

# 心理疾病内化污名量表初步应用

李强<sup>1</sup>, 高文珺<sup>1</sup>, 白炳清<sup>2</sup>, 龙鲸<sup>2</sup>, 刘敏<sup>1</sup>, 管健<sup>1</sup>

(1.南开大学心理学研究中心,天津 300071;2.天津市第一中心医院心理卫生科,天津 300011)

**【摘要】** 目的:在中国文化背景中初步应用心理疾病内化污名量表。方法:以天津市第一中心医院心理卫生科的206名患者为调查对象进行问卷调查。结果:经过文化调适的心理疾病内化污名量表包括5个维度,维度构成与原量表基本一致,累计贡献率为59.55%,因素负荷从0.442~0.788;问卷总体内部一致性信度为0.916,各维度的内部一致性信度在0.717~0.810之间,各维度与总问卷分的相关在0.773~0.829之间,各维度间的相关在0.459~0.617之间。结论:心理疾病内化污名量表在我国的初步应用表现出较好的信度、结构效度和一定鉴别效度,可作为衡量心理疾病患者自我污名程度的有效工具。

**【关键词】** 心理疾病内化污名;量表修订;信度;效度

中图分类号:R395.1

文献标识码:A

文章编号:1005-3611(2009)02-0127-04

## Preliminary Application of Internalized Stigma of Mental Illness Scale

LI Qiang, GAO Wen-jun, BAI Bing-qing, LONG Jing, et al

Center for Psychological Study, Nankai University, Tianjin 300071, China

**【Abstract】 Objective:** To identify the applicability of Internalized Stigma of Mental Illness in China. **Methods:** 206 people with mental illness were taken as the participants to finish the questionnaire. **Results:** The adapted scales included five subscales, which accounted for 59.55% of the variance, and the factor loading of the items ranged from 0.442~0.788. The Cronbach's alpha coefficient for the total scale was 0.916 and for the five subscales ranged from 0.717~0.810. Correlations between each dimension and total questionnaire were from 0.773~0.829. Correlations between each dimension were from 0.459~0.617. **Conclusion:** The revised ISMI has good internal consistency reliability, construct validity and reasonable discriminant validity, which can be applied to psychotherapy field.

**【Key words】** Internalized stigma of mental illness; Scale revising; Reliability; Validity

世界卫生组织2001年指出“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”。综合各个学者的观点,可将污名看作是一种标志或标签,表明被标记者具有负面的、不受社会欢迎的属性,导致其个人价值受损,社会身份被贬抑<sup>[1]</sup>。

研究证实,心理疾病是普遍蒙受污名的疾病<sup>[2-4]</sup>。Corrigan提出污名会在两个层面上造成不利影响,分别是公众污名和自我污名。公众污名(public stigma)是大多数社会群体对受污名群体持有刻板印象、表现出敌对行为的现象。自我污名(self stigma)是当人们内化公众污名时产生的自尊和自我效能感的丧失,指的是受污名群体成员将污名化态度指向自己而产生的反应,又可称为内化的污名(internalized stigma)或感知到的污名(perceived stigma)<sup>[5]</sup>。内化污名会导致低自尊、低生活质量、持久的抑郁、社会关系受损、求助推迟和治疗的延长或提前终止<sup>[6-8]</sup>,极大妨碍患者的治疗康复。因此应引起临

床工作者的注意,在治疗中运用恰当方法来减少内化污名。

Ritsher 2003年设计了心理疾病内化污名量表(Internalized Stigma of Mental Illness, ISMI)<sup>[9]</sup>,用来评估心理疾病患者的污名体验,为临床评估和治疗提供依据。研究者以精神分裂、抑郁症、焦虑症、应激障碍等患者为被试,研究证明 ISMI 具有很高的内部一致性和重测信度,良好的结构效度。目前我国关于心理疾病污名的系统研究较少,还没有测量内化污名的有效问卷。本研究对 ISMI 量表项目进行了一定的文化调适,在中国文化背景下初步开展了相关研究。

