

- 林岚, 敖静宜, 程珍香, 刘群, 蔡诗进, 努热喀麦尔·如则, 罗琴, 李琼. 2026. 从“缺陷修复”转向“优势激发”: 西方休闲疗愈发展与模型研究述评. 热带地理, 46(7): 1242-1259.
- Lin Lan, Ao Jingyi, Cheng Zhenxiang, Liu Qun, Cai Shijin, Ruze Nurekamaier, Luo Qin, and Li Qiong. 2026. From “Deficit Repair” to “Strength Activation”: Review on the Development and Models of Western Recreational Therapy. *Tropical Geography*, 46(7): 1242-1259.

从“缺陷修复”转向“优势激发”: 西方休闲疗愈发展与模型研究述评

林 岚^{1,2}, 敖静宜^{1,2}, 程珍香^{1,2}, 刘 群^{1,2}, 蔡诗进^{1,2},
努热喀麦尔·如则^{1,2}, 罗 琴^{1,2}, 李 琼^{1,2}

(1. 福建师范大学 地理科学学院, 福州 350117; 2. 福建师范大学 碳中和未来技术学院, 福州 350117)

摘 要: 西方休闲疗愈已发展成为以休闲活动为媒介、聚焦个体潜能开发与幸福感提升的健康促进专业。文章采用概念分析、内容分析与比较研究方法, 系统梳理西方休闲疗愈专业的发展脉络、概念演变及模型特征, 并探讨对中国的启示。研究发现: 1) 西方休闲疗愈经历了从二战后“医院休闲”服务向专业化、制度化的转变。核心概念“therapeutic recreation”与“recreation therapy”虽常互用, 但存在“学科领域”与“临床实践”的微妙区分, 其内涵呈现从“疾病矫正”向“全民健康促进”的动态演进。2) 西方主流模型呈现多理论与多目标整合特征, 演进经历了“功能修复与能力建构”“心理激发与幸福追寻”“全人繁荣与生态转向”三阶段, 体现从“缺陷弥补”到“优势激发”的人本范式转型。在共享干预媒介、实践逻辑与哲学预设基础上, 分为服务提供、产出、概念与综合 4 类模型, 但模型也面临文化盲视、量化评估困难及宏观干预局限等挑战。3) 中国应着力推动休闲疗愈职业建制、本土理论建构与循证实践, 以回应“健康中国”战略与老龄化需求。

关键词: 疗愈性休闲; 休闲疗愈; 实践模型; 健康地理学

中图分类号: C913.3; B849

文献标志码: A

文章编号: 1001-5221(2026)07-1242-18

DOI: 10.13284/j.cnki.rddl.20260021

休闲疗愈可理解作为一种综合性的干预服务过程, 是针对个体因疾病/残障/亚健康等所评估出的需求, 采用系统化的休闲活动治疗手段进行干预, 从而提升个体的健康水平、幸福感及生活质量。西方休闲疗愈专业最早可追溯到二战期间美国红十字会在军事医院推出的“医院休闲”服务。20 世纪 50 年代, 该专业开始走上职业化发展道路, 经历了 60 至 80 年代的快速成长、整合与内部分化, 逐步走向多元并立、制度化和专业化并重的职业体系。进入 80 年代以后, 西方休闲疗愈研究进入探索性发展的新阶段, 研究内容日益丰富, 涵盖了文化多样性、人口老龄化、健康促进、技术创新、休闲教育、服务质量、生活品质以及社区环境等。其中, 休闲疗愈模型是西方休

闲疗愈研究中循证临床专业系统性经验总结和理论探索的重要载体。休闲疗愈模型研究不仅为休闲疗愈学科提供了系统化的理论框架和实践路径, 而且在建立专业边界、增强学科认同以及帮助休闲疗愈融入主流健康服务体系等方面发挥了重要作用。

目前, 关于西方休闲疗愈发展及模型研究尚缺乏整体性审视, 并且不同模型之间的共性与差异、理论转向的内在动因、实践应用的局限性等问题仍有待深入探讨。与此同时, 中国在快速人口老龄化与“健康中国 2030”战略背景下, 对低成本、非药物、高参与度的健康干预手段需求日益迫切, 休闲疗愈作为一种新兴的非医疗健康促进路径具有广阔的应用前景。然而, 国内该领域研

收稿日期: 2026-01-09; 修回日期: 2026-04-29

基金项目: 国家自然科学基金面上项目(41871146); 福建省自然科学基金面上项目(2025J01650)

作者简介: 林岚(1971—), 女, 福建漳州人, 博士, 教授, 主要研究方向为休闲及旅游地理, E-mail: linlan@163.com

究尚处起步阶段，学科建设薄弱，系统介绍西方休闲疗愈发展及批判性借鉴相关主流模型研究具有重要的学术与现实价值。

综上，本研究聚焦 3 个问题：1) 西方休闲疗愈专业经历了怎样的演进脉络？疗愈性休闲 (Therapeutic Recreation, TR) 与休闲疗愈 (Recreation Therapy, RT) 的核心概念发生了哪些变化？2) 西方主流休闲疗愈模型的核心理论、应用范式及局限性呈现哪些关键特征？3) 结合目前中国学术语境，可为中国休闲疗愈研究提供哪些启示？旨在对推动建立具有文化主体性与国际对话能力的中国休闲疗愈研究提供参考。

1 数据来源与方法

首先，在 Web of Science 核心数据库（检索时间“1900—2025 年”，截止时间 2025-12-31），文献类别“article”，检索主题为“therapeutic recreation”“recreational therapy”“recreation therapy”“leisure therapy”“therapeutic leisure”“leisure healing”“vacation therapy”“leisure care”，前 5 个主题分别获得 603、124、41、3 和 1 篇文献，但“leisure healing”“vacation therapy”“leisure care”的英文文献均为 0 篇，说明这些尚不是西方学界认同的术语。休闲活动包括本地休闲与异地休闲（即休闲旅游）。本文所讨论的疗愈性休闲与休闲疗愈仅限于本地或日常环境中的休闲干预实践，不涉及旅游疗愈、健康旅游/康养旅游等异地休闲相关概念。其次，本文重点选取 *Therapeutic Recreation Journal*（简称 TRJ）的文献。该刊自 1967 年创刊至今，一直被认为是国际休闲疗愈研究领域中最具代表性的刊物之一。其比较系统地记录了该学科从早期偏重哲学思辨，到后来逐渐走向循证实践的演进历程：20 世纪 60—80 年代主要关注哲学层面的探讨以及专业标准的建设；1990—2010 年，研究重心转向验证各类休闲干预手段对特殊人群的临床效果；2010 年以后，该刊开始吸纳积极心理学等新视角，研究对象从特定病患群体，扩展到边缘群体以及希望通过休闲促进健康的普通大众，整个学科逐渐朝“全人健康”的方向转型。TRJ 发表的论文通常围绕疗愈性休闲或休闲疗愈主题展开，且需要有扎实理论基础或实证数据支撑。本文从 1980—2025 年 TRJ 发表文献中，筛选出 44 篇与模型相关文献，梳理出 9 个主流的休闲疗愈模型。基于以上文献收集，采用

概念分析、内容分析及比较研究方法，系统梳理西方疗愈性休闲专业发展、核心概念、休闲疗愈模型演进及特征。

2 西方疗愈性休闲专业、概念与模型发展

2.1 西方疗愈性休闲专业发展沿革

自古埃及人和希腊人时代起，休闲就被用于治疗目的 (Frye & Peters, 1972)，但西方疗愈性休闲的专业化进程通常被学界指向二战期间美国红十字会在军事医院中开展的“医院休闲” (HRS) 服务。第二次世界大战以后，面向退伍军人、精神疾患、智力障碍群体的“医院休闲”服务模式在各种医疗与安置机构中逐步确立。1948 年美国休闲协会最先设立医院休闲部 (Austin, 2004)，主张借助休闲活动提高个体的生活福祉。与之不同，在 1952 年成立的全国休闲疗愈师协会 (NART) 倾向于把休闲作为一种具有技术效能的临床辅助工具，展现出鲜明的医疗干预导向 (Austin, 2004)。随着 1966 年全国疗愈性休闲协会 (NTRS) 并入全美休闲与公园协会 (NRPA)，两大阵营长时间的分立终于结束，标志着该学科在美国正式完成了从组织分裂到体制整合的初期转型 (Austin & Crawford, 2020)。进入 20 世纪 70 年代一直到 80 年代期间，学界一直围绕“普及性休闲服务和精细化临床干预之间该怎么选择”的核心职业定位展开辩论。1984 年，以偏重临床应用的美国疗愈性休闲协会 (ATRA) 分离出来后，出现了 NTRS 和 ATRA 并立的局面 (McCormick & Austin, 2024)。2011 年国家休闲疗愈师学会 (NART) 成立，该学会名称虽然同 1952 年 NART 组织一样，但性质不同，其以专业学术活动为主 (McCormick & Austin, 2024)。

综上，西方疗愈性休闲专业发展呈现从战后的初步专业化起步，历经 20 世纪 60—70 年代的快速成长与内部分化，到逐步演变为多元组织并存、专业化和制度化并重的职业体系。目前，西方休闲疗愈实践已广泛渗透到医疗机构、残障服务、老年服务、心理健康与成瘾治疗、青少年服务及社区健康管理等诸多领域。

2.2 西方休闲疗愈概念联系与区别

在西方疗愈性休闲专业发展进程中，长期并存 2 个高度相关但各有侧重的术语：“疗愈性休闲”和“休闲疗愈”。就联系而言，两者均发端于二战

期间的“医院休闲”服务,皆由认证疗愈师(CTRS)借助有计划的娱乐、运动等休闲活动作为干预手段,在多数临床或社区情境中常被视为可互换的同义词。两者区别主要体现在理念来源与组织归属上:TR更贴近1948年医院休闲部所倡导的“休闲参与”哲学。认可休闲参与具有内在疗愈价值。1969年第九南方地区休闲疗愈研究所(the Ninth Southern Regional Institute on Therapeutic Recreation)最早将TR界定为一种有目的性干预的休闲服务,强调通过干预使个体的身体、情感或社会行为产生预期改变,促进其成长与发展。这一早期定义奠定了TR的“过程导向”基本属性。后续专业组织和学者又将TR指代为整体专业领域,其专业服务范围涵盖临床、社区乃至预防性健康等多个层面(Kunstler & Daly, 2010; Sylvester, 2011)。而RT更倾向于1952年全国休闲疗愈师协会所代表的“临床干预”立场,更注重休闲干预的结果导向与可测量的康复效果。1966年全美疗愈性休闲协会试图调和这2种取向,但哲学层面的分歧并未真正消失。随着1984年美国疗愈性休闲协会的独立,2种理念在组织层面正式分化,形成术语并存的格局。目前美国专业界更倾向于使用“休闲疗愈”(RT),以突显其作为循证临床专业的属性。休闲疗愈是通过采用休闲和其他干预措施,满足疾病或残疾个体的评估需求,保持客户身心健康,帮助其恢复和获得福祉手段的一个系统化过程(ATRA, 2025)。综上,TR与RT的关系经历了“同源共生—组织整合—理念分化—术语并存”的演进脉络,二者的差异并非截然对立,而是在同一专业领域内部的功能分工与哲学侧重上的自然分化。

