

# The Doctor-Patient Relationship from the Perspective of Psychology: The Role of Construal Level

Keke Fu\*, Zhuoyi Li\*, Yingqi Lv, Kaiyun Li#, Fengxun Lin#

School of Education and Psychology, University of Jinan, Jinan Shandong

Email: \*sep\_liky@ujn.edu.cn, #sep\_linfx@ujn.edu.cn

Received: Apr. 15<sup>th</sup>, 2020; accepted: May 20<sup>th</sup>, 2020; published: May 27<sup>th</sup>, 2020

## Abstract

The continuous improvement of material life has led to higher requirements for medical quality and standards, but present medical services cannot fully meet the needs of the public. Doctor-patient relationship is becoming increasingly tense. Previous researches focused on behavioral strategies (such as cooperative behavior) to improve the doctor-patient relationship. However, little research has paid attention to the inconsistency of the cognitive representation between doctors and patients in causing bad doctor-patient relationship. Construal level theory, a newly developed social cognitive representation theory, has been widely applied to explain individual's behavioral differences. From the perspective of construal level theory and psychological distance, the current paper described the different effects of construal level and psychological distance on the cognition, emotion and behavior of medical staff and patients, as well as the applications of construal level and psychological distance in the field of medical practice, such as communication among doctors and patients and medical decision-making, and then proposed suggestions from three aspects to promote the improvement of the relationship between doctors and patients: improving the sharing strategies of medical information, changing the cognition of unequal rights between doctors and patients, and adjusting the attribution to doctor-patient problems of medical staff and patients.

## Keywords

Doctor-Patient Relationship, Construal Level, Psychological Distance, Medical Staff, Patients

# 心理学视角下的医患关系：解释水平的作用

付可可\*, 李卓奕\*, 吕颖琪, 李开云#, 林丰勋#

\*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 付可可, 李卓奕, 吕颖琪, 李开云, 林丰勋(2020). 心理学视角下的医患关系: 解释水平的作用. *心理学进展*, 10(5), 667-677. DOI: 10.12677/ap.2020.105082

济南大学, 教育与心理科学学院, 山东 济南  
Email: "sep\_liky@ujn.edu.cn, "sep\_linfx@ujn.edu.cn

收稿日期: 2020年4月15日; 录用日期: 2020年5月20日; 发布日期: 2020年5月27日

## 摘要

物质生活的不断改善和提高使得大众对医疗质量和水平提出越来越高的要求, 但目前医疗服务尚不能充分满足群众需求, 医患关系和矛盾日趋紧张与激化。已有研究多从医患双方行为层面(如合作行为)提出改善医患关系和解决医患矛盾的策略与方法, 鲜有研究探讨和分析医患双方心理认知表征方式的差异或不一致在造成不良医患关系中的重要作用。解释水平理论是新近发展的社会认知表征理论, 该理论被广泛的应用于解释个体的行为差异。本文从解释水平理论以及与其密切相关的心理距离角度出发, 分析解释水平和心理距离对医护人员和患者认知、情绪与行为的不同影响, 及其在医患沟通与医疗决策等医疗实践领域的研究应用, 进而从提高医疗信息的共享水平、改变医生和患者对不对等权利的认知、调整医生和患者对医患关系的归因方式三个方面, 提出解决医患矛盾、促进医患关系改善的建议。

## 关键词

医患关系, 解释水平, 心理距离, 医护人员, 患者

Copyright © 2020 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

随着医疗技术的不断进步和医疗卫生事业的迅速发展, 人民群众的健康生活水平得到了显著提高, 但医患关系却愈发紧张, 医患矛盾不断加深。医疗纠纷事件数量上升, 医闹与暴力伤医事件时有发生, 据中国医师协会统计, 2015年5月28日到6月7日, 全国就连续发生了9起伤医事件(潘庆霞等, 2016)。医疗纠纷问题已从单纯的医疗问题演变为社会问题, 医患关系的改善亟待我们深入探讨与解决。

已有研究多从医患双方行为层面提出改善医患关系和解决医患矛盾的策略与方法, 例如在医患合作行为方面, 多提出加强医患自身修养、提高医护人员专业技能、增加医患互动等。而鲜有研究分析医患双方心理认知表征方式的差异或不一致对改善医患关系的重要性。心理学研究中提出的解释水平理论(Construal level theory, CLT)可以在一定程度上解释人们对事物的心理表征以及个体的行为差异。本文通过分析解释水平和心理距离对医护人员和患者知情行多方面的影响, 以及在医患沟通、医疗决策等实际应用中的重要作用, 阐释影响医患关系的因素, 提出相应的方法来促进医患矛盾的解决, 构建和谐医患关系。

## 2. 医患关系与解释水平、心理距离概述

### 2.1. 医患关系的界定

医患关系是医护人员与病人在医疗过程中产生的特定医治关系, 是医疗人际关系中的关键(弓思佳, 黎鹏程, 2019)。Szasz 和 Hollender (1956)界定了医患关系的形式, 分别是: 主动-被动, 引导-合作,

以及相互参与。主动 - 被动与引导 - 合作模式完全是家长式的, 主要以医生为中心, 而相互参与更强调以病人为中心。Kaba 和 Sooriakumaran (2007)通过对医患关系的历史梳理发现, 在医生和病人之间以病人为中心的关系发展成为医患关系的焦点。这就要求医生应该将病人理解为“一个独一无二的人”, 同时患者应该用主动参与、主动决策来取代被动参与决策。Balint (1969)认为医生不应该只关注患者的疾病、症状和体征, 还应该以患者为中心来倾听患者的真正问题。医生和患者的共同决策是医疗过程中最适合最恰当的医患关系。但是由于大多数患者对疾病的认识不足、医生和患者对医患关系的认知(如, 心理表征)存在差异等原因, 患者及其家属往往不能正确而理性地对待疾病及其诊治结果, 从而使医生和患者或患者家属产生冲突, 造成医患关系的紧张。尤其近年来医患恶性冲突事件频发(弓思佳, 黎鹏程, 2019)。以往有心理学研究提出, 医护人员和患者的心理表征, 即解释水平和心理距离会影响医患的沟通与医疗决策, 从而影响医患关系处理(孙鹤宇, 尹梅, 2016)。

