



## 医学中的全科医学

——从《柳叶刀》200年历史看现代医学中的全科医学发展（一）：迪克斯论全科教育的社会心理考量

杨辉，澳大利亚 Monash 大学



扫描二维码  
查看原文

【关键词】 全科医学；发展；全科医学教育；迪克斯；社会心理；The Lancet

《柳叶刀》于1823年10月5日创刊，是世界上医学期刊中较古老的，也是影响力较高的学术期刊之一。《柳叶刀》开宗明义的第一页文字（前言），提出了杂志的宗旨：医学知识和智慧大多只在大学教室或医院讲座中交流，然而医学发展和问题需要让社会各界有更多地讨论和关注。医学机构化的“城堡”阻碍了医生去群众中做医学服务实践。医学的“妄想”和“孤芳自赏”时代已经过去，医学不再需要神秘和隐瞒。《柳叶刀》采用不同的方式来传递信息，用简单的语言措辞，促进人们对现象和问题进行反思。它不仅限于传递医学信息，更是通过不懈努力来呈现当代医学文献的完整编年史。

《柳叶刀》是伟大的思想和知识宝库，每个学科的人都可以在《柳叶刀》中找到自己心仪的文字表述和观点。作为致力于全科医学发展的人，我们愿意从《柳叶刀》中剥离出它对全科医学和基本医疗服务的关注和评论。我们不是医学考古，可以从1945年开始学习，下面选学的文献——**全科医学教育中的社会心理考量，原题：Education for general practice; the psychosocial factors**，是迪克斯教授于1950年发表的一篇文章，他是英国利兹大学的精神病学教授。在英国还没有全科医学组织之前，这位学者是怎样认识原有“经典的”医学教育对全科医学发展的阻碍作用？诸如这样的反思和思辨，对之后的全科学会主导下的全科医学职业培训系统的建立，无疑是重要的思想贡献。限于篇幅，对原文 [Lancet, 1950, 2 (6626): 317-320. DOI: 10.1016/s0140-6736(50)91305-5.] 有摘译。

如果英国全科医学状况真如同柯林斯报告所描述的那样，那么我们的全科医生真的就是处于士气崩溃的境地。我希望对全科医生的心气低迷能有个解释。如果全科医生沮丧的主要因素之一，是他们接受的是错误的教育和培训，那么我们应该再仔细看看古迪纳夫报告（1944年）中的相关建议。1950年英国新的《医学法》尝试落实这些建议。我作为一名精神病学家和心理咨询师来写这篇文章。本文中很可能存在一些夸张和教条式的表述。我的批评是针对制度化的思维模式，而不是针对个人。无论是医学教育者还是学习者，都可能轻松地超越环境的限制；然而思想和行为的刻板印象是非常顽固且难以改变的，这也是我所关注的着眼点。

### ◆全科医生的角色和状态

我认为，优秀的全科医生是给病人提供充分的、个人的、友好的服务的关键人物，也是给家人和同事提供预防性照顾的关键人物。全科医生应该是，而且实际上也是居民的建议者和辅导员，他们处理的问题，与在医院学到的知识相去甚远，但却与人们的健康和幸福非常贴近。为了能履行这样的使命，他们应该从学医之初就有机会用最广泛的视野去观察和研究人及行为和心理问题。这意味着从他进入医学院之初，就必须向他介绍人格和文化模式的概念，而不仅是关于生化机制或有机体理论。为了维持与病人的协调功能，他需要充分地掌握诊断和治疗的特殊技能，以决定何时转诊至专科，以及如何评估专家的建议。全科医生不需要成为所有这些特殊技能的大师。他们的角色是综合性的和主导性的。虽然综合医院医生也可能自诩掌握各班技艺，但他们却不能像全科医生那样对病人有足够的了解。

