

心理疾病内隐污名述评*

王晓刚^{1,2} 尹天子¹ 黄希庭¹

(¹西南大学心理学院, 重庆 400715) (²四川司法警官职业学院, 德阳 618000)

摘要 心理疾病内隐污名是个体无法内省或精确识别的与心理疾病有关的痕迹, 它潜在地调节着个体对心理疾病患者的观念和行为。心理疾病内隐污名的主要测量方法包括内隐联想测验、简式内隐联想测验、启动任务和生理心理测量。当前该研究领域集中在内隐污名的成分、公众内隐污名、自我内隐污名、去污名化评估等方面。未来研究可从心理疾病内隐污名的构成与结构、认知神经基础、测量整合和本土化等角度做进一步探讨。

关键词 内隐污名; 外显污名; 心理疾病; 内隐联想测验

分类号 R395

1 引言

心理疾病患者常被看作是缺少理性, 失去控制, 没有责任感的人(Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999)。不可否认, 心理疾病可能严重影响个体的社会功能, 但许多心理疾病患者, 特别是那些接受治疗的人, 他们处于良好状态的时间也会相当长(Stier & Hinshaw, 2007)。但大多数公众并不清楚各种心理疾病患者之间的症状差异和社会功能受损情况, 往往一概视之为不受欢迎的同一类人, 即“心理疾病患者”。心理疾病污名(stigma of mental illness)正是指个体在社会互动中对心理疾病患者存有的负面评价、消极情感体验和歧视。在遭受心理疾病痛苦的同时, 心理疾病患者还要承受公众施加的污名(Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005)。世界卫生组织指出“心理和行为障碍患者康复的最大阻碍就是社会对他们的污名和歧视”(WHO, 2001)。心理疾病污名不仅会导致心理疾病患者回避治疗, 降低治疗依从性(Rüsch, Todd, Bodenhausen, Weidend, & Corrigan, 2009c), 而且即使疾病症状或机能失调得到控制, 污名的负面作用也会持续

存在(Jorm, Christensen, & Griffiths, 2006; Verhaeghe & Bracke, 2011)。

当前, 心理疾病污名测量主要采用自陈式问卷或量表(Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004; Brohan, Slade, Clement, & Thornicroft, 2010), 集中于公众污名和自我污名两个领域(Corrigan, 2004; Corrigan & Watson, 2007; Stier & Hinshaw, 2007)。这些研究关注的是个体意识到的、可控的心理疾病污名, 也就是心理疾病外显污名(explicit stigma of mental illness)。然而, 研究表明自陈式外显测量存在不足, 特别是容易受社会赞许性影响而低估污名程度(Teachman, Wilson, & Komarovskaya, 2006; Peris, Teachman, & Nosek, 2008)。Link和Cullen的研究(引自Stier & Hinshaw, 2007)发现, 与行为测量或者更加隐蔽的测量方式相比, 自陈问卷测得的被试对心理疾病的态度显得更善良和仁慈。公开地贬低、排斥和歧视心理疾病患者已越来越受到社会的谴责, 类似的观念和行为也因此变得更见隐蔽和难以察觉。去污名研究也发现, 外显测量难以准确评估去污名干预的实际效果(Angermeyer & Matschinger, 2005; Corrigan & Shapiro, 2010)。研究者认为, 外显测量不能准确反映人们对心理疾病患者的真实态度(Peris et al., 2008; Rüsch, Todd, Bodenhausen, & Corrigan, 2010b)。

针对外显测量存在的不足, Teachman 等人

收稿日期: 2011-07-14

* 教育部哲学社会科学研究重大课题攻关项目(05JZD00031)。

通讯作者: 黄希庭, E-mail: xthuang@swu.edu.cn

(2006)首次采用间接测量对心理疾病污名进行了研究,这也被认为是心理疾病内隐污名研究的开始(Stier & Hinshaw, 2007)。之后的一系列研究表明,公众和患者自身都对心理疾病患者存在内隐的心理疾病污名,但都未对心理疾病内隐污名提出明确界定(Teachman et al., 2006; Rüsch et al., 2009a; 2009b)。在总结这些研究的基础之上,我们认为心理疾病内隐污名(implicit stigma of mental illness)是指个体难以内省或精确识别的与心理疾病有关的痕迹,它潜在地调节着个体对心理疾病患者的消极观念和行为。目前,关于心理疾病内隐污名的实证研究还不多,但已有研究对内隐污名的构成成分、测量方法,以及去污名干预和效果评估都有重要发现。当前,我国也正在积极推进心理健康服务体系构建和心理保健立法工作,而心理疾病内隐污名研究有助于更好地认识和消除人们对心理疾病患者的污名,推动全社会对心理疾病患者的尊重、理解和关爱。本文将对心理疾病内隐污名的测量方法和研究现状进行分析,并探讨未来研究的方向。

2 心理疾病内隐污名的测量方法

心理疾病内隐污名研究一般采用内隐社会认知的间接测量法,也就是实验者在实验过程中不告知被试真实意图,先给被试不同的实验线索以影响他们的后续操作任务,比较不同操作任务下的成绩来考察内隐态度或偏见的存在和程度(Fazio & Olson, 2003)。目前,关于心理疾病内隐污名的测量方法主要有传统和简式内隐联想测验、启动任务、生理心理评估。

