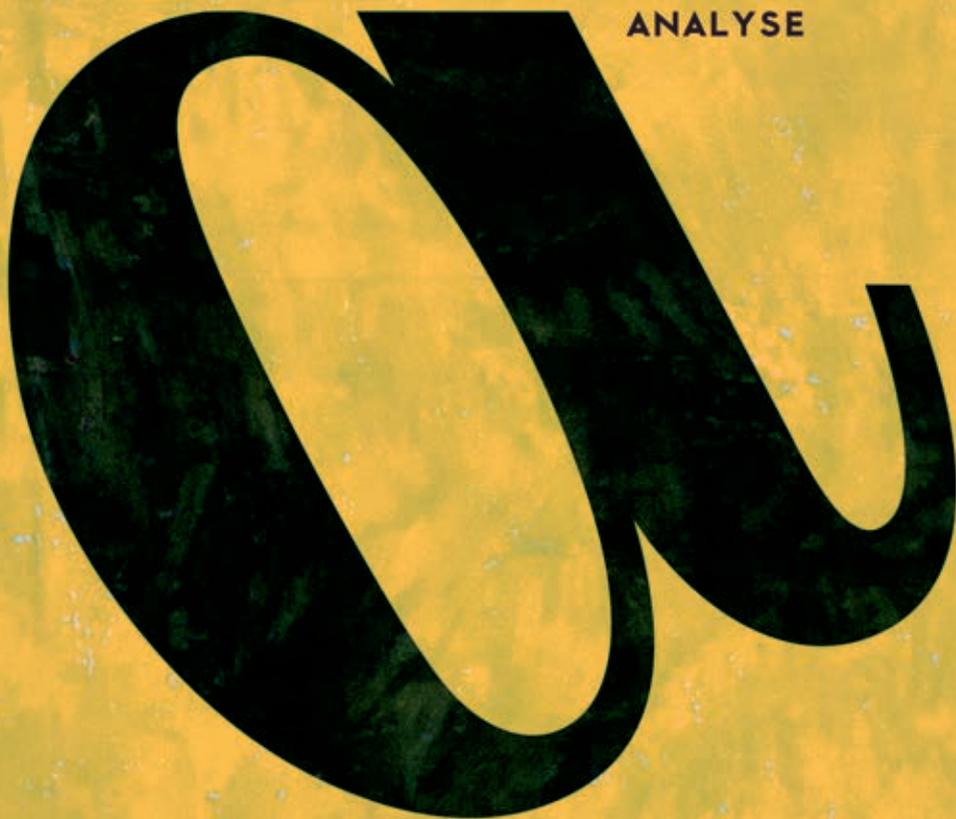


**AU-DELÀ DES VIOLENCES
PSYCHIATRIQUES:
POUR UNE POLITIQUE
DE CONFLUENCES ET DE DISSENSUS**

ELENI ALEVANTI

ANALYSE



Les exemples de violences psychiatriques sont nombreux mais rarement reconnus en tant que tels. Plus encore, les personnes psychiatisées, survivantes d'abus répétés, doivent à présent faire face à des nouvelles formes de négligence de la part des services de soins en santé mentale. Afin de sortir de l'impasse du fait social total de la psychiatrie et des identités fixes qui en émanent, nous proposons de partir des savoirs expérientiels et mouvements des personnes psychiatisées pour élaborer une politique de confluences et de dissensus vers des espaces hétérogènes de solidarités.



DE LA COMPASSION CRUELLE À LA NÉGLIGENCE

Des partisans de l'antipsychiatrie aux mouvements d'usagers et des personnes psychiatisées¹, les discours critiques de la psychiatrie en soulignent depuis toujours les abus répétés. Les exemples sont nombreux : la lobotomie – qui a valu à son auteur un prix Nobel – la stérilisation, l'institutionnalisation à vie et les électrochocs au cerveau pour en citer certains, sont tous des pratiques communes des cent dernières années. Tous ces traitements étaient répandus, légaux, célébrés et considérés comme des avancées scientifiques modernes furieusement soutenues. Plusieurs de ces abus se pratiquent encore aujourd'hui. Ils sont commis dans l'esprit du bien-être et en tant que tels, restent quasiment inattaquables. Les individus qui les subissent, eux, se sentent souvent lésés.

