

Wilhelm Reich

Die Funktion des Orgasmus

Psychopathologie et Sociologie
de la Vie Sexuelle
1927

- © Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1927.
- © Editions du Nouveau Monde pour la traduction française, 1975.

ÉDITIONS DU NOUVEAU MONDE
17, impasse Lénine, 93 - Montreuil

AVERTISSEMENT DES TRADUCTEURS

Ce livre constitue la traduction française de *Die Funktion des Orgasmus*, ouvrage de Wilhelm Reich paru à Vienne en 1927. Un autre livre de Wilhelm Reich (*The discovery of the Orgone. I The function of the orgasm*, New-York, 1942) a été malencontreusement traduit en français sous le titre : *La fonction de l'orgasme*. Les deux ouvrages, d'inspiration et de sujets très différents n'ont en fait que dix pages en commun.

Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse
Herausgegeben von Prof. Dr. Sigm. Freud
Nr. VI

Die Funktion des Orgasmus

Zur Psychopathologie und zur
Soziologie des Geschlechtslebens

Von

Dr. Wilhelm Reich

Assistent am Psychoanalytischen Ambulatorium
in Wien

1927

Internationaler Psychoanalytischer Verlag

Leipzig / Wien / Zürich

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	11
I.	
LE CONFLIT NEVROTIQUE	17
II.	
LA PUISSANCE ORGASTIQUE	27
III.	
LES PERTURBATIONS PSYCHIQUES DE L'ORGASME	43
a) Diminution de la puissance orgastique (Coït onaniste, Onanisme)	46
b) Fragmentation de l'orgasme (Neurasthénie aiguë)	50
c) Impuissance orgastique absolue (Insensibilité partielle ou totale)	60
d) L'excitation sexuelle dans la nymphomanie	72
IV.	
STASE SOMATIQUE DE LA LIBIDO ET ETAT D'ANGOISSE	
a) Généralités sur le sens, la tendance et l'origine du symptôme névrotique	85
b) Angoisse et système vaso-végétatif	91
c) Excitation sexuelle et système nerveux autonome	97
d) Causes psychiques de la névrose actuelle	103
e) Extrait de l'analyse d'une hystérie accompagnée de peur hypocondriaque	114
f) Peur et état d'angoisse	123

V.	
LA LIBIDO GENITALE DANS LES PSYCHONEVROSES	135
1) Symptôme de conversion et impuissance hystérique	137
2) L'impuissance dans la névrose obsessionnelle	145
3) L'asthénie génitale dans la neurasthénie chronique hypocondriaque	154
a) Extrait de l'analyse d'une neurasthénie chronique	155
b) L'asthénie génitale (les deux formes d'éjaculation précoce)	172
VI.	
LA THEORIE PSYCHANALYTIQUE DE LA GENITALITE	181
VII.	
L'INSTINCT DE DESTRUCTION DEPEND DE LA STASE LIBIDINALE	203
VIII.	
SIGNIFICATION SOCIALE DES TENDANCES GENITALES	
a) Séparation des tendances génitales dans la société	216
b) Conséquences pour le mariage de la séparation de la sexualité	227
c) La génitalité s'engourdit-elle dans le mariage monogamique ?	234
d) Le sens des réalités en amour et dans la vie sociale	245
GLOSSAIRE	263
APPENDICE : TESTAMENT DE WILHELM REICH	267

A mon maître
le professeur Sigmund FREUD
en témoignage de profond respect

AVANT-PROPOS

"Quant à nous, nous pensons que quiconque en est passé par son propre apprentissage de la vérité, s'en trouve désormais protégé du risque d'immoralité, même si sa règle morale s'écarte en quelque façon de la morale sociale courante."

Freud

Les problèmes théoriques dont il va être question ici, ont pour origine des questions pratiques soulevées par le traitement psychanalytique des malades mentaux. J'ai été frappé par certaines relations entre les réactions thérapeutiques tant positives que négatives de ces patients et de leur génitalité. Ce sujet a déjà été abordé dans mes articles parus dans Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse¹.

Le développement ultérieur des questions théoriques permet d'établir des relations causales systématiques entre les processus de la névrose et les perturbations de la fonction génitale. Ces relations expliquent les réactions thérapeutiques et permettent

1. "Ueber Spezifität der Onanieformen" (Sur les formes spécifiques de la masturbation), vol.VIII, 1922; "Ueber Genitalität vom Standpunkt der psychoanalytischen Prognose und Therapie" (Sur la génitalité du point de vue du pronostic et de la thérapie), vol.X, 1924; "Weitere Bemerkungen über die therapeutische Bedeutung der Genitallibido" (Remarques complémentaires sur la signification thérapeutique de la libido génitale), vol.XI, 1925; "Ueber die Quellen der neurotischen Angst" (Les sources de l'angoisse névrotique - Contribution à la théorie de la thérapie psychanalytique), vol.XII, 1926.

(* Ces articles sont commentés et partiellement traduits dans *L'œuvre de Wilhelm Reich* de Constantin Sinelnikoff, Paris, 1970 - N.d.T.)

de comprendre pourquoi l'impuissance ou la frigidité sont des phénomènes qui accompagnent régulièrement la névrose; elles nous éclairent aussi sur la forme de la névrose, forme qui détermine la perturbation de la fonction génitale et est déterminée par elle. Le problème de l'angoisse, certains problèmes sociaux et conjugaux aussi bien que la question de la thérapeutique des névroses apparaissent sous un jour bien plus clair en tenant compte de la fonction de l'orgasme, qui devient peu à peu le problème central. Même si ce travail s'appuie entièrement sur la théorie sexuelle de Freud et sur sa théorie des névroses, je ne peux certes pas prétendre que la conception ici exposée de la dynamique de la thérapie et de ses tâches trouve sa place parmi celles déjà admises par l'école de Freud; cette conception correspond à mes propres expériences cliniques. Toutefois, ma façon de comprendre ce que signifie la génitalité et en particulier l'orgasme génital, pour la théorie et la thérapeutique des névroses et des caractères névrotiques, est, je crois, le prolongement direct des théories fondamentales de la psychanalyse et permet une meilleure application de la théorie des névroses à la thérapeutique.

De nombreuses questions de la théorie du caractère et de la psychologie du moi se trouvent très intimement liées au problème de l'orgasme. Je me suis attaché, dans la mesure du possible, à les écarter de la discussion, car l'unité thématique de cet ouvrage en aurait trop souffert; il a fallu en outre, laisser de côté la problématique particulière de la théorie psychanalytique du caractère. Car, en premier lieu, son fondement clinique n'est pas encore complet, et en second lieu, cette théorie psychanalytique du caractère, dont Freud a posé les fondements systématiques dans son livre : "Le moi et le ça", devra partir de l'étude détaillée de la théorie de la sexualité. Cela méritait d'être dit pour ne pas me voir reprocher d'avoir négligé la psychologie du moi.

En mettant de côté le grand thème que j'ai essayé de cerner dans un cours à l'Institut Psychanaly-

tique de Vienne sous le titre "Psychologie des pulsions et théorie du caractère" et que je me réserve de traiter par ailleurs, j'ai nécessairement créé dans ce travail des lacunes sensibles qui risquent de donner lieu à de nombreux malentendus. Quant à la théorie de la sexualité, j'aurais souhaité, autant que mes expériences me le permettaient, présenter une description complète; cet objectif, j'en ai conscience, est loin d'avoir été atteint. Ainsi, en dehors de remarques isolées, l'on n'a pas traité des perturbations de la fonction génitale dans la satyriasis, l'épilepsie et les psycho-névroses. J'espère pouvoir lever ultérieurement ces malentendus, dans la mesure où ils seront de nature objective. Mais étant donné le caractère particulier du sujet traité, je dois m'attendre à des objections dont le fondement sera purement affectif. Nous publions ce livre en ayant conscience qu'il traite d'un "sujet très explosif". La question de l'orgasme et le rôle qu'il joue dans la vie individuelle et sociale, ne peuvent pas facilement se discuter de manière impersonnelle et détachée, ce sujet étant trop intimement lié à la vie de chaque individu.

Le risque est grand alors, de donner aux jugements de fait une coloration ou une déformation subjective ou philosophique. Mais il ne s'agit pas tant de savoir si philosophie il y a que d'en connaître la nature. En effet, on peut se demander, et particulièrement à propos de l'orgasme, si telle position éthique sur le problème sexuel ne détourne pas de la vérité, tandis que telle autre prise de position morale oblige à rechercher la vérité. Il existe, en outre, une différence essentielle entre juger des faits de la vie sexuelle d'après la règle arbitraire du "bien" et du "mal" indémontrable, et les estimer selon des fins non morales, en constatant que telle ou telle action de l'individu favorise ou contrarie sa santé mentale, c'est-à-dire son aptitude à l'amour et au travail. En ce qui concerne cette façon de juger, je ne crois pas m'être trop écarté des questions sexuelles en traitant de la vie sexuelle conjugale et de la morale sexuelle dominante.

Qu'à ma connaissance une telle enquête n'ait pas encore été entreprise, voilà qui semble montrer que la fonction de l'orgasme ne sera que l'enfant mal aimé de la psychologie et de la physiologie, même si les résultats eux-mêmes justifient l'entreprise et si la critique objective décide de l'importance du sujet. Ce sont d'abord les faits qui nous protègent du danger de surestimer la fonction de l'orgasme; une statistique grossière de la fréquence de l'impuissance et de la frigidité dans les névroses ne donne qu'une image approximative de l'impression que l'on ressent dans la pratique, quand on ne ferme pas délibérément les yeux. De plus, une sous-estimation de la fonction sexuelle est actuellement encore plus vraisemblable et bien plus dangereuse qu'une éventuelle surestimation.

Que le problème du fondement somatique des névroses, pour autant qu'il ait été abordé, se soit révélé inaccessible, c'est encore à ce fait qu'il faut l'attribuer; pour ouvrir la voie à ce problème insoluble en apparence seulement, on est amené à s'interroger sur la vie sexuelle chez l'homme "nerveux", question qui, en dehors de la psychanalyse, a toujours été scrupuleusement évitée. Du point de vue historique, on notera avec intérêt qu'en même temps que les physiologistes prenaient parti contre la théorie d'une psychogenèse des névroses, et recherchaient en vain un fondement somatique, le médecin-psychologue Freud découvrait à l'aide d'une méthode psychologique "le noyau somatique de la névrose". Depuis cette découverte, trente années de pratique psychanalytique se sont écoulées. Notre enquête sur la fonction de l'orgasme, lequel est un phénomène psychophysiologique, doit donc remonter loin en arrière et partir des manifestations mentales des perturbations somatiques de la vie sexuelle que Freud a réunies sous le nom de "névroses actuelles" et qu'il a opposées aux "psychonévroses". Par suite des progrès rapides que faisait la psychanalyse dans la recherche des causes mentales des névroses, la "stase libidinale" dont le concept était à l'origine essentiellement somatique, suscita, chez

les analystes un intérêt moins grand. Elle signifiait, d'après la définition de Freud, une accumulation de substances sexuelles bio-chimiques, accumulation qui, selon lui, provoque des tensions corporelles et se manifeste comme une poussée d'instinct vers la satisfaction sexuelle.¹ Et les névroses "que l'on peut ramener à des perturbations de la vie sexuelle, présentent la plus grande analogie clinique avec les phénomènes d'intoxication et d'abstinence, qui se produisent lors de l'injection régulière de drogues euphorisantes" (Freud). Le concept de libido en vint alors à signifier de plus en plus une énergie psychique et biologique; l'intérêt pour le "noyau actuel (c'est-à-dire somatique) de la névrose" en souffrit néanmoins fort injustement. Dans les dix dernières années, il n'en fut plus guère question. Freud, lui-même, maintient toujours fermement sa théorie de la névrose actuelle (Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen — Autoportraits de la médecine contemporaine — 1924) bien que depuis lors il ne traite plus dans son enseignement de cet aspect du problème des névroses.

Des années d'étude ininterrompue des causes, manifestations et effets de la stase somatique de la libido, m'ont conduit à la conviction que la théorie freudienne des névroses actuelles, qui du point de vue analytique résiste déjà à de nombreuses objections, est non seulement de grande valeur heuristique, mais qu'elle est aussi, en tant que théorie des fondements physiologiques des névroses, un élément indispensable de la psychopathologie et de la théorie thérapeutique de l'analyse. Ainsi, ce travail a également pour but de rappeler que Freud nous a indiqué une solution au problème du fondement organique des névroses et de démontrer que nous pouvons tirer parti théoriquement et pratiquement de sa découverte trop longtemps négligée.

Dr. Wilhelm Reich
Vienne, octobre 1926.

1. Trois essais sur la théorie de la sexualité dont une version approximative est parue chez Gallimard, Paris, 1962.

CHAPITRE I

LE CONFLIT NÉVROTIQUE

La découverte *psychologique de Freud*, qui allait donner de nouvelles bases à l'ensemble de la psychopathologie et, en posant des questions riches d'enseignement, lui ouvrir de nouvelles voies, peut se résumer ainsi : premièrement, tout symptôme névrotique et psychotique, si dénué de sens qu'il paraisse, a un contenu signifiant qu'une connaissance précise du malade permet d'intégrer complètement à l'ensemble de sa vie et, deuxièmement les symptômes névrotiques proviennent d'un conflit entre les revendications instinctuelles primitives et les exigences morales qui en interdisent la satisfaction. Le refus que tous les malades opposent à la satisfaction de leurs instincts et que l'on appelle la "frustration interne", découle de la limitation qui a été imposée de l'extérieur à leur vie instinctuelle et dont ils ont fait l'expérience dans leur enfance à travers leurs parents ou leurs substituts. Ainsi le conflit entre le moi instinctuel et le moi moral était, à l'origine, un conflit entre le moi instinctuel et le monde extérieur et il a conservé ce caractère dans de nombreuses psychonévroses et chez les psychopathes

impulsifs¹. Par contre, dans la névrose, une partie importante de la personnalité a fini par s'adapter à la réalité, tandis que dans une étape antérieure au développement mental, une autre partie de la personnalité s'est trouvée si fortement entravée dans son évolution qu'un conflit entre tendances opposées devait inévitablement éclater. Dès lors, ce qui caractérise la personnalité névrotique, c'est que le moi moral n'a pas le courage de tolérer la satisfaction des instincts, pas plus qu'il ne trouve la force d'en interdire les revendications ou de les résoudre sous une forme ou sous une autre ; car pour cela, il faudrait d'abord en connaître les impulsions, et une telle conscience est absente ou incomplète. Le moi prend peur au moindre signe d'impulsion "immorale" et s'en débarrasse en la refoulant ; ce "refoulement" peut prendre diverses formes : on peut tout simplement nier ou négliger l'élán instinctuel défendu, ou bien encore, pour compenser, accentuer l'attitude opposée ou même en éliminer totalement l'image de notre conscience (amnésie hystérique) et juguler tout mouvement susceptible de réaliser le comportement affectif correspondant. Mais la revendication instinctuelle, ainsi refoulée, n'en perd pas pour autant son élán, au contraire, elle se trouve renforcée par la "stase" de l'énergie sexuelle non résolue : le danger consiste alors en ce que cette revendication échappe au contrôle de la réflexion consciente. A l'occasion, elle va, selon la situation concrète, rompre soit "le contre-investissement", soit "la résistance" du moi ; cependant, cette "rupture du refoulement", qui représente le deuxième acte du processus de la névrose, ne peut jamais avoir lieu sans compromis, car le moi s'appuie, lui aussi, pour sa défense, sur de puissantes instances mentales, que le concept de "morale" pris au sens vulgaire résume assez bien. Il en résultera donc une satisfaction *déguisée* des instincts ;

1. Cf. Aichhorn, *Verwahrloste Jugend* (Jeunesse abandonnée), Internationale Psychoanalytische Bibliothek Nr. XIX, 1925 et Reich, *Der triebhafte Charakter* (Le caractère impulsif), Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse Nr. IV, 1925.

cette satisfaction, la conscience ne la reconnaît pas en tant que telle, ou bien, si elle se manifeste sous une forme moins voilée, elle la ressentira comme étrangère au moi, comme une contrainte, et la refusera.

Jusque là, personne n'aurait trouvé à redire aux résultats psychanalytiques de Freud. Mais quand Freud se mit à enseigner que les désirs sexuels faisaient inmanquablement partie des impulsions refoulées, alors s'élevèrent de véhémentes protestations. Freud eut beau répondre à ceux qui reprochaient allègrement à la psychanalyse son "pansexualisme", rien n'y fit ; premièrement, disait-il, la morale qui refuse la sexualité participe à la formation de la névrose, mieux, celle-ci ne peut pas même se former sans que le moi s'oppose à ses instincts ; deuxièmement, outre les désirs sexuels, les désirs égoïstes cruels, etc. contribuent également à créer la névrose mais sans exercer aussi régulièrement une pression aussi forte. Néanmoins, croyant pouvoir balayer toute cette théorie du seul mot de "pansexualisme", une partie du monde scientifique négligea d'en faire la vérification critique.

D'autres suivent d'un oeil circonspect les résultats de la psychanalyse que l'on tenait tout d'abord pour des billevesées, et, tout en les acceptant partiellement comme une découverte originale, ils en affaiblissent et déforment la portée : rares sont ceux qui utilisent l'expérience acquise par Freud dans le domaine de la technique psychanalytique, pour se convaincre de l'exactitude de sa théorie.

Ce n'est pas sans intention que nous avons rappelé ici les positions des adversaires de la psychanalyse. En effet, puisque nous nous attachons à démontrer le rôle prépondérant que joue dans la névrose l'impuissance de l'homme et la frigidité de la femme, nous revenons sur ce qu'a pu dire Freud pour atténuer l'opposition d'ordre affectif à sa théorie des névroses. Il répétait effectivement avec insistance que son concept de sexualité était plus large que le concept courant, que "génital" et "sexuel" ne signifiaient pas la même chose (sinon on ne pourrait nommer trou-

bles sexuels¹ des perversions comme la coprophagie ou le fétichisme). Il démontra qu'à côté de la sexualité génitale, on trouve des tendances qui n'ont rien à voir avec les zones génitales et qu'il appelle pulsions pré-génitales partielles ; elles cherchent à se satisfaire par l'excitation de certaines "zones érogènes", (bouche, anus, peau, etc...) et on peut bien les désigner comme sexuelles, puisqu'elles jouent un rôle important dans les "préliminaires" au commerce sexuel normal ; lorsqu'elles ne se subordonnent pas au primat de la génitalité, elles prétendent, en tant que perversions, à l'exclusivité de la satisfaction sexuelle. Cette insistance sur la différence conceptuelle entre ce qui est "génital" et ce qui est "sexuel" ressemble fort dans maints écrits de Freud à une volonté d'apaiser les esprits quant aux conséquences de sa découverte ; mais ce fut bien peine perdue car son enseignement sur la sexualité infantile et l'érotisme anal rencontra des résistances affectives tout aussi grandes et toutes aussi nombreuses qu'auparavant.

Se fondant sur cet élargissement du concept de sexualité, Freud, en vint à conclure qu'aucune névrose ne pouvait se développer sans conflit sexuel², c'est-à-dire que, non seulement les pulsions génitales mais aussi les pulsions pré-génitales partielles, étaient susceptibles d'apparaître comme symptômes. Autrement dit, le refoulement d'une pulsion partielle provoque *directement* des symptômes névrotiques particuliers qui lui servent de satisfaction déguisée. C'est le cas, par exemple, de l'analité refoulée pour la constipation nerveuse, de l'érotisme oral pour les vomissements

1. *Trois essais sur la théorie de la sexualité.*
Coprophagie : action de manger des excréments (N.d.T.)

2. Kronfeld, qui s'est le moins laissé distancer par les progrès de la psychanalyse et y a apporté une intelligente attention, affirme dans sa *Sexualpathologie* que toute névrose ne s'est pas édifiée à partir du conflit sexuel qui, selon Freud, constitue un élément indispensable du mécanisme de la névrose. Il y parle aussi d'un groupe qu'il appelle les "névroses sexuelles", impliquant par là qu'il y a des névroses qui ne sont pas conditionnées par la sexualité. L'existence de celles-ci demande encore à être prouvée. Par contre, le lecteur trouvera parmi ces "névroses sexuelles" toutes les formes de névrose qui entraînent dans la théorie de Freud.

hystériques, de la génitalité pour la sexualité en "acte de cercle¹", du sadisme pour de nombreux actes compulsifs et mesures d'évitements obsessionnels : un conflit actuel peut déclencher une névrose avec la manifestation qui lui correspond dans tel ou tel domaine. Nous voulons maintenant prouver que les conflits sexuels au sens étroit (inhibitions, refoulements et fragmentations des tendances génitales) sont la cause du symptôme et du conflit névrotiques ; certes, ils ne les causent pas toujours directement, mais ils jouent systématiquement un rôle dynamique important dans la formation de la base réactionnelle, sur laquelle s'édifie le conflit de la névrose. Mieux, puisque les conflits sexuels sont liés à la perpétuation du processus névrotique, leur élimination joue, selon nous, un rôle-clé dans la thérapie psychanalytique des névroses ; pour nous cette thérapie consiste, au premier chef, à exercer une influence sur la base réactionnelle de la névrose.

Il n'y a pas de névrose sans perturbation de la fonction génitale ; cette constatation nous fournira une première preuve de l'exactitude de notre conception. Les deux statistiques suivantes montrent que, dans la plupart des cas, ces perturbations, loin d'être subtiles, comme celles qu'on rencontre même chez les hommes relativement sains, frappent au contraire les fonctions élémentaires de la vie des couples et l'ensemble de l'équilibre psycho-génital. La peur de la sexualité et l'abstinence névrotique se rencontrent le plus fréquemment ; on trouve aussi toutes les formes connues d'impuissance érective (incapacité d'érection totale, partielle ou occasionnelle), toutes les perturbations de l'éjaculation (éjaculation précoce ou "ante portas" (avant pénétration) ou incapacité à éjaculer), et toutes les formes de frigidité (froideur sexuelle complète, insensibilité vaginale partielle ou totale, vaginisme, etc...). Ainsi donc, la gravité de la perturbation de la puissance correspond à la gravité de la névrose et, même des névroses à symptôme unique vont de pair avec de graves perturbations de la fonc-

1. Courbure extrême du corps chez les grandes hystériques (N.d.T.)

tion génitale. La même correspondance est valable pour des névroses caractérielles sans symptôme apparent. De plus, fait bien caractéristique, parmi les malades qui supportent très mal le retour d'âge, on n'en trouve aucun qui puisse rendre compte d'une vie sexuelle équilibrée dans la période ayant précédé le retour d'âge. Pour terminer cet aperçu, signalons encore toutes les formes de caractères impulsifs et les cas de toxicomanie dans lesquels la génitalité est toujours gravement perturbée.

La première statistique recouvre les 338 cas qui ont été examinés au Dispensaire Psychanalytique de Vienne au cours d'une année (de Novembre 1923 à Novembre 1924)¹.

Résultats obtenus par la simple anamnèse.²

Sur 166 patients

- 17 se prétendent puissants
- 18 se prétendent seulement impuissants
- 69 sont névrosés et abstinents
- 27 sont névrosés et incapables d'érection
- 14 sont névrosés avec éjaculation précoce
- 9 sont pervers et incapables d'érection
- 5 ont leur retour d'âge
- 7 souffrent de névrose actuelle par suite de coït interrompu

Sur 91 patientes

toutes présentent une faiblesse ou une absence de sensibilité vaginale

- 6 se prétendent simplement frigides
- 27 sont névrosées et abstinentes

1. C'est au Dr. E. Hitschmann, directeur du Dispensaire, que je suis redevable des données qu'il a eu la grande amabilité de mettre à ma disposition.

2. Exposé de l'histoire de son cas par le patient lui-même (N.d.T.)

- 37 sont névrosées et frigides
- 12 sont névrosées par suite de conflit actuel et frigides
- 9 ont leur retour d'âge

Nous ne possédons pas de résultat sur la génitalité des 36 hommes et des 45 femmes qui restent. Il s'agit, en grande partie, de gens qui ont manifesté une telle peur lors de la première interview, qu'on n'a pas pu les interroger ensuite. Parmi les patients, 17 seulement prétendaient être puissants. En fait, la plupart de ces malades se révélèrent, au cours de l'analyse, plus ou moins incapables d'érection. Ceux qui sont véritablement capables d'érection se recrutent habituellement parmi les érythrophobes¹, les obsessionnels et les caractères sadiques-narcissiques.

La seconde statistique recouvre les cas que j'ai personnellement traités par l'analyse.

Sur 41 patients

- 4 sont hystériques et abstinents bien que capables d'érection
- 1 est hystérique avec une puissance érective grandement diminuée
- 6 sont obsessionnels et abstinents par suite d'une idéologie ascétique
- 1 est obsessionnel et incapable d'érection
- 2 sont hystériques avec éjaculation précoce
- 4 sont neurasthéniques hypocondriaques avec une génitalité faible (éjaculation précoce avant pénétration, sans érection)
- 3 sont érythrophobes et abstinents par crainte de l'impuissance
- 2 sont atteints de "folie morale" (escroquerie, toxicomanie) avec éjaculation précoce
- 1 est cleptomane et incapable d'érection

1. Personnes sujettes à rougir et qui en éprouvent de l'angoisse (N.d.T.)

- 1 est neurasthénique et incapable d'éjaculation
- 4 sont simplement impuissants et souffrent d'une névrose caractérielle
- 1 a eu une encéphalite et est incapable d'érection à la suite d'une grippe
- 3 sont homosexuels pervers et incapables d'érection avec les femmes
- 1 a un caractère impulsif et est incapable d'érection
- 1 est sain et sans perturbation de la puissance sexuelle
- 1 est érectivement puissant, homosexuel narcissique et insatisfait par l'acte sexuel
- 4 sont érectivement puissants, obsessionnels insatisfaits par l'acte sexuel
- 1 est érectivement puissant avec satyriasis¹ et insatisfaction dans l'acte

Sur 31 patientes

- 7 sont hystériques et abstinentes par crainte de la sexualité
 - 4 sont obsessionnelles, refusent la sexualité et s'en abstiennent
 - 9 sont hystériques avec insensibilité vaginale
 - 3 sont obsessionnelles et frigides
 - 1 est cyclothymique avec neurasthénie hypocondriaque chronique et a peur de la sexualité
 - 3 sont de caractère impulsif et souffrent de frigidité ou d'insensibilité vaginale
 - 1 est nymphomane avec perversion masochiste et insensibilité vaginale pendant l'acte sexuel
 - 1 a une épilepsie hystérique avec insensibilité vaginale
 - 1 est paranoïaque et frigide
- aucune n'est exempte de perturbation de la genitalité.

Ces résultats parlent d'eux-mêmes.

1. Exagération morbide des désirs sexuels chez l'homme (N.d.T.)

Le témoignage de Stekel qui, parmi ses patients, trouva 50% de cas de frigidité, ne se réfère qu'à la froideur sexuelle totale. Du point de vue de l'économie sexuelle (et quelle autre façon de considérer l'impuissance pourrait être valable dans la pratique?), peu importe qu'une femme ait une plus ou moins grande sensibilité sexuelle ou qu'un homme soit capable ou incapable d'érection; la seule chose qui compte, c'est que l'orgasme est perturbé.

Freud nous enseigne que l'homme névrosé produit des fantasmes; voilà qui met en lumière la coïncidence systématique de la névrose et de l'impuissance. L'intérêt pour le monde imaginaire qu'il s'est créé, empêche l'homme névrosé d'agir dans la réalité, autrement dit, le rend incapable d'activité amoureuse et sociale. Le monde des fantasmes a été construit et il a été investi d'un intérêt soutenu parce que le monde réel ne pouvait pas satisfaire aux revendications du principe de plaisir et que certaines revendications érotiques et égoïstes se heurtaient à la barrière insurmontable des normes culturelles et sociales qui ne pouvaient être ni renversées ni acceptées. Dans le fantasme, au contraire, on peut se représenter tous ses désirs comme comblés. Dans cette régression seront typiquement privilégiés les désirs de la période où les premiers intérêts érotiques intenses de l'enfant se tournaient vers les personnes de son entourage immédiat: parents, frères ou soeurs aînés, nourrice, servantes, etc... Le fantasme sexuel et la tendance qui pousse à la décharge motrice de la tension ainsi créée, mènent inévitablement à la masturbation. C'est dans l'activité onaniste que viennent alors se cristalliser toutes les aspirations sexuelles. Le simple fait que chez le névrosé une grande part, voire la quasi-totalité des intérêts libidinaux se retire des objets réels et se porte sur des représentations imaginaires, implique déjà une moindre aptitude à la réalité et donc une moindre puissance dans tous les sens du terme. Mais une puissance sexuelle moindre ou un intérêt moindre pour les possibilités de satisfaction sexuelle qui s'ouvrent dans la réalité, ne signifie pas encore impuissance. Serait-il possible qu'une

névrose se soit développée à partir de pulsions sexuelles qui se trouvent à l'extérieur de la sphère génitale, sans que la fonction génitale ait été lésée? La libido génitale serait alors satisfaite, mais le malade aurait, par ailleurs, des désirs pré-génitaux insatisfaits, lesquels chercheraient dans la névrose des satisfactions de remplacement. Mais l'expérience nous apprend que les revendications qui ne sont ni satisfaites, ni sublimées, ne pouvant s'insérer à l'ensemble des aspirations individuelles, accaparent avec le temps de plus en plus d'intérêt, perturbant ainsi l'unité de la vie sexuelle; rien de total ne peut plus alors être vécu. Il se peut que, tout d'abord, cela porte peu atteinte au travail social, car dans la plupart des cas, celui-ci se trouve très éloigné de la vie personnelle. Au contraire, dans le domaine de la vie sexuelle qui, du point de vue physique et psychologique, culmine dans l'orgasme, la capacité d'unifier les aspirations sexuelles et culturelles est essentielle. L'économie et l'équilibre de l'orgasme en dépendent.

CHAPITRE II

LA PUISSANCE ORGASTIQUE

Par puissance orgastique nous entendons l'aptitude, chez l'être humain, à atteindre une satisfaction conforme à la stase libidinale du moment; mais aussi l'aptitude à parvenir fréquemment à cette satisfaction tout en étant peu sujet aux troubles de la genitalité, qui perturbent parfois l'orgasme même chez l'individu relativement sain. La puissance orgastique existe sous certaines conditions que l'on ne rencontre que chez l'individu capable de jouissance et d'activité; chez l'individu névrosé, ces conditions font totalement ou partiellement défaut.

Compte tenu de la diversité des besoins sexuels individuels, est-il possible d'élaborer un modèle de la puissance orgastique? Non, pourrait-on nous objecter, car vous décrivez un type idéal qui n'a aucun support même approximatif dans la réalité. A cela, nous répliquons: ce que nous allons décrire est au contraire un état de fait entièrement réel. Ici, je remercie chaleureusement certains de mes confrères de m'avoir fait une description phénoménologique de leur expérience sexuelle, ce qui m'a permis d'établir quelques critères de la puissance orgastique; quand ces critères font défaut, on peut diagnostiquer avec une certitude suffisante l'impuissance orgastique, en tenant compte de l'aspect qualitatif et quantitatif, indépendamment des témoignages généralement trompeurs des malades.

Du point de vue clinique, l'élaboration d'un modèle de la puissance orgastique s'appuie sur le fait qu'après l'élimination des troubles, la courbe du plaisir ressenti tend systématiquement à se rapprocher de la courbe de la puissance orgastique que nous donnerons plus loin¹.

Nous commencerons par exposer les progrès accomplis, au cours de l'analyse, par un patient qui souffrait, entre autres, d'éjaculation précoce et de masturbation excessive.

Depuis l'âge de sept ans, il se masturbait d'une à trois fois par jour sans éprouver de sentiment de culpabilité ni aucune peur consciente de nuire à sa santé. Régulièrement, dès le repas du soir ou en se mettant au lit, l'idée qu'il lui fallait se masturber lui venait automatiquement et sans la moindre excitation. Quand il se mettait à lire au lit, il se proposait de se masturber une demi-heure plus tard. Son membre était flasque au début de la masturbation et devait être porté à l'érection par une excitation manuelle. En même temps il songeait à qui "dédier" sa masturbation. C'était devenu "comme une messe qu'il devait célébrer pour quelqu'un". L'excitation survenait ensuite grâce à un fantasme quelconque et augmentait constamment. Puis ses pensées se tournaient vers des choses accessoires, il pensait à son travail, à des incidents apparemment banals de la journée, etc... L'excitation disparaissait quand il se détournait de ses fantasmes et réapparaissait dès qu'il y retournait. Ce cycle se répétait plusieurs fois et le tout se prolongeait, en moyenne, une demi-heure. Finalement, il atteignait l'acmé, la secousse physique était forte et la satisfaction le remplaçait dans cette absence d'excitabilité qui était la sienne avant la masturbation. Quand je lui demandai de représenter graphiquement le cours de son excitation, il traça la courbe reproduite ci-dessous (Figure 1).

1. Pour faciliter la compréhension, nous représenterons par des courbes les troubles de l'orgasme.

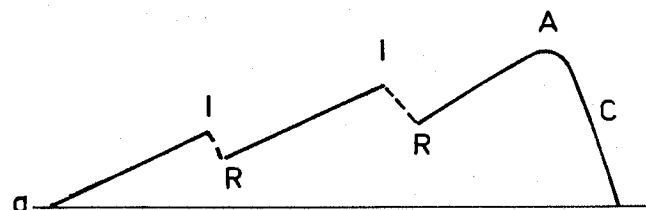


Figure 1

COURS DE L'EXCITATION DANS LA MASTURBATION

a Absence d'excitabilité. I Interruption volontaire de l'élaboration de fantasmes. R Rétablissement volontaire des fantasmes et de l'excitation. A Acmé. C Chute de l'excitation.

Déjà avant que ne se déclare sa névrose (érythrophobie), il souffrait d'éjaculation précoce, qui depuis s'était sensiblement aggravée. Il n'était relativement puissant qu'après d'une femme mariée qui remplissait certaines conditions érotiques. Habituellement le coït avec elle durait environ une demi-minute; les préliminaires se poursuivaient pendant un long moment; le coït s'achevait par une satisfaction plus forte que dans la masturbation, en particulier quand la femme atteignait l'orgasme en même temps que lui. Contrairement à la masturbation, le coït lui laissait un sentiment de bien-être psychique. Ses rapports avec d'autres femmes auprès desquelles l'éjaculation survenait peu après l'intromission, ne lui procuraient que dégoût et répulsion. La figure 2 représente le déroulement de l'orgasme dans ses rapports avec la femme aimée, et la figure 3, l'excitation dans le cas de l'éjaculation précoce.

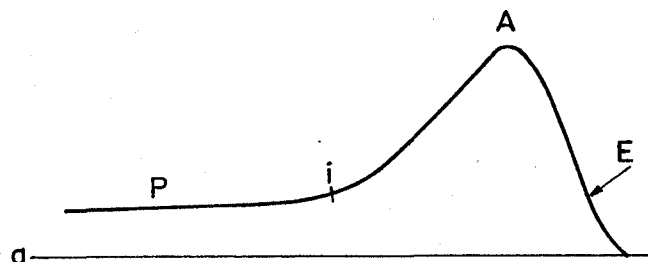


Figure 2

ACTE SEXUEL
AVEC POSSIBILITE DE PUISSANCE ORGASTIQUE

a Absence d'excitabilité. P Préliminaires prolongés.
i Intromission. A Acmé. E Excitation psychologique
résiduelle. A partir de l'intromission, l'acte dure
environ une demi-minute.

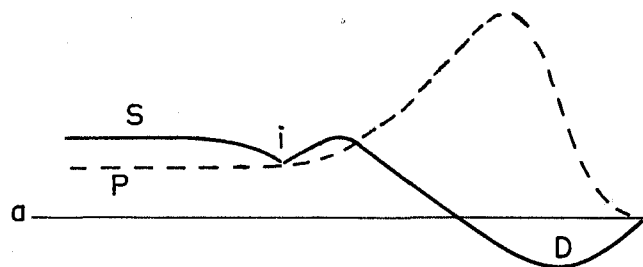


Figure 3

COURBE DE L'EJACULATION PRECOCE

--- Courbe de comparaison. S Etat de surexcitation.
P Préliminaires prolongés. i Intromission et acmé
plate. D Déplaisir consécutif intense.

A l'époque où il entre en analyse, il avait des rapports sexuels inter femora¹ ou adnates² accompagnés de fantasmes homosexuels à peine censurés et d'une bonne puissance érective. Il agissait ainsi, disait-il, parce qu'il ne voulait pas mettre la femme enceinte. Mais la peur de pénétrer dans le vagin était si évidente dans ses rêves que je pus lui montrer clairement que ses motifs n'étaient en fait qu'une pure et simple rationalisation. Il voulut me prouver que j'avais tort, mais lorsqu'il tenta à nouveau la coït, "ça explosa" avant même qu'il ait pris la position. L'analyse des rêves qui suivirent cet échec montra qu'il avait peur d'une chose dangereuse qu'il supposait à l'intérieur du vagin. Plus tard, il interpréta lui-même son éjaculation précoce comme l'expression de la crainte "de séjourner" trop longtemps "dans la gueule du loup".

Lorsque cette peur et quelques autres contenus, jusqu'ici inconscients, furent devenus conscients, il parvint à un coït. Il n'avait jamais encore, selon ses propres paroles, éprouvé une telle satisfaction. Il consacra nettement moins de temps aux préliminaires, parce que la peur du coït était plus faible. Le coït lui-même dura, dit-il, trois fois plus longtemps qu'avec la femme qu'il aimait avant sa maladie, soit un peu moins de deux minutes; lente d'abord, l'excitation augmenta de plus en plus rapidement; pour la première fois, il n'avait pas eu de fantasmes pendant l'acte; il avait ensuite éprouvé une agréable fatigue dans tout son corps, et non cette fatigue lourde "dans la tête seulement" comme c'était le cas après la masturbation ou l'éjaculation précoce. La courbe de la figure 4 traduit le déroulement de cette excitation.

1. Entre les cuisses (N.d.T.)
2. Entre les fesses (N.d.T.)

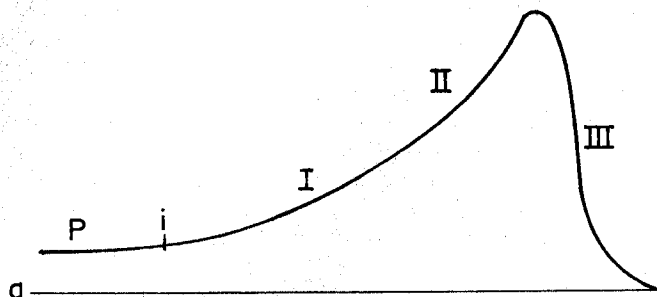


Figure 4

L'EXCITATION APRES L'ANALYSE DE LA PEUR

P Préliminaires de plus courte durée. i Intromission.
 I Augmentation plus lente de l'excitation. II Montée plus rapide vers l'acmé (A). III Chute brusque de l'excitation suivie d'une descente douce.
 Durée approximative : 2 minutes.

Quelques mois après la fin de l'analyse, il me confia, entre autres choses, qu'il se sentait pleinement puissant et satisfait; l'acte durait à peu près cinq minutes, il ne s'accompagnait plus de fantasmes et n'était plus suivi d'une pénible sensation de "vide".

Nous voyons en comparant les courbes que la partie ascendante est plus courte dans la deuxième courbe que dans la quatrième. La grande confiance du patient envers la femme aimée et certaines conditions érotiques rendaient possible la puissance érective et une satisfaction relativement bonne, mais la peur du coït entraînait un prolongement des préliminaires et une réduction considérable du temps de friction. Dès que la peur du coït sera devenue consciente, la durée de la friction triplera. Dans l'éjaculation précoce, le temps de friction faisait presque complètement défaut,

la courbe de l'orgasme était basse et allongée et les faibles sensations de plaisir étaient accompagnées de sentiments d'intense désagrément, ce qui ne se produira plus quand l'acte sexuel aura été relativement délivré de l'anxiété.

L'intensité du plaisir final dans l'orgasme est donc (dans l'acte sexuel dépourvu d'anxiété, de déplaisir et de fantasme) directement proportionnelle à la quantité de tension sexuelle concentrée sur la zone génitale, c'est-à-dire qu'elle est d'autant plus grande que la "montée" de l'excitation est plus ample et plus abrupte.

Nous allons maintenant décrire d'un point de vue phénoménologique l'acte sexuel satisfaisant, en nous limitant à quelques phases et quelques modes de comportement typiques. Une description de la physiologie de l'acte sexuel est inutile étant donné le grand nombre et la bonne qualité des exposés qui en ont été faits dans la littérature spécialisée. Nous ne prendrons pas davantage en considération les préliminaires qui sont déterminés par les différents besoins individuels et dont on ne peut dégager aucune loi. Quant au processus d'excitation du système vasovégétatif, dans la mesure où l'on peut les saisir comme phénomènes, nous en traiterons dans le chapitre 4.

I

Phase du contrôle volontaire de la montée de l'excitation

1) L'érection n'est pas douloureuse mais agréable par elle-même et elle a lieu sans que les organes génitaux n'aient été exagérément excités. L'organe féminin devient hyperémique¹ et se trouve lubrifié par d'abondantes sécrétions des glandes génitales. Au cours de l'intromission, le clitoris peut être la zone principale d'excitation, mais chez la femme douée de puissance orgastique, il transmet aussitôt son excitation à la muqueuse du vagin, sans lui faire concu-

rence. Un critère important de la puissance orgastique chez l'homme est le *besoin psychomoteur de pénétrer*. Il peut y avoir en effet, des érections provoquées par de simples excitations sensorielles, qui ne suscitent pas un tel désir; c'est le cas, par exemple, de beaucoup de caractères narcissiques puissants.

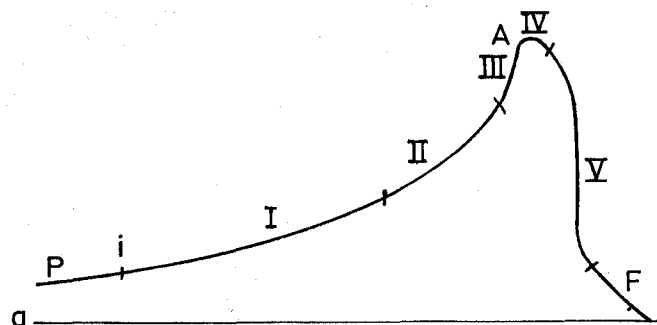


Figure 5

LES PHASES TYPIQUES DE L'ACTE SEXUEL AVEC PUISSANCE ORGASTIQUE, CHEZ LES DEUX SEXES

P *Preliminaires*. i *Intromission*. I *Phase de contrôle volontaire de l'excitation (celle-ci peut encore être prolongée sans danger)*. II (6a-6d) *Phase des contractions involontaires et de la montée automatique de l'excitation*. III (7) *Montée brusque et abrupte vers l'acmé (A)*; IV (8) *Orgasme*. V (9-10) *Chute brutale de l'excitation*. F *Fatigue*.
Durée approximative : 5-20 minutes.

2) L'homme est *agressif de façon tendre*. On peut considérer comme des déviations pathologiques de ce comportement soit l'agressivité exagérée qui provient de pulsions sadiques, comme chez beaucoup de névrosés obsessionnels doués de puissance érective; soit l'absence d'activité chez les hommes de caractère passif-féminin; soit le manque de tendresse dans le "coït onaniste" avec un objet qui n'est pas aimé. La femme est plus passive que l'homme, sans être jamais, pourtant, totalement inactive. (Cas d'inactivité extrême: par exemple, à la suite de fantasmes masochistes de viol.)

3) Le plaisir qui s'est maintenu à peu près au même niveau au cours des préliminaires, augmente brusquement, de la même façon chez l'homme et chez la femme, au moment de l'intromission. L'impression, chez l'homme, "d'être absorbé" correspond chez la femme, à l'impression "d'aspirer le membre viril".

4) Chez l'homme le besoin de pénétrer profondément augmente, sans prendre cependant la forme sadique d'une volonté de "transpercer", comme chez les caractères obsessionnels. Par le biais des *frottements réciproques, spontanés et sans contrainte*, l'excitation se concentre sur la surface du pénis et sur le gland, ainsi que sur la partie postérieure de la muqueuse vaginale. La sensation caractéristique qui annonce et ensuite accompagne l'émission du sperme, est encore tout à fait absente (contrairement à ce qui se passe dans l'éjaculation précoce). Le corps est encore moins excité que les organes génitaux. La conscience est entièrement tournée vers la perception des sensations de plaisir; le moi participe à cette activité en essayant d'épuiser toutes les possibilités de plaire et d'atteindre la tension la plus haute, avant l'arrivée de l'orgasme. Il va de soi que cela n'est pas le fruit d'une réflexion pleinement consciente; au contraire, il s'agit là d'un processus automatique de modification de la position, du frottement et de son rythme etc., processus qui varie selon les expériences antérieures de chaque individu. Selon les témoignages

bien concordants d'hommes et de femmes orgastiquement puissants, les sensations de plaisir sont d'autant plus fortes que les frottements sont plus lents, plus doux et mieux harmonisés entre les partenaires. Cela suppose aussi une très grande capacité à s'identifier à son partenaire. Quant aux contreparties pathologiques, elles consistent dans le besoin de produire des frottements violents, qui s'accompagnent d'une insensibilisation partielle du pénis (cela se produit chez les caractères obsessionnels sadiques souffrant d'une impossibilité d'éjaculer) et dans la hâte nerveuse de ceux qui souffrent d'éjaculation précoce. D'après les informations que nous avons recueillies, les individus orgastiquement puissants — à l'exception de quelques mots tendres — ne parlent ni ne rient jamais pendant l'acte sexuel. Parler ou rire indique de graves troubles de la faculté de s'abandonner, laquelle suppose une attention non partagée à la sensation de plaisir.

5) Dans cette première phase, l'interruption du frottement est en elle-même agréable. D'une part, elle ne nécessite aucun effort mental particulier et s'accompagne des sensations de plaisir propres au repos. D'autre part, elle permet de prolonger le coït, car l'excitation décroît un peu pendant le repos, sans pourtant disparaître complètement comme dans les cas pathologiques. Dans cette phase, même l'interruption de l'acte sexuel par le retrait du pénis n'est pas du tout ressentie comme désagréable à ce moment, à condition qu'elle se produise après une pause. Quand le frottement recommence, l'excitation remonte progressivement au-dessus du niveau précédant l'interruption et s'étend peu à peu au corps tout entier, tandis que l'excitation des organes génitaux eux-mêmes demeure plus ou moins au même niveau. Enfin, à la suite d'une montée, généralement brusque, de l'excitation génitale, s'installe la deuxième phase.

II

Phase des contractions musculaires involontaires

6) Dans cette phase, le contrôle colontaire du cours de l'excitation n'est plus possible. En voici les caractéristiques :

a) L'accroissement de l'excitation ne peut plus être maîtrisé. Au contraire, il s'empare de l'individu tout entier et provoque une accélération du pouls et de la respiration.

b) L'excitation physique se concentre encore davantage sur les organes génitaux, sans que l'excitation du corps diminue pour autant. La sensation qui s'installe peut être caractérisée comme un *flux de l'excitation vers les organes génitaux*.

c) Cette excitation suscite d'abord des contractions *réflexes* de l'ensemble de la musculature des parties génitales et du plancher pelvien. Ces contractions arrivent par vagues : les crêtes des vagues coïncident avec la pénétration complète, les creux avec le retrait du pénis. *Néanmoins, dès que le retrait dépasse une certaine limite, il se produit des contractions spasmodiques qui accélèrent l'émission du sperme*; dans ce cas, les muscles lisses du vagin se contractent également chez la femme (c'est ce que H. Deutsch appelle la succion par le vagin).

d) A ce stade, l'interruption de l'acte provoque chez l'homme aussi bien que chez la femme un déplaisir absolu. En effet, au lieu de se produire de façon rythmique, les contractions qui conduisent à l'orgasme et à l'éjaculation, chez l'homme, deviennent alors spasmodiques. Cela entraîne un déplaisir intense et

parfois même des sensations de douleur dans la région pelvienne et dans les reins. De plus, dans le processus spasmodique, l'éjaculation se produit plus tôt que dans le processus rythmique ininterrompu.

Jusqu'à un certain point, la prolongation volontaire de la première phase de l'acte sexuel (de I à 5) est inoffensive et contribue plutôt à intensifier le plaisir. Par contre, l'interruption ou la modification du cours de l'excitation dans la seconde phase est nocive, car cette phase est déjà de type réflexe et met en jeu le système nerveux lui-même. Il nous faudra revenir sur ce sujet dans la partie clinique (neuras-thénie, dommages causés par le coït interrompu).

7) Les contractions musculaires involontaires devenant de plus en plus fortes et fréquentes, l'excitation croît de façon *rapide et abrupte* jusqu'à l'acmé (de III jusqu'à A sur la figure 5). Normalement, l'acmé coïncide avec la première contraction musculaire éjaculatoire.

8) Puis intervient un *obscurcissement* plus ou moins profond de la conscience. Après un ralentissement momentané au plus haut point de l'acmé, les frottements deviennent spontanément plus intenses et le besoin de pénétrer "à fond"¹ devient plus fort avec chaque contraction des muscles éjaculatoires. Chez la femme, les contractions musculaires suivent le même cours que chez l'homme. Au point de vue psychique, la seule différence c'est que, pendant et juste après l'acmé, la femme saine désire "accueillir complètement" (nous aurons à reparler des identifications réciproques et autres différences de comportement chez les deux sexes). Au moment de l'acmé, le souffle était retenu; il s'échappe à présent en violentes expirations, qui se transforment généralement en cris chez la femme.

1. Cette tendance, que l'on peut mettre en évidence phénoménologiquement, pourrait traduire la régression vers le sein maternel supposée par Ferenczi, laquelle, au moins chez l'homme, se réaliserait psychiquement dans le coït, par la pénétration du sperme.

9) L'excitation orgastique s'empare alors du corps tout entier et provoque une vive activité de toute la musculature. Les observations personnelles de femmes et d'hommes sains, ainsi que l'analyse de certains troubles de l'orgasme nous montrent que ce que nous appelons libération de la tension et que nous ressentons comme une décharge motrice (la partie descendante de la courbe de l'orgasme) provient avant tout du *reflux de l'excitation dans tout le corps*. Ce reflux est, en outre, ressenti comme une *chute soudaine* de la tension.

L'acmé représente ainsi le passage du stade "génétopète" au stade "génétofuge" (Ferenczi) de l'excitation. Seul l'aspect *génétofuge* constitue la *satisfaction*, laquelle a deux significations : le *changement de sens de l'excitation* et le *déchargement des parties génitales*.

10) Avant que le point zéro ne soit atteint, l'excitation diminue en pente douce et se trouve immédiatement remplacée par une *agréable détente physique et mentale*. Généralement, survient aussi un *intense besoin de dormir*. Les relations sensuelles disparaissent mais il subsiste une *attitude "rassasiée"* et *tendre vis-à-vis du partenaire*, à laquelle s'ajoute parfois un sentiment de reconnaissance.

Tout au contraire, l'individu orgastiquement impuissant éprouve une lassitude pesante, du dégoût, de la répugnance, de la répulsion, quelquefois de la haine envers la femme. Dans le cas de la satyriasis et de la nymphomanie, l'excitation sexuelle ne disparaît pas. Les femmes réagissent très souvent par de l'insomnie, signe très caractéristique de l'insatisfaction sexuelle. Par contre, on ne doit pas hâtivement conclure que le patient est satisfait lorsqu'il déclare s'endormir immédiatement après l'acte.

En reconsidérant les deux phases de l'acte sexuel, nous voyons que la première est principalement marquée par l'*expérience sensible*, la seconde par l'*expérience motrice*.

L'idée que le retard de l'orgasme chez la femme serait d'origine physiologique, est largement répandue. On a même cherché à ce phénomène une explication biologique. L'apparition retardée de l'orgasme féminin aurait, par exemple, le sens biologique suivant : obtenir une deuxième éjaculation de l'homme afin d'assurer une plus sûre fécondation (Urbach). Toujours est-il que bien souvent, la femme atteint plus difficilement à l'orgasme que l'homme. Il faut cependant faire abstraction des cas où un retard (relatif) de l'orgasme féminin intervient parce que l'homme arrive trop tôt à l'acmé. Fürbringer, s'appuyant sur la moyenne de Löwenfeld, qui est de dix minutes, estime que l'acte normal dure entre cinq et quinze minutes. Cela correspond aussi à notre estimation. Certes, on ne peut pas encore parler d'un cas pathologique quand un homme éjacule en moyenne au bout d'une à trois minutes; mais nous ne pouvons pas non plus le considérer comme puissant, car nous savons par expérience que cette "éjaculation prématurée propre à la nature de certains hommes tout à fait sains" (Fürbringer) repose également sur des inhibitions psychiques. Rappelons le cas de ce patient qui, avant l'analyse, parvenait au bout d'une demi-minute à un orgasme relativement satisfaisant et qui, après avoir pris conscience de sa peur du coït, parvint à prolonger de plus de deux fois le temps de friction. Ce type d'éjaculation prématurée que l'on ne peut pas encore appeler pathologique, peut avoir bien d'autres causes et nous les aborderons dans le chapitre VIII intitulé : "Signification sociale des tendances génitales".

