

当今西方精神健康服务发展的新趋向——复原模式的演变和争论

童敏

(厦门大学社会学系, 厦门 361005)

[摘要] 复原模式是西方精神健康服务在20世纪90年代出现的新的发展趋势, 目前已成为西方社会占主导的精神健康服务模式。复原模式强调把精神疾病患者视为一个完整的人, 注重以精神疾病患者为主导设计、组织和安排各种不同的服务。虽然复原模式在西方已有二十多年的发展历史, 但在国内却很少有人问津。本文通过探讨复原模式的演变过程、影响复原的因素、复原的基本原则以及复原模式的有关争论等, 希望能够完整地呈现出当今西方精神健康服务发展的新趋向。

[关键词] 精神健康; 复原; 复原模式

[中图分类号] C91

[文献标识码] A

[文章编号] 1008-2689(2008)03-0001-06

自20世纪80年代提出复原概念以后, 西方精神健康服务模式在90年代出现了新的发展趋势, 美国精神健康研究的著名学者安托尼(W. Anthony)称之为“复原的时代”^{[1](536)}。复原模式强调把精神疾病患者视为一个完整的人, 以精神疾病患者的发展需要为主导设计、安排、组织各项服务活动。虽然复原模式在西方经过二十多年的发展已成为占主导的精神健康服务方式, 但在国内却很少有人问津。本文将围绕着复原模式的演变, 探讨影响复原的因素、复原的基本原则以及有关复原模式的争论, 希望勾勒出当今西方精神健康服务发展的新趋向, 为国内精神健康服务的发展提供有益的借鉴。

一、复原模式(recovery model)的演变

促使西方社会在20世纪90年代出现精神健康服务模式的转变与服务使用者运动(consumer movement)紧密相关。借助服务使用者运动让人们看到并且相信精神疾病患者康复的可能性和机会, 对原有的建立在病症治疗假设基础上的服务模式产生怀疑^{[2](342)}。这是深入理解精神疾病患者寻回原有生活所做的努力的重要条件^{[3](218)}。精神健康服务中的复原模式依据希望、增权和支持性的社会关系等哲学理念,

是精神健康服务模式在服务使用者运动之后必然出现的改革方向^{[4](28)}。服务使用者运动对复原模式的影响可以概括为以下几个方面:(1) 服务使用者运用产生于20世纪60、70年代, 时兴于20世纪80年代, 它要求增强社区支持以帮助精神疾病患者康复^[5];(2) 服务使用者运动使人们关注精神疾病患者在心理、社会和精神方面的健康发展的要求^{[6](2)};(3) 在服务使用者运动中让人们看到从整体的视角帮助精神疾病患者康复的可能性^{[7](48)};(4) 服务使用者运动关注精神疾病患者主观的经验和感受, 使之成为理解精神疾病患者康复不可缺少的部分^{[8](376)};(5) 服务使用者运动所强调的自助的理念与复原运动的宗旨是一致的, 它为平衡内部主观经验和外部客观结果提供具体的解决方法^{[9](53)}。

非院舍化(deinstitutionalization)运动导致大量精神疾病患者涌入社区, 社区服务出现明显不足。在20世纪70年代中期, 美国国家精神健康研究所(National Institute of Mental Health)根据当时的社区服务状况提出建立社区支持系统(community support system)的想法, 以帮助生活在社区中的长期精神疾病患者^{[10](25)}。所谓社区支持系统就是组织一批有爱心和责任感的社区居民, 帮助社区中的弱势群体满足他们的发展需要, 以避免社区生活中的孤立和排斥^{[11](2)}。社区支持系统的建立依据的是在社区日常生活环境中

[收稿时间] 2008-7-10

[作者简介] 童敏(1965-), 男, 浙江永康人, 厦门大学社会学系教授, 香港理工大学社会工作博士研究生。

(C)1994-2020 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

帮助精神疾病患者康复的理念^{[12](468)}。到了20世纪80年代中期,在社区日常生活中帮助精神疾病患者康复的理念和方法已成为指导西方精神健康服务的基本框架^{[12](472)}。

