

De la réappropriation au pouvoir d'agir : la dimension discrète d'une réelle réadaptation

Marianne Farkas and Catherine Vallée

Volume 21, Number 2, Fall 1996

Intégration sociale et soutien communautaire

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032396ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032396ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Farkas, M. & Vallée, C. (1996). De la réappropriation au pouvoir d'agir : la dimension discrète d'une réelle réadaptation. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 21–32. <https://doi.org/10.7202/032396ar>



Éditorial

De la réappropriation au pouvoir d'agir : la dimension discrète d'une réelle réadaptation

Marianne Farkas*

Catherine Vallée**

« Ceux d'entre nous à qui l'on a apposé l'étiquette de malade mental sommes d'abord et avant tout des êtres humains. Nous sommes davantage que la somme de l'activité électrochimique de notre cerveau... Nous sommes aussi des personnes. »
— Pat Deegan

« Ils ont dit que je ne guérirais jamais, que je souffrirais toujours de troubles psychiques. Ils ont dit que toute ma vie serait ponctuée de séjours dans des hôpitaux psychiatriques, que je ne serais jamais plus la personne que j'étais avant ma maladie mentale. J'ai décidé que j'allais leur prouver qu'ils avaient tort. J'*ALLAIS* améliorer mon état et aider les autres à comprendre qu'ils pouvaient faire de même. » — Andrea Schmook

L'utilisation d'approches de réadaptation auprès d'adultes souffrant d'incapacités psychiatriques nous a permis de comprendre qu'il n'est plus nécessaire de considérer ce groupe de personnes comme étant totalement différentes des autres personnes aux prises avec une incapacité. Les besoins fondamentaux sont les mêmes : il faut relever le défi qu'impose l'incapacité — quelle qu'elle soit — et retrouver une nouvelle intégrité qui soit valorisante et ce, à l'intérieur et même au-delà des limites qu'impose cette incapacité (Anthony, 1993). Le rétablissement de soi est le but même de la réadaptation.

* Mme Farkas, Sc.D., est directrice du Training and International Consultation Center for Psychiatric Rehabilitation de l'Université de Boston.

** Mme Vallée, M.Sc., est responsable du Programme longue durée, suivi et accompagnement communautaire au Centre hospitalier Pierre-Janet à Hull.

Cet article est une adaptation d'une conférence prononcée par le Dr Farkas lors du Colloque « La réadaptation : un pouvoir d'agir », organisé conjointement par l'AQRP et les journées Richard-Laurendeau, à Hull, le 9 mai 1996.

Le rétablissement — ou la réappropriation — comprend la capacité de vivre, de travailler, d'apprendre et d'aimer dans une communauté au sein de laquelle on peut apporter une contribution importante. Cet article définira ce qu'est la réappropriation et présentera la recherche qui sous-tend ce concept et ses implications pour les praticiens et les gestionnaires.

Qu'est-ce que la réappropriation ?

Le processus de réappropriation est le fondement même de la réadaptation. On fait appel ici à différents services et technologies qui permettront aux individus d'apprendre à relever les défis qu'ils se sont fixés. La réappropriation, c'est l'expérience qu'acquière les personnes à mesure qu'elles acceptent et surmontent le défi qu'impose leur incapacité. Elles peuvent utiliser entre autres les services d'entraide, de traitement, de réadaptation ou des soutiens de base pour pousser plus loin l'expérience de la réappropriation. *Les praticiens* de la réadaptation *contribuent* au rétablissement — ou NON — selon la formation qu'ils ont reçue et la façon avec laquelle ils dispensent des services. La réadaptation est un processus qui aide les personnes à choisir, à obtenir et à maintenir un rôle important dans la société. Elle augmente leurs capacités émotionnelles, intellectuelles et physiques afin qu'elles puissent s'accomplir et être satisfaites dans l'exercice des rôles qu'elles ont choisis (Anthony et al., 1990).

Les personnes ayant une incapacité vivent l'expérience de la réappropriation — ou non — selon certains facteurs externes comme les occasions qui leur sont offertes de vivre ce processus et des facteurs internes comme le niveau d'espoir qu'elles ont pu développer par rapport à elles-mêmes.

