



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Article original

Un soin psychique sans Psyché ? Idéologies identitaires, psychophobie généralisée et pratiques en santé mentale

Psychic care without Psyche? Identity ideologies, generalized psychophobia, and mental health practices

Florent Poupart ^{a,*}, Hélène Constant ^b

^a Laboratoire cliniques psychopathologique et interculturelle (LCPI), Université Toulouse Jean Jaurès, 5, allée Antonio Machado, 31058 Toulouse, France

^b Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse, Toulouse, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le

Mots clés :

Psychoanalyse
Santé mentale
Psychophobie
Idéologie
Rééducation

RÉSUMÉ

Les pratiques soignantes en psychiatrie se sont longtemps inspirées de conceptions humanistes de la vie psychique, qui prêtent à l'humain une épaisseur anthropologique, et aux symptômes une intentionnalité. Mais depuis quelques décennies, on a vu s'opérer un glissement des pratiques de soin vers une approche rééducative. Nous proposons ici de mettre en lien cette évolution avec l'émergence dans la société de mouvements idéologiques identitaires, qui se caractérisent par leur psychophobie, leur défiance à l'égard de la vie psychique inconsciente. En appui sur la psychanalyse, nous envisageons dans quelle mesure ces idéologies drainent une conception anthropologique à deux dimensions : un être humain sans épaisseur psychique ni conflictualité interne, parfaitement identifié à son discours. L'inconscient y est dénoncé comme la source des discriminations. Il doit donc être condamné et neutralisé, au profit d'un idéal de transparence, de pureté, d'homogénéité. Dans un second temps, nous soutenons la thèse selon laquelle cette psychophobie généralisée a inspiré depuis un demi-siècle des pratiques normatives et rééducatives en santé mentale. Nous envisageons en particulier la psychoéducation des patients psychotiques, l'approche du rétablissement dans la schizophrénie, et les pratiques cliniques se réclamant d'un engagement militant, au détriment de la neutralité et de l'accueil inconditionnel de la subjectivité. Enfin, nous rappelons comment la référence à une posture clinique héritière de la psychanalyse, peut fournir aux professionnels de la santé mentale des repères éthiques pour penser leurs pratiques, à rebours d'une tentation totalisante.

© 2024 Association In Analysis. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Psychiatric care practices have long been inspired by humanist conceptions of psychic life, which attribute an anthropological depth to the human being, and an intentionality to symptoms. However, in recent decades, there has been a shift towards a reeducational approach. We propose to link this evolution with the emergence in society of ideological identity movements, characterized by their psychophobia and distrust of unconscious psychic life. Drawing on psychoanalytical concepts, we examine the extent to which these ideologies are rooted in a two-dimensional anthropological conception: a human being without psychic depth or internal conflictuality, perfectly identified with his or her discourse. The unconscious is denounced as the source of discrimination. It must therefore be condemned and neutralized, in favor of an ideal of transparency, purity, and homogeneity. Secondly, we

Keywords:

Psychoanalysis
Mental health
Psychophobia
Ideology
Reeducation

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : flo_pou@hotmail.com (F. Poupart).

argue that this generalized psychophobia has inspired normative and reeducational practices in mental health over the past half-century. In particular, we look at psychoeducation for psychotic patients, the recovery approach to schizophrenia, and activist clinical practices whose political and ideological commitments are detrimental to neutrality and an unconditional acceptance of subjectivity. Finally, we recall how psychoanalysis provides mental health professionals with ethical benchmarks for thinking about their practices, against the temptation to totalize.

© 2024 Association In Analysis. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

« Les idéologies ne s'intéressent jamais au miracle de l'être. »
Hannah Arendt

Introduction : une anthropologie à deux dimensions

Le mot français *hypocrisie* vient du grec *ὑποκρίνομαι* (*hupokrinomai*) qui signifie « interpréter un rôle ». Le préfixe *hypo-* (*ὑπο-*) indique la référence à une zone située *au-dessous*, cachée, tel le vrai visage du comédien sous le masque du personnage qu'il joue. La notion d'hypocrisie traduit l'écart entre la surface et la profondeur, entre le paraître et l'être. Cette aptitude au secret et au mensonge est fondatrice pour la subjectivité, en tant que condition de la pensée et de l'autonomie psychique (Aulagnier, 1976). Toute la psychanalyse repose sur l'hypothèse d'un tel écart entre la surface et la profondeur, entre le manifeste et le latent, entre les conduites psychologiques (pensées, émotions, actions) et leurs soubassements métapsychologiques, écart qui détermine la dimension symbolique de l'organisation intrapsychique et intersubjective humaine. La théorie et la pratique psychanalytiques procèdent d'une compréhension des lois qui sous-tendent cette activité symbolisante, ses enjeux subjectivants, et les conséquences de ses ratés. Freud, qui comparait volontiers la psyché à une superposition de strates géologiques, et le psychanalyste à un archéologue, aurait pu tout aussi bien utiliser le terme d'hypo-psychologie s'il n'avait voulu, par le choix de *métapsychologie*, faire un pied de nez à la métaphysique dont il se méfiait tant. La psychanalyse, en tant que « psychologie des profondeurs » (Freud, 1933, p. 212), implique l'hypothèse d'une hypocrisie fondatrice : je n'est pas ce qu'il prétend être.