Toutefois, la dénonciation de ces abus psychiatriques ne doit pas éclipser la nécessité de fournir des espaces de soins². Bien que le refus de la psychiatrie et de ses formes éminemment oppressives soit séducteur, il est possible qu'une nouvelle phase de résistance en psychiatrie se dessine : le combat contre les abus en devient un contre la négligence³.

Malgré l'expansion des catégorisations psychiatriques qui pathologisent des situations humaines complexes, une « psychiatisation » plus marquée n'est pas si évidente et reste souvent masquée. Il est vrai que les taux d'hospitalisations sous contraintes sont en hausse⁴ et que les diagnostics psychiatriques sont de plus en plus répandus, mais les accès aux structures de soins sont infiniment plus complexes. Actuellement, il est difficile d'obtenir de l'aide en hôpital ou ailleurs, surtout pour des soins dit « volontaires ». Parfois, les professionnels en santé mentale estiment que la seule façon d'assurer un service est de recourir à la loi de la mise en observation⁵. De plus, il est difficile d'obtenir des rendez-vous chez des psychiatres ou d'être

1 Tout au long de ce travail, les termes « usager » ou « survivant » ainsi que « personne psychiatisée » font référence aux personnes ayant une expérience vécue face aux soignants du milieu de la psychiatrie. Il n'existe pas de langage unique qui soit universellement acceptable pour ce groupe hétérogène de personnes et chaque terme a son utilité et ses problèmes. En général, ces termes seront principalement utilisés car ils sont issus des mouvements des usagers et/ou survivants de la psychiatrie et ce aussi pour éviter des représentations purement médicales de leurs vécus.

2 Sedwick Peter, *PsychoPolitics: Laing, Foucault, Goffman, Szasz and the Future of Mass Psychiatry*. Unkant Publishers, London, 1982.

3 Spandler Helen. « From Psychiatric Abuse to Psychiatric Neglect? » *Asylum magazine*, 23(2), 7-8, 2016.

4 Le nombre de mises en observation en Belgique a augmenté de 39.2% entre 2011 et 2020 (SPF Santé Publique).

5 La Mise en Observation apparaît dans la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Cette mesure est une restriction provisoire de la liberté d'un individu en vue d'une hospitalisation. Elle peut être prise à l'égard d'une personne, et ce pour autant que trois conditions soient remplies : i. La personne doit être reconnue « malade mentale » ; ii. Elle doit mettre en péril sa propre santé et sa sécurité ou celle d'autrui ; iii. Aucun autre traitement ne peut être envisageable.

éligible pour une prise en charge par des services en santé mentale (sauf en privé selon les revenus). Porter un risque imminent, c'est-à-dire être un danger pour soi-même ou pour les autres, reste la manière la plus directe d'accéder aux soins actuels.

Au-delà des abus et en réponse aux nouvelles formes de négligence, nous proposons ici de réfléchir à une politique de confluence et de dissensus pour aller à l'encontre du monologue de la psychiatrie et de ses structures établies. Réviser les mécanismes oppressifs, dont le passé abusif et la négligence actuelle, sur base des savoirs expérientiels des personnes psychiatisées, permettrait de construire des engagements multiples et des espaces de solidarités. Nous proposons à cette fin, après avoir ressaisi le fait psychiatrique dans quelques-unes de ses dimensions critiques les plus essentielles (comme fait social total comme forme disciplinaire et biopolitique), d'envisager comment cette expérience singulière des survivant-e-s ouvre à de nouveaux agencements possibles des composantes premières de la psychiatrie : ses sujets, ses institutions, ses intervenant-e-s et les « politiques du soin » susceptibles de les agir.

