心理治療中知後同意專業倫理之行為 、省思與改變行動之探究

張馥媛 林倩如 林美芳 張勻銘

摘 要

本研究旨在探究臨床心理師心理治療中，知後同意之倫理行為脈絡、對現況的省思，以及可採取之改變行動與建議。本研究之研究方法為邀請七位臨床心理師進行焦點團體訪談及個別深度訪談，蒐集質性資料，並以紮根理論研究法進行資料分析。研究結果發現，在臨床實務上，參與者未實踐知後同意倫理行為原因包括：機構因素、屬已知訊息、依情況告知、僅一般性說明、治療者抗拒、提供訊息困難及不熟悉倫理規範差異等；參與者的倫理省思則涵蓋：對當事人權益的關注不足、執業場域的影響、對治療的影響、治療者的自我保護、治療者本身因素等；在可採取的改變行動與建議方面則有：強化資訊呈現與口頭說明、重視分享專業訊息、治療者個人的提升及提高專業倫理標準等。本文最後依據研究結果進行相關議題討論，進而提出對臨床實務、倫理守則修訂、倫理教育規劃，以及未來研究之建議。

關鍵詞：心理治療、助人專業倫理、知後同意、臨床心理師

張馥媛 迦南精神護理之家

林倩如 朝陽科技大學學生發展中心

林美芳 閩南師範大學教育與心理學院心理系

張勻銘 閩南師範大學教育與心理學院心理系（通訊作者：yunm055@qq.com）



壹、緒論

知後同意 (informed consent) 是臨床心理師進行心理治療時，首先遭遇的倫理議題 (牛格正、王智弘，2008)，意指以當事人可理解的方式告知治療相關訊息，使其在多重選項中做出明智的抉擇 (Barnett et al., 2007; Beahrs & Gutheil, 2001)。知後同意除了在法律和倫理上維護當事人之決定權及自主選擇，亦是心理治療的一部分，可讓當事人擁有控制感，降低不確定性，並成為治療過程中的主動參與者，增進治療同盟。它不僅為當事人做認知上的準備，亦促進當事人對治療決策的主動參與 (Jensen et al., 1989)。因此，知後同意並非只是文件的簽署，亦為治療者與當事人持續對話、溝通，以達治療共識的過程。

知後同意的內容，專業倫理守則提供了實施要點 (中華民國臨床心理師公會全國聯合會，2017；American Psychological Association[APA], 2017)，而學者則根據實際運作提出具體的實施內容，主要包括：(1) 心理治療的保密權利及其限制；(2) 治療紀錄的保存及接觸權利；(3) 治療者的專業背景；(4) 當事人選擇治療者的權利及合作的義務；(5) 治療頻率及預估長度；(6) 治療可能帶來的風險或副作用；(7) 其他治療選項或輔助資源；(8) 收費標準及費用之支付；(9) 治療目標、過程及內容；(10) 督導情形及其他專業人員之涉入；(11) 當事人拒絕諮商的權利；(12) 當事人有權利詢問有關諮商的任何問題等 (Corey et al., 2018; Pope & Vasquez, 2016; Welfel, 2012/2020)。然而在實務現場，上述訊息有些治療者經常告知，有些則少告知，故知後同意在執行上有概念與實務上的落差。

例如：陳若璋等人 (1997) 針對專業助人工作者的研究發現，其知後同意倫理信念與行為有不一致的現象，意即其倫理信念雖正確，但實際行為卻未必執行；而張馥媛等人 (2012) 針對臺灣臨床心理師所進行的調查顯示，僅約三成 (或以下) 的人會經常告知當事人接觸自己治療紀錄的權利、治療者的專業背景訊息、所使用治療技術在心理治療領域的發展狀況、督導者姓名及專業同仁間可能的諮詢或討論；三到五成經常告知所使用的治療技術或理論取向、可能風險及副作用、其他的治療方式或助人資源；六成經常告知治療所需次數。而林家興 (2014) 則就實務工作建議，為避免處理上的困擾，不建議主動告知當事人查閱複印紀錄以及錄音錄影的權利，且知後同意宜依治療進程分次告知。

在國外研究方面，Somberg 等人 (1993) 針對 189 位 APA 會員進行調查，僅五到六成的參與者會告知每一位當事人保密的限制，使用的治療方法及其他治療選項，不到三分之一告知治療為期需多久，僅二成左右會告知治療風險。Pomerantz (2005) 研究則顯示，治療平均進行 4-5 次之後，治療者才會與當事人討論治療所需次數 (或時間)。Eberle 等人 (2021) 的研究則約只有六成的專業人員認為，告知當事人治療者的專業背景訊息是重要的。

而至於實務上會有落差的原因，過去研究提到的不多，Somberg 等人 (1993) 的研究指出，未告知的理由主要為該訊息與當事人的問題無關 (如：保密限制)、



難以明確告知（如：預估治療長度）、無告知必要（如：其他治療選項）或發生風險機率低（如：心理治療的風險），故未說明。

知後同意之中心理念，一是治療者對訊息的主動揭露，讓當事人對於是否接受服務能夠做出合理的決定，二是當事人的自由同意，也就是當事人在沒有強迫或壓力下做出參與治療的決定。其核心概念是，心理治療過程非治療者主動對被動的當事人有所作為，而是雙方充分參與且相互合作，兩者皆具有能力與力量承諾投入整個過程（Welfel, 2012/2020），是一種賦能的合作（Pomerantz, 2012）。然而從前面的文獻回顧可看出，有些訊息較少被告知，如：保密的限制、治療者的專業資格、所使用的治療技術及其發展狀況、心理治療的風險、治療需要多長的時間、其他治療選項、接觸治療紀錄的權利等等，至於未切實告知的原因則未有深入的探究。是以，雖在心理治療過程中，知後同意是當事人重要的自主權，但在實際執行上，治療者可能會因為某些因素或疑慮，未向當事人充分說明某些訊息，此現象值得進一步探究。

過去國內外助人專業倫理實徵研究，以心理治療知後同意為主要探討議題者，相對為數不多，且多以量化調查為主（張馥媛等人 2012；陳若璋等人，1997；Eberle et al., 2021; Pomerantz, 2005; Somberg et al., 1993），其成果幫助我們了解心理衛生工作者在各項訊息上的告知頻率、告知時間點、訊息的重要程度、信念及行為的一致性，以及不同背景變項在倫理態度及行為上的差異性等。簡言之，其呈現的是群體倫理信念及行為的趨勢。但如前面文獻所述，治療者對相關訊息告知與否、何時告知有其不同倫理考量，而量化研究無法呈現治療者知後同意倫理行為的經驗內涵，因此對其背後的想法及意涵未能有更深層的理解。故若欲對知後同意倫理行為進一步探究，適合使用質化研究來進行。

綜合以上所述，知後同意是治療者在進行心理治療時，首先遇到的倫理議題。其聚焦於當事人「知」的權利，除了具有法律、倫理上的意義，亦影響治療成效，然過去研究顯示，實務工作者在執行上，並未全然落實知後同意的具體實施內容，這些研究多僅就知後同意倫理態度與行為之一致性及執行率進行量化調查，對於未確實執行的原因缺乏深入探討。如國內張馥媛等人在2012年發表的調查研究，即呈現臺灣臨床心理師在心理治療中，相關訊息的告知頻率，以及倫理態度與倫理行為的一致性，但此類量化研究對於其倫理行為背後的考量因素及更深入的內涵，未能有進一步的探究，故本研究除了希望進一步了解知後同意未能切實執行之原因，也希望透過研究參與者對此現象之省思，而有較深入的探討，進而提出改進之道。因此本研究嘗試延續張馥媛等人，針對臨床心理師心理治療知後同意調查研究發現之啟發，再參酌其他量化研究以及倫理文獻，擬定欲探討主題，編撰訪談大綱，進而對臨床心理師在執業場域中，知後同意倫理行為議題進行深入理解。故本研究之研究目的，主要探討臨床心理師在心理治療中，知後同意的倫理經驗為何？對於訊息告知與否有哪些考慮因素？並進一步了解其對自身經驗有何省思？若化為行動，在現況上有哪些可採取的行動及建議？希望藉由研究成果提供在實務工作、倫理守則修訂及倫理教育方面的建議。



貳、研究方法

本研究透過對實務經驗豐富的臨床心理師進行焦點團體訪談及個別深度訪談，以深入探究知後同意倫理行為的經驗、對現況的省思，及省思後的改變行動。首先，進行焦點團體訪談，希望藉由團體互動過程，相互激盪、補充，獲得豐厚的資料（Vaughn et al., 1996/1999），了解參與者知後同意倫理行為現況。接著，再對每一位參與者進行個別深度訪談，期望參與者深入其內在經驗進行反思，期待提出可採取的改變行動與建議，以促進倫理之提升。訪談資料蒐集完成後，以紮根理論研究法進行資料分析。以下針對研究參與者、研究工具、資料蒐集與分析，以及研究品質分項說明之。

