

心理学研究:质性心理学视域中的医患信任专题

主持人的话: 医患信任是中国社会的敏感议题和中国社会心理学的重要课题。医患信任具有医方信任和患方信任的双重主体结构,需要医患之间的合作与包容才能最终达成。本期专栏聚焦于儿童血液病病房中的医患信任,以质性心理学研究的路径细腻地呈现了这一治疗情景下的医患关系形态。首先我们从心理契约的理论视角考察了医患双方的内隐期望与现实感知之间的差距如何促成了医方信任的建立与分化,并基于此提出提高医方对患方信任度的对策建议;其次,我们以病房中家长为患儿寻求补充和替代医疗这一特殊的“求诊行为”及医方的对应态度为例,展示了医患之间“且疑且信且行”的治疗关系形态,提示学界应进一步建构更为契合中国文化传统和更有现实解释力的医患信任理论模型。这些建议对丰富医患信任形态的全面认识和开发医患信任的提升策略具有理论启发性,也可为从事中国社会心理问题研究的心理学同行提供个案研究方面的方法论参照。

且疑且信且行:儿童血液病病房中的 替代医疗与医患信任

吕小康

[摘要] 儿童血液病病房中的家长经常为患儿寻找补充和替代医疗,如“请大仙”“收魂”等仪式治疗手段,或使用未经验证的“秘方”“偏方”。医生对其中的仪式疗法一般持共情理解的态度,并不强加干预,容许这些方法发挥心理疏导与精神慰藉功能,而只对的确会影响治疗效果的做法加以纠正。这反映了当下中国社会中多元医疗并存的实践形态,同时反映出医患之间“且疑且信且行”的治疗关系。这种模糊而动态的信任模式代表了中国社会中人际信任关系的常态。深入探索形塑这一信任模式背后的制度因素与人际因素、社会因素与心理因素的交织勾连与行动张力,可为医患信任研究提供新的理论想象力,并为医患信任的提升提出更有效的干预建议。

[关键词] 医患信任;补充与替代医疗;仪式治疗;医患关系;社会信任

一、问题缘起:住院患者的替代医疗行为影响医患信任吗?

不论从个体层面还是制度层面,医疗在本质上都是一种为回应人类的身心痛苦而进行的系统性

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教授、博士生导师(天津 300350)。本文系国家社会科学基金重点项目“医患社会心态的网络空间治理研究”(20ASH015)与南开大学文科发展基金科学研究类项目“突发公共卫生危机时期的大众风险感知机制与应急心理服务体系研究”(ZB22BZ0109)的阶段性研究成果。

努力,并体现出复杂多元的实践形态。在受到科学界认可和国家法律法规许可的常规医疗(conventional medicine)即主流医学(mainstream medicine)之外,往往还存在各类补充和替代医疗(complementary and alternative medicine, CAM)。后者其实是一个杂糅而欠缺精准定义的概念,其定义模式是先定义常规医疗,再将其余的医疗实践归为 CAM。例如,美国国家癌症研究所(National Cancer Institute, NCI)把常规医疗等同于主流医疗、正统医疗、生物医疗、对抗疗法(allopathic medicine, 即针对症状而非个人的疗法),其典型模式为由具有医学博士(medical doctor, M. D.)或骨科博士(doctor of osteopathy, D. O.)学位的专业人士处理症状、开具药方、进行放射和手术,同时由其他健康专业人士,如护士、药师、理疗师等提供专业服务^①。这一医学模式实际上构成了当今世界通行的现代医学模式, NCI 关于 CAM 的定义与分类也被英国国家医疗服务体系(National Health Service, NHS) 认可,当某种非标准的疗法可与常规医学手段共同使用时,可称为补充医疗;当某种疗法与常规医学手段存在相互排斥的关系时,则称为替代医疗^②。但是,常规医疗自身仍是一个具有历史性和地域性的概念,其与 CAM 之间的界限也处于动态变化过程中,如美国政府对它的政策及体系界定也曾经历数次变迁(郑淑洁等,2014)。

在我国,常规医学通常指科学医学即一般所谓的西医或现代医学,这看似与英美等国一致,但其实际形态还包括正规的中医院、中西医结合医院等依法提供的正规治疗。而 CAM 则泛指患者在正规医疗机构提供的治疗方案之外自发寻求的诊疗形式,如使用各类民间药物、食物疗法、气功、冥想、按摩等身心疗法,以及“跳大神”“叫魂”“做法”等各种仪式疗法等。在美国或其他一些西方国家,中医则往往是 CAM 的一种形式,但在中国现行的医疗制度下,中医院、中西医结合医院及乡镇卫生院等机构提供的常规中医或各类民族医学治疗其实不能理解为替代医疗,因为它们实际上得到了中国主流或当地传统文化的认可,也获得国家法律法规的许可,同属于“官方医学”的行列而不属于“民间医学”的范畴,它们实际上是中国情境下常规医疗的重要组成部分。只有那些不受医疗机构认可、没有医学执业资格却自行开具处方或在医学执业要求的限制之外另行出具治疗方案的民族医学形式,才可归入 CAM 之列。考虑到国内较多文献均用“替代医疗”直接指代“补充与替代医疗”而不区分替代医疗与补充医疗,为与此学术惯例衔接,后文也将以替代医疗指代英文语境下的 CAM,这也可使行文更为简洁。此外,本文中的替代医疗也与某些研究者定义的“非正式医疗”在实质上相同,其提供者是未受到国家和专业行业认证的、没有官方审批和资质检验但持续在民间社会行医的医者群体,如“土中医”、草药师、针灸师等(焦思琪、王春光,2022)。