Cela mis à part, il subsiste bien d'autres motifs spécifiques aux femmes, qui déterminent le retard de l'orgasme chez certaines femmes par ailleurs saines. D'une part, la double morale sexuelle impose beaucoup plus à la femme qu'à l'homme de refuser la sexualité; d'autre part, le désir chez la femme d'être un homme, sans aller nécessairement jusqu'à entraver totalement l'accomplissement de la satisfaction, peut certes avoir

une influence perturbatrice sur le déroulement continu de l'excitation. Ces inhibitions une fois supprimées, le cours de l'excitation féminine ne diffère plus du cours de l'excitation masculine.¹

Chez l'un et l'autre sexe, l'orgasme est plus intense quand les sommets des excitations génitales coïncident. Cela arrive très fréquemment chez les individus qui peuvent concentrer sur un partenaire et leur tendresse et leur sensualité et trouvent un écho chez lui; c'est la règle quand les rapports amoureux ne sont perturbés ni de l'intérieur ni de l'extérieur. Dans de tels cas, les fantasmes conscients, au moins, sont complètement éliminés; le moi est intégralement absorbé par la perception du plaisir et s'y intègre sans partage. La capacité de se concentrer momentanément avec sa personnalité tout entière sur l'expérience génitale, et cela en dépit de nombreux obstacles, telle pourrait être la définition phénoménologique de la puissance orgastique.

Les fantasmes inconscients sont-ils, eux aussi, absents ? Il est plus difficile de se prononcer, mais certains indices poussent à le croire. Les fantasmes auxquels l'accès de la conscience est interdit, ne peuvent que troubler l'orgasme. Parmi les fantasmes qui peuvent accompagner l'acte sexuel, il faut distinguer en tous cas, ceux qui sont en harmonie avec l'objet et l'expérience sexuels et ceux qui s'y opposent. Si le partenaire réel est à même, au moins momentanément, d'attirer à lui tous les intérêts libidinaux, les fantasmes inconscients deviennent inutiles, car le fantasme s'oppose par essence au vécu actuel, puisque l'on n' imagine jamais que ce que l'on ne peut obtenir dans la réalité. Bref, il existe un transfert authentique de l'objet prémitif sur l'objet de remplacement : l'objet réel peut remplacer l'objet du fantasme, puisqu'ils coïncident dans leurs traits fondamentaux. Mais

1. En-dehors de l'excitabilité purement somatique du vagin, qui existe indéniablement, existe-t-il chez l'enfant une tendance psychique originelle qui correspondrait au fait que la sensibilité vaginale se réglerait ultérieurement sur l'homme ? C'est une question que nous traiterons dans le chapitre VI sur la théorie de la génitalité.

la situation est différente lorsque le transfert des intérêts sexuels se produit, *bien que* le partenaire *ne corresponde pas*, dans ses traits fondamentaux, à l'objet du fantasme. Il s'agit alors simplement de la recherche névrotique de l'objet primitif, sans que le psychisme soit capable d'un véritable transfert. Dans ce cas, aucune illusion ne peut extirper le sentiment diffus d'un manque de sincérité dans les relations. Tandis que dans le cas d'un transfert authentique, il n'y a aucune déception après l'acte sexuel, elle est inévitable dans le cas d'un transfert inauthentique. Dans ce second cas, nous pouvons supposer que la production de fantasmes, loin de cesser pendant l'acte sexuel, a plutôt servi à *maintenir* l'illusion. Dans le premier cas, au contraire, l'objet primitif a perdu son intérêt, ainsi que sa faculté de créer des fantasmes, car il s'est réincarné dans l'objet réel. Il n'y a plus alors, dans le transfert authentique, de surestimation du partenaire; les caractéristiques qui l'opposent à l'objet primitif sont évaluées avec justesse et bien tolérées. Dans le transfert inauthentique, les illusions prédominent, l'idéalisation est excessive; les aspects contradictoires ne sont pas perçus (refoulés), le travail de l'imagination ne peut s'arrêter sous peine de laisser échapper l'illusion.

Mais plus l'imagination doit travailler pour identifier l'objet réel à l'objet primitif, plus la satisfaction perd en intensité et en valeur d'économie sexuelle. Jusqu'à quel point ces incompatibilités, qui apparaissent généralement dans toute relation humaine de quelque durée, diminuent-elles l'intensité de l'expérience sexuelle ? Cela dépend entièrement de leur nature. Cette diminution se transformera d'autant plus vite en trouble pathogène que la fixation sur l'objet primitif est plus forte et plus grande l'inaptitude à un transfert authentique, plus difficile l'effort à faire pour surmonter l'aversion envers l'objet réel. Nous en arrivons ainsi aux troubles de l'orgasme.

CHAPITRE III

LES PERTURBATIONS PSYCHIQUES DE L'ORGASME

Contrairement aux perturbations de la puissance d'érection et d'éjaculation, on ne s'est guère penché sur les perturbations qui affectent le "plaisir final" (Freud) ou la "détumescence" (Moll) chez l'homme. Chez la femme, les perturbations de la fonction sexuelle, plus difficiles à distinguer, ont été rassemblées sous le concept de "dyspareunie", qui recouvre également l'insensibilité vaginale totale ou partielle. Mais il y a aussi des femmes qui présentent des troubles isolés de la fonction de l'orgasme, alors même que les préliminaires physiologiques se sont déroulés normalement. Sur le plan gynécologique, Kehrer¹ n'a pas peu contribué à nous expliquer comment l'orgasme peut être perturbé chez la femme, et ce que représentent ces perturbations pour la genèse des maladies organiques dans l'appareil sexuel féminin. Les recherches de Stekel sur la femme frigide et l'homme impuissant² ont fourni un abondant matériel qui, malgré son intérêt, n'a pas été exploité de façon appropriée; car, ne pas prendre en considération la sexualité infantile et ne pas l'estimer à sa juste valeur (valeur que l'on ne peut découvrir qu'à l'aide de la technique freudienne),

1. *Ursachen und Behandlung der Unfruchtbarkeit* (Causes et traitement de la stérilité), Leipzig, 1922.

2. Paris, 1949 et 1950.

c'est se couper de toute compréhension radicale. Ce même reproche s'applique aussi aux contributions de la littérature sexologique, quelques précieuses qu'elles puissent être par ailleurs¹. Dans la littérature psychanalytique au sens strict, on chercherait en vain une contribution à notre problème. Il faut sans doute incriminer ici une certaine timidité à parler du sommet de l'expérience sexuelle de l'homme, et à entrer dans les détails lorsqu'on interroge ou qu'on analyse les malades. Or seuls ces détails pourront nous fournir des renseignements décisifs. D'eux-mêmes, les malades ne viennent jamais à en parler. C'est pourquoi, aux premiers temps où je portai une attention particulière à l'impuissance et à la frigidité accompagnant régulièrement la névrose, les perturbations de l'orgasme, qui sont très diverses, ont pu d'abord m'échapper. En outre, très peu de malades savent quels renseignements ils doivent fournir, quand bien même ils comprennent ce qu'on leur demande.

Au cours des recherches, il nous est apparu nécessaire de donner au concept de puissance une signification économique; c'est ainsi qu'on a été amené à développer la notion de "puissance orgastique". Je dois le dire, cette manière de poser le problème et l'explication analytique à laquelle nous sommes parvenus se sont révélées, au delà de toute attente, extrême-

1. Pour devancer le reproche d'avoir passé sous silence la littérature non-psychanalytique, disons tout de suite qu'il n'existe pas à ma connaissance de traité clinique qui présente un exposé global sur le problème de l'orgasme. Le précieux *Handbuch der Sexualwissenschaft* (Manuel de la science sexuelle) que l'on doit à Marcuse, sans vouloir lui enlever le mérite d'un travail rigoureux, ne rend pas compte de la propriété des deux termes "acmé" et "orgasme"; il n'est pas jusqu'aux remarques disséminées dans les paragraphes traitant de l'acte sexuel et de l'impuissance qui ne témoignent du peu d'intérêt qu'il accorde à la fonction de l'orgasme. En fouillant dans la littérature sexologique plus ancienne, dans les livres de Bloch, Havelock-Ellis, Moll, Krafft-Ebing, Forel etc., je n'ai rien pu trouver qui soit d'une importance fondamentale pour notre propos. Les travaux d'Urbach (*Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, 1921, vol.VIII) et de Vaerting (*Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, 1915, vol.II) ne traitent le problème de l'orgasme que d'un point de vue eugénique, et on y néglige en général l'observation psychologique de la vie sexuelle au profit de l'eugénie et de la physiologie.

ment fructueuses pour l'économie de la névrose¹. Dans tout ceci, je me suis appuyé sur l'idée de Freud qui, le premier, a vu et démontré que le névrosé souffre d'un manque de satisfaction et que le noyau de la névrose est à chercher dans la stase somatique et psychique de la libido. Je me propose maintenant de faire la preuve que, même là où le refoulement sexuel n'entrave pas soit la recherche de l'objet (abstinence), soit les préliminaires (impuissance érective, insensibilité), il perturbe, en tous cas, le plaisir final et empêche, par là-même, la détente des excitations libidinales.

Les perturbations psychiques du plaisir final peuvent toutes être décrites comme des déviations du type moyen de puissance orgastique auquel nous sommes parvenus. Par "impulsion orgastique" nous entendons l'incapacité interne à atteindre, de façon durable, alors même qu'on se trouve placé dans les conditions extérieures les plus favorables, une satisfaction conforme aux revendications sexuelles et à la stase libidinale du moment. Comme en général les individus orgastiquement impuissants disposent aussi d'une capacité de sublimation moins développée, il en résulte des stases pathologiques de la libido à l'état chronique. A cet égard, leur situation est encore pire que celle des abstinentes ou de ceux qui ne connaissent aucune excitabilité génitale; car, sujets à des excitations génitales, ils se trouvent constamment dans un état de tension assez nettement croissante, sans pouvoir parvenir à une détente qui devient d'autant plus nécessaire.

En supposant intactes les autres fonctions, on peut distinguer quatre formes fondamentales parmi les perturbations de la puissance orgastique :

a) Diminution de la puissance orgastique : l'orgasme, pour des raisons internes, ne correspond pas aux

1. Cf. Reich, "Die therapeutische Bedeutung der Genitallibido", op. cit.

exigences libidinales, de sorte que subsistent des stases somatiques et psychiques de la libido (onanisme, coït onaniste).

b) *Fragmentation de l'orgasme* : le cours de l'excitation est *directement* perturbé pendant l'acte sexuel (neurasthénie aiguë).

c) *Incapacité absolue à atteindre l'orgasme* : insensibilité vaginale partielle ou totale, asthénie (faiblesse) génitale.

d) *Excitation nymphomaniacale* : nymphomanie, satyriasis.

a) *Diminution de la puissance orgastique*

A l'état chronique, cette inadaptation à la satisfaction finale se rencontre, au premier chef, chez des individus qui n'ont pu trouver, pour des raisons internes, d'objet sexuel approprié : onanistes invétérés, individus sexuellement cyniques, homosexuels latents, vieux garçons, introvertis schizoïdes dont les relations objectales sont pauvres. Elle se rencontre aussi chez des hommes qui vivent la génitalité sur le mode d'un clivage permanent entre ses composantes sentimentale et sensuelle ou encore chez ceux qui ont l'habitude de fréquenter des prostituées, pour autant que celles-ci ne correspondent pas spécifiquement à l'objet primitif. La diminution de la puissance orgastique qui s'installe à la longue chez les onanistes est la seule à présenter un intérêt clinique.

Dans l'onanisme, entretenir les fantasmes, les amener à se modifier, reproduire les sensations de plaisir qui ont été vécues dans le coït sont autant d'efforts qui diminuent la satisfaction, au point qu'elle ne peut plus libérer la tension accumulée que de manière extrêmement imparfaite. A cet égard, le "coït

onaniste" (Ferenczi) avec des personnes qu'on ne doute pas ne diffère en rien de l'onanisme. A la stase psychique de la libido (désir d'amour inassouvi) vient s'ajouter une stase somatique plus ou moins forte, car l'énergie employée à constituer le fantasme aussi bien que les tendances psychiques restées insatisfaites contribuent à diminuer la satisfaction physique. On ne peut suivre Stekel, quand il prétend que l'onanisme serait la forme de satisfaction qui conviendrait à certains individus. L'expérience analytique ne laisse aucun doute sur ce point : quiconque ne dépasse pas le stade physiologique de l'onanisme au sortir de la puberté reste fixé aux objets de l'enfance, en proie à la peur du coït. En outre, une fois établi sur ce mode, le penchant à l'onanisme détermine, par la suite, des régressions qui vont toujours s'accroissant et s'amplifiant dans le sens des désirs et objets infantiles; ces régressions exigent, en retour, la mise en place d'un système de défenses plus vigoureux; ainsi nombre de névroses se déclarent-elles juste après la puberté, se nourrissant des luttes menées contre l'onanisme. Si l'onanisme est totalement réprimé, jusqu'à rendre la stase somatique elle-même pathogène, on verra nettement s'accroître, dans la psychonévrose, les signes de névrose actuelle. L'abondance de rêveries diurnes, l'irritabilité, les mouvements d'humeur, l'agitation, l'instabilité dans le travail, les incontinenances, l'insomnie etc. sont habituellement les premières manifestations de la présence définitive de la maladie. En écartant, chez l'onaniste, le sentiment de culpabilité et la crainte de nuire à sa santé, la suggestion permet, dans certains cas, d'atténuer les symptômes qui découlent directement du sentiment de culpabilité et du renforcement de la stase somatique de la libido. Mais la stase psychique de la libido ne peut pas être combattue par la suggestion : à peine la relation de suggestion est-elle interrompue que la stase psychique déclenche de nouvelles poussées du sentiment de culpabilité et un penchant à l'abstinence totale, provoquant par là-même un nouvel accroissement de la stase somatique.

Ces faits peuvent être constatés par tout observateur impartial, depuis que Freud et son école les ont étudiés; ils ne nécessitent donc plus aujourd'hui de documents cliniques détaillés. En revanche, quelques exemples nous serviront à illustrer la façon dont l'impuissance orgastique relative se manifeste chez des névrosés érectivement puissants.

Un homme de trente-deux ans entra en analyse parce qu'il se sentait constamment mal à l'aise et avait toujours peur de rougir. Il présentait ces troubles depuis son second mariage. Resté très attaché à sa première femme défunte, il ne s'était remarié que pour des motifs d'ordre économique. Sa puissance érective ne laissait rien à désirer. Lors de notre premier entretien, il prétendit être sexuellement satisfait. Mais, dès les premières séances d'analyse, il s'avéra qu'il ne pratiquait l'acte sexuel qu'une fois toutes les six semaines à peu près, "par devoir", avec cette épouse qu'il ne désirait pas; pendant l'acte, il pensait à sa première femme et lui comparait la nouvelle; après l'acte qui, même physiquement, ne le satisfaisait guère, il était content que "ça soit déjà fini".

Ce cas peut être considéré comme typique de l'érythrophobie où le malade a souvent à lutter inconsciemment contre des fantasmes homosexuels, s'arrange pour compenser son impuissance dans l'acte hétérosexuel et se condamne à rester par ailleurs insatisfait. Chez de tels malades, la stase de la libido n'est pas moindre que chez ceux qui se contraignent à l'abstinence.

Nous en concluons que les contractions des muscles génitaux au moment de l'éjaculation ne rendent la satisfaction possible que si l'appareil psychique d'excitation est en mesure de produire les sensations de plaisir sans rencontrer d'opposition. En outre, l'inhibition psychique fait obstacle aussi bien à la complète concentration qu'à la décharge de l'excitation concentrée dans la zone génitale.

Quoique la toile de fond en soit différente, on retrouve la même forme d'impuissance orgastique chez des hommes érectivement puissants atteints de

névrose obsessionnelle.

Un homme de trente-cinq ans qui présentait un caractère névrotique obsessionnel typique et souffrait d'impuissance érective, était parvenu après son mariage, à l'érection grâce au savoir-faire de sa femme. Néanmoins, la peur de l'impuissance lui était restée et il lui fallait sans cesse se prouver à lui-même qu'il était encore puissant. Par exemple, il effectuait quelques mouvements de friction et interrompait là l'acte sexuel. Il n'était pas particulièrement excité, ni physiquement ni psychiquement et, quand l'éjaculation se produisait, le niveau de son excitation n'augmentait pas du tout.

Un jeune homme de dix-neuf ans vint se faire analyser à cause de ses ruminations obsessionnelles. Il avait de nombreux rapports et pratiquait le coït interrompu. Il avait rarement plus d'un rapport avec la même fille, parce qu'il la méprisait encore davantage après qu'avant; en effet, l'acte représentait pour lui une sorte de "vidange" comparable à la défécation, ce qui ne l'empêchait pas d'attacher beaucoup d'importance au fait d'avoir possédé un joli nombre de filles. La satisfaction lui importait peu; par contre, rien ne lui plaisait comme la peine d'une fille qu'il avait "laissé tomber". Ce cas illustre de manière très nette la substitution de tendances anales, sadiques et narcissiques aux tendances génitales; c'est un problème sur le quel nous reviendrons en détail.

Un patient âgé de vingt-et-un ans, dont le caractère obsessionnel s'exprimait particulièrement par une pénible obsession à compter, avait de très fréquents rapports et jouissait d'une bonne puissance érective, mais ne pouvait s'empêcher de compter pendant toute la durée de l'acte. Il mettait longtemps à éjaculer et cela lui coûtait beaucoup d'efforts, sans que la sensation de plaisir en soit augmentée. Après l'acte, il se sentait déprimé, se prenait de dégoût et de répulsion pour la femme et n'arrivait pas à s'endormir.

L'impuissance orgastique relative qui se manifeste sous cette forme n'a que peu de rapports avec la névrose et s'exprime principalement dans le caractère. Elle sera traitée dans le chapitre VIII (Signi-

fication sociale des tendances génitales).

En conclusion, disons encore que l'orgasme est perturbé lorsque la durée de l'acte sexuel est soit trop courte, soit trop longue. S'il ne dure pas assez, le corps ne concentre pas suffisamment d'excitation sexuelle dans la zone génitale, et l'éjaculation ne se produit qu'avec une excitation réduite, comme c'est le cas dans le coït onaniste ou l'éjaculation précoce. Autrement dit, la totalité de la libido disponible n'a pas été orgasmiquement satisfaite. Si, au contraire, le plaisir préliminaire se prolonge et retarde l'orgasme, au lieu de voir l'excitation se rassembler dans la zone génitale afin d'être évacuée d'un seul coup, on assiste à une libération diffuse et superficielle des tensions et l'éjaculation ne procure plus qu'un plaisir minime.

b) Fragmentation de l'orgasme

Elle provient du fait que les inhibitions qui s'instaurent pendant l'acte sexuel ne se bornent pas à abaisser l'excitation et à saper la satisfaction, mais perturbent le cours physiologique de l'excitation lui-même. La figure 6 expose l'intermittence de la montée de l'excitation et illustre la faillite du plaisir final.

La fragmentation de l'orgasme se rencontre surtout chez des malades qui se plaignent d'abattement neurasthénique aigu : excitabilité, dégoût du travail, états de lassitude, vagues malaises physiques tels que douleurs dans le dos, tiraillements dans les jambes, etc. Ce fait va nous permettre de réexaminer quelques questions soulevées par Freud lors de son explication de l'étiologie de la neurasthénie aiguë : "La neurasthénie, disait-il, peut toujours se ramener à un état du système nerveux comparable à celui engendré spontanément par un excès de masturbation ou par une multi-

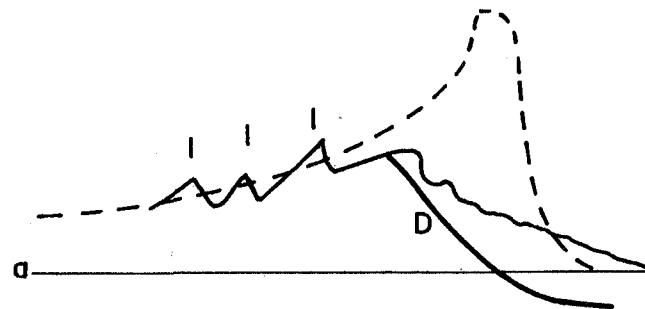


Figure 6

COURBE DU "COIT ONANISTE" CONTRADICTOIRE

--- Courbe de l'orgasme normal

I Inhibition. D Déplaisir..

plication des pollutions"¹. Il faut dire que Stekel* contestait que la neurasthénie se distinguât des "psychonévroses" de Freud par son étiologie directement somatique et prétendait pouvoir diagnostiquer des effets de complexes dans les névroses actuelles. Freud au contraire soutenait "que les formes identifiées de névrose ne se rencontrent qu'occasionnellement à l'état pur; à vrai dire, il est plus fréquent qu'elles se combinent entre elles ou à une affection psychonévrotique..." Chez les gens normaux comme chez les névrosés, il ne s'agit pas tant de savoir si ces complexes et ces conflits existent que "s'ils sont devenus pathogènes, à quel moment, et à quels mécanismes ils ont eu recours pour ce faire."²

1. *Die Onanie* (L'onanisme), Wiesbaden, 1912.

2. *Loc. cit.*

Stekel voyait juste en pressentant là des rapports connexes mais, sur la question des névroses actuelles, il tombait dans la même erreur qu'il a récemment commise dans ses recherches sur l'épilepsie; il fonde une explication sur le simple fait que les diverses impulsions existent, sans se demander quel rôle *spécifique* chacune d'entre elles joue dans l'établissement des différents aspects de la maladie.

Pour mieux comprendre le problème de la neurasthénie, il convient tout d'abord d'y distinguer deux grands groupes :

1°) *La neurasthénie aiguë*. Elle se déclare brutalement et peut dans bien des cas disparaître ou du moins s'atténuer, si l'on arrive à éliminer certaines détériorations de la vie sexuelle au sens où l'entend Freud. Ce type est dépourvu de bien des symptômes qui caractérisent l'autre forme.

2°) *La neurasthénie chronique (hypocondriaque)*¹. La symptomatologie de la forme aiguë se développe ici en syndrome. Ces symptômes sont : la constipation chronique héritée le plus souvent de la prime enfance, les flatulences intestinales, les nausées, le manque d'appétit, des lourdeurs constantes dans la tête, l'éjaculation précoce sans érection ou avant pénétration, l'énurésie² ou la spermatorrhée³. Dans la forme aiguë de la neurasthénie, ces symptômes ne se produisent que séparément ou bien de manière peu perceptible; ils ne s'additionnent que lorsque les détériorations sont devenues chroniques. Quand on s'interroge sur la psychogénèse de la neurasthénie, il faut distinguer deux cas : soit les représentations mentales du désir parviennent *directement* à se dissimuler dans les symptômes, comme c'est le cas dans l'hystérie ou la névrose obsessionnelle, soit les inhibitions psychiques résultant des pulsions conflictuelles se manifestent *indirectement* dans la maladie. Disons tout de suite que le premier

cas correspond à la forme chronique de la neurasthénie et le second cas à sa forme aiguë. Mais dans ce chapitre, nous ne nous occuperons que de la forme aiguë de la neurasthénie.

Si l'on examine les indications obtenues par l'histoire anamnésique, on constate qu'elles confirment et qu'elles contredisent la conception freudienne de la neurasthénie. D'une part, en ce qui concerne la masturbation ou les pollutions, on obtient des réponses affirmatives, d'autres cas montrent que l'abaissement n'est survenu qu'après la répression de l'onanisme. Souvent, on apprend que des pollutions nocturnes ou diurnes répétées ont pris le relais de l'onanisme. Beaucoup de patients se masturbent excessivement, c'est à dire plusieurs fois par jour, de façon obsessionnelle et avec très peu de satisfaction. Mais d'autre part, contre l'hypothèse de Freud, il semble que deux constatations s'imposent : primo, de nombreux patients présentent un tableau de symptômes neurasthéniques alors qu'ils se masturbent rarement et n'ont que de rares pollutions; secundo, il faut garder présents à l'esprit les cas d'onanistes effrénés qui n'ont jamais eu à souffrir de manifestations neurasthéniques.

Parmi les diverses façons de réagir à l'onanisme ou au commerce sexuel, prenons quelques exemples qui nous aideront à y voir plus clair.

Cas n° 1. Neurasthénie aiguë dans un cas d'onanisme excessif : *un étudiant de vingt-deux ans se masturbait deux à trois fois par jour depuis plusieurs années avec des fantasmes animés de viol actif, accompagnés de repentir et de sentiment de culpabilité. Depuis quelques mois, il était sujet à de grandes inquiétudes, des dépressions, une incapacité à travailler et à penser, ainsi qu'à des douleurs dans le dos et à une lassitude générale; aucune irritabilité, aucune constipation, aucun mal de tête, aucun écoulement de sperme. Il ne tentait pas le coït par dégoût des femmes. Il obtenait l'éjaculation par un mouvement alternatif de la main autour du pénis. A la huitième séance, le patient*

1. Cf. Reich, "Ueber die chronische hypocondrische Neurasthenie", *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. XII, 1926.

2. Emission involontaire d'urine (N.d.T.)

3. Ecoulements involontaires de sperme (N.d.T.)

reconnut à un détail précis sa mère dans la femme de ses fantasmes. Après que je lui eus expliqué que son dégoût des femmes était vraisemblablement lié à son désir d'inceste, le patient alla trouver une prostituée et eut trois rapports qui lui donnèrent entière satisfaction. Les symptômes disparurent tout à fait. Comme sa puissance se maintenait, il interrompit l'analyse au bout de quelques séances. Quelques mois plus tard, il revint, sa dépression persistant, ainsi que son déplaisir à travailler, bien qu'il en fût désormais capable et ne se masturbât plus que rarement; il avait cessé d'avoir des rapports avec des prostituées. Les autres symptômes n'avaient pas reparu. Des difficultés extérieures firent obstacle à la poursuite de l'analyse.

Nous sommes bien ici en présence d'un cas de neurasthénie que Freud donne comme classique et qui révèle une infrastructure psychonévrotique (la fixation incestueuse). La disparition durable des symptômes neurasthéniques, faisant suite à l'abandon ou, le cas échéant, à la limitation des pratiques onanistes et à la reprise d'un commerce sexuel satisfaisant, se charge d'étayer ce postulat étiologique. On a affaire à une neurasthénie aiguë, dépourvue des symptômes qui caractérisent la forme chronique : constipation, maux de tête, écoulements de sperme et éjaculation précoce. L'onanisme est génital puisqu'il est stimulé par des fantasmes de coït.

Cas n° 2. Neurasthénie aiguë sans gravité, non accompagnée d'onanisme : un jeune médecin se plaint d'être très irritable, impatient, inquiet et légèrement dépressif, choses qui se sont déclarées dans les deux années précédentes. Il est puissant et a un, deux ou trois rapports sexuels toutes les trois semaines en moyenne, chaque fois avec une femme différente. Mais il n'en retire aucune satisfaction et fait durer les préliminaires. L'éjaculation survient d'habitude après quatre à huit mouvements. La courbe de l'acmé est tout aplatie et ne fait pas apparaître la chute abrupte de l'excitation. Pendant l'acte, il est gêné par l'idée que son membre est trop petit, et donc qu'il ne lui est

pas possible de satisfaire la femme. Ceci de manière bien plus prononcée avec les femmes mariées qu'avec les jeunes filles. Il ne peut s'empêcher de penser que ces femmes doivent avoir des maris grands et forts auxquels il ne saurait se comparer. Par-dessus le marché, il pratique le coït interrompu. Recourant à la suggestion, une explication élimina les pensées importunes et fit s'estomper les troubles.

Il ressort de ce cas que ce n'était pas la puissance d'érection et d'éjaculation qui était perturbée, mais uniquement la puissance orgastique, du fait de représentations inhibitrices.

Le cas suivant montre que des symptômes neurasthéniques peuvent surgir aussi par suite d'abstinence psychonévrotique, ce qui ne manque pas de nous déconforter : on se serait attendu ici, en effet, non pas à une neurasthénie, mais à une névrose d'angoisse.

Cas n° 3. Neurasthénie aiguë dans un cas d'abstinence : une patiente âgée de trente-six ans, qui était en traitement pour asthme bronchitique, tomba malade, trois ans avant que débute l'analyse, des suites d'un problème précis (avortement). Elle vivait depuis lors dans une abstinence presque totale; elle en voulait à son ami et se refusait à lui. Atteinte d'insensibilité vaginale permanente, la seule chose qui pût la satisfaire était le cunnilingue sur le clitoris. Depuis deux ans environ, elle était sujette aux symptômes suivants : lassitude, grande irritabilité, dépression et sensations organiques du genre de "lourdeurs de plomb" dans les jambes et douleurs dans le dos. En analyse, le conflit actuel se résolut suffisamment pour permettre à la patiente de connaître sa satisfaction accoutumée. Les symptômes disparurent rapidement. Il leur arriva à plusieurs reprises de reparaitre dès que l'acuité des conflits occasionnait une abstinence prolongée, mais ils disparaissaient de nouveau après un cunnilingue satisfaisant. Ces symptômes, contrairement à l'asthme, n'admettaient aucune interprétation analytique. De façon hautement significative, l'asthme aussi s'améliorait après satisfaction, et empirait dans l'abstinence.

Cas n° 4. Onanisme excessif sans neurasthénie : un homme de trente-deux ans, homosexuel et impuissant avec les femmes, pratiquait l'onanisme depuis l'âge de six ans; de une à trois fois par jour depuis la puberté, voire parfois davantage. Mise à part l'impuissance érective qui l'affectait auprès des femmes (sans phénomène d'éjaculation précoce) et l'homosexualité, il ne présentait aucun symptôme d'aucune sorte. Le patient n'était sujet à aucune dépression digne de ce nom; il était au contraire légèrement hypomaniaque¹, sûr de lui, le type même de l'homosexuel narcissique. Ses fantasmes en se masturbant étaient bisexuels et lui procuraient satisfaction. Il trouvait du plaisir dans la masturbation, sans inhibition ni sentiment de culpabilité conscient. L'analyse obtint au bout d'un an un succès entier et durable (catamnèse² portant sur six ans) : le patient n'a plus de désirs homosexuels, il jouit de sa pleine puissance, est capable d'amour et ne pratique plus l'onanisme.

Cas n° 5. Onanisme excessif sans neurasthénie : un jeune homme de vingt ans entra en analyse pour éjaculation précoce, rougissements et états de malaise. Il avait pratiqué l'homosexualité pendant quelque temps, était enclin à l'escroquerie et pratiquait l'onanisme depuis l'âge de huit ans presque quotidiennement, allant même jusqu'à se masturber trois fois de suite. Nul symptôme neurasthénique. Il faisait intervenir, pour se masturber, des fantasmes d'ordre génital et hétérosexuel, mais à l'occasion aussi des fantasmes actifs et homosexuels; la masturbation entraînait la satisfaction et ne s'accompagnait pas de sentiment de culpabilité. L'analyse eut beaucoup de mal à le faire renoncer à la satisfaction onaniste. Le sentiment de culpabilité n'était pas lié à l'onanisme, mais principalement ancré dans des particularités caractérielles. En dix mois, l'analyse obtint un succès complet (avec une catamnèse portant sur un an).

1. Atteint d'une agitation maniaque bénigne non accompagnée de délire (N.d.T.)
2. Contrôle médical après traitement (N.d.T.)

Les deux derniers cas prouvent que l'onanisme n'engendre la neurasthénie que lorsqu'il est perturbé directement par le sentiment de culpabilité. Federn est le premier à avoir vu cet état de choses, et c'est lui qui en a également donné la formulation la plus exacte : "Nous savons que l'onanisme engendre d'autant plus rapidement des troubles neurasthéniques qu'il apporte moins de satisfaction. (...) Si l'onanisme, (...) pour des raisons d'ordre psychique ou physique, laisse insatisfait, voilà perdu l'avantage que représente pour l'appareil sexuel l'inactivité réelle, qui lui permet de se reconstituer et prépare sans perturbation le cycle suivant. Le changement intervenu dans le rythme du déroulement, dont la courbe montre normalement une chute abrupte jusqu'à l'axe des abscisses, perturbe à tel point la fonction de l'appareil sexuel qu'il lui faut se régénérer alors qu'il est encore dans un état partiel d'excitation; les sensations organiques et les mécanismes de sécrétion qui se trouvent ainsi modifiés exercent un effet d'irritation sur l'ensemble de l'organisme." (loc. cit. p. 78). Mais Federn pense que "l'effet nuisible de l'onanisme (...) ne réside pas tant dans les processus de l'acte lui-même que dans la réaction qui lui est consécutive". Ce qui est exact quant aux effets psychiques (hystérie d'angoisse, impuissance, etc.) mais pas en ce qui concerne les effets somato-neurasthéniques dont les racines plongent directement dans le cours perturbé de l'acte, quelque origine que puisse avoir cette perturbation. Il dit en note (p. 78) : "Il me semble que le lien s'établit ainsi : les processus qui interviennent dans les organes sexuels, en particulier dans la prostate, subissent l'influence de l'inhibition psychique et prennent par suite un cours différent, tandis que le dispositif sexuel doit assumer davantage de travail." La tendance à la satisfaction sexuelle voit donc se dresser devant elle la barrière inhibitrice du sentiment de culpabilité; c'est ce que manifeste directement le cours de l'excitation en se modifiant et en devenant plus malaisé. La satisfaction se fragmente et, par suite, la tension ne peut plus décroître. Selon que le remords est différé en

totalité et ne s'installe qu'après la masturbation, ou qu'il opère une dissociation dans l'expérience même du plaisir, on a des conséquences totalement différentes. Les récits des onanistes nous apprennent que nombre d'entre eux se libèrent de l'inhibition en écartant momentanément tout scrupule, connaissent la satisfaction dans la mesure où l'acte auto-érotique le permet, et ne sont submergés de remords qu'après. En l'occurrence, le sentiment de culpabilité ne peut pas, étant provisoirement exclu, porter préjudice à l'expérience du plaisir, ni à la liquidation de la tension. Il en va autrement lorsque les scrupules et les inhibitions s'instaurent pendant l'acte lui-même. Dans ce cas, la perturbation du cours physiologique de l'excitation est d'origine psychique : on assiste à la *faillite du plaisir*, et non pas à la brusque plongée dans l'orgasme. Des restes d'excitation, qui n'ont pas été liquidés, subsistent nécessairement en quantité plus ou moins importante; étant de nature somatique, ils vont exercer un effet somatique. Voilà qui expliquerait qu'à la suite d'abstinence ou après avoir cessé de pratiquer l'onanisme, apparaisse non pas une névrose d'angoisse mais une neurasthénie - et il faut compter au nombre de ses symptômes les sensations *hypocondriaques*.

Des investigations plus poussées seraient nécessaires pour déterminer dans quelle mesure, outre la perturbation psychogène du cours de l'excitation, les pertes de semence, lorsqu'elles sont abondantes, doivent être, elles aussi, tenues pour responsables des symptômes neurasthéniques.

Examinons de plus près ce que signifie véritablement la perturbation du cours de l'excitation : il n'est pas douteux qu'il s'agit d'une *irritation du système nerveux* due à la cessation d'un mécanisme réflexe. Outre l'activité fantasmatique, c'est à ce reste d'excitation *somatique* non liquidée que nous attribuons un rôle moteur prépondérant dans l'onanisme excessif. Les patients qui se masturbent sans qu'intervienne un sentiment de culpabilité sont au moins débarrassés de leurs tensions somatiques; après l'acte, ils se sentent bien et ils ne songent plus pour quelque temps

à se masturber. Plus l'expérience du plaisir est vécue contradictoirement pendant l'onanisme même, et plus sont fortes les perturbations somatiques qui viennent s'ajouter aux troubles psychiques. Pour soutenir ce point de vue nouveau, nous recourons à diverses remarques émises pendant le colloque sur l'onanisme. Ferenczi (*loc. cit.* p. 9) affirmait: "La vague de volupté et la possibilité de déferler normalement sans laisser de restes, mais une partie de l'excitation ne peut être adéquatement résolue dans la masturbation; cette quantité d'excitation résiduelle fournirait l'explication de la neurasthénie occasionnelle - et peut-être de la neurasthénie en général." Toutefois, il faut limiter ce résultat au seul onanisme *contradictoire*, faute de quoi tous les onanistes devraient souffrir de neurasthénie. Il arrive souvent que l'onanisme soit pratiqué quelque temps sans dommage, jusqu'à ce qu'avec la prolifération des fantasmes ou la lecture de littérature de bas étage, s'installent les sentiments de culpabilité et la peur qui perturbent l'excitation et conduisent à la neurasthénie.

Quant au "coït onaniste", s'il conduit occasionnellement à la neurasthénie, c'est parce que le conflit des instances perturbe le cours de l'excitation. On retrouve ici l'opinion pertinente de Tausk (*loc. cit.* p. 16) qui notait le sentiment de culpabilité uniquement "là où l'onanisme n'a pas apporté entière satisfaction, là où l'angoisse s'était développée. En revanche, je pus observer qu'aucun sentiment de culpabilité n'était lié à l'onanisme, là où celui-ci procurait un plaisir entier". Toutefois, l'explication qui résulte de cette observation exacte doit être inversée : l'onanisme procure un plaisir entier quand le sentiment de culpabilité n'a pas d'effet perturbateur pendant l'acte.

Ainsi donc, la neurasthénie aiguë a une étiologie directement somatique et une étiologie indirectement psychique. Celle-ci intervient dès l'origine et, en aucun cas, elle ne saurait être absente.

Ce qu'on vient de dire de la diminution de la puissance orgasmique et de la fragmentation de l'orgasme chez l'homme vaut également pour les femmes qui se livrent à l'onanisme clitoridien en restant vaginalement insensibles : le rôle sexuel féminin a été réprimé et refusé, mais la féminité physique (défaut de pénis, menstruation) contredit les désirs de masculinité conscients et inconscients. Par suite, la libido psychique a beaucoup plus de mal à être satisfaite, même si quelques orgasmes relativement intenses peuvent résoudre les tensions somatiques. Au terme d'une longue pratique onaniste, les sentiments de culpabilité ne peuvent manquer de se déclarer : aussi voit-on se manifester les perturbations du cours de l'excitation, avec les conséquences qu'on en a retracées.

c) Impuissance orgasmique absolue

Chez les hommes, elle va toujours de pair avec l'impuissance à éjaculer et l'asthénie génitale; chez les femmes névrosées, par contre, on la rencontre dans tous les cas.

La figure 7 est un essai de représentation graphique des deux formes fondamentales qui caractérisent l'insuffisance de sensibilité vaginale accompagnée d'impuissance orgasmique (courbes b et c) et la réaction de déplaisir chez la femme frigide (courbe a).

La courbe b illustre bien ce défaut de sensibilité : dès le début, l'excitation vaginale est minime et l'on ose à peine parler d'accroissement tout le temps que dure l'acte. C'est une seconde forme d'insensibilité partielle qu'expose la courbe c. L'excitabilité vaginale est intacte, l'excitation croît sans perturbation jusqu'au moment où doit intervenir la phase des contractions musculaires involontaires; arrivée là, où bien l'excitation s'évanouit tout d'un coup, ou bien elle s'enlise sans orgasme. Cette seconde forme d'impuissance orgasmique prend ordinairement le relais

de l'insensibilité totale ou partielle passagère dont que les principaux obstacles au coït ont pu, grâce à l'analyse, être éliminés. C'est elle qui pose à l'analyse les problèmes les plus intéressants quant à la génitalité féminine et leur résolution est le véritable but assigné à la thérapie de la frigidité. Aussi place-t-elle l'analyste devant des tâches immensément plus ardues que la guérison de l'insensibilité. Nous voyons dans le rétablissement de la puissance orgasmique vaginale chez les femmes qui ne vivent pas dans l'abstinence un des critères essentiels de la réussite du traitement et, de ce fait, nous allons porter à ce sujet une attention plus soutenue.

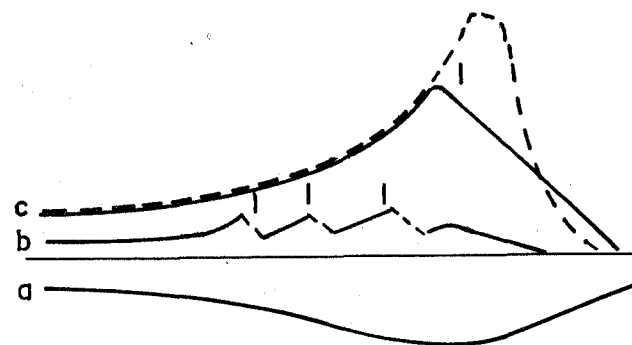


Figure 7

FORMES TYPIQUES DE FRIGIDITE

- a Déplaisir dans le cas de frigidité totale.
- b Insensibilité vaginale partielle.
- c Sensibilité vaginale normale accompagnée d'impuissance orgasmique isolée.
- d Inhibition qui se place avant le début de la phase des contractions musculaires involontaires.

La puissance orgastique de la femme dépend, entre autres choses, de la puissance érective de l'homme. Car il se trouve que les femmes vaginalement sensibles et capables de puissance orgastique, ne peuvent plus parvenir à la satisfaction finale à partir du moment où l'homme a éjaculé. En effet s'interpose la représentation perturbante que le membre va maintenant s'amollir sans qu'elles puissent connaître la satisfaction. Quelquefois, cette représentation s'instaure dès le début de l'acte et la femme est dominée par l'idée qu'il lui faut se hâter si elle ne veut pas arriver trop tard. Elle se force, et c'est précisément parce qu'elle ne s'abandonne pas calmement à ses sensations que l'excitation ne s'accroît pas; pas même quand l'érection de l'homme persiste un moment après l'éjaculation. De façon significative, l'excitation, chez ces femmes, disparaît d'habitude à l'instant où l'orgasme de l'homme intervient; une analyse plus poussée nous apprend qu'elles sont, à cet instant, sujettes à une singulière curiosité et qu'elles observent l'homme.

Une psychopathe impulsive, totalement frigide, mordit son époux à la gorge lors d'un coït inversé¹, au moment où celui-ci atteignait l'orgasme, si bien qu'il s'évanouit. En analyse, elle avoua qu'elle avait souvent eu ce fantasme : la plus grande satisfaction que puisse connaître la femme était de châtrer l'homme au moment de son orgasme.

Ce qui, dans ce cas, était tout à fait conscient, se rencontre, à l'état inconscient, chez des femmes qui souffrent de la perturbation de l'orgasme évoquée plus haut. Pendant le coït, la femme s'identifie à l'homme et cède au fantasme de s'approprier le membre. Elle ressent son ramollissement comme une double castration : premièrement parce qu'on la châtre, deuxièmement parce qu'elle châtre l'homme. Elle reste excitée aussi longtemps que rien ne s'oppose à son fantasme d'être homme. Elle perd son excitation, ou plus exactement elle refuse l'excitation vaginale, au moment

1. *Coitus inversus* ou *coitus cum uxore inversa* s'emploie pour désigner le coït qui s'accomplit avec la femme couchée sur l'homme (N.d.T.)

où elle va perdre le membre qu'elle a pour ainsi dire emprunté. La représentation perturbante de ne pas pouvoir parvenir à la satisfaction résulte donc inconsciemment de la peur de ne pas pouvoir conserver le membre.

La cause de l'impuissance orgastique de la femme, qui se rencontre le plus fréquemment et de loin, est la peur de l'orgasme. Il est bien rare que l'inhibition reste aussi superficielle que dans le cas relaté ici : une patiente ne pouvait pas arriver à l'orgasme parce que son mari avait ri un jour au moment de l'acmé — c'était la première fois qu'elle avait une sensation orgastique — et lui avait ensuite demandé : "Tu étais au septième ciel?". Depuis lors, le souvenir de ces manières, à coup sûr maladroites et indélicates, n'avait cessé de l'inhiber et elle ne pouvait plus avoir de rapports sexuels qu'à contre-cœur et sans plaisir. Elle régressa dans le fantasme jusqu'aux satisfactions infantiles puis, s'étant interdit ces dernières, tomba malade d'une hystérie d'angoisse.

Dans bien des cas, c'est la peur de déféquer ou d'uriner pendant l'orgasme qui entrave son accomplissement. Chez les femmes qui disposent d'une analité ou d'un érotisme urétral fortement marqués, la représentation du coït est associée dès l'enfance à la défécation ("conception anale du coït"). Le lien si singulier entre affect d'angoisse et satisfaction sexuelle, mis en évidence et reconnu comme un phénomène régulier, grâce aux recherches de Freud, se fait plus nettement sentir dans la réaction naturelle des enfants chez qui le besoin d'uriner et de déféquer se manifeste aussi bien lors d'une expérience angoissante que lors d'une excitation sexuelle.

Un bon exemple me fut offert par une patiente qui, à l'instant où l'orgasme allait se produire, fut subjuguée par des représentations d'angoisse, se prit à uriner et ne put retenir des vents; saisie de honte et de peur, elle perdit alors toute excitation génitale et se mit à souffrir d'insomnie.

L'analyse d'une patiente cyclothymique, atteinte de neurasthénie hypochondriaque à l'état chronique, nous

apporta des informations concernant la genèse d'une telle inhibition de l'orgasme.

Lorsqu'elle se masturbait, elle avait, entre autres, le fantasme masochiste d'être enchaînée et enfermée dans une cage où on la laissait mourir de faim. C'est ici qu'intervenait l'inhibition de l'orgasme. Elle se trouvait en effet dans l'obligation subite de réfléchir à un arrangement qui lui permette d'éliminer automatiquement les excréments et l'urine d'une jeune fille enchaînée "qui ne doit pas (au lieu de "ne peut pas") bouger". Voici un rêve qu'elle fit à cette époque :

Première partie : "D'aimable et gentille créature que j'étais, je suis devenue un être méchant, rageur, buté et haïssable. Plus tard, j'étais redevenue comme avant, et je dis à mon grand-père que c'était sa faute à cause du doigt (ou quelque chose d'approchant). Il réplique : "Je ne savais pas qu'un membre amputé (il voulait dire "doigt") peut s'immiscer dans le caractère" (ou "dans l'intestin ou dans l'anus)".

Deuxième partie : "A proximité de K. (ville de villégiature de ses trois à quatre ans). Je suis couchée sur un camion, presque comme au lit; je me trouve entre deux autos qui vont se télescoper. J'ai peur qu'elles écrasent la mienne, de passer dessous et de manquer d'air. Elles m'évitent à gauche et je crains qu'elles me heurtent par derrière, qu'il se passe quelque chose derrière."

Le travail de l'analyse avait réussi, au bout d'un an, à pénétrer le sens de son masochisme. Le fantasme qu'elle avait, à la puberté par exemple, d'être obligée par son fiancé de se livrer à quantité d'hommes dans un bordel, et d'être fouettée par eux, n'était qu'un moyen de se disculper vis-à-vis de sa conscience, de son propre désir de coït : puisqu'elle était forcée, elle était donc bien innocente. Elle finit par s'interdire même ce fantasme hypocrite parce qu'il contenait ouvertement l'acte sexuel, et elle ne se masturba plus qu'avec des fantasmes masochistes prégénitaux: on la frappait à coups de balai métallique jusqu'à ce qu'elle en eût des blessures qu'on lui enduisait

ensuite de sel et de poivre; ou bien on lui plantait des clous dans la chair; ou encore, toute nue et les mains enchaînées (interdit de l'onanisme!), il lui fallait manger dans une auge pendant qu'on lui déversait dessus des tonnes d'excréments. Au cours de l'analyse, les fantasmes masochistes de coït reparurent ouvertement et elle reconnut dans l'angoisse de castration la raison de son refuge dans la satisfaction pré-génitale. Le rêve exposait la scène où elle avait vécu son angoisse de castration en liaison avec la peur de déféquer.

En effet, au cours de l'interprétation la patiente se rappela l'histoire du petit Eyolf qui se noie dans un étang pendant que ses parents pratiquaient le coït. Les "deux autos qui vont se télescoper" sont ses parents; elle est couchée entre eux "presque comme au lit". En écrivant le rêve, en partie analysé, la patiente ajouta sans que je le lui aie demandé : "L'onanisme fait pousser les petites lèvres, ai-je entendu dire à un cours. A l'époque j'avais peur que cela m'arrive et que tout soit découvert. "Deux doigts de partis" (abgefahren) signifient que les deux lèvres se sont allongées, aplaties, parce qu'elles ont été "écrasées" (überfahren). Dans Le petit Eyolf, Ibsen ne s'en tient pas au seul reproche de faire dormir les enfants dans la chambre des parents, mais (comme je le fais du moins dans mon rêve) il leur adresse également celui-ci : si l'enfant est présent, vous n'avez pas le droit d'avoir des rapports et de le traiter comme quantité négligeable, car il peut toujours "m'arriver" quelque chose. En fin de compte, le seul danger, c'est qu'il se passe quelque chose "derrière". (Toujours ces douleurs dans le ventre et ces histoires intestinales! J'avais justement eu des flatulences la veille au soir et je me demandais si cela pouvait avoir un rapport avec le fait que nous sommes en train d'analyser la peur du commerce sexuel. Les parents, au lieu de s'occuper exclusivement d'eux-mêmes, doivent se soucier de moi, c'est pourquoi je me trouve au milieu. Mon grand-père rit bien parce qu'il est nu et urine fièrement (ce qui n'apparaît pas dans le rêve!). Il est là, debout, comme le gar-

gon que j'ai vu la veille dans le parc". Pour comprendre le lien qui s'établit entre le rêve d'être nue, enchaînée, affamée dans une cage, nous allons considérer un autre rêve fait deux jours auparavant :

"Je suis assise sur un tabouret dans la cuisine, devant une cage où se trouvent deux oiseaux que je regarde d'un œil scrutateur, comme si j'avais quelque chose à examiner avant de les soumettre à une opération. Ce faisant, je pense que ce ne sont pas des choses à faire en public. Obscurité." Là-dessus, lui revint un rêve d'angoisse datant de sa prime enfance : "Quelque chose est arrivé à ma mère, on l'a opérée".

Quelques jours plus tôt, elle avait lu dans un livre de Fliess le mot "vögeln" (c'est-à-dire : faire l'amour). La cage représente son lit à claie. "Ce ne sont pas des choses à faire en public" se rapporte aux flatulences et à la défécation. La patiente évitait depuis quelques années toute société, car à plusieurs reprises, il lui était arrivé un "malheur derrière", en présence d'hommes qui lui avaient plu : elle avait eu de la diarrhée. En séance d'analyse même, il était courant qu'elle ne puisse se retenir d'uriner et de déféquer quand le transfert atteignait le niveau de l'excitabilité sexuelle. Lorsqu'elle se rendit compte que les fantasmes masochistes avaient pris la place du coït investi par l'angoisse, les fantasmes de coït normaux se mirent à apparaître sans crainte, en connexion avec le transfert. Cependant, juste avant de connaître l'orgasme, les fantasmes masochistes ressurgissaient. La peur du coït avait disparu et s'était laissé réduire à l'angoisse isolée de l'orgasme.

Sur la base des faits que nous connaissions, on put alors reconstituer la scène primitive : tandis qu'elle dormait avec ses parents et écoutait furtivement leur coït, elle avait été envahie ("enchaînée") d'angoisse à l'idée qu'ils puissent s'apercevoir qu'elle les observait ; il ne lui fallait donc pas bouger. L'excitation sexuelle, mêlée de crainte, demandait à s'exprimer analement et urétralement : poussée par le besoin

d'uriner et de déféquer, elle aspirait à trouver un arrangement qui lui permît d'éliminer subrepticement les excréments. Ces tourments moraux et physiques, que l'enfant eut alors à supporter, restèrent constamment associés par la suite au plaisir sexuel et fixèrent les fantasmes onanistes. La conception sadique du coït et l'angoisse de castration y avaient contribué pour la plus large part, mais le dernier élément était plus spécialement la motivation de fuite devant les dangers de la participation génitale au masochisme anal.