Le processus de réappropriation d'une maladie mentale ne se limite pas au rétablissement de la maladie elle-même. Les personnes peuvent devoir se rétablir des stigmates qu'elles ont incorporés à leur propre identité, des effets qu'ont les attitudes limitatives envers leur potentiel de rétablissement lors de leur traitement, du manque d'occasions récentes de faire des choix et de prendre leurs propres décisions, des effets négatifs du chômage et des rêves foudroyés. La réappropriation est un processus complexe et fastidieux.

La réappropriation implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but dans la vie d'une personne (voir Figure 1) au fur et à la mesure où celle-ci transige et surmonte les effets catastrophiques de la maladie mentale (Anthony, 1993). La réappropriation ne signifie pas la fin de la souffrance, ni la disparition de tous les symptômes.

Figure 1

Aspects du processus de réappropriation

" Je n'existe pas	J'existe
" Je ne suis pas une personne réelle	Je suis une personne réelle
" Je suis piégé	J'ai le choix
" Je n'ai pas d'espoir	J'ai de l'espoir
" Mes sentiments me trahissent	J'ai confiance en mes sentiments
" Je suis ma maladie	Je suis une personne qui A une maladie
" Je ne compte pas	J'ai mon mot à dire

Adapté de Spaniol et al., 1994

Qu'en est-il du traitement clinique ? Les techniques de traitement visent généralement à réduire les souffrances d'une personne et à contrôler les symptômes de la maladie. Les distinctions entre traitement et réadaptation ont été largement discutées. Certains croient qu'il n'existe aucune. Manifestement, une personne qui espère guérir d'une maladie mentale aura besoin habituellement d'un traitement et d'une réadaptation — ainsi que d'un éventail d'autres services — de la part des personnes, ou du système, qui tentent de lui venir en aide.

Toutefois, les distinctions s'avèrent utiles pour clarifier les techniques spécifiques et leurs résultats attendus. S'il s'agit d'une technique propre à la réadaptation, on devrait voir évoluer des variables liées à l'incapacité ou au désavantage. S'il s'agit d'une modalité de traitement, on verra alors fluctuer des variables relatives à la pathologie ou aux symptômes.

Origine de la réappropriation en tant que vision

L'émergence du concept de réappropriation et du pouvoir d'agir dans les années 90 fut favorisée par trois forces de base : un changement de perspectives quant aux maladies mentales et aux incapacités graves, le développement d'alternatives aux longues hospitalisations et la montée du mouvement de défense des droits des usagers (Moxley, 1994).

1. Changement des points de vue sur la maladie mentale et l'incapacité

Dans de nombreux domaines, dont la réadaptation psychiatrique, la réadaptation physique et l'intégration communautaire en déficience intellectuelle, on croyait que la déficience conduisait à un arrêt de croissance ou à une absence de développement possible, empêchant les per-

sonnes d'accéder à un statut de citoyen à part entière dans leur communauté. Cette hypothèse dévalorisante s'estompe finalement dans la plupart du monde industrialisé. Nous commençons à comprendre que les troubles mentaux sévères et persistants ne mènent pas nécessairement à une incapacité permanente et que le terme « chronicité » pourrait être depuis longtemps dépassé.

2. Alternatives à l'hospitalisation

L'arrivée des médicaments comme modalité de traitement a diminué la nécessité de recourir à l'hospitalisation afin de procurer sécurité et tranquillité aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants ainsi qu'à leur communauté.

L'expérience de la désinstitutionnalisation a montré que le simple soulagement des symptômes par un traitement clinique n'était pas suffisant. En effet, les personnes ont aussi des besoins et des désirs concernant leur milieu résidentiel, leur vie professionnelle, leur devenir académique et leur vie sociale.

Il est apparu nécessaire de faire appel à des approches complexes et intégrées qui tiennent compte de la globalité de la vie des personnes. Une approche unidimensionnelle telle l'hospitalisation ne produisait pas des résultats acceptables (Anthony, 1993).

3. Montée du mouvement des usagers-survivants

Une approche complexe et intégrée face aux troubles mentaux exige du système de prestation de services qu'il rassemble la perspective de tous les groupes-clés, comme les usagers-survivants, leur famille et leurs proches, les professionnels et les représentants gouvernementaux (Freddolino et Moxley, 1994). Ce besoin s'est fait sentir au moment où le mouvement des usagers-survivants commençait lui-même à prendre conscience de sa propre force. Le point de vue des usagers-survivants sur la prestation des services est passé au cours des 20 dernières années d'un courant anti-psychiatrique à une ouverture pour une meilleure collaboration avec les professionnels et le réseau de santé mentale. De plus, ce mouvement a sensibilisé le milieu psychiatrique à l'existence de modèles alternatifs de services dirigés par des usagers. Les approches basées sur l'entraide, le soutien par les pairs et la défense des droits sont désormais reconnues comme des composantes essentielles d'un système intégré de services en santé mentale.

