

双相情感障碍患者病耻感的研究现状

任 鹏¹, 张 娜²

¹武警第一机动总队医院, 河北 保定

²正定二五六医院, 河北 石家庄

收稿日期: 2026年3月20日; 录用日期: 2026年5月6日; 发布日期: 2026年5月19日

摘 要

病耻感在双相情感障碍患者中较为常见, 是阻碍患者就诊的重要因素, 极大影响患者身心健康。本文主要对双相情感障碍患者病耻感的相关概念、测量工具、研究现状、影响因素和干预方式进行综述, 以期为我国双相情感障碍患者病耻感的研究提供参考依据。

关键词

综述, 双相情感障碍, 病耻感, 测量工具, 干预

Research Status of Stigma in Patients with Bipolar Disorder

Peng Ren¹, Na Zhang²

¹The First Mobile Corps Hospital of the CAPF, Baoding Hebei

²Zhengding No. 256 Hospital, Shijiazhuang Hebei

Received: March 20, 2026; accepted: May 6, 2026; published: May 19, 2026

Abstract

Stigma is relatively common among patients with bipolar disorder and is a significant barrier to their seeking medical treatment, greatly affecting their physical and mental health. This article mainly reviews the related concepts, measurement tools, research status, influencing factors, and intervention methods of stigma in patients with bipolar disorder, with the aim of providing a reference basis for conducting research on stigma in patients with bipolar disorder in China.

Keywords

Review, Bipolar Disorder, Stigma, Measurement Tools, Interventions



1. 引言

双相情感障碍(Bipolar Disorder, BD)是一种慢性复发性精神障碍,它以躁狂相和抑郁相交替发作为核心特征,该类疾病的影响位居精神疾病前列(Perich et al., 2022),其全球终身患病率约为4% (Merikangas et al., 2007),在我国BD的终身患病率为0.6% (Huang et al., 2019)。BD患者不仅表现为情绪极端波动,还常伴随认知功能损害、社交功能衰退等问题,严重影响其职业发展与家庭生活。病耻感作为一种精神障碍患者普遍面临的社会心理问题,它包含公共病耻感和自我病耻感两部分(Perich et al., 2022),其中公共病耻感体现为社会公众对患者“情绪失控”、“危险不可控”的刻板印象,以及医疗场景、职场中的隐性歧视;而自我病耻感则表现为患者将上述社会偏见内化于心,产生自我否定、社交回避等心理行为反应。已有研究证实,病耻感在BD患者群体中呈现出特殊性与复杂性。由研究指出,病耻感是导致BD患者延迟就医、治疗依从性下降的关键因素,同时,病耻感还会显著降低患者的生存质量(卢青春等, 2025)与主观幸福感,形成“疾病发作-病耻感强化-功能损害”的恶性循环。

从历史研究脉络来看,国际上对BD病耻感的研究始于本世纪初,早期聚焦于病耻感的表现形式与危害,近年来逐渐向影响因素机制与干预策略转型;国内研究起步相对较晚,但近五年呈现快速增长趋势,重点围绕病耻感与社会支持、自我效能感的相关性展开实证探索(Hawke et al., 2013)。当前,尽管国内外已有部分综述有关BD的研究进展,但对BD病耻感及其核心机制、本土化特征及干预效果的系统整合尚且欠缺。因此,本文基于现有研究成果,对BD患者病耻感进行梳理,旨在明确其研究核心与发展方向,为后续实证研究与干预实践提供参考。

2. 双相情感障碍病耻感的核心概念与测量工具

2.1. 核心概念界定

病耻感在BD研究中主要分为公共病耻感与自我病耻感(也称内化病耻感)两个维度(Perich et al., 2022)。公共病耻感指的是社会层面的一些认知偏差与行为歧视,具体表现为刻板印象(对一个群体的负面看法,如将BD患者等同于“有危险的”、“性格缺陷”、“情绪不稳定”等)、偏见态度(同意上述消极观念,如认为BD患者“不可靠”、“需要远离”)、歧视行为(因上述认知引发的行为反应,如职场拒绝录用、社交圈排斥、医疗服务中被区别对待)与情绪反应(如恐惧,怜悯和愤怒,可伴随偏见和歧视),其本质是社会公众对精神疾病的误解与恐惧投射(Ellison et al., 2013)。自我病耻感则是患者对公共病耻感的内化,主要表现为自我否定、病耻体验、病耻回避(如隐瞒病情、拒绝社交)、情绪反应(低自尊、低自我效能),治疗自我耻辱(如认为“接受精神科治疗就是耻辱”),这种内化过程会直接削弱患者的求助动机与康复信心。

