



HAL
open science

Schizophrénie et rétablissement : analyse phénoménologique d'un cas de retrait positif

Tudi Gozé, Gaël Galliot

► **To cite this version:**

Tudi Gozé, Gaël Galliot. Schizophrénie et rétablissement : analyse phénoménologique d'un cas de retrait positif. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2021, 179 (5), pp.401-408. 10.1016/j.amp.2020.09.006 . hal-03404787

HAL Id: hal-03404787

<https://hal.science/hal-03404787>

Submitted on 24 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Article original

Schizophrénie et rétablissement : analyse phénoménologique d'un cas de retrait positif

Schizophrenia and recovery: A phenomenological analysis of positive withdrawal

Gaël Galliot ^a, Tudi Gozé ^{b,c} *

a) Service de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU de Toulouse

b) Service de Psychiatrie, Psychothérapies et Art-thérapie, CHU de Toulouse

c) Équipe de Recherche sur les Rationalités Philosophiques et les Savoirs (EA 3015), Université de Toulouse Jean Jaurès

* auteur correspondant : Dr Tudi Gozé, Unité de Soins Ambulatoires, UF5, Service de Psychiatrie, Psychothérapie et Art-thérapie, Pavillon Senac, Hôpital Purpan, Place du Dr Baylac, TSA 40031 – 31059 Toulouse Cedex 9, France

Email : t.goze@hotmail.fr

Tél. : 06 68 38 66 74

Texte reçu le 23 mars 2020 ; accepté le 31 août 2020

Résumé

Le paradigme du rétablissement émerge en santé mentale depuis une trentaine d'années, il devient aujourd'hui central dans les pratiques psychiatriques. Le rétablissement expérientiel d'une personne désigne un processus singulier, subjectif et dynamique de réappropriation d'une vie satisfaisante en s'appuyant sur ses forces, ses valeurs, et sur l'expérience de la maladie psychiatrique. Ce concept a entraîné un changement de regard des acteurs en santé mentale sur la manière de comprendre l'expérience vécue des personnes vivant avec une schizophrénie. Nous proposons dans cet article l'analyse phénoménologique d'une situation clinique de retrait positif. Ce phénomène a été mis en lumière par les travaux anthropologiques de Corin et Lauzon au Québec. Il désigne une forme choisie de retrait social et relationnel, permettant à la personne avec une schizophrénie de rétablir des liens dans une distance contrôlée et sécurisante. Dès lors, il s'agit de proposer une perspective radicalement différente de ce que la sémiologie psychiatrique désigne par symptômes négatifs, apragmatisme et isolement social à partir d'une perspective en première personne. Dans cet article s'appuyant sur une situation clinique, nous proposons d'éclairer les agencements et négociations permanents opérés par le patient s'agissant de son espace vécu, de son rapport à

autrui et de son expérience du temps. Nous montrerons qu'au travers de la tension dialectique entre proximité et distance avec le monde partagé, le patient redécouvre et se réapproprie une subjectivité propre, alors que celle-ci vient réciproquement autoriser le réinvestissement progressif du monde commun et des exigences sociales. Nous examinerons aussi la construction de ses croyances ésotériques et mystiques dont le syncrétisme délirant soutient le processus de rétablissement social et personnel. L'analyse nous a conduits à examiner les paradoxes des formes de rétablissement engagées par les personnes vivant avec une schizophrénie. L'approche phénoménologique en psychiatrie invite le clinicien à porter une attention aux agencements concrets de la vie quotidienne de ces personnes en deçà des catégorisations du normal et du pathologique.

Mots clés : Phénoménologie ; Rétablissement ; Retrait positif ; Schizophrénie ; Symptôme négatif

Abstract

Objectives. – The recovery paradigm has emerged in mental health over the last thirty years, referring to the subjective and dynamic process by which a person achieves a satisfying life, relying on his/her strengths, his/her values, and the very experience of his/her psychiatric illness. The understanding of the experience of people living with schizophrenia and engaged in a path of recovery is undermined by an objective and categorical psychiatric approach, targeting symptoms and deficits to be compensated. We propose a phenomenological approach to a clinical situation of positive withdrawal, as developed by Corin and Lauzon, as a form of recovery for the schizophrenic subject, in order to shed light on the first-person experience of what psychiatric semiology refers to as negative symptoms, apragmatism and social withdrawal.

Method. – We develop the single case of Sam, 39 years old man who has been treated for schizophrenia for about 10 years. He talks about his "spiritual schizophrenia" which has in the past generated a demon above his head guiding his aggressive behaviors. Since he was discharged from hospital three years ago, Sam has become an "ordinary person" again, according to him. His daily routine is ritualized by a weekly activity at the day hospital, daily nursing visits at home, television, and visits from two friends on weekends. He explains that he needs peace and quiet around him and like to be aware of his neighbourhood and village lives and events. He listens to his spiritual guides and his gift of clairvoyance which predicted him more happiness from his forties onwards by getting a job and by a love encounter. We

propose a phenomenological analysis of his experience of recovery and positive withdrawal. Results: Sam's embodied experience was previously characterized by a confusion between the intentional and sensitive flesh (*Leib*) and the objectified body (*Körper*), disembodied and materialized as if on the outside by a demon on top of his head. Today, it seems to be re-articulated in a dialectic harmony between *Leib* and *Körper*. Sam inhabits his body in an embodied life, as an interface between himself, his history and the world. His relationship to space is characterized by the paradox of an opening to the shared world by keeping a distance from others. Sam gets punctually and cyclically involved in selected spaces that do not require any intimate social commitment, and stays on the lookout, from his home, for events in his neighborhood, his village, and world news. The Others participate in his distant integration into the community: his link with the mayor of the village validates his identity as a fully-fledged citizen, his family regularly invoked in his self-narrative is kept at a distance by monthly digital contacts, the neighbor's daily life must not be disturbed under penalty of divine punishment, etc. Sam claims a necessity of calm both inside and outside, as a support for a controlled intersubjectivity allowing the reconstruction of the self. Finally, the patient's temporality is structured by patience. A slow-now allows him to synchronize private and public paces. His esoteric beliefs give meaning to the cyclical repetition of events; his spiritual guides direct his life trajectory, promising him professional and relational dynamism from the age of forty. *Conclusion.* – A phenomenological approach as close as possible to the subjective experience of the person living with schizophrenia has made it possible to break loose from the social withdrawal symptom pointed out by psychiatric semiology. Positive withdrawal, as an active positioning of the subject both inside and outside the society, illustrates a process of recovery from the illness. By supporting an identity reconstruction through a dialectical tension between proximity and distance with the Other and the world, positive withdrawal reveals the importance of considering the paradoxical shape of recovery processes. It invites clinicians to free oneself from normative interventions motivated by a restrictive psychiatric empiricism.