仅从概念语义上看,替代医疗在英文语境下仍暗含了一种“非正统”的低下之意,强调它们仅可在常规医疗之外发挥可能的辅助功能,如缓解患者对于常规医疗的不满、满足患者对治疗与健康的意义需求等。但由于有效性与安全性的不足,不论中西方社会,只要这一社会已经采用了现代医学体系,替代医疗就难居于主导地位,而主要起到心理安慰和仪式满足的功能。但从医疗实践的角度看,不论其是否合理、安全和有效,替代医疗总是显现或隐藏于诊疗活动之中。尤其是在诸多发展中国家,替代医疗常作为一种附加的照护形态,而为相对富裕且受过良好教育的人群所采用,这一实践具有法律、伦理与政策的多重根基(Gale & McHale, 2015, p. 3)。中国的情况正是如此。从诸多实际调查所反映的情况看,对以癌症为代表的重症,或其他常人眼中患有绝症与疑难杂症的患者而言,寻求替代医疗是一种再常见不过的行为。同时,这些行为又深嵌于患者及其家庭的生存环境中,受到特定文化氛围与价值期望的允许、鼓励或胁迫,患者或家属有时也会出于治疗之外的目的而采用替

^①参见: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/cam>.

^②参见: <https://www.nhs.uk/conditions/complementary-and-alternative-medicine/>.

代医疗,以体现孝心、关系等伦理要求,使得人们在选择这种治疗时其实呈现出侥幸和无奈混杂的复合心态,既体现出治疗的效果期待,也可作为情理上的行为交待,具有情感性与工具性合一的特征(杨善华、梁晨,2009)。

其实,诸多对中国人医疗行为的实证研究都说明,现代医学的推进并不必然挤压各类仪式治疗的生存空间,也未减少当地人民对民族医学的热衷(汪丹,2013;冯琳、袁同凯,2022;李小芳、罗木散,2022)。这里的仪式治疗(ritual healing)是指仰赖神明、仪式或法术之力量的治疗(林富士,2016, p. 254),也是替代医疗的一种形式。虽然通常而言“仪式治疗并不是真正意义上的治疗,它解决的其实是一个文化意义上的难处”(周小昱文,2021),但这种文化意义上的和解,对于患方忍受身心苦痛、配合科学治疗具有不可忽视的积极意义。在其他因素的作用下,甚至还有一些患者及其家庭可能“因病信教”,从宗教仪式中缓解精神压力、寻求情感满足(周浪、孙秋云,2017)。也正因如此,这些治疗与常规医疗一起构成了中国当下医疗生态中的复杂形态,使得中国人的实际就医取向呈现“医疗多元主义(medical pluralism)”(Baer,2004)的真实面目。

不过,国内关于多元医疗实践与替代医疗的相关研究仍存在两方面的欠缺。首先,它们的研究视角较多源自医学人类学和医学社会学,其研究对象多是偏远少数民族或是乡村农民在乡土空间中的治疗行为,还较少对住院病房中的患者展开相关研究。其实,由社会科学界而非医学界开展的患者行为研究,整体上都存在医院民族志较为薄弱的问题;它们较注重患者日常生活中的行为描述与分析,而较少述及其在医院内部的行为与心理,其主要原因自然是“进入的困难”,作为医学外行的研究者难以在医院开展调查(余成普,2022)。其次,在分析重点上,以往研究虽已较全面地指出替代医疗的优劣,并从替代医疗的执业者与体验者的双重视角探讨了人们采用这一医疗实践的心理动机及由此产生的心理体验,但还较少考虑从事主流医学的医生如何看待自己的住院病人在接受自己治疗方案的同时又追求替代治疗这一现象。患者寻求治疗外的“治疗”是否因为他们不信任医生的诊疗方案?这种行为又是否会降低医生对他们的信任即医方信任?对这些问题的回答,还需要更多基于医院民族志的分析来提供更多细节,以便研究者提出更有解释力的理论回应。

为此,本文将以团队在A市B中心这一儿童血液病中心的参与观察实践为依据,探究儿童血液病患者的替代医疗行为对医患信任的双向影响。与医学人类学的多数研究不同,本文的重点不在于描绘患方采用替代医疗的具体形式、心理动机与文化功能,而在于分析医方如何看待和处理患方的替代医疗行为,以及他们的处理方式如何影响着病房中的医患信任,并由此反思医患信任及更一般意义上的人际信任在中国情境下的缔结模式。由于儿科病患的治疗决策权通常掌握在家长手中,这里的患方主要是指患儿父母,而非患儿本身。关于研究的入场方式、伦理说明及参与观察所在机构的背景信息详见之前文献(吕小康等,2021),这里不再赘述。

二、情理并重:医方对患方寻找替代疗法的共情理解与处理模式

在我们的参与观察经历中,对于血液病这种严重的疾病,很少有家庭没有寻找过替代医疗,具体表现为通过“请大仙”“收魂”“看风水”“改命格”等仪式治疗手段,或从没有确切行医资格的人士中购买所谓的“秘方”“偏方”“土方”。这些行为有时发生在被确诊为血液病之前,有时发生在被确诊之后。虽然有时确有家长出于对医院和医生的不信任而“另求高明”,但绝大多数情况是并行不悖,即患方更多是出于“试试看”“或许有用”的心态而在常规治疗之外寻找“额外保险”,或者是借由这种方式满足医院诊疗和护理未能满足的心理需求。也就是说,尝试这些替代医疗并不必然降低他们对于医学和医生的信任,而只是希望还有别的方式能够增强他们对于战胜疾