LE POUVOIR PSYCHIATRIQUE : UN FAIT SOCIAL TOTAL

L'institution psychiatrique, pouvoir pastoral de base, fut représentée auparavant surtout par ses formes asilaires⁶. À présent, elle se propage sous des configurations contemporaines de contrôle et une biopolitique⁷ réifiée. Le but est de normaliser la conduite des individus par un soin continu et ainsi assurer leur obéissance. L'État moderne et ses structures psychiatriques deviennent donc des espaces dans lesquels les individus doivent s'intégrer, se conformer et obéir au nom du bien-être.

Par conséquent, trop s'écarter d'une norme formulée risque d'être considéré comme « anormal ». D'un côté, le biopouvoir et la biopolitique s'incarnent dans les soins médicaux et la normalisation sous-jacente des comportements que la médecine considère acceptables. De l'autre, l'expansion des dites « psychopathologies » fait élargir et proliférer le champ de « l'anormal ». Cela explique peut-être le nombre croissant de personnes étiquetées d'une maladie mentale⁸. La psychiatrie moderne renforce ainsi les instruments disciplinaires à travers des mécanismes qui responsabilisent

6 Foucault Michel, *Sécurité, Territoire, Population : Cours au Collège de France, 1977-1978*, Seuil, Paris, 2004.

7 La biopolitique et le biopouvoir sont des néologismes de Michel Foucault qui désignent les formes d'exercice de pouvoir sur des êtres vivants. Si le biopouvoir s'exerce sur l'individu, la biopolitique s'étend à toute la population. Foucault Michel, *La Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France, 1978-1979*, Seuil, Paris, 2004.

8 World Health Organisation, *World mental health: transforming mental health for all*. Geneva, WHO, 2020.

l'individu. Celui-ci doit désormais prendre en charge sa propre vie. À travers cette optique, des notions comme le choix, l'autodétermination et l'indépendance deviennent centrales dans les services de soins en santé mentale et en constituent des thèmes fréquents⁹.

Les techniques biopolitiques sont davantage légitimées par le savoir dit « expert » : les professionnels de santé deviennent les principaux véhicules du biopouvoir. Bien que les sociétés biopolitiques soient manifestement violentes, elles tentent d'exclure l'usage de cette violence, ou du moins de la cacher. En conséquence, la violence est filtrée, modérée et difficile à discerner car elle reçoit une légitimité scientifique (médicale dans ce cas) pour être compatible avec les objectifs d'une société biopolitique.

Ainsi, la « compassion cruelle » pousse à désigner des individus comme des « malades mentaux » qui ont besoin d'aide tout en leur retirant leur agentivité et en les marginalisant¹⁰. En même temps, la menace d'une hospitalisation forcée est un outil quotidien de coercition. La psychiatrie et ses modèles dominants contribuent donc massivement au déploiement de la biopolitique contemporaine. En tant que telle, la psychiatrie peut être pensée comme un fait social total.

Un fait social représente une vaste tapisserie de normes, d'hypothèses ainsi que d'institutions sociales et économiques, qui transcendent tout individu et organisation pour devenir des « états d'esprit collectifs¹¹ ». Ce fait social contraint la façon dont nous pensons et/ou agissons et devient, tout simplement, la façon dont les choses sont faites. Cela ne signifie pas qu'il n'y ait jamais d'innovation ou de tentative de réparation du système. Des développements sont toujours en cours vers des idées innovantes et des approches créatives. Cependant, la plupart des innovations ont lieu dans le cadre d'hypothèses, de croyances et de valeurs émanant de ce « fait social ».

Le fait social psychiatrique situe les « fous » comme des « autres », comme *objets* de soin plutôt que comme *sujets* protagonistes de leur propre histoire (en fonction de leurs moyens). Pour qu'une personne parvienne à sortir d'une situation de précarité, elle nécessite certains éléments clés qui lui permettraient de mener sa vie. Trop souvent la protection juridique contre la violence, l'accès à la justice, l'aide financière, la liberté de travailler ou la possibilité de créer des liens sociaux riches, sont des conditions d'existence

9 Morgan Alistair, Felton, Anne, Fulford, Bill, Kalathil Jayasree et Stacey Gemma, *Values and Ethics in Mental Health: An Exploration for Practice*. London, Palgrave, 2016.