Keywords: Negative symptom; Phenomenology; Positive withdrawal; Recovery; Schizophrenia

1. Introduction

Parallèlement à l'émergence des pratiques de réhabilitation portées par une approche bio-psycho-sociale de la maladie mentale, la littérature psychiatrique a largement documenté l'évolution pronostique favorable d'une majorité de personnes vivant avec un trouble du spectre de la schizophrénie (TSS) [38]. En rupture avec le paradigme de la dégénérescence inéluctable des psychoses, l'actualité clinique et de la recherche en santé mentale s'est concentrée depuis une trentaine d'années sur le paradigme innovant du rétablissement (*recovery*). Ce dernier renvoie au processus individuel de reconstruction identitaire d'une personne souffrant d'une pathologie mentale chronique, en s'appuyant sur ses propres forces et valeurs, et à partir de son expérience singulière de la maladie [17]. Le rétablissement dit « expérientiel » [24] ne renvoie pas nécessairement à une rémission symptomatique ni à un objectif à atteindre avec le patient à l'aide d'une compliance thérapeutique, mais bien à un processus dynamique de mieux-être progressif que le patient est en mesure d'exprimer et d'assumer par et pour lui-même. Si de multiples modélisations issues de l'expérience clinique et de témoignages d'usagers ont tenté de dessiner le processus de rétablissement de la personne ayant fait l'expérience de la schizophrénie [1, 9, 20], aucun consensus n'existe à ce jour sur la conceptualisation du rétablissement en psychiatrie, demeurant une expérience fondamentalement personnelle. Pour autant, des composantes invariantes émergent de ces multiples approches : l'espoir en une vie en dehors de la maladie, la nécessité de soutien par un tiers, la lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale, le réinvestissement d'activités signifiantes pour la personne, la redéfinition de ses valeurs et d'un sentiment accru de soi. Aussi, les médicaments psychotropes, le suivi psychothérapeutique, les outils de réhabilitation psychosociale, les structures de soins communautaires deviennent autant de moyens à la disposition de la personne malade pour impulser, soutenir et accompagner les étapes de son parcours de rétablissement [10]. Le soin ne peut donc plus être pensé comme cause du rétablissement, dont les déterminants sont multiples, mais peut se proposer d'offrir les conditions de possibilité de celui-ci [13].

Si ces différentes tentatives d'opérationnalisation du rétablissement ont permis de rendre visible la possibilité d'une vie avec et au-delà de la maladie mentale, trop peu d'études compréhensives se sont intéressées à la description de l'expérience de rétablissement telle que vécue en première personne. Selon Leonhardt et al., la pierre angulaire du processus de rétablissement est la mise en récit par le sujet de son expérience vécue, un « faire-sens » que doit soutenir et accompagner le soignant dans une relation thérapeutique compréhensive et non paternaliste [19]. La mise en récit de l'expérience se confronte souvent à des obstacles tels que la stigmatisation, les troubles métacognitifs, ou encore le discours médical normatif

des soignants. De plus, l'impact des symptômes dits négatifs de la schizophrénie (anhédonie, apragmatisme, avolition, retrait social) sur le fonctionnement quotidien du patient et leurs difficultés de prise en charge [11, 28] semblent freiner la possibilité de mise en sens orientée vers le rétablissement. Le paradigme du rétablissement engage donc le clinicien à un renouvellement de sa pratique à l'aune d'une normativité à chaque fois singulière, dont il se doit de comprendre et de soutenir l'expression [25]. Ainsi, le retrait social, classiquement associé aux symptômes déficitaires de la maladie, a pu être repensé comme un mode de lien social minimal mais actif. Dans le présent article, nous proposons une analyse phénoménologique du retrait comme stratégie existentielle de rétablissement. Ce phénomène, appelé *retrait positif*, a été documenté dans les années quatre-vingt-dix par les travaux anthropologiques d'Ellen Corin et collaborateurs. Nous proposons ici une revue de la littérature thématique qui sera discutée dans notre deuxième partie, au regard d'une situation clinique détaillée selon une méthode phénoménologique.

2. Le retrait positif, revue de la littérature

Corin et al. se sont attachés à la description de l'expérience quotidienne des personnes avec un TSS et des facteurs qui peuvent influencer la réhospitalisation. Pour cela, ils ont développé une étude comparative entre trois groupes de patients schizophrènes classés selon leur fréquence de réadmission à l'hôpital à Montréal et ont mené une méthodologie mixte, à la fois anthropologique et phénoménologique [5]. Cette méthodologie inductive a permis de mettre en évidence que le groupe de patients très fréquemment hospitalisés et le groupe non réhospitalisé présentaient tous deux une forme d'isolement social. Cependant, si le premier groupe en souffrait, exprimant un vécu d'abandon et de rejet ainsi qu'un attachement particulier aux valeurs normatives pour favoriser une intégration sociale précaire, les sujets les moins réhospitalisés élaboraient, eux, un quotidien en marge de la société, une position active de détachement sans vécu d'exclusion, entretenant des liens interpersonnels ponctuels et une distance avec les normes sociétales [6]. Souvent mis en sens et cultivé par des références religieuses réappropriées, ce mouvement de retrait positif permettait une vie à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la société. Ce comportement de retrait protecteur a été conceptualisé comme retrait positif (*positive withdrawal*). C'est une position de détachement et non d'exclusion mise en œuvre par les personnes schizophrènes non réhospitalisées, un détachement qui n'est « jamais absolu et toujours compensé par des éléments “de relation” » [7] et qui leur assure une intégration mesurée dans la société, sur une marge autogérée. Corin

explique : « D'une manière générale, le retrait est décrit comme permettant à la personne de trouver une paix intérieure, de dénouer les choses avec soi-même ; dans la solitude, la personne est livrée à elle-même, est autorisée à progresser à son propre rythme, prend le temps d'appivoiser les choses, d'avancer lentement, de penser » [8].