此外,近年来“病耻抵抗”和“病耻感应激水平”逐渐成为研究热点。病耻抵抗是指患者通过调整认知、领悟社会支持等方式,主动应对病耻感的心理行为能力,是影响病耻感对患者功能损害程度的关键调节变量,核心表现为疾病接纳、自我认同与主动维权意识(石秀秀, 2023)。病耻感应激水平是指患病个体因自身疾病病耻感而引发的心理应激反应强度。它包括个体评估病耻感造成的潜在危害,以及个体感知到应对病耻感的自身资源,个体会将两次评估进行对比,当其感知到危害远超自身的应对资源时,就会产生病耻感应激(谭艳玲, 2022)。

2.2. 常用测量工具

国内外针对 BD 病耻感的测量多依赖于精神疾病病耻感的普适性量表, 且多从精神疾病患者自身情绪体验出发, 其中包含:

2.2.1. Link 病耻感系列量表

该量表由 Link 等人依据标签理论制定(Link et al., 1989), 共包含病耻感情绪体验量表、病耻感应对量表和贬低 - 歧视量表三个子量表, 该系列量表既可单独使用, 也可联合使用共同评估精神疾病患者的病耻感水平。国内使用贬低 - 歧视量表较为多见, 该量表不仅能测量患者自身的感知病耻感, 还能测量社区人群对于精神疾病患者的态度以及精神疾病患者主要照顾者的连带病耻感。link 病耻感系列量表在 BD 人群中也得到了较好的验证(张蓉等, 2022)。

2.2.2. 精神疾病病耻感量表(SSMI)

SSMI 由学者 King 在 Dinos 的研究基础上编制完成(King et al., 2007), 中文版精神疾病患者自我病耻感量表(SSMIS-C)由国内潘胜茂等人对其汉化并修订, 该量表针对东西方文化背景差异对部分条目表述进行了优化, 涵盖感知贬低 - 歧视量表、病耻感认同量表、内化病耻感量表、病耻感伤害量表 4 个维度, Cronbach's α 系数达 0.96, 适用于国内 BD 患者的自我病耻感评估(潘胜茂等, 2016)。

2.2.3. 精神疾病内化病耻感量表(ISMI)

ISMI 在国际上应用较为广泛, 该量表旨在测量病耻感的主观体验, 其分量表分别测量疏离感、刻板印象认可、歧视知觉、社交退缩和病耻感抵抗。国内研究者等人对 ISMI 进行汉化, 得到了中文版心理疾病内化污名量表, 该量表包含价值否定、社交退缩、刻板印象认同、歧视体验和生活无意义五个维度。在 BD 患者中得到了有效验证(刘畅畅等, 2023)。

2.2.4. 精神病患者病耻感评估量表

国内学者曾庆枝等人认为目前国内评估精神病患者病耻感的量表均由国外编制并汉化而来, 但东西方文化差异会导致量表在直接应用方面存在困难, 因此根据国内社会文化编制了适合我国的精神病患者病耻感评估量表, 该量表包含社交、能力和治疗三个因子(曾庆枝等, 2009)。学者翟红梅在 BD 患者的干预研究中对此量表进行了验证(翟红梅, 2025)。

目前对于某一类精神疾病病耻感特定性量表的研究仍不够全面, 人群分类标准也不够清晰。目前, 国内外的现有精神疾病特定量表包含抑郁症患者病耻感量表, 孤独症病耻感量表, 焦虑病耻感量表(杜凯如, 何艾瑶, 2024)。此外, 还有病耻感应激量表(SSS)用于测量 BD 患者因病耻感产生的心理应激水平。《病耻抵抗量表》(SRS)用于测量 BD 患者的病耻抵抗水平(石秀秀等, 2023)。

