
ATELIER 15**Quelle aide et quelle pédagogie de l'aide ?**

(Lyse MONTMINY)

Communication 15.1**« Un nouveau paradigme : le rétablissement »**Bernadette Dallaire et Michaël Mc Cubbin, Université Laval et
CSSS Québec Sud

Introduction

Dans les années récentes, le domaine de la réadaptation psychosociale a connu un essor important, tant au Québec qu'ailleurs en Occident. Cet intérêt pour les aspects psychosociaux de la réadaptation provient en partie de changements dans les clientèles concernées: en plus des clientèles traditionnelles de la réadaptation – personnes aux prises avec des handicaps physiques, personnes présentant des déficiences cognitives – les professionnels impliqués, tels que les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les infirmières et les travailleurs sociaux, interviennent maintenant auprès de clientèles présentant des problématiques multiples et des handicaps qui sont autant, sinon davantage, de nature psychosociale que physique. C'est le cas, par exemple, des personnes souffrant de trouble mental.

Notre présentation d'aujourd'hui se centre, justement, sur l'une des manifestations de ces changements, à savoir l'émergence de l'approche du rétablissement dans le domaine de la santé mentale. Le rétablissement est le noyau d'un paradigme nouveau pour la compréhension de la santé/maladie mentales et la pratique en cette matière.

À partir de la littérature scientifique existant à ce jour, nous : (a) présenterons différents éléments de définition du rétablissement; (b) identifierons certains facteurs qui facilitent le rétablissement et ceux qui y font obstacle; (c) discuterons sur quelques implications des informations précédentes pour la pratique psychosociale en cette matière – avec un intérêt particulier pour le service social; et (d) dégagerons des pistes de réflexion pertinentes pour l'intervention auprès de personnes présentant des problématiques autres que les troubles mentaux graves.

1) L'approche du rétablissement : origines et éléments de définition

En premier lieu, il faut préciser que les notions et approches fondées sur le rétablissement sont littéralement venues de la « base » : les instigateurs de ce mouvement n'ont pas été les professionnels, mais bien les usagers des services de santé mentale. De même, plusieurs études et écrits scientifiques en cette matière nous proviennent de chercheurs et intervenants qui ont eux-mêmes été aux prises avec la maladie mentale. Dans la littérature anglophone (surtout américaine), on nomme ces « experts-témoins » des « survivants ».

A fortiori, il faut souligner que la maladie mentale est une condition :

- qui est particulièrement stigmatisante et donc entraîne de multiples expériences sociales négatives, de même que l'intériorisation des stigmates;
- qui, outre l'impact des symptômes eux-mêmes, s'accompagne d'handicaps physiques et sociaux causés par les traitements (ex : effets iatrogéniques des psychotropes) et l'institutionnalisation psychiatrique;
- qui a été couramment considérée comme une affection chronique (donc porteuse de « non-espoir » chez la personne atteinte, ses proches et les intervenants).

En raison de ce qui précède, le cheminement des personnes atteintes de trouble mental grave est un processus existentiel ardu, souvent marqué par une faible estime de soi, l'isolement social et l'absence de soutien, des attentes réduites, des pratiques cliniques déshumanisantes et l'expérience de la coercition (Boone, 1996; Dallaire, McCubbin, Morin et Cohen, 2001; Deegan, 1997; McCubbin et Cohen, 1998).

Comme nous le verrons plus loin, les origines particulières de l'approche du rétablissement colorent les définitions ainsi que les orientations pratiques et éthiques de ceux qui la préconisent.

Éléments de définition

La notion de rétablissement dépasse les concepts traditionnels (et médicalement orientés) de traitement et de guérison : il s'agit d'un cheminement où la personne transcende ses handicaps fonctionnels et sociaux et modifie le sens de sa vie. L'objectif est que la personne soit capable de renouveler sa vision d'elle-même et de sa propre vie et qu'elle soit en mesure de remplir les rôles sociaux qu'elle désire remplir (en tant que parent, conjoint, travailleur, consommateur, citoyen, etc.) (Allott, Loganathan et Fulford, 2002; Provencher, 2002).