一、研究參與者

本研究之研究參與者的選擇條件為，具臨床心理師證照，目前持續執行臨床心理業務每週至少廿小時，臨床資歷超過三年，口語表達能力佳，且樂於分享實務經驗者。為獲得豐富的資料及最佳見解，本研究採立意取樣，即先透過研究者所屬公會及資深臨床心理師舉薦，再以電話及郵件說明研究目的及資料收集流程。最後本研究共邀請了 7 位研究參與者（見表 1）。其中 4 位女性，3 位男性；年齡介於 31-45 歲；6 位具碩士學歷，1 位具學士學歷；臨床年資至少 6 年以上，每週平均心理治療接案 6-30 人次；服務對象涵蓋兒童、青少年及成人；工作場域包括私人執業、區域教學醫院、醫學中心及矯治機構。

表 1
研究參與者基本資料表

編號	性別	年齡	教育程度	臨床實務年資	平均每週個別治療人次	服務對象	主要工作場域
A	女	41-45	碩士	11-15	26-30	兒青成人	私人執業
B	男	31-35	碩士	6-10	11-15	兒青成人	區域教學醫院
C	男	41-45	碩士	11-15	11-15	兒青成人	私人執業
D	女	36-40	碩士	11-15	6-10	成人	區域教學醫院
E	男	41-45	碩士	11-15	6-10	成人	區域教學醫院
F	女	36-40	學士	16-20	6-10	成人	矯治機構
G	女	36-40	碩士	11-15	11-15	兒青成人	醫學中心



二、研究工具

(一) 研究者

本研究之研究者具中華民國臨床心理師證照，從事臨床心理師實務工作超過10年，曾進行過多項臨床心理師專業倫理之量化及質化研究，在本研究中亦擔任焦點團體訪談之催化員及個別深度訪談之訪談員。協同分析者則邀請兩位輔導與諮商學系博士生，一同進行資料的編碼及分析，二位協同分析者分別具有中華民國諮商心理師證照或臨床心理師證照，不僅具質性研究訓練，臨床實務工作經驗亦豐富。

(二) 訪談大綱

本研究的訪談分為兩部分，第一部分是焦點團體訪談，第二部分是個別深度訪談。訪談大綱設計如下：

1. 焦點團體訪談大綱

焦點團體訪談大綱主要參酌(1)張馥媛等人(2012)的調查研究，其結果中顯示臨床心理師較少告知的訊息項目，及(2)相關量化研究(Pomerantz, 2005; Shaw et al., 2004; Somberg et al., 1993)、倫理文獻(林家興, 2014; Corey et al., 2018; Haas, 1991; Pomerantz & Handelsman, 2004; Pope & Vasquez, 2016; Welfel, 2012/2020)及倫理守則(中華民國臨床心理師公會全國聯合會, 2017; APA, 2017)中提及需要告知，但在執行上易有爭議的訊息項目。

據此，本研究歸納出焦點團體訪談欲探討之訊息項目，包括：(1)心理治療中保密權益的限制及例外情況；(2)當事人查看其治療紀錄的權利；(3)治療者專業背景訊息(包括學歷、專業資格認證、年資及專長領域等)；(4)治療預計所需次數或時間；(5)心理治療所運用的治療技術或理論取向；(6)接受心理治療可能會有什麼風險或副作用；(7)所使用的治療技術在心理治療領域的發展狀況；(8)除目前使用之治療方式，還有其他哪些治療選項；(9)如果是實習心理師，須告知督導者姓名等。然後在焦點訪談中，請研究參與者們針對以上訊息，分享其經驗及看法。例如：「根據研究調查及文獻，治療者在進行心理治療時，較少告知所運用的治療技術或理論取向，根據您的實際經驗，您的看法為何？」

2. 個別深度訪談大綱

個別深度訪談大綱主要將參與者們在焦點團體訪談中，針對各個題項的回應及討論，加以摘要整理，再進一步訪問參與者，對該項訊息知後同意倫理行為現況有何啟發或省思？對於此項訊息之知後同意，有何改進建議以及個人想採取的改變行動等。例如：「關於告知所運用的治療技術或理論取向之倫理行為現況，對您個人的啟發或省思為何？」、「若要改進告知所運用的治療技術或理論取向之倫理行為，您有何建議？」、「若您個人要進行調整，您的改變行動為何？」



三、資料蒐集與分析

(一) 資料蒐集方法

本研究主要資料蒐集方法為焦點團體訪談及個別深度訪談。在資料分析過程中，若有疑慮，則再以電話訪談追加澄清。本研究參與者皆接受一次焦點團體訪談及個別深度訪談，焦點團體訪談時間大約 3 小時，個別深度訪談時間則長短不一，最短 55 分鐘，最長達 2 小時，有兩位追加電話訪談，時間皆未超過 15 分鐘。另外，在焦點團體訪談前，會進行同意書的說明及簽署，接著才以預擬之題綱進行半結構式訪談以及後續的個別深度訪談。而不論是焦點團體訪談或個別深度訪談，研究者皆本著開放態度與彈性原則，保持中立，順勢發問，讓參與者自在對話，表達內心想法及感受。

(二) 資料分析方法

本研究在訪談結束後，先將訪談錄音轉謄逐字稿並刪除贅詞與無意義的發語詞，接著將逐字稿依序編碼，第一碼為參與者代號，第二碼為訪談次數（1 為焦點團體訪談，2 為個別深度訪談），第三、四碼為發言次序，第五、六碼為每次發言的主要分段概念。例如：「這些東西有的是要看你工作的職場」（F21403），即是受訪者 F 在個別深度訪談中，第 14 次發言的第 3 個主要段落意義。本研究主要採用質性研究的紮根理論研究法進行資料分析（鈕文英，2020），首先針對每一份訪談逐字稿反覆仔細閱讀，抽出有意義的概念並進行編碼，再將重複出現及具有重要意義的編碼加以歸類，並形成範疇及次範疇等，以進行主軸編碼，最後再根據範疇與範疇之間的關聯性，找出核心主題，以完成選擇性編碼。

四、研究品質

本研究之研究品質即研究信實度，可依可信性（credibility）、可轉換性（transferability）、可靠性（dependability）及可確認性（confirmability）四個標準加以檢核（Lincoln & Guba, 2000）。（1）可信性：本研究之兩位協同分析者皆為諮商與輔導學系博士生，具質性研究能力且實務經驗豐富，在協同分析階段，三位分析者先就同一份資料進行分析討論，待具備初步共識後進行正式分析，過程中有差異觀點則進一步討論，並開放觀點補充，經此資料討論過程，三位分析者的編碼一致性為 0.81（編碼一致性的計算公式為 $0.81 = 3 \times 90 / (108 + 110 + 116)$ ，90 為三位分析者編碼一致數，108、110、116 分別為每位分析者的編碼總數）。後續的每一份資料則由研究者與第一位或第二位協同分析者共同分析討論完成。（2）可轉換性：本研究提供研究參與者的受訓層級、實務年資、心理治療時數、工作場域、服務對象等資料，亦提供對心理治療知後同意之經驗、反思及改變行動的描述，幫助讀者將研究發現運用到其他情境中，研究結果對相關主題研究亦具參考性及應用性。（3）可靠性：本研究具體描述取樣方法、研究工具、研究程序、資料蒐集及分析的方法與過程，以供讀者了解本研究之可靠性。（4）可確認性：



臨床心理師心理治療中知後同意專業倫理之行為、省思與改變行動之探究

本研究逐字稿完成後，逐一交予參與者檢視，以確定是否符合其原意，同時開放參與者增刪訪談內容，以確保文本正確傳達其想法。

參、研究結果

根據研究目的及研究問題，本研究將訪談資料進行跨題項的整理與分析。對於臨床心理師心理治療知後同意倫理行為之經驗、反思與行動，本研究將結果分別以「知後同意倫理行為現況」、「對現況的倫理省思」及「省思後的改變行動與建議」三個層次來呈現。

一、知後同意倫理行為現況

這部分主要是呈現，對於本研究所列出的訊息項目，參與者根據其經驗，在什麼情況下會未確實告知，即未完整落實知後同意。根據訪談分析，其牽涉到的狀況主要為以下幾種類別，包括機構因素、屬已知訊息、依情況告知、僅一般性說明、治療者抗拒，提供資訊困難，以及不熟悉倫理規範差異等。

（一）機構因素

儘管知後同意是當事人首要權益，但不同機構屬性會有執行上的差異，如大型醫院較不強調此項倫理行為，而慢性復健機構及矯治機構則會限制個案的權益。

1. 大機構未強調

訪談中，曾經在大型醫院工作，但目前為私人執業的 A 及 C 皆不諱言，過去在大型醫療機構工作時，知後同意不論是文件簽署或口頭說明，均較少進行，在區域醫院的 D 即坦言，在醫院大環境下，也容易省略向當事人說明某些治療相關訊息。