Pour George Orwell, 1950, le propre d'une idéologie totalitaire est d'éradiquer et de rendre impossible toute forme d'hypocrisie, de faux-semblant. Ainsi, à la fin de 1984, le tortionnaire de Winston n'exige pas de lui qu'il *dise* que deux et deux font cinq, mais qu'il le *croie* : l'objectif n'est pas seulement de contrôler ses actes ou ses paroles, mais aussi sa pensée, donc d'annihiler l'écart qui sépare l'acte et la pensée. Hannah Arendt, à qui l'on doit, sinon le terme de *totalitarisme*, du moins sa conceptualisation philosophique, écrit que « toutes les idéologies contiennent des éléments totalitaires » : la prétention à tout expliquer par une idée unique ; l'affranchissement de l'expérience, de la réalité factuelle, qui risquerait de la contredire, doublé de la référence à une réalité cachée qui la confirme ; une subversion de la pensée logique, qui empêche toute forme d'infirmité des prémisses idéologiques (Arendt, 1951, pp. 298–299). Autrement dit, le noyau totalitaire que comporte toute idéologie mêle trois ingrédients : le réductionnisme, le relativisme épistémique (et son corrélat, le conspirationnisme), et la pensée perverse. La posture idéologique contient donc toujours, en puissance, une tentation totalisante : elle cherche à imposer, par divers moyens contraignants, une forme de pureté qui implique l'unité, l'homogénéité, à rebours de toute ambivalence, de tout doute, de toute contradiction, de toute hypocrisie. C'est peut-être le sens de la formule d'Hannah Arendt lorsqu'elle écrit que « les idéologies ne s'intéressent jamais au miracle de l'être » (1951, p.

296). Car la posture idéologique convoque une anthropologie à deux dimensions : un être humain sans épaisseur, dont les actes seraient parfaitement congruents aux opinions, le strict reflet des convictions. Mais du fait de sa propension totalisante, l'idéologie ne s'attaque pas seulement à l'opposition entre un dedans et un dehors, entre la pensée et l'acte. Les pensées elles-mêmes doivent être parfaitement transparentes, ne rien pouvoir cacher de secret. L'idéologie s'efforce ainsi de dissoudre la limite interne, celle qui distingue les deux registres du fonctionnement psychique repérés par la psychanalyse, le primaire et le secondaire, l'inconscient et le préconscient. Or c'est cette division qui rend possible l'activité de pensée, qu'André Green situe à l'intersection de la « double-limite », c'est-à-dire au carrefour de la division dedans-dehors et de la division interne inconscient-préconscient. Il écrit que le préalable à toute pensée capable d'explorer le monde extérieur est le « travail psychique interne qui aboutit à la constitution du système de représentations inconscientes et sa communication, par l'intermédiaire du préconscient, avec la conscience » (Green, 1982, p. 361). Dans l'idéal totalitaire, le sujet disparaît au profit d'un individu *réel*, *idiot* au sens de Clément Rosset : un être dont les conduites ne renvoient à rien d'autre qu'à elles-mêmes (Rosset, 1977). Un tel Homme n'est donc plus un humain doué d'une véritable pensée, c'est un « robot-parlant » (P. Aulagnier) : parole, pensée et subjectivité se confondent, dans un effondrement, une éradication de l'épaisseur anthropologique.

Nous proposons d'interroger à partir d'un regard psychanalytique certaines des tendances idéologiques qui caractérisent la société contemporaine. Nous envisagerons ensuite dans quelle mesure elles influencent les pratiques dans le champ du soin psychique et de la santé mentale.

Psychanalyse et idéologies contemporaines

Les idéologies identitaires contemporaines sont en grande partie les héritières d'un postmodernisme idéologisé, radicalisé (c'est-à-dire caricaturé), et *identitarisé*. Se réclamant de la pensée d'auteurs français des années 1960 et 1970 (notamment M. Foucault, J. Derrida et G. Deleuze), elles réduisent la vie sociale et les relations interhumaines à des rapports de domination déterminés par des appartenances identitaires. Les notions de savoir scientifique, de pensée rationnelle, et de vérité factuelle, y sont considérées comme des constructions sociales au service de cette domination, et doivent donc être *déconstruites* au nom de la morale (Pluckrose & Lindsay, 2020 ; Taguieff, 2022). Ces idéologies, qui s'inscrivent dans une tradition politique illibérale, présentent des traits communs avec les grands totalitarismes du XX^e siècle : l'appétence au contrôle total de la vie humaine (aussi bien publique et sociale, que privée et intime) ; l'essentialisation des individus et leur assignation identitaire et communautaire ; le recours à la censure ; le confusionnisme des valeurs ; le relativisme épistémique ; l'exigence de pureté idéologique dont découle le rejet de toute nuance, la condamnation de toute modération, le refus de toute confrontation argumentée. Autant de traits qui amènent la sociologue Nathalie Heinich à voir dans ce climat idéologique un *totalitarisme d'atmosphère* (Heinich, 2023). A partir

d'une lecture psychanalytique, nous en considérons ici deux aspects : l'hypermoralisation et la psychophobie généralisée.

L'hypermoralisation : un symptôme de l'hypermodernité ?