## 1 对象与方法

### 1.1 问卷项目的文化调适

英文版由美国旧金山大学 Jennifer 教授提供,包含29个题目,分为5个分量表,分别测量了疏离感、刻板印象认同、歧视体验、社交退缩和抵抗污名(该维度反向计分)。

首先由心理学专业和英语专业的研究生分别对原问卷进行翻译,比较总结后再由心理治疗专家对

**【基金项目】** 国家社会科学基金(06BSH029);教育部哲学社会科学研究青年项目(06JCLX001);天津市社会科学基金(TJSR06-1-002)

译稿进行修改,形成翻译初稿。

由两个核心工作组分别对翻译初稿的通俗性、易懂性、全面性、是否符合国情等问题进行讨论。一个工作组由专业人员组成,包括精神科医生、护士、心理治疗专家各一人,心理学专业研究生一人。另一个由目标群体组成,包括心理疾病住院患者(康复期)2人、门诊治愈病人2人和家属2人。根据讨论结果,尤其是患者本人的意见,对初译稿进行修改,加入了符合我国国情的4个题目形成第二稿。其中,“因有心理疾病,我成了家人的负担”(T18)体现了中国本位的文化传统对患者的影响;“我怕谈论和心理疾病相关的话题”(T23),“因为有心理疾病,我常常想避开熟悉的人和环境”(T24)表现出中国人习惯通过回避而化解可能冲突的特点。“我因自己得了心理疾病而讨厌自己”(T33)是讨论过程中患者们最常提到的感受。得到包括33个题目的量表定稿。

### 1.2 问卷的施测

1.2.1 调查对象 以天津市第一中心医院心理卫生科门诊部和住院部患者为被试,共收集有效问卷206份。其中,男性91人,女性115人;年龄在12~69岁之间,平均年龄35.72岁;处于康复期的精神分裂症及其他精神病性障碍患者(有自知力)11人;心境障碍患者(抑郁症为主)64人;焦虑症患者51人;强迫症患者22人;其他心理障碍及一般心理问题(如躯体化障碍、应激障碍、青春期情绪问题、更年期综合症、考前焦虑等)58人。

1.2.2 施测与统计方法 在医院门诊部和住院部,由受过专门培训的4名调查员与患者一对一的进行施测。当场回收问卷,简单检查,由患者及时补全漏答项。使用SPSS15.0对数据进行统计分析。

## 2 结 果

### 2.1 项目甄选及因素分析结果

2.1.1 项目初步筛选 利用校正后的题总相关系数(Corrected Item-Total Correction, CITC)来净化测量项目,利用Cronbach's  $\alpha$ 系数检验问卷的信度。根据以下两个标准筛选项目:①某题项的题总相关系数小于0.3;②删除此项可以增加 $\alpha$ 值,即可提升整体信度。同时满足这两个条件才删除该项目<sup>[10]</sup>。结果表明,项目5、10、17和30的CITC均小于0.3,且删除该项后量表的信度都有所提高。因此,将此4项删除,包括“大多数情况下,我能按我喜欢的方式生活”(T5),“和有明显有心理疾病的人一起出现在公共场合,我觉得没有什么不好”(T10),“有心理疾病的人可以对社会做出贡献”(T17),“带着心理疾病生活,

让我成为坚强的人”(T30)。删除后量表各题项CITC均大于0.3, $\alpha$ 系数提高为0.928。

2.1.2 因素分析结果 第一步删除的4个题都是原量表中“抵抗污名”维度的项目,研究者由此认为调适后的ISMI量表的结构与原量表会存在差异,为了进一步分析量表的维度构成,对数据进行了探索性因子分析。采用主成分分析法,方差最大旋转方式,根据以下原则不断对项目进行再次筛选:①最大因子载荷值小于0.4;②在不同因子上有相近的载荷且难以解释;③共同度小于0.3;④在一个因子上的项目少于3个。在此过程中,项目12、13、14、20因最大因子载荷值小于0.4而被删除,分别为“我因为自己的心理疾病而感到难堪或羞耻”,“我就是人们认为的那种有心理疾病的人”,“患有心理疾病的人不应该结婚”和“人们能根据我的样子判断出我有心理疾病”;项目6(“只因为我有心理疾病,人们通常会同情我,或拿我当孩子”)和28(“有心理疾病的人容易有暴力倾向”)单独构成一个维度,不符合一个因子包含的项目不少于3个的标准,予以删除。对最后保留的23个项目再次进行因子分析,Bartlett值为1811.681, $P$ 值小于0.001,KMO值是0.905。因子分析提取出了5个因子,累计可解释总方差的59.55%。结果见表1。