Une autre patiente qui souffrait d'angoisse hypocondriaque était elle aussi, avant l'analyse, insensible sur le plan vaginal. Le premier effet de l'analyse fut de liquider la part d'angoisse de castration qui s'était exprimée sous forme de vaginisme, et d'amener la patiente à se sentir à l'aise dans son rôle de femme. Toutefois, quoique des désirs conscients de satisfaction sexuelle accompagnés de sensibilité vaginale eussent été portés au jour, elle ne pouvait pas atteindre l'orgasme. Juste avant d'y arriver, "ça lâchait". L'analyse de l'impuissance orgasmique nous ramena au thème de la masturbation, pendant laquelle elle s'était interdit la satisfaction finale qu'elle se représentait comme nocive. C'est dans ce contexte qu'elle produisit le rêve suivant : "J'ai rêvé d'une tour construite en tuiles rouges, qui présentait sur son mur extérieur une légère saillie de telle sorte qu'on puisse juste y tenir sur les orteils. J'en entrepris ainsi l'escalade en la suivant tout le tour ; comme j'étais presque arrivée au bout, une tuile à laquelle je me tenais de la main gauche se descella et je fus envahie d'une grande angoisse : c'est terrifiant de se trouver si haut ; que je perde appui et je suis morte. Aussi je préfère refaire, en sens inverse, le chemin déjà parcouru ; j'ai l'impression que vous pourriez me voir, je tiens à vous montrer comme je suis audacieuse, mais je suis contente que mon mari soit là, tout d'un coup, devant moi. Si mon mari ne tombe pas, je vais passer rapidement et vous pourrez apprécier mon courage. Mon mari saute à terre, mais j'en ose pas

1. Le mot *Vögel* signifie d'autre part "oiseaux" (N.d.T.)

"sauter à mon tour."

Nous ne nous occuperons que des éléments qui recourent notre propos. La légère saillie du mur extérieur, c'est le clitoris. Elle monte en "suivant le tour" du clitoris : elle essaie de se masturber. En effet, certains modes de comportement de la patiente ont prouvé, en dépit des protestations qu'elle a cru bon de faire, que la crainte de se masturber ou l'angoisse de castration n'avait pas encore été totalement surmontés. C'est ainsi qu'elle était en mesure de parler calmement de l'onanisme, qu'elle avait pratiqué dans son enfance et depuis la puberté jusqu'à sa maladie, et dont elle s'était longtemps gardé de parler à l'analyste, mais elle était toujours saisie de peur à l'idée qu'elle pourrait recommencer. Cela n'indiquait pas une liquidation mais un refoulement du récent désir de masturbation. Rien à cet égard ne semblait devoir se décider avant longtemps, malgré l'abondance des preuves du fait que la patiente luttait contre son actuel désir d'onanisme. Aussi lui dis-je un jour que je ne pouvais pas la croire quand elle m'affirmait être convaincue de l'innocuité de l'onanisme et ne plus le craindre; car, ajoutai-je, vous ne vous permettriez certainement pas la masturbation si un tel désir s'éveillait consciemment. Elle maintint qu'elle n'avait plus ni désirs ni crainte de cet ordre et, à la séance suivante, me fournit le rêve en question. La tuile se descelle tandis qu'elle se trouve en haut, c'est-à-dire avant de connaître l'orgasme ("comme j'étais presque arrivée au bout"), elle craint de tomber et de se tuer. La patiente était entrée en analyse parce qu'elle avait peur de mourir de tuberculose, s'étant imaginé à la puberté que l'onanisme et tout particulièrement l'orgasme pouvaient rendre malade des poumons. Elle voudrait bien me montrer qu'elle n'a pas peur de se masturber, mais se réjouit aussitôt de l'arrivée de son mari, avec lequel elle monte, c'est-à-dire entre en rapports. Pendant l'acte, l'excitation la "lâchait" toujours quand son mari parvenait à l'orgasme ("si mon mari ne tombe pas..." etc.). Mais elle ne parvenait pas non plus à la satisfaction lorsque son mari ne s'interrompait pas

trop tôt. C'est de l'orgasme lui-même qu'elle avait peur (elle se le représentait comme une "chute"). Un jour où elle avait éprouvé une sensation comparable à l'orgasme en se masturbant, elle avait "cru mourir". Une autre patiente, que l'analyse avait débarrassée complètement de sa frigidité et qui n'était plus orgastiquement impuissante qu'en de rares occasions, me rapporta plus tard ce qui se produisait dans ce cas : elle avait l'impression de monter toujours plus haut sans oser "faire le saut". Cette même impression me fut rapportée par une psychopathe schizoïde.

La résolution orgastique de la tension est ressentie comme une chute, lorsque l'angoisse vient perturber l'orgasme. C'est sans doute ce qui explique que tant de rêves de chute soient des rêves d'impuissance. L'angoisse de castration s'est ici complètement substituée à l'orgasme. Nombre de gens ont des sensations génitales à la fois angoissantes et excitantes quand ils plongent leurs regards dans un précipice, ou simplement s'imaginent qu'ils y sont précipités. Escalader des marches, comme symbole sexuel, ne représente donc pas seulement l'effort mais également la montée de l'intensité des sensations de plaisir au cours de l'acte. De même sur une balançoire, dans un ascenseur à descente rapide, dans une voiture qui dévale une pente, lors d'une descente à ski sur un versant abrupt, on éprouve de ces sensations au cœur et dans les organes génitaux, qui sont à la fois empreintes de peur et de plaisir. Ces sensations ont un caractère spécifique : "Le cœur chavire" (en langage populaire : "on a le cœur en débandade"¹), on a l'impression de "perdre quelque chose"; d'autres ont la sensation que "ça leur tire sur les parties génitales". La sensation d'angoisse génitale se manifeste à la racine du pénis. La base physiologique de l'équation symbolique cœur-organes génitaux (angoisse-plaisir) fera l'objet de plus de détails dans le chapitre IV, b.

1. Mot à mot : "le cœur vous tombe dans le pantalon" (das Herz fällt in die Hosen) (N.D.T.)

Une patiente hantée par des idées de suicide, était en proie à ce fantasme : elle se jetait par une fenêtre dans le vide¹ et c'était son brave grand-père qui la recevait en bas. L'analyse y dévoila un fantasme d'inceste. Comme je demandai à cette patiente pour quelle raison elle ne pouvait connaître la satisfaction dans l'onanisme, elle me répondit qu'elle avait l'angoissante impression d'avoir à se précipiter d'une grande hauteur par une fenêtre. On retrouve donc ici la même représentation que dans le fantasme de suicide.

Un patient de caractère hystérique et sujet à une crainte hypocondriaque des catastrophes, avait surmonté, en analyse, sa peur et sa timidité sexuelles. Au cours de l'analyse de l'onanisme infantile auquel était lié le dernier reste de son angoisse de castration, il fit le rêve suivant, rêve d'angoisse où l'orgasme est déguisé sous le symbole d'une chute à pic (perte, castration):

"Un jeune homme, très beau, se trouve en haute montagne. Il y a une tempête de neige, il semble avoir perdu son chemin. Une main de squelette, la mort, le tient par le bras et semble le guider; il s'agit manifestement d'un symbole indiquant qu'il court à sa perte.

"Un homme et un jeune garçon tombent dans un précipice, un sac à dos se vide en même temps de son contenu, le garçon est entouré d'une bouillie blanchâtre."

La première partie du rêve renferme la crainte éprouvée devant les conséquences de la masturbation; l'angoisse des catastrophes (peur de mourir, de devenir fou) lui était venue à la suite d'une visite dans un centre d'hygiène où il avait vu des chancres syphilitiques.

Dans la deuxième partie, le "jeune garçon" représente le rêveur et principalement ses organes géni-

1. Selon la position de la libido, les rêves de chute à pic peuvent revêtir une signification en rapport tantôt avec la naissance, tantôt avec l'orgasme; le malade oscille sans cesse entre l'aspiration à la satisfaction génitale qui lui inspire de la crainte et le refuge du corps maternel qui doit le protéger de la satisfaction libidinale.

taux. Dans sa chute, son sac à dos (ses testicules) se vide (éjaculation), le garçon (son membre) est entouré de bouillie blanchâtre (le sperme, allusion au chancre nuphilitique).

Nous trouvons dans le lien qui associe les concepts de mort (de naissance), de castration et d'orgasme ainsi que dans leur exposition symbolique sous forme de chute, une confirmation de l'hypothèse de Ferenczi¹: celui-ci présente en effet l'expulsion de la semence comme l'équivalent biologique (phylogénétique) d'une castration, le mécanisme de l'érection ayant pour fondement une tendance biologique à l'autonomie². Si déroutante que cette hypothèse puisse paraître, c'est un fait qu'à l'orgasme est lié le sentiment de "perdre quelque chose" ou de "se perdre"³. Il faut admettre que la perte soudaine de la tension libidinale, liée à l'expulsion de la semence chez l'homme et à une production abondante de mucosités chez la femme, constitue le fondement direct de cette sensation. Néanmoins, le sentiment de perdre quelque chose pourrait plus particulièrement provenir de l'angoisse primitive de castration. C'est ce que semblent indiquer les cas où l'orgasme est redouté comme une sensation puissante qui submerge, domine, bouleverse, et obscurcit la conscience. La première fois, on l'a vécu, peut-être avec terreur, en semasturbant et, plus tard, on s'est imaginé que la perte de semence et le choc que subit le corps seraient en mesure d'ébranler les nerfs. A l'angoisse de castration infantile, encore renforcée par la littérature de

1. *Versuch einer Genitaltheorie* (Essai d'une théorie de la génitalité), Internationale Psychoanalytische Bibliothek Nr. XV, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924.

2. Amputation réflexe d'une partie du corps chez certains animaux (lézards, crustacés) pour échapper à un danger (N.d.T.)

3. Nous ne pouvons cependant pas être d'accord avec Ferenczi lorsqu'il croit pouvoir interpréter l'acte sexuel comme une régression partielle et passagère à l'intérieur du ventre maternel. Car il faudrait alors que le sentiment de cette "perte de soi" domine l'acte dans son entier, et pas seulement l'orgasme; en outre, la femme ne pourrait pas éprouver les mêmes sensations que l'homme, car l'acte sexuel ne peut pas valoir pour elle en tant que régression dans le ventre de la mère; or, comme nous l'avons montré par des exemples, la femme a justement tendance à redouter l'orgasme, qui se traduit par une peur de tomber ou de se perdre.

bas étage, vient ainsi s'ajouter la sensation corporelle de l'orgasme qui est trop violente pour être de prime abord vécue sans angoisse. De ce fait, chez les patients qui, tout en pratiquant la friction manuelle des organes génitaux, évitent l'orgasme ou l'éjaculation, il faut admettre que l'angoisse de castration s'est emparée en première instance de l'expérience, bouleversante, du premier orgasme. La thérapie de ces cas doit prendre soin d'écarter l'angoisse relative à l'onanisme : il faut que ces malades parviennent à se masturber sans peur.

d) L'excitation sexuelle dans la nymphomanie

La figure 8 représente le cours de l'excitation chez des femmes qui sont plusieurs fois sujettes à des sensations analogues à l'acmé pendant l'acte sexuel et qui en souffrent au plus haut point parce que la tension ne les quitte pas : elles se trouvent ainsi dans

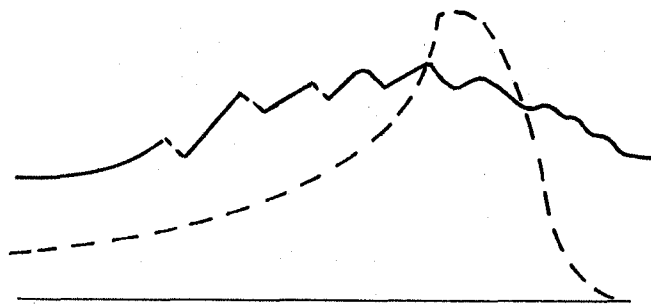


Figure 8

L'EXCITATION SEXUELLE NYMPHOMANIAQUE

Montée répétée de la tension sans liquidation,

un état constant d'excitation sexuelle ("nymphomanie"). L'incessante demande de coïts et d'hommes sont fréquemment des conséquences directes de cette forme d'impuissance orgastique.

Dès le début, l'excitation est considérablement plus forte que chez les individus orgastiquement puissants; elle croît bien plus rapidement aussi au cours de l'acte; au moment le plus fort de la tension, une partie s'en dissipe sans que se manifeste le reflux caractéristique de l'excitation dans le corps. C'est donc que l'inhibition n'intervient qu'après la concentration de l'excitation dans les organes génitaux.

Une femme de vingt-huit ans se plaignait d'innommable, d'excitation sexuelle permanente et, en outre, d'avoir besoin de commerce sexuel avec quantité d'hommes. Pendant les rapports, elle éprouve des sensations vaginales très aiguës et parvient même, paraît-il, plusieurs fois "à satisfaction". Après l'acte, elle est plus excitée encore qu'avant et ne peut s'endormir. Des questions précises me permirent de savoir qu'elle n'avait que très rarement éprouvé la chute orgastique de la tension, mais que c'était dans ces cas seulement qu'elle avait pu arriver à l'acmé. Avec son mari qui souffrait d'une légère éjaculation précoce, elle était presque insensible vaginalement. C'est dans l'acte sexuel avec un autre homme très puissant qu'elle connut pour la première fois ce haut degré d'excitation déjà mentionné. Le ménage en fut détruit, mais le sentiment de culpabilité qui résulta de ce premier adultère et dont elle était inconsciente, ne cessa plus de la perturber. Comme cette femme ne suivit pas d'analyse, il n'y eut pas moyen de savoir pourquoi la perturbation intervenait précisément avant que la tension se résolve, ni de quel genre était la représentation inhibitrice.

Ce que nous avons pu savoir sur ce sujet, nous le tenons d'une nymphomane dont l'analyse dura deux ans; son principal symptôme était l'onanisme vaginal excessif, accompagné de tendances conscientes à se blesser elle-même. L'histoire de cette patiente est tirée de mon livre *Der triebhafte Charakter*, où je n'en ai parlé

que sous l'angle des détériorations caractérielles.

Cette femme, célibataire de vingt-six ans, vint au dispensaire psychanalytique faire soigner une excitation sexuelle permanente. Elle ne demandait qu'à être satisfaite mais n'éprouvait rien dans le commerce sexuel et ne sentait pas même la pénétration du membre. Elle restait couchée, "tendue", "écoutant" pour savoir si la "satisfaction venait". Mais au moindre mouvement du corps, tout sentiment de plaisir disparaissait aussitôt. Elle souffre en outre d'insomnie, d'états d'angoisse et elle se masturbe excessivement : jusqu'à dix fois par jour avec le manche d'un couteau. Elle atteint ainsi un état d'excitation violent, état qu'elle empêche de se développer jusqu'à son terme en cessant les frictions. La reprise et l'interruption des frictions alternent alors jusqu'à ce que, complètement épuisée, soit elle n'aboutisse à aucun orgasme du tout, soit elle en arrive à faire volontairement saigner ses organes génitaux pour connaître la satisfaction qui va de pair avec des fantasmes masochistes. Le saignement du vagin est une condition de la satisfaction. Son fantasme est de pénétrer profondément dans l'utérus; "il n'y a que dans la matrice que je peux être satisfaite". En se masturbant, elle s'imagine que ses organes génitaux, qu'elle appelle Lotte, sont une petite fille. Elle leur parle sans arrêt, en les faisant répondre. "Maintenant, ma petite, tu vas être satisfaite, regarde (ceci se passe en analyse), le docteur est près de toi. Il a un beau membre bien long, mais il faut que ça te fasse mal". Lotte : "Non, je ne veux pas que ça me fasse mal!" (Elle pleure). "Il faut que tu souffres pour te punir de ta lubricité, tu n'es qu'une charogne. Il faut que ça fasse plus mal encore, que le couteau te ressorte dans le dos." Et ainsi de suite. L'onanisme représente pour la patiente un péché grave pour lequel aucune punition n'est assez forte. Pour ce faire, elle fait participer consciemment à ses fantasmes tous les hommes qu'elle connaît, ainsi que "Mami", une analyste chez qui elle a suivi un traitement de huit mois, trois ans auparavant. (Après deux ans de rémission, la maladie avait récidivé.)

Le père de la patiente, une soeur plus âgée et un frère plus jeune sont apparemment sains et adaptés à la vie. Le père visiblement soumis et sa femme dominatrice formaient un couple malheureux. La mère avait depuis toujours mené la maison à la baguette. A l'époque de l'analyse, un frère plus âgé purgeait une peine de prison pour "viol".

La patiente se sentait maltraitée et repoussée par sa mère. Ce rôle d'enfant repoussée et mal-aimée, elle s'efforçait également de le recréer dans le transfert, qui était très violent (l'analyse se déroulait presque totalement sous le signe de l'action). Après que la liaison au premier médecin traitant (une femme donc) eût été rompue, l'ambivalence vis-à-vis de la mère se donna libre cours. Elle réclamait sa "Mami" sans tout d'abord reconnaître en elle sa propre mère, arguant qu'elle ne pouvait tout de même pas aimer une mère qui l'avait repoussée, battue, maltraitée et ne se nouciait pas d'elle (ce qui correspondait à la réalité). Son fantasme était de têter de nouvelles "Mami" qu'elle aurait chaque fois choisies; ses désirs du sein maternel étaient au premier plan. On put s'expliquer les plaintes qu'elle formulait, à savoir de souffrir et d'être punie à la place des autres, lorsqu'on apprit qu'elle produisait à huit ans des fantasmes de ce genre : sa mère est employée dans une auberge et la patiente elle-même dans une autre. Sa mère, qui mène avec son père une désastreuse vie conjugale, reçoit de fréquentes visites d'un grand monsieur auquel elle donne le titre de "comte". Un jour, on présente la patiente à ce monsieur. Dès lors, l'enfant croit être rejetée par sa mère parce qu'elle est l'enfant de ce comte et gêne sa mère. Elle s'imagine (on ne put savoir s'il s'agissait de quelque chose de réel ou d'un fantasme) que le comte la violente avec la complicité de sa mère (voir son fantasme de masturbation). Elle sent un gros membre pénétrer son vagin, lui provoquant de vives douleurs. Elle se trouve dans une pièce sombre, près d'elle quelqu'un lui enjoint de ne pas crier et de rester sage. Plus tard, l'analyse mit au jour un fantasme analogue (ou une obscure réminiscence?) datant de sa quatrième

année : elle est portée par deux hommes (les logeurs de ses parents) dans la chambre de location; l'un d'eux la maintient, l'autre introduit de force son gros membre dans son vagin. Elle veut crier mais ne peut pas. Elle se souvient parfaitement de jeux sexuels pratiqués avec des garçons de son âge dans une cave, jeux qui remontent encore à sa prime enfance. A neuf ans, elle avait des rapports sexuels avec son frère aîné. Vers six ans, alors qu'elle jouait avec un de ses frères âgé de deux ans, elle vit son membre et essaya d'y introduire une aiguille à tricoter : le pénis se mit à saigner, la patiente à tirer dessus; les cris de l'enfant firent venir la mère qui la battit et lui tira les cheveux.

A douze ans, ayant trouvé une place de bonne d'enfants, elle passa, pendant deux ans, presque toutes ses nuits avec son employeur, mais sans avoir de rapports. A quinze ans, elle crut être enceinte; ses règles disparurent pendant trois années consécutives et ne reparurent qu'après l'interruption de la première analyse. Elle eut alors l'idée de s'attacher un morceau de bois au vagin. Plus tard, il lui arrivait souvent de venir en analyse avec un couteau dans le vagin, ce qui, de toute évidence, ne pouvait se faire sans un spasme vaginal.

L'onanisme, tel qu'elle le pratique, apparut au cours de sa quinzième année à la suite d'une nuit qu'elle avait passée dans la même chambre que son père. Elle avait fait un cauchemar angoissant, l'avait oublié et s'était réveillée tôt le matin, couchée sur le sol. Le cadre du lit s'était rompu. Son père lui demanda, sans autre précision, ce qu'elle avait fait dans la nuit. L'analyse n'est pas parvenue jusqu'à ce jour à élucider ce détail. Mais tout porte à croire que la proximité de son père ait eu sur elle un effet excitant l'amenant à faire un rêve d'angoisse. On peut supposer que la patiente s'était masturbée.

Sa maladie avait récidivé après que la patiente ait fait la connaissance d'un sadique qui la battait avec des verges, lui tirait les cheveux, l'injurait

et de plus la forçait à accomplir des actes criminels. C'est ainsi qu'à deux reprises elle eut à lui amener des petites filles, qu'elle dut commettre des vols, etc. A côté de cela, elle l'appelait "son meilleur ami", ne pouvait pas vivre sans lui et n'hésitait pas à le suivre dans la rue pendant des heures. Au cours de l'analyse, ce n'est qu'au prix des plus grands efforts, nous peine d'interrompre la cure, qu'elle parvint à se détacher de lui. Elle opéra aussitôt un transfert de nos dispositions masochistes sur le médecin, apporta un fouet à la séance d'analyse et se mit en devoir de se déshabiller pour être frappée. Il fallut intervenir de la façon la plus ferme pour l'en détourner. Elle me suivit dans la rue, vint me voir à mon domicile privé à dix heures du soir. Elle n'en démordait pas, il fallait que je coïte avec elle ou que je la batte; il fallait qu'elle ait un enfant de moi, il n'y avait que moi qui puisse la satisfaire. Il en alla ainsi durant près de huit mois; aucune explication, aucune exhortation ne lui faisait le moindre effet. Dès qu'elle avait commis quelque impair, elle s'en masturbait d'autant plus fort et plus souvent, "pour se punir"; "je dois en crever", disait-elle. Au huitième mois de l'analyse, elle tenta d'empoisonner sa sœur aînée et son mari. Au regard à des circonstances qu'il n'y a pas lieu de rapporter ici, aucun doute ne subsiste sur ce point. La patiente avait oublié le tout, mais révéla le fait dans des rêves et en se masturbant de façon particulièrement cruelle. Quelques jours auparavant, elle avait apporté en analyse de la mort-aux-rats, n'ayant pu se retenir d'en ramasser, tellement cela lui faisait envie. C'est seulement en le lui interdisant strictement et en la menaçant d'interrompre l'analyse, que je pus continuer son traitement.

Au quatorzième mois d'analyse, dans une phase tranquille, la patiente se souvint de scènes complètement oubliées, qui avaient trait à la chambre à coucher de ses parents. Du coup, ses conceptions sadiques de l'acte sexuel et de l'enfantement s'expliquèrent, une partie de son angoisse fut dissipée; la patiente trouva un emploi et se comporta désormais fort bien.

De façon caractéristique, elle devint la proie d'un besoin pressant de manger et se mit à prendre rapidement du poids, ce qui correspondait à un fantasme oral de grossesse. Pour s'opposer à sa tendance à faire traîner l'analyse en longueur, il fallut, vu que l'on s'attaquait apparemment à l'essentiel, fixer un délai maximum au traitement (six mois de plus). Lors de la discussion des scènes de la chambre parentale, l'onanisme retrouva une nouvelle vigueur, accompagné d'un sentiment de culpabilité et il fallut lui interdire de se masturber. Cette interdiction était nécessaire parce que des dommages locaux étaient déjà en train de se manifester (affaissement et éclatement de la matrice).

Mais la mise en évidence du désir incestueux proprement dit, qui était totalement refoulé jusqu'ici, n'entraîna pas de condamnation de sa part. Au contraire, la patiente se mit alors à avoir le fantasme conscient de faire l'amour avec son père et d'avoir un enfant de lui. Parfois, les fantasmes allaient jusqu'aux hallucinations les plus vives. Elle voyait un démon qui la raillait, disant que, malgré tous ses efforts, elle ne pourrait s'empêcher de se masturber. Ce démon avait tantôt les traits du "comte", tantôt ceux de sa mère. Il figurait les désirs cruels et incestueux dont elle avait à se défendre et représentait sa mère et surtout son père, objet particulièrement interdit.

Depuis que j'avais commencé à rédiger l'histoire de cette malade, bien des choses s'étaient améliorées dans l'état de la patiente. Après une interruption de quatre mois, le traitement se poursuivit encore sur sept mois. Je me rendis compte alors d'une erreur dont la correction devait entraîner pour la patiente une amélioration de son état. Il ressortit, en effet, de questions précises portant sur le cours de l'excitation que, même lorsqu'elle pratiquait l'onanisme avec un couteau, jamais la patiente n'était parvenue à se satisfaire. Dans ses propos, elle ne considérait que la différence entre l'excitation vaginale dans l'onanisme et l'insensibilité dans le coït; de ce fait, elle croyait être "satisfaite" par l'onanisme alors qu'elle n'était que fortement excitée. Elle avoua que l'exci-

tation vaginale devenait très forte dès qu'elle commençait à se masturber : elle modifiait la "direction du couteau" dès qu'elle sentait que "ça venait"; l'excitation s'estompait alors pour revenir d'autant plus forte à la vague suivante, sitôt qu'elle reprenait les frictions. A ma demande, elle dessina le cours de l'excitation tel qu'il est reproduit sur la figure 9. Elle

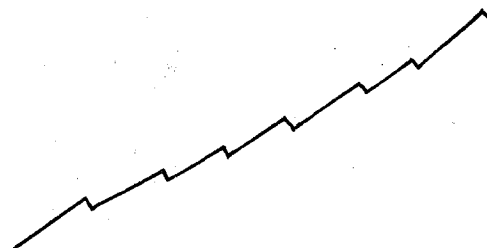


Figure 9

ajouta : "Plus je suis excitée et plus j'ai peur d'éclater; je suis prise d'une angoisse terrible, j'éprouve une lassitude et un abattement extrêmes." J'avais longtemps considéré, à tort, la fatigue qui suivait la masturbation comme un signe de satisfaction, jusqu'à ce que j'apprisse à considérer de quelle nature étaient cette lassitude et cet abattement physique. Elle finissait par tomber en paralysie après avoir retardé l'excitation pendant une heure, non parce que la tension s'éliminait, mais au contraire par suite d'un affaiblissement musculaire et nerveux. L'excitation corporelle et psychique subsistait, après comme avant; c'est là ce qui expliquait sa masturbation excessive. Nous verrons encore, dans le cas de la neurasthénie chronique hypochondriaque, l'impuissance organique être la cause de la masturbation excessive.

Quelle est la représentation qui inhibait la satisfaction? Quand on lui demandait ce qui la perturbait, tout ce qu'elle savait dire c'est que sans cesse il lui fallait "écouter si la satisfaction venait". Le sens de l'expression "écouter la satisfaction" devint clair du

jour où la patiente ajouta que *c'était comme si elle entendait "quelqu'un" entrer dans la pièce*. Au fil des mois, la personne prit des formes plus précises et, en dernière analyse, c'était toujours sa mère qui était représentée, parfois au travers d'hallucinations d'une grande acuité. On ne put arriver à savoir si, outre les grossières frustrations que nous avons déjà décrites, il fallait tenir compte d'autres traumatismes qui auraient aussi constitué le fondement de l'inhibition de l'orgasme. L'idée qu'elle pourrait "éclater" exprimait sa peur d'être blessée dans la zone génitale et se trouvait, en tant que telle, déterminée par sa vie réelle et associée à la représentation : "mère qui menace et punit". Pourtant, elle n'était pas seulement sujette à la crainte d'être châtrée par sa mère, car elle souhaitait aussi *être satisfaite par elle*; en se masturbant avec le couteau, elle se punissait elle-même; c'est sur elle-même qu'elle pratiquait la castration; dans les discours qu'elle s'adressait à elle-même tout en se masturbant, elle jouait la mère qui punit et qui aime aussi bien que l'enfant qui est excitée et désire la satisfaction. Le couteau, qui, à lui seul, procurait à la malade une extrême excitation, elle l'avait dérobé à une femme médecin qui avait presque parfaitement représenté pour elle l'imaginaire maternelle; *il avait la signification du pénis maternel*. La patiente se représentait le membre comme restant planté dans le vagin pendant l'acte, sa mère se trouvant, par là même, en possession d'un pénis. "Je veux être satisfaite par ma mère" voulait dire plus profondément : "Je veux que ma mère me satisfasse avec le pénis qu'elle a ravi à mon père". L'association de cette idée à la peur d'être blessée aux organes génitaux reposait sur une représentation plus profonde qui fut réactivée de manière régressive : dès qu'elle eut perdu, au cours de l'analyse, une partie de son insensibilité vaginale dans le coït, elle fut constamment préoccupée par l'idée de savoir s'il pouvait arriver quelque chose à l'enfant dans le ventre de la mère, lorsque celle-ci a des rapports sexuels. Elle croyait en effet être enceinte et, de ce fait, craignait d'avoir des rapports. Par moments, elle

n'imaginait parfaitement consciemment être dans le ventre de sa mère et avoir des rapports avec son père. Étant donné que sa mère avait toujours été pour elle la personnalité dominante, tandis que le père avait toujours le dessous dans la lutte conjugale, il convenait fort bien que la mère jouât dans le fantasme de la patiente le rôle de l'homme. Nous comprenons maintenant pourquoi la patiente n'était, à l'origine, vaginalement excitable que dans l'onanisme avec le couteau, alors qu'elle ne ressentait rien dans le coït : là, elle se sentait à la fois satisfaite et punie par sa mère, ici, il lui fallait agir en face d'un homme concret, qu'elle ne pouvait que refuser en vertu de sa structure libidinale *actuelle* et qui n'avait rien à lui offrir puisque la punition par la douleur, condition de son excitation, était absente. Ce n'est que lorsque l'analyse eut ramené le fantasme à son sens originel, réactivant dans le transfert ses dispositions féminines vis-à-vis de son père et résolvant une partie de sa fixation infantile de réaction à sa mère, que se restaura du même coup la sensibilité vaginale dans le coït. L'incapacité à atteindre la satisfaction était désormais l'expression d'un profond sentiment de culpabilité envers sa mère et d'une angoisse de castration à l'état pur : *être satisfaite signifiait être punie de castration par sa mère* ("j'ai peur d'exploser"), et comme l'orgasme avait jadis représenté la punition, c'était la peur de la punition qui l'inhibait.

Interpréter ce processus en disant que la patiente ne tenait pas à la satisfaction du fait de ses intentions d'auto-punition (interprétation que plusieurs chercheurs analystes préféreraient ici) laisserait sans explication une série de faits. Par exemple, la patiente éprouvait de l'angoisse quand elle parvenait à l'acmé. La satisfaction était pour elle un acte sévèrement punissable. Si l'auto-punition était immanquablement un "passeport pour d'autres actions" (Alexander), la patiente aurait dû, après s'être si vivement punie, pouvoir épuiser le plaisir jusqu'au bout et sans aucun sentiment de culpabilité. Mais ce n'était pas le cas; au contraire, la satisfaction lui échappait de par son

sentiment de culpabilité et son *angoisse* de castration. Même dans ce cas si fortement masochiste, on voit que la peur de la punition l'emporte sur le besoin de punition, ce qui nous autorise à tirer deux conclusions essentielles :

1) Une auto-punition peut avoir pour but d'éviter une punition réelle venue du dehors.

2) Le sentiment de culpabilité peut n'être pas identique au besoin de punition : un homme qui se sent coupable peut tout aussi bien souhaiter une punition que la redouter. Par exemple, il est possible que le besoin de punition apparaisse comme la première et véritable réaction à la haine du père dans le complexe d'Oedipe. Sans doute, il faut que soient réunies des conditions particulières pour que l'angoisse de castration se convertisse dans une plus ou moins grande mesure en désir d'être châtré. Le cas clinique que nous avons vu n'admet pourtant qu'une seule explication de l'impuissance orgastique : *angoisse de castration* vis-à-vis de la mère.

Essayons de donner un aperçu des diverses tendances qui ont conditionné ici l'impuissance orgastique ainsi que de leur stratification :

1) Observation secrète du coït parental; excitation génitale qui s'épuise en actes onanistes; identification avec la mère; *désir de coït avec le père*.

2) Sentiment de culpabilité envers la mère pour avoir souhaité sa mort; trauma à la suite de jeux sexuels : sa mère lui lance un couteau et la traite de "putain lubrique" : régression au stade de fixation oral et activation du fantasme du ventre maternel; le désir d'inceste se mélange aux deux autres pour produire le fantasme d'être dans le ventre de la mère en train de pratiquer le coït avec le père ("Il n'y a que dans la matrice que je peux être satisfaite"); le couteau que sa mère lui a lancé se confond avec la représentation du membre paternel que le fantasme fait apparaître très long et tout à fait approprié à percer;

il prend plus tard la place de toutes les valeurs libidinales de l'amour objectal, tandis que la mère à laquelle la patiente se livre de manière masochiste parce qu'elle est en même temps le pouvoir qui punit, se substitue au père en tant qu'objet amoureux. "J'entends venir la satisfaction" veut donc dire : 1) "J'entends venir ma mère qui est la seule à pouvoir me satisfaire", et 2) "J'entends venir ma mère qui va me punir pour ma mauvaise action"; c'est ainsi que l'excitation génitale qui vise à la satisfaction et se propose en même temps de punir, devient le sommet de la satisfaction, l'orgasme, mais aussi le sommet de la punition, la castration, que la patiente cherche à éviter.

CHAPITRE IV

STASE SOMATIQUE DE LA LIBIDO ET ETAT D'ANGOISSE¹

a) Généralités sur le sens,
la tendance et l'origine du symptôme névrotique

En 1895, Freud² distingua de la "neurasthénie" classique un ensemble de symptômes, qu'il appela "névrose d'angoisse", en prenant pour argument que cette maladie se différencie de la neurasthénie par une étiologie spécifique. Elle ne proviendrait pas d'abus

1. (Note écrite après la rédaction du manuscrit) Le petit livre de Freud récemment paru (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse* (Paris, 1965), apporte des corrections essentielles à la conception antérieure de l'angoisse névrotique, sans abandonner la théorie de l'angoisse actuelle qui semble les contredire partiellement. Nos développements sur l'angoisse névrotique recouvrent ceux de Freud dans la mesure où l'angoisse de castration n'est pas considérée comme la conséquence, mais comme une des causes essentielles du refoulement. Le peu de temps que nous avons eu pour les assimiler nous empêche d'examiner les problèmes nouveaux soulevés par l'ouvrage de Freud ainsi que ses éventuelles contradictions. Notre étude aborde de plus un autre aspect du problème de l'angoisse qui ne figure pas dans l'étude de Freud, à savoir l'angoisse actuelle.

2. "Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie einer Symptomenkomplex als 'Angst-neurose' abzutrennen" (Les raisons de distinguer de la neurasthénie un complexe de symptômes sous le nom de "névrose d'angoisse"), *Ges. Schriften*, tome I.

sexuels, comme la neurasthénie, mais au contraire de l'abstinence sexuelle, de l'excitation frustrée ou du coït interrompu. Le symptôme central de cette "névrose actuelle" serait une "angoisse flottante" que Freud se représentait comme la conséquence et l'expression psychiques immédiates de la stase de l'excitation sexuelle *somatique*. Comment la libido pouvait-elle se "transformer" en angoisse? Le problème restait entier. Mais on ne pouvait pas douter qu'il y eût une relation causale entre l'angoisse flottante et le défaut ou l'insuffisance d'élimination de l'excitation sexuelle. Sur le problème de la névrose d'angoisse, Stekel défendait le même point de vue que pour la neurasthénie (voir Chapitre III, b)¹ selon lui, il n'existerait pas de névrose actuelle, car même dans ces formes de maladie psychique, on pourrait mettre en évidence les conflits mentaux typiques (complexes). Freud lui-même n'a jamais pensé que les névroses actuelles ne pouvaient pas avoir elles aussi d'étiologie psychique. Au contraire, il a expressément formulé le souhait que les recherches ultérieures touchant à ce problème mettent en évidence une étiologie de ce genre; il s'agirait seulement de montrer que les complexes découverts sont également devenus pathogènes. En d'autres termes, l'étiologie doit être spécifique.

Plus tard, Jones¹ et Seif² revinrent sur la question des rapports entre névrose d'angoisse et hystérie d'angoisse. Jones arriva à la conclusion que "la cause essentielle de toutes les espèces d'états d'angoisse (réside) dans un manque de satisfaction psychique de la libido; l'angoisse a sa source dans la tendance innée à la peur et ses manifestations excessives sont une

1. "Die Beziehungen zwischen Angstneurose und Angsthysterie" (Les rapports entre névrose d'angoisse et hystérie d'angoisse), *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. I, 1913.

2. "Zur Psychopathologie des Angst" (Contribution à la psychopathologie de l'angoisse), *ibid.*

défense contre les désirs sexuels refoulés. Dans tous les cas, les facteurs psychiques jouent un rôle important et sont même souvent les seuls. Les facteurs physiques interviennent fréquemment, mais à eux seuls, ils ne suffisent pas à susciter un état d'angoisse; d'ailleurs, ces facteurs renferment une grande part d'éléments psychiques. Assurément les facteurs physiques apparaissent beaucoup plus dans la névrose d'angoisse que dans l'hystérie d'angoisse. La névrose d'angoisse doit être considérée comme un symptôme particulier de l'hystérie d'angoisse, qui est le concept le plus proche". De la même façon, Seif résumait son point de vue en disant que l'angoisse provient d'une stase de la libido, mais qu'elle constitue aussi bien une "mesure de protection contre la libido sexuelle refoulée qu'un succédané de satisfaction" et que la disposition à l'angoisse et son mécanisme n'ont rien à voir avec la sexualité.

Pour résumer toutes ces opinions, on peut établir deux points de vue : l'angoisse peut être l'expression de la libido refoulée (névrose actuelle) ou le signe d'une défense contre elle (phobie) ou les deux à la fois. Le problème n'est pas simple et nous aurons à réexaminer et à mettre en ordre bien des faits avant de pouvoir l'aborder. Une brève considération de méthode nous conduira au cœur du sujet.

La psychanalyse tente de déduire le sens latent et le but secret du symptôme, qui apparaît dépourvu de sens à une observation superficielle, à partir des connexions entre symptôme et personnalité. Cette méthode ne permet pas encore d'en conclure quelle est la source où le symptôme puise son énergie. Un symptôme, même si son sens et son but cachés sont devenus conscients, ne va pas nécessairement disparaître; il ne peut être définitivement supprimé que si on lui a ôté sa source d'énergie. Cela seul mérite le nom de thérapie causale. Par suite, à propos de chaque symptôme névrotique, il faut distinguer :

a) Le sens psychologique du symptôme : dans sa formulation la plus simple, nous entendons pas là les représentations refoulées, expériences, désirs, satis-

factions, conduites d'auto-punition etc., qui parviennent dans le symptôme à une expression déguisée. Mais ces contenus psychiques ne seraient pas en mesure de produire le symptôme, s'ils n'étaient pas "investis d'affects", c'est-à-dire liés à des énergies instinctuelles endiguées. Parmi les représentations refoulées que l'on rencontre comme constituants significatifs dans l'analyse d'un symptôme, la plupart ont été ajoutés secondairement, après que le symptôme ait déjà été formé. Cela apparaît nettement si l'on compare le profil instantané du symptôme avec son évolution. Stekel et ses disciples n'admettent pas plus la théorie de la libido qu'ils ne se préoccupent de la racine *infantile* des symptômes; dans ce cas, il est compréhensible qu'ils confondent continuellement, dans leurs travaux, le sens et l'étiologie (la source) du symptôme et qu'ils ne soient pas davantage capables de mettre en évidence des mécanismes spécifiques. A propos de toutes les maladies mentales, ils se bornent à trouver toujours les mêmes "complexes" connus et à "expliquer" la maladie à partir de là. Mais l'important, c'est la manière de résoudre le conflit et les différentes interactions spécifiques entre pulsions et expériences vécues; et de cela, ils ne se soucient guère.

b) *Le but* du symptôme : abstraction faite des buts économiques que le symptôme favorise (décharge de la libido, soulagement du sentiment de culpabilité etc.), il faut entendre principalement par là ce qu'on appelle "le bénéfice secondaire de la maladie", qui dans toute névrose domine plus ou moins nettement le tableau clinique. Une fois la névrose constituée comme résultat de la solution pathologique d'un conflit, le malade l'utilise pour atteindre des fins déterminées, qui ont toujours, sans exception, un rapport interne avec les causes de la névrose. Cette tendance du symptôme est une *conséquence*, jamais une cause primaire de la névrose; néanmoins, elle complique et aggrave secondairement le conflit névrotique et dans beaucoup de cas, elle masque complètement les causes primaires du conflit. La "psychologie individuelle" d'Adler, qui est exclusivement finaliste, voit dans ces dispositions

de la volonté névrotique et dans les "buts fictifs" auxquels elle tend, l'élément essentiel de la névrose, sans se préoccuper des causes qui constituent pourtant, en dehors des buts qui en résultent, le véritable domaine de la psychanalyse clinique de Freud.

c) Si nous nous interrogeons sur la nature des causes véritables d'une névrose, nous sommes obligés d'aller au-delà de l'expérience vécue qui n'est devenue importante que par sa tonalité affective et au-delà des buts secondaires de la névrose jusqu'aux limites où la psychologie ne peut plus rendre compte de l'évolution des instincts. Cette évolution est en effet soumise à des lois biologiques et s'enracine avant tout dans des processus physiologiques qui se déroulent dans l'appareil des sécrétions internes et le système nerveux correspondant. En ce qui concerne l'instinct sexuel, de tels rapports sont bien établis et la définition freudienne de l'instinct, comme "concept limite entre le mental et le somatique", est tout à fait justifiée dans ce cas, tandis que pour les rapports entre le deuxième type d'instinct, l'instinct de destruction, et le somatique, il n'y a pour ainsi dire rien de certain. En tant que psychologie des instincts ainsi définis, la psychanalyse a déjà les rapports les plus étroits avec la biologie, et, sur la base de sa théorie des névroses, elle est très liée également à la physiologie des névroses.

Ainsi, à la source d'un symptôme, des énergies instinctuelles entrent en jeu, qui s'alimentent sans cesse à des processus somatiques vraisemblablement bio-chimiques (sécrétions internes). Mais elles apparaissent sur le plan psychique comme poussée instinctuelle ou comme affect et se relie sous cette forme à des représentations ou à des expériences vécues. Sur les quatre aspects caractéristiques de l'instinct que Freud a distingués, la source et la poussée correspondent à l'aspect bio-physiologique, le but et l'objet à l'aspect psychologique du concept. Cette distinction n'est qu'une grossière approximation, car la poussée d'un instinct est perçue psychologiquement comme déplaisir, si la satisfaction ne se produit pas; mais le phénomène s'exprime d'abord sous forme d'une tension

corporelle. C'est le soulagement de la tension désagréable qui constitue alors la satisfaction, éprouvée dans le domaine sexuel comme une impression de plaisir spécifique. Ce mouvement de l'instinct (sexuel) du déplaisir vers le plaisir constitue le *principe régulateur du plaisir-déplaisir*, qui, d'après la découverte de Freud, gouverne pour l'essentiel la psyché névrotique comme celle de l'enfant et du primitif. La fonction biologique supposée du plasma germinatif, à savoir la conservation de l'espèce, est garantie par la "prime de plaisir" (Freud), qui est principalement liée à l'appareil génital. Si l'on voit clairement que le principe de plaisir est un principe biologique et le "principe de réalité" (Freud) un principe social régulateur de l'instinct et que ce dernier suscite le conflit névrotique, la névrose peut être réduite à la formule la plus simple : elle est un conflit entre le plasma germinatif (instinct sexuel, principe de plaisir) et le monde extérieur restrictif (morale, principe de réalité, surmoi en tant que représentant du monde extérieur au sein du moi). Et rien ne peut mieux démontrer la justesse de cette formule que ce fait : les troubles de la puissance sont un symptôme typique de toute névrose. Maintenant, quel est le rapport entre les troubles de la fonction génitale et le processus névrotique?

En ce qui concerne la psychonévrose, il n'est pas difficile de répondre. Quel que soit le stade du développement mental auquel le conflit névrotique s'installe, le refoulement atteint toujours, de façon soit primaire soit secondaire, les tendances génitales. Il les sépare plus ou moins de la motricité ou il se borne à les diviser en tendresse et sensualité, ou encore il se sert des différents mécanismes inhibiteurs que nous rencontrons dans les formes de névrose individuelle. A son tour, l'inhibition de la fonction génitale apporte avec elle une stase somatique de la libido, qui s'ajoute à la stase psychique et, par là, aiguise, renforce et complique considérablement le conflit névrotique de façon secondaire. On se rend compte que le *conflit mental, qui à l'origine ne comporte pas nécessairement d'élément pathologique, ne devient un conflit névroti-*

que, avec toutes ses conséquences, que lorsque la stase somatique de la libido s'y ajoute, c'est-à-dire dès qu'est créée la source d'énergie pour la formation d'un symptôme. Le refoulement d'une pulsion ne produit pas encore de symptômes. Ceux-ci apparaissent seulement une fois que la pulsion a réussi à percer le refoulement du côté de la défense du moi, ce que l'on doit attribuer, en premier lieu, à l'énergie instinctuelle endiguée. Des tensions et des sensations corporelles propres à la neurasthénie, à la névrose d'angoisse ou à l'hypocondrie sont toujours présentes au début d'une maladie névrotique et sont l'expression immédiate de la stase somatique de la libido. Cela est confirmé encore par le fait qu'il se passe toujours un intervalle de temps plus ou moins long, après la perturbation de la fonction génitale, entre le refoulement et la formation des symptômes. On le voit particulièrement bien dans l'érythrophobie, par exemple : le malade lutte pendant des mois ou des années contre la masturbation et réussit finalement à la réprimer complètement. La timidité en société, qui existait déjà auparavant, commence par diminuer et ne se renforce sensiblement qu'ensuite, à l'occasion de circonstances généralement banales, des semaines ou des mois après la première apparition de la rubescence et de tous les phénomènes corrélatifs de névrose actuelle.

Avant d'aborder les relations causales subtiles qui existent entre la psychonévrose et le noyau de névrose actuel qui n'est jamais absent, nous devons nous occuper du problème de l'angoisse actuelle.

b) *Angoisse et système vaso-végétatif.*

La symptomatologie freudienne de la névrose d'angoisse coïncide, pour l'essentiel, avec celle de la névrose vaso-motrice. Les symptômes des deux maladies sont : *troubles cardiaques* (asystolie, tachycardie, arythmie, extrasystoles etc.), *sueurs, sensations de chaud et froid, frissons, vertiges, diarrhée, parfois*

salivation accrue. Il est particulièrement remarquable que, dans l'analyse, ces symptômes présentent dans tel cas un but et un sens psychiques cachés et que dans tel autre, si on ne leur attribue pas un contenu psychique à tout prix, ils en sont totalement dépourvus et expriment simplement une hyperexcitabilité générale, mentale et corporelle, qui n'est pas saisissable psychologiquement. Là où les symptômes ont, en plus, un sens psychique, ils obéissent entièrement à la régularité des lois auxquelles est soumise l'hystérie de conversion. Ainsi la rubescence, dans l'érythrophobie, a le sens de la honte en société et, inconsciemment, celui de l'exhibition du pénis en érection, qui est maintenant représenté par la tête.

Si nous nous en tenons à notre division du sens, du but et de la source du symptôme, nous voyons apparaître autant de différences que de points communs entre la névrose vaso-motrice accompagnée de mécanismes hystériques et celle qui en est dépourvue. L'une et l'autre ont en commun les organes où se présentent les phénomènes pathologiques. Peu importe, pour l'instant, que ces organes soient subordonnés au système nerveux sympathique-parasympathique, car avec un minimum de disposition somatique, un conflit psychique violent pourrait, par le refoulement de représentations chargées d'affects et le blocage de l'élimination normale de l'énergie, fournir à ce système l'apport énergétique susceptible d'augmenter son pouvoir pathogène; ce conflit ferait ainsi apparaître les mêmes symptômes qui, en d'autres occasions, se manifestent au niveau de ce même système nerveux avec une étiologie différente. Le choix de ce système somatique pourrait être expliqué à partir d'une disposition (qu'il faut encore supposer), une "complaisance somatique", selon Freud; comme nous ne savons rien de la nature d'une telle disposition, il faut ici un peu abandonner la rigueur scientifique. Nous retiendrons simplement que dans la névrose vaso-motrice hystérique, des énergies d'origine génitale sont fournies au système vaso-végétatif. La rubescence peut représenter un acte d'exhibition génitale, les frissons dans la tête, la masturbation ou la castration;

les sensations de chaleur se révèlent très souvent être l'expression d'une excitabilité génitale somatique qui n'est pas autorisée à devenir consciente; la diarrhée peut traduire soit l'angoisse, soit l'excitation sexuelle. Souvent, chez les impuissants qui n'ont pas d'érection au moment de la tentative de coït, on trouve une abondante sudation et l'analyse des fantasmes et des rêves met en évidence la nostalgie du sein maternel, ou encore l'identification du corps avec le pénis; les muscles vaso-dilatateurs se sont mis à fonctionner sur toute la surface du corps et non pas au niveau du membre seulement et c'est ainsi que les sueurs ont fait leur apparition.

Mais alors, est-ce l'identification psychique qui a provoqué la sudation? Est-ce le désir inconscient de revenir tout entier dans le sein maternel qui a entraîné, si j'ose dire, l'érection de la peau? Bien évidemment non. On peut seulement penser que l'excitation somatique qui accompagnait le désir de coït a atteint les vaso-dilatateurs de la peau, puisqu'elle ne pouvait accéder à la zone génitale du fait de l'angoisse ou de l'inhibition psychique. L'excitation arrêtée par suite d'une inhibition a été alors dirigée par le contenu de la représentation, que nous trouvons dans l'analyse du symptôme, sur des organes adaptés du point de vue psychique et érogène. C'est le même processus qui produit les sensations de chaleur. Celles-ci ont été d'abord suscitées par l'excitation sexuelle et chargées de représentations sexuelles, que l'excitation ait été ou non perçue comme telle. Comme des sensations de chaleur accompagnent aussi l'excitation sexuelle normale, le processus physiologique ne peut pas être considéré comme un symptôme de conversion. Seul est pathologique le fait de ne pas percevoir la sensation génitale. Au lieu d'excitation sexuelle ou d'angoisse, beaucoup d'hystériques produisent des tremblements de froid.

Une patiente qui éprouvait souvent une excitation génitale pendant les séances, était atteinte de frissons chaque fois qu'elle se sentait frustrée par le médecin. Le sens psychologique de ce tremblement était le désir préconscient d'être réchauffée par le médecin comme par

une mère, mais il ne put s'exprimer sous cette forme que lorsque la patiente eut remplacé son excitation libidinale par de l'angoisse, laquelle, comme affect d'angoisse, excitait également le système végétatif cutané.

Les symptômes de la névrose vaso-motrice peuvent se produire pour des raisons diverses, comme l'expression d'une irritation du système nerveux végétatif. Dans la maladie de Basedow, ce système est irrité par un trouble fonctionnel de la thyroïde. Au moment d'un danger réel, les mêmes symptômes apparaissent comme étant l'expression et la manifestation corrélative de la frayeur; sont-ce des conséquences directes ou indirectes de la peur? Quels sont les énergies et les moyens que la peur utilise ici? Voilà un problème complexe, à l'éclaircissement duquel l'analyse des phobies peut apporter une contribution importante. Mais nous sommes d'avis de prendre pour point de départ de notre recherche un phénomène simple, par exemple les manifestations de l'intoxication par la nicotine.

L'auto-observation révèle ici que le premier signe d'intoxication par la nicotine consiste en une tachycardie; une brève asystolie sert de transition à la tachycardie. Au moment où cesse le trouble cardiaque, l'angoisse apparaît; viennent ensuite s'y ajouter vertiges, nausées et sueurs. L'angoisse qui à l'origine n'avait aucun contenu, entre peu à peu en connexion avec la peur de mourir; celle-ci a pour base l'idée rationnelle que l'abus de tabac peut provoquer une artériosclérose de la coronaire et par là une mort prématurée. Dans les cas où la tachycardie se prolonge et s'accroît, la peur de mourir se renforce également; elle devient ainsi actuelle et intensifie, à son tour, de façon secondaire, les phénomènes cardiaques vaso-moteurs. L'ordre d'entrée en scène des symptômes correspond tout à fait au déroulement suivant des relations causales: l'intoxication par la nicotine atteint le système neuro-végétatif, cette irritation provoque tout d'abord la tachycardie, puis d'autres phénomènes généraux et s'accompagne d'une angoisse sans contenu, qui se relie en second lieu à la crainte de la mort. Pour notre

problème de l'angoisse dans la névrose actuelle, seule présente un intérêt pour l'instant la mise en relation de l'arythmie cardiaque et de la tachycardie avec l'angoisse flottante. On doit faire une légère correction à l'idée qu'on se faisait jusqu'ici de la genèse de l'angoisse actuelle. La conception selon laquelle les symptômes vaso-moteurs dans la névrose d'angoisse freudienne, ne seraient que des *équivalents* de l'angoisse, doit être abandonnée au profit de celle-ci: l'angoisse flottante est un phénomène qui accompagne une forme déterminée d'irritation végétative de l'activité cardiaque. Simplement, au lieu de la nicotine, nous songeons à des substances sexuelles somatiques, qui n'ont pas été résorbées physiologiquement d'une manière correcte, nous voyons alors clairement l'étiologie de l'angoisse actuelle: la stase libidinale provoque une irritation du système vaso-végétatif sous la forme d'une névrose cardiaque, qui est toujours au centre de la symptomatologie de la névrose d'angoisse; comme dans l'intoxication par la nicotine, la maladie de Basedow et l'angine de poitrine, l'angoisse surgit immédiatement de l'irritation de l'activité cardiaque et le problème de la transformation de la libido en angoisse se trouve ainsi supprimé. Comme la nicotine dans les cas d'intoxication, il faudrait considérer la stase libidinale comme la cause *médiate* de l'angoisse dans la névrose d'angoisse.

