

从“去机构化”到“再机构化”：文化契合性如何影响社区精神康复共同体的公共性

吴莹 胥璇*

【摘要】“去机构化”和建构社区共同体，是应对“生物—医疗”精神康复模式诸多弊端的有效途经。但是在中国语境中，文化的不契合性成为阻碍建构社区精神康复共同体的因素。研究运用参与观察和访谈法，对某市实施近十年的社区精神康复实践项目进行分析，探讨该项目从最初倡导多主体参与和多元化职业康复模式的“去机构化”构想，到服务单一、对象同质性、多样职业康复弱化的“再机构化”的演变过程，以及其中的文化影响因素。研究从制度文化和社会文化两方面分析文化契合性的重要性，在社区精神康复实践中，制度文化表现出管控性较强和服务性不足；社会文化出现区隔性社区文化与家长权威制文化并存，它们阻碍了社区精神康复共同体公共性的形成。研究的意义在于提出在中国语境中，精神康复实践“去医学化”遇到的阻力及可改善的途经，以及文化契合性对中国实施“去机构化”社区精神康复的重要性及其在社区治理中具有功能性。

【关键词】社区精神康复共同体 去机构化 再机构化 文化契合性 公共性

【中图分类号】D63

【文献标识码】A

【文章编号】1674-2486(2021)06-0085-19

一、精神康复的“去机构化”与社区共同体

2016年10月，中共中央、国务院印发并实施《“健康中国2030”规划纲要》，其中在心理健康板块提出“全面推进精神障碍社区康复服务”。这是在政

* 吴莹，中央民族大学民族学与社会学学院副教授；胥璇，山西农业大学资源环境学院助理教授。感谢匿名评审专家和杨宜音研究员，卜玉梅、曹迪、卫小将、井世洁、李文秀等师友的意见和支持。

基金项目：北京社科基金规划项目“影响社区精神康复的社会性因素：以北京为例”（项目号：21SRB007）。

府层面关于社区精神康复的最高级别规定。之后，民政部出台《关于加快发展精神障碍社区康复服务发展的意见》（民发〔2017〕167号）、《关于积极推行政府购买精神障碍社区康复服务工作的指导意见》（民发〔2020〕148号）、《精神障碍社区康复服务工作规范》（民发〔2020〕147号）等文件，进一步落实社区精神康复工作。政府对社区精神康复的重视来自于现实的压力：精神疾病具有病程长、易复发、致残率高、容易发生危险行为等特点。此外，我国人口基数较大，精神病患者的数量众多，这些均给我国并不完善的精神卫生体系带来巨大负担，而长期住院治疗又可能会导致精神病患者依赖医院、难以回归社会等。总之，依靠医院治疗的“生物—医疗”模式已不能够满足我国当前精神康复的需求，社区康复成为医院治疗之外的重要补充。

在理论层面，社会医学化现象是近来社会科学研究者反思的问题。社会医学化是伴随现代医学技术日趋发达而出现的一种现象，它是指某些社会越轨行为或人们不寻常的生理特征被贴上病症标签、过度医疗化的过程（Conrade, 1992）。精神病从诊断、治疗到康复均受特定社会制度和文化的的影响（福柯，1999；杨铨，2014；Goffman, 1961），是容易发生社会医学化的领域。社区精神康复是应对精神病领域社会医学化的途经之一（叶锦成，2018）。另外，从社会治理的角度看，社区精神康复也是社区治理的范畴。2019年4月，习近平总书记在中央政法工作会议上提出“社会治理共同体”概念，指出共同体是实现社会治理和应对危机的载体。建构社区共同体可能促进社区精神康复实践的推行。

综上，本研究基于某市A精神卫生防治院多年的社区精神康复实践经验，以社区居住康复模式“康复园”项目近十年的运行为例集中探讨：第一，社区精神康复共同体的公共性何在；第二，制度和社会层面的文化契合性如何影响社区精神康复共同体的公共性，及其本土经验和教训。

二、社区精神康复共同体与文化契合性

（一）社区精神康复与世界范围内的“去机构化”历程

2020年12月，民政部等政府部门联合颁布了《精神障碍社区康复服务工作规范》（民发〔2020〕147号），其中用社区康复（community-based rehabilitation, CBR）来指代社区精神康复，指“通过多种方法使有需求的人在社区生活中获得平等服务的机会”，而社区康复服务是指“精神障碍患者恢复生活自理能力和社会适应能力，最终回归社会的重要途径，是多学科、多专业融合发展的社会

服务”。社区精神康复服务是精神专科医院、综合医院、收容性住院治疗模式的补充，其服务对象一般包括处于非急性期的精神障碍康复者。

20 世纪 50 年代之后，西方发达国家发生的“去机构化”（deinstitutionalization）运动将社区康复模式推到了承担精神康复重任的位置上。“去机构化”指将精神病患者从大型封闭的医院机构向社区转移的过程，包括关闭专科精神病医院，设置综合医院中的精神科，建立以社区为主的康复和服务模式，使精神病患者或康复者更好地融入社会，恢复其自主性，倡导诊疗和康复的公平性，享受应有的就业、教育、住房权利等（Bachrach, 2010）。

在美国，“去机构化”运动最早于 1955 年开始，并得益于 1963 年通过的《社区精神健康中心法案》（Community Mental Health Center Act），随后在全国建立了社区精神健康中心。经过“去机构化”改革，美国大量精神病院被解散，精神疾病患者主要在社区精神卫生中心进行治疗康复。从 1955 到 2010 年，美国精神病院住院率下降了 96%（Hudson, 2016）。意大利的“去机构化”源自巴扎利阿（Franco Basaglia）领导的“反精神病学”运动。在这场运动中，巴扎利阿认为精神病院是一种以治疗为名，实则用于社会防御的暴力机构，他提倡用治疗共同体（Therapeutic Community）来取代精神病院。在他的努力下，意大利议会于 1978 年通过了《巴扎利阿法案》（即意大利的精神卫生法），该法案规定通过逐渐阻止住院来取消精神病院。直至 1999 年，意大利全国完成了关闭所有精神病院的目标（杨铨，2014）。英国推行“社区治疗令”（Community Treatment Order, CTO）制度，保证那些未能痊愈但已不满足强制住院条件的患者接受社区治疗和康复，类似一种“个案护理计划”，强制居住在社区中的患者定期复诊、接受家访等，在患者人权和公众安全中保证平衡等（张博源，2021）。