影响复原模式产生的另一个方面的重要因素是对精神疾病患者所开展的长期跟踪研究。其中影响最大的是1987年美国学者所开展的弗蒙特——缅因州的比较研究,他们对严重的精神疾病患者进行了长期跟踪调查,发现注重自助、希望和个人化的合作计划优于非院舍的服务^{[13](331-342)}。这种注重个人复原有意义生活的理念促使美国精神疾病患者联盟(National Allied of the Mentally Ill)推崇这样的信念:“精神疾病不是健康生活的障碍”^[5]。海伽尔提和他的同事们在1994年开展了一项研究,发现50%的精神分裂症患者能够有明显的改善,其中20%的患者能够重新恢复原有的生活^{[14](1409-1416)}。戴维德森和麦克格拉希姆认为,精神疾病患者的症状能够得到某种程度的消减,社会功能能够得到某种程度的改善^{[15](43)}。虽然不同的研究者得出的结论不同,例如,有的研究证明46%^[16],有的认为是68%^[17],有的得出49%^[18],有的发现是44%^[19],但普遍认为精神疾病患者中有相当一部分比例的人能够重新过一种有意义的生活,并且对社会有所贡献。即使是按严格的复原标准来看,大约有50%至58%的精神分裂症患者能够有明显的改善^{[20](131)}。显然,复原有意义的生活不是少数人的特例。复原模式的产生和发展还与社会工作者的努力紧密相连,他们运用能力的视角注重精神疾病患者生活中积极的方面^{[4](29)}。

在美国,复原这个概念最初来自于戒酒协会(Alcoholics Anonymous)的12步自助和互助小组活动的经验。这个概念所表达的对社会和心理因素的关注得到广泛经验研究的肯定,认为像职业、社会支持和朋友关系等是帮助精神疾病患者在社区日常生活中建立和维持有意义生活的重要影响因素^{[21](254)}。复原概念不同于传统的康复概念(rehabilitation)。传统的康复概念是指在医院的处境中由医生负责提供的、以治疗为核心的有限的精神健康服务,而复原概念是指在日常生活场景中为精神疾病患者提供各种精神健康服务,要求以精神疾病患者为主导,让精神疾病患者自己确定改变的目标、方向和途径,服务提供者只是精神疾病患者实现自己梦想的协助者,帮助精神疾病患者满足健康发展的要求以及提供必要的技能培训^{[20](128-129)}。

20世纪90年代之后,复原概念在欧洲和美国开

始受到普遍的重视。在专业服务领域人们逐渐相信,即使是严重的精神疾病患者也能像一般社会成员那样重新寻回或者创造一种有意义的生活。越来越多的专业服务和政策分析专家开始关注复原这个概念^{[22](94)}。2002年4月,美国总统乔治·布什宣布成立精神健康总统新自由委员会(the President's New Freedom Commission on mental health),开始在全国范围内开展精神健康服务的调查和改革方案的设计^{[24](1467)}。2004年12月美国举行了全国精神健康复原和精神健康服务变革的认同会议(the National Consensus Conference on Mental Health Recovery and Mental Health Systems Transformation),把复原服务模式确定为全国精神健康服务的发展目标^{[25](2)}。

二、影响复原的因素

在精神疾病患者的复原过程中,强调最多的是重新寻回自我控制或者自我管理。卡彭特认为,复原是精神疾病患者通过增强对自己生活的责任感重新实现自我管理生活的过程,其中重新获得自我控制的能力和责任感是影响复原的重要因素^{[23](90)}。也有学者强调,个人的责任感、自我决定能力以及选择的自由空间是精神疾病患者复原有意义生活的关键^{[26](21)}。有学者把复原过程的重点放在积极自我的培养上,认为复原是精神疾病患者从病人和失败者的身份中发展出积极自我的过程,这个过程是独特的、能动的^{[17](145)}。

有学者发现,在精神疾病患者复原有意义的生活目标起着重要的作用^{[27](566)}。复原就是实现生活目标的过程,在这个过程中伴随着新的想法、感受和情绪^{[9](45)}。精神(spirituality)方面的健康发展是精神疾病患者复原有意义生活的必要组成部分^{[28](261)}。精神疾病患者复原有意义的生活其实就是精神上的探索过程^{[29](221-222)}。奥德斯和迪尼在总结复原概念时指出,影响复原的因素涉及四个基本方面:(1)主观性(subjective) (2)积极和进步 (3)个人控制和管理能力的提升 (4)是一个过程而不是一个事件。^{[9](125)}雷珀尔和博金斯也有类似的总结,提出复原 (1)是一个过程而不是一个目标 (2)是直接针对精神疾病患者的生存基础 (3)是生命的成长和对生活挑战的克服,而不是简单的治愈 (4)是独特的、个人化的、持续的探索过程,而不是达到某项治愈标准或者结果 (5)是重新学会管理和安排自己的生活。^{[30](125)}