Pour l'instant, nous soutenons que l'angoisse peut être tantôt une conséquence, tantôt une cause des phénomènes vaso-moteurs, comme par exemple dans la peur. Et nous avons à présent la tâche d'éclaircir autant que possible, d'une part les rapports entre l'angoisse et l'irritation cardiaque d'origine végétative et d'autre part, ceux qui existent entre la libido et le système neuro-végétatif, ou du moins de formuler la problématique de ces rapports.¹

Les spécialistes de l'angine de poitrine sont généralement d'accord pour penser que les irritations

1. Nous laissons de côté ici l'angoisse ressentie parfois au niveau de l'estomac au lieu du cœur.

dans la conduction sensitive, qui provoquent extrasystoles, tachycardie, asystolie etc., sont accompagnées d'un sentiment d'angoisse plus ou moins marqué. Selon Brissaud¹, "le sentiment particulier d'un danger pour la vie est inhérent à toutes les sensations qui viennent du cœur". Rothberger écrit : "Le sentiment de l'imminence de la mort (dans l'angine de poitrine) ne doit pas être considéré simplement comme une conséquence de la douleur; c'est une sensation spécifique provoquée par l'état du cœur, sinon on devrait le rencontrer aussi dans les cas où, pour d'autres raisons, de violentes douleurs apparaissent dans des zones périphériques. Même quand, dans l'angine de poitrine, les malades ne localisent pas exactement leurs douleurs, ils ressentent pourtant ce type de douleur tout à fait différemment des douleurs cutanées ou musculaires". Lutembacher a découvert que l'angoisse apparaît déjà dans le cas d'une légère distension du cœur. Braun caractérise ainsi les rapports entre l'angoisse et les phénomènes cardiaques : "Le cœur, qu'il soit sain ou malade, est le siège d'une faculté spécifique (phylogénétique²) de ressentir l'angoisse; et même il est permis de dire que l'on ne peut guère, d'une façon générale, penser à son propre cœur, sans y éprouver quelque chose que l'on peut définir comme de l'angoisse. A tous les degrés de l'angoisse, il existe, au niveau du cœur, une sensation déterminée qui croît en même temps que l'angoisse, un sentiment profond et accablant de peur, d'oppression, d'étouffement, une sensation douloureuse qui aux plus hauts degrés de l'angoisse se rattache au sentiment de la mort", que ce soit le sentiment d'une défaillance physique ou de "l'impuissance du moi biologique".

En ce qui concerne les causes des affections cardiaques qui ne sont d'origine ni bactérienne ni mécanique, les opinions des physiologistes sont divergentes dans le détail, mais se rejoignent sur l'idée qu'il faut les rechercher dans les troubles fonctionnels

1. Toutes ces citations sont tirées de Dimitrenko, "Das Problem der Angina pectoris" (Le problème de l'angine de poitrine — Rapport collectif), *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 9/1926.

2. C'est-à-dire qui résulte de l'évolution des espèces (N.d.T.)

du système neuro-végétatif, lesquels sont causés de leur côté, par des troubles des sécrétions internes¹. Cette conception a des points de ressemblance importants avec la théorie psychanalytique de la libido qui considère, elle aussi, les troubles des sécrétions internes comme la base somatique des névroses.

Avec l'introduction de la stase somatique de la libido comme une des causes des troubles de la fonction vaso-végétative, se trouve comblée une lacune de la physiologie que les spécialistes n'avaient jamais regardée comme un problème jusqu'à présent, malgré les nombreuses suggestions que Freud apportait par sa théorie de la névrose actuelle. Par exemple dans le travail de L. Braun sur "les troubles psychogènes de l'activité cardiaque"², le nom de Freud n'est cité qu'en passant dans une note de bas de page et aucune mention n'est faite de sa découverte si importante concernant les conséquences somatiques des troubles sexuels. Et pourtant, tout pas en avant dans ce domaine nous conduit inéluctablement au problème de la sexualité.

Que peut donc apporter la psychanalyse au problème des rapports entre la sexualité et le système nerveux végétatif (ou autonome) ? Nous partirons des phénomènes que l'on trouve dans l'excitation sexuelle, dans le coït et dans l'orgasme.

c) Excitation sexuelle et système nerveux autonome

L'excitation génitale et le plaisir de l'attente sexuelle entraînent, au niveau du cœur et dans le reste du système vaso-moteur, les mêmes phénomènes que l'affect d'angoisse. Assurément ce fait n'est pas sans importance pour comprendre le lien qui existe entre l'angoisse et la libido.

Si on examine les phénomènes vaso-moteurs, dans

1. *Ibid.*

2. *Psychogenese und Psychotherapie Körperlicher Symptome*, Vienne, 1926.

l'état d'excitation sexuelle, on trouve en premier lieu des palpitations et une sensation de chaleur dans tout le corps, où le plaisir de l'attente et l'angoisse de l'attente sont étroitement mêlés. Le battement du cœur s'accélère tout autant dans la représentation d'un plaisir sexuel à venir que dans celle d'un danger imminent. Dans l'une comme dans l'autre, le cœur est le siège de la même sensation spécifique. Tout se passe comme si une vive représentation d'une situation, où le système nerveux végétatif joue un rôle important, poussait les nerfs vague et sympathique à remplir une fonction probatoire. L'observation précise de ce processus, qui se déclenche souvent à n'importe quel moment au fil des représentations, montre que l'accélération du pouls est précédée d'une brève dilatation du cœur. Les sensations kinesthésiques¹ spécialement localisées au niveau du cœur, qui accompagnent l'activité sexuelle, se trouvent encore à la base de nombreuses expressions : par exemple, "une affaire de cœur" (pour une affaire d'amour), "on donne son cœur" ou encore une femme a "le cœur large", c'est-à-dire qu'elle est peu farouche etc... A cela s'ajoute le fait que dans les symptômes et les rêves le cœur a très souvent le sens des organes génitaux. Chez une patiente, le battement rythmique du clitoris en érection était associé directement avec les battements du cœur : quand elle était sujette à des fantasmes sexuels, elle pressait ses mains sur son cœur, comme elle les avait pressées sur son clitoris avant que son désir de masturbation ne fût refoulé.

Nous verrons plus loin que les principales fonctions automatiques dans les préliminaires de l'acte sexuel sont assurées par le système vaso-végétatif; par exemple, la vaso-dilatation dans l'érection, la sécrétion des glandes de Bartolin chez la femme et, d'une manière générale, l'afflux de sang dans les parties génitales. On peut donc dire que *l'excitation sexuelle dans le plaisir de l'attente*

1. Concernant l'impression de mouvement des parties internes du corps (N.d.T.)

(analogue à celle de l'angoisse dans l'attente) atteint d'abord le système cardiaque par l'innervation végétative mais que, dans la suite du processus, elle se transfère sur le système génital, dans la mesure où il n'y a pas d'inhibition, soulageant ainsi le système cardiaque¹.

Que va donc devenir par la suite l'excitation sexuelle qui, en premier lieu, se répercute sur le système vaso-végétatif?

Au début de l'acte sexuel, l'excitation se concentre de plus en plus sur l'appareil génital; ensuite, par l'intermédiaire des voies sensitives, elle est perçue comme sensation de plaisir et s'accroît jusqu'à l'acmé. Nous pouvons dire que, pendant l'acte sexuel, l'excitation passe toujours davantage du système neuro-végétatif au système sensitif, pour finalement atteindre au moment de l'acmé, le système nerveux moteur et la musculature. Ce passage signifie que le système neuro-végétatif est délesté et que l'excitation sexuelle se décharge sur le système sensori-moteur. Le passage du système sensitif au système moteur et la chute de l'excitation dans tout le corps sont ressentis comme une satisfaction.

Cette interprétation s'appuie sur les manifestations phénoménalement perceptibles au niveau du système vaso-végétatif et sensori-moteur avant, pendant et après l'acte. Elle s'accorde pour l'essentiel avec la description de la physiologie de l'orgasme que nous donne Müller². Selon ce dernier, l'excitation se transmet de la musculature lisse de l'appareil génital (cordon spermatique et prostate) à la musculature striée (à savoir les muscles bulbeux et ischio-caverneux, toute la musculature du plancher pelvien) et atteint le reste de la musculature striée, en particulier les extenseurs des jambes (cela a été prouvé par des expériences sur le chien).

1. L'accélération du pouls pendant l'acte sexuel n'exprime que pour une part l'excitation du système végétatif; elle est en majeure partie conditionnée par l'action motrice. Le fait qu'il puisse y avoir pollution due à l'angoisse montre clairement l'étroite correspondance qu'entretiennent entre elles l'excitation du système vasculaire stipulée sur le plan végétatif et celle de l'appareil génital.

2. Müller, *Das vegetative Nervensystem* (Le système neuro-végétatif), Springer, 1920.

Cet auteur suppose en outre que "lorsque l'orgasme survient, l'excitation se transmet (des muscles lisses de l'appareil génital) au reste du système neuro-végétatif". Ce qui confirme encore notre idée selon laquelle l'orgasme correspond à un *changement dans la localisation* de l'excitation sur le système végétatif. On peut seulement ajouter que l'excitation se transfère en chemin sur le système sensori-moteur. Il nous faudrait ainsi distinguer les phases suivantes :

1) Le stockage sous tension de l'énergie sexuelle dans le système végétatif.

2) La concentration spontanée ou volontaire de la libido sur l'appareil génital (*tension sexuelle* et phénomènes vaso-moteurs).

3) Passage progressif au système sensitif (plaisir préliminaire; I et II sur la figure 5 dans le chapitre II).

4) Passage au système moteur (*montée jusqu'à l'acmé, plaisir final*; III et IV sur la figure 5).

5) Reflux sur le système végétatif, état identique à l'état de départ (V sur notre schéma) : les organes génitaux et le reste de l'appareil musculaire sont délestés, la musculature est détendue.

Par "orgasme", nous entendons les processus décrits en 4 et 5. En fonction de cela, la satisfaction est d'autant plus complète que :

1) la libido a été davantage concentrée sur la zone génitale,

2) l'excitation du système végétatif redescend de façon plus achevée, c'est-à-dire moins perturbée.

Nous comprenons mieux à présent sur quoi repose la névrose d'angoisse de Freud : quand une inhibition quelconque empêche l'excitation sexuelle de passer dans le système nerveux sensori-moteur et dans la zone génitale, l'excitation reste à l'état de tension dans le système vaso-végétatif et produit tous les phénomènes qui caractérisent la névrose vaso-motrice. C'est très nettement le cas dans l'abstinence totale due à des inhibitions mentales, quand la sensibilité génitale n'entre jamais en jeu et, en outre, dans l'excitation

frustrée, lorsque l'excitation passe bien au système sensitif mais que le passage le plus important, celui au système moteur, ne s'effectue pas.

Dans les cas de coït interrompu, on rencontre, d'après mon expérience, beaucoup plus de symptômes de neurasthénie aiguë que de symptômes de névrose d'angoisse. Ce fait s'explique ainsi : dans le coït interrompu, la décharge dans le système moteur a certes lieu, mais le soulagement de l'excitation est gravement perturbé par l'interruption de l'acte; par suite, l'excitation génitale de nature sensitive qui n'a pas été déchargée produit les phénomènes typiques de la neurasthénie et, par ailleurs, une quantité plus ou moins grande d'excitation sexuelle subsiste dans le système neuro-végétatif, se répercutant en partie dans le système cardiaque, en partie sous forme de troubles d'autres organes innervés par le système autonome (par exemple l'intestin). Entre l'étiologie de la névrose d'angoisse et celle de la neurasthénie, il existe ainsi des transitions qui ne permettent pas une séparation tranchée. On peut seulement dire, en général, que la neurasthénie aiguë apparaît d'autant plus que le moment où le cours de l'excitation est perturbé se situe plus tard, plus près de la décharge motrice; et plus cette perturbation se produit tôt, avant le passage de l'excitation au système moteur, c'est-à-dire moins le système neuro-végétatif est délesté, plus les symptômes de la névrose vaso-motrice et l'angoisse actuelle sont intenses. Dans toutes les névroses, il faut tenir compte de la plus ou moins grande charge supportée par le système végétatif (la nervosité).

Dans sa première publication sur la névrose d'angoisse, Freud s'appuyait sur le fait que "dans toute une série de cas, la névrose d'angoisse va de pair avec la diminution la plus marquée de la libido sexuelle, celle du plaisir psychique" pour conclure qu' "il faut chercher le mécanisme de la névrose d'angoisse (...) dans la déviation de l'excitation sexuelle somatique hors du champ psychique et dans une utilisation anormale de cette dernière, qui en est la conséquence". Cette "déviation hors du champ psychique"

ne peut se produire que grâce au refoulement de la perception des sensations génitales; somatiquement, elle ne signifie rien d'autre que l'interruption du passage du système végétatif au système sensori-moteur; ici, un rôle important revient manifestement à la conscience (au système "B - W." de Freud). Selon Freud, la conscience domine l'accès à la motilité. La prise de conscience de l'excitation sexuelle, c'est-à-dire de la partie psychique de la libido, qui s'exprime sous forme de désir sexuel, est une condition préalable indispensable à la sensibilisation des organes sexuels; cela correspond déjà à un passage partiel de l'excitation dans le système sensoriel (sensation de plaisir); et en fait, nous voyons dans les analyses que l'angoisse augmente dès que la perception de l'excitation génitale est refoulée et qu'elle s'apaise quand celle-ci est permise. Si l'on ne parvient pas à la satisfaction orgastique-motrice et qu'en outre l'excitation sexuelle ne soit pas fixée dans des symptômes psycho-névrotiques, il s'ensuit habituellement un nouveau blocage de la sensibilité génitale et l'angoisse réapparaît en même temps que les phénomènes vaso-moteurs. A vrai dire, cette angoisse n'est plus simplement l'angoisse de stase elle reçoit en plus le sens d'une "peur" du moi devant ses besoins sexuels. Pourtant, la sensibilité génitale diminue en fonction de la non-perception (le refoulement) de l'excitation sexuelle et le reflux de la stase de l'excitation dans le système autonome s'accroît; ces processus somatiques sont conditionnés principalement par des inhibitions, par exemple, la peur du coït.

La satisfaction sexuelle dans l'orgasme ne signifie pas seulement un déplacement de l'excitation nerveuse, mais aussi, ce qui est plus essentiel pour l'organisme entier, un renouveau physio-chimique des autres fonctions végétatives. Sur ce point, la chimie physiologique a devant elle un vaste champ de travaux plein de promesses. Pour ma part, je me contenterai de

Bewusstsein-Wahrnehmung : perception-conscience (N.d.T.)

signaler l'épanouissement physique de la femme satisfaite sexuellement et son contraire, la flétrissure prématurée de la "vieille fille" si souvent raillée, qui n'est pas forcément plus vieille que sa compagne heureuse. Il en va de même pour les hommes. La prétendue "anémie" de la jeune fille après la puberté pourrait relever du même domaine. En outre, il est frappant de voir que l'anamnèse des femmes qui souffrent de graves troubles de la ménopause fait toujours apparaître soit un mariage malheureux et une frigidity chronique, soit une abstinence de plusieurs années due au veuvage ou une abstinence génitale complète imputable au célibat; en revanche, les femmes qui connaissent des unions heureuses et n'ont pas souffert de stase libidinale, traversent généralement la ménopause sans troubles particuliers.

Tout ceci n'incombe pas, en dernière analyse, aux rythmes biologiques; ce sont les névroses qui perturbent ces rythmes; cela est prouvé par l'effet du printemps sur les dispositions sexuelles et d'un autre côté, son influence sur la statistique des suicides et l'aggravation des névroses.

d) Causes psychiques de la névrose actuelle

Extrait de l'analyse d'une névrose vaso-motrice

Une femme de vingt-six ans entra en analyse parce que chaque soir elle avait des états d'angoisse, des palpitations, des tremblements, des sensations de chaleur et des larmoiements. Elle ne ressentait pas sa frigidity comme étant malade; au contraire, elle détestait l'acte sexuel, il lui faisait horreur parce qu'il était sale et bestial et, en plus, lui causait des douleurs. Les symptômes qu'elle considérait comme morbides étaient apparus quatre ans auparavant; ils atteignaient leur intensité maximum vers neuf heures du soir. Habituellement, son angoisse devenait parti-

culièrement intense quand l'attitude de son mari l'obligeait à admettre qu'il désirait avoir des rapports sexuels. Elle reconnut d'elle-même, dès la première communication, qu'elle utilisait aussi ces symptômes, en feignant de fortes douleurs, même si cela ne correspondait pas à la réalité, à seule fin de se soustraire au "devoir conjugal".

On ne devait pas diagnostiquer ici une pure névrose d'angoisse; il fallait d'abord tenir compte du fait que les états d'angoisse, bien que dépourvus de contenu déterminé ("flottants"), se produisaient toujours de la même manière, vers les neuf heures du soir, et que le caractère de la patiente (attitude masculine, voix exagérément grave, froide objectivité) permettait de reconnaître une base névrotique obsessionnelle. Au bout de quelques mois, l'analyse révéla que l'angoisse avait encore les caractères d'une angoisse d'attente indéterminée ("comme si quelque malheur devait arriver").

L'analyse fit très tôt apparaître l'occasion qui avait provoqué la névrose. Son mari, dont la situation était médiocre, l'avait obligée à interrompre une grossesse; elle ne pouvait le lui pardonner et le haïssait depuis ce moment, alors qu'auparavant elle se contentait d'avoir peu d'estime pour lui. L'avortement avait été pour elle un double choc : d'abord il signifiait la perte de son enfant; ensuite, ce qui était beaucoup plus essentiel, une opération sanglante pratiquée sur ses organes génitaux. La déception provoquée par la perte de l'enfant était en contradiction avec sa nature masculine et son attitude lors de sa deuxième grossesse, à l'époque de l'analyse. En fonction de cette nature masculine, elle avait choisi pour mari un homme féminin qu'elle pouvait dominer et tourmenter conformément à son caractère obsessionnel. Le fait qu'il la laissât faire, la révoltait et l'incitait à le tourmenter davantage. Cette attitude contradictoire s'expliquait par le fait que, dans ses fantasmes, elle apparaissait comme une femme amoureuse, elle-même aimée par un homme fort et particulièrement fruste. L'analyse de ce fantasme permit une percée exceptionnellement rapide jus-

qu'aux expériences de la petite enfance, qui furent remémorées l'une après l'autre.

Au cours du troisième mois de l'analyse, après que les conflits actuels avec son mari eurent été discutés dans leurs traits essentiels sans que les symptômes aient disparu pour autant (chaque transfert réussi était immédiatement démasqué et détruit), elle se souvint de nombreux détails d'une hystérie d'angoisse dont elle avait souffert entre sa troisième et sa septième année. Elle avait peur des endroits obscurs et des cambrioleurs. Le mariage de ses parents avait été désastreux; le père était une brute qui tyrannisait et battait femme et enfants.

Elle n'avait pu d'abord comprendre, étant enfant pourquoi son père, qui le soir rentrait ivre et se montrait brutal envers sa mère, était aimable le matin. Son père avait coutume de rentrer très tard à la maison et l'enfant qu'elle était redoutait à l'avance les scènes dont elle savait qu'elles se répétaient tous les soirs. Dans la suite de l'analyse, elle se souvint avec d'intenses sentiments d'angoisse et des troubles vaso-moteurs, des scènes de coït qu'elle avait entendues pendant plusieurs années. Dans ces moments, elle avait ressenti de l'angoisse, des palpitations, des sensations de chaleur, comme maintenant depuis quatre ans, ainsi qu'un besoin d'uriner. L'analyse que la patiente mena avec beaucoup d'intelligence, nous permit de distinguer deux phases dans cette observation du coït. Au début, elle avait uniquement éprouvé de l'angoisse et eu l'idée que quelque chose d'horrible arrivait à sa mère; certains rêves nous donnèrent à penser que la première fois elle s'était réveillée remplie d'effroi et que chaque soir depuis lors, elle ne pouvait s'endormir, attendant anxieusement ce qui allait se produire. Peu à peu elle s'était habituée à ces scènes nocturnes et en était venue à penser que ce ne devait pas être si terrible, sinon sa mère ne serait pas allée d'elle-même dans le lit de son père et ce dernier n'aurait pas pu se montrer aussi aimable avec elle le matin. Elle découvrit le caractère voluptueux de la situation et, à partir de ce moment, elle se masturba pendant le

commerce sexuel de ses parents. Les mêmes phénomènes physiques, qui auparavant apparaissaient en même temps que l'angoisse, accompagnaient maintenant l'excitation sexuelle. Pourtant, une fois refoulée l'impression produite par les scènes nocturnes, la masturbation resta toujours associée à l'angoisse. Finalement, la masturbation succomba à son tour au refoulement et seuls subsistèrent ces vestiges méconnaissables : la peur des cambrioleurs et de l'obscurité. En outre, il se créait chez elle un fantasme, qui, au cours de l'analyse, put être ramené également aux scènes de la chambre à coucher : le plus souvent dans ses rêveries diurnes, elle se voyait "très, très riche". Il était remarquable que ces rêveries avaient complètement remplacé l'angoisse autour de la septième année. À partir de ce moment, notamment pendant la puberté, elle éprouvait quelque chose de semblable à l'angoisse quand elle rencontrait des hommes qui lui plaisaient. Pourtant elle savait toujours se tirer des situations dangereuses et, curieusement, se réfugiait dans le "fantasme de l'argent". Parfois, elle se surprenait à penser que pour gagner beaucoup d'argent, elle pourrait même se prostituer. Ainsi, une fois, elle rêva qu'elle marchait la nuit dans une ruelle obscure et qu'à tous les angles et dans tous les coins des murs, il y avait des hommes qui la remplissaient de frayeur. Enfant, elle avait été très intéressée par les femmes qui flânaient le soir dans les rues. Une fois, elle avait abordé une prostituée et avait reçu d'elle une pièce de monnaie. Elle tint à l'apporter à son père, "pour qu'il soit gentil", car elle savait qu'on pouvait l'amadouer avec de l'argent. Ainsi le fantasme de l'argent était un fantasme d'inceste déguisé et était apparemment en mesure de fixer l'angoisse; car, possédant de l'argent, elle pouvait, d'une part amadouer son père et, d'autre part, le conquérir; il ne lui avait pas échappé que sa mère obtenait ce résultat quand elle donnait de l'argent à son père. Ce fantasme se déroulait sans aucune excitation sexuelle. Par contre, elle était excitée génitalement quand elle voyait battre un enfant ou un chien. Ces fantasmes de l'argent et de la fustigation traduisaient précisément la régression au

stade sadique-anal, conformément à son caractère, que nous avons désigné comme névrotique-obsessionnel : elle était totalement frigide et hostile à la sexualité, ordonnée, consciencieuse, avec une dureté masculine et une nature froide due à son blocage affectif sur le plan sexuel.

Après la remémoration de la scène primordiale, surtout quand elle en exposait les détails, la patiente manifesta des troubles vaso-moteurs pendant l'analyse, d'abord en liaison avec l'angoisse; peu à peu, la peur de l'excitation génitale diminuait, tandis que subsistaient les palpitations cardiaques, les sensations de chaleur et autres symptômes vaso-moteurs. Et à vrai dire, l'angoisse diminuait à mesure que progressait la sensibilisation de la zone génitale. Lorsque pour la première fois elle éprouva du plaisir dans ses rapports avec son mari, sans toutefois atteindre à l'orgasme, elle fut de nouveau enceinte. Pendant quatre ans, elle n'avait utilisé aucun moyen contraceptif; qu'elle fût enceinte à présent devait être rapporté à son acceptation du rôle sexuel de la femme. Quelques temps avant l'acte sexuel mentionné plus haut, elle eut plusieurs rêves où le désir d'avoir un enfant s'exprimait symboliquement. Et d'ailleurs toute sa personne reflétait clairement cette conversion à l'état féminin, maternel : sa voix, sa démarche, son attitude perdaient leur dureté ostensible.

Malgré cette modification du caractère et la réduction de l'angoisse, l'analyse fut poursuivie. La peur de la masturbation, qui se traduisait par une peur de toucher les organes génitaux, n'avait nullement été abordée; la patiente n'avait pas davantage pris conscience de sa crainte d'être blessée dans l'acte sexuel et le désir d'avoir un pénis, qui était à la base de son attitude masculine, n'avait pas été évoqué. Le résultat obtenu devait uniquement être attribué à la remémoration de la scène primordiale et à la liquidation presque complète de la fixation incestueuse, qui avaient libéré une partie des dispositions féminines à l'amour.

Au dixième mois de l'analyse, le traitement fut

interrompu à cause de l'état avancé de sa grossesse, sans avoir abouti à un succès complet. Le mari présentait une légère éjaculation précoce, dont il ne souffrait pas; mais pour cette raison, il ne pouvait fixer sur lui la libido qui s'était dégagée chez sa femme. En outre, la patiente connaissait un nouveau conflit, qu'elle voulait résoudre d'une manière autre que névrotique, grâce à la psychanalyse. Poussée par ses aspirations masculines, elle avait épousé un homme féminin; mais à présent, en accord avec sa nouvelle attitude féminine, elle désirait avoir pour mari un homme fort et énergique. Plusieurs mois plus tard, je vis en ma patiente une mère heureuse mais une épouse de nouveau malheureuse. Les états d'angoisse n'étaient pas revenus, mais elle souffrait d'une légère névrose gastrique, qui reposait vraisemblablement sur un lien non coupé avec la mère. La source de ce symptôme ne pouvait être autre que la stase libidinale, qui n'était certes pas éliminée. De temps en temps, des sensations de chaleur accompagnées d'excitation sexuelle apparaissaient chez la patiente qui essayait vainement de les combattre sans pouvoir les refouler. Elle se proposa de poursuivre l'analyse afin de résoudre son conflit avec son mari.

On peut voir par anticipation qu'elle ne pouvait envisager que deux décisions : ou bien elle acceptait son mari avec résignation — mais elle se trouvait alors exposée aux risques de rechute, car l'excitation sexuelle ne peut être soulagée que par l'orgasme, quelle que fût sa satisfaction à accomplir ses devoirs maternels et malgré une sublimation éventuelle —, ou bien elle se séparait de lui et choisissait un autre mari plus conforme à ses goûts. La solution éventuelle d'une satisfaction onaniste n'apparaissait guère efficace à long terme; il semblait au contraire qu'elle ne fût pas sans danger à cause des fantasmes (nouvelle régression).

Nous avons exposé ce cas en détail, car nous voulions tenir compte de la signification de la stase libidinale somatique pour le pronostic de la névrose. Les possibilités de rechute d'un patient affranchi de tout symptôme dépendent, en tout premier lieu, de la

quantité de libido endiguée, c'est-à-dire des inhibitions internes non encore résolues et des difficultés extérieures qui empêchent d'accéder à une vie sexuelle équilibrée.

D'un point de vue théorique, ce cas peut éclairer certaines connexions entre les mécanismes de la névrose actuelle et ceux de la pure psychonévrose. Il nous faut distinguer les processus suivants :

a) Le conflit actuel avec le mari utilisait la névrose comme moyen pour atteindre des buts névrotiques (se protéger de l'acte sexuel, tourmenter le mari). Mais ce conflit lui-même était le résultat d'une identification manquée imputable à des expériences infantiles.

b) Après le refus de l'enfant par son mari et l'opération sanglante pratiquée sur ses organes génitaux, la patiente régressa à un état libidinal qui était tout particulièrement issu des expériences vécues dans sa chambre (états d'angoisse se répétant tous les soirs). La réactivation psychique du désir sexuel infantile suscitait une excitabilité sexuelle somatique qui se manifestait de la même façon qu'autrefois, à savoir sous la forme d'une excitation vasomotrice. Mise à part l'angoisse, les symptômes isolés n'avaient aucun sens psychologique. Le sens de l'angoisse était le retour de la crainte devant la brutalité de son père, devant l'acte sexuel supposé dangereux et son propre désir d'inceste. Jusqu'à sa maladie, l'excitation sexuelle ne pouvait se produire par suite du refus de la sexualité. La frigidity, qui était une superstructure de l'angoisse de castration et une protection contre l'attirance sexuelle, ne s'effondra que sous le coup violent constitué par la reviviscence des fantasmes infantiles.

c) Cependant, l'angoisse de castration empêchait la sensibilisation de la zone génitale et l'excitation ne pouvait guère apparaître que comme angoisse de stase. Les symptômes vaso-moteurs, les tremblements et les vertiges exprimaient ainsi l'excitation sexuelle non perçue.

L'angoisse de castration et le refus caractériel

de la sexualité étaient ainsi les causes psychiques et indirectes de l'angoisse actuelle.

Donc, la stase somatique de la libido peut s'installer de deux façons :

a) Une légère inhibition psychique perturbe le déroulement uni de la satisfaction, sans empêcher l'excitation. L'excitation simple sans suppression de la tension sexuelle (excitation frustrée) crée d'abord une inquiétude, une irritabilité, une mauvaise humeur générales en plus d'un état de malaise physique, si bien que, devenue une source de désagrément toujours croissant, elle est finalement repoussée; les sensations génitales apparaissent non plus comme une impression agréable, mais désagréable et parfois même douloureuse. C'est à ce moment seulement que l'angoisse et les manifestations vaso-motrices arrivent d'ordinaire au premier plan. La perturbation de l'équilibre libidinal met alors en relief secondairement les conflits psychiques toujours disponibles.

b) Une forte inhibition caractérielle, comme dans le cas précédent, ne laisse jamais l'excitation se produire, si bien que les tensions somatiques sont d'abord assez faibles, et, dès qu'elles apparaissent, utilisent pour se résorber les diverses occasions offertes par la vie quotidienne. Les conflits infantiles sont d'abord activés, sous forme de fantasmes sexuels, par une circonstance actuelle plus ou moins importante, mais qui toujours est associée à ces conflits et devient ainsi pathogène. La stase somatique de la libido, faible à l'origine, acquiert un pouvoir pathogène du fait de cette activation des intenses fantasmes anciens. Puis elle accentue en retour le conflit psychique et devient la véritable source énergétique des symptômes; comme nous l'avons déjà souligné, les symptômes n'apparaissent pas dès le moment de la régression, mais après un certain temps, où prédomine, consciemment ou inconsciemment, la production de fantasmes qui engendre la stase.

Dans les processus névrotiques avancés, les composantes psychiques et somatiques de la stase libidinale ne sont pas facilement discernables dans leur rapport d'action réciproque. La distinction entre la

genèse de la névrose actuelle et celle de la psychonévrose, au commencement du processus, est décisive: dans le premier cas, de l'énergie somatique est endiguée dès le début et à la longue provoque également des stases psychologiques (désir inassouvi) et des régressions; dans le second cas, sur la base de circonstances actuelles, déception à propos de l'objet aimé ou maladie narcissique, d'anciens désirs et des fantasmes infantiles sont ravivés, entraînant secondairement la stase pathogène de l'énergie sexuelle somatique. Cependant, il faut souligner qu'une telle fuite dans l'enfance ou, si l'on veut, dans la maladie, intervient d'autant plus tôt et à propos d'occasions d'autant plus insignifiantes que la fixation libidinale sur des objets réels et la satisfaction sexuelle réelle sont plus faibles.

Ainsi, aucune névrose actuelle ne peut se produire sans inhibitions psychologiques ou troubles de la fonction génitale, ni aucune psychonévrose sans stase de la libido somatique. Et toute névrose actuelle reçoit une superstructure psychonévrotique d'autant plus forte qu'elle dure plus longtemps.

La part psychonévrotique de la névrose correspond à l'étiologie *historique* (complexe d'Œdipe), la part de la névrose actuelle à l'étiologie *actuelle* (stase libidinale).

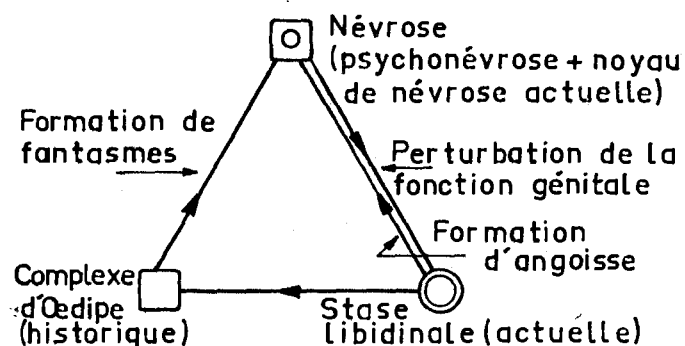


Figure 10

La figure 10 illustre les relations typiques :

1°) Le complexe d'Œdipe fournit le matériel fondamental (les contenus, les fantasmes), la stase libidinale l'énergie pour la production de la névrose.

2°) La stase libidinale transforme le complexe d'Œdipe de fait historique en fait actuel; le complexe d'Œdipe, à son tour, par l'inhibition de la fonction génitale, rend chronique la stase libidinale aiguë.

Ainsi se referme le cercle des deux étiologies dans leur circuit continu : fantasme — trouble de la fonction génitale — stase libidinale — angoisse — fantasme — trouble de la fonction génitale etc..

Par exemple, un jeune marié se plaignait d'états d'angoisse intenses, de palpitations cardiaques, tremblements et sueurs, phénomènes qui étaient devenus aigus depuis un an. Quand je l'interrogeai sur sa vie sexuelle, il me raconta que depuis un an, juste avant le déclenchement de sa névrose d'angoisse, il s'était mis à pratiquer le coït interrompu, à la suite d'une grossesse non souhaitée de sa femme. Au bout d'un certain temps, son angoisse reçut des contenus déterminés; souvent, il était réveillé par des rêves dans lesquels il se voyait poursuivi. Il n'avait eu de semblables cauchemars que dans son enfance.

Une femme de quarante ans souffrait, depuis vingt ans qu'elle était mariée, d'angoisse et de névrose vaso-motrice; quelques symptômes relevant de la neurasthénie aiguë (douleurs lombaires, lourdeurs de tête) venaient compliquer le tableau de la maladie. Quand je lui demandai si elle éprouvait quelque chose dans l'acte sexuel, la patiente s'effondra en larmes : "Depuis vingt ans, je cours les médecins et j'attends cette question. Pourquoi personne ne m'a-t-il jamais interrogé sur ce sujet? J'avais honte d'en parler moi-même. Je sais bien que ce qui me manque c'est la satisfaction". Quelques entretiens (une analyse ne pouvait être menée, faute de temps) mirent en évidence qu'après son mariage son époux l'avait une fois excitée avec le doigt et que cet "acte" l'avait violemment effrayée (l'angoisse de la masturbation!). Plus jamais elle ne le toléra. Depuis,

elle était tourmentée par des excitations sexuelles, qui au cours du temps cédaient presque entièrement la place aux symptômes de sa névrose, ou apparaissaient en alternance avec eux. Une tentative pour éliminer l'inhibition psychique par la suggestion n'eut qu'un succès temporaire. La patiente atteignit pour la première fois l'orgasme par un frottement digital du clitoris. Les symptômes disparurent d'un seul coup. Une deuxième tentative échoua, la patiente fut seulement excitée et les symptômes revinrent dans toute leur force. L'inhibition psychique, probablement un sentiment de culpabilité intense à propos de la masturbation, avait été temporairement levée sur la base d'un puissant transfert, mais elle ne pouvait être éliminée durablement que par une analyse approfondie.

Dans ce dernier cas, on ne peut conclure à un effet direct de la suggestion. En effet, au cours des traitements psychanalytiques, on se persuade toujours davantage que l'orgasme génital a pour effet d'éliminer les symptômes. Cette relation m'apparut pour la première fois en analysant un caractère obsessionnel qui présentait une incapacité au travail, des ruminations obsessionnelles et une timidité sexuelle. Après un travail analytique de huit mois environ, la fixation sur la mère et la fixation plus actuelle sur sa sœur furent dissoutes au point que le patient entreprit son premier coït, qui fut satisfaisant à tous égards. Les troubles corporels disparurent d'un seul coup, il avait "l'esprit libre" et se sentait "comme ressuscité". Au bout de huit jours, les symptômes revinrent progressivement et disparurent après un nouveau coït. Cette même alternance se reproduisit pendant six semaines. Pour éviter que l'analyse ne s'enferme dans ce cercle, le patient dut en fin de compte vivre de nouveau dans l'abstinence, pour accomplir, sous la pression des phénomènes morbides, le travail qui restait à faire et était nécessaire à la dépréciation de toutes les possibilités névrotiques de retour en arrière. Depuis six ans, ce patient est pleinement capable de travail et d'amour.

e) Extrait de l'analyse
d'une hystérie accompagnée de peurs hypochondriaques

Une femme mariée, de trente-deux ans, vint à la consultation du dispensaire psychanalytique parce qu'elle était tourmentée par la peur de voir mourir son fils de huit ans et de mourir elle-même de tuberculose pulmonaire. Trois ans auparavant, elle avait consulté un médecin sur la mauvaise mine de son enfant, mais l'examen n'avait rien montré de pathologique. Simplement, le médecin l'avait mise en garde contre les risques d'un catarrhe aigu. Elle n'y avait plus pensé, jusqu'à ce que le jeune garçon, un an plus tôt, tombât malade d'une angine. La crainte obsessionnelle hypochondriaque s'installa alors, mais sans prendre la forme de l'angoisse. Et cette crainte ne disparut pas mais au contraire s'accentua, lorsque l'enfant fut rétabli, malgré les assurances réitérées du médecin qu'il était guéri. La peur et le souci que la patiente avait pour son fils la rendaient insomniaque et incapable de travailler, provoquaient des crises de larmes et des états d'angoisse aiguë; elle ne pouvait s'empêcher de penser sans arrêt : "Si mon enfant allait mourir!"

Dès les premières semaines du traitement, on put se faire une idée claire des véritables circonstances de la maladie. D'abord, la patiente se souvint qu'à l'époque où son fils était alité, elle avait été tourmentée par la crainte que sa fille de treize ans ne poussât le jeune garçon à la masturbation. Peu de temps auparavant, elle avait remarqué, sans en être autrement préoccupée, que sa fille se masturbait. Quelques temps après, elle eut une vive déception à propos de son mari, avec lequel elle avait vécu jusque-là une union relativement heureuse : il flirtait avec une toute jeune fille et l'embrassait en sa présence. La patiente fut révoltée et prise de jalousie. (Selon ses dires, elle était personnellement si fidèle à son mari qu'elle tremblait de tout son corps sous les simples regards d'un autre homme.) Après cet incident, elle ressentit

un besoin presque irrésistible de se masturber et, au cours de la nuit suivante, elle rêva qu'elle accomplissait avec son père, mort depuis huit ans, un coït à tergo¹. Dans ses rapports sexuels avec son mari, jamais elle n'avait éprouvé, disait-elle, des sensations de plaisir aussi intenses que dans ce rêve. A partir de ce moment, la crainte hypochondriaque s'accentua et revêtit la forme de l'angoisse.

Au temps de sa puberté, la patiente s'était elle-même masturbée avec excès pendant de nombreuses années, jusqu'au jour où elle lut un livre sur les prétendus dangers que l'onanisme pourrait entraîner. Par exemple, elle avait cru qu'on pouvait attraper ainsi la syphilis. Dans les premiers temps où elle connaissait son mari, elle se masturbait très souvent et elle ne cessa de le faire que lorsqu'elle eut un commerce sexuel régulier; elle avait peu de sensibilité vaginale, souffrait souvent de vaginisme et était inhibée à tous égards. Pendant plusieurs années, ses rapports sexuels avec son mari avaient consisté en frictions sur la vulve, ce qui ne lui apportait qu'une satisfaction partielle.

Si nous voulons ordonner les circonstances de la maladie, nous voyons que l'angoisse est apparue comme le dernier et le plus grave des symptômes, après le rêve du coït au cours duquel la patiente a ressenti des sensations génitales voluptueuses sur la base de fantasmes incestueux. Depuis longtemps déjà, son équilibre mental était instable; elle devait lutter contre des désirs onanistes, elle souffrait d'une grande insensibilité vaginale ainsi que d'impuissance orgastique. Après la déception causée par son mari, elle s'était réfugiée dans le fantasme et les désirs onanistes étaient revenus avec force. Déjà, à l'occasion de la maladie de son fils, leur refoulement avait été ébranlé. Le médecin avait parlé de tuberculose, son père était mort de la tuberculose. Cela nous donnait le contenu de la crainte; sa source d'énergie résidait dans l'angoisse de la masturbation; celle-ci fut réveillée par la masturbation de sa fille, sans pourtant se présenter

1. Coït génital où l'homme se place derrière la femme (N.d.T.)

aussitôt comme affect d'angoisse. La défense contre l'onanisme ne prit la forme de l'angoisse que lorsque la patiente eut, dans son rêve, cette violente excitation sexuelle. Mourir, être perdue étaient, selon son ancienne conception, la conséquence nécessaire de la masturbation. Le désir onaniste, aussi bien que la peur du châtement, était projeté sur le fils.

Il y avait à cela des raisons particulières, que le rêve suivant éclaira :

"Cela se passe dans une verte prairie. Tout à coup, je vois mon fils dans ce qu'on appelle un tortillard, tenant le volant comme un chauffeur. Il fait des va-et-vient sur la voie. Comme je l'interpelle et que je me précipite pour l'arrêter, il recule; je reviens vivement en arrière et lui repart en avant. Soudain, j'aperçois ma défunte sœur et je veux la punir à la place de mon fils, mais elle est si petite qu'elle a à peine besoin de se baisser pour se faufiler sous un attelage. J'ai juste le temps de l'attraper par la main et de lui expédier une paire de gifles de la main gauche. Mais j'ai l'impression étrange que ma main se colle à sa joue et j'ai chaque fois beaucoup de mal à la retirer pour frapper à nouveau."

La patiente comprit tout de suite la signification du volant et du "va-et-vient" dans son rêve. Comme elle avait joué au "docteur" avec d'autres enfants pendant des années au cours de son enfance et de sa puberté, elle dut avouer qu'elle avait elle-même le désir de séduire son fils; sa défense contre un tel désir ne devint consciente qu'à travers la peur de voir sa fille entreprendre cette séduction.

Elle aurait pu assurément en rester là. Pourquoi sa peur des conséquences de sa propre masturbation se déplaça-t-elle sur le garçon? Pourquoi, en outre, cette peur n'avait-elle pas surgi lorsqu'elle avait vu sa fille se masturber?

Parmi ses craintes obsessionnelles, l'idée revenait sans cesse que son fils n'atteindrait pas sa dix-huitième année. Elle n'avait pu se faire à l'idée que sa vieille mère ait dormi avec son frère alors âgé de dix-huit ans dans le lit conjugal. Elle-même dormait

avec son fils, jusqu'au moment de l'analyse. La position qu'elle adoptait en l'occurrence était assez claire; l'enfant devait être le plus souvent couché le dos tourné vers elle et elle avait la main posée sur ses parties génitales. Elle le lavait et le baignait encore elle-même, mais elle évitait alors de lui toucher les parties. Le refoulement progressant, cette attitude se transforma en une véritable peur du contact. Et le même processus se produisit à propos de ses relations sexuelles avec l'enfant (voir plus loin).

Dans ses représentations inconscientes, le garçon avait pris, en outre, la signification d'un membre viril ou, plus exactement, elle transférait sur lui toute la libido qu'elle avait dû retirer de son misérable petit pénis à elle, c'est-à-dire son clitoris. Ainsi s'expliquait le désir qu'elle avait eu à la naissance de son fils qu'il restât toujours petit, c'est-à-dire semblable à son phallus. Perdre l'enfant signifiait, au niveau le plus profond, perdre son membre.

Le désir d'avoir un pénis trouvait son expression la plus nette chez la patiente dans le fait qu'au cabinet d'aisance elle préférerait uriner debout. Elle n'avait jamais oublié à quel point elle avait envié les garçons pour leur capacité à diriger leur jet d'urine. Il apparut au cours de l'analyse qu'elle nourrissait inconsciemment l'espoir que le traitement l'aiderait à avoir un pénis; son espoir de guérir n'avait pas d'autre signification. Après que ses symptômes eurent disparu — grâce au transfert —, le traitement continua néanmoins pendant deux mois, car elle ne parvenait pas à se défaire de l'idée qu'elle n'était pas encore guérie. Au cours de l'analyse du transfert positif, la peur de retomber malade devint à un moment donné très forte; alors, il lui revint qu'une fois elle avait dit à son mari qu'il pouvait aller tranquillement au café, qu'elle ne le retiendrait pas, pourvu qu'il lui laissât son membre. Un rêve datant de cette phase du traitement est tout à fait caractéristique à cet égard; pour le comprendre, il suffit de savoir que pour elle la "petite soeur" ou "la soeur décédée" avait le sens d'"organes génitaux châtrés" (analogie à : garçon = pénis).

"Je dois escalader une montagne au sommet de laquelle se trouve un cabinet de verdure. Ma petite soeur (mes organes génitaux) se trouve à côté de moi; près de ce lieu de plaisir, il y a un tas de feuilles, sur lequel deux gros troncs d'arbre sont couchés. Ma soeur se précipite et s'agite autour de cet endroit (masturbation du clitoris/pénis/tronc d'arbre). Soudain tout commence à chavirer (orgasme; cf. son rêve dans le chapitre III, c) et j'aperçois ma soeur en bas de la montagne, les troncs d'arbre la recouvrant à moitié (ici interviennent des fantasmes de viol). Alors je me précipite vers vous et vous demande de porter secours à ma soeur (à mes organes génitaux) et de l'examiner (jeu du docteur/onanisme). Mais, vous répondez toujours non (frustration dans l'analyse) et je pense que vous ne voulez pas, que tout cela est uniquement dû à l'analyse, parce qu'à ce moment là, je ne pouvais pas parler (chez elle, le silence était toujours le signe qu'elle cachait une excitation et des désirs sexuels). Lorsque j'apprends que vous avez examiné ma sœur, je suis remplie de colère contre vous."

Certes, le fantasme du pénis avait son propre pouvoir pathogène, mais il se trouvait renforcé par sa relation à l'onanisme et à l'angoisse de castration. A cela s'ajoutait une identification partielle au père consécutive à l'inévitable déception amoureuse. Par exemple, quand son mari voulait aller au café, elle réclamait son pénis; et lorsque la fin de l'analyse lui fut annoncée, le rêve ci-dessus apparut, ainsi qu'une violente envie d'uriner pendant la séance. Après une interruption de l'analyse, quelque chose lapoussait à analyser les autres. Enfin, comme la tuberculose lui avait enlevé son père, elle craignait de mourir de la même maladie.

Au temps de la puberté, son père l'avait une fois surprise en train de se masturber; bien qu'il ne l'ait pas réprimandée, elle sut qu'il était fâché. A partir de ce moment, sa tendance aux activités masculines et à concurrencer les garçons se renforça. En dépit de cette identification partielle au père, elle restait

pourtant féminine par les traits essentiels de son caractère. Et le déroulement de cette longue analyse révéla peu à peu que son désir d'avoir un pénis et sa crainte hypocondriaque, sous lesquels nous avions démasqué l'angoisse de castration, se renforçaient toujours quand elle essayait un refus ou éprouvait une déception sur le plan hétérosexuel ou encore que des désirs polygamiques s'éveillaient en elle, lui donnant ensuite une crainte des autres hommes. Cela se traduisit dans l'analyse, d'abord sous forme d'une crainte générale à l'égard de l'analyste, puis sous forme d'une peur d'être violée.

Cette phase nous fournit également l'explication de ses relations infantiles avec son père. Entre autres, le fait qu'elle avait mis au monde sa fille en même temps que sa mère accouchait de sa plus jeune sœur avait joué un rôle important. Les deux enfants avaient reçu le même nom, la patiente s'était occupée d'elles et, à présent, elle avait le fantasme d'être la mère des deux enfants, qu'elle aurait eues l'une et l'autre de son père. A cette époque, elle eut le rêve suivant :

"Mon père est couché dans le lit de mon mari, exactement de la même façon que mon mari a l'habitude de faire. Je pleure énormément et lui raconte à quel point ma sœur (mes organes génitaux) s'est mal conduite (sentiment de culpabilité dû à la masturbation et au fantasme d'inceste) et, tout en parlant et sanglotant, je vais à la cuisine, je tire un rideau devant la fenêtre et je mets par-dessus un papier opaque (elle avait coutume de faire ainsi avant d'avoir des rapports sexuels avec son mari)."

Une autre racine tout à fait essentielle de ses craintes à propos de son jeune fils résidait dans un souhait de mort fortement refoulé, qui avait aussi pour origine son amour pour son père. Lorsque son enfant était né, son père était alité, sur le point de mourir et, dans son désespoir, elle se demandait si son père ne pourrait pas rester en vie, au cas où l'enfant mourrait à sa place. Dans un de ses rêves, où elle ramassait des champignons avec son fils dans les bois, son père apparaissait soudain et l'enfant devenait de plus en

plus "fantomatique". Un autre rêve racontait ceci:

"J'ai coupé et mangé les deux pieds de mon fils. Je serais prête à en découper un autre morceau, mais l'enfant est encore vivant et je dis à mon mari : je vais d'abord prendre la tête, tandis qu'il me conseille d'aller à l'hôpital avec le jeune garçon. Alors, je me souviens d'avoir déjà tellement pleuré pour mon enfant, j'ai beaucoup de mal à m'imaginer qu'il puisse arriver à l'âge de vingt ans; et voilà que maintenant j'en ai fait un estropié. J'ai alors le vif désir de tout arranger et je souhaite ardemment pouvoir guérir cette blessure. Mais sûrement pas chez un médecin, qui constaterait ce que j'ai fait à mon fils."

Résumons les significations essentielles de la crainte hypocondriaque; inconsciemment, elle voulait dire ceci :

1. "J'ai été déçu par mon mari et je reviens auprès de mon père qui me satisfera" (rêve d'inceste - désir de masturbation).

2. "J'ai peur que la tuberculose ne m'enlève aussi mon jeune garçon (substitut du père)."

3. "Je souhaite que mon enfant meure, afin que mon père me revienne."

4. "Je veux pousser mon fils à se masturber; mais je crains qu'il en perde la vie" (peur de la mort - angoisse de castration).

5. "Je veux dépecer mon fils et m'approprier son membre."

6. "Mon fils est mon membre; je veux masturber mon fils (= mon membre) mais j'ai peur de le perdre (le membre) à cause de cela (en guise de châtiment).

Tandis que la patiente réprimait ses tendances génitales et que son angoisse de castration devenait le noyau de sa crainte hypocondriaque, l'excitation somatique, qui ne pouvait être éliminée dans la sphère génitale, se créait une soupape de sûreté à travers un symptôme de conversion tenace. En effet, lorsque, dans l'analyse, le transfert fut devenu actuel, de grosses papules d'urticaire apparurent sur son bras et sa joue gauches, qu'elle appela des "cloques". La patiente remarqua que les "cloques" apparaissaient seulement à

gauche; or j'étais assis à gauche derrière elle. Un des jours qui suivirent - elle parlait justement de son appréhension à paraître en costume de bain devant des hommes -, des "cloques" provoquant de fortes démangeaisons apparurent sur ses jambes, au-dessus de ses jarretelles. Lorsque j'analysai le choix du lieu sur lequel se portait la conversion, elle se souvint qu'une fois, vers ses dix ans, un garçon lui avait passé la main sous la jupe. L'idée qu'un homme pût la regarder ou l'aborder à des fins sexuelles, avait eu un certain temps pour conséquence immédiate l'apparition de boutons. Pour rien au monde elle n'aurait pu, me dit-elle spontanément, se mettre nue devant moi. A la plage, elle avait eu honte de ses bras et de ses jambes nues, et surtout de sa poitrine qu'elle trouvait trop petite. L'urticaire pouvait donc se comprendre comme une rubescence excessive de la peau, du moins apparaissait-elle dans toutes les situations où les femmes ont l'habitude de rougir. Tel était le sens psychologique du symptôme.

Lorsqu'elle avait eu des boutons à l'époque de la puberté, elle en attribuait la faute à sa masturbation, excessive à cette époque. Plusieurs années après, alors qu'elle était déjà mariée, il lui venait des "cloques" provoquant des démangeaisons, chaque fois qu'elle souffrait gravement de son inaptitude à la satisfaction. Le fait qu'il s'agissait d'une excitation génitale qui, écartée de la zone génitale, s'extériorisait au niveau de la peau, était prouvé par les circonstances suivantes. Au cours de l'analyse, la patiente refusa longtemps l'explication d'après laquelle elle n'avait pas abandonné définitivement l'onanisme, comme elle le croyait, mais qu'elle en avait seulement refoulé le désir. Quelques mois plus tard (entre-temps, elle s'était familiarisée avec cette idée), elle avoua qu'à l'époque où elle s'opposait le plus fortement à mon explication, des boutons d'urticaire lui étaient venus sur les grandes lèvres, qu'elle avait constamment grattés sans se douter que la suppression de la démangeaison n'était que pure et simple masturbation. De même qu'avant de tomber malade, elle était effrayée de l'excitation génitale, par la suite elle redoutait les

"cloques", qu'elle considérait comme un grand malheur et un signe de sa maladie.