“去机构化”是精神病患者权益保障的一大进步，但是也存在着很多问题。在美国，“去机构化”使很多精神病院关闭，大量精神病患者流入社区，而社区并没有足够的物质设备、专业人才和场所容纳这些精神病患者，导致精神病患者成为无家可归者的现象非常普遍。此外，“去机构化”只是实现了将病人从大型医院机构到小型居住机构的转移，大批从医院流出的精神病患者住进了社区疗养院。巴扎利阿将之称为“宽容的机构”，认为这种“宽容的机构”和精神病患者与流浪者的共存，形成了在社会层面上的“全面机构化”（杨铨，2014）。“去机构化”并非是指关闭精神病院或缩小机构规模，从本质上理解，“去机构化”应该是对精神康复和服务理念的反思和改革。

“去机构化”不一定适合每个国家，探讨契合社会文化的社区精神康复之路，在我国当下显得非常重要。我国没有严格意义的“去机构化”变革，大型专科精神病院仍然承担着重要的治疗和康复功能。迫于医疗资源的限制，近年

开始试验和推行“医院—社区”一体化、倚重社区的康复模式（马弘等，2009）。在“医院—社区”联动模式之外，以职业康复为中心的会所模式及社区日间照料的机构模式也在不断探索中。总之，在主张精神病患回归日常生活、恢复社会功能、尊重其人权和自主性等方面，考虑如何将“去机构化”理念用在我国社区精神康复中是本研究关注的问题。

（二）社区精神康复共同体的“公共性”

在社会学家滕尼斯（2019）的定义中，社区即是共同体，是由同质人口组成，价值观念一致，关系密切、出入相友、守望相助、富有人情味的共同体。虽然空间性是社区的基本属性，但是社区主体的链接功能、社会化功能、援助功能和管理功能对于公共治理更具重要价值（张博源，2021）。失能者在社区中过上正常的生活，享受其应得的权利，在常态化环境中得到有尊严的照顾，在日常生活中恢复其承担社会角色的能力。社区拥有的资本可以弥补国家福利供应及市场化照料不足的缺陷，其公共性使之具有社区照顾的能力。

然而如何认识社区精神康复共同体？20世纪60年代，巴扎利阿在意大利“反精神病学”运动中开创性地将“社区”植入精神病院的改革，就是一种建立社区共同体的思维。从“团体精神病疗法”“治理共同体”到“社区化”精神病院，都是对社区作为共同体之公共属性的放大（杨程，2014）。然而，社区康复共同体应该是谁的共同体，仅仅包含康复者及其家庭成员，还是也包括其他利益不相关者？共同体如何存在？回答这些问题对于了解社区的公共属性非常关键。

如何构建社区精神康复共同体？对于这一问题的回答也是精神疾病从“治疗”思维向“康复”思维转变的关键。从消除或减轻症状，到重视功能恢复和适应环境；从评估症状及原因的诊断，到评估患者在当前环境中需要的技能和支持；从药物、心理和行为的治理，到从患者需求出发，对其进行康复训练并教授资源整合和联结的技巧，这些从治疗到康复的改变背后，蕴含着更深层的观念转变——重视精神病患者的主体性和自由，重视其公民权，而不仅仅将之作为威胁公众安全的管控对象，或作为弱势群体的救助对象（张博源，2021）。从这个意义上，重视精神病患者的主体性及权利的观念与构建社区共同体、强调精神康复的公共性是密不可分的。

我国的社区建设起步较晚，自2003年开始，民政部提出“社区建设”至今不足二十年。自1998年国有企业改制后，社区接替“单位办社会”，承担社会治理、社会服务和社区照料等职责，然而由于缺乏时间培育，社区作为共同体的功能还没有发挥出来。社区在多数情况下仅被表征为具有空间功能的地缘属

性，现代社会要求的基于多元主体“脱域性”的共同体属性还未发育起来。有研究者指出，当下社区表现为生活个体化、组织碎片化和公共性衰落三大困境（杨君等，2014），社区建设仍然依赖政府推动，居民归属感不高，参与不积极，形成当下特定的“共同体困境”（郑杭生、黄家亮，2012）。

（三）文化契合性对社区精神康复共同体的影响

基于我国当下社区发展状况，文化契合性视角有助于探讨社区精神康复共同体建构的问题。文化契合性这一概念应用广泛：在个体层面，文化心理学家提出文化与个人契合性（culture-person fit）概念，指出个人价值观与主流文化价值观越契合，个人积极心理体验越多（Suh & Choi, 2018）；也有研究提出文化不契合理论（Cultural Mismatch Theory），探讨个人内化的规范与阶层文化环境的不契合性将会影响其社会适应与积极心理的获得（Stephens et al., 2012）。在制度与文化层面，我们将文化契合性定义为被引入的制度或治理模式与本地社会文化相适应的状态。

新制度主义社会学家在对组织的相关研究中指出，组织必须适应环境才能生存，法律、文化期待、社会规范、观念等因素构成了被人们广泛接受的“社会事实”，他们同时引用合法性（legitimacy）的概念，强调文化、观念和社会期待等外在因素对组织生存的影响（周雪光，2015）。本文提出的文化契合性类似于这里的社会事实与合法性，强调社区精神康复共同体的模式在引入中国时所需要的外在环境。

早期新制度主义梅耶等人的研究还指出，文化作为非正式性规范，影响和改变了正式制度的施行效力：当制度设计与内生性文化规范冲突时，制度执行效力最差，文化成为阻碍性因素（Meyer & Rowan, 1977）。国内也有研究指出，在不同的社区类型中，文化规范与制度规范的诉求和方向性并不总是一致的，文化可以作为阻碍制度实施的因素；文化也可能被建构为与制度同向的规范，促进制度的引入与施行（吴莹等，2016）。文化是特定社会情境中人们的共享现实（shared reality）（Chiu et al., 2010），其具有的共享性和建构性使文化不等于制度、治理模式或社会结构，而独立表征为在制度等实体之外的共享观念、行动逻辑或共同规范。公共性是建构社区精神康复共同体的核心，我们将从制度文化和社会文化两个维度来分析文化对公共性的影响。

1. 制度文化表现出的“管控性”

“管控”是精神病院治疗制度中表现出的文化特征。福柯曾指出，精神病院作为制度，承继早期贫民习艺所、穷人收容院等禁闭制度的功能，收容社会的“越轨者”，对其命名、标识和区隔，规训社会民众的行为（福柯，1999）。这

