

心理疾病污名形成理论述评*

李 强 高文珺 许 丹

(南开大学社会心理学系, 天津 300071)

摘 要 心理疾病污名是加诸于患者身上的耻辱标记, 妨碍患者的治疗和康复。心理疾病污名的成因理论包括功能主义和生物文化两个派别, 污名的发展模型解释了污名的形成过程, 身份威胁模型对污名的作用机制进行了阐述。通过抗议、教育和接触可以有效地减少污名。在中国开展相关研究应注重分析传统文化、心理疾病类型与污名的关系, 探讨各种减少污名策略的可行性。

关键词 污名, 心理疾病, 污名的发展模型, 身份威胁模型。

分类号 B849;C91

1 引言

现代社会日益激烈的竞争大大增加了人们罹患心理疾病的概率。心理疾病又称精神疾病, 指一个人在认知、情感、行为及个性等方面出现失调。它有轻重之分: 轻性心理疾病包括神经症和人格障碍等; 重性心理疾病又称精神病, 包括精神分裂、偏执性及情感性精神病等^[1]。根据 WHO 的报告, 现今全球每 4 人中就有 1 个人会受到心理疾病的困扰。而现实生活中很多本可获治的患者却不愿接受治疗, 已治愈的患者在重归社会时也会面临巨大阻碍。出现这些现象的一个主要原因就是心理疾病污名的存在。污名是加诸于患者身上的耻辱标记, 让患者及其家属在社会上遭到歧视、排斥。WHO (2001) 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与之相连的歧视”^[2]。

要想有效地消除心理疾病污名, 我们首先要对它的形成原因和作用机理有深入的了解, 这也成为国外社会心理学、社会学、精神病学、人类学等领域研究热点, 学者们对此进行了深入探讨, 本文将对相关理论研究加以回顾与评价。

2 污名概述

2.1 污名的概念

“污名”一词最早源于古希腊, 指刻在或烙在

某人身体上的一种符号或标记, 表明此人具有道德或行为缺陷, 人们会因此拒绝、回避他们。20 世纪初, Goffman 将其定义为“让个体深受贬抑的一种属性”, 使其在我们脑海中由“完整、正常的人”变为“有污点的、缺乏价值的人”, 让其无法充分获得社会接纳^[3]。Jones 等认为污名是代表所有被知觉为或推断为偏离社会规范的情形的标记 (mark), “带上标记……, 他或她将被界定为异常的、犯了错误的、有缺陷的、坏的或通常不为人们所需要的”^[2]。Crocker 等提出, “一些属性或特征代表了在特定社会背景中受贬抑的社会身份, 当一个人拥有 (或被认为拥有) 这些属性或特征时, 污名化就会发生”^[4]。

Link 和 Phelan (2001) 从社会学角度对污名进行了概念化, “当贴标签、刻板印象化、认知区分、身份丧失和歧视这些要素, 在让这些过程得以展现的权力背景中同时发生时, 污名才会存在”。他们认为污名过程有赖于社会、政治、经济权力的使用^[2,5]。

综上所述, 污名是一种标志或标签, 表明被标记者具有不受社会欢迎的负面属性, 导致其个人价值受损, 社会身份被贬抑。污名是社会建构的, 污名的形成有时离不开权力的作用。心理疾病自古就是蒙受污名的属性, 心理疾病污名是指由与心理疾病有关的刻板印象引发的社会地位丧失和歧视^[6]。

2.2 污名的维度

污名可能是一种越轨行为、身体特征、群体成员身份或道德过失; 它或许是可见的 (面部畸形)、也可以是可隐藏的 (如同性恋); 可能是天生的 (如肤色), 也可能是后天获得的 (如监狱制服)。研究

收稿日期: 2008-01-02

* 国家社会科学基金项目 (06BSHO29), 教育部哲学社会科学青年项目 (06JCXLX001), 天津市社会科学基金项目 (TJSR06-1-002)

通讯作者: 李强, E-mail: liqiangp@126.com

者试图对污名进行有意义的分类,以把握各种污名情形之间的区别。

Goffman (1986) 第一个区分出三种不同的污名情形:“身体的厌恶”(abominations of the body),指代表受贬抑社会身份的身体特征,如各种生理缺陷、残疾、面部毁容、肥胖等;“个人特征的污点”(blemishes of individual character),是与人格或行为有关的被贬抑的社会身份,如心理障碍、监禁、吸毒、酗酒、同性恋、失业等等;“部族污名”(tribal stigma),包括种族、民族、宗教,这些污名是代代相传的,会涉及家族中所有成员^[2]。