国内关于“therapeutic recreation”与“recreational therapy”的中文译名多样(如“休闲治疗”“治疗性休闲”“治疗性游憩”“疗养性休闲”“休闲疗愈”等)。结合西方TR/RT已从辅助治疗发展到面向全民提升的系统性健康专业,强调循证干预、跨学科整合及非临床干预。本文认为“疗愈性休闲”与“休闲疗愈”译名更能完整体现西方TR/RT的本质:“休闲”指向生活化参与,“疗愈”涵盖治疗干预与健康促进的双重目标,契合从“治疗为中心”向“生活为中心”“全人健康”的人文关怀转向,以及中国文化语境。

2.3 西方休闲疗愈模型的发展阶段

结合西方主流休闲模型出现背景及核心特

征,本文将休闲疗愈模型发展分为3个阶段:

2.3.1 功能修复与能力建构阶段(1984—2000年) 1984年Peterson & Gunn(1984)最早提出休闲能力模型(leisure ability model)。至20世纪90年代末,在面对“审计社会”(Audit society)要求以标准化指标和可量化结果证明服务价值(Power, 1997)、管理式医疗(Managed care)强调成本控制与循证实践的全面扩张以及“流动的现代化”(Liquid modernity)带来制度与身份认同碎片化等多重交汇背景下(Bauman, 2000),休闲疗愈领域深陷学科身份焦虑(Mobily, 1999)。为回应这一危机,并借助TRJ期刊在1998—1999年连续推出的“TR实践模型”特刊,学界集中涌现出新休闲能力模型(1998)、TR服务提供与产出模型(therapeutic recreation service delivery and outcome models, 1998)、自我决定和享受增强模型(self-determination and enjoyment enhancement model, 1998)、亚里士多德“善生”模型(aristotelian good life model, 1998)、健康保护/健康促进模型(health protection / health promotion model, 1998)、通过TR优化终身健康与幸福模型(optimizing lifelong health and well-being through TR model, 1999)等系列模型。学者借用社会心理学的接触理论、社会建构理论、社会认同理论及生态理论等指导TR实践(Devine & Wilhite, 1999)。初期模型以“缺陷”为问题导向,即“我们能为你做什么,帮助解决你的问题”,目标是帮助客户克服障碍、恢复基本休闲能力、达到正常化的休闲参与水平;后期模型逐渐转向健康促进与终身健康管理,体现从单纯“修复”向“能力建构”的过渡。模型理论基础以行为主义和社会心理学为主,标志着西方休闲疗愈研究从“经验实践”迈向“理论自觉”,完成从“活动提供者”向“疗愈专业人员”的身份重塑。

2.3.2 心理激发与幸福追寻阶段(2001—2007年) 该阶段主要以休闲与幸福模型(leisure and wellbeing model, 2007)为核心代表。在2000年以后,积极心理学运动达到高峰(Keyes, 2002; 2007),其倡导关注优势而非缺陷,培养积极情绪、意义感和追求至善幸福(eudaimonic well-being)。以此同时,世界卫生组织(WHO, 2000)提出卫生系统的目标不仅在于治病救人,改善健康,还应包括回应性(responsiveness)和

筹资公平性 (fairness in financial contribution), 以实现健康、尊重与社会正义的统一。受上述思潮影响, Hood & Carruthers (2007) 构建了休闲与幸福模型, 将服务目标从传统的“解决问题”转向“幸福与健康促进”, 强调通过休闲活动培养积极情绪、意义与个人优势。该模型不再局限于“如何通过休闲干预解决功能缺陷”, 而是深入探索“为什么有效”的心理驱动力以及休闲疗愈的终极价值, 即从“如何做”转向“为何做”。模型理论基础从行为主义转向人文主义、认知心理学与积极心理学, 标志着西方休闲疗愈模型研究从“疗愈范式”向“幸福促进”与“健康范式”的重大转型。

2.3.3 全人繁荣与生态转向阶段 (2008 年至今)

该阶段主要代表模型有通过休闲走向繁荣模型 (flourishing through leisure model, 2012) 与情境-阶段-分期-风格模型 (Context-Phase-Stage-Style Model, CPSS, 2014)。自 2008 年 Keyes 从积极心理学视角, 明确给出“繁荣” (flourishing) 的可操作化定义 (Keyes, 2008), 为休闲疗愈的定量评估提供可靠的方法论基础。同时, Bronfenbrenner 的生态系统理论 (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner, 2004) 也被引入休闲疗愈研究, 强调个体潜能和外部环境是相互依存且共同发展。正是在繁荣概念和生态系统理论背景下, Anderson & Heyne (2012) 提出通过休闲走向繁荣模型, 标志着休闲疗愈从关注个体心理福祉转向注重个体-环境互动, 实现“生态转向”的跨越。该模型框架也符合世界卫生组织所提倡的健康社会决定因素 (Social Determinants of Health, SDOH) 的核心要求 (WHO, 2008), 改变了过去临床干预局限于个体层面的偏向, 确立了环境资源在实现繁荣状态中的基础作用。同时, Dieser 构建的 CPSS 模型 (Dieser, 2014) 回应了现有模型文化包容性滞后的问题, 有效地消除传统休闲疗愈评估中的文化盲区, 精准满足跨文化背景下的实际需求。此外, 随着老龄化趋势加剧、慢病管理持续化及社区康复的兴起, 休闲疗愈的服务对象也由疾病急性期向终其一生的健康拓展。该阶段模型以积极心理学中的“繁荣”为核心概念, 融合了教育学、生态学、社会学、文化学等跨学科理论, 面向全人群实施优势取向的服务, 注重全程化和人-环境关系。这标志着西方休闲疗愈从“个体临床”模式走向“社区生态”模式, 从“疗愈为中心”走向“生活为中心”。

3 西方主流休闲疗愈模型特征

3.1 休闲能力模型

基于 1982 和 1984 年国家休闲疗愈协会的哲理声明 (强调休闲活动在促进个体全面健康和生活质量中的重要性) 以及 1984 年倡导的“休闲能力”哲学思想, 1984 年 Peterson & Gunn 提出休闲能力模型。区别于当时倾向于“医疗”或“治疗”导向的专业实践, 该模型倡导以“休闲”为核心服务方向。通过建立“治疗-教育-参与”三级递进服务体系, 帮助有身体、精神、情感或社会障碍的个体, 获得独立、自主的休闲生活能力 (Peterson, 1989; Stumbo & Peterson, 1998), 从而奠定了休闲疗愈的专业地位与身份认同 (Stumbo & Peterson, 1998)。虽然休闲能力模型被认为是历史上最早、最具影响力的模型之一, 但该模型因服务过程过于线性、偏重“缺陷”导向、理论基础薄弱及可测量性不足等问题也饱受争议 (Bullock, 1998; Yaffe, 1998)。

为回应上述局限, 1998 年 Stumbo & Peterson 提出新休闲能力模型 (图 1)。新模型在保留原有三大服务内容的基础上, 引入休闲疗愈专家与客户动态互动视角, 明确疗愈专家干预从“最大控制”到“最小控制”的责任转变, 以及客户从“被动引导”到“主动独立”的参与过程。具体地, 第 1 阶段的功能性干预服务, 疗愈专家需准确诊断客户

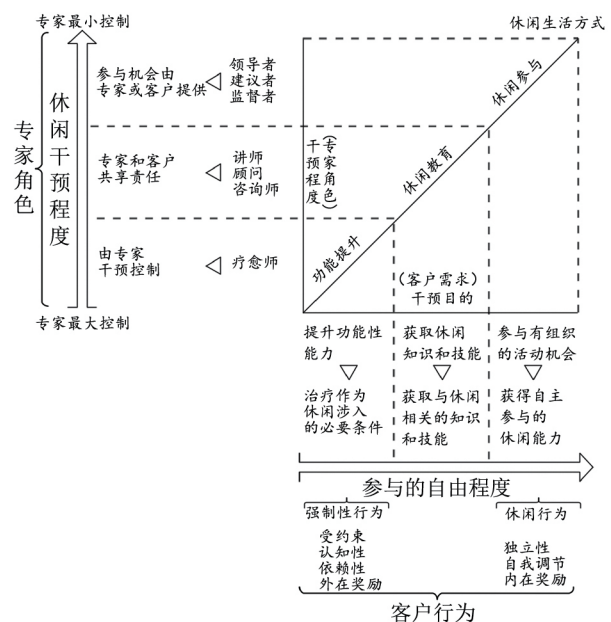


图 1 新休闲能力模型 (Stumbo & Peterson, 1998)

Fig.1 New leisure ability model (Stumbo & Peterson, 1998)

存在哪些休闲功能性障碍（如身体、精神、情感、社会），以便最大程度帮助客户减少、增强或者学会改变自己的休闲功能性障碍影响；第2阶段主要涵盖休闲意识、社交技能、休闲活动技能和休闲资源等四大核心内容的休闲教育，既可单独开展也可组合实施；第3阶段的休闲参与是以休闲疗愈专家较少干预为主，鼓励客户主动参与休闲活动，增强其自主参与感，促进新技能习得与自我调节能力的提升，最终获得愉悦的休闲体验。模型以内控制力、内在动机、个人因果归因、选择自由和心流等核心概念为理论基础（Stumbo & Peterson, 1998），强调三大服务内容均需根据客户不同需求量身定制，不局限于特定群体或服务环境。模型具有柔性化和可操作性。已获得老年人健康评估（Fogarty et al., 2014）、慢性病儿童营地（Jennings & Guerin, 2014）等实践应用认可。但新模型仍以缺陷弥补为干预导向，主要服务对象仍集中在残障或病患者群体（Austin & McCormick, 2015; Russell et al., 2015），这与世界卫生组织（WHO, 2001）倡导的从“缺陷（impairment）、残障（disability）和障碍（handicaps）”向“功能与健康”转变的理念存在一定偏离。此外，新模型在服务设计中，对个体优势、资源、适应过程、客户间的集体支持属性及教育功能的整合与考量仍显不足（Hebblethwaite & Curley, 2015）。

3.2 健康保护/健康促进模型

1998年，基于人本视角、高层次健康（high-level wellness）、稳定与实现倾向（the stabilization and actualization tendencies）以及最佳健康等4个核心概念，Austin提出健康保护/健康促进模型（图2）。该模型哲学基础认为人类同时拥有“健康保护”（避免风险、恢复功能）与“健康促进”（追求成长、幸福和更高生活质量）2种基本健康需求，据此构建从“健康保护”向“健康促进”的兼