## 2.2. 解释水平和心理距离的界定

解释水平理论(Construal level theory, CLT)提出个体对认知客体的心理表征具有不同的抽象水平, 即解释水平(Dhar & Kim, 2007; Trope & Liberman, 2003)。任何事件或物体都可以运用不同的解释水平进行表征。低解释水平是具体的、语境化的表达, 关注事物的从属和次要特征。高解释水平是抽象的、非语境化的表达, 更关注事物的主要特征(Trope & Liberman, 2003; Halamish & Liberman, 2017; Rim, Min, Liu, Chartrand, & Trope, 2019; Genschow, Hansen, Wänke, & Trope, 2019)。例如, “保持卫生”此类的表达方式比“在餐厅拖地”的表达方式更抽象。因此可以通过手段(how)/目的(why)启动不同解释水平: 通过回答“为什么打扫卫生”来启动高解释水平, 回答“如何打扫卫生”来启动低解释水平(张玥, 窦东徽, 辛自强, 2018; 李明晖, 饶俐琳, 2017)。启动不同解释水平的另一个方法是归纳/样例任务, 即上下位概念任务, 通过让被试对呈现的单词进行类别的描述(上位概念)来启动高解释水平, 如回答“狗”是“哺乳动物”, 而描述一个与类别相关的例子(下位概念)来启动低解释水平, 如回答“狗”是“狼狗”(Fujita & Carnevale, 2012)。解释水平不仅能够进行操纵, 还可以作为一种人格特质来测量: Vallacher 和 Wegner (1989)设计了行为鉴定表(Behavior identification form, BIF)来测量个体的解释水平, 个体选择“目的”的项目数越多, 则说明解释水平程度越高, 选择“手段”的项目数越多, 则说明解释水平程度越低。

心理距离是解释水平的影响因素, 解释水平也会影响心理距离(Trope & Liberman, 2003; Soderberg, Callahan, Kochersberger, Amit, & Ledgerwood, 2015)。例如, 当人们思考遥远的未来时, 可能会用抽象的术语来描述这个未来。同样, 当一个特定活动用抽象语言描述时, 人们倾向于相信它在未来。心理距离有四个维度, 分别是: 时间距离、空间距离、社会距离和假设性, 无论在哪种维度上, 对于距离较远的对象, 个体都将以更抽象、更高的解释水平进行表征, 对于距离较近的对象, 个体都将以更具体、更低的解释水平进行表征(Trope, Liberman, & Wakslak, 2007; Trope & Liberman, 2010)。

解释水平理论因其强大的解释力, 被广泛应用到各领域。本文通过分析解释水平和心理距离对医生和患者, 以及他们之间的关系产生的影响, 从认知角度来培养和增强医生与患者之间的信任, 促进医患关系的和谐。

## 3. 解释水平与心理距离对医护人员知情行的影响

许多研究发现, 当医护人员不能作为一个整体进行合作时, 容易出现医疗事故, 造成医患关系紧张, 而医护人员之间的合作能够有效避免医疗事故的发生、确保患者治疗和员工福利(Baggs et al., 1999; Manias & Street, 2001; Coombs & Ersser, 2004)。因此, 护士和医生之间的合作是许多医疗机构的工作重点(Hojat et al., 2001; Richter, Eisemann, Bauer, Kreibeck, & Åström, 2002)。Voyer 和 Reader (2013)研究发

现, 医生和护士对于合作的看法存在差异: 与护士相比, 医生的独立水平更高, 且男医生报告相互依赖的水平低于女医生。这是因为在现实中, 医生往往对病人具有最终决策权并且承担更大的责任、更高的风险, 而护士花在病人身上的时间更长, 产生更多的同理心, 在决策时可能会采用患者的观点, (Ashton-James, Van Baaren, Chartrand, Decety, & Karremans, 2007)。因此, 相比于护士, 医生更不需要合作来共同决策, 相互依赖水平更低(Sexton, Thomas, & Helmreich, 2000; Thomas, Sexton, & Helmreich, 2003)。同时, 制度化的社会实践体系下, 男女存在不同的预期行为(Ridgeway, 2001), 因此在决策时又存在性别差异: 男医生相互依赖水平更低。根据解释水平理论, 高解释水平的个体通常采用整体的加工模式, 而低解释水平的个体通常采用局部的加工模式(Trope & Liberman, 2010)。因此, 在进行医疗合作决策时, 护士可能比医生的解释水平更高, 认为自身所属的医疗团队是一个整体, 个体与个体之间相互依赖。同时, 在决策时不同角色(医生、护士)的解释水平也可能存在性别差异。未来研究可以通过BIF量表来测量医护人员在进行医疗决策时的解释水平, 检验医生和护士之间的解释水平是否存在差异, 以及不同性别之间的解释水平是否存在差异。根据 Kaba 和 Sooriakumaran (2007)的观点, 如果医生在医疗决策时采用低解释水平表征, 就会倾向于独立做出决策, 然而这并不利于和谐医患关系的建立。由此, 作为医院领导层, 可以通过训练医护人员采用高解释水平方式处理医患关系, 帮助医护人员建立整体加工的认知方式, 来增加医护人员之间的合作, 促进医护人员之间的关系和谐, 从而改善医患关系。