种功能通过精神病院的制度延续在现代精神治疗中，形成管控性文化固定下来。在西方的“去机构化”运动中，精神病院制度形成的管控文化一直是改革和反思的目标（杨程，2014）。戈夫曼用“全控机构”来界定精神病院对人的管控性，在“全控机构”中，精神病患者生活被整齐划一地安排，个人属性被剥离，精神病患者感到“无力化”（Goffman, 1961）。而社区治理两大主体（政府与社会）的关系也会影响制度文化的表现型态。“大政府—小社会”和“小政府—大社会”的治理模式可能导致精神康复制度中产生管控性文化。由于我国社会治理中实行“大政府—小社会”模式，精神康复的管控性制度文化表现在“维护社会稳定”“避免病情复发肇事”等目的上（杨程等，2017）。欧美国家社区治理中的“大社会—小政府”的环境，在制度文化层面则有明显的服务性特征，有利于构建社区精神康复共同体。例如，政府和社会对家庭的支持计划，政府通过购买社会服务来发掘非政府组织等社会力量。发动“自下而上”多主体参与，依托成熟的社区，鼓励社区居民培养社区感等（Roelandt et al., 2014）。以英国为例，社区精神康复服务也包含中央政府的健康部与住宅部，地方政府的社会服务局和住宅局等多部门间的合作（王燕锋，2008）。

2. 社会文化中表现出的“区隔性”

社会文化的区隔性在很多经典研究中均有共识。人类学家玛丽·道格拉斯（Mary Douglas）曾在《制度是如何思考的》一书中指出，分类给事物或人群合法性或不合法性的标定，以达到社会系统区隔与“洁净”的目的，社会成员对某些区隔具有的共同意识是维持社会系统（道格拉斯用“制度”来泛指社会系统）正常运行的基础（周雪光，2015）。社会心理学家约翰·乔斯特（John Jost）也提出系统公正理论（System Justification Theory）来表达类似观点：在特定社会中，人们拥有对现存社会系统合法化的动机，包含偏见和排斥的社会系统合法化更容易以内隐的形式被弱势群体内化（Jost et al., 2010）。

在欧美国家，社会文化的区隔性主要体现在种族和阶层的区隔中。美国“去机构化”实践存在忽略少数族群“文化敏感性”的现象。例如，俄亥俄州黑人和西班牙裔人在精神病院的住院率大于白人，在精神病院中，住院的有色人种比例高出有色人口在人口总数占比的很多倍；“去机构化”的社区康复资源让白人中产阶级优先享用；在“去机构化”的消费和家庭运动中，少有少数族裔的声音；在地方精神健康委员会中，黑人委员的比例较少等（Deas-Nesmith & Mcleod-Bryant, 1993）。

在我国，社会文化的区隔性源自社区感的缺乏。社区感是指社区居民所共享的意识、观念、价值观或规范，是形成社区文化的重要内容和基础。社区感是影响社区精神康复的重要因素（Sarason, 1974）。有研究指出，社区感是中介

社区宏观环境结构和精神疾病发病率的中间机制（Terry et al., 2019）。党的十九届四中全会强调，打造共建共治共享的社会治理格局，社区感是社区治理体系建设的重要内容。但是我国传统文化中的“私民”意识使公众的社区感较低，对社区内弱势群体关注较少（颜玉凡、叶南客，2019）。我国社会治理中的“大政府—小社会”模式也使社区感发育不足，人们对精神患者的漠视、忽略、排斥的隔离性文化弥散在社会中，可能成为阻碍社区精神康复共同体的因素。

此外，中国家长权威文化与社区精神康复实践理念存在冲突。在中国家庭文化中，权威、秩序大于自由、表达和沟通（Hsu, 1985）。在中国的精神病患者家庭中，家长对孩子的管控变成了对精神患者的管控和监督（Tseng & Hsu, 1970）。家长权威制文化观念使精神康复成为家庭私域内事务，使得家庭倾向于在家庭内解决精神患者的康复问题。另一方面，当家庭成为患者的照料主体且家庭又缺乏外在支援时，将使家长制文化发酵，并导致忽略、限制和虐待的产生。他们将精神病患者隔离在医院，限制其自主选择康复场所的权利等。由此，家庭文化可能是区隔性社会文化的一种。

三、研究对象、过程及方法

本研究的田野地点是某市A区精神卫生防治院（以下简称“A精防院”）下设的康复园。A精防院是所在区公立精神卫生二级专科医院。经过多年实践，A精防院形成了独具特色的社区精神康复模式“A精神康复模式”，并多次在各种行业会议上推广。例如，2016年由国家卫计委主办的全国精神卫生综合管理试点区现场交流会中，A精防院被作为“‘医院—社区’全程自助化精神康复链”特色模式推广。A精防院的模式由四部分组成：封闭式院内康复、开放式院内康复、家庭式居住园康复和自助式社区康复。康复园模式就是其中的家庭式居住园康复，其发展过程能够呈现文化与社区康复模式之间的关系，因此本文将康复园模式作为研究对象。

康复园是为那些满足出院条件、家属不愿或不能接收回家康复的患者设立的。每个康复园可容纳5~15位康复者，类型分为养老式康复园、职业康复园、居家生活式康复园。在办理出院手续、明确家属责任后，康复者入住康复园。康复者入住康复园需符合以下条件：A区户口；无传染病、重大躯体疾病及病史，生活能自理；经A精防院精神科执业医师评估，适合住康复园；康复者自愿、法定监护人及家属同意入住康复园，并能够遵守康复园内各项规章制度。

2009年9月，A精防院学习意大利社区康复模式，和意大利合作方在医院

外的社区中合作建园。2011年起,由A精防院牵头组织社会力量,成立了A精神康复服务协会,开始独立建园。该协会对社区式居住康复机构实施全面的管理,A精防院负责推荐康复者及提供医疗支持。2011年9月至2018年9月,A精防院支持协会共建立了十多个康复园,其间因为租房合约到期、租金涨价、遇到拆迁等原因关闭了几个,目前还有8个,分别位于不同的社区,共有床位56张。

本研究开始于2015年7月,至2019年1月结束,在三类康复园中各选择一个作为研究地。研究方法以参与观察和个案访谈为主,访谈对象共27人:包括居住在康复园的精神病患者20人,康复园的护士和护理员4人,医院康复部管理人员2人,A精防院院长1人。在研究和分析策略上,本研究采用纵向分析和横向分析相结合的策略:下文第四部分采用纵向分析策略,从时间轴线上回顾康复园项目从理念引入到落地的发展,再到当下呈现“再机构化”的过程;第五部分使用横向分析策略,探讨文化契合性对社区精神康复共同体之公共性的影响。

四、“再机构化”的定义及康复园“再机构化”的历程

(一) 对“再机构化”的界定

对“再机构化”的定义是基于“去机构化”概念。有研究者指出,形式上的“去机构化”带来很多后续问题。例如,在美国,无家可归者增多、私立精神病院收容机构床位增加、流转于不同社区康复机构未回归社会的新长期住院(new long-stay)患者增多,监狱成为“最大的精神病院”,收容肇事犯罪的精神病患(Xie, 2011)。因此,“去机构化”的涵义不是指关闭大型机构,减少大型机构的数量,也不是缩小机构规模,从大型治疗机构变成小型治疗与康复机构(赵环, 2009)。

