

青少年情绪障碍患者及其照顾者病耻感与家庭复原力的关系:基于主客体互倚模型

沈君¹,周爽²,杜苗¹,蒋颖¹

(1.上海健康医学院护理与健康管理学院,上海 201318; 2.上海交通大学医学院附属精神卫生中心护理二科,上海 200030)

摘要:目的 了解青少年情绪障碍患者及其照顾者病耻感与家庭复原力现状,探讨双方病耻感与家庭复原力的关系。方法 采用便利抽样法,选择2023年12月至2024年7月在上海某三级精神科专科医院儿童青少年精神科门诊进行复诊随访的281对青少年情绪障碍患者及其照顾者为研究对象。采用一般资料调查表、中文版家庭复原力评估量表、贬低-歧视感知量表进行调查,使用两独立样本 t 检验、单因素方差分析、配对样本 t 检验和Pearson相关分析进行统计学处理,采用Mplus 8.3构建主客体互倚模型,分析患者及其照顾者病耻感和家庭复原力相互影响的路径关系。结果 青少年情绪障碍患者家庭复原力得分(86.98 ± 18.05)显著低于其照顾者(95.31 ± 9.71 , $P<0.001$);患者贬低-歧视感知得分(29.04 ± 6.87)与其照顾者得分(29.69 ± 5.26)间的差异无统计学意义($P>0.05$)。Pearson相关分析显示,患者家庭复原力得分与照顾者家庭复原力得分呈正相关($r=0.192$, $P<0.01$),与自身及照顾者贬低-歧视感知得分呈负相关($r=-0.442$, -0.240 , P 均 <0.01)。照顾者家庭复原力得分与自身及患者贬低-歧视感知得分呈负相关($r=-0.314$, -0.204 , P 均 <0.01)。患者贬低-歧视感知得分与照顾者得分呈正相关($r=0.238$, $P<0.01$)。主客体互倚模型显示:主体效应方面,患者和照顾者的贬低-歧视感知得分均显著负向预测其自身的家庭复原力得分($\beta=-0.328$, -0.273 , P 均 <0.001);客体效应方面,患者的贬低-歧视感知得分显著负向预测照顾者的家庭复原力得分($\beta=-0.138$, $P<0.05$),同时照顾者的贬低-歧视感知得分也显著负向预测患者的家庭复原力得分($\beta=-0.143$, $P<0.01$)。通过平等约束检验,发现病耻感对家庭复原力的影响的主客体效应相似。结论 青少年情绪障碍患者及其照顾者的病耻感程度不仅对各自的家庭复原力水平有显著影响,同时也存在交互影响。临床干预应采用家庭为中心的整体干预策略,同时关注患者和照顾者的需求,减轻双方的疾病病耻感,以提升家庭整体复原力。

关键词:情绪障碍;青少年;照顾者;父母;病耻感;家庭复原力;主客体互倚模型

中图分类号:R749.94

文献标志码:A

Relationship between stigma and family resilience in adolescents with emotional disorders and their caregivers: an actor-partner interdependence model

SHEN Jun¹, ZHOU Shuang², DU Miao¹, JIANG Ying¹

(1. School of Nursing and Health Management, Shanghai University of Medicine & Health Sciences, Shanghai 201318, China;

2. Second Nursing Department, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China)

Abstract: Objective To understand the current status of stigma and family resilience in adolescents with emotional disorders and their caregivers, and to explore the relationship between stigma and family resilience in both groups.

Methods A total of 281 pairs of adolescents with emotional disorders and their caregivers were recruited using convenience sampling during follow-up visits to the Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Department of a tertiary specialty psychiatric hospital in Shanghai between December 2023 and July 2024. Data were collected using a general

information questionnaire, the Chinese version of the Family Resilience Assessment Scale (FRAS-C), and the Perceived Devaluation-Discrimination Scale (PDD). Independent two-sample *t*-test, one-way analysis of variance (ANOVA), paired samples *t*-test, and Pearson correlation analysis were employed for statistical analysis. The actor-partner interdependence model (APIM) was constructed using Mplus 8.3 to analyze the pathways of influence between stigma and family resilience among patients and their caregivers. **Results** Family resilience scores were significantly lower for adolescents with emotional disorders (86.98 ± 18.05) than for their caregivers (95.31 ± 9.71) ($t = -7.442, P < 0.001$). However, no significant difference was found between patients' (29.04 ± 6.87) and caregivers' (29.69 ± 5.26) PDD scores ($t = -1.423, P > 0.05$). Pearson correlation analysis revealed that patients' family resilience scores were positively correlated with caregivers' family resilience scores ($r = 0.192, P < 0.01$) and negatively correlated with patients' and caregivers' PDD scores ($r = -0.442$ and $r = -0.240$, both $P < 0.01$). Caregivers' family resilience scores were negatively correlated with their own and the patients' PDD scores ($r = -0.314$ and $r = -0.204$, both $P < 0.01$). Patients' PDD scores were positively correlated with caregivers' PDD scores ($r = 0.238, P < 0.01$). The actor-partner interdependence model revealed that for the actor effects, both the patients' and the caregivers' perceived devaluation-discrimination significantly negatively predicted their own family resilience scores ($\beta = -0.328$ and $\beta = -0.273$, both $P < 0.001$). For partner effects, patients' perceived devaluation-discrimination significantly negatively predicted their caregivers' family resilience scores ($\beta = -0.138, P < 0.05$), and caregivers' perceived devaluation-discrimination significantly negatively predicted patients' family resilience scores ($\beta = -0.143, P < 0.01$). Equality constraint tests revealed that the actor and partner effects of stigma on family resilience were similar for patients and caregivers. **Conclusion** The levels of stigma experienced by adolescents with emotional disorders and their caregivers significantly affect family resilience and interact with each other. To improve overall family resilience, clinical interventions should take a family-centered, comprehensive approach that addresses the needs of patients and caregivers alike and reduces stigma for both.

Key words: Emotional disorders; Adolescents; Caregivers; Parents; Stigma; Family resilience; Actor-partner interdependence model

情绪障碍是青少年群体中常见的精神障碍类型,约占全球10~19岁青少年精神疾病的40%^[1]。它具有高发病率、高复发率、低识别率与低就诊率的特点,并在我国呈现低龄化趋势,给家庭和社会带来沉重负担^[2-3]。目前,社会大众对精神心理健康问题的误解和不被接纳,仍是青少年及其家庭所面临的重大挑战之一^[4]。病耻感是指由于社会对相关患病群体施加的刻板印象、偏见和歧视,导致个体内化这些负面态度后产生的羞耻、自卑等自我贬低体验^[5]。荟萃分析结果显示,精神心理疾病患者自我病耻感的全球患病率约为29%^[6-7]。病耻感不仅影响患者诊疗时机,降低患者治疗依从性和自我效能感,还增加照顾者心理压力、照顾负担,加剧双方负面情绪,阻碍治疗进程和家庭功能恢复^[8-10]。

家庭复原力是指家庭在逆境中利用资源和优势,促进家庭成员积极适应和成长的能力,体现了家庭系统应对危机和挑战的韧性与潜力^[11]。提升家庭复原力是从积极心理学视角改善家庭功能和促进患者康复的有效手段。研究发现,照顾者的病耻感是影响家庭复原力的重要因素^[12];家庭成员对精神疾病的偏见信念可通过日常负面互动传递给患者,促使患者内化病耻感^[13]。这符合家庭系统理论,即家庭成员间存在密切的互动关系,在

