

医患“获得感悖论”及其破局

——兼论作为社会心理学议题的医患关系研究

吕小康

【摘要】 获得感意指人民群众、尤其是底层民众对改革发展带来的物质利益与基本权益的普惠性的一种主观体验,是在国家治理现代化过程中提出的具有高度中国特色的社会心理学概念。获得感悖论意指互动双方虽有主客观资源的投入,但一方的外在给予未能转化为另一方的内在认可、一方的客观付出未能得到另一方的主观承认的社会心理现象。医患获得感悖论存在对医疗服务过程的“低满意”与对医疗技术与医疗机构本身的“高信任”并存,以及医患群体出现受害者竞争,即竞相认为自己比对方遭受了更多、更不公平、更不合理的伤害这两种典型特征。医患获得感悖论实质上是现代性的自反性特征在医患场域的特殊体现,其破局需要在社会治理的全局出发去整体筹划,从而达到整体协同、多元治理的合力。社会心理学应着重从积极社会心态培育的角度为中国社会的情感治理提出建设性的学科智慧,并更为积极地参与到影响相关公共政策的研究与实践中。

【关键词】 情感治理;医患关系;获得感悖论;医患共同体;社会心态

一、情感治理视域下的“获得感悖论”

经济学家Easterlin(1974)曾发现著名的“幸福悖论”:居民幸福感并不完全随经济收入提升而增长,从而开创了幸福经济学这一热门领域,至今方兴未艾(Easterlin, McVey, Switek, Sawangfa, & Zweig, 2010; Easterlin, Morgan, Switek & Wang, 2012; 陈永伟, 2016; 晏小华、刘振亮、王祥坤、沐守宽, 2018)。其实,社会生活中类似的悖论并不鲜见,且并不局限于经济收入与另一变量之间的反常识关联。尤其是在当下中国社会,某些特定的群体关系时常被概念化为特定的负面“社会问题”,如医患关系、劳资关系、警民关系、干群关系、政商关系等等。这并不一定说两个群体之间出现了根本性对立,而是说理应和谐的前述“××关系”,总会因这样那样的负面事件、尤其是中文语境下的“群体性事件”,使得两个群体之间的信任度、满意感等良性体验或美满状态产生实质性的损害或威胁,并且在一定程度上成为了一种社会共识或“共享社会体验”,也就是成为一种社会心态。这种负面的共享社

吕小康,法学博士,南开大学周恩来政府管理学院副教授(天津 300350)。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)、天津市社会科学规划项目“天津市心理健康服务体系的实务模式探索”(TJJX18-001)研究成果。

会体验反过来塑造了一种预设性的负面认知,使得处于相互关系中的每一方都认为是这种关系中的更大受害者,进而诱导大众走入对方说什么都不信、干什么都不对的“塔西佗陷阱”(邱柏生,2012)而不能自拔,出现人人自危、相互提防的局面,破坏社会信任、恶化社会关系、干扰社会和谐。用现在流行的话语,就是极大地妨碍了“美好生活”的实现。

此种心态,似可用时下另一流行话语做一概括:“获得感悖论”。“获得感”(Sense of Gain)是一个本土性非常强的“中国概念”,在英文语境中尚不存在直接相对应的概念,须从全面深化改革、转变经济社会发展模式、实现共享发展的时代背景中理解(曹现强、李烁,2017)。本文将获得感定义为人民群众、尤其是底层民众对改革发展带来的物质利益与基本权益的普惠性的一种主观体验,它本质上是社会心理学层面、而不是个体心理学层面的概念,是普遍性社会心态的一个有机成分,包含着情绪、认知、价值观和行为倾向等基本维度;获得感包含客观获得和主观感受两个层面,客观获得不仅仅包括物质利益、经济利益,还包括抽象的政治权利、公正公平等,而主观感受则指民众应当真真切切地感受到了“获得”,即要将客观获得转为内在的积极体验(吕小康、黄妍,2018)。在此基础上,获得感悖论可描述为如下社会心理状态:虽然互动双方均实实在在地进行了主客观资源的投入,但互动中一方的外在给予未能转化为另一方的内在认可、一方的客观付出未能得到另一方的主观承认,双方竞相认为对方占了自己便宜、或者占据了比自己更多的利益,竞相认定自己处于利益、权力、声望等各方面的弱势地位而对方或他人处于强势地位,在社会心态上的具体表现就是相对剥夺感强、满意度差、信任度低、幸福感弱、宽容性差、攻击性强等。

这显然不是完美的学术定义,而只是一种描述性的、半开放性的界定。但它能在一定程度上表达出当下中国社会普遍存在的一种矛盾性社会体验。这种体验在涉及公职人员时尤为明显。比如当下有不少地区的基层公务员实际上实行了所谓“5+2”、“白加黑”的工作作息,个人合法的休息时间完全无从保障,身心俱疲、心有怨言但又不敢公开发声;但是,与之打交道的、接受其各种服务的老百姓却往往并不认可,认为其是“瞎忙”、“该管的不管、不该管的瞎管”、“胡作为、乱作为、不作为”等等。平心而论,许多基层公务员的工作不可谓不努力、不可谓不用心、不可谓不“全心全意为人民服务”,但百姓就是没有切身体验到有什么“获得感”,反而认为他们实质上在“添乱”。这对干群关系的损害是最致命的。如果说官员因为懒政而受到抱怨,这是人之常情;但若已经异常勤勉而仍受抱怨,则很难不产生委屈愤懑甚至怄气攻击的心理,对其工作热情和职业认同的损害是不言而喻的。