Avec une approche phénoménologique de l'expérience en première personne, Stanghellini et Ballerini [39] ont mis en avant la valorisation par les personnes vivant avec un TSS du détachement et d'un sentiment de différence par rapport aux autres, avec un rejet des relations intimes, sources de perte d'identité. La revue de la littérature récente de Seeman [37] a étudié les bénéfices trouvés dans la recherche de solitude des personnes schizophrènes et a présenté le retrait social sous l'angle d'un choix délibéré, notamment pour se créer un espace individuel spirituel et de créativité, loin des exigences et des responsabilités sociales. Nilsson et al. [23] ont documenté la nécessité de temps seul pour se ressourcer avant de réinvestir le monde partagé, et l'importance d'activités sociales sélectionnées et organisées. Kukla et al. [18] ont émis l'hypothèse que l'intensification du réseau social de la personne schizophrène survient secondairement dans son processus de rétablissement, après une période d'amélioration fonctionnelle et d'appréciation subjective de son mieux-être. La distance sociale assurée par le retrait positif permettrait ainsi un réapprentissage progressif du lien à soi et au monde reconstruisant les possibilités et conditions de socialisation du sujet. Aussi, Sass [33] a mis en garde sur le risque de confusion entre « intersubjectif » et « interpersonnel » : l'objectif thérapeutique d'encourager et d'accroître les relations interpersonnelles du sujet schizophrène néglige la dimension intersubjective, fondamentalement altérée dans la psychose, par laquelle son expérience est partageable avec autrui. Le retrait positif apparaîtrait alors comme une tentative de ré-ancrage de la personne dans une intersubjectivité *a minima*, en mesure d'autoriser des interactions sociales bénéfiques car contrôlées. Herning [15] a mené une analyse phénoménologique d'inspiration lévinassienne du retrait positif qui est pensé comme une forme de domestication de l'Autre, par un investissement social « à distance » et des interactions prévisibles ; le patient « positivement en retrait » préservant ainsi l'expérience de se sentir chez lui dans le monde « par lui-même », au détriment de se sentir chez lui dans le monde « avec les Autres ».

Si la phénoménologie psychiatrique s'est historiquement intéressée au trouble générateur de la schizophrénie, défini comme « perte du contact vital avec la réalité » [22] ou comme « perte de l'évidence naturelle » [3] ou encore, dans les conceptions plus contemporaines, comme « Self Disorder » [26], elle a paradoxalement laissé peu de place et d'intérêt pour l'évolution de la pathologie et l'expérience vécue des personnes affectées au

long cours. L'intérêt porté à l'étude de la conscience délirante ou à l'hébéphrénie a peut-être occulté l'accès à la compréhension de la personne schizophrène en rétablissement. De ce point de vue, Hamm et al. [14] ont suggéré que l'approche du trouble générateur par la phénoménologie ignorait les périodes d'amélioration de la schizophrénie et contribuait difficilement à l'éclairage du modèle de rétablissement. Selon nous, le concept de retrait positif peut situer un point de convergence entre le paradigme de rétablissement et la compréhension phénoménologique du vécu schizophrénique. C'est pourquoi il est apparu utile d'illustrer ce concept par le cas de Sam dont l'analyse clinique nous permettra d'éclairer un mouvement de rétablissement sous la forme du retrait positif.

3. Cas clinique

Une approche phénoménologique a été choisie pour explorer le vécu en première-personne et se décaler de l'analyse empirique sémiologique et psychopathologique classique qui pose comme allant-de-soi la distinction du normal et du pathologique. Le patient a donné son consentement pour la participation à cette étude, et toutes données de nom et de lieux relatifs à sa personne ont été anonymisées. Après une brève présentation de l'histoire clinique et de vie de Sam, nous aborderons point par point son rapport au corps et à l'espace, sa relation à l'Autre et au temps, avant de discuter les implications cliniques et thérapeutiques d'une telle compréhension de sa dynamique de rétablissement.

Sam est un homme de 39 ans, célibataire, suivi pour une schizophrénie depuis une dizaine d'années. Son parcours dans le soin en santé mentale est marqué par quelques années d'itinérance pathologique au travers de l'Europe, suivies de multiples hospitalisations en unité psychiatrique ouverte et fermée à l'occasion de passages à l'acte hétéro-agressifs impulsés par des idées délirantes érotomaniaques et de persécution. Depuis sa dernière hospitalisation il y a trois ans, Sam s'inscrit de manière volontaire et engagée dans un suivi ambulatoire mensuel au centre médico-psychologique (CMP) et dans un atelier hebdomadaire à l'hôpital de jour psychiatrique. Il remercie aujourd'hui son traitement antipsychotique actuel (olanzapine) de l'aider à contrôler « les voix dans sa tête », de manière aussi efficace que le mantra qu'il avait appris lors d'un séjour passé dans une secte conseillée par sa mère après l'émergence psychotique.

Le patient décrit sa représentation de la maladie psychotique comme une « schizophrénie spirituelle », soit une « entité dans [sa] tête » apparue à l'occasion de consommations de cannabis ou d'usage de sorcellerie, et source d'hallucinations acoustico-

verbales envahissantes. Cette entité aurait généré un « démon au-dessus de [sa] tête » qui l'aurait rendu insupportable aux yeux d'autrui et aurait conduit aux actes préjudiciables à l'origine de ses hospitalisations. Un système de croyances régit ses comportements et ses attentes pour l'avenir : ce sont des guides spirituels avec qui il communique, des révélations obtenues par son don de voyance et stimulées par la prise de cannabis, des prédictions réalisées par des voyants sélectionnés qui garantissent selon lui sa protection (attribution de l'Allocation Adulte Handicapé, chance d'avoir un toit et de la nourriture). Ce système syncrétique s'ordonne selon des croyances issues de sa religion plurielle, à la fois chrétienne, bouddhiste et musulmane. Ses guides spirituels exigent alors de lui le respect des normes sociétales (comme « ne pas se mêler de la vie de ses voisins »), et lui prédisent que le bonheur surviendra brusquement, avec le travail et l'amour, à ses quarante ans.