L'urticaire apparaissait également quand la patiente était prise d'une envie d'uriner pendant l'analyse et qu'elle avait honte de me faire part de son besoin d'aller au cabinet d'aisance. L'érotisme urétral était fortement marqué chez elle. Ainsi, il lui venait également des boutons quand elle s'aspergeait d'eau ou entrait dans son bain. Dans son enfance, elle avait traversé une période d'énurésie. Depuis de nombreuses années elle faisait très souvent le même rêve, dans lequel elle était surprise en train de laver du linge. Ce rêve demeura longtemps incompréhensible; puis un jour la patiente se rappela qu'au temps de sa puberté, quand elle lavait du linge, elle se frottait le sexe contre le bord du lavoir, profitant du rythme de ses mouvements. Lorsqu'elle se mit, en fin de compte, à lutter contre l'onanisme, des boutons d'urticaire lui apparurent sur tout le corps quand elle faisait sa lessive. Plus tard, elle se souvint que ses premières "cloques" étaient apparues à l'âge de sept ans dans la région périnéale et sur le dos des cuisses, alors qu'elle aidait son père dans son travail de jardinier. La patiente avait une aversion très forte mêlée d'angoisse pour le coït à tergo. Pourtant, en rêve, c'est précisément dans cette position qu'elle avait des rapports sexuels avec son père. Quand elle était petite fille, elle avait observé avec intérêt l'accouplement des animaux et était parvenue à la conclusion que ses parents faisaient de même. Une fois mariée, elle avait souvent été prise de violents désirs de coït à tergo, auxquels elle réagissait par des états d'angoisse. Ainsi la localisation correspondait à chaque fois à l'organe excité et investi d'un intérêt psychique (lèvres/onanisme; région périnéale/coït à tergo; cuisses/fantasme d'être touchée sous sa jupe etc.).

Le sens du symptôme était surdéterminé. Les "cloques" signifiaient : exhibition et réaction de honte, onanisme et angoisse de castration, et de plus la miction (les boutons apparaissaient quand la patiente s'aspergeait d'eau ou que l'envie d'uriner la prenait

en analyse). L'énergie, au moyen de laquelle ses représentations pouvaient produire le symptôme, était l'excitation génitale somatique (source du symptôme), la même qui en d'autres occasions provoquait l'irritation du système cardiaque et l'angoisse. Avec une régularité frappante, l'angoisse diminuait dès que l'urticaire apparaissait et augmentait de nouveau dès que survenait le "refoulement" de ce symptôme, que la patiente craignait à juste titre. Celle-ci semblait avoir l'intuition que l'urticaire était aussi répréhensible que la masturbation. Or, même au moment où l'angoisse était à son niveau le plus faible, l'angoisse de castration n'était certainement pas inactive, puisqu'elle était au premier chef responsable du déplacement de l'excitation génitale qui passait des organes génitaux à la peau. Il en résulte pour nous une nouvelle question :

Quel rapport existe-t-il entre l'angoisse de castration qui entraîne le refoulement de la génitalité et l'angoisse actuelle qui est une conséquence de ce refoulement ?

f) Peur et état d'angoisse

Notre étude de la névrose d'angoisse a donné le résultat suivant : l'angoisse actuelle ne provient pas directement de la stase libidinale, par conversion, comme on le supposait auparavant, mais elle se développe comme l'un des symptômes d'irritation du système vaso-végétatif. Elle ne se distingue pas qualitativement de l'angoisse qui apparaît dans les troubles vaso-végétatifs d'autre origine comme l'angine de poitrine ou l'intoxication par la nicotine. Néanmoins, la libido de stase est la source véritable de l'angoisse actuelle et l'expression d'"angoisse libidinale" demeure justifiée eu égard à cette origine. Comme l'a montré le récit du cas présentant des symptômes vaso-moteurs (IV, d), c'est ici le refus caractériel de la sexualité dû à l'angoisse de castration qui a provoqué la stase libidinale et,

par là, l'angoisse actuelle. L'angoisse de castration est le modèle de l'angoisse névrotique ; cela ressort également de l'analyse de la patiente atteinte de peur hypocondriaque (IV,e). Nous avons pu voir dans ce cas que les désirs d'onanisme refoulés constituaient un *danger intérieur* permanent, que le moi redoutait. En son temps, Freud a formulé ainsi la distinction entre l'angoisse névrotique et l'angoisse réelle : celle-ci serait une réaction à un danger extérieur, la première à un danger intérieur (pulsionnel). L'analyse des deux cas cités a mis en évidence que la *peur des dangers* liés à la satisfaction des pulsions (menace de castration en punition de l'onanisme, menace issue des idées ou de l'expérience infantiles) est l'*élément moteur du refoulement*. L'angoisse névrotique est donc tout à fait analogue à l'angoisse réelle ; mais nous nous trouvons alors devant une nouvelle source de complication : l'angoisse est tantôt une conséquence, tantôt une cause du refoulement d'exigences sexuelles. Donc, ou bien il y a quelque chose d'inexact dans notre conception de l'angoisse ou bien on donne le nom d'"angoisse" à deux types de faits qui doivent être distingués l'un de l'autre.

Essayons tout d'abord de vérifier notre explication de l'angoisse actuelle. On peut nous objecter que l'angoisse qui accompagne la névrose cardiaque n'est, à son tour, qu'une angoisse réelle. Cette névrose reviendrait à estimer à sa juste valeur l'importance du cœur pour le maintien de la vie et on n'aurait pas besoin d'être atteint d'hypocondrie grave pour avoir peur de mourir ainsi. Cette thèse pourrait être étayée par la sensation d'anéantissement si souvent établie et par le sentiment d'abandon qui caractérisent les états violents d'angoisse cardiaque. L'angoisse dans la névrose cardiaque végétative pourrait donc être la réaction psychique à une menace contre la vie. A une telle conception s'opposent certains faits importants :

1. S'il en était ainsi, l'angoisse devrait être produite également par l'endocardite infectieuse et la suffocation dans les cas de cœur gras ou à l'occasion d'un effort physique intense, aussi bien que par

des maladies organiques plus graves, telles que le cancer ou la tuberculose pulmonaire. Mais nous savons que tel n'est pas le cas et, par conséquent, nous nous en tenons à l'hypothèse selon laquelle l'angoisse cardiaque ne s'installe que dans une forme *qualitativement* déterminée des affections cardiaques, précisément ayant une origine végétative.

2. C'est un fait établi par la physiologie, l'angoisse cardiaque typique peut apparaître avant même que l'arythmie ait atteint le seuil de la conscience. On ne peut donc pas parler ici d'une réaction consciente à un danger menaçant la vie.

3. Mes observations personnelles, que j'ai pu renouveler, touchant l'intoxication par la nicotine ne laissent aucun doute sur ce point : au moment de l'asystolie précédant la tachycardie, s'installe une sensation d'angoisse qui n'est remplie par des idées de "mort" que secondairement, dans un état prolongé d'arythmie et de tachycardie croissantes.

Ceci est donc indubitable : *dans la névrose cardiaque, l'angoisse est un phénomène qui accompagne une irritation spécifique de l'activité cardiaque* et n'entre que secondairement en rapport avec les contenus de l'angoisse réelle.

On a dit que l'angoisse prétendument vécue au cours de la naissance serait la source et l'origine de toute angoisse ultérieure et que tous les accès d'angoisse névrotique reproduiraient le processus de la naissance ; une telle affirmation ne peut se fonder ni sur des faits cliniques ni sur un raisonnement logique. La naissance est-elle autre chose que la *première* occasion où se produit une irritation traumatique du système vaso-végétatif ? Nous induisons simplement l'angoisse à partir des phénomènes vaso-moteurs chez le nouveau-né, mais sans savoir s'il éprouve un état correspondant. Les accès d'angoisse chez les malades n'ont rien d'autre en commun avec la prétendue angoisse de la naissance que les phénomènes somatiques de cet état. Les fantasmes très fréquents relatifs à la naissance et au sein maternel ne sont pas plus spécifiques de l'affect d'angoisse que, par exemple, la peur de la castration, des voleurs,

ou la crainte de la mort. L'angoisse de la naissance ne saurait être qu'un cas particulier de mobilisation de libido narcissique d'organe¹ dans le système vaso-végétatif; elle serait donc, elle aussi, une angoisse actuelle. Mais, quant à voir dans l'angoisse de la naissance une angoisse réelle, comme le fait Rank, voilà une conception à laquelle tout s'oppose.

Quel est en effet le rapport entre l'angoisse actuelle et l'angoisse devant un danger réel (extérieur ou intérieur)? Tandis que l'angoisse actuelle est la conséquence d'une irritation du système végétatif, l'angoisse réelle, de son côté, est la cause d'une telle irritation; on pâlit, "le cœur s'arrête", on souffre de palpitations, de tremblements, la chair de poule vous parcourt le dos, des sueurs d'angoisse apparaissent, on est paralysé par la "peur". Comme Freud l'a souligné assez souvent, c'est une réaction tout à fait inadaptée. Il serait mieux approprié de se défendre du danger par une activité motrice, la fuite ou la lutte. Eclaircissons ce qui différencie, du point de vue énergétique, la réaction adéquate qui s'effectue grâce à l'innervation du système végétatif. L'apparition soudaine de la situation effrayante a manifestement empêché l'énergie, disons, de l'instinct de conservation de passer du système végétatif au système moteur (musculature à innervation volontaire). Si nous distinguons la forme *végétative* et la forme *motrice* de la réaction au danger, rien ne s'oppose à l'hypothèse selon laquelle la réaction végétative correspondrait à une fonction de l'instinct de conservation phylogénétiquement ancienne; que l'on se souvienne de la réaction végétative de la seiche devant le danger et du phénomène de mimétisme en tant que mesure de protection. La fonction nerveuse volontaire est, au contraire, une acquisition phylogénétiquement récente dans le développement de l'organisme animal. L'aptitude à la défense végétative ou, plus exactement, à la protection végétative autoplastique s'est complètement perdue chez l'homme; mais elle a été remplacée d'une manière suffisante par son aptitude

1. Libido investie dans une partie du corps (N.d.T.)

intellectuelle à prévoir et à éviter les dangers. Mais quand un danger survient de façon *imprévue*, l'individu ne peut plus mettre en action que le mécanisme de défense le plus primitif, puisqu'il n'est plus capable de parvenir à une réflexion intellectuelle, si brève soit-elle, sur un type de défense motrice : il régresse du mode de réaction intellectuel ou moteur au mode de réaction végétatif, c'est-à-dire au stade du narcissisme primitif.

Ainsi, selon nous, la réaction végétative dans une situation effrayante constituerait un abandon des formes de défense hautement développées et une régression momentanée à des formes biologiques plus primitives; cette hypothèse, si elle est exacte, peut s'intégrer sans peine à la théorie de la libido. Les recherches de la psychanalyse sur les névroses traumatiques ont montré que ces dernières sont fondées sur le trauma qui a affecté la *libido narcissique*, non pas le narcissisme secondaire, qui est déjà une étape supérieure de la libido, mais le narcissisme primaire (biologique), qui est la source biologique de toutes espèces d'aspirations libidinales et s'enracine principalement dans le système végétatif. Mais, dans toute situation dangereuse, il y a mobilisation de libido narcissique au service de la conservation de soi. La façon dont cette mobilisation s'effectue, c'est-à-dire le système utilisé par l'instinct vital, dépend seulement du type de danger.

Dans le cas d'un danger réel externe, ce qui est investi, c'est :

a) le système intellectuel : mesures de protection préventive, lorsque le danger n'est pas imminent (police, lois, mesures de sécurité personnelles).

b) le système moteur : la fuite ou la défense quand le danger est perçu à temps.

c) le système végétatif : innervation involontaire, quand le danger survient brusquement (régression au narcissisme primaire). *Dans le cas d'un danger réel interne dû à la pression d'exigences instinctuelles réprouvées*, ce qui est investi, c'est :

a) le système intellectuel : mesures d'évitement névrotiques-obsessionnelles (cérémoniaux, interdits,

commandements etc.);

b) le système sensori-moteur : tous les types de déplacement hystérique de l'excitation sexuelle de la zone génitale sur d'autres organes ("conversion").

L'analogie est évidente entre les formes de défense, dans le cas d'un danger externe et d'un danger interne au niveau des systèmes intellectuel et moteur. Quant aux phénomènes vaso-végétatifs provoqués par le blocage de l'excitation sexuelle et à l'angoisse de stase, sont-ils eux aussi analogues à la réaction de peur biologique? Une telle idée est facile à concevoir mais n'est pas satisfaisante, car d'après nos connaissances, on ne saurait exiger de l'individu un tel souci de l'immortalité du plasma germinatif; on ne peut établir l'existence d'un instinct de reproduction individuel.

Examinons plutôt ce qui justifie la question du *sens* psychologique de l'angoisse flottante provoquée par une irritation végétative. Nous voyons dans la peur une réaction à un danger, de même que nous considérons la sensation lumineuse comme une réaction aux rayons de lumière, la sensation auditive comme une réaction aux ondes sonores. Attachons-nous à cette comparaison. On éprouve aussi des sensations lumineuses lorsque le nerf optique est irrité par une excitation électrique ou thermique. Or l'appareil végétatif peut réagir de la même façon lorsque ce n'est pas un danger qui l'affecte, mais une autre excitation, par exemple celle de l'énergie sexuelle emmagasinée et ne trouvant aucune autre issue.

Si dans les situations effrayantes, il y a mobilisation de libido narcissique d'organe dans le système végétatif, rien ne s'oppose à l'idée qu'elle entre en fonction de la même manière à la suite d'excitations autres (internes, dans le cas de l'abstinence sexuelle). L'angoisse de stase serait alors aussi dépourvue de "sens" que la sensation lumineuse due à une excitation électrique du nerf optique. La question d'un "sens" *biologique* n'a rien à voir ici. Nous en arrivons donc à la question de l'origine de l'affect d'angoisse.

Chez notre patiente (chapitre IV, e), une peur

hypocondriaque existait depuis longtemps avant qu'elle ne tombât dans l'hystérie d'angoisse; elle ne prit la forme de l'angoisse que juste après le rêve d'inceste et l'excitation qui en résulta. Le contenu de la peur (consciemment : être sur le point de mourir; inconsciemment : être blessée aux organes génitaux) était le même avant et après; la seule différence consistait en ce que l'excitation sexuelle fut ressentie dans le rêve de façon aiguë puis détournée de la zone génitale. On pourrait dire que c'est l'excitation sexuelle, en devenant plus forte, qui a provoqué l'accroissement du danger de castration et déclenché l'affect d'angoisse; mais cette objection est facile à réfuter, car l'angoisse de castration aurait pu déjà devenir aiguë le jour où notre patiente avait observé sa fille (à laquelle elle s'identifiait) en train de se masturber; or pourtant, cette fois-là, aucun affect d'angoisse ne s'était développé.

Que l'excitation sexuelle ait été déterminante ici, l'observation clinique comparée des rapports entre affect d'angoisse et stase libidinale le confirme également. Ainsi, par exemple, une certaine forme d'homosexualité active s'établit sur la base de l'"angoisse" de castration; mais on ne peut voir ici aucune trace d'affect d'angoisse. D'où vient que chez de tels patients, l'érection disparaisse au cours du coït par peur que quelque chose arrive à leur membre, comme l'analyse des rêves le montre indubitablement, sans qu'ils ressentent de l'angoisse? Dans un tel cas, le danger est psychologiquement réel et pourtant l'affect est absent. Si ce type de patients abandonne les rapports sexuels sans se réfugier dans l'onanisme et que l'abstinence dure assez longtemps, l'angoisse de castration fait son apparition en tant qu'affect. Chez les malades souffrant d'éjaculation précoce, l'angoisse de castration est particulièrement marquée, mais là également, l'affect d'angoisse fait défaut tant que la décharge motrice de l'excitation s'effectue, même si elle est inadéquate. Nous constatons donc que les affects d'angoisse disparaissent dès que les patients commencent à percevoir des sensations génitales au

cours de l'analyse; nous constatons aussi que cela est possible bien avant que l'angoisse de castration puisse s'exprimer d'une manière ou d'une autre, à plus forte raison avant qu'elle soit éliminée. Ces deux faits nous obligent à conclure que *la peur de la castration ne prend la coloration affective de l'angoisse que par l'intermédiaire de la stase somatique de la libido.*

En faisant entrer dans le débat l'*affect d'angoisse*, nous éliminons une difficulté que le terme usuel de "peur" a introduite. Manifestement nous n'avons pas en vue la même donnée *affective* quand nous disons : "J'ai peur d'entreprendre une course dangereuse en montagne" ou quand nous parlons de la peur ressentie au moment d'une chute dans une crevasse. *La peur d'un danger (réel ou imaginaire) qui doit survenir est différente de celle qui est éprouvée au moment où le danger devient actuel.* Entre les deux il existe des transitions; on peut imaginer un danger qui s'approche et ressentir un affect de peur plus faible en quantité mais égal en qualité. On peut imaginer la même situation dangereuse sans le moindre affect de peur, mais nous constatons dans ce cas que le danger a été saisi seulement par la pensée, non par l'intuition. L'observation attentive de soi-même conduit encore à ce résultat : la simple *peur* se transforme d'autant plus en *angoisse*, en d'autres termes la pensée d'un danger a une résonance affective d'autant plus grande qu'elle est moins conceptuelle et que la représentation intuitive y tient plus de place. Mais même la représentation la plus intuitive n'est pas capable de susciter l'angoisse propre aux situations réellement effrayantes.

L'intuition d'un danger déclenche, elle aussi, des phénomènes vaso-végétatifs : on peut provoquer des palpitations et des frissons de peur, voire des vertiges et des tremblements et on acquiert la conviction que l'irritation du système vaso-végétatif augmente en même temps que l'angoisse. Inversement, on peut dire que *l'affect qui transforme la peur en angoisse authentique* est une conséquence de l'irritation somatique; prenons donc l'habitude de penser que les affects en général sont dépendants de processus somatobiologiques.

Ceux qui sont accessibles aux préjugés psychologues ne voudront pas accorder une telle dépendance et considéreront seulement l'affect comme la cause des phénomènes somatiques. Tel est bien le cas, à vrai dire, mais cela n'exclut pas que l'affect lui-même soit d'origine somatique. Nous avons toujours en tête l'hypothèse fondamentale de Freud : l'affect est une manifestation des pulsions et le noyau spécifique de l'inconscient est constitué par des pulsions. On ne saurait trouver d'objection valable à cette idée.

Nous serons en mesure de mieux comprendre l'affect d'angoisse, si nous nous arrêtons à des phénomènes plus faciles à saisir, tels que l'*émotion sexuelle* et la *colère*, que nous devons concevoir comme des *manifestations* soit de l'instinct sexuel, soit de l'instinct de destruction.

La simple représentation d'un comportement sexuel fait apparaître, chez l'individu insatisfait, des phénomènes vaso-moteurs plus ou moins intenses, des sensations de plaisir génital et des désirs sexuels. Par contre, chez l'individu satisfait, par exemple, après des rapports sexuels réussis, la même représentation peut ne provoquer ni sensations de plaisir ni phénomènes vaso-moteurs. Quant aux désirs sexuels affectifs, ils sont tout à fait absents. Il faut un temps de repos plus ou moins long pour qu'un désir affectif vienne s'ajouter aux représentations sexuelles. L'*émotion sexuelle* est absente même si l'on se représente la scène très intuitivement, l'image est terne et sans tonalité affective, et même la faculté d'imaginer reste faible. Or rien n'a été modifié dans le psychisme proprement dit, les représentations sont demeurées intactes; simplement, *la source somatique des affects est épuisée*; ou plus exactement, l'orgasme a fait tomber à un niveau de potentiel très bas la tension somatique et, par suite, la tension psychique. Vraisemblablement, la répartition de l'énergie est autre que dans l'état d'excitabilité génitale. Seule une nouvelle concentration de l'énergie sexuelle somatique sur la zone génitale rend aux images sexuelles une valeur affective. Celle-ci, une fois présente, peut accroître l'impression

somatique au moyen de représentations. La sensation corporelle, qu'il faut distinguer de la perception de cette sensation, ne peut se produire sans un processus physiologique. Même une hallucination n'est qu'une impression corporelle mal interprétée; cela a été montré par les travaux de Freud, Ferenczi et Schilder sur l'hypocondrie. Ainsi, la sensation sexuelle (impression organique) est l'expérience primitive, l'émotion sexuelle est l'expérience secondaire qui en dépend.

Il en va de même pour l'affect de colère, qui est d'autant plus violent que l'activité motrice est plus réprimée. La "rage impuissante" en est le degré le plus intense. Si on donne libre cours à sa fureur, l'affect disparaît bientôt. Si on la contient, l'excitation persiste jusqu'à ce qu'elle soit résorbée dans des conduites substitutives ou des actes imaginaires. Mais à la longue, des affects de colère finissent par s'accumuler et par trouver une décharge motrice brutale, explosive, parfois même dans des circonstances inadéquates. Nous reviendrons (chap. VIII) sur l'importance de la stase somatique de la libido dans la formation de la colère et de l'agressivité en général. Ce qui compte pour l'insatnt, c'est que l'affect de colère est, lui aussi, accompagné de phénomènes vaso-moteurs tels que palpitations, vaso-dilatation, troubles respiratoires etc., tant qu'il ne s'est pas déchargé dans la motricité.

Dans l'excitation sexuelle comme dans la fureur, les affects sont provoqués par l'inhibition motrice et la stase de l'excitation dans le système vaso-végétatif; en revanche, l'activité motrice les supprime en délestant le système nerveux autonome. Nous en venons donc à cette conclusion : *l'affect est la manifestation psychique d'une excitation du système vaso-végétatif et la simple représentation psychique sans excitation somatique ne peut produire le moindre affect.*

En outre, on ne voit pas très bien comment une représentation serait capable de déclencher une excitation somatique sans faire appel à l'inconscient. Toute représentation qui se rapporte à des fonctions vitales met des énergies instinctuelles libidinales

ou destructives au service de la décharge motrice. Ces instincts ne peuvent manifestement pas émerger à la conscience sous forme d'affects, s'il n'y a pas quelque participation du corps. C'est le système vaso-végétatif qui joue ici le rôle d'intermédiaire. Cela est valable au même titre pour les trois affects principaux : l'excitation sexuelle, la colère et l'angoisse.

Quelle place l'angoisse prend-elle alors, en tant qu'affect dans cette série? Et quel bénéfice avons-nous retiré de ces explications sur les affects d'amour et de haine, pour éclairer le problème de l'angoisse?

Quand l'activité sexuelle est représentée intuitivement, le corps se comporte comme si cette activité était réelle, c'est-à-dire que l'excitation vaso-végétative, apparaissant comme affect sexuel, vient s'ajouter à la décharge motrice. Il en est de même pour la colère (la haine portée à son paroxysme).

Notre patiente qui souffrait d'angoisse d'attente chaque soir (IV, d), se comportait comme si la situation attendue était déjà présente, c'est-à-dire comme si, dans l'instant même, son père faisait subir quelque mauvais traitement à sa mère, avec laquelle elle s'identifiait. Mais cette crainte était devenue actuelle parce que l'excitation sexuelle ressentie alors réapparaissait sans pouvoir être perçue comme telle; exactement comme dans le cas de peur hypocondriaque. Dans toute la situation, l'excitation sexuelle était la seule et unique chose qui fût effectivement réelle. L'idée que l'angoisse de castration pourrait, à elle seule, produire un affect d'angoisse, n'est pas satisfaisante. La crainte d'être blessée par l'acte sexuel aurait déjà dû apparaître chaque fois qu'elle avait des rapports avec son mari; si tel ne fut pas le cas, on peut seulement attribuer ce fait à l'absence d'excitation corporelle. Autre preuve : il n'y a pas d'affect d'angoisse dans le cas des blessures que les masochistes se portent à eux-mêmes, donc dans une situation où l'intégrité du corps ou de la vie est évidemment menacée. Il n'y avait aucune trace d'angoisse chez notre patiente nymphomane quand elle se faisait de graves blessures avec son couteau; par contre, elle

pensait devenir folle d'angoisse quand elle ne parvenait pas à la satisfaction. Ainsi parvenons-nous à cette conclusion : *l'affect psychologique d'origine végétative n'est pas en soi spécifique et il n'apparaît comme affect d'angoisse que si la motricité libidinale ou destructive est bloquée.*

À la lumière de ces faits, l'angoisse psychologique se présente finalement comme une formation complexe, dont l'attente d'un danger (angoisse d'attente, crainte) et une sensation corporelle (affect d'angoisse) constituent deux éléments fondamentaux. *La peur d'un danger présuppose un investissement narcissique du moi, l'affect d'angoisse un blocage de la motricité libidinale et destructive.* On n'aurait jamais peur de rien, si l'on était sûr de pouvoir déchaîner ses pulsions destructives contre l'objet dangereux; on n'éprouverait aucun affect d'angoisse, si l'énergie de l'instinct vital ne mettait en action, comme aux stades primitifs, l'appareil vital originaire, à savoir le système vaso-végétatif. Ces rapports avec les instincts fondamentaux nous interdisent de concevoir l'angoisse, ainsi que le plaisir sexuel, comme des phénomènes purement biologiques.

CHAPITRE V

LA LIBIDO GENITALE DANS LES PSYCHONEVROSES

Dans la névrose d'angoisse comme dans l'hystérie d'angoisse, l'excitation génitale n'a pas eu d'autre issue que de se transformer en défense et barrage contre la motricité génitale. L'énergie génitale elle-même est demeurée, en tant que telle, inchangée. Ni l'angoisse actuelle, ni la crainte de la castration, quelques formes qu'elles puissent alors prendre, peur des catastrophes, angoisse hypocondriaque ou objectale, ne sont des symptômes névrotiques au sens *dynamique*. Freud définit avant tout le symptôme névrotique comme une *formation nouvelle* qui joue dans le conflit opposant l'instinct refoulé et l'instance morale refoulante un rôle de compromis; et donc comme la *résolution pathologique* du conflit. Ceci ne vaut ni pour l'angoisse actuelle, qui se borne à apparaître à la place de l'affect sexuel, ni pour l'angoisse de castration du moi. Tant que l'angoisse prédomine dans le tableau d'une névrose, nulle solution d'aucune sorte ne peut être apportée au conflit. Il faut attendre l'apparition de symptômes relatifs à une hystérie de conversion ou à une névrose obsessionnelle qui, une fois circonscrits, liquident l'angoisse ou, du moins, la réduisent. C'est cet état de choses que Freud appelait une "liaison"¹

1. *Bindung* ("liaison") a ici le sens fort du verbe "lier". L'angoisse est plus que liée; elle est jugulée ou fixée, c'est-à-dire que son expression directe est supprimée (N.d.T.)

de l'angoisse névrotique". On peut s'en convaincre dans presque tous les cas où les symptômes sont dissous par l'analyse; en effet, si l'énergie pulsionnelle qui s'en dégage ne débouche pas immédiatement sur la satisfaction ou la sublimation, c'est d'abord l'angoisse qui apparaît. C'est ainsi qu'à réprimer leurs conduites obsessionnelles, les névrosés obsessionnels récoltent de l'angoisse. Que disparaissent, par suite d'un transfert, les vomissements hystériques par exemple, et on voit surgir à leur place des états et des rêves d'angoisse dont le contenu se compose le plus souvent d'idées de viol. De même, l'angoisse apparaît lorsque des caractères impulsifs répriment leurs impulsions sadiques ou quand des homosexuels cessent de se masturber. L'angoisse qui se libère peut tout aussi bien prendre un caractère de défense contre l'instinct que se présenter comme un affect d'angoisse ayant trait à une névrose actuelle.

Donc, l'angoisse prend la place de l'excitation sexuelle et peut elle-même être remplacée par d'autres symptômes; dans tous les cas intervient une majoration de la fonction psychique, à laquelle correspond une diminution sur un autre point. Aussi doit-on distinguer parmi les symptômes d'une névrose, pris au sens descriptif :

a) Les *fonctions plus* : c'est-à-dire les symptômes névrotiques, pris dans le sens dynamique que leur donne Freud, et l'angoisse; elles perturbent l'équilibre psychique en absorbant l'énergie du psychisme, elles torturent la subjectivité et sont, tant socialement que biologiquement, inutiles.

b) Les *inhibitions de fonction* ou *fonctions moins* : il s'agit des symptômes qui, dans une névrose, ne produisent pas de formations de compromis, mais représentent uniquement des altérations de fonctions normales et que la dépense d'énergie amène par un détournement aux fonctions plus. C'est qu'ici que se démontre la valeur heuristique de l'hypothèse freudienne d'une "conservation de l'énergie psychique". Celui qui rumine ses obsessions se plaint en même temps d'être incapable de penser dans son travail; l'énergie dépen-

sée dans une agoraphobie viendra à coup sûr à manquer au moment décisif dans les relations sociales ou dans la fonction amoureuse; celui qui se sent diminué et qui, de par son sentiment d'infériorité, n'obtient guère de résultats concrets, gaspille en rêves éveillés sur les thèmes de l'orgueil et de la sexualité, une énergie qui, si elle était libre, pourrait à elle seule lui ôter son sentiment d'infériorité. Les perturbations de la fonction génitale représentent toutes des inhibitions de fonction; ce ne sont pas (à l'exception du vaginisme) des symptômes dans le sens dynamique, c'est-à-dire qu'elles ne correspondent pas à la satisfaction déguisée d'une impulsion instinctuelle de la libido.

Nous nous proposons de montrer dans ce chapitre quelle autre issue reste ouverte à la libido de stase, quand elle n'apparaît pas comme affect d'angoisse. Nous nous limiterons à un bref exposé de l'impuissance hystérique et obsessionnelle, avant de parler en détail de l'asthénie génitale qui accompagne la neurasthénie chronique.

1) Symptôme de conversion et impuissance hystérique

Selon Freud, on entend par "conversion" le processus qui conduit à "détourner des sommes d'affect psychique vers l'innervation anormale d'organes". Dans le "langage de l'organisme" que parle l'hystérie, des représentations psychiques du désir continuent à s'exprimer. Mais les résultats de nos recherches nous obligent à conclure que rien ne permet d'accepter l'hypothèse d'un "saut du psychique dans le somatique". En effet, si la libido somatique se trouve concentrée, momentanément ou durablement, sur l'une ou l'autre zone érogène par l'intérêt psychique de la sexualité, et que l'hystérie dispose à son gré de la libido qui a été endiguée, ne faut-il pas alors admettre que les symptômes de conversion qui se dégagent vont détourner de la genitalité sur l'organe concerné l'intérêt psychique? Il en résulterait alors, comme dans le cas de l'hypocondrie,

que de la libido somatique s'accumulerait sur le lieu de la conversion. L'individu sain, parce que son intérêt libidinal est orienté vers la génitalité et que sa libido n'est pas barrée, ne risque pas de produire de symptômes de conversion.

En réalité, il n'y a pas d'hystérie de conversion sans immixtion plus ou moins forte d'hystérie d'angoisse. Car précisément les hystériques, qui présentent une si forte tendance génitale, ne parviennent pas à liquider par le biais des symptômes la totalité de leur libido génitale. Ce qu'il en reste en liberté apparaît en tant qu'angoisse dans le sens de l'angoisse de défense et de stase. Dans le symptôme de conversion, par contre, c'est le trait de satisfaction qui prédomine sur la défense, comme par exemple dans l'urticaire auquel était sujette la patiente dont nous avons parlé un peu plus haut (Chapitre IV, e), ou dans l'"arc de cercle". Dans la plupart des symptômes de conversion, on n'a affaire, il est vrai, qu'à un *succédané* de satisfaction, qu'à une décharge motrice inadéquate; et il n'est pas permis de parler d'une satisfaction au sens de sensations sexuelles puisque, précisément, ce qui caractérise l'impression de plaisir, c'est l'aptitude du moi conscient à la percevoir. Néanmoins, l'énergie génitale qui conditionne ordinairement l'excitation des organes génitaux, est employée ici à innervier de façon morbide un autre organe. Le choix de cet organe est déterminé par la représentation du désir correspondant; pas plus que la sensation génitale, cette représentation ne peut d'ailleurs accéder à la conscience. Somme toute, dans le "langage de l'organisme" propre à l'hystérie, ce qui s'exprime d'abord, ce sont des représentations de désir *génital*.

Le processus de conversion peut affecter n'importe quel organe, mais il s'empare de préférence de ceux qui se prêtent le mieux à l'énoncé des désirs génitaux, soit par leur érogénéité particulière, soit par leur valeur de symbole génital (parties ouvertes ou saillantes du corps), soit encore par le rapport d'association qu'ils présentent avec la fonction génitale (par exemple, ventre - grossesse).

Une des tendances caractéristiques de la névrose c'est d'exclure l'appareil génital de la représentation consciente; c'est ainsi qu'il y a très peu de processus de conversion qui ont lieu dans la zone génitale elle-même. On y voit plutôt apparaître toutes ces formes d'impuissance hystérique qui ne sont que des inhibitions de fonction et non pas des symptômes au sens dynamique. Le symptôme de conversion le plus important à affecter les organes génitaux eux-mêmes est le *vaginisme*, puis la *dysménorrhée psychogène*. L'*aménorrhée*¹ psychogène et la *stérilité*² ne sont des inhibitions de fonction que comme expressions directes de l'angoisse de castration ou du désir de virilité. Quoiqu'à l'occasion, l'*aménorrhée* puisse aussi correspondre à un fantasme de grossesse. Au cours de l'analyse de nombre de femmes hystériques qui refoulaient fortement leurs désirs onanistes, apparurent, avant qu'elles en prissent conscience, des démangeaisons eczémateuses dans la zone génitale. Il est ici difficile de décider s'il s'agit d'un processus de conversion ou si l'eczéma n'est dû qu'à la masturbation qui aurait eu lieu pendant le sommeil. De nombreux détails dans son apparition et sa disparition donnent à penser que c'est la première possibilité qu'il faut retenir. La démangeaison offre un prétexte pour se gratter les organes génitaux sans que la malade ait besoin de prendre conscience du véritable sens de son geste.

C'est ainsi qu'une patiente attrapait de l'eczéma aux organes génitaux sans se masturber, même dans la journée, dès qu'elle s'opposait à la réalisation de ses désirs onanistes conscients. On aurait dit que c'était une façon pour la pulsion de forcer sa satisfaction.

Citons un exemple d'aménorrhée psychogène dont un fantasme de grossesse formait le contenu : une patiente de dix-neuf ans vit ses règles disparaître pendant neuf mois après la mort de sa mère. Elle était

1. Vaginisme : contraction spasmodique douloureuse du muscle constrictor du vagin. Dysménorrhée : règles douloureuses. Aménorrhée : absence de règles (N.d.T.)

2. Cf. Eisler, "Hysterische Erscheinungen am Uterus" (Les manifestations hystériques dans l'utérus) et Feldmann, "Gravitätsneurosen" (Les névroses de grossesse), *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. IX, 1923.

aussitôt partie en voyage avec son père et en oubliant d'emmener ses serviettes périodiques ; son intention inconsciente était clairement révélée : elle n'eut pas de règles, c'est-à-dire qu'elle voulait avoir un enfant.

Contrairement à la région génitale, les zones orale et anale, ainsi que la peau, sont les terres d'élection du processus de conversion. À la zone orale se rattachent aussi des organes qui l'évoquent non pas anatomiquement, mais par association : la cavité buccale, le larynx, le pharynx, l'estomac, les bronches, le nez et, d'autre part, la peau du visage, le crâne et les seins. Les symptômes de conversion qui y correspondent sont : les vomissements hystériques (atténués en dégoût de manger en général, ou de certains mets particuliers), l'exophtalmie hystérique, ce qu'on appelle le spasme fonctionnel du pylore, l'asthme bronchial nerveux, le mutisme pathologique et l'asthénie hystérique, la rubescence de l'érythrophobie, diverses formes de céphalée (maux de tête).

En ce qui concerne la zone anale, les symptômes classiques de la peur de la génitalité sont la constipation hystérique (très souvent à la suite d'un fantasme de grossesse) et, plus rarement, la diarrhée. J'ai déjà parlé ailleurs¹ en détail de ce qui distingue ces contenus psychiques de ceux des symptômes intestinaux de la neurasthénie chronique.

Parmi les symptômes de conversion se rapportant à la peau et organes annexes, il faut citer principalement l'urticaire psychogène et la rubescence malative. Rappelons, pour mémoire, les mécanismes psychiques qui provoquaient de l'urticaire chez la patiente atteinte de craintes hypocondriaques (Chap. IV, e), et ajoutons encore un autre exemple :

Un homme de vingt-six ans suivait un traitement analytique parce qu'il était extrêmement sujet à rougir et à souffrir d'angoisses. Comme dans tout cas d'érythrophobie, ce qui agissait ici au niveau du visage c'était encore principalement le déplacement de la géni-

1. "Die chronische hypochondrische Neurasthenie", *op. cit.*

talité et l'angoisse de castration. Un jour — la veille, l'analyse avait effleuré le thème de la peur concernant son membre — le patient ne vint pas. Voici ce qu'il me raconta le lendemain : alors qu'il se préparait à quitter son appartement pour se rendre à l'analyse, il eut soudain une énorme éruption d'urticaire (une "cloque") sur la lèvre supérieure ; aussitôt après apparurent des boutons d'urticaire, bien délimités et bordés de rouge, également sur le dos de ses mains tandis que son pénis se mettait à enfler : il devenait "énormément gros, spongieux et tout mou". Il avait pris peur de la séance durant laquelle il se doutait qu'on parlerait de son onanisme et de la crainte touchant son membre, et n'avait pu se décider à y aller. L'inconscient vint à son aide, non sans s'être par là-même trahi. La spongiosité de son pénis exprimait sa crainte de voir ruinée sa puissance (il était aussi en proie à l'angoisse de l'impuissance), son accroissement démesuré révélait ses tendances exhibitionnistes.

Il peut y avoir d'autres phénomènes cutanés, en particulier les symptômes qui surgissent dans la névrose d'angoisse, comme transpirer, blémir ou rougir etc., qui relèvent de l'hystérie de conversion ; mais ce n'est pas obligatoire, c'est-à-dire qu'ils ne renferment pas toujours des représentations inconscientes.

Dans le domaine de la musculature, on connaît des symptômes de conversion : le tic psychogène, qui est un équivalent de l'onanisme (Stekel, Ferenczi, Reich, Deutsch, Kovács), l'astasia et l'abasia¹, sur lesquelles on sait encore fort peu de choses, et l'"arc de cercle" qui est une représentation du coït lui-même.

L'analyse de ces symptômes de conversion qui ont pour siège la zone orale ou anale, montre que la bouche, la gorge, les voies respiratoires, l'intestin, la colonne fécale etc., ont repris à leur compte la signification attachée aux organes génitaux ou, le cas échéant, certaines de leurs fonctions spécifiques (Freud, Ferenczi, Abraham). Toutefois, le choix des organes a été conditionné par leur propre érogénité,

1. Respectivement, perte de la faculté de se tenir debout et de marcher (N.d.T.)

qui a attiré à soi l'excitation que les organes génitaux ont repoussée, en sorte qu'il s'est produit, pour finir, un amalgame. En pareils cas, on peut parler d'un *amalgame de pulsions orales-génitales ou anales-génitales*. La thérapie analytique des troubles de la puissance doit principalement s'employer à démêler les impulsions génitales, voire les aider à se cristalliser. En même temps que cet amalgame de pulsions, s'est opérée une régression *partielle* aux stades prégénitaux de la libido, sans que jamais toutefois l'attitude génitale, le désir génital n'aient été abandonnés.

Les inhibitions de la fonction génitale dans l'hystérie d'angoisse et de conversion se forment, nous l'avons vu, à partir du rejet de l'intérêt libidinal lié à la zone génitale. Et ces différentes inhibitions hystériques de la génitalité gardent, de par les relations dynamiques qu'elles entretiennent avec les symptômes de l'hystérie, une forme bien déterminée : elles se placent sous le signe d'une *angoisse de castration* clairement reconnaissable et- contrairement à la névrose obsessionnelle - *directement agissante*. Comme formes d'impuissance typiquement hystériques, il faut mentionner :

1. *L'abstinence névrotique* chez les deux sexes, qui découle d'angoisse ou d'*appréhension sexuelle* conscientes ou d'une inconscience aisément décelable.

Il faut considérer l'abstinence névrotique comme une forme particulière d'impuissance : l'expérience nous apprend en effet que la perturbation de la génitalité se déclare plus ou moins tôt lorsque des hystériques qui ont longtemps vécu en état d'abstinence sexuelle, se décident au coït. Il advient très souvent que le malade ne perçoive pas sa névrose ou que celle-ci ne se déploie pas complètement avant d'avoir renoncé

1. Pour des raisons de clarté, nous désignons par impuissance la perturbation tant féminine que masculine de la sexualité.

à l'abstinence. Les premières tentatives amoureuses des femmes se soldent très fréquemment par un échec; quant aux hommes, ils sont bien souvent cruellement déçus par leur première expérience sexuelle. Les jeunes filles voient habituellement toutes leurs approches vers un objet sexuel se heurter aux obstacles culturels qui viennent s'ajouter aux inhibitions internes héritées de l'enfance. Aussi leurs maladies se déclarent-elles au moment de la puberté ou peu après; ou bien, elles commencent par supporter les frustrations et tombent malades sitôt mariées, de frustration interne, dès qu'elles renoncent à l'abstinence.

Les hommes, la plupart du temps, indiquent spontanément *la peur de l'impuissance comme motif de leur abstinence*. Les jeunes filles qui sortent d'un certain milieu où pèsent de puissants refoulements sexuels (par exemple les familles de petits-bourgeois et de fonctionnaires conservateurs), ne sont que rarement conscientes de leur appréhension sexuelle et presque jamais de son rapport avec leur névrose. A l'occasion, on apprend, en les interrogeant sur leur vie sexuelle, que leurs amours malheureuses les font souffrir ou que leur ami est si "bestial" et exige des "choses tellement inconvenantes", mais que cela, "autrement", n'a rien à voir avec le mal dont elles souffrent. Nous montrerons plus loin qu'une profonde parenté existe entre la peur de l'impuissance chez l'homme et l'appréhension de la sexualité chez la femme.

Il n'est pas toujours aussi facile de faire le lien entre l'abstinence et la névrose. Les plus plausibles comme les plus invraisemblables rationalisations sont invoquées à l'appui de l'abstinence. C'est ainsi qu'on entend des hommes dire qu'ils n'ont pas l'occasion ou les moyens de pratiquer le coït, ou prétexter être si pris par leur métier et leurs soucis qu'ils ne parviendraient absolument pas à penser à "ces choses-là"; parfois même, ils se réfugient derrière des motifs d'ordre moral ou religieux. La crainte des infections vénériennes est l'une des rationalisations les plus courantes de l'abstinence. Certains patients vont jusqu'à dire qu'ils ne peuvent se permettre, avec leurs moyens

matériels, d'avoir des enfants; il s'agit bien là, cela va sans dire, d'une rationalisation, puisque les gens qui ne sont pas informés des moyens anticonceptionnels pratiquent en général le coït interrompu.

L'abstinence prolongée des jeunes veuves est, la plupart du temps, de l'ordre de la névrose. Elles n'arrivent pas à trouver un nouvel objet sexuel, soit qu'elles entretiennent un lourd sentiment de culpabilité à l'endroit du défunt, soit qu'elles lui restent excessivement fixées. C'est un signe de santé psychique que de quitter plus ou moins vite le deuil : en effet, selon Freud et Abraham, son rôle est d'aider à surmonter la perte qu'on a subie.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de l'abstinence concernant le commerce sexuel. *L'abstinence totale*, celle qui exclut toute sorte de satisfaction sexuelle directe, ne se rencontre que rarement. L'expérience nous a appris à être très méfiants à l'égard des renseignements obtenus par anamnèse auprès des patients qui rapportent avoir vécu dans une totale abstinence; le plus souvent, soit ils passent sous silence leurs satisfactions auto-érotiques, soit ils n'en ont même pas conscience pour peu que celles-ci aient pris une forme plus ou moins détournée. C'est à quoi ressortissent toutes les formes d'onanisme génital et extra-génital "larvé" ainsi que les "équivalents de l'onanisme" (Ferenczi).

L'impuissance hystérique peut aussi prendre les formes suivantes :

2. Chez les hommes :

a) Impuissance érective éventuelle ou partielle :

Avant l'acte, l'érection disparaît ou ne se produit pas. L'aptitude à l'érection spontanée n'est pas habituellement perturbée dans la masturbation ou à l'occasion des fantasmes.

b) Forme bénigne d'éjaculation précoce (éjaculation précoce du stade génital) :

L'érection étant bonne ou incomplète, l'éjaculation intervient, par peur, immédiatement avant ou très tôt après la pénétration.

3. Chez les femmes :

a) Insensibilité vaginale totale ou partielle.

b) Tout cas d'impuissance orgastique totale.

Les femmes hystériques, contrairement aux névrosées obsessionnelles, ne sont jamais frigides, c'est-à-dire complètement inexcitables; au contraire, du fait que le corps tout entier, à l'exception de la sphère génitale elle-même, est placé sous le signe de la genitalité, elles sont d'une hypersensibilité sexuelle. Les stigmates hystériques (douleurs ovariennes, sensibilité des seins etc...) ne révèlent à l'analyse aucun sens psychique mais sont l'expression immédiate de la sensibilité génitale qui a été déplacée (Ferenczi). Dans nombre de cas d'hystérie féminine, le clitoris est d'une excitabilité extrême, si bien que le plus léger attouchement provoque des sensations analogues à l'orgasme; c'est ce qui trompe bien souvent le médecin et la patiente et les porte à ignorer l'impuissance orgastique; mais il va de soi que cette excitation, qui intervient sur le mode du court-circuit, ne possède pas davantage la valeur économique d'un orgasme normal que l'excitation de l'éjaculation précoce. Dans le commerce sexuel, ces femmes sont d'habitude anxieuses et vaginalement insensibles.

2) L'impuissance dans la névrose obsessionnelle

Ce serait sortir du cadre de cette étude que de tenter de montrer quelle influence peuvent avoir sur la formation du caractère obsessionnel la stase somatique de la libido et l'angoisse de stase. Il suffit de renvoyer ici aux recherches effectuées par Freud sur les particularités caractérielles des obsessionnels. Ces dernières se révèlent être, de bout en bout ou presque, des mesures de défense; mesures de défense qui ne sont pas seulement dirigées, comme dans l'hystérie, contre la satisfaction, mais également contre l'angoisse elle-même, qui tire sa force de l'énergie

sexuelle endiguée. C'est par les symptômes obsessionnels que l'angoisse névrotique est "liée" (Freud), et l'angoisse de stase surgit aussitôt qu'on réprime consciemment l'essentiel du dispositif obsessionnel. Les symptômes obsessionnels sont donc des fonctions plus, tout comme les symptômes hystériques, à cela près qu'ils se déroulent dans l'univers intellectuel (sur le plan des pensées). De même que les symptômes hystériques, ils tirent leur énergie de la libido qui a été endiguée. Ils s'agit uniquement d'établir ici que les obsessionnels disposent effectivement de libido en stase, et d'étudier en quoi l'impuissance obsessionnelle se distingue de l'impuissance hystérique.

Le caractère obsessionnel, au lieu de conserver comme l'hystérique le conflit génital, l'a effacé en régressant au stade sadique-anal du développement de la libido (Freud). Au lieu de satisfactions génitales de remplacement, il a mis en place des satisfactions anales et même, pour se protéger des premières, il a eu recours à de vigoureuses formations réactionnelles anales (sens exagéré de l'ordre et de la propreté, tout un rituel anal etc.). Le sadisme, au contraire, était un moyen parmi d'autres de parer au "danger génital".

Un extrait tiré de l'analyse d'une névrose de caractère obsessionnelle, accompagnée de dépression chronique, servira à illustrer ce qui vient d'être dit :

Une femme de trente-deux ans, vierge, aux traits revêches et masculins, de manières et de maintien sévères, faite de refus de la féminité, vint se faire analyser pour être délivrée d'états d'angoisse récemment apparus. Pour ce qui était de l'aspect pathologique de son caractère, c'est-à-dire son incapacité à éprouver de la joie, elle n'y percevait pas l'ombre d'une maladie, quoiqu'elle en souffrît cruellement; elle portait cela comme un destin. Tout récemment, elle avait fait la connaissance d'un jeune homme qu'elle s'était mise à haïr fortement d'un seul coup, sans d'abord savoir pourquoi; plus tard, elle rationalisa sa haine en invoquant toutes sortes de motifs. Il lui

était venu spontanément à l'esprit que c'était lorsqu'il était aimable et amical envers elle qu'elle le haïssait le plus. Progressivement se déclara une violente angoisse dès qu'elle l'apercevait. Sa réaction fut un énorme accroissement de ses élans de haine et de fantasmes sadiques. Il s'avéra bientôt qu'elle s'était éprise du jeune homme sans vouloir se l'avouer, et qu'elle avait cherché à désamorcer ses sentiments en s'obligeant à le haïr. La haine et l'angoisse semblaient se relayer, se renforçaient l'une l'autre et subjuguèrent tour à tour la patiente; ce cycle dura un certain temps jusqu'à ce que, pour finir, s'instaure une garbe dépression. Durant les états dépressifs, il lui fallait manger beaucoup. Au cours d'une de ces phases, pendant l'analyse, elle rêva qu'elle dévorait des saucisses avec avidité. Elle eut le fantasme conscient de piétiner l'homme, de le réduire en bouillie et d'écraser son membre du talon. Lorsqu'en cours d'analyse elle reconnut la nature de son angoisse, cette dernière disparut, et avec elle les fantasmes sadiques; elle n'en transféra pas moins son amour sur l'analyste, pour s'en défendre de la même manière, en se mettant à le haïr et à manger beaucoup. L'angoisse ne se manifesta pas. Finalement, elle interrompit l'analyse, prétextant qu'elle n'en avait plus besoin, ayant atteint ce qu'elle voulait, ne plus être amoureuse de l'homme, et n'ayant donc plus rien à craindre. J'eus beau lui expliquer qu'elle prenait la fuite, rien n'y fit.

La violente passion de cette malade correspondait à une poussée de la libido en direction des buts instinctuels génitaux et vers l'objet hétérosexuel. Cette poussée s'étant effectuée sur un mode hystérique, c'est sur le même mode que la revendication instinctuelle se vit refusée : la patiente tout d'abord produisit de l'angoisse (angoisse de stase plus angoisse de défense). La haine forcée et les fantasmes sadiques qui alternaient avec l'angoisse, étaient bien conformes à une fuite éperdue dans le sadisme propre à la névrose obsessionnelle qui s'accompagne de défense agressive, non contre l'instinct mais, au contraire, contre l'objet dangereux. Cette défense agressive contre le péril

général se retrouvait au stade oral sous forme de destruction orale du pénis facteur de danger. C'est à ce processus inconscient que correspondaient les états dépressifs. *La fuite devant les revendications génitales, accompagnée de défense agressive contre l'objet qui éveille les désirs génitaux, est une façon de réagir spécifique de la névrose obsessionnelle face au "péril génital"*. Ce mode de réaction n'épargne aucun cas de névrose obsessionnelle, mais tantôt il se manifeste sous forme de particularités caractérielles, et tantôt il s'inscrit dans des symptômes.

Alors que l'agressivité se met normalement chez l'homme au service de sa libido phallique, ce rapport se trouve renversé chez les obsessionnels : *la genitalité est placée au service de l'instinct de destruction*, le phallus a cessé d'être le médiateur de l'amour génital et du plaisir, pour devenir (dans les cas extrêmes) une arme criminelle. *Pour le caractère obsessionnel masculin agressif, le coït signifie au premier chef l'action de perforer ou de poignarder la femme*. Cette disposition pathologique pourra, selon les autres aspects du caractère de l'individu, donner des résultats très différents :

a) *Abstinence* sur la base d'une *idéologie ascétique* : les rationalisations, de manière bien caractéristique, présentent l'acte sexuel comme quelque chose de sale (anal) et de bestial (sadique). Le sadisme phallique se manifeste en tant qu'hypermoralisme, l'analité en tant qu'hyperesthétisme. A vrai dire, cette idéologie s'effondre au cours de l'analyse dès que réapparaît l'angoisse de castration. On refusait l'acte sexuel comme le renard de la fable refusait les raisins qui, disait-il, étaient trop verts.

b) *Impuissance érective* : sans être d'une très grande fréquence chez les obsessionnels, elle prend chez eux un sens spécifiquement différent de celui qu'elle avait pour les hystériques. Chez ces derniers, l'érection se dérobe uniquement par peur de la castration, tandis que chez les premiers, on a affaire à un "tabou de l'érection" : il s'agit d'éviter le meurtre qu'un fantasme inconscient imagine au moyen du phallus

pris comme une arme. C'est ce que mettent en évidence aussi bien des symptômes isolés que rêves et fantasmes. Ces malades choisissent de préférence des armes à feu ou des armes pointues pour symboliser les parties génitales et on retrouve toujours dans leurs rêveries sexuelles diurnes l'idée d'une violence active faite à la femme qui résiste. Les implusions sadiques sont, soit dirigées contre la femme elle-même (la mère), soit simplement héritées de l'homme (le père). Si la régression obsessionnelle s'accompagne d'un abandon plus marqué de la femme au profit de l'homme, l'impulsion phallique-sadique prend en outre le sens d'une agression homosexuelle¹.