在其他社会关系领域,同样也存在类似的获得感陷阱。当然,不同领域的获得感陷阱可能会有着稍微不同的具体体验。但由于获得感一词本身具有高度的综合性、概括性和中文语境性,这里仍认为“获得感陷阱”可以较好地代表成本(包括人力、财力、物力、精力等主客观成本)投入巨大而心理获得不足这种转型中国特有的社会心理体验。如果说“不满”是转型时代基本精神特质和基本社会体验(周晓虹,2013),获得感不足则可称为是转型社会的一大社会心理顽疾,也是社会心态治理中一个不可忽视的议题。如何破除“获得感悖论”,从而也就成为当下社会治理与社会建设领域所必须面对的一个社会心理议题。

实际上,关于社会心态治理,已经成为传统公共治理内容之外的一种新型治理领域:情感治理。情感治理是以“情绪安抚和心灵慰藉为目标的制度化的或非制度化的情感回应”(何雪松,2016),其目的是“在社会治理中使得社会正向情感最大化,实现以社会情感为基础的社会凝聚”(王俊秀,2016)。情感治理理念的提出,是对传统国家治理和社会治理理念的一大更新。之前的治理主要局限于人类行为的理性维度,而未充分重视其非理性维度;其逻辑在于用理性对抗理性,即通过更强大、更完善的理性,来达到改善甚至“根治”之前的“有限理性”,从而达到社会的“善治”。但这一理路至少存在两方面的不足。首先,人类行为显然并不仅仅基于理性驱动,同时还受非理性(其中重要的一个

非理性成分就是情绪情感)的驱动。不仅个体行为常受情绪驱使,群体行为同样如此,甚至会基于情感而陷于群体狂热并形成“群氓行为”(勒庞,2018;周晓虹,2018),成为社会团结的破坏力量。其次,并非所有社会都如西方社会那么注重理性治理思路,相反,像传统中国社会就很重视社会的人伦情感维度,在哲学上高度肯定“人是情感的存在”(蒙培元,2003),在治理上强调探索通过情感确立正义原则并据此建构制度规范来解决利益冲突问题(黄玉顺,2014)。这与情感治理的基本理念不谋而合。因此,现实社会的治理必须在理性化的治理路径之外,开辟新的、指向非理性行为的治理路径,从而丰富国家治理的工具箱并解决现实存在的社会问题。

应当说,情感治理的思想早已有之,其之所以在当下才得到重视,自然是以情感社会学(特纳、斯戴兹,2007;王鹏,2014;成伯清,2016,2017a;吕小康,2017)为代表的理论思想兴起的必然结果,但更是人们对现代与后现代社会之积习弊端的深刻反思的直接结果。以英国社会学家吉登斯等人的术语来描述,现代社会是一种高度风险社会,对风险的焦虑与不安是与现代性发展过程相伴随的基本社会心理现象(吉登斯,1998,2000a),而现代传媒技术的发展更是让原本具有地域局限性的主题成为全球性的公共议题并迅速引爆大众情绪。实证研究还发现,在网络上虚假信息都比真实信息得到了更快、更深和更广泛的传播,虚假信息更擅长使用新异的小说式的形式,激发了恐惧、恶心和惊奇等情绪(Vosoughi, Roy & Aral, 2018)。人们常说的“谣言一张嘴,辟谣跑断腿”,其实正是这种客观规律的体现。更不幸的是,与之同时“应对焦虑和不安的传统处理手段失效了,而焦虑和不安依然遍布于社会……由于这种相关联的社会文化的冲击和不确定感,人们迟早都会对教育、咨询、治疗、政策等方面的社会制度提出新的要求。”(贝克,2018,第189页)一旦这种呼应不能得到落实,又或者虽然落实了部分但并未能满足其总是在变化的期待,民众的不安全感、不满意感就会迅速激发、强化和扩散,如不及时加以治理,获得感的建立就缺少足够的社会心理根基。因此,如何破除社会各领域的获得感悖论,防止民众陷于获得感陷阱,阻断消极社会心态转化为群体性事件的社会心理途径,是当下中国社会情感治理的一大核心挑战。从这个意义上讲,“获得感悖论”议题理应获得更多的学术关注和实践探索。

二、医患获得感悖论的基本特征

下面将视角转向医患关系中的获得感悖论。本文的分析目标局限于人际或群际医患关系中的获得感悖论,故这里暂不探讨医疗体制改革的获得感这种宏大范畴的问题。同时,这里的分析具有典型的马克斯·韦伯(2000)所谓的“理念型”(ideal type)风格,目的在于提炼出一些可供深入理论探讨的本质性概念和分析框架。除了前述一般意义上的获得感悖论的特征外,具体而言,医患关系场域的获得感悖论主要有以下两个典型特征。

第一,对医疗服务过程的“低满意”与对医疗技术与医疗机构本身的“高信任”并存。通常人们会说,这是一个信任稀缺的时代,在医患领域尤其如此。普通患者及其家属(以下统称“患方”)发表的消极就医体验,通过传统的口口相传以及日渐发达的现代传媒的加工渲染,在社会大众的广泛评论中日渐塑造出一种信任缺失的舆论氛围。但若细分析患方的抱怨内容,如传统上认为的“看病难”、“看病贵”、“态度差”等问题,其实并不完全是通常所谓的“信任与否”的问题,而是优质医疗资源的供给不足或分布不均、医疗保障体系的覆盖面和力度不足、医疗服务过程的体验差等体系性、机构性或沟通性的弊端。更多时候,抱怨只是说明“不满”,但不必然是说人们不信任医疗机构和医务工作者的医疗技术水平或职业道德,而后者才是一般性的医患信任、尤其是患方对医方的信任的核心内容。