具过程和结果导向的服务递进过程。当客户的健康状态处于较为脆弱的阶段时，疗愈师采用处方性活动进行干预，帮助其应对健康威胁和恢复功能，这一状态对应“健康保护”阶段。随着客户健康状况改善，疗愈师逐渐转变成促进自由与快乐的“休闲引导者”，帮助客户自主选择 and 主导休闲活动、体验更高层次的幸福，此阶段对应“健康促进”阶段。该模型将休闲疗愈与广义的健康和幸福状态紧密联结，被认为是对休闲能力模型的延伸与创新（Yaffe, 1998; Lee, 1998; Ross, 1998; Hirst & Porter, 2015），回应了当时医疗改革以及倡导健康生活方式的时代趋势。这不仅推动了休闲疗愈在当代及后续卫生保健体系中专业地位的稳固确立，还为西方休闲疗愈领域应对不断变化的医疗环境指明了清晰的发展方向（Ross, 1998; Lee, 1998; Holmes, 2013）。该模型的局限性在于，其不适用于没有把健康作为主要目标的服务机构，并且将客户状态和相应的干预方式简单划分为“健康保护”与“健康促进”2种状态及对客户线性进步的假设，可能过于僵化或不准确，不符合同时处于2种状态的一些个体需求及其非线性发展。虽然模型提供休闲疗愈干预的哲学基础与方式，但其各组成部分缺乏具体的、标准化的评估工具或方式，难以准确判断客户处于什么阶段以及需要提供何种强度的干预，在操作层面存在一定模糊性（Hebblethwaite & Curley, 2015）。

3.3 自我决定和享受增强模型

1998年，Dattilo等（1998）将心理学理论（自我决定论和心流理论）与休闲疗愈服务实践相结合，提出自我决定和享受增强模型。模型由自我决定、内在动机、可应对挑战的认知、注意力投入、享受和功能改善等6个因素相互衔接、相互促进，构成一个自我强化的良性循环模式，最终推动功能的改善（图3）。该模型倡导休闲疗愈不能只拘泥于行为矫正或者功能修复，而是要探寻个体在自主、胜任和归属感等方面的深层次心理需求，才有助于从内到外强化自我决定意志并唤醒内在动机。为实现这个目标，模型为干预服务提供了若干实践策略。如通过加深自我感知、给予决策权、共同确立目标来优化自我决定策略。利用内在奖赏和积极反馈，引导个体把注意力放在兴趣自身。为平衡挑战与技能，疗愈师需评估客户技能水平、制定适应性调整方案并培养活动技能；同时通过减少干扰和不良归因，保

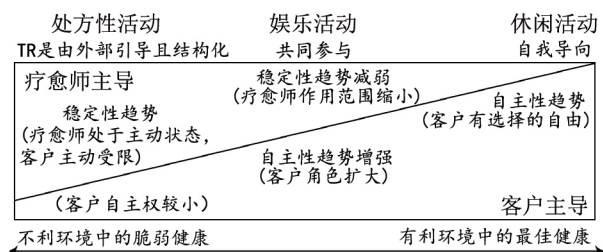


图2 健康保护/健康促进模型（Austin, 1998）

Fig.2 Health protection /health promotion model(Austin,1998)

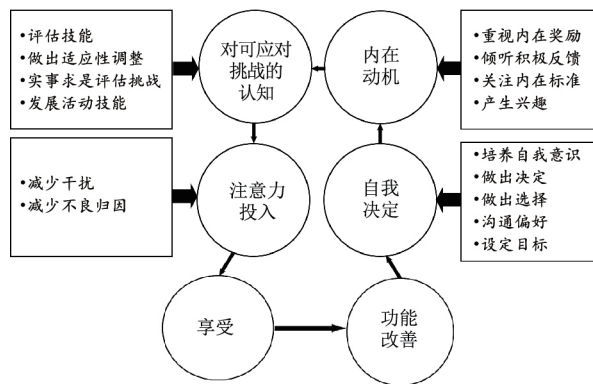


图3 基于心理学的 TR 服务提供模型：自我决定和享受增强 (Dattilo et al., 1998)

Fig.3 Psychologically-based therapeutic recreation service delivery model to enhance self-determination and enjoyment (Dattilo et al., 1998)

障注意力的深度投入，增强享受 (Dattilo et al., 1998)。与侧重弥补缺陷的教育或医疗模式不同，该模型基于心理学视角，达成从观察外显行为到关注内在心理品质的范式转变，以实现客户潜能而非功能局限为核心。该模型的有效性已在多项跨群体实证研究中得以验证 (Widmer & Ellis, 1998)。

但该模型也存在一些局限。首先，其循证实践对疗愈师理论与技能提出较高的挑战。如对自我决定论、心流理论等复杂心理学理论缺乏深入理解，不具备较高的实践技能，疗愈师很难科学地评估客户“技能”与“挑战”的匹配程度。其次，作为核心变量的“享受”，其主观上不可测量的特性削弱了干预的客观性，过度强调“享受”，也可能致使功能性疗愈目标出现偏差，弱化学疗的严肃性与必要性 (Caldwell, 1998)；而且“享受”的建设性与破坏性目标未区分清楚，对于不同性别、年龄及个体控制需求的差异未充分考虑 (Caldwell, 1998; Murray, 1998)，使享受与功能改善之间的因果关系仍存在争议 (Murray, 1998)。此外，伦理基准的缺乏也不能被忽视，亟待建立风险评估框架，以防止盲目追求享受满足而对个体或公共利益造成危害 (Widmer, 1995; Csikszentmihalyi, 1997; Widmer & Ellis, 1998)。

3.4 亚里士多德“善生”模型

亚里士多德认为休闲是最高级的善，是幸福的终极目标。通过个体践行德性和参与最好的休闲活动可实现幸福 (Sylvester, 1992)。1998 年 Widmer & Ellis 基于亚里士多德的伦理学哲学思想和道德

价值观，提出亚里士多德“善生”模型 (图 4)。该模型超越了传统功能缺陷干预模式，不再局限于处理身心残障造成的发展受限、违背“适度原则” (the principle of enough) 的成瘾难题、身份标签和结构性压迫致使处境不利等问题，而是把逻辑起点转移到个体潜能、理智美德 (intellectual virtues) 的挖掘上。通过把休闲疗愈确定为实践德性和锻炼智慧的关键途径，培养客户的内在品格 (不同的善) 和实践智慧，从而获得蓬勃、满足和有意义的生活状态。其“善”的培育模式由为满足生理性与流动性需求的“首要之善” (primary goods)、侧重于学习、创造与社会联结的“次要之善” (secondary goods) 和指向休闲和理智美德的“趋近至善” (approaching summum bonum) 等 3 个维度组成。疗愈师角色从休闲活动的教育者、促进者转变为“资源倡导者”或“德性引导者”，最终帮助客户实现繁荣兴盛的人生状态。该模型蕴含深厚的伦理学与人学基础，既回答“休闲疗愈存在的意义是什么”的哲学问题，也回应了学科长期“缺乏强有力哲学基础”的困境 (Halberg & Howe, 1985)。该模型把休闲的本质功能视为一种社会关系的实践过程，强调为社会实践的理性归位与社群导向。即德性是在他人面前被实践的，强调个体的德性是通过持续的、积极的、合乎德性的理性实践活动，而形成个人的性格、实现自我和达到繁荣 (Widmer & Ellis, 1998)。

然而，该模型也存在一些局限。如模型所依赖的亚里士多德伦理学植根于奴隶制与等级制度的社会结构 (Widmer & Ellis, 1998; Dieser, 2002)，其对“善生”的实现过度依赖于精英化的资源占有状况，在跨文化普适性方面遭受诸多质疑 (McCormick, 1998; Nichols, 1998)。其次，模型

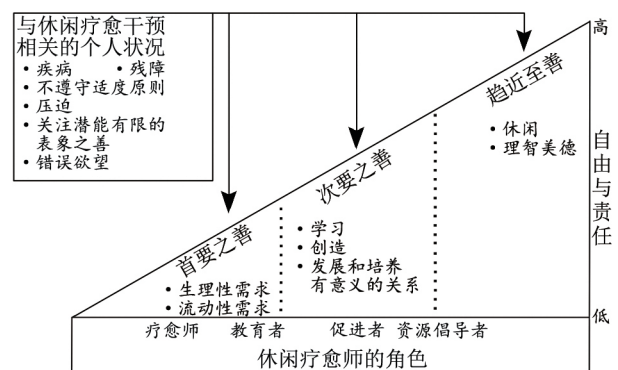


图4 亚里士多德“善生”模型 (Widmer & Ellis, 1998)

Fig.4 Aristotelian good life model (Widmer & Ellis, 1998)

对疗愈师专业素养要求很高,疗愈师需在哲学思辨、临床实操之间寻找到平衡点,展现出很高的技术广度与人格厚度 (Sylvester, 1992; Wise, 2015)。且在当时量化主义与实效导向流行的评价环境下,追求“趋近至善”这一终极目标常显得与现实相互脱离,其达成高度依赖于个体在持续伦理权衡、德性磨砺中所获取的实践智慧。

3.5 TR 服务提供和产出模型

1998 年, Van Andel 提出 TR 服务提供模型和产出模型 (图 5)。这 2 个模型相结合,构成 TR 服务从输入到产出的完整逻辑链条,共同解释了 TR 实践的复杂性。其中,TR 服务提供模型描述服务“如何被组织和提供”(过程导向),具体包含诊断/需求评估、治疗/康复、教育、预防/健康促进 4 个递进步骤,强调疗愈师与客户之间的交互过程,旨在帮助客户从知情认可走向理性选择与自给自足/独立的转变 (Van Andel, 1998)。TR 服务产出模型提供一个衡量休闲疗愈效果的框架,聚焦于服务预期达到的效果与改变(结果导向)。从功能性能力/潜力(如认知、心理、精神、社交和休闲娱乐等)与健康状态等 2 个层面衡量休闲疗愈带来的积极改变,并强调以“生活质量”为核心进行评估。该模型回应了 20 世纪 90 年代以来医疗保健和社会服务领域日益强调的“基于证据的实践”(evidence-based practice)和“问责制”(accountability)的需求,能有效回答“因我们的服务,客户发生了哪些好的变化”。TR 服务产出模型是休闲疗愈专业走向成熟和科学化的重要标志,不仅是理论框架,更是一种可指导实践的强大工具 (Van Andel, 1998)。

然而,这 2 个模型也存在局限性。如对休闲疗愈服务流程的线性假设及其阶段转换标准较为

模糊,实践中难以准确判断客户何时应从某一阶段过渡到下一阶段。模型过于简化现实的复杂性,对环境或资源限制的敏感度不足,导致其在个性化服务和灵活应对不同情境等方面有所欠缺。此外,模型在跨文化应用中的适配性也有待验证 (Coyle, 1998; Parker & Carmack, 1998)。

3.6 通过 TR 优化终身健康与幸福模型

1999 年, Wilhite、Keller & Caldwell 基于毕生发展理论和选择性优化与补偿模型,整合健康增强、健康与人类服务改革、生命历程视角等 3 个核心概念,提出通过 TR 优化终身健康与幸福模型。该模型将关注点从传统临床矫治干预,转向全生命周期的健康促进与疾病预防。重点描述客户行为环与疗愈师教育促进环之间所形成的逆向动力学耦合关系。客户通过选择、优化、补偿与评估 4 个因素构成行为外环,与疗愈师的教育内环相连接。该模型用球轴承形象地展示了因素间的依存与平衡状态 (图 6 和图 7)。具体而言,“选择与优化”是借助疗愈师专业干预,引导个体把资源精确地投入到与自身内驱力、效能感相匹配的功能维度,建立健康的休闲生活模式;“补偿”是疗愈师针对客户行为机能受损,进行生理、心理、技术性补救。“评估”关注干预结果与预设目标之间的契合程度,并据此动态调整后续的输入策略 (见图 6)。如果休闲疗愈干预出现失衡,客户可能会向增加依赖性(左侧)或过度独立(右侧)2 个方向偏移,这两极化的偏移均会损害健康发展的持续性 (见图 6)。该模型的终极目标是通过有意义的休闲参与,实现个体全生命历程中健康状态与幸福感的整体优化 (Wilhite et al., 1999; Sylvester, 2011)。该模型体现个体健康是个体心理与生理、社会文化、人际关系、社区以及环境