其他一些研究者并不区分污名的类型,而是试图找出污名情形相互区分的维度。Jones 等对应用不同维度区分污名群体的研究进行归纳,得出 6 种污名维度。分别是①隐藏性(concealability),污名化特征可隐藏的程度(如面部畸形和同性恋);②标记的变化过程(course of the mark),污名情形随时间变化的方式及最终的结果;③破坏性(disruptiveness),污名特征(如口吃)干扰人际关

系互动的程度;④美感(aesthetics qualities),污名特征在多大程度上使个体变得丑陋,让他人厌烦或不安;⑤污名的“起源”(origin),污名情形是怎样获得的,谁负有责任,如天生的、意外的或故意的;⑥危险度(peril),污名会给他人带来危险的程度,如具有高传染性、致命性的疾病或单纯的肥胖^[7]。

2.3 心理疾病污名的影响

2.3.1 公众污名与自我污名的社会认知模型

心理疾病污名的存在致使心理疾病患者不得不面对疾病与污名的双重问题。一方面,他们要应对疾病本身的症状,如反复出现的幻觉、错觉、焦虑和情绪波动等。另一方面,又要面对社会对各种心理障碍的污名。研究者将污名产生的影响分为公众污名和自我污名。

公众污名是一般公众根据污名对受污名群体成员做出的反应。自我污名是受污名群体成员将污名化态度指向自己而产生的反应。研究者用社会认知模型揭示了污名的形成和影响(见表 1)^[8]。

表 1 公众污名和自我污名的成分

| 公众污名 | 自我污名 |
|--|---|
| 刻板印象:关于某个群体的负面信念,如: 没有能力、个性软弱、危险 | 刻板印象:关于自我的负面信念,如: 没有能力、个性软弱、危险 |
| 偏见:对信念的赞同和消极的情绪反应,如: 愤怒或恐惧 | 偏见:对信念的赞同和消极的情绪反应,如: 低自尊或低自我效能 |
| 歧视:对偏见的行为反应,如: 不提供工作和租房机会 回避提供帮助 | 歧视:对自我偏见的行为反应,如: 不去寻求工作和租房机会 不去寻求帮助 |

改编自:Corrigan P W, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 2005, 11: 182

公众污名由刻板印象、偏见和歧视三要素组成。有关心理疾病的刻板印象通常包括:危险、没有能力、个性软弱。了解刻板印象的人不一定赞同它们,但有偏见的人会同意的这些刻板印象(“对!所有患心理疾病的人都很暴力!”),并由此产生消极的情绪反应(“他们都让我害怕。”)。偏见导致歧视的行为反应。

自我污名同样也由刻板印象、偏见和歧视组成。首先,内化了污名的人会将偏见转向自己,赞同有关其群体的刻板印象:“对!我很弱,不能照顾自己。”其次,自我偏见会导致负面的情绪反应,特别是低自尊和自我效能感。最后,自我偏见还会导致自我歧视行为,让心理疾病患者主动放弃寻求工作和独

立生活的机会。

2.3.2 公众污名和自我污名的影响

Swindle 等 2000 年的公众调查显示,尽管人们对心理疾病本质的认识日益深入,但大多数人对心理疾病患者仍持有刻板化信念^[9,10]。研究者在美国、挪威、希腊、德国等西方国家所做的研究证实,心理疾病普遍蒙受污名,只是程度有所差异^[11]。这使得心理疾病患者不可避免地受到公众污名的负面影响。污名毁坏了患者的社会身份、社会网络和自尊^[12],使其失去了很多重要的生活机会。

众多调查一致显示超过 60% 的心理障碍患者失业,租赁房子时也存在困难^[13]。Schulze 和 Angermeyer (2003) 用焦点组讨论法调查了精神分

裂症患者遭受污名的概率和具体经历。得出了公众污名的4个维度：人际交往、公众对心理疾病的印象、结构化歧视和社会角色的接近^[14]。Dinos等(2004)通过叙事访谈调查了伦敦东部的46名病人，发现精神病或药物依赖患者最容易报告污名感觉和体验；而抑郁、焦虑和人格障碍患者也会受人同情态度和自身的污名感影响^[15]。公众污名的存在还阻碍了患者的求助行为。为免受歧视，患者会通过隐瞒病情或不接受治疗来回避公众污名。