病、提高疗效的信心。同时,医方很多时候也了解患方的这种行为,虽然他们内心并不认同甚至有所鄙夷,但对于并不影响实际治疗的替代医疗行为通常采取“存而不问”的不干预态度,只有对那些对治疗效果造成明显影响的替代医疗行为才会进行明确的阻止。也就是说,他们总体上采取一种通融且权宜的态度看待患者的替代医疗行为,与其从事医学研究时明确的科学立场相去较远,很少像某些研究者(Ernst & Smith,2018;Pandolfi & Carreras,2018)那样不遗余力地批判替代医疗的方法论错误或结果不严谨之处。

最为常见的替代医疗方式有食疗、物理治疗及各类偏方。许多受访的患儿家长坦言曾经尝试过各种他们眼中所谓的“辅助治疗”食物,比较常见的如吃花生衣,认为这对病情恢复有好处。针灸、按摩、芳香疗法等各种物理疗法也常被患儿家长使用,关于各类偏方的探讨和实践更是病房中病友间常见的交流主题。此外,还有一些具有地方特色或个人特色、近乎旁门左道的“独门秘籍”,通常可归入仪式治疗的范畴。例如,M002 医生曾提到有个患儿母亲“胳膊上划的都是一道道的口子。一到晚上她就拿自己的血点在孩子的额头上,像鬼画符似的,可吓人了”。当时我们刚进入病房进行参与观察,以为这种行为只是低教育程度水平的家长才有的行为,就问:“这样的家长受教育程度如何?你们会制止她这种行为吗?”M002 医生回答:“跟受教育程度也没关系吧。不过这个患儿是农村来的,他妈妈很信这个。她说村里人告诉她的这个办法,很灵的!我们一般不制止。这是她心理宣泄的方式,发泄出来了也许还好一点。”

其实,每个人都有自己的信仰或信念。在某种治疗手段之外寻找附加治疗和额外保证,是普通人常见的求诊模式。M002 医生有一次曾感慨地说道:“人家意大利的医院都有牧师、神职人员,每天早晨护士和牧师都要查房,但是各查各的,各有各的职责。”我们并不确定意大利有多少医院采取了这种神职人员与医职人员各司其职的情况,这里的分析重点也不在于确证 M002 医生的断言在统计学意义上的客观性,而在于她以指出当下现代医疗情景中的一大问题:医生的治病过程首先注重躯体病灶的探查与解除,“病”而非“人”居于治疗的核心位置,“似乎是疾病而不是病人证明治疗是正当的”(罗森伯格,2016,p.29)。此时,关于疾病的非科学化解释已然得不到医学理念的认可,自然也不可能出现在医学实践中。虽然从医德、人性和经验的角度,医务人员仍普遍意识到满足病人的情感需求、对疾病与健康提供一种有意义的解释仍是促进医患沟通与改善医患关系的重要方式,虽然这并不会在医学训练与实践过程中占据主导地位。

在这个意义上,甚至可以说正是因为现代医院基于自身定位,不能提供传统医学或国外某些医院中的宗教仪式化支持模式,才促使患方不得不依赖于其生存环境与成长经历中自发习得的方式而进行情绪调节与意义体认,而替代医疗的各种所谓治疗手段,恰好满足了现代医疗所不能提供的情感慰藉与意义认同。另外,从医患关系的管理策略角度而言,这也可避免医方就这种细节和患者及其家属产生冲突,从而引起不必要的麻烦。明了这些,即可理解医务人员为何会对各种无关紧要的替代医疗尤其是各类仪式治疗采取总体上放任自由的态度。这不应仅理解为一种完全被动的无奈放纵,还可视为是一种基于治疗实践的主动策略,寄希望于医院治疗之外的手段而提供某种“社会支持”,从而缓解医方人手和精神的不足,弥补当代医学的固有局限。尽管医生们不太可能从内心认同家长的做法,背后也会偶尔嘲笑某些家长“很愚昧”,但这些内心态度和后台行为都不会正式暴露于病房之中,以维持医生客观中立的职业形象,并至少在表面上满足尊重和关爱患者的医德要求。

由于知晓我们并非医生的中立研究者身份,在进病房一段时间、与患儿家属有了较多接触后,我们还有机会了解到每个家庭背后的各种故事,其中也包括他们不被医方了解的各种“求医经历”。有一位母亲(P-009W-M)介绍了为缓解儿子对骨髓穿刺的“扎针”恐惧而“收魂”的经历:

P-009W-M:孩子就是不说话,就是不高兴、害怕。晚上做梦的时候,他眼瞪在那喊:我不扎针!