Actuellement, Sam habite seul en maison indépendante, dans un village du sud de la France. Son quotidien est décrit par lui-même comme ritualisé au domicile, autour des réseaux sociaux sur l'ordinateur le matin (pour observer les publications de sa famille et de ses amis éloignés), du ménage domestique l'après-midi jusqu'au passage des infirmiers, du journal télévisé et météo le soir. La semaine est rythmée par quelques sorties hebdomadaires pour les courses, l'atelier sport-adapté de l'hôpital de jour et le weekend chez un couple d'amis. Son tissu social se résume à deux amis proches, aux « connaissances » de l'hôpital de jour, à ses voisins qu'il choisit de « ne pas harceler » et à sa fratrie avec qui il entretient un contact essentiellement téléphonique ou informatique mensuel. La mère du patient, très présente dans son discours, est décrite comme une cartomancienne au caractère intransigent mais néanmoins soutenante lors des décompensations psychotiques passées. Elle demeure toutefois tenue à l'écart de son quotidien depuis plusieurs années, suite à une dispute.

Sam explique être redevenu « Monsieur-tout-le-monde » depuis sa sortie d'hospitalisation, grâce à une régression du démon au-dessus de sa tête, lui permettant d'apparaître « à nouveau normal » aux yeux d'autrui. Il affirme avoir besoin de ses espaces de solitude et de calme quotidiens, au moins jusqu'à l'alignement des énergies positives en sa faveur pour le conduire à la rencontre sentimentale prédite et à l'emploi.

Du point de vue médical, l'examen sémiologique met en évidence une présentation discordante faite d'une hypermimie et d'une tonicité nerveuse, tant dans sa posture que dans la forme de son discours haché et brusque. La symptomatologie psychotique négative prédomine dans le tableau clinique avec un isolement social caractérisé par la limitation progressive des relations interpersonnelles et des activités extérieures au cours des dernières années, en l'absence de répercussion sur la stabilité thymique du patient. Une

symptomatologie délirante à thématique mystique et ésotérique semble enkystée depuis plusieurs années, faisant écho à un héritage culturel et maternel, et n'impactant pas son fonctionnement quotidien. Aucun élément de désorganisation du cours de la pensée ni du comportement n'a pu être mis en évidence.

4. Analyse phénoménologique

4.1. Corporéité

Quand Sam fait le récit de son passé, il explique que le « démon au-dessus de sa tête » déterminait à la fois le mode d'apparition de son corps à autrui et ses conduites délictueuses. Si Husserl propose de distinguer classiquement le *Leib* et le *Körper* comme le rapport toujours dialectique de l'être et de l'avoir un corps, il semble que pour Sam les deux versants du *Leibkörper* eussent été en quelque sorte confondus et coïncidents, en témoigne l'extériorisation dans ce démon surplombant. Qu'est-ce à dire ? Tout se passe comme si sa corporéité, comme chair intentionnelle et sensible (*Leib*) et le corps chosique et visible de la relation (*Körper*) se confondaient et s'extériorisaient pour s'objectiver au sein d'une entité apparente aux yeux de tous, sur sa tête. Par ailleurs, il est notable que ce démon est vécu comme une entité dictatrice d'intentionnalités agissantes sur et par le corps de Sam. Alors même que la dimension la plus basique de soi (le Minimal-self selon la terminologie de Sass et Parnas [32]) se situe ordinairement dans l'intériorité invisible et infigurable du *Leib* [21, 30], il semble bien que pour Sam l'agent de ses actes ait été vécu comme à l'extérieur de l'enveloppe empirique de son corps, et ait agi sur lui à la manière du malin génie de Descartes. « Vous m'auriez vu à l'époque, vous ne m'auriez pas reconnu ! » s'est-il exclamé : selon lui, nous n'aurions pas vu le Sam actuel mais un corps défiguré et en proie au démon totipotent.

Au moment de notre rencontre, le discours de Sam sur sa corporéité s'organise et s'actualise d'une manière différente. En effet, Sam est devenu « Monsieur-tout-le-monde », à tel point qu'il s'est demandé si les habitants de son village « sont au courant de [sa] maladie alors que ça ne se voit plus ». Sa « schizophrénie spirituelle » est redéfinie comme une entité à l'intérieur (invisible) de sa tête, ce qui lui permet d'expérimenter une sensation de « normalité » par rapport à autrui et de mieux-être par rapport à sa pathologie. Aussi, les échanges avec Sam ont été énergiquement ponctués par son corps tonique et expressif : il occupait l'espace de la pièce avec une démarche lourde et saccadée, faisait des gestes amples et vifs, écarquillait les yeux ou fronçait les sourcils dans une grimace caricaturale bien que

congruente à ses propos. Au travers de cette chorégraphie évocatrice et ce monologue mouvementé, il nous transmettait son histoire de vie dans la maladie jusqu'à ce jour. Son attitude d'expectative en tension patiente vers la promesse du bonheur et du travail à venir s'exprimait au travers d'un corps dynamique, support même de sa narration. Le corps devenait « situation » du dire sans écart, collé ou fixé au sens exprimé, et pour nous, distordu et bizarre. Son instabilité motrice, son expressivité burlesque et la rigidité perceptible de sa démarche — probables stigmates conjoints de la maladie psychotique et des traitements neuroleptiques — ont traduit la réappropriation progressive d'un corps habité, à la fois ouvert au monde relationnel, et historicisé en faisant vivre les mouvements de son passé et de ses directions futures. Tout en intégrant des limites différenciant soi et autrui, la corporéité de Sam vient exprimer « le vivre incarné » de Richir [29], « l'excès sur le corps dans le corps lui-même » : si le patient a pu être un « corps inanimé » (au sens platonicien) car « mû du dehors » par son démon, il travaille aujourd'hui à une remise en tension de la dialectique du *Leib* et du *Körper* à même d'élaborer un corps vivant comme interface narrative entre lui, autrui et le monde.