相同的环境中,一方的心理状态或改变容易受到另一方的影响^[14]。然而,以往研究多关注患者或照顾者单方的病耻感与家庭功能的相关性^[15],可能忽视了患者与照顾者间的相互作用与影响。主客体互倚模型(actor-partner interdependence model, APIM)^[16]将对关系作为分析单元,能够同时评估个体对自身结果变量的影响(主体效应)以及个体对对方结果变量的影响(客体效应),不仅避免了传统方法将家庭数据视为独立数据处理而忽略成对数据依赖性导致的统计误差,还能量化二元互动的具体路径。通过平等约束检验,APIM还能比较患者与照顾者角色间影响模式的异同,为临床干预提供更具针对性的依据。目前该方法在患者-照顾者^[17]、夫妻^[18]、亲子^[19]等二元关系研究中得到应用,但尚未有研究从青少年情绪障碍患者-照顾者双视角出发,探讨病耻感与家庭复原力的交互关系。因此,本研究基于APIM,以青少年情绪障碍患者及其主要照顾者(父亲或母亲)为研究对象,将个体测量数据嵌套于成对关系中进行分析,探索双方病耻感与家庭复原力的交互关系,以期更全面地理解家庭系统在情绪障碍中的作用,并为制定以家庭为中心的精准化护理方案提供依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2023年12月至2024年7月,采用便利抽样法从上海市某三级精神科专科医院门诊招募复诊的青少年情绪障碍患者及其主要照顾者(父亲或母亲)。纳入标准:①患者年龄12~18岁,符合童年情绪障碍或通常起病于童年和少年期的行为与情绪障碍(ICD-10 F93/F98)的诊断标准,受教育年限 ≥ 6 年;②照顾者为患者父母之一,与患者同住并承担主要照顾任务;③患者病情稳定,在过去3个月内无住院记录,患者和照顾者均能独立回答问卷,自愿参与并知情同意。排除标准:①患者有智力发育障碍、其他类型精神障碍或严重躯体疾病;②照顾者存在严重躯体疾病、精神障碍或语言沟通障碍;③家庭中其他成员患有重大疾病或精神障碍;④患者或照顾者任何一方不同意参加本次调查。本研究经上海健康医学院科研伦理委员会的批准(2023-WX-310109198408014564),研究对象或监护人均签署知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 样本量计算

本研究样本量测算以贬低-歧视感知作为主要指标内容,根据配对设计的样本量估计公式 $n = (\mu_\alpha + \mu_\beta)^2 \sigma_d^2 / \delta^2$ ^[20]得出样本量至少为224对(检验水准 $\alpha = 0.05$,检验效能 $1 - \beta = 0.90$,查表得 $\mu_\alpha = 1.96$, $\mu_\beta = 1.28$;预调查计算得 $\sigma_d = 8.68$, $\delta = 1.88$)。考虑20%的无效应答率,计划招募不少于280对青少年情绪障碍患者及其照顾者。

1.2.2 研究工具

1.2.2.1 一般资料调查表

包括患者及照顾者的性别、年龄、文化程度、家庭人均月收入、家庭类型、家庭所在地、患者的病程、是否为独生子女、照顾者的就业情况等内容。

1.2.2.2 中文版家庭复原力评估量表(Family Resilience Assessment Scale-Chinese Version, FRAS-C)

FRAS由Sixbey^[21]于2005年构建,2016年Li等^[22]将其汉化。汉化版量表由家庭沟通与问题解决、利用社会资源、保持积极态度3个维度,共32个条目组成。采用Likert 4级评分法,从非常不同意到非常同意依次记1~4分,总分32~128分。得分越高,表示家庭复原力水平越高。本研究中患者、照顾者的Cronbach's α 系数分别为0.975、0.947。

1.2.2.3 贬低-歧视感知量表(Perceived Devaluation-Discrimination, PDD)

该量表为Link^[23]编制的病耻感量表中的一个

分量表,后由徐晖^[24]汉化,用于评估患者及社区人群感知病耻感水平。量表共12个条目,采用Likert 4级评分法,从“非常不同意至非常同意”依次计1~4分,其中条目1~4、8、10为反向计分,总分12~48分。平均得分(所有条目得分之和/总条目数) ≥ 2.50 分(即总分 ≥ 30 分)为存在病耻感,且分值越高,表明其病耻感越严重。本研究中患者、照顾者的Cronbach's α 系数分别为0.898、0.885。

1.2.3 资料收集方法及质量控制

经过统一培训的调查员(精神科护士及研究生)按照纳入和排除标准,采用统一指导语向所有参与者告知研究目的、实施过程以及注意事项。在征得参与者同意并签署知情同意书后发放问卷,两者在不同区域作答,以减少干扰和潜在偏倚。研究人员留在现场回答关于问卷的疑问,但不提供暗示性信息。填写完毕后现场收回问卷并检查填写的完整性,对错填或漏填的条目及时追踪补全,双人录入并核查数据。本次研究共发放297组问卷,回收有效问卷281组,有效回收率为94.6%。

1.3 统计学处理

使用EpiData 3.1建立数据库,采用SPSS 25.0软件。Harman单因素检验法诊断共同方法偏差,分类变量采用频数、构成比表示。服从正态分布的连续变量采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两独立样本 t 检验或单因素方差分析,探讨一般人口学资料对患者及照顾者贬低-歧视感知和家庭复原力的影响,患者及其照顾者贬低-歧视感知得分及家庭复原力得分的组间比较采用配对样本 t 检验。变量间的相关性采用Pearson相关分析;Mplus 8.3软件构建主客体互倚模型分析患者及其照顾者的病耻感对自身及对方家庭复原力的影响。根据Kenny等的可区分对子的APIM算法^[16],通过 χ^2 差异检验($\Delta\chi^2$)比较约束模型与基准模型的拟合优度差异,并利用平等约束检验评估患者与照顾者的主体效应、客体效应是否具有统计学差异。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 共同方法偏差检验

Harman单因素检验结果显示,特征根大于1的因子共16个,其中第1个因子可解释的变异量为21.69%,低于40%的临界值标准^[25],表明本研究不存在严重的共同方法偏差。

2.2 青少年情绪障碍患者及其照顾者的一般资料及不同特征组家庭复原力、贬低-歧视感知得分比较
青少年情绪障碍患者年龄(14.74 \pm 1.77)岁,其

中女性占比居多(72.6%);患者的患病时长为1~84个月,中位数为7个月。照顾者年龄32~61岁,(43.12±4.92)岁,其中75.4%为患儿母亲。单因素分析显示,有疾病困扰患者的家庭复原力得分显著低于无疾病困扰患者($P<0.001$);不同家庭人均月收入患者的家庭复原力得分差异有统计学意义($P=0.017$),进一步两两比较发现家庭人均月收入 ≤ 4000 元的患者家庭复原力得分低于4001~8000元

和 >8000 元的患者;女性患儿的照顾者家庭复原力得分高于男性患儿的照顾者($P=0.014$);有疾病困扰患者的贬低-歧视感知得分高于无疾病困扰患者($P<0.001$);照顾者不同就业情况对患者贬低-歧视感知得分的差异具有统计学意义($P=0.003$),进一步两两比较发现照顾者为全职工作的患者贬低-歧视感知得分高于照顾者为兼职或自由职业的患者。见表1。

表1 患者与照顾者一般资料及不同特征组家庭复原力与贬低-歧视感知得分比较($n=281$)

Table 1 General characteristics and comparison of family resilience and perceived devaluation-discrimination scores among different characteristic groups of patients and caregivers ($n=281$)

