

從精神疾病中痊癒

楊劍雲

(香港浸會大學社會工作系博士)

壹、痊癒願景(Vision of Recovery)

痊癒觀念在二十世紀八十年代末，由美國的自助組織首先提出，至九十年代才由專業團體所採納和進一步發展(Ramson, Healy, & Renouf, 2007)。在八十年代，有數名服務使用者出版了有關他們患精神疾病心路歷程的文章。從這些自我剖析的文章中可以看出，雖然他們患有嚴重精神疾病，但經過多年的努力，他們能使用多種方法，克服精神疾病所帶來種種的困擾，以致他們能過著一種有意義、有貢獻和滿足的生活。其中最廣為傳頌的是心理學家Deegan博士於一九八八年出版的個人經歷(Deegan, 1988)。她將其精神病患的經歷和另一位傷疾朋友的經歷作出分析和比較。Deegan在年輕時期患上精神分裂症，而她的朋友因意外造成身體癱瘓。她倆在患病初期被醫生告訴她們所患的疾病是無法治癒的，必須在其餘生渡過其殘疾人士的生活。她倆對醫生這樣之診斷感震驚，並曾因此陷入長期絕望之中。然而，經過痊癒過程，Deegan和她的朋友最終學懂如何積極面對疾病所帶來的困難，並最終能完成個人的理想和

目標。Deegan後來成為心理學家，而她的朋友成為輔導員，她倆都能過著有意義和滿足的生活。

受到這些服務使用者的痊癒歷程影響，美國波士頓大學的復康研究和訓練中心開始進一步發展有關精神疾病的痊癒觀念。在九十年代，中心總幹事Anthony博士開始倡導「痊癒願景」。根據痊癒願景，以前一直被視為長期患病和殘疾之精神病患者，在得到合適的支援，和消除環境上障礙之後，可以過著滿足和具貢獻的生活(Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002)。Anthony博士提出精神疾病雖未能治癒(cure)，但能痊癒(recover)，縱使患者仍受著疾病所帶來的限制(Anthony, 1993)。他所倡議的痊癒願景獲很多學者、復康機構和自助組織的支持。至今，痊癒觀念已被大部份西方國家所認同，在美國、英國和澳洲等國家，痊癒觀念已成為國家康復政策的內容之一(Ramson et al, 2007)。

貳、嚴重精神病患者的長期追蹤研究

事實上，有研究證據支持嚴重精神疾病是可以痊癒的。例如，在美國曾為269名精神病分裂症患者進行長達三十年

之追蹤研究(Harding, Brooks, Ashikage, Strauss, & Breier, 1987)。這些病患者曾長期居於精神科醫院，平均入住期超過六年。三十年跟進研究顯示，一半至三分二受訪者被評估為痊癒或明顯改善，近一半受訪者完全沒有任何精神病徵狀，近七成受訪者具備良好的自理能力。

近年，世界衛生組織(WHO)亦進行了一項國際性研究，涉及為數多達一千六百多名精神分裂症患者，進行長達十五至二十五年的長期追蹤研究。這些患者居住於十四個不同的文化社會。研究結果顯示超過一半(56%至60%)受訪者被評估為痊癒，而近一半受訪者沒有任何精神病徵狀(Harrison et al, 2001)。

Warner(2004)分析了八十五份有關精神分裂症的追蹤研究。這些研究由1919至1994年期間進行研究。分析結果顯示20%至25%被訪者達致完全痊癒，另外40%至45%被訪者達致部份痊癒。相似地，Calabrese和Corrigan(2005)分析了由1974至2001年所進行有關精神分裂症的追蹤研究。他們指出近一半被訪者被評估為痊癒或明顯改善。

參、痊癒觀念

雖然Anthony(1993)早於1990年代提出有關痊癒的觀念，學者和自助組織對痊癒的定義、服務內容和介入焦點有不同觀點(Rodger, Norell, Roll, & Dyck, 2007)。簡單而言，學者對痊癒的觀點可分成兩大派別：痊癒是一個結果、及痊癒是一個過程。