此外，公众污名还会影响到患者的亲朋和心理健康工作者，这被称为连带污名(courtesy stigma)或联结污名(associative stigma)。Phelan等(1998, 2000)对156名病人的父母及配偶的研究发现，1/3的人主动隐瞒其家人患有心理疾病的情况，1/4的人曾因其与心理疾病患者的关系而被人回避^[8]。还有研究表明由于污名的存在，医学院学生很少愿意涉足精神病学和其他心理健康领域；该领域的见习医生和毕业生会体验到作为专业人员的污名，从业者则感到他们并不受病人和社会的尊重^[8]。

另一方面，当心理疾病患者将公众的污名化观点视作与自我相关，认为自己像他人描述的那样因患病而没有价值时，就会遭遇自我污名，导致其自尊丧失、自我效能受损、治疗依从性变差并逃避社会交往，使得社会适应能力降低，进一步加剧了公众污名造成的损害^[13]。

3 污名的成因

社会污名无处不在。人们为什么会对他施加污名？心理疾病自古就蒙受污名，又是什么原因导致它被污名化？研究者从不同角度对此做出了解释。

3.1 功能理论取向

持功能主义观点的研究者从心理学角度探讨污名产生的原因，其基本假设是污名对施加污名者具有重要的心理功能，可以提升个体自尊，增强社会认同，合理化个人所处的社会地位，缓解焦虑等^[4]。

(1) 自我提升

人们可通过污名化或贬低他人来提升个人自尊。根据向下比较理论，将自己与不幸的他人比较，可以增加人们的主观幸福感，进而提升自尊^[7]。因此，施加污名者会因受污名者的存在而获益，因为后者不如他们，可让其获得心理平衡。

除下行比较外，人们还会通过防御性投射来保护自尊，这也可以解释污名的形成。Newman和Duff

等(1997)认为人们通常会很快从他人人格中看到自己不喜欢的特质，因为人们都有关于“不受欢迎的自我”的认知表征，会运用很多方式来控制自己的言谈举止，以免让自己看上去有这些特征。最常用的一个策略就是压抑有关想法。但压抑会导致不受欢迎的想法在认知上更容易获取，进而很容易被知觉者用来解释他人的行为，实际就是将自己的内心冲突投射到了他人身上。在心理疾病污名的情形中，心理疾病的标签让患者的行为变得不好理解、不确定、难以预测，从而使他们更容易成为投射的目标，让人们用各种不受欢迎的特征来标记心理疾病患者，导致其更容易被污名化且程度较深^[16]。

自我提升观点的确可以解释一些污名现象，但也存在很大局限：首先，它无法解释社会污名的一致性，即在同一社会中，人们为什么会对某些群体被贬抑达成共识。此外，它也不能解释为什么有时候受污名者本人会认可他人对他们社会身份的贬抑。

(2) 内群体提升

个体不仅具有个人身份，还有社会身份。根据社会认同理论，人们不仅有动机维持高水平的自尊，还有动机维持积极的社会认同感。贬抑外群体或提升内群体可促成向下比较，使个体感到自己的群体正处于优势地位。这种内群体优势感进而可以合理化对外群体的歧视。就心理疾病而言，对于非临床人群来说，被标记为有心理疾病的人是外群体成员。为了维持积极的社会认同感，非临床人群就有动机把心理疾病患者评价为比“正常人”差，而这种群体间偏见又会进一步引发认知偏差，促进关于心理疾病刻板印象的形成，使其蒙受污名^[16]。

社会认同理论能解释内群体成员为什么会一致同意污名化某个外群体，比如，对那些和内群体有竞争关系的外群体施加污名。但是，它不能解释为什么同一文化中的不同群体会共同贬抑某种社会身份。同样，它也没有解释为什么受污名个体有时会接受人们对其的贬损。

(3) 系统合理化

污名产生的另一个可能的原因是，污名可以合理化社会中不平等的群体地位。根据这种观点，所有社会都存在群体间政治、经济的不平等。因此，地位高的人会污名化地位低的人，为的是合理化他们具有的优势，让人感到他所拥有的是理所应当的，而使他获益的社会体系也是公正公平的。Sidanius

和 Pratto 的社会优势理论 (social dominance theory) 主张^[4], 建立在群体基础上的不平等必须被合理化, 这样才能最小化群体间冲突。因而, 偏见和歧视会直接指向社会地位低的少数人群体, 心理疾病患者所组成的群体因此成为受污名的群体。

系统合理化观点解释了为何在一种文化内, 人们会对哪个群体应受贬抑达成广泛共识。此外, 它还能解释为何受污名群体会认为他们的劣势地位是合理的, 这是因为处于优势和劣势的个体都需要相信系统是公正的, 以最小化群体间的冲突。

