

医患社会心态建设的社会心理学视角

吕小康 朱振达*

〔摘要〕 医患社会心态是一定时期内社会中多数成员或较大比例的社会成员所普遍共享的关于医患关系的基本认知、情绪情感、态度立场和价值观念,它包含为人际心态、群际心态和文化心态三大层面。医患社会心态形成机制的研究重点在于说明关于医患关系的认知、情绪和信念如何从人际心态到群际心态到文化心态的转变过程,以及反过来关于医患关系的文化心态如何具体地作用于群际心态和人际心态的影响过程。建设良性医患社会心态的具体策略从三大层面进行:人际层面需提升医患直接沟通时的技巧与策略,群际层次需改进医患群体的互动模式、建设医患共同体,文化层面需培育医学理念、重建医学话语、重塑媒介形象并改进医学教育。

〔关键词〕 医患关系;医患信任;社会心态;社会信任;群际心理

在当下中国社会信任危机的大背景下,医患之间的互不信任已经成为一种弥散于整体社会的普遍性的“社会心态”。如何根据中国人社会心态的生成机制,以社会心态建设的方式,对医患信任危机进行整体性的干预,是除了医疗体制改革之外建设和谐医患关系的必要途径。本文拟在界定医患社会心态概念的基础上,分析其核心要素和分析层次,并对其形成过程和作用机制做出理论上的探索,并据此提出从不同层次上建设医患互信之社会心态的具体途径设想。

一、医患社会心态的概念界定与内容维度

社会心态研究是社会心理学的一个重点研究领域。对于“社会心态”这一核心概念,已有不少学者进行过论述和概括,其中以杨宜音(2006,2012,2013)、马广海(2008)、王俊秀(2014)、周晓虹(2011,2014)等人对社会心态的研究较有代表性和影响力,并已经取得一些基本共识。这里不再重复他们对社会心态的定义过程,而是以其论述为基础,直接界定医患社会心态,并结合他们对社会心态构成要素、形成机制的理论分析并展开后续分析。

* 吕小康,法学博士,南开大学周恩来政府管理学院社会心理学系副教授,300071;朱振达,浙江师范大学经济与管理学院副教授,321004。本文是教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目“医患信任关系建设的社会心理机制研究”(15JZD030)和韩国高等教育财团—南开大学亚洲研究中心项目“区域产业结构升级背景下的和谐劳动关系构建”(AS1422)的阶段性研究成果。

医患社会心态是一定时期内社会中多数成员或较大比例的社会成员所普遍共享的关于医患关系的基本认知、情绪情感、态度立场和价值观念,它是医方或患方做出归因、判断和行为决策的重要影响变量。其中,医方包括医疗机构、医务工作者和医学教育工作者,患方则包括患者及其亲属、监护人或代理人等利益群体。实际上,最大范围上的患方可泛指除医方之外的社会成员,医患冲突之所以容易造成强大的社会影响,原因之一就在于此:医患关系实际上是医方与除医方之外的所有社会成员之间的关系,它不是一种局部性、地域性的关系;一旦医患之间发生冲突,非医方群体的社会成员很容易自启动患方群体的群体认同,从而造成潜在的医患对抗情绪,并酝酿发酵成为一种弥漫于整体社会的社会心态。

目前直接关于医患关系的社會心态研究还较为少见。只有一些社会心态研究中,简略地提及患者对医务工作者或医疗机构的信任。如在王俊秀和杨宜音(2013)主持的《中国社会心态报告(2012—2013)》中,他们基于北京等六座城市居民的调查发现,在包括邮政部门、燃气部门、自来水供应部门、电力部门、公办教育、城市公共交通、电信业和医院8大类公共事业部门中,医院是城市居民信任程度最低的公共事业部门;但在2014年的《中国社会心态报告》中,基于深圳居民的调查发现,公众对医生的信任水平只达到基本信任水平,低于对教师的信任水平,但高于对法官、政府官员和警察的信任水平(王俊秀、杨宜音,2014)。这实际上在一定程度上体现出制度信任与群际信任的区别:虽然民众对医院存在较大不满,但这种不满是针对组织和制度层面,而不完全是针对医务工作者本身。另外,黄荣贵(2014)曾出版《当代中国医生心态研究》一书,以医生群体的心态为主线,将医生的心态与思维模式进行了解读,但该研究也未明确提出医患社会心态的概念,而只是从普通语言的角度使用“医生心态”一词。总之,当下关于医患社会心态的理论思考和实证调查的研究还不多见,仍有待进一步丰富。