一、痊癒是一個結果(Recovery as outcome)

有些學者視痊癒是一個結果。他們指出精神疾病的痊癒不能單單侷限於治癒和消除精神疾病徵狀，而需要恢復其能力水平至病發前的水平、和建立良好的社會角色，包括在工作、家庭、人際等系統之角色。這派學者曾嘗試為痊癒訂定一些客觀準則(Libernab & Kopelowicz, 2005; Harrow, Grossman, Jobe, & Harbener, 2005)，但未被廣泛接受。

在「痊癒是一個結果」的成效研究，學者多採取以實證為基礎的治療(evidence-based practice)。在檢視眾多實證研究後，學者總結出下列治療有助精神病患者之痊癒：管理病患、家庭心理教育、輔助就業、堅定社區治療、濫藥和精神疾病患者之綜合治療法、和藥物治療(Drake et al, 2001)。

二、痊癒是一個過程(Recovery as process)

另外有些學者則強調痊癒是一個過程，而不是結果。他們認為在精神疾病痊癒過程中，最重要不是消滅精神病徵狀，或恢復至病發前的能力水平和社會角色，而是涉及患者在生活方式、感受、價值觀和自我觀念上作出改變，好讓患者能過著一種具希望和貢獻的生活。Anthony博士也將痊癒定義為個人主觀歷程：痊癒是一個十分個人和獨特的過程，過程中涉及改變個人的態度、價值、感受、目標、技能和角色。痊癒是一種生活方式，一種過著滿足、希望和具貢獻的生活，縱使這生活仍受著病患

所帶來的限制。痊癒涉及在個人生活中發展新的意義和目標，以克服精神疾病帶來災難性的影響，達致個人成長(Anthony, 1999, p. 15)。

強調痊癒是一個過程的學者，較多採納質性研究，以患者的個人經歷，整理出有關痊癒的理論和模式。他們的研究方向主要包括：探索階段性的痊癒模式，和探索促進痊癒的重要元素。

(一)痊癒的階段

Young和Ensing(1999)為最早期學者，去探索精神病痊癒歷程所經歷的階段。他們認為精神疾病患者的痊癒過程須經歷三個階段：初期、中期和後期階段。在初期階段，患者須接受患有精神疾病，和抱持痊癒的希望。此階段對很多患者來說是最困難的階段。在中期階段，患者須自我充權、為自己負起責任、嘗試掌控自己的生活，並須重新檢視和肯定自我，作多方面自我成長和能力提昇。在後期階段，患者致力改善生活素質、追求身心健康、保持心境平靜、提昇自尊、發展潛能，和完成所訂定之目標和理想。

Andersen、Oades和Caputi(2003)亦提出一個五個階段的痊癒模式。這五個階段依次為：退縮、醒覺、準備、重建和成長階段。在退縮階段，患者因精神疾病而經歷深切的失去和絕望，因而出現嚴重退縮行為。在醒覺階段，患者明白和相信縱使患病亦有可能過著有意義的生活，在內心燃起痊癒的盼望。在準備階段，患者探索在痊癒過程中，較容易處理的地方，並開始學習有關痊癒的知識和技巧。在重建階段，患者開始重新建立正面的自我，訂定有意義的個人

目標，為自己生活負責並願意作出改變。在成長階段，患者能過著充實和有意義的生活，有正面的自我，和能有效管理病情。

(二)促進痊癒的元素

雖然上述階段性痊癒模式能清楚描述患者的痊癒歷程，然而，有學者卻質疑有沒有一個單一和放諸四海皆準的痊癒階段模式。他們強調每名患者的痊癒過程都是獨特和與眾不同的(Anthony et al, 2003)。因此，有學者嘗試探索有助於痊癒的重要元素。

Ridway(2001)分析四個有關患者痊癒的個人敘述後，指出痊癒是一個複雜和非直線旅程，當中涉及一連串細小和具體行動，而不是個大躍進的經驗。痊癒也不是一條簡單向上的直線旅程，過程中患者或會倒退和從頭再開始。在痊癒旅程中，別人的支持和幫助是十分重要，尤其是這些支持對患者起著激勵作用。從患者痊癒敘述中得知，痊癒過程有下列特點和元素：從絕望中尋找到希望；從退縮到積極參與生活；從被動適應到積極應付；從認同精神疾病到正面的自我形象；及從失落、孤獨到具意義和目標的生活。