Le rétablissement n'est pas un concept clinique, parce qu'il reflète le point de vue de la personne plutôt que celui de l'intervenant. Il représente une rupture par rapport aux

approches centrées exclusivement sur le “traitement” et la cessation ou la diminution des symptômes. Le rétablissement est un *processus* – non pas un « état » ou un « résultat » – dans lequel l’existence de l’individu se transforme, tant concrètement que subjectivement.

Comme outil d’analyse, le rétablissement est un concept central en regard de la *phénoménologie* du handicap, c’est-à-dire l’étude des modes par lesquels le monde social est subjectivement vécu et interprété par les individus concernés (sur l’approche phénoménologique en général, voir Moran (2000); sur les applications contemporaines en santé mentale, voir Scheff, 1999). En ce sens, le rétablissement est une expérience que l’on tente d’analyser et de comprendre.

Plusieurs définitions du rétablissement ont été proposées dans la littérature. On peut cependant retenir celle qui a été formulée par Onken et ses collaborateurs (2002), selon lesquels le rétablissement est le produit d’une interaction dynamique entre :

- les caractéristiques de l’individu (le soi/la personne comme un tout, l’espoir/sentiment que les choses ont un sens et une raison),
- les caractéristiques de l’environnement (ressources matérielles de base, relations sociales, activités valorisantes, soutien des pairs, services formels, personnel des services formels),
- et les caractéristiques de l’échange (espoir, choix/empowerment, indépendance/interdépendance).

Les écrits indiquent que le rétablissement est un processus dans lequel la personne arrive à transcender une situation marquée par des atteintes physiques et/ou mentales, des limites fonctionnelles ou un handicap social (Provencher, 2002). Comme nous l’avons vu, même s’il s’agit d’une expérience vécue et interprétée au niveau individuel, ce processus suppose l’interaction entre des éléments relevant de la personne concernée et des facteurs provenant de l’environnement, auxquels s’ajoutent des éléments provenant des interventions professionnelles. À travers cette interaction, la personne en processus de rétablissement s’approprie (ou, plus justement, se réapproprie) graduellement le contrôle sur le *sens* de sa vie: ici, «sens» réfère à la fois à la *signification* qui lui est donnée et à la *direction* qu’elle prend — i.e., dans quelle mesure celle-ci se déroule suivant les objectifs fixés par la personne (Allott et al., 2002).

Rôles de l’inclusion sociale et de l’appropriation du pouvoir d’agir dans le rétablissement

Dans bien des cas, plusieurs des objectifs fixés par la personne concernent la participation sociale: la possibilité d’appartenir à des réseaux sociaux dans lesquels on assume des rôles et on se sent valorisé et appuyé, d’être membre d’une communauté, de s’impliquer comme travailleur, consommateur et citoyen (Billion, 1999; Castel, 1994; Onken et al., 2002). Alors que depuis les années ’60, l’approche

psychosociale qui a inspiré la communautarisation des services en santé mentale s'est centrée sur la «normalisation sociale» des usagers (notamment à travers le travail, le logement et les interactions avec autrui) et donc sur les mécanismes de régulation agissant dans les interactions quotidiennes et les réseaux (voir Carpentier et Ducharme, 2003), les écrits sur le rétablissement privilégient plutôt des notions évoquant une démarche *d'inclusion sociale*. Or les études qui s'appuient sur les récits des usagers font ressortir que l'importance de la nature des liens sociaux ne réside pas forcément dans leur normalité, mais en grande partie dans leur rôle pour l'amélioration de l'estime de soi (Deegan, 1993). De plus, outre leur impact sur le bien-être psychologique, la contribution des liens sociaux est aussi instrumentale: ils interviennent dans la capacité d'obtenir les ressources concrètes qui sont les prérequis de l'augmentation de l'estime de soi et, ultimement, du rétablissement (Allott et al., 2002).