实际上,如果考虑到北京、上海、广州、深圳等大中城市的重点医院,几乎没有一家不是人满为患;甚至在部分城市试行相对较高价格、与医师资历挂钩的阶梯式医事服务费或挂号费,通常来说专

家号仍然比普通医师号要更抢手。换言之,“看病难/挂号难”、尤其是找名医的“看病难/挂号难”问题依然没有彻底解决。从行为选择层面而言,这其实说明患方高度信任优质的医疗机构或所谓的专家、名医,也就是说,至少患方对现代医学本身还是存在着强信任而不是弱信任,否则不应该出现争相挂专家号的情形,而是选择替代性医学或自我治疗。甚至可以说,患者反映出来的“看病难”,如挂号难、入院难等,实际上正好体现出他们对于医疗机构的信任——准确地讲,是对大型的、高等级的医疗机构和现代医学之潜在能力的充分的乃至过度的信任和对中小型的、初级医疗机构的不信任。也就是说,患者对医学本身是信任的,虽然这种信任模式也出现与医院等级挂勾的“差序格局”。当然,现实中患方确实也存在对医疗制度、机构和人员的多种层面的不信任感,但若将“满意”与“信任”进行适当的剥离和区别,则可能发现许多所谓的“不信任”其实只是单纯的“不满意”,因此也不能简单从提升满意度的视角来谈提升信任度,虽然两者之间确实存在一定的关联。

第二,医患之间的受害者竞争心态明显。所谓“群际受害者竞争”(inter-group competitive victimhood)心态,是指群体双方都认为内群体不仅是受害者而且是最大的受害者,认为自己比对方遭受了更多、更不公平、更不合理的伤害(艾娟,2016;Sullivan, Landau, Branscombe & Rothschild, 2012; Noor, Shnabel, Halabi & Nadler, 2012; Young & Sullivan, 2016);在医患情境中,这种心理主要体现为医患双方努力建构自身成为真正受害者的心态得以彰显,双方聚焦各自受到的不同伤害内容、体验和事件,致力于建构最大受害者的身份(艾娟,2018)。在现实中,医患问题常被描述为“政府闹心、社会揪心、患者伤心、医生寒心”的“多输”型社会问题。医患双方多在强调自身的“弱势”地位和被“伤害”体验,尤其是在微博、论坛等网络空间中,群体间情绪化的控诉、谩骂、攻击更为常见。患方抱怨医生“不负责任”、“没有耐心”、“态度差”、“不好好看病”、“看不起人”等,抱怨护士“不及时回应”、“(扎针、插管等)技术差”等,抱怨医院行政管理和服务人员“不好好说话”、“不爱搭理人”、“没有人情味”等,觉得自己受到了医方的歧视、敷衍而未能获得良好的医疗服务;医方抱怨患者“什么都不懂还瞎问”、“自以为是专家那就自己治去啊”、“没有点医学常识还来质疑我”、“真以为我们医生是有钱人,没看我们的工作强度和工资水平多么不协调”,觉得自己的专业知识、劳动付出没有得到应有的职业尊重,从而造成了普遍性的职业倦怠和对医患关系的高度敏感性。其结果往往是塑造高度一致的内群体认同,将医患两个群体日渐在舆论领域分裂成两个对立性的群体,使得医患群体之间预设了一种相互敌对、相互提防、相互较劲的群体性心态。这种内群体认同的固化和群际认同的分裂,尤其值得警惕,其对医患关系的撕裂程度大,对医患信任修复的负面影响也深。

相对而言,医方职业身份较为固定、群体认同比较明确,形成的群体性心态因而也可能更为稳固、更为持久。而患方的群体认同看似相对模糊,但由于其数量众多,容易因某些特定事件(如某些恶性医疗事故)形成现代性思想家鲍曼(2002, p. 311)提到的“衣帽间式的共同体”或“表演会式的共同体”,这种共同体的成员身份与认同并不固定而是流动的,但是目的单一、情感投入强烈,具有“爆炸性”和“迅速扩张性”,其生命区间短暂而充满嘈杂和狂暴激烈,往往会在舆论空间中形成压倒性的声音,在脱离了治疗空间的广阔社会场域中寻找到讽刺和抨击医方的空间。虽然不同患者对医方持有的观点并不完全相同,也经常会发生变化,但一旦遭到某些负面涉医舆情的影响,就容易迅速引爆其对医方的负性情绪和对医疗卫生体制的系统性不满,从而使“旁观者”成为“泄愤者”,即使是没有真正受到实质性伤害的个体,也会出于一种想象性的义愤而攻击他人,从而演变成为一种网络或现实群体性事件。尤其是互联网媒体高度发达的当下,医务工作者的某些正常工作行为,或者是无心之失,在当事人的个体化描述、某些新闻媒体的渲染加工与报道框架选择下,都有可演变成一种网络群体性事件,成为患方集体性声讨医方的互联网狂欢行为(李冬,2016;刘双庆,2016;刘长喜,2017)。从社会心理学的角度看,“当下中国社会中表达性暴力、泄愤性暴力和无直接利益的冲突的频发,与当下社会

结构和社会互动中的怨气等负性社会心态的结构性积累有关,而这种怨气的产生首先与当下社会成员普遍体验到的情感正义受辱有关。”(吕小康,2017)应当说,在当下中国的医患场域中,已经积累了不少类似的社会怨气,不可不察、不可不防、不可不加以引导和转化。