2.1 内隐联想测验

内隐联想测验(Implicit Association Test, IAT)由 Greenwald 和 Banaji (1995)提出,已被证实能够有效且准确地反映个体对某个特定社会群体的自发反应(Greenwald, Nosek, & Banaji, 2003),是心理疾病内隐污名早期研究常用的测量方法(Peris et al., 2008; Rüsch et al., 2007; Teachman et al., 2006)。

IAT 是通过相容和不相容的分类任务来测量两类词(概念词与属性词)之间的自动化联系的紧密程度,以反应时为指标间接测量个体的内隐认知。以 Teachman 等人(2006)的研究为例,概念词(心理疾病)和属性词(坏)之间的联系与被试对心理疾病的内隐评价一致,称之为相容任务,反

之则是不相容任务。在相容条件下,概念词和属性词的关系与内隐态度一致程度高,联系紧密,判断分类加工的自动化程度较高,反应时较短;而在不相容条件下,由于概念词与属性词之间的关系与被试的内隐态度不一致,二者缺乏紧密联系,导致被试的认知冲突,此时辨别归类需要进行较复杂的意识加工,反应速度较慢。两种条件下反应时之差为内隐态度的指标,差值越大,表明内隐态度越强。在数据分析上,一般先对极端数据进行处理后,用相容组和不相容组的反应时相减,将反应时之差除以两种任务的反应时总方差,结果称之为 D 值,即内隐态度的强度(Greenwald et al., 2003)。

2.2 简式内隐联想测验

简式内隐联想测验(Brief Implicit Association Test, BIAT)是在 IAT 的基础之上, Sriram 和 Greenwald (2009)发展出的一种更为简化的内隐测量方法,也是当前心理疾病内隐污名研究中最常用的测量方法(Rüsch et al., 2009b; 2010b; Rüsch, Todd, Bodenhausen, & Corrigan, 2010c; Rüsch, Todd, Bodenhausen, Olschewski, & Corrigan, 2010d)。

BIAT 也包括类别材料和属性材料,两类材料的特征要有明显区别,如文本-图片或图片-文本,如果材料都是文本,那么字体或颜色也要不同;每个 BIAT 包括两部分联合任务,在每部分 BIAT 前,首先给被试呈现两个焦点类别(focal category)及其对应的具体材料,以控制被试反应过程意识加工(Sriram & Greenwald, 2009)。以 Rüsch 等人(2010b)的研究为例,第一部分的焦点材料是“心理疾病和消极词”,非焦点(non-focal)材料为“生理缺陷和积极词”;第二部分的焦点材料是“生理缺陷和消极词”,非焦点材料为“心理疾病和积极词”。在联合任务前,首先呈现两类焦点材料的所有具体刺激,并要求被试记住两类焦点材料,并对焦点和非焦点材料分别指定相应的反应键。相对于传统 IAT 范式,BIAT 的反应次数和实验耗时显著减少,但数据分析也是采用 D 值法(Greenwald et al., 2003)。如在“心理疾病-生理缺陷/消极(积极)”BIAT 中, D 大于 0 表明“心理疾病-消极”的联结强度大于“生理缺陷-消极”。

2.3 启动任务

启动任务(Priming Task)是一种考察先前呈现的刺激(启动刺激)对测验刺激(目标刺激)影响程

度的间接测量方法(Fazio & Olson, 2003)。启动某个概念增加了该概念用来解释它所适用信息的可能性,因而影响了对相关信息的判断与评价。启动刺激可以是文字或图像(Cunningham, Preacher, & Banaji, 2001),呈现方式可分为阈上和阈下两种。当启动刺激阈上呈现时,称为阈上启动任务(supraliminal priming task);当启动刺激阈下呈现时,称为阈下启动任务(subliminal priming task)(Cunningham et al., 2001; Fazio & Olson, 2003)。启动任务主要包括两个步骤:第一,目标刺激判断。呈现一个目标刺激(积极或消极),要求被试尽快对目标刺激作出评价判断,以获得被试评价反应的基准值;第二,启动任务。呈现一个启动刺激(心理疾病或生理疾病),短暂间隔后呈现目标刺激,要求被试对目标刺激作出判断,以获得被试启动之后的评价反应时(Rüsch, Corrigan, Todd, & Bodenhausen, 2011)。在每个 trial 的启动刺激出现前或后,往往要采用掩蔽刺激(如 XXXXX),消除被试预存网膜影像。

在数据处理上,启动任务一般也是首先处理极端数据和判断错误的反应,将反应时按一定规则进行换算,把转换后的基准值和启动之后的‘反应时值’之差视作启动效应的指标。以 Rüsch 等人(2011)的研究为例,如果个体持有对心理疾病的内隐消极评价,心理疾病与消极的目标刺激就存在自动化的联系,作为启动刺激的“心理疾病”就会激活和促进之后个体对消极词的判断。他们采用“crazy”和“sane”作为阈下启动刺激,发现“crazy”促进了人们对消极词汇的判断,公众比患者自身对心理疾病具有更强的消极刻板印象。