比照社会心理学的人际心理、群际心理、文化心理三大分析水平,可进一步将医患社会心态划分为人际心态、群际心态和文化心态三大层面,每一层面均涉及认知、情绪与情感、意识等心理过程。其中,人际层面的医患社会心态主要涉及医方与患方面对面互动时的基本心态,这主要发生在医院、诊所等具体医疗场所中,是一种人际互动层面的心态,主要成分是个人的求诊者与医务工作者个体直接接触时产生的认知和情绪,这种心态具有空间上的情境性和时间上的暂时性,最容易发生变动;群际层面的医患社会心态是指医方群体和患方群体对各自群体及对方群体的认知、情绪和价值观等,它一经形成就具有相对的稳定性,并反过来影响人际层面的医患心态;文化层面的医患社会心态主要是指某一社会中对医患关系和医学模式的整体认知,它包括社会中的多数成员对整体医患关系的认识和判断,还涉及该社会中的身体观、健康观、疾病观、求诊观、治疗观、生命观、死亡观等社会文化观念的内容,是属于最为稳定的、涉及价值观和社会共识层面的社会心态,对人际层面和群际层面的社会心态具有潜移默化的作用。

二、医患社会心态形成机制的分析框架

社会心态形成机制的理论化及其实证验证是当下学术研究的一大难点。杨宜音(2012)认为,社会心态是通过社会卷入和社会关联的过程而形成的,这可分为社会认同、情绪感染、去个体化和去个人化、关系化和镶嵌化这几个过程。周晓虹(2014)则认为,集体表征(莫斯科维奇,2006)为社会心态的形成提供了基本的心理模板,但这种由历史和现实共同铸就的模板要演化为群体或社会中大多数人共同的社会心理态势,还必须获得个体在心理上的认同。通过集体表征与个体认同这双重过程,

社会生态才得以形成。杨宜音和周晓虹分别从理论角度提出了一些构想,但均未付诸验证,也未涉及医患关系这样具体主题的社会心态形成机制的探讨。相校之下,杨宜音更注重具体的、起到实际效应的、得到实证研究验证的微观生成机制;而周晓虹则更注重从抽象理论的角度对社会生态的形成机制进行概括。综合两者的优势,可为后续的研究提供更加全面的借鉴。

需要澄清的是,所谓“社会心态的形成机制”,并不是一种大而全的、无所不包的、机械因果式的机制。社会世界的事实不像自然世界的事实,可以用完全精确的数学模型或概率模型进行高准确度的刻画,而是具有各种突生性,存在由多种干扰变量而产生的例外状况。因此,这里所谓的“形成机制”更多的是一系列基于社会心理学的基础研究、能够对医患社会心态的形成提供一定解释力和预测作用的规律性总结。形成机制应当理解为复数形态,包含一系列的中微观的具体机制,它们之间存在相互交叉融汇的可能,但总体上都作用于医患社会心态的形成。为此,本文拟先提出如下的医患社会心态形成机制的分析框架(图1),然后在后期研究中再去具体分析其中的社会心理机制。