我之前在 XX 醫院（醫學中心）其實我們也沒有…（A10201）。

之前在醫院沒有習慣簽，就是用口頭說一些重點會保密啦、資料不會外洩啦（C10101）。

在醫院真的沒什麼好講的，其實在醫院可能就不會講這些（D11301）。

2. 慢性及矯治機構限制當事人權益

此外，慢性機構及矯治機構有其特殊狀況，主要是當事人因功能或法律上的限制，使之在這方面的權益相對受限，自主性較低，治療者也因此較少說明相關訊息，在矯治機構工作的 F 和曾在慢性機構服務的 C 便提到，上述機構許多訊息不需告知當事人。

他們是看不到自己的治療紀錄的，他也沒有這個權利（F10901）…完全不需要透露（治療者專業背景），我們有階級差別（F11001）。

慢性療養院的話有些機構就是沒有啊…也不需要去考慮這個問題（C13501）。



(二) 屬已知訊息

參與者表示，有些訊息不會在治療過程中主動向當事人提及，主要是因為該項訊息屬一般基本常識（如：查詢自己的紀錄），或者是公開資訊（如治療者專業背景訊息），故治療者不會特意再去強調。

1. 基本常識無須說明

以查詢個人治療紀錄為例，有些參與者表示，這已含括在醫療法規中，即當事人享有其病歷使用權，屬一般常識，是當事人本就知曉的訊息，故無須在治療過程中再次說明。

醫院有一定的流程，這應該是大家都知道的（B11004）。

這是病人應該知道的 common sense 嘛（E10701）。

病歷管理裡面它就限制了，就是你沒有權利不給病人看（G20801）。

2. 公開資訊

有些訊息例如治療者的專業背景，無論是在網路上或名片介紹，原本就已是公開且明確的訊息，不須再加強說明，尤其在數位化時代，網路訊息幾乎人人可及，甚至許多當事人會先了解相關資訊後才來尋求協助。

除了外面貼的，或是你的名片也是一種方式，或者你網路上的資料讓病人可以搜尋得到也是一樣（E21504）。

目前有在做的就是放在網路上（G21801）。

(三) 依情況告知

有些狀況是治療者不一定依照相關規範或建議告知，這些情況包括：在治療過程中，治療者判斷當事人的情況或治療涉及相關議題時才告知，或當事人詢問後才被動說明，以及認為對治療有益才會說明，否則不對當事人說明。

1. 涉及時告知

有些訊息治療者處理的方式不是在一開始就說明，而是隨著治療進程，治療者覺察到，當事人的情況或治療已牽涉到相關情境或有需要說明時，才會主動對當事人說明。例如：

（保密權益的限制及例外情況）你覺得 aware 到這樣的 crisis，你有聞到的話，可能就會開始跟他講（A10601）。

如果當他有需要的時候，比如說是去做催眠，或做動力心理治療，或者接受藥物治療，那個時候我會告訴他有哪些資源你可以去找

（E25801）。

2. 被動告知

也有些情況是，參與者不認為該項訊息與每一位當事人都有關係，或者並非當事人想要知道的訊息，所以沒有主動說明的必要，故只有在當事人詢問時，才予以回應，屬被動告知。

如果是病人的需求，或是提出要求（治療紀錄）再給他就好了，並不需要馬上告訴他這點（E12501）。



臨床心理師心理治療中知後同意專業倫理之行為、省思與改變行動之探究

像做這麼久，他們也沒有要求要看治療紀錄（C20501）。

（使用的治療技術或理論取向）問到的話就會講，如果沒問到通常是不會說（B12101）。

3.無需告知

有些專業相關訊息，如所使用的治療技術或理論取向及治療技術的發展狀況等，參與者未告知的原因，是參與者質疑是否有必要說明，說明這些訊息與當事人福祉有何關聯，若參與者判斷對治療並沒有什麼明顯幫助，則不認為有說明的必要。

（使用的治療技術或理論取向）說了他也不見得會懂…他通常也是不會問（B23202）。

他也是非這一行的專業，然後你要講到心理學裡面這麼深的東西（治療技術發展狀況）…，我覺得…嗯…（D12001）。

（使用的治療技術或理論取向）比較少講…這得要病人能夠聽得懂，或家屬就扣著他的社經地位、教育背景，要他能夠了解…（A21705）。

（四）僅一般性說明

若有些說明事項所牽涉到的因素較為複雜，沒有標準答案，但卻又是當事人在乎或關乎其福祉（如治療所需次數或可能的風險等），這時參與者雖無法給予精確的訊息，仍會依其專業經驗提供當事人較為籠統的或概念性的說明。

1.概括性說明

預估治療所需次數是很多當事人在意的訊息，但其牽涉到當事人困擾的嚴重程度，當事人動機、治療取向、及其他各種不同因素，經常難以預估，故多數參與者表示，通常會說明初期評估或達到初步成效所需次數，但多久達到治療目標則不會精確的說明。

一般來講就是要看到有一些症狀的緩解，你最少都需要比如說四到八次，我會先這樣跟他講（A12107）。

我覺得這個很難回答，這會涉及到你治療的學派，或者是改善的狀況…

如果他很急，我們會說大概幾次，一般會有一些效果出來（G22602）。

2.以歷程說明

雖然心理治療可能會有的風險或副作用是學者認為須說明的項目，但多位參與者認為風險或副作用是醫療用語，不適用於心理治療或諮商，故不會使用這樣的字眼，而是讓個案了解在治療過程中可能經歷到的衝擊、壓力及挑戰等，讓個案有更好的心理準備。

我比較會講的是 process，會歷經阻抗，情緒的起伏，我不希望他因為這樣子就放棄（A21901）。

我一般都會講，有可能過程會有好好壞壞，我倒是不會用風險跟副作用，我會說過程當中，你要去反省或者想起、面對一些不愉快的事情，那難免都會有波動等等（G23605）。



（五）治療者抗拒

有時治療者不說明一些訊息，主要是擔心增加自己的困擾，像是當事人查看自己治療紀錄的權利，或預估治療次數等，參與者認為與其徒增麻煩，不如不說。

1. 避免麻煩

有參與者認為治療紀錄不同於一般病歷，內容描述難免有評價性字眼，有影響治療關係之虞，若牽涉到法律問題恐更增添困擾，另外像是治療次數本就是難以預估，若屆時未如預期恐影響當事人信心。在這種情況下則不會提供此項訊息。

我們不說其實也是會怕麻煩…（C10801）。

如果你跟他講了，你達不到那目標…或是說「好」的定義是什麼（E22401）？

2. 逃避檢視

這部分因素亦是與接觸治療紀錄的權利有關，若告知當事人有此項權利，則可想見自己的報告必然要被檢視，故為免除此項心理壓力，參與者選擇不告知當事人此項訊息。

有的時候自己報告沒寫好會心虛吧（C11001）。

這要看 loading 啦，loading 重，報告就沒辦法很…（D21601）。

（六）提供訊息困難

有時有些參與者未能提供某些專業訊息，牽涉專業知識不易用淺白語言說明，故少告知，或現實中要有相對應的專業資源，方能向當事人說明相關專業訊息。

1. 不易說明

在訪談大綱中列出的訊息，有些項目在參與者認為屬專業知識，如使用的治療技術、治療技術的發展現狀等，如何用淺顯易懂的語言讓當事人明白不是一件容易的事，故較少說明。

我覺得是專業人員不知道怎麼講啦（G22901）。

不是要不要講的問題，因為不會講所以就沒有講…你有沒有辦法講得很清楚，用病人可以聽得懂的方式（G22906）。

2. 現實中欠缺相對應資源

在提供其他資源選項部分，參與者認為理想上應該告知當事人，適合的其他心理治療選項，但現實中，並不清楚哪裡有適合的相關資源或根本資源不足，故不會與當事人討論這項訊息。

我覺得大部分的人都會做，可是你有沒有辦法判斷說…我也覺得他可能適合什麼治療，可是我不知道要把他轉給誰（G24501）。

不是很清楚別人治療效果如何…這要怎麼轉（C25101）？



（七）不熟悉倫理規範差異

這點主要是針對實習心理師告知督導者姓名，臺灣臨床心理師倫理規範並未將此項目列入其中，但 APA 倫理守則則清楚載明，需告知督導者姓名。故本研究參與者認為，告知是實習生身分且正在接受督導即已合乎專業倫理，不需告知督導者姓名。

這最主要是我不知道（APA 倫理守則）（A22801）。

說我有被督導，是不是這樣就夠了，還是要講到多仔細（D14201）？

二、對現況的倫理省思

訪談中，除了倫理實踐的實際經驗外，參與者亦對自己經驗進行了更深入的分析與審視，並且對於專業倫理的實踐有更深層的思考，參與者的倫理反思可分為五大類，包括：對當事人權益的關注不足、執業場域的影響、對治療的影響、治療者的自我保護及治療者本身因素等。以下分述之。

（一）對當事人權益的關注不足

在進一步的反思過程中，有些參與者覺察到，或因整體臨床環境倫理關注較少、倫理教育待提升，再加上臨床經驗等因素，至使個人倫理意識不足，所以過去並沒有深入思考這些問題，與當事人期待及權益的關聯性，以至於知後同意不夠落實。