Ces trois forces ont conduit à l'émergence progressive du concept de réappropriation.

Savons-nous si cette vision possède un quelconque fondement « réel » ?

La réappropriation — et son concept jumeau, le pouvoir d'agir — étant quelque peu vague et venant à peine de s'affirmer en tant que vision d'avenir, il est facile d'y voir là un idéal impossible à atteindre. Les recherches effectuées à ce jour suggèrent qu'il y a bien, en fait, une base permettant de croire au concept de rétablissement et d'y aspirer.

Avant la publication du DSM-III-R, on considérait la schizophrénie comme étant ponctuée de périodes de paroxysmes aigus et de rémissions avec, comme seul résultat possible, une baisse du fonctionnement.

Le pronostic pour une personne diagnostiquée comme étant schizophrène était universellement négatif. Les psychiatres étaient souvent plus enclins à modifier leur diagnostic initial que leurs convictions face au pronostic. Au cours des dernières années, de nombreux récits écrits à la première personne et portant sur la réappropriation ont été publiés dans différentes revues spécialisées dont le *Schizophrenia Bulletin* (e.g. Estroff, 1989 ; Anonymous, 1989). Une bonne part des articles écrits par les usagers-survivants à ce sujet est de nature politique : les auteurs y traitent surtout d'enjeux liés à la justice et aux droits. Dans certains récits, les auteurs associent le concept de réappropriation à la réclamation des droits civils qui leur étaient refusés sous principe qu'ils étaient des malades mentaux. La réappropriation est considérée comme un mouvement politique se composant d'éléments d'entraide axés sur le pouvoir d'agir, personnel et collectif. Bien que la plupart des textes traitent de ce qu'est l'expérience personnelle du rétablissement, bon nombre d'usagers-survivants croient que cette transformation intérieure ne peut se réaliser sans le soutien d'un mouvement politique servant de catalyseur au changement (Deegan, 1988 ; Chamberlin, 1990). Ces récits autobiographiques ont tant de choses en commun qu'il serait difficile de les nier comme n'étant tous que des élans personnels et fantaisistes (Spaniol et Koehler, 1994 ; Leete, 1988).

Une seconde source d'informations sur ce sujet nous provient de projets de recherche plus classiques. Des études longitudinales portant sur l'évolution de la schizophrénie, menées en Europe et aux États-Unis, ont démontré que cette maladie n'a pas une évolution constante, marquée par une dégénérescence croissante. Au fil de ces diverses études, on a prouvé que la moitié, parfois même les deux tiers des sujets, s'étaient sensiblement améliorés ou complètement rétablis.

Ces études définissent le succès comme suit : « aucun signe ni symptômes courant de maladie mentale », « aucune prise de médica-

ment psychiatrique », « aucun dysfonctionnement professionnel ou social » (Harding et Zahniser 1994 ; Ciompi, 1980 ; Tsuang et al., 1979).

Strauss et ses collègues ont effectué une recherche phénoménologique utile pour décrire les principes de réappropriation (Strauss et al., 1985 ; Strauss, 1992). Ce qui est fort intéressant c'est que ces principes se reflètent à la fois dans les récits autobiographiques et dans le processus de réadaptation psychiatrique. Par exemple, la notion voulant que le fait d'établir une stabilité dans un domaine précis de la vie d'une personne, et non simultanément dans plusieurs domaines, est essentiel au succès. Ce principe fait également partie de l'approche de réadaptation psychiatrique qui insiste sur la nécessité de s'attaquer à un seul aspect à la fois de la vie d'une personne. En guise de second exemple, on a aussi observé que la réappropriation est un processus non linéaire, alors que l'on considère également dans le processus de réadaptation psychiatrique le changement comme étant une série de spirales, plutôt que des étapes successives.

Qu'en est-il de la réadaptation psychiatrique ? Les techniques de réadaptation psychiatrique sont organisées de façon à donner plus de choix et de contrôle à la personne. Elles s'articulent autour d'un processus non linéaire, à travers une période de deux ans — où on cherche à traduire les rêves de la personne en une quelconque réalité. Les rêves, sans ces techniques, peuvent bien demeurer que des rêves tandis que des techniques, sans rêves, ne sont que des techniques.