项目	例数	构成比/%	患者家庭复原力			照顾者家庭复原力			患者贬低-歧视感知			照顾者贬低-歧视感知		
			得分($\bar{x}\pm s$)	t/F	P	得分($\bar{x}\pm s$)	t/F	P	得分($\bar{x}\pm s$)	t/F	P	得分($\bar{x}\pm s$)	t/F	P
患者年龄/岁				1.645	0.195		0.166	0.847		0.152	0.859		0.105	0.901
12~13	77	27.4	88.47±15.70			94.81±9.15			28.77±6.79			29.87±5.63		
14~15	108	38.4	84.51±20.69			95.37±9.63			28.98±7.59			29.52±5.22		
16~18	96	34.2	88.55±16.42			95.66±10.30			29.33±6.11			29.73±5.03		
患者性别				0.007	0.995		-2.462	0.014		-0.667	0.505		1.353	0.177
男	77	27.4	86.99±18.06			93.01±10.29			28.60±6.59			30.38±5.29		
女	204	72.6	86.97±18.09			96.18±9.36			29.21±6.98			29.43±5.23		
是否独生子女				-0.240	0.810		1.032	0.303		1.110	0.268		0.751	0.453
是	144	51.2	86.72±18.50			95.90±10.43			29.49±6.72			29.92±5.42		
否	137	48.8	87.24±17.62			94.70±8.89			28.58±7.02			29.45±5.09		
患者学习阶段				-0.558	0.577		-0.133	0.894		-0.352	0.725		-0.213	0.832
初中及以下	189	67.3	86.56±18.96			95.26±9.47			28.94±7.00			29.64±5.41		
高中/中职	92	32.7	87.84±16.07			95.42±10.24			29.25±6.63			29.78±4.97		
病程				1.885	0.154		2.063	0.129		2.374	0.095		1.645	0.195
≤ 12 个月	205	73.0	88.22±18.01			95.63±9.91			28.52±7.01			29.40±5.41		
13~24个月	42	14.9	82.98±20.36			92.64±8.57			30.10±7.14			31.00±5.34		
>24 个月	34	12.1	84.38±14.38			96.71±9.44			30.91±5.17			29.82±3.97		
患者有无休学经历				0.461	0.645		1.088	0.277		-0.928	0.354		0.507	0.612
无	149	53.0	87.44±16.84			95.91±9.66			28.68±6.85			29.54±5.14		
有	132	47.0	86.45±19.37			94.64±9.76			29.45±6.89			29.86±5.40		
患者有无自伤经历				0.669	0.504		-0.500	0.618		-1.305	0.193		0.752	0.452
无	89	31.7	88.03±17.26			94.89±9.78			28.26±6.23			30.03±5.68		
有	192	68.3	86.48±18.42			95.51±9.69			29.41±7.13			29.53±5.06		
患者疾病困扰				7.059	<0.001		1.052	0.294		-4.046	<0.001		-1.194	0.233
无	44	15.7	103.25±17.91			96.73±9.32			25.30±6.88			28.82±4.68		
有	237	84.3	83.95±16.42			95.05±9.77			29.74±6.65			29.85±5.35		
照顾者年龄/岁				0.391	0.677		0.923	0.398		0.298	0.742		1.088	0.338
≤ 40	87	31.0	88.38±16.08			95.86±8.98			28.57±6.08			29.66±5.10		
41~50	171	60.8	86.27±18.72			95.37±10.39			29.27±7.21			29.50±5.35		
>50	23	8.2	86.87±20.34			92.78±6.53			29.09±7.28			31.22±5.13		
与患者关系				0.662	0.509		0.536	0.592		0.241	0.810		-0.939	0.349
母亲	212	75.4	87.38±17.68			95.49±9.64			29.10±6.89			29.52±5.39		
父亲	69	24.6	85.72±19.22			94.77±9.95			28.87±6.86			30.20±4.82		

续表

项目	例数	构成比/%	患者家庭复原力			照顾者家庭复原力			患者贬低-歧视感知			照顾者贬低-歧视感知		
			得分($\bar{x}\pm s$)	t/F	P	得分($\bar{x}\pm s$)	t/F	P	得分($\bar{x}\pm s$)	t/F	P	得分($\bar{x}\pm s$)	t/F	P
照顾者文化程度			1.224	0.295		0.830	0.437		0.889	0.412		0.912	0.403	
初中及以下	85	30.3	84.93±17.23			94.25±7.75			28.59±6.74			29.51±5.31		
高中或中专	42	14.9	85.55±14.90			96.36±10.31			28.19±7.11			28.83±4.48		
大专及以上	154	54.8	88.49±19.19			95.62±10.49			29.53±6.88			30.02±5.42		
照顾者就业情况			0.841	0.432		0.894	0.410		5.841	0.003		1.326	0.267	
全职	161	57.3	86.02±18.66			95.26±9.83			30.23±6.81			30.12±5.35		
兼职或自由职业	95	33.8	88.93±15.38			95.99±8.81			27.39±6.43			29.05±4.89		
失业或无业	25	8.9	85.72±23.02			93.08±12.03			27.68±7.56			29.28±5.91		
居住地			0.337	0.737		1.072	0.285		0.637	0.525		0.058	0.953	
城市或城镇	245	87.2	87.11±18.24			95.55±10.02			29.14±6.89			29.69±5.37		
农村	36	12.8	86.03±16.86			93.69±7.14			28.36±6.76			29.64±4.47		
家庭人均月收入/元			4.130	0.017		1.604	0.203		0.420	0.658		0.207	0.813	
≤4 000	81	28.8	82.40±16.20			93.72±9.28			29.52±6.57			29.43±5.70		
4 001~8 000	97	34.5	89.97±19.02			95.72±8.50			28.58±7.46			29.94±5.11		
>8 000	103	36.7	87.76±17.94			96.18±10.96			29.11±6.56			29.65±5.07		
家庭类型			1.722	0.163		0.192	0.902		0.793	0.499		0.240	0.869	
核心家庭	159	56.6	88.35±17.68			95.04±8.84			28.75±6.73			29.64±5.36		
主干或联合家庭	77	27.4	83.95±18.66			95.99±9.73			29.53±7.57			30.04±4.23		
重组家庭	22	7.8	91.23±20.39			95.50±12.99			27.86±5.83			29.05±5.96		
单亲家庭	23	8.2	83.57±15.01			94.74±12.14			30.52±6.32			29.48±6.98		

2.3 青少年情绪障碍患者及其照顾者家庭复原力得分及贬低-歧视感知得分比较

青少年情绪障碍患者的家庭复原力总分及其各维度得分均显著低于其照顾者($P<0.001$)。患者及

其照顾者在贬低-歧视感知得分上的差异无统计学意义($P>0.05$)。在是否存在病耻感方面,患者组中有 140 例(49.8%)存在病耻感,照顾者组中有 153 例(54.5%)存在病耻感。见表 2。

表 2 青少年情绪障碍患者及其照顾者家庭复原力得分及贬低-歧视感知得分比较($n=281$)Table 2 Comparison of family resilience scores and perceived devaluation-discrimination scores between adolescents with emotional disorders and their caregivers ($n=281$)

变量	患者($\bar{x}\pm s$)	照顾者($\bar{x}\pm s$)	t	P
家庭复原力总分	86.98±18.05	95.31±9.71	-7.442	<0.001
家庭沟通与问题解决维度得分	62.18±13.45	68.32±7.05	-7.435	<0.001
利用社会资源维度得分	7.68±1.97	8.53±1.30	-6.283	<0.001
保持积极态度维度得分	17.11±3.78	18.46±2.25	-5.573	<0.001
贬低-歧视感知得分	29.04±6.87	29.69±5.26	-1.423	0.156

2.4 青少年情绪障碍患者及其照顾者家庭复原力得分和贬低-歧视感知得分的相关性

患者家庭复原力得分与照顾者家庭复原力得分呈正相关($r=0.192, P<0.01$),与自身及照顾者贬低-歧视感知得分呈负相关($r=-0.442, -0.240, P$ 均<

0.01)。照顾者家庭复原力得分与自身及患者贬低-歧视感知得分呈负相关($r=-0.314, -0.204, P$ 均<0.01)。患者贬低-歧视感知得分与照顾者得分呈正相关($r=0.238, P<0.01$)。见表 3。