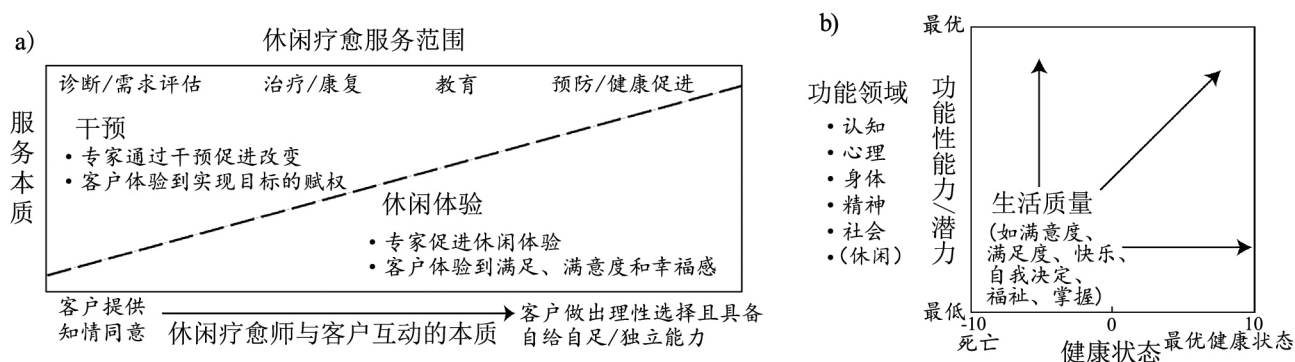


图 5 TR 服务提供模型 (a) 和产出模型 (b) (Van Andel, 1998)

Fig.5 TR service delivery model(a) and Outcome Model(b) (Van Andel, 1998)

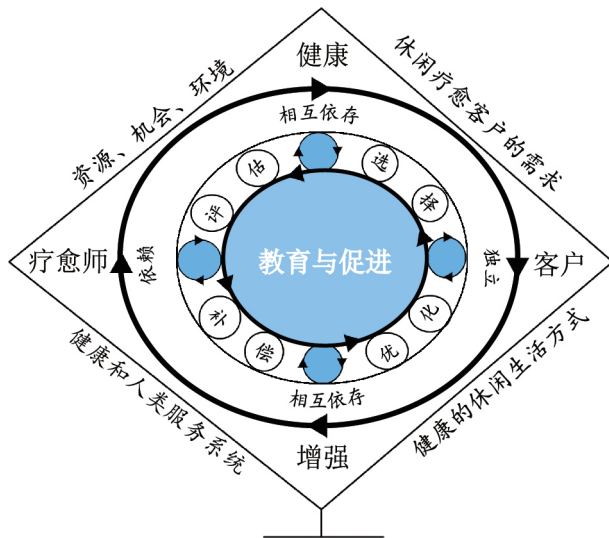


图6 通过TR优化终身健康与幸福模型
(Wilhite et al., 1999)

Fig.6 Optimizing lifelong health and well-being through TR model(Wilhite et al.,1999)

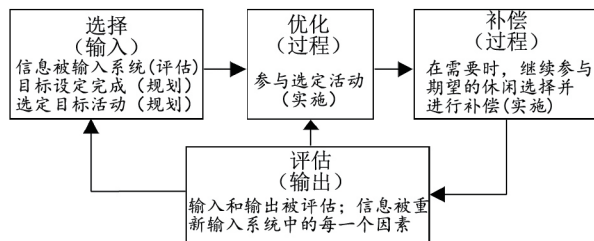


图7 通过TR优化终身健康与幸福模型的系统观 (Wilhite et al.,1999)

Fig.7 Systems' view of the OLH-TR model(Wilhite et al.,1999)

等多方面变量共同作用的结果。其将服务范围从功能受限者拓展至关注健康预警、追求高质量生活的全人群，建立起覆盖全生命周期、以优势为导向的健康促进模式，显著地拓展了休闲疗愈专业的社会价值与影响力 (Wilhite et al., 1999)。

然而，学者从生命历程视角认为该模型过分强调“适应”，可能会弱化对“社会结构性障碍的抵抗”这一重要议题的关切 (Freysinger, 1999)。且服务对象太过广泛也会造成疗愈专业与其他相关专业的界限混淆，进而产生专业身份认同的迷茫。在终身生命周期的角度上改善健康及幸福这一终极目标宏大，也面临无法衡量及可操作性的困境 (Binkley, 1999)。同时，该模型对于跨越文化多样性与个人差异的“健康”和“幸福”的标准也不甚明确，且过于重视个人适应力而相应弱化环境和社会的影响。此外，“选择性优化与补偿”概念

主要源于成功老龄化的研究背景，在非老龄化群体中的模型适用性仍有待验证 (Freysinger, 1999)。

3.7 休闲与幸福模型

2007年，Hood & Carruthers (2007) 借鉴积极心理学、休闲理论和人类发展等交叉研究，提出休闲与幸福模型。该模型的理念是把休闲活动作为开发五大幸福资源因素的关键途径，关注资源开发与休闲体验提升与幸福感培育之间形成的双向循环服务机制，明确界定达成该机制的中短期发展目标 (图8)。其中，五大幸福资源因素包括心理资源（如情绪调节、自我意识/自我接受/自我认知、自主性/自我决定/目标导向、能力、乐观/希望/积极幻想、意义感）、社交资源（如沟通技巧、人际关系技巧、互惠关系技巧、社交自信）、认知资源（如注意力能力、解决问题能力、专注力、记忆、遵循指示、目标设定）、身体资源（如身体健康、活动能力、身体素质、能量）和环境资源（如社会联系与社交网络、社区参与/赋权）等。在实践层面，疗愈师角色从传统的“治疗症状缓解者”转变为“成长促进者”“潜能激发者” (Cripps & Hood, 2020)，通过品味休闲 (savoring leisure)、真实休闲 (authentic leisure)、

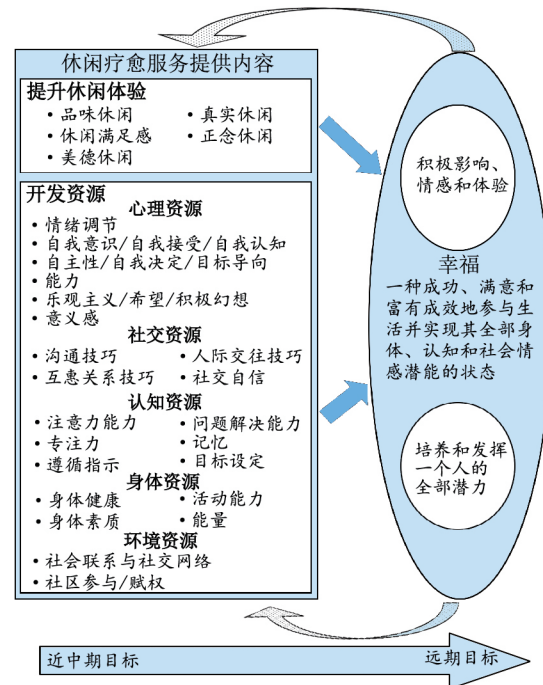


图8 休闲与幸福模型 (Hood & Carruthers, 2007)

Fig.8 Leisure and Wellbeing Model(Hood & Carruthers, 2007)

休闲满足感 (leisure gratification)、正念休闲 (mindful leisure) 和美德休闲 (virtuous leisure) 等干预方式, 提高客户的休闲体验品质, 最终达成增进幸福感的目标。该模型突破了传统“缺陷-医疗”模式的限制, 转向以积极心理学为基础的优势疗愈新范式, 为理解休闲活动如何促进个体幸福提供了一个重要的理论框架 (Witman et al., 2014; Hood & Carruthers, 2016)。同时该模型适用于广泛的人群, 凸显休闲疗愈专业的独特性与普适性。

然而, 该模型也存在一些局限性。如休闲体验和幸福感本质上属于一种主观心理状态, 在实践中均面临量化评估的难题。且目前关于个体幸福可持续性也缺乏纵向追踪研究的充分验证。该模型强调“优势导向”“客户自主”以及“积极体验”, 可能在某种程度上忽视一些弱势群体 (如严重认知功能障碍患者) 在疗愈初期对方结构化干预的实际需求。而且, 该模型对影响幸福感提升的复杂性因素关注不足, 幸福感不仅受个人因素影响, 还深受社会、经济、环境等外部结构性制约因素的制约, 及不同生活阶段、不同文化背景下个体在休闲需求与体验方面所表现出的多样性与差异性的影响 (Witman et al., 2014)。此外, 由于近中远期休闲疗愈目标、资源开发与客户休闲体验之间的关系较为复杂, 该模型对疗愈师的临床判断力、适应能力以及专业素养等方面提出较高要求。

3.8 通过休闲走向繁荣模型

2012 年, Anderson & Heyne 融合了亚里士多德幸福观、积极心理学的繁荣概念 (Keyes, 2002) 及生态系统理论/生物生态学模型 (Bronfenbrenner, 2004), 提出通过休闲走向繁荣模型 (图 9)。该模型强调“个人优势与环境资源”对个体蓬勃发展的推动作用, 认为疗愈师的介入不能只停留在挖掘客户内在优势上, 还要努力调动社会环境、社区系统与制度化支持, 共同消除制约休闲参与的结构性障碍。该模型的逻辑架构阐明了疗愈师围绕客户“开发优势和资源”和“提升休闲体验”目标开展短期或中期的干预路径。具体表现在: 采用价值观澄清、冥想、回忆和宗教传统等精神干预措施, 引导客户建立生命意义的连贯认识, 唤醒其精神韧性; 通过适应性运动、小组化锻炼、健康宣教及其他干预途径, 增强客户身体素质和行为能动性; 依托休闲教育与社交实务训练, 重塑

个体的互动技巧并构筑互惠性社交优势; 凭借感官触发、增强个体逻辑判断、注意力分配及智力弹性等认知干预, 提升思考学习能力; 采用放松训练、治疗艺术和压力管理等心理与情感干预措施, 激发客户情绪韧性、乐观心态与自我效能; 同时, 通过提升休闲技能与知识、增强环境资源等干预手段, 以全方位提高休闲体验质量。该模型还从心理与情感、休闲、认知、身体、精神、社交健康 6 个维度界定幸福的内涵。当客户在这些维度达成和谐, 便进入高满意度与高功能性的“蓬勃”人生状态。模型底部的交互箭头展现出休闲疗愈的关键机理: 休闲疗愈是由疗愈师与客户双方的目标、梦想与抱负共同驱动, 最终实现幸福与繁荣的人生状态。该模型是对 Hood & Carruthers 的休闲与幸福模型的生态延展, 使视角从“临床”转向“社区/社会”, 疗愈师角色从“疗愈专业人员”扩展为“社区健康促进者”; 关注个体与环境的良性互动, 也回应了 2008 年世界卫生组织关于“健康的社会决定因素”的理念。2016 年, Anderson & Heyne (2016) 将“向上螺旋理论” (upward spiral theory) 引入该模型, 为解释休闲何以驱动持续的积极生活方式变化提供了新视角。后续实证研究也验证了休闲与多维度幸福感之间的关系 (Anderson et al., 2024)。