反对去个体化、单一、冷漠的治疗模式,帮助患者恢复其自主性和社会功能,并使其较好地融入社会的复原思维是“去机构化”的核心。也有研究指出,基于多元主体参与、有“社区”存在的康复模式,能够从保障精神病患者再社会化的角度,恢复其自主性等人权,才是“去机构化”的核心观念(张博源, 2021)。综上,“再机构化”是指实施“去机构化”之后,并未达到“去机构化”效果的康复实践,在组织形式上表现为公共性的缺乏,如康复方式单一、服务对象同质性强;在个人层面表现为没有达到帮助患者恢复自主性和社会功能的“再社会化”效果。在本文以下部分,我们也将从组织形式和康复者个人

两个层面来分析康复园从规划“去机构化”目的，到出现“再机构化”结果的过程。

（二）康复园的“去机构化”目标：构建具有“公共性”的社区精神康复共同体

受意大利合作方的影响，康复园最初建立时有较明确的“去机构化”实践目标，从两个方面努力构建社区精神康复共同体：包括多主体参与目标和发展多元化职业康复模式。

1. “去机构化”设计：多主体参与目标

康复园模式实际是意大利精神康复“去机构化”模式在中国的落地引入，康复园模式学习和借鉴了合作方——意大利特伦托市精神康复机构的经验，主要是指意大利的“用户家属专家”模式（User and Family Members Experts, UFE）。这个项目重点在于发挥患者及患者家属的作用，通过培训使他们成为“精神康复志愿者”、帮助患者的“专家”，以便对更多患者（家属）进行服务。

意方专家介绍了他们在30年间为病人提供的服务项目，如开设了“精神卫生中心”“阳光之家”“一起做之家”“自助之家”等服务机构。这些机构都是开放性的，鼓励病人、家属、志愿者及市民的共同参与，强调“病人—家属专家”在病人康复中的作用及意义。（A精防院提供相关资料）

特伦托市康复模式的“公共性”在于，通过吸纳UFE志愿者以及市民参与，使精神康复成为“大家一起做”的项目。在与意大利康复机构的合作中，康复园最初培养了7名UFE志愿者，其中6名是患者，1名是患者家属，每人对接帮助5名其他患者。此外，康复园吸收了意大利“大家一起做”的项目理念，通过社区精神卫生分中心的医生，以及护士、社工、UFE和其他志愿者的共同参与，构建多方合作模式。总之，康复园项目最初构建了非常完备的多主体参与模式，是“去机构化”设计的重要体现。

2. “去机构化”设计：通过多样化职业康复实现“公共性”的初衷

职业康复是帮助精神康复者找回自主性和社会功能的途经，是在精神康复者再社会化方面体现康复“公共性”的方式。职业康复作为精神康复诸多训练目标（生活技能训练、自主服药技能训练、社交技能训练、体能训练、职业康复训练）的高级形式，也是社区精神康复的最终目标。职业康复是康复园项目作为社区精神康复共同体的设计目标，A精防院在2011年到2012年建立了4个职业康复园（简称“职康园”），包括卫生用品生产、洗车服务、超市和农业种植（见表1）。职业康复种类丰富，康复者体验积极。例如，一位康复者曾讲述了在便民超市职康园服务的经历使她产生了对未来就业的期待。

我以前是在另一个园里做超市收银员的，后来那个园关了，我就转到了这个园（包饺子），我觉得收银员比这个包饺子有意思，包饺子老是在那坐着重复一个动作，没啥意思，而且如果我爸同意接我回家以后，我就想去超市当个收银员或者理货员。（康复者 M）

表 1 2011—2012 年建立的 4 个职业康复园情况

职业康 复园名称	康复者 (人)	工作人员 (人)	志愿者 (人)	康复活动
MD 园	18	2	4	生产一次性筷子，产品计件，月底根据计件结果发报酬
SX 园	6	1	1	洗车服务，每月对洗车收入汇总，根据每人日常工作生活的综合表现给报酬
HT 园	9	1	1	便民超市和洗车房，3 名康复者和 1 名志愿者经营超市，同时他们还负责 HT 洗车房 7 人的午饭供应。洗车房的经营与 SX 园相同
CL 园	6	1	1	进行蔬菜种植

资料来源：作者根据访谈资料自制。

从建园至今的十多年里，康复园经历了摸索创建、繁荣发展到规模逐渐缩小的过程。在建园初始，A 精防院及下属协会积极吸收意大利社区精神康复共同体概念，丰富参与人员的多样性，发动和挖掘患者及家属的自身力量，努力建构在治疗系统及医院之外的社区共同体。在设计这一康复共同体时，康复园也积极为康复者寻找出路，从职业康复角度实现了多样化，使康复者有机会逐步回归社会。总之，康复园的初期规划和所提倡的职业康复多样化实践都很超前。然而，康复园在国内落地发展，并不完全契合国内文化情境，导致逐渐衰落并表现为“再机构化”的结果。

（三）康复园的“再机构化”结果：从开放的“再社会化”到封闭的小型居住机构

康复园的“再机构化”状态表现为：康复园数量逐渐减少；多样化的职业康复逐渐衰退；被服务群体同质性较强，以老年康复者为主；服务内容逐渐单一化，由融入社会目的的职业训练到基于日常生活的单一训练。

1. 康复园数量逐渐减少

康复园经过创建、发展、繁荣和萎缩阶段。2009 年与意大利爱心协会合办

第一家康复园；2011年9月至2012年12月间，独立建立了4个康复园，设床位44张，其中一个为职业康复园，对外开展洗车服务；2013年新建6家康复园；2014年康复园总数达20家，床位达102张，年入住患者172人次；2016年因房租涨幅较大，康复园受房租影响缩减至10家，床位69张；2018年康复园缩减至8家，只有一个职业康复园，床位56张。

2. 多样化的职业康复逐渐衰退

职业康复对康复者来说是恢复其社会功能的有效方式。2013年底，A精防院共有康复园11家，其中有4家职康园，工作包括便民超市、便民洗车店、一次性餐具加工、话吧复印室等，职业康复的内容很丰富。但是随着康复园不断发展，入住的老年康复者数量逐渐增多，职业康复的意愿减弱。有些社区居民的不认可以及政府对违章建筑的管制，使得目前仅剩1家职康园（M康复园），其他3家都变成了老年园或居家园，多样性弱化。康复园的功能由职业康复向养老居家康复转化，实现再就业、真正回到社会的康复者数量变少。