(4) 恐怖管理理论

社会污名对受污名者的另一个功能是提供一种世界观和意义系统, 缓解人们的存在焦虑。Solomon 等的恐怖管理理论的核心假设是人类特有的认知能力让我们意识到“我们不可避免会死”。这种对自己不免一死命运的意识, 以及悲惨、痛苦事件随时会发生的可能会给人造成一种强大的、无力应对的焦虑。为了缓解焦虑, 人们需要一种文化世界观来给世界赋予秩序和意义, 肯定他们作为人的价值。社会污名的根源是拒绝那些偏离文化规范的人的倾向。因为这样的人“会凸现我们价值观社会一致性的缺乏, 由此威胁了我们对自己世界观绝对有效的信心”^[4]。因此, 个人特征有污点的人, 如心理障碍患者、罪犯、吸毒者, 或持有不同宗教信仰的人会被污名化, 因为他们的存在本身是对个体世界观正确性的质疑, 挑战文化准则。而有身体缺陷的人之所以被污名化, 是因为他们让人们想起了痛苦、悲剧和死亡的可能。

功能取向主要从对个体的功能方面解释污名的产生。学者多把污名看作是一种社会建构, 是社会贴上的标签, 并且被污名化的属性、行为或群体在不同时间、不同文化中存在差异。它还存在很多不尽人意之处。首先, 这些解释往往不能预测人们依据哪些特性来对他人实施污名。第二, 不能解释污名内容跨文化、历史、甚至是物种的相似性。比如, 心理疾病在许多社会和历史时期都蒙受污名, 黑猩猩也会拒绝那些违背互惠原则的个体。第三, 这些功能性解释不能说明人们对待受污名个体的方式的差异, 为什么有些受污名个体被回避; 有些被讥笑; 而另一些则被隔离、监禁或被处死。最后, 这样的解释没有考虑到污名不仅仅是一个心理过程, 还是一个具有传递性质的社会过程。比如, 古希腊人在犯人身上打烙印的行为, 美国清教徒用鲜红的“A”

来标记通奸者, 纳粹让犹太人戴黄色的“戴维星”来标记他们的宗教地位, 不同社会采用的污名化方式具有很大相似性。

3.2 生物文化观点

Neuberg 等 (2000) 从生物文化角度回答了人们为什么会施加污名, 强调生物与文化的相互作用。这种观点认为什么属性被污名化存在跨文化的共性。人类对其他个体施加污名是为了满足一种基本的生物文化需要——使人能在有效的群体中生活。根据进化论的观点, 要想使群体生活适应人类生存和基因遗传, 就必须将群体内部的威胁减到最小。于是, 人们需要有机制来辨别出那些危害群体或妨碍群体功能发挥的个体, 给他们贴上这样的标签, 鼓励其他群体成员阻止这些人从群体中获利, 必要时将这些人从群体中分离出去。污名正是这样一种机制。因此, 在进化论学者眼中, 污名化是一种生存和繁衍的策略, 是由基因推动而导致的“歧视”倾向^[17]。

从这一观点出发, 那些因心理疾病而可能有暴力倾向的人, 那些可能有心理疾病基因的人 (如重度抑郁) 和那些因病而不能控制资源的人会因施加污名者的遗传偏好而被污名化。但这并不意味着污名是生物决定的, 而是生物先天倾向和文化力量相互影响的产物, 虽然人们通过进化演变出对某些类型的人实施污名, 但是哪些个体会成为这些类型中的成员至少部分是由文化决定的。

生物文化观点从生物文化相互作用的角度出发解释了人们为什么要施加污名, 对谁施加污名。可以说功能主义视角关注的是施加污名者心理上所得的利益, 而生物文化观点则围绕污名所带来的具有生物基础的社会功能进行解释。不过, 生物文化理论还缺乏有力的资料支持, 有待继续发展。

综合两种理论取向, 笔者认为污名是为满足个体的心理功能或生物需要而产生的, 它是一种文化的社会建构。这主要回答了污名“为什么”产生的问题, 但对污名“如何”形成解释不足。此外, 对于污名跨文化的相似性和变异性, 上述各观点所做出的解释也都有欠缺。

3.3 污名的发展模型

Stanger 和 Crandall (2000) 在功能观点和生物文化观点的基础上, 提出了污名发展理论, 对污名形成问题作了更加深入的探讨。他们认为社会污名的形成是一个社会互动与社会建构的过程, 包括三

个要素：功能、知觉和社会共享。社会污名最初由于其对个人或社会具有基本的功能而发展起来，随后，经由知觉过程而被人习得和强化，最后，因人们的社会共享而在文化上得以巩固，在此基础上，Crandall 等构建了污名的发展模型（见图 1）^[18]。