解释水平和心理距离还会通过影响医护人员的情绪调节, 进而影响医护人员的决策行为。研究表明, 由于工作任务繁重、风险高以及资源匮乏, 医护人员成为焦虑高发人群(Sun, Fu, Chang, & Wang, 2012; 郑新, 2012)。尤其是处在重大疫情期间, 医护人员的焦虑水平更高。高焦虑会使医护人员工作记忆能力下降(Vytal, Cornwell, Arkin, & Grillon, 2012; Vytal, Arkin, Overstreet, Lieberman, & Grillon, 2016), 进而影响医护人员的工作效率, 甚至会做出错误的决策行为, 导致医患关系紧张。一般而言, 焦虑的本质是一种思维活动, 高焦虑个体往往将思维停留在一个过于笼统和抽象的水平(Borkovec & Inz, 1990; Stöber & Borkovec, 2002)。Kross, Ayduk 和 Mischel (2005)提出, 当个体以第三人称(远心理距离)视角来调节情绪时, 个体会思考“为什么”, 思维处于相对抽象和笼统的水平。Stöber 和 Borkovec (2002)认为过于笼统的思维处理容易导致焦虑情绪调节失败。因此, 他们认为采用更具体地处理情绪信息的方式更有助于问题解决和促进情绪调节。有研究证实了这一观点, Schaefer 等(2003)让被试按照指导语以某种具体的方式或笼统的方式表达情绪信息。结果发现笼统的处理方式会导致更强烈的情绪, 使被试心率增加, 腹内侧前额叶皮层(与情绪产生相关的大脑区域)更活跃。Pierre, Céline 和 Céline (2006)同样也发现具体情绪信息加工组被试在训练后减少了其焦虑和恐惧情绪, 概括情绪信息加工组焦虑和恐惧有所增长。因此, 当医护人员产生焦虑或其它负性情绪时, 医护人员可以通过采用第一人称(近心理距离)视角, 进行低解释水平表征(更为具体的加工方式)来处理情绪信息, 调节情绪。

#### 4. 解释水平与心理距离对患者知情行的影响

解释水平和心理距离不仅影响医护人员的知情行, 还会对患者的知情行造成影响。解释水平会影响患者适应和应对疾病的态度, 高解释水平可以帮助患者更好地适应创伤应激。有研究表明, 在适应和应对癌症的过程中, 培养生命意义具有重要作用(Park, 2015), 癌症患者的生命意义和感受到的痛苦之间存在负相关(Winger, Adams, & Mosher, 2016)。培养癌症患者的生命意义可以有效缓解心理疾病(Breitbart, Rosenfeld, Pessin, Applebaum, Kulikowski, & Lichtenthal, 2015; van der Spek et al., 2014)。解释水平在生命意义形成和创伤后成长之间存在中介作用, Wang 等(2016)研究发现, 生命意义形成通过高解释水平的建构促使患者创伤后成长。

高解释水平使个体以相对抽象的方式表征事件, 采用一个更广泛和更全面的视角看问题。而困难或不确定的经历会促使个体采用高解释水平, 这涉及从心理上退而求其次, 着眼于更大的前景(Marguc, Förster, & Van Kleef, 2011)。对于癌症患者来说, 这类疾病似乎极其严重, 超出了他们的接受范围, 需要采用全面、新颖和长期的认知方式去适应这种疾病。首先, 从情绪调节的角度来看: 当患者通过增加心理距离而采用高解释水平表征时, 更容易抑制消极情绪, 降低消极事件的威胁性, 较少关注情绪激发的细节, 并以非评判和专注的方式处理事件(Kross & Ayduk, 2008; Watkins, 2008), 这种认知加工直接减少了反刍和侵入性思维(Ayduk & Kross, 2010)。其次, 从认知角度来看: 高解释水平使患者能够专注于整体信息, 而不受具体的情境约束, 以形成对事件的简单表示(Rim, Hansen, & Trope, 2013), 这有助于患者更客观地评估疾病的威胁性, 让他们认为对待疾病不再困难(Thomas & Tsai, 2012), 不再危险, 也不再不确定(Namkoong & Henderson, 2014), 这反过来又有利于患者对疾病的有效应对(Ayduk & Kross, 2010)。再者, 患者的认知范围扩大了, 使患者能够产生更多的创造性想法和决心来应对疾病(Marguc, Förster, & Van Kleef, 2011), 并帮助他们获得资源和社会支持。因此医护人员和家属应该鼓励和帮助患者采用高解释水平来适应疾病, 有效应对治疗疾病过程中的问题, 减少或避免医患矛盾的出现与激化。

心理距离会影响患者对医护人员的道德评判标准, 远的心理距离使患者对医护人员的道德判断更为严格(孙鹤宇, 尹梅, 2016)。李明晖和饶俐琳(2017)提出远心理距离时, 个体会忽略事件发生的因果关系和重要细节, 只关注与行为相关的道德准则, 这种脱离背景的直觉感很容易引发错误判断。当下, 一方面患者和医护人员的心理距离较远, 使得患者采用更严格方式对医护人员进行道德判断, 即使医护人员犯了小错误, 患者也会容易产生较多的负面评价, 而且这种负面评价还会因心理距离的增加产生放大效果, 使得医患关系的弦越拉越紧(孙鹤宇, 姜欢, 尹梅, 2016); 另一方面, 患者与自身心理距离更近, 倾向于采用低解释水平的认知方式, 更关注具体细节(Trope, Liberman, & Wakslak, 2007; Trope & Liberman, 2010)。因此当医护人员出现错误时, 患者容易出现过激行为, 如伤医。已有研究表明, 高解释水平操纵下的个体表现出更多的自控行为, 有更高的自控能力(Halamish et al., 2013), 这种自我控制能力使个体更关注事件或事物的长期利益而非短期利益(Fujita, 2011), 促使其做出更利于发展的选择(杨鹤, 2017)。由此, 为改善医患关系, 一方面可以通过拉近医护人员与患者之间的心理距离来降低患者对医护人员严苛的道德判断改善医患关系; 另一方面, 也可以通过训练患者的抽象思维, 通过建构高解释水平来提高患者的自控能力, 减少患者的过激行为。