Les étapes que ces deux formes d'impuissance obsessionnelle parcourent pendant leur développement sont les suivantes : (au stade hystérique) désir incestueux et haine du père, d'où peur d'être châtré par le père (régression au stade sadique-anal, c'est-à-dire, ici, défense contre le danger de castration par l'agression sadique (-anale) contre le père, ce qui signifie toujours en substance la castration (phallique) du père); crainte d'être puni (châtré) pour cet attentat; nouvelle défense sadique devant ce péril; finalement, intenses refoulement et formation réactionnelle contre l'agression phallique par l'introjection du père qui interdit et qui punit — *métamorphose de la crainte du père en sentiment de culpabilité* (angoisse du moi vis-à-vis du surmoi). Dans la névrose obsessionnelle, l'analyse n'atteint habituellement l'angoisse de castration qu'après avoir découvert le sadisme anal et le sadisme phallique, et une fois écartées les rationalisations qui font mépriser la sexualité, tandis que dans l'hystérie, l'angoisse de castration affleure nettement.

c) *Diminution considérable de la puissance orgasmique, tandis que la capacité à l'érection et à l'éjaculation restent convenables* : c'est la troisième forme d'impuissance obsessionnelle et, avec l'ascétisme, la

1. C'est ainsi qu'un névrosé obsessionnel, qui vivait dans l'abstinence soi-disant pour des raisons d'ordre religieux et éthique, était en proie à l'envie irrésistible de "planter un couteau dans le dos" de son ami qui partageait sa chambre.

plus fréquente. Bien souvent, la perturbation de la puissance dont sont atteints ces malades peut aisément échapper à l'observation, puisque l'érection se développe bien. On est venu m'objecter que de tels cas contredisaient mon affirmation précédente selon laquelle il n'y a pas de névrose sans perturbation de la fonction génitale. Mais il suffit de s'informer très exactement des sensations sexuelles que procure l'acte, ou d'analyser les dispositions sexuelles des patients vis-à-vis de l'acte sexuel, et l'on se convaincra qu'elles donnent lieu à de graves perturbations qui sont la source de la stase libidinale.

Par exemple, de nombreux obsessionnels scrupuleux conçoivent l'acte comme un devoir, qu'ils se doivent de remplir envers leur épouse et pour lequel ils ont à vaincre, non sans peine, leur sentiment d'impuissance. Un de ces malades, le jour où, selon son système, il devait "écoper" d'un coït, s'obligeait à penser tout le temps : "Je dois avoir un rapport aujourd'hui, il ne faut pas que je l'oublie". Un autre avait de fréquents rapports dans le seul but de "s'entraîner" au coït. Après quelques frottements dénués de plaisir, il s'arrêtait; il avait eu le temps de se convaincre qu'il était "puissant". Cela faisait déjà vingt ans qu'il pratiquait l'acte sexuel sur ce mode, tout en présentant, à côté de sa pseudo-puissance et de sa névrose obsessionnelle, les symptômes typiques de la neurasthénie aiguë.

L'absence psychique de libido est commune à tous les cas de cette sorte (*insensibilité psychique totale ou partielle*), et celle-ci s'augmente habituellement d'une insensibilité du pénis plus ou moins prononcée. Ce qu'on appelle "érection froide" se produit très souvent chez les névrosés obsessionnels; elle se signale par l'absence du sentiment spécifique de plaisir causé par la tension. Ces malades, ou bien ne connaissent pas du tout l'éjaculation, ou bien ont beaucoup de peine à y arriver. Outre l'insensibilité du pénis, il faut signaler encore la tendance anale à retenir la semence qui, dans l'éjaculation retardée, joue un rôle décisif (Ferenczi).

L'impuissance orgastique de l'obsessionnel érectivement puissant est facile à identifier. L'obsessionnel méditatif rumine ses problèmes pendant l'acte; celui qui est atteint d'une obsession de compter énumère les frictions; tel qui souffre de manies rituelles s'applique anxieusement à respecter un certain ordre jusque dans le commerce sexuel, ou bien il craint d'avoir négligé un détail du cérémonial de son sommeil. Les sensations de plaisir, qui sont de prime abord médiocres, gagnent à peine en intensité au moment de l'éjaculation, si éjaculation il y a. Après l'acte, on assiste à une lassitude pesante, à des sentiments de culpabilité et d'écœurement, à des sensations de dégoût.

De nombreux cas montrent l'insensibilité du pénis liée à une éjaculation précoce. Dans le caractère obsessionnel, il est extrêmement fréquent que la conscience de la maladie ne puisse se faire jour que lorsque les systèmes obsessionnels ne suffisent plus, en dépit de toute leur extension, à se rendre maîtres de la stase de la libido et que, par suite, l'angoisse de stase se libère, ou qu'apparaissent des états d'abattement neurasthéniques : maux de tête, perturbations dans le travail, insomnie etc.

Il n'est pas rare que l'abstinence obsessionnelle s'instaure à la suite d'un fiasco intervenu sous forme d'impuissance à l'érection ou à l'éjaculation. Il ne faut pas alors méconnaître l'objectif de l'abstinence, qui est de se leurrer en sautant par-dessus les sentiments d'impuissance. Contrairement à ce qui se passe dans l'hystérie et la neurasthénie chronique, les obsessionnels ont pour habitude de ne pas considérer leur impuissance, de lui accorder peu d'importance ou de ne pas vouloir en faire cas malgré les preuves formelles qu'ils en ont. Le sentiment d'impuissance ainsi refoulé ne tarde pas, il est vrai, à réapparaître sous forme d'un sentiment général d'infériorité. Le fait de ne pas croire à leur impuissance comme de la compenser est un trait commun aux obsessionnels et aux caractères narcissiques-génitaux.

Tandis que l'homme de caractère obsessionnel (contrairement à l'homme hystérique) est resté actif en tant qu'homme, et que le caractère hystérique féminin a conservé une attitude de femme, la femme de caractère obsessionnel s'avère être principalement agressive-masculine¹. L'explication nous en est fournie par l'analyse de la forme obsessionnelle de la frigidité, laquelle est d'autant plus poussée que le caractère obsessionnel est plus prononcé. Le désir de posséder un pénis, non seulement s'exprime par des singularités sexuelles et des fantasmes tels qu'on en rencontre dans le caractère hystérique, mais encore il exerce sur le caractère une influence qui va dans le sens d'une masculinisation du moi : la malade ne se contente pas du désir d'être un homme, elle en arrive aussi, sans se forcer, à se comporter comme un homme et à réaliser des idéaux de virilité. L'identification au père ne s'est pas arrêtée à l'idéal du moi mais a empiété sur le moi, ce qui a nécessairement conduit à un étiolement de l'identification à la mère. Le refus de l'homme a pour corollaire l'accent très fortement mis sur le penchant homosexuel vécu en tant qu'homme. (Dans l'hystérie, les déceptions éprouvées auprès du sexe masculin conditionnent plutôt une inclination passive-infantile pour les femmes.)

Sur le plan caractériel, la femme hystérique affirme, voire exagère la féminité, et son angoisse est uniquement dirigée contre le coït (la castration). Au contraire l'obsessionnelle nie l'être féminin en général et se trouve donc obligée d'exagérer la masculinité par compensation. Alors qu'elle-même s'est caractériellement transformée en homme, l'acceptation de l'homme comme objet amoureux lui rappellerait le destin que son anatomie lui réserve; aussi ne se contente-t-elle pas de le rejeter, il lui faut encore, tout au long d'une lutte de tous les instants, affirmer sa masculinité. Le

1. Je renvoie à l'étude fondamentale d'Abraham concernant les nombreuses "formes d'expression du complexe féminin de castration" ("Äußerungsformen des weiblichen Kastrationskomplex", *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. VIII, 1922).

moyen mis en oeuvre pour y parvenir, c'est le sadisme anal : son intention (qui, la plupart du temps reste inconsciente) est de dérober à l'homme son membre, en partie pour le posséder elle-même, en partie pour éliminer l'organe susceptible de faire sortir de sa réserve son aspiration féminine qui, quoique refoulée, n'est pas totalement morte (souvenons-nous du dernier cas de dépression chronique que nous avons décrit, V,2). Aussi est-ce à la faveur d'un relâchement du refoulement de la libido génitale, d'un amour subit, de la perte d'un homme (qui meurt ou se marie) qu'on aimait inconsciemment tout en le refusant consciemment etc., que l'on voit des symptômes de la maladie se déclarer dans nombre de cas féminins de névrose obsessionnelle : les formations réactionnelles du stade sadique-anal s'en trouvent en effet renforcées et la défense anale contre le péril génital s'y exprime dans des symptômes.

Alors que le sadisme propre à la névrose obsessionnelle de l'homme conserve très souvent son caractère phallique, chez la femme il présente dans la majorité des cas une nature anale très prononcée : écraser, fouler aux pieds, "réduire en bouillie", fustiger les fesses etc., en sont les marques distinctives.

Il est clair que ce système caractériel de la névrose obsessionnelle féminine n'est rien d'autre qu'une superstructure édiflée en réaction à la féminité. Il suffit pour s'en convaincre d'observer les changements caractériels que présentent de tels cas en cours d'analyse. Le transfert libidinal passif-féminin intervient ici avec le même automatisme que dans l'hystérie, même s'il s'opère moins facilement. A ceci près qu'au lieu de se défendre de cette aspiration avec angoisse, comme l'hystérique, la malade y résiste avec haine, jusqu'à l'apparition d'une quelconque attitude féminine qu'elle ne puisse plus méconnaître, ni renier. Habituellement une angoisse de forme hystérique prélude à cette nouvelle phase, ce qui ne signifie rien d'autre que le début de la métamorphose de la névrose obsessionnelle en hystérie; c'est-à-dire que le vieux processus régressif est en train de faire marche arrière et que l'hystérie d'angoisse infantile s'en trouve réactivée. Exprimé,

en termes de dynamique : l'angoisse s'est libérée des symptômes dans lesquels elle était liée. Il y a d'autres signes de cette métamorphose : les sensations génitales qui se font jour spontanément et dont la malade s'effraye; cela veut dire que l'angoisse génitale qui jusque là ne s'était guère fait connaître, se met elle aussi à apparaître. A la place de l'intention destructrice qui visait l'objet cause de l'impulsion génitale (et donc facteur de danger) vient se manifester la défense contre l'instinct lui-même : l'objet, quant à lui, peut subsister en tant que tel, il est finalement accepté. Avec la liquidation analytique de l'angoisse génitale libérée des symptômes obsessionnels s'achève la tâche thérapeutique.

3) L'asthénie génitale dans la neurasthénie chronique hypocondriaque

J'ai consacré à la neurasthénie chronique hypocondriaque une brève étude¹, dans laquelle j'ai tenté de distinguer de la névrose obsessionnelle un groupe de maladies qui, tout en présentant la même fixation pré-génitale, s'en différencient fondamentalement néanmoins par la nature, les symptômes et la forme qu'y revêt la perturbation de la puissance. Dans ce travail, j'avais surtout traité des différences morphologiques et psychogénétiques qui les opposaient à la névrose obsessionnelle et à l'hystérie; je vais maintenant parler en détail du mode spécifique de trouble de la puissance qu'elles présentent et que j'ai désigné du nom d'"asthénie génitale". On ne la rencontre jamais dans la névrose obsessionnelle ni dans l'hystérie, c'est un symptôme typique de la neurasthénie chronique hypocondriaque. Les récits de cas que je donne ci-après sont destinés en même temps à éclairer les données théoriques avancées dans l'article cité plus haut.

1. Op. cit.

a) Extrait de l'analyse d'une neurasthénie chronique

Un étudiant de vingt-neuf ans entra en analyse pour cause d'impuissance. A une période d'onanisme de plusieurs années, qui ne s'était déclarée qu'à partir de vingt-et-un ans, succéda une période de pollutions nocturnes répétées. La masturbation n'avait jamais été excessive (une ou deux fois par semaine) mais elle devint progressivement plus rare, et c'est là-dessus que se déclarèrent de la spermatorrhée et de l'énurésie. Ce n'est qu'à vingt-quatre ans que la patient se risqua à fréquenter des femmes, mais l'éjaculation se produisait invariablement au premier contact, le sperme s'écoulant de façon continue et le membre restant absolument flasque. Le patient n'était jamais parvenu à une véritable tentative de coït, il n'avait même jamais eu d'érection. Toute expérience lui paraissait aussi incongrue qu'humiliante. Deux ans auparavant, il s'était laissé entraîner à aller au lit avec une fille très agressive, mais il n'avait pas osé enlever ses sous-vêtements; n'éprouvant aucune excitation, il lui avait tourné le dos et s'était endormi contre le mur. Depuis lors, il ne s'était jamais plus laissé entraîner aussi loin et se contentait d'une éjaculation sans beaucoup de plaisir, tout habillé.

En outre, depuis la puberté — qui n'avait pas été marquée de grands débordements — il était sujet de temps en temps à des maux de tête; occasionnellement, il éprouvait aussi un sentiment d'oppression dans la poitrine et des nausées. Le patient vivait dans un état constant de mauvaise humeur. Il était certes capable de travailler, mais extrêmement sujet à la fatigue corporelle et souvent incapable de compter ou de lire avec suite. Depuis plusieurs années, il souffrait également de douleurs rhumatismales dans les membres et le dos, qui n'avaient aucun rapport avec le temps, et dont aucune cure n'avait pu encore venir à bout. Il s'agissait de sensations hypocondriaques diffuses et changeantes. En outre, il était constipé, et ce depuis sa plus ten-

dre enfance aussi loin qu'il s'en souvienne : il ne pouvait y remédier qu'en recourant à des laxatifs bien particuliers ou en s'asseyant sur un pot rempli d'eau bouillante. Les résultats de l'examen organique furent négatifs, mis à part des varicocèles¹ au testicule gauche.

Tous les membres de sa proche famille (ses parents et trois frères et sœurs plus âgés) souffraient de constipation chronique. Tous, sauf le père, caractère ambivalent et obsessionnel, étaient des gens capables de faire face à la réalité. Quant au patient, il était craintif et déprimé, mais en même temps d'une amabilité excessive : à elle seule, son attitude trahissait un caractère féminin.

L'analyse de l'inconscient prit corps dès la deuxième séance, avec un rêve dont le contenu fort peu caché terrifia le patient : il embrasse sa soeur, son aînée de cinq ans, sur les parties génitales. Ce n'était pas tant le geste lui-même qui le consternait, que le fait qu'il s'adressât à sa soeur. Tout ce qu'il sut en dire, c'est qu'il vouait justement à cette soeur un grand amour depuis l'enfance, amour qui était payé de retour. S'étant mariée, plusieurs années auparavant, à l'étranger, elle vivait, résignée, une union bien tranquille, et recevait fréquemment la visite du patient. Il régnait entre eux une telle intimité qu'elle lui faisait partager les secrets de son ménage et se plaignait à lui de sa frigidity. A l'époque de la puberté, ils s'étaient jurés de rester ensemble sans jamais se laisser séparer. Elle lui prodiguait constamment des conseils maternels et répondait bien volontiers à son attitude de petit frère.

L'un des soirs suivants resurgit le souvenir d'une phobie remontant à l'époque de ses trois à six ans, et totalement oubliée depuis. La description qu'il fit de l'objet de son angoisse était pleine de lacunes. Il s'agissait d'une vision qu'il avait chaque fois qu'il entrait dans un vestibule plongé dans la pénombre : un "fantôme" (c'est ainsi qu'il l'appelait à

l'époque) "descendait de quelque part", ou bien c'était "comme s'il jaillissait de quelqu'un ou comme une chemise qui serait passée par-dessus la tête". On ne put d'abord rien savoir de plus précis.

Nous exposerons pour commencer l'analyse du rêve, puis celle de la phobie.

En relation avec le rêve, le patient raconta, en proie à de fortes inhibitions, qu'il avait eu entre trois et cinq ans des jeux sexuels avec une cousine de cinq ans son aînée, chose qui, à l'exception de quelques détails importants, n'avait jamais été refoulée. Ce souvenir lui avait toujours énormément pesé, il tenait ces jeux pour l'action la plus détestable de sa vie et en faisait l'unique source de sa maladie. Le jeu consistait pour l'essentiel, à jouer au docteur et au patient, à s'ausculter mutuellement et, ce faisant, à examiner et à tâter l'anus et les parties génitales. Il se rappelait parfaitement bien avoir tâté les parties génitales de sa cousine, sans toutefois savoir si elle avait manipulé les siennes. Les remèdes prescrits étaient des baisers sur les endroits les plus variés du corps. Il se souvint beaucoup plus tard, avec des signes évidents de dégoût et de défense, qu'ils s'étaient même mutuellement embrassés dans la raie des fesses. Sa cousine tenait habituellement dans ces jeux le rôle actif et s'y comportait d'ailleurs tout à fait comme un garçon. Le plus grave, de l'avis du patient, aurait été que ces jeux avaient aussi déterminé par la suite ses fantasmes de masturbation. La représentation du coït n'y apparaissait pas du tout, mais elle ne jouait, du reste, jamais le moindre rôle. Ses fantasmes préférés étaient : être attaché, lécher les parties sexuelles féminines, téter au sein. Plus tard, ses rêves et ses fantasmes s'ordonnèrent ainsi : on suçait son membre, il lapait les excréments dans la raie des fesses etc. La prise de conscience de ce dernier fantasme fut précédée d'une longue période de nausées matinales accrues. Quand on en vint à l'analyse des détails, il se rappela la singulière préférence qu'il attachait, étant enfant, à s'asseoir aux pieds de sa mère, à se faufiler entre ses jambes et à placer sa

1. Dilatation varicueuse des veines du cordon spermatique (N.d.T.)

tête le plus près possible de ses parties sexuelles. Cependant, le fantasme de cunnilingue, dirigé vers sa mère et fortement imprégné d'éléments anaux, se trouvait dans un état d'extrême refoulement. C'en est qu'à partir des éléments énoncés ci-dessus qu'on put le reconstituer; il semblait n'avoir jamais été conscient et n'avoir connu de satisfaction concrète que dans les jeux pratiqués avec sa cousine. C'est très tardivement que perça un souvenir qui étayait considérablement notre supposition, à savoir que sa mère était le véritable but de ses désirs oraux et anaux : il se revit tout petit dans la chambre à coucher, en train d'observer sa mère qui se lavait les seins et le sexe.

Les organes génitaux du patient participaient-ils à tous ces jeux ? Cette question demeura sans réponse pratiquement jusqu'à la fin de l'analyse. Dans les fantasmes se faisait jour la représentation d'une fellation passive; toutefois, il ne se rappelait rien de semblable, alors qu'il avait des souvenirs limpides portant sur d'autres activités. Avant d'élucider la question de son activité génitale, nous allons faire la lumière sur l'objet et les motivations de sa phobie infantile.

Les éléments du "fantôme" qui furent d'abord explicités étaient :

1. il descend de quelque part,
2. c'est comme s'il jaillissait de quelqu'un,
3. il passe par-dessus la tête comme une chemise.

L'occasion qui avait fait naître la vision oubliée revint bientôt à la mémoire du patient : son petit cousin ayant extrait ce qu'il appelait l'"âme" du ballon, le souvenir avait resurgi en un éclair. Cet événement banal eut un effet de rappel pour deux raisons dont l'une fut aussitôt éclaircie. Le "fantôme" était de couleur rougeâtre, nu, sans cheveux sur la tête. Le dessin que le patient exécuta à ma demande représentait un jeune homme dans lequel il reconnut instantanément son frère aîné, d'environ dix ans plus âgé que lui. En poursuivant les associations, il se rappela que son frère l'avait une fois violemment effrayé; à quelle

époque, c'est ce qu'il ne put pas dire. Tout cela, toutefois, n'expliquait en rien les trois éléments donnés plus haut. C'est seulement lorsque le patient s'avisa que l'"âme" du ballon était en caoutchouc rouge qu'il comprit du même coup le premier élément ("il descend de quelque part") : il s'agissait d'un appareil à lavement muni d'un tuyau en caoutchouc rouge. Il s'avisa alors d'une chose : c'est que le fantôme lui semblait quelquefois surgir d'un manchon qui se trouvait dans l'armoire du vestibule. Ceci venait contredire le souvenir dernièrement surgi, d'après lequel le bock à lavement se trouvait d'habitude en haut d'une étagère dans le cabinet d'aisance. L'idée du manchon, en relation avec le troisième élément ("passé par-dessus la tête comme une chemise"), ne pouvait, si l'on tient compte du souvenir des ablutions qu'il avait observées chez sa mère, vouloir dire qu'une chose : il fallait qu'il ait vu sa mère s'administrer des lavements vaginaux, ce qui l'avait amenée à enlever sa chemise.

Mais que venait faire son frère là-dedans, et pourquoi l'appareil à lavement apparaissait-il sous forme de "fantôme", chargé de tant d'angoisse ?

C'est à résoudre cette question que servit le matériel suivant, matériel que le patient apporta morceau par morceau au long de nombreux mois.

Voici la teneur d'un rêve qu'il fit au début de cette période : "Je prie agenouillé dans une église avec d'autres personnes et tiens la tête inclinée par terre. Au moment où je sors, une grande forme fantomatique se dresse devant les portes de l'église, j'ai peur d'en mourir". La première association indique qu'il prie comme un musulman, complètement incliné jusqu'à terre. (Eglise?) A ce propos, il lui revient spontanément qu'enfant il avait coutume de dire Kristier (comme "chrétien") au lieu de Klistier ("clystère"). Très jeune déjà, il souffrait de constipation et c'était toujours sa mère qui lui donnait des lavements (dans le rêve, l'église symbolise la mère et le Kristier). La position de prière dans le rêve équivaut à l'attitude qu'il avait lors d'un lavement. Même sans cela, il ne manquait certes pas de preuves pour mettre l'accent sur

ses dispositions anales. Il se souvint que le médecin de famille lui avait un jour (il devait alors avoir trois ans) demandé en plaisantant : "Tu es donc toujours sur le trône?" Pendant une très grande partie de son enfance, il avait l'habitude de rester des heures assis sur son pot à jouer avec des jeux de construction. Comme d'autres enfants jouent au train en courant, le patient y jouait en glissant sur son pot tout autour de la pièce. Plus tard, et à l'époque de l'analyse encore, il ne se rendait maître de sa constipation qu'en s'asseyant sur un pot rempli d'eau bouillante. Sa mère lui avait administré suppositoires et lavements jusqu'à l'âge de sept ans. Par la suite, il ne supporta plus les lavements qu'en cas de constipation particulièrement tenace, mais continuait à s'entretenir de défécation avec sa mère, qui y portait beaucoup d'intérêt.

Il s'avéra que chez le patient, comme chez tant d'autres constipés, la constipation était soumise aux rationalisations les plus diverses. Il suffisait qu'il ait spontanément besoin d'aller à la selle pour se trouver toujours quelque chose de plus important à régler. C'est ainsi qu'il en vint à instituer cette manière infantile de déféquer sur le pot. Il faut faire entrer en ligne de compte son aversion pour le cabinet d'aisance, qui s'enracinait dans sa vieille peur de la cuvette du cabinet et du bock à lavement. Quand, enfant, il se rendait au cabinet, il fallait que les portes restent ouvertes et qu'il touche le mur du dos. Même en prenant toutes ces précautions, une énorme angoisse subsistait qu'une "chose" (objet, esprit, fantôme) montât de la cuvette et — les indications, là, se faisaient imprécises — pût s'en prendre à lui.

Or le "fantôme" était de sexe masculin et prit par la suite les traits de son frère. Comment donc en était-on arrivé à ce que la relation anale à la mère, imprégnée de plaisir, se soit mêlée à la crainte de son frère? Le patient affirmait qu'il admirait et chérissait son frère; il le révérait particulièrement depuis la puberté, et avec une démesure qui confinait à une abnégation totale. On ne peut comparer les rela-

tions qu'il avait avec son frère qu'à celles d'une fillette follement éprise. Il était rempli de bonheur quand son frère venait se promener avec lui, et infiniment triste, jusqu'à pleurer, quand il lui voyait préférer la société de gens beaucoup plus âgés. Il lui reprochait en son for intérieur de l'aimer trop peu. Un conseil, un avis de la part de son frère étaient pour lui quelque chose de sacro-saint. Ce frère, capable d'appréhender sainement la réalité, s'était très tôt éloigné de la maison familiale, où régnait constamment une atmosphère de malaise. Quand le patient vit qu'en dépit de tous ses efforts, son frère lui échappait, il s'écarta de lui, profondément blessé, et se lia à des hommes qui ressemblaient de très près à son frère. C'est sans réticence aucune, et même avec une bonne volonté évidente, qu'il se plia au rôle de la personne dirigée qui admire son maître. Mais au cours de l'analyse, il apparut de plus en plus clairement en quoi cet attachement et cet amour étaient réactionnels. Quelques jours seulement après le début de l'analyse vint au patient une pensée à laquelle il n'avait d'abord pas attaché d'importance : assis dans un café, perdu dans ses rêves, il vit soudain l'image d'un faire-part de décès. Puis on apprit, seulement par allusions au début, puis de plus en plus précisément, qu'il reprochait à sa mère de lui avoir préféré son frère. Celui-ci avait effectivement été le préféré, et le patient avait cruellement souffert de cette rivalité heureuse. "Jamais on n'entendait rien d'autre dans la bouche de ma mère que H., H. et encore H." (le prénom de son frère). Il lui fallait porter ses vieux vêtements et faire chorus aux louanges qui lui étaient décernées pour son intelligence, son assiduité et sa bonne éducation. Mais, au lieu d'accepter de lutter avec son rival, il avait pris la décision, juste avant la puberté (vers dix ans), de conquérir l'amour de sa mère en joignant sa voix à la sienne quand elle portait aux nues son fils aîné. Il avait souvent eu l'occasion, en effet, de vérifier que sa mère aimait les gens qui louaient son aîné tandis qu'elle prenait en haine ceux qui le dénigraient. C'est ce qui le fit se joindre aux premiers. Mais de s'insi-

nuer ainsi peu à peu dans l'idolâtrie exagérée de son frère, provoqua le refoulement de toutes ses mauvaises intentions visant son frère et avant tout du désir de sa mort. Donc, en aimant son frère, le patient ne faisait pas que transférer sur lui son amour pour sa mère, cette adoration de son frère était aussi une réaction à la haine, dictée par un sentiment de culpabilité. Voilà qui explique que le fantôme ait pu représenter son frère, confondu avec le bœck à lavement, disons même avec l'instrument servant au plaisir de sa mère, et avec sa mère elle-même. C'était là le côté positif de l'ambivalence. Le deuxième élément du "fantôme" indique que c'était "comme s'il jaillissait de quelqu'un". C'est l'extraction de l'âme du ballon qui avait eu pour effet de déclencher le souvenir. Or, voici comment le patient s'était jadis imaginé la mort : l'âme, qui avait la même forme que le corps, s'échappait de ce dernier. Le fantôme ou l'esprit qui poursuivait le patient était donc l'âme de son frère disparu, c'est-à-dire dont il avait souhaité la mort.

En découvrant le bénéfice que le patient tirait de sa constipation sous forme de plaisir auto-érotique, ainsi que la relation qu'il avait avec sa mère, les états intestinaux s'améliorèrent considérablement. Mais la guérison complète de sa constipation dut attendre la mise à nu des relations qu'il entretenait par ailleurs.

Car le patient souffrait encore de violentes crispations et coliques, qui allaient de pair avec des nausées et des flatulences.

L'analyse de la rétention des vents conduisit à la découverte d'un fort plaisir anal à sentir, ainsi que de formations réactionnelles que le patient dirigeait contre certaines habitudes de comportement qu'avait son père. Il était doué d'un sens olfactif très développé. Au cours de l'analyse, il fut plusieurs fois en proie à une hallucination d'odeurs d'urine, phénomène étroitement lié à son érotisme urétral. Ses flatulences étaient une réaction contre son père, qui n'avait jamais fait le moindre effort, même en présence de sa famille pour retenir ses vents. Très tôt, le patient avait été au courant de la condamnation que sa

mère portait sur les manières de son père; aussi se mit-il à évoluer tout à l'opposé de l'exemple paternel, pour l'amour de sa mère, de la même façon qu'il révérait son frère pour lui faire plaisir. Le père était avare, indiscret, il ouvrait toutes les lettres qui arrivaient à la maison, et en outre, il était querelleur; le patient au contraire, faisait peu de cas de l'argent et s'appliquait à être d'une discrétion et d'une docilité particulières. Son père n'ayant jamais eu de scrupules pour tout ce qui touchait les problèmes anaux, le patient alla jusqu'à s'interdire les flatulences physiologiques. Mais ce renoncement, mis en œuvre pour l'amour de sa mère, ne s'était pas accompli sans peine; il s'effectua au prix d'un énorme refoulement et conduisit à des symptômes organiques qui ne lui laissèrent pas de répit. Le seul fait de démasquer ces relations fit diminuer les flatulences et son état général s'améliora.

Il est frappant de constater que les douleurs torturantes qui faisaient penser à des coliques et qui, à une époque, se produisaient chaque nuit aux premières heures du matin, persistèrent. Leur analyse réussit beaucoup moins bien; elles disparurent néanmoins lorsque les fantasmes de grossesse furent ramenés à la conscience. Nous n'avons certes pas pu expliquer la spécificité de ces douleurs, mais nous avons mis en évidence, outre leurs particularités temporelles, leur rapport avec l'idée d'avoir un enfant fécal dans le ventre. Le patient déféquait en effet sous forme de "minuscules petites crottes" qu'il appelait des "bobky"¹. Il se rappela à ce propos le grand intérêt qu'il avait porté enfant, lors d'une villégiature, aux crottes de chèvre. Il les avait comparées à des olives, et les nausées qui accompagnèrent l'analyse de ce détail parlèrent, sans équivoque, en faveur de fortes tendances coprophages, qui étaient à la base de ses fantasmes et de ses expériences de cunnilingue anal. L'introduction à cette phase fut constituée par un rêve qui disait : "Enfant, je joue dans une grande pièce; dispersées dans cette salle il y a des pièces d'or, je défèque de petites

1. A rapprocher du mot allemand Bub ("petit garçon") (N.d.T.)

"crottes qui disparaissent, et à leur place, apparaissent de minuscules petits enfants". Il était difficile, à partir de l'analyse du rêve, de décider sans équivoque à quelle idée inconsciente attribuer la plus grande signification : être soi-même la matière excrémentielle = l'enfant dans la grande pièce (c'est-à-dire dans la mère), ou soi-même mettre des enfants au monde. Le patient parlait souvent de sa défécation comme d'une "naissance difficile". Ni les investigations sur son enfance ni les renseignements recueillis en dehors de l'anamnèse ne fournirent d'élément permettant d'affirmer qu'il eût observé des femmes enceintes. Cela est d'autant plus digne d'être remarqué qu'il se souvint d'avoir traversé une période où il avait intensément médité sur le problème de la reproduction. Des observations pratiquées sur les animaux et leurs petits à la campagne y eurent un grand rôle. Pendant quelques temps — vers l'âge de trois ans — il avait été saisi d'un grand besoin de questionner. Il se rappela distinctement sa déception à la réponse qu'on lui fit lorsqu'il demanda ce que voulait dire le mot Hebamme ("sage-femme"). On lui dit que c'était une marchande de légumes, mais lui croyait en savoir plus : c'était le ventre où l'enfant se trouvait qui s'ouvrait, l'Amme (la "nourrice") tendait alors sa poitrine à l'enfant qui s'y accrochait en tétant, et elle le hebe (le "tirait") du ventre de cette manière (Heb-Amme). La tendance orale faisait ainsi partie de sa théorie de la naissance, tout en jouant, comme nous allons voir, un rôle important dans sa théorie de la conception.

A l'époque où les coliques nocturnes furent les plus aiguës, le patient fit des rêves à la base desquels on trouvait la tendance suivante : le médecin le fécondait par la bouche. Dans la journée, il était sujet à de violents maux de tête et nausées. Voici l'un de ces rêves : "Notre plombier répare les canalisations, je suis près de lui, il tire soudain une chasse d'eau, le liquide s'éparpille, semblable à un brouillard ténu (j'en suis mouillé) et a un goût salé". Les associations qui lui viennent à propos de la première partie du rêve montrent aussitôt que le plombier représente

l'analyste censé réparer les canalisations, c'est-à-dire le membre du patient. La deuxième partie contient une résistance affective à la guérison de l'impuissance et comble un désir privilégié : l'analyste féconde (association) par de l'urine dans la bouche (le goût salé). Ici se trouve également l'explication de ses hallucinations olfactives : le patient se souvint d'avoir trouvé de l'agrément à l'odeur de l'urine que dégageaient les parties sexuelles de sa cousine, dans les jeux qu'il pratiquait avec elle. Il ne fut pas possible de savoir si, en outre, elle avait effectivement uriné. Ainsi, les hallucinations olfactives qui se produisaient pendant les séances n'étaient pas seulement des souvenirs de ces jeux, mais encore des représentations de désirs dirigés vers l'appareil urinaire de l'analyste. Les canalisations du rêve contenaient également un élément déterminant issu de l'enfance : il s'était intéressé aux tuyaux de la salle de bains et spécialement à celui du cabinet d'aisance, jusqu'à ce que s'installe la peur du bock à lavement et de la cuvette du cabinet. Le sens de cet intérêt ne devint clair qu'avec l'analyse du rêve suivant : "Un aigle emporte une femme dans les airs, puis la laisse tomber sur moi". L'aigle, c'est le père, la femme la mère, l'enlèvement dans les airs représente le coït des parents. Lors des tentatives de coït qu'il fit à l'époque de l'analyse, il eut particulièrement à lutter contre le désir de se placer sous la femme et de porter sa bouche à ses organes génitaux. L'idée qu'après le coït avec son père, sa mère puisse tomber sur lui est donc en parfait accord avec la relation anale à sa mère au moyen du bock à lavement. Dans un rêve qu'il avait fait, quelques jours avant, il se voyait, au cours de rapports sexuels avec une prostituée, couché sous cette femme, qui avait un membre : c'était sa mère pratiquant le coït sur lui avec le pénis de son père. C'est la relation à son père qui s'exerçait derrière la relation passive-anale à sa mère. Nous voici à même de comprendre que la phobie infantile était l'expression de l'échec du refoulement de ses tendances homosexuelles anales-passives. Son frère aîné n'avait donc pas été uniquement

le représentant de la mère nantie du bock à lavement, mais également celui du père. Tout cela étant élaboré sur un mode totalement anal. Et nous savons à présent à qui s'adressaient en profondeur les souhaits de mort qui apparurent dans la phobie. Alors que nous analysions ces enchaînements, cette phrase échappa au patient : "Je ne serai puissant que lorsque mon père sera mort".

C'est pour une autre raison encore que le frère devint, de façon décisive, le représentant du père. Nous avons appris jusqu'ici que pour ainsi dire toutes les aspirations sexuelles du patient étaient de type passif-anal, tout en s'appuyant sur un érotisme de la bouche et de l'urine, et qu'elles gouvernaient ainsi toute sa vie depuis sa plus tendre enfance. Il faut maintenant s'interroger sur le destin de ses tendances génitales. Un an et demi d'analyse ne nous apprit rien à ce sujet. Il nous fallut attendre que, vers la fin, une chaîne d'associations nous conduisit à une menace de castration vécue par le patient. Un rêve, notamment, permit de reconstruire une scène capitale : "Je joue du piano dans une pièce sombre, dans la pièce voisine le Dr. S. (un homme d'Etat autrichien), en position de surplomb, tient un discours et me regarde d'un air irrité à travers ses "lunettes". Le Dr. S. lui rappelle, par son profil, son frère qui porte également des lunettes. Le "surplomb" que l'on trouve dans le rêve concorde aussi avec le souvenir de son frère qui avait l'habitude de monter sur des échasses, à la campagne; en outre, resurgit l'obscur réminiscence d'un palier de maison plongé dans les ténèbres, où il avait éprouvé de l'angoisse. La veille du rêve, son frère s'était enquis auprès de moi de l'état du traitement, ce qui avait conduit le patient à se demander un instant si je n'allais pas communiquer à son frère quelque chose du contenu de l'analyse. Il faut ajouter qu'il m'avait prié, tout au début de l'analyse, de ne rien dire à son frère en ce qui concernait sa masturbation. Ajoutons encore que, dans le rêve, il joue du piano, ce qui est le symbole typique de l'onanisme; joignons à cela le discours (de remontrance) et le regard irrité et la reconstruction ne souffre plus d'objection : notre patient avait été

surpris, un jour, sur un palier obscur (vestibule/fantôme), en train de se livrer à des manipulations génitales et s'était vu administrer un sermon en guise de punition. Il fallait que cela se fût passé très tôt, à l'âge de deux ans à peu près, car le souvenir du fantôme remontait à ses trois ans et la scène ne pouvait qu'avoir précédé la phobie. La crainte du fantôme ayant les traits de son frère, qui devait se développer plus tard, s'enracinait donc, en définitive, dans cette scène primordiale, où l'on voit son frère donner le signal à son angoisse de castration.

C'est dans ce contexte que surgit encore, obscurément, le souvenir de sa cousine lui tirant violemment sur les testicules, au cours de leurs jeux. La douleur caractéristique qui persistait dans la région testiculaire était là pour ainsi dire en guise d'avertissement. C'est à cela également que se rattachaient les plaintes stéréotypées du patient concernant la petitesse non de son pénis, mais de ses testicules, ainsi que sa crainte de se déshabiller complètement auprès d'une femme.

L'analyse avait réussi à mettre au jour, jusque dans les plus infimes détails, les activités et les fantasmes sexuels de la prime enfance; mais il fut impossible, mis à part une unique réminiscence, de déceler le moindre élément en faveur d'un rôle spécial imparti à l'érotisme phallique ou susceptible d'indiquer que ce dernier ait pu être au service d'investissements objectaux. L'érotisme lié à l'urine se trouvait en retrait par rapport à l'érotisme anal, mais se manifestait nettement dans l'éjaculation précoce et les hallucinations olfactives. Nous ajouterons que le patient avait aimé s'attarder dans la salle de bains et jouer avec l'eau, quand il était enfant. Mais même cette disposition orientée vers une attitude génitale s'était trouvée façonnée par l'analité et l'oralité. L'intérêt porté aux canalisations était au service tant des tendances anales que des tendances urétrales.

On a mis en évidence de quelle manière le fantasme du patient était d'être lui-même l'objet de relations urétrales (l'éclaboussement de l'urine = fécon-

dation par l'analyste, la tendance à porter la bouche aux organes génitaux de la femme) et comment des fantasmes de succion servaient à faire passer celles-ci. Les souvenirs qui firent surface au cours de l'analyse conférèrent une place importante à l'impression qu'il avait retirée de la traite des vaches. La similitude du pis et du pénis conduisit en premier lieu au fantasme de téter les organes génitaux et le sein de la femme; en second lieu, à mettre sur le même plan son propre pénis et le sein (ou le pis), ainsi que la semence ou l'urine et le lait. Au premier contact avec un corps féminin, son sperme s'écoulait. Il était conforme à son caractère féminin que le pénis, faisant fonction de sein, se mît au service de la féminité. L'onanisme ne consistait pas en friction mais en pression du membre flasque contre un objet : signe caractéristique pour moi (et j'ai pu faire des observations semblables dans d'autres cas) du fait que le pénis représente la poitrine (désirée); tout se passe comme si on indiquait à l'objet en question ce que soi-même on désire.

Essayons maintenant de reconstituer l'évolution suivie par la névrose de notre patient. Les fortes *dispositions anales* de la famille exercèrent un effet caractériel sur tous ses membres. Les tendances anales de sa mère renforcèrent les dispositions du patient à la *constipation*. Le renoncement nécessaire à l'analité ne se produisit pas, en sorte que, d'une part, celle-ci subsista en tant qu'*auto-érotisme anal* et que, d'autre part, apparut une *relation* spécifiquement *anale* à la mère. Cette relation fut refoulée et ce fut le symptôme de la constipation chronique qui correspondit à la représentation et à la satisfaction névrotiques. A l'analité qui s'était fixée au niveau primaire vinrent se joindre l'*érotisme oral* et l'*érotisme urétral*. Le premier maintint la fixation au sein maternel; c'est lui qui, lorsqu'il eut été refoulé, produisit les *nausées* en se combinant avec les tendances anales et urétrales et trouva à s'exprimer en *fantasmes onanistes* spécifiquement *oraux* (téter au sein, embrasser les

organes génitaux, manger des excréments). L'*érotisme urétral* subsista sous forme d'*éjaculation précoce*, d'*écoulements d'urine et de semence*. Sur le plan caractériel, ce sont ces forces instinctuelles infantiles qui, en s'opposant à l'orientation phallique masculine, conditionnèrent l'*infantilisme* et le *féminisme*. A cette fixation primaire vint ensuite s'ajouter un autre obstacle dans la voie du développement : les admonestations de son frère et les douleurs éprouvées dans les testicules réprimèrent l'*érotisme génital* avant qu'il ait pu se déployer pleinement. Ainsi fut barrée la voie d'une réelle identification phallique au père, laissant le champ libre au développement de la relation *infantile* et de l'identification à la *mère*. Le patient se servait de son membre comme d'un sein et entretenait une relation *anale* passive-féminine à l'égard d'hommes supérieurs (à travers les images du père et du frère).

Cependant, en plus de cette identification à la mère au sein du moi apparut une identification au père à partir de laquelle deux tendances se firent jour. D'une part, les interdictions dues à la sévérité de son père (et de son frère : interdit de la masturbation) s'étaient aggravées dans le moi et avaient accompli la plus grande partie du travail de refoulement. D'autre part son caractère se développa à l'opposé de celui de son père : c'est ce que nous avons désigné ailleurs par *formation réactionnelle du surmoi*. Comme il a été établi plus haut, ceci s'effectua pour l'amour de sa mère, dont le patient avait toujours pris le parti : il ne voulait pas "ressembler à son père mais en être exactement le contraire". La concrétisation de ces tendances fut d'autant plus facile qu'elles correspondaient totalement à son *infantilisme* et à son *féminisme*. Il en allait autrement des *identifications positives au père*. Non seulement il vénérât son frère et ceux de ses amis qui lui étaient supérieurs mais il voulait devenir leur égal. Les désirs que son idéal du moi (dans la mesure où ses aspirations étaient orientées vers le positif) puisait à cette source, étaient condamnés à n'être jamais concrétisés et donnaient lieu à des sentiments d'infériorité. En effet, pour réaliser la partie positive et masculine de

son idéal du moi, il lui aurait fallu avoir une libido génitale vigoureuse; or celle-ci, nous l'avons vu, ne s'était pas épanouie. Par suite, les identifications positives au père n'eurent lieu que dans le surmoi¹.

Il n'est pas en notre pouvoir de déterminer pourquoi la puberté connut un développement aussi linéaire chez notre patient, ni si la structure particulière de sa libido n'a pas eu un effet inhibiteur sur l'appareil génital. Le fait est que les phénomènes pubertaires qui se produisent d'habitude entre la douzième et la quatorzième année de la vie ne se manifestèrent chez lui qu'à partir de la vingt-deuxième. C'est vers cette époque qu'il commença à se masturber, mais en ayant des fantasmes prégénitaux, de forts sentiments de culpabilité et des craintes qui l'amènèrent à se restreindre. Nous voyons dans la spermatorrhée et l'énurésie les conséquences de l'excitation somatique qui n'avait pas été liquidée. Elles exprimaient la réalité suivante : dans les fantasmes, le pénis était mis au service de l'identification à la mère (le pénis comme sein) et des mécanismes prégénitaux, si bien que les excitations devaient être éliminées sans orgasme.

Lorsque l'excitation sexuelle somatique et les revendications masculines de l'idéal du moi l'amènèrent à rechercher une femme, la fixation prégénitale se dressa aussitôt contre elle : il pressa contre elle ses organes génitaux, laissa s'écouler la semence et tourna le dos à la femme, soumis à la motivation inconsciente qu'il recevait un lavement. Tout se passa comme si la genitalité s'était vu refuser l'accès de l'appareil sexuel habitué aux excitations prégénitales.

L'analyse commença alors par liquider la constipation. Celle-ci s'effaça dans la mesure où ses éléments déterminants purent être rendus à la conscience. Les lourdeurs dans la tête disparurent en même temps que la constipation, sans que l'analyse parvint à élucider leurs déterminations. L'oppression que le patient ressentait

dans la poitrine s'avéra être un symptôme larvé de peur (peur du fantôme) et s'évanouit au cours de l'analyse, mais on ne put trouver sa détermination spécifique. De même, les écoulements de semence et d'urine disparurent, les pollutions au contact de la femme cessèrent. Au quatorzième mois de l'analyse, à la suite de la découverte des scènes de castration, le patient réussit à deux reprises à coïter. Cependant, la tendance génitale psychique restait faible; il ne manifestait aucun désir de coït. L'analyse avait trouvé ses limites dans la structure psychique du patient. Ce qui n'avait pas été développé dans l'enfance, ne put être recréé dans l'analyse. Il est certain que celle-ci doit toujours compter avec les énergies instinctuelles existantes; elle est en mesure de réorganiser ces énergies, mais elle ne peut rien y ajouter. Une attitude plus objective vis-à-vis de sa mère, une certaine indifférence envers son père et son frère prouvèrent que les liquidations analytiques avaient réussi pour autant, justement, qu'elles étaient possibles. Dans le reste de sa personnalité, le patient devint également plus libre. Les succès obtenus, à vrai dire, ne furent guère en mesure de contrebalancer la déficience génitale, même s'ils l'aiderent à la supporter plus aisément. Il n'est pas à exclure qu'une poursuite de l'analyse eût pu obtenir davantage; néanmoins, vu la structure de sa libido, c'était quelque chose d'assez peu vraisemblable.

L'asthénie psycho-génitale que présentait notre patient était la cause de l'asthénie de l'appareil génital; ces deux faiblesses s'exprimaient dans la gravité de son éjaculation précoce. La structure libidinale de cette perturbation de la puissance est caractéristique des formes graves de la neurasthénie chronique.

1. Cf. à ce propos l'exposé que j'ai donné des "identifications manquées" dans *Der triebhafte Charakter*, op. cit.

b) *L'asthénie génitale*
Deux formes d'éjaculation précoce

Le mérite d'avoir éclairci la nature de l'éjaculation précoce revient à Abraham¹. Tout d'abord, ce terme ne signifiait qu'un simple fait : l'émission prématurée de sperme que l'on rencontre dans certaines névroses. Mais Abraham démontra qu'en ce qui concerne le mode d'émission du sperme, l'éjaculation précoce est une miction. Ces malades se sont habitués au plaisir passif de laisser-couler et pour eux, éjaculer, c'est à proprement parler uriner. Abraham souligne ensuite les points caractéristiques suivants :

1) La libido de ces malades manque d'une activité masculine vigoureuse.

2) La zone génitale ne s'est pas transformée en zone directrice.

3) La surface du gland est insuffisamment excitable.

4) Le sexe est souvent surexcitable, ce qui serait signe de son impuissance. Les fonctions génitales proprement masculines (érection, intromission, frottement) en sont diminuées.

5) Il existe une érogénité spéciale du périnée et de la partie arrière du scrotum.

6) Les sensations de plaisir sont localisées dans la base de l'urètre. Du point de vue caractériel, de tels malades sont, ou bien mous, sans énergie, passifs et peu virils, ou bien toujours pressés et sous tension. Il peut arriver, par suite d'une résistance aux tâches spécifiquement masculines, que se révèle directement le désir d'assumer le rôle sexuel de la femme. Sans doute, chez maints patients, existent l'envie du coït et la capacité érective, mais l'érection disparaît après l'intromission ou juste avant.

En ce qui concerne la genèse, Abraham fait

1. "Ueber ejaculatio praecox", *Klinische Beiträge zur Psychoanalyse*, Internationale Psychoanalytische Bibliothek Nr. X, 1921.

ressortir que ces malades n'auraient pas atteint la disposition normale de l'homme vis à vis de la femme, et en serait plutôt resté au stade du narcissisme. A cela s'ajoute un renforcement constitutionnel de l'érotisme urétral qui amène une surestimation du pénis comme voie urinaire. "Et quand les exigences de la fonction sexuelle proprement dite atteignent cet organe, celui-ci alors s'y soustrait."

En ce qui concerne le pronostic, "les cas les moins favorables" sont, selon Abraham, "ceux où l'éjaculation précoce s'est déclarée dès l'âge de la puberté et s'est depuis souvent reproduite pendant plusieurs années consécutives. Il s'agit alors de cas de prédominance extraordinairement forte de l'érotisme urétral sur l'érotisme génital."

Notre recherche vient ici compléter les résultats d'Abraham dans la mesure où nous voulons dégager deux formes fondamentales d'éjaculation précoce, qui se distinguent et par leur genèse et par leur pronostic.

Ce qui nous a conduit à distinguer ces deux formes, ce sont les différences cliniques suivantes :

1) Soit l'éjaculation précoce a toujours existé, soit elle n'est apparue qu'après une période de relative puissance sexuelle.

2) L'émission de sperme se produit soit avant, soit après la pénétration du membre.

3) L'émission prématurée de sperme se produit soit continuellement, soit par à coups.

4) Le membre peut alors être soit rigide, soit flasque.

5) Le membre présente sa sensibilité maximale soit sur le gland, soit dans l'urètre.

6) Dans les fantasmes sexuels, qu'ils soient conscients ou non, de deux choses l'une : ou bien l'idée de la pénétration du membre dans le vagin est prédominante, avec ou sans impression de plaisir, ou bien elle est remplacée par des fantasmes prégénitaux (se blottir contre la femme, embrasser ses seins, être attaché etc.).

Les caractéristiques précédentes se laissent plus ou moins clairement regrouper en deux catégories

L'éjaculation *ante portas* (avant pénétration) s'accompagne en général d'un écoulement urétral du sperme, d'un membre plus ou moins flasque et de fantasmes prégénitaux, alors que l'éjaculation juste après l'intromission est liée à une érection, parfois même à un jaillissement rythmé de la semence et, invariablement, à des fantasmes actifs de coït. On rencontre parfois des exceptions à cette règle, notamment l'éjaculation *ante portas* avec un membre rigide. L'expérience confirme systématiquement que la première forme est de loin la plus grave et est en général chronique, tandis que la deuxième forme se produit le plus souvent après une période de relative puissance et est tout à fait curable par la psychanalyse.

La distinction entre ces deux catégories est à rechercher dans une différence d'infrastructure libidinale. La forme grave comme la forme bénigne sont des maladies de fixation, mais la première au stade anal (-urétral) et la seconde au stade (urétral-) génital. Dans les deux cas, le symptôme a, entre autres, la signification de la miction, mais l'érotisme urétral est lié, dans la forme grave, à la libido prégénitale et, dans la forme bénigne, à la libido génitale. La présence de la libido génitale s'exprime clairement dans les faits suivants:

- 1) Capacité d'érection.
- 2) Le gland est bien plus excitable que l'urètre ou la racine du pénis.
- 3) Fantasmes de coït.
- 4) Caractériellement, les hommes qui souffrent de la forme bénigne d'éjaculation précoce sont masculins, actifs et agressifs; ce sont souvent aussi des homosexuels actifs déclarés. La maladie est apparue après une période de relative puissance sexuelle.

L'absence des composantes génitales dans l'éjaculation précoce ou encore la prédominance de la structure anale se traduit par les caractéristiques suivantes :

- 1) Les malades n'ont jamais été puissants.
- 2) Les fantasmes de coït hétérosexuel sont totalement absents ou cèdent le pas aux fantasmes prégénitaux.

(Il ne faut évidemment pas se laisser dérouter par les désirs exprimés par un patient qui déclarerait être venu se faire soigner pour pouvoir atteindre le coït. Tout dépend des fantasmes inconscients du malade).

3) L'excitabilité du gland est faible ou nulle (insensibilité partielle ou totale du pénis). Le centre des sensations voluptueuses est l'urètre; les sensations s'étendent presque toujours jusqu'à la zone du périnée.

4) On peut à peine mentionner l'érection, car soit elle ne se produit pas du tout, soit le membre se recroqueville.