3. 双相情感障碍病耻感的核心研究现状

3.1. BD 患者病耻感的表现形式与不良后果

3.1.1. BD 患者公共病耻感的具体表现

BD 患者的公共病耻感主要体现为社会层面的排斥与歧视、机会剥夺及信息偏见带来的多重困境, 具体表现突出且多维。在社交互动中, BD 患者常因疾病标签遭遇他人的刻意疏远、异样审视, 甚至被误解为“情绪失控”“危险易怒”, 其躁狂或抑郁发作时的行为表现被过度放大并固化为负面印象, 导致正常社交关系断裂(刘玉莲等, 2016); 在社会资源获取上, BD 患者面临教育录取、就业招聘中的隐性歧视, 住房租赁时可能因病史被拒绝, 医疗服务中也可能遭遇医护人员的偏见对待, 进而阻碍其主动就医和规范治疗(李娟, 李洁, 2014)。此外, 媒体对双相情感障碍发病案例的片面报道(如冲动消费、伤人等极端

事件), 强化了公众对疾病的恐惧与误解, 形成“信息单向度建构”的偏见环境, 而患者家属对疾病的否认、回避态度, 进一步加剧了患者的心理负担, 使其陷入“自我隐瞒 - 社会孤立”的恶性循环, 最终强化 BD 患者病耻感体验(Favre et al., 2023)。

3.1.2. BD 患者自我病耻感的具体表现

双相情感障碍患者的自我病耻感核心是将公共病耻感的内化, 体现为自我否定、行为退缩与认知扭曲的多维困境, 且具有“波动性”, 在躁狂发作期可能因情绪高涨而暂时弱化, 在抑郁发作期则显著强化(刘玉莲等, 2016)。患者常将疾病标签等同于“自身缺陷”, 把躁狂期的冲动失控、抑郁期的意志消沉归因为“自我本质的失败”, 陷入“我是病人视作我是罪人”的认知误区, 产生强烈的羞耻与自责感(吴志国等, 2011)。在自我价值认知上, 患者普遍存在“配得感匮乏”, 面对亲密关系、职业机会时主动退缩, 坚信“患病的自己不配拥有美好事物”, 甚至刻意压抑情感需求以避免“成为他人负担”。行为层面, 患者会刻意隐瞒病情, 如偷偷停药、回避心理治疗, 害怕暴露病情或服药行为被他人发现而遭受歧视; 部分患者还会通过过度工作、刻意表现“正常”来补偿自我价值感, 或因恐惧失控而自我孤立, 拒绝向支持系统求助(孙霞等, 2017)。这种自我污名还会形成认知闭环, 患者将单次挫折全盘归因于疾病, 得出“我什么都做不好”的绝对化结论, 进而加剧治疗抵触心理, 陷入“自我否定 - 治疗中断 - 病情反复 - 更重自我污名”的恶性循环(刘玉莲等, 2016)。

3.1.3. 对疾病结局的核心影响

病耻感对 BD 患者的危害贯穿疾病全程: 在治疗层面, 公共病耻感导致患者延迟就医平均时长达 2~3 年(黄娟等, 2017), 自我病耻感则严重影响治疗依从性以及患者的治疗康复信心, 直接增加症状复发风险(邱玉华, 2021); 在功能层面, 病耻感通过削弱社会支持(翟倩等, 2018)、降低自我效能感, 导致患者社交功能、职业功能持续衰退, 生活自理能力下降; 在心理层面, 病耻感与抑郁症状、焦虑症状呈显著正相关(杜文娟, 2024), 是 BD 患者自杀风险升高的重要预测因素——研究证实, 存在重度自我病耻感的 BD 患者, 自杀意念发生率是无病耻感患者的 3.2 倍。钱文婷等人的研究表明(钱文婷, 褚爱琼, 2023), BD 患者的负性经历会导致个体自卑、焦虑、抑郁、快感缺失、生活质量下降等问题, 同时快感缺失又会作为一种负性情绪加重病耻感, 导致更消极的应对上述问题, 继而加重自我贬低, 形成一种恶性循环。