10 Szasz Thomas. *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanisation of Man*. London, Calder and Boyers, 1973.

11 Durkheim Emile, *Les règles de la méthode sociologique* (16 ed.) Quebec, UQAC, Œuvre originale publiée en 1894.

prises pour acquises. La difficulté est que l'accès à une vie sociale active est parsemé d'embûches, qui sont à la fois des contraintes organisationnelles et systémiques, mais plus encore des enjeux liés à la pathologisation et à la stigmatisation. Qui plus est, la responsabilité de ces enjeux sociétaux, politiques ou économiques, incombe de plus en plus aux individus eux-mêmes, ce qui freine davantage les possibilités de reconnaître les problématiques sociales contribuant à cet état de fait¹².

L'innovation et les nouvelles approches en psychiatrie ne manquent pas. Toujours en état de développement, la psychiatrie est mise à l'œuvre dans le cadre actuel de réformes en santé mentale. Cependant, ces réformes se confrontent au cadre psychiatrique, qui est à la base nuisible. Ainsi, toute nouvelle approche fructueuse au sein de ce cadre contribue à augmenter l'efficacité d'un système nuisible¹³. En d'autres termes, un système qui répond aux besoins d'usagers crée en fait ses usagers¹⁴. La façon dont le système de santé mentale est mis en place est basée sur la conviction qu'il y a des problèmes ou des symptômes à traiter plutôt que des personnes et leurs milieux¹⁵. Les problématiques sont donc traitées de manière institutionnelle et programmatique.

S'ensuit une « violence symbolique » par l'imposition de systèmes de significations qui légitiment et donc solidifient les structures d'inégalités¹⁶. Le modèle médical reconnaît des « patients » à travers les symptômes qu'ils présentent, ce qui limite considérablement les opportunités d'aborder d'autres lectures possibles de l'individu. Bien que cela puisse s'avérer libérateur pour certains qui s'identifient auxdits symptômes¹⁷, pour d'autres une telle approche est considérée comme réductionniste et nuisible¹⁸. Les « fous » deviennent ainsi les usagers et les clients de l'institution psychiatrique pendant que leurs histoires, leurs contextes, leurs souhaits s'avèrent sans importance. Plus encore, sortir du système actuel rendrait l'institution obsolète, ce qui rend donc cette sortie quasiment impossible. Sans compter

12 Spandler Helen, Anderson Jill et Sapey Bob, *Madness, Distress and the Politics of Disablement*. Bristol, Policy Press, 2015.

13 Klein Richard, «What is Health and How Do You Get It?» in Metz M. Jonathan et Kirkland Anna (dir.), *Against Health: How Health Became the New Morality*. New York, New York University Press, 2010.

14 Au-delà du milieu de la psychiatrie, cette logique paradoxale est au centre de toute action sociale et/ou culturelle contemporaine ce qui la rend éminemment problématique.

15 Pilgrim David, *Key Concepts in Mental Health* (2 ed.) London, Sage, 2009.

16 Wacquant Loïc, «Pierre Bourdieu» in Stones Rob (dir.), *Key Sociological Thinkers*, London, MacMillian Press Ltd, 1998.

17 Callard Felicity, «Psychiatric diagnosis: the indispensability of ambivalence», *Journal of Medical Ethics*, 40:526-530, 2014.

18 Read John, Mosher R. Loren et Bentall Richard, *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*, Hove, Brunner-Routledge, 2004.

que cela supposerait une éradication de mécanismes de coercition ou de contrôle physique, psychologique ou social¹⁹.