有些研究者更为关注服务提供者与精神疾病患

者之间的合作关系,认为这是精神疾病患者复原有意义生活的决定性因素,能够带来互助、尊重和热情^{[31](691)}。否则,依靠强制的方式只会损坏精神疾病患者的尊严、希望和自我价值感^{26}。格罗夫尔在分析服务提供者的角色时指出,复原有意义的生活绝不是服务提供者所能指导的工作,而是精神疾病患者自身的努力,服务提供者的作用是坚信精神疾病患者能够复原有意义的生活,并且按照这样的理念与精神疾病患者合作,为精神疾病患者提供必要的支持环境,而不是妨碍精神疾病患者探寻有意义的生活。^{[32](41)}可见,复原不仅涉及精神疾病患者内部主观需要的满足,同时还包括外部环境的必要支持。只有当外部环境减少阻碍并且能够提供必要的支持时,精神疾病患者才可能过一种满意的、积极的生活。复原有意义的生活需要同伴的相互支持、家庭和社区的配合,其中家庭是精神疾病患者康复的重要资源^{[33](136)}。复原有意义生活的内部影响因素包括希望、治愈和增权等;外部影响因素包括人的权利、积极的文化氛围和复原取向的服务等^{[26](16)}。鉴于内部和外部因素的考察,有学者把复原定义为精神疾病患者重新获得管理自己生活、摆脱疾病身份影响的、非直线的成长过程,在这个过程中需要周围他人的支持和鼓励以及精神疾病患者在职业领域的社会竞争力的提高^{[2](343)}。

显然,复原是精神疾病患者在多个层面上的发展过程,是通过积极的、支持性的和增权的外部环境重建健康、能动的自我的过程。安德伦森和他的同事们把复原的变化分成四个方面:(1)发现希望;(2)重建自我;(3)寻找生活的意义;(4)承担复原的责任。他们还进一步将复原过程分为前后连续的五个发展阶段:(1)暂停期。这一阶段的特点是精神疾病患者充满困惑、无望等负面的情绪和感受;(2)警觉期。处在这一阶段的精神疾病患者发现了复原的一线希望;(3)准备期。接着前一阶段的警觉期,精神疾病患者开始尝试各种改变的努力;(4)重建期。这一阶段的特点是精神疾病患者开始重建积极的自我;(5)成长期。经过重建期的努力,精神疾病患者在这一阶段表现出能够有效管理自己的生活^{[34](591)}。

有的学者从更广泛的范围讨论影响复原的因素,认为复原是一种指导精神健康服务的新的模式,称为复原模式^{[1](23)}。这种新的精神健康服务模式以精神疾病患者复原有意义生活为目标,让精神疾病患者及其家庭成员在服务的设计、选择、利用等方面成为主导者,服务提供者只是服务的协助者。服务提供者需要帮助精神疾病患者建立积极的支持网络,其中自助和

互助的同伴小组以及治疗、工作和生活安排的选择空间非常重要。像社区中的其他成员一样,精神疾病患者也被视为享有同等居住、受教育和工作权利的、自主的社会成员^{[35](150)}。