我不扎针！（就是给^①）吓着了。我就给我们村的人打个电话。我们不是有“收魂”的那种，就让人给他收了。第二天晚上（孩子）再睡觉，就没事了。

R01：怎么“收魂”的？就过来给唱一唱，拿衣服喊一喊？

P-009W-M：不用不用。人家在电话里收，说什么我不懂，反正就把电话放他耳朵上，就在手机上，搁他那耳朵给他说话。

R01：这个用给钱吗？

P-009W-M：不用，这是收魂不用给钱，要是说观香就得给钱。

R01：什么是“观香”？

P-009W-M：就是点着一根香，观那个香火。一个大人上人家（大仙）那去，给点根香或者点一颗烟，她就看冒的那个烟，她就给你说有什么事。

R01：你们觉得这个很灵，是吧？

P-009W-M：对，那灵啊！

访谈时，我们原以为关于这个主题到这就已基本结束。令人意外的是，这位母亲竟一下打开了话匣子，非常生动而详细地讲述了婆婆和自己的类似经历。

P-009W-M：（紧接着“对，那灵啊！”）要是让家里死去的人，老人嘛，给找着的、碰着的，就是出门啊，在哪个“道上”有不干净的东西吧，碰上了，那都能给去掉……我一开始都不信这个，他们一说我就烦。我婆婆活着的时候吧，一头疼或者血压高，就是不退，吃药不管用，输液也不管用，她说是不是被人找着了？我说你就是信这个，是不是你心理作用。我们小姑子吧，她婆家的一个大娘，她会看，会观香。我就给她打电话，让人家给观观。她说让我公公找着了。我公公死得早，死七八年了。她说就是那个老头子想老婆了，给他烧点纸就行了，晚上过了十点就找个十字路口给烧一下，给送点钱，就那意思。

R01：管用吗？

P-009W-M：我婆婆她说管用。我小时候，我真的让那个东西找着了。我连闹了五天，白天就是困，一晚上不睡觉，就闹，我都记得，出门都害怕……我那时八九岁了吧，就把我妈咬得，胳膊都咬破了……我一进屋（就好像）看到一个小孩，长得挺好的一个小孩，小小的，坐在当中的椅子上。她一乐我就害怕，我就嚷，她又来了！我爸就拿着那个刀，就照着我说的方向那么一砍。我就看到砍到她，就跟真的一样。后来我二奶奶说，哎呀，那是我供的“凤仙”！一般他们那供这个吧，都供在自己的房顶上，叫“凤仙楼”。后来我二奶又给烧了香，拿了那纸又给供上了，供上以后第二天我就没事了。

紧接着，她举出了同病房患儿的类似经历，以此“证明”为自己为孩子找“大仙”的合理性：

P-009W-M：以前那个隔离室的，××（隐去省份）的小孩吧，一出院她就发烧。大夫说明天出院，今天就发烧了，连着三次都这样。他们家找人（大仙）看了呢。一开始就说那个人的道行不行，再找个厉害的，就又找了个厉害的。（大仙）说是孩子是被妈妈的二爷爷给找着了，老头孤孤单单的一个人，非得让孩子陪着去。他也给做了（法事），也花了不少钱。

R01：那您有没有找过“大仙”给看看？

P-009W-M：我一开始也找过，我觉得不管用。（后来）他就说我给你“换换体”吧，说我们孩子是个观音菩萨身边的一个童子偷着下来的，被吓着了。我们家里放的东西，搁在哪他都知道，他能算出来。说了我儿子的生辰八字吧，他说我们家锅台不行。锅台那有张桌子，（让我在）桌子上放两

^①访谈记录中括号中的文字均为本文所加，以便更好地衔接上下文，从而帮助读者准确了解访谈者的本意。下同。

块砖头。他说那是老宅子吧,以前你们家在那供着那些仙家。你现在用两块砖压着那,要把那锅台都扒走;还有一个垃圾桶,都得清了……等我们孩子血象^①稳定了之后,他就会去我们老家给儿子做法去了。那时候再收钱,人家就收个香钱。

令人印象深刻的是,患儿母亲对于一些院内护理细节的回忆,远没有她对此类细节这样具体而生动。细节的生动,往往源于意义的认同和逻辑的自洽,使得患方本身从疾病的归因到病症的显现到干预的方式,都处于一种主观上的认知协调状态。从该母亲的访谈内容与语气神态上看,她对于替代医疗的信任也不是无条件的,而是抱着一种将信将疑的态度。但站在她的立场上,自己最终仍然给孩子采用“观香”“换体”的行为又是合情合理的。这有两点理由。

首先是自身的早先经验给予了自己对“求仙”的熟悉感和启发式思考。虽然自己和婆婆的“病”与儿子的疾病(再生障碍性贫血)无关,但替代医疗提供的解释和干预方案却高度相似,贴近其生活经验,从而起到理论预测的作用。患儿家长并非专家而是“常人”(lay people,即普通人),他们对疾病和治疗秉持的是“常人疾病观”而非生物医学观。这种疾病观会基于原有知识经验整体地看待疾病给个人的身体、心理带来的变化并进行意义建构,不仅涉及简单的生理反应和病痛感受,还综合了个体的自我意识、文化背景和人际交往网络等诸多内容(吕小康等,2019;Hagger & Orbell,2022)。这种疾病观具有丰富的精神心理内容和深厚的社会文化脉络,并不完全因为自己在正规医院求诊和治疗的数月或数年经历而完全改变。尤其是当前治疗的效果不确定、遇到病情突变、常规治疗只能缓解症状而不能够彻底治愈疾病时,患方就会萌发求助“大仙”或“偏方”的强烈冲动。