Pour la psychanalyse, l'inconscient et la morale entretiennent un rapport d'opposition dynamique : l'inconscient est en partie le produit de la soumission du sujet à une morale civilisée qui se traduit par la répression des instincts nuisibles pour la vie sociale. Dans *Malaise dans la civilisation*, Freud (1929) soutient l'hypothèse anthropologique selon laquelle l'espèce humaine s'est civilisée en renonçant à certaines satisfactions instinctuelles (en particulier celles de nature sexuelle), qui sont devenues conflictuelles, source de tension et d'angoisse. La névrose serait ainsi à entendre comme le prix à payer de la vie civilisée : « l'homme devient névrosé parce qu'il ne peut supporter le degré de renoncement exigé par la société au nom de son idéal culturel » (1929, p. 34). L'inconscient est donc immoral par nature, et ses contenus apparaissent le plus souvent à la conscience sous une forme renversée : ce qui devait être source d'excitation, de désir, de plaisir, n'occasionne plus qu'angoisse, dégoût, honte, culpabilité. Il faut donc envisager que nos goûts, nos vertus, nos opinions, nos convictions, nos traits de personnalité, puissent s'être constitués en miroir de mobiles inconscients qu'ils contre-investissent. Ainsi, le dégoût de Dora provoqué par le baiser forcé de M. K... trahit, par « intervention de l'affect », l'excitation sexuelle suscitée par la scène (Freud, 1905, p. 18). De même, Freud décrit sur le visage de l'Homme aux rats racontant le supplice aux rats « une expression complexe et bizarre » dans laquelle il voit « l'horreur d'une jouissance par lui-même ignorée¹ » (Freud, 1909, p. 207). La psychanalyse nous confronte ainsi à cette part d'ombre en chacun, en braquant les projecteurs sur les racines inconscientes des conduites psychiques, jusqu'aux plus hautes œuvres humaines. Elle invite à regarder tout ce dont, en soi-même, on s'efforce justement à toute force de détourner le regard : sur le divan du psychanalyste, l'analysant qui se soumet à la règle de la libre association ne tarde pas à rencontrer en lui-même ce qu'il passe son temps à dénoncer chez les autres. C'est pourquoi la psychanalyse a toujours été combattue par les puritanismes en tous genres. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Les idéologies identitaires contemporaines induisent une hypermoralisation de la vie sociale, qui a plusieurs traits caractéristiques. En premier lieu, la valeur du Bien a tendance à supplanter toutes les autres. Ainsi prime-t-il sur le Beau, lorsque la culture est mise au service d'injonctions morales, sous peine d'être soumise à différentes formes de censure, ou lorsque l'art est réduit à sa dimension militante. La création artistique perd alors sa fonction de sublimation, pour devenir un instrument de rééducation. Les productions culturelles cessent d'être des supports représentatifs qui permettent la figuration et l'appropriation subjective de l'expérience vécue, pour être réduits à des modèles identificatoires. Par exemple, dans la littérature pour enfants, les figures traditionnelles des contes (l'ogre, la sorcière, le grand méchant loup...) cèdent souvent la place à des personnages moralement irréprochables et non-offensants. Il en est de même dans le registre de la science, lorsque des chercheurs cessent de « penser contre soi » selon les mots de Gaston Bachelard, et se transforment en *académo-militants* (Heinich, 2021) qui ne produisent plus qu'un discours conforme à leurs convictions idéologiques. La recherche scientifique ainsi idéologisée ne sert plus à décrire (à dire le Vrai), mais à prescrire (à dire le Bien).

Une autre caractéristique de cette forme contemporaine de la morale concerne ses ressorts métapsychologiques. Le XX^e siècle a vu s'achever un basculement vers ce que le sociologue Zygmunt Bauman (2013) a proposé d'appeler la « société liquide » : en quelques décennies, les références collectives stables ont régressé

au profit d'intérêts individuels, beaucoup plus mouvants par définition. Au fil du siècle dernier, le recul des grands cadres idéologiques religieux et politiques a occasionné une fragmentation des valeurs, attisée par l'idéal néolibéral d'une jouissance immédiate et illimitée, promoteur selon Charles Melman (2005) d'une « nouvelle économie psychique ». Sur le plan métapsychologique, la place centrale et organisatrice traditionnellement occupée par l'instance surmoïque (représentante interne des intérêts collectifs) a en partie été cédée au moi idéal (promoteur des intérêts narcissiques). D'un point de vue psychopathologique, les souffrances névrotiques, pathologies du renoncement, de la frustration, produit du poids des interdits moraux, ont en partie fait place à des souffrances narcissiques-identitaires (René Roussillon).

S'inscrivant dans cette *hypermodernité*, les idéologies contemporaines rejettent toute hétéronomie au profit du culte de l'autoréférence et de l'auto-engendrement (Gaillard, 2020). Dans ce contexte, l'instance morale n'est plus le représentant d'un tiers, d'un ordre supérieur, externe au sujet et contraignant, mais le porte-parole d'une revendication narcissico-identitaire : le néo-puritanisme n'est pas mu par l'angoisse de culpabilité (produit du conflit entre le ça et le surmoi) qui conduit au renoncement, mais par la honte, qui procède d'une tension entre le moi et le moi idéal, lourde d'enjeux existentiels. Rappelons que, si Freud a pu utiliser, sans les distinguer clairement les uns des autres, les termes de moi idéal (*Ideal-Ich*), idéal du moi (*Ich-Ideal*), et surmoi (*Über-Ich*), d'autres théoriciens de la psychanalyse ont proposé de les distinguer, quoique différemment selon les auteurs. Dans son ouvrage consacré à l'affect de honte, Serge Tisseron (1992) procède à une revue des conceptions psychanalytiques de ces instances. Il rappelle que pour Daniel Lagache, l'idéal du moi est situé au plus près du surmoi, comme produit du conflit œdipien ; le moi-idéal, plus archaïque, est une instance hautement narcissique : il résulte d'une identification à l'objet primaire investi de la toute-puissance infantile. Pour Jacques Lacan, le moi idéal est du registre imaginaire, le moi se prenant pour objet dans le regard de l'autre, alors que l'idéal du moi relève du symbolique. Janine Chasseguet-Smirgel, pour sa part, ne retient pas la distinction entre ces deux notions : elle préfère distinguer l'idéal du moi, héritier du narcissisme, et le surmoi, produit du complexe d'Œdipe. Par-delà ces désaccords théoriques, il paraît pertinent de distinguer de l'instance surmoïque une instance idéale, plus archaïque, relevant du registre narcissique plutôt qu'œdipien, et dont procéderait, dans notre hypothèse, une forme de morale qui serait le produit d'un moi précaire plutôt que d'un surmoi sévère. Le conflit moral se trouve dès lors externalisé : une telle morale trouvant sa source dans le narcissisme ne s'impose pas tant au sujet lui-même qu'aux autres, et constitue alors un puissant levier d'emprise sur l'objet en même temps qu'un triomphe narcissique (Poupart, *in press*).

Cette hypermoralisation contemporaine participe d'une défiance à l'égard de la vie psychique dans sa dimension inconsciente : une psychophobie généralisée.