這點其實應該是每一個人都很關心的議題（E10403）。

有沒有再被教育，我覺得這個是有影響的（A10701）。

就是比較 young 的時候你可能經驗嘛，你不知道說跟不說的差異（D10301）。

（二）執業場域的影響

本研究參與者主要為資深臨床心理師，多接觸過不同臨床場域，其回想自身工作經驗，確實不同執業場域在訊息提供上，會有不同的考量，包括對責任風險的評估，以及經營層面與商業行銷考量。

1. 責任風險的評估

從醫學中心出來自行開業的 A，明顯感受到，相對在大機構，自行開業一切風險得自己承擔，因此更加注意風險控管，而長期在教學醫院工作的 D 亦認為在機構保護下，風險意識較弱，這些都會影響說明相關訊息的倫理決策。

實作它會受一些因素的影響，比如說在外面開業它涉及到風險

（A20101）。…我覺得那個 context，就是你的處境跟情境真的會很影響你在這個過程當中對倫理的考量（A20104）。

在一個機構，你可能會覺得機構他有一個保護傘，那時候你個人的責任變小，你好像相對也比較會忽略掉保密（限制）的重要（D20601）。



2.經營層面與商業行銷考量

在醫療體系乃至健保制度之下，心理治療中的醫病關係偏向醫療模式中「治療者-當事人」，但私人執業則傾向商業模式的「服務提供者-消費者」，因此參與者提到，讓當事人獲得心理治療相關訊息，不僅是知後同意，也包含商業行銷在其中。

自行開業應該還是要提供一些訊息（專業背景），其實這有助於業務的成長（B11402）。

就不是說你要不要告知的問題了，像這種我覺得是倫理行為還是…，我覺得都快變成商業行為了（G22203）。

（三）對治療的影響

如前所述，知後同意不僅具法律及倫理上的意義，參與者在反思中，也進一步意識到，知後同意的實踐已經是在進行心理治療了，包括幫助形成治療同盟，增加當事人的掌控感，增進當事人對治療的信心，以及確認當事人對治療的期待等。

1.形成治療同盟

參與者 D 提到如果能夠讓當事人了解治療者資歷，所使用的治療技術及相關專業訊息，對方會更加信任治療者而能有更好的合作，參與者 E 甚至認為，當事人有可能礙於治療者權威，不敢或不願意問，故治療者應該主動告知，讓當事人安心並增加信任。

如果今天這個個案他知道他的問題，而且你會用什麼樣的方法去治療他的時候，這樣的關係好像也可以增加彼此的信任跟安全感（D25601）。我相信很多個案在做治療的時候，他想要知道，可是他就是不敢問，或者是有其他原因不知道怎麼問起（E23301）。

2.增加當事人的掌控感

參與者細想下，主動告知當事人相關訊息，能夠幫助當事人對治療過程有所預期，減少不確定性所產生的焦慮。例如，參與者 A 和 D 都提到主動告知當事人大約需要持續多長時間、心理治療可能的風險和副作用，可增加病人的掌控感，降低焦慮，增進治療成效。

其實在私人執業，這個費用對民眾來講的確是一個負擔，所以講這個東西（預估治療次數）可以讓他們會有一個預期（A12301）。

或許這樣的會談你看我才談了一次，我就覺得好像對她有一些攪動，那樣的攪動卻是我一開始沒有告訴她的（D26603）。

3.增進當事人對治療的信心

參與者也提到，在治療過程當中，當事人對治療有正向期待是一件重要的事，所以主動對當事人說明治療相關訊息，如所使用的技術，其目前發展狀況，乃至治療計劃等，有助於個案建立信心，增進治療成效。

我今天在接受一個比較有被驗證的方式，可能會覺得比較心安，我覺得



臨床心理師心理治療中知後同意專業倫理之行為、省思與改變行動之探究

病人可能會有這樣的一個感受（A13202）。

我接下來可能會要用的方式跟我現在選擇用這個方式，是有我的用意，
跟對他來講是最好的選擇的話，是不是也可以增加他的信心

（D27301）？

4.確認當事人對治療的期待

治療者的專業觀點與當事人的需求與期待是否吻合，需要充分溝通方能達成一致。不同的治療取向，或者其他治療選項，其背後蘊含的是不同的介入方式、治療目標、治療風險、以及治療成本，故應與當事人充分溝通，此關乎當事人對治療的需求及期待。

因為不同的治療方式背後隱含的是可能需要花的時間長度，你要問題焦點解決，或是要處理深層的人格，要跟他講因為這個涉及他的需求跟期待（A22501）。

知道有一些資源的話可以幫他做一些最好的安排會比較好，…是要了解他的需要…（C25201）。

（四）治療者的自我保護

雖然專業倫理著重在專業人員與其服務對象互動的行為規範，以增進當事人福祉或避免其權益受損。但訪談過程中，參與者也體認到，現在醫療人權提升，符合專業倫理的行為不僅可避免法律紛爭，在消費者意識抬頭，醫病雙方越來越對等的時代，知後同意亦包含權力關係的重新調整。

1.避免法律紛爭

專業倫理強調的是當事人的權益及專業人員的責任，而涉及法律時，則關係到處置失當造成當事人或社會大眾的損害，但參與者從自身的角度來看，訊息說明與否，對於保護自己，降低風險，避免法律訴訟，亦至關重要。

一個比較是自我保護的部分，像避免到時候有什麼法律的問題之類…

（A20401）。

如果我是那個督導的心理師，我反而會告訴我的實習心理師，你一定要告訴你的個案你有在被督導，被哪位資深的人在督導，我覺得這樣是保護那個實習心理師（F25501）。

2.醫病關係重新調整

參與者認為，當前臺灣的醫療環境，其服務對象既是當事人也是消費者，已經越來越重視自己知的權利，通常也會期待被充分告知，此乃醫療決策中賦權的過程，因此過去的醫療權威決策模式已受到挑戰，治療者也必須重新調整，適應醫病關係的改變，避免紛擾。

有些比較高學歷的，他早就知道說你應該要做什麼事情，…因為現在人權還有資訊發達，應該要更加強（F20405）。

民眾也越來越有這方面的認知，我覺得其實也是醫療人員再度被教育，因為以前我們好像是比較高階的，可是我覺得這個有重新在調整



(A11001)。

所以你可以看到權力在平等的時候，其實病人也會開始挑，當開始挑的時候，他會注意到他的狀況應該要用什麼比較適合（G22909）。

（五）治療者本身因素

參與者在省思自己知後同意的倫理決策時，有些影響因素其實涉及自身的議題，包括自我肯定的程度、面對風險的態度、專業判斷的難度、說明專業訊息的能力、專業知能的影響以及專業資源的整合與否等等。

1.自我肯定的程度

雖然強調自己的專業背景可增進當事人對治療者的信心，但參與者回顧自己的職涯，覺得這與個人自我肯定及資歷有關，資歷越豐富，心態就越自我肯定，也比較能自然且主動地呈現自身專業背景或其他訊息。

在資淺的時候，我應該不會去 announce 說我的資歷是怎麼樣

（A20704）…我覺得不是炫耀，是很 assertive，也很自我肯定的去講自己的訓練背景，處理這方面問題的經驗，相關的經歷、專長什麼的

（A20901）。

如果你的學歷背景非常好，你當然可以增進你在說這件事情的信心嘛

（D23001）。

2.面對風險的態度

當事人在心理治療過程中，在所難免要面對自己的脆弱面，並且經歷痛苦、關係改變，甚至羞恥感，這也是當事人進入心理治療要有的心理準備，幫助當事人面對接受心理治療所必須付出的代價，是治療者必須承擔的，是否具備這樣的認知，也會影響治療者的倫理決策。

其實我覺得這個牽涉到治療師一個心態耶，你怕不怕你的病人跑掉

（F24102）。

…你為什麼把明明就是風險跟副作用的東西，把它變成用另外一個形容詞來講（F24201）。

在年輕一點的時候，你下意識就覺得要正面鼓舞病人，…但是在資深一點的時候，你就會覺得你應該要很真誠的跟他講，就是好好壞壞都應該要跟他講（G23709）。

3.專業判斷的難度

有些訊息並非參與者不願說明，而是在專業上本就是難以確定的事情，例如治療所需次數，對治療者來說，尤其是需要長期治療的個案，實在不容易給出具體答案，以致難符合倫理要求。

像有一些特別的個案，真的沒有辦法說時間，久的話超過一年你還在繼續做（C22001）。

一個是個案本身的困擾或嚴重的程度，二來是我們處理個案，環境的配合也會影響（A21201）。



4.說明專業訊息的能力

醫療專業知識常讓人感覺與一般大眾有距離，但不論是基於行銷自身專業或為當事人福祉著想，都應該要能夠用一般社會大眾能理解的語言加以說明，參與者認為這是治療者本身要努力去做到的。