其次是基于周边病友之真实经历的“效果激励”。由于她所说的患儿已经出院,我们无从得知其病情的最终发展情况,但从这位母亲的叙述上看,明显受到了其行为的正向激励。其推论模式其实也不难理解:虽然这位小病友刚开始找的“大仙”不行,但这并不代表这套方法不行,而只是“大仙”的法力不行;找到“更厉害”的“大仙”,就可以达到祛除“附体灵魂”的功效,从而稳定孩子的病情。这种信任模式,其实与诸多患者对常规医疗的信任模式相同:如果某个医生没有治好自己的病,通常是怀疑该医生的医德或医技不行,而不代表医学的整体能力不行。虽然患者可能经常高估医学的能力,但这种高期待也反过来给予自身寻医问药的动力与信心,可在一定程度上增强自己对于疾病的心理控制感,有助于他们去克服困难而寻求更好的治疗。对替代医疗的追求正是这种心理反映。相应地,这些替代性医疗手段缔造的“花费不高、但可能有效”的“四两拨千斤”的承诺就会变得颇有吸引力。因此,在患方的且疑且信之间,替代医疗就成为一种普遍性的“试错(trial and error)”式方案,以增强自身应对疾病及并发症的信心。虽不乏有些家庭在经历科学治疗失败或不完全满意后,可能会孤注一掷地选择替代医疗作为唯一方案,但其实际择医模式仍是从一种替代医疗换成另一种替代医疗,或从某个替代医疗的“执业者”换到另一个“执业者”,而很难存在固定不变的信任。此时,如果医务工作者只因为他们客观上存在这类行为就加以鄙视,简单斥之为封建迷信并强行要求其放弃和改正而不体察背后的心理诉求,不仅不能起到医学宣教的效果,反而可能产生适得其反的效果。此时,在不妨碍正规医学处理的情况下尊重家庭的自主决策,灵活看待患方的替代医疗行为,为患方以自身期望的满足而常规医学未能满足的心理需求留下充分的行为空间,未尝不是一种疏解患方情绪的情感支持策略。这种策略不是通过“做什么”来实现,而是通过“不做什么”来达成,以体现对患方决策自主权和多元医疗实践的尊重。

不过,对可能影响病情和康复的行为,B中心的医生会毫不犹豫地告诫和劝阻。M003医生

^①即血常规检查,即通过观察血细胞的数量变化及形态分布从而判断血液状况及疾病的检查,主要指标包括红细胞计数(RBC)、血红蛋白(Hb)、白细胞(WBC)、白细胞分类计数及血小板(PLT)等。

称：“我们会与家长沟通，经常关注、开导他们，讲一些吃偏方中毒、加重病情的实例，劝一劝有病乱投医的家长。”查房时发现一位11岁的男患儿，眉心处长了核桃大小的脓包，他总是忍不住挠，导致脓包反复感染。排查后医生推断脓包的来源可能与其长期服用的偏方有关，且其母亲对所用偏方体现出较强的依赖性，不愿意听从医生的建议。这时，主治医生往往会将情况反映给最为权威的科室主任M001医生，由她出面进行“恩威并重”的教育：

Y母：我们原来在×医院看过，后来就在家里的了。我们在老家找过一个×医^①，吃了半年多他开的偏方，他有行医执照，药都是直接寄到家里的。

M001：行医执照是可以伪造的，他把处方给你了吗？就是药的成份？

Y母：没有处方，药是寄到家里的。那个人我们也没有见过面，是病友推荐的。

M001：没有处方的×药你也敢给孩子喝啊！×药也不是没有副作用啊！你这算是幸运的，有的喝完了可能造成严重肝肾损伤的。（转头问Y）你当时有没有怪你妈妈，那么苦的药还非让你吃了那么多？这都耽误治疗半年了！（Y母显得非常尴尬）

分析M001医生的“话术”，至少有三点值得注意，她是如何以“情理并重”的方式就替代医疗问题进行患者教育的。首先，强调家长应主动审查对方的执照、处方等专业信息，从资质核实角度增强患方对偏方有效性的客观疑虑；其次，通过强调无处方药物的毒副作用，利用血液病患儿家长尤为害怕治疗副作用的心理，进一步强化家长对偏方安全感性疑惑、削弱对偏方的信任感，同时塑造专业机构和主治大夫的权威感；最后，利用孩子打“感情牌”，通过患儿“吃苦药”被耽误半年治疗的事实对母亲进行情感施压，直接击穿母亲的情感底线。这是一次非常成功的患者教育过程，道理上的批判与情感上的关切并重，同时在语气和态度上又很有中国人常讲的“气势”或“气场”。对患方家长而言，虽然面子确有些难堪，但至少在行为依从层面取得了良好的宣教效果，也促使患方更为全面地衡量偏方可能具有的副作用，而不是采取盲信的态度。从结果上看，这一次看似严厉的教训，也并未引发反抗和冲突，反而强化了主任和科室的权威。这里也可看到，并不是所有的患者教育都必定是和风细雨式的，有时医生出于专业权威和对患者病情的关注而发出的怒火，虽然可能令患者难堪，但并不会引发后续的冲突，甚至还能起到巩固权威形象、引导患者依从、提高患方信任的作用。M001主任在科室中的权威和在患方眼中的口碑，既与她的资历和医术有关，也与她敢于向病人发火、敢于“教训不听话的家长”的个性有关，大家普遍认为她“镇得住场”，能够稳定家属的情绪，同时还能给人以正确的期望方向。或许这正是资深大夫的某种特权：自身行医经验和职业声誉的累积强化了患方对她个人的情感认同，因而也较易接受她的告诫甚至训斥。