La psychophobie ambiante : haine de l'étranger en soi et nouvelle neurotica

En 1982, Jean-Luc Donnet décrivait la psychophobie d'un patient adolescent présentant en séances des agirs compulsifs au détriment de la pensée. À sa suite, A. Green décrit une « position phobique centrale » dans la cure de patients états-limites, chez qui la destructivité « se porte de façon prévalente, prioritairement, sur le propre fonctionnement psychique du sujet² » (Green, 2002, p. 163). Nous faisons l'hypothèse qu'une telle forme d'attaque de la pensée, mêlant des aspects défensifs (lutte contre des éprouvés et contenus psychiques intolérables) et déficitaires (pour autant qu'ils relèvent

¹ C'est Freud qui souligne.

² C'est A. Green qui souligne.

de carences essentielles de l'activité représentative), s'est généralisée dans la période contemporaine, du fait des évolutions sociétales évoquées plus haut. Toutefois, à l'instar de l'hypermoralisation, la psychophobie se trouve elle-même externalisée : sa cible n'est pas seulement le fonctionnement psychique propre, mais aussi celui des autres. Pour le sujet hypermoderne, la vie psychique doit être réduite à ses aspects les plus manifestes, sans considération pour la place qu'ils occupent dans une économie psychique. Cette psychophobie se traduit notamment par la peur/haine de la vie psychique inconsciente, en tant qu'elle renvoie à l'étranger en soi et dans l'autre, insaisissable par nature, et donc susceptible d'échapper à toute velléité rééducative. Notons que, depuis peu, ce terme a été repris en dehors du champ psychanalytique pour traduire en français le mot *mentalism*, qui désigne en anglais la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques : il s'agit moins d'un rejet de la vie psychique en tant que telle, que d'une universelle peur de la folie (chez soi et en l'autre), qui rappelle la « crainte de l'effondrement » dans laquelle DW. Winnicott (1975) voyait la terreur d'une catastrophe qui a déjà eu lieu, mais n'a pas pu être éprouvée.

Les idéologies identitaires contemporaines peuvent être qualifiées de psychophobes dans la mesure où elles entretiennent une méfiance à l'égard de l'hypocrisie fondatrice évoquée en introduction. Elles promeuvent un individu sans mensonge, sans ambiguïté, sans incertitude, sans désir caché ni pensée inavouable. L'hypocrisie essentielle de l'être humain n'est plus conçue comme une qualité anthropologique, mais comme une faute morale. L'inconscient n'est plus cette strate profonde qui donne à l'humain son épaisseur, sa richesse, son mystère, mais le lieu où se dissimulent les stéréotypes responsables de la domination. La profondeur est dénoncée comme le terreau où s'enracine une mécanique oppressive *systémique*, si bien que le caché doit être révélé, la profondeur, déracinée, le secret, aboli. L'être humain idéal fonctionne sous le régime de la transparence psychique : il fait ce qu'il dit, dit ce qu'il pense, et pense comme il est. Quant au langage, grand pourvoyeur d'équivoques, de malentendus, de double sens, il est particulièrement scruté (c'est par lui que se trahissent les pensées secrètes) et encadré (c'est par lui qu'on espère influencer les pensées et les comportements).

Du point de vue de la psychanalyse, ce collapsus, cet écrasement anthropologique, marque aussi une nouvelle étape dans l'Histoire mouvementée de la théorie du fantasme. Dans ses premières élaborations concernant l'étiologie des névroses, Freud propose une *théorie de la séduction* (ou *neurotica*) qui voit dans les violences sexuelles précoces la cause de l'hystérie et de la névrose de contrainte. Mais dès 1897, Freud y renonce au prétexte qu'elle impliquerait la perversion de trop nombreux pères. Considérant que l'inconscient ne dispose d'aucun « indice de réalité » lui permettant de « distinguer l'une de l'autre la vérité et la fiction investie d'affect », Freud substitue à la *neurotica* la théorie du fantasme : la réalité psychique posséderait la même efficacité traumatique que la réalité objective (Freud, 1887–1902, p. 191). Freud ne cessera toutefois jamais d'être attentif à la réalité des traumas sexuels rapportés par ses patients, ce qui ne l'empêchera pas de rejeter avec force les dernières propositions théoriques de S. Ferenczi, qui invite à accorder davantage d'importance « au facteur traumatique, si injustement négligé ces derniers temps dans la pathogenèse des névroses » (Ferenczi, 1932, p. 10). Ferenczi propose de reconsidérer les traumas sexuels précoces : ils occasionnent un processus d'identification à l'agresseur amenant l'enfant à en introjecter la culpabilité. Le retour à une théorie du trauma réel, et ses conséquences sur la pratique de la cure, furent très mal accueillis par Freud. Ce débat autour de la dimension fantasmatique du trauma sexuel a resurgi des décennies plus tard, faisant l'objet de vives polémiques notamment dans le monde anglo-saxon. En 1984, Jeffrey M. Masson, psychanalyste américain

longtemps proche d'Anna Freud et directeur des Archives Sigmund Freud, publia un ouvrage qui fut à l'origine d'une vaste controverse, dans lequel il affirme que Freud aurait abandonné la *neurotica* pour des motifs plus cyniques que scientifiques. Masson se détournera de la psychanalyse, dénonçant ce qu'il considère comme une conséquence de la théorie du fantasme : le déni de la fréquence des violences sexuelles commises sur les enfants.