Les liens sociaux [l'appartenance à des réseaux, les interactions quotidiennes] inhérents à l'inclusion sociale contribuent aussi à *l'appropriation du pouvoir* sur sa vie et sur son environnement. L'appropriation du pouvoir (*empowerment*) est un processus par lequel l'individu devient capable d'influencer l'aménagement et le cours de sa vie en prenant des décisions qui le concernent directement ou concernent la communauté où il vit (Gutiérrez, 1992; McCubbin, Cohen et Dallaire, 2003): à travers le processus de décision et d'action, ses connaissances et ses habiletés se construisent et par là, un sentiment de compétence (*self-efficacy*) se développe (Dallaire, McCubbin, Carpentier et Clément, sous presse; Nelson, Lord et Ochocka, 2001a; Nelson, Lord et Ochocka, 2001b).

La relation entre l'inclusion sociale et l'appropriation du pouvoir est dialectique: l'appropriation du pouvoir est facilitée par, et contribue à, l'inclusion sociale. Ces deux processus interreliés sont des éléments importants du rétablissement, comme le montrent les études fondées sur les expériences relatées par les usagers.

Notons toutefois que rien dans la littérature ne laisse croire qu'on peut considérer que le rétablissement est entièrement défini par l'appropriation du pouvoir et l'inclusion sociale. Ces dernières, tout en étant des dimensions importantes dans le processus de rétablissement, ne sont pas les seules dynamiques et facteurs en cause. Il est possible que d'autres déterminants importants soient aussi en action. En particulier, des variables relevant des approches cliniques plus traditionnelles peuvent avoir un rôle significatif (Mueser, Corrigan, Hilton et al., 2002). C'est pourquoi il demeure important de tenir compte d'indicateurs tels que la réduction des symptômes et l'amélioration des capacités fonctionnelles pour bien saisir les phénomènes en cause.

2. Facteurs facilitants et obstacles au rétablissement

Qu'est-ce qui facilite le rétablissement? Qu'est-ce qui lui fait obstacle? Les connaissances en cette matière sont encore limitées. On sait cependant que des facteurs tels que le réseau de soutien social (Ridgway, 2001) et l'implication d'une personne significative (parent, ami, intervenant) croyant dans le potentiel de la personne et par là, suscitant l'espoir chez celle-ci (Smith, 2000; Sullivan, 1994, Young

et Ensing, 1999) joueraient un rôle central dans le rétablissement.

En lien étroit avec le soutien de l'entourage, la littérature pointe aussi le développement de l'estime de soi, du sentiment d'efficacité et surtout de l'espoir, comme ingrédients du rétablissement (Bergeron-Leclerc et Cormier, 2005 [manuscrit], Landeen, 2000; President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003). L'inclusion sociale, notamment via la participation à des activités significatives telles que le travail, est également cruciale. Le travail est une expérience «normalisante» qui permet d'accroître le sentiment de compétence et d'estime de soi (Smith, 2000; Sullivan, 1994, Ridgway, 2001). Lorsqu'il est rémunéré, il apporte des revenus qui augmentent le sentiment de contrôle et d'indépendance, donc l'appropriation du pouvoir d'agir, chez l'individu (Smith, 2000).

Enfin, le soutien apporté par les intervenants, en particulier à travers le développement d'une relation de confiance et l'aide concrète pour la gestion de la vie quotidienne [en particulier l'apprentissage de stratégies d'adaptation (*coping skills*) afin de faire face aux symptômes les plus perturbants], est également important, en ce qu'il contribue lui aussi au développement d'un sentiment d'espoir (Sullivan, 1994), de même qu'à l'amorce d'un processus d'appropriation du pouvoir.

À l'opposé, certains facteurs font obstacle au rétablissement. Notamment, Smith (2000) a identifié (a) la stigmatisation (externe et intériorisée), (b) la persistance des symptômes malgré la prise de médicaments, ou encore les effets secondaires de ceux-ci, (c) le manque de ressources financières, (d) les problèmes d'accès aux services et (e) une vulnérabilité au stress, lequel exacerbe les manifestations psychotiques et entraîne parfois des réadmissions à l'hôpital.

On constate ainsi que le cheminement des personnes atteintes de trouble mentaux graves, qu'il évolue de manière positive ou négative, n'est pas influencé uniquement par les symptômes de la maladie ou les déficiences de l'individu, et que des facteurs environnementaux et certains aspects de l'intervention (en particulier, la nature et la qualité de la relation intervenant-usager) jouent également un rôle important.