2.1.3 因子命名 因子1包含了5个题目,基本都是原量表测“疏离感”的题目,反映患者对自己拥有“受损的社会身份”的主观体验及对自身的厌恶感。故将其命名为价值否定。因子2包括6个题目,大多属于原量表中的“社交退缩”分量表,表现患者对社会交往的回避以及远离日常生活的心态。仍将其命名为社交退缩。因子3包括3个题目,反映出患者认同社会对其的刻板印象,命名为刻板印象认同。因子4含有5个题目,基本都是原量表中“歧视体验”维度的题目。反映出患者感受到的歧视和被排斥感。仍命名为歧视体验。因子5由4个题目组成,表现出患者认为自己生活没有意义,对生活感到失望。故将其命名为“生活无意义”。

### 2.2 信度检验

本问卷的总体内部一致性系数为0.916。各因子的内部一致性系数在0.717和0.810之间。见表2。

### 2.3 效度检验

2.3.1 结构效度 问卷各项目与其所属因子间的相关分别为:价值否定:0.687-0.825,社交退缩:0.626-0.775,刻板印象认同:0.799-0.829,歧视体验:0.705-0.788,生活无意义:0.636-0.802。各项目与问

卷总分相关在 0.381-0.732 之间,各维度与问卷总分的相关在 0.773-0.829 之间,各维度间的相关在 0.459-0.617 之间,均达到显著水平。见表 3。

2.3.2 鉴别效度 方差分析结果显示,不同疾病类型的患者在歧视体验维度上存在显著差异 ( $F=2.541, P<0.5$ ),精神分裂症患者得分明显高于其他患者 ( $M=2.36$ )。

表 1 ISMI 量表项目筛选后因子分析结果

项目代码	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	共同度	均值
T11(1)	0.720	0.064	0.001	0.282	0.014	0.601	2.57
T27(1)	0.700	0.254	0.099	0.076	0.215	0.617	2.40
T25(1)	0.585	0.185	0.380	0.091	0.361	0.660	2.40
T18(*)	0.535	-0.011	0.470	0.239	0.133	0.582	2.39
T33(*)	0.525	0.390	0.394	-0.103	0.190	0.586	2.27
T23(*)	0.241	0.625	0.310	-0.036	0.003	0.546	1.83
T08(4)	0.409	0.642	-0.183	0.125	0.001	0.591	2.37
T04(4)	-0.069	0.604	0.061	0.400	0.201	0.573	1.61
T21(4)	0.025	0.601	0.310	0.293	0.204	0.586	1.84
T24(*)	0.254	0.393	0.247	0.191	0.221	0.563	2.26
T09(4)	0.425	0.442	0.218	0.100	0.340	0.549	2.36
T29(2)	0.125	0.171	0.741	0.136	0.125	0.628	2.16
T31(2)	0.166	0.085	0.698	0.229	0.207	0.617	1.91
T32(4)	0.018	0.438	0.645	0.277	0.031	0.688	1.76
T15(3)	0.229	0.063	0.100	0.788	0.174	0.717	1.68
T07(3)	-0.015	0.297	0.145	0.685	0.284	0.659	1.65
T19(4)	0.106	0.321	0.181	0.578	0.139	0.501	1.97
T26(3)	0.372	0.065	0.335	0.554	-0.050	0.564	1.84
T16(3)	0.355	0.076	0.411	0.503	-0.116	0.567	2.00
T22(5)	0.061	0.017	0.069	0.009	0.766	0.596	2.49
T01(1)	0.111	0.322	0.048	0.303	0.641	0.620	1.76
T03(1)	0.472	0.125	0.162	0.247	0.560	0.640	2.23
T03(2)	0.315	0.190	0.277	0.141	0.460	0.443	2.22
特征值	8.263	1.597	1.441	1.262	1.133		
贡献率(%)	35.924	6.945	6.264	5.486	4.926		
累计贡献率(%)	35.924	42.870	49.134	54.620	59.546		

