

基于语义差异量表的心理疾病外显与内隐污名的结构及关系*

董圣鸿^{1,2} 吴洁^{1,2} 朱鸿健³ 王燕⁴

(1 江西师范大学心理学院, 南昌 330022) (2 江西省心理与认知科学重点实验室, 南昌 330022)
(3 广东省从化监狱, 广州 510940) (4 江西师范大学学前教育研究中心, 南昌 330022)

摘要 采用语义差异法编制心理疾病污名语义差异量表, 用于测量外显污名, 并用语义差异量表的词对作为单类内隐联想测验的材料, 测量内隐污名, 用这两类材料研究外显污名与内隐污名的结构及关系。结果表明: 外显污名的三维度模型具有良好的拟合度 ($\chi^2/df=2.99$, RMSEA=0.075, CFI=0.918, TLI=0.902); 内隐污名的三维度模型也具有较好的拟合度 ($\chi^2/df=2.272$, RMSEA=0.071, CFI=0.857, TLI=0.833), 且与外显污名的结构相同, 都由认知评价、情感体验、行为反应三维度构成; 心理疾病污名的外显认知评价与内隐认知评价存在显著相关 ($r=0.436$), 外显污名与内隐污名的其它维度之间均不存在显著相关。

关键词 语义差异量表, 心理疾病, 内隐污名, 外显污名。

分类号 B849

1 引言

心理疾病污名指个体对心理疾病患者的消极态度, 包括负面认知评价、消极情感体验和歧视行为反应 (Verhaeghe & Bracke, 2011; 王晓刚, 尹天子, 黄希庭, 2012)。人们对心理健康的关注度日渐提升, 心理疾病被污名化也亟待解决。精神分裂症、抑郁症等心理疾病患者在遭受疾病本身带来的不良影响同时, 还受到公众的偏见、歧视等消极对待, 人们对心理疾病患者的污名给被污名化的个体在治疗以及发展方面都带来了不同程度的负担 (Rüsch, Corrigan, Todd, & Bodenhausen, 2011)。美国新精神健康自由委员会也指出心理疾病污名是患者获得高质量心理健康服务的主要障碍 (Hogan, 2003), 对心理疾病污名的研究, 有利于人们加深对心理疾病污名的认识, 从而在理论的基础上提出更加有效的去污名干预措施, 减少甚至消除心理疾病污名, 进一步提升我国心理健康服务体系质量 (王晓刚, 2013; 王晓刚, 黄希庭, 陈瑞君, 章麟, 2014)。

对心理疾病污名的准确评估是有效去除污名效应的基础与前提 (王晓刚, 黄希庭等, 2014; 王晓刚, 杜李琴, 徐畅, 2017), 以往对心理疾病污名进

行研究时, 不同的研究者采用了不同的评估工具, Cohen 和 Struening (1962) 开发的心理疾病评价量表和 Alem, Jacobsson, Araya, Kebede, Kullgren (1999) 编制的关键信息问卷都是用于测量心理疾病污名的工具, Teachman, Wilson 和 Komarovskaya (2006) 使用内隐联想测验、Rüsch 等 (2011) 采用启动测量的方法对心理疾病污名进行评估。这些研究对心理疾病污名的测量可分为外显污名的测量 (Crisp, 2000; Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003; Link & Phelan, 2001; Rüsch, Todd, Bodenhausen, Olschewski, & Corrigan, 2010) 和内隐污名的测量 (Bessenoff & Sherman, 2000; Corrigan & Watson, 2002; Rüsch et al., 2007; Teachman & Woody, 2003)。基于这两类测量, 人们探讨了外显污名与内隐污名的关系 (Gawronski & Bodenhausen, 2006; Lincoln, Arens, Berger, & Rief, 2008; Stull, McGrew, Salyers, & Ashburn-Nardo, 2013; Wilson, Lindsey, & Schooler, 2000)。

但是, 在研究外显污名与内隐污名关系时, 人们大都把外显污名和内隐污名作为一个整体来研究, 没有对外显污名与内隐污名进行维度结构的探讨, 并分析这些维度之间的关系。Bessenoff 和 Sherman (2000) 用词汇决策任务的方法测量被