## 5. 解释水平与心理距离在解决医患矛盾研究中的应用

### 5.1. 在医患沟通研究中的应用

医患沟通是影响医患关系的重要因素。在医患沟通时, 礼貌用语的使用会拉近医患的心理距离, 影响沟通结果(例如, 医疗事故诉讼的解决)。因此, 鼓励医生在医疗事故诉讼中对患者讲礼貌, 能够减少和解时间以及和解金额(Ho & Liu, 2011), 改善医患关系。而不同的解释水平会使人们使用不同礼貌程度的语言, 高的解释水平使人们倾向于使用礼貌用语。例如, Stephan, Liberman 和 Trope (2010)通过手段(how)/目的(why)启动个体的解释水平: 让被试阅读一个情境, 在这个情境中的主人公正在执行一项任务, 通过让被试分析这个主人公为什么/如何做这件事, 启动被试的高/低解释水平。之后让被试写下如果自己要说服情境中的主人公来帮助自己共同完成一项任务, 会如何表达。然后由专家根据 Semin 和 Fiedler (1988)的语言类别模型对被试的语言抽象性进行编码, 结果显示: 高解释水平表征者的表达方式更抽象, 如“你能帮助我一下吗?”, 而低解释水平表征者的表达方式更具体, 如“你能帮我算一下这道题吗? ”。医患沟通是医患关系良好发展的重要前提, 是拉近医患心理距离的重要方式。因此, 可以通过启动医患双

方的高解释水平,促进双方礼貌用语的使用,进而改善医患的沟通方式,有效缩短医患之间的心理距离,避免医患冲突。

从整体和局部的角度思考问题也会影响医患之间的沟通与协商。研究表明,高解释水平操纵下的被试更多地考虑利益的整体性、全局性,对与全局利益相关的协商,协商效果更好;而低解释水平操纵下的被试,对与细节问题相关的协商,其协商效果会更好(Giacomantonio, De Dreu, & Mannetti, 2010)。还有学者在此基础上指出,当在协商中遇到障碍时,高解释水平操纵下的协商者会选择退让,从更为全局的角度审视问题,从而达到双赢(De Dreu, Giacomantonio, Shalvi, & Sligte, 2009; Henderson, 2011)。重大疫情期间,医患关系得到缓和,医患双方意识到只有相互配合,才能实现最佳的治疗效果。医患双方都倾向于从全局的角度思考问题,从而极易实现双赢的协商。因此,可以通过提高人们的解释水平,使得医护人员以及患者、患者家属都能够从全局看问题,促进双方达成一致,改善医患关系。

## 5.2. 在医疗决策研究中的应用

在日常生活中,为自己做决定和向他人提供建议时,个体会因社会距离的不同而形成不同的决策偏好。Peng 等(2013)指出在医疗行业中也存在这一现象:当被试在为自己/他人选择放疗(如肿瘤放射治疗,治疗存活率 100%, 5 年存活率 20%)或手术(如肿瘤手术治疗,治疗存活率 50%, 5 年存活率 40%)治疗方案时,被试更倾向于为自己选择保守性放疗,而为他人选择手术治疗。

不同的心理距离会使个体采用不同的解释水平来表征事件。研究表明,远心理距离使个体倾向于采用高解释水平表征事件,更注重从全局考虑问题,关注事件的“可取性”,即关注决策结果的价值;而近心理距离使个体倾向于采用低解释水平表征事件,更注重从局部考虑问题,关注事件的“可行性”,即关注实施决策的难易程度(Liberman & Förster, 2009; Fujita, Eyal, Chaiken, Trope, & Liberman, 2008)。Lu, Xie 和 Xu (2013)也通过研究证实,在决策过程中,为他人决策的个体比为自己决策的个体更倾向于关注“可取性”而不是“可行性”。从与患者的心理距离来看,相对于患者家属,医生与患者的社会距离更远。因此,在制订医疗决策时,医生更关注最终结果的价值,而患者家属更关注治疗的过程。以癌症为例,医方更推荐化疗等治疗结果较明显的方案,而患者家属则更倾向于选择治疗过程中给患者造成伤害较小的保守治疗方案。同样,患者和患者家属与患者本身的心理距离也存在差异,相比于患者家属,患者与自己的心理距离更近。因而在为自己决策时,更多的考虑方案实施过程(例如手术不成功家人怎么办),关注细节(例如影响生活的症状是什么,治疗过程需要经历什么等)。而患者家属在为患者决策时,更多的考虑最终结果(例如存活预期),关注疾病的整体特征(例如是否危及生命、治疗结果等)(黄俊,李晔,张宏伟,2015;孙鹤宇,姜欢,尹梅,2016)。在实际情况中,医护人员往往将信息告知患者家属,并由其为患者做出决策,但是患者家属和患者想法并不完全一致。因此为了保证患者主观意愿的表达,医院方面应该肯定患者参与的必要性,采取以患者本人为医疗决策权利中心的决策模式,这有助于减少因决策而造成的医患矛盾,从而改善医患关系。

除了社会距离,时间距离也对医疗决策产生较大影响,主要体现为患者在不同时间接受治疗的不同时间会做出不同决策。根据解释水平理论,心理距离越远,个体对事件表征的抽象程度越高,越倾向于做出收益大且风险大的决策,而心理距离越近,个体对事件表征的具体程度越高,越倾向于做出收益小同时风险也小的决策(Trope & Liberman, 2003; 李雁晨,周庭锐,周琇,2009)。因此,患者如果在接受治疗之前较长一段时间内对治疗方案进行选择,容易选择治疗效果好但风险高的方案,相反,在接受治疗之前较短一段时间内选择,则容易选择治疗效果差但风险小的方案。所以,将临床实践的重要决策安排在术前谈话中进行,可以有效地避免时间距离对决策的影响,从而避免医患矛盾的产生(孙鹤宇,姜欢,尹梅,2016)。