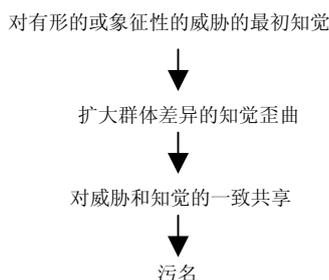


图 1 威胁、知觉歪曲和社会共享在污名发展中的作用

根据该模型，当一种特性在个人或社会层面上被知觉为具有威胁时，它就会被污名化。威胁包括有形的现实威胁和无形的、象征性的威胁。有形的威胁是“工具性的”，它们威胁的是具体或有形的利益，如健康、安全、财富或社会地位。另一种污名来源是象征性威胁，威胁的是信仰、价值观、意识形态和有关道德与政治的世界观。大多数情况下，污名是有形和象征性威胁共同作用的结果，如艾滋病、心理疾病、极端政治信仰等。

社会知觉存在偏差。因而当人们感知到威胁时，这种知觉到的群体行为或特性的差异（可能是真实的或错误的）会由于认知偏见而被夸大。有关污名群体的负面刻板印象会因有偏向的信息搜寻和归因而被夸大。关于污名的社会信念通过群体成员的相互沟通而形成了一致共享的社会表征，影响个体的行为。这种信念的传递可同时以主动沟通和被动的方式进行。某些情形中，个体可能被动地同化那些呈现于他们面前的有文化效力的信念，大众媒体对心理疾病患者形象一贯的负面描绘是造成心理疾病污名的重要原因。

污名发展模型回答了污名“为什么”和“如何”形成的问题。同时，它也能很好解释污名的文化相似性与变异。一些污名跨文化存在，是因为人们共同的防御威胁的目的，而不同的知觉和共享方式则造成了污名跨文化的差异。该理论还强调污名的形成既离不开个体的歪曲与强化，又需要社会的沟通与共享，强调对个体所处背景的重视。这种同时考虑个人层面和社会层面的观点对任何污名形成的理

论都有借鉴意义。

4 心理疾病污名的认知行为模型

无论形成机制如何，心理疾病都是最容易受贬抑的属性之一，是一种社会污名。如果把污名理解为引发他人消极、敌对反应的一种标记，那么哪些标记会让人蒙受心理疾病污名？心理学家用社会认知行为模型对此做出了解释（如图 2）^[13]。

蒙受心理疾病污名的人往往伴有一些特点，这些特质就像信号一样，让公众认为他们患有心理疾病；由此激活了人们对心理疾病患者的刻板印象，进一步导致行为反应或歧视。



图 2 心理疾病污名的认知行为模型

研究者认为一般公众主要根据 4 种信号推断某人患有心理疾病，它们是精神病性症状、社会技能缺陷、外表和标签^[11,12]。研究显示，重症心理疾病的很多症状，如不适宜的情感的反应、疯癫行为、语言无逻辑、大声同自己讲话等，容易导致污名化反应。此外，因心理疾病导致的社会技能缺陷，如在眼神交流、肢体语言上的缺陷是个体可能患有心理疾病的标记，会导致他人污名化的态度。最后，还有研究显示个人的外表会引发污名化态度反应，如“公园里那个脏兮兮的人一定是精神病”^[13]。

但是，根据这 3 种信号就将某人归为心理疾病患者很可能会产生错误，如不善沟通交流可能只是因为个体害羞而不是因为患有心理疾病；另一方面，很多患者没有明显的外显症状，能够隐瞒其患病经历而不被他人知晓。那么，究竟是什么标记会引发污名反应？一些研究者认为标签是一个关键变量。人们一旦被贴上了标签，就可能成为污名的受害者。

5 污名的作用机制——身份威胁模型的解释

如前所述，心理疾病污名对其对象会产生广泛影响，Major 和 Brien（2005）对污名产生影响的心理机制做出了解释，认为污名通过歧视、期望证实过程和刻板印象自动激活直接影响受污名者；通过个人身份和社会身份的威胁间接影响受污名者^[19]。

首先，污名通过歧视而限制心理疾病患者接近重要生活领域的机会，直接影响其社会地位，地位

的低下相应又会导致进一步的歧视。其次，污名会导致自我实现预言。人们对心理疾病消极的刻板印象和预期会使其以特定方式对患者做出反应，直接影响患者的思想、情感和行为。患者的行为可能会证实他人原本错误的预期，甚至会导致其自我知觉发生与预期一致的改变。再次，主流文化对社会群体的刻板印象被人广泛知晓，在没有歧视表现、甚至没有他人在场的情境中，它们都会影响个体行为。刻板印象的激活会自动导致行为与刻板印象接近，在受污名群体中尤其如此^[19]。