Que signifie tout cela pour un praticien ou un administrateur ?

Anthony (1993) et d'autres auteurs (Deegan, 1988 ; Farkas et al., sous-pressé) ont dégagé les implications suivantes :

1. La réappropriation n'est pas un processus linéaire et les services peuvent ne pas l'être également.

Le rétablissement implique des épisodes de croissance et de retours en arrière, des périodes de changement rapide et d'apparente inertie, le quotidien ne nous permettant pas toujours d'observer des signes manifestes de changement. Des sentiments intenses peuvent submerger inopinément une personne. Des périodes d'introspection et de croissance se produisent sans crier gare. Le processus de rétablissement semble être tout sauf systématique et planifié. Par conséquent, les services doivent être flexibles et ne pas être limités dans le temps. Des évaluations intensives de réadaptation psychiatrique peuvent être effectuées en quelques mois, mais le processus peut être interrompu pour une

longue période suite à une réapparition des symptômes, une perte d'espoir de la personne ou une impression que les objectifs fixés sont trop ou pas assez difficiles à atteindre. Le praticien offrant des services de réadaptation, ou toute autre forme de service, doit adapter son rythme à celui de la personne qu'il aide.

2. Guérir des conséquences de la maladie est souvent plus difficile que de guérir de la maladie elle-même.

Une incapacité à accomplir certaines tâches ou à assumer des rôles que les autres valorisent, la perte d'estime de soi qui en découle, les barrières qu'entraîne le fait d'être étiqueté de « malade mental » peuvent tous être des facteurs écrasants pour la personne. Pourquoi ? Parce qu'en plus de créer des interférences dans la vie quotidienne, ces facteurs entraînent également une perte de droits et d'équité en matière d'emploi, une discrimination en ce qui concerne le logement et le travail et souvent, une forme condescendante de traitement de la part de ceux sont payés pour l'aider.

Les praticiens doivent reconnaître et valoriser le courage et l'énergie qu'il faut uniquement pour affronter quotidiennement de telles barrières.

3. La réappropriation est un processus commun à toutes les personnes aux prises avec divers types de pertes.

Par exemple, les personnes paralysées suite à un accident doivent savoir ce qu'elles pourront ou ne pourront plus faire. Cependant, ces renseignements doivent leur être divulgués en temps opportun. Le déni de la réalité est une phase qui accompagne le processus de rétablissement de tous les individus aux prises avec des pertes. Les renseignements communiqués à ce stade ne leur sont pas utiles.

Les praticiens doivent reconnaître que le déni de la réalité est parfois nécessaire lorsqu'une personne en voie de réappropriation voit l'information comme étant trop écrasante. À certains moments précis du processus de rétablissement, le déni de la réalité empêche la personne d'être accablée. Les renseignements peuvent être perçus comme étant utiles ou nuisibles, tout dépendant du moment où ils sont divulgués. Les aidants doivent s'ajuster et prévoir le moment où ils partageront des informations sans pour autant qualifier simplement le déni de la réalité de non-fonctionnel.

De la même façon, la gamme d'émotions qu'éprouvera une personne en voie de réappropriation ne peut être diagnostiquée comme

étant anormale. Tous ceux qui vivent un rétablissement, qu'il s'agisse d'un divorce, des conséquences d'un accident tragique, du cancer ou d'une maladie mentale, connaissent de fortes émotions comme la dépression, la culpabilité, l'isolement, le doute et la colère.

Pour beaucoup, ces émotions intenses sont considérées comme une phase normale du processus de réappropriation. Par exemple, dans de nombreuses religions, on accorde du temps afin que ces émotions puissent se concrétiser après la perte d'un être cher. Au cours de cette période, on ne s'attend pas à ce que la personne contrôle ses émotions. On l'encourage plutôt à les exprimer. En ce qui concerne les personnes se rétablissant d'une maladie mentale, ces émotions sont souvent considérées trop rapidement comme faisant partie de la maladie plutôt que du processus de réappropriation. Le milieu des services de santé mentale doit permettre l'expression de ces émotions dans un climat de compréhension, et non de dépréciation.

4. Le pouvoir d'agir et le respect des décisions prises par l'individu sont des éléments essentiels au retour d'un sens du Moi et de l'estime de soi.