## 6. 综合讨论与展望

导致医患关系紧张的原因有很多,主要包括以下三个方面。首先,患者对医学认知不足,获得的医疗信息不全面,并且在获取信息时容易受到社会舆论的误导(弓思佳,黎鹏程,2019)。其次,在医疗过程中,医护人员和患者之间存在权利不对等的现象,医护人员是信息的发送者,是专家和权威的代表,而患者是信息的接收者,处于从属地位(谭先健,丁琴,黄礼群,夏婷婷,康婉星,姚国庆,2019)。在这种情况下医护人员可能会不尊重患者,患者可能不理解医护人员,双方存在沟通障碍。最后,在发生医患冲突时,医护人员和患者对待同一事件有各自的理解(瞿雯,高隼,官锐园,2016),可能互相推卸责任,从而激化医患矛盾。因此,本文从解释水平和心理距离角度出发,提出可以通过提高医疗信息的共享水平、改善医生与患者对不对等权利的认知、调整医生和患者对医患关系的归因方式这三方面来改善医患关系。

### 6.1. 提高医疗信息的共享水平

目前,医患双方的信息不对等是造成医患关系紧张的一大原因(张丽,2018)。因此,院方可以通过共享信息平台,对社会(患者及患者家属)主动提供医疗服务信息,缓解医患双方信息不对称的情况。研究发现,信息共享与解释水平存在相关关系:高信息共享者的解释水平更低,而低信息共享者的解释水平更高。这是因为低信息共享者所获得的具体信息量少,对事件趋向于抽象表征(Jiga-Boy, Clark, & Semin, 2013)。因此,可以鼓励医护人员共享信息时采用低解释水平表征,促进医疗信息共享。

共享信息的方式有很多,主要是通过对文字、图片等的运用,将信息以多媒体的形式展示在网络平台(金福年,2007)。网络平台使信息共享方式(文字、图片、视频等)变得多样,让患者更加直观地了解到相关医学知识(凌杰,2012)。现有研究表明,不同的交往动机使心理距离发生变化,个体偏好的信息共享方式也会有所不同:让被试想象一个最近产生隔阂的亲密好友,并让被试选择靠近好友/与好友保持距离的交流方式。结果发现,在接近动机下,被试在交流中更倾向于使用图片的表达方式;在距离动机下,被试更倾向于使用文本的交流方式(Torrez, Wakslak, & Amit, 2019)。因此,为了让患者产生接近动机,拉近医患的心理距离,可以多利用图片和视频进行信息共享。另外,共享时信息的颜色也会影响个体的解释水平。Lee, Deng, Unnava, 和 Fujita (2014)提出黑白(相对于彩色)促进个体的高解释水平(相对于低解释水平),使个体关注事物主要的、本质的(相对于次要的、细节的)特征。之后, Lee, Fujita, Deng 和 Unnava, (2017)通过实验发现,如果让被试想象遥远的未来,被试倾向于捕捉黑白信息,而随着时间距离越来越远,被试倾向于捕捉彩色信息。因此,当院方进行信息共享时,可以根据信息的主要程度选择呈现不同颜色的信息,帮助患者及其家属准确地获取信息。

在信息共享过程中,患者还会通过新闻报道获取信息。而新闻报道中关于医护人员的负面报道较多,使得患者对医护人员产生负面认识,影响医患关系。解释水平理论和道德判断的研究表明,个体的道德判断标准会随着心理距离的增加而变得严格(孙鹤宇,尹梅,2016)。这是因为在一般道德判断中,远心理距离使个体进行高解释水平表征,忽略事件的背景信息,只关注行为结果(Eyal, Liberman, & Trope, 2008)。比如,当个体与医护人员心理距离较远时,如果医护人员犯了错误,个体会更多地关注医护人员失误所导致的结果,而更少地关注医护人员在这个过程中所做的努力。而新闻记者与医护人员的心理距离较远,对医护人员的道德判断标准较严格,所以新闻报道较为负面(孙鹤宇,姜欢,尹梅,2016)。因此,未来新闻记者应多了解医护人员,拉近与医护人员的心理距离,增加正面报道,促进医患关系和谐。

### 6.2. 改变医生与患者对不对等权利的认知

在医患关系中,医护人员与患者的地位不对等,医护人员处于优势地位,患者的刚性需求和缺乏医疗技术,使患者处于弱势地位。因此,医护人员相当于高权力者,而患者及患者家属相当于低权力者。

Lammers, Galinsky, Gordijn 和 Otten (2012)指出, 随着社会距离加大, 高权力感个体的利他行为减少。此外, 还有研究表明高权力感个体的解释水平较高, 所使用的言辞更为抽象, 更为积极, 更具有确定性(Magee, Milliken, & Lurie, 2010)。因此可以通过改变解释水平或心理距离来影响个体的权力感, 即通过干预医护人员的解释水平或心理距离来降低其权力感, 从而影响他们的利他行为以及言语表达, 以此来改善目前紧张的医患关系。

### 6.3. 调整医生和患者对医患关系的归因方式

医患之间难免产生纠纷, 当这种消极事件发生时, 无论医护人员还是患者都会对此进行归因。归因是对自己或他人行为的特征及意图的解释和理解(Spitzberg & Manusov, 2015)。不同的归因方式会使个体对该行为产生积极或消极的认知、情感和反应(梁裕健, 2016)。Ross, Lutz 和 Lakey (1999)提到归因风格可以分为两类: 积极归因和消极归因。积极归因是指将积极事件结果归因于内部的、持久的和整体的原因, 将消极事件结果归因于外部的、不稳定的、具体的原因。而消极归因却相反, 将积极事件结果归因于外部的、不稳定的、具体的原因, 将消极事件结果归因于内部的、持久的和整体的原因。当产生医患矛盾时, 对于这一消极事件, 患者及其家属大多数归因于医护人员服务态度不好, 服务不到位, 缺乏有效沟通, 或者治疗效果不理想等(杜淑英, 李有权, 2008); 而医护人员面对患者的这些负面评价认为自己的合法权益不能得到保护, 从而产生职业倦怠(林蜜, 2009; 莫秀婷, 徐凌忠, 罗惠文, 盖若琰, 2015)。由此可知, 对于消极事件, 无论患者还是医护人员都将消极事件结果归因于外部的、不稳定的、具体的原因。但是, 这种归因风格并不利于和谐医患关系的建立。个体的归因方式与认知水平密切相关(黄俊, 李晔, 张宏伟, 2015), 在高解释水平条件下, 个体更关注事物的抽象性和整体性, 而在低解释水平条件下, 个体更关注事物的具体性和局部性(Trope & Liberman, 2003; Halamish & Liberman, 2017)。因此, 在发生消极事件时, 低解释水平表征者更容易将结果归因于外部的、不稳定的、具体的原因。综上所述, 可以通过对解释水平的操纵, 改变个体的归因方式, 让患者和医护人员在发生消极事件时, 将结果归因于内部的、持久的和整体的原因, 帮助医患双方互相理解, 减少冲突。