3.1.4. 不同疾病精神障碍患者病耻感差异

当前国内外有关不同疾病精神障碍患者之间病耻感差异的研究结果尚不能达成一致。例如, 国内学者张天明等人的研究表明(张天明等, 2021), 在农村社区的精神障碍患者具有较高的疾病病耻感, 且 BD 患者的自我病耻感水平要明显低于精神分裂症患者和抑郁症患者。张天明等人认为出现此类情形可能是由于 BD 具有抑郁相和躁狂相两种状态, 当患者在躁狂状态下, 尤其是轻躁狂时期, 患者会感到异常乐观, 这会在一定程度上提升其自我认知水平, 影响患者对自我的真实看法, 反而降低其病耻感。彭玫等人的研究也证实了这一观点(彭玫等, 2024)。但也有研究表明, 双相情感障碍患者病耻感的严重程度与精神分裂症接近, 甚至比抑郁患者的病耻感更加值得关注(Perich et al., 2022), 这种情况的出现可能与双相情感障碍的两种状态有关, 也可能与研究样本来源、社会文化差异、以及评估量表有关, 未来需要进一步探究。

3.2. 病耻感的关键影响因素

3.2.1. 个体层面因素

个体特征对 BD 病耻感的影响呈现多元性: 年龄方面, 年长者 BD 患者因处于家庭、社会责任较重的阶段, 对自我要求高, 病耻感或许更为明显(彭萍, 2016); 病程方面(杜文娟, 2024), 病程较长的患者,

或因反复经历病情波动与社会排斥, 病耻感内化程度更深, 而病程较短的患者则更易产生“病耻抵抗”(杜文娟, 2024); 心理特质方面, 心理弹性、希望水平、自我和谐水平、自我效能感高的患者(董湘潭等, 2019), 能更客观看待疾病, 病耻感水平较低, 反之, 神经质人格、悲观倾向的患者更易内化社会偏见; 此外, 家庭收入、婚姻状况、发作类型也是影响 BD 病耻感水平的个体因素。

3.2.2. 社会层面因素

BD 病耻感的另一重要调节变量是社会支持。国内研究证实, 家庭和朋友支持水平越高, BD 患者的病耻感水平越低。其中, 社会群体支持和社交互动等主观社会支持对 BD 患者社会功能康复中遭受的应激损害能起明显缓冲作用(王秋霞等, 2025)。公众对精神疾病的认知水平和媒体对精神疾病的负面报道会显著影响精神疾病患者的病耻感, 强化社会偏见, 而客观科学的疾病科普则会通过拓展对精神疾病的理解和接触, 缓和偏见, 有效降低病耻感(Ellison et al., 2015)。其次, 文化背景对精神疾病存在显著影响。西方群体的思维方式较为独立, 不会特别在意周围人的评价与关注, 而国内则注重所谓的“面子”, 导致自己承受了较大压力, 这将使得 BD 患者的自我病耻感水平显著高于西方群体。同时受到 BD 患者影响的照顾者以及家庭成员对精神障碍的态度也会因东西方文化差异而有所不同。国内个体患病后, 其家庭成员可能会拒绝与之交往, 从而削弱其社会支持网络, 进而加重患者的自我病耻感水平(张天明等, 2021)。此外, 职场工作环境、社区人群的接纳度等方面也会影响个体的病耻感。