2014年，有洗车店的那个康复园开得红红火火，工作人员认真地对康复者培训洗车的流程，那个园的康复者体力好，工作也特别认真，我们把价格也定得很便宜。来洗车的不算多，但是康复者每个月多多少少能领点工资，他们也很开心。有时候我自己也会去那儿洗，有时候上边的领导来参观，也会洗一下车，亲自付给他们钱，也算是对他们的鼓励。后来2017年的时候，某某区不是着火了嘛，然后政府就地毯式排查违章建筑，进行安全检查和整顿，检查有安全隐患的地方。咱们这个小超市和洗车店都是在街边开的，没有营业执照，所以就都关了。（A精防院康复部管理人员）

由于受到外界因素的影响，原本多样化的职业康复功能逐渐削弱，变成单一的养老园或居家园，这一变化使有就业意愿的康复者失去职业技能培训的机会，走出康复园回到社会变得更加困难，逐渐呈现出不利于患者增权、自我价值难以发挥的“再机构化”特征。

3. 被服务群体呈现同质性：以老年康复者为主

康复园与其他精神康复机构状况相似，老年康复者的比例增加。在2014年，康复园的数量达到最多，共有20家，据统计，入住康复者共有86人，其中年龄在55岁以上的有34人，占总人数的39.5%。截至2019年1月1日，有8家康复园，共入住康复者58人，其中年龄在55岁以上的康复者有35人，占总人数的60.3%。原本设计的居家园中老年康复者比例明显加大。

现在园里的老年人比较多了，他们大多数都是离异，或者一辈子没结过婚，没有孩子。兄弟姐妹们也有自己的生活，不能整日照顾他们，就把他们放到这儿，有专业的人照顾，给点零花钱，偶尔来看看。他们也就基本

在这儿养老了。(A精防院康复部管理人员)

老年康复者的社会支持尤其是家庭支持减弱,家属无力照顾年老体弱的康复者,他们被安置在康复园中,养老目的逐渐强于康复。“去机构化”的建园目标,到目前呈现出承担养老功能的“再机构化”特征。

4. 服务内容逐步单一化

由于老年康复者数量逐渐增加,职业康复的训练逐渐减少,康复园提供的康复服务越来越单一化。康复园最初设定的生活技能训练、自主服药训练、社会交往训练都没有得到较好实施。第一,生活上基本还是由看护人员照料,生活技能训练呈现形式化;第二,康复者还是由工作人员统一发药、监督服药,并未达到自主服药的训练目的;第三,因为康复者缺少接触社会的机会,接受的社会交往训练不够,病耻感较强,表现为不愿主动与人沟通等。另外,“家庭—康复园”的连接松散,来自家庭的支持不足也是社会交往训练不够的原因。多数家属仅仅是定期交费,给少量零花钱,看望的次数逐渐变少,尤其是老年康复者和家属的联系较少,和外界的互动也有限。

总之,以上这些状态有共同的指向,即康复园失去了最初设计时主张的多主体参与、职业康复多样化的再社会化功能,逐渐变成了功能单一的医院外居住机构,未能满足康复者自主性和回归社会的需求,具有明显的“再机构化”的特点。

五、文化的不契合如何弱化了社区精神康复共同体的“公共性”

康复园出现的“再机构化”现象实际是社区精神康复共同体“公共性”萎缩和弱化的过程,我们在分析中发现,制度文化和社会文化中存在的不契合性是削减这一“公共性”的原因。

(一) 阻碍“公共性”的制度文化:多“管控”少“服务”的特点

制度文化不同于制度,而是弥散在制度制定和实施中的逻辑、规范或共享观念,区别于有明确指令内容的制度本身。在康复园的建立和发展中,制度文化在三个层面上表现出“管控性”多于“服务性”。

第一,康复园由政府主导,实行“自上而下”的推行模式,包含较多来自政府的管控和维稳的思维,“不出事”仍是基层政府的普遍考核目标(谢迎迎等,2019)。我国还处于倡导发掘社区、社会组织力量的阶段,社会组织的作用发挥不足,能够调动的资源有限。“大政府—小社会”的社区治理模式影响制度文化,使管控变成主要特征:过于强调维稳和安全,将减少严重精神病人肇事

行为作为考核的单一指标，而忽略社区康复的发展成果（谢迎迎等，2019）。

康复园能发展起来，区政府给予了很大的支持。如果没有政府的支持，康复园根本办不起来。政府为我们提供了资金支持、政策支持，使康复园的建立和发展减少了很多阻力，得到了必要的资源。但是协会的工作也受到很多的限制：缺乏自主性、做什么事都要以稳定为主、不能损害到周边居民的利益、要定期向政府部门汇报工作等。（A 协会会长）

之前有考虑过在康复园所在社区开设面包房的想法，让康复者通过康复训练有工作可做。但是跟领导沟通后，他们觉得风险太大，“安全问题”谁都不能保障，最后这计划不了了之。类似的以“安全”之名阻碍康复活动和训练的现象很多。（M 康复园负责人）

制度文化的管控特点使康复园的发展和扩大受到限制，进一步导致社区精神康复共同体的“公共性”出现萎缩。例如，在职业康复园发展中，政府的管控使康复园只有非常有限的自主活动空间，失去较多引入市场资源、拓展康复园发展的机会。

第二，医疗部门主导的制度实践中，仍然包含很多管控性文化，缺乏“社会性”和“公共性”。在社区精神康复的政策执行层面，政府部门条块分割、资源独立、较难形成合力（马弘等，2009）。目前“医院—社区”模式多是以精神专科医院的指导为中心，社区康复虽然以基层区县和街道卫生机构为依托联合社区进行，但是主导权仍在医院。“条块分割”使医疗部门与社会福利部门，以及社会组织之间的有机联结缺失。在社区精神康复工作推行中，由国家到地方都是以医疗部门为主导，多次关于精神康复的多部门合作会议均由原先的卫生部门主持，至 2017 年才出现了第一次由民政部召集的部委层面社区精神康复联席会议。

康复园项目也是如此。一方面，康复园虽然由精神康复服务协会这一社会组织承办，但是其运营和管理主体仍然是 A 精防院的康复部。从康复园入住者的精神状态评估、接受申请到护理人员和医护人员的选派，再到康复园的运营，实际都归医院所管辖。另一方面，康复园的资金虽然一部分来自于民政部门和残疾人联合会的拨款，但是社会福利部门在康复园的扩展性运营及发展上，以及联络和动员的社会力量上都较少参与。在康复园的运营过程中，吸纳社会组织力量、引入社工服务方面也做得不够。