注:括号内数字表示该项目在原量表中所属的维度,1=疏离感,2=刻板印象认同,3=歧视体验,4=社交退缩,5=抵抗污名(反向计分),\*表示为新加选项

表 2 ISMI 量表的信度分析(N=206)

	Cronbach's α 系数	均值M
价值否定	0.810	2.447
社交退缩	0.780	2.048
刻板印象认同	0.751	1.943
歧视体验	0.789	1.830
生活无意义	0.717	2.176
总分	0.916	2.089

表 3 各因子及总量表之间的相关(N=206)

	价值否定	社交退缩	刻板印象认同	歧视体验	生活无意义	总量表
价值否定	1					
社交退缩	0.617(**)	1				
刻板印象认同	0.536(**)	0.542(**)	1			
歧视体验	0.541(**)	0.552(**)	0.549(**)	1		
生活无意义	0.594(**)	0.589(**)	0.459(**)	0.489(**)	1	
总量表	0.829(**)	0.818(**)	0.781(**)	0.773(**)	0.787(**)	1

注:\*\* $P<0.001$

### 3 讨 论

#### 3.1 内化污名量表的信度和效度

本研究对问卷的信度检验结果显示,5个维度的内部一致性系数都达到了 0.7 以上,达到心理测量学要求;总问卷的内部一致性系数为 0.916,说明问卷内部一致性信度非常好。

各维度与总问卷分之间的相关可以作为考察某问卷的内容效度的指标。本研究中各维度与问卷总分的相关在 0.773-0.829 之间,表明该问卷内容效度比较好。

本研究发现,各维度分间的相关在 0.459-0.617 之间,而各维度与问卷总分的相关在 0.773-0.829 之间,表明该问卷结构效度较好。根据 Kerlinger 对用因子分析来验证问卷结构效度的建议,同一维度中,因子负荷值越大(通常 0.5 以上)收敛效率越高;每一个项目只能在其所属的维度中,出现一次大于 0.5 以上的因子负荷值,符合这个条件的项目越多,量表的区别效率越高。本研究显示,同一维度中,因子负荷值只有 2 个小于 0.5,表示收敛效率高;每一个项目在其所属的维度中,只出现了一个大于 0.5 的因子负荷,表明量表的区别效率很高。且项目共同度均在 0.4 以上。由此表明量表具有良好结构效度。国外研究结果显示,精神病性心理疾病患者会遭受更多污名和歧视<sup>[5,9]</sup>,而我国为数不多的相关研究多是以精神分裂症患者为调查对象,证实其生活受到污名的负面影响<sup>[11]</sup>。因此,此类患者相应内化污名程度可能高于其他患者。本研究证实精神分裂症患者歧视体验程度明显高于其他患者,与假设相一致,在一定程度上反映出内化污名量表具有一定鉴别效度。

#### 3.2 内化污名量表的文化适应性

Ritsher 在西方国家的研究中得到心理疾病内化污名的 5 个维度:疏离感、刻板印象认同、歧视体验、社交退缩和抵抗污名。本研究对量表进行调适,在中国文化背景下得到了内化污名的 5 个维度:价值否定、社交退缩、刻板印象认同、歧视体验和 生活无意义。各维度所含题项与国外原量表大部分相同,但也有差异,意义侧重不完全一致。这表明心理疾病内化污名的因素结构既有跨文化的一致性,又有中国文化的特殊性。

具体来说,项目分析显示原量表中抵抗污名维度的题目在本研究中大多不符合要求。对污名的反抗符合西方个体主义文化的特点,如果个体放弃对个性解放、独立、自由的追求,被动地接受污名,那么就可以表现出其自我污名程度较深,因此可将其作为内化污名的组成部分。但中国社会是集体主义文化,重视“团结和谐”<sup>[12]</sup>,中国人可能倾向于以各种协