综观M002和M001两位医生的处理方式，可进一步看到B中心医生对于患方此类行为的通达理解和权宜处理模式。医生集体对于治疗方案之外的偏方持明确的否定态度，但并不一定会直接阻止或表露出厌恶，而会视这些行为是否在实质上妨碍了病情治疗进展而定。例如，她们对于“用血点额头”这种仪式性的手段并不加以干预，认为只是“心理宣泄的方式，发泄出来了也许还好一点”，采取一种“睁一只眼闭一只眼”的通融立场。这是一种“以疏代堵”的情绪引导方式。但当家长的行为越过她们认为的底线（通常是乱吃“偏方”并造成实质性后果）时，则会及时给予“当头棒喝”。而且，这种不留情面的“教训”过程通常在公开的病房而非在办公室中进行，以达到集体震慑和全员教育的效果。这确实也能起到效果。有位母亲（P-010X-M）受访时就跟我们反映：

P-010X-M：他们（指同病房的患儿）有的不治了，回家了。吃×药啊，吃×药啊，吃×药啊……

^①访谈内容中的“×药”“×医”在本文中意指国内包括中医（药）及藏医（药）、蒙医（药）常见的各类民族医药。为避免引发不必要的误解，本文一律用×替代，而不标明其原始名称。

还有一些在病房里烧那个“符水”给孩子喝的,听说还是高价买的。医生护士都过来反复开导过,管床护士来劝好多次,最后把那个烧水的电水壶都没收了!

当我们问及“喝符水”的效果时,她如实回答:“不知道啊。有说治好的,有说治不好的……但是我就相信医生说的话,我觉得这东西还是医院的正规一些。”虽然她对于偏方和符水的效果将信将疑,但毕竟没有付诸行动,而是选择相信医院的治疗方案更“正规”。这正是医方期望达到的效果:即使不能完全理解,也要先做到配合。

三、在疑虑中前行:中国式医患信任的现实形态及其理论启示

从我们的参与观察经历看,在多数情况下儿童血液病病房中的患儿家长寻求替代医疗的行为,并不影响他们对医院和医生的信任。在患方的认知模式中,这种行为完全可与常规治疗并行不悖,可以帮助自己解决一些医院治疗不能解决、科学医学无法解释、医护人员无能为力的疑难问题。通过这种方式安顿自身的心灵困惑或找到情绪安慰,对他们提高自身在病房内的治疗依从性其实并无明显的害处。与之相应,医务人员虽然在内心并不认可此类作为,但在多数时候仍采取近乎中立的态度表达对患方行为的宽容,而不妄加干涉。而这种宽容在患方看来正是医方通情达理的表现,又可反过来增加他们对医方的好感和信任度。只有对那些明确伤害治疗效果的替代医疗,医方才会予以纠正。而且,只要处理方法得当且处理者自身拥有高度的权威,即便是公开的批评也不会在实质上伤害患方的对医信任,甚至还能强化同病房患儿家长的治疗与护理依从性,降低他们优先选择替代医疗的可能性。

总体上看,医患双方对彼此的信任都是有条件的和权宜式的。一方面,患方基于治疗体验尤其是治疗结果而随时调整自身对具体主治医生及其所在机构的信任度,并往往愿意自行决定用一些自己觉得有用和可行的方法去“增强疗效”或降低治疗结果的不确定性。当觉得治疗费用太贵而治愈希望太小时,甚至宁愿放弃正规治疗出院而采用所谓的“×医”类偏方。另一方面,医方在收治病人之后就因相关法规的约束而具有法律义务和道德责任,因此极重视患方的行为遵从,即使患者有时“思想转不过弯”“认识提高不上来”(B中心的医生在办公室评论某些家长的用语),也要求他们应尊重自身的治疗方案,而对他们的替代医疗行为持有含而不露的否定态度。只有在觉得必要时,他们才会把这种态度转化为外在的阻止行为,以确保治疗效果、维持医疗秩序。医生对患方的替代医疗行为既持共情理解又有其限度,他们对患方可信度的分配依然体现出高度的医方主导模式。

简言之,患方是否采用替代医疗不构成患方信任和医方信任的核心影响因素,但患方采用何种替代医疗或是把替代医疗用到什么程度的确会在一定程度上影响医方信任。这一结论远谈不上完美,且本身就带有某种不确定性,使我们无法在概率意义上准确预测替代医疗对医患信任的实际影响。但这并不必然降低这一发现对我们理解医患信任及更一般意义上社会信任的理论启示。实际上,这正好反映出在中国社会中建立信任关系的难点与希望所在。其实,抽象地看,“信什么或不信什么如果作为一种人类的心理与行为现象,它所要凭借的不在于其自身的某种可以抽取的特质”(翟学伟,2022,p.43),“信任不是‘存有本体’的,而是‘之间’的”(朱利安,2018,p.41)。特定的信任总是在人际交往的过程中得到实践和体验,使得我们对个人或具体做法的信任总是因时因地而变。这或使得医患信任在内的人际信任总存在一种方法论上的两难。一方面,它无法凝结为马克斯·韦伯意义上的“理念型”概念,因为它“并非对现实的描述,但它要为现实提供清晰的表达手段”(王时中,2019),因此它“愈是尖锐而明确地被建构出来,意味着它愈远离真实的世界,但在这层意义下反而愈能善尽其责,达成它在形塑专门概念、进行分类和启发上的功能”(韦伯,2005,pp.27-28)。而这种

“变动不居”的信任却以关系性和情境化为特征,使得它难以精炼成一种统一的概念模式,而只能回到经验现场中加以情境化的把握。另一方面,这种信任模式也无法用概率统计语言进行准确的预测,使得它们虽然在经验中存在,却难以通过操作化的方式进行测量和表达,这使得对医患信任的理论分析又欠缺精细化、可操作化验证的假设模式,似乎妨碍了它的学术意味与预测力度。