首先,不论是人际层面还是群际层面的医患心态,都处在文化层面的医患心态的影响和主导之下。医患文化心态构成了医患社会心态的基本场域,对个体和群体层面的认知、情绪和行为提供了一种社会基调和常模,是整个社会关于医患关系状态的主导性理解和判断,是既存于社会中的共享性知识和体验。医患人际心态、医患群际心态和医患文化心态,应当视为一个连续而循环的社会心态体系,医患文化心态只是一段时间内相对较为稳定和普遍的那部分关于医患关系的社会情绪、社会认知和社会价值观的集体表征。

医患社会心态的最底层落实在医方和患方个体在治疗场域中的人际互动层面,双方通过语言、肢体语言等方式进行沟通,同时产生关于对方个体和群体的最直观判断,如医生是否负责、患者是否配合、对方态度是否友善等。此时,个体的亲身经历最容易促进刻板印象的形成,患者可能由于个别医生的态度恶劣,得出医生群体都是不负责任的泛化信念,同时形成一种负性的情绪体验,并在与其他社会成员的交流中放大这种情绪体验和刻板印象。当然,人际层面的社会心态通常是局部性的、情境性的,具有很强的变动性。如果能够及时加以干预,医患双方的心态会发生明显的变化。不过,医患社会心态的特殊点之一就在于医患之间的互动通常具有短暂性,而且这种短暂性是极不对称的:患者可能需要准备很长的时间,而真正治疗互动的可能只有几分钟;由于我国优质医疗资源的分布极不均衡,大型医院的医生通常每天要接诊多个挂号病人,客观上分配给每个病人的时间很有限。这就是媒体经常报道和质疑的“预约3个月、排队3小时、看病3分钟”现象。此时,短暂的互动时间很容易使患者对医生和医院产生负面的刻板印象,并在与其他患者或其亲友的沟通交流中得