3. Implications pour la pratique psychosociale

Les données empiriques disponibles montrent que les modèles d'intervention qui répondent aux *besoins psychosociaux* ont le potentiel de susciter l'espoir de se rétablir, et ultimement le rétablissement, chez les personnes aux prises avec la schizophrénie ou d'autres troubles mentaux graves (Andersen et al., 2003; Landeen, 2000; Nelson, Hall, Squire et al., 1992; Onken et al., 2002; Resnick et al., 2004; Yanos, 2000). L'aide au développement de stratégies d'adaptation (*coping skills*), les réseaux de soutien social et l'accès aux ressources financières, au logement, au travail et aux services sont à ce titre centraux (Dassori, Miller et Saldana, 1995; Hamera, Peterson, Young et al., 1992; Lieberman, Koreen, Chakos et al., 1996).

Mais dans le champ de la santé mentale, la recherche clinique jugée pertinente s'est souvent cantonnée dans l'analyse des services, excluant ainsi les processus d'aide issus de la pratique elle-même, lesquels ont un impact sur les voies par lesquelles les personnes se transforment et «grandissent» : variables relatives aux relations entre les personnes, stratégies d'apprentissage d'habiletés, techniques génératrices d'espoir, etc. (Anthony, 2003a). Selon Anthony (2003b), la recherche et la pratique devraient se recentrer sur *le rôle des processus interactionnels dans les programmes* et sur *les stratégies d'intervention centrées sur ces processus* [par ex.: collaboration intervenant-client dans l'établissement d'objectifs, enseignement d'habiletés, développement de plans de traitement et de réadaptation centrés sur la personne, «coaching»], plutôt que sur la structure des programmes.

Un tel changement des pratiques chez les intervenants nécessite une transformation en amont : à savoir un paradigme d'intervention dans lequel les usagers sont impliqués tant dans la conception que dans la prestation des services (voir McCubbin et Cohen, 1996). Concrètement, selon Weaver (1998), une telle approche pourrait prendre la forme suivante. Ainsi, l'intervenant :

- 1- ne tente plus de contrôler la vie de l'utilisateur ;
- 2- considère que son succès professionnel est tributaire du progrès de l'utilisateur dans son rétablissement;
- 3- écoute l'utilisateur, le croit et valorise ce qu'il a à dire;
- 4- ne traite pas l'utilisateur différemment des autres personnes;
- 5- a une connaissance approfondie du handicap de la personne et fait preuve de sympathie à cet égard;
- 6- ne laisse pas l'utilisateur devenir trop dépendant à son égard;
- 7- est conscient qu'il peut susciter l'espoir ou, au contraire, un sentiment d'impuissance chez l'utilisateur, et que l'une ou l'autre issue dépend des choix qu'il fait;
- 8- voit le potentiel de l'utilisateur;
- 9- agit comme un « coach » plutôt que comme une figure d'autorité;
- 10- ne percevra pas les échecs de l'utilisateur comme un signe de son propre échec comme professionnel, pas plus qu'il ne verra les succès de l'utilisateur comme des signes de rejet à son égard;
- 11- tiendra compte, avec sincérité et réalisme, des différents aspects spirituels, mentaux, émotionnels et physiques de la vie de l'utilisateur.

Comme l'ont souligné Allott et al. (2002) ainsi que la Commission de la santé mentale de la Nouvelle-Zélande (2001), un tel changement appelle des réformes non seulement dans les lieux de pratique, mais aussi dans les lieux d'enseignement: c'est-à-dire la transmission et le développement de compétences spécifiques à l'intervention centrée sur le rétablissement. Au