Cela ne veut pas dire que les intentions des professionnels ne sont pas centrées sur la création de soutien et de soin. Simplement, l'argument est que ces intentions ne sont pas suffisantes. La santé et la santé mentale sont désormais des commodités; elles prennent tous les aspects d'une industrie qui crée de la richesse à partir d'un besoin²⁰. Remarquer et dénoncer les courants de pouvoir ne signifie pas que les individus concernés sont malveillants. Il n'est pas facile de naviguer dans l'interface entre les significations ou les récits individuels et les actions collectives. Cependant, le pari est que c'est dans ces interfaces que d'autres manières d'appartenir au monde peuvent émerger.

POUR UNE POLITIQUE DE CONFLUENCE ET DE DISSENSUS

La psychiatrie se révèle à travers ses pratiques de surveillance et de contrôle, ses disciplines professionnelles et ses savoirs « psy » pathologisants, ses politiques et ses lois médico-légales de coercition et de contrainte. Plus encore, toutes ces formes de domination profondément biaisées au sein d'un fait social total ont des implications importantes car non seulement elles sont établies, mais en plus elles définissent aussi la manière dont le système psychiatrique se réforme et se développe. Les exemples de réformes et restructurations de la psychiatrie à travers le monde portées notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé sont nombreux et proposent des modèles de « soins intégrés, centrés sur la personne dans son milieu de vie, au sein de son tissu social d'origine²¹ ».

Profondément ancrés dans l'histoire de la psychiatrie, ces processus de réformes et de développements apparaissent à première vue comme du progrès. Cependant, ce progrès est plutôt une (re)production des mêmes résultats. Les réformes en psychiatrie, depuis les structures pastorales et asilaires psychiatriques d'antan vers les soins communautaires biopolitiques d'aujourd'hui, infiltrent et envahissent à présent le quotidien. La dépendance à l'égard du personnage médical psychiatrique demeure et son (re) positionnement en tant qu'expert par le biais d'une « altérité » est toujours d'actualité. Les personnes psychiatisées continuent d'être une cible explicite

19 Morgan, *et al. Ibid.*

20 Metzler et Kirkland, *Ibid.*; Cederström Carl et Spicer André, *The Wellness Syndrome*, Cambridge, Polity Press, 2015.

21 En application depuis 2010 partout en Belgique, la réforme des soins en santé mentale, connue sous le nom de la « Réforme 107 » s'agit d'un article de loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins. Elle permet de réallouer une partie des moyens existants dans les hôpitaux pour les réorienter vers une nouvelle forme de prise en charge dans le milieu de vie du patient.

de cette « altérité » et nous constatons toujours le refus d'un soin soutenant de la part des pouvoirs dominants. La violence quant à elle reste présente, celle-ci se voyant maintenant cachée par le biais du contrôle social.

Cependant, une telle critique ne va pas nécessairement à l'encontre de toute possibilité. Son objectif n'est pas d'identifier des interprétations de manière fixe et simplifiée. Au contraire, il s'agit plutôt de comprendre comment les processus de différenciation et les systèmes de domination sont liés et interagissent, comment ils sont produits, reproduits et, ainsi, comment ils résistent aux changements.

Dès lors, nous proposons une approche de confluence et de dissensus. Par confluence, nous proposons d'aller au-delà des analyses basées sur des aspects établis d'identités, tels que les catégories de « travailleur » et « d'usager » ou de « psychiatrie » et de « maladie mentale » ou finalement « d'oppression » et de « privilège ». À travers une « analyse de confluence²² », nous proposons de considérer les effets oppressifs du système psychiatrique sans séparer ou différencier les identités et les mécanismes qui le constituent. Par conséquent, nous entendons que toute différence peut/doit être considérée comme imbriquée et faisant partie d'un processus fluide et complexe : toute position est donc divergence et ainsi complice face au système. Dès lors, une position qui se veut « anti » psychiatrique est tout aussi problématique car elle repose sur une différenciation : elle ne peut exister qu'en tant qu'antithèse au système psychiatrique et ne peut exister par elle-même.

