

针对癌症患者病耻感的认知行为疗法干预框架构建

周俊俏

北京建筑大学人文与社会科学学院，北京

收稿日期：2026年5月27日；录用日期：2026年7月16日；发布日期：2026年7月28日

摘要

本研究立足于我国癌症疾病负担沉重而患者心理社会关怀相对不足的现实背景，聚焦癌症患者在治疗过程中普遍经历且严重影响其治疗与生活质量的病耻感问题。在系统梳理国内外相关文献的基础上，结合探索性访谈资料综合分析人口学特征、心理认知、疾病治疗及社会支持等多层面影响因素，揭示病耻感在个人、社会及制度层面的具体表现，并基于认知行为疗法构建认知、行为与情绪三维干预框架。研究发现，病耻感的形成是个体与环境多因素交互作用的结果，认知重构、行为赋能与情绪调控的协同干预可有效缓解病耻感。但本研究存在以探索性访谈为主要资料来源并非系统性研究、未开展实证性干预检验等不足，未来需扩大样本量并开展长期追踪研究以提升结论的普适性与实践价值。

关键词

癌症患者，病耻感，认知行为疗法，社会工作干预

Cognitive Behavioral Therapy Intervention Framework for Stigma in Cancer Patients

Junqiao Zhou

School of Humanities and Social Sciences, Beijing University of Civil Engineering and Architecture, Beijing

Received: May 27, 2026; accepted: July 16, 2026; published: July 28, 2026

Abstract

Based on the reality that China carries a heavy cancer disease burden while psychosocial care remains relatively insufficient, this study focuses on the stigma commonly experienced by cancer patients, which significantly impairs their therapeutic effects and quality of life. Through a systematic

review of domestic and international literature combined with exploratory interviews, this paper analyzes multiple influencing factors, including demographic characteristics, psychological cognition, disease, treatment features, and social support. Then, it reveals how stigma manifests at the individual, social, and institutional levels, further constructs a three-dimensional intervention framework for cognition, behavior and emotion based on cognitive behavioral therapy. It finds that stigma arises from interactions between individual and environmental factors, and that a collaborative intervention involving cognitive restructuring, behavioral empowerment, and emotional regulation can effectively alleviate it. However, this study is limited by using exploratory interviews as the main source of data and lack of empirical intervention testing. Future research should expand the sample size and conduct long-term studies to improve the generalizability and practical value of the conclusions.

Keywords

Cancer Patients, Stigma, Cognitive Behavioral Therapy, Social Work Intervention

Copyright © 2026 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

2022 年, 中国癌症新发病例数约为 482.47 万例, 新增癌症死亡例数约 257.42 万例[1], 癌症疾病负担全球最重。在这一庞大数字背后, 是数百万个体与家庭正在经历的、远超生理痛苦的生命震颤。尽管全人健康理念已在医疗领域获得广泛认同, 但在实践层面, 医疗资源的紧张与临床工作的高负荷, 仍使医院的治疗重心倾向于患者的生理指标与疾病管理, 相对忽视了其心理状态与社会功能维度的整合性关怀。这种结构性失衡使得患者在治疗过程中产生的复杂心理社会反应, 尤其是根植于文化观念与人际互动中的病耻感往往难以在常规医疗流程中得到充分的识别与系统的干预。病耻感不仅会强化患者的负面情绪体验, 还可能削弱其治疗依从性, 进而对整体治疗效果与生存质量产生系统性影响。基于此, 本研究在对现有文献进行系统梳理的基础上, 结合探索性访谈资料, 旨在进一步探究病耻感在癌症患者中的形成机制、具体表现及其影响路径, 并基于认知行为疗法框架, 探讨社会工作介入的可行策略, 本研究以探索性访谈为核心资料收集方式, 区别于标准化、系统性学术研究, 相关成果可为后续大规模调研与实证干预提供前期参考, 以期构建更加全面、有效的癌症支持体系提供一些研究经验。

2. 文献回顾

2.1. 病耻感的概念与国内外研究现状

病耻感(stigma)最早源于希腊文“stizein”, 意为刺青, 原指刻在人身上的某种标记, 用来表明此人具有道德或者行为上的缺陷, 从而告知世人[2]。目前学界最广泛引用的定义是由社会学家 Goffman 引入的。他将病耻感定义为“由于个人或群体的某些社会不受欢迎或令人蒙羞的特征, 使其受到侮辱、经历不公平待遇, 社会地位降低” [3], 这一概念使癌症患者在他人看法中由“正常人”变为“有污点的人”。