2.4 生理心理评估

生理心理评估(psychophysiological evaluation)是实验者操控目标刺激呈现,并记录被试的生理指标,以考察被试对目标刺激的真实态度(Blascovich, Mendes, Hunter, Lickel & Kowai-Bel, 2001; Graves et al., 2005; Stier & Hinshaw, 2007)。对于大多数人而言,心室收缩(ventricular contractility)、心脏输出量(cardiac output)和肌肉紧张(muscle tension)等生理反应往往是自动化的、不易受意识控制,因此也被用作内隐偏见和态度的指标。研究者通常让被试面临不同的合作对象去完成一个设置的或假设的合作任务,并记录被试的口头报告、行为意向和生理反应(Stier &

Hinshaw, 2007)。Graves 等人(2005)采用这种方法测量了个体对心理疾病标签的心理生理反应。研究发现,当呈现精神分裂症标签时,被试的额头肌肉紧张增加,心率降低,而这些生理反应很好地预测了个体倾向于保持与精神分裂症个体的社交距离。可见,心理生理指标可以反映个体对心理疾病患者的内隐态度和行为倾向。

3 心理疾病内隐污名的主要研究领域

分别进入“Web of science”(<http://isiknowledge.com>, 西南大学端口)和“Sciencedirect”(<http://www.sciencedirect.com>, 西南大学端口)数据库,以“stigma、implicit 和 mental illness”为关键词,以是否研究心理疾病内隐污名为标准进行文献检索,最终发现 2005~2011 年期间有 18 篇直接关于心理疾病内隐污名的英文文献(其中综述 2 篇,实证研究 16 篇,见表 1),其他多为相关领域的研究。而国内尚无心理疾病内隐污名的实证研究,仅在个别综述提及(李强,高文珺,许丹,2008;张宝山,俞国良,2007)。从研究的数量和起始时间来看,心理疾病内隐污名研究尚处在起步阶段,主要的研究领域包括内隐污名的成分、公众污名、自我污名和去污名干预及效果评估。

3.1 心理疾病内隐污名的成分

Corrigan 等人认为污名是一个复杂而多维的概念,是刻板印象、偏见和歧视的复合体,其中刻板印象是一种社会认知,偏见的本质则是情感体验,而歧视是行为反应(Corrigan, 2004; Corrigan, Markowitz, & Watson, 2004)。研究者认为,仅仅只是刻板印象,还不足以导致心理疾病污名(Corrigan, 2004; Rüsch et al., 2007; 管健, 2007; 李强 等, 2008)。例如,人们对医生也有负面刻板印象或偏见,但是医生不会被排斥、歧视而成为遭受污名的群体(管健, 2007)。由于外显测量方法难以测量到污名的这些成分, Rüsch 和 Corrigan 等人采用间接测量对心理疾病内隐污名进行了一系列研究,得到了许多对污名性质和构成的新发现(Rüsch, Lieb, Bohus, & Corrigan, 2006; Rüsch et al., 2009b; Rüsch, Corrigan, Todd, & Bodenhausen, 2010a)。

在传统的心理疾病污名研究中,外显测量往往忽略了人们对心理疾病患者的自动化情感反应(Corrigan, 2004; Link et al., 2004)。Rüsch 等人

表 1 心理疾病内隐污名实证研究文献一览表

研究人员	时间	方法	实验材料		被试
			类别或启动材料的类型	属性材料的类型	
Graves at al.	2005	生理心理评估	面孔图片和短文		公众
Teachman et al.	2006	IAT	“心理疾病”与“生理疾病”	“好”与“坏” “无辜”与“有责任” “没希望”与“有希望”	心理疾病患者、公众
Rüsch et al.	2007	IAT	“自己”与“朋友”	“羞耻”与“焦虑”	边缘人格障碍女性患者、公众
Peris et al.	2008	IAT	“心理疾病患者”与“福利求助人员”	“积极”与“消极”	心理健康服务人员、公众
Lincoln et al.	2008	IAT	“精神分裂”和“抑郁”	“危险”与“安全”	公众
Rüsch et al.	2009b	BIAT	“自己”与“他人”	“好”与“坏”	心理疾病患者
Rüsch et al.	2009c	BIAT	“精神治疗药物”与“家具”	“好”与“坏”	心理疾病患者
Rüsch et al.	2010a	BIAT	“心理疾病”与“生理缺陷”	“罪恶”与“无辜”	心理疾病患者
Rüsch et al.	2010b	BIAT	“自己”与“他人” “心理疾病”与“生理缺陷”	“罪恶”与“无辜”	心理疾病患者、公众
Rüsch et al.	2010c	BIAT	“心理疾病”与“生理缺陷”	“罪恶”与“无辜”	心理疾病患者、公众
Rüsch et al.	2010d	BIAT	“心理疾病”与“生理缺陷”	“羞耻”与“自豪”	心理疾病患者
Rüsch et al.	2011	启动任务	“疯子”与“正常”	“积极词”、“消极词”与“非词”	心理疾病患者、公众
Shaffer	2011	BIAT	“心理疾病”与“生理疾病”	“好”与“坏”	公众

注：表中只列出了 16 篇实证文献中的 13 篇，其余的其中一篇统计数据为重复使用，另外两篇则没有全文。

(2007) 采用传统 IAT 范式以“羞耻”和“焦虑”为属性材料，考察了人格障碍患者自我污名中的情感成分，结果发现羞耻与自我(self)的自动化联系强于与朋友的联系。但由于 IAT 的相对性，这一结果不足以说明羞耻与心理疾病之间是否存在“绝对”的自动化联系。Rüsch 等人(2010d)进一步采用 BIAT 范式研究发现，心理疾病患者自动化地倾向于将“心理疾病”与“羞耻”联系在一起。以公众为被试的 BIAT 研究也发现，人们对于心理疾病患者不仅存在自动化的羞耻反应，还存在自动化的恐惧反应(Rüsch et al., 2010b)。