三、复原的基本原则

复原概念本身包含着对精神健康服务的不同评估视角。从精神疾病患者角度决定的服务合作关系包含了对精神疾病患者不同的态度,例如,把精神疾病患者视为有能力的人、不训责或者贬低精神疾病患者、关注精神疾病患者的感受和经历、由精神疾病患者决定自己的发展路径以及仔细倾听精神疾病患者明确他们的需要等^{[36](327)}。如果缺乏对复原有意义生活的信念,精神健康服务就无法为精神疾病患者提供成长的机会^{[6](3)}。安托尼希望借助复原这个概念改变精神健康服务的基本视角,他认为复原模式包含了八个方面的不同的精神健康服务原则:(1)专业人士不是精神疾病患者复原的关键,在没有专业人士的干预下,精神疾病患者也能复原;(2)复原过程中的共同特征是精神疾病患者身边有复原的坚信者,这些复原的坚信始终与精神疾病患者站在一起;(3)复原的视角不是探索精神疾病病因的有关理论,它是对待精神疾病患者的态度;(4)即使精神疾病存在,精神疾病患者仍可能复原有意义的生活;(5)复原过程能够改善精神疾病病症出现的频率和时间的长短;(6)复原过程不是直线改善的方式,其间可能出现倒退的现象;(7)从精神疾病的各种不良影响中复原通常要比直接从精神疾病病症复原更为困难;(8)从精神疾病中复原并不意味着不再是“真正的精神疾病患者”,只是拥有了复原的知识和经验。^{[1](531-533)}

在2004年12月举行的全国精神健康复原和精神健康服务变革的认同会议上,美国把复原模式确定为全国精神健康服务改革的目标,并且明确了复原的十项基本原则:(1)自我指导(self-direction),即由精神疾病患者自己引导、选择、决定和实践复原的具体方式和途径;(2)个人化和以人为本(individualized and person-centered),即依据精神疾病患者自身不同的能力、抗逆力、需要和经验等选择不同的多样发展途径;(3)增能(empowerment),即精神疾病患者有权参与各种决定并且做出选择;(4)整体性(holistic),即复原过程涉及精神疾病患者的整个生活,包括精神、身体、灵性和社区等不同方面;(5)非直线

(non-linear),即复原过程不是一步一步的直线发展变化过程,而是伴随着挫折的不断学习过程(6)以能力为本(strengths-based),即复原注重各种能力、抗逆力、才能、处理技能以及个人内在价值的建设(7)同伴支持(peer support),即相互支持对精神疾病患者的复原起着重要的作用,包括经验性的知识和技能的分享以及社会性的学习(8)尊重(respect),即对精神疾病患者采取接纳和欣赏的态度,包括维护他们的权利、消除社会歧视和污名,这些是实现复原的关键;(9)责任(responsibility),即精神疾病患者具有照顾自

己和寻求复原的责任(10)希望(hope),即复原提供了寻求未来美好生活的基本信息和发展要求^{[25](3-5)}。

有学者直接从后笛卡尔整体视角科学(Post-Cartesian Holistic Science)出发,论证复原概念的哲学基础^{[20](132)}。从某种程度而言,复原模式与传统的精神健康服务的医学模式之间的区别反映了建构主义与实证主义视角的差别^{[9](53)}。复原模式注重精神疾病患者本身的生活经验,对医学模式所关注的专家知识提出了挑战。格罗夫尔把复原模式的基本逻辑框架与医学模式的基本逻辑框架进行了比较^{[32](34)}:

项目	复原模式	医学模式
服务使用者的主观感受	保持希望	感到失望
服务使用者的自我身份	积极、能动的自我感	被动的自我感
日常生活的管理	自我管理和控制	他人控制
日常生活的态度	发现和创造生活的意义	依赖别人的理解
日常生活的关联	维持日常生活的关联	抽离日常生活的关联

四、复原模式的争论

在复原模式的探寻和发展过程中,存在着不同意见的争论,概括起来主要集中在两个方面:(1)复原概念本身存在的问题;(2)复原概念中对结果和过程的不同侧重。托雷(E. F. Torrey)是美国著名的精神病理学家,也是反对复原模式的代表。他和斯丹诺维克认为,复原概念所强调的非病理的取向对社会来说是非常危险的。在英国也有类似的争论。^{[37](341)}有学者认为复原概念太理想,忽视精神健康服务中的专业权力的运作,尤其对于长期的精神疾病患者来说,复原概念给他们增添了额外的压力。英国的一些学者担心,产生于美国的复原概念是否适用于英国,是否仅仅是没有多少实质内容的时髦词汇而已^{[20](129)}。博斯福特和豪珀滕则直接指出,复原概念只是让个人承担问题的责任。^{[38](16-17)}