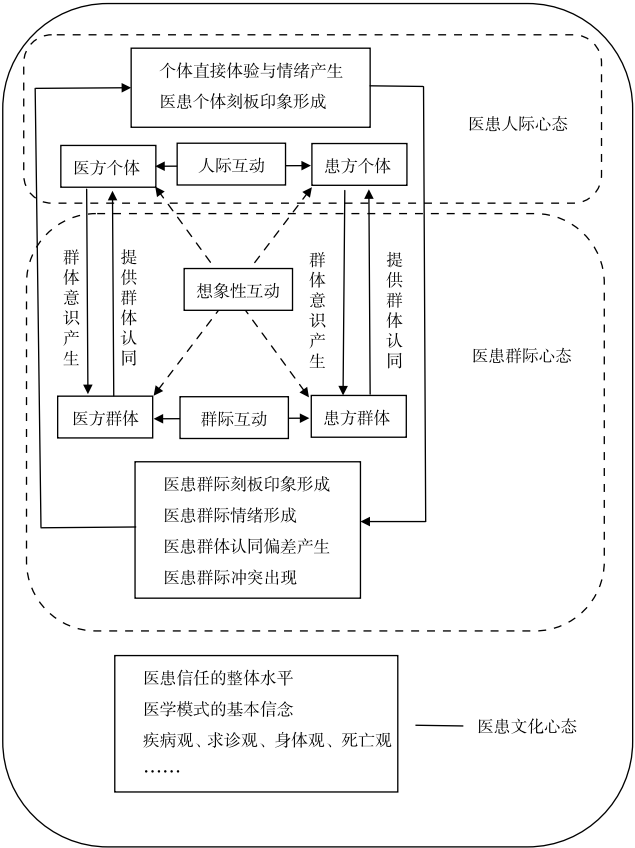


图1 医患社会心态形成机制的社会心理学分析框架

到验证和共鸣。

基于共同或相似的看病经历,患者之间的情绪很容易得到共鸣,自发地形成患者群体的松散意识:将所有患者看成是自己群体内的一员,而将所有的医务工作者看成是对立的另外一个群体,从而产生内群体偏好。同时,患者会主动构建自己的弱者形象,认为自身在医学知识储备和医疗程序认知方面处于弱势地位,在是否需要医学检查、以及检查费用和药品价格的判断等核心环节缺少与医生对等的信息,这会增加其对医方群体的整体怀疑。另一方面,医务工作者总是附属于一定的医疗机构而展开工作,某一医疗机构内部的医务工作者很自然地会建构自己作为医方群体的认同,当各地的暴力伤医和医闹事件频繁见于媒体时,这种医方认同就会迅速地跨越组织和地域的区隔,形成一种高度统一、全社会范围内的医方共同体的内部认同。此时,医方和患方形成自己的群体认同,尽管这种认同更多的是想象性层面而不是组织内层面的。当一些负面事件发生时,群际之间的对立和冲突就会出现,如网络上患者对医生群体的普遍性谩骂、医生的集体性反暴力游行事件就是这种群际冲突的典型体现。这已经不是医方个体和患方个体的冲突与矛盾,而是代表着医方群体与患方群体之间的冲突与矛盾,也标志着医患问题不仅仅医患之间的人际沟通障碍问题或医院内部的管理问题,而是涉及社会多数成员的重大社会问题。

在确定如上整体分析框架上,后期的主要工作就在提出可实证验证的医患社会心态形成机制,厘清医患个体间的沟通与互动以及医患群体间的沟通与互动如何逐步成为一种普遍性的社会心态。

三、建设良性医患社会心态的途径与构想

对应医患社会心态的三个分析层次,良性医患社会心态的建设路径也可分为三个层次。一是人际心态层次,主要涉及医患直接沟通过程的沟通技巧与互动策略;二是群际心态层次,主要涉及医患群体的互动模式与医患共同体建设方式;三是文化心态层次,主要涉及医学理念的培育、医学话语的重建、媒介形象的重塑和医学教育的改进。结合社会心理学的已有研究,在这三大层面上展开良性社会心态建设的具体模式可如图2所示。

就人际层面而言,其重点是针对医务工作者的医患沟通培训和协商技能培训。目前,医患沟通已经被列为医学生培养的核心课程之一,学生期间的培训只能树立一些基本原则和积累一些理论知识,更多的沟通技巧需要在工作场合结合具体科室进行因地制宜的岗位培训。但是,目前国内各大中型医院的医务工作者培训的重点,仍然只偏重所谓的“核心技术领域”,即针对医学治疗技能方面的培训,而对于医患沟通的培训重视不足,往往是在出现医患冲突之后才进行应急性的、补救性的讲座和讨论,未将医患沟通作为医务工作者日常培训中的重要科目加以重视。这实际上体现出对医患关系较