收稿日期: 2017-12-31

* 基金项目: 江西省社会科学“十二五”规划项目 (15WTZD12) “中小学生思想品德与公民素养现状及监测理论与技术研究”。

通讯作者: 董圣鸿, E-mail: shdong@jxnu.edu.cn。

试对肥胖的外显和内隐态度；Peris, Teachman 和 Nosek (2008) 采用自我报告法和内隐联想测验探讨不同职业类型的人对心理疾病患者的外显污名与内隐污名。实际上根据态度三成分理论，心理疾病污名也可能包括认知、情感和行为三个成分。Wang, Huang, Jackson 和 Chen (2012) 和王晓刚，黄希庭等 (2014) 采用单类内隐联想测验考察心理疾病内隐污名的构成时，发现内隐污名存在自动化的认知、情感和行为倾向。

另外，在探讨外显污名与内隐污名的关系时，所用测试工具的材料不一致，可能导致研究相关的结果会出现偏差。Rüsch 等 (2011) 采用自我报告法测量外显污名，例如，让被试对“我认为精神病患者不好”进行9点评分，而采用词汇决策任务测量内隐污名，该任务中包括的四种不同类型的形容词与测量外显污名的句子是不一致的。钱杰 (2017) 使用情感温度计和社会距离量表测量外显污名，使用内隐关系评估程序来测量内隐污名，但该程序中的自编积极或消极形容词与其用来测量外显污名的量表也是不一致的。这种情况在很多研究中同样存在 (Kopera et al., 2015; Rüsch, Todd, Bodenhausen, & Corrigan, 2010a; Stier & Hinshaw, 2007)。

为此，本研究拟采用自编语义差异量表，作为外显污名测量的工具，探讨外显污名的维度结构；同时，由于语义差异量表的每个特征都是一个两极形容词对，所以该量表的项目又可以作为内隐污名属性词的材料，保证内隐污名测量与外显污名测量所用材料的一致性，并在此基础上探讨内隐污名的维度结构，以及外显污名与内隐污名各维度之间的关系。

2 研究方法

2.1 被试

本研究探讨心理疾病外显污名与内隐污名的结构与关系，是基于心理疾病污名的外显量表编制和内隐测量实验的，实际上包括了三项研究，为避免练习与疲劳效应，在不同研究阶段选取了不同的被试：

(1) 在心理疾病污名的外显量表编制过程中，选取了30名大学生进行访谈，以获取语义差异量表的词对素材；对收集的词对进行筛选时，选取了150名大学生；探讨心理疾病外显污名结构时，选取了743名大学生，共获得有效问卷706份，

男生和女生人数分别为50和656人。

(2) 探讨心理疾病内隐污名结构时，采用单类内隐联想测验，需被试在实验室进行，招募了70名大学生，男生和女生人数分别为2和68人。

(3) 探讨心理疾病外显污名与内隐污名的关系时，招募了不同的90名大学生，男生和女生人数分别为3和87人。

由于本研究的被试为师范大学在校生，客观上出现了男女被试比例差异较大，但尹艳新 (2013) 和肖世君 (2017) 以及王晓刚，尹天子和陶鹏 (2014) 对心理疾病污名进行研究的结果都显示大学生心理疾病污名的性别差异不显著，因此本研究没有特别考虑所选取被试的男女人数的差异。

2.2 工具

2.2.1 心理疾病污名语义差异量表

采用自编的《心理疾病污名语义差异量表》，量表包括认知评价、情感体验、行为反应三个维度，三个维度的 α 系数分别为0.82, 0.77, 0.88，总量表的 α 系数为0.86；验证性因素分析表明测验的结构效度符合测量学要求。量表编制过程如下：