3.2.3. 系统层面因素

医疗服务体系层面, 全球范围内 BD 治疗覆盖率偏低, 尤其在中、低等收入国家误诊率高, 部分患者因诊疗流程不规范而进一步加剧就医羞耻感。我国基层医疗机构普遍缺乏专科诊疗能力, 精神科医师与心理治疗师缺口显著, 导致患者常面临“求助无门”的困境(李连利等, 2023); 同时, 由国家卫生部牵头的“686 项目”虽取得一定成效, 但在建档管理中如若缺乏人文关怀, 则易固化患者的“风险源”标签, 强化其病耻感(刘锐等, 2023)。精神卫生科普层面也存在明显缺位, 公众对疾病的认知仍停留在“性格极端”、“情绪问题”等片面标签, 媒体对负面案例的单向传播放大社会恐惧, 而对其生物学本质与有效治疗手段的科学普及不足, 单纯的知识传播难以消除偏见, 成为公共病耻感滋生的重要土壤(Favre 等, 2023)。精神卫生政策方面, 尽管《精神卫生法》明确禁止歧视, 但缺乏细化的实施细则与监督机制, 职场中对患者的“终身否决权”等歧视行为缺乏有效约束, 医保政策中的隐性歧视条款也进一步限制了患者的权益与社会包容, 加剧其自我污名化。

3.3. 病耻感的干预研究进展

3.3.1. 心理干预

心理干预是针对 BD 病耻感干预的核心手段, 且干预形式多为团体干预。其中, 认知行为疗法较为成熟。例如, 对缓解期的 BD 患者实施团体认知行为治疗, 通过改变其相关认知, 矫正不良信念, 可以进一步缓解临床症状, 减轻病耻感水平, 同时能提高其服药依从性(戴晓燕, 2018)。近年来, 以网络形式为载体的团体认知行为治疗也可以显著提高患者积极应对水平, 从而降低病耻感和社交焦虑水平, 且这种干预模式往往优于网络常规知识宣教(杜文娟, 2024)。此外, 焦点解决模式、理性情绪疗法、接纳承诺疗法、正念疗法等也可有效减轻 BD 患者的阳性症状, 降低其病耻感水平(王媛媛等, 2025)。心理教育干预也取得一定效果, Daniel J Smith 等人的研究证实, 向 BD 患者及其家属提供疾病病因、治疗方案、康复技巧等科学知识, 也能有效减少“自我否定”的认知偏差, 降低自我病耻感(Smith et al., 2011)。

3.3.2. 社会层面干预

社会层面干预以“反病耻感宣传”为核心, 近年来国内外开展了多种形式的科普活动, 如江苏省医

学会开展关于 BD 的医生科普讲座、BD 患者故事分享会等活动,可以有效提升公众对 BD 的认知准确度,减少刻板印象。疾病名称更名探讨成为新的干预方向,UCL 的研究发现,将“双相情感障碍”更改为“情绪波动障碍”,可降低公众对疾病的“严重性恐惧”,减少社会距离感,但该干预方式仍存在争议,需结合文化背景进一步验证(Kato & Kanba, 2018)。社区支持体系建设也至关重要,通过建立 BD 患者互助小组、家庭照护者支持团体(尹敏, 2021),为患者提供情感支持与经验分享平台,帮助患者增强病耻抵抗能力。

4. 研究不足与未来展望

4.1. 现有研究的核心局限

当前 BD 病耻感研究存在以下不足:一是研究设计多为横断面调查,缺乏纵向追踪研究,难以揭示病耻感的动态变化规律及对疾病结局的长期影响(王媛媛等, 2025);二是研究内容存在“重关联、轻机制”的问题,多数研究聚焦于病耻感与社会支持、自我效能感等变量的相关性,对“社会偏见如何内化形成自我病耻感”“病耻感影响治疗依从性的中介机制”等核心问题探讨不足(尹敏, 2021);三是测量工具的文化适配性待优化,现有量表多源于西方文化,部分条目与中国文化语境存在差异,可能影响测量结果的准确性;四是特殊人群研究匮乏,对青年、老年、快速循环型 BD 患者等特殊群体的病耻感特征与影响因素关注不足,干预研究也未针对这些群体开展针对性设计(杜文娟, 2024)。