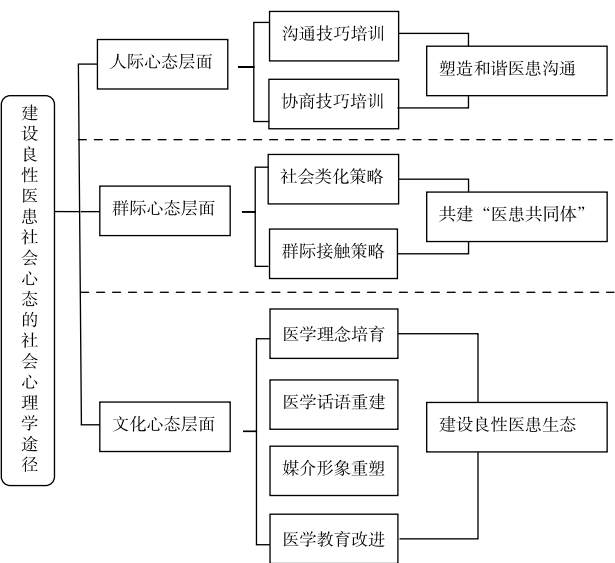


图2 建设良性医患社会心态的社会心理学途径构想

为狭隘的理解,认为医方只能技术服务的提供者,而未考虑到在市场经济条件下,患方付费进行咨询和诊疗,实际上在要求技术服务的同时,也在要求情感服务。或者说,医疗机构提供的,实质上是一种特殊形式的商业服务,医务工作者的劳动不仅是一种专业技术劳动,而且是一种涉及高度情感投入的情绪劳动(廖化化、颜爱民,2014)。实际上,患方可能会因为仅情感方面的不满足而质疑技术服务的合理性和正当性。因此,从医方的角度而言,应当重点培训医务工作者在工作场合的沟通技能以最大限度地消除医患之间的沟通隐患,避免人际沟通问题上升为群际冲突问题。

当然,医患之间的沟通不可能完全不出现问题,医疗事故和医患冲突总是有可能发生。此时,如何在人际层面进行有秩序的协商就非常重要。成功的协商可以避免将医疗机构的内部管理问题演变成一个群体性事件或区域性事件。目前,各地层出不穷的一些医闹事件,正是一部分职业性的医闹组织者抓住了部分医院管理层和地方管理部门“不闹不赔、小闹小赔、大闹大赔”的心态,刻意塑造患者的弱者身份博取社会同情,不断滋生事端,恶化医患关系。当然,这并不意味着患方不需要沟通技巧和协商技巧,但相较于医方群体,其组织性较弱,很难通过集体组织的行为对之进行培训,因此其沟通技能和协商技巧的培训,更有赖于在社会的基础教育层面进行培养,较难划入人际心态层面进行讨论。

群际心态层次的主要工作在于如何增进医方与患方之间的相互信任。目前,关于增进群际信任的社会心理学研究已经归纳出两种基本模式(辛素飞、明朗、辛自强,2013)。一是基于社会认同理论的视角,认为人们是通过社会类化(social categorization)的过程对自己所属群体产生认同,它试图解释个体对自己所属群体成员身份的认知是如何影响他的社会态度和行为。因此,要增加群际信任程度,尤其是对外群体的信任程度,可以社会认同理论为依据,通过改变群体身份认知来使外群体靠近内群体,从而增加对原先外群体成员的信任程度。二是基于群际接触理论的视角,认为接触的频率和方式会影响群际信任。群际接触的方法可分为直接性群际接触、拓展性群际接触(内群体成员周围有外群体的成员,并与他们进行接触)和想象性群际接触,接触机会的增加和方式的多元化,将有助于降低群体间的不信任。

目前医方和患方在通常的媒介传播中通常被塑造为两个相互对立的群体,这就是所谓的社会类化的过程,社会舆论可能会人为地造成话语分隔。基于社会认同的视角,有必要提出“医患共同体”的概念,对医患两个群体进行重新分类,使之进入到同一个范畴体系中,明白只能医患之间的联合才能更好地对抗自身的疾病、增进机体健康、改善社会关系。但是,如何使日趋分裂的医患双方能够认同并增强“共同体”的信念,还需要理论的进一步探讨和实践中的积极示范。而基于群际接触的视角,目前医疗机构有诊疗过程的开放性还需进一步增加。现代医学话语及其实践是高度自我封闭的体系,普通患者往往无法理解高度专业化的医学术语、医学器械和诊断流程,如王一方(2013,第18页)所言,医生只说“学术方言”(专业术语)不说“普通话”(日常语言),医学场所也通常以保持卫生、安静等名义进行各种物理隔离,使得普通人无法了解医院内部的工作流程,这就更增加了医学过程的隐秘性。但若发生医患冲突,这种隐秘性往往成为患方攻击的一大理由,认为医方存在一些“后台行为”而拒绝信任对方。如何在保证医学诊疗和医学研究必需的隐私空间的同时,增加更加日常化、具有科普性和公益性的直接接触或间接接触方式,对于增进患方群体对医疗机构内部流程和医务工作者日常工作状态的了解,从而消弥由于不了解而造成的误会应该大有裨益。