为弥合医患之间关系紧张,已有不少学者自发地提出了建设“医患共同体”的主张(尹瑞法,2010;袁铸,尹奋勤,2011;胡波,王杰,李桂蓉,董钊,李树华,姚婷,2017)。而作为共同体,首先要寻求存在统一的认同。如果说医患之间的认同是分裂的,价值共识就无法形成;不破除医患之间的受害者竞争心态,就无法从认知和情感层面塑造统一的医患共同体认同,医患共同体也就无从谈起。在医患之间竞相认定自己是“受害者”的心态氛围中,很难想象医患共同体的建设能够得到双方发自内心的赞赏与投入,而只能表现为口头的拥护与敷衍。为此,必要找到破解医患获得感悖论的有效方式,才能真正改善医患关系,并且让医患双方感受到这种改善。而且,如果医患双方出现一致性的群体认知错位,对“医方”的领悟角色与实践角色出现集体性的偏差,那就应当超越个体的道德水准、心理动机等个体成因,而去寻找结构性的、系统性的社会学成因;如果一种现象不仅在某一国家或地区出现,也在其他国家或地区也曾出现或正在出现,就应当超越本地制度和本土知识去寻找更具普遍性的跨时空因素。因此,从理论分析的角度而言,还需要对医患获得感悖论的产生实质进行更深层次的分析,才不至于被表面的情绪性不满遮蔽住理论的想象力。

三、医患获得感悖论的实质及其破局

医患关系领域为什么存在如此明显的获得感悖论?如何理解和破解这一悖论?以下将结合前述提及的医患获得感悖论的两个特征进行具体说明。当然,要想通过简单的分析与应用,一下子改变医患关系的面貌,恐怕也是不现实的。即使厘清了相关的对策思路,也很难一下子解决所有问题。因此,这里称为医患获得感悖论的“破局”而非“破解”,以示思路肇始而非结束之意,也许是更为符合实际的做法。

要理解“高信任”与“低满意”并存这一悖论的产生,首先要适度地脱离情绪不满的表象,而深入理解现代性信任在特定社会情境中的形成与演变过程。从社会心理学意义上讲,现代社会中的信任都涉及本体性安全感,是对个体或系统之可依赖性所持有的信心,且这种信心体现了“对抽象原则(技术性知识)之正确性的信念”(吉登斯,2000,p.30);作为信任的对立面其实并不是“不信任”,而是“存在性焦虑或忧虑”(existential angst or dread,吉登斯,2000,p.87),而且这种焦虑是弥漫性的。专家系统固有的审慎性,与个体对本体性安全的天然的、不计成本的追求之间的矛盾,是造成医患信任紧张的一个现代性根源。这种信任紧张的产生,并不仅仅是医生群体性或个体性的道德水平低下和沟通能力不足,也不仅仅是社会结构和医疗体系的体制性弊端在人际层面的投射,而是社会分工的发展和现代性的渗入所导致的专家系统与外行人之间必然存在的知识、能力和行业规范等多方面的社会区隔而造成的互动时所必然出现的相互提防的状态。也就是说,医患信任紧张实质上是现代性造成的风险性在医疗健康领域的一种普遍性的体现,并在中国社会转型期的社会文化和医疗制度的交织震荡中体现出其中国特色的一面。若不充分地考虑这种基本背景,而只是简单地寻找中国转型社会的各种弊端,并将医患信任紧张归因于后者,可能是有失公允的。当然,这并不是为现存的制度性不足开脱,而只是说现有研究可能还未充分地看到现代性场域下医患信任关系缔结的风险因素及其深层动力,因而也未穷尽可能的、社会心理学的想象力。

相较而言,满意度则相对直接和表面,更多体现为人际互动层面的态度倾向,或是对医疗机构和医疗体系的直白体验,具有较强的可变性和可诱导性。这两者不能混为一谈,尤其不能将低满意等同

于低信任,否则就容易造成一些认识上和实践上的误导,如因为不满意感比较普遍就夸大医患之间的不信任程度,又或者在管理实践中将满意度的提升等同于信任度的提升而遮蔽了更深层次的问题解决,等等。其实,从世界范围看,不论是中西方社会,普通民众对医疗体系的不满都是常见的,与此相关的医疗纠纷和医患冲突在世界各地均不鲜见,但确实是在发展中国家如中国、印度等国家,其冲突的频次相对较高、部分冲突的暴力等级也较高(WHO, 2016; Nelson, 2014; Singh, 2017; He & Qian, 2016)。可以说,现代社会实际上“形成了一个悖论,即既对科学医学高度信任,又对可获得的医疗存在广泛的不满。”(罗森伯格, 2016, p. 7)医患之间天然的知识鸿沟与角色分立,科学医学自身的理念局限及其与本土医学观念的冲突,大众传媒的涉医报道框架,社会的“医学化”进程(Conrad, 2007)以及医疗系统的体制弊端混合在一起,日益造成医患之间的话语分殊与认同错位,形成了双方之间的竞相诉苦、自认为是更大受害者的普遍心态,成为医患信任的建立或修复的社会阻力。

简言之,医患的群体认同分裂,实质上是现代性的“自反性”(reflexivity)在特殊社会领域的特殊显现。所谓自反性,是现代化过程造成的自我冲突,是与现代化过程自我对抗的副作用(贝克,吉登斯,拉什, 2016, pp. 9—10)。从这一角度看,获得感悖论的出现反而是“正常”的——或者准确地说,是不可避免的。获得感悖论的消解,因而也应成为医患关系治理以及更广泛意义的社会治理的常规性和持续性主题而存在,而不可能通过运动式的治理,口号式、感召式的宣传就获得根本性的转变。在这方面,必须做好打持久战的准备。同时,若承认获得感悖论是现代化进程中的固有现象,那就应当承认,这种心态的形成本身并不是纯心理学因素导致的;甚至可以说,主要不是由心理学因素导致的,而是由社会学因素导致的。一定的社会心态,必是一定的社会事实在社会心理层面的投射;只有在社会事实层面首先做出改正,心态的疏导与建设才能顺理成章。因此,心态建设必先立足于社会治理,而不能就“心态”谈“心态”,就“心理”谈“心理”。否则,“头痛医头、脚痛医脚”,最终只能是治标而不治本。当然,这并不意味着“治标”就不重要。实际上,对于如何治本,人们的共识可能早就已经达成:进一步地深化医疗体制改革。当然,这并不意味着“治标”是可有可无的。实际上,“标”与“本”、社会心态与社会存在、群体个体的行为心理与其背后的社会制度,总是通过各种方式勾连在一块,难以完全分开。