对心理疾病患者的负面评价是心理疾病污名的重要成分。Teachman 等人(2006)采用 IAT 范式研究发现，58%~78%的被试将“心理疾病”与“坏”、“罪有应得”和“无助”自动化联结在一起，且联结程度要大于这些形容词与生理疾病之间的自动化联系。采用 BIAT 范式的研究表明，心理疾病与“破坏性、危险性、负面和坏”等负面评价存在自动化联系(Rüsch et al., 2009b)。Rüsch 等人(2010a; 2010b)后续研究表明，心理疾病还与“责任性、罪

恶、丢脸和责备”等负性形容词存在自动化联结；无论是公众，还是心理疾病患者，他们都对心理疾病患者存有内隐的负面评价。采用启动任务范式的研究也发现，与心理疾病相关的启动词能够促进人们对负面词汇的判断，表现出对心理疾病的内隐负面刻板印象(Rüsch et al., 2011)。

这些研究表明，人们对心理疾病患者存有自动化的负面评价和情感反应。心理疾病内隐污名的成分是复杂的，可能也包括负面的认知评价、消极情感体验和歧视倾向，不可简单地把它看作是刻板印象(Corrigan, 2004; Stier & Hinshaw, 2007)。

3.2 公众和患者的心理疾病内隐污名

在心理疾病公众内隐污名方面，Teachman 等人(2006)研究表明，相对于生理疾病，公众对心理疾病有更强的负面评价。Rüsch 等人(2007; 2010a; 2010b)的一系列研究也表明人们对心理疾病患者不仅存在内隐的负面评价，还存在自动化的羞耻和愤怒。Peris 等人(2008)研究还发现，相对于社会福利求助人员，公众对心理疾病患者有

更明显的负面评价,也比心理健康服务从业人员对心理疾病患者持有更强的负面评价;而心理学背景的从业人员比其他专业背景的从业人员对心理疾病患者略显积极。Lincoln, Arens, Berge 和 Rief (2008)的研究也发现,心理学和医学专业的大学生对于心理疾病患者的责任性、危险性和不可预测性的判断在内隐测量上存在差异:医学背景学生表现得更为消极,更倾向于与患者保持社交距离,病情严重程度判断也偏重。外显污名研究也发现,心理健康服务人员对于心理疾病患者存在外显的偏见和歧视,表现为对心理疾病患者的悲观预期和排斥倾向,如不愿与心理疾病患者做邻居或把房子出租给他们(Ogunsemi, Odusan, & Olatawura, 2008)。总之,心理疾病内隐污名研究表明,无论是采用词汇(心理疾病),还是以具体的人(自己)作为心理疾病标签,或者采用不同的测量范式,公众对心理疾病或患者都表现出了内隐的、自动化的负面评价和情感反应,即使心理健康服务人员也不例外。

外显污名研究表明,心理疾病患者会将污名内化,形成自我污名,表现为自责、自我贬低、社交退缩和负面情绪等(Corrigan & Watson, 2002; 2007)。心理疾病内隐污名研究也发现,与生理疾病相比,心理疾病患者对心理疾病持有“坏”、“罪有应得”和“无助”等方面的内隐负面评价(Teachman et al., 2006)。以“自己-他人”作为心理疾病的类别标签,心理疾病患者对自身表现出明显的负面评价,认为自己是“坏的”、“罪恶的”、“罪有应得的”(Rüsch et al., 2009b; 2010b; 2010c)。采用其他属性材料作为心理疾病标签的研究也发现,患者自身对于心理疾病患者存在自动化的负面评价,表现出明显的自我内隐污名(Rüsch et al., 2009c; 2010d)。但是与公众相比,心理疾病患者对于心理疾病的内隐负面评价略显积极(Rüsch et al., 2011)。研究者认为,这可能是由于心理疾病患者之间有更多的机会接触,对他们的病情、社会功能和行为是否存在危险或传染性有更为客观和准确的认识。Rüsch 等人(2007)也发现,公众对于心理疾病患者的自动化羞耻反应强于患者自身。

心理疾病内隐污名研究表明,不同心理疾病患者之间的自我内隐污名存在差异,这与外显测量得到的结果基本一致(Rüsch et al., 2006; 2007)。例如, Rüşch 等人(2007)研究发现,边缘人格障碍

患者自动化的羞耻强于社交恐惧障碍患者。然而,当前内隐自我污名的研究被试以严重心理疾病患者为主,如精神分裂症、物质滥用、情感分裂性精神障碍和人格障碍等,缺乏关于轻度或一般心理问题患者的研究支持(Rüsch et al., 2007; 2011)。总的来看,基于内隐测量的心理疾病污名研究表明,公众污名和自我污名都存在一个内隐的、自动化的水平,且不同人群之间既有相似性,也有差异性。