英国的每个家庭都有充分的理由拥有值得信赖的、有能力的、善于平衡的全科医疗顾问。全科医生不担心专业的进步，因为新知识和技能只会帮助全科医生为病人做更多的好事情。成为这样的全能选手需要特殊的技能。然而，为什么最有能力的医学毕业生不蜂拥而至到全科医学呢？为什么优秀医生不来“占据”这个人民真正信任和最具影响力的职位呢？

#### ◆全科医学的培训

我们的教师应该广泛地认同在医学院介绍人类人格和行为的观点。我们能否在医学教育和培训中引入足够的人文、心理和行为概念，以恢复医学院与医院之间教学的统一性和一致性？或者，在教学大纲上做出一个小小的让步，在医院教育这个“混合物”中滴进些许关于正常心理学的营养液？或者让医院门诊部的心理和精神病学医生向学员传授更多关于严重情绪异常的知识？

医院培训应该让全科医生远离这样的想法：“无论我做什么，都不如你们专家做的好”，而是让全科医生回到一个更大和更有作为的领域，即卓有成效的预防工作，以及对社区人民健康和幸福真正有意义的工作。柯林斯指出，应该让医生能关注自己“承包”的工作范围，并提醒我们让训练不足的医生注意处理心理问题的危险性。柯林斯也注意到，全科医生也是被迫面临病人心理问题，病人不愿去看心理咨询师，而把心理障碍带到了全科医生面前。

许多人和我一样，认为全科医生最擅长和有效的工作是在心理动态（或人际关系）领域。全科诊所一半病人的就诊原因是心理健康问题。如果调整全科医学教育，那么要增加心理学和精神病学内容。如今大多数临床和临床前教学的老师都对“心理因素”有所关注，不过这些老师对“心理和精神问题”的理解程度非常糟糕，因为老师自己当学生的时候，接受的知识是非常片面、过时的，因此他们的教学是缺乏自信的。

#### ◆关于人类医学的教学计划

所谓人医（人类医学）是相对于兽医而言的，它不仅涉及某器官或躯体某部分的问题，更涉及人。我认为在基础临床医学课程（如住院医师培训）中，要确认培养的是全科医生，而不是给他们提供零碎拼凑的课程，更不是片面地向他们灌输医院服务的优越性。这种人类医学培训应该使所有医生，特别是全科医生做好准备，让他们有能力处理心理社会关系以及身体因素。

这个医学教育方向，现在是、将来仍然是本科毕业后培训的任务。即便医学教育和培训不改变，全科医学的条件和地位也将发生重大改变。全科医学服务将向集体执业发展，经济管理将发生变革，不利于高素质医生进入全科医学的负面因素将被消除，人们使用医院服务的路径将会改变，以病人为中心整合医疗服务将得到发扬。

#### ◆学医前的教育

许多医学教师担心学生过早地专注于物理、化学和生物学，这会给他们今后的行医产生影响。我毫不犹豫地谴责过早地只关注“生物人”的教育，它破坏了一般文化和人类成熟度。现代医学服务中，能明显感觉到缺乏这种文化和成熟度。

医学的入门机会，都应该给予那些有文学、古典学或其他人文研究修养的学生，医学院对这些学生的录取，要优先于只擅长数、理的学生。数、理成绩好的高中生，很有可能对医患关系的基本品质以及对疾病的人为因素不敏感。这是一个优先事项：只有先确定全科医学需要什么品质的“素材”条件，才能录取正确的医学生，并能在本科阶段给这些未来医生以恰当的职业指导。

#### ◆临床前教育

医学本科时应致力于学习与医学相关的各种科学，特别是化学和社会科学所阐述的科学要领。从一开始，就应该把机械的和非人类知识，与人类和社会的知识同等地重视和平衡。否则医学只是用于准惰性结构的物理科学，令人困扰的“神话”将永远不会被打破。

医学生应该更多地了解人类个性发展和群体行为的规律，这些知识可能比“正常心理学”更广泛。只有非常认真地做好人文知识的教育，才能保持学生对人类生命源泉的兴趣。我这一代医生的兴趣就受到严重损害，我们曾专注于尸体解剖，以及对心肺或腓肠肌的学习，这种学习使我们失去人性，变得冷酷无情。