文化心态层面涉及的内容更加广泛,这里主要从医学理念培育、医患话语重建、医患媒介形象重塑、医学教育模式改进四个方面进行重点论述。中国本土的医学理念,如求医方式、身体观、疾病观、生命观、死亡观等内容,都会从不同程度上形塑患者对医生的不同期待。这种期待可能是合理的,也可能是不合理的;或者说,患者的医学理念与医生的医学理念,可能并不完全相同,前者没有经受现

代医学的严格培训,但对自身的痛苦体验有着最准确的认知,对自身健康有着最完美的期待,会基于各种理由对医生的治疗方案提出质疑。例如,患者可能认为自己“气血不足”而求诊于综合医院门诊,但是基于西方医学理念的大夫在做完相应检查后则认为患者完全正常、不需要医学处理,此时就容易引发医患之间的冲突,“病人因其诉求不能得到满足而抱怨医生,而认为自己已经履行应尽责任的医生则会认为病人是在无理取闹,从而造成医患之间的不必要隔阂”(吕小康,2013)。如何在提升普通民众基本医学素养的同时,让医务工作者更多地了解非专业人群的求诊习惯和求助思维,可有助于消除医患之间不必要的误会。而医学话语方面,目前主导性的医学模式是所谓的“生物医学模式”,其治疗重心是“病”而不是“人”(吕小康、汪新建,2012)。医生专业话语与病人的日常话语体系之间难以兼容,使得医患之间的沟通一开始就困难重重,增加了医患信任建设的难度。如何弥合医患话语之间的裂缝,也是良性医患社会心态建设的重要内容。

此外,在医患社会心态的塑造过程中,现代媒体扮演着非常重要的角色。无论是医疗事故的报道,还是医闹、伤医事件的报道,当下媒体不可避免地存在追逐负面新闻的导向。这些事件的曝光,往往会加重一般民众对医患信任危机的认知,扩大患方与医方之间的信任裂隙。同时,发生一般性的医患冲突时,媒体往往站在患者一方,质疑医方的处理是否合理正当,而不去讨论患者本身是否存在不足,从而存在对医方群体污名化报道的倾向。这种对患者弱势地位的刻意塑造,容易为一些职业医闹所利用,以媒体的同情来形成社会压力,以此向院方施压以获得超出合理赔偿之外的超额赔偿,并从中谋取利益。舆论宣传部门如何建立客观公正的媒介引导机制,医疗机制如何建立公共关系处理中心以提升自身的媒介沟通能力,普通民众如何更加理性平和地参与媒介话语,都是后期研究需要重点考察的内容。

最后,在基础医学教育方面,针对医学生的教学教育应当更多地融入人文医学的内容,有必要注重平衡医学知识的自然科学性和医学实践的人文社会性,不能简单地认为医学教学就是一种科学教育和职业技能教育,也要充分认识到医学实践需要人文关怀和沟通技巧。在医学院的课程设置以及医疗机构的入岗培训和在职培训中,应当注意增加相应的人文课程内容和实践体验内容。

四、迈向“医患互信”的社会心态

社会心态建设与社会制度建设,是社会建设过程不可或缺的两个环节。制度建设能够为社会互动搭建总体框架和刚性约束,而心态建设则能为制度建设提供必要的润滑剂和柔性支撑。但与制度建设一样,良性医患社会心态的建设是一项漫长的社会工程。甚至可以说,心态建设的过程更加缓慢,因为它涉及价值观和认知方式的彻底转换,这比建设一套形式化的制度体系需要更长的时间。尤其是在当下中国社会,不独医患之间欠缺信任,而是整体社会都欠缺信任,“不满”已是当下中国典型的社会体验(周晓虹,2013)。在这种社会氛围之下,单独探讨医患信任建设其实是片面的,而应当将之放在整体社会信任建设的大背景中进行探索。