Pourtant, rien n'empêche de concilier la réalité des violences et les effets du fantasme dans la compréhension et le traitement des traumas sexuels. Ce que découvre Freud en 1897, c'est que la réalité psychique peut être aussi traumatique que la réalité événementielle, et qu'il n'est pas toujours possible de discriminer une scène vécue d'une scène fantasmée : cela n'implique nullement de nier l'existence des violences sexuelles. Par ailleurs, la théorie psychanalytique permet de considérer que, même lorsque la scène traumatogène est réelle, la psyché remanie rétroactivement les traces laissées par l'expérience. C'est de ce travail permanent d'élaboration psychique, de reconstruction *après-coup*, que dépendra la capacité de l'appareil psychique à digérer l'afflux d'excitations sans s'en trouver effracté et désorganisé. Autrement dit, les faits objectifs sont vécus en fonction d'une singularité subjective, ce qui explique qu'un même événement pourra être traumatique chez certaines personnes sans l'être chez d'autres. Or c'est toute cette subtile articulation entre le dehors et le dedans, entre les faits et leur métabolisation psychique, qui est perdue avec le rejet de la théorie du fantasme. Ce rejet s'est encore accru avec le succès des idéologies identitaires, dont la psychophobie ne pouvait que dénoncer la référence psychanalytique à une vie fantasmatique. Car ce qu'invite à considérer la théorie du fantasme, c'est un écart entre la réalité psychique et la réalité événementielle, qui invite à la prudence dans l'écoute du discours des patients : les représentations et les affects associés au souvenir ne sont pas le strict reflet de la réalité, mais plutôt le produit d'un processus de métabolisation opéré par l'appareil psychique. Or, tout à l'inverse, les idéologies contemporaines soutiennent une indifférenciation des registres de l'objectivité et de la subjectivité, de la réalité partagée et de la réalité psychique, attribuant aux ressentis une valeur d'indice de vérité. C'est pourquoi dans la recherche (notamment dans le vaste champ des *studies*), le statut de « concerné » constitue un gage de validité scientifique : la partialité du chercheur, traditionnellement considérée comme un biais de la recherche, se trouve, par un curieux renversement, élevée au rang de condition de celle-ci. Cela a aussi un impact dans l'accompagnement des situations rencontrées dans les institutions qui accueillent la souffrance psychique. Ainsi par exemple, lorsqu'une équipe est confrontée au témoignage d'une violence subie par un patient, la tentation est grande, pour les professionnels, de se positionner en garants de la réalité de l'événement rapporté. Ce faisant, ils font fi de l'hypercomplexité des situations évoquées, qui mettent notamment en jeu l'articulation du fantasme et de la réalité, et l'adresse transférentielle qui peut soutenir le discours du patient. Rappelons qu'un soignant est tenu, comme n'importe quel citoyen, à un devoir de signalement en cas de suspicion d'une situation de danger : cela permet de se dégager d'une fonction d'enquêteur (en la déléguant à la cellule dont c'est la mission), afin de rester garant de la dimension intersubjective de la rencontre. Mais bien souvent, interroger la dimension fantasmatique peut être perçu comme une négligence, une banalisation de la violence, le déni de la souffrance de la victime, ou encore une mansuétude vis-à-vis de l'agresseur présumé. Pour les mêmes raisons, lorsque les traumas se répètent, il est parfois délicat d'interroger en équipe la traumatophilie, la part de masochisme moral inconscient qui précipite de cette répétition, si caractéristique des victimes de violences sexuelles précoces. Il peut pourtant s'avérer utile de tenir compte de ce mécanisme psychique paradoxal, dans la mesure où il relève

souvent d'une tentative de maîtrise, de figuration et d'appropriation d'un vécu traumatique clivé de la subjectivité.

La tentation rééducative et militante en santé mentale

Le succès des idéologies identitaires dans la société contemporaine n'a pas manqué d'influencer les pratiques cliniques, en psychothérapie comme en psychiatrie. Notre hypothèse est que la psychophobie qu'elles véhiculent, la haine de l'inconscient, du fantasme, de l'étranger en soi, a contribué au glissement observé depuis les années 1980 en santé mentale, d'une posture clinique portée par l'idéal d'un accueil inconditionnel de la subjectivité, vers une posture rééducative et normative, qui a pu prendre plusieurs formes depuis un demi-siècle.

Soigner ou (ré)éduquer en psychiatrie ?

Le débat sur la finalité du soin psychique, entre visée thérapeutique et perspectives pédagogiques ou éducatives, n'est pas étranger à la psychanalyse. Il semble même avoir culminé dans les Grandes Controverses qui opposèrent M. Klein et A. Freud dans les années 1940 à la Société Britannique de Psychanalyse : sur le plan technique, alors que pour Klein le traitement analytique vise l'ouverture à l'inconscient, la levée du refoulement et la libération progressive des fantasmes, l'objectif de la cure pour Anna Freud est davantage tourné vers le renforcement du moi et l'adaptation du comportement aux exigences de la réalité sociale. À la même période se développa aux États-Unis le courant de l'*ego-psychology*, qui se verra reproché sa visée adaptative.

La posture éducative que nous proposons ici d'opposer au soin psychique, ne relève pas de cette perspective pédagogique, mais plutôt de la conception anthropologique bidimensionnelle que nous avons tenté de décrire en introduction. Une telle approche dans les pratiques en « santé mentale » ne se caractérise pas tant par sa visée adaptative, que par son refus de considérer une vie psychique irréductible à la pensée consciente et au discours manifeste (notamment dans leur dimension identitaire), au détriment de la conflictualité psychique que suppose l'hypothèse de l'inconscient. Cette opposition entre soin et éducation est nécessairement schématique, et donc réductrice : il est évident que l'un et l'autre se trouvent mêlés dans les diverses pratiques cliniques. Toutefois, elle nous semble suffisamment heuristique pour être soutenue, dans la mesure où elle apporte un éclairage sur l'aspect de l'évolution des pratiques cliniques qui nous intéresse ici, et qui s'est accentuée depuis un demi-siècle.