4.2. Spatialité

Lors de l'entrée dans la psychose, Sam a présenté une errance de plusieurs années à travers le continent ; instabilité que l'on peut mettre en lien avec une impossibilité pour lui à habiter aucun espace propre, aucun chez-soi (*Heimat*), hanté qu'il était lui-même par le démon. On pourrait penser que cette itinérance passée a désormais laissé place à une forme d'inertie et de repli. Les différents lieux fréquentés aujourd'hui restent extrêmement limités et stéréotypés. Ils sont très superficiellement investis sur le plan affectif : hôpital de jour, CMP, courses, etc. La diminution de l'espace effectivement exploré par le patient pourrait s'expliquer par une forme de retrait et une nécessité d'une ritualisation du quotidien avec des repères spatiaux et humains prédéfinis et stables afin de pallier la vulnérabilité psychotique. Pourtant, son retrait est activement occupé à se mettre en lien avec son entourage. Il occupe ses matinées à se connecter sur les réseaux sociaux pour suivre les actualités de sa famille et de ses amis, fait attention régulièrement aux e-mails relayant les événements du village et s'intéresse au journal télévisé pour suivre « ce qui se passe dans le monde ». De la sorte, Sam investit à sa manière le monde qui l'entoure, le suit de près, à distance. Comme s'il s'agissait d'une manière d'y *être* sans y participer. Cela traduit selon nous un investissement véritable, bien que paradoxal, de son lieu de vie. D'un espace géographique ouvert et sans limite, où il

était partout et nulle part à la fois, il parvient désormais à fixer un ici habitable et vivant. Par ces activités ponctuelles et ritualisées, Sam semble créer une distance *mesurée* avec le monde tout en l'investissant activement : la réduction de l'espace géographique effectivement intégré dans le quotidien du patient est contrastée par cette disposition à s'ouvrir en permanence au monde extérieur, à des lieux différents et à des possibilités sans cesse renouvelées d'extension de son espace vécu.

L'expérience de la panne de son scooter, décrit comme moyen de locomotion privilégié, illustre bien cette dynamique d'ouverture. Alors que ce véhicule était rarement utilisé par Sam, qui se déplaçait peu en dehors de la place du village, l'immobilisation du véhicule a produit en lui un sentiment de détresse et de « handicap ». Ne pouvant se déplacer dans un ailleurs, il se sentait alors bloqué et contraint. Ici ce n'est pas la finalité (l'objet) du déplacement qui importe mais bien la possibilité même de se déplacer. Si Sam reste effectivement isolé, il entretient une ouverture potentielle (virtuelle ou possible), il laisse de l'« ouvert » (pour reprendre Maldiney [40]), une ligne de fuite, au lieu même de sa réclusion. Sam poursuit son itinérance nomadique, non plus par des voyages réels, mais par cette modalité d'ouverture possible qui permet une existence dans différents espaces, paradoxalement virtuels mais réels.

De même, son projet d'obtention du permis de conduire et d'une voiture est un autre exemple de ce paradoxe. Sam ne peut détailler l'utilisation prévue du véhicule ni les déplacements désirés, mais perçoit pour autant son absence comme « ce qui [le] bloque » dans l'avancée de son projet de vie. C'est un manque à pallier, une ouverture au monde supplémentaire à conquérir pour atteindre la possibilité d'un travail et d'une rencontre sentimentale. Loin d'être en inertie dans une spatialité restreinte, Sam voyage quotidiennement vers ses possibilités d'*être-au-monde* et ses possibilités d'*être-avec-l'autre*.

4.3. Rapport à l'Autre

La distance maintenue et contrôlée avec autrui caractérise le mode d'*être-avec* de Sam. En témoigne la place de la famille dans son quotidien : mère, sœur et frère apparaissent comme des protagonistes de premier rang de son récit de vie, participant notamment à la reconnaissance et à l'acceptation de son statut de malade. Paradoxalement, les liens effectifs avec eux se limitent à des contacts téléphoniques, ponctuels et brefs, voire à une rupture de plusieurs années avec sa mère. Celle-ci, présentée comme une cartomancienne, demeure constamment « présente » au travers de l'ensemble des croyances ésotériques qui régissent

son fonctionnement quotidien. Cet héritage maternel permet la reconstruction d'une prédictibilité du monde qui prend alors un sens familial. La famille, comme valeur de premier ordre, est à la fois investie sur le plan moral et identitaire, et volontairement tenue à distance dans le quotidien.

En dehors du cercle familial, la figure d'autrui est assignée à une place organisée par le délire. Il n'y a pas de rencontre à proprement parler, mais un système de figures (ou plus précisément d'effigies [30]), comme autant de repères pour sa propre structuration identitaire. Autrui dans les rapports ritualisés du patient apparaît comme chosifié et réduit à son identité de rôle, utile au déroulement prévisible et repérant de ses journées (infirmiers libéraux, patients « connaissances » du CMP, voisins « à ne pas harceler », amis « pour faire les courses »).

Néanmoins, Sam initie et entretient une ouverture progressive dans l'investissement affectif de ces différentes relations, comme lente reconnaissance d'une altérité à prendre en compte, voire nécessaire à l'expression de sa propre subjectivité et à la construction de ses propres identités de rôle. Ainsi, son couple d'amis est-il devenu un rouage clé de son quotidien, un appui de confiance qui permet à Sam de limiter les « coups de blues ». Autrement dit, autrui « ami » prend ici une fonction d'appui réflexif et subjectivant qui permet de *vivre* l'affect. Ce même ami intervient aussi comme « radiesthésiste », intégrant l'univers ésotérique du patient, et pouvant être sollicité pour le guider dans ses choix et ses actions. Il a donc un rôle de *porteur* entre la réalité délirante et la réalité de la vie quotidienne [4].