医患社会心态建设的核心目标,应当在整个社会层面重建医患之间的相互信任,从而达到医患互信的状态。但是,信任关系是一种典型的不对称关系:易破坏、难重建。医患信任关系的重建,涉及医疗体制改革的完善这种制度性的工作,也涉及社会信任重建这种社会心理主题的工作。对医患社会心态内容维度和形成机制的探讨,必须立足于当下中国转型社会的时代背景,结合传统中国的文化心理因素,并综合利用现代社会心理学研究成果,才能最终取得相应成效。本文所提出的内容和思考,并未穷尽建设良性社会心态的所有可能的社会心理学途径。这里的分析旨在指出当下力

所能及的努力方向,以便引起国内同行的重视探讨和相关管理部门的重视,从而获得更多的意见建议和更广阔的实践空间。

参考文献:

- 黄荣贵,2014:《当代中国医生心态研究》,上海:上海社会科学院出版社。
- 廖化化、颜爱民,2014:《情绪劳动的效应、影响因素及作用机制》,《心理科学进展》第9期。
- 吕小康,2013:《象思维与躯体化:医学现象的文化心理学视角》,《西北师大学报》(社会科学版)第4期。
- 吕小康、汪新建,2012:《何为疾病:医患话语的分殊与躯体化的彰显》,《广东社会科学》第6期。
- 莫斯科维奇,2006:《群氓的时代》,许列民、薛丹云、李继红译,南京:江苏人民出版社。
- 王俊秀,2014:《社会心态理论:一种宏观社会心理学范式》,北京:社会科学文献出版社。
- 王俊秀、杨宜音,2013:《中国社会心态研究报告(2012—2013)》,北京:社会科学文献出版社。
- 王俊秀、杨宜音,2014:《中国社会心态研究报告(2014)》,北京:社会科学文献出版社。
- 王一方,2013:《中国人的病与药:来自北大医学部的沉思》,北京:当代中国出版社。
- 辛素飞、明朗、辛自强,2013:《群际信任的增进:社会认同与群际接触的方法》,《心理科学进展》第2期。
- 杨宜音,2006:《个体与宏观社会的心理关系:社会心态概念的界定》,《社会学研究》第4期。
- 杨宜音,2012:《社会心态形成的心理机制及效应》,《哈尔滨工业大学学报》(社会科学版)第6期。
- 杨宜音、王俊秀,2013:《当代中国社会心态研究》,北京:社会科学文献出版社。
- 周晓虹,2011:《中国经验与中国体验:理解社会变迁的双重视角》,《天津社会科学》第6期。
- 周晓虹,2013:《再论中国体验:内涵、特征与研究意义》,《社会学评论》第1期。
- 周晓虹,2014:《转型时代的社会心态与中国体验》,《社会学研究》第4期。

(责任编辑:蒋永华)

Building Sound Social Mentality for Doctor-Patient Relationship from Social Psychological Perspective

LÜ Xiao-kang, ZHU Zhen-da

Abstract: The social mentality for doctor-patient relationship refers to the dominant cognition, emotion, attitude, and values concerning doctor-patient relationship which are shared by the majority of a particular society. It consists of three levels: the interpersonal level, the inter-group level, and the cultural level. Studies on the formation mechanism of the social mentality for doctor-patient relationship should focus on how the interpersonal cognition, emotion, and belief gradually evolve into an inter-group mentality and then into a cultural mentality and how the cultural mentality influences the inter-group mentality and the interpersonal mentality. The strategies for constructing a healthy doctor-patient social mentality are threefold. Firstly, at the interpersonal level, medical workers should master communication skills and strategies. Secondly, at the inter-group level, the interaction pattern between the patient group and the doctor group should be modified and the community of doctors and patients should be constructed. Thirdly, at the cultural level, the medical philosophy, the medical discourses, the media image of doctor-patient relationship, and the current medical education system should be improved and updated.

Key words: doctor-patient relationship; doctor-patient trust; social mentality; social trust; inter-group psychology