5) Caractériellement, les malades sont passifs-féminins. L'analyse dévoile, à côté d'un sadisme refoulé, un masochisme moral et érogène considérable. En outre, on rencontre presque toujours des symptômes de neurasthénie, comme la constipation chronique, les maux de tête, la tendance à la fatigue, la spermatorrhée et la lassitude hypochondriaque.

Ces deux formes se distinguent aussi dans leur éclosion : la plus grave est apparue le plus souvent à cause d'une *fixation primaire au domaine prégénital*; la moins grave résulte d'une *régression* au désir incestueux *génital*. Dans l'éjaculation précoce du stade *génital*, l'attachement *génital* à la mère a été atteint par l'angoisse de castration. Mais une forte structure phallique a maintenu l'identification au père et empêché toute régression plus profonde vers des stades antérieurs. Dans bien des cas, l'angoisse de castration inspirée par la mère consiste dans la crainte d'une "chose" dangereuse (le pénis du père) située dans le vagin, ou bien dans l'idée inhibitrice que le vagin serait armé de dents, avec lesquelles il pourrait mordre le membre. Le plaisir d'uriner s'est mis au service des tendances génitales et exhibitionnistes, mais il est aussi la cause de l'écoulement du sperme. L'éjaculation précoce exprime donc, ici, selon l'expression d'un patient, la peur de "se risquer dans la gueule du loup" et forme une protection contre un trop long séjour à l'intérieur. Pour bien des patients cette crainte est parfaitement consciente. L'écoulement urétral ou même le jaillissement rythmique prématuré du sperme sont

avant tout l'expression d'une telle crainte, à la façon des enfants qui réagissent presque toujours à l'angoisse et à l'effroi par des diarrhées et des mictions involontaires. Derrière l'identification au père qui marque le caractère du sceau masculin-actif, on voit parfois aussi à l'oeuvre une identification à la mère; mais celle-ci se réfère au stade génital et ne recouvre d'ailleurs pas, sur le plan caractériel, l'identification au père. Ce qui fait ici la différence avec l'impuissance érective sans éjaculation précoce, c'est l'importance de l'érotisme urétral.

Bien différente est la structure libidinale de *l'éjaculation précoce* ou *ante portas de la phase anale*. D'après mon expérience, il s'agit dans la plupart des cas, d'une inhibition du développement et d'une fixation primaire au stade anal-urétral, avec ou sans activation partielle de l'étape phallique. Je ne connais qu'un seul cas où l'analyse a pu mettre en évidence une régression complète du stade génital au stade anal. S'il s'agit d'une régression, l'identification génitale au père a été abandonnée au profit d'une identification anale à la mère. S'il s'agit d'une fixation ou d'une régression totale, c'est le désir génital qui fait également défaut et est habituellement remplacé par des relations urétrales vis-à-vis de la mère et passives-anales vis-à-vis du père. Les satisfactions anaales et urétrales sont d'ordinaire manifestes sans que le patient en soit pour autant nécessairement conscient. Tandis que l'angoisse de castration domine dans l'éjaculation précoce de type génital, celle de type anal est placée sous le signe de la satisfaction auto-érotique, voire du plaisir de souiller la femme d'urine et d'excrément.

On repousse le moment d'uriner, qui est ressenti comme particulièrement agréable lorsque la vessie est bien pleine. La miction est investie de qualités anaales (Ferenczi)¹. De même, la défécation est particulièrement agréable. Tel patient passait un long moment au cabinet d'aisance, pour laisser sortir les excréments lentement

et en plusieurs fois. Il lui arrivait souvent de ne pas aller à la selle de huit jours pour pouvoir ensuite extraire avec son doigt l'excrément durci. Deux autres patients, qui réussissaient à dégager une certaine libido génitale, si minime fût-elle, et un désir du coït, allaient au cabinet d'aisance avant de se rendre chez la femme, dans l'attente impatiente de ce qui allait se produire. Après l'expulsion des excréments, tout "plaisir au coït" avait disparu.

Si, pour la forme génitale de l'éjaculation précoce, l'essentiel du travail thérapeutique est achevé quand le désir incestueux et l'angoisse de castration sont éliminés, par contre, dans la forme anale, le succès de la cure ne se manifeste que lorsque le patient est en mesure d'abandonner le bénéfice du plaisir anal et urétral. Ce n'est qu'après la libération d'une génitalité puissante auparavant refoulée (chose qui s'applique uniquement aux cas qui résultent de régression) que le *combat entre la libido génitale et pré-génitale* peut trouver une issue favorable. Je renvoie là-dessus à mes deux travaux sur la signification thérapeutique de la génitalité.

Il faut en outre souligner que l'identification dominante à la mère fait obstacle à la guérison. Cette identification constitue la principale opposition caractérielle car elle est reliée au besoin de punition par le père. Beaucoup des attitudes de ces malades peuvent se résumer par la formule suivante: "Je suis coupable vis-à-vis de mon père, je n'ai pas le droit d'être ni de faire comme lui, il me faut au contraire payer ma faute en me dévouant à lui." Le sentiment de culpabilité vis-à-vis du père existe aussi dans la forme génitale; mais le plaisir pré-génital n'y a pas un poids important. Et c'est ce bénéfice de plaisir pré-génital qui, dans l'autre forme, se relie aux fantasmes masochistes et investit de libido anale le sentiment de culpabilité; il en résulte des difficultés thérapeutiques spéciales.

L'identification à la mère contient très souvent un autre facteur déterminant de l'éjaculation précoce: *dans l'imagination du patient, le pénis a pris la valeur du sein et le sperme celle du lait*. Comme jadis

1. Versuch einer Genitaltheorie.

la mère tendait le sein à son enfant, le membre est maintenant tendu vers la femme. Dans les fantasmes et au cours des préliminaires, typiquement surgit le désir de se blottir et de se serrer tout contre la femme. Dans les cas les plus graves le sperme se met alors à couler. D'un côté, après avoir abandonné ou n'avoir jamais assumé son rôle masculin, on se livre à la femme (la mère) comme un enfant et désire sa poitrine. Le fantasme de téter au sein est caractéristique de ces cas. (Chez un de mes malades, le sperme s'écoulait pendant qu'il tétait le sein de son amie.) Mais d'un autre côté, le patient joue à être la mère qui offre le sein à l'enfant, comme s'il voulait montrer à la femme ce qu'il attend d'elle (le "geste magique" de Liebermann). La tétée au sein et l'écoulement du sperme se complètent donc en une mise en scène du désir d'être tété. Voilà qui donnerait un sens plus profond au fait constaté par Abraham que le patient urine contre la femme. Un autre patient avait l'impression que le sperme était contenu dans le membre et croyait pouvoir l'en extraire par pression. L'écoulement goutte à goutte du sperme et de l'urine, qui est si souvent associé à la forme grave de l'éjaculation précoce est lui-même lié à l'idée inconsciente que le pénis serait le sein tant désiré d'où coule le lait. Ainsi, un malade avait dans son enfance aimé présenter à ses camarades son membre à sucer. Un autre parvenait encore, à l'époque de l'analyse, à sucer son propre pénis. Il jouait ainsi à la fois la mère et l'enfant.

Mais outre ces déterminations psychiques, il ne faut pas négliger l'état d'excitation permanent des organes, particulièrement de l'urètre et du périnée. Dire que l'organe est médiocre a en soi peu de sens. Cette médiocrité a-t-elle toujours été présente? Selon l'avis des urologues, l'hyperexcitabilité de l'appareil génital et l'éjaculation précoce sont conditionnées par l'hyperémie¹ chronique des parties génitales et par l'hypertrophie de la prostate. Il faudrait néanmoins examiner si le mode spécial de satisfaction sexuelle

1. Présence d'un excès de sang dans un organe (N.d.T.)

de ces patients ne serait pas précisément la cause de cette hyperémie. Une telle hypothèse s'appuie sur la considération suivante : dans les conditions normales, les parties génitales deviennent hyperémiques pendant les préliminaires et cette hyperémie aiguë disparaît immédiatement après l'orgasme. Quant à ceux qui sont atteints d'asthénie génitale, ils sont orgastiquement impuissants par suite de leur mode de satisfaction et cela entraîne une disposition permanente à l'excitation sexuelle et, par voie de conséquence, une hyperémie chronique. A coup sûr, l'hyperémie qui résultait tout d'abord de circonstances psychiques peut, une fois devenue chronique, créer des modifications somatiques profondes.

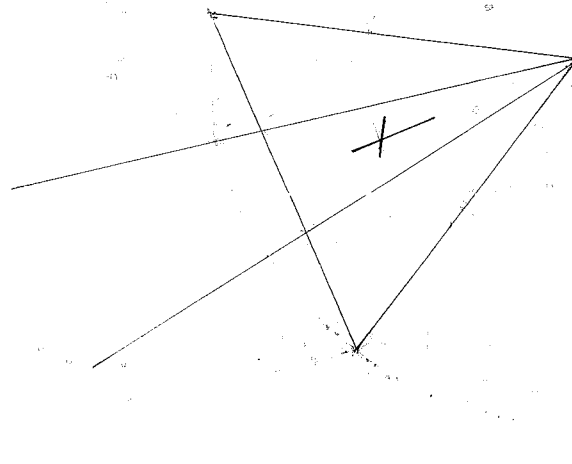
Tandis que, dans l'éjaculation précoce génitale, la satisfaction génitale est restée, malgré tout, le véritable but, le malade qui est atteint de la forme grave d'éjaculation précoce a renoncé au coït et ce sont les préliminaires qui constituent son objectif principal. Le pénis, en cessant d'être l'expression et l'instrument de la masculinité, s'est transformé en sein, sur le plan de la *représentation*, se mettant ainsi au service de la *féminité* inconsciemment *désirée*. Ainsi, nous pouvons parler d'une *érotisation orale du pénis* (contrepartie de la génitalisation hystérique de la zone buccale).

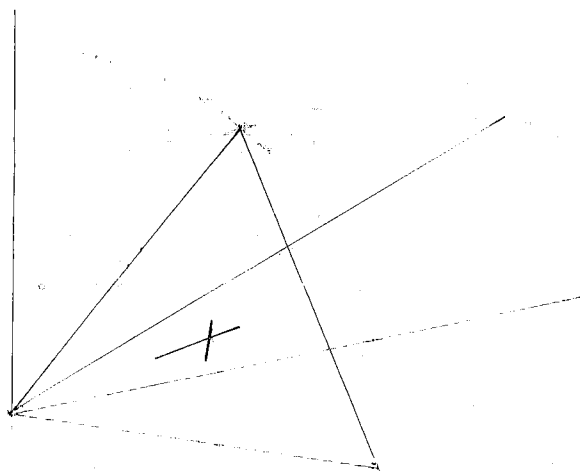
L'*asthénie génitale* résulte d'une invasion de la zone génitale par la libido pré-génitale. Il faut la distinguer des autres formes d'impuissance, où la génitalité garde des élans qui, tout en étant inhibés, restent centrés sur les organes génitaux. La formule inconscience essentielle pour un impuissant affligé de faiblesse génitale, c'est : "*Je ne veux pas avoir de commerce sexuel, mais seulement utiliser mon sexe de telle ou telle façon*"; alors que celle de l'homme simplement impuissant est : "*Je désire le coït, mais je ne le pratique pas, parce que je crains un danger*".

La mobilisation pré-génitale des organes génitaux entraîne la répercussion sur le reste du corps de toute l'excitation qui ne peut être éliminée que dans l'orgasme

génital; à quoi s'ajoute l'excitation sexuelle permanente : ainsi naissent les *malaises hypocondriaques*. Le malade ne se fait pas "des idées", comme le pensent les médecins d'orientation exclusivement somatique, il s'agit, au contraire, de perturbations *corporelles* bien réelles, comme l'ont montré Freud, Ferenczi et Schilder. L'alternance des états d'excitation et de fatigue physiques, l'incapacité d'agir des neurasthéniques, leur perpétuelle hâte et leur sentiment incessant d'être pressés, voilà autant de conséquences de l'asthénie génitale.

C'est un fait que les neurasthéniques, sur la base de leur faiblesse génitale et de leur impuissance orgastique, développent une forme spécifique de caractère; aussi voyons-nous là la grande importance théorique de l'étude des névroses actuelles même pour la théorie du caractère. L'analyse de tels malades nous montre qu'aucune excitation psychique ne se produit sans résonance corporelle et qu'aucun processus physique ne manque d'entraîner une réaction psychique. C'est justement les névroses actuelles qui, semble-t-il, nous montrent la voie à suivre pour accéder aux fondements biologiques communs aux réactions physiques et psychiques. Mais cette recherche s'écarte de notre propos.





CHAPITRE VI

LA THEORIE PSYCHANALYTIQUE DE LA GENITALITE

Avant la psychanalyse, la psychologie ne pouvait pas poser le problème du développement des tendances génitales. En effet, elle se trouvait, alors, sous l'emprise du préjugé selon lequel "l'instinct sexuel" ne s'éveillerait qu'au moment de la puberté et prendrait d'un seul coup toute sa signification psychique, non seulement comme aspiration interne, mais aussi comme désir dirigé vers un objet de l'autre sexe. Freud effectua le premier la distinction entre le *but de l'instinct* et l'*objet de l'instinct*. De plus, affirma-t-il, il existe des stades prégénitaux de la sexualité, et la libido les parcourt pendant les premières années de la vie sans que ces tendances prégénitales ne se groupent encore sous le primat de la sphère génitale. Les formes prégénitales du besoin sexuel seront-elles purement et simplement abolies par les formes génitales? Ou bien prendront-elles, en quelque façon, une part active au primat de la génitalité? La réponse à ces questions va déterminer l'excitabilité physiologique des zones érogènes génitales. Mais le problème, bien plus vaste, englobe la participation des attitudes et des expériences enfantines et la nature des motivations qui président au choix de l'objet hétérosexuel. Il nous faudra donc distinguer les aspects suivants : premièrement, apparition de l'excitation génitale (*but de l'instinct*); deuxièmement, dévelop-

pement de l'amour objectal psycho-génital (*objet de l'instinct*); troisièmement, lien génétique des deux moments précédents (*interaction entre le vécu et l'instinct*).

Dans sa première conception, Freud maintenait qu'il n'y avait pas de primat de la génitalité avant la puberté, que les pulsions pré-génitales partielles ne se regroupaient qu'à cette époque sous le primat de la génitalité¹. Ces affirmations ont été corrigées par la suite². En fait, le primat de la génitalité apparaît dès l'enfance dans la "phase phallique" du développement libidinal. Ce stade concerne aussi bien un sexe que l'autre. D'une part, c'est alors que se constitue le plus ferme fondement de la conscience de soi masculine: la fierté d'avoir un pénis; d'autre part, apparaît chez la fillette l'envie d'avoir un pénis, qui est à l'origine du sentiment d'infériorité féminin et de ses compensations³. Ici, "il y a bien un masculin, mais pas de féminin; l'opposition s'énonce ainsi: *organe génital masculin ou châtre*"⁴. C'est seulement quand le développement s'achève, à l'époque de la puberté, que la polarité sexuelle coïncide avec masculin et féminin" (Freud, *loc. cit.*). Le garçon possède en lui les tendances de cette étape, tandis que la fillette, après avoir constaté l'infériorité relative du clitoris, se trouve dans l'obligation de mobiliser d'autres qualités érogènes pour instaurer le primat vaginal et transférer au vagin l'érotisme clitoridien. Ce processus ne s'achève

1. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*.

2. "L'organisation génitale infantile", dans *La vie sexuelle*, Paris, 1969.

3. Cf. H. Deutsch, *Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktionen* (Psychanalyse des fonctions sexuelles féminines), Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse Nr. V, 1925.

4. J'ai publié par ailleurs l'histoire d'une patiente ("Eine hysterische Psychose in statu nascendi", *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. XI, 1925) qui, au cours de l'analyse, se souvint d'avoir formé dans sa troisième année la théorie suivante: il y a deux sortes de garçons, les gentils et les méchants. Aux méchants garçons, c'est-à-dire aux filles, on a enlevé le membre pour les punir d'avoir touché à leurs parties sexuelles.

vera définitivement que dans des circonstances favorables et, en tous cas, pas avant la puberté. Selon l'avis quasi unanime des auteurs, le vagin ne joue, pendant l'enfance, aucun rôle comme zone érogène. Et de fait, les analyses ne donnent aucune indication de masturbations vaginales pendant l'enfance, à l'exception des malades qui ont été amenées très tôt à des manipulations semblables au coït et qui, de cette manière, ont découvert le vagin comme organe de plaisir.

Comment se peut-il que la fillette qui, comme le garçon, arrive à la phase génitale avec un attachement à sa mère se tourne maintenant vers le père? Tel est le sujet de la dernière étude de Freud: "Quelques conséquences psychologiques de la différence anatomique entre les sexes"¹. Pour le garçon, le problème est d'autant plus simple qu'il n'a pas à changer d'objet, mais simplement à passer de l'attitude relativement passive de la phase pré-génitale à celle plus active de la phase phallique. Par contre, la fillette ne devient pas seulement active, elle change également d'objet. Elle s'éloigne de sa mère et se tourne vers son père. A cela Freud donne trois raisons: 1) Si la mère préfère un autre enfant, la séparation commencera par la jalousie. 2) La mère est rendue responsable de l'absence de pénis, car c'est elle qui a "lancé l'enfant dans la vie avec un équipement aussi insuffisant"². 3) Les femmes, selon Freud, supportent en général moins bien l'onanisme que les hommes; de là il n'y a qu'un pas à admettre que cette activité agréable est gâchée par l'atteinte narcissique de l'absence de pénis, puisque la fillette est "avertie qu'elle ne peut sûrement pas se mesurer au garçon sur ce point et qu'il vaut mieux s'abstenir

1. Dans *La vie sexuelle*, *op. cit.*

2. Voici un rêve d'une de mes patientes: "Je me trouve dans une chambre dont le plafond se met soudain à s'effondrer. Je sais que je dois sortir immédiatement. Une fois dehors, je me rends compte que j'ai oublié à l'intérieur un objet oblong. Je veux me dépêcher d'aller le rechercher, mais il est trop tard." Ce rêve signifie qu'elle a oublié à sa naissance le pénis dans le ventre maternel et qu'elle voudrait maintenant aller le reprendre.

de lui faire concurrence". La fillette abandonne le désir d'avoir un pénis et le remplace par celui d'avoir un enfant et, "dans ce dessein, elle prend son père comme objet d'amour". Ainsi, chez les filles, le complexe de castration précède le complexe d'Œdipe, alors que, chez les garçons, celui-ci va dégénérer en angoisse de castration¹. Ces raisons, découvertes sur quelques cas, justifient-elles, d'une manière générale, le choix par la fillette d'un objet hétérosexuel? Freud laisse la question en suspens. Certes, ces événements de l'enfance de la fillette sont typiques et peuvent être comptés au nombre des circonstances normales de l'évolution sexuelle féminine; néanmoins, tout cela nous semble quand même insuffisant pour expliquer que la femme se tourne ultérieurement vers l'homme.

Avant d'exposer quelques résultats d'analyses, nous voudrions discuter le point de vue de Rank. Celui-ci, dans son dernier travail "Sur la genèse de la genitalité"², part du même problème que Freud, mais il voit la difficulté non plus dans le choix objectal de la fillette, mais dans celui du garçon.

Primitivement, les deux sexes sont fixés à la mère (au sein) par leur libido orale. Mais on aura finalement la situation suivante : la fillette convoite de manière vaginale le pénis de l'homme et le garçon désire phalliquement le vagin de la femme. Selon Rank, la chose se présente de façon relativement simple chez la petite fille : la masturbation infantile du clitoris n'est qu'une extension des jeux avec le mamelon, et la poitrine maternelle sera remplacée par la succion du pouce, puis par le pénis de l'homme. Il se produit un déplacement global de la libido orale vers la sphère génitale : le pénis finit par jouer le rôle du sein et le vagin

à
bon
page
précédente

1. Cf. Freud, "La disparition du complexe d'Œdipe", dans *La vie sexuelle*.

2. "Zur Genese der Genitalität", *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. XII, 1926 (reproduit dans *Sexualität und Schuldgefühl* - Sexualité et sentiment de culpabilité -, Internationale Psychoanalytische Bibliothek, tome XX).

celui de la bouche, de telle sorte que la situation finale reproduit fidèlement celle du début.

Il en va autrement chez les garçons. "Au pousse que l'on suce en remplacement du mamelon, les jeux avec le pénis vont substituer le creux de la main, qui alors remplace le creux de la bouche... A l'âge mûr, le sperme se présente encore comme un remplacement du lait, en sorte que l'on peut voir en la masturbation tardive une substitution valable de la tétée dans le cadre de l'étape narcissique de la genitalité". Selon Rank, le mécanisme de la masturbation serait donc totalement différent : pour le garçon, il s'agit d'un substitut complet de la tétée (pénis/sein; creux de la main/bouche; émission de sperme/écoulement de lait); au contraire, pour la petite fille, il ne s'agit que d'un jeu à l'aide d'un autre substitut du sein, le doigt que l'on suce et qui ne prendra qu'ultérieurement la valeur du pénis. Et cette différence, Rank suppose qu'elle va aider à atteindre le but final du développement normal : il y aurait alors accaparement génital de la mère par le garçon et la fillette "s'identifierait avec celle-ci grâce à un investissement narcissique de sa propre poitrine par sa libido narcissique". La signification que Rank donne à cette phrase n'apparaît pas clairement : ce qu'il décrit comme normal aboutit justement à un résultat que l'on rencontre chez beaucoup de névrosés et dont il est le premier à souligner l'antagonisme avec la structure normale. Mes propres recherches sur le déplacement de la libido dans la neurasthénie chronique ont montré que les plus graves carences de la puissance se produisent chez les hommes pour qui le pénis et le sperme sont respectivement devenus des substituts complets du sein maternel et du lait. Quant aux filles dont la poitrine est investie de libido narcissique, elles ont tendance à refuser les hommes car, dans leurs fantasmes, elles donnent inconsciemment à leur poitrine la valeur du pénis. L'imprécision qui porte sur les différences entre le développement sexuel normal et pathologique et poursuit dans la phrase suivante du même travail de Rank : "Notre intérêt... ne se porte pas tant sur la façon dont le viol sadique-oral primitif de la mère

est

par le nourrisson passe dans la vie sexuelle normale ou perverse que sur la manière dont le reste (nous serions tenté de dire le *reste sordide*¹, en nous fondant sur le nombre des perversions et des névroses) est accaparé par la phase génitale". Nous craignons qu'il n'y ait là une imprécision de terminologie. En effet, l'évolution sexuelle de maintes névroses et perversions se distingue justement par l'*excès* de libido orale, sadique ou autre, qui a été "accaparé par la phase génitale". En d'autres termes, il y a alors fixation de la libido à des attitudes orales ou sadiques. Dans quelle mesure l'*intérêt libidinal* a-t-il été *arraché aux zones pré-génitales* et tourné vers la zone génitale? Mieux, dans quelles conditions la libido génitale peut-elle se déployer *sans trop interférer avec les tendances pré-génitales*? Voilà les questions qui concernent le développement sexuel normal. Poser le problème suffit à montrer ce qui nous sépare : Rank se demande comment la *généralité émerge* des zones pré-génitales, nous nous demandons comment la libido génitale peut *s'épanouir* sans être perturbée par les influences de la libido pré-génitale.

Le cadre même de l'analyse psychologique, qui ne devrait s'aventurer qu'en dernière extrémité à des cas particuliers, comporte une nette différenciation entre "développement des instincts" et "développement des relations avec le monde extérieur". Certes, celles-ci reposent sur la structure instinctuelle, mais elles représentent une étape supérieure du développement des instincts et, de plus, dépendent essentiellement de l'expérience individuelle. "Genèse de la généralité" peut donc signifier : soit l'apparition des *aspirations* génitales, soit l'apparition de l'*amour objectal* génital et le *choix d'objet*. Du point de vue de la méthode, rien n'interdit de rechercher par la psychologie la genèse de l'amour objectal, mais on ne peut pas en faire autant pour l'érotisme phallique, qui découle d'excitations corporelles et ne saurait donc être saisi par la psychologie.

1. Les italiques sont de moi.

Rank conçoit l'érotisme phallique comme un sous-produit et non pas comme une donnée psychologique irréductible. Cela se traduit dans les phrases suivantes (*loc.cit.* p.418) : "L'agressivité peut temporairement se dépenser dans le stade génital (et primitivement dans le stade oral), c'est cette aptitude que nous caractérisons par le terme de puissance (chez l'homme). L'érection qui en est le signe apparent serait, pour ainsi dire, un symptôme passager de conversion de la libido sadique-orale (appétit sexuel)". On voit mal pourquoi l'érotisme génital aurait besoin d'une explication psychogénétique plus que l'érotisme oral ou anal, par exemple, à propos desquels personne ne s'est, jusqu'à présent, posé la question. Par contre, si l'on se demande ce que l'érotisme phallique fait apparaître, Freud nous fournit, en première approche, une réponse suffisante : les frustrations de la satisfaction anale, c'est à dire les excitations externes et internes liées à l'apprentissage de la propreté, doivent être rendues responsables des modalités de cette manifestation. A cet argument de méthode s'ajoute l'expérience de nombreux cas cliniques, dans lesquels l'érection est refusée ou bien, comme dans la névrose obsessionnelle, la satisfaction demeure faible, lorsque précisément le phallus s'est mis au service des tendances orales ou sadiques.

Exactement les mêmes objections doivent être opposées aux tentatives d'explication analytique de l'*acte sexuel*. Ainsi, selon Rank, vis-à-vis de la satisfaction orale refusée (sein maternel), "l'acte sexuel normal serait non seulement un substitut, mais en même temps une vengeance sadique. Et le déplacement de l'équilibre en faveur de l'une ou l'autre de ces tendances entraîne les perturbations bien connues de la vie amoureuse, que l'on peut résumer pour les deux sexes par la formule : ou bien excès de satisfaction orale avec la mère (le sein) ou bien excès de vengeance contre la privation de cette satisfaction". L'acte sexuel normal ne doit-il donc être qu'un substitut ou un acte de vengeance? Ne parlons même pas de ces autres conceptions qui vont jusqu'à faire de la jouissance

sexuelle de la femme le point culminant d'une expérience masochiste. Et quand on en vient à affirmer que l'enfantement est pour la femme le sommet du plaisir sexuel, nous avons affaire soit à une imprécision troublante dans l'expression, soit à une supposition que ne vient confirmer aucun fait clinique. En effet, les patientes masochistes-vaginales sont toutes sans exception extrêmement timides et insensibles sur le plan sexuel. Nous maintenons donc que le sommet de la jouissance sexuelle se trouve, également pour la femme, dans l'acte sexuel (dans l'orgasme vaginal).

Outre les imprécisions dans la méthode, de telles interprétations des faits ont pour base une double erreur. D'abord, à partir d'un contexte que l'on rencontre chez les malades graves, on induit à la légère une interprétation des fonctions normales, en négligeant l'extension, l'intensité et la forme de la vie instinctuelle. En second lieu, on conclut fréquemment d'une simple analogie à l'identité. C'est ainsi qu'en psychanalyse on utilise souvent de façon imprécise les verbes "est" ou "signifie". Même si parfois cela ne doit être considéré que comme une inexactitude sans importance, cela peut, à d'autres égards, être la source de fausses assertions et de complications inextricables. Par exemple, le coït normal "serait" ou "signifierait" une régression au sein maternel. Qu'il le soit en fait, cela n'est pas possible. Qu'il le signifie, cela peut vouloir dire que le sujet, tout en souhaitant consciemment le coït, désire inconsciemment retourner au sein maternel. Si, dans une telle interprétation, on ne fait pas ressortir que l'on parle de l'inconscient archaïque, il y a évidemment transposition du domaine pathologique à celui du normal. Par exemple, quand un homme impuissant rêve de coït, il est possible qu'il exprime aussi par là sa nostalgie du sein maternel, mais il désigne indubitablement le coït lorsqu'en rêve il s'introduit dans une caverne ou qu'il fuit dans le sein maternel la castration supposée de l'acte sexuel. Ainsi, des interprétations imprécises risquent de faire complètement perdre de vue la raison principale de l'impuissance : le coït n'est plus seulement ni même plus du tout la satisfaction

de la génitalité propre, mais celle de la nostalgie du sein maternel ou de la libido orale ou encore du sadisme. Or, c'est une hypothèse maintenant confirmée, *les désirs génitaux régressent aux désirs prégénitaux et à la nostalgie du sein maternel, quand la satisfaction génitale est refusée par suite de l'angoisse de castration.*

Dans la "théorie de la génitalité" de Ferenczi, l'interprétation "bio-analytique" du coït a remplacé le point de vue de la psychologie individuelle. Il n'y a pas à cela d'objection de méthode. Notre expérience clinique nous permet même de confirmer une partie des hypothèses spéculatives de Ferenczi, celles qui assimilent l'éjaculation à l'autonomie biologique d'un organe cause de douleur ou de tension. Voilà qui établirait la valeur heuristique de bien des "spéculations". Quoi qu'il en soit, pour l'individu sain, l'éjaculation ne signifie certainement pas une castration. C'est seulement pour les névrosés, du moins la plupart d'entre eux, que l'orgasme peut prendre la signification d'un danger (castration) et s'en trouve précisément perturbée. Quant au sentiment normal de "se perdre" dans l'orgasme, il ne peut se manifester que lorsqu'il n'y a pas d'angoisse de castration.

Une autre partie des hypothèses de Ferenczi concernant la génitalité mérite une réflexion plus poussée. Ferenczi a tenté de comprendre le processus de friction et d'éjaculation comme résultat d'un mélange (amphimixis) des pulsions anale et urétrale. L'éjaculation serait un processus urétral tandis que la prolongation de la friction par la rétention du sperme serait un mécanisme anal. Dans ce combat entre le désir de donner et celui de conserver, la victoire finirait normalement par revenir à l'érotisme urétral. Dans l'éjaculation précoce, la pulsion urétrale l'emporterait trop tôt; dans l'impuissance à éjaculer la pulsion anale serait prépondérante. Un équilibre entre ces deux tendances serait nécessaire pour arriver à la puissance d'éjaculation. A cela il faut opposer que l'éjaculation s'explique complètement par le processus réflexe du centre spinal qui est mis en marche par la friction

en tant qu'excitation sensible. Et la friction elle-même ne peut pas plus s'expliquer psychologiquement que le grattement d'une démangeaison cutanée, à moins de vouloir interpréter le physiologique par le psychologique. De toute façon, cette interprétation n'était pour Ferenczi qu'un point de départ pour son hypothèse prometteuse sur la "bio-analyse". Mais l'expérience montre que la fonction génitale ne peut qu'être troublée par les tendances non-génitales. Donc, si l'hypothèse générale de Ferenczi est bien exacte, il faut ajouter un autre élément au simple déplacement des qualités anales et urétrales vers l'appareil génital pour que la fonction génitale normale puisse s'exercer. Ne serait-ce pas justement chez l'homme la libido phallique qui par son propre principe érogène engendrerait une telle modification?

Si l'on analyse la fonction génitale normale chez des hommes qui sont orgastiquement puissants au sens de notre définition, on trouve, outre l'amour objectal phallique qui s'exprime nettement, de nombreuses tendances plus ou moins accentuées, que nous reconnaissons d'après l'analyse des impuissants, comme pré-génitales, ou sadiques, ou comme nostalgie du sein maternel. Cela suffit-il pour tirer une conclusion quant à la genèse du processus et au "sens" d'une fonction? Certes non, car maintes tendances ont pu venir s'ajouter secondairement, après l'édification de la fonction ou spécifiquement déterminée. Par exemple, quand dans l'analyse d'un homme sain, on voit se développer des tendances sadiques ou orales, la fonction génitale subit des troubles, et sans aucun doute pour cette seule raison. Par contre, rien ne change quand on analyse le plaisir génital ou l'expérience orgastique, pourvu que l'on ne réveille pas par là d'anciens désirs incestueux. Normalement, l'érotisme génital n'est soumis à aucune restriction de la part du surmoi. Celui-ci tolère la génitalité, voire la *déprécie*, mais il ne la repousse aucunement. Et même cette fine différence entre la tolérance et la dépréciation de la satisfaction génitale par le surmoi se marque très clairement aussi bien dans l'intensité de la satisfaction finale et dans

l'attitude envers l'objet sexuel que dans les idées sur la sexualité; une simple comparaison suffit à le démontrer. Selon des modalités individuelles, l'érotisme pré-génital s'est secondairement fortement associé à la génitalité et *trouve avec elle sa satisfaction* dans le plaisir initial et final et c'est ce qui distingue la génitalité normale. Si, soit par refoulement, soit même par simple défense, de telles aspirations pré-génitales sont exclues de la satisfaction génitale, celle-ci, à son tour, en pâtira plus ou moins, selon l'intensité de l'excitation ou de la défense rencontrée. D'où provient ce rejet?

Il est invraisemblable que les aspirations pré-génitales et autres, n'appartenant pas à la génitalité, puissent participer sans altération, c'est-à-dire sans être influencées par la tendance génitale, à la satisfaction sexuelle générale. Cela devient clair dès que l'on pense aux buts de ces pulsions, qui doivent être modifiées en quelque façon lors de l'acte sexuel, sous peine de perturber le moi. Un baiser, comme introduction à l'acte sexuel, satisfait bien entendu la libido orale: son but primitif était la succion. Dans le baiser, ce but est *élevé au stade génital de la satisfaction*. La transformation de la succion en baiser peut être imputée sans hésitation à l'influence de l'érotisme génital sur l'oral. Le baiser avec la langue l'illustre encore mieux. Il faut bien sûr supposer une influence inverse quand par exemple dans les préliminaires, la bouche entre en contact avec les parties génitales du partenaire. Entre cela et la fellation ou le cunnilingue¹ comme perversion *exclusive*, on a tous les intermédiaires et l'impuissance grandit au fur et à mesure de la prédominance des visées pré-génitales.

L'analité est élevée au stade génital comme tendance au coït *a tergo* ou comme érotisme olfactif. De même le sadisme de l'homme et le masochisme de la femme deviennent respectivement activité masculine et passivité féminine. L'érotisme urétral semble pouvoir trouver une satisfaction complète dans l'éjaculation, par suite de ses relations génétiques avec la génita-

1. *Caresses avec la bouche sur les parties génitales du partenaire (N.d.T.)*

lité, ainsi que l'a fait remarquer Ferenczi. L'éjaculation *ante portas* avec amollissement du pénis représente la limite pathologique où l'érotisme urétral s'est totalement emparé du domaine génital.

Donc la "subordination des visées pré-génitales au primat de la génitalité" conditionne aussi dans la phase phallique *une modification qualitative* des pulsions partielles. Cette modification doit être attribuée au caractère phallique de la libido et aux influences du surmoi en formation. Mais n'importe quelle pulsion pré-génitale peut fort bien, par suite d'une fixation partielle ou d'un refoulement isolé, demeurer exclue de la génitalisation. Elle peut aussi au cours du développement des activités sexuelles, à la puberté ou plus tard, se trouver rabaissée et ne pas être admise à participer à la satisfaction génitale. Une telle mise à l'écart ou un tel refoulement partiel cache un double danger. D'une part, une plus ou moins grande quantité de libido est exclue de la satisfaction, forme une stase et le contre-investissement qui s'ensuit ne peut que troubler l'harmonie de l'expérience sexuelle. D'autre part, l'impulsion refoulée exerce un effet d'attraction sur les autres tendances et elle finit par devenir le repaire des désirs réprimés. Ainsi se constitue le germe d'une éventuelle névrose. Par exemple, les caractères obsessionnels qui sont capables d'érection dressent un rigoureux tabou contre toute position de coït autre que la "normale". Nous avons également montré par des exemples combien un érotisme anal qui se généralise peut perturber l'orgasme féminin. La revendication pulsionnelle refoulée ne pourrait à elle seule créer la névrose, si ne venaient s'y ajouter l'affaiblissement de la satisfaction sexuelle et sa conséquence, la stase de la libido. De ce point de vue, le tabou qui frappe toute manipulation plus ou moins liée à l'activité onaniste, présente un danger tout particulier. Soulignons spécialement le tabou des attouchements réciproques des parties génitales. Dans de tels cas, c'est une partie importante de la génitalité proprement dite qui se trouve exclue de la satisfaction. Les effets de cette exclusion ne se limitent pas à la satisfaction,

mais suscitent extrêmement facilement une insensibilité vaginale chez la femme et provoquent chez l'homme une apathie considérable dans l'acte sexuel, voire même un affaiblissement de la puissance érective.

Après avoir tenté de jeter quelque lumière sur le développement des buts pulsionnels et de leurs interrelations, revenons-en maintenant au problème du choix de l'objet.

Pour le garçon, le choix d'un objet hétérosexuel n'entre nullement en contradiction avec les buts pulsionnels des différentes étapes de sa libido. Les buts de la libido orale, sadique, urétrale ou phallique s'adaptent (pour une future structure sexuelle individuellement et biologiquement appropriée) à l'objet le plus proche de l'enfant depuis sa naissance : sa mère. Quant au changement des relations érogènes envers cet objet, nous avons déjà traité ce problème plus haut lors de la synthèse des conditions notoires du développement de la libido et de la problématique concernant la "génése de la génitalité". Passons donc au problème du choix d'objet chez la petite fille.

Sur ce sujet, deux points de vue partiellement antagonistes s'opposent dans la littérature psychanalytique. D'une part, Freud et H. Deutsch soutiennent que la féminité de la puberté et des périodes antérieures se développe par réaction à la disposition amoureuse de la fillette vis-à-vis de son père. Donc, la fillette suivrait tout d'abord la ligne de l'activité et de la virilité avant de se convertir à des critères féminins. Sur la base de ses analyses, Karen Horney¹ fut la première à défendre un autre point de vue. Selon elle, la frustration du désir d'avoir un enfant jouerait un rôle déterminant dans la genèse du complexe de castration féminin, de l'envie d'avoir un pénis et d'être un garçon. Quant aux attitudes masculines de la femme, il faudrait les considérer comme autant de

1. "Zur Genese des weiblichen Kastrationskomplex" (Genèse du complexe de castration féminin), *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. X, 1924.

formations réactionnelles et de conséquences de fausses identifications. Dans mes recherches sur les identifications manquées¹ dans les caractères refoulés, j'ai été amené à rejoindre ce dernier point de vue. D'ailleurs, Freud lui-même dans son dernier travail (*loc. cit.*) ne donne pas son explication du choix féminin de l'objet comme certaine et générale. Par contre, en étudiant le travail d'H. Deutsch, on se persuade qu'elle considère, semble-t-il, l'envie d'un pénis comme le moteur primitif de toutes les attitudes essentielles de la femme (l'enfant remplace le pénis et pendant le coït, le plaisir sexuel féminin résulte d'une identification à l'homme). Qu'est-ce qui se développe en premier lieu : le désir d'un enfant et la passivité féminine ou le désir d'un pénis et l'activité virile? A une telle question, il est bien sûr impossible de donner une réponse universellement valable. Néanmoins, en distinguant but et objet de l'instinct en ce qui concerne également le développement sexuel féminin, il est possible de supprimer bien des contradictions apparentes qui obscurcissent le problème.

Qu'il n'y ait pas dans l'enfance une organisation vaginale capable de devenir le fondement de la féminité affirmée, voilà un fait qui parle en faveur de l'hypothèse de Freud et H. Deutsch. L'onanisme clitoridien à l'âge œdipien et à la puberté appartiennent aux données typiques et le désir d'un pénis est systématiquement présent même s'il ne joue pas toujours un rôle pathogène primaire. Par exemple, on le trouve même chez les caractères les plus féminins et les plus maternels, fait que Horney souligne également. "Désir d'avoir un pénis" et "désir d'être un homme" ne sont donc pas identiques : on peut rencontrer le premier sans le second, mais pas l'inverse. *Le complexe de virilité de la femme est la manifestation caractéristique du désir d'un pénis* et ne peut apparaître que si une identification avec l'homme (le père) a déjà eu lieu dans le moi. C'est un cas très fréquent dans les névroses obsessionnelles des femmes. Chez les hystériques, en revanche,

1. Cf. *Der triebhafte Charakter*, op. cit.

le désir d'un pénis est demeuré sans influence essentielle sur l'attitude féminine et maternelle et ne s'exprime que par quelques symptômes très isolés.

L'analyse du développement de l'amour objectal hétérosexuel chez différents types de femmes frigides montre qu'il dépend bien moins de l'érotisme clitoridien et du désir d'un pénis que des conditions extérieures, auxquelles sont soumises les identifications.

Pour bien des femmes qui repoussent les hommes et l'hétérosexualité tout en affichant un comportement nettement masculin, une identification précoce et totale avec le père a été provoquée par l'attitude même de ce dernier¹. Ces femmes ont reçu trop peu d'amour et de compréhension de la part d'un père le plus souvent sévère, absent, froid ou même parfois brutal. Dans leurs fantasmes sadiques, elles se représentent elles-mêmes comme détentrices de ces caractères; ce qui contredit étrangement le mépris qu'elles réservent à la "brutalité des hommes", et des hommes seulement. Lorsque l'analyse a créé chez ces femmes un fort transfert positif, les désirs de maternité et la tendance à se livrer au médecin (le père) se mettent à émerger des couches profondes de l'inconscient, qui correspondent à une étape précédente du développement de la libido. L'analyse de tels cas a pu être menée jusqu'à l'âge limite où peut remonter le souvenir. On a pu montrer que la scène primordiale a été vécue en pleine identification avec la mère, puis, qu'à un certain âge, a pris naissance une identification au père qui allait supplanter et éliminer de la formation du caractère l'identification à la mère. Dans l'établissement de l'identification au père, la scène primordiale joue un rôle important. En effet, le comportement brutal de son père pendant la journée cadrerait parfaitement avec cette "scène de bagarre" que la petite fille avait épiée la nuit, si bien que l'enfant était donc naturellement amenée à penser que sa mère avait été battue, blessée, châtrée. En se détournant du père, ce qui provoque la fin de l'identification à la mère et l'introjection du père qui la néglige, la

1. Cf. Chapitre IV, d.

fillette achève sa structure œdipienne. Seule la peur de la castration a pu motiver cet éloignement à l'égard du père, car pendant la scène primitive la fillette s'identifiait à la mère. Les réactions thérapeutiques positives de ces patientes le montrent également. En effet, lorsque leur identification maternelle se réveille sous l'influence du transfert positif, surgissent des rêves et des fantasmes à coloration masochiste. Elles s'en défendent immédiatement en exagérant encore leur masculinité et leur haine des hommes. La motivation profonde d'une telle défense réside dans une peur manifeste de la génitalité. Ces femmes qui jusque-là toléreraient encore l'acte conjugal, se mettent à ne plus le supporter ou en à craindre avec ou sans angoisse des conséquences vaguement néfastes. On comprend sans difficulté qu'il y a ici peur de perdre le pénis. Car après l'instauration de l'identification au père, le *désir* de posséder un pénis s'est transmué en un fantasme inconscient d'en posséder véritablement un. (Une patiente qui avait précisément ce fantasme, urinait toujours debout au-dessus de l'orifice du cabinet.) Mais ce que l'on croit posséder, on doit également craindre de le perdre. Il est par contre plus difficile de comprendre l'angoisse de la castration avant l'identification au père. Car n'existait alors que le désir d'avoir un pénis. Ce qui certes exclut l'angoisse de castration au sens strict, mais non pas la peur d'être encore plus meurtrie dans des organes génitaux déjà mutilés. Car il en reste quelque chose : le clitoris, dont beaucoup de petites filles croient qu'il va encore grandir, et qui peut toujours procurer du plaisir. Nonobstant, on se conformerait mieux aux faits psychologiques en parlant pour la femme d'"angoisse génitale" plutôt que d'"angoisse de castration".

L'identification au père, qui produit dans le caractère le complexe de virilité, provenait donc de la frustration amoureuse que la fillette avait subie de la part du père. Il ne résultait pas (ou tout au moins pas immédiatement) du désir d'un pénis. Celui-ci existait auparavant par lui-même et indépendamment de l'identification à la mère. Désir d'un pénis et identi-

fication à la mère n'entreront en conflit que lorsque celle-ci se heurtera à la barrière de la frustration extérieure. L'identification au père, conséquence de conditions purement externes, apportera ensuite, et ensuite seulement, au désir du pénis toute cette force que nous verrons ultérieurement à l'œuvre dans le caractère et dans les symptômes.

En comparant ces patientes avec d'autres, il apparaît que le désir d'un pénis ne mène pas toujours à la masculinité. Beaucoup de patientes n'ont jamais développé un caractère viril mais ont toujours présenté des qualités féminines, et même parfois, malgré leur hystérie, des qualités maternelles, qui reposent dans le moi sur une identification à la mère. La "poussée d'activité" que décrit H. Deutsch (*loc.cit.*) n'a été pendant la puberté qu'une manifestation passagère¹, et n'a pas pu transformer de façon notable les grandes lignes de la personnalité.

L'analyse de l'évolution des relations objectales montre, dans ces cas aussi, toute la portée du comportement concret et du caractère du père pour l'épanouissement et le maintien de la féminité. Sans être lui-même ni féminin ni soumis à la mère, le père a apporté à sa fille beaucoup d'amour inaccompli. Par suite, à la frustration interne n'est pas venue se surajouter une frustration externe aussi forte que dans le type précédent, et la raison d'une identification totale au père a donc également disparu. L'identification à la mère a aussi pu subsister sur la base de la satisfaction de l'amour objectal, au moins sous l'aspect de la tendresse. Ce qui a manqué pour une stabilisation complète, c'est essentiellement l'érotisme vaginal, lequel n'a pas pu s'instaurer en raison de conflits névrotiques. Mais tandis que, dans le type précédent, la sensualité hétérosexuelle échoue contre l'angoisse génitale, c'est

1. La poussée d'activité ne peut pas même être retenue comme un précurseur typique de la passivité féminine. J'ai eu à traiter d'une dépression chronique une patiente au caractère masculin qui présentait le processus opposé. A l'époque des premières règles, ce furent des fantasmes féminins d'abandon au père qui émergèrent tout d'abord. Puis elle prit très peur en remarquant qu'elle ressentait différemment les baisers de son père, elle battit en retraite et adopta depuis lors une allure masculine.

ici la peur de l'inceste et le sentiment de culpabilité vis-à-vis de la mère qui jouent le rôle principal. Bien entendu, à cela s'ajoute dans le cas d'hystéries graves, une peur intense du coït (angoisse génitale).

Toutefois, l'onanisme clitoridien et le désir d'un pénis appartiennent aussi aux données classiques de ces cas. En quoi consiste donc la différence entre les deux types? Eh bien, la comparaison permet d'affirmer que *dans le type obsessionnel-masculin, la masturbation du clitoris s'accompagne de fantasmes sadiques et homosexuels-actifs, alors que dans le type hystérique féminin, elle va de pair avec des représentations hétérosexuelles et très souvent masochistes du coït.*

Ces faits jettent une certaine lumière sur la différence apparente entre le point de vue de Freud et H. Deutsch d'une part, et celui de Horney et moi-même d'autre part. Les premiers envisagent la libido phallique masculine comme s'épanouissant d'abord, alors que nous, nous avons en vue la disposition psychique de la petite fille envers son père, qui préfigure son attitude féminine ultérieure et qui, selon nous, se développe la première. Le développement sexuel féminin se trouve en outre compliqué du fait que *la fillette désire son père d'abord avec un organe masculin* (fantasme de coït avec orgasme clitoridien). Mais rien ne fait actuellement obstacle à la conception suivante : la libido d'organe de la femme est au début masculine et son attitude psychique est normalement toujours (à une exception près¹) féminine ou analogue à sa féminité ultérieure.

Que la fillette découvre d'abord le pénis en jouant avec ses camarades ou avec ses frères, ou qu'elle acquière d'abord le désir d'un enfant à l'occasion d'une naissance par exemple, il se peut que cette alternative dépende entièrement du hasard. Quant à savoir si la

1. Si en effet la brutalité du père empêche dès le départ chez la fillette tout épanouissement de son identification à la mère, soit elle conservera une fixation orale durable à sa mère et ne sera jamais qu'une personnalité complètement infantile, soit elle s'identifiera à son père, avant même d'avoir pu apprendre à l'aimer. C'est une situation que j'ai rencontrée chez des psychopathes impulsives et masochistes gravement atteintes d'infantilisme.

comparaison des organes génitaux *avant* la phase génitale aura surtout pour effet d'accroître le complexe de castration, c'est encore là pour nous une question totalement en suspens. Car il faut certainement ici tenir compte du fait que l'organe génital a déjà été découvert comme source de plaisir et investi par le narcissisme. De plus, et c'est un fait encore plus décisif, le désir d'un pénis et celui d'un enfant ont très longtemps coexisté en bonne entente et sans influence réciproque, jusqu'à ce que dans le tumulte de la période œdipienne les variations du destin individuel rétablissent dans un sens ou dans l'autre l'équation : pénis/enfant. La fillette sortira du conflit œdipien tantôt avec un complexe de virilité, tantôt avec une identification à la mère, mais en tout cas l'érotisme clitoridien *qui a déjà été activé* n'y jouera aucun rôle spécifique.

Si la fillette a terminé sa phase œdipienne avec une identification à la mère sur le plan du caractère, celle-ci ne s'accordera avec l'érotisme clitoridien que jusqu'à la puberté. A ce moment, avec la réactivation des anciens conflits, l'identification à la mère finira par disparaître au profit du complexe de virilité, à moins de former la base du primat vaginal.

Comment s'instaure le primat vaginal? C'est une question encore obscurcie sous bien des aspects. Dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Freud affirmait qu'à la puberté, l'érotisme clitoridien se déplace normalement vers le vagin. Freud ne s'étend pas davantage sur les modalités et les conditions d'un tel déplacement. Des recherches comparatives il résulte aujourd'hui que la principale condition du déplacement consiste en une identification caractérielle à la mère, qui a lieu dans le moi. Mais même dans de telles conditions, on peut néanmoins se demander comment l'érotisme phallique du clitoris peut se "transformer" en érotisme réceptif du vagin; car sans une telle métamorphose, un déplacement pur et simple serait difficile à imaginer.

A ma connaissance, c'est Jekels¹ qui, le premier,

1. "Einige Bemerkungen zur Triebtheorie" (Quelques remarques sur la théorie des pulsions), *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. I, 1913.

a fait la liaison causale entre l'analité et l'érotisme vaginal sur la base de leur commune qualité de réceptacle (creux). Plus tard, Ferenczi¹ et Lou Andreas-Salomé ont défendu la même idée. Récemment, H. Deutsch (*loc. cit.*) a découvert qu'outre les caractéristiques de réceptacle de l'analité, le vagin prenait également à son compte celles de l'oralité. D'ailleurs, l'activité de succion du vagin est un phénomène bien établi. Mes propres recherches sur l'évolution du surmoi de la femme (*loc. cit.*) m'ont amené aux résultats suivants : l'"identification à la mère dans le moi" s'édifie à partir des attributs de l'analité et de l'oralité et "l'évolution normale de la femme" comporte, "après la frustration phallique, une régression partielle à un stade précédent du développement de la libido". L'étude des perturbations de l'orgasme féminin ne donne pas seulement confirmation de l'idée précédemment citée, elle mène aussi inévitablement à la conclusion que l'indispensable "déplacement" de l'érotisme clitoridien, clef de voûte de l'édification du primat vaginal, n'est possible qu'après le déplacement vers le vagin de la libido anale et orale. Dans ces déplacements, il ne s'agit que de mouvements de l'intérêt psycho-libidinal et non de processus physiologiques quelconques. Le vagin a sa propre érogénéité physiologique, qui ne peut pas entrer en scène tant que le clitoris le précède de son fort investissement psychique et de son érogénéité physiologique. Mais si des intérêts oraux-réceptifs ou anaux-passifs de la libido ont été investis du côté du vagin - ce que l'identification à la mère rend précisément possible - le clitoris va perdre plus ou moins de son intérêt psychique. Toutefois, son excitabilité physiologique ne disparaît pas pour autant, elle a au contraire un important rôle à jouer dans les préliminaires et dans le coït. Mais faire naître l'excitation par le clitoris ne présente plus qu'un intérêt secondaire, dès que sont découvertes les nouvelles sources de plaisir du vagin qui, lui, peut satisfaire toutes les aspirations de la libido, corres-

1. Versuch einer Genitaltheorie.

pond au rôle biologique de la sexualité et, contrairement à l'érotisme clitoridien, ne crée aucune sorte de conflit psychique.

En résumé, il nous faut distinguer dans le concept de génitalité trois éléments fondamentaux :

- 1) *L'érogénéité locale des zones génitales* (excitabilité génitale).
- 2) *La libido somatique centrée sur l'appareil génital* (poussée génitale).
- 3) *La libido psycho-génitale* (désir génital).