這牽涉到治療者本身的能力（C23402）。

因為我覺得能不能講，有時候會跟你能不能推廣這個專業的能力有關…

（G23002）…這個東西不代表他沒有能力做治療，而在於他沒有能力做行銷（G23004）…而且你講得清楚病人就了解嘛，這個東西就會顧及到他的權利（G23204）。

5.專業知能的影響

有些參與者認為，有時要能夠說明某些專業訊息，充實專業知識是必要的，例如使用的技術及其發展現況，風險與副作用，其他治療選項等等。專業知識越完整就越能夠清楚的講解。

如果你真的要能夠跟個案講那麼清楚，我覺得我們自己要多念書，期刊的閱讀…（E24101）。

我會覺得好像治療師你是有責任跟義務去先把這些事情弄懂的，把所有的學派、專業的知識，好像你必須自己先把這些部份都弄懂之後…

（D27701）。

6.專業資源的整合

告知當事人其他治療選項，主要是基於提供合乎其需求的治療資源，就過去研究顯示，當事人亦希望知道還有哪些治療方法或取向，更能夠協助其改善困擾，但參與者認為，這其實涉及治療者是否熟悉其他專業相關資源，否則難以提供。

知道一些資源的話，可以幫他做一些最好的安排會比較好（C25201）。

我覺得就是涉及到我們專業人員自己對資源脈絡的熟悉度…（G24502）。

你真的對你這個專業裡面其他的資源的運用熟不熟（G24702）。

三、省思後的改變行動與建議

透過訪談，參與者對知後同意行為有較完整而深入的反思，因此如何在這件事上做得更好，參與者表達了一些行動與改變的建議，包括強化資訊呈現與口頭說明、重視分享專業資訊、治療者個人的提升、提高專業倫理標準等。

（一）強化資訊呈現與口頭說明

本研究所探討的訊息項目，有些在治療開始前即可確定，故可事先提供，包括列在知後同意書中，放在網路上，或製作成衛教資料，再輔以口頭說明，以達到更佳的理解與共識。而這也是創造一個當事人友善的環境，讓當事人有更多機會得到較清楚且公開透明的資訊。

1.明確列入文字資料

參與者認為諸如保密的限制、督導者姓名（實習心理師適用）等明確沒有什麼爭議的事項，可直接載明在一開始簽署的同意書中，再輔以口頭說明，治療者



的專業背景則置於名片或網路上，這些都有助於當事人獲取所需資訊。

就是接案的時候就要有一個格式比較能夠確定百分之百做到
(C20301)。

document 跟 verbal，我覺得我們可以這樣跟病人說 (A21001)。

用名片或者是其他方式，網路或者是診間名牌上面，也可同樣達到告知的目的 (E21801)。

2. 製作衛教資訊

有些屬專業知識相關資訊，可仿效國外（如 APA）做法，製作成普羅大眾可理解的衛教資訊，如文字、圖片、影音短片等，包括心理治療取向的基本介紹，哪一類技術適用於哪一類困擾，以及目前實徵研究成果等等，以增進當事人的基本認識，並作為口語溝通基礎。

我是覺得心理治療大概應該可以做那種東西出來。比如說做認知治療，做行為治療，你用很民眾很淺顯易懂的文字或其他方式，讓個案知道我們現在都做認知治療，你讓他知道大概都在做些什麼，怎麼進行
(E23103)。

在成熟到一定的程度的時候，我覺得就是學會跟公會要做的事情，你要怎樣讓它標準化 (F23801)。

(二) 重視分享專業訊息

治療者與當事人之間必然存在知識的不對等，透過訊息傳遞，分享決策所需專業知識，是知後同意的精神所在，但知後同意是動態過程，有些需要一段時間釐清後，隨著進程提供給當事人，故參與者也提到在治療過程中會更加注意，不論是一開始或接續的會談，隨時與當事人分享並討論治療相關訊息，落實尊重自主之精神。

那我可能會跟他講說，就你目前的治療的期待來講，可以分成幾個層次跟次數，比如說分成三個層次，…第一個層次像原生家庭或是兒時記憶，…第二個層次比如說兩性關係，可能人際關係的部份…或是目前問題的解決，怎麼增加彈性思考的空間，…這樣我的個案他會比較清楚的知道我想要談到什麼樣的狀況 (D24502)。

我的調整就是說今天我可能不會在一開始就告知，但是只要我清楚的知道你個案的問題的時候，我就會告訴你 (B26101)。

(三) 治療者個人的提升

經過訪談，參與者提到有些倫理行為的落實，涉及個人心態調整及專業成長，包括對自己的肯定，專業知能的提升，以及資源的整合等，以下分述之。

1. 更加自我肯定

這部分主要針對專業背景訊息，參與者認為或許與華人儒家思想有關，在呈現自身強項時過於含蓄謙虛，其實適當彰顯個人背景、專長甚至優勢，不只是讓



臨床心理師心理治療中知後同意專業倫理之行為、省思與改變行動之探究

當事人知道自己的專業資格，更能增進當事人的信心，這是可以積極去做的事。

心理師要學習自我肯定，因為我們的文化、環境大部分都是在不被肯定，負面評價下面長大的（C21701），…如果有的話絕對要介紹，…他覺得你能力夠的話，他就很快能夠建立信任（C21901）。

這也是自我肯定的一部分啦，你治療師自己也要先肯定自己，然後告知他嘛（D23201）。

2.加強專業訓練

能夠清楚將治療理論、發展狀況、可能的風險、其他治療選項等專業知識，深入淺出說明給當事人聽，其實需要對專業知識融會貫通，並且能以生活化語言說明之的能力，故有些參與者認為，加強自己的專業知能可幫助自己在這方面做得更好。

後來這個部分就真的是專業上精進才有辦法（G24301）。

你也必須長時間的，我覺得至少一兩年投注在一個治療方法當中，好好去督導跟學習（D28101）。

我會覺得如果我們要成熟到一個程度，就像大家現在講的次專業（F25301）。

3.資源整合

前述提到，有時無法提供其他相關資源選項方面的訊息，一部分原因出在缺乏相對應的資源，故這部分的改變行動，參與者提到，確實有必要去了解並整合更多資源，方能提供充足的資訊。

所以我會覺得即使是開業，應該也要有一個策略聯盟吧（F25104）。

公會或學會裡面的各自專長，這可能不再是個人的事情，就會變成說大家是不是互通有無然後彼此知道，…在於真的對病人有用，你必須知道同業之間大家的狀況（G24801）。

（四）提高專業倫理標準

雖然有些項目如告知督導者姓名尚未列入中華民國臨床心理師倫理規範中，但這是專家學者建議的項目，APA 倫理守則亦有明確規定，參與者在經過訪談及深思之後，多認為這是保護實習心理師及當事人福祉的做法，故未來在實務現場，採取較高標準是一件正向的事。

我會自己跟個案說，是由實習生來跟你會談，我會督導他…我會指導他做的對還是錯（B26502）。

如果今天有這個狀況，我就會講清楚（D28201）。

說清楚第一個是監督，第二個是醫院確保病人的權益（G25101）。



肆、結論與建議

心理治療中的知後同意是一個共同決策的歷程，在此過程中，心理專業人員與當事人充分交流並提供訊息，使當事人在最符合其福祉的前提下，做出理性抉擇。此蘊含維護當事人自主、受益、免受傷害、公平待遇及忠誠權的倫理原則。因此，針對實務中實踐不足之處，深入了解有其必要性。根據本研究所得結果進行分析，整理出表 2 的主題及類別。接下來則依據各主題及類別中所突顯之重要意義加以討論。

表 2
知後同意倫理行為現況、省思與行動整理表

主題	倫理行為的現況	對現況的倫理省思	省思後的改變行動與建議
類別	機構因素	對當事人權益的關注不足	強化資訊呈現與口頭說明
	大機構未強調	執業場域的影響	明確列入文字資料 製作衛教資訊
	慢性及矯治機構限制當事人權益		
	屬已知訊息	對治療的影響	重視分享專業訊息
	基本常識無須說明	形成治療同盟 增加當事人的掌控感 增進當事人對治療的信心 確認當事人對治療的期待	治療者個人的提升 更加自我肯定 加強專業訓練 資源整合
	公開資訊		
	依情況告知		
	涉及時告知	治療者的自我保護	提高專業倫理標準
	被動告知		
	無需告知	避免法律紛爭 醫病關係重新調整	
	僅一般性說明	治療者本身因素	
	概括性說明	自我肯定的程度	
	以歷程說明	面對風險的態度	
	治療者抗拒	專業判斷的難度	
	避免麻煩	說明專業訊息的能力	
	逃避檢視	專業知能的影響	
	提供訊息困難	專業資源的整合	
	不易說明		
	現實中欠缺相對應資源		
	不熟悉倫理規範差異 (臺灣臨床心理師倫理規範與與 APA 倫理準則之差異)		