总之，医疗部门的主导性弱化了康复园作为社区精神康复共同体的公共性，限制了康复园的规模，导致“再机构化”倾向的出现。

第三，制度文化中表现出较弱的“服务”倾向，也是弱化社区精神康复共同体“公共性”的因素。缺乏服务性，表现为缺乏对康复者家庭以及康复场所

的支持。对康复者及其家属的支持是社区康复体现其公共性的重要方面。以美国为例,对家庭和家属进行心理、教育、财务规划、职业发展的支援以及家属自组织的培育,成为“后去机构化”时代支撑社区精神康复推行的保障性文化环境(井世洁,2014)。相对比,我国当下对精神病患者的看护补贴非常低,完全满足不了患者家庭及其成员的需求,这种补贴还包含“以奖代补”的管控思维。例如对三级以上未肇事的严重病人的看护每月给予200元补贴(李莹,2020)。一方面,制度文化缺乏服务性,使家庭成为承担康复的兜底者,这也是家属更愿意将康复的精神病患者留在医院而不去康复园的原因,这直接导致了康复园规模的萎缩。另一方面,制度文化服务性的缺乏还表现在对患者社区康复住所和康复场地支援的缺位,因为住所和场地是康复园实现其公共性的硬件基础。

位于城市社区的康复园需要建筑面积为120~150平米的三室两卫或四室两卫的简装房屋,楼层在3层以下,可容纳6~7人同时居住,内部必要的生活设施齐全。农村地区或厂区康复园,能够接受精神障碍者居住。空间的要求使康复园寻找适合的房屋有一定的困难。(A协会会长)

在英国的社区照顾运动中,中央政府和地方政府的房屋管理部门是重要参与者,他们为康复者提供住房和资金资助,与社会福利部门同等重要(王燕锋,2008)。这种多部门联合服务于特殊群体的文化在我国政府制度中还比较少见。康复园较少得到政府部门的服务性支援,相反,城市规划要求的拆迁和市容整治,是康复园面临房屋和场地等硬件缺乏的难题,直接导致多座康复园关闭。

(二) 阻碍“公共性”的社会文化:社区中的区隔性文化与家庭中的权威式文化

1. 社区中的区隔性文化

公众对精神卫生知识的缺乏,使精神康复者在社区遭受污名、歧视和社会排斥(Byrne,2000;Corrigan & Watson,2002),进而形成区隔性文化,在康复者与社区居民之间形成屏障,削弱了社区精神康复共同体的公共性。本研究发现,康复园所在的各个社区内普遍存在对精神康复者的污名和排斥,居民难以接纳同精神障碍者生活在同一个社区。这样,康复者的活动范围受到限制,只能和园内其他康复者及工作人员相处交流,呈现“再机构化”的被封闭状态。

我也不是歧视那些精神病患者,就是自己身边也没有这样的人,看新闻上说精神病人杀人不犯法。虽然他们现在是康复了,但是得了那种病哪能好啊,要是没有什么严格的保障措施,想到自己住的地方有这样一群人,心理感觉难以接受,怕出现什么问题。(康复园所在社区居民)

康复者住在小区里，曾有居民投诉，民警上门盘问并叮嘱“没事不要随便乱出来”。唯一可以给他们安慰的，是照顾大家的护工L大姐。也许是因为她儿子也是精神科医生，所以当别人问到L大姐做这个工作怕不怕时，她总是说：“我不怕，我儿子跟我讲过，他们吃完药恢复好了跟正常人一样，所以我根本不怕。”她甚至还向民警承诺：“这些人都很好的，他们治疗好了，不犯病，都很健康。（康复园工作人员）

McMillan 和 Chavis（1986）从社区心理学的角度提出，凝聚社区的重要机制是社区感，它包括成员资格、个人与社区的相互影响、整合和满足需要共享的情感联结。在宏观层面上，共享的社区感也是社区治理的重要文化基础。我国社区建设起步较晚，社区感发育不成熟，居民缺少社区成员的身份认同，也不认同精神康复者的社区成员资格。在个人与社区的相互影响以及情感联结上基本为空白，难以体会社区认同带来的“公共性”，导致社区公共事务的参与意识较为淡薄。在这样具有区隔性的社区文化中，康复园作为一种需要多方参与的社区照顾共同体更难以生存。管理人员曾讲述过康复园设立过程中，社区居民对精神康复者的极端排斥行为。

康复园里有时候会有社区的居民来了解情况，问我们里面住的都是什么人，严重点的就会有居民联合起来拉横幅，到物业投诉，要求我们写个东西，做个保证，保证小区内其他居民的安全。最严重的一次冲突是在别墅区的MG园。那是2009年我们第一次开始建园，在某山间别墅里建了MG园，环境、居住条件都很好，开展各种训练和康复，还有电视台来采访。但是宣传后被其他居民发现了，人家就不干了，业主委员会集体拉横幅，去物业告我们，各种协调都没有效果，最后这个园就关停了。居民的接受程度还是很低，态度很冷漠。（康复园管理人员）

到目前，康复园只能设立在A区的偏远城市社区或农村社区，农村社区在社区文化层面对康复园的排斥性明显弱于城市。不同社区类型的社区文化影响，也能使我们看到社区中的区隔性文化如何弱化社区精神康复共同体的公共性。党的十九届四中全会强调，要建设社会治理共同体，对于社区精神康复来说，弱化或改善社区文化中存在的“区隔性”，是实现“人人有责、人人尽责、人人享有”之公共性的关键。

2. 家庭中存在的家长权威制文化

中国传统文化中的家长权威制特点，是在家庭层面上影响社区精神康复共同体建构的重要原因。在能否出院、去哪个康复园的选择中，家属都有很大的话语权。这种由家属做决定的家长式文化在中国普遍得到认可，较少被质疑。同时，长期住院的患者也较少有表达自己想法的可能。

《中华人民共和国精神卫生法》第三章第四十四条规定“自愿住院治疗的精神障碍患者可以随时要求出院，医疗机构应当同意”，要保护精神病患者个人的自主权。在现实的入园程序中，精神病患者虽经过专业医生评估可以出院，但入住康复园也要监护人的同意。如果监护人或者家属不办理出院手续，康复者就不能出院，更无法选择去康复园康复。康复者的自主选择权受到很大的限制。

在精神卫生法里，按规定是自愿住院的精神病人经评估可以出院后，是可以自己决定是否出院、出院后去哪。但是现在中国的实际情况又有很多限制，就是责任啊安全方面的限制。必须指定一个监护人，一定要监护人同意才可以出院，才可以住到康复园里，中国这个家长的身份特别明显。（康复园管理人员）

拆迁补偿、推卸赡养负担等经济利益纠纷也被隐藏在这种家长权威制文化中，康复者的自由意愿和利益并不能充分表达，康复者没有自主性。

监护人权力太大，有时候还会侵犯病人的经济利益，比如家里拆迁了，监护人就越不想把他接回家。只是把他放到这，给他交点费用，给点零花钱。病人进入康复园之前要签协议，精神病人自己、康复部、家属三方都要签，主要是对康复部和家属的责权的划分，没有太多涉及病人的。（某康复园负责人）