Davidson等人(2005)分析了多份有關患者痊癒的個人敘述後，發現以下元素有助患者的痊癒：別人的支持、重燃希望和承擔、重新建立自我、參與有意義活動、管理病徵、承擔責任和得著控制、克服歧視、及實踐公民角色。Davidson強調，在痊癒過程中，患者須接受疾病和重新定義自我，擺脫「精神病人」這身份，將自己看為有能力、貢獻、需要、權利和尊嚴的人。Davidson

提出下列元素有助患者重新定義和建立自我：發現個人的潛能、檢視個人優點及弱點、將個人能力付諸實行、及運用個人能力面對精神疾病和困境。

在「痊癒是一個過程」的成效研究中，痊癒評估表(Recovery Assessment Scale)是由Corrigan等人(1999)設計，用作評估精神病患者有關痊癒的觀念和態度，此量表已被廣泛應用。此外，Andersen等人(2006)根據這其痊癒階段模式設計出一個量表(Stage of Recovery Instrument)，以評估患者所處的痊癒階段。

另一方面，研究顯示自助和互助組織能促進精神病患者之痊癒，包括：提昇其盼望、自我效能和自我充權感，並促進社會融合、和減少精神疾病徵等(Segal, Silverman, & Temkin, 2010; Corrigan, Slopen, Gracia, Phelon, Keogh, & Keck, 2005)。研究亦顯示社會心理教育(psycho-education)亦能有效提昇精神病患者對精神病患的知識、改善服藥習慣、減少精神疾病徵、減少病發入院次數、和更有效應付精神疾病徵(Mueser et al, 2002)。然而，有關促進精神病患者痊癒的個案輔導工作的研究卻缺乏。

肆、促進精神病患者痊癒的個案輔導工作

在促進精神病患者痊癒的個案輔導工作方面，筆者認為Davidson等人(2005)的理論較可取，尤其欣賞這理論十分強調患者須在痊癒過程中重新建立正面的自我觀念，並詳細解釋如何協助患者建立這正面的自我觀念。這理論能對實際個案工作具指導作用，亦容易掌握和運

用，因而被筆者建議採用於個案工作中，以促進患者之痊癒。現將這理論解釋如下。

根據Davidson等人(2005)的研究和理論，有助患者痊癒的元素包括：

1. 他人的支持(being supported by others)

從痊癒敘述顯示，除了藥物之外，他人的支持是重要的痊癒元素之一。患者需要家人、朋友、專業人士和社區人士，提供不同的支援，包括：給予讚賞、支持、幫助和鼓勵。此外，從成功痊癒的人得到鼓勵，和從他們經驗中得到學習，對患者的痊癒亦有幫助。

2. 重燃希望和承擔(renewing hope and commitment)

希望為痊癒重要的元素之一。患者所建立的希望，首先必須相信他們有改善生活的可能，同時亦相信他們有能力去作出改善行動，最後是他們願意和渴望改變。具備這些元素的希望，才能推動患者以行動去改善生活。

3. 接受病患和重新定義自我(reevaluating self)

在痊癒過程中，患者須擺脫「精神病人」這身份，將自己看為有能力、貢獻、需要、權利和尊嚴的人，並將精神病患看為個人多方面的生活範疇之一。縱使仍然面對精神疾病的影響和限制，患者是有能力去發掘、選擇和追求個人認為有價值的目標。下列元素有助患者重新定義和建立自我：

- 發現個人的潛能；
- 檢視個人優點和弱點；
- 將個人能力付諸實行；
- 運用個人能力面對精神病和困境。

4.參與有意義活動(involved in meaningful activities)