(1) 收集语义差异量表配对的词对。从文献研究、访谈编码、自由联想问卷三方面进行收集：①收集有关心理疾病污名的文献和量表，进行分析整理，筛选出心理疾病污名有关认知、情感、行为三种维度结构的词语；②随机访谈30名大学生，请他们描述对精神分裂症、抑郁症等患有心理疾病的人的态度，对访谈结果进行编码，提取出符合认知、情感、行为的词语；③通过自由联想问卷，让被试写下30个词语，分别用10个词语来表达他们对心理疾病患者的认知、情感以及行为态度倾向。把从三方面收集到的词语，依据语义或内涵相似性进行合并，筛选出频率在5次以上的词语，最终共收集到30个形容词。根据语义差异量表的特点，查阅《现代汉语词典》，找出30个形容词的反义词，以这30对形容词组成心理疾病污名语义差异的初始问卷。

(2) 专家评价筛选词对。请8名心理学教师以背靠背独立评价方式，依据形容词对是否属于认知、情感、行为对初始问卷进行评价与判断，根据项目评估的反馈意见，删除6对不符合的词对，最终形成有24对形容词对的心理疾病污名语义差异预测问卷。为防止被试产生习惯性作答，在预测问卷的24对形容词对中，18对形容词左边是消极词语，右边是积极词语，6对形容词左边是

积极词语, 右边是消极词语。问卷采用 7 点计分, 数字“1”代表倾向于认为左边的词最符合自己的观点, “4”代表观点是中立的, “7”代表倾向于认为右边的词最符合自己的观点。例如, 如果被试对心理疾病患者的评价是消极的, 则在“危险—安全”这一对形容词对中, 选择靠近“危险”一边的数字。

(3) 试测、分析与筛选词对。随机选取 150 名大学生进行试测, 剔除空白或漏填和所选数字都是同一个数字, 或按照数字规律性进行勾选等作答问卷, 共收回有效问卷 137 份。删除题分与问卷总分相关系数低于 0.35 的项目, 最终形成包含 16 对不同形容词的心理疾病污名语义差异的正式量表。

2.2.2 单类内隐联想测验 (SC-IAT)

使用 Inquisit-3 心理实验软件编制一个总的 SC-IAT 程序, 用于测量心理疾病内隐污名的维度结构, SC-IAT 程序的概念词选用王晓刚 (2013) 使用的概括标签, 包括心理异常、精神疾病、心理治疗、心理问题 4 个概括标签; 属性词则采用心理疾病污名语义差异量表的项目, 共 16 对属性词 (如怪异—正常)。再通过 3 个 SC-IAT 程序评估被试对心理疾病患者的内隐认知评价、内隐情感体验、内隐行为反应, 3 个 SC-IAT 程序的概念词均选用相同的 4 个心理疾病概括标签; 而采用心理疾病污名语义差异量表的 3 个不同维度的项目作为 3 个 SC-IAT 程序的属性词。

2.3 SC-IAT 程序

实验中, 所有 SC-IAT 的程序均相同, 包括 2 个练习阶段和 2 个测试阶段, 仅对测试阶段收集的数据进行分析, 具体程序见表 1。

Greenwald 和 Banaji 在 1995 年提出了内隐联想测验 (IAT), 用于测量个体对某类事物的自动化反应。由于心理疾病没有适合的匹配物, 故选择测量单一对象的 SC-IAT 测量个体对心理疾病的内隐态度。根据 SC-IAT 的内在逻辑, 相容反应是指个体更加倾向于把心理疾病概括标签与消极属性词相联系, 当要使个体把心理疾病概括标签与积极属性词联系在一起时, 会认为是更加困难的反应, 称为不相容反应。在心理疾病内隐污名的 SC-IAT 测试中, 第一阶段要求被试看到概念词与“消极词”按左键“F”, 看到“积极词”则按右键“J”; 第二阶段要求被试看到概念词与“积极词”按右键“J”, 看到“消极词”按左键“F”, 为平

衡两阶段的左右按键比率, 三种词出现的比率均为 1:1:2。

在实验中, 对被试的按键反应给予及时反馈, 如果判断正确, 电脑屏幕中央会出现绿色“√”, 持续 200 ms; 若判断错误, 则出现红色“×”; 被试在 1500 ms 后还未作出判断, 则会出现红色“请尽快反应!”字样。