### 基金项目

本文获得国家自然科学基金青年项目(31800913)和山东省自然科学基金博士项目(ZR2018BC065)资助。

### 参考文献

- 杜淑英, 李有权(2008). 归因理论在减少医疗纠纷中的应用. *医学与哲学: 人文社会医学版*, 29(6), 24-26.
- 弓思佳, 黎鹏程(2019). 医患关系紧张的原因及其改善策略. *中国中医药现代远程教育*, 17(17), 156-158.
- 黄俊, 李晔, 张宏伟(2015). 解释水平理论的应用及发展. *心理科学进展*, 23(1), 110-119.
- 金福年(2007). 加强医患沟通的有效途径. *中国医院*, 11(8), 63-65.
- 李明晖, 饶俪琳(2017). 解释水平视角下的道德判断. *心理科学进展*, 25(8), 1423-1430.
- 李雁晨, 周庭锐, 周琇(2009). 解释水平理论: 从时间距离到心理距离. *心理科学进展*, 17(4), 667-677.
- 梁裕健(2016). 大学生归因方式研究综述. *文教资料*, (15), 125-126.
- 林蜜(2009). *医患关系失谐及缓解对策研究*. 硕士论文, 长沙: 湖南大学.
- 凌杰(2012). 注重医患沟通构建和谐社会. *医学信息*, 25(12), 410-411.
- 莫秀婷, 徐凌忠, 罗惠文, 盖若琰(2015). 医务人员感知医患关系、工作满意度与离职意向的关系研究. *中国临床心理学杂志*, 23(1), 141-146.
- 潘庆霞, 梁立波, 吴群红, 郝洁靓, 陶四海, 黄照权, 等(2016). 公立医院医患关系紧张的原因及对策探讨——基于医



- 患双方视角的分析. *中国医院管理*, 36(5), 68-70.
- 翟雯, 高隼, 官锐园(2016). 大众偏见对医疗纠纷中归因和责任推断的影响. *中国临床心理学杂志*, 24(2), 213-217.
- 孙鹤宇, 姜欢, 尹梅(2016). 解释水平理论视域下审看医患差异. *医学与法学*, 8(6), 1-6.
- 孙鹤宇, 尹梅(2016). 对不同社会距离视域下坏消息告知伦理问题的探讨. *中国医学伦理学*, 29(3), 421-423.
- 谭先健, 丁琴, 黄礼群, 夏婷婷, 康婉星, 姚国庆(2019). 我国医患沟通主要模式及思考. *华南国防医学杂志*, 33(12), 851-854.
- 杨鸽(2017). *未来结果考虑和解释水平对健康/美味食物消费决策的影响*. 学位论文, 杭州: 浙江大学.
- 张丽(2018). 共享信息时代的医患沟通. *世界最新医学信息文摘*, 18(75), 192.
- 张玥, 窦东徽, 辛自强(2018). 解释水平对自我控制的影响. *心理科学进展*, 26(10), 1878-1889.
- 郑新(2012). 医务人员压力状况及对策. *中国公共卫生*, 28(1), 45-46.
- Ashton-James, C., Van Baaren, R. B., Chartrand, T. L., Decety, J., & Karremans, J. (2007). Mimicry and Me: The Impact of Mimicry on Self-Construal. *Social Cognition*, 25, 518-535. <https://doi.org/10.1521/soco.2007.25.4.518>
- Ayduk, Ö., & Kross, E. (2010). From a Distance: Implications of Spontaneous Self-Distancing for Adaptive Self-Reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 809-829. <https://doi.org/10.1037/a0019205>
- Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Mushlin, A. I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H., Oakes, D., & Hutson, A. D. (1999). Association between Nurse-Physician Collaboration and Patient Outcomes in Three Intensive Care Units. *Critical Care Medicine*, 27, 1991-1998. <https://doi.org/10.1097/00003246-199909000-00045>
- Balint, E. (1969). The Possibilities of Patient-Centered Medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17, 269-276.
- Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The Nature of Worry in Generalized Anxiety Disorder: A Predominance of Thought Activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90027-G](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90027-G)
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenhal, W. G. (2015). Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33, 749-754. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
- Coombs, M., & Ersser, S. J. (2004). Medical Hegemony in Decision-Making—A Barrier to Interdisciplinary Working in Intensive Care? *Journal of Advanced Nursing*, 46, 245-252. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02984.x>
- De Dreu, C. K. W., Giacomantonio, M., Shalvi, S., & Sligte, D. (2009). Getting Stuck or Stepping Back: Effects of Obstacles and Construal Level in the Negotiation of Creative Solutions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 542-548. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.01.001>
- Dhar, R., & Kim, E. Y. (2007). Seeing the Forest or the Trees: Implications of Construal Level Theory for Consumer Choice. *Journal of Consumer Psychology*, 17, 96-100. [https://doi.org/10.1016/S1057-7408\(07\)70014-1](https://doi.org/10.1016/S1057-7408(07)70014-1)
- Eyal, T., Liberman, N., & Trope, Y. (2008). Judging Near and Distant Virtue and Vice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 1204-1209. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2008.03.012>
- Fujita, K. (2011). On Conceptualizing Self-Control as More than the Effortful Inhibition of Impulses. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 352-366. <https://doi.org/10.1177/1088868311411165>
- Fujita, K., & Carnevale, J. J. (2012). Transcending Temptation through Abstraction the Role of Construal Level in Self-Control. *Current Directions in Psychological Science*, 21, 248-252. <https://doi.org/10.1177/0963721412449169>
- Fujita, K., Eyal, T., Chaiken, S., Trope, Y., & Liberman, N. (2008). Influencing Attitudes toward Near and Distant Objects. *Journal of Experimental Social Psychology*, 227, 9044-9062. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2007.10.005>
- Genschow, O., Hansen, J., Wänke, M., & Trope, Y. (2019). Psychological Distance Modulates Goal-Based versus Movement-Based Imitation. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 45, 1031-1048. <https://doi.org/10.1037/xhp0000654>
- Giacomantonio, M., De Dreu, C. K. W., & Mannetti, L. (2010). Now You See It, Now You Don't: Interests, Issues, and Psychological Distance in Integrative Negotiation. *Journal of Personality & Social Psychology*, 98, 761-774. <https://doi.org/10.1037/a0017879>
- Halamish, V., & Liberman, N. (2017). How Much Information to Sample before Making a Decision? It Is a Matter of Psychological Distance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 71, 111-116. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.03.004>
- Halamish, V., Nussinson, R., & Ben-Ari, L. (2013). In a Year, Memory Will Benefit from Learning, Tomorrow It Won't: Distance and Construal Level Effects on the Basis of Metamemory Judgments. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 39, 1621-1627. <https://doi.org/10.1037/a0032381>
- Henderson, M. D. (2011). Mere Physical Distance and Integrative Agreements: When More Space Improves Negotiation