此外，由于我国当下福利制度中存在“去家庭化”的取向（韩央迪，2014），使精神病患家庭得到的福利性支持不足。家庭不堪承担作为康复主体的重任，这样使得家长权威制文化的阻碍被放大，家属多数选择将康复者继续留在医院，导致康复园规模逐渐萎缩。由此，家长权威制的文化规范成为削弱社区精神康复共同体之公共性的因素。

六、结论

本文将康复园作为本土社区精神康复的案例，呈现其发展过程——从“去机构化”建构目的到“再机构化”的现状，探讨阻碍其公共性发展的文化不契合因素。本文研究发现，现代精神病院制度中的管控理念以及我国特定的社区治理模式，使制度文化表现出较强的管控性和较弱的服务性；我国社区的发展过程导致的社区感发育不足，使社区文化表现出较多区隔性和较弱的公共性；我国福利制度中的“去家庭化”取向，使家庭得到的支持不足，进而放大家庭权威制文化的消极影响。借鉴新制度主义社会学研究的视角，以上的文化环境是使康复园这样的外来组织模式“水土不服”的外在因素。在此结论之外，本研究还包含以下关注：

（一）社区精神康复共同体的“公共性”：作为一种打破“社会医学化”的模式

现代精神病院制度使精神病治疗和康复过于“医学化”，包括依赖药物和技术，忽略病人作为人的自主权和主观需求（福柯，1999；杨锴，2014；Goffman，1961）。社区精神康复是改善精神病治疗和康复过度“医学化”的重要方式。如以上分析，社区精神康复的核心在于其对“公共性”的诉求。

一方面，精神疾病本身的特征（这些特征包括精神疾病在人群中发病率高、带来严重的家庭和社会负担、导致诸多社会问题等）使之成为公共卫生的重要范畴，其治疗和康复具有“公共性”的需求，是患者及家庭无法独立应对的，需要在公共层面上的多方合作参与及多主体支援。

另一方面，社区共同体的公共属性具有满足精神病治疗和康复需求的功能。社区精神康复建构的共同体强调复原理念以及帮助康复者恢复自主性和社会功能。“公共性”在个体层面表现为康复者赋权，在社区层面表现为通过多种形式促进康复者融入和参与。本文通过反思社区精神康复共同体的“公共性”在中国本土文化何以可能，提出精神康复中的社会性因素需要发挥“社会学的想象力”，将“社会”从精神病治疗中还原出来，发掘社会资源和社会资本，达到弱化社会医学化的效果。

（二）文化契合性：社区精神康复共同体在中国本土何以可能

本文的理论意义还在于对文化契合性的探讨。从国际经验来看，社区精神康复的“去机构化”在不同国家有不同的历程，这些源于不同国家地区的文化特殊性。例如，Hudson（2016）在对全球136个国家精神康复“去机构化”状况进行模型分析后发现，控制经济发展水平之后，种族多样性、人类发展指数、人口密度、国家整体表现出的价值取向等文化因素导致不同国家“去机构化”的水平不同。本文分析发现，制度管控性文化、社区区隔性文化以及家长权威制文化等文化不契合性因素阻碍了社区共同体中公共性的建构。从改善文化环境、建构“公共性”的视角出发，也许能够帮助社区精神康复模式在我国本土社会顺利落地、生根壮大。从理论角度来看，讨论文化契合性的影响，实际也是探讨影响制度或组织模式的文化环境，进一步验证和呼应新制度主义社会学对文化环境的强调。从现实出发，本文对文化契合性的讨论，也有助于进一步推广其在其他社会治理共同体的建构和培育。

参考文献

- 福柯·米歇尔 (1999). 疯癫与文明. 刘北成、杨远婴, 译. 上海: 三联书店出版社.
- Foucault, M. (1999). *Madness and Civilization*. (Liu, B. C., & Yang, Y. Y. Trans.) Shanghai: Sanlian Publishing House. (in Chinese)
- 韩央迪 (2014). 家庭主义、去家庭化和再家庭化: 福利国家家庭政策的发展脉络与政策意涵. 南京师大学报 (社会科学版), 6: 21-28.
- Han, Y. D. (2014). Familyism, Defamilyization and Refamilyization: Practice and Implications of Family Policies in Welfare States. *Journal of Nanjing Normal University (Social Science Edition)*, 6: 21-28. (in Chinese)
- 井世洁 (2014). 理念与实践: 美国针对精神障碍者的“家庭干预”. 华东理工大学学报 (社会科学版), 5: 20-29.
- Jing, S. J. (2014). Idea and Practice: The Family Intervention for Mental Illnesses in USA. *Journal of East China University of Science and Technology (Social Science Edition)*, 5: 20-29. (in Chinese)
- 李莹 (2020). 精神残疾群体的社会保障需求与供给: 现状、问题与发展建议. 残疾人研究, 1: 52-60.
- Li, Y. (2020). Needs and Supply of Social Security for People with Mental Disability: Current Situation, Problems and Policy Suggestions. *Disability Research*, 1: 52-60. (in Chinese)
- 马弘、刘津、于欣 (2009). 中国近十年重要精神卫生政策的发展与解读. 中国心理卫生杂志, 12: 840-843.
- Ma, H., Liu, J., & Yu, X. (2009). Development and Interpretation of Major Mental Health Policies in China in the Past Decade. *Chinese Mental Health Journal*, 12: 840-843. (in Chinese)
- 滕尼斯·斐迪南 (2019). 共同体与社会. 张巍卓, 译. 北京: 商务印书馆.
- Tennessee, F. (2019). *Community and Society*. (Zhang, W. Z. Trans.) Beijing: Commercial Press. (in Chinese)
- 王燕锋 (2008). 去机构化的多元服务: 英国城市社区治理现状与经验. 浙江学刊, 5: 139-143.
- Wang, Y. F. (2008). Multiple De-institutionalized Services: The Status and Experience of Urban Community Governance in the UK. *Journal of Zhejiang University*, 5: 139-143. (in Chinese)
- 吴莹、杨宜音、卫小将、陈恩 (2016). 谁来决定“生儿子”? ——社会转型中制度与文化对女性生育决策的影响. 社会学研究, 3: 170-192.
- Wu, Y., Yang, Y. Y., Wei, X. J., & Chen, E. (2016). Who Determines “Giving Birth to a Son”: How Institution and Culture Affect Women’s Fertility Choices in Social Transformation. *Sociological Studies*, 3: 170-192. (in Chinese)
- 谢迎迎、汪作为、范明林 (2019). 医学社会视阈下精神病人的社区康复困境分析. 医学与哲学, 4: 50-53.
- Xie, Y. Y., Wang, Z. W., & Fan, M. L. (2019). The Predicament of Community Rehabilitation of Mental Patients from the Perspective of Medical Sociology. *Medicine and Philosophy*, 4: 50-53. (in Chinese)
- 颜玉凡、叶南客 (2019). 认同与参与——城市居民的社区公共文化生活逻辑研究. 社会学研究, 2: 147-170.
- Yan, Y. F., & Ye, N. K. (2019). Identity and Participation: On the Participation Logic of Urban Community Residents Public Cultural Life. *Sociological Studies*, 2: 147-170. (in Chinese)
- 杨君、徐永祥、徐选国 (2014). 社区治理共同体的建设何以可能——迈向经验解释的城市社区治理模式. 福建论坛 (人文社会科学版), 1: 176-182.
- Yang, J., Xu, Y. X., & Xu, X. G. (2014). How Is the Construction of a Community Governance Community Possible? Towards a Model of Urban Community Governance Explained by Experience. *Fujian Forum (Humanities and Social Sciences Edition)*, 1: 176-182. (in Chinese)
- 杨铨 (2014). “反精神医学”的谱系: 精神卫生公共性的历史及其启示. 社会, 2: 60-93.
- Yang, Z. (2014). A Genealogical Study of the Publicness in Mental Health: A History of Anti-Psychiatry and Its Implications. *Chinese Journal of Sociology*, 2: 60-93. (in Chinese)
- 杨铨、陈婷婷 (2017). 多重制度逻辑下的社区精神康复机构研究——兼论本土精神卫生公共性建设的可能路径. 社会科学战线, 3: 211-219.
- Yang Z., & Chen T. T. (2017). A Multi-institutional Politics Approach to Mental Rehabilitation Centers in Communities: The Possible Paths to the Publicity of Mental Health in Shanghai. *Social Science Front*, 3: 211-219. (in Chinese)
- 叶锦成 (2018). 精神医疗社会工作: 信念、理论和实践. 上海: 华东理工大学出版社.
- Yip, J. C. (2018). *Psychiatric Social Work*. Shanghai: East China University of Science and Technology Press. (in Chinese)
- 张博源 (2021). 社区化精神健康治理的人权逻辑与立法应对. 河北法学, 6: 147-159.
- Zhang, B. Y. (2021). On the Perfection of Legislative Countermeasures for Community-based Mental Health in China in the Perspective of Human Rights Protection. *Hebei Law Science*, 6: 147-159.
- 赵环 (2009). 从“关闭病院”到“社区康复”——美国精神卫生领域“去机构化运动”反思及启示. 社会福利,