但若我们真正立足于中国文化的历史脉络和中国人当下的社会心理现象本身则不妨进行如下的反思:这种两难是一种真实的两难,还是因为提前预设了一些不必要的方法论约束而人为建构出来的“两难”?仅从基本的常识出发去理解普通人的求医行为,就可知道一般的病人与家属绝不是“六合之外,存而不论”的超然圣人,也不是受过严格科学训练、并受医院管理制度和组织纪律约束的医疗机构员工。他们既未必完全认同科学医学的价值理念,也不完全认可医院的组织管理模式,同时又因血液病的严峻病情和重重负担而产生各种精神压力,从而迫切需要一种症状治疗之外的情感安慰与意义解释,最好是一种绝对的、根本的、无须质疑且一劳永逸的解释。为此,他们总要想方设法为疾病的产生寻找一种确切的解释,想“让大夫告诉我这病究竟是怎么得的”,以解释“我们家里从来没有人得过这病,怎么这孩子就得了呢”之类的难解疑惑。而当医生基于自身训练和当下医学的水平告知“确切的发病机制并不清楚”时,家长难免会感到失望和不满,但因孩子已经在医院治疗,因此不得不先选择相信主治大夫,并竭力运用自身所掌握的认知资源和关系网络而寻求“更佳”行动方案。只要病情不根除,这种努力就永无终点,类似数学上的“极限”,可无限接近而永不能达到。但凡理想状态与现实状态之间存在一点点的缝隙,就有可能激发患方对那些经济和精力付出较小但期望可能较大、又普遍存在于自身生活环境的应对方式——各类替代医疗的向往。而这也并不代表着一种绝对的信任,甚至很多时候对替代医疗的信任程度要远低于他们对主流医院的信任度。这种关于信任的态度与实际行为间不完全合拍,其实正反映出中国人对信任的本质性看法:没有什么值得绝对信任的,因此不妨碍自己在信任 A 的同时去信任 B,也不妨碍自己虽不那么信任 A 策略,但仍在实际上采用它。

在以往关于中国人宗教行为的研究中,其实已可见到中国人的这种“杂糅并蓄”的信仰模式:与西方社会排他性强的聚会性宗教占主导地位不同,中国社会中排他性弱的混合宗教更为兴盛(张春泥、卢云峰,2018);对于外来宗教或新兴宗教的取舍标准,主要取决于它们是否灵验可信,不强调以此代彼、以新代旧,而强调相互调适、和谐共存(李四龙,2006),呈现出“混元并用”的日常信任图景(李四龙,2022)。中国人的信任模式也是如此,对替代医疗与常规医疗的信任则是这种信任模式的一种具体表现。而且,信任比起信仰,更少具有排他性,也更有绝对性。不仅患方对替代医疗与常规医疗采取“兼而信之”的兼容模式,期待它们各自解决各种的问题,并起到互补调和的效果;医方对患方的替代医疗行为也采取了“相机而动”的权宜模式,并不单独据此怀疑患方是否怀疑自己,而许可患者以自发的方式解除当前的医者角色并不能完全尽到的心灵照护功能。

因此,在理解医患信任这种特殊的人际信任形态时,如果“从宏大理论返回信任现场”,“从自身的社会基础和文化底色中去寻求我们所走过的轨迹以及所面临的问题是什么,包括这些历史与社会现象上升为理论后会给我们哪些启示”(翟学伟,2022, p. 21),那么就可以发现,“实践所展示的首先是悖论现象的共存——那些看来自相矛盾且相互排斥的二元现实,却既真实又真切地共存着……其挑战着那些在它们之间预设因果关系的主流西方理论的有效性,因此呼吁新理论的构建。”(黄宗智,2022,序言, p. 3)就医患信任而言,中国人的信任模式通常超越了简单的“主流医学 vs 替代医疗”“特殊信任 vs 普遍信任”的二分模式,其实际演变趋势很难简化为主流医学的发展必然会取代或压缩替代医疗的生存空间、中国社会将从特殊信任的传统社会发展至普遍信任的现代社会的线性化演进模式,而是自发地呈现出诸多医学人类学研究描述的“多元医疗模式”。医与患之间,替代医疗与

常规医疗之间,都是一种“且疑且信且行”的关系,并在这种模糊的、动态的信任状态中推进治疗关系的前行。这种矛盾化的并存并未造成实质性的医患沟通矛盾和社会矛盾,反而是因为这些替代医疗的存在起到了所谓“意大利医院”中的神职人员的仪式安慰功能,从而在一定程度上减轻了常规医疗的部分工作负担。只要中国社会的医疗资源供给与分配尚未达到充分的均衡,这种并存形态仍将持续;即便将来的医学水平充分发达、医疗资源分配高度均衡,恐怕也难从根本上阻挡患者对于疾病和健康的非科学化理解,从而也难以消解替代医疗对于患者及其家庭的文化心理功能,且这也不会妨碍他们对于常规医疗的信任与选择。这种多元混合的信任形态,也可视为中国社会在从传统到现代的转型过程中,既未完全抛弃自身传统又努力吸纳外来因子之宏大变革图景的一个微观缩影。

最后还可在一般的方法论意义上指出:对中国社会中许多正在生成与演变中的社会心理现象,宜从实际出发而不是从所谓的“理论”出发进行探究;不是以“从概念到概念”的方式去推演社会心理现象的发展形态及其影响因素,而是基于真实的经验现象去提炼更具自主性的理论模式与知识形态。本文虽尚无力据此建构一个关于中国人医患信任的完整理论,但从这一具体而微观的观察窗口与经验个案中仍可窥视中国病房中的真实医患互动模式,并感受这一模式背后反映出的制度因素与人际因素、社会因素与心理因素的交织勾连与行动张力。这可为中国医患信任的后续研究打开更多的理论想象空间,进而为中国医患关系的改进提出更多契合实际的干预对策。