透過參與有意義的活動，有助患者肯定自我價值，和建立人生方向。同時，透過這些活動，對所屬社群作出貢獻，被所屬社群所讚賞和接納，亦有助患者進一步提昇自我價值。

5.管理病徵(managing symptoms)

從痊癒敘述顯示，患者未必能完全消除精神病病徵，但能夠有效管理病徵。管理病徵的方法有多種，包括：藥物、輔導、復康服務、和應付策略等。從痊癒角度來說，患者是主動使用服務，過程中涉及患者去發掘、探討、選擇和積極參與所需的服務，而不是只被動地接受服務。

6.承擔責任和控制權(resume responsibility and control)

在痊癒過程中，患者須為自己痊癒而努力，別人難以代其完成痊癒，因此患者須要對其本身的痊癒承擔個人責任，掌控個人生活，改善其生活質素。此外，患者學習對其整個生命承擔責任時，能增強患者自我效能感，減少無助感。

7.克服歧視(overcoming stigma)

在社會上的歧視和壓力下，有些患者會接受和認同社會人士賦予他們的「精神疾病患者」的病人角色，影響他們的痊癒。因此，在痊癒過程，患者須發展有關抗禦力，抵抗社會上的歧視和壓力。

8.實踐公民角色(exercising citizen)

痊癒不單涉及患者使用社區服務和設施，亦涉及患者成為真正公民，行使作為公民的權利和義務，包括：參與選

舉投票、對社會事務提供意見和建議、保持地方整潔衛生、參與義工服務…等。

伍、個案研討

以下以筆者的真實個案，透過個案研討方式，介紹如何應用Davidson等人(2005)的理論，促進精神病患者的痊癒。由於篇幅所限，輔導內容和手法未能盡錄，只能作重點式描述。

一、轉介原因

案主覺得難以處理躁狂憂鬱情緒對她生活所造成的影響，並為此感到沮喪、無助和無希望。

二、接案評估

(一)背景資料

案主達大專程度，曾任職文職工作多年，後被升任行政主任，但因工作壓力太大，而開始患上精神病，被診斷為躁狂憂鬱症，現仍須定期覆診及接受藥物治療。案主一直是單身，現與姊姊同住一私人單位內。案主與姊姊關係欠佳，二人常因生活小事而互相指責，令案主情緒不隱。

(二)精神病徵狀評估

案主患有躁狂憂鬱症，有時會處於情緒高漲時期，有時則處於情緒低落時期。當案主處於情緒高漲時期，她會想完成很多計劃，如：尋找工作。但她所尋找工作，往往超越她實際工作能力。案主表示最困擾她的，是當她處於憂鬱時期。當案主處於憂鬱時期，她會有典型憂鬱徵狀：情緒低落、對事物失去興趣、食慾不振、身體疲倦乏力、投

訴身體不適、日間多躺臥在床上休息……等等。幸好，案主過往一直沒有自殺念頭。憂鬱期和情緒高漲期的長久時間不一，約維持數星期至數個月。接案前一兩年，案主曾多次入住精神科醫院接受治療，但每次住院個多月便可出院。

在接案初期，患者相信她的躁狂憂鬱症不會痊癒，她認為憂鬱情緒對她生活造成很大影響，令她情緒低落、不能工作、不能外出活動、不願接觸朋友等。她表示當處於憂鬱期時，她的人生被精神病控制著，她感到難以處理這些憂鬱情緒。同時，她對未來生活感灰暗，相信憂鬱週期會不斷出現，會持續地困擾她。她覺得難以處理和無法逃避這精神病，為此她感到沮喪、無助和無希望。

(三)介入目標

輔導員主要向案主提供個別輔導，透過Davidson等人(2005)有關痊癒的理論架構，協助案主痊癒。

(四)過程

1.建立合作式的關係和對案主的支持

輔導員與案主建立合作式的關係(collaborative working relationship)。在這合作式的工作關係下，輔導員並非扮演專家角色去診斷和治療案主的病徵病狀，而是重視案主本身的能力、優點、資源和責任去處理其疾病和困擾。輔導員樂意與案主分享有關的資訊、知識和資源，最後由案主自行決定合適的行動計劃。這工作關係能促進案主在痊癒過程中，承擔個人責任和控制權，藉此提昇自我效能感。案主讚賞與輔導員商談時，不覺得輔導員似輔導員，而是似一