2.1.1. 癌症病耻感的国外研究现状

在病耻感的分类上, Corrigan 将病耻感分为公众病耻感和自我病耻感, 分别指公众对患者的负面态度和患者因此产生的负面情绪[4]。Link 则将病耻感细分为感知、实际和内化三种类型, 涉及患者感受到的歧视、遭受的不公平待遇及内心的羞耻反应[5]。这两种分类方式各有侧重, 但都为全面理解病耻感的复

杂性和多维性提供了重要参考。

研究表明,病耻感对癌症患者危害显著。有研究表示多数癌症患者会出现负性情绪,且疾病分期越高、合并慢性病越多,病耻感越强烈[6]。晚期癌症患者还会因治疗效果不确定性和社交孤立进一步加重心理负担,在临床咨询中可能因医护人员反复询问相关病史而产生自责与羞愧感[7]。因治疗可能导致明显生理改变的癌症患者,病耻感表现更为突出,特定人群如低教育水平、有相关不良生活史的患者,污名体验更强烈[8]。部分国家普遍将癌症与死亡进行符号性等同,叠加经济贫困与家庭支持不足,患者易产生强烈的自我否定与社交隔离[9]。一些癌症类型的病耻感常与性传播相关认知绑定,在部分文化中被视为不道德的象征,导致患者刻意隐瞒病情、回避必要的筛查[10]。

2.1.2. 癌症病耻感的国内研究现状

国内关于癌症病耻感的研究已形成多维度探索格局,核心聚焦于现状特征、影响因素及干预路径三大核心领域。在概念与测量方面,目前学界主要采用自尊量表、一般自我效能感量表、社会影响量表、癌症耻辱量表等标准化工具为主,结合中文版修订版本,对病耻感的社会排斥、内在羞耻感等多维结构进行评估,明确其核心内涵为疾病标签引发的自我否定与社会排斥感知[11]。

研究表明癌症病耻感在不同癌种中普遍存在且呈现差异化特征。乳腺癌患者因身体意象改变病耻感尤为突出,肺癌患者常因吸烟关联产生自我谴责,宫颈癌患者受疾病与性传播关联的认知影响,头颈癌患者则因术后容貌与功能受损面临显著社交回避。研究证实多数患者病耻感处于中等及以上水平,且与生活质量呈显著负相关,直接影响治疗效果与社会功能恢复[12]。影响因素研究已形成个体、疾病、社会多层整合模型,现有研究普遍证实年龄、文化程度、应对方式等个体特征,癌症分期、手术方式、躯体形象改变等疾病相关因素,以及社会支持水平、公众认知偏差等外部环境因素,共同构成病耻感的重要影响变量。部分研究通过结构方程模型进一步揭示,社会关系质量、自我护理能力等在病耻感与社交适应之间发挥中介作用,为后续机制探讨提供了基础框架[13]。干预研究以认知行为疗法、积极心理干预、团体心理治疗等为主,通过认知重建、正念训练、同伴支持等方式帮助患者调整错误认知。同时,家庭干预与公众健康教育成为重要补充,通过改善家庭支持模式、普及癌症科学知识,减少社会歧视与误解。

结合现有研究发现目前癌症病耻感相关干预研究仍存在短板,表现为现有干预模型同质化较为明显,多采用通用心理干预模式,较少结合本土社会文化特征开展适配设计,且干预多侧重短期情绪缓解,缺乏长效机制构建与多方联动思路,仍存在较大研究拓展空间。

2.2. 认知行为疗法的概念与国内外研究现状

认知行为疗法是以美国心理学家贝克于1976年建立的认知治疗技术为基础,由认知理论和行为治疗相互吸纳、相互补充形成的系统心理治疗方法。认知理论主张,认知过程决定情绪与行为反应,通过调整不合理认知可以改善心理状态;行为治疗则强调行为可通过学习机制进行修正[14]。

2.2.1. 认知行为疗法的国外研究现状

认知行为治疗理论以艾利斯的理性情绪理论、贝克的认知治疗理论和梅钦鲍姆的认知行为纠正理论为主要理论构成。其中,艾利斯通过ABC模型揭示,诱发事件(A)需经由个体信念系统(B)的认知加工,才能产生相应的情绪与行为反应(C)。该模型阐明了强调认知评价在心理困扰形成中的核心作用[15]。贝克的认知治疗理论进一步归纳了常见认知曲解类型,此类非理性认知易使人在遭遇不良事件时形成对自我、世界及未来的悲观认知,进而陷入无望、无助等负性情绪,干预核心在于通过认知与行为技术矫正不良认知,以实现情绪与行为的改善[16]。继艾利斯和贝克之后,梅钦鲍姆的认知指导训练技术作为认知重建取向的渐进式训练方案,核心通过处理内在对话实现思考、认知结构与行为方式的重构,其流程为