- 7: 57 – 58.
- Zhao, H. (2009). From *Hospital Closure to Community Rehabilitation*: Reflective and Enlightenment of the *Deinstitutionalization Movement* in the Field of Mental Health in the United States. *Social Welfare*, 7: 57 – 58. (in Chinese)
- 郑杭生、黄家亮 (2012). 论我国社区治理的双重困境与创新之维——基于北京市社区管理体制改革的实践的分析. 东岳论丛, 1: 23 – 29.
- Zheng, H. S., & Huang, J. L. (2012). On the Dual Dilemma of Community Governance and the Dimension of Innovation in China: An Analysis Based on the Reform Practice of Beijing's Community Management System. *Dongyue Review*, 1: 23 – 29. (in Chinese)
- 周雪光 (2015). 组织社会学十讲. 北京: 社科文献出版社.
- Zhou, X. G. (2015). *Ten Lectures on Organizational Sociology*. Beijing: Social Science Literature Press. (in Chinese)
- Bachrach, L. L. (2010). Deinstitutionalization: A Semantic Analysis. *Journal of Social Issues*, 45: 161 – 171.
- Byrne, P. (2000). Stigma of Mental Illness and Ways of Diminishing It. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6: 65 – 72.
- Chiu, C. Y., Gelfand, M. J., Yamagishi, T., Shteynberg, G., & Wan, C. (2010). Intersubjective Culture: The Role of Intersubjective Perceptions in Cross-cultural Research. *Perspectives on Psychological Science*, 5: 482 – 493.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209 – 232.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 1: 16 – 20.
- Deas-Nesmith, D., & Mcleod-Bryant, S. (1992). Psychiatric Deinstitutionalization and Its Cultural Insensitivity: Consequences and Recommendations for the Future. *Journal of the National Medical Association*, 84: 1036 – 1040.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York: Doubleday Anchor.
- Hsu, F. L. (1985). The Self in Cross-cultural Perspective. In Marsella, A. De Vos, G. & Hsu, F. L. (Eds) *Cultural and Self*. London: Tavistock Publications.
- Hudson, C. G. (2016). A Model of Deinstitutionalization of Psychiatric Care across 161 Nations: 2001 – 2014. *International Journal of Mental Health*, 45: 135 – 153.
- Jost, J. T., Banaji, M. R., & Nosek, B. A. (2010). A Decade of System Justification Theory: Accumulated Evidence of Conscious and Unconscious Bolstering of the Status Quo. *Political Psychology*, 25: 881 – 919.
- Memillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of Community: A Definition and Theory. *Journal of Community Psychology*, 14: 6 – 23.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure at Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83: 340 – 363.
- Roelandt, J. L., Daumerie, N., Defromont, L., Caria, A., & Kishore, J. (2014). Community Mental Health Service: An Experience from the East Lille, France. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 19: 10 – 18.
- Sarason, S. B. (1974). *The Psychological Sense of Community: Prospects for a Community Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stephens, N. M., Fryberg, S. A., Markus, H. R., Johnson, C. S., & Covarrubias, R. (2012). Unseen Disadvantage: How American Universities' Focus on Independence Undermines the Academic Performance of First-generation College Students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102: 1178 – 1197.
- Suh, E. M., & Choi, S. (2018). Predictors of Subjective Well-being across Cultures. In E. Diener, S. Oishi & L. Tay (Eds.), *Handbook of Well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
- Terry, R., Townley, G., Brusilovskiy, E., & Salzer, M. (2019). The Influence of Sense of Community on the Relationship Between Community Participation and Mental Health for Individuals with Serious Mental Illness. *Journal of Community Psychology*, 47: 163 – 175.
- Tseng, W. S., & Hsu, J. (1970). Chinese Culture, Personality and Psychiatric Patients: The Chinese Case Comprehensive. *Psychiatry*, 16: 5 – 14.
- Xie, B. (2011). Balancing Patients' Rights and Public Safety: Rethinking Deinstitutionalization and Reinstitutionalization. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 23: 48 – 52.

责任编辑：岳经纶