Toutefois, une analyse de confluence permet aussi d'imaginer une multitude de positions et de perspectives, dont des possibilités uniques de transgression en deçà, à travers et au-delà l'encapsulation d'un système totalisé. Il s'agit ici d'une pratique dialogique vers des dissensus cohérents pour construire un sens commun et un soin soutenant, c'est-à-dire une reconnaissance de la diversité des perspectives (tant du côté des professionnels que des usagers) ainsi que les manières de les agencer. Par conséquent, ces espaces de dissensus permettent d'autres possibles sans supprimer les différentes perspectives. Toutefois, ces dernières se positionnent à l'encontre du monologue de la structure établie du discours psychiatrique. Ces processus confluents autorisent les différences et leurs possibilités, sans réponses directes mais plutôt vers des questions qui troublent, ébranlant ainsi les modèles établis et fermés.

Les discours antinomiques des « professionnels » et « usagers » de services en santé mentale sont construits à travers leurs identités opposées et, par

22 Joseph Ameil, « Beyond Intersectionalities of Identity or Interlocking Analyses of Difference: Confluence and the Problematic of "Anti"- oppression. » *Intersectionalities*, 4(1):15-39, 2015.

conséquent, maintiennent l'absence d'issue dans les pratiques du soin. Les professionnels deviennent inévitablement complices d'un système oppressif dans les interventions que les personnes psychiatriquées jugent nuisibles. De la part des professionnels, le fait d'assumer cette responsabilité abusive entraîne aussi des conséquences, comme la perte d'identité personnelle et l'impuissance face aux pratiques systémiques et aux hiérarchies de pouvoir établies²³. Ainsi, les relations sont plus complexes que simplement oppositionnelles, avec des cycles émergents de « traumas réciproques ». De tels complexités et processus relationnels entre personnes psychiatriquées et professionnels doivent être considérés avec attention afin de comprendre la méfiance, la violence et la coercition²⁴.

« L'expertise », « l'intuition », « les bonnes intentions » et « la bienfaisance » sont des arguments communs des professionnels. Ces arguments leur permettent de poursuivre leurs pratiques malgré le fait qu'elles soient régulièrement contestées²⁵. Cependant, à partir des savoirs expérientiels des personnes psychiatriquées, d'autres notions existent et elles ne se contentent pas de fournir une aide par le biais d'une interprétation professionnelle. C'est un mouvement vers un soin « aidant », établi et assigné par un sens commun depuis l'expérience de la personne concernée. Il ne s'agit pas d'aliéner les travailleur·euse·s qui pourraient se sentir critiqué·e·s et qui, par conséquent, risquent d'adopter une position défensive. Les professionnel·le·s ne doivent pas renoncer à leur expérience, mais c'est bien depuis les besoins des usager·e·s et leurs expressions de soutien qu'une offre de soin devrait être encadrée²⁶.

NAVIGUER ENTRE TENSIONS ET SOLIDARITÉS

Les abus répétés subis par les personnes psychiatriquées et survivantes du système psychiatrique sont historiquement nombreux et continuent d'être pratiqués aujourd'hui. Le domaine de la psychiatrie a tragiquement échoué à les reconnaître, et ce en raison des déséquilibres de pouvoir établis. Aujourd'hui, réviser ce passé peut constituer une étape importante dans la création d'un avenir plus viable. Accepter les préjugés psychiatriques, c'est discerner les relations systémiques, discrètes mais dommageables, c'est

23 McKeown Mick et Foley Paul, « Reducing physical restraint: an employment relations perspective », *Journal of Mental Health Nursing*, 35(1):12-15, 2015.

24 McKeown Mick et Spandler Helen, « Exploring the Case for Truth and Reconciliation in Mental Health Services », *Mental Health Review*, 22(2):83-94, 2017.

25 Read et al., *Ibid.*

26 McKeown et Spandler, *Ibid.*

reconnaitre l'injustice épistémique en psychiatrie²⁷, c'est condamner la violence répandue et les violations répétées des droits humains²⁸.