参考文献:

- [美]查尔斯·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。
- [德]马克斯·韦伯,2005:《社会学的基本概念》,顾忠华译,桂林:广西师范大学出版社。
- [法]朱利安,2018:《从存有到生活:欧洲思想与中国思想的间距》,卓立译,上海:东方出版中心。
- 冯琳、袁同凯,2022:《多元医疗的女性实践——基于凉山布拖彝族的田野调查》,《民族研究》第3期。
- 韩启德,2022:《医学的本质是人类对疾病痛苦的回应》,《中华医学信息导报》第8期。
- 黄宗智,2022:《国家与社会的二元合一:中国历史回顾与前瞻》,桂林:广西师范大学出版社。
- 焦思琪、王春光,2022:《农村多元医疗体系的型构基础与逻辑研究》,《社会学研究》第1期。
- 李四龙,2006:《略论“中国宗教”的两个思想基础》,《北京大学学报》(哲学社会科学版)第5期。
- 李四龙,2022:《人文宗教引论:中国信仰传统与日常生活》,北京:社科文献出版社。
- 李小芳、罗木散,2022:《仪式治疗困境与多元医疗体系的建构——以凉山彝族“斯色那”治疗实践为例》,《原生态民族文化学刊》第5期。
- 林富士,2016:《巫者的世界》,广州:广东人民出版社。
- 吕小康、唐磊、姜鹤、汪新建,2019:《常人疾病观及其对医患关系的影响》,《心理科学进展》第4期。
- 吕小康、王丛、汪新建、郭琴,2021:《多重不确定风险及其应对——儿童血液病病房中的医患信任研究》,《社会学研究》第6期。
- 汪丹,2013:《分担与参与:白马藏族民族医疗实践的文化逻辑》,《民族研究》第6期。
- 王时中,2019:《如何构建切合中国社会的社会科学形态?——以韦伯、许茨和马克思的“理念型”为中心》,《南京大学学报》第5期。
- 杨善华、梁晨,2009:《农民眼中疾病的分类及其“仪式性治疗”——以河北Y县NH村为例》,《社会科学》第3期。
- 余成普,2022:《中国医学人类学的研究困境及可能出路》,《南开学报》(哲学社会科学版)第1期。
- 翟学伟,2022:《中国人的社会信任:关系向度上的考察》,北京:商务印书馆。
- 张春泥、卢云峰,2018:《如何在社会调查中更好地测量中国人的宗教信仰?》,《社会》第5期。
- 郑淑洁、任定成、罗栋,2014:《美国补充与替代医疗体系的变迁及公众影响力》,《医学与哲学(A)》第7期。

周浪、孙秋云,2017:《因病信教农民的宗教心理及其演变——试论把握“信念”概念对理解中国农村宗教实践的启示》,《社会》第4期。

周小昱文,2021:《“关系”失序与和解:城市居民仪式治疗的文化逻辑》,《医学与哲学》第22期。

Baer, H. A., 2004, “Medical pluralism”, in C. Ember & M. Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, Vol. 1: Topics, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 109 – 116.

Ernst, E. & K. Smith, 2018, *More Harm than Good? The Moral Maze of Complementary and Alternative Medicine*, New York: Springer.

Gale, N. K. & J. V. McHale (eds.), 2015, *Routledge Handbook of Complementary and Alternative Medicine: Perspectives from Social Science and Law*, New York: Routledge.

Hagger, M. S. & S. Orbell, 2022, “The common sense model of illness self-regulation: A conceptual review and proposed extended model”, *Health Psychology Review*, Vol. 16, No. 3, pp. 347 – 377.

Pandolfi, M. & G. Carreras, 2018, “Why current statistics of complementary alternative medicine clinical trials is invalid”, *Journal of Clinical Medicine*, Vol. 7, No. 6, E138.

(责任编辑:蒋永华)

Proceeding with Both Trust and Doubt: Practice of Alternative Medicine and Doctor-Patient Trust in a Chinese Children's Blood Disease Center

Lü Xiaokang

Abstract: Parents at a children's blood disease center in China often look for complementary and alternative medicine for their children, such as applying healing rituals like an exorcism or using unverified secret recipes or folk prescriptions. Physicians generally take a sympathetically understanding attitude towards ritual therapy and do not interfere with conventional therapy, allowing these methods to provide psychological counseling and spiritual comfort to the children patients and their parents. They only correct alternative medical practices that do affect the therapeutic effect. This reflects the medical pluralism in contemporary China for ordinary people, as well as the “trustworthy yet doubtful” therapeutic relationship between doctors and patients. This ambiguous, dynamic trust model represents the normal state of Chinese trust relationships. To further explore the interweaving interaction between institutional and interpersonal factors and reveal the tension between social and psychological factors shaping this trust model can provide new theoretical imagination for the study of doctor-patient trust and then put forward more effective intervention suggestions.

Keywords: doctor-patient trust; complementary and alternative medicine; healing rituals; doctor-patient relationship; social trust

About the author: Lü Xiaokang, PhD in Law, is Professor and PhD Supervisor at Department of Social Psychology, Zhou Enlai School of Government, Nankai University (Tianjin 300350).