3.3 内隐污名与外显污名的关系

内隐社会认知研究认为,外显和内隐测量的结果基本上是不相关的,二者测量的是各自独立的结构(Gawronski & Bodenhausen, 2006; Teachman & Woody, 2003; Wilson, Lindsey, & Schooler, 2000)。Teachman 等(2006)采用相同的形容词考察了心理疾病的外显和内隐态度,测量发现人们对心理疾病的外显态度是中立(中性)的,但内隐态度是负面的。Peris 等人(2008)研究也发现,公众和心理疾病患者对于心理疾病的外显和内隐污名之间相关不显著。然而, Rüşch 等(2011)发现内隐和外显污名的关系在不同群体上是不一致的。在公众中,内隐测量与外显测量的结果呈显著正相关,但二者在心理疾病患者中的相关关系不显著。

在行为预测方面,研究者认为内隐和外显测量的预测作用也不同(Teachman & Woody, 2003)。外显测量能够很好地预测那些受意识控制的有意行为,而内隐测量能更好地预测那些自动化的行为。研究发现,内隐污名对于心理健康从业人员评估患者病情严重程度具有预测作用,而外显污名则对于做出是否属于某种心理疾病的诊断判断有较好的预测作用(Peris et al., 2008)。Peris 等人(2008)认为诊断判断可以参照明确的诊断标准进行仔细、反复的观察和思考,是一个意识过程,更容易受到外显污名的影响,而病情严重程度没有明确的标准,依赖于主观经验,更容易受到内隐污名的影响。Rüşch 等人(2010b)研究表明,内隐污名能够较好地预测人们对于心理疾病患者的社交距离变化,但外显污名没有这种预测作用。总体来看,大多数研究者支持心理疾病内隐污名和外显污名属于不同的结构,彼此相互独立(Rüsch et al., 2007; 2010c; Stier & Hinshaw, 2007)。

3.4 去污名干预和效果评估

与外显污名研究一样,内隐污名研究归根结

底是为了更好地消除污名对心理治疗和康复的负面作用。研究表明,内隐污名测量不仅可用于测量心理疾病污名(Rüsch et al., 2007; Rüsch et al., 2010b; Teachman et al., 2006),还可评估去污名干预的效果(Lincoln et al., 2008; Rüsch et al., 2010b),甚至可以直接作为去污名的干预措施(Sriram & Greenwald, 2009; Shaffer, 2011)。

在去污名干预中,人们可能迫于社会压力而掩饰真实态度,而外显测量难以测量到人们的真实态度是否发生变化(Lincoln et al., 2008; Rüsch et al., 2010b)。内隐测量能够反映人们对心理疾病的自动化态度,是评价去污名化效果的有效方法(Stier & Hinshaw, 2007)。许多研究者认为,开展心理疾病遗传病因说(genetic model of mental illness)宣传有助于降低患者的自责感,减少心理疾病污名(Austin & Honer, 2007)。但内隐污名研究表明,在基于心理疾病遗传病因说的教育干预之后,内隐污名没有明显变化(Lincoln et al., 2008)。新近研究则发现,无论是心理疾病患者还是公众,赞成遗传病因说的被试都表现了相对更强的内隐污名,且公众还表现出进一步增大与患者社交距离的行为倾向(Rüsch et al., 2010b)。Rüsch 等人认为支持遗传病因说会让人们觉得心理疾病是稳定的、内在的或不可改变的,这有助于减少人们对心理疾病患者患病的公开指责,但却无法改变对患者的内隐负面评价。此外,内隐污名研究还对其他传统去污名措施提供了一些重要启示。例如,心理疾病从业人员对于心理疾病具有相对积极的评价(Peris et al., 2008),而心理疾病患者的自我内隐污名也低于公众污名(Rüsch et al., 2011)。这些研究结果在一定程度上支持了“增进对心理疾病的了解,增加与心理疾病患者的接触,有助于改善人们对心理疾病患者的态度和反应”(Corrigan, 2004; Peris et al., 2008; Rüsch et al., 2011)。总的来说,采用内隐测量评估去污名效果的研究还不多,得到的研究结果也需验证,但内隐测量提出的质疑对于实施和改进现有的去污名措施是非常有益的。

更值得关注的是, Monteith, Mark 和 Ashburn-Nardo (2010)认为内隐偏见教育可以通过参加内隐联想测验的方式予以实现(Sriram & Greenwald, 2009)。Monteith 等人先让一部分被试参加心理疾病 BIAT,接着再完成外显污名测量,而另一些被试则接受完全相反的测验顺序,结果

发现前者对心理疾病的外显态度比后者更加积极。在后续实验中, Menatti 等人考察了 BIAT 的测量结果反馈对于去污名的作用,但未发现接受测量结果反馈的被试与没有接受反馈的被试之间在外显污名上存在显著差异。Shaffer (2011)进一步研究发现,被试的内隐测量经验对于外显污名降低没有直接作用,而是通过偏见控制动机影响外显污名降低的。根据偏见自控模型(self-regulation of prejudice model) (Monteith et al., 2010),当个体认识到自己对某个事物做出偏见反应而违背自己的非偏见意愿时,控制偏见会促使其检查未来可能做出的污名化反应(Shaffer, 2011)。Shaffer 认为内隐测验经验能让个体“感知”到自己对心理疾病患者的内隐偏见,并体会到这些偏见对于歧视行为的影响,而内隐测量经验就可能成为个体偏见控制的线索,进而减少外显污名。从已有研究的干预效果来看,内隐联想测验作为去污名措施的积极作用是有限的。