表 1 SC-IAT 程序

步骤	次数	作用	“F”键	“J”键
1	24	练习	概念词+消极词	积极词
2	48	测试	概念词+消极词	积极词
3	24	练习	消极词	概念词+积极词
4	48	测试	消极词	概念词+积极词

2.4 施测程序

心理疾病污名语义差异量表的施测采用以班级为单位的纸笔测试; 总的 SC-IAT 实验由被试单独在电脑上操作完成; 在外显与内隐污名关系研究中, 采用拉丁方实验设计控制 3 个 SC-IAT 的顺序效应, 心理疾病污名语义差异量表在完成了所有的 SC-IAT 后再填写。

2.5 数据整理

首先, 采用 Karpinski 和 Steinman (2006) 在 SC-IAT 研究中提出的方法, 对所有 SC-IAT 实验得出的数据进行预处理: 首先, 删除反应时小于 350 毫秒大于 10000 毫秒的试次; 其次, 用正确反应时的均值加上 400 毫秒将错误反应试次的反应时进行替换。对总的 SC-IAT 进行预处理后的数据, 在 Excel 中整理计算出每个被试在 16 对属性词对上的平均反应时; 对 3 个 SC-IAT 进行预处理后的数据, 在 Excel 中整理计算出不相容任务反应时与相容任务反应时的差值; 对心理疾病污名语义差异量表收集的数据, 在 Excel 中整理计算出项目中值 4 与被试得分的差值。

2.6 统计方法

采用 SPSS20.0 和 M-plus 软件包进行统计分析。

3 结果

3.1 外显污名结构

将问卷调查数据随机分成两半, 一部分用于探索性因素分析, 一部分用于验证性因素分析。

3.1.1 外显污名结构的探索性因素分析

探索性因素分析 KMO 值为 0.88, Bartlett 球形

检验卡方值为 2494.64，自由度为 120，显著性 p 值为 0.000，显示数据可以进行因素分析。采用主成分分析法提取出 3 个特征值大于 1 的因子，3 个因子累积变异解释率为 59.19%。方差最大正交旋转

后，根据项目的因子负荷指数以及每个因子所包含的项目，将 3 个因子分别命名为认知评价、情感体验、行为反应。具体 16 个项目因素分析结果见表 2。

表 2 16 个项目因子分析结果

认知评价		情感体验		行为反应	
项目	负荷	项目	负荷	项目	负荷
X1: 危险-安全	0.46	X9: 厌恶-喜欢	0.58	X13: 排斥-接纳	0.76
X2: 脆弱-坚强	0.41	X10: 害怕-无畏	0.76	X14: 歧视-尊重	0.81
X3: 无能-能干	0.47	X11: 紧张-轻松	0.81	X15: 远离-接近	0.69
X4: 孤僻-合群	0.74	X12: 反感-好感	0.47	X16: 漠视-关心	0.76
X5: 偏激-平和	0.70				
X6: 冷漠-热情	0.77				
X7: 怪异-正常	0.74				
X8: 阴暗-阳光	0.71				
累积贡献率%	34.84	累积贡献率%	51.86	累积贡献率%	59.19

3.1.2 外显污名结构的验证性因素分析

根据探索性因素分析得到的结构，进行验证性因素分析，结果见表 3。结果表明，绝对拟合指数 χ^2/df 在 2.0 到 5.0 之间，近似误差指数 RMSEA 低于 0.08，相对拟合指数 CFI、TLI 大于 0.9，均表明心理疾病外显污名的理论模型具有较好的拟合度，三个因素对测量模型具有较好的解释能力。

表 3 外显污名结构的模型验证结果

χ^2	df	χ^2/df	RMSEA	CFI	TLI
302.254	101	2.99	0.075	0.918	0.902

3.2 内隐污名结构

以 SC-IAT 相容任务与不相容任务的反应时之差作为观测变量，使用被试在 16 对属性词对上的平均反应时构建项目反应矩阵，由于测量内隐污名的属性词与测量外显污名的 16 对形容词是相一致的，所以采用外显污名得到的结构进行内隐污名的验证性因素分析，结果见表 4。结果表明， χ^2/df 在 2.0 到 5.0 之间，RMSEA 低于 0.08，CFI 在 0.85 以上，显示这些拟合指数都相对良好，说明心理疾病内隐污名的结构也是包含了三个维度，且与外显污名的结构相同，都由认知评价、情感体验、行为反应三维度构成。