但该模型也有局限性。如模型中涉及个体与环境之间互动的多种复杂因素, 这对疗愈师的跨专业素养以及临床推理能力提出较高挑战。而且一些宏观环境条件 (如结构性制度障碍) 的干预也远超出疗愈师的专业职责边界。虽然该模型适用于全体人群, 但在针对严重功能障碍群体 (如中重度认知障碍患者) 应用“优势激发”导向时, 其现实干预的适用性与转化效能仍有待验证。一些“理想化”结果指标 (如精神福祉、繁荣等) 在实证研究中也面临量化评估困难。此外, 该模型在不同文化背景、服务场景及个体差异化需求中的灵活应用及其生态干预策略的系统化实施, 还需多循证实践的检验与完善。

3.9 情境-阶段-分期-风格模型

1999 年, McAuliffe & Ericksen (1999) 融合了建构主义 (生命意义在多元文化背景与具体情境中动态建构) 与发展心理学 (强调人类心理社会阶段的差异化与连续性演进规律) 的 4 个核心因素: 社会情境 (social context)、生命阶段、建构分期 (constructive stage) 与人格风格 (personality

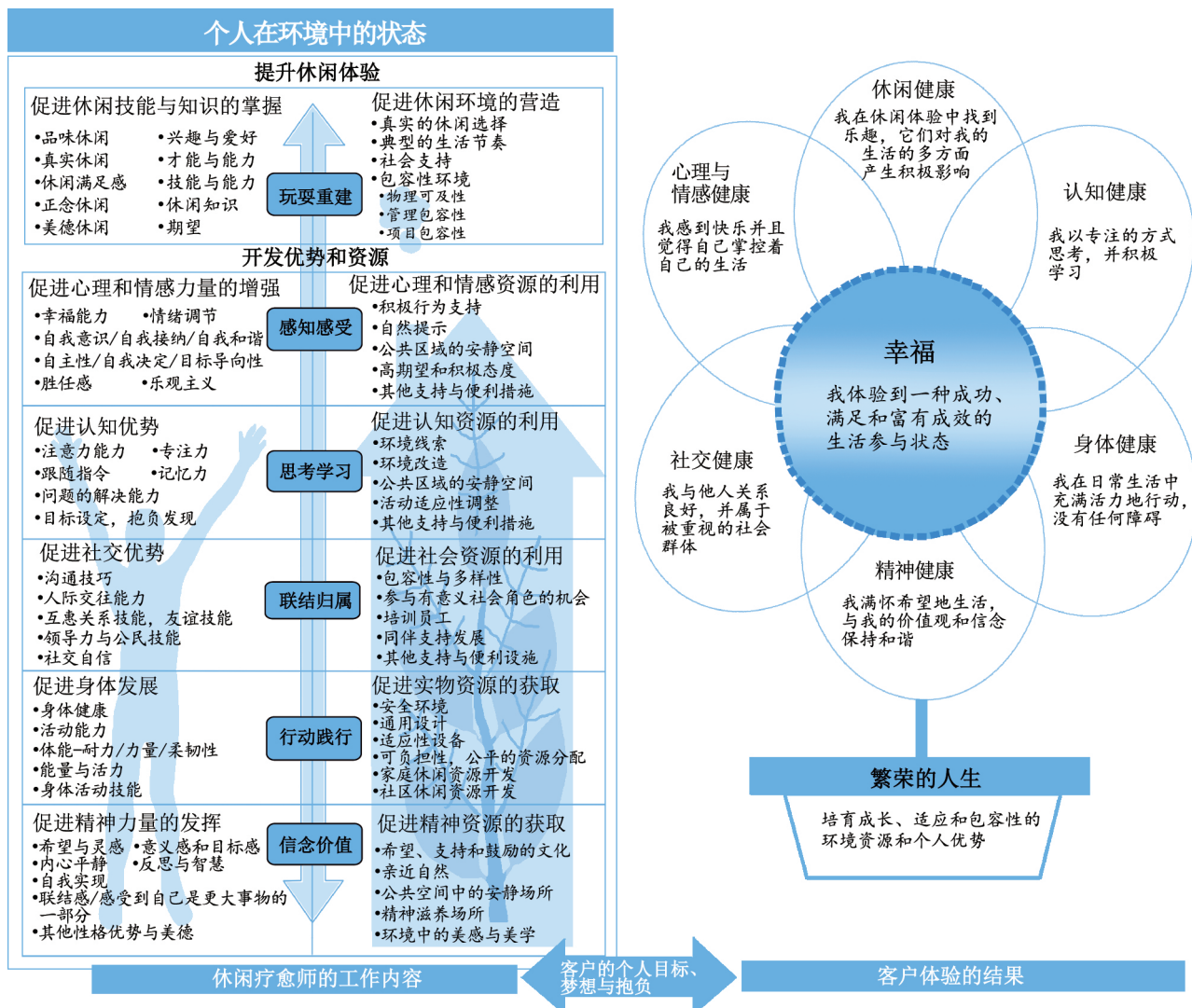


图 9 通过休闲走向繁荣模型 (Anderson & Heyne, 2012)

Fig.9 Flourishing through leisure Model(Anderson & Heyne, 2012)

style), 提出情境-阶段-分期-风格模型。模型将文化、发展阶段、认知方式与个体特质系统地纳入跨文化评估过程。因其实践适用性灵活且能有效识别文化差异, 也被称为伦理评估的发展建构主义模型 (developmental constructivist model for ethical assessment) (McAuliffe & Ericksen, 1999)。2014年, Dieser 在情境-阶段-分期-风格 4 个评估因素的基础上, 进一步融入休闲行为、文化认同等休闲疗愈的核心关注点, 将 CPSS 模型引入休闲疗愈领域, 构建一个面向休闲疗愈实践的系统化临床推理、动态干预和交互性评估框架 (表 1), 解释了这 4 项评估因素与休闲疗愈活动的关系。其中, “情境”指疗愈师需从社交与物理环境的视角出发, 了解客户所处的具体环境, 理解环境因素对

客户休闲活动的影响。“阶段”指疗愈师采取的干预措施需与客户当时所处的心理社会状态或时间节点相契合。“分期”指根据客户改变自身体闲行为或学习新技能的心理准备程度, 疗愈师所采取与之相应的、差异化的干预策略。“风格”指在综合了解客户兴趣、能力、价值观与性格后, 疗愈师选择最适宜的领导方式与互动模式。疗愈师角色从传统的“活动组织者”逐步走向“临床决策者” (Dieser, 2014)。该模型被视为西方休闲疗愈走向专业化和成熟化的重要标志之一。

然而, 该模型也存在若干局限性。如对疗愈师的专业知识、临床经验、跨文化分析能力及认知负荷等提出较高的要求。部分评估因素 (如分期、风格) 及其相互关系尚存在一定模糊性与主

表 1 CPSS 模型: 客户情境-阶段-分期-风格的评估 (Dieser, 2014)

Table 1 CPSS model: Evaluate the client's context-phase-stage-style (Dieser, 2014)

组成部分	描述	例子
情境	了解客户所处的社交与物理环境, 及不同环境因素如何对其休闲活动产生影响?	1) 情境: 客户优势和当前问题是什么, 与休闲活动有何关联。如, 休闲制约、休闲资源、及与身体或心理诊断相关的休闲行为 2) 家庭: 客户家庭生活阶段、家庭支持程度、家庭成员依恋关系及对客户休闲参与影响 3) 社区/文化: 客户文化身份特征 (性别、能力、种族、宗教信仰、民族背景、年龄、社会阶层等) 如何影响其休闲活动参与 4) 客户背景: 综合客户生活状况、家庭环境、文化背景、宗教信仰、所属社区及社会阶层等影响因素, 制定干预方案, 设计与之相适应的休闲活动
阶段	客户参与休闲活动及体验的心理社会状态正处于哪一个发展阶段?	1) 埃里克森的心理社会发展理论参考分析 2) 职业抱负及其对休闲活动影响、民族认同 3) 客户当前阶段问题 (如自我心理社会观察、埃里克森阶段、民族认同阶段) 与该阶段的休闲疗愈计划
分期	目前客户如何在生活中赋予意义或发展认知能力, 休闲如何影响生活意义?	1) 文化背景下生活目的 2) 休闲意义建构 3) 疗愈师自身意义价值观形成 4) 与分期相关的休闲疗愈计划 (如休闲参与如何增强客户生活目的)
风格	客户兴趣、能力、价值观和性格表现哪些倾向?	1) 客户个性风格 2) 性格优势 3) 与客户个性风格有关的休闲计划 4) 疗愈师个性风格及其对客户和休闲疗愈计划的影响
其他考虑因素 (如, 不适应的思维模式、不同的休闲理论、休闲疗愈实践模型选择、休闲疗愈导向实践、促进技术等)		

观性; 尚缺乏强有力的疗效评估实证证据; 跨文化、多样化的样本评估工具仍有待开发。

4 研究述评与启示

4.1 西方主流休闲疗愈模型分类评价

4.1.1 休闲疗愈模型的成熟科学化演进与专业价值确立 根据各主流休闲疗愈模型所回答的核心问题及其服务定位, 西方休闲疗愈模型可归纳为 4 类递进互补的类型 (表 2)。1) 服务提供模型, 核心回答“如何组织和提供休闲疗愈服务” (how)。服务定位在于描述休闲疗愈服务流程及组成部分, 为疗愈师提供标准化服务过程与临床干预结构框架。代表性模型有: 休闲能力模型 (分为功能性干预、休闲教育和休闲参与 3 个递进流程)、自我决定与享受增强模型 (由自我决定、内在动机、可应对挑战的感知、注意力投入、享受和功能改善等 6 个因素构成良性循环流程)、TR 服务提供模型 (包括诊断/需求评估、治疗/康复、教育、预防/健康促进等 4 个步骤) 及 CPSS 模型 (呈现情境、阶段、分期与风格 4 个临床实践框架)。2) 服务产出模型, 核心聚焦“休闲疗愈服务达成什么成效” (what), 主要衡量休闲疗愈为客户在功能性能力与健康状态等方面带来具体、可观测的积极改变。代表性模型有 TR 服务产出模型 (关注客户认知、心理、精神、社交及休闲等功能性能力变化)、通过 TR 优化终身健康