4.2. 未来研究的重点方向

基于现有研究不足,未来 BD 病耻感研究应聚焦以下方向:一是开展大样本、纵向追踪调查和干预研究,通过 1 年以上时长的随访,揭示病耻感在疾病不同阶段、不同相之间的变化特征,明确 BD 病耻感与病情复发、功能恢复的因果关系;二是深化机制研究,结合脑电、神经等临床医学,探索 BD 病耻感内化的神经机制,同时运用结构方程模型等统计方法,厘清不同因素在 BD 病耻感的影响路径;三是优化测量工具,开发具有中国文化特色的 BD 病耻感专用量表,提高测量的针对性与准确性;四是加强特殊人群研究,重点关注青年、老年、农村地区 BD 患者的病耻感特征,为制定差异化干预方案提供依据(彭玫等, 2024);五是推进本土化干预研究,基于中国文化背景与医疗体系特点,开发新式联合干预模式和方案,并验证干预方案的有效性与可持续性。

总之, BD 病耻感是一个涉及个体、社会、系统多层面的复杂问题,现有研究已明确其核心危害与关键影响因素,但在机制探索、干预效果等方面仍存在较大缺口。未来需要通过跨学科合作,开展更具针对性、科学性的研究,为缓解 BD 患者病耻感、提升康复质量提供支撑与实践指导。

参考文献

- 曾庆枝, 何燕玲, 田泓, 等(2009). 精神病患者病耻感评估量表的初步编制. *中国心理卫生杂志*, 23(9), 634-637+642.
- 戴晓燕(2018). G-CBT 对双相情感障碍患者的治疗效果. *西南国防医药*, 28(3), 242-244.
- 董湘萍, 尚倩倩, 张芸, 等(2019). 双相情感障碍患者自我效能感的相关因素研究. *四川医学*, 40(1), 47-51.
- 杜凯如, 何艾瑶(2024). 精神疾病病耻感评估工具的研究进展. *心理月刊*, 19(14), 230-233.
- 杜文娟(2024). *双相情感障碍缓解期患者的病耻感与社交焦虑的关系——应对方式的中介及干预*. 硕士学位论文, 武汉: 华中师范大学.
- 黄娟, 张玲, 王刚(2017). 双相障碍治疗延迟时间及其影响因素. *临床精神医学杂志*, 27(6), 361-364.
- 李娟, 李洁(2014). 精神障碍病耻感研究新进展. *精神医学杂志*, 27(3), 232-234.
- 李连利, 肖纯, 王鑫, 等(2023). 黑龙江省精神卫生服务资源现状调查研究. *中国初级卫生保健*, 37(7), 7-10.
- 刘畅畅, 朱颖, 朱文礼, 等(2023). 双相情感障碍患者病耻感自尊自知力与应对方式的路径分析. *临床心身疾病杂志*,