表 4 内隐污名结构的模型验证结果

χ^2	df	χ^2/df	RMSEA	CFI	TLI
230.358	101	2.272	0.071	0.857	0.833

3.3 外显与内隐污名的关系

采用皮尔逊积差相关法进行相关分析，结果见表 5。结果显示，心理疾病污名的外显认知评价与外显情感体验存在显著相关；心理疾病污名的外显情感体验与外显行为反应也存在显著相关；心理疾病污名的外显认知评价与内隐认知评价存在显著相关；外显污名与内隐污名的其它维度之间均不存在显著相关。

表 5 相关分析结果

	外显认知	外显情感	外显行为	内隐认知	内隐情感	内隐行为
外显认知	—					
外显情感	0.38**	—				
外显行为	0.16	0.58**	—			
内隐认知	0.44**	0.17	0.07	—		
内隐情感	0.08	0.01	-0.09	0.05	—	
内隐行为	0.08	0.06	0.14	0.04	0.03	—

注：** $p < 0.01$ 。

4 讨论

4.1 心理疾病的外显污名结构

本研究依据 Nesdale 和 Durkin (1998) 提出的态度三成分理论，编制心理疾病污名语义差异量表，用于测量心理疾病外显污名的结构，探索性和验证性因素分析表明心理疾病外显污名包括认知评价、情感体验和行为反应三个维度结构。Link,

Phelan, Bresnahan, Stueve 和 Pescosolido (1999) 与 Corrigan 和 Miller (2004) 指出心理疾病污名的构成是复杂的, 他们所提出的动态过程说指出, 拥有消极特征的个体或群体, 如心理疾病患者, 在社会互动过程中, 他们往往会被贴上不好的标签, 从而不会被其他人所接纳甚至会遭受到歧视; 陈福侠 (2010) 对问题学生污名的研究中也提出, 污名是包含了贴标签、消极对待、偏见、不公正的评价、刻板印象、歧视等各种不良因素, 综合了认知、情感、行为三方面的消极态度。本研究所得结果验证了前人所提出的一系列观点, 系统的验证了心理疾病外显污名的结构。

4.2 心理疾病的内隐污名结构

Karpinski 和 Steinman (2006) 指出 SC-IAT 是测量人们对某种事物单一内隐态度的有效工具, 由于心理疾病是一种单一对象, 没有适合的匹配物, 故本研究采用自编的单类内隐联想测验测量心理疾病内隐污名的结构。以往研究心理疾病内隐污名时, 大多数研究中 SC-IAT 的属性词是没有经过标准化处理的, 并且这些属性词都是同种类型的词语, 导致使用这些材料测量内隐污名的结构时, 不能很好地反映其结构的完整性 (王晓刚, 黄希庭等, 2014)。本研究采用自编语义差异量表的两极形容词对作为 SC-IAT 的属性词测量心理疾病内隐污名的结构, 验证性因素分析结果表明, 心理疾病内隐污名的结构与外显污名是一致的, 都包含了认知评价、情感体验、行为反应三个维度结构。这与前人对心理疾病内隐污名的研究结果是相一致的, 王晓刚等 (2012)、王晓刚, 黄希庭等 (2014) 和 Rüsche, Lieb, Bohus, Corrigan (2006) 以及 Rüsche, Todd, Bodenhausen 和 Corrigan (2010b) 在研究心理疾病内隐污名结构时, 结果显示, 心理疾病的内隐污名是包含了负面的评价、消极的情感 and 歧视性的行为反应。

4.3 心理疾病外显污名与内隐污名的关系

本研究相关分析表明, 心理疾病污名的外显认知评价与外显情感体验之间存在显著相关, 外显情感体验与外显行为反应之间存在显著相关, 认知行为模型通常认为认知、情感与行为三成分之间的关系应是递进的, 这符合心理疾病外显污名各维度之间的关系。Katz 和 Braly (1935) 提出, 在污名化过程中, 认知、情感、行为不一定是按照某一种规则出现, 这三个成分也有可能是相互独立的, 与本研究中心理疾病内隐污名各成