先自我觉察并呈现情境相关的负性内在对话与消极信念，再探寻与非理性观念相容的积极思考方式并以新的内在对话表达，最终通过练习巩固合理认知，掌握应对技巧以实现环境适应[17]。

在应用场景方面，国外研究已将认知行为疗法广泛应用于多种人群。针对自闭症成人的社交焦虑，改良式认知行为疗法干预方案通过简化认知重构与强化社交技能训练，显著降低症状且未增加伪装行为[18]；在儿童与青少年进食障碍治疗中，认知行为疗法作为二线方案，通过纠正饮食相关的功能失调性认知，对体重恢复和心理病理症状改善呈现中到大效应量[19]。

2.2.2. 认知行为疗法的国内研究现状

国内认知行为疗法的应用研究已在实践中形成核心共识，其在癌症患者心理支持领域的价值尤为突出。针对癌症患者群体，该疗法能有效缓解癌症患者的恐惧疾病进展等负面情绪[20]；其与家庭支持相结合的联合干预模式，更能全面改善居家癌症患者的心理状态，提升其希望水平与社会支持度[21]。在应用发展方面，认知行为疗法的干预形式日趋多元，数字疗法、网络干预等新型模式逐渐兴起，为不同场景下的心理干预提供了灵活解决方案[22]。纵观国内外研究，认知行为疗法在癌症心理干预中的价值已得到广泛认可，但现有体系仍存在明显不足。当前干预多聚焦于矫正个体认知偏差，忽视了病耻感背后的社会关系属性。在我国癌症患者的心理压力更多来源于颜面顾虑与家庭负担，这也是传统干预框架难以有效回应的问题。

3. 癌症患者病耻感的影响因素分析

3.1. 人口学特征

3.1.1. 年龄

研究表明年龄是癌症患者病耻感的关键人口学变量，其影响机制嵌入不同生命阶段的心理社会情境之中[23]。年轻患者正处于人生发展的密集期，疾病所导致的职业进程受阻、婚育计划中断及身体意象受损与其发展任务形成显著冲突，易引发强烈的自我认同危机与心理失衡，从而加剧病耻感体验。相比之下，老年患者因人生阅历的积累与心理资源的成熟，对疾病的认知更具整合性，因此病耻感表现相对缓和。

3.1.2. 受教育程度

研究显示受教育程度通过调控患者的疾病认知水平、信息获取能力及社会支持寻求行为，对病耻感产生显著影响[24]。低教育水平患者受限于健康知识储备与批判性思维能力，更易受污名化叙事影响形成认知偏差，同时其社会资源整合与支持获取能力不足，可能加剧心理疏离与自我污名化倾向。高教育水平患者则更具认知弹性与信息鉴别能力，能够构建更为客观的疾病认知，并通过主动的信息获取与社会网络调动形成支持缓冲，从而在一定程度上缓解病耻感的心理冲击。

3.1.3. 经济状况

已有研究证实，家庭人均月收入与病耻感水平相关[25]。癌症治疗的长期性与高投入特性，使得低收入患者患病后面临沉重医疗费用压力，疾病导致的劳动能力下降可能进一步加剧家庭经济负担，引发拖累家庭的自责感与无力感。同时，经济拮据可能限制患者参与康复护理与社交活动，导致社会隔离感增强，进而强化病耻感。相比之下，经济优势患者在经济安全缓冲与资源可及性方面更具保障，能够更专注于疾病管理与心理调适，因而病耻感的体验强度相对较低。

3.2. 心理与认知因素

3.2.1. 自尊水平

自尊作为个体对自我价值的核心认同，与病耻感呈负相关[26]。高自尊个体具备更为稳定的自我认同结构，能够在疾病引发的身体改变与社会偏见情境中维持积极的自我认知，能够有效缓冲外部污名信息

的内化过程。反之，低自尊患者则倾向于将疾病相关的社会排斥与负面评价转化为对自我价值的系统性否定，从而强化自身缺陷的认知框架与羞耻体验。

3.2.2. 自我效能感

自我效能感作为个体应对疾病的核心心理资源，对癌症患者的病耻感具有显著的调节作用。高自我效能感患者展现出更强的疾病管理信心与行为主动性，能够通过积极的知识获取与康复参与，有效消解疾病等同能力丧失的认知偏差，从而降低病耻体验。研究证实一般自我效能与自尊水平共同构成病耻感的独立影响因子，其水平越高则病耻感程度越低[27]。同时，心理韧性与希望水平作为重要的适应性心理资本，可提升患者对负性情绪的调控能力，减少社交回避行为，缓冲病耻感的负面影响[28]。