位朋友，聆聽她的需要。

此外，輔導員對案主的關懷和支持是十分重要的。在輔導過程中，案主曾經歷數次躁狂憂鬱週期，而當案主憂鬱情緒嚴重時，她會食慾不振和身體感不適。在這些時期，工作的關懷和幫助十分重要，尤其是輔導員能陪同她往急症室，或提前複診，令案主得到適當的治療和幫助。這是案主最欣賞輔導員的幫助之一。

2.建立痊癒盼望

輔導員透過多種手法協助案主建立痊癒盼望。首先，輔導員運用正常化技巧(Normalize)，讓案主明白她所面對的困難並非獨特，也非特別嚴重，有很多她所認識的人，無論是否患有精神疾病，都要同樣面對相同或相類似的困難和壓力。這技巧能減少案主的孤單感，令她覺得所面對的困難並非如想像中那麼大問題。第二，透過案主皮膚病未能治療但病情有明顯改善這經驗，協助她開始相信她的病患，包括皮膚病和精神疾病，在適當治療下，都會改善，甚至痊癒。案主承認以前曾錯誤堅信她的皮膚病難以痊癒。輔導員藉此經驗協助案主對精神疾病痊癒建立正面信念。

第三，輔導員幫助案主從病發傷痛恢復過來。每當案主回想十年前病發時的慘痛遭遇，她都感到十分傷痛和憤怒。當時她被剛上任不久的上司解僱，遭解僱後不久便患上精神病。她常將精神病患歸咎於這上司的壓迫，這傷痛和憤怒會令案主的情緒更不穩定，尤其當她處於憂鬱期時。輔導員遂協助案主以較正面態度回顧這病發時遭遇。因案主是基督徒，輔導員便協助案主學習基督

教信仰有關生命的「得失」與「苦難」的教導，和協助她探討如何應用這些教導於個人經歷中。經多次商談後，她對那前上司的憤怒亦大大消減，並能從多年前病發時的慘痛遭遇恢復過來。這對她的痊癒過程起著激勵作用。

3. 接受病患和重新定義自我

根據Davidson的模式，輔導員透過以下手法協助案主重新定義和建立自我：發現個人的潛能、檢視個人優點及弱點、將個人能力付諸實行、及運用個人能力面對精神病和困境。

首先，輔導員透過比喻(metaphor)，幫助案主去接受與精神疾病共存(live with mental illness)，而不是抗拒精神疾病。輔導員建議案主將精神疾病看成另一個人，想像與人建立了一段盲婚啞嫁的婚姻關係，既然不能擺脫，倒不如嘗試接受「他」，學習與「他」和諧共存。輔導員再協助案主分析和比較對精神病的這兩種態度——共存和抗拒——的優點和弱點。案主表示過往難以控制其情緒週期的出現，抗拒這些情緒週期，使他對情緒週期有負面情緒，令她情緒更不穩和更差，他明白如能接受情緒週期的變化，學懂與精神疾病共存，便容易以正面態度面對情緒週期，生活得沒有那麼辛苦。

其次，輔導員協助案主檢視其個人優點和弱點。她表示對中國書法、手工藝和盆栽有興趣，她的書法優美和所栽種之小盆栽別具特色，常被人讚賞，因而她希望進一步發揮這潛能。她計劃報讀有關課程，以進一步發展這方面的興趣和能力。第三、輔導員協助案主回顧躁狂憂鬱週期對她的影響，和協助她訂

定可行和具體的計劃。案主明白她所訂定的計劃，如讀短期課程，必須配合其情緒週期，方可完成這些計劃。另外，在工作方面，她曾面試兼職文員一職，但最終覺得情緒欠穩定而放棄此工作。案主終決定申請有關兼職導師工作，並曾主動向不同機構和公司聯絡和求職。