表3 青少年情绪障碍患者及其照顾者家庭复原力得分和贬低-歧视感知得分相关分析($n=281$)Table 3 Correlation analysis of family resilience scores and perceived devaluation-discrimination scores in adolescents with emotional disorders and their caregivers ($n=281$)

变量	患者家庭复原力得分	患者贬低-歧视感知得分	照顾者家庭复原力得分
照顾者家庭复原力得分	0.192 **	-0.204 **	1.000
照顾者贬低-歧视感知得分	-0.240 **	0.238 **	-0.314 **
患者贬低-歧视感知得分	-0.442 **	1.000	—

注:** $P<0.01$ 。

2.5 青少年情绪障碍患者及其照顾者贬低-歧视感知得分和家庭复原力得分的主客体效应分析

在未控制患儿性别、家庭月收入、照顾者工作情况和疾病困扰等变量时,与基准模型(饱和模型,模型1)相比,约束主体效应相等的模型(模型2: $\Delta^2(1)=2.491, P=0.114$)、约束客体效应相等的模型(模型3: $\Delta^2(1)=0.006, P=0.940$)、同时约束主客体效应的模型(模型4: $\Delta^2(2)=2.840, P=0.242$)均未显著恶化模型拟合(3个模型的CFI、TLI均大于0.9, RMSEA、SRMR均小于0.08)。这表明贬低-歧视感知对自身家庭复原力的影响(主体效应)以及对对方家庭复原力的影响(客体效应)在患者和照顾者两个角色间的差异无统计学意义。见表4。

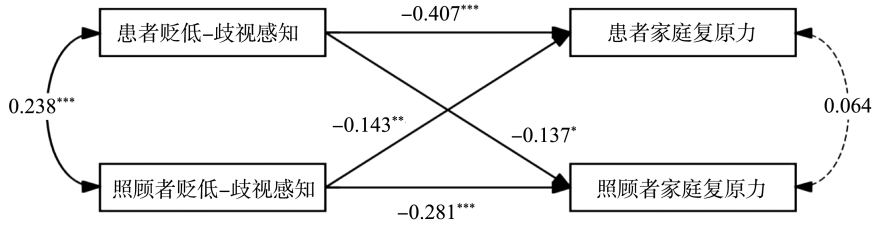
基于上述模型比较结果,饱和模型(模型1)的结果显示:主体效应方面,患者的贬低-歧视感知显著负向预测其自身家庭复原力($\beta=-0.407, P<0.001$),而照顾者的贬低-歧视感知同样显著负向预测其自身家庭复原力($\beta=-0.281, P<0.001$)。客体效应方面,患者的贬低-歧视感知显著负向预测照顾者的家庭复原力($\beta=-0.137, P=0.017$),同时照顾者的贬低-歧视感知也显著负向预测患者的家庭复原力($\beta=-0.143, P=0.008$)。此外,相关分析显示患者与照顾者的贬低-歧视感知呈显著正相关($r=0.238, P<0.001$),但患者与照顾者的家庭复原力之间未发现显著相关性($r=0.064, P=0.201$)。见图1。

表4 青少年情绪障碍患者及其照顾者病耻感对家庭复原力的影响(未调整)

Table 4 Impact of stigma on family resilience among adolescents with emotional disorders and their caregivers (unadjusted)

项目	模型1		模型2		模型3		模型4	
	偏回归系数	标准误	偏回归系数	标准误	偏回归系数	标准误	偏回归系数	标准误
主体效应								
患者贬低-歧视感知→患者家庭复原力	-0.407 ***	0.054	-0.348 ***	0.040	-0.408 ***	0.053	-0.348 ***	0.040
照顾者贬低-歧视感知→照顾者家庭复原力	-0.281 ***	0.058	-0.348 ***	0.040	-0.280 ***	0.056	-0.348 ***	0.040
客体效应								
照顾者贬低-歧视感知→患者家庭复原力	-0.143 **	0.054	-0.162 **	0.053	-0.140 ***	0.039	-0.141 ***	0.039
患者贬低-歧视感知→照顾者家庭复原力	-0.137 *	0.058	-0.117 *	0.057	-0.140 ***	0.039	-0.141 ***	0.039
模型拟合								
χ^2	—		2.491		0.006		2.840	
df	—		1		1		2	
P	—		0.114		0.940		0.242	
χ^2/df	—		2.491		0.006		1.420	
CFI	—		0.985		1.000		0.992	
TLI	—		0.925		1.050		0.979	
RMSEA	—		0.073		<0.001		0.039	
SRMR	—		0.025		0.001		0.028	

注:CFI:比较拟合指数;TLI:非基化适配度指数;RMSEA:近似均方根误差;SRMR:标准化均方根残差。* $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$ 。



* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

图1 青少年情绪障碍患者及其照顾者贬低-歧视感知得分和家庭复原力得分的主客体互倚模型(未调整)

Figure 1 Actor-partner interdependence model of perceived devaluation-discrimination scores and family resilience scores in adolescents with emotional disorders and their caregivers (unadjusted)

同样,在控制患儿性别、家庭月收入、照顾者工作情况和疾病困扰后,通过卡方比较患者和照顾者之间的主体和/或客体效应的影响,使用平等约束检验比较双方的主体效应和客体效应。与基准模型(模型5)相比,约束主体效应相等的模型(模型6: $\Delta^2(1) = 0.493, P = 0.483$)、约束客体效应相等的模型(模型7: $\Delta^2(1) = 0.003, P = 0.956$)、同时约束主客体效应的模型(模型8: $\Delta^2(2) = 0.557, P = 0.757$)均未显著恶化模型拟合(3个模型的CFI、TLI均大于0.9, RMSEA、SRMR均小于0.08)。这表明在纳入控制变量后,贬低-歧视感知对家庭复原力的影响模式在患者和照顾者之间的差异无统计学意义,即病耻感对自身家庭复原力的影响(主体效应)以及对对方家庭复原力的影响(客体效应)在两个角色间不存在统计学上的显著差异。见表5。

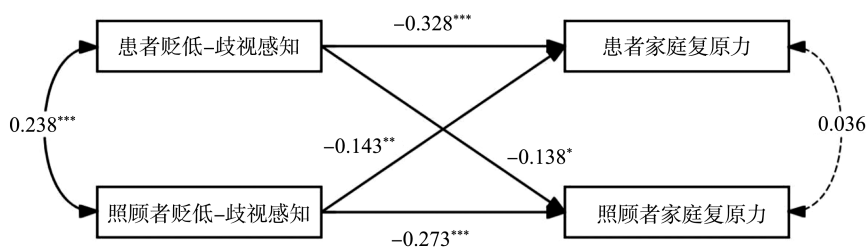
表5 青少年情绪障碍患者及其照顾者病耻感对家庭复原力的影响(调整)

Table 5 Impact of stigma on family resilience among adolescents with emotional disorders and their caregivers (adjusted)

项目	模型5		模型6		模型7		模型8	
	偏回归系数	标准误	偏回归系数	标准误	偏回归系数	标准误	偏回归系数	标准误
主体效应								
患者贬低-歧视感知 → 患者家庭复原力	-0.328***	0.053	-0.303***	0.039	-0.329***	0.052	-0.303***	0.039
照顾者贬低-歧视感知 → 照顾者家庭复原力	-0.273***	0.057	-0.303***	0.039	-0.273***	0.056	-0.303***	0.039
客体效应								
照顾者贬低-歧视感知 → 患者家庭复原力	-0.143**	0.051	-0.149**	0.050	-0.141***	0.038	-0.141***	0.038
患者贬低-歧视感知 → 照顾者家庭复原力	-0.138*	0.059	-0.130*	0.058	-0.141***	0.038	-0.141***	0.038
模型拟合								
χ^2	23.090		23.583		23.093		23.647	
df	15		16		16		17	
P	0.082		0.099		0.111		0.129	
χ^2/df	1.539		1.474		1.443		1.391	
CFI	0.943		0.946		0.950		0.953	
TLI	0.935		0.943		0.947		0.953	
RMSEA	0.044		0.041		0.040		0.037	
SRMR	0.055		0.055		0.055		0.055	