4 展望

心理疾病污名不仅涉及心理疾病患者的康复和合法权益,也与社会和谐及公平相悖(Corrigan et al., 2004; Verhaeghe & Bracke, 2011)。当前,我国也正在积极推进心理健康服务体系构建和心理保健立法工作,无论是从理论的角度,还是实践的角度,心理疾病内隐污名都有不少值得深入研究的问题。

4.1 心理疾病内隐污名构成问题

在日常生活和工作背景中,人们对某一概念或事物具有自己的内隐评价,并且这种内隐观具有系统的结构,以某种形式存在于个体头脑中(Sternberg, 1985)。人们对于心理疾病的观念和反应也是如此。心理疾病内隐污名研究表明,人们对心理疾病患者有自动化的负面评价和消极情感反应(Peris et al., 2008; Teachman et al., 2006; Rüsch et al., 2009a; 2010d)。公众也自动化地把心理疾病患者视作危险的、不安全的,表现出回避和排斥的行为倾向(Lincoln et al., 2008)。这些研究在一定程度上表明人们对心理疾病患者的内隐负面评价,以及自动化的消极情感反应和歧视倾向,但关于内隐污名成分的研究仍比较零散,缺乏系统性。从研究材料可以看出,作为属性材料的形容词多是来自研究者的主观选择,且单个研究中

的属性词多为同义词,这并不能完全反映心理疾病污名的内在结构(Rüsch et al., 2010b)。由此可见,对心理疾病内隐污名的构成尚要进一步研究。

此外,基于 ERP 源定位以及 fMRI 的研究表明,参与刻板印象认知加工的脑区可能包括杏仁核、前扣带回、前额皮层以及外侧顶叶皮层附近的颞顶联结区(贾磊,罗俊龙,肖宵,张庆林,2010)。如果污名是负面刻板印象,那么个体对于心理疾病信息的认知加工过程应与刻板印象一致。从以上视角来看,心理疾病内隐污名的认知神经机制研究不仅有助于理解污名的认知神经基础,同时也可作为污名的构成提供新的证据。

4.2 不同类型心理疾病内隐污名的特异性

心理疾病(mental illness),亦称精神疾病,俗称精神病,是指在内外各种致病因素的影响下,大脑机能活动发生紊乱,导致的心理和行为障碍;常损及患者的社会功能、人际关系和生活能力,可分为一般心理疾病(强迫症、抑郁症等)与严重心理疾病(精神分裂症、妄想障碍等)(车文博,2001; Wikipedia, 2011)。对于大多数公众而言,心理疾病是一个复杂而又模糊的概念,他们对其的界定、分类和诊断标准并不清楚,往往将贴有“心理疾病”标签的人都视为不受欢迎的“心理疾病患者”。心理疾病外显污名研究表明,无论是严重心理疾病,还是一般心理疾病,都存在心理疾病污名问题(Alonso et al., 2009)。

在心理疾病内隐污名研究中,BIAT 中使用的“心理疾病”类别材料也是人们日常对心理疾病的称谓,如“mental ill, mental disturbed, mental illness, mental unbalanced”(Rüsch, et al., 2010a; 2010b; 2010c; 2010d)。也有研究选用具体的疾病(如抑郁症、精神分裂症等)作为“心理疾病”的类别材料(Teachman et al., 2006; Lincoln et al., 2008)。这些研究的结果在一定程度上表明心理疾病内隐污名在不同类型的心理疾病上都是存在的,但研究没有考察心理疾病的类型和程度是否会导致不同的心理疾病内隐污名。而自我内隐污名研究发现,边缘人格障碍患者自动化的羞耻强于社交恐惧障碍患者(Rüsch et al., 2007)。外显污名研究已表明,严重心理疾病患者(如精神分裂症)的自我污名程度会高于一般心理疾病患者(如焦虑症,抑郁症)(Corrigan, 2004)。然而,当前心理疾病内隐污名研究尚无法明确回答不同类型心理疾病的内

隐污名之间是否有差异。如果有差异,它们的程度、构成及其特点是什么?随着心理健康知识的普及,是否存在未被污名化的心理疾病?这些都是需要进一步研究的问题。

4.3 心理疾病内隐污名测量方法的改进

从测量方法看,心理疾病内隐污名测量方法也存在一定局限。作为心理疾病内隐污名最为常用的测量方法,BIAT 需要匹配概念的互补对,自我-他人、种族和性别等都有天生的配对物,但心理疾病没有。心理疾病内隐污名研究中一般采用生理疾病、生理缺陷或其他人员来与心理疾病或患者作为比较的类别刺激(见表1)。显然,选择什么心理疾病的“标签”作为评价的概念刺激,选择什么作为比较的概念刺激,是会影响心理疾病内隐污名测量结果的(Greenwald & Farnham, 2000; Greenwald et al., 2003)。而 BIAT 还需要匹配属性的互补对,但目前研究中使用的属性材料都未经过标准化筛选,缺乏代表性。最后,采用 BIAT 范式的心理疾病内隐污名研究都是将负向评价或情绪属性材料作为焦点类型和反应。以正向情绪或评价为焦点的 BIAT 业已证实是有效的内隐测量方法,而以负向评价或情绪为焦点的 BIAT 的有效性却尚无定论(Sriram & Greenwald, 2009)。在传统 IAT 范式的研究中,研究者需要将心理疾病的类别标签与另外一个类别标签进行比较。例如,Teachman 等人(2006)的研究中,对心理疾病的评价比对生理疾病的评价更消极,这是个体对心理疾病存在内隐偏见,还是对生理疾病的积极评价和对心理疾病的中性评价呢?这些都是需要进一步研究的问题。