最后，当前污名研究的主导理论之一就是身份威胁理论。强调污名的影响受如下因素调节：污名对象对他人如何看待自己的理解、他们对社会背景的解释、他们的动机和目标等，这是“自上而下”的。同时，这些理论也是“自下而上”的，Steele等（2002）假设那些会表明个人所属群体被贬抑、被边缘化的文化知识或情境线索将导致社会身份威

胁，即因属于受贬抑的社会群体或类别而对自我相关方面造成的威胁^[19,20]。

Major 和 Brient 在回顾、总结近期的理论和实证研究基础上，构建了污名的身份威胁模型。（如图3）。模型假定拥有人们一致认可的受贬抑的社会身份（污名）会让个体面对可能产生压力的情形（身份威胁）。人们对这些情形对其自身幸福重要性的评价受如下因素影响：集体表征、当时的情境线索及个人特征。首先，受污名群体成员对自己在社会中受污名的地位形成了共同的理解，这些集体表征影响其对污名相关情形的知觉和评价。其次，情境引发身份威胁的能力不同，这取决于它会在多大程度上让某人感觉自己将会因其社会身份而被贬抑、被消极刻板印象化或被歧视。最后，一些个人特征也会影响人们对情境的知觉和评价，包括对污名的敏感性、群体认同、领域认同、目标和动机^[19]。

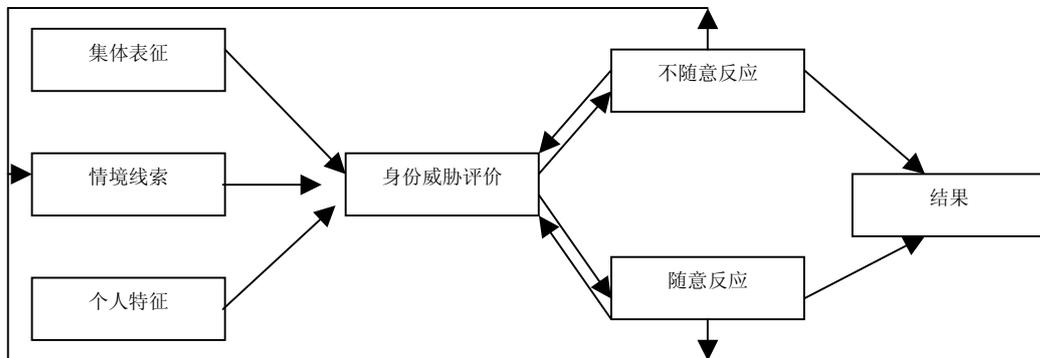


图3 污名的身份威胁模型

压力和应对相互作用观点认为，人们会根据事件对自身幸福的重要性而对其进行评价，评价包括初级评价和次级评价。前者评价压力源提出的要求，如其与自我相关的程度、危险性、需要做出的努力、造成不确定性的程度等；后者评价自身应对这些要求所具有的资源。评价结果受个体带入情境中的集体表征、情境线索和个人特征交互作用的影响。当个体把污名相关压力源提出的要求评价为对其社会身份有害，但并未超出他的应对资源时，污名会引发身份挑战。相反，当个体认为压力源所提的要求超出其应对资源时，就会产生污名引发的身份威胁。

人们对身份威胁的反应可能是不随意的，如焦虑、工作记忆能力下降等；还可能是随意的，如采

取应对策略减少威胁。两种反应都会对自尊、学业成就和健康等产生影响。这一模型是可逆的，对身份威胁的随意或不随意反应会形成一种反馈，影响客观环境及对这些环境的主观解释和评价，进而减弱或加剧污名的影响。

综上所述，Major 和 Brient 的身份威胁模型阐释了社会污名产生影响的心理机制，也可以解释不同人、群体和情境对污名反应的巨大差异。

6 污名的应对策略

通过对污名形成原因和影响机制的研究，人们开始尝试用各种方法来减少心理疾病污名，大致可分为三类：抗议、教育和接触。

抗议策略强调各种污名的不公正，让人们出于

道德考虑而放弃污名化观点,通常用于反对污名化的公共言论、媒体报道和广告。但抗议可能引发人们的心理抗拒,因此对改变公众态度作用不大,甚至可能造成负面影响。教育方法试图挑战有关心理疾病的不准确的刻板印象。通过广告、书籍、传单、电影电视和其他声像工具来提供关于心理疾病的基本知识或事实信息,以此来消除人们对心理疾病的种种误解。但教育干预往往不能引发行为的变化,且影响范围有限、持续时间短。减少污名策略还包括与受污名群体成员进行人际接触。Corrigan发现,与抗议、教育和不采取干预相比,与心理病患接触更能改善态度^[21]。接触似乎是改变心理疾病污名最有效的策略,但它比教育更难普及、推广,需要谨慎的安排和实施。可以说,将教育与接触相结合是减少公众污名的有效策略,这是由于普及科学知识有助于改变人们对心理疾病持有的刻板印象,接触则是消除偏见和歧视的有效手段。

还有一些方法可用来减少患者的自我污名,帮其应对公众污名。认知疗法是帮助人们改变那些导致焦虑、抑郁和自我污名的认知图式的有效方法。另一种方法是增强个人权力感,从而增强自我效能和自尊。可通过以下途径培养患者的个人权力感:让患者参与治疗计划的制定,增进其社会活动中的自我决定权等^[8]。

7 小结与研究展望

本文回顾了国外有关心理疾病污名形成和作用机制的理论,并进行了分析比较。在我国,有关心理疾病污名的研究刚刚起步,相关研究较少,亦缺乏成熟的理论指导。事实上,由于中国的心理咨询与治疗行业刚刚兴起,人们的相关知识少,求助渠道也少;再加上受我国传统文化对心理失常的病理观影响,人们习惯把心理疾病与个人不良的道德品质联系起来,或将心理疾病视为前世作孽的因果报应。一旦被贴上这样的标签,轻则被人嘲笑和轻视,重则完全被否定存在价值,致使我国污名问题比国外更为严重,造成国人在受心理疾病困扰时,更容易为避免自己和家人遭受歧视而回避求助。

已有研究支持了上述观点。Tsang等(2003)的研究发现,1007名香港公众中,约有50%的人将心理疾病患者描述为“易怒的”,很大一部分人同意这一群体“无论如何都是危险的”^[2]。Lee等(2005,2006)研究发现70%的患精神分裂的门诊病人认为他们的工作升迁受到影响,59.7%的人认为,如果自

己的病情暴露,他们的伴侣会离开他。Phillips等(2002)调查显示,1491名中国内地的精神分裂症患者家属中,绝大多数人(60%)报告说感受到污名对病人造成了“中度”或“严重”的影响^[22,23]。高士元等(2005)对精神分裂患者及家属、社区居民和精神科医护人员进行调查,结果显示患者在工作、婚姻和人际交往方面都受到不同程度的歧视^[24]。

可见,在中国,对心理疾病强烈的负面刻板印象导致了直接的歧视,这可能是导致患者治疗依从性差和疾病慢性化的原因之一。在中国深入开展相关研究由此具有重要现实意义,减少污名不仅有助于患者的康复和重归社会,还能减小人们进行心理求助的负担,进而推动整个精神卫生事业的蓬勃发展,提高人们的心理健康水平。

本文评述的研究成果对我国今后开展的研究具有一定借鉴意义,但在中国文化背景下的研究需要有所侧重和创新,可以从以下几方面进行:第一,污名是一种社会建构,受到社会文化因素的影响。中国人深受家本位文化的影响,污名产生的原因很可能是它对家族声誉构成了威胁。因而,构建符合中国文化背景的心理疾病污名形成理论无疑应是今后研究的重点。第二,心理疾病种类很多,人们对不同类型心理障碍患者的态度并不一致。比如,在我国某些地区,一些患有癔症性附体障碍的人会被尊奉为大仙;而名人患病的频频曝光和媒体的宣传使得抑郁症被认为是“白领职业病”,人们报以同情态度甚至将其看成是身份的体现;而对精神病患者,人们往往会表现出歧视态度和行为。因此,未来的研究可以针对不同类型的心理疾病开展研究。第三,由于我国心理健康知识普及程度不够,因此,可以借鉴国外的宣传教育方法来改变人们的错误观念,为心理疾病患者营造宽容、良好的社会氛围。王乃信等(2005)对浙江省2270名居民的调查表明,随着各类健康教育的开展,大部分公众对精神疾病及患者已有较正确认识,对歧视给患者造成的不利影响也有一定了解,这正是减少污名的基础^[25]。可见,在我国教育策略对公众态度改变有所帮助。进一步研究可侧重于探讨影响该方法作用效果的各种因素,比如大众传媒的作用;第四,改变公众污名是一项长期艰巨的工作,在这一过程中,心理健康工作者应对患者的自我污名有所了解,将消除自我污名纳入治疗方案中。因此,对自我污名的影响机制和应对策略的探讨也可成为今后研究的重点。

参考文献

- 1 钱铭怡主编. 变态心理学. 北京: 北京大学出版社, 2006. 2~3
- 2 Yang L H, Kleinman A, Bruce G, Link et al. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 2007, 64(7): 1524~1535
- 3 Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Touchstone, 1986
- 4 Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert D T, Fiske S, Lindzey G(eds.). *The handbook of social psychology*. NY: McGraw-Hill, 1998. 504~533
- 5 Link B G, Phelan J C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 2001, 27: 363~385
- 6 Ritsher J B, Otilingam P G, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 2003, 121: 31~49
- 7 Dovidio J F, Major B, Crocker J. Stigma: introduction and overview. In: Heatherton, T F, Kleck R E, Hebl M R, Hull J G eds. *The social psychology of stigma*. New York: The Guilford Press, 2000. 1~30
- 8 Corrigan P W, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 2005, 11: 179~190
- 9 Swindle R, Heller K, Pescosolido B A et al. Responses to nervous breakdowns in American over a 40-year period: mental health policy implications. *American Psychologist*, 2000, 55: 740~749
- 10 Lysaker P H, Davis L W, Warman D M et al. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry Research*, 2007, 149: 85~89
- 11 Rusch N, Angermeyer M C, Corrigan P W. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 2005, 20: 529~539
- 12 Chung K F, Wong M C. Experience of stigma among Chinese mental health patients in Hong Kong. *Psychitric Bulletin*, 2004, 28: 451~454
- 13 Corrigan P W, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. In: Corrigan P W ed. *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychology Association, 2005. 11~44
- 14 Schulze B, Angermeyer M C. Subjective experiences of stigma: a focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 2003, 56: 299~312
- 15 Dinos S, Stevens S, Serfaty M et al. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: 176~181
- 16 Ottati V, Bodenhausen G V, Newman L S. Social psychological models of mental illness stigma. In: Corrigan P W ed. *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychology Association, 2005. 99~128
- 17 Neuberger S L, Smith D M, Asher T. Why people stigmatize: toward a biocultural framework. In: Heatherton, T F, Kleck R E, Hebl M R, Hull J G eds. *The social psychology of stigma*. New York: The Guilford Press, 2000. 31~61
- 18 Charles S, Crandall C S. Threat and the social construction of stigma. In: Heatherton, T F, Kleck R E, Hebl M R, Hull J G eds. *The social psychology of stigma*. New York: The Guilford Press, 2000. 62~87
- 19 Major B, O'Brien L T. The social psychology of stigma. *Annual Reviews of Psychology*, 2005, 56: 393~421
- 20 Steele C M, Spencer S J, Aronson J. Contending with group image: the psychology of stereotype and social identity threat. In: Zanna M P ed. *Advances in Experimental Social Psychology*. San Diego, CA: Academic, 2002, 34: 379~440
- 21 Watson A C, Corrigan P W. Challenging public stigma: a targeted approach. In: Corrigan P W ed. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychology Association, 2005: 129~144
- 22 Lee S, Margaret T Y Lee, Marcus Y L et al. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *British journal of psychiatry*, 2005, 186: 153~157
- 23 Lee S, Marcus Y L, Adley Tsang et al. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 2006, 62: 1685~1696
- 24 高士元, 费立鹏, 王向群等. 精神分裂症病人及家属受歧视状况. *中国心理卫生杂志*, 2005, 19(2): 82~85
- 25 王乃信, 徐方忠, 石其昌. 浙江省居民对精神疾病的认识和态度调查. *浙江预防医学*, 2005, 17(6): 13~14

Review of Theories on the Development of Mental Illness Stigma

LI Qiang, GAO Wen-Jun, XU Dan

(Department of Social Psychology, Nankai University, Tianjin 300071, China)

Abstract: Mental illness stigma is an ashamed mark attached to people with mental illness, which may impede the treating and rehabilitating process of clients. Theories on the cause of stigma fall into two approaches: functional and bio-cultural framework. The developmental model of stigma accounts for the progress of stigma. Identity threat model explains the mechanism of stigma. Stigma can be effectively reduced by protest, education and individual contacts. It is suggested at the end of the essay that in China, related research should focus on the analysis of the relationship between traditional culture, mental illness type and stigma, and then further explore the feasibility of strategies of stigma reducing.

Key words: stigma, mental illness, developmental model of stigma, identity threat model.