注:CFI:比较拟合指数;TLI:非基准化适配度指数;RMSEA:近似均方根误差;SRMR:标准化均方根残差。* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

基于上述模型比较结果,纳入控制变量后的基准模型(模型5)的拟合优度可接受($\chi^2/df = 1.539$, CFI = 0.943, TLI = 0.935, RMSEA = 0.044, SRMR = 0.055),结果与未控制这些变量时类似;在主体效应方面,患者的贬低-歧视感知显著负向预测其自身家庭复原力($\beta = -0.328, P < 0.001$),而照顾者的贬低-歧视感知同样显著负向预测其自身家庭复原力($\beta = -0.273, P < 0.001$)。在客体效应方面,患者的贬低-歧视感知显著负向预测照顾者的家庭复原力($\beta = -0.138, P = 0.020$),同时照顾者的贬低-歧视感知也显著负向预测患者的家庭复原力($\beta = -0.143, P = 0.005$)。此外,相关分析显示患者与照顾者的贬低-歧视感知呈显著正相关($r = 0.238, P < 0.001$),但患者与照顾者的家庭复原力之间未发现显著相关性($r = 0.036, P = 0.426$)。见图2。



* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

图2 青少年情绪障碍患者及其照顾者贬低-歧视感知得分和家庭复原力得分的主客体互倚模型(调整)

Figure 2 Actor-partner interdependence model of perceived devaluation-discrimination scores and family resilience scores in adolescents with emotional disorders and their caregivers (adjusted)

3 讨论

3.1 青少年情绪障碍患者感知的家庭复原力水平显著低于其照顾者

本研究结果显示,青少年情绪障碍患者及其照顾者报告的家庭复原力总分均低于张淑静等^[26]报告的矮小症儿童父母的家庭复原力水平。这可能是源于情绪障碍与其他生理性疾病不同,它不仅影响患者个体功能,还与家人互动模式、社会环境等因素密切相关^[27]。此外,青少年情绪障碍患者的家庭复原力总分及各维度得分均显著低于其照顾者,与Chen等^[28]关于慢性疾病患儿家庭的研究结果相反。该差异提示家庭复原力可能具有内在情境性,其发展过程受特定逆境的影响,不同压力源会导致家庭呈现不同的应对与适应模式^[29]。青少年情绪障碍患者-照顾者间的感知差异可能受以下因素影响:

首先,从认知发展角度看,情绪障碍青少年的认知特点往往展现为更强的自我关注和认知偏差,倾向于低估积极因素而高估消极因素^[30],导致对家庭应对能力的评估偏低。相比之下,成人照顾者的认知更为成熟,能够更全面地评估家庭资源与应对能力^[31]。本研究中,这种认知差异在对疾病困扰和经济因素的敏感度上尤为明显。单因素分析显示,存在疾病困扰的患者家庭复原力水平较低,可能因情绪障碍产生的生理、心理、社会层面的不适感和负面体验影响了其对资源的认知和获取。既往研究^[32]表明,症状负担可通过负面情绪和认知偏差影响患者对家庭应对能力的评估。而照顾者不直接经历这些症状,可能会低估患者的实际感受。此外,低收入(≤ 4000 元)家庭患者感知的家庭复原力水平显著低于较高收入家庭患者,而照顾者的得分在不同收入水平间未见明显差异,表明患者对经济资源限制的敏感性更高^[32]。更高的收入意味着家庭更容易获得基本生活、治疗等所需的资源,能为患者提供更多

支持,从而增强患者对家庭复原力的积极评价^[33]。

其次,从角色特征看,照顾者作为决策主导者掌握更多资源与信息^[30],而患者主要基于自身直接体验和有限视角进行评估。此外,在中国文化背景下,“以家为本”的价值观念和社会期望效应可能使照顾者倾向更积极地评价家庭功能。值得注意的是,作为主要照顾者的父母相较于患者而言,对其疾病、未来发展可能有更多的担忧,尤其是对男性患者。本研究发现男性患者的照顾者相比于女性患者的照顾者报告了更低的家庭复原力水平,这可能因为中国传统父权文化对男性期望更高^[34],使照顾者对男孩的未来更忧虑。女性患者通常表现出更高的情感交流能力,可能有助于调节更积极的亲子互动,提升照顾者对家庭功能的感知^[35]。本研究中女性患者比例明显高于男性,这也可能是照顾者整体家庭复原力得分偏高于患者的原因之一。

社会生态系统理论强调,家庭成员因个体特征和家庭角色差异会对压力产生不同反应^[36]。Fang等^[37]证实,当父母因为他们的付出而高估了家庭的复原力水平时,容易忽视患者的真实情感需求,低估家庭中真正的内在危机。因此,亲子间家庭复原力感知的显著差异可能反映了家庭系统中存在的沟通障碍和功能问题。提示临床工作者应关注患者-照顾者双方的需求和体验,提升亲子间的有效沟通,帮助双方理解彼此的独特感受和视角,特别是针对疾病困扰严重的患者和男性患者家庭提供更有针对性的支持。如将疾病困扰作为评估与干预的关键指标,采取多元化策略改善疾病困扰和症状负担,包括优化药物治疗方案、提供针对性心理干预(如认知行为疗法、正念训练等),并增强家庭对疾病的理解与支持功能;设计专门针对照顾者的心理支持项目(尤其是男孩照顾者),建立家长互助小组,教授认知行为技术、问题解决训练和压力管理技能等内容,帮助其发展更有效的应对策略。

值得注意的是,虽然初始 Pearson 相关分析显

示患者和照顾者家庭复原力呈正相关($r = 0.192$, $P < 0.01$),但在控制混杂因素的 APIM 模型中,这种关联不再显著,表明简单双变量相关可能无法充分反映二者间的复杂关系,未来需进一步探索其关联机制及影响因素。

3.2 青少年情绪障碍患者及其照顾者的病耻感水平基本一致

本研究发现,患者的贬低-歧视感知得分与照顾者得分基本一致(均接近 30 分),差异无统计学意义;且两组病耻感发生率也相近(患者 49.82%,照顾者 54.45%)。这种一致性可能反映了家庭内部对精神疾病的共同态度以及可能存在病耻感的相互影响和传递机制。根据社会学习理论,照顾者作为青少年的重要榜样,其对精神疾病的接受程度和应对态度可能通过示范和强化过程潜移默化地被青少年习得和内化;同时,患者的疾病体验、情绪表达和应对方式也会反过来影响照顾者对疾病的认知和态度。此外,共同的文化和环境也可能使家庭成员对精神疾病形成相似的态度和感受。尽管整体水平一致,但本研究发现,由于疾病困扰和父母工作情况产生的病耻感对患者更为显著。有疾病困扰的患者病耻感更强,这与既往研究发现病耻感与疾病严重程度呈正相关结果一致^[38]。这可能是因为症状越严重,越易被他人察觉并引发负面评价,而这种负面评价可能进一步增强患者的病耻感;照顾者全职工作的患者病耻感更高,可能的原因是全职工作的父母相比与兼职或自由职业者的父母面临更大的工作场所压力和“面子”考量,对子女的精神疾病更敏感,表现出更多回避行为,这些态度被患者感知后加重其病耻感^[39]。相比之下,有更多陪伴时间的父母能提供更好的情感支持,降低病耻感的负面影响^[5]。