Les praticiens croient souvent que la chose la plus utile qu'ils puissent faire consiste à résoudre les problèmes des personnes en établissant des objectifs « appropriés » à leur niveau de fonctionnement, ou à les persuader que les choix qu'ils préconisent leur éviteront une réhospitalisation. *Prendre le contrôle à la place de quelqu'un est la meilleure façon de le garder malade et le meilleur moyen de devenir un praticien à qui on ne fait pas confiance.* Cela mène rarement au résultat escompté.

De nombreuses recherches démontrent qu'aider une personne à connaître ses propres critères de choix, à explorer et à comprendre les options possibles et à apprendre comment choisir fait toute la différence à la fois dans la relation entre le praticien et la personne et dans les chances qu'a celle-ci d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixée.

5. La réappropriation peut survenir même si des symptômes réapparaissent

N'abandonnez pas l'idée qu'une réappropriation est possible parce qu'une personne présente de nouveaux symptômes ou parce qu'elle est réhospitalisée. Une réapparition des symptômes n'est pas une raison suffisante pour abandonner les objectifs que la personne s'est fixés, mais elle peut imposer une période d'attente ou suggérer un besoin de soutien différent ou accru. La maladie est de nature épisodique. Comme

pour toute autre maladie de ce type (par exemple, la sclérose en plaque), un rétablissement demeure tout de même possible. Souvenez-vous des résultats des recherches longitudinales menées en Europe et aux États-Unis : avec le temps, les personnes peuvent améliorer leur niveau de fonctionnement.

Le niveau d'intensité des symptômes que les personnes présentent lors d'une rechute peut être même qu'auparavant. Toutefois, à mesure que la réappropriation progresse, la fréquence et la durée des rechutes semblent diminuer. Le retour au fonctionnement antérieur s'effectue plus rapidement.

6. Une personne de confiance dont la « présence » suffit est l'un des éléments les plus importants du rétablissement.

Un élément semble commun à tous les processus de rétablissement suite à une catastrophe personnelle — maladie mentale ou autre — c'est le besoin qu'il y ait quelqu'un qui croit en la personne en quête de réappropriation et qui la soutient. Le besoin d'une personne de confiance qui soit « là » semble universel.

Les personnes en voie de réappropriation parlent de ceux et celles qui ont cru en elles, même lorsqu'elles-mêmes n'y croyaient pas. Elles parlent des personnes qui ont encouragé leur rétablissement sans le forcer, qui ont essayé de les écouter et les comprendre même lorsque rien ne semblait avoir de sens. Que peuvent faire les praticiens pour faciliter la réappropriation ? Être présent, écouter, faire preuve d'humanité. Réagir comme un être humain lui aussi vulnérable plutôt que comme quelqu'un qui connaît toutes les réponses aux difficultés de la personne, si seulement celle-ci se donnait la peine de l'écouter !

7. Le rétablissement peut se faire sans praticien.

Les professionnels ne détiennent pas la clé de la réappropriation, ce sont les usagers-survivants qui la possèdent. La tâche du professionnel consiste à faciliter ce processus chez la personne. L'intervenant peut être appuyé dans ce travail par le réseau naturel de support de l'individu. Puisque la réappropriation est un phénomène humain courant, vécu par toutes les personnes confrontées à des pertes catastrophiques, celles qui sont en contact avec leur propre réappropriation peuvent certainement en aider d'autres. Les groupes d'entraide, les familles et les proches sont les meilleurs exemples d'un tel soutien.

Il est important de reconnaître que la réappropriation ne dépend pas seulement du réseau de services en santé mentale, mais aussi du

soutien obtenu au sein de clubs sportifs, de cours d'éducation aux adultes, d'églises etc. Plusieurs chemins mènent au rétablissement, y compris celui qui consiste à ignorer le système de services de santé mentale.

Conclusion

Le mécanisme de la réappropriation n'a malheureusement pas été bien compris par les praticiens et les chercheurs. Le traitement et la réadaptation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants continuent d'être fragmentés en raison des modèles coexistants qui semblent s'opposer (des interventions axées sur la déficience versus des interventions axées sur l'incapacité); du conflit perçu entre les différents types d'intervention (médication et thérapie versus soutien à l'emploi et intégration sociale); des perceptions de causalité (biologique versus psychologique); des enjeux liés à la formation professionnelle et du manque de modèles intégrés.