最後，輔導員協助案主運用個人能力面對精神疾病。在輔導過程中，案主曾經歷數次憂鬱週期，在其中一次憂鬱週期，案主因食慾不振和身體感不適，而提前複診精神科。經主診醫生評估後，不建議案主入住醫院接受治療。在輔導員協助下，她學習到採取合適的方法面對這憂鬱期，包括：盡力維持日間活動，避免常睡在床上；按需要尋求親友協助案主提前複診；和由家人協助預備膳食等。後來，當案主捱過數星期後，她覺得憂鬱情緒好轉了，食慾也改善了，因而不需要入院接受治療。案主從是次經驗增強了自信和自我效能感——她相信縱使處於憂鬱期，她有能力處理和渡過這艱難時期。

藉以上經驗，案主不再像接案初期那麼擔心精神疾病不能痊癒，人生被精神疾病控制著，擔心一事無成，並為此感到沮喪、無助和無希望。在輔導後期，案主能建立自我效能感，發展其能力和應付方法，去處理精神疾病徵狀，和精神疾病對其生活造成之負面影響。

4. 提昇管理精神疾病徵狀能力

案主有良好的病悉感。她樂意定期複診和尋求治療，明白服食精神科藥物的重要性，亦願意按醫生的指示服藥。她會詢問主診醫生有關精神科藥物的作用和副作用，並會主動上網查考有關精

神科藥物的資料。她很小心留意其情緒徵狀，向醫生透露其病情，並和醫生商討應否調較藥物。

5.參與有意義活動

輔導員與案主檢視和重新編排其日常活動(re-schedule daily activities)，好讓案主過較充實的日間生活。案主表示會定期參與家庭活動，同時，也會相約朋友外出遊玩和參與教會聚會等。此外，她也培養一些興趣，如種植小盆栽、小手工、繪畫等，和參與短期興趣班。雖然有時因被情緒週期所影響，令案主未能參與以上活動，但她決意盡量參與所安排之活動，因她覺得參與以上閒暇活動和興趣班會令她開心些和減少憂鬱情緒。

6.承擔責任和得著控制

輔導員與案主建立合作式的關係，藉此促進案主對個人生活負責之態度。此外，輔導員運用問題處理模式(problem-solving model)協助案主處理日常生活問題。當案主遇到生活上問題，輔導員協助案主首先弄清楚問題焦點、再訂定合適的目標、發掘解決問題之不同方法、比較這些不同解決問題方法之優缺點、選取合適而可行的解決問題方法、和訂定執行解決問題方法之這行動計劃等。事實上，案主有良好的分析能力，很快便能掌握和運用這技巧。

7.實踐公民角色

近年，案主所住的大廈因爆水管水沉入屋，而令她家中的傢俱受破壞。她便聯同同樣受影響和損失之鄰舍一同向大廈管理公司追討賠償。因所索償金額不多，她們決定不聘請律師，嘗試事事親力親為，如搜集有關資料、訂定理

據、找公司評估損失、與其他鄰舍聯絡等。最終，她和鄰舍一方勝訴，並獲得大廈管理公司作出賠償，雖然賠償金額未如她所願，她為此經驗感到帶給她很有成功感和滿足感。輔導員在過程中向案主給予鼓勵，意見和讚賞。

8.克服歧視

對一些相熟朋友，案主表示會坦誠向他們透露患了情緒病。這些相熟朋友，主要是舊同事，知道案主患有精神疾病後，仍對案主十分友善和接納，並定期和她唱卡拉OK和娛樂，看待她如同一般人一樣。這些舊同事的接納，對案主的痊癒十分有幫助，也鼓勵她重拾與一般人接觸的信心。