具体在医患关系场域中,不论医方还是患方,都会充分地感受了社会的制度因素(如医保体系)、文化因素(如身体观、疾病观)、组织因素(如医疗机构的管理规范)以及人际因素(如大夫的接诊态度、患者的求诊态度)对个体行为的约束,而医患信任则是伴随着这种约束、经由个体的心理调节过程而呈现出来的动态性社会心态指标。这一系列因素都会具体地呈现在每一个治疗个案中,使得医患关系成为诸多社会关系的浓缩,医患信任由此也成为整体性的社会信任的一个典型体现。值得注意的是,医患双方同时都面临着信或不信的抉择,人际层面的信任从本质上讲天然地是双向的,存在医方信任(医方对患方的信任)和患方信任(患方对医方的信任)的双重主体结构(汪新建,王丛,吕小康, 2016)。实际上,医患互动过程,不是简单的医生高权力、患者低权力的二元对立结构,而有着更为丰富、多面的存在形态。而要去除医患间的受害者竞争心态,最大程度地缩小医务工作者和医患的不同“付出”与其积极“获得”之间的差距,也必须在充分考虑体制性因素的前提下,在充分认清中国式医患关系所呈现的不同形式、不同侧面的前提下,再提出有针对性的改革措施。

从现代性视角出发理解医患紧张的社会动力学因素,还可以明确一点,即医患获得感悖论问题绝不仅仅是中国独有的问题,医方遭受患方的信任质疑、言语和躯体攻击,也具有跨国别的普遍性,只是在像中国、印度这样的发展中国家体现得成为明显。人们常说“医改是个世界性难题”,这并非是简单的托辞,而是真实的无奈:“大量社会问题与矛盾是各国在经济社会转型期遇到的共通性问题,无关基本政治体制。”(国务院发展研究中心公管所, 2018, p. 3)甚至可以说,许多社会问题不仅“无关”基

本政治体制,还“无关”相应的社会制度,而需要从更广阔的学术视角去寻找更为本质的成因与通用的解决方案。当然,这里的“无关”并不是绝对意义上“毫无关联”和“毫无影响”,而是说相关问题并非某一制度专有,该制度并非产生此问题的充分必要条件的意思。我们充分认同诸如“当整个医生群体而非单个医生被视为‘不道德’时,其深层原因必然要到‘结构’中寻找,而绝不能归咎于个体的贪婪”(姚泽麟,2017,序二)、“不能将结构和制度层面的社会历史进程简单还原为个体层面的功利动机或专业无知”(余晓燕,2014)的社会学立场;但同样应当指出,“‘经济’上的需要,如同‘国家’的需要一样,并不会自动召唤出相应的思维体系”(Starr, 1987, p. 7),同样的经济性、体制性和结构性因素并不一定产生出同样的思维方式与行为倾向,而一定会结合具体的微观社会情境和互动者的心理状态而产生某种变异。因此,医患获得感必然是一社会心理学意味突出、而又具有跨学科特质的交叉学科主题,而医患获得感悖论则是在现代性的自反性特征中不断生成和强化,必将成为现代医患场域中的一个持久主题。

四、余论:社会心理学应当如何研究医患关系?

医患关系本身是一个跨学科的议题,至少涉及医学、社会学、心理学、管理学这些所谓的一级学科。相比之下,社会心理学对医患关系研究的参与度就要少很多,这可能与社会心理学这一略显边缘化的交叉学科的自身性质有关。许多社会心理学的医患关系研究其实只是针对社会现象的心理学研究,着眼点过于微观,纠结于局部细节的小机制、小效应,而没有真正意识到“社会”因素的作用,对社会热点议题的敏感性和把握力稍显不足。就医患关系的研究而言,相关研究多未能很好地区分信任与满意,即使是针对信任的研究,也多是微观尺度上的测量为主。与很多量化研究的困境相同,这些结果难以完全弥补个体体验与“数量事实”之间可能存在的差异。医患信任本质上是一种带有主观性的社会心理体验,任何的操作化方式都可能会遗漏其中的某些侧面,从而使得作为操作化结果的医患信任,与个体切身感受的医患信任之间存在一定的区别。同时,人际层面的医患信任通常也是波动的、变化的,而一般的横剖面调查或前后测调查,都很难及时全面地反映其中的演变过程。此外,一旦操作化完成,此类研究的重点就在于执行测量过程,而不是就医患信任的理论特质进行更为深入的分析,在理论深度上还存在进一步提炼的空间。