3.3. 疾病与治疗特征

3.3.1. 疾病类型

从临床观察来看，不同癌症类型的病耻感呈现显著差异，其程度主要受疾病的社会归因属性与治疗对身体可见性变化的影响。肺癌患者因疾病与吸烟行为的社会性关联，常被污名化为行为后果的承担者，有更高水平的病耻感。口腔癌、宫颈癌及乳腺癌等疾病因治疗导致面部瘢痕、器官缺失或体态改变，形成可见的身体标记，促使患者在社交情境中产生异常化自我认知，从而加剧病耻体验。相比之下，胃癌、肠癌等内脏恶性肿瘤因缺乏外显病理特征，对患者身体意象的冲击较小，其病耻感水平通常较低。

3.3.2. 治疗方式

现有证据表明，治疗方式通过改变患者的身体结构与功能完整性，直接影响其自我接纳程度与病耻感体验。研究表明，乳腺癌全切患者因身体残缺感更强，其病耻感水平显著高于保乳手术患者；肠造口患者则因担忧排泄装置暴露而产生社交羞耻与行为回避[29]。此外，化疗所致脱发、皮肤色素沉着等外显性副作用，亦会强化患者的疾病身份认知，加剧病耻体验。

3.4. 社会支持系统

研究进一步显示社会支持系统通过情感支持、工具性支持与认同性支持三重维度，对癌症患者的病耻感发挥关键性缓冲作用[30]。其中，家庭支持为患者提供核心的心理与日常资源，稳定的亲密关系所形成的情感联结与功能互补，能显著降低患者的病耻体验。同伴支持通过病友间的共情理解与经验分享，有助于建构抵御污名的集体认同空间。同时，医护人员的专业尊重与社会的去污名化认知，共同形塑了更具包容性的康复场域，从结构与互动层面消解病耻感的外部生成机制。

4. 癌症患者病耻感的具体表现

4.1. 个人层面

4.1.1. 身体表征异化

治疗带来的生理变化，尤其是如化疗所致严重脱发等外显体征，构成了病耻感最直接的躯体基础。这些变化已非单纯的生理反应，而是转化为一种公开的、可见的病耻符号。患者的自我形象因此遭受冲击，陷入对失控身体的悲伤与无力。这种身体的失序直接引发了其对社会凝视的深度恐惧从而害怕被识别、被归类为病人。

4.1.2. 社交行为异化

癌症确诊后的治疗特性与预后不确定性，直接导致患者社交行为发生结构性异化。漫长且反复的治疗周期、对复查结果的持续性担忧以及对复发转移的恐惧，使得患者需将大量时间与精力投入医疗诊疗

及居家调养,原有工作与生活节奏被打破,社交互动的机会与时间被显著压缩。这种客观层面的社交限制,进一步引发心理层面的社交疏离感,患者社交圈逐渐向就医过程中结识到的同类病友收缩,与原有亲友群体的互动频次大幅下降。

4.1.3. 自我价值认同消解

疾病及治疗带来的躯体损伤直接削弱患者的生活自理能力与劳动参与能力,使其被迫脱离原有的职业角色与家庭分工体系。这种社会角色的剥离与功能的退行性变化,促使患者将疾病状态与自我价值进行强关联,进而衍生出累赘负性自我认知。此类认知与病耻感形成双向互构、相互强化的关系,最终可能形成自我否定的恶性循环,深化病耻感体验的强度与持续性。

4.2. 社会层面

4.2.1. 公共话语的标签化建构

以大众媒体与网络平台为核心载体的公共叙事,通过差异化的话语策略,无形中对癌症患者群体形成标签化认知。部分健康传播内容与文艺作品,可能系统性将癌症与异常、脆弱等负面语义深度绑定,无形中强化患者与健康人群的边界意识,塑造出患者需受特殊关照与规训的认知范式。这种公共叙事通过持续的认知强化,在社会认知层面对癌症患者构成隐性排斥,为病耻感的滋生提供宏观话语土壤。