Aussi, la distance représentée par l'entente cordiale avec ses voisins est contrastée par un sentiment d'appartenance exprimé par « mon village » et par cette habitude de vivre portes et fenêtres ouvertes pour suivre le rythme mouvementé du voisinage. En témoigne également l'habitude de lire quotidiennement sur un banc de la mairie : Sam se pose au contact direct d'autrui, aux yeux de tous et à la disposition de chacun tout en assurant un repli mesuré, dans la lecture de son « livre ésotérique », comme pour limiter tout échange interpersonnel trop intrusif. L'implication du Maire dans son réseau social est l'exemple ultime de cette démarche de reconstruction d'une *identité de citoyen*. Ce représentant de la vie publique du village, prenant régulièrement des nouvelles de Sam, constitue le lien quasi symbolique qui l'unit au monde intersubjectif environnant et cimente son sentiment d'appartenance au collectif. La place du Maire dans le réseau social de Sam fait écho au concept de « couverture sociale » développé par Schlimme et Schwartz [35]. Ce *social cover* désigne le processus de soutien empathique individuel ou communautaire et d'implication dans la vie de la société dont

bénéficie une personne schizophrène pour pallier sa « résonance intersubjective déficitaire », notamment en « accueillant [son] excentricité ».

La place du village apparaît alors comme une sorte de microcosme, dans la mesure où elle incarne un monde vivable, avec sa base de sécurité et de confiance [12] qui rend possible des rencontres. Certes, ces rencontres sont rudimentaires et parfois accidentelles, non nécessairement *agies* ; mais elles permettent la construction d'un espace intersubjectif suffisamment mesuré pour ne pas se laisser envahir et déstabiliser par une altérité absolue. On observe ainsi que la caractéristique commune unissant l'atelier sport-adapté du CMP, les cours du code de la route au centre d'auto-école ou encore les courses avec ses amis, est de chacune impliquer à la fois sa présence dans un groupe et une activité individuelle orientée vers un but, avec des règles de réalisation prédéfinies. Ainsi Sam assure-t-il un attachement régulier à un milieu identifié tout en conservant une distance intersubjective à même d'autoriser le maintien de sa présence. C'est ce que Salice et Henriksen [31] ont décrit comme *joint intentionality*, forme d'intentionnalité collective préservée dans le trouble schizophrénique car structurée et dirigée par des règles de conduite explicites, en opposition à la *we-intentionality*, fragile chez la personne avec un TSS car impliquant une identité sociale proactive en tant que membre appartenant et contribuant à un groupe.

Bien que le réseau social de Sam puisse nous paraître limité, pour lui, « ça se passe plutôt bien le relationnel quoi, ça va mieux ». En rétablissant la « distance psychologique avec autrui » qui fait défaut dans la schizophrénie selon le psychiatre phénoménologue Bin Kimura [16], il s'entraîne (ou se réentraîne) à « l'exercice de l'absolument autre qui est le lieu de constitution de soi ». En effet, Sam est indéniablement ouvert, d'une manière singulière, au monde social tout en s'y tenant à distance. La dialectique du proche et du lointain se révèle ici inadéquate : Sam *est* au-dedans *mais* en dehors du monde, demeurant pour lui-même et pour les autres comme dans une proximité/distance contrôlée. Aussi semble-t-il travailler avec labeur ses propres identités de rôles, en y intégrant peu à peu les normes sociales du monde partagé. Après avoir dépassé le statut de malade, il élabore pas à pas un rôle de citoyen du village, un rôle d'habitant qui paie un loyer, un rôle d'ami, un rôle de futur employé, etc. « Le calme autour de [lui] » dont il dit avoir besoin et la nécessité de retrait évoquée à plusieurs reprises face au « remue-ménage du village » semblent bien illustrer ce souci de préservation d'un espace à la fois intérieur et extérieur propice à la constitution du soi.

4.5. Temporalité

La répétition caractérise le mode de vie quotidien de Sam : chaque journée est ordonnée par les mêmes activités, aux mêmes horaires ; chaque semaine s'organise en fonction des quelques sorties prévues selon une fréquence constante, presque inébranlable. Au premier abord, c'est un temps statique, dénué de tout dynamisme car réglé selon les horloges du monde objectif qui paraît figer le quotidien de Sam dans un rythme plat. Cela renvoie au concept d'effondrement du temps dans la schizophrénie selon Minkowski : « Touché dans son dynamisme vital, le schizophrène non seulement sent tout s'immobiliser en lui, mais est encore privé de l'organe nécessaire pour assimiler ce qui est dynamisme autour de lui » [22].

Il est vrai que l'évitement répété du « remue-ménage » du village, le choix de réduire la fréquence de ses visites chez sa sœur ou la préférence de sortir en scooter le dimanche « parce qu'il n'y a personne sur les routes » apparaissent comme autant de manifestations d'un retrait volontaire par rapport à un monde extérieur qui semble aller « trop vite », où le mouvement y est trop dense pour être assimilé, le rythme de vie trop exigeant venant s'opposer à la recherche du calme salvateur. Pour autant, Sam ne paraît pas vivre dans un plan spatio-temporel entièrement déconnecté de celui du monde partagé. À l'image de la construction de son espace vécu fait de proximité contrôlée et de possibilités de présence, Sam semble négocier avec le temps pour élaborer un rythme circadien, relationnel et occupationnel propice à s'adapter à la fois aux exigences sociales et à ses besoins individuels de distance intersubjective.

Aussi, le patient ne se présente-t-il pas dans un *maintenant-figé* dans la répétition du *même*, mais dans un *maintenant-ralenti* qui ouvre une durée vécue entre des repères temporels institués et fiables. Ses activités quotidiennes sont ponctuelles et successives, jamais concomitantes, souvent étalées sur plusieurs heures et organisées selon des délais fixes et espacés dans une passivité structurée. Les projets de Sam s'inscrivent dans une temporalité étirée par rapport aux attentes sociales et culturelles (apprentissage du Code de la route sur trois années consécutives, importance de l'activité professionnelle placée dans le « plus tard »). Schlimme et Hase [34] parlent du phénomène de *slowing-down* et de *switch-off skills* pour désigner ce remaniement de la structure temporelle de la personne psychotique en rétablissement, permettant de répondre à la nécessité de synchroniser les rythmes privé et public. Pour Sam « la journée passe tellement vite ». L'enjeu pour lui est donc d'articuler un rythme privé caractérisé par un ralentissement avec l'effervescence temporelle du social dans laquelle il évolue nécessairement au quotidien.