进入临床前，应该让学生接触一些社会科学的课程，例如与人类发展和文化（社会）人类学要素相关的课程。而且应该让医生和其他学科的人员一起参加学习，以表明医学有很多值得向社会心理学和人类学学习和借鉴的地方。当学生准备好进入病房时，他应该对群体和疾病以及生理过程有些概念，理解社会中正在发生的事情。

#### ◆临床学习初期

这是学员的焦虑的时期。在他们看过尸体和幻灯片之后，面对的是活着的人，因此，我们训练方法中的许多问题都暴露了出来。如果在临床前阶段引入社会心理问题的学习和讨论，这种焦虑情况可能会有所缓解。

早期临床阶段对于医生的发展至关重要，需要由最成熟的导师进行大量富有想象力的个人床边教学。除了引出躯体体征之外，还需要掌握谈话的艺术。我所说的谈话不是为了“采集病史”，而是例行公事地询问刻板的、引导性的问题，去核对教科书说的有指向意义的症状。我说的谈话，首先是学生要学会询问自己：这个病人是怎样的一个人？他的社会、经济或个人情感关系是怎样的？这些线索能不能告诉我为什么他此刻以这种特定的方式生病？在这个阶段，医学和人类行为科学可以结合在一起。

让学生组成小组，由有经验的精神病学家在床边随机采访任何病人，展示简短的、看似随意的谈话中，探索丰富的主观和客观的人类历史、动机、逃避现实、美德或堕落的谈话技术，然后立即在学生小组里讨论和评估学到的经验，要注意谈话内容，还要注意方式、融洽关系的发展、对沉默和阻抗的处理等技术。然后让每个学生在老师指导下进行谈话，体验当时的紧张和困难，并在记忆犹新的情况下进行讨论。也可以让社会工作者谈论他们的见解，也许再加上家访，以及由精神病学家或普通医生谈论对压力和疾病的各种反应类型。让学生互相进行这样的“人格访谈”，通过引导、相互评论，逐渐获得自信。

经历学习并获得经验后，学生对病人的整体性以及医患关系中人格动态的敏感度都会大大增强，并且消除治疗的障碍，“与病人无关的尴尬询问”会消失。花些时间让学员获得这种洞察力，掌握评估人格变量的基本技能，会让学员得到深刻和成熟的经验，这应该是所有未来临床医生的必要条件。

#### ◆临床学习的主要阶段

假设学生已经成功地养成了提出哈利迪式的问题，并能养成从生理或细菌学评估到心理和社会病因学相关因素的“全频”思考习惯，那么我们就可以让学生巩固和扩大他们的临床经验，综合地考虑病症表现和病人对压力的人格反应。

下一个疑问是，所有临床学习时间是否都应该在教学医院度过呢？是否有些时间用在全科诊所？最好是让学生去那些将疑难病例转介给医院的全科诊所？提出这个疑问可能是徒劳的，因为医院老师会认为在医院里教学太方便了，优点也太明显了，不需要那么复杂的教学安排。不过培养真正全科医生的老师，会很抗拒只在医院学习的方式。

如果顾问医生能表明接受整体医学概念，那么都是对学生的示范，让学生认识到在工作中应用整体医学概念的权利或能力。我这里说的不是某个临床主任在大查房时候偶尔嘟囔一句“这个被宠坏的病人有很大的紧张因素”，而是请精神病学科的医生来看病人，让病人接受心理学和精神病学专家的咨询指导，或者召开至少有两位临床老师参加的讨论会。

如果教学医院真诚和一贯地从各个角度说明慢性病复杂性和不确定性，就可以训练学生养成全面因果推理和动态思维的习惯。不过很多老师认为，病人的心理和精神病因学因素，是与生物医学完全不同。客观的归纳思维是医学科学的特征，它应用于任何现象，无论是生物学上的病毒感染还是心理学上的恋母现象。