4.4 去污名干预及其效果评估

在未来研究中,将心理疾病污名内隐测量与去污名相结合是值得深入的一个领域。首先,内隐研究揭示了心理疾病污名“看不见”的一面,让人们对其性质和机制有了更深入的理解,这些信息对实施更有效的去污名措施极具参考价值。例如,Rüsch 等人(2010b)对基于遗传基因说的教育干预提出了有力的质疑。Peris 等人(2008)发现心理健康从业人员也有心理疾病内隐污名,尽管他们都接受了专业知识训练,也有明确的职业道德规范要求。这一结果不仅对如何去污名化有重要启示,对心理健康服务人员的教育培训也是十分有价值的。

其次,整合内隐和外显的测量方法,以实现去污名效果更简便、更准确的评估。目前还没有一个关于去污名化干预效果评鉴的“金标准”(Stier & Hinshaw, 2007)。尽管外显测量受社会赞许性的影响,而内隐测量则能较好地避免这一情况,但前者简单方便、易操作的优势又是后者难以超越的。因此,内隐测量方法有一定优势,但不足以取代外显测量,它只是测量心理疾病污名的有效方法之一。未来的去污名干预研究应力求将内隐测量与外显或行为测量相结合,对干预效果作出更为客观的评估。

最后, Monteith 等人(2010)和 Shaffer (2011)的研究表明内隐联想测验经验有助于降低被试的心理疾病外显污名。Shaffer (2011)尝试从偏见自控模型的角度解释这一干预措施对去污名的作用机制,但实验结果与预期并不完全一致:接受内隐测量结果反馈的被试,没有表现出相对未接受测量反馈的被试更强的污名降低。显然, Monteith 等人和 Shaffer 的研究为去污名干预开启了一条新途径,但也留下了不少新问题。尤其是,内隐联想测验作为去污名措施的干预效果和作用机制尚不明确。

4.5 心理疾病内隐污名的本土化

在古代,人们认为心理疾病是上帝(上天)的惩罚或魔鬼附身,而患者被认为是不纯洁的、不道德的或者不受欢迎的人(Alloy, Riskind, & Manos, 2005)。回顾人类对心理疾病的认识可以看出,社会、文化和历史制约着人们对心理疾病患者的评价和反应。人类学和社会学也把心理疾病污名放置于社会、文化和历史等宏观层面去理解和关注(Corrigan, 2004; Link & Phelan, 2001)。在社会宏观水平,心理疾病污名是一种社会建构,反映了社会成员所共享的对心理疾病及患者的观念和反应。通过经济、政治和宗教等社会文化力量,优势群体限制或排斥心理疾病患者的社会机会从而增加自己的机会。在这里,心理疾病污名不是单个个体的问题,而是一个社会问题,是具有传递性的社会过程;心理疾病患者并不是在个体层面上受到污名,而是被社会施以污名(管健, 2007; 李强 等, 2008)。因此,有必要从社会、文化和历史的角度来分析心理疾病内隐污名的影响因素和形成机制。

心理疾病污名既有跨文化的相似性,也有差

异性(李强 等, 2008)。Rüsch 等(2010a)研究发现,与持有“自我公正世界观”(a just world for self)的公众相比,持有新教伦理观或“他人公正世界观”(a just world for other)的公众持有对心理疾病患者更强的内隐罪恶刻板印象。东西方有着不同的社会、文化和历史背景,蕴藏于传统文化中的人性观也有明显差异。在中国,“脸”是社会对个人道德品质的信心,是作为人格的基本条件(何友晖, 2005)。在实际生活中,中国人对心理疾病的道德判断和体验与“脸”和“面子”有着密切的联系(Yanga et al., 2007)。开展心理疾病内隐污名的本土化研究是我国学者尚需突破的一个领域。

参考文献

- Alloy, L. B., Riskind, J. H., & Manos, M. J. (2005). 变态心理学 (汤震宇, 邱鹤飞, 杨茜 译). 上海: 上海社会科学院出版社.
- 车文博 (主编). (2001). 当代西方心理学新词典. 长春: 吉林人民出版社.
- 管健. (2007). 污名的概念发展与多维度模型建构. 南开学报 (哲学社会科学版), (5), 126-134.
- 何友晖. (2005). 中国人的脸面观. 见 翟学伟 (主编), 中国社会心理学评论 (第2卷, pp. 23-35). 北京: 社会科学文献出版社.
- 贾磊, 罗俊龙, 肖宵, 张庆林. (2010). 刻板印象的认知神经机制. 心理科学进展, 18, 1909-1918.
- 李强, 高文珺, 许丹. (2008). 心理疾病污名形成理论述评. 心理科学进展, 16, 582-589.
- 张宝山, 俞国良. (2007). 污名现象及其心理效应. 心理科学进展, 15, 993-1001.
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., et al. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118, 180-186.
- Angermeyer, M., & Matschinger, H. (2005). The stigma of mental illness in Germany: A trend analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 276-284.
- Austin, J. C., & Honer, W. G. (2007). The genomic era and serious mental illness: a potential application for psychiatric genetic counseling. *Psychiatric Services*, 58, 254-261.
- Blascovich, J., Mendes, W. B., Hunter, S. B., Lickel, B., & Kowai-Bel, N. (2001). Perceiver threat in social interactions with stigmatized others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 253-257.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *Health Services*