Le recours aux croyances ésotériques confère à la répétition de la vie quotidienne une dimension rituelle, en ce qu'elle trouve sa justification dans le domaine du sacré (bien que

délirant) et une temporalité mythique [2]. En déjouant la temporalité linéaire sociale, l'intervention du sacré offre une sécurité transcendante (celle d'une altérité toute puissante et supposée bienveillante) à ses expériences. C'est ainsi que Sam s'en remet continuellement à Dieu, à ses guides spirituels et aux prédictions des voyants sollicités pour ajuster son rythme de vie : limiter dans le temps les contacts avec autrui pour ne pas « harceler [son] monde » et risquer ainsi un châtement, attendre patiemment la rencontre promise d'une femme, abandonner la régularité des cours de Codes de la route parce que les énergies ne sont pas réunies en sa faveur, etc. Sam, exposant ses croyances en numérogie, ne vit pas selon le calendrier social commun, mais bien selon une rythmicité ordonnée et prévisible par des chiffres annuels sacrés, dotés d'un sens ésotérique et déterminant ainsi le déroulement de sa vie de tous les jours (certes au régime du délire).

Sam s'organise un quotidien patient, où la précipitation n'a pas lieu d'être, puisqu'elle risquerait probablement de mettre à mal les stratégies de juste-distance intersubjective élaborées, et donc de fragiliser la réappropriation progressive de sa subjectivité. De même, Sam demeure dans une attente persévérante d'événements à venir qui s'érigent en projet de vie mais pour lesquels il ne s'agit pas de bousculer le temps au risque de ne jamais les voir se réaliser. Il le dit bien : « En ce qui concerne le travail et les amours, c'est pas pour l'instant. C'est pas pour tout de suite », et concernant la guérison de sa maladie schizophrénique, « faut attendre encore un petit peu, j'y crois ». La *patience* cultive l'espoir et l'optimisme, et construit son ouverture sécurisée et progressive à l'Autre et au monde, en se projetant dans un avenir de possibilités. Dans cette structure temporelle de patience dosant son ouverture au monde commun, Sam est toujours dirigé vers le futur, mais selon une modalité d'attente et non d'empressement.

6. Discussion

Nous dégageant d'une approche normative et médicale du retrait comme déficit dans les interactions sociales, manifestation de l'avolition et de l'apragmatisme schizophréniques, l'approche phénoménologique a permis de mettre en exergue le sens de la posture de retrait de Sam. Elle témoigne d'une position active en marge auto-gérée *dans* la communauté. Celle-ci se caractérise par un isolement effectif non contraint, par l'investissement régulier d'espaces publics sans recherche spécifique de lien interpersonnel et par la valorisation de l'appartenance à un groupe à visée plutôt symbolique que d'investissement réellement organisateur du lien social. L'analyse phénoménologique corrobore les descriptions

anthropologiques de Corin et al. Comme l'explique Corin, le patient schizophrène se réapproprie les normes et valeurs sociétales qui viennent alors configurer son intégration distanciée dans la sphère sociale. Ainsi, le lien familial est désinvesti sans pour autant que l'intégration dans la famille soit remise en cause, alors que la sphère amicale est agréablement investie car probablement moins intrusive que la famille. Les signifiants religieux sont également décrits comme un système de représentations résultant « d'un collage personnel d'une variété de croyances » [8] utilisé pour remodeler l'expérience subjective dans une trame interpersonnelle signifiante, pour élaborer un sens nouveau de sa propre valeur, et pour soutenir la nécessité du retrait actif. Ces observations sont similaires à la place du mélange des religions, de la numérologie et de la spiritualité chez Sam, aménageant son quotidien et cultivant une patience optimiste pour l'avenir. Corin parle de « bricolage » [5] fragile du patient schizophrène dans un entre-deux, entre le repli sur soi et le monde partagé, lui permettant d'édifier et de justifier un retrait positif salvateur, assurant le maintien de soi parmi les autres. Au travers de cet aménagement quotidien à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la société, Sam assume un processus de rétablissement articulé autour du retrait. Ce dernier s'érige en force et en impulsion à la réappropriation progressive de la vie en société et, sur un plan plus fondamental, à la reconstruction dynamique d'un sens de soi inscrit dans une continuité temporelle et spatiale.

L'examen attentif du retrait positif comme exemple paradigmatique de stratégie de rétablissement permet de mettre en évidence l'importance du paradoxe. Ce qui peut sembler pour le professionnel de santé *a priori* incohérent, peut se révéler un agencement émancipateur pour la personne schizophrène. Vivre activement au sein de la communauté en se tenant à distance d'elle, tel est le paradoxe de rétablissement qu'illustre le retrait positif. La mise en lumière des paradoxes dans cette perspective d'évolution pronostique favorable de la schizophrénie nous invite à réinterroger le point de vue clinique biomédical de la psychiatrie contemporaine et à replacer l'expérience en première-personne au-devant de la scène du soin pour permettre une meilleure compréhension du vécu à accompagner. Aussi, des conduites en apparences antinomiques des patients schizophrènes (comme rejeter tout diagnostic et traitement neuroleptique mais venir à l'hôpital de jour de manière hebdomadaire ; ou demander des hospitalisations séquentielles tout en réclamant autonomie et indépendance au domicile) ne devraient pas être traitées en termes d'incohérence et de nécessités d'interventions compensatrices, mais pourraient être appréhendées comme un paradoxe révélant un processus de rétablissement efficace dont il s'agit d'en comprendre les composantes pour mieux les soutenir. La fonction du paradoxe avait déjà été montrée dans la

littérature psychodynamique comme l'un des caractères fondamentaux de la psychothérapie des sujets schizophrènes [27, 36].

L'approche phénoménologique adoptée ici a permis la mise en lumière de l'expérience en première-personne d'une personne vivant avec un TSS et l'appréhension de ses modalités singulières de rétablissement. En rejetant l'étiquetage de la conduite de la personne comme symptôme pour l'ériger en possibilité d'être et de présence, la phénoménologie psychiatrique permet un éclairage complémentaire des catégories nosographiques et sémiologiques habituelles. Elle invite alors le clinicien à rompre avec des interventions normatives dictées par un empirisme psychiatrique réductionniste pour considérer et soutenir les composantes individuelles et subjectives du mieux-être de la personne soignée.