与幸福模型 (通过客户行为外环与疗愈师教育内环的动态平衡, 来衡量客户达到优化健康与幸福的预期效果) 以及休闲与幸福模型 (以积极情绪、投入、意义、成就与关系五大要素为产出成效)。3) 概念模型, 其主要是追问“休闲疗愈存在的终极意义与哲学依据是什么” (why)。以亚里士多德“善生”模型为代表, 为后续其他模型建构提供哲学基础、伦理方向与终极目标。4) 综合模型, 综合回答“休闲疗愈为什么做、如何做及达成什么成效” (why-how-what), 其服务定位融合 TR 服务提供和产出 2 类模型的核心内容, 兼具过程和结果的双重干预框架。代表性模型有健康保护/健康促进模型 (以处方性活动、引导性参与、自主性选择, 实现健康与幸福成果) 以及通过休闲走向繁荣模型 (从开发个人优势与资源、提升休闲体验干预, 实现个体人生的繁荣)。这 4 类模型共同建构了一个递进与互补的层级结构知识体系, 系统论证了西方休闲疗愈专业如何通过休闲这一媒介, 成为一门致力于提升人类生活质量和健康水平的应用学科。从服务流程到成效评估, 从哲学根基到综合干预, 4 类模型的科学化演进奠定了休闲疗愈专业在西方医疗保健和社会服务领域中的职业地位及其存在价值。

4.1.2 休闲疗愈模型的核心共性基础与学术共同体建构 虽然西方主流休闲疗愈模型在理论渊源、核心贡献、起点视域以及最终目标等方面各

表 2 西方主流休闲疗愈模型分类及其评价

Table 2 Classification and evaluation of western recreational therapy models

分类	核心问题	代表模型	理论与核心贡献	起点视域	最终目标	主要优点	主要缺点
服务提供模型	如何组织和提供休闲疗愈服务：过程与结构导向	休闲能力模型及新休闲能力模型	人本主义心理学、行为学和社会学习理论；独立休闲能力获得	能力缺陷	独立性、功能性、休闲参与	最早休闲疗愈模型；休闲疗愈服务体系确立	不关注客户“优势”；功能性结果评估缺乏
		自我决定和享受增强模型	自我决定论、积极心理学理论；心理需求满足，获得享受	内在动机激发	内在动机驱动下享受体验	解释休闲疗愈的发生机制	缺乏享受的客观测量，高度依赖疗愈师专业能力；未区分建设性和破坏性享受目标
		TR服务提供模型	项目管理理论；TR服务系统化实践步骤	能力缺陷	有计划、可评估的专业治疗过程	提供经典且被广泛采用的4个连续阶段的TR服务操作实践	服务流程过于线性，简化现实复杂性；个性化和灵活性服务缺乏
		CPSS模型	临床推理模型、生态系统理论，根据客户具体情况开展定制干预	休闲疗愈服务临床推理与干预	个性化、系统化动态临床判断	提供4个维度交互性服务的临床实践	对疗愈师提出较高专业要求，4个维度边界关系存在模糊性
服务产出模型	休闲疗愈达成什么成效：侧重结果与影响导向	TR服务产出模型	系统理论、循证实践，提供TR服务效果评估	能力缺陷	证明TR服务效果与改变	提供TR服务效果评估的实践工具	服务流程过于线性，对环境敏感度不足；健康、功能领域和生活质量3个结果产出关系未明晰
		通过TR优化终身健康与幸福模型	生命周期发展理论、预防科学、积极心理学理论；全生命周期主动优化健康与幸福	优势导向，前瞻性、预防性与系统观	强调全生命周期终身健康与幸福的发展观	强调休闲疗愈全生命周期包容性、全民性和终身性	目标宏大难以量化评估，服务对象太过广泛可能导致专业身份模糊，且存在弱化环境和社会影响
		休闲与幸福模型	积极心理学、健康心理学理论；休闲是实现多维幸福的关键路径	优势导向	提升整体幸福感	将休闲作为实现5大幸福资源因素的重要路径，服务全民	主观幸福感量化评估挑战，对功能障碍群体不适用性，忽视外部结构性障碍干预及个体差异性考虑
概念模型	休闲疗愈存在的终极意义与哲学依据是什么	亚里士多德“善生”模型	美德伦理学、幸福论；通过休闲追求幸福与美德	人性繁荣	培养美德，追求有意义、成就的繁荣生活	提供深厚哲学、伦理学和入学基础，休闲疗愈成为帮助客户追寻幸福与美德的生命历程	循证实践缺乏量化，隐含精英主义倾向，弱势群体适用性存疑，对疗愈师哲学素养要求过高
综合模型	休闲疗愈为什么做、如何做及达成什么成效：兼具过程与结果的整合	健康保护/健康促进模型	公共卫生模型、健康信念模型；摆脱疾病状态，追求更高健康水平	优势导向，客户健康保护与健康促进的内在动力	达到最佳的健康状态	将休闲疗愈与广义的健康和幸福状态紧密联结	健康保护/健康促进二分法难以应对复杂健康状态，在非健康机构中应用受限，缺乏量化评估
		通过休闲走向繁荣模型	积极心理学、亚里士多德幸福观；开展有意义休闲参与，实现“繁荣”人生	优势导向、潜能与繁荣	促进人类全面繁荣	提供个体优势与环境资源开发和休闲体验提升的休闲疗愈，实现个体意义与“蓬勃人生”	个体与环境之间互动复杂，对疗愈师能力有挑战，宏大目标无法量化，且对严重功能障碍群体适用性有限

不相同（见表2），但也存在一定的共性特征：首先，这些模型都强调将有计划地开展休闲活动作为一种基础性的干预方式，并认为休闲是能为个体健康与幸福带来益处的一种资源。从休闲能力模型的能力重建路径，到幸福促动取向的休闲与幸福模型，再到以全人为焦点的通过休闲走向繁荣模型，休闲始终是联结理论与实践的关键媒介，这使得不同休闲疗愈模型之间具有可比性的基础。其次，各模型均采用“评估-计划-干预-评价”的标准实践循环模式，并且在服务递进上共享

从“疗愈师主导”到“客户自主”的过渡过程中的干预逻辑，体现从外部帮助到内生赋能的统一理念，为各个模型之间的对比和融合提供结构上的可对接性。再次，各个模型都把休闲看作是基本人权，都坚信个体拥有自主权和成长潜力，期望通过消除休闲参与的阻碍来促进身心健康、达成个人全面发展。不管是亚里士多德模型对于“至善生活”的哲学追寻，健康保护/健康促进模型对“最佳健康状态”的定义，休闲与幸福模型对于“六维度健康”幸福内涵界定，还是通过休闲走向繁荣模

型对“繁荣”的操作化解释,各模型的价值核心都指向提升生活质量与生命意义的终极目标,这一共同价值追求形成休闲疗愈研究领域的伦理共识。最后,模型的演变展现出显著的递进性特点,而不是相互排斥。从早期重点强调“缺陷修复”,到中期转变为“幸福促进”,再到近期模型把“繁荣”概念和生态系统理论有机融合,各个模型在实施路径、理论逻辑、预期效果等方面既有各自的特点又相互补充。这种基于学术共同体研究范式的功能分工,让不同理论能跨越具体差异进行有效的对话与整合,为西方休闲疗愈的理论模式建立和实证研究提供了坚实的学理基础。

4.1.3 休闲疗愈模型从缺陷弥补到优势激发的人本转向 西方休闲疗愈模型从“缺陷弥补”向“优势激发”的转变,实质上是体现以“问题”为起点的病理干预模式,转向以“潜能”为核心的积极服务范式的根本性重构。这一人本转向表现在服务受众、疗愈师角色与服务目标3个层面(见表2)。早期休闲疗愈模型(休闲能力模型及新休闲能力模型、自我决定和享受增强模型、TR服务提供模型、TR服务产出模型)主要服务残疾或病患者。早期疗愈师是“活动导演”“治疗者”“活动领导者”“临床决策者”和“策略家”角色,但也初步具有让“客户逐渐自主”与“独立生活方式”的人本主义思想。而中后期模型(健康保护/健康促进模型、亚里士多德的“善生”模型、通过TR优化终身健康与幸福模型、休闲与幸福模型、通过休闲走向繁荣模型、CPSS模型)则打破早期只服务于临床诊断的群体(如残障人、病人),转向基于“优势激发”“培育幸福”等视角,服务于寻求更高水平健康、幸福和生活质量的所有人群,强调服务对象的全民性和终身性。后期的疗愈师角色转向成为“德性引导者”“繁荣促进者”“赋能者”和“幸福促进者”,客户也从“被动接受者”转向“主动参与者”。在服务目标上,早期模型以“功能恢复/矫正”“缺陷修复”“心理激发”等传统医疗干预模式,帮助客户不断获得独立、自由的、自主性选择的休闲能力。如休闲能力模型的目标是获得“满意、独立、自由选择的休闲生活方式”;亚里士多德“善生”模型以“至善生活”与“实践德性”为终极追求;健康保护/健康促进模型寻求“高水平健康”目标,通过休闲走向繁荣模型以“繁荣”作为服务目标。上述3个层面相互支撑、层层递进,共同推动西方休闲疗愈从一种被动的辅助治疗行为,上升为一种主动

的、追求人类最高潜能实现的哲学实践与生命历程,实现了从“矫正医学”向“发展人类学”范式转向的人本主义发展价值目标。

4.1.4 休闲疗愈模型的实践应用局限与理论改进的方向 西方主流休闲疗愈模型虽然已确立以“评估—干预—评价”为核心的标准流程,且初步回应了美国国家休闲疗愈认证委员会(NCTRC)的循证实践要求。但现有模型在实践应用及其理论支撑上仍存在一些缺陷(见表2)。主要体现在:休闲疗愈服务路径呈现过度的线性化,且缺少有效的定量测量;在应对文化多样性挑战、保障不同群体干预的公平性与实效性等方面仍有不足。部分模型对疗愈师的跨学科与人文哲学素养要求很高。如休闲能力模型过度关注“缺失”,功能性结果缺乏量化评定,线性模型不能满足复杂的临床实践需求,且对于干预环境的变化不敏感。自我决定和享受增强模型缺乏对享受评价标准,疗效完全取决于疗愈师主观经验。CPSS模型虽然提出4个因素评估体系,但各因素间的界限划分还不够明确。“循证实践”“问责制”虽然被TR服务产出模型所回应,但量化评估仍需增强。优化终身健康模型目标太高,未考虑不同文化背景的健康标准。休闲与幸福模型受到主观幸福感不易量化的限制,模型不适用于残疾人群体。亚里士多德“善生”模型的抽象化概念在循证实践中缺乏量化,隐含精英主义倾向,弱势群体适用性存疑。健康保护/健康促进模型的二元划分方式难以覆盖现实中复杂的健康状态。通过休闲走向繁荣模型对严重功能障碍群体的适用性仍显不足,在宏观环境干预方面也存在操作困难等。从理论构建上,尽管休闲疗愈模型所依据的理论较多,但因现有模型多是基于个人视角,较少涉及社会资源、环境、结构性因素以及制度性制约等方面的相关理论,应需补充社会生态论和批判理论。且自我发展、体验、幸福感、健康等关键概念缺少可操作性测量,可采用心理测量学和质性研究方法构建跨文化的理论测评工具。随着数字休闲疗愈媒介的发展,模型也亟需吸收媒介传播及数字休闲等相关理论;此外,由于模型对文化多样性和社会公正等方面的回答不够全面,未来可将跨文化心理学、文化地理学、健康地理学、本土哲学和批判理论等引入指导,以加强其在非西方语境及弱势群体中的适用性验证研究。