Dans l'Histoire de la psychiatrie récente, en particulier dans le monde occidental, les années d'Après-Guerre furent celles de la psychothérapie institutionnelle, de l'antipsychiatrie, de la psychiatrie communautaire, de la politique de secteur. Le traumatisme de la Seconde Guerre Mondiale raviva la critique de l'institution asilaire dans sa dimension aliénante. Puis les décennies 1970–1980 ont vu émerger partout dans le monde une approche nouvelle, moins focalisée sur les symptômes, davantage attentive aux conséquences psychosociales de la maladie. Les soignants ont développé des méthodes pour remédier à la perte d'autonomie consécutive à la maladie mentale, le handicap d'origine psychique. Cette démarche de réhabilitation psychosociale a aussi favorisé le déploiement d'un maillage étayant dans la Cité, pour aider les personnes malades à vivre dans un logement autonome, et à reprendre une activité sociale. Mais à mesure qu'on a déplacé le pôle d'intérêt vers le handicap, on s'est détourné de la dynamique psychopathologique sous-jacente (Poupart, 2010).

Les dernières décennies de l'Histoire de la psychiatrie ont ainsi été marquées par l'abandon, progressif et relatif, des conceptions cliniques portées par la référence à une dimension anthropolo-

gique de la maladie (dont la psychanalyse et la phénoménologie psychiatrique constituent deux formes emblématiques). Ce renoncement épistémologique s'est fait au profit d'un retour à une « clinique du non-sens » (Poupart, 2014), pour laquelle les symptômes ne renvoient à rien d'autre qu'à eux-mêmes : ils sont compris comme le produit d'une mécanique neurocognitive exempte d'intentionnalité. La psychopathologie y est appréhendée indépendamment de toute référence à la rencontre, au transfert, à l'intersubjectivité, et la relation de soin est réduite à une alliance thérapeutique. Cette approche du symptôme s'est traduite, sur le plan des pratiques cliniques, par le déploiement de méthodes procédant toujours, d'une façon ou d'une autre, d'une forme de *rééducation*. On en perçoit la dimension psychophobe, dans son refus de considérer toute forme de métapsychologie au-delà de la symptomatologie manifeste, et de reconnaître à la maladie mentale sa portée anthropologique.

Relativisme et militantisme des pratiques soignantes contemporaines

Le souci d'humanisation des pratiques et d'autonomisation des malades a plus récemment fait émerger la notion de *rétablissement*. Cette démarche portée par les usagers de la psychiatrie, invite à être attentif à la manière dont les personnes malades se vivent, se racontent, s'approprient leur trajectoire de vie, indépendamment de leur état clinique objectif. On va chercher à soutenir tout ce qui permet à la personne de ne pas s'identifier uniquement comme malade, pour laisser la place à d'autres parts de sa personnalité. L'accent est donc mis sur son vécu, le témoignage en première personne de son expérience subjective. Ainsi, on peut se sentir rétabli de sa schizophrénie malgré la persistance d'une symptomatologie objective ; réciproquement, on peut se sentir vulnérable, empêché, exclu de la vie sociale, enfermé dans une identité de malade, alors même que les symptômes de la maladie ont en grande partie disparu. Le paradigme du rétablissement s'inscrit donc à rebours de la tendance en psychiatrie à infantiliser les patients, à réduire leur discours à un symptôme de leur maladie. En cela, le rétablissement constitue une nouvelle étape du long processus d'humanisation de la psychiatrie³.

Ce modèle émergent du rétablissement expérientiel, invite à accompagner la personne malade à mettre du sens sur sa trajectoire de vie, et à apprivoiser son vécu, en particulier les expériences inhabituelles, indicibles. Pour cela, les soignants et aidants s'appuient volontiers sur le paradigme de la narrativité, qui a émergé à la croisée de la philosophie (notamment avec les travaux de Paul Ricoeur), de la psychanalyse, et de la psychologie périnatale. La narrativité s'inscrit dans le prolongement du « tournant herméneutique » des années 1970–1980 en psychanalyse. Pour Freud, toute construction est une reconstruction : il s'agit dans le travail analytique de permettre au patient de retrouver l'accès à un souvenir refoulé, quel que soit par ailleurs la transformation subie par le souvenir du fait du travail élaboratif qui fait intervenir le fantasme (comme nous le rappellerons plus haut à propos de l'abandon par Freud de sa *neurotica*). Mais à la suite des travaux de Serge Viderman en France, Donald Spence et Roy Shaffer dans le monde anglo-saxon, un courant de la psychanalyse considère que le but de la cure analytique n'est pas de retrouver une vérité historique oubliée, mais de co-construire avec le patient un récit de soi qui lui permettra de mieux vivre (Laplanche, 1998). Cette évolution reflète la pensée philosophique de l'époque, autour notamment du relativisme épistémique qui considère le savoir comme un discours, un récit parmi d'autres, reflet d'une position subjective, culturelle, politique, et étroitement lié aux rapports de pouvoir (ce que M. Foucault qualifia de « pouvoir-savoir »). Ce débat

³ Pour un approfondissement de cette notion, voir : Koenig, M. *Le rétablissement dans la schizophrénie. Un parcours de reconnaissance*. Paris : P.U.F. ; 2016.

continue d'opposer les psychanalystes orthodoxes, qui considèrent que l'analyse sert à analyser au sens étymologique du terme, c'est-à-dire à séparer les éléments constitutifs de la vie mentale pour favoriser une réorganisation de l'économie psychique ; et les psychanalystes qu'on a pu qualifier de « postmodernes » (Kahn, 2014), pour qui l'analyse vise à faire tenir ensemble ce qui est fragmentaire via le recours à des schèmes narratifs et à la mise en récit, sans égard pour la vérité historique.