一、知後同意倫理行為現況之相關議題

首先，從結果看來，有時未告知的理由未必是因為沒有提供訊息，而是有些訊息在治療情境之外即可獲得，包括在機構的官方程序中呈現，或者直接載明於網路上等等，並不一定要由治療者來說明，例如與治療紀錄有關的法規、治療者的專業背景等等。

另外，針對慢性病患及矯治機構等特殊族群的權益，治療者特別容易經驗到專業倫理的兩難。而知後同意必須立基於當事人的能力、理解力及自願性，Klein 等人（2019）及 Deshpande 等人（2020）的研究也顯示，認知受損的身心科患者，其理解並做出知後同意的能力確實下降，而矯治機構當事人的自願性亦薄弱，故在這類機構中當事人的知後同意權益是被限制的。這種情況下如何避免威權主義並尊重當事人的自主性？謹慎評估慢性患者的心智功能，適當的溝通，讓熟悉的照顧者參與是可調整的做法（Ho et al., 2018），而過去研究發現，即便強制執行的心理治療個案也能有顯著改善（Peters & Murrin, 2000）。是以，即便心智能力受限，在其權益範圍內說明，依舊有其價值。

此外，雖然知後同意是心理治療第一個要進行的倫理行為，但從結果可以看出，在實務現場，治療者會因個案及治療狀況有所調整，也就是依情況說明，這裡證實，知後同意確實非一個一次性的倫理行為，而是一個持續展開的過程，例如有些問題需要時間釐清，甚至當事人的議題也會在治療歷程中有所轉變，介入方式也要跟著調整，因此某些資訊的說明，參與者會依據專業判斷來決定是否要進行，以及在什麼時候進行，而這也呼應 Goddard 等人（2008）提及的，不須強求所有重要訊息在一開始就提供精確或者細節的說明。

而在「治療者抗拒」、「提供訊息困難」以及「不熟悉倫理規範差異」等主題上，涉及的訊息主要是當事人接觸自己紀錄的權利以及說明專業資訊（如：運用的技術或理論取向、所使用的治療技術在心理治療領域的發展狀況、治療所需的次數或時間等），這部分雖涉及法規，但主要與治療者自身的考量、風格、判斷有關。而正如學者林家興（2014）所提到的，過少的說明與過多的說明知後同意都不恰當，但面對醫療及社會大環境的轉變，治療者必須跳脫自我，多方考量、斟酌，已是不可避免。

二、對現況的倫理省思之相關議題

關於對當事人權益關注不足部分，牽涉到整體外在環境的影響，倫理教育的有待提升等因素。在這個部分可以提醒的是，Somberg 等人（1993）的研究顯示，治療者普遍未告知相關訊息的原因為當事人不在乎，當事人認為不重要或已經知道等，然 Braaten 與 Handelsman（1997）的研究卻指出，治療者未提供足夠的資訊，是當事人在治療初期就流失的主要原因之一，尤其治療的風險、所需時間、保密限制及其他選項等，都是當事人很想知道的訊息。



關於醫療機構與自行開業的差別，其一為私人執業缺乏機構保護，易有訴訟風險，治療者為了自我保護，自然必須要有更清楚且積極的風險管理 (Shaw et al., 2004)。而另一項差別則在盈利，在機構及健保制度之下，治療者與當事人關係傾向醫療模式，治療者具權威及主導性，而在私人執業則傾向商業模式的客戶服務，當關係的內涵不同，對當事人權益的倫理考量自然也會不同，這其中當事人自主性的差異也會影響治療結果。故進一步來看，執業場域的影響的確存在，若治療者能對此影響有更深的覺察與內省，定能對倫理意識的提升有助益。

另外，在個案治療層面，參與者亦意識到，知後同意對治療有正向的影響，包括增進治療同盟，增加當事人的控制感、對治療的信心，及確認對治療的期待等，進一步來說，知後同意有助於治療者與當事人建立夥伴關係朝向共同目標邁進，並減少將治療者過度理想化或產生不健康的依賴，而知後同意也可藉由訊息的公開透明讓心理治療去神秘化，減少當事人的焦慮，降低阻抗，增加對治療的信心，強化對治療的投入。此一互動過程自然提升當事人的自主性，不致過度依賴治療者支持而未能發展出自己的力量，防止病態退化，讓當事人在治療過程中扮演主動積極角色，將治療責任從治療者一人身上，轉移至雙方一起合作承擔。

此外，在治療者層面，由結果分析可看出，其實有時治療者未說明某些訊息涉及個人內在動力因素。但不可諱言，符合專業倫理才能在法律上保護治療者。而且現在醫療已從治療者握有專業權威，轉變為消費者參與決策，心理治療與治療師也不再披著神秘面紗，治療關係中自主性的核心概念，即是源自現代社會之公民自由與人權所奠基之個人主義與平等主義，故面對醫療人權提升，治療者釋放權力屬必然，或多或少的抗拒心理難免，但站在社會發展及當事人福祉來看，治療者必須接受甚至歡迎這樣的改變，並在其中學習與服務對象更進一步的互動與交流。而不論是治療者的自我保護或治療者本身因素，皆偏向參與者個人內在層面的影響，這些因素除了影響治療者對訊息的說明之外，彼此之間是否也有交互作用存在，頗值得後續研究繼續深入探究。

關於參與者對本身因素的省思，首先在自我肯定部分，雖說與資歷有關，但從文化脈絡思考，這也有可能是華人受儒家思想影響，注重人際關係的和諧 (黃光國, 2018)，在說明自己的成就時較為謙虛，以維護他人面子 (韓貴香, 2010)。另外，其他方面從倫理的角度來看，治療者當然要積極協助當事人了解心理治療的內涵 (Mumford, 2018)，而心理學專業是一門進展相當快速的專業知識，文獻指出心理健康專業人員在研究所時期所學的知識，數年後有一半會被淘汰掉，但許多實務工作者的專業知識並未與時俱進 (Welfel, 2012/2020)。當然人類心理社會問題範圍廣且複雜，治療策略亦趨多樣性，沒有一個治療者能夠精通所有策略，但一個在乎倫理的治療者必須即時更新所使用之療法的知識，並解釋給當事人聽，包括可能的正向與負向影響，同時告知對其問題可能有助益的其他治療選項，這是當事人的權利，也意味著心理專業工作是一個必須跟得上最新知識潮流的行業，並且要具備以淺顯易懂的方式傳遞專業知識的科普能力。



三、省思後的改變行動與建議之相關議題

知後同意已經很清楚是一個過程而非片斷的事件，甚至可以說是從治療開始到結束持續進行的過程。在執行上，書面加上口頭討論是基本工作，且在服務過程中，視需要持續與個案討論。現在越來越多的心理衛生專業工作人員透過網路說明心理治療相關訊息、專業證照專長領域，研究也證明，運用數位化多媒體工具，有助於增進當事人的理解（Abujarad et al., 2021），此亦是在創造專業訊息更具可及性的環境。

另外，以當事人福祉來看，治療者要時時放在心上的是，自身必須在知後同意上扮演積極的角色，適時分享與當事人福祉有關的訊息，協助當事人自我理解，澄清其價值觀，並整合進其理性決策過程中，此為一彈性、務實的合作過程，治療者要以坦誠及開放的心態面對之。而如同 Sullivan 等人（1993）所言，合乎倫理的行為和做好心理治療並不互斥。能夠積極與當事人溝通並分享知識的治療者，在當事人心中也是較專業且值得信任的。一個專業佳的治療者也是較在乎當事人福祉，對當事人需求感同身受，當事人則會在過程中，被賦予能力及力量，與治療者同心合力，創造治療者與當事人雙贏的局面。

就治療者層面而言，以倫理的實踐層次來看，本研究結果中，改變行動與建議部分，其中治療者個人的提升，以及提高專業倫理標準等，已不僅僅只是符合法規要求，更是治療者本身追求較高的專業倫理品質，亦即不只是達到強制性倫理的標準而已，更是進一步地向理想性倫理邁進。而理想性倫理的實踐，良知良能的啟發是關鍵因素（牛格正、王智弘，2008），此亦是倫理學者王智弘（2016）在其助人專業倫理雙元模型中，所指出之實務工作者的內在自我修為，也就是說，符合外在客觀理性標準與實務工作者不斷自我提升的永續努力，兩者在助人專業倫理的實踐上缺一不可。

四、倫理行為現況、省思及改變行動的關聯性與相對應性

從本研究結果的綜合分析，我們找出本研究的核心主題。首先，我們可以從結果看出參與者倫理行為現況、省思與改變行動之間的關聯性，意即本研究的受訪者在參與研究的過程中，分享了自身所經歷的倫理行為現況，接著透過現況的分享，引發了對知後同意倫理議題的省思，進而促成了提出建設性建議以及對改變的期許。而在此同時，我們也看到知後同意倫理行為現況、省思與改變行動之間在環境層面、個案（治療）層面以及治療者層面上有著相對應性。以下分別說明之。

在環境層面上，首先，機構因素及屬已知訊息，是行為現況中參與者未告知相關訊息的環境因素，而對當事人權益的關注不足及執業場域的影響則是參與者就環境層面的省思，至於如何透過行動營造更符合專業倫理的環境，其做法是強化資訊呈現與口頭說明。