值得注意的是,本研究中病耻感的发生率(约 50%)高于先前系统综述^[6-7]报告的精神疾病病耻感平均水平(29%)。这种差异可能源于不同文化背景对精神心理疾病的污名化态度有其特殊性,以及研究样本特征的不同(青少年情绪障碍患者及其照顾者 vs. 成人抑郁症或广泛的精神疾病患者)。集体主义是中国文化中主导的价值观之一,集体主义价值观使个人依附于集体而存在,个体往往受到共同责任和社会期望的影响。而精神心理疾病常被归因于家庭责任(如“家教不善”),被视为影响家族声誉的因素,这可能导致更高的病耻感体验^[40]。另外,不同研究使用的测量工具和病耻感定义差异也可能影响了结果比较。

在与国内研究的对比中,本研究照顾者的病耻

感得分低于丁艳虹^[41]关于青少年抑郁症患者父母的研究(33.26 ± 1.07),而患者得分与周金运^[42]对于青少年抑郁症患者的研究结果相似。这种差异可能与本研究纳入的是童年情绪障碍或通常起病于童年和青少年期的行为和情绪障碍有关,这些诊断作为早发患者(尤其是首发患者)的过渡诊断,其模糊性相比污名化更严重的精神障碍或抑郁症等诊断更易被家长和患者接受^[3],可能缓解了家庭成员感受到的病耻感。此外,近年来学生心理健康工作上升为国家战略,《全面加强和改进新时代学生心理健康工作》^[43]等政策文件的提出推动了校园心理健康教育普及,可能提升了社会对青少年心理健康问题的接受度。

既往研究^[44]证实,精神心理疾病的病耻感经历会对正常的家庭功能产生不利影响,降低希望,限制康复前景。患者及其照顾者病耻感水平的一致性和相关性提示临床工作应从二元角度出发,关注病耻感在家庭成员间的相互影响,特别关注高风险家庭(如症状严重、父母全职工作),将疾病管理、工作压力管理和亲子互动质量等纳入评估体系,并提供针对性的家庭心理健康教育,教授有效的信息披露与应对策略,减轻其病耻感体验,从而提升患者家庭复原力水平,改善治疗效果。

3.3 青少年情绪障碍患者与照顾者病耻感与家庭复原力的二元交互作用

主客体互倚模型分析结果显示,青少年情绪障碍患者及其照顾者的贬低-歧视感知均能显著负向预测自身和对方的家庭复原力,表明病耻感对家庭复原力的影响既有个体内的直接作用(主体效应),也存在家庭成员间的交互影响(客体效应)。平等约束检验表明,这些效应在患者和照顾者两个角色间不存在统计学上的显著差异,说明病耻感对家庭复原力的影响在不同家庭成员中可能遵循相似的模式。这符合家庭系统理论的观点,即家庭是一个情感单位,成员间的互动模式深刻影响个体的心理发展和应对压力的能力^[14]。

在主体效应方面,患者和照顾者的贬低-歧视感知得分均显著负向预测自身的家庭复原力得分。这表明,无论对患者还是照顾者而言,个体感受到的病耻感越强,其对家庭应对压力和适应能力的感知就越低,这与以往的研究结果一致^[12,45]。基于认知行为理论^[46],病耻感可能导致个体产生消极的自动思维,高估外界的负面评价,低估家庭的应对资源,从而影响其对家庭适应能力的评估。Wang 等^[47]的研究显示,病耻感程度高的个体常表现出社交焦虑

和回避行为,缺乏心理灵活性,更容易固化在负面的认知图式中,难以进行有效的认知重构。Folkman等^[48]指出,面对压力情境时,缺乏积极认知处理能力的个体往往将负面情绪内化,获取社会支持的能力受限,进而采用消极应对方式,影响治疗依从性和家庭功能。在中国文化背景下,出于对社会歧视的恐惧以及受传统文化中“家丑不可外扬”观念影响,中国的患病家庭倾向于采用保密和隐瞒疾病的应对策略,且这种策略常为家庭成员所共享。这种隐瞒策略虽然能暂时减少歧视体验,增加被接纳感^[49],但长期来看却限制了家庭获取社会支持的能力,形成了“自我隔离”的状态,降低了对家庭应对能力的信心,影响家庭复原。

在客体效应方面,患者和照顾者的贬低-歧视感知均显著负向预测对方的家庭复原力,且这种交叉影响在强度上相似。这表明,一方感受到的病耻感不仅影响自身,还会影响到另一方感知的家庭复原力水平。这与 Peng 等^[50]的研究结果一致,该研究表明照顾者的病耻感态度可通过影响情感表达的质量(被患者感知为过度批评或情感疏离),进而影响患者对家庭支持的感知。在病耻感的传递过程中, Du 等^[51]的研究表明,家庭互动质量,而非单纯的结构特征(如双亲/单亲家庭)起着关键作用。当处于情绪易感期的青少年患者感知到照顾者的病耻感,可能导致其自尊和自我效能感下降,通过内化污名的过程进一步加剧社交退缩和功能受损,削弱其对家庭复原力的信心^[52]。同样,患者表现出的病耻感可能被照顾者解读为治疗依从性降低或康复动力不足的信号,加重照顾者的心理负担和照护压力,由此产生的情绪耗竭与社交回避将加剧家庭互动失调^[53],形成负性互动循环,如沟通减少、情感疏离增加、解决问题能力下降等,最终削弱家庭整体的复原能力。这提示临床工作者应重视患者和照顾者双方的病耻感水平,可采取接纳与承诺疗法(acceptance and commitment therapy, ACT)^[54]、叙事增强认知疗法(narrative enhancement and cognitive therapy, NECT)^[55]等方法,通过提高个体心理灵活性,帮助减少认知偏差;改善家庭沟通,提供准确疾病信息和培养共同赋能策略,减弱病耻感在家庭系统中的负面传递,增强家庭整体复原力。同时,社会层面的公众教育对营造包容理解的社会环境也至关重要。

值得注意的是,虽然我们的研究结果主要显示病耻感对家庭复原力的负向影响,但 Prizeman 等^[56]的研究发现,当个体能够主动控制信息披露的范围和对象时,这种自主性可以增强个体的控制感

和自我效能感,为家庭提供情感恢复和资源整理的空间。此外,在面对疾病污名的共同经历中,由于集体价值观和对家庭成员的强烈责任感,家庭可能发展出更强的情感支持、有效沟通和解决问题的技能来缓冲病耻感的压力和挑战,帮助家庭在逆境中适应和发展^[57]。因此,未来研究可探索在特定条件下病耻感是否可能促发家庭发展出积极应对策略。

综上所述,本研究采用主客体互倚模型,从青少年情绪障碍患者及其照顾者的双视角出发,以家庭中的成对数据为分析单元,探讨了病耻感与家庭复原力之间的关系。患者及其照顾者的病耻感不仅对自身家庭复原力有显著负向预测作用,还互相影响对方的家庭复原力水平,表明病耻感在家庭系统中存在交互传递和影响机制。该结果为家庭为中心的干预策略提供了实证依据,支持了从“个体治疗”向“家庭系统干预”的转变,强调了临床工作者应把青少年情绪障碍患者及其照顾者视为一个整体系统,同时关注双方的病耻感体验,采取相应措施减弱病耻感在家庭系统中的负面传递,增强家庭整体复原力。

本研究尚存在一些局限性:①横断面设计限制了对变量间因果关系的推断;②样本仅来源于一所三级专科医院,且样本中女性患者(72.6%)和母亲照顾者(75.4%)占比较高,可能限制了对男性患者和父亲照顾者的推断能力;③仅识别了病耻感与家庭复原力之间的关系模式,未能深入探索其他影响因素及潜在的中介机制。未来研究可考虑开展多中心、纵向设计的研究,增加男性患者和父亲照顾者的比例,进一步探索其他因素及可能的中介机制对家庭复原力的影响,为更精准的家庭干预提供理论基础和实证依据。