4.2.2. 日常互动的关系性排斥

病耻感在微观日常人际互动中被持续激活与强化。社会层面对癌症的隐性偏见,通过亲密关系与公共社交中的非适应性互动行为外化,具体表现为对患者的过度保护、刻意疏离或身份特殊化对待。此类互动行为虽多出于善意或无明确歧视意图,但客观上形成关系性排斥,促使患者反复确认自身非正常的社会身份,推动社会层面的污名内化为自我污名,进而加剧病耻感体验。

4.3. 制度层面

4.3.1. 医疗系统的结构化区隔

现代医疗体系以专业化分工与效率优先为核心的制度逻辑,在制度层面完成对癌症患者的病人身份的强化与固化。在医患互动场景中,专业话语的主导性与决策权的非均衡分配,进一步加剧了癌症患者的被动从属地位,弱化其主体能动性。长期处于此环境中,癌症患者的自我认知逐渐与预设的病人身份趋同,个体生命体验被简化为医疗指标与档案数据,这在一定程度上固化了病耻感生成的制度基础。

4.3.2. 就医流程的机械性困厄

现代医疗体系效率优先的制度逻辑进一步强化癌症患者的被动从属地位与病耻感生成基础。化疗前的床位等待、住院期间的高频抽血检测、指标达标后的即时用药,以及化疗结束后次日即出院的快速周转模式,将患者的诊疗体验简化为医疗流程中的标准化环节,个体感受被医疗效率目标所遮蔽。诊疗过程中用药延续性指导的缺失、药物服用疑问的未获解答,以及化疗间歇期的额外抽血复查要求,加剧了患者的身心负担与不确定性焦虑,弱化了患者的主体能动性。患者的自我认知持续向病人身份趋同,个体生命体验被简化为一系列医疗指标的波动,进而在无助感与身份固化中强化病耻感体验。

5. 基于认知行为疗法的癌症患者病耻感干预框架构建

中国特有的文化环境,塑造了癌症患者病耻感独特的形成逻辑。受家庭本位观念影响,患者的自我否定大多源于担心给家人增添负担,同时传统面子观念让癌症这件事不再局限于个人范畴,还会牵扯到整个家庭的外界评价。加之社会对生死话题的固有认知与普遍避讳,患者缺少合理的情绪表达渠道,内

心压力长期无法疏解，最终倾向于自我压抑与沉默。基于对本土现实的考量，本研究对原有干预框架进行本土化改良，在认知干预环节跳出个体视角，兼顾家庭整体认知状态的调整，结合本土人际交往特点设计行为训练内容，并充分理解和接纳患者沉默、回避的情绪状态。综合上文归纳的病耻感表现，本文结合认知行为疗法制定干预方案，各类问题与干预技术的对应关系如图 1。