Le rétablissement peut devenir le principe directeur de l'intégration de plusieurs approches de réadaptation et de traitement. Il devrait constituer la vision unificatrice de tous les programmes et services visant à aider les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants.

Anthony a déclaré que bien que nous ne comprenons pas encore totalement le concept de réappropriation et que nous n'arrivons pas encore assez souvent à aider les personnes à l'atteindre, une vision de ce qu'est la réappropriation est extrêmement précieuse.

Une vision nous projette vers l'avenir. Elle ne reflète pas ce que nous accomplissons habituellement, mais ce que nous souhaitons et rêvons d'accomplir. Une pensée visionnaire ne crée pas d'attentes irréalistes. Elle nous procure une passion pour ce que nous faisons.

La réappropriation suite à une maladie mentale est une vision puissante. Elle fait appel à une notion qu'il ne fallait peut-être pas mentionner autrefois qui est que toute personne peut se développer au-delà des limites que lui impose une maladie mentale. La réappropriation est un concept qui peut nous amener à voir de nouvelles possibilités pour ceux que nous desservons et de nouvelles façons de faire. Toute personne impliquée en réadaptation ne peut se contenter d'appliquer une série de techniques. Les praticiens doivent prendre conscience du rôle qu'ils jouent dans la réappropriation et le pouvoir d'agir de leur clientèle. Les services de réadaptation qui ne contribuent pas au processus de réappropriation et n'encouragent pas le pouvoir d'agir des individus

qu'ils desservent ne sont pas des services de réadaptation et ne peuvent prétendre fournir un tel service. Le défi du nouveau millénaire est le suivant : s'engager à travailler avec les personnes que nous desservons et leur famille pour faire de la réappropriation, non seulement une vision, mais une réalité pour tous.

RÉFÉRENCES

- ANONYMOUS, 1989, How I've managed chronic mental illness, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 635-640.
- ANTHONY, W. A., 1993, Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990's, *Innovations and Research*, 2, 3, 17-25.
- ANTHONY, W. A., COHEN, M., FARKAS, M., 1990, *Psychiatric Rehabilitation*, Boston, MA, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- CHAMBERLIN, J., 1984, Speaking for ourselves : An overview of the ex-psychiatric inmate's movement, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8, 2, 56-66.
- DEEGAN, P. E., 1990, Spirit breaking : When the helping professions hurt, *Humanistic Psychology*, 18, 3, 301-313.
- DEEGAN, P. E., 1988, Recovery : The lived experience of rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 4, 11-19.
- ESTROFF, S. E., 1989, Self, identity and subjective experiences of schizophrenia : In search of the subject, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 2, 189-196.
- FARKAS, M., GAGNÉ, C., ANTHONY, W. A., (sous-presse), Recovery and rehabilitation : A paradigm for the new millennium, *Integral Psychosocial Rehabilitation With and Within the Community*, 1.
- Freddolino, P. P., Moxley, D. P., 1994, *The Road to Empowerment : The Rights Protections and Advocacy Movement in the United States*, East Lansing, Michigan State University School of Social Work.
- HARDING, C. M., ZAHNISER, J., 1994, Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90, 384, 140-146.
- LEETE, E., 1988, The treatment of schizophrenia : A patient's perspective, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 5, 486-491.
- MOXLEY, D. P., 1994, Serious mental illness and the concept of recovery : Implications for social work practice in psychiatric rehabilitation, *Psychiatric Rehabilitation and Community Support Monograph*, 2, 2, Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- SPANIOL, L., KOEHLER, M., 1994, *The Experience of Recovery*, Boston, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

- SPANIOL, L., KOEHLER, M., HUTCHINSON, D., 1994, *The Experience of Recovery Workbook*, Boston, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- STRAUSS, J. S., 1992, The person : Key to understanding mental illness : Towards a new dynamic psychiatry, III, *British Journal of Psychiatry*, 161, 18, 19-26.
- STRAUSS, J. S., HAFEZ, R. F., LIEBERMAN, P., HARDING, C. M., 1985, The course of psychiatric disorder, III : Longitudinal principles, *American Journal of Psychiatry*, 142, 3, 289-296.
- TSUANG, M. T., WOOLSON, R. F., FLEMING, J. A., 1979, Long-term outcome of major psychosis. 1 : Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions, *Archives of General Psychiatry*, 36, 1295-1301.