Ce débat soulève des questions d'ordre éthique et technique cruciales en psychothérapie. En particulier, il nous semble que la démarche narrativiste risque de clôturer, de figer, d'entériner, en assignant la personne à une identité, à une appartenance communautaire, là où le but de la psychothérapie serait plutôt d'ouvrir, de relancer les processus de subjectivation, d'assouplir les positions identificatoires, de remettre en mouvement, en question, en doute, au risque de l'incertitude et de l'inconfort. Le rôle des professionnels du soin psychique est-il d'accompagner le patient dans l'écriture d'un récit de soi satisfaisant, ou au contraire de détricoter ce qui semble trop bien ficelé, pour aider le patient à retrouver une liberté et une créativité ? Bien entendu, rien n'est aussi manichéen dans les pratiques psychothérapeutiques : la plupart des thérapeutes naviguent volontiers entre ces deux horizons, ces deux perspectives, en fonction des patients et des moments du travail thérapeutique. Mais on peut supposer que l'un des effets de la psychophobie ambiante est de faire tendre les praticiens vers une réécriture acceptable du récit de soi par les patients, notamment pour en effacer ce qui pourrait contrevenir à la morale du moment, comme on expurge les livres d'hier de contenus susceptibles d'offenser les lecteurs d'aujourd'hui.

Cette tendance à l'idéologisation des pratiques psychothérapeutiques a pris ces dernières années des formes spectaculaires, et pour tout dire, préoccupantes : ainsi par exemple, lorsque des soignants se prévalent d'un engagement militant pour revendiquer une expertise dans l'accompagnement des patients en fonction de leur appartenance communautaire. L'idéologie y est alors élevée au rang d'outil de soin, donnant lieu, sous couvert de principes moraux, à une rééducation normative. En institution, on voit parfois des professionnels du soin psychique soutenir des positions qui semblent moins dictées par un modèle épistémologique que par une *Weltanschauung* personnelle, dont la caractéristique est d'échapper à toute possibilité d'élaboration collective : la co-construction d'une réponse thérapeutique plurielle, en équipe, s'avère alors impossible, du fait de l'intolérance naturelle de l'idéologie à tout assouplissement, qui menacerait l'économie narcissique de l'idéologie.

Afin d'illustrer brièvement l'ambiance institutionnelle qui peut découler de ces évolutions, nous évoquerons pour finir une situation rencontrée par l'un de nous dans sa pratique de superviseur d'équipes. Lors d'une séance, une équipe de soin psychiatrique souhaite aborder la prise en charge d'une adolescente suivie pour un syndrome dépressif. Au début de la crise du Covid, elle a particulièrement mal supporté l'arrêt brutal de ses activités sociales imposé par le confinement. Elle a développé un dégoût d'elle-même, de son corps, associé à des fantasmes d'automutilation. Comme beaucoup, elle a massivement augmenté son usage des réseaux sociaux pendant cette période. Elle décrit qu'elle a trouvé un apaisement en identifiant que ses souffrances seraient liées à une dysphorie de genre, et envisage dès lors une démarche de changement de genre. Dans le même temps, elle a tenu des propos suicidaires à sa mère, qui l'a accompagnée aux Urgences, où on l'a orientée vers la consultation de psychiatrie.

Cette situation clinique a donné lieu à des tensions au sein de l'équipe. L'infirmière qui la suit rapporte que l'adolescente a demandé à ses parents de la « genrer » au masculin, ce que son père aurait d'emblée accepté ; sa mère y est plus réticente. Elle n'a toutefois pas fait cette demande aux soignants qui la reçoivent.

Dans le cadre de la supervision d'équipe, l'un des médecins reproche à l'infirmière de ne pas avoir devancé cette demande : il souligne avec une certaine véhémence qu'il faut toujours demander aux patients présentant une dysphorie de genre, dès le premier entretien, comment ils souhaitent être genrés par les professionnels. Il rappelle la souffrance qu'endurent les jeunes patients aux prises avec une problématique transgenre. D'autres membres de l'équipe s'interrogent : faut-il devancer ainsi la demande du sujet, au détriment d'un espace d'élaboration qui permettrait que se formule toute la conflictualité psychique qui peut sous-tendre ce type de questionnements identitaires ? Mais la pensée groupale circule mal : alors que cette équipe se montre habituellement capable de soutenir des désaccords sur les diagnostics ou les prises en charge, plusieurs déplorent la difficulté à discuter de cette situation. L'idée émerge que la question du genre impose à chacun de soutenir une position idéologique, politique, morale, comme si la neutralité devenait ici une faute. Le psychologue de l'équipe a le sentiment qu'il ne peut pas évoquer, comme il le fait d'habitude, des hypothèses cliniques pour éclairer la compréhension de ce que vit la patiente, sans risquer de se mettre à dos une partie de l'équipe, qui y verrait une forme d'intolérance. Une rupture se fait jour sous les yeux du superviseur, impuissant à soutenir les conditions d'un dialogue, et qui ne peut que constater les crispations et l'impossibilité d'un échange. Dans quel contexte singulier, dans quelle constellation familiale, dans quelle histoire s'inscrit cette demande adressée aux parents ? Rien de tout cela ne put être évoqué ce jour-là.

Conclusion : là où était le ça, ne doit pas advenir le moi-idéal

Le philosophe allemand Ernst Cassirer a consacré sa vie à étudier les « formes symboliques » qui caractérisent la civilisation humaine : les mythes et religions, le langage, l'art, l'histoire, et la connaissance scientifique. Chacune à sa façon reflète la manière dont l'esprit humain tente de se représenter la réalité. Repartant des travaux du biologiste Jakob von Uexküll, qui décrit à partir des années 1920 comment chaque espèce animale est parfaitement ajustée à son monde propre, son *Umwelt*, Cassirer soutient que l'être humain a perdu cet ajustement et le lien immédiat avec la réalité, en basculant dans une autre dimension : celle de la symbolisation. Les formes symboliques sont autant de fibres enchevêtrées en une toile qui tout à la fois masque et révèle la réalité. Pour Cassirer, l'Homme n'est pas un animal rationnel (comme le soutient la tradition cartésienne), mais un *animal symbolique* (Cassirer, 1944). En se centrant sur la part la plus superficielle de la vie mentale, c'est-à-dire les comportements, les pensées conscientes, le discours, donc en se détournant de la dimension symbolique de la vie humaine, les idéologies contemporaines et les pratiques cliniques qui s'en inspirent négligent cette spécificité anthropologique majeure.