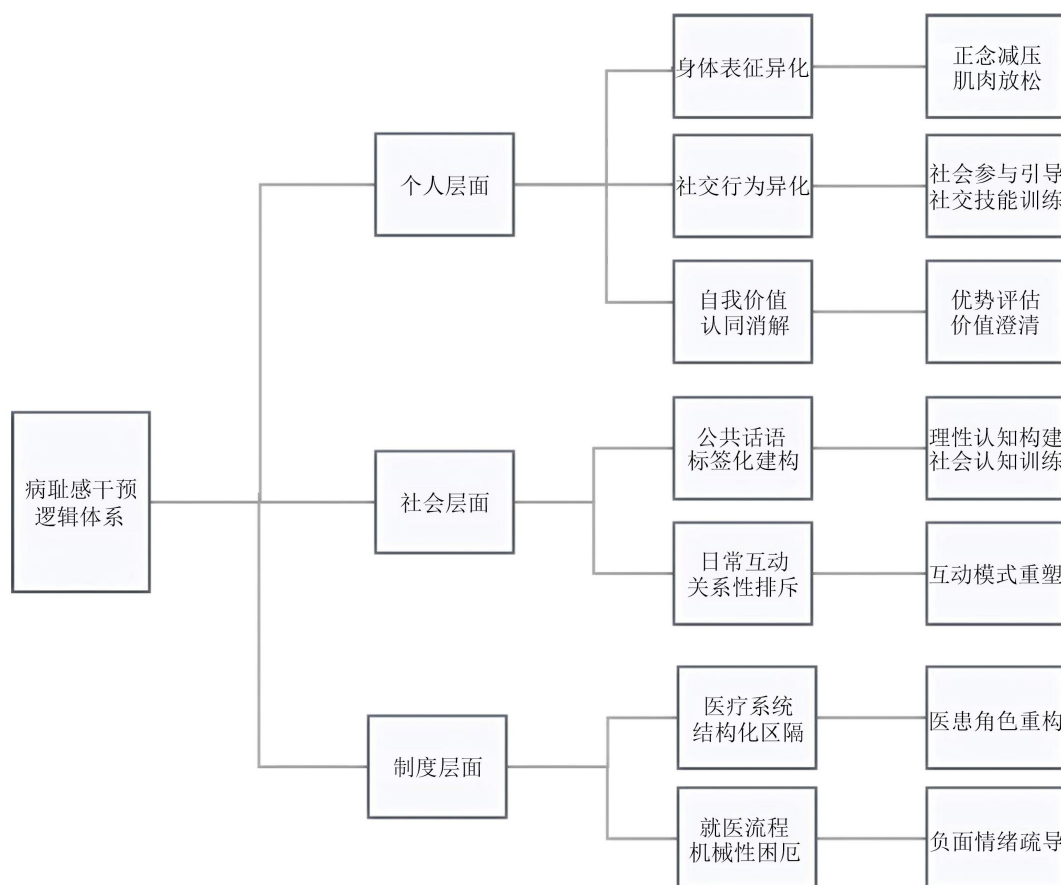


Figure 1. Diagram of stigma and corresponding intervention techniques for cancer patients
图 1. 癌症患者病耻感问题与干预技术层级对应框架图

5.1. 认知的识别与重建

5.1.1. 错误认知的系统性评估

基于认知行为疗法的理论框架，对癌症患者病耻感相关认知结构的系统性评估构成了干预实践的实证基础。该评估体系应遵循方法学整合原则，采用结构化深度访谈、标准化心理测量及生态行为观察相结合的多维路径。深度访谈旨在解构患者对疾病意义的个体化阐释、自我认同的病理化转向及社会互动中的污名感知机制。使用标准化测量工具，如 Link 病耻感系列量表、自尊量表、社会影响量表及一般自我效能感量表等的应用可对癌症患者病耻感的核心认知偏差进行量化标定。系统化的自然观察则能捕捉认知偏差外显为社交回避、治疗依从性降低等行为表征的动态过程。

5.1.2. 理性认知框架的引导构建

在认知重构的干预实践中，社会工作者需引导癌症患者构建多维度的理性认知体系。首先应以循证医学知识为基础，在对疾病本质的科学解构基础上，通过专业信息的系统性传递，将癌症从神秘化、灾

难化的想象重构为具有明确干预路径的医学事件。其次运用优势评估与资源整合技术，协助患者重新发现并确认自身内在心理资本与外在支持系统的价值，从而修复因疾病冲击而受损的自我概念。最后通过结构化的社会认知训练，引导患者对人际互动进行实证性检验，修正因污名预期而产生的社会认知偏差。

5.1.3. 认知重建的持续强化机制

鉴于认知重建所具有的长期演进与动态调适特性，社会工作者宜构建多维度的长效强化体系。其一，通过建立持续性的专业服务关系，运用周期性深度访谈与系统性评估工具，全程追踪患者认知重构的动态轨迹。其二，搭建结构化同伴互助网络，创设经验交互与情感共鸣的共享空间，依托群体动力机制中的示范效应、共情反馈与认知激荡，加速理性认知体系的内化进程。其三，推进认知与行为一体化整合，指导患者将新认知框架嵌入日常生活实践，在社交互动、自我调适等真实情境中持续检验认知模式，促使理性认知转化为稳定的思维范式与行为模式，进而有效弱化病耻感的长期影响效应。

5.2. 行为的调适与赋能

5.2.1. 适应性行为模式的系统规划

根据认知行为疗法的行为功能理论，构建适应性的行为模式是改善癌症患者生活质量、缓解病耻感的重要途径。干预应以个性化行为分析为基础，综合考虑患者的生理状态、治疗周期及生活环境等多重因素，制定系统化的行为调适方案。具体而言，应建立包括作息管理、营养支持、症状应对及渐进式社会参与在内的结构化行为体系。这一过程不仅有助于提升患者的生理适应能力，更能为其建立积极的行反馈机制，从而在行为层面巩固认知重构的成果，形成认知与行为相互促进的良性循环机制。

5.2.2. 社会交往行为的积极拓展

病耻感所引发的社会交往退缩不仅削弱患者的社会支持网络，更会强化其自我污名化进程。基于此，积极拓展社会交往行为成为减轻患者病耻感、推动其社会功能复原的关键路径。社会工作者应设计多层次社交干预方案，在正式支持层面组织结构化的康复交流会议与专项支持小组，为患者创造安全的情感表达与经验共享空间。在非正式支持层面指导患者重建与亲友的互动模式，提升亲密关系的支持效能。同时融入社交技能训练模块，系统提升患者的沟通表达与人际应对能力。