7. Conclusion

Le retrait positif est une forme d'aménagement actif d'une position en marge dans le monde commun. Il apparaît comme une modalité de rétablissement subjective et individuelle de la personne à partir de son expérience de la schizophrénie. Le paradoxe clinique que représente cette forme de rétablissement dans le retrait invite à repenser nos pratiques et à déplacer notre regard : d'une recherche de rémission symptomatique au soutien d'un système de référence signifiant pour le patient, d'une volonté d'intégration sociale à l'apprivoisement d'une proximité distanciée progressant à son propre rythme. Au-delà (voire en deçà) d'un recueil symptomatique à visée d'ajustement thérapeutique, le clinicien est invité à assurer le recueil d'un récit de vie visant une redéfinition identitaire. Les stratégies expérientielles de rétablissement peuvent prendre la forme du paradoxe, auquel le professionnel de santé accompagnant ce processus se doit d'être attentif.

Conflit d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Andresen R, Oades L, Caputi P. The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:586-94.
- [2] Bilheran A, Barthélémy S, Pedinielli JL. La temporalité dans la psychose : une temporalité mythique ? *Evol Psychiatr* 2008;73:629-38.
- [3] Blankenburg W. La perte de l'évidence naturelle : une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques. Paris: PUF; 1991.

- [4] Cermolacce M, Despax K, Richieri R, Naudin J. Multiple Realities and Hybrid Objects: A Creative Approach of Schizophrenic Delusion. *Front Psychol* 2018;9:107.
- [5] Corin E. Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Cult Med Psychiatry* 1990;14:153-88.
- [6] Corin E, Lauzon G. Positive Withdrawal and the Quest for Meaning: The Reconstruction of Experience among Schizophrenics. *Psychiatry* 1992;55:266-78.
- [7] Corin E, Lauzon G. From Symptoms to Phenomena: The Articulation of Experience in Schizophrenia. *J Phenomenol Psychol* 1994;25:3-50.
- [8] Corin E. The Thickness of Being: Intentional Worlds, Strategies of Identity, and Experience among Schizophrenics. *Psychiatry* 1998;61:133-46.
- [9] Davidson L. Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: NYU Press; 2003.
- [10] Davidson L. À practical guide to recovery-oriented practice: tools for transforming mental health care. New York: OUP; 2009.
- [11] Erhart SM, Marder SR, Carpenter WT. Treatment of Schizophrenia Negative Symptoms: Future Prospects. *Schizophr Bull* 2006;32:234-7.
- [12] Fazakas I, Gozé T. The promise of the world – towards a transcendental history of trust. *Husserl Studies* 2020 (in press).
- [13] Gozé T, Faure K. Psychothérapie institutionnelle et approche centrée sur le rétablissement. Quelles articulations possibles en hôpital de jour de psychiatrie adulte. *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles* 2019;21:91-6.
- [14] Hamm JA, Leonhardt BL, Ridenour J, Lysaker JT, Lysaker PH. Phenomenological and recovery models of the subjective experience of psychosis: discrepancies and implications for treatment. *Psychosis* 2018;10:340-50.
- [15] Herning S. Schizophrenia and the Other: A Phenomenological Approach to ‘Positive Withdrawal’. *Psychopathology* 2016;49:153-62.
- [16] Kimura B, Vincent C. L’entre: une approche phénoménologique de la schizophrénie. Grenoble: J. Millon; 2000.
- [17] Koenig M. Le rétablissement dans la schizophrénie: un parcours de reconnaissance. Paris : PUF; 2018.
- [18] Kukla M, Lysaker PH, Roe D. Strong subjective recovery as a protective factor against the effects of positive symptoms on quality of life outcomes in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2014;55:1363-8.

- [19] Leonhardt BL, Huling K, Hamm JA, Roe D, Hasson-Ohayon I, McLeod HJ, et al. Recovery and serious mental illness: a review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Rev Neurother* 2017;17:1117-30.
- [20] Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:256-72.
- [21] Merleau-Ponty M. *Le visible et l'invisible : suivi de Notes de travail*. Paris: Gallimard; 2016.
- [22] Minkowski E, Pélicier Y. *Le temps vécu: études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris: PUF; 2013.
- [23] Nilsson LS, Urfer Parnas A, Nordgaard J. Social Life in the Schizophrenia Spectrum: A Phenomenological Study of Five Patients. *Psychopathology* 2019;52:232-9.
- [24] Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *Inf Psychiatr* 2012;88:257-66.
- [25] Pachoud B. La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 2015;7:165.
- [26] Parnas J. À Disappearing Heritage: The Clinical Core of Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011;37:1121-30.
- [27] Racamier PC. Les paradoxes des schizophrènes. *Revue Française de Psychanalyse* 1978;5:877-969.
- [28] Remington G, Foussias G, Fervaha G, Agid O, Takeuchi H, Lee J, et al. Treating Negative Symptoms in Schizophrenia: an Update. *Curr Treat Options Psychiatry* 2016;3:133-50.
- [29] Richir M. *Le corps : essai sur l'intériorité*. Paris: Hatier; 1993.
- [30] Richir M. De la figuration en psychopathologie. *Rev Port Filo* 2011;67:569-78.
- [31] Salice A, Henriksen MG. The Disrupted « We »: Schizophrenia and Collective Intentionality. *J Conscious Stud* 2015;22:145-71.
- [32] Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.
- [33] Sass L. Three Dangers: Phenomenological Reflections on the Psychotherapy of Psychosis. *Psychopathology* 2019;52:126-34.
- [34] Schlimme JE, Hase B. Temporal experience in recovery from psychosis. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 2019; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11097-019-09611-y>

- [35] Schlimme JE, Schwartz MA. In Recovery from Schizophrenia: Regaining Social Cover A Phenomenological Investigation. *Psychopathology* 2013;46:102-10.
- [36] Searles HF. *Le contre-transfert*. Paris: Gallimard; 2005.
- [37] Seeman MV. Solitude and schizophrenia. *Psychosis* 2017;9:176-83.
- [38] Spaniol LJ, Davidson L, Harding C. Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University; 2005.
- [39] Stanghellini G, Ballerini M. Values in Persons With Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;33:131-41.
- [40] Thoma S. Into the Open: On Henri Maldiney's Philosophy of Psychosis. *Philos Psychiatry Psychol* 2019;26:281-93.