这实际上反映出当下心理学化的社会心理学研究——甚至是社会心理学整个学科气质——的一大弊端:过份执着于对变量进行操作化的测量,而忽略了测量之前与测量之后的理论加工;与此同时,满足于量化机制的验证与就事论事的对策,而忽略了去寻找现象背后的深层次原因。很多时候,社会心理现象是一种“次生性”或“从属性”的现象,是特定社会事实对世道人心的冲击在心理世界的反应。对这种反应的社会成因的分析与把握,不能仅仅停留于“基本背景”的角度进行概化处理(实际是模糊化处理),此后便埋首于概念的操作化与各种量化机制的验证。相反,社会心理学研究者应当更为敏锐地去直接触碰这些“基本背景”,并立足于自身学科的学术视角提出积极的对策建议。就医患关系的研究而言,当然不能说人际层面或组织层面的医患关系研究是无用的。相反,首先应当承认这些研究已经为医患关系的现状把握、影响因素梳理和改革症结判断提供了非常充分的实证积累。但是,接下来更重要的工作,是在这些已有素材的基础上,如何去提出更有建设性和操作性,具备社会心理学特色、而又能够超出社会心理学这个狭隘领域而起到实质作用的分析框架与行动指引。

本文以“获得感悖论”为题眼,将医患关系置于现代性的自反性特征下加以反思,正是趋向这一方向的初步尝试。但是目前关于获得感的研究中,比起政治学、公共管理等领域,社会心理学的研究可能还是相对落后的,需要进一步的提升。获得感这一概念天然地强调了获得的“感知性”,也就是明

确了它的主观心理属性；同时又强调要有实实在在的“发展”、“改革”、“付出”在前，而不是仅仅是一种主观幸福体验，这又明确了它的社会属性（参见曾维伦，2017；杨伟荣，张方玉，2016；齐卫平，2017；唐钧，2017）。结合起来讲，这实际上是给社会心理学界利用这一概念提供了最恰当不过的时机。

值得警惕的一点是，目前医患关系的研究取向可能是较多关注到医方作为专业医疗相关知识的优势一方而天然具有强势地位，从而反过来要更多地强调作为弱势一方的患者的就医信任及其相关影响。在福柯式的对现代医学对个体的权力凝视的批判式研究中（福柯，2001），医患群体、现代医学与社会成员个体往往被塑造成强弱分明的两大阵营，个体面对现代医学的生物性权力、患方面对医方的知识垄断地位总是几无还手之力，总是处于被注视、被压抑、被规训的从属地位。即便患方存在各种程度的反抗，也通常被视为是一种“弱者的武器”。但是，这种强弱二分的理论观照实际上可能“落入这样的陷阱当中的危险，即我们往往天然地将患者一方视为‘弱势群体’，医生因为掌握专业知识而享有权力，因而医患关系显而易见就是强者对弱者的关系，而我们就需要采取更多的措施来抑制强者、保护弱者权益。”（姚泽麟，2017，p. 8）但是，现实中医患双方的立场和角色不同，很自然地造成纯认知层面的差异，这种差异只适宜理解为观点的不同，而不涉及权力的高低。例如，患方眼中医方的防御性医疗行为（如“大检查”、“大处方”）体现了医生对治疗权力和健康专业知识的滥用，是个别医生或个别医院“利益熏心”的结果；而从医方角度而言，这也可能是患方未能充分考虑医学诊断的不确定性和疾病治疗过程固有的多变性，以及医保制度和医疗管理体制对于医生执业行为的多种刚性限制。如此，个体的医生或医疗机构就可能成为制度供给不足、体制之间的摩擦、医学模式的欠缺等结构性弊端的“替罪羊”，并成为患者眼中失去道德信誉的职业群体。这一困局并不是人际层面的信任修复能够解决的，而必须通过体制性的改良才能缓解。对此，强弱权力关系的理论分析不仅未能抓住当下中国医患关系的本质矛盾，反而可能塑造出不必要的竞争受害者心理，使得医患之间徒增不必要的对抗性和防御性心态，使双方感知到的风险急剧增加，进一步弱化医患信任的形成。

实际上，在我们进行的医患关系访谈和调研过程中，曾不止一次地听到临床大夫的类似观点：“你文章写得再好，有人找你看病吗？”这可能代表了实际的临床工作者的某种疑惑：理论的批评若不能在短期内对其工作做出改善，则很难让其配合相关研究。这不能简单地理解一种短视或傲慢，而是代表着一线的医学工作者的注意力范围很难脱离当下处理的疾病问题——这也是其医务工作者的角色所赋予其合法权力的范围。超出这一职权范围的问题，在他们看来既无必要、也无直接能力去改变；同时，就医患关系、医疗体制问题发表个人化的见解、恰巧这种见解又带有一定的负面情绪时，甚至可以引来医院管理部门的批评或问责。因此，他们最好对超出治疗这一职业范畴的问题保持理性的沉默。而正是在医方看来是“恪守职业本分”的做法，与患方以医方的各种期待之间的各种不匹配而造成不满、焦虑与怀疑中，在医方群体的立足于自身职业、自我保护式的“有限责任意识”与根植于患者心中的医方有义务为自身健康负责的“无限责任意识”（孙祺媛，董才生，2015）的对抗性心态中，我们可以发现医患获得感悖论的一个社会心理学分析入口。只有将医患关系问题置身于现代性的发展，尤其是现代风险社会的发展进程中加以历史性的探查，才能够从根本上把握医患关系发展的基本趋势，而不至于因为某些极端化个案的出现而忽视了其历史性和阶段性的总体特征，一叶障目而不见森林。

同时还需要看到，获得感一词是在我国不断推进国家治理现代化的过程中提出和流行的。这充分反映出当下国家治理和社会治理一个趋势：不再单纯注重GDP、人均收入之类“客观化”、货币化或经济学化的指标，而开始引入和倚重具有社会心理属性的指标，如幸福感、获得感、安全感等。体现在公共政策研究与实践上，也已经开始出现用满意度、信任感等体现公共利益与主观体验的心理学指标来