在個案（治療）層面上，參與者未說明相關訊息的原因，主要是認為在治療中依情況告知或僅一般性說明即可，然而進一步省思則意識到，說明相關訊息對



治療有正向影響，是對當事人有幫助的事，故在治療中更加重視與當事人分享專業訊息則是參與者可以做的改變行動。

另外，在治療者層面上，未提供相關訊息的個人因素包括治療者抗拒、提供訊息困難以及不熟悉倫理規範差異等，然而進一步省思後，其背後實則涉及治療者的自我保護以及治療者本身因素，而當意識到個人因素後，參與者認為治療者個人的提升以及提高專業倫理標準是可以採取的改進之道。

而在這三個層面之間，環境層面的差異、限制、甚至演變，會影響對當事人的服務品質，以及治療者的倫理行為及判斷，因此環境層面亦同時涵蓋個案層面及治療者層面。本研究將各個主題之關聯性及相對應性整理如圖 1。

圖 1

知後同意倫理行為現況、省思及改變行動的關聯性與相對應性

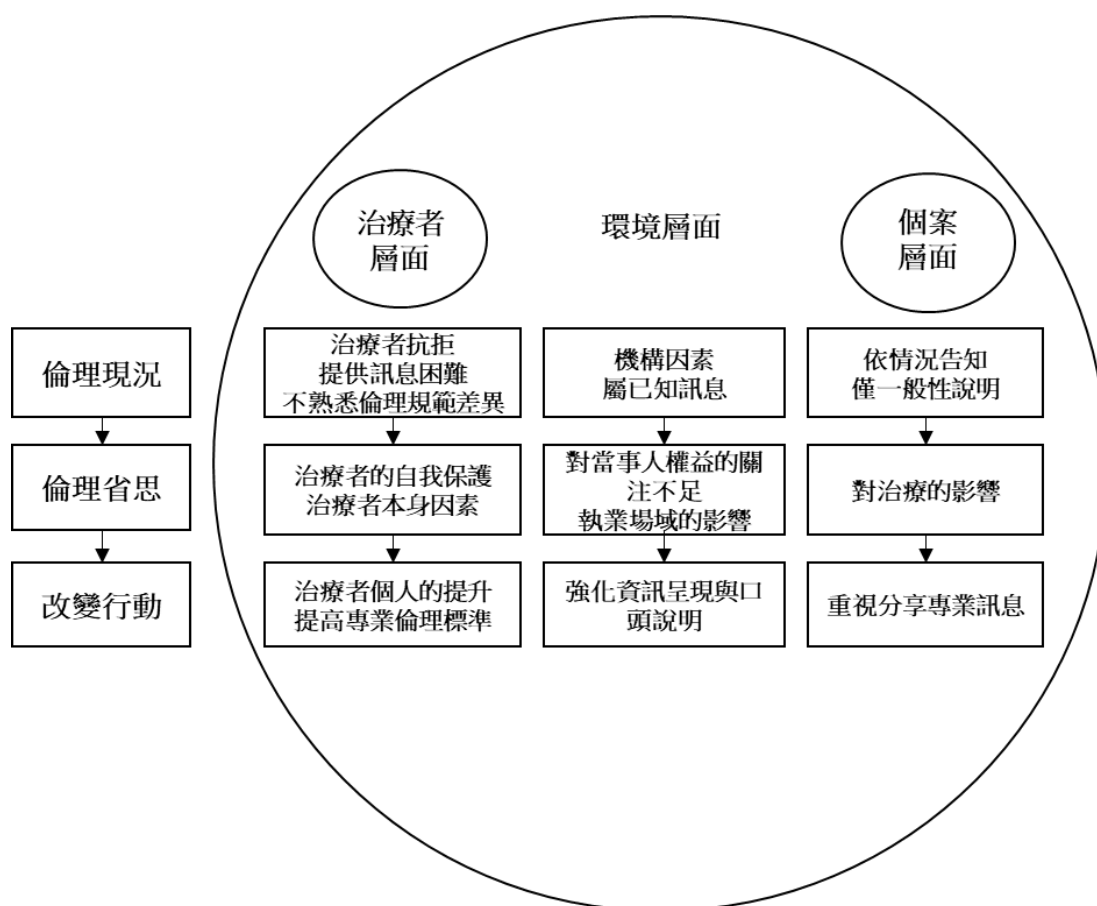


圖 1 是根據本研究結果所做的統整，然若我們再深入思考，在實務情境中，個案層面、環境層面及治療者層面，彼此之間亦可能環環相扣或者有更複雜的交互作用存在，此值得日後再進一步探究之。

五、建議

綜合研究成果發現，本研究提出對實務工作，倫理守則與倫理教育，以及未來研究之建議。

（一）對實務工作之建議

知後同意是當事人了解其所接受的心理服務並做出自主決定，其目的是要當事人更加投入且主動參與其中，不僅治療者要了解當事人，當事人也要了解治療者（林家興，2014），故治療者應時時關注此議題，保持對此議題之敏感度。若從倫理的層次來看，達到強制性倫理，即符合法律及倫理守則只是最低標準，本研究所探討的項目也不僅止於強制倫理的範疇，而是以良心及當事人福祉為考量之理想性倫理的實踐過程。當治療者以強制性倫理作為自我要求時，會以個人利益得失為前提，但若以當事人福祉為首要，則如 Barnett 等人（2007）建議，試著反問自己：「當我自己或我愛的人正在考慮建議的療程時，我會想知道什麼？」會幫助我們更能夠站在當事人角度來判斷。當站在關懷個案福祉立場時，也將更積極去提升倫理水平及專業品質。為朝向理想性倫理邁進，除對自身心態的覺察，定期的督導、同儕討論及實務課程的安排等，均是維持專業及倫理最佳狀況的可行方法。

（二）對倫理守則修訂及倫理教育規劃之建議

如前所述，我國臨床心理師倫規範提供的是基本準則，內容相當簡要，只能視為倫理行為的基本依據，參考 APA 倫理準則則詳盡許多，本研究所探討的相關項目多列在其中，包括保密限制、紀錄的保存、治療的性質及發展狀況、預期的療程、涉及的風險、其他治療選項、實習心理師之督導者姓名等等，雖說國情差異在所難免，仍建議相關倫理委員會，可參考相關文獻及本研究之成果，將之列入其中，或做為日後修訂倫理準則之參考。

在倫理教育規劃方面，我們可以理解倫理守則提供的是強制倫理的基準，但就追求理想性倫理而言，該怎麼做，做到什麼程度，其實沒有標準答案，此涉及當事人的自主性及賦能，文獻也顯示治療者與當事人共享之訊息廣度及深度差異甚大。如本研究結果所示，有些可以標準化執行，有些則必須個人化彈性處理，在此情況下，倫理教育就不能是條列式的課程，而是必須交織在臨床技巧之中，因此除了正式的倫理學分之外，可透過工作坊進行案例研討，讓實務工作者藉由經驗分享、討論、辯證，增加對此議題的自我覺察、深入思考，以提升倫理意識，促進專業的成長成熟。

（三）對未來研究之建議

首先從本研究結果來看，我們可看到在現況、省思及改變行動等關鍵範疇之下，又呈現環境層面、個案層面及治療者層面的相對應關係，這是本研究主要發現之一，而知後同意倫理行為不論是環境層面、個案層面或治療者層面的現況、



省思與改變行動，都值得再進行更詳盡的探究。此外，我們也可進一步思考，在環境、個案及治療者這三個層面之間是否尚有交互作用存在？例如在不同環境條件下，治療者亦會有不同的倫理作為及思考，從而影響對個案的服務品質；而治療者本身的相關因素也會影響對個案治療的考量，或者對個案福祉的考量也會影響其如何因應環境的限制等，這些可能的交互作用都非常值得進一步探討。

另外，本研究並未探討文化脈絡，而目前臺灣心理學專業及助人專業倫理之知識內涵多移植自西方，未考量含攝本土文化，然助人專業倫理在論及當事人的自主、受益、免受傷害、公平待遇及要求忠誠權時，自然應該涵蓋治療者與當事人的文化背景因素（Lasser & Gottlieb, 2017）。APA（2003）提出「心理師多元文化、教育、訓練、研究、實務與組織改變」之準則，即是提供美國心理師服務多元文化族群的參考架構，亦顯示文化議題已是關注的焦點。而我們從文化觀點來看，知後同意所強調的專業人員揭露訊息，讓當事人可以做符合其利益的治療選擇，是奠基於西方的個人主義及對個人權利的強調，但華人受儒家思想影響，相對傾向家族主義、威權主義、重視義務甚於權利，所以在華人文化脈絡家族主義影響下，治療決策是當事人決定還是當事人家庭共同決定？在權威主義影響下，當事人參與決策是否反而意味著對治療者的不信任，交由治療者決定反而是雙方更具信任關係？分享專業知識旨在當事人賦權，但當事人是否在意被賦權或期待被賦予哪一種權利等，都與所屬的文化社會息息相關，所以在維護當事人權益，促進其福祉上，必須考慮所處的社會文化及醫療環境，這也是未來研究可聚焦的主題。