premier chef, de telles compétences supposent une compréhension de ce qu'est le rétablissement, incluant les dimensions d'inclusion sociale et d'appropriation du pouvoir d'agir, dont nous avons vu l'importance plus tôt. Elles supposent aussi que les usagers ainsi que leurs familles doivent, individuellement ou à travers leurs associations, être considérés comme parties prenantes – partenaires – des interventions psychosociales en cette matière. Un de nos projets de recherche en cours (McCubbin, Dallaire, Wallot et Nelson), poursuit justement ces objectifs de développement des connaissances et de partenariat : en montrant l'interaction entre différents facteurs dans les cheminements des usagers, notre étude vise à fournir un éclairage nouveau sur l'articulation entre une variété de soutiens et de ressources (institutionnels, communautaires, familiaux), dans le rétablissement des personnes ayant des troubles mentaux graves. En particulier, notre projet s'intéresse à l'interaction entre les processus d'appropriation du pouvoir d'agir, d'inclusion sociale et de rétablissement.*

Conclusion

Le rétablissement est donc le noyau d'un paradigme nouveau pour la pratique en santé mentale. Cependant, nous devinons que tout lecteur/auditoire aura perçu le potentiel et les implications de ce qui précède en ce qui concerne d'autres populations. Nous n'avons qu'à penser ici aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux personnes toxicomanes, aux enfants victimes de maltraitance, ou encore aux adultes ayant survécu à la maltraitance (par exemple, l'abus sexuel).

Ainsi, l'inclusion sociale, l'estime de soi, le sens de compétence, l'appropriation du pouvoir d'agir, le respect et l'équité dans les relations, l'écoute et le respect de la parole de l'autre et l'exercice de la citoyenneté (pour ne nommer que ceux-là) sont des principes et des réalités importants pour tous, comme ils sont (ou devraient être) centraux dans toute intervention psychosociale, en particulier de service social.

Plus fondamentalement, considérant la multiplicité des handicaps et épreuves vécues par nos concitoyens, la question suivante nous vient à l'esprit : de quoi se rétablit-on, au juste? Se rétablit-on uniquement ou essentiellement de la maladie mentale, de la toxicomanie, du handicap physique ou des pertes occasionnées par le vieillissement...? Se peut-il que l'on se rétablisse aussi, par exemple, de blessures de la vie ou encore de la malchance d'être né dans une position qui nous exclut du partage de la richesse et des autres ressources?

À bien des égards, ce sont les usagers eux-mêmes, par leurs expériences et ce qu'ils en ont à dire, qui peuvent nous aider à répondre à ces questions, comme aussi à développer des approches d'interventions favorables à leur rétablissement.

BIBLIOGRAPHIE

Allot, P., Loganathan L., & Fulford K.W.M. (2002). Discovering hope for recovery from a British perspective: A review of a selection of recovery literature, implications for practice and systems change. In Lurie, S., McCubbin, M., & Dallaire, B. (Eds.), *Innovation in Community Mental Health: International Perspectives/Innovations en santé mentale communautaire: Perspectives internationales* [numéro spécial]. *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 21(3), 13-33.

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586 -594.

Anthony, W. A. (2003a). Expanding the evidence base in an era of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(1), 1-2.

Anthony, W. A. (2003b). Studying Evidence-Based Processes, Not Practices. *Psychiatric Services*, 54(1), 7.

Bergeron-Leclerc, C. et Cormier, C. (2005) L'espoir comme ingrédient magique de l'intégration sociale des personnes ayant des troubles mentaux graves. *Manuscrit*.

Billion, P. (1999). À propos de la notion d'intégration. *Les Cahiers du Cérim*, 4, 3-24.

Boone, E. C. (1996). A qualitative investigation of the process of recovery in people experiencing schizophrenia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(5-B), 3402.

Carpentier, N., & Ducharme, F. (2003). Caregiver network transformation: The need for an integrated perspective. *Ageing and Society*, 23(4), 507-525.

Castel R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 9-27.

Dallaire, B., McCubbin, M., Morin, P., & Cohen, D. (2001) Civil commitment due to mental illness and dangerousness: The union of law and psychiatry within a treatment-control system (pp. 133-152). In J. Busfield (ed.), *Rethinking the Sociology of Mental Health*. Oxford: Blackwell.

Dallaire, B., McCubbin, M., Carpentier, N., & Clément, M. (sous presse). Representations of Elderly with Mental Health Problems Held by Psychosocial Practitioners from Community and Institutional Settings. In Dumont, S. et St-Onge, M. (Eds.), *Social Work in Health and Mental Health*. New York: Harwort.