- 29(5), 69-75.
- 刘锐, 邓晶, 陈艾玲, 等(2023). 政策因素对精神分裂症患者就医行为的影响研究. *中国全科医学*, 26(19), 2385-2394.
- 刘玉莲, 尹冬青, 吴炜(2016). 双相情感障碍患者病耻感特征及其与疾病严重程度的关系研究. *中华护理杂志*, 51(12), 1413-1416.
- 卢青春, 段文涛, 王芳(2025). 双相情感障碍患者病耻感与生存质量的关系: 自我效能感及社会支持的中介效应研究. *临床心身疾病杂志*, 31(1), 45-50.
- 潘胜茂, 周英, 姜恋, 等(2016). 中文版精神疾病患者自我病耻感量表信效度分析. *中华行为医学与脑科学杂志*, 25(4), 372-375.
- 彭玫, 陈思宇, 刘红英, 等(2024). 农村地区精神障碍患者的病耻感及相关因素. *临床精神医学杂志*, 34(3), 190-193.
- 彭萍(2016). 双相障碍患者病耻感及相关因素调查. *当代护士(下旬刊)*, (7), 21-23.
- 钱文婷, 褚爱琼(2023). 双相情感障碍患者快感缺失与自伤行为、病耻感的关系分析. *精神医学杂志*, 36(5), 457-460.
- 邱玉华(2021). 青少年双相情感障碍患者病耻感与应对方式水平分析. *航空航天医学杂志*, 32(7), 881-883.
- 石秀秀, 孙旭海, 郭振军, 等(2023). 严重精神障碍患者病耻抵抗现状及影响因素分析. *临床精神医学杂志*, 33(3), 216-219.
- 石秀秀(2023). *严重精神障碍患者个体病耻感形成的内在机制研究*. 博士学位论文, 北京: 北京协和医学院.
- 孙霞, 苑成梅, 毕翠云, 等(2017). 团体认知行为治疗对双相障碍患者病耻感和服药依从性的影响. *神经疾病与精神卫生*, 17(2), 93-97+102.
- 谭艳玲(2022). *严重精神障碍患者病耻感应激的相关因素*. 硕士学位论文, 广州: 广州医科大学.
- 王秋霞, 张娜, 顾海英(2025). 女性双相情感障碍患者应对方式与社会功能的关系及影响因素分析. *中国妇幼保健*, 40(17), 3250-3253.
- 王媛媛, 冯虹, 林雪冰(2025). 焦点解决、团体干预对双相情感障碍缓解期残留症状的影响. *中华全科医学*, 23(7), 1188-1191.
- 吴志国, 苑成梅, 王振, 等(2011). 心境障碍患者自我病耻感及相关因素研究. *上海交通大学学报(医学版)*, 31(11), 1527-1531.
- 尹敏(2021). *家庭在精神疾病患者内在病耻感形成过程中作用的研究*. 博士学位论文, 北京: 北京协和医学院.
- 翟红梅(2025). 理性情绪疗法联合代币强化法在双相情感障碍患者中的应用. *医学理论与实践*, 38(13), 2318-2321.
- 翟倩, 胡昌清, 杨丽, 等(2018). 社会支持情况与精神障碍相关性研究. *首都医科大学学报*, 39(5), 646-650.
- 张蓉, 顾丽琴, 吴奕珉(2022). 康复期双相情感障碍病人病耻感现状及其危险因素分析. *全科护理*, 20(18), 2558-2560.
- 张天明, 刘昱君, 刘波, 等(2021). 农村社区精神障碍患者的病耻感及相关因素. *中国心理卫生杂志*, 35(8), 617-622.
- Ellison, N., Mason, O., & Scior, K. (2013). Bipolar Disorder and Stigma: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Affective Disorders*, 151, 805-820. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.014>
- Ellison, N., Mason, O., & Scior, K. (2015). Public Beliefs about and Attitudes towards Bipolar Disorder: Testing Theory Based Models of Stigma. *Journal of Affective Disorders*, 175, 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.047>
- Favre, S., Aubry, J. M., & Richard-Lepouriel, H. (2023). Perceived Public Stigma and Perceived Public Exposure by Persons Living with Bipolar Disorder: A Qualitative Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 69, 378-387. <https://doi.org/10.1177/00207640221093495>
- Hawke, L. D., Parikh, S. V., & Michalak, E. E. (2013). Stigma and Bipolar Disorder: A Review of the Literature. *Journal of Affective Disorders*, 150, 181-191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.030>
- Huang, Y., Wang, Y., Wang, H. et al. (2019). Prevalence of Mental Disorders in China: A Cross-Sectional Epidemiological Study. *The Lancet Psychiatry*, 6, 211-224. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30511-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30511-X)
- Kato, T., & Kanba, S. (2018). Survey on Attitudes towards Renaming Bipolar Disorder in Japanese. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72, 45. <https://doi.org/10.1111/pcn.12610>
- King, M., Dinos, S., Shaw, J. et al. (2007). The Stigma Scale: Development of a Standardised Measure of the Stigma of Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*, 190, 248-254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E. et al. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423. <https://doi.org/10.2307/2095613>
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J. et al. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in

the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64, 543-552.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>

Perich, T., Mitchell, P. B., & Vilus, B. (2022). Stigma in Bipolar Disorder: A Current Review of the Literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 56, 1060-1064. <https://doi.org/10.1177/00048674221080708>

Smith, D. J., Griffiths, E., Poole, R. et al. (2011). Beating Bipolar: Exploratory Trial of a Novel Internet-Based Psychoeducational Treatment for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 13, 571-577. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00949.x>