4.2 对中国休闲疗愈研究及实践的启示

西方休闲疗愈研究在概念体系、跨学科理论与人本化实践等方面已形成较为成熟的学术框架与应用体系。而国内尚未将其作为一门独立的应用学科，相关研究成果较少。以中国知网为数据源（1979—2025 年），检索到“休闲疗愈”（therapeutic recreation/recreation therapy）6 篇、“疗愈性休闲”（therapeutic leisure）1 篇、“休闲治疗”（leisure healing/leisure therapy）2 篇、“休闲娱乐治疗”（leisure entertainment therapy）1 篇及“休闲娱乐康复”（recreation rehabilitation/therapeutic recreation）5 篇，共计仅 15 篇；其中“leisure entertainment therapy”“recreation rehabilitation”“leisure healing”在 Web of Science 中缺乏对应的英文表达，表明国内相关概念尚需与国际学术话语接轨。少数学者关注国外休闲疗愈特征及老年人体育休闲疗愈认知（程珍香，2014；王敏等，2023；林岚等，2025）。与此同时，“旅游疗愈”（14 篇）、“康养旅游”（633 篇）、“疗愈景观”（97 篇）等主题的研究数量远超休闲疗愈。上述研究主要从“医疗旅游”“康养旅游”“旅游疗愈”“养生旅游”等视角，依托森林、运动、乡村、温泉、中医等疗愈资源，侧重于旅游疗愈产品开发与游客体验影响（李鹏等，2020；朱冬芳等，2023；杨振之等，2025）、疗愈景观空间设计与感知效益（党宁等，2025；张葛恒等，2025）、疗愈景观与健康地理学（周佩玲等，2023）等议题。然而，这些研究与本文聚焦西方休闲疗愈存在本质区别。

在西方，休闲疗愈是康复科学与休闲学交叉形成的应用型专业，其核心在于以本地化、日常性的休闲活动（如娱乐、运动、艺术、社区参与等）作为干预手段，服务场景主要集中在本地化、临床/社区环境，关注“如何通过活动干预促进个体健康与幸福”。相比之下，“医疗旅游”“康养旅游”“养生旅游”等概念的核心特征在于异地出行，研究重心更多放在旅游疗愈体验、产品开发与产业管理上。而“疗愈景观”作为健康地理学的重要概念，虽同样关注人与环境的互动，但其分析单元是“场所”及“人-环境互动体验”，侧重于物理环境、社会条件与个体感知共同对疗愈过程的影响，其有别于休闲疗愈研究更关注通过“结构化活动干预”与“休闲疗愈过程”所带来的功能改善与健康产出；在实践中两者有可能相互补充（如疗愈景观可以作为休闲疗愈的实施场景），但在学科归

属、核心问题及研究范式上存在明显差异。综上，国内在休闲疗愈及其面向群体的实践干预研究方面，与西方基于循证的实践之间仍存在明显差距。

基于西方休闲疗愈发展及模型演进特征，结合中国国情与学术语境，提出 3 点启示：1）明确职业定位，推动休闲疗愈师的本土化建制。有别于关注身体功能的物理治疗和日常活动功能的作业治疗，休闲疗愈作为一种低成本、非药物、高参与的干预方式，日益符合“健康中国”“积极应对老龄化”的国家战略，也高度契合现在社会发展的人本需求和中国医疗体系的改革。休闲疗愈是以结构化休闲活动为媒介，通过参与体验促进全人健康。但目前中国尚无独立的“休闲疗愈师”职业，其功能主要由其他专业人员（如康复科的康复疗愈师和护士；精神科或心理健康与成瘾治疗机构的心理疗愈师、社工和护士；养老机构的社工和养老护理员；特殊教育学校的特教老师和康复师）分散承担。由于当前职业身份模糊与高校休闲疗愈专业教育缺失，导致存在相关从业者的社会及行业认知度偏低、服务标准化不足等问题，建议国家相关部门重视中国休闲疗愈专业的职业认定与人才培养，逐步建立起一套符合中国国情的专业体系。2）立足中西互鉴，构建具有文化自觉的休闲疗愈理论体系。中国相关研究尚处于起步阶段，相关概念多元，理论建构较薄弱。虽然学者尝试依托儒家“孔颜乐处”、道家“逍遥游”等传统哲学资源，探索本土化的休闲疗愈理论，并针对老年人、残障人士等弱势群体开展一些实证研究，但整体上还缺乏系统性与足够的学术影响力。如何科学审视西方休闲疗愈的概念框架、模型演进及其理论体系构建等学理内涵，充分发掘中国传统休闲文化与哲学中的疗愈资源，形成具有中国文化主体性，并能与国际学术话语有效对接的本土化休闲疗愈理论体系，尚有广阔的研究空间与深度的理论建构需求。3）丰富研究内容，满足全人健康和社会发展的多样化需求。现代健康理念已远超出单纯的没有疾病状态，而是包括生理健康、心理健康和社会良好适应 3 个维度。相对于休闲疗愈而言，传统医疗往往忽略了后 2 个维度。因此，中国休闲疗愈研究应该积极顺应“健康中国 2030”战略中“预防优先”“全民健康促进”的政策导向，将哲学、医学、积极心理学、艺术学、体育学、休闲学、文化地理学、健

康地理学、健康学、旅游地理学、林学、生态学、管理学和媒介学等交叉学科的理论知识及研究方法融合到休闲疗愈研究。研究重点包括休闲活动对于认知衰退干预、身体功能退化、青少年心理健康促进、残障人群社会融合、城乡全龄友好社区建设及全生命周期的健康保护与健康促进等多领域实证与理论研究,积极探索具有中国特色的休闲疗愈机制与实践路径,以提升该领域的专业价值、职业认同与社会服务能力。

参考文献 (References):

- Anderson L S and Heyne L A. 2012. Flourishing through Leisure: An Ecological Extension of the Leisure and Well-Being Model in Therapeutic Recreation Strengths-based Practice. *Therapeutic Recreation Journal*, 46(2): 129-152.
- Anderson L S and Heyne L A. 2016. Flourishing through Leisure and the Upward Spiral Theory of Lifestyle Change. *Therapeutic Recreation Journal*, 50(2): 118-137.
- Anderson L S, Heyne L A, and Hsieh P C. 2024. Testing the Validity of the Flourishing through Leisure model: Relationship of Leisure to Well-Being. *Therapeutic Recreation Journal*, 58(2): 155-173.
- ATRA. 2025. About Recreational Therapy. (2026-05-30) [2026-05-31]. <https://www.atra-online.com/about-rt>.
- Austin D R. 1998. The Health Protection/Health Promotion Model. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(2): 109-117.
- Austin D R. 2004. Therapeutic Recreation: A Long Past, but a Brief History. *Palaestra*, 20(1): 37-44.
- Austin D R and Crawford M E. 2020. The History of Therapeutic Recreation: A History of Two Professions. In: Austin D R, Crawford M E, McCormick B P, and Van Puymbroeck. *Recreational Therapy: An Introduction*. Urbana: Sagamore-Venture Press, 31-42.
- Austin D R and McCormick B P. 2015. *Recreational Therapy*. Urbana: Sagamore-Venture Press.
- Bauman Z. 2000. *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Binkley A L. 1999. OLH-TR Model Critique: A Practitioner's View. *Therapeutic Recreation Journal*, 33(2): 116-121.
- Bronfenbrenner U. 2004. *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bronfenbrenner U and Ceci S J. 1994. Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review*, 101(4): 568-586.
- Bullock C C. 1998. The Leisure Ability Model: Implications for the Researcher. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(2): 97-107.
- Caldwell L. 1998. In Response to Dattilo, Kleiber, & William's "Self-Determination and Enjoyment Enhancement: A Psychologically-Based Service Delivery Model for Therapeutic Recreation". *Therapeutic Recreation Journal*, 32(4): 283-289.
- Carruthers C and Hood C D. 2007. Building a Life of Meaning through Therapeutic Recreation: The Leisure and Well-being Model, Part I. *Therapeutic Recreation Journal*, 41(4): 276-297.
- Coyle C P. 1998. Integrating Service Delivery and Outcomes: A Practice Model for the Future? *Therapeutic Recreation Journal*, 32(3): 194-201.
- Cripps L and Hood C D. 2020. Recovery and Mental Health: Exploring the Basic Characteristics of Living Well with Mental Illness. *Therapeutic Recreation Journal*, 54(2): 108-127.
- Csikszentmihalyi M. 1997. *Finding Flow: The Psychology of Engagement with Everyday Life*. New York: HarperCollins.
- 党宁, 代希, 丁春彬, 吴必虎. 2025. 环城游憩带疗愈性对游憩者感知健康效益的影响研究. *旅游学刊*, 40 (1): 45-61. [Dang Ning, Dai Xi, Ding Chunbin, and Wu Bihu. 2025. Therapeutic Attributes of the Recreational Belt Around Metropolis (ReBAM) and Their Impacts on Recreationists' Perceived Health Benefits. *Tourism Tribune*, 40(1): 45-61.]
- Dattilo J, Kleiber D, and Williams R. 1998. Self-Determination and Enjoyment Enhancement: A Psychologically-Based Service Delivery Model for Therapeutic Recreation. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(4): 258-271.
- Devine M A and Wilhite B. 1999. Theory Application in Therapeutic Recreation Practice and Research. *Therapeutic Recreation Journal*, 33(1): 29-45.
- Dieser R B. 2002. A Cross-cultural Critique of Newer Therapeutic Recreation Practice Models: The Self-determination and Enjoyment Enhancement Model, Aristotelian Good Life Model, and The Optimizing Lifelong Health Through Therapeutic Recreation Model. *Therapeutic Recreation Journal*, 36(4): 352-368.
- Dieser R B. 2014. Cross-cultural Assessment in Therapeutic Recreation. *Therapeutic Recreation Journal*, 48(1): 1-14.
- Freysinger V J. 1999. A Critique of the "Optimizing Lifelong Health through Therapeutic Recreation"(OLH-TR) Model. *Therapeutic Recreation Journal*, 33(2): 109-115.
- Frye V and Peters M. 1972. *Therapeutic Recreation: Its Theory, Philosophy, and Practice*. Harrisburg: Stackpole Books.
- Fogarty J, Farrell B, and Gutmanis I. 2014. Promoting Healthy Living for Seniors. *Therapeutic Recreation Journal*, 48(3): 262-274.
- Halberg K J and Howe M R. 1985. The Dilemma of an Unresolved Philosophy in Therapeutic Recreation. *Therapeutic Recreation*