L'expansion de la discipline psychiatrique renforce ces pratiques et poursuit la propagation de la négligence. Conséquemment, ces formes d'injustices continuent d'être produites, par lesquelles les savoirs expérientiels sont systématiquement refusés²⁹. Les lignes directrices des soins en santé mentale actuelles ne reconnaissent pas toujours les mouvements des survivant-e-s ou historicisent leurs fondements sous un voile de neutralité pour ainsi les disqualifier, voire les coopter. Nous proposons d'examiner ces « savoirs expérientiels », ceux-ci confluant au système psychiatrique, mais aussi différents de celui-ci, pour ainsi proposer des perspectives pratiques vers des espaces de dissensus dans le milieu du soin.

Les mouvements des usager-e-s et des survivant-e-s de la psychiatrie ne sont pas homogènes. Certain-e-s croient en l'abolition de la psychiatrie et considèrent toute réduction des services psychiatriques comme un pas en avant dans la lutte pour la libération. D'autres exigent des services psychiatriques plus nombreux et/ou de meilleure qualité. Cependant, la plupart s'accordent sur leur exigence de soutiens plus compréhensifs et insistent pour créer des véritables alternatives au système actuel.

D'autres tendances existent aussi au sein de politiques plus radicales, comme la tendance « mad ». Celle-ci est influencée par l'antipsychiatrie, le mouvement Mad Pride ainsi que d'autres luttes basées sur les politiques d'identité, notamment l'afro-féminisme³⁰. Par ailleurs, la tendance « psychopolitique » est influencée par le 'welfarisme' et le néomarxisme, qui se veut réformiste et qui défend l'État et les aides sociales, celles-ci étant de plus en plus difficiles à obtenir³¹. D'autres tendances existent aussi, notamment celles de résistance aux programmes politiques dominants promouvant le rétablissement³² ou les tendances incitant un activisme basé sur les droits, contre la psychiatrie forcée³³.

27 Ce concept développé par Miranda Fricker définit l'injustice épistémique comme ce qui se produit quand un individu ou un groupe sont empêchés ou déniés de produire, d'être reconnu ou de transmettre un savoir.

Fricker Miranda, *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford, Oxford University Press, 2007.

28 Russo Jasna et Shulkes Debra. «What we talk about when we talk about disability: Making sense of debates in the European user/survivor movement» in Spandler, et al., *Ibid*.

29 McKeown et Spandler, 2017, *Ibid*.

30 LeFrançois A. Brenda, Menzies Robert et Reaume Geoffrey, *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Toronto, Canadian Scholars' Press Inc, 2013.

31 Sedgwick, *Ibid*.

32 Notamment portées par le collectif d'usagers : Recovery In the Bin, <https://recoveryinthebin.org/>.

33 Par exemple du collectif World Network of Users and Survivors of Psychiatry.

Bien que ces tendances existent avec leurs différences, une analyse de confluence et une pratique de dissensus permettent de travailler ces différences pour créer des espaces de tensions et de solidarités comme fondements d'une action politique. D'un côté, nous retrouvons le circuit fermé d'une identité politique « folle » avec pour seule référence l'oppression psychiatrique. De l'autre, ce sont les services de santé mentale qui sont défendus, souvent d'une position dénuée de critique et plutôt réformiste. Cependant, c'est à travers un engagement d'emblée multiple qu'une résistance contre la machine psychiatrique devient possible. Pointer les différences et les tensions de ces tendances pourrait permettre de respecter leurs raisons d'être pour ainsi ouvrir le champ vers des espaces de solidarités. D'ailleurs, ces espaces peuvent s'informer et s'enrichir mutuellement vers d'autres pratiques. Un engagement pragmatique pourrait permettre d'autres possibles, d'autres formes de soutien et de compassion, que ce soient le soutien via les pairs³⁴, les réseaux pour des alternatives ou les communautés thérapeutiques³⁵; vers des possibles qui promettent des nouvelles sources de solidarité, celles-ci tout aussi sous tension et hétérogènes.



34 Minkowitz Tina, «Advancing the Rights of Users and Survivors of Psychiatry using the UN Convention on the Rights of People with Disabilities», in Spandler, et al., *Ibid.*

35 LeFrancois et al., *Ibid.*