Ces éléments, quoique reposant sur des bases différentes, entretiennent les plus étroites relations. L'érogénéité génitale s'appuie sur l'excitabilité spécifique des centres du plaisir génital. La libido psycho-génitale, cas particulier de l'énergie sexuelle psychique, se fonde sur l'érogénéité génitale et exprime essentiellement que l'intérêt sexuel psychique *général* se tourne vers la zone *génitale*. La libido somatique, en tant qu'excitation sexuelle physique en général, a son siège dans le système neuro-végétatif et sa source dans des sécrétions internes (d'un chimisme sexuel encore hypothétique). L'orgasme (et, avec lui, la régulation de l'économie libidinale) *n'est donc assuré que si une pulsion psycho-génitale bien développée est capable de concentrer sans perturbation sur la zone génitale l'excitation sexuelle somatique*. Le fait que seul l'appareil génital est en mesure de procurer la satisfaction orgastique doit nécessairement tenir à la structure physiologique des différentes zones érogènes.

Toute perturbation de l'un des trois éléments de la génitalité conditionne une impuissance orgastique et une stase libidinale. C'est ce qui se produit quand la perception des élans génitaux est refoulée, quand la libido génitale psychique est repoussée vers d'autres zones érogènes, ou quand, par suite d'une évolution psycho-génitale défectueuse, la libido pré-génitale s'empare du domaine génital etc. Toutes ces perturbations

affectent le cours de l'excitation sexuelle somatique.

Parmi les multiples possibilités qui s'ouvrent à la libido accumulée dans la stase (formation d'angoisse de stase, symptômes de conversion, symptômes obsessionnels), le renforcement de l'instinct de destruction possède une signification sur laquelle on ne s'est guère penché jusqu'à présent. C'est ce que nous allons faire maintenant.

CHAPITRE VII

L'INSTINCT DE DESTRUCTION DEPEND DE LA STASE LIBIDINALE

Dans la nouvelle de Paul Bourget, *Le disciple*¹, un couple d'amants qui, pour des raisons névrotiques se refuse à l'acte sexuel, décide de commettre un suicide commun. Toutefois, ils décident aussi de se posséder physiquement avant la mort. L'amant en est apaisé : *"La plénitude de la vie volontaire et réfléchie affluait en moi maintenant, comme l'eau d'une rivière dont on a levé l'écluse."* La décision de faire avorter le double suicide s'établit immédiatement en lui. Mais l'amante, qui est restée indifférente, s'est entre-temps donné la mort.

S'agit-il seulement d'une fiction romanesque ou bien l'auteur aurait-il entrevu un enchaînement significatif ? Un suicide a été décidé dans un état d'insatisfaction sexuelle ; l'un des amants, satisfait, renonce à cette décision, l'autre, insatisfait, l'exécute. Autrement dit, quand l'instinct sexuel n'est pas satisfait, l'instinct de destruction prend de l'importance alors qu'il perd de l'énergie dans le cas contraire.

1. Ce fait a été porté à ma connaissance lors d'une discussion à l'Union Psychanalytique Hongroise.

Dans son livre *Le moi et le ça*¹, Freud pose les deux instincts fondamentaux : l'Eros et l'instinct de mort (*instinct sexuel/instinct de destruction*, amour/haine) comme deux tendances polaires qui régissent l'organisme aussi bien que les réactions psychiques. L'opposition de ces instincts se manifeste aussi et de façon très nette dans l'*ambivalence* de la plupart des attitudes mentales. Mais quelle est l'importance relative de ces deux instincts ? Ont-ils une influence réciproque et quelle est-elle ? Il est maintenant facile de montrer que *l'intensité de l'instinct de destruction* (c'est-à-dire de ses manifestations, de la haine, de l'agressivité, de la brutalité et du sadisme) *dépend soit de la possibilité actuelle de satisfaction sexuelle, soit de la pression exercée par la stase somatique de la libido.*

Notre démonstration s'appuie sur des signes cliniques si bien connus que nous pouvons nous dispenser de l'analyse détaillée des malades. La dépendance dont nous venons de parler s'observe aussi bien dans le domaine corporel que dans celui des attitudes mentales. Il n'y a en fait évidemment pas lieu de séparer attitudes mentales et manifestations corporelles.

Déjà, dans la neurasthénie aiguë, qui a pour origine une satisfaction inadéquate et pour fondement la stase somatique de la libido, nous voyons s'amplifier les manifestations de l'instinct de destruction : irritabilité et explosions de colère à propos de riens, ainsi qu'une excessive agitation motrice. Les recherches théoriques de Freud sur la libido, confirmées par les résultats d'Abraham, Federn, Sadger et bien d'autres, nous apprennent que, de même que l'appareil génital et les zones érogènes sont des zones fonctionnelles de l'instinct sexuel, de même l'instinct de destruction fait appel à la *musculature*. Et, comme le montre l'analyse des cas concernés, l'agitation motrice se manifeste dans ces névroses au point que l'excitation sexuelle non satisfaite s'empare du système musculaire; elle ne s'y manifeste cependant plus comme activité sexuelle,

1. Dans *Essais de psychanalyse*, Paris, 1951.

mais comme tendance à la destruction. Il nous faut donc admettre que *si l'excitation sexuelle n'est ni jugulée dans le symptôme, ni endiguée dans l'angoisse de stase, elle va passer dans l'instinct de destruction.*

Chez les caractères sadiques-impulsifs, l'agitation motrice, la tendance à l'agressivité musculaire voire à la destruction, de même que l'agressivité générale, sont, on le constate aisément, d'autant plus fortes que les sujets ont vécu plus longtemps dans l'abstinence. On voit même ces impulsions diminuer dès que l'abstinence a cessé, ne serait-ce que pour peu de temps.

De même, comme l'a bien montré l'analyse d'un de nos cas, l'agitation motrice qui se traduit par le *besoin de voyager ou la fugue permanente*, repose sur une excitation sexuelle reportée sur l'appareil musculaire. Ce besoin impérieux de voyager et de fuir correspondait ici à la recherche inconsciente d'un objet sexuel et de la satisfaction sexuelle.

Que le nourrisson commence à mordre, c'est-à-dire à devenir sadique-oral, quand il est sevré, voilà encore un fait probant. Et chez les enfants qui sont sur le point de refouler le complexe d'Œdipe, nous pouvons aussi observer que l'excitation passe du domaine érotique et sensible au domaine moteur et destructeur.

Quand, avec le début de la puberté, commence l'évolution tant physique que mentale de la sexualité, le caractère est en général bien différent de ce qu'il sera à la fin de cette phase. Au début, ce sont la rêverie, la sentimentalité, le penchant à un amour universel de l'humanité qui prédominent. Plus tard, quand s'établissent le nouveau refoulement du complexe d'Œdipe et la lutte contre la masturbation, se développe le caractère dit de "l'âge ingrat" : méchanceté, arrogance, tendance à chahuter les parents et les éducateurs, envie de se chamailler ou de se dépenser en faisant du sport. De ses années de lycée, chacun garde le souvenir que les classes de sixième et de cinquième (et plus rarement de quatrième) étaient redoutées des professeurs¹.

1. Respectivement en France, les classes de troisième, quatrième et cinquième (N.d.T.)

Dans d'autres domaines également, on voit l'excitation sexuelle non satisfaite se changer très facilement en agressivité, voire en brutalité, comme un amour déçu peut très facilement se transformer en haine.

Au moment de la menstruation, et tout particulièrement juste avant le début du cycle, les femmes névrosées sont soit extrêmement irritées et agressives, soit très déprimées. Chez telles de mes patientes qui étaient à la fois psychopathes impulsives et frigides, je pouvais d'après l'augmentation de leur agressivité, deviner le début de leur menstruation. La psychiatrie voit dans la mauvaise humeur qui accompagne les règles une conséquence *directe* du processus somatique de la menstruation, et essaie par conséquent d'influer sur ces troubles par une thérapeutique organique. L'analyse montre au contraire que l'irritabilité et l'agressivité sont des réactions psychiques aux écoulements de sang génitaux, tandis que la dépression correspond en partie à une atteinte au narcissisme (la plupart des femmes ayant l'impression que la menstruation les désavantage par rapport aux hommes) et en partie à un refoulement des tendances agressives (sentiment de culpabilité). Mais ces réactions ne sont pas purement psychiques. La preuve en est que, dans de nombreux cas, l'agressivité et les fantasmes sadiques s'amplifient avant même que la femme ne sache que son cycle va commencer, ce qui est très souvent le cas, vu l'irrégularité des règles chez les femmes névrosées. Si, grâce à l'analyse, ces femmes acquièrent la sensibilité génitale ou même la puissance orgastique, ces réactions d'humeur font place à une excitation sexuelle locale et générale, car normalement la libido augmente juste avant la menstruation et pendant celle-ci. Une fois libérée de sa frigidité, la femme ne va justement plus souffrir de la stase libidinale qui, quand elle n'engendre pas une angoisse de stase, accroît l'agressivité. Elle a accepté la génitalité sans pénis et l'attente de la satisfaction sexuelle ne crée plus chez elle ni angoisse ni haine, mais la prédispose davantage à l'amour, contrairement à la femme névrosée qui réprime même le plaisir de l'attente.

L'analyse des couples où règnent querelles et brutalités montre que celles-ci proviennent essentiellement d'un état d'insatisfaction sexuelle. Nous reviendrons en détail sur ce sujet dans le dernier chapitre.

Les animaux castrés (chapons, bœufs, chiens etc.) sont totalement dépourvus d'agressivité. Par contre, les coqs et les taureaux sont d'autant plus agressifs qu'ils couvrent plus rarement les femelles. Après l'accouplement, faiblissent, non seulement la libido, mais aussi l'agressivité. Pour dresser très sévèrement les chiens de garde, on les tient à la chaîne et à l'écart des chiennes. La nature flegmatique des eunuques châtrés avant la puberté montre, non seulement que la stase de la libido est une source importante de l'agressivité, mais encore que l'instinct de destruction perd son pouvoir sur le monde extérieur quand manque l'apport de la source libidinale.

Les incidents qui marquent le retour d'âge et la vieillesse constituent une exception. Au début de l'involution du retour d'âge, le sujet réagit d'abord violemment par une activité sexuelle accrue, et cela d'autant plus qu'il a été toute sa vie durant moins satisfait. Il n'est pas rare, au moment du retour d'âge, de voir s'éveiller des pulsions sadiques, c'est-à-dire des pulsions sexuelles cruelles. Tout cela n'est qu'un préliminaire à l'involution du *vieillissement* où, selon l'hypothèse de Freud, l'instinct de mort ou, en d'autres termes, l'instinct de destruction biologique, se développe à l'intérieur de l'individu. Avec le tarissement de la source individuelle de l'Eros, c'est-à-dire de l'instinct de vie, s'instaure, et cela ne peut pas être le fait du hasard, le processus d'involution qui mène à la mort.

En outre, la disparition spontanée des tendances à l'agressivité ou à la cruauté après un acte sexuel *satisfaisant* prouve aussi que l'instinct de destruction dépend bien de l'état de la libido. Ainsi, l'orgasme génital ôte manifestement de l'énergie au système musculaire. Les sportifs acharnés, lorsqu'ils vivent dans l'abstinence afin de réaliser de plus hautes

performances, se fondent sur l'observation correcte de ces faits.

Voyons maintenant quelles relations il y a entre le sadisme et d'une part, la stase libidinale ainsi que l'instinct de destruction et l'angoisse névrotique, d'autre part.

Les instincts servant de base aux lois biologiques sont inscrits dans l'organisme, et seuls le moment, le mode et l'intensité de leur émergence dépendent de l'expérience individuelle. Ainsi, nous constatons que l'apparition des pulsions partielles érogènes se fait selon un ordre déterminé et qu'elle dépend étroitement des exigences de l'éducation matérielle et morale. Dans chaque phase du développement de la libido, on voit, pendant un certain temps, l'interdiction et aussi l'autorisation de la satisfaction coexister jusqu'à ce que finalement la frustration l'emporte. Il en résulte une double conséquence. Premièrement, c'est une autre pulsion que la frustration n'a pas encore touchée qui va apparaître plus nettement au premier plan (par exemple, ce sera l'analité quand l'enfant aura été arraché au sein maternel, ce sera la masturbation génitale après le succès de l'apprentissage de la propreté). Deuxièmement, *toute frustration suscite haine et ambivalence envers l'objet qui impose les limites à la satisfaction*. Plus l'irruption de la frustration aura été forte, plus la phase de la haine sera envahissante; plus l'éducation aura réussi rapidement et brutalement à faire renoncer l'enfant à ses instincts, plus la haine sera intense. La troisième conséquence de la frustration et de l'ambivalence qui en résulte, c'est une identification plus ou moins complète à l'agent de la frustration. Cela peut sembler paradoxal, mais c'est un fait indéniable : *on s'assimile caractériellement à celui qu'il nous faut haïr parce qu'il nous est interdit de l'aimer*. L'énergie pulsionnelle utilise l'identification à l'objet, c'est l'amour; ce qui motive l'identification, c'est la haine provoquée par la frustration

qu'on a subie. Ainsi l'objet que l'on ne pouvait pas cesser d'aimer et qu'il fallait bien haïr parce qu'il n'autorisait pas la satisfaction, va prendre valeur d'exemple lorsque le caractère du moi et de l'idéal du moi vont se former.

C'est chez les caractères impulsifs que ce phénomène se manifeste le plus nettement. Les hommes de ce type qui développeront ultérieurement sans refoulement des tendances agressives et en particulier sadiques, avaient dès leur plus tendre enfance, contrairement aux caractères refoulés, joui d'une satisfaction non refoulée de leur libido. L'agressivité n'est apparue complètement que par la suite, lorsque les parents ou leurs substituts se mirent à réprimer *brutalement* la satisfaction sexuelle. La frustration brutale de l'inceste est alors ressentie d'autant plus durement que la satisfaction sexuelle réelle avait puissamment accru cet amour. Cela montre que les pulsions partielles ne se sont pas développées dans l'ordre habituel et que la sexualité infantile était "perverse polymorphe" au sens le plus large de l'expression. La génitalité était pleinement déployée et même satisfaite, dans la mesure des possibilités physiologiques. L'introjection prématurée des objets aimés et de leur brutalité crée un idéal du moi sadique dont l'agressivité se tourne vers l'intérieur et vers l'extérieur. Ces enfants seront incapables d'aimer, tout en étant extrêmement assoiffés. *La haine a étouffé tout mouvement amoureux*. Plus tard, ce qu'ils détesteront le plus sera précisément l'endroit où ils ont réclamé le plus d'amour, la maison familiale. Comme ils ont en outre réprimé les tendances à l'amour, ils comprennent parfaitement qu'ils s'exposent à des déceptions; ils ne convoitent jamais que des objets inaccessibles et se comportent de façon à essayer inévitablement un refus catégorique. Tout comme leur désir sensuel, leur réaction après l'inévitable déception est non-refoulée et impulsive. En outre, ces réactions sont d'un sadisme caractérisé, c'est-à-dire agressives-destructrices au sens sexuel, et l'analyse de leur origine montre que, dans le mode de l'agression comme dans l'objet qu'elle vise, réapparaît l'impulsion sexuelle

interdite. La frustration de la satisfaction sexuelle a donc fait émerger l'agressivité. La combinaison du désir de vengeance et de la pulsion sexuelle interdite engendre la tendance sexuelle à la destruction, le sadisme.

Dans le domaine de l'hystérie et des névroses de refoulement de type obsessionnel, on trouve de nombreuses preuves à l'appui de cette conception de l'origine individuelle du sadisme. Rappelons ici notre description de la réaction de cette femme obsessionnelle (Ch.V,2), lorsque ses tendances amoureuses réapparurent dans la situation de transfert. Ne pouvant rien savoir de ses désirs et craignant l'analyste comme tout objet sexuel, elle se met à le haïr. Alors prolifèrent des fantasmes sadiques dont le caractère sexuel est indiscutable. Le processus, qui est ici inconscient, se déroule au grand jour chez l'individu impulsif. Celui-ci exige sans ménagements des preuves d'amour, et il menace par exemple d'empoisonner le médecin lorsqu'il est repoussé. Il n'admettra jamais que son intention meurtrière était motivée par ce refus ; car sa fierté si facilement offensée et son sentiment de culpabilité lui interdisent un tel aveu. Bien au contraire, il finira par trouver quelque vaine rationalisation ou par déclarer tout simplement que d'assassiner, de châtrer ou de mettre le feu le guérirait sûrement, que ce serait pour lui la seule façon de se satisfaire vraiment, qu'il devrait "aller jusqu'au bout" une bonne fois pour toutes.

Les relations entre l'instinct de destruction et l'angoisse névrotique ne sont pas aussi simples que celles qui existent entre celui-là et la stase libidinale.

En son temps, Adler niait que la source de l'angoisse soit à rechercher dans la libido, et défendait le point de vue selon lequel l'angoisse serait une réaction aux impulsions agressives. Une observation superficielle semble confirmer cette conception. En effet, quand les caractères impulsifs réfrènt leurs tendances sadiques, l'angoisse fait son apparition. Mais, lorsqu'ils réalisent ces tendances, leur angoisse

névrotique se trouve renforcée, contrairement à l'angoisse de stase, qui se dissipe après la satisfaction sexuelle. Serait-ce alors la signification sociale de l'"angoisse d'agression" qui expliquerait sa différence qualitative avec l'angoisse libidinale ? Mais cette hypothèse est incompatible avec les résultats de notre étude qui a démontré cliniquement que l'intensité de l'agressivité dépend de la stase libidinale. Il nous suffira donc d'ajouter ici cet autre fait : c'est au moment de leurs règles que les psychopathes agressives, qu'elles deviennent effectivement agressives ou non, développent au maximum soit leur angoisse morale soit leur *angoisse d'agression*.

En quoi l'angoisse d'agression (ou l'angoisse morale) diffère-t-elle génétiquement de l'angoisse sexuelle ?

Au début de son développement, le moi tend uniquement à obéir aux exigences du ça ; mais, contraint de vivre au sein d'une communauté sociale, le moi, s'il ne veut pas risquer d'y être englouti, doit bientôt se ranger aux côtés du surmoi moral qui s'impose à lui. Tout cela, nous le comprenons maintenant grâce à l'enseignement de Freud. Ainsi le monde extérieur restreint-il les instincts et, en cas de désobéissance, des punitions sont à craindre (la castration en tant que punition de la masturbation par exemple) ; à cela, le moi réagit par l'*angoisse d'objet* et ne pouvant maîtriser ses exigences instinctuelles, il lui faut les refouler. Mais cette crainte d'être puni ne disparaît pas pour autant ; elle subsiste sous forme de sentiment de culpabilité, car l'objet redouté passe dans le moi comme refoulement interne, comme un "tu ne dois pas" interne : on dit que l'objet est introjeté comme surmoi. Le sentiment de culpabilité est essentiellement une angoisse morale (Freud) ; l'expression "angoisse morale"¹ rend pleinement compte de ce que le sentiment de culpabilité n'est qu'un prolongement de l'angoisse de castration qui est le véritable modèle de toute angoisse de punition (Freud). On s'imagine être profondément moral, mais, fondamentalement on a seulement peur : c'est ce

1. Voir le glossaire (N.d.T.)

que révèle l'analyse de toute névrose obsessionnelle.

Mais si l'on examine de plus près la nature du sentiment de culpabilité, de l'angoisse morale, et si on la compare avec l'angoisse infantile de punition, on aboutit à une différence essentielle : l'angoisse de castration est la réaction immédiate du moi quand il sent en lui une exigence sexuelle interdite. Au contraire, l'angoisse morale est avant tout la réaction du moi quand il sent en lui une tendance sadique-destructrice; d'un point de vue purement descriptif, il faut par conséquent appeler l'angoisse morale *angoisse d'agression*. Elle signifie en effet que l'individu a peur d'être lui-même détruit s'il se comporte de façon égoïste, cruelle ou *anti-sociale*. L'angoisse de castration signifie au contraire la peur névrotique d'être mutilé dans ses organes génitaux si l'on cède aux élans de sa *libido*.

Quelque chose doit donc nécessairement venir s'ajouter à l'angoisse de castration pour qu'elle se transforme en sentiment de culpabilité. Ce quelque chose c'est la *réaction agressive-destructrice au danger de castration* (ou à la *frustration d'une satisfaction libidinale*). Ce processus que l'on observe le plus facilement dans les névroses obsessionnelles peut se résumer ainsi : l'enfant a subi une frustration d'une impulsion libidinale; sa réaction est double : d'une part, angoisse de castration; d'autre part, tendances agressives contre celui qui est à l'origine de la frustration. La haine est en fin de compte la réaction naturelle à une frustration ou à une limitation dans la recherche du plaisir. Cette haine s'accompagne de pensées et, dans les cas extrêmes, d'impulsions meurtrières. Mais comme l'objet haï est en même temps aimé, une angoisse face à la réalisation de telles impulsions sur l'objet aimé en vient à se développer; cette angoisse d'agression s'unit alors à l'angoisse de castration : si l'on veut voler le phallus de son père, il faut aussi craindre d'être soi-même châtré. L'angoisse morale ou angoisse d'agression est donc bien une expression immédiate d'un élan de vengeance refoulée, mais elle n'émerge pas seulement du contexte

haine-vengeance. La haine par elle-même mènerait à l'action sans sentiment de culpabilité. C'est tout d'abord l'amour, amour de l'objet comme amour de soi-même, qui crée l'angoisse morale.

D'un côté comme de l'autre, nous constatons donc la même chose : la haine dépend de l'intensité du refus de l'amour, l'instinct de destruction dépend de la stase libidinale. L'homme sain éprouve aussi de l'angoisse d'agression, mais celle-ci apparaît seulement comme inhibition morale dépourvue d'affectivité puisque la stase libidinale fait alors défaut. Il s'agit avant tout de comprendre pourquoi, chez les malades, l'angoisse morale peut apparaître accompagnée de tous les signes de l'affect d'angoisse : c'est qu'à la base de toutes ces réactions complexes, opère la source actuelle de tous les phénomènes névrotiques, à savoir la stase libidinale.

CHAPITRE VIII

SIGNIFICATION SOCIALE DES TENDANCES GENITALES

Dans le dernier chapitre, nous avons pu constater que l'on est d'autant plus enclin à une attitude agressive envers le monde extérieur que les tendances génitales se heurtent à des obstacles internes ou externes. C'est ainsi que, dans la névrose obsessionnelle, l'érotisme génital s'est mis au service de l'instinct de destruction et que, dans les fantasmes de cette névrose, le membre viril devient l'instrument de la haine. Et nous sommes parvenu à la conclusion suivante, corroborée par des exemples tirés du règne animal : l'agressivité est jugulée par la satisfaction génitale, elle est suscitée par la faiblesse ou l'absence de satisfaction et elle s'éteint définitivement par suite du tarissement de l'instinct sexuel.

Donc, si le refoulement de la génitalité et plus particulièrement l'absence de satisfaction génitale accroissent les tendances sadiques, il faut bien admettre que la tendance, générale dans notre civilisation, à rejeter, à réprimer et à diviser la sexualité joue un rôle décisif dans l'émergence du sadisme humain.

a) *La séparation des tendances génitales dans la société*

Chez les animaux, l'instinct de destruction n'apparaît que comme instinct *oral d'anéantissement*. Il est au service de la vie individuelle ou de la conservation de soi. Quand la faim l'exige, les carnassiers se mettent à détruire des objets appropriés. Mais, une fois rassasiés, les fauves des ménageries deviennent inoffensifs. Leur attitude agressive vis-à-vis des étrangers est tout simplement due à une vague sensation instinctive de danger; nous en avons la preuve dans le comportement tout autre que ces animaux adoptent vis-à-vis de leur dompteur. Chez l'animal, on n'observe rien qui ressemble de près ou de loin au sadisme phallique ou anal de l'homme, qui poignarde, fusille, frappe, perfore, écrase, piétine¹.

L'instinct de destruction de l'homme se distingue essentiellement par un trait : ses buts ne sont pas biologiquement nécessaires; à cet égard, il s'identifie tout à fait à la sauvagerie des animaux quand ils ne peuvent atteindre la satisfaction sexuelle. Dans cette mesure, il est la contrepartie (et la conséquence) de la civilisation et de la culture humaines, qui de leur côté se fondent sur la répression et la sublimation de la sexualité. Qu'advient-il de l'instinct de destruction? C'est l'environnement social et la faculté d'adaptation de l'individu qui en décideront. L'instinct de destruction peut aller jusqu'à se développer soit en un caractère asocial et cruel (le meurtrier sadique!) soit, à l'opposé, en une hypermoralité obsessionnelle, dont l'intolérance et la dureté dévoilent clairement l'origine. Que l'on pense à la dureté du dogme catholique et en particulier à l'Inquisition, qui sous prétexte de défendre l'hypermoralité religieuse, l'a entourée de cruauté. En eux-mêmes, l'exigence et l'exercice religieux de l'ascétisme ont été la conséquence

1. L'agression génitale qui intervient lorsque le mâle couvre la femelle ne peut certes pas être qualifiée de sadisme.

d'un profond sentiment de culpabilité; le péché originel du mythe d'Adam et Eve n'était pas autre chose qu'un acte génital interdit par Dieu le Père. Exactement comme dans la névrose obsessionnelle, l'interdit extérieur s'est transformé en un interdit intérieur; mieux, Freud et Reik¹ ont démontré que les rites religieux suivent des règles tout à fait identiques aux cérémoniaux obsessionnels. Mais, à ma connaissance, personne n'a encore soutenu l'idée que c'est la répression des pulsions génitales qui provoque la brutalité. Il en résulte un sadisme que l'on retrouve, sous sa forme inversée, dans le masochisme religieux. Les orgies masochistes du Moyen-Age et la brutalité sans borne de l'Inquisition étaient donc fondamentalement des exutoires à l'énergie libidinale. Voilà qui est magistralement représenté dans les portraits de Philippe II et de Till Eulenspiegel que De Coster a campés avec tant d'esprit. A l'opposé de Philippe II névrosé et cruel, le protestant Till Eulenspiegel rejette et ridiculise le principe de l'ascétisme, ce qui en fait précisément le type même de l'homme foncièrement bon; il symbolise ainsi l'influence bienfaisante que la suppression du principe de l'ascétisme a exercé sur le protestantisme, lequel, du moins à ses débuts, se différencie du catholicisme par sa douceur et sa tolérance.

Considérons maintenant la morale sexuelle d'aujourd'hui², qui est soutenue par la bourgeoisie traditionnelle et capitaliste. On y trouve des éléments tout à fait analogues à l'idéologie de la névrose obsessionnelle.

1) Les rapports sexuels extra-conjugaux sont presque toujours considérés comme bestiaux (*sadiques*) et dégoûtants (*anaux*).

1. *Beiträge zur Religionspsychologie* (Contributions à la psychologie de la religion), Internationale Psychoanalytische Bibliothek Nr. V, 1921.

2. Les deux sous-chapitres suivants ont pour fondements deux études de Freud : "La morale sexuelle civilisée et la maladie nerveuse des temps modernes" et "Contributions à la psychologie de la vie amoureuse" (dans *La vie sexuelle*, op. cit.). Néanmoins, notre réflexion est loin de coïncider avec ces travaux.

2) En dépit des faits physiologiques et biologiques, on recommande l'abstinence pré-et extra-conjugale, propagande à laquelle les médecins sont les premiers à contribuer.

3) La masturbation est tenue, même par les médecins, comme le mal par excellence, alors qu'il est incontestablement *normal* qu'elle joue à un stade donné du développement un rôle prédominant.

4) Les aspirations amoureuses sont séparées : on autorise le jeune célibataire à avoir des rapports sexuels et, puisque l'on veut préserver les jeunes filles de la même classe, on tolère la prostitution comme un mal "répugnant" mais nécessaire. Une fois conçu comme une affaire bestiale et répugnante, l'acte sexuel ne peut plus être considéré comme un événement biologiquement et moralement nécessaire, mais comme un processus de vidange semblable à la défécation. Les deux composantes de la genitalité, tendresse et sensualité, se trouvent alors séparées; le jeune homme satisfait sa sensualité soit avec des prostituées, soiten ayant "une liaison" avec une jeune fille qu'il n'accepterait jamais comme épouse, justement parce qu'elle s'est donnée à lui sans acte de mariage, tandis qu'il "courtise respectueusement" une jeune fille de sa classe. Plus son respect pour celle-ci sera fort, plus il repoussera avec indignation l'idée d'avoir des rapports intimes avec elle; ou bien il perdra sa tendresse pour elle, si elle cède à ses exigences sensuelles.

La sensualité sera considérée comme anale parce qu'elle est isolée et que les tendances amoureuses sont divisées. Ces deux faits résultent phylogénétiquement¹ de la sommation d'actes de refoulements individuels. Tout ceci, l'analyse de névrosés nous permet de l'étudier avec précision. La femme respectée représente la mère qui pour l'enfant ne saurait avoir de vie sexuelle car c'est elle qui a jadis interdit comme dégoûtantes les activités autoérotiques si agréables à son fils. Maints névrosés manifestent d'autre part un fort mépris pour la femme; un de leurs motifs est

1. C'est-à-dire : par suite de l'évolution de l'espèce (N.d.T.)

qu'ils ont été amèrement déçus dans leur enfance, en constatant que leurs parents et particulièrement leur mère, pratiquaient peu ou prou ce qui leur était interdit. Le tout a été refoulé et il n'en est resté qu'une suspicion générale à l'égard de la justice divine et humaine, une surestimation ou une dépréciation extrêmes de la femme, une religiosité obsessionnelle ou un athéisme forcé, enfin et surtout, l'incapacité à unifier les tendances tendres et sensuelles. Désormais, seule une moitié de la personnalité peut s'engager dans l'expérience sexuelle; cela amène inmanquablement un affaiblissement de la satisfaction psychogénitale avec toutes ses conséquences. Le résultat le plus important, du point de vue social, est incontestablement la montée des tendances sadiques-agressives.

Outre ces motifs irrationnels qui sont à l'origine du dédoublement de la morale sexuelle, des motifs rationnels jouent également un rôle dans les différentes conceptions du commerce sexuel en dehors du mariage ("adultère" compris) tant pour l'homme que pour la femme. Il s'agit des sentiments inspirés par le côté barbare et contre-nature que présentent les relations entre les deux sexes dans la réalité actuelle. Car la morale sexuelle dominante commence par avilir la sensualité, spécialement l'acte amoureux et lorsque l'on dénonce ses prescriptions comme nuisibles et contre-nature, elle invoque cette dégradation des sentiments sexuels *par elle opérée*¹.

Ainsi, même ceux qui ont le moins de préjugés verront *intuitivement* sans doute d'un oeil différent l'amour extra-conjugal selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme. Le langage traduit déjà une telle

1. Certes, cette morale sexuelle prend ses racines dans les conceptions et les intérêts des possédants et des féodaux, mais elle est largement répandue en-dehors de ces couches sociales, et fleurit particulièrement dans les milieux des petits fonctionnaires, des employés et des petits-bourgeois. Mais même le prolétariat des villes n'en est pas exempt, et l'on peut remarquer que les prolétaires font leur cette morale sexuelle bourgeoise dans la mesure où leur mode de vie s'identifie à celui des petits-bourgeois.

différence : la femme "fait un faux pas", tandis que l'homme "fait une conquête". On n'a jamais vu une femme "conquérir" un homme, ni un homme "faire un faux pas". La raison en est que pour la majorité des hommes "conquérir" une femme, c'est vraiment une conquête militaire et qu'en outre la possession d'une femme mariée représente un triomphe sur le mari "trompé". Il ne s'agit donc pas au premier chef d'une expérience sexuelle, mais de "possession", de "déhonneur", de "tromperie", de "triomphe" et de "vengeance". Il est donc inconcevable pour qui réagit en termes bourgeois qu'un conjoint qui éprouve momentanément un autre attachement puisse en toute confiance en faire part à l'autre.

Dans des conditions pareilles, l'expérience de l'orgasme ne peut que s'effacer devant la joie de conquérir, de tromper, de se cacher et de "plaquer". De même que la morale sexuelle bourgeoise affaiblit la puissance orgastique, ces préjugés conduisent à nouveau à défigurer l'amour génital et renforcent le dédoublement de la morale sexuelle. Pour un homme doué de puissance orgastique, l'acte sexuel n'est ni une preuve de puissance, ni une conquête militaire, ni une vengeance contre un tiers, mais une expérience agréable partagée et nécessaire. La femme, tout comme l'homme, "prend" autant qu'elle "donne", et la femme non frigide a cessé d'être un pur instrument sexuel. Il est d'ores et déjà clair qu'accepter pleinement la génitalité réhabilite la vie sexuelle.

Quiconque vit selon des sentiments bourgeois se trouvera à bon droit renforcé dans ses conceptions de la sexualité (conceptions, répétons-le, dont il a lui-même forgé la rationalité) en considérant la lubricité de l'homme bourgeois moyen et de la femme bourgeoise sexuellement inhibée élevée dans des principes hypocrites. Or, cette lubricité même est déjà une conséquence de la morale sexuelle bourgeoise qui introduit dans les rapports sexuels naturels un souffle putride de dégradation, en prétendant que l'acte sexuel a un caractère bestial et dégoûtant. Et cette dégrada-

tion, mêlée à la force naturelle des exigences sexuelles, engendre précisément la lubricité.

Un fait remarquable qui a, croyons-nous, pour origine la différenciation biologique des sexes, vient encore compliquer ces données psycho-sociales : en dépit de toute virilité et de toute indépendance antérieure, la femme a tendance à se soumettre à l'homme qui l'a amenée à l'orgasme. Après une expérience sexuelle satisfaisante, elle souhaite un homme fort qui la dirige. Bien entendu, cet étrange désir de subordination et de dépendance se manifeste plus souvent chez les femmes d'intelligence médiocre. Par contre, chez l'homme sain, il en va différemment. Le caractère phallique-agressif de sa sexualité le préserve de toute soumission (seul un homme non satisfait ou de caractère féminin peut se soumettre à une femme, qui d'ailleurs n'en éprouvera pour lui qu'un secret mépris).

A partir de ce contexte biologique, la morale dominante a produit le despotisme sexuel de l'homme, la masculinisation en retour de la femme et l'impuissance orgastique chez les deux sexes. La sous-estimation de la femme, qui se fonde sur la double morale sexuelle, a sans aucun doute possible renforcé de façon considérable, pour ne pas dire décisive, la réaction naturelle de la femme à l'absence de pénis. Les fillettes ont très tôt les oreilles rebattues de tout ce que les garçons ont, eux, le droit et la possibilité de faire. Ainsi se crée un cercle vicieux dans la mentalité bourgeoise : non sublimée, la fierté d'avoir un pénis aboutit à tenir la femme pour inférieure. Par contrecoup, cette sous-estimation rend la femme masculine, sexuellement timorée et frigide. Par sa frigidité, elle perd de sa valeur en tant qu'objet sexuel, car la femme insensible éveille justement en l'homme l'impression de n'avoir devant lui qu'un instrument de satisfaction. Et ce sentiment renforce enfin sa présomption masculine et la sous-estimation de la femme.

On ne peut pas expliquer par la seule "conception sadique du coït" la conviction que la femme "subit" l'acte sexuel, qu'il est pour elle quelque chose de dégradant. En effet, en premier lieu cette conviction

guerre signifie la levée collective des refoulements, notamment des pulsions sexuelles, avec l'autorisation du père idéalisé en la personne de l'empereur. On peut enfin tuer sans sentiment de culpabilité. Pendant la guerre, on a pu constater également que quiconque avait de forts attachements hétérosexuels ou des sublimations de valeur, s'opposait à la guerre. Par contre, ceux qui considéraient les femmes comme de vulgaires trous et étaient homosexuels de façon latente ou manifeste, se révélaient les plus brutaux des risque-tout. Les psychopathes sadiques et les caractères asociaux eux aussi se conformaient bien à l'idéologie guerrière. Quiconque a fait la guerre sait le rôle qu'y jouaient les obscénités et injures anales. Ces deux composantes de la génitalité défigurée régnaient tant dans les salles de réunion qu'à la caserne, au champ de manœuvres qu'au mess des officiers. Les prostituées et le coït constituaient l'unique sujet des conversations. Celui qui connaît les grossièretés des militaires sur la fonction génitale ne nous refusera certainement pas le droit d'y reconnaître une régression collective à l'analité et au sadisme. Pendant la guerre, cette régression s'est propagée partout, mais avant-guerre déjà l'ambiance des casernes attestait clairement l'état morbide de la structure génitale des masses et de leurs dirigeants.

On dit souvent avec raison que là où règnent force et violence, il n'y a pas de place pour l'amour. La sociologie et la théorie des névroses exigent que l'on y ajoute encore ceci : *lorsque l'amour objectal génital ne peut pas s'exercer dans son unité*, on assiste à un débordement du besoin de puissance et de la brutalité au delà des limites biologiques et sociales¹. En effet, notre expérience clinique de l'influence de la répression de l'amour sur la disposition à la haine nous permet d'affirmer que le moteur de la guerre n'était ni uniquement ni essentiellement le besoin de

1. Sans entrer dans ces questions, Rathenau n'en remarque pas moins dans *Vom kommenden Dingen* (Choses à venir) "qu'il y a une étrange corrélation entre l'avidité de pouvoir et la faiblesse de la virilité" (*Gesamtausgabe*, tome III, p. 185).

puissance, même pour les quelques dirigeants qui avaient le pouvoir de décision. Certes, ce besoin fut le motif immédiat et vint s'ajouter aux problèmes socio-économiques du pouvoir. Mais comment la contrainte sexuelle et la limitation de la liberté de choix dans le domaine sexuel auraient-elles pu rester sans effet sur la mentalité individuelle? Jamais ces restrictions n'ont été aussi rigoureuses et aussi grossières que dans l'aristocratie de la naissance ou de l'argent qui entourait la dynastie régnante. Les préjugés de classe, la conscience de son statut social et les prétendus intérêts de l'Etat exigeaient de chacun qu'il relègue ses besoins sexuels derrière les intérêts de sa classe. Le choix des époux et les mariages n'étaient qu'occasions de politique, et surtout parmi les proches du souverain. De telles frustrations à portée sociale ne pouvaient pas rester sans conséquence. Même si la conscience que chacun avait de son rang exigeait que l'on acceptât sans protestation ouverte l'interdiction de la mésalliance et le mariage forcé, l'inconscient de l'enfant ne pouvait que se révolter. Et si la cuirasse de la politesse, de rigueur à la cour, ne permettait pas d'explosion révolutionnaire dans les foyers, celles-ci ont pu éclater au grand jour dans les "scandaleuses" aventures sexuelles et dans le sadisme guerrier.

Ainsi les intérêts économiques ont fait qu'aux inhibitions génitales individuelles se sont ajoutées des restrictions extérieures. De telles restrictions économiques de la génitalité n'affectent pas le prolétariat, et comme de plus la pression des exigences culturelles est moindre que dans la classe possédante, le nombre de névrosés y est proportionnellement moins élevé et la génitalité est d'autant moins entravée que les conditions matérielles de vie sont plus mauvaises. On s'aperçoit immédiatement de cette grande différence en analysant des malades provenant des couches les plus pauvres du prolétariat. Un refoulement bien moins répressif, une enfance pratiquement livrée à elle-même, une réelle précocité sexuelle, des refus brutaux, voilà entre autres les attributs de la misère prolétarienne.

Bien entendu, on rencontre souvent de la bruta-

lité dans les couches pauvres du prolétariat : meurtres, bagarres au couteau, excès d'alcool etc. Quel rapport y a-t-il entre cette brutalité et la génitalité relativement déliée du prolétariat? La première remarque qui s'impose, c'est que ces manifestations de brutalité du prolétariat sont négligeables si l'on tient compte du nombre des individus. Si l'on considère l'absence plus ou moins marquée d'inhibitions culturelles efficaces, la misère et la sujétion à un travail pénible, ce qu'il faut plutôt se demander, c'est pourquoi la brutalité des masses se manifeste *si peu*. La sociologie n'a pas pu nous dire pourquoi les masses se laissent asservir par quelques individus. Dans les conditions de vie auxquelles les masses ont été soumises jusqu'à ces dernières années (et bien souvent encore jusqu'à aujourd'hui), si les individus avaient été soumis aux mêmes restrictions sexuelles que les classes dominantes, on n'aurait pas manqué d'assister à des révoltes chaotiques. Cette relative docilité psychique des masses, qui doit paraître incompréhensible même au capitaliste clairvoyant, est encore une fois, imputable, entre autres, à la liberté relative de la génitalité, car leur satisfaction soustrait de l'énergie aux pulsions sadiques. Bien entendu, quand la brutalité d'un individu s'éveille, elle est bien plus primitive et irréflechie que celle des classes dirigeantes, car lui font défaut, la façade et le masque de la civilité. Elle est infantile face à la brutalité bien dissimulée, donc plus impitoyable et proportionnellement plus répandue, des nantis. Celle-ci est assurément facile à comprendre comme un moyen de protection de la propriété. Mais une question de grande importance reste à approfondir : la domination économique de cette minorité a-t-elle d'abord été rendue possible par sa brutalité, brutalité favorisée à l'intérieur et à l'extérieur du milieu dirigeant par la séparation sociale et la limitation de la liberté sexuelle? Ou bien est-ce l'inverse? Ya-t-il eu d'abord, comme l'affirme la théorie marxiste, une domination économique de quelques-uns en raison de circonstances purement extérieures? Et n'est-ce que secondairement, dans le but de protéger la propriété, que cette domi-

nation a conduit, notamment en restreignant la liberté sexuelle, à l'isolement des possédants et, par conséquent, au développement de la brutalité chez les nantis?

La sociologie, avec l'aide de la théorie de l'inconscient et guidée par la psychologie sexuelle analytique, est à même, estimons-nous, de résoudre d'importantes questions qui lui seraient interdites sans ces appuis. Notre tentative évidemment très lacunaire ne prétend à aucune découverte définitive. Ce n'est qu'un premier pas fondé sur certaines analogies entre la dynamique mentale du névrosé et celle des masses, qui ne sont jamais composées que d'individus.

*b) Conséquence pour le mariage
de la séparation de la sexualité*

Une circonstance importante de la vie sexuelle pré-conjugale de l'homme va jouer un rôle funeste dans le mariage. On sait que les prostituées sont soit totalement frigides, soit orgasmiquement puissantes uniquement avec leur amant et souteneur. Les jeunes prostituées vont parfois jusqu'à simuler l'orgasme. Mais cela ne fait bientôt plus guère impression sur l'homme expérimenté, quand cela ne provoque pas chez lui du dégoût. Il sombre très rapidement dans l'apathie à l'égard de la femme et l'acte sexuel retombe au niveau d'un acte auto-érotique, onaniste, qui n'est plus stimulé par la femme mais seulement par des fantasmes. L'attitude à l'égard de la femme en général, qui résulte de ces pratiques, est parfaitement traduite par les expressions familières aux soldats et aux étudiants, du genre : "Du moment qu'il y a un trou..." ou "La nuit, tous les chats sont gris" etc. Le plaisir, qui ne peut découler que de celui de la partenaire, beaucoup d'hommes cherchent à le remplacer par diverses variations du coït, ce qui, dans de telles conditions, ne peut guère les satisfaire.

Il est très significatif que nombre d'hommes et de femmes ignorent complètement qu'il existe un orgasme féminin et que beaucoup le tiennent même pour honteux. La sous-estimation de la femme et l'apathie qui s'acquièrent dans les rapports onanistes et "anaux" avec des femmes que les hommes payent, les amènent inmanquablement à éprouver du dégoût après l'acte, et même très souvent lors de l'éjaculation; de telles réactions seront ensuite difficiles à surmonter dans le mariage. La sensualité génitale est désormais tellement entachée d'analité qu'elle ne peut plus faire la jonction avec la tendresse. A supposer que l'on puisse encore montrer de la tendresse envers une femme, les rapports avec elle seront consciemment ou inconsciemment considérés comme autant de flétrissures de la femme aimée. Si la tendresse est éteinte, l'acte devient alors un pesant devoir et ne subsiste plus qu'en tant que mécanisme de vidange. Si elle n'est pas morte, alors apparaît chez l'homme le risque de connaître une impuissance totale ou partielle. Naturellement, la génitalité de la femme fait les frais de tout cela. Cette génitalité, la femme a dû la réprimer jusqu'au mariage et, surtout dans les premiers temps des rapports sexuels, l'homme doit faire preuve de beaucoup de tact et de compréhension pour venir à bout de la timidité sexuelle féminine. Mais il n'a justement jamais appris à s'intéresser à la satisfaction de la femme. Et dans le cas où son épouse donnerait libre cours à son excitation, il ne se souviendrait que de la comédie jouée par les prostituées pour simuler l'excitation sexuelle. Voilà pourquoi la séparation de la sexualité, séparation d'origine sociale qui s'exprime dans l'opposition mariage/prostitution, doit être considérée comme une des causes essentielles de la frigidity persistante des femmes qui ne présentent pas de prédisposition particulière à la névrose. Et le manque d'intérêt pour la satisfaction de la femme a pour conséquences l'éjaculation prématurée et l'amollissement du membre. Car l'homme cherche à atteindre la satisfaction finale sans s'adapter à la femme qui, surtout dans les débuts du mariage, n'arrive à l'orgasme que difficilement, voire même pas du tout. Pour la

femme, c'est le point de départ d'une régression qui anime d'anciens fantasmes, ce qui pose les fondements d'une éventuelle psychonévrose. Cette forme d'éjaculation précoce d'origine sociale est le dernier obstacle que l'on rencontre au cours du traitement des femmes frigides. Mais un tel obstacle est insurmontable. L'analyse a beau avoir libéré la génitalité féminine, celle-ci ne peut pourtant pas se développer parce que le mari n'est pas suffisamment puissant, c'est-à-dire qu'il n'a pas surmonté la séparation de ses tendances sexuelles. Son comportement reste toujours aussi égoïste que par le passé, quand il entretenait des rapports marchands avec les filles.

Dans d'autres cas, l'homme souffre dans le mariage soit de ne plus pouvoir réaliser les variantes de l'acte qu'il pratiquait auparavant, soit de manquer de satisfactions extra-génitales. En effet, il ne peut supposer à son épouse "ces mœurs de filles" et, d'autre part, celle-ci est bien trop inhibée pour prendre la moindre initiative; en outre, toute sexualité extra-génitale est associée à l'idée de "filles perdues". Mais l'analyse des femmes mariées montre à l'évidence que, pour peu que les pulsions pré-génitales n'aient pas été sublimées, elles réclament des préliminaires amoureux une satisfaction plus ou moins marquée selon les individus : la connaissance du développement sexuel ne permet d'ailleurs aucune autre hypothèse. Dans ces conditions, le rejet de toute satisfaction non génitale repose sur le refoulement. Et l'homme qui refoule ses besoins pré-génitaux non sublimés est également menacé de névrose. En tout cas, de telles restrictions mènent toujours, dans le mariage, à une nervosité dont les véritables motifs restent habituellement inconscients ou finissent par être refoulés. Et les conséquences pour le mariage risquent d'être tout aussi désastreuses si l'homme, en accentuant la séparation de sa sexualité, assouvit sa génitalité dans un acte conjugal approuvé par la société et satisfait ses besoins pré-génitaux en dehors du mariage.

Inhibitions et divisions des besoins engendrent

un engourdissement croissant de l'attirance sexuelle. L'intensité de la décharge orgasmique ne cesse de diminuer. Pendant l'acte, la pression perturbatrice des fantasmes issus des pulsions non satisfaites, se fait de plus en plus forte. L'agressivité finit par s'amplifier et s'exerce avant tout à l'encontre du conjoint présumé coupable. Les désirs polygames, autre conséquence qui se fait généralement jour, causent en outre chez les couples moralement inhibés un sentiment de culpabilité qui vient encore renforcer la haine. Si le métier de l'homme ne lui permet pas de sublimer ce qu'il réprime ou si sa capacité de sublimation est restée faible, son homosexualité se développera et il deviendra joueur ou buveur.

Si la femme a une forte libido et réfrène ses instincts, la névrose est la seule voie qui s'offre à elle. La femme peut même fort bien ignorer à quel point son mari la déçoit. Car plus le refoulement sera fort, plus la femme aura tendance à rechercher la satisfaction dans des fantasmes qui conduisent nécessairement à la régression et à la stase libidinale. Il arrive également que le désir de satisfaction se traduise par une humeur amère et querelleuse. C'est la puissance de l'inhibition morale qui décidera de l'une ou l'autre conséquence. Beaucoup de mauvais mariages reposent sur l'impossibilité d'une entente génitale (au sens strict et au sens large), et les conflits conjugaux ne sont alors rien d'autre qu'une névrose déguisée.

Pour la femme frigide, l'acte sexuel est ressenti comme brutal et elle le subit comme une corvée. Ce n'est plus, pour elle et pour son mari qui, avec raison d'ailleurs, croit que ce dégoût le vise personnellement, qu'un pesant devoir. Dans de tels cas, même la sublimation reste sans effet, car le déchirement de la vie sexuelle va également entamer et mettre en pièces les sublimations déjà existantes. C'est souvent de là que provient l'inaptitude au travail. Il ne reste plus alors que l'alternative entre la névrose et l'infidélité conjugale.

Dans certaines conditions, il arrive qu'une nombreuse progéniture et une grande misère matérielle

permettent d'éviter ces difficultés, en absorbant une partie des énergies psychiques qui, sinon, auraient contribué à la formation de la névrose. En particulier, la femme peut jusqu'à un certain point trouver dans ses enfants un remplacement à la satisfaction sexuelle qui lui manque. Néanmoins, il serait parfaitement oiseux de prétendre remplacer *totale*ment, au nom de conceptions religieuses ou métaphysiques, la satisfaction sexuelle par le travail ou une famille nombreuse. Car dans d'autres conditions, qui appartiennent en propre à la formation des névroses, celles-ci se développeront bel et bien en dépit de la misère, de la sujétion au travail ou de la nombreuse progéniture.

Sans sous-estimer le facteur économique, nous voudrions faire ressortir que les conflits internes débilitent également les forces nécessaires pour affronter la dure réalité. Le désarroi intérieur s'ajoute aux difficultés extérieures et tous deux se renforcent mutuellement. Les responsables de la politique sociale et démographique négligent par habitude l'aspect subjectif de la misère sociale, ou n'en tiennent compte que quand celui-ci dérive des difficultés extérieures. Au contraire, l'analyse des individus permet de se rendre compte que les névrosés sont susceptibles de grossir démesurément les difficultés qui se présentent à eux. Quiconque a rencontré cette propension à accentuer la misère économique et à l'accepter comme une échappatoire aux conflits internes, ne peut plus croire à une solution radicale des problèmes sociaux par les méthodes traditionnelles. Du point de vue socio-économique, ces névroses déguisées ne le cèdent en rien à la tuberculose, en ce qui concerne la détérioration de la santé dans le peuple. On s'en persuade rapidement dans la vie d'un dispensaire psychanalytique pour économiquement faibles. Les grands noms de l'assistance sociale auraient depuis longtemps découvert tout cela s'ils ne s'étaient enfermés dans la croyance que les névroses (comme d'ailleurs, paraît-il, toutes les idées) ne sont qu'une "superstructure" des rapports économiques.

Le mariage est un des nombreux points où s'entrecroisent les problèmes sociaux. Or, en fait, il n'est pas officiellement considéré comme ce qu'il est réellement : à savoir une communauté sexuelle dont le fondement doit être, en premier lieu, l'amour objectal génital. On l'oublie trop souvent et on ne le considère que comme une unité économique ou une institution ayant pour but la reproduction. Cependant, bien peu de mariages sont conclus pour des raisons économiques en vue de la reproduction. Dans les conditions actuelles, le mariage ne signifie que contraintes et comporte un risque de misère économique. Il serait de mauvaise psychologie de prétendre que ces raisons objectives puissent jamais être ou devenir une motivation subjective pour qu'un mariage soit conclu ou se maintienne. Si, en dépit des contraintes économiques et personnelles, en dépit même du risque de misère, on se résout au mariage, c'est bien parce que l'exigent des besoins individuels puissants, avant tout d'ordre sexuel. Freud a naguère émis l'idée que le plaisir sexuel représente une prime offerte par la nature à l'individu pour la conservation de l'espèce. En asservissant les hommes au refoulement, la civilisation et la misère économique qui l'accompagne ont réussi à déposséder une grande partie de l'humanité, en particulier les femmes, de cette prime de plaisir. Ce qui assure la reproduction de l'espèce, ce n'est plus désormais que l'espoir d'obtenir cette prime de plaisir ou, en ce qui concerne les femmes, la médiocre perspective d'avoir une existence économique autonome.

Certes, la tendance biologique à la reproduction, le désir d'avoir des enfants est, pour des raisons individuelles, significativement plus prononcée chez la femme que chez l'homme. Et cela se retrouve dans le psychisme. Cependant, dans l'histoire de chaque individu, le désir sexuel précède toujours le désir d'avoir des enfants. Que l'on pense simplement à la puberté. L'interdiction de la satisfaction sexuelle entrave aussi le désir d'avoir des enfants. Ce n'est que chez quelques femmes que le désir de la maternité masque le désir

sexuel