5.2.3. 自我效能感提升的行为干预

自我效能感的提升在癌症患者病耻感的干预体系中具有核心作用。基于认知行为疗法的行为干预原理，应当构建以成功经验积累为核心的系统性提升路径。这一路径包括设计阶段性的适应性行为目标，通过任务分解将复杂的康复任务转化为可操作的行为单元，建立即时反馈机制以强化癌症患者在疾病应对过程中的成功体验。运用归因训练帮助癌症患者将正向结果合理归因于自身能力，同时通过认知重构技术帮助患者建立对治疗过程中挫折的适应性解读框架。

5.3. 情绪的改善与提高

5.3.1. 负面情绪的精准干预

负面情绪与病耻感常交织影响，需建立系统化的识别与干预路径。干预可围绕认知重构这一核心展开，重点识别患者由对疾病及社会评价的非理性认知所引发的情绪反应。通过在治疗关键节点使用标准化的焦虑抑郁量表，结合患者的自我认知，动态捕捉其情绪波动的规律性特征。

5.3.2. 积极情绪的系统培育

在缓解负面情绪的基础上，需进一步构建积极情绪的系统培育机制。基于积极心理学与认知行为疗法的整合视角，通过设计结构化活动、引导积极自我对话、培养感恩与乐观认知模式等多元化策略，有

目的地激发与强化患者的积极情绪体验。培育过程需注重个体差异与阶段适配性，在不同治疗周期中嵌入相应的积极干预模块。同时通过社会支持反馈与成功经验积累，促使积极情绪逐渐内化为稳定的情感状态。

6. 总结

癌症患者的病耻感问题，不仅关乎个体心理与社会功能的整合性健康，更是衡量社会文明进步与人文关怀深度的重要标尺。本研究从社会工作视角出发，在系统梳理病耻感多维表现与生成机制的基础上，基于认知行为疗法的理论内核，构建了涵盖认知识别与重建、行为调适与赋能、情绪改善与提高的三维干预框架。该框架的构建逻辑区别于对西方认知行为疗法干预的直接移植，而是在认知、行为、情绪三个维度分别作出中国文化情境下的调整。基于认知行为疗法的三维干预框架，不仅为临床实践提供了科学依据，也为社会工作介入癌症患者支持体系提供了一些参考经验。然而，病耻感的消解非一朝一夕之功，亦非单一学科所能独力承担。本研究采用探索性访谈开展前期初探，样本规模有限，所得结论的普适性存在明显局限。未来研究需进一步跨越学科界限，整合医学、心理学、社会学等多学科资源，深化对病耻感动态变化机制的探索；同时，强化实证研究，开发适合我国传统生死观下的本土化干预方式，推动政策优化与社会环境改善，早日实现全人健康的愿景，让癌症患者能在尊严与关爱中走向康复。

参考文献

- [1] Han, B., Zheng, R., Zeng, H., Wang, S., Sun, K., Chen, R., *et al.* (2024) Cancer Incidence and Mortality in China, 2022. *Journal of the National Cancer Center*, **4**, 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.jncc.2024.01.006>
- [2] Meriam Webster. Origin of Stigma. <http://www.m-w.com/dictionary/stigma>
- [3] Stigm, G.E. (1963) Note on the Management of Spoiled Identify. Prentice Hall, 5-7.
- [4] Corrigan, P.W. and Watson, A.C. (2002) The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **9**, 35-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- [5] Link, B.G. and Phelan, J.C. (2001) Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, **27**, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- [6] Bennett, L.R. and Astari, P. (2025) Unpacking Cervical Cancer Stigma in Healthcare: Lessons Learnt from Indonesian Patients and Health Professionals. *Culture, Health & Sexuality*, **28**, 445-460. <https://doi.org/10.1080/13691058.2025.2488036>
- [7] Lee, C.K., *et al.* (2025) Navigating Advanced Lung Cancer Care, Patient-Physician Alliance, Cancer Stigma, and Psychosocial Support in Asia-Pacific: Perspectives from Patients, Caregivers, and Physicians. *Future Oncology*, **21**, 2851-2865.
- [8] Tan, C., Zhong, C., Mei, R., Yang, R., Wang, D., Deng, X., *et al.* (2022) Stigma and Related Influencing Factors in Postoperative Oral Cancer Patients in China: A Cross-Sectional Study. *Supportive Care in Cancer*, **30**, 5449-5458. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06962-2>
- [9] Mandizadza, E. and Moyo, S. (2021) A Phenomenological Study on Experiences of Cancer Stigma amongst Selected People Living with Cancer in Rural and Urban Zimbabwe. *AAS Open Research*, **4**, Article No. 48. <https://doi.org/10.12688/aasopenres.13282.1>
- [10] Bae, H.S. and Temkin, S.M. (2025) Cervical Cancer Stigma—A Silent Barrier to the Elimination of Cervical Cancer. *Cancer*, **131**, e35776. <https://doi.org/10.1002/cncr.35776>
- [11] 杨福娜, 任云楚, 王永琦, 等. 癌症患儿主要照顾者连带病耻感的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2025, 60(12): 1531-1537.
- [12] 牛杰, 崔娟, 石文静, 等. 山东省某两所医院乳腺癌术后患者病耻感水平与生命质量的相关性研究[J]. 医学与社会, 2020, 33(12): 81-84.
- [13] 陈飞燕, 朱凤琴, 陈旦旦, 等. 社会关系质量与自我护理能力在宫颈癌患者病耻感与社交回避及苦恼间的中介效应[J]. 护理学杂志, 2023, 38(22): 6-9.
- [14] 许若兰. 论认知行为疗法的理论研究及应用[J]. 成都理工大学学报(社会科学版), 2006(4): 63-66.
- [15] Ellis, A. (1962) Reason and Emotion in Psychotherapy. Lyle Stuart.
- [16] Beck, A.T. (1979) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Penguin.