分之间的相关不显著结果是相一致的。

本研究结果还表明心理疾病外显污名与内隐污名的认知评价成分相关显著, 而情感体验与行为反应成分相关不显著。出现这种结果, 本研究认为这是由于人们进行认知判断时, 受社会压力的影响较小, 被试在外显测量中会更真实的作答, 导致外显认知与内隐认知较一致, 李强、高文珺和许丹 (2008) 研究也表明人们对心理疾病患者进行的认知评价通常是负面的, 当个体对心理疾病患者进行认知评价时, 由于刻板印象, 会使得个体与社会群体的观点是一致的, Nosek 和 Hansen (2008) 的研究指出, 个体外显与内隐态度的一致性受个体与群体之间差异的影响, 个体与群体观点一致时, 外显与内隐态度之间的关系更密切; 而当个体需要表达对心理疾病患者的情感或行为倾向时, 由于社会谴责的压力, 会倾向于隐藏自己的真实情感或行为 (王晓刚等, 2012), Nosek 和 Hansen (2008) 的研究表明个体在外显测量中隐藏自己的真实态度时, 会使得外显与内隐态度之间的关系疏远, 所以会出现外显与内隐的情感体验与行为反应不相关的结果。本研究结果与前人的研究是相一致的。

5 结论

(1) 心理疾病外显污名与内隐污名的结构是一致的, 都包含认知评价、情感体验、行为反应三个维度结构; (2) 个体对心理疾病患者的外显态度与内隐态度是不完全一致的, 只在外显认知评价与内隐认知评价上是相一致的, 而在其余成分上不一致。

参 考 文 献

- 陈福侠. (2010). 问题学生污名研究 (博士学位论文). 华东师范大学.
- 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(4), 582-589.
- 钱杰. (2017). 抑郁症的公众内隐污名与外显污名的关系研究 (硕士学位论文). 四川师范大学.
- 王晓刚. (2013). 心理疾病内隐污名的评估及其预测因素 (博士学位论文). 西南大学.
- 王晓刚, 杜李琴, 徐畅. (2017). 心理疾病内隐污名: 疾病归因和负责任判断的预测作用. *社区心理学研究*, (2), 122-131.
- 王晓刚, 黄希庭, 陈瑞君, 章麟. (2014). 心理疾病内隐污名: 来自单类内隐联想测验的证据. *心理科学*, 37(2), 272-276.
- 王晓刚, 尹天子, 黄希庭. (2012). 心理疾病内隐污名述评. *心理科学进展*,