- Outcomes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47, 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.07.011>
- Ho, B., & Liu, E. (2011). Does Sorry Work? The Impact of Apology Laws on Medical Malpractice. *Journal of Risk and Uncertainty*, 43, 141-167. <https://doi.org/10.1007/s11166-011-9126-0>
- Hojat, M., Nasca, T. J., Cohen, M. J., Fields, S. K., Rattner, S. L., Griffiths, M., Ibarra D., de Gonzalez, A. A.-G., Torres-Ruiz, A., Ibarra G., & Garcia, A. (2001). Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration: A Cross-Cultural Study of Male and Female Physicians and Nurses in the United States and Mexico. *Nursing Research*, 50, 123-128. <https://doi.org/10.1097/00006199-200103000-00008>
- Jiga-Boy, G. M., Clark, A. E., & Semin, G. R. (2013). Situating Construal Level: The Function of Abstractness and Concreteness in Social Contexts. *Social Cognition*, 31, 201-221. <https://doi.org/10.1521/soco.2013.31.2.201>
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The Evolution of the Doctor-Patient Relationship. *International Journal of Surgery*, 5, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2006.01.005>
- Kross, E., & Ayduk, O. (2008). Facilitating Adaptive Emotional Analysis: Distinguishing Distanced-Analysis of Depressive Experiences from Immersed-Analysis and Distraction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 924-938. <https://doi.org/10.1177/0146167208315938>
- Kross, E., Ayduk, O., & Mischel, W. (2005). When Asking “Why” Does Not Hurt Distinguishing Rumination from Reflective Processing of Negative Emotions. *Psychological Science*, 16, 709-715. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01600.x>
- Lammers, J., Galinsky, A. D., Gordijn, E. H., & Otten, S. (2012). Power Increases Social Distance. *Social Psychological & Personality Science*, 3, 282-290. <https://doi.org/10.1177/1948550611418679>
- Lee, H., Deng, X., Unnava, H. R., & Fujita, K. (2014). Monochrome Forests and Colorful Trees: The Effect of Black-and-White versus Color Imagery on Construal Level. *Journal of Consumer Research*, 41, 1015-1032. <https://doi.org/10.1086/678392>
- Lee, H., Fujita, K., Deng, X., & Unnava, H. R. (2017). The Role of Temporal Distance on the Color of Future-Directed Imagery: A Construal-Level Perspective. *Journal of Consumer Research*, 43, 707-725. <https://doi.org/10.1093/jcr/ucw051>
- Lieberman, N., & Förster, J. (2009). Distancing from Experienced Self: How Global-versus-Local Perception Affects Estimation of Psychological Distance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 203-216. <https://doi.org/10.1037/a0015671>
- Lu, J., Xie, X., & Xu, J. (2013). Desirability or Feasibility: Self-Other Decision-Making Differences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39, 144-155. <https://doi.org/10.1177/0146167212470146>
- Magee, J. C., Milliken, F. J., & Lurie, A. R. (2010). Power Differences in the Construal of a Crisis: The Immediate Aftermath of September 11, 2001. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 36, 354-370. <https://doi.org/10.1177/0146167209360418>
- Manias, E., & Street, A. (2001). The Interplay of Knowledge and Decision Making between Nurses and Doctors in Critical Care. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 129-140. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00055-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00055-9)
- Marguc, J., Förster, J., & Van Kleef, G. A. (2011). Stepping Back to See the Big Picture: When Obstacles Elicit Global Processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 883-901. <https://doi.org/10.1037/a0025013>
- Namkoong, J. E., & Henderson, M. D. (2014). It's Simple and I Know It! Abstract Construals Reduce Causal Uncertainty. *Social Psychological and Personality Science*, 5, 352-359. <https://doi.org/10.1177/1948550613499240>
- Park, C. L. (2015). Integrating Positive Psychology into Health-Related Quality of Life Research. *Quality of Life Research*, 24, 1645-1651. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0889-z>
- Peng, J., He, F., Zhang, Y., Liu, Q., Miao, D., & Xiao, W. (2013). Differences in Simulated Doctor and Patient Medical Decision Making: A Construal Level Perspective. *PLoS ONE*, 8, e79181. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079181>
- Pierre, P., Céline, B., & Céline, D. (2006). Specifying Emotional Information: Regulation of Emotional Intensity via Executive Processes. *Emotion*, 6, 560-571. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.560>
- Richter, J., Eisemann, M. R., Bauer, B., Kreibeck, H., & Åström, S. (2002). Decision-Making in the Treatment of Elderly People: A Cross-Cultural Comparison between Swedish and German Physicians and Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 149-156. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00072.x>
- Ridgeway, C. L. (2001). Gender, Status, and Leadership. *Journal of Social Issues*, 57, 637-655. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00233>
- Rim, S. Y., Min, K. E., Liu, P. J., Chartrand, T. L., & Trope, Y. (2019). The Gift of Psychological Closeness: How Feasible versus Desirable Gifts Reduce Psychological Distance to the Giver. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 45, 360-371. <https://doi.org/10.1177/0146167218784899>
- Rim, S., Hansen, J., & Trope, Y. (2013). What Happens Why? Psychological Distance and Focusing on Causes versus Con-