收稿日期：2022.07.27

通過刊登日期：2023.07.16

參考文獻

中文部分

- Vaughn, S., Schumm, J. S., Sinagub, J., & Sinagub, J. M. (1999)：焦點團體訪談——教育與心理學適用〔王文科、王智弘譯：初版〕。五南。（原著出版年：1996）
- Welfel, E. R. (2020)：諮商與心理治療倫理：準則、研究與新興議題〔王文秀、廖宗慈、陳俊言、蔡欣慇、鍾榕芳、楊雅婷譯：第五版〕。心理。（原著出版年：2012）
- 中華民國臨床心理師公會全國聯合會（2017）：臨床心理師倫理規範。中華民國臨床心理師公會全國聯合會。
- <http://www.atcp.org.tw/modules/news/article.php?storyid=507>
- 牛格正、王智弘（2008）：助人專業倫理。心靈工坊。



臨床心理師心理治療中知後同意專業倫理之行為、省思與改變行動之探究

- 王智弘 (2016)：含攝儒家功夫論的本土專業倫理觀：從助人倫理雙元模型談儒家的倫理自我修為之道。《台灣心理諮商季刊》，8 (2)，vi-xii。
- 林家興 (2014)：諮商專業倫理：臨床應用與案例分析。心理。
- 張馥媛、林美芳、王智弘 (2012)：臨床心理師對心理治療知後同意倫理態度與行為之調查研究。《中華心理衛生學刊》，25 (1)，105-134。
[https://doi.org/10.30074/FJMH.201203_25\(1\).0004](https://doi.org/10.30074/FJMH.201203_25(1).0004)
- 陳若璋、王智弘、劉志如、陳梅菁 (1997)：台灣地區助人專業實務人員倫理信念、行為及兩難困境之研究。國科會專案研究報告 (編號：NSC 86-2413-H-007-001)。未出版。
- 鈕文英 (2020)：質性研究方法與論文寫作。雙葉書廊。
- 黃光國 (2018)：內聖與外王：儒家思想的完成與開展。心理。
- 韓貴香 (2010)：華人對成就的入際歸因方式與動機之分析研究。《人文及社會科學集刊》，22 (1)，41-76。
<https://doi.org/10.6350/JSSP.201003.0041>

英文部分

- Abujarad, F., Lizbinski, R. L., & Ibrahim, H. (2021). Digital solutions to improve the informed consent process for clinical trials. *Health Policy and Technology*, 10(1), 10-12. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.11.004>
- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *The American Psychologist*, 58(5), 377-402.
<https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.5.377>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct including 2010 and 2016 amendments*. Retrieved October 31, 2021, from <https://www.apa.org/ethics/code>
- Barnett, J. E., Wise, E. H., Johnson-Greene, D., & Bucky, S. F. (2007). Informed consent: Too much of a good thing or not enough? *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(2), 179-186.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.179>
- Beahrs, J. O., & Gutheil, T. G. (2001). Informed consent in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 4-10. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.4>
- Braaten, E. B., & Handelsman, M. M. (1997). Client preferences for informed consent information. *Ethics & Behavior*, 7(4), 311-328.
https://doi.org/10.1207/s15327019eb0704_3
- Corey, G., Corey, M. S., & Corey, C. (2018). *Issues and ethics in the helping professions*. Cengage Learning, Inc.



- Deshpande, S. N., Mishra, N. N., Bhatia, T., Jakhar, K., Goyal, S., Sharma, S., Sachdeva, A., Choudhary, M., Shah, G. D., Lewis-Fernandez, R., & Jadhav, S. (2020). Informed consent in psychiatry outpatients. *Indian Journal of Medical Research*, 151(1), 35-41. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1036_18
- Eberle, K., Holtforth, M. S., Inderbinen, M., Gaab, J., Nestoriuc, Y., & Trachsel, M. (2021). Informed consent in psychotherapy: A survey on attitudes among psychotherapists in Switzerland. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00718-z>
- Goddard, A., Murray, C. D., & Simpson, J. (2008). Informed consent and psychotherapy: An interpretative phenomenological analysis of therapists' view. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(2), 177-191. <https://doi.org/10.1348/147608307X266587>
- Haas, L. J. (1991). Hide-and-seek or show-and-tell? Emerging issues of informed consent. *Ethics & Behavior*, 1(3), 175-189. https://doi.org/10.1207/s15327019eb0103_2
- Ho, P., Downs, J., Bulsara, C., Patman, S., & Hill, A. M. (2018). Addressing challenges in gaining informed consent for a research study investigating falls in people with intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 46(2), 92-100. <https://doi.org/10.1111/bld.12217>
- Jensen, P. S., Josephson, A. M., & Frey, III, J. (1989). Informed consent as a framework for treatment: Ethical and therapeutic considerations. *The American Journal of Psychotherapy*, 43(3), 378-386. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1989.43.3.378>
- Klein, C. C., Jolson, M. B., Lazarus, M., Masterson, B., Blom, T. J., Adler, C. M., DelBello, M. P., Strakowski, S. M. (2019). Capacity to provide informed consent among adults with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 242, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.049>
- Lasser, J., & Gottlieb, M. C. (2017). Facilitating informed consent: A multicultural perspective. *Ethics & Behavior*, 27(2), 106-117. <https://doi.org/10.1080/10508422.2016.1174121>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp.163-188). Sage.
- Mumford, M. D. (2018). Psychology of the informed consent process: A commentary on three recent articles. *Ethics & Behavior*, 28(7), 513-516. <https://doi.org/10.1080/10508422.2018.1493383>



- Peters, R. H., & Murrin, M. R. (2000). Effectiveness of treatment-based drug courts in reducing criminal recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27(1), 72-96.
<https://doi.org/10.1177/0093854800027001005>
- Pomerantz, A. M. (2005). Increasingly informed consent: Discussing distinct aspects of psychotherapy at different points in time. *Ethics & Behavior*, 15(4), 351-360.
https://doi.org/10.1207/s15327019eb1504_6
- Pomerantz, A. M. (2012). Informed consent to psychotherapy (empowered collaboration). In S. J. Knapp, M. C. Gottlieb, M. M. Handelsman, & L. D. VandeCreek (Eds.), *APA handbook of ethics in psychology, Vol. 1. Moral foundations and common themes* (pp. 311–332). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13271-012>
- Pomerantz, A. M., & Handelsman, M. M. (2004). Informed consent revisited: An updated written question format. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(2), 201-205. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.2.201>
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide*. John Wiley & Sons.
- Shaw, L. R., Chan, F., Lam, C. S., & McDougall, A. G. (2004). Professional disclosure practices of rehabilitation counselors. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(1), 38-50. <https://doi.org/10.1177/00343552040480010501>
- Somberg, D. R., Stone, G. L., & Claiborn, C. D. (1993). Informed consent: Therapists' beliefs and practices. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 153-159. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.153>
- Sullivan, T., Martin, W. L., & Handelsman, M. M. (1993). Practical benefits of an informed-consent procedure: An empirical investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 160–163.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.160>



Informed Consent in Psychotherapy: A Qualitative Study of Ethical Behaviors, Reflections and Actions for Change of Clinical Psychologists

Fu-Yuan Chang Chien-Ju Lin Mei-Fang Lin Yun-Ming Chang

Abstract

The purpose of the study is to explore the ethical context of informed consent in psychotherapy practiced by clinical psychologists, reflecting on the current situation, and offering suggestions and potential courses of action for improvements. Seven experienced clinical psychologists were invited to participate in both focus group interview and one-on-one intensive interview. Grounded theory was used to analyze the collected data. The results of the study revealed that the reasons for the participants not to practice informed consent include: institutional factors, assumption that the information was already known to the clients, not necessary to tell everything (telling by condition), only general information given, therapist's resistance, difficult to provide information, and unfamiliar with the differences of ethics code; Participants' ethical reflections include: insufficient attention to the clients' rights and interests, the influence of the practice field, the impact on treatment, self-protection by therapists, and the therapist's own factors; Recommended actions and changes include: enhancing the presentation of information and verbal explanations, emphasizing the sharing of professional information, personal development of therapists, adopting higher ethical standards. According to the results and findings, related issues are discussed, and the study offers suggestions for clinical practices, amendments to the ethics code, planning for ethics education, and future research.

Keywords: clinical psychologist, helping professional ethics, informed consent, psychotherapy

Fu-Yuan Chang	Jianan Psychiatric Nursing Home
Chien-Ju Lin	Student Development Center, Chaoyang University of Technology
Mei-Fang Lin	Minnan Normal University, School of Education and Psychology, Department of Psychology
Yun-Ming Chang	Minnan Normal University, School of Education and Psychology, Department of Psychology (yunm055@qq.com)