未来,医学院培养的全科医生不仅要有临床能力,而且要有兴趣直接地思考心理问题和精神病理学问题。有这样思维和能力的全科医生,对社区人民是至关重要的,特别是对这个国家的年轻人。不仅只看到他们的问题,还要看到这些问题的成因。如果建立起恰当的概念框架,那么没有任何医生会比家庭医生做得更好。

#### ◆归纳

柯林斯的报告表明全科医生的光荣职业正处于危险之中,他强调的是全科医学服务有可能被昂贵且可疑的替代品(即专科化医学)所取代的趋势。全科医生力不从心的一个主要原因,可能是学生所学到的高级医学知识和技能,与他后来的全科实践之间相差太远,从而导致了全科医生对自身工作自豪感和抱负的丧失。

全科医学的真正框架是整体医学,即基于社会心理学和生物物理学的认识,对人提供综合服务。但迄今为止,这种生物-心理模式尚未得到充分传授和切实地付诸实践。

我建议通过改进教育手段,来提高医生运用这种综合医学的基本能力水平。希望这些建议有助于扩大医学界对全科医学的视野和兴趣,包括健康维护,以及睿智地对个人和社会问题的早期诊断,从而恢复全科医生与医院专科服务之间重要性的应有比例。

## 感悟——

英国全科医生学会成立(1952年)和现代医学模式(1977年)提出之前,是现代全科医学教育和实践的思考和萌发阶段。第二次世界大战后愈发强劲的医学专科化趋势,构成了对西方传统和经典的全科医学服务的重大挑战。学院派和医院派的专注和狭隘的专科医学教育,也让全科医生的社会和人文属性暗淡无光。

迪克斯教授从医学教育的源头来探索问题。“全科医生看病时处理的问题,与在医院学到的知识相去甚远,但他们与人们的健康和幸福非常贴近”,而医学院和医院教育只关注生物和病理现象而忽视心理和社会因素。

作者从医生的“素材”开始,认为大学前具有人文和科学精神并存的学生,是未来的医学实践者的理想人选。他认为在大学本科阶段就要平衡好生物医学与人文科学的教育,毕业后教育应该有“关系型技能”的培训,并分配出一定时间让学员去全科诊所学习整合医学实践。在迪克斯撰文时,这些建议面临着很大的挑战,医学界阶层和老师的功底和成见,都与全科医学的“学非所用”有关。

70多年后,英国和世界各国的全科医学教育发展经历了很多可喜的演进,很多医学院招录的新生必须通过额外的情商和逻辑考试,医学本科的人文教育部分得到了明显加强,统一的住院医培训后进入系统的全科职业化培训,全科医生导师培养全科医生,等。不过今天的解决方案很可能是明天的问题根源。挑战依然存在,危机层出不穷。迪克斯教授提出的建议有些已经被采纳,但问题仍然没有完全和完美的解决。全科医学就是随着社会进步,以及在医学的发展和复兴中,不断前进的。

当今世界的医疗卫生服务系统并非进入了最优的状态。这篇文章提出的医学与人文知识和技能的张力状态,全科与非全科之间取向和态势的差别,对我们仍具有现实的反思意义。至少还有一点,努力的结果并非一蹴而就,70多年,应该是三代人的光景。我们仍在努力,因为我们深知,一个学科的发展需要更多代人的努力,幸运的是,我们不是从零开始,而是已经站在巨人的肩膀上,才能得以看得更远,我们更期待着新一代的全科人能尽早超越,让医学回到根本。

引用本文:杨辉.医学中的全科医学——从《柳叶刀》200年历史看现代医学中的全科医学发展(一):迪克斯论全科教育的社会心理考量[J].中国全科医学,2024,27(2):前插.DOI:10.12114/j.issn.1007-9572.2024.A0001.