- sequences of Events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104, 457-472. <https://doi.org/10.1037/a0031024>
- Ross, L. T., Lutz, C. J., & Lakey, B. (1999). Perceived Social Support and Attributions for Failed Support. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 896-908. <https://doi.org/10.1177/0146167299025007011>
- Schaefer, A., Collette, F., Philippot, P., Van der Linden, M., Laureys, S., Delfiore, G., Salmon, E. et al. (2003). Neural Correlates of “Hot” and “Cold” Emotional Processing: A Multilevel Approach to the Functional Anatomy of Emotion. *NeuroImage*, 18, 938-949. [https://doi.org/10.1016/S1053-8119\(03\)00009-0](https://doi.org/10.1016/S1053-8119(03)00009-0)
- Sexton, J. B., Thomas, E. J., & Helmreich, R. L. (2000). Error, Stress, and Teamwork in Medicine and Aviation: Cross Sectional Surveys. *BMJ*, 320, 745-749. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.745>
- Soderberg, C. K., Callahan, S. P., Kochersberger, A. O., Amit, E., & Ledgerwood, A. (2015). The Effects of Psychological Distance on Abstraction: Two Meta-Analyses. *Psychological Bulletin*, 141, 525-548. <https://doi.org/10.1037/bul0000005>
- Spitzberg, B. H., & Manusov, V. (2015). Attribution Theory: Finding Good Cause in the Search for Theory. In L. A. Baxter, & D. O. Braithwaite (Eds.), *Engaging Theories in Interpersonal Communication: Multiple Perspectives* (pp. 37-49). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stöber, J., & Borkovec, T. D. (2002). Reduced Concreteness of Worry in Generalized Anxiety Disorder: Findings from a Therapy Study. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 89-96. <https://doi.org/10.1023/A:1013845821848>
- Sun, W., Fu, J., Chang, Y., & Wang, L. (2012). Epidemiological Study on Risk Factors for Anxiety Disorder among Chinese Doctors. *Journal of Occupational Health*, 54, 1-8. <https://doi.org/10.1539/joh.11-0169-OA>
- Szasz, T., & Hollender, M. H. (1956). A Contribution to the Philosophy of Medicine. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592. <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>
- Thomas, E. J., Sexton, J. B., & Helmreich, R. L. (2003). Discrepant Attitudes about Teamwork among Critical Care Nurses and Physicians. *Critical Care Medicine*, 31, 956-959. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000056183.89175.76>
- Thomas, M., & Tsai, C. I. (2012). Psychological Distance and Subjective Experience: How Distancing Reduces the Feeling of Difficulty. *Journal of Consumer Research*, 39, 324-340. <https://doi.org/10.1086/663772>
- Torrez, B., Wakslak, C., & Amit, E. (2019). Dynamic Distance: Use of Visual and Verbal Means of Communication as Social Signals. *Journal of Experimental Social Psychology*, 85, 103849-103856. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2019.103849>
- Trope, Y., & Liberman, N. (2003). Temporal Construal. *Psychological Review*, 110, 403-421. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.3.403>
- Trope, Y., & Liberman, N. (2010). Construal-Level Theory of Psychological Distance. *Psychological Review*, 117, 440-463. <https://doi.org/10.1037/a0018963>
- Trope, Y., Liberman, N., & Wakslak, C. (2007). Construal Levels and Psychological Distance: Effects on Representation, Prediction, Evaluation, and Behavior. *Journal of Consumer Psychology*, 17, 83-95. [https://doi.org/10.1016/S1057-7408\(07\)70013-X](https://doi.org/10.1016/S1057-7408(07)70013-X)
- Vallacher, R. R., & Wegner, D. M. (1989). Levels of Personal Agency: Individual Variation in Action Identification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 660-671. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.4.660>
- van der Spek, N., van Uden-Kraan, C. F., Vos, J. et al. (2014). Meaning-Centered Group Psychotherapy in Cancer Survivors: A Feasibility Study. *Psycho-Oncology*, 23, 827-831. <https://doi.org/10.1002/pon.3497>
- Voyer, B. G., & Reader, T. (2013). The Self-Construal of Nurses and Doctors: Beliefs on Interdependence and Independence in the Care of Older People. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 2696-2706. <https://doi.org/10.1111/jan.12157>
- Vytal, K. E., Arkin, N. E., Overstreet, C., Lieberman, L., & Grillon, C. (2016). Induced-Anxiety Differentially Disrupts Working Memory in Generalized Anxiety Disorder. *BMC Psychiatry*, 16, 62-70. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0748-2>
- Vytal, K., Cornwell, B., Arkin, N., & Grillon, C. (2012). Describing the Interplay between Anxiety and Cognition: From Impaired Performance under Low Cognitive Load to Reduced Anxiety under High Load. *Psychophysiology*, 49, 842-852. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2012.01358.x>
- Wang, Y., Gan, Y., Miao, M., Ke, Q., Li, W., Zhang, Z., & Cheng, G. (2016). High-Level Construal Benefits, Meaning Making, and Posttraumatic Growth in Cancer Patients. *Palliative & Supportive Care*, 14, 510-518. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001224>
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and Unconstructive Repetitive Thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Winger, J. G., Adams, R. N., & Mosher, C. E. (2016). Relations of Meaning in Life and Sense of Coherence to Distress in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Psycho-Oncology*, 25, 2-10. <https://doi.org/10.1002/pon.3798>