参考文献:

- [1] UNICEF. The state of the world's children 2021 executive summary-ON MY MIND: promoting, protecting and caring for children's mental health[EB/OL].(2021-10-01)[2024-10-01]. <https://www.unicef.cn/reports/sowc-2021-executive-summary>
- [2] Robbregt SJ, Brouwer ME, Kooiman BEAM, et al. Meta-analysis: relapse prevention strategies for depression and anxiety in remitted adolescents and young adults[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2023, 62(3): 306-317.
- [3] Zheng HY, Jiang XL, Yang R, et al. Changes in major psychiatric disorders in children and adolescents from 2001 to 2020: a retrospective single-center study[J]. *Front*

- Psychiatry, 2023, 13: 1079456. doi:10.3389/fpsy.2022.1079456
- [4] Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health[J]. *Lancet*, 2022, 400(10361): 1438-1480.
- [5] 石思瑶, 蒋颖. 抑郁症患者病耻感研究进展[J]. *中国健康教育*, 2023, 39(11): 1023-1026.
SHI Siyao, JIANG Ying. Research progress on depression stigma[J]. *Chinese Journal of Health Education*, 2023, 39(11): 1023-1026.
- [6] Du N, Chong ESK, Wei DN, et al. Prevalence, risk, and protective factors of self-stigma for people living with depression: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Affect Disord*, 2023, 332: 327-340.
- [7] Alemu WG, Due C, Muir-Cochrane E, et al. Internalised stigma among people with mental illness in Africa, pooled effect estimates and subgroup analysis on each domain: systematic review and meta-analysis[J]. *BMC Psychiatry*, 2023, 23(1): 480. doi:10.1186/s12888-023-04950-2
- [8] Hajizadeh A, Amini H, Heydari M, et al. How to combat stigma surrounding mental health disorders: a scoping review of the experiences of different stakeholders[J]. *BMC Psychiatry*, 2024, 24(1): 782. doi: 10.1186/s12888-024-06220-1
- [9] Kagawa MM, Najjuka SM, Mamun MA, et al. Involvement and burden of informal caregivers of patients with mental illness: the mediating role of affiliated stigma[J]. *BMC Psychiatry*, 2023, 23(1): 72. doi: 10.1186/s12888-023-04553-x
- [10] Tozo ğlu EÖ, Gürbüz N. Internalized stigma level, family self-stigma, and family burden of patients receiving community mental health center services: a comparative, longitudinal study[J]. *Front Psychiatry*, 2024, 15: 1469448. doi:10.3389/fpsy.2024.1469448
- [11] Walsh F. Applying a family resilience framework in training, practice, and research: mastering the art of the possible[J]. *Fam Process*, 2016, 55(4): 616-632.
- [12] Zhang YY, Huang CM, Yang M. Family resilience progress from the perspective of parents of adolescents with depression: an interpretative phenomenological analysis[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2023, 20(3): 2564. doi:10.3390/ijerph20032564
- [13] Yin M, Li Z, Li XX. Family influence on stigma internalisation in people with severe mental illness: a grounded theory study[J]. *Int J Ment Health Nurs*, 2024, 33(5): 1575-1590.
- [14] Bowen M. *Family therapy in clinical practice*[M]. New York: Jason Aronson, 1978: 9-11.
- [15] Tang CS, Yu IC, Ng KH, et al. An ecological approach to caregiver burnout: interplay of self-stigma, family resilience, and caregiver needs among mothers of children with special needs[J]. *Front Psychol*, 2025, 16: 1518136. doi:10.3389/fpsy.2025.1518136
- [16] Kenny DA, Kashy DA, Cook WL. *Dyadic data analysis*[M]. New York: Guilford Press, 2006.
- [17] 刘欣怡, 梅永霞, 赛一溥, 等. 脑卒中患者及其配偶照顾者家庭韧性对心理困扰的主客体互倚模型分析[J]. *军事护理*, 2024, 41(5): 35-38.
LIU Xinyi, MEI Yongxia, SAI Yipu, et al. Influence of family resilience on psychological distress of stroke patients and their spousal caregivers: an analysis based on actor-partner interdependence model[J]. *Military Nursing*, 2024, 41(5): 35-38.
- [18] 王婕妤, 程静娴, 王春艳, 等. 基于主客体互倚模型的不孕不育夫妻正念与生育压力的关系[J]. *中国健康心理学杂志*, 2023, 31(10): 1453-1458.
WANG Jieyu, CHENG Jingxian, WANG Chunyan, et al. Relationship between mindfulness and fertility problem of infertile couples based on the actor-partner interdependence model[J]. *China Journal of Health Psychology*, 2023, 31(10): 1453-1458.
- [19] 潘发达, 陈凯俊, 张丽. 亲子教育期望、学业评价与抑郁的关系: 基于主客体互倚模型[J]. *心理科学*, 2024, 47(6): 1433-1443.
PAN Fada, CHEN Kaijun, ZHANG Li. The associations of child and parent educational expectations, academic evaluation, and depression: an actor-partner interdependence model[J]. *Journal of Psychological Science*, 2024, 47(6): 1433-1443.
- [20] 杜宏. *医学统计学*[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2022: 254-255.
- [21] Sixbey MT. *Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience construct*[D]. Gainesville: University of Florida, 2005.
- [22] Li YL, Zhao Y, Zhang J, et al. Psychometric properties of the shortened Chinese version of the family resilience assessment scale[J]. *J Child Fam Stud*, 2016, 25(9): 2710-2717.
- [23] Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection[J]. *Am Sociol Rev*, 1987, 52(1): 96. doi: 10.2307/2095395
- [24] 徐晖. *精神分裂症患者病耻感及其与服药依从性关系的研究*[D]. 北京: 中国协和医科大学, 2008.
- [25] 汤丹丹, 温忠麟. 共同方法偏差检验: 问题与建议[J]. *心理科学*, 2020, 43(1): 215-223.
TANG Dandan, WEN Zhonglin. Statistical approaches for testing common method bias: problems and suggestions[J]. *Journal of Psychological Science*, 2020, 43(1): 215-223.