判断公共政策的执行情况,并利用相应的心理效应与技术以提升公共管理质量、提高政策执行效率、促进社会公平与公正的转向(吕小康、武迪、隋晓阳、汪新建、程婕婷,2018)。这其实正是当今时代对情感治理的客观需求和现实呼唤。社会心理学家应当把握这一时代契机,参与到改善社会治理的理论思考和实际行动中。医患获得感悖论的解决,最终还需要回归到社会治理这一社会“总盘子”去思考与谋划,并达成一定的理论共识并努力影响相关公共政策的“供给侧”输出,最终在实践中去检验和评估这些政策的社会效益。而在影响公共政策方面,社会心理学界、甚至整个心理学界的存在感还较低;即使有一些政策参与,也多局限于心理健康领域。如何扩大对公共政策的影响力,还有待于整个学界的共同努力。

最后仍有必要强调,虽然许多社会心理问题的产生有其社会结构和社会制度背景,但并不是所有问题的直接产生都必须从结构变化和制度变革着手,也可以从社会心态层面加以疏导和解决。若坚持把所有问题的根源与解决之道都推给抽象的宏大“体制”问题这种纯宏观社会学的论点,恐怕是一种“理论上的懒惰”。像医疗问题这种牵涉面广、关联方多、既涉及利益问题也涉及理念问题(如中西医之争),不能简单指望通过顶层设计改革、医疗管理水平改善、医药科技水平提升、医学文化改变这些根本性但又比较遥远的结构性因素的转变来改善医患关系,而应当在考虑这些基本因素作用的同时去仔细思考,如何在当下做出必要的反思与改进,确立可以落实与提升的具体任务与突破口,积极思考如何从社会心态培育的角度去顺势引导医疗体制的改革,从而达到整体协同、多元治理的合力。没有情感的认同和联结,很难想象能够真正结成有凝聚力的医患共同体和任何其他社会共同体。同样地,没有对相关负性情绪的疏导和负性社会心态的治理,也很难防止人们对既定社会制度的认识和特定社会政策的解读不出现某些不必要的误区。相关情感治理的模式与途径,与基于纯理性视角下的权力体制和利益分配机制的创新等既有体制机制创新并不完全相同,目前还处于摸索阶段。在这方面,社会心理学仍有充分的探索与实践空间。希望能有更多志同道合者参与到这一“破局”的努力中,为医患关系的改善贡献更多来自社会心理学学科的实践智慧。

参考文献

- 艾娟,2016:《谁是最大的受害群体:群际受害者竞争》,《心理科学》第2期。
- 艾娟,2018:《医患冲突情境下的竞争受害者心理及其对策》,《中国社会心理学评论》第1期。
- 鲍曼,2002:《流动的现代性》,欧阳景根译,上海:上海三联书店。
- 贝克,2018:《风险社会:新的现代性之路》,张文杰、何博闻译,南京:译林出版社。
- [德]贝克、[英]吉登斯、[英]拉什,2016:《自反性现代化:现代社会秩序中的政治、传统与美学》,赵文书译,北京:商务印书馆。
- 曹现强、李烁,2017:《获得感的时代内涵与国外经验借鉴》,《人民论坛·学术前沿》第2期。
- 曾维伦,2017:《“将改革进行到底”笔谈之五:切实增强人民的获得感》,《重庆社会科学》第8期。
- 陈永伟,2016:《关于“幸福悖论”研究的若干争议》,《经济学动态》第6期。
- 成伯清,2016:《心态秩序危机与结构正义:一种社会学的探索》,《福建论坛》(人文社会科学版)第11期。
- 成伯清,2017:《当代情感体制的社会学探析》,《中国社会科学》第5期。
- [法]福柯,2001:《临床医学的诞生》,刘北成译,南京:译林出版社。
- 国务院发展研究中心公管所,2018:《社会治理的理论与实践探索》,北京:中国发展出版社。
- 何雪松,2016:《情感治理:新媒体时代的重要治理维度》,《探索与争鸣》第11期。
- 胡波、王杰、李桂蓉、董钊、李树华、姚婷,2017:《构建和谐医患共同体》,《四川医学》第4期。
- 黄玉顺,2014:《情感与存在及正义问题——生活儒学及中国正义论的情感观念》,《社会科学》第5期。