Dassori, A. M., Miller, A. L., & Saldana, D. (1995). Schizophrenia among Hispanics: epidemiology, phenomenology, course, and outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 21(2), 303-312.

Deegan, P. E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled

mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31, 7-11.

Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11-24.

Gutiérrez, L.M. (1992). Information and referral services: The promise of empowerment. *Information and Referral*, 13, 1-18.

Hamera, E. K., Peterson, K. A., Young, L. M., & Schaumloffel, M. M. (1992). Symptom monitoring in schizophrenia: potential for enhancing self-care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(6), 324-330.

Landeen, J. L. (2000). Recovery in schizophrenia: Hope, self-efficacy, and illness intrusiveness. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(6-B), 2982.

Lieberman, J. A., Koreen, A. R., Chakos, M., Sheitman, B., Woerner, M., Alvir, J. M., et al. (1996). Factors influencing treatment response and outcome of first-episode schizophrenia: implications for understanding the pathophysiology of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl 9), 5-9.

McCubbin M., Cohen D., & Dallaire, B. (2003). *Obstacles à l'empowerment en travail social : Vers un changement professionnel dans les interventions en santé mentale. Série Travaux en cours, 30. Montréal : Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention. [En ligne].* www.grasp.umontreal.ca/documents/WP-Fr-30.pdf (Page consultée le 7/10/04).

McCubbin, M., & Cohen, D. (1998). Les droits des usagers de services en santé mentale: Le noeud étroit du pouvoir, de la loi et de l'éthique [the rights of mental health service users: the tight knot of power, law and ethics]. *Santé mentale au Québec*, 23, 212-224.

McCubbin, M., & Cohen, D. (1996). Extremely unbalanced: Interest divergence and power disparities between clients and psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 1-25.

Moran, D. (2000). *Introduction to phenomenology*. New York: Routledge.

Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., & Herz, M.I. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272-1284.

Nelson, G., Hall, G. B., Squire, D., & Walsh-Bowers, R. T. (1992). Psychiatric consumer/survivors quality of life : quantitative and qualitative perspectives. *Journal of Community Psychology*, 23, 215-233.

Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001a). *Shifting the paradigm in community mental health: Towards empowerment and community*. Toronto: University of Toronto Press.

Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001b). Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumers/survivors. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 125-142.

New Zealand Mental Health Commission (2001). Recovery competencies for New Zealand mental health workers. [En ligne].
http://www.mhc.govt.nz/publications/2001/Recovery_Competencies.pdf

Onken, S. J., Dumont, J. M., Ridgway, P., Dornan, D. H., & Ralph, R. O. (2002). Mental health recovery : What helps and what hinders ? A national research project for the development of recovery-facilitating system performance indicators: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.

President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America (DHHS Publication No. SMA-03-3832). Rockville, MD: President's New Freedom Commission on Mental Health.

Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : Perspectives théoriques. Santé mentale au Québec, 1, 35-64.

Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An Exploratory Analysis of Correlates of Recovery. Psychiatric Services, 55(5), 540-547.

Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. Psychiatric Rehabilitation Journal, 24(4), 335-343.

Scheff, T. (1999) Being mentally ill: A sociological theory. New York: de Gruyter.

Smith, M. K. (2000). Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study. Psychiatric Rehabilitation Journal, 24(2), 149-158.

Sullivan, W. P. (1994). A long and winding road : the process of recovery from severe mental illness. Innovation and Research, 3(3), 19-27.

Weaver, P. (1998). Recovery: Plain and simple. Keynote address to State Case Management Conference, Tulsa, Oklahoma, E.-U.

Yanos, P. T. (2000). Psychological predictors of recovery in community adjustment among individuals diagnosed with serious mental illness: A study of recipients of consumer-run and traditional mental health services. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60(8-B), 4262.

Young, S. L., Ensing, D. E., & Bullock, W.A. (1999). The Mental Health Recovery Measure. Toledo, OH: Department of Psychology, University of Toledo.