- Journal*, 19(3): 7-16.
- Hebblethwaite S and Curley L. 2015. Exploring the Role of Community Recreation in Stroke Recovery Using Participatory Action Research and Photovoice. *Therapeutic Recreation Journal*, 49(1): 1-17.
- Hirst J and Porter H. 2015. Obesity Management in Spinal Cord Injury through Leisure Time Physical Activity. *Therapeutic Recreation Journal*, 49(1): 76-79.
- Holmes L P. 2013. Therapeutic Recreation Practice: A Strengths Approach. *Therapeutic Recreation Journal*, 47(2): 137-140.
- Hood C D and Carruthers C. 2007. Enhancing Leisure Experience and Developing Resources: The Leisure and Well-Being Model, Part I. *Therapeutic Recreation Journal*, 41(4): 276-297.
- Hood C D and Carruthers C. 2007. Enhancing Leisure Experience and Developing Resources: The Leisure and Well-Being Model, Part II. *Therapeutic Recreation Journal*, 41(4): 298-325.
- Hood C D and Carruthers C P. 2016. Strengths-Based TR Program Development Using the Leisure and Well-Being Model: Translating Theory into Practice. *Therapeutic Recreation Journal*, 50(1): 4-20.
- Jennings C J and Guerin S. 2014. Therapeutic Recreation Models of Practice: A Synthesis of Key Elements and Examination of Children's Narratives of a Camp Experience for Evidence of These Elements. *Therapeutic Recreation Journal*, 48(4): 303-319.
- Keyes C L M. 2002. The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2): 207-222.
- Keyes C L M. 2007. Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologist*, 62(2): 95-108.
- Keyes C L M, Wissing M, Potgieter J P, Temane M, Kruger A, and Van Rooy S. 2008. Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3): 181-192.
- Kunstler R and Daly F S. 2010. *Therapeutic Recreation Leadership and Programming*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Lee Y. 1998. Critique of Austin's Health Protection and Health Promotion Model. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(2): 118-123.
- 程珍香. 2014. 疗养性休闲服务干预模型构建及实证研究——以福州市女性为例. 福州: 福建师范大学. [Cheng Zhenxiang. 2014. Research on the Construction and Application of the Service Intervention Model of Therapeutic Recreation: A Case Study of Women in Fuzhou City. Fuzhou: Fujian Normal University.]
- 林岚, 罗琴, 刘群, 陈昱璇, 丁美玲, 蔡诗进. 2025. 老年人休闲体育参与的制约因素及制约协商过程——以广州市为例. *地理研究*, 44 (9): 2410-2428. [Lin Lan, Luo Qin, Liu Qun, Chen Yuxuan, Ding Meiling, and Cai Shijin. 2025. Leisure Constraints and Constraints Negotiation Process for Older Adults' Recreational Sport Participation: Take Guangzhou City as an Example. *Geographical Research*, 44(9): 2410-2428.]
- 李鹏, 赵永明, 叶弄悦. 2020. 康养旅游相关概念辨析与国际研究进展. *旅游论坛*, 13 (1): 69-81. [Li Peng, Zhao Yongming, and Ye Huiyue. 2020. Key Concepts and Progress in Wellness Tourism. *Tourism Forum*, 13(1): 69-81.]
- McAuliffe G J and Eriksen K P. 1999. Toward a Constructivist and Developmental Identity for the Counseling Profession: The Context-Phase-Stage-Style Model. *Journal of Counseling & Development*, 77(3): 267-280.
- McCormick B P. 1998. "But are You Really Happy?" A Critique of the Aristotelian Good Life Model. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(4): 303-308.
- McCormick B P and Austin D R. 2024. The History of the National Academy of Recreational Therapists: 2011-2021. *Therapeutic Recreation Journal*, 58(2): 215-227.
- Mobily K E. 1999. New Horizons in Models of Practice in Therapeutic Recreation. *Therapeutic Recreation Journal*, 33(3): 174-192.
- Murray S. 1998. A Practitioner-Critique of the Self-Determination and Enjoyment Enhancement Model. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(4): 272-282.
- Nichols S. 1998. The Aristotelian Good Life Model: A Critique. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(4): 309-312.
- Parker V B and Carmack R W. 1998. A Critique of Van Andel's TR Service Delivery and TR Outcome Models. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(3): 202-206.
- Peterson C A and Gunn S L. 1984. *Therapeutic Recreation Program Design: Principles and Procedures*. 2nd Edition. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Peterson C A. 1989. The Dilemma of Philosophy. In: Compton D M. *Issues in Therapeutic Recreation: A Profession in Transition*. Champaign, IL: Sagamore Publishing.
- Power M. 1997. *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Ross J E. 1998. Critique of Austin's Health Protection/Health Promotion Model. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(2): 124-129.
- Russell M S, Widmer M A, Lundberg N, and Ward P. 2015. Adaptation of An Adolescent Coping Assessment for Therapeutic Recreation and Outdoor Adventure Settings. *Therapeutic Recreation Journal*, 49(1): 18-34.

- Stumbo N J and Peterson C A. 1998. The Leisure Ability Model. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(2): 82-96.
- Sylvester C. 1992. Therapeutic Recreation and the Right to Leisure. *Therapeutic Recreation Journal*, 26(2): 9-20.
- Sylvester C. 2011. Therapeutic Recreation, the International Classification of Functioning, Disability, and Health, and the Capability Approach. *Therapeutic Recreation Journal*, 45(2): 85-104.
- 王敏, 陈哲夫, 胡逸哲, 李棋. 2023. 中小城市老年人日常休闲活动的时空特征——以常德市武陵区为例. *中国生态旅游*, 13 (1): 169-182. [Wang Min, Chen Zhefu, Hu Yizhe, and Li Qi. 2023. Spatio-Temporal Characteristics of Daily Leisure Activities of the Elderly in Small and Medium-Sized Cities: A Case Study of Wuling District, Changde City. *Journal of Chinese Ecotourism*, 13(1): 169-182.]
- Van Andel G E. 1998. TR Service Delivery and TR Outcome Models. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(3): 180-193.
- World Health Organization. 2000. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. (2020-06-14) [2026-05-31]. <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>.
- World Health Organization. 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). (2001-05-22) [2026-05-31]. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf.
- World Health Organization. 2008. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. (2008-08-27) [2026-05-31]. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>.
- Widmer M A. 1995. Case Histories in Therapeutic Recreation: The Emergence of Ethical Issues. *Therapeutic Recreation Journal*, 29(4): 264-269.
- Widmer M A and Ellis G. 1998. The Aristotelian Good Life Model: Integration of Values into Therapeutic Recreation Service Delivery. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(4): 290-302.
- Wilhite B, Keller M J, and Caldwell L. 1999. Optimizing Lifelong Health and Well-Being: A Health Enhancing Model of Therapeutic Recreation. *Therapeutic Recreation Journal*, 33(2): 98-108.
- Wise J B. 2015. Leisure: A Human Right. *Therapeutic Recreation Journal*, 49(2): 166-178.
- Witman J, Jacob S, Anderson L S, Heyne L A, and Malcarne B. 2014. The Well-Being Index (WBI): A Pilot Project. *Therapeutic Recreation Journal*, 48(2): 188-198.
- Yaffe R M. 1998. The Leisure Ability Model: A Response from a Service Perspective. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(2): 103-108.
- 杨振之, 罗羽杉. 2025. 休闲疗愈与旅游疗愈: 基于可持续发展视角. *旅游学刊*, 40 (4): 3-6. [Yang Zhenzhi and Luo Yushan. 2025. China Tourism Development Symposium: Challenges and Opportunities of Therapeutic Tourism. *Tourism Tribune*, 40(4): 3-6.]
- 张嵩恒, 孙九霞. 2025. 英格尔德栖居视角下城市疗愈景观研究. *热带地理*, 45 (11): 2038-2052. [Zhang Aiheng and Sun Jiuxia. 2025. Research on Urban Therapeutic Landscapes from Ingold's Dwelling Perspective. *Tropical Geography*, 45(11): 2038-2052.]
- 周佩玲, 程杨, Rosenberg M W. 2023. 疗愈景观概念及其在健康地理学中的研究进展. *地理科学进展*, 42 (3): 602-616. [Zhou Peiling, Cheng Yang, and Rosenberg M W. 2023. The Concept of Therapeutic Landscape and Its Research Progress in Health Geography. *Progress in Geography*, 42(3): 602-616.]
- 朱冬芳, 钟林生, 虞虎. 2023. 康养旅游研究的国内外对比与展望. *世界地理研究*, 32 (11): 167-180. [Zhu Dongfang, Zhong Linsheng, and Yu Hu. 2023. Comparison and Prospect of Wellness Tourism at Home and Abroad. *World Regional Studies*, 32(11): 167-180.]

作者贡献声明:

林 岚: 提出研究设想, 确定研究主题, 数据分析、论文撰写与修改;

敖静宜: 数据收集、论文撰写、英文翻译、文稿校对;

程珍香: 数据收集、论文撰写;

刘 群: 论文修改;

蔡诗进: 图表绘制;

努热喀麦尔·如则: 数据收集、文稿校对;

罗琴、李琼: 数据收集。

From “Deficit Repair” to “Strength Activation”: Review on the Development and Models of Western Recreational Therapy

Lin Lan^{1,2}, Ao Jingyi^{1,2}, Cheng Zhenxiang^{1,2}, Liu Qun^{1,2}, Cai Shijin^{1,2},
Ruze Nurekamaier^{1,2}, Luo Qin^{1,2}, and Li Qiong^{1,2}

(1. School of Geographical Sciences, Fujian Normal University, Fuzhou 350117, China;

2. School of Carbon Neutrality Technology, Fujian Normal University, Fuzhou 350117, China)

Abstract: In the West, recreational therapy is a health-related discipline that uses recreation as a means of intervention. It has been put at the forefront of priorities, emphasizing personal development as well as physical and mental health. The present work builds upon conceptual clarifications, practice model reviews, and comparative analyses to map the ways in which Western recreational therapy has evolved over time, how its core terminology has changed, the key features of its major practice models, and the implications these may hold for China. Several findings stand out. First, the field is now much more established as an academic discipline than it was at its inception after World War II, when most of the focus was on what was called “hospital recreation.” The two key terms associated with the field, “Therapeutic Recreation” (TR) and “Recreational Therapy” (RT), while used interchangeably in daily work, have subtle but significant differences in that TR seems slightly more focused on the discipline and RT on clinical practice. Over time, the definition of RT appears to have moved away from its focus on treating and curing diseases or dysfunctions to a wider agenda focused on improving the health status of the entire community. Second, mainstream Western models in this area have combined different theories to achieve various but related purposes. Their evolution may be viewed in terms of passing through a number of loosely defined stages or phases, including the first stage focused on overcoming functional impairments and developing abilities, the middle stage emphasizing psychological involvement and actively seeking well-being, and a relatively recent stage emphasizing holistic and ecological flourishing. This represents a broader humanistic shift from remedying weaknesses to actively developing strengths. While there is considerable overlap among the models with respect to available interventions, rationality, and norms, they broadly fall into one of four modes of operation: service delivery models, outcome models, conceptual models, and integrated models. Nevertheless, several issues remain, such as limited cultural sensitivity, persistent quantitative measurement problems for some of the core constructs, and the restricted ability to address larger environmental conditions. Third, in China, developing recreational therapy would entail a conscious effort to gain professional status, develop local theories, and promote evidence-based practice, all of which are particularly important given the “Healthy China” strategy and the rapid aging of the national population. In summary, this study offers a guide for the development of a culturally appropriate and internationally applicable recreational therapy scholarship model for China’s academic dialogue.

Keywords: therapeutic recreation; recreational therapy; practice model; health geography