-
- [17] Meichenbaum, D. (1977) Cognitive Behaviour Modification. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, **6**, 185-192. <https://doi.org/10.1080/16506073.1977.9626708>
- [18] Roisenberg, B.B., Boulton, K.A., Thomas, E.E. and Guastella, A.J. (2025) Cognitive-Behavior Therapy for Social Anxiety Does Not Increase Reports of Camouflaging Behavior in Autistic Adults: Results from an Exploratory Study. *Autism Research*, **18**, 1896-1909. <https://doi.org/10.1002/aur.70103>
- [19] Wergeland, G.J., Ghaderi, A., Fjermestad, K., Enebrink, P., Halsaa, L., Njardvik, U., *et al.* (2025) Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents in Routine Clinical Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, **34**, 883-902. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02544-1>
- [20] 张乐乐, 李瑞玲, 程秋泓, 等. 认知行为疗法对癌症患者恐惧疾病进展影响的系统评价[J]. 中华护理教育, 2022, 19(3): 242-248.
- [21] 侯阿幸, 彭真, 张笑. 认知行为疗法联合家庭支持对居家肝癌患者心理状态、希望水平及社会支持的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2022, 30(5): 684-688.
- [22] 桑先宇, 侯心怡, 龙楠楠, 等. 数字认知行为疗法在青少年心理健康干预中的应用进展[J]. 中南大学学报(医学版), 2025, 50(9): 1568-1578. <https://link.cnki.net/urlid/43.1427.R.20250804.1727.004>, 2025-12-22.
- [23] 孔荣华, 王雅莉, 葛胜燕, 等. 年轻乳腺癌患者病耻感及影响因素研究[J]. 护理学杂志, 2017, 32(8): 84-86.
- [24] 孔方, 林征, 柏春琴, 等. HIV 感染者/AIDS 患者病耻感现状调查及其影响因素分析[J]. 中国护理管理, 2017, 17(9): 1199-1203.
- [25] 于媛, 王黎, 张娜, 等. 肺癌患者病耻感水平及其影响因素调查分析[J]. 中国护理管理, 2016, 16(2): 256-259.
- [26] 陈国伟, 黄燕林, 王涵, 等. 腹膜透析病人自尊水平在病耻感与生活质量之间的中介效应分析[J]. 护理研究, 2021, 35(20): 3632-3636.
- [27] 曹亚玲, 崔金锐, 胡琴, 等. 口腔癌皮瓣移植患者病耻感现状及影响因素分析[J]. 中国护理管理, 2022, 22(2): 213-216.
- [28] 毛英莹, 王伟梁, 李辞, 等. 精神分裂症患者病耻感与精神残疾的关系: 有调节的中介效应分析[J]. 中国全科医学, 2020, 23(20): 2509-2513.
- [29] 原静民, 郑美春, 卜秀青, 等. 永久性肠造口患者病耻感现状及其影响因素研究[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(12): 1422-1427.
- [30] 李茂生, 邬志美. 我国重性精神疾病患者病耻感问题及对策分析[J]. 中国医学伦理学, 2017, 30(3): 383-387.