- 20(3), 384–393.
- 王晓刚, 尹天子, 陶鹏. (2014). 心理疾病内隐污名表征范畴的典型性比较. *贵州师范大学学报(自然科学版)*, 32(4), 34–37.
- 肖世君. (2017). 大学生心理疾病污名、自我效能感和专业心理求助态度的关系研究(硕士学位论文). 四川师范大学.
- 尹艳新. (2013). 大学生心理疾病污名、复原力与专业心理求助态度的关系研究(硕士学位论文). 哈尔滨工程大学.
- Alem, A., Jacobsson, L., Araya, M., Kebede, D., & Kullgren, G. (1999). How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? A key informant study in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 100(S397), 40–47.
- Bessenoff, G. R., & Sherman, J. W. (2000). Automatic and controlled components of prejudice toward fat people: Evaluation versus stereotype activation. *Social Cognition*, 18(4), 329–353.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal & Social Psychology*, 64(5), 349–360.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health & Social Behavior*, 44(2), 162–179.
- Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537–548.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9(1), 35–53.
- Crisp, R. (2000). A qualitative study of the perceptions of individuals with disabilities concerning health and rehabilitation professionals. *Disability & Society*, 15(2), 355–367.
- Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132(5), 692–731.
- Hogan, M. F. (2003). The president's new freedom commission: Recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatric Services*, 54(11), 1467–1474.
- Karpinski, A., & Steinman, R. B. (2006). The single category implicit association test as a measure of implicit social cognition. *Journal of Personality & Social Psychology*, 91(1), 16–32.
- Katz, D., & Braly, K. W. (1935). Racial prejudice and racial stereotypes. *The Journal of Abnormal & Social Psychology*, 30(2), 175–193.
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszk, M., Gmaj, B., Ilgen, M., & Wojnar, M. (2015). Evaluating explicit and implicit stigma of mental illness in mental health professionals and medical students. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 628–634.
- Lincoln, T. M., Arens, E., Berger, C., & Rief, W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(5), 984–994.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 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(9), 1328–1333.
- Nesdale, D., & Durkin, K. (1998). Stereotypes and attitudes: Implicit and explicit processes. In K. Kirsner & G. Speelman (Eds.), *Implicit and explicit mental processes* (pp. 219–232). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum.
- Nosek, B. A., & Hansen, J. J. (2008). The associations in our heads belong to us: Searching for attitudes and knowledge in implicit evaluation. *Cognition & Emotion*, 22(4), 553–594.
- 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(10), 752–760.
- 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(1), 34–39.
- 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(3), 399–402.
- Rüsch, N., Lieb, K., Götter, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., ... Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500–508.
- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., & Corrigan, P. W. (2010a). Do people with mental illness deserve what they get? Links between meritocratic worldviews and implicit versus explicit stigma. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 260(8), 617–625.
- 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(3), 328–332.
- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., Olschewski, M., & Corrigan, P. W. (2010). Automatically activated shame reactions and perceived legitimacy of discrimination: A longitudinal study among people with mental illness. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 41(1), 60–63.
- Stier, A., & Hinshaw, S. P. (2007). Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Australian Psychologist*, 42(2),

- 106–117.
- Stull, L. G., McGrew, J. H., Salyers, M. P., & Ashburn-Nardo, L. (2013). Implicit and explicit stigma of mental illness: Attitudes in an evidence-based practice. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201(12), 1072–1079.
- 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(1), 100–109.
- 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(1), 75–95.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2011). Stigma and trust among mental health service users. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(4), 294–302.
- Wang, X. G., Huang, X. T., Jackson, T., & Chen, R. J. (2012). Components of implicit stigma against mental illness among Chinese students. *PLoS One*, 7(9), e46016.
- Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107(1), 101–126.

The Component and Relationship Between Explicit and Implicit Stigma Toward Mental Illness Based on Semantic Difference Scale

DONG Shenghong^{1,2}, WU Jie^{1,2}, ZHU Hongjian³, WANG Yan⁴

(1 School of psychology, Jiangxi Normal University, Nanchang 330022;

2 Jiangxi Key Laboratory of Psychology and Cognitive Science, Nanchang 330022;

3 Conghua Prison of Guangdong Province, Guangzhou 510940;

4 Research Center of Preschool Education, Jiangxi Normal University, Nanchang 330022)

Abstract

The purpose of this paper is to explore the components of the explicit and implicit stigma toward mental illness, and the relationship between them. The semantic difference method was used to develop the mental illness stigma semantic difference scale, which could measure the explicit stigma. In the meanwhile, in order to measure the implicit stigma, we developed the Single Category Implicit Association Test by using the word pairs from the stigma semantic difference scale. The results indicated that: the three-dimension model of explicit stigma has a good degree of fitting ($\chi^2/df=2.99$, RMSEA=0.075, CFI=0.918, TLI=0.902), and the three-dimension model of implicit stigma also fits well ($\chi^2/df=2.272$, RMSEA=0.071, CFI=0.857, TLI=0.833), which has the same components of the explicit stigma consisting by cognitive evaluation, emotional experience, and behavior reaction. The cognitive evaluation of explicit stigma is correlated with the cognitive evaluation of implicit stigma ($r=0.436$, $p<0.05$). However, there is no significant correlation between the explicit stigma and other dimensions of the implicit stigma.

Key words the semantic differential scale, mental illness, the implicit stigma, the explicit stigma.