Les idéologies identitaires, lorsqu'elles s'immiscent dans les pratiques soignantes en santé mentale, encouragent les soignants à utiliser leur fonction clinique et institutionnelle pour promouvoir leurs idéaux. Pour paraphraser la célèbre formule freudienne de 1933, on pourrait faire dire à ces nouveaux thérapeutes : *La où était le ça, doit advenir le moi idéal*. Car dans les pratiques cliniques contemporaines, le patient est parfois amené insidieusement à renoncer à sa singularité, au profit d'une identification narcissique au miroir-idéal qui lui est tendu par le thérapeute. Une telle démarche est aux antipodes de la neutralité qui soutient la posture clinique. Celle-ci, héritière de la pratique psychanalytique, se fonde sur la soumission à un cadre, qui contraint notamment le clinicien à la règle d'abstinence : il doit renoncer à utiliser sa situation à des fins personnelles, qu'elles soient sexuelles, narcissiques, ou militantes. L'analyste renonce à user du pouvoir que lui confère

le transfert, pour chercher à influencer la personnalité, les opinions, les conduites du patient. Ainsi, pour Freud, la psychanalyse ne doit pas « se mettre au service d'une conception philosophique particulière de l'univers qui obligerait le patient à s'élever moralement ». Il ajoute que « ce ne serait là qu'une sorte de tyrannie voilée par la noblesse du but à atteindre ». Au contraire, « nous ne cherchons ni à édifier son sort, ni à lui inculquer nos idéaux, ni à le modeler à notre image avec l'orgueil d'un Créateur – ce qui nous serait fort agréable » (Freud, 1918, p. 138). Les professionnels de la relation intervenant dans le champ de la santé mentale, quel que soit leur statut et leur fonction, peuvent s'inspirer de cette invitation éthique, et s'abstenir de toute tentation rééducative dans la relation aux patients. Car c'est à cette condition que le cadre psychothérapique peut demeurer un espace où se déploie la subjectivité du patient : la visée première du soin psychique doit rester la reconnaissance inconditionnelle de l'humanité et de la subjectivité du patient.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- Arendt, H. (1951). *Les origines du totalitarisme*. In *T. 3 : le système totalitaire* (p. 2002). Paris: Seuil.
- Aulagnier, P. (1976). Le droit au secret : condition pour pouvoir penser. In *La pensée interdite* (pp. 15–41). Paris: PUF ; 2009.
- Bauman, Z. (2013). *La vie liquide*. Paris: Hachette.
- Cassirer, E. (1944). *Essai sur l'homme*. Paris: Éditions de Minuit ; 1975.
- Donnet, J.-L. (1982). Le psychophobe. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 25, 199–214.
- Ferenczi, S. (1932). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2010(58), 10–14.
- Freud, S. (1887-1902). *La naissance de la psychanalyse. Lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans*. Paris: PUF ; 2005.
- Freud, S. (1905). Fragment d'une analyse d'hystérie. In *Cinq psychanalyses* (pp. 1–92). Paris: PUF ; 2001.
- Freud, S. (1909). Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (L'homme aux rats). In *Cinq psychanalyses* (pp. 199–261). Paris: PUF ; 2001.
- Freud, S. (1918). Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. In *La technique psychanalytique* (pp. 131–141). Paris: PUF ; 2005.
- Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation*. Paris: PUF ; 1976.
- Freud, S. (1933). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris: Gallimard ; 1987.
- Gaillard, G. (2020). Clinique de l'institution et hypermodernité. In J. Jung & F. D. Camps (Eds.), *Psychopathologie et psychologie clinique. Perspectives contemporaines* (pp. 101–111). Paris: Dunod.
- Green, A. (1982). La double-limite. In *La folie privée. Psychanalyse des cas-limites* (pp. 337–363). Paris: Gallimard ; 1990.
- Green, A. (2002). *La pensée clinique*. Paris: Odile Jacob.
- Heinich, N. (2021). *Ce que le militantisme fait à la recherche*. Paris: Gallimard.
- Heinich, N. (2023). *Le wokisme serait-il un totalitarisme ?* Paris: Albin Michel.
- Kahn, L. (2014). *Le psychanalyste apathique et le patient postmoderne*. Paris: L'Olivier.
- Laplanche, J. (1998). Narrativité et herméneutique. Quelques propositions. *Revue française de psychanalyse*, 3, 889–893.
- Masson, J. M. (1984). *Le Réel escamoté. Le renoncement de Freud à la théorie de la séduction*. Paris: Aubier ; 1992.
- Melman, C. (2005). *L'Homme sans gravité. Jouir à tout prix*. Paris: Gallimard.
- Orwell, G. (1950). 1984. Paris: Gallimard 2017.
- Pluckrose, H., & Lindsay, J. (2020). *Le triomphe des impostures intellectuelles. Comment les théories sur l'identité, le genre, la race gangrèment l'université et nuisent à la société*. Saint-Martin-de-Londres: H&O ; 2021.
- Poupart, F. (2010). La psychose est-elle soluble dans le handicap psychique ? *Santé Mentale*, 150, 12–14.
- Poupart, F. (2014). Psychoéducation: une clinique du non-sens? *Santé Mentale*, 184.
- Poupart, F. (2024). La psychologie clinique à l'ère de la morale totale. In E. Hénin (Ed.), *Face à l'obscurantisme*. Paris: PUF (in press).
- Rosset, C. (1977). *Le réel. Traité de l'idiotie*. Paris: Éditions de Minuit.
- Taguieff, P. A. (2022). *Pourquoi déconstruire ? Origines philosophiques et avatars politiques de la French Theory*. Saint-Martin-de-Londres: H&O.
- Tisseron, S. (1992). *La honte, psychanalyse d'un lien social*. Paris: Dunod ; 2020.
- Winnicott, D. W. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, 35–44.