复原概念在最初的时候更为注重精神疾病患者病愈康复的结果,然后才逐渐关注精神疾病患者的康复的过程,形成这样的信念:即使是严重的精神疾病患者,都能够参加有意义的活动,都能够提高自我决定的能力,都能够生活在没有歧视的社会中^{[9](45)}。精神疾病患者的复原过程不仅可以从病症治愈的角度考察,同时也可以从复原自我感来理解^{[6](2)}。复原概念中具有注重结果和过程两种不同的取向^{[39](106)}。莱乌夫的看法也类似,他把结果和过程视为复原概念的两个端

点,提出以精神疾病患者个人经历为主导的复原模式^{[40](145)}。同时考虑结果和过程使得复原概念包含多重内涵,必然出现概念不清晰的现象。除了病症的消除,它既可以指一种倡导的运动^{[41](82)}、功能的恢复^{[42](33)},或者指不同发展阶段的过程^{[34](594)}、一种生活经历^[6]、一种生活的态度和风格^{[43](126)},甚至也可以是一种新的服务视角^{[1](521-537)}。

五、结论

西方精神健康服务从20世纪90年代出现了重要的转变,注重以精神疾病患者为主导设计、组织和安排各种不同的服务,采取个人化的、以人为本的服务方式,强调精神疾病患者自身能力的培养和社会支持的建设,服务提供者只是协助精神疾病患者复原有意义生活的合作者。这种精神健康服务方式称为复原模式。复原模式的产生和发展受到服务使用者运用、社区支持系统服务计划以及精神疾病患者长期跟踪调查研究结果的影响。影响复原的因素有很多,它是精神疾病患者重新获得管理自己生活、摆脱疾病身份影响的、非直线的成长过程,在这个过程中需要周围他人的支持和鼓励以及精神疾病患者在职业领域的社会竞争力的提高。复原也是精神健康服务的一种新的服务模式,具有与传统的医学模式不同的哲学基础。虽然复原模式已成为当今西方精神健康的主导服务模式,但对复原本身仍充满了不同意见的争论。

〔参考文献〕

- [1] Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16.
- [2] Ridgway, P. (2001). Re-storying psychiatric disability: Learning from first person narrative accounts of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24.
- [3] Schiff, A. (2004). Recovery and mental illness: analysis and personal reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27.
- [4] Sowbel, L. R., & Starnes, W. (2006). Pursing hope and recovery: An integrated approach to psychiatric rehabilitation. In J. Rosenberg & S. Rosenberg (Eds.), *Community mental health: Challenges for the 21st century*. Routledge: Taylor & Francis Group.
- [5] NAMI (Santa Cruz County) (2004). Recovery. <http://www.namisc.org>.
- [6] King, R., Lloyd, C., & Meehan, T. (2007). Key concepts and definitions. In R. King, C. Lloyd & T. Meehan (Eds.), *Handbook of Psychosocial rehabilitation*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- [7] McLean, A. (2003). Recovering consumers and a broken Mental Health System in The United States: Ongoing challenges for consumers/survivors and the New Freedom Commission on Mental Health. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 8.
- [8] Deegan, P. (2003). Discovering recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26.
- [9] Oades, L. G., & Deane, F. P. (2007). The framework for psychosocial rehabilitation: Bring it into focus. In R. King, C. Lloyd & T. Meehan (Eds.), *Handbook of Psychosocial rehabilitation*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- [10] Stroul, B. (1989). Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12.
- [11] Turner, J. E., & Schifren, I. (1979). Community support systems: How comprehensive? *New Directions for Mental Health Services*, 2.
- [12] Peterson, C. L., Patrick, S. L., & Rissmeyer, D. J. (1990). Social work's contribution to psychosocial rehabilitation. *Social Work*, 35.
- [13] DeSisto, M., Harding, C., McCormick, R., Ashikaga, T., & Brooks, G. (1995). The Main and Vermont three decade studies of serious mental illness. 1 Matched comparison cross-sectional outcome. 2 Longitudinal course comparisons. *The British Journal of Psychiatry*, 167.
- [14] Hegarty, J., Baldessarini, R., & Tohen, M. (1994). One Hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry*, 151.
- [15] Davidson, L., & McGlashan, T. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42.
- [16] Tsuang, M. T., Woolson, R. F., & Fleming, M. S. (1979). Long-term outcome of major psychoses. *Archives of General psychiatry*, 36, 1295-1301.
- [17] Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1986a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718-725.
- [18] Davidson, L., & Strauss, J. (1992). Sense of self in recovery from mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.
- [19] Mason, P., Harrison, G., Glazebrook, C., Crondance, T., & Medley, I. (1996). The course of schizophrenia over 13 years: A report from the international study on schizophrenia (ISOS) coordinated by the World Health Organization. *British Journal of Psychiatry*, 169, 580-586.
- [20] Wallcraft, J. (2005). The place of recovery. In S. Ramon & J. Williams (Eds.), *Mental health at the crossroads: The promise of the psychosocial approach*. England, Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- [21] Turner-Crowson, J., & Wallcraft, J. (2002). The recovery vision for mental health services and research: A British perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3).
- [22] Room, R. (1992). Healing ourselves and our planet: The emergence and nature of a generalized twelve-step consciousness. *Contemporary Drug Problems*, 19(Winter).
- [23] Carpenter, J. (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for social work. *Health & Social Work*, 27(2).
- [24] Hogan, M. F. (2003). The President's New Freedom Commission: Recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatric Services*, 54(11).
- [25] National Mental health Center (2004). National consensus statement on mental health recovery. <http://www.samhsa.gov>.
- [26] Mancini, M. A. (2006). Consumer-provider theories about recovery from serious psychiatric disabilities. In J. Rosenberg & S. Rosenberg (Eds.), *Community mental health: Challenges for the 21st century*. Routledge: Taylor & Francis Group.
- [27] Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process and content. *Psychological Bulletin*, 120.
- [28] Gulliford, L. (2002). Spiritual care and psychiatric treatment: An introduction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8.
- [29] Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). Spirituality and mental health: An integrative dimension. In S. Ramon