(五)輔導工作的成效

輔導員能透過一年多的輔導工作，成功促進案主痊癒。首先，案主的精神狀況有明顯改善。雖然她所患的躁狂憂鬱症，並沒有徹底治癒，而她的情緒仍有起伏，但這些週期的起伏程度沒有以前那般嚴重。而她的入住精神科醫院的次數亦大大減少，由輔導前一兩年曾多次入醫院，到一年三個月的輔導期內，只有兩次入醫院。其次，案主能建立對痊癒的希望和信心、學習到應付精神病徵狀的方法和技巧。現在，她明白到縱使仍患躁狂憂鬱症，生活仍受情緒週期影響，她能適應這情緒週期，學懂調節自己的生活，令自己生活得開心些，並非像以前那樣，認為自己永遠受疾病影響而一事無成。現她有信心應付精神病，有能力調節自己生活，減少精神病對她生活的影響，從而過著她所喜歡的生活。更重要的是，她不再視自己只是精神病人，而是一個有價值的人，能定

期與親人和朋友保持合適的聯繫等，能過充實和有意義的生活，並能透過義務工作和協助鄰舍索償，對社會作出貢獻。

陸、結論

本文以個案研究的方式，探討以個案輔導工作方式，協助精神病患者痊癒。研究結果發現以Davidson等人(2005)的理論為基礎的輔導工作，能適用華人社會，並能有效促進精神病患者的痊癒，改變自我觀念。此外，基於這痊癒理論的相關輔導技巧亦作探討和介紹。然而，因是次個案研究只限於患有狂躁憂鬱症患者，因此探建議未來多作相關的研究，探討如何以個案輔導工作技巧，協助不同症狀的精神病患者痊癒。

(編輯室說明：因作者於香港地區求學、工作，故內文中部份用語與台灣常見不同)

參考資料

- Anthony, W. A., Roger, E. S., & Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal, 39*(2), 101-114.
- Andersen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery stage from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(5), 586-594.
- Andersen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stage of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(11-12), 972-980.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of mental health service system in 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation (2nd)*. Boston: Boston Psychiatric Centre Press.
- Anthony, W. A., Roger, E. S., & Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal, 39*(2), 101-114.
- Calabrese, D., & Corrigan, P. W. (2005). Beyond dementia praecox: Findings from long term follow up studies of schizophrenia. In R. O. Ralph, & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness* (pp.63-84). Washington DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P., Slopen, N., Gracia, G., Phelan, S., Keogh, C. R., & Keck, L. (2005). Some recovery processes in mutual help groups for persons with mental illness II: Qualitative analysis of participants interview. *Community Mental Health Journal, 41*(6), 721-735.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F.,

- Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal, 35*(3), 231-239.
- Davidson, L., Sells, D., Sangster, S., & O'Connell, M. (2005) Qualitative studies of recovery: what we can learn from the person? In R. O. Ralph, & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness* (pp.147-170). Washington DC: American Psychological Association.
- Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T., & Torrey, W. C. (2001). Implementing evidence based practice in routine mental health service settings. *Psychiatric Service, 52*(2), 179-182.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experienced of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 11-19.
- Harding, C. M., Brooks, G., Ashikage, T., Strauss, J., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of person with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry, 144*(6), 718-735.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., & Wanderling, J.(2001) Recovery from psychiatric illness: A 15 and 25 year international follow up study. *British Journal of Psychiatry, 178*, 506-517.
- Harrow, M., Grossman, L. S., Jobe, T. H., & Harbener, E. S. (2005). Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin, 31*(3), 723-734.
- Libernab, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: A criterion-based definition. In R. O. Ralph, & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness* (pp.101-129). Washington DC: American Psychological Association.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., & Ginerich, S. (2002). Illness management and recovery: a review of search. *Psychiatric Service, 53*, 1272-1284.
- Ramson, S., Healy, B., & Renouf, N. (2007). Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry, 53*(2), 108-122.
- Ridway, R. (2001). Restorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(4), 335-343.
- Rodgers, M. L., Norell, D. M., Roll, J. M., & Dyck, D. G. (2007). An overview of mental health recovery. *Primary Psychiatry, 14*(12), 76-85.
- Segal, S., Silverman, C. J., & Temkin, T.

- (2010). Self-help and community mental health agency: A recovery-focused randomized controlled trial. *Psychiatric Service*, 61(9), 905-910.
- Warner, R. (2004). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy* (3rd). New York: Brunner-Routledge.
- Young, S. L., & Ensing D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.