- [英]吉登斯,1998:《现代性与自我认同》,赵旭东、方文译,北京:三联书店。
- [英]吉登斯,2000:《现代性的后果》,田禾译,南京:译林出版社。
- 勒庞,2000:《乌合之众:大众心理研究》,冯克利译,北京:中央编译出版社。
- 李冬,2016:《媒体对涉医新闻报道的失范——以“医护人员玩手机”为例》,《新闻研究导刊》第19期。
- 刘双庆,2016:《中国报纸对医患形象的再现研究——基于四起医患暴力冲突事件的叙事分析》,《当代传播》第3期。
- 刘长喜,2017:《从“渐发声”到“敢行动”:医疗卫生行业网络舆情研究报告》,上海:上海三联出版社。
- [美]罗森伯格,2016:《当代医学的困境》,张大庆译,北京:北京大学医学出版社。
- 吕小康,2017:《怨气:情感社会学的阐释》,《社会科学》第8期。
- 吕小康、黄妍,2018:《如何测量“获得感”?——以中国社会状况综合调查(CSS)数据为例》,《西北师大学报》(社会科学版)第5期。
- 吕小康、武迪、隋晓阳、汪新建、程婕婷,2018:《从“理性人”到“行为人”:公共政策研究的行为科学转向》,《心理科学进展》第12期。
- 蒙培元,2003:《人是情感的存在——儒家哲学再阐释》,《社会科学战线》第2期。
- 齐卫平,2017:《论党治国理政能力与公众获得感的内在统一》,《人民论坛·学术前沿》第2期。
- 邱柏生,2012:《社会意识形态要预防“塔西佗陷阱”》,《广西师范大学学报》(哲学社会科学版)。
- 孙祺媛、董才生,2015:《医患信任危机的“责任意识”分析——以吉林大学第一医院为例》,《长白学刊》第4期。
- 唐钧,2017:《在参与共享中让人民有更多获得感》,《人民论坛·学术前沿》第2期。
- [美]特纳、[美]斯戴兹,2007:《情感社会学》,孙俊才译,上海:上海人民出版社。
- 汪新建、王丛、吕小康:《人际医患信任的概念内涵、正向演变与影响因素》,《心理科学》第5期。
- 汪新建、王骥,2018:《医患纠纷媒体报道框架及其对医患信任的影响》,《南京师大学报》(社会科学版)第1期。
- 王俊秀,2016:《新媒体时代社会情绪和社会情感的治理》,《探索与争鸣》第11期。
- 王鹏,2014:《基于情感社会学视角的社会秩序与社会控制》,《天津社会科学》第2期。
- 韦伯,2000:《社会学的基本概念》,胡景北译,上海:上海人民出版社。
- 晏小华、刘振亮,王祥坤,沐守宽,2018:《幸福悖论及其最新解释》,《心理科学进展》第1期。
- 杨伟荣、张方玉,2016:《“获得感”的价值彰显》,《重庆社会科学》第11期。
- 姚泽麟,2017:《在利益与道德之间——当代中国城市医生职业自主性的社会学研究》,北京:中国社会科学出版社。
- 尹瑞法,2010:《德性论视域下和谐“医患共同体”的构建》,《医学与哲学》第4期。
- 余晓燕,2014:《医学化的技术轨迹:云南乡村抗生素滥用现象考察》,《思想战线》第5期。
- 袁铸、尹奋勤,2011:《社会转型时期“医患共同体”内部失和的政治学分析》,《医学与哲学》第4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,2018:《群氓动力学——社会心理学的另类叙事》,《社会学研究》第6期。
- Conrad, P., 2007, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Easterlin, R. A., 1974, “Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence”, in P. A. David & M. W. Reder (eds.), *Nations and Households in Economic Growth*, New York: Academic Press, pp. 89—125.
- Easterlin, R., L. McVey, M. Switek, O. Sawangfa & J. Zweig, 2010, “The happiness-income paradox revisited”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 107, pp. 22463—22468.
- Easterlin, R., R. Morgan, M. Switek & F. Wang, 2012, “China’s life satisfaction, 1990—2010”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 109, pp. 9775—9780.

He, A. J. & J. Qian, 2016, “Explaining medical disputes in Chinese public hospitals: The doctor-patient relationship and its implications for health policy reforms” , *Health Economics Policy and Law*, vol.11, pp.359—378.

Nelson, R., 2014, “Tackling violence against health-care workers” , *Lancet*, vol.383, p.1373.

Noor, M., N. Shnabel, S. Halabi & A. Nadler, 2012, “When suffering begets suffering: The psychology of competitive victimhood between adversarial groups in violent conflicts” , *Personality and Social Psychology Review*, vol. 16, pp. 351—374.

Singh, M., 2017, “Intolerance and violence against doctors” , *Indian Journal of Pediatrics*, vol.84, pp.768—773.

Starr, P., 1987, “The Sociology of official statistics” , in W. Alonso & P. Starr (eds.), *The Politics of Numbers*, New York: Russell Sage Foundation, pp.7—58.

Sullivan, D., M. J. Landau, N. R. Branscombe & Z. K. Rothschild, 2012, “Competitive victimhood as a response to accusations of ingroup harm doing” , *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 102, pp. 778—795.

WHO, 2016, Attacks on Health Care, Retrieved August 13th, 2018 from <http://www.who.int/hac/techguidance/attacksreport.pdf?ua=1>.

Young, I. F. & D. Sullivan, 2016, “Competitive victimhood: A review of the theoretical and empirical literature” , *Current Opinion in Psychology*, vol. 11, pp. 30—34.

(责任编辑:蒋永华)

Paradox of Sense of Gain between Doctor and Patient Groups and Its Remedy: The Study of Doctor-Patient Relationship as a Social Psychological Issue

LÜ Xiaokang

Abstract: Sense of gain is the public subjective feeling of sharing the material interests and enjoying basic rights in the process of comprehensively deepening reform. It is a concept with distinctive Chinese features which derives from the modernization of state governance. The paradox of sense of gain refers to the social psychological state that though different social groups do have put into each other substantial subjective and objective resources in their social interactions, they do not admit that they have been treated fairly and adequately. A good case in point is the doctor-patient relationship, which has two major characteristics: one is the co-existence of low satisfaction with the medical service process and the high trust of modern medicine and medical institutions; the other is the obvious inter-group competitive victimhood between patient and doctor groups. The paradox of sense of gain in doctor-patient relationship is the manifestation of the reflexivity featuring in modernization. The remedy of this paradox lies in the overall planning from the standpoint of social governance to foster collaborative forces of multi-governance. Social psychologists should focus on the cultivation of positive social mentality, put forward practical wisdom, and participate actively in the researches and practices that may influence future public policies.

Key words: doctor-patient trust; doctor-patient relationship; paradox of sense of gain; doctor-patient community; social mentality

About the authors: LÜ Xiaokang, PhD in Law, is Associate Professor at Zhou Enlai School of Government, Nankai University (Tianjin 300350).