- Research, 10, 80–90.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614–625.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F., & Watson, A. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 481–491.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30, 907–922.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35–53.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43, 439–458.
- Cunningham, W. A., Preacher, K. J., & Banaji, M. R. (2001). Implicit attitude measures: Consistency, stability, and convergent validity. *Psychological Science*, 12, 163–170.
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual Review Psychology*, 54, 297–327.
- Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132, 692–731.
- Graves, R. E., Cassisi, J. E., & Penn, D. L. (2005). Psychophysiological evaluation of stigma towards schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 76, 317–327.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4–27.
- Greenwald, A. G., & Farnham, S. D. (2000). Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1022–1038.
- Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 197–216.
- Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: Changes in Australia over 8 years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 36–41.
- Lincoln, T. M., Arens, E., Berger, C., & Rief, W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic versus psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 984–994.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328–1333.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 511–541.
- Monteith, M. J., Mark, A. Y., & Ashburn-Nardo, L. (2010). The self-regulation of prejudice: Toward understanding its lived character. *Group Processes & Intergroup Relations*, 13, 183–200.
- Ogunsemi, O. O., Odusan, O., & Olatawura, M. O. (2008). Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Annals of General Psychiatry*, 7, 15–18.
- Peris, T. S., Teachman, B. A., & Nosek, B. A. (2008). Implicit and explicit stigma of mental illness: Links to clinical care. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 196, 752–730.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529–539.
- Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M., & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services*, 57, 399–402.
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., et al. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 500–508.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R., & Bodenhausen, G. V. (2010a). Implicit self-stigma in people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 150–153.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R., & Bodenhausen, G. V. (2011). Automatic stereotyping against people with schizophrenia, schizoaffective and affective disorders. *Psychiatry Research*, 186, 34–39.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., et al. (2009a). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 551–552.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., et al. (2009b). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 320–328.

- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., & Corrigan, P. W. (2010b). Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma. *Psychiatry Research*, 179, 328–332.
- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., & Corrigan, P. W. (2010c). Do people with mental illness deserve what they get? Links between meritocratic worldviews and implicit versus explicit stigma. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 260, 617–625, doi:10.1007/s00406-010-0111-4
- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., Olschewski, M., & Corrigan, P. W. (2010d). Automatically activated shame reactions and perceived legitimacy of discrimination: A longitudinal study among people with mental illness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 60–63.
- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., Weidend, P. J., & Corrigan, P. W. (2009c). Implicit versus explicit attitudes toward psychiatric medication: Implications for insight and treatment adherence. *Schizophrenia Research*, 112, 119–122.
- Shaffer, K. M. (2011). Impact of Implicit Association Experience and Motivation to Control Prejudice on Stigma. Retrieved September 2, 2011, from <http://www.virginia.edu/psychology/downloads/DMP%20Papers/DMP%202011/Kelly%20Shaffer.pdf>
- Sriram, N., & Greenwald, A. G. (2009). The brief implicit association test. *Experimental Psychology*, 56, 283–294.
- Sternberg, B. J. (1985). Implicit theories of intelligence, creativity, and wisdom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 607–627.
- Stier, A., & Hinshaw, S. P. (2007). Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Australian Psychologist*, 74, 106–117.
- Teachman, B. A., Wilson, J. G., & Komarovskaya, I. (2006). Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25, 75–95.
- Teachman, B. A., & Woody, S. R. (2003). Automatic processing in spider phobia: Implicit fear associations over the course of treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 100–109.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2011). Stigma and trust among mental health service users. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 294–302.
- Wikipedia. (2011). Mental illness. Retrieved August 11, 2011, from <http://zh.wikipedia.org/wiki/%E5%BF%83%E7%90%86%E7%96%BE%E7%97%85>
- Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107, 101–126.
- World Health Organization (WHO). (2001). *Stigma and Global Health: An International Perspective*. New York: Author.
- Yanga, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Goode, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64, 1524–1535.

A Review on Implicit Stigma of Mental Illness

WANG Xiao-Gang; YIN Tian-Zi; HUANG Xi-Ting

⁽¹⁾ School of Psychology, Southwest University, Chongqing 400715, China)

⁽²⁾ Sichuan Judicial and Police Officers Professional College, Deyang 618000, China)

Abstract: Implicit stigma of mental illness (ISMI) is hard to introspectively and accurately identified traces about mental illness. It unconsciously regulates the individual's view and reaction of mentally ill persons. The typical measurements of ISMI include Implicit Association Test, Brief Implicit Association Test, Priming Task, and Psychophysiological Evaluation. Current ISMI research has focused on content of implicit stigma, public implicit-stigma, self implicit-stigma, and anti-stigma assessment. We believe that future studies should focus on ISMI as a psychological construct and its related factors, its neural mechanisms, and use of multiple assessments of ISMI. We further argue that the topic needs to be investigated from indigenous point of view.

Key words: implicit stigma; explicit stigma; mental illness; implicit association test