- & J. Williams (Eds.), *Mental health at the crossroads: The promise of the psychosocial approach*. England, Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- [30] Repper, J., & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery*. London: Balliere Tindall.
- [31] Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). A conceptual model of recovery. *Psychiatric Services*, 52.
- [32] Glover, H. (2007). Lived experience perspectives. In R. King, C. Lloyd & T. Meehan (Eds.), *Handbook of Psychosocial rehabilitation*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- [33] Enns, R. A., Reddon, J. R., & McDonald, L. (1999). Indications of resilience among members of people admitted to a psychiatric facility. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(2).
- [34] Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.
- [35] Munn-Giddings, C., & Borkman, T. (2005). Self-help/mutual aid as a psychosocial phenomenon. In S. Ramon & J. Williams (Eds.), *Mental health at the crossroads: The promise of the psychosocial approach*. England, Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- [36] Mead, S., & Copeland, M. (2000). What recovery mean to us: consumer perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36.
- [37] Torrey, E. F., & Zdanowicz, M. (2001). Outpatient commitment: What, why, and for whom. *Psychiatric Services*, 52.
- [38] Beresford, P., & Hopton, J. (2003). Recovery or independent living? *Openmind*, 124, November/December.
- [39] Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: A criterion-based definition. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington, DC: APA.
- [40] Ralph, R. O. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery: Focusing on the recovery model. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington DC: American Psychological Association.
- [41] Copeland, M. E. (2004). Self-determination in mental health recovery: Taking back our lives. In J. Jonikas & J. Cook (Eds.), *UIC NRTC's national self-determination and psychiatric disability invitational conference: Conference papers*. Chicago, IL: UIC National Research and training Center on Psychiatric Disability.
- [42] Fitzpatrick, C. (2002). A new word in serious mental illness: Recovery. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 11, 16-21, 33, 44.
- [43] Resnick, S. G., Foutana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75.

(责任编辑:左鹏)

The Current Trend in Mental Health Services in the West: Evolution and Debate over Recovery Model

TONG Min

(Sociology Department Xiamen University, Xiamen 361005 ,China)

Abstract: The recovery model in mental health services emerged in 1990s, and gradually become predominant in the West. It puts much weigh on the importance of client-oriented services with mental patients as whole persons. Although recovery model has developed over more than 20 years, it still remains unknown in Mainland China. This article is intended to address issues concerning evolution and debates over recovery model in hope of articulating the current trend in mental health services in the West.

Key words: mental health; recovery; recovery model