- [26] 张淑静. 家庭生态系统视角下矮小症儿童情绪行为问题影响因素分析[D]. 山东: 山东大学, 2023.
- [27] 王春艳, 林秀金, 晏颖萱, 等. 青少年发生焦虑 抑郁的影响因素及相关机制研究进展[J]. 广西医学, 2024, 46(7): 955-960.
WANG Chunyan, LIN Xiujin, YAN Yingxuan, et al. Influencing factors and relevant mechanism of the occurrence of anxiety and depression in adolescents: a research progress[J]. Guangxi Medical Journal, 2024, 46(7): 955-960.
- [28] Chen MJ, Chen XP, Jiang H, et al. Parent-adolescent family resilience and psychological adjustment in chronically ill adolescents: an actor-partner interdependence mediation model[J]. J Adv Nurs, 2025, 81(4): 1864-1874.
- [29] 姚进忠, 邱思宇. 家庭抗逆力: 理论分辨、实践演变与现实镜鉴[J]. 人文杂志, 2018(11): 116-128.
YAO Jinzhong, QIU Siyu. Theoretical dispute, practical evolution and realistic mirror of family resilience [J]. The Journal of Humanities, 2018(11): 116-128.
- [30] Krahé C, Meeten F, Hirsch CR. Development and psychometric evaluation of a scrambled sentences test specifically for worry in individuals with generalised anxiety disorder[J]. J Anxiety Disord, 2022, 91: 102610. doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102610
- [31] Park M, Kim S, Lee H, et al. Development and effects of an internet-based family resilience-promoting program for parents of children with cancer: a randomized controlled trial[J]. Eur J Oncol Nurs, 2023, 64: 102332. doi: 10.1016/j.ejon.2023.102332
- [32] Cui PP, Shi JX, Li SF, et al. Family resilience and its influencing factors among advanced cancer patients and their family caregivers: a multilevel modeling analysis [J]. BMC Cancer, 2023, 23(1): 623. doi: 10.1186/s12885-023-11101-z
- [33] Ding ZY, Fan YR, Li EG, et al. Latent profile analysis of family adaptation in breast cancer patients-cross-sectional study [J]. Sci Rep, 2024, 14(1): 21357. doi: 10.1038/s41598-024-72410-2
- [34] 刘波, 徐何慕青, 魏华. 穷养儿富养女? 父母物质惩罚对青少年抑郁的影响及其性别差异[J]. 中国临床心理学杂志, 2024, 32(3): 571-574.
LIU Bo, XU Hemuqing, WEI Hua. Poor raising son, rich raising daughter? The impact of parental material punishment on adolescent depression and its gender differences[J]. Chinese Journal of Clinical Psychology, 2024, 32(3): 571-574.
- [35] 房燕娜, 曹乾, 兰莹利. 中国儿童青少年抑郁现状及性别、城乡差异分析[J]. 中国预防医学杂志, 2023, 24(4): 380-387.
FANG Yanna, CAO Qian, LAN Yingli. Analysis of the status quo of depression among Chinese children and adolescents and its gender and urban-rural disparities [J]. Chinese Preventive Medicine, 2023, 24(4): 380-387.
- [36] 查尔斯·H·扎斯特罗, 卡伦·K·柯斯特-阿什曼. 人类行为与社会环境[M]. 6版. 师海玲, 孙岳, 等, 译. 北京: 中国人民大学出版社, 2006: 15-25.
- [37] Fang Y, Chen ZY, Han BX. (In) congruence in perceived mother-child cohesion and informants' depressive symptoms: a dyadic response surface analysis [J]. J Youth Adolesc, 2024, 53(1): 171-185.
- [38] Zheng SY, Wang RQ, Zhang SF, et al. Depression severity mediates stigma and quality of life in clinically stable people with schizophrenia in rural China [J]. BMC Psychiatry, 2023, 23(1): 826. doi: 10.1186/s12888-023-05355-x
- [39] Zhang X, Wu M, Zeng TY, et al. "I am not a good enough parent": the experience of self-stigma in parents of children with mental illness in China [J]. J Child Adolesc Psychiatr Nurs, 2024, 37(2): e12466. doi: 10.1111/jcap.12466
- [40] Ong WJ, Goh CMJ, Gregory Tee Hng Tan, et al. A qualitative enquiry on the impact of mental illness stigma on caregiving role and experiences in Singapore [J]. Front Psychiatry, 2024, 15: 1417514. doi: 10.3389/fpsy.2024.1417514
- [41] 丁艳虹. 青少年抑郁症患者父母的抑郁认知和病耻感及其影响因素[D]. 甘肃: 兰州大学, 2023.
- [42] 周金运. 青少年抑郁症患者社会支持、病耻感和就医行为关系的研究[D]. 云南: 昆明医科大学, 2020.
- [43] 中华人民共和国教育部. 教育部等十七部门关于印发《全面加强和改进新时代学生心理健康工作专项行动计划(2023—2025年)》的通知 [EB/OL]. (2023-04-27) [2024-10-01]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A17/moe_943/moe_946/202305/t20230511_1059219.html
- [44] Liang LY, Zhang YN. The effect of self-stigma on the hope of Chinese with mental illness: the mediating role of family function [J]. Psychiatry, 2023, 86(2): 112-123.
- [45] McCulloch SP, Scrivano RM. The effectiveness of mental illness stigma-reduction interventions: a systematic meta-review of meta-analyses [J]. Clin Psychol Rev, 2023, 100: 102242. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102242
- [46] 钟毅平. 社会行为研究: 现代社会认知理论及实践 [M]. 长沙: 湖南教育出版社, 1999.
- [47] Wang YN, Lin QH, Meng D, et al. Relationship between mindfulness and affiliate stigma in parents of children with autism spectrum disorder in China: the mediating role of coping styles [J]. Asian Nurs Res (Korean

- Soc Nurs Sci), 2024, 18(2): 89-96.
- [48] Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, et al. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes [J]. *J Pers Soc Psychol*, 1986, 50(5): 992-1003.
- [49] Mayer L, Corrigan PW, Eiseheuer D, et al. Attitudes towards disclosing a mental illness: impact on quality of life and recovery [J]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2022, 57(2): 363-374.
- [50] Peng YN, Xu RH, Li Y, et al. Dyadic effects of stigma on quality of life in people with schizophrenia and their family caregivers: Mediating role of patients' perception of caregivers' expressed emotion [J]. *Fam Process*, 2024, 63(3): 1655-1676.
- [51] Du N, Wang YH, Huang YT. Parental depression and self-stigma among Chinese young people living with depression: a qualitative study [J]. *Qual Health Res*, 2024, 34(12): 1147-1160.
- [52] Al-Shannaq Y, Jaradat D, Ta'an WF, et al. Depression stigma, depression literacy, and psychological help seeking attitudes among school and university students [J]. *Arch Psychiatr Nurs*, 2023, 46: 98-106.
- [53] Hsiao CY, Hsieh MH, Chung FC, et al. Changes in family functioning among primary family caregivers of patients with schizophrenia [J]. *J Nurs Scholarsh*, 2023, 55(5): 967-976.
- [54] Parvin A, Dehghan A, Masoumi A, et al. Investigation the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training on stigma and family functioning in family members of patients with psychiatric disorders: a randomized controlled clinical trial [J]. *BMC Psychiatry*, 2024, 24(1): 642. doi: 10.1186/s12888-024-06114-2
- [55] Huang LT, Liu CY, Yang CY. Narrative enhancement and cognitive therapy for perceived stigma of chronic schizophrenia: a multicenter randomized controlled trial study [J]. *Arch Psychiatr Nurs*, 2023, 44: 59-68.
- [56] Prizeman K, McCabe C, Weinstein N. Stigma and its impact on disclosure and mental health secrecy in young people with clinical depression symptoms: a qualitative analysis [J]. *PLoS One*, 2024, 19(1): e0296221. doi: 10.1371/journal.pone.0296221
- [57] Cheng AWY, Lai CYY. Parental stress in families of children with special educational needs: a systematic review [J]. *Front Psychiatry*, 2023, 14: 1198302. doi: 10.3389/fpsy.2023.1198302
- (编辑:李伟)
- (上接第44页)
- [34] Jiang HB, Jin YC, Yang Q. Traditional bullying victimization and cyberbullying perpetration: the role of anger rumination and self-control [J]. *Psychol Res Behav Manag*, 2025, 18: 877-886. doi: 10.2147/PRBM.S507510
- [35] Bushman BJ, Gabbadini A, Greitemeyer T, et al. Violent video games and aggression [M] // *Handbook of Children and Screens*. Cham: Springer Nature Switzerland, 2024: 581-587. doi: 10.1007/978-3-031-69362-5_79
- [36] Katarzyna T, Agnieszka MC. Gratitude interventions reduce cyber-aggression in adolescents: gender and disposition effects [J]. *Sci Rep*, 2025, 15: 14602. doi: 10.1038/s41598-025-97214-w
- [37] Yip S, Jelen M, Aksen D, et al. Linking brain to other biological variables in the adolescent brain and cognitive development (ABCD) study: one size doesn't always fit all [J]. *Biol Psychiatry*, 2025, 97(9): S38. doi: 10.1016/j.biopsych.2025.02.106
- (编辑:房红娟)