调的方式解决矛盾冲突,不愿意加剧矛盾和公然反抗。这样,面对他人的污名化,没有自我污名化的个体坦然地面对似乎更显勇气,但求问心无愧。公开反抗污名有可能加剧冲突,并且知道可能不会有什么作用。这样,反抗污名程度的高低就很难用来衡量个体的自我污名化程度。因此,在调量表过程中,生活无意义维度取代了原来的“抵抗污名”分量表。相比之下,丧失生活目标、感受不到生活的意义更适于衡量中国心理疾病患者自我污名的状况。

此外,价值否定维度中,因子载荷高的“没有心理疾病的人不可能理解我”等题目与原量表一致。根据前期的研究工作,新增的题目“因为有心理疾病,我成了家人的负担”、“我因自己得了心理疾病而讨厌自己”也被纳入了该维度,对于重视家庭的中国人来说,给家人增添麻烦会导致个人价值受损。因此,这些题目不仅可以反映原“疏离感”分量表所表达的患者对自己社会身份不完整的感知,更强调了患者对其存在价值的自我贬低。因此,用价值否定来概括此维度的含义更适合在我国背景中使用的量表。(致谢:感谢 Jennifer 教授授权笔者修改、使用《心理疾病内化污名》量表,并在修订过程中提供资料支持。感谢天津市第一中心医院心理卫生科相关人员,尤其是赵宝然主任在调查过程中给予的大力支持。感谢南开大学社会心理学系王程程、任茜、陈晨同学作为调研员的认真工作。)

#### 参 考 文 献

- 1 Yang LH, Kleinman A, Bruce G, et al. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science and Medicine*, 2007, 64(7):1524-1535
- 2 Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, et al. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective

- disorder: Associations across 6 months. *Psychiatry Research*, 2007, 149:85-89
- 3 Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia.: Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *British Journal of Psychiatry*, 2005, 186:331-334
- 4 Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 2005, 20:529-539
- 5 Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 2005, 11:179-190
- 6 Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. In: Corrigan PW. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychology Association, 2005. 11-44
- 7 Markowitz FE. Sociological models of mental illness stigma: Progress and prospects. In: Corrigan PW. *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychology Association, 2005. 129-144
- 8 Camp DL, Finlay WM, Lyons E. Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:823-834
- 9 Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 2003, 121:31-49
- 10 卢纹岱. SPSS for Windows 统计分析. 北京: 电子工业出版社, 2002
- 11 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
- 12 杨国枢著. 中国人的心理与行为: 本土化研究. 北京: 人民大学出版社, 2004. 464-515

(收稿日期:2008-08-08)

(上接第 156 页)

- 6 Markman KD, Miller AK. Depression, control and counterfactual thinking: function for whom? *J Social and Clinical Psychology*, 2006, 25(2):210-227
- 7 Branscombe NR, Wohl MJA, Owen S, et al. Counterfactual thinking, blame assignment, and well-being in rape victims. *Basic and Applied Social Psychology*, 2003, 25(4):265-273
- 8 Sven IA, Birgitta H. Counterfactual ('if only') thinking in women with chronic widespread pain. *Stress and Health*, 2006, 22(2):121-129
- 9 McNamara P, Burso R, Brown A, et al. Counterfactual cognitive deficit in persons with Parkinson's disease. *J Neu-*

- rology Neurosurgery and Psychiatry, 2003, 74(8):1065-1070
- 10 Tykocinski OE, Steinberg N. Coping with disappointing outcomes: Retroactive pessimism and motivated inhibition of counterfactuals. *Experimental Social Psychology*, 2005, 41(5):551-558
- 11 魏义梅, 付桂芳. 大学生认知情绪调节与抑郁的关系. *中国临床心理学杂志*, 2008, 16(1):68-70
- 12 Quelhas AC, Power MJ, Juhos C, et al. Counterfactual thinking and functional differences in depression. *Clinic Psychology and Psychotherapy*, 2008, 15(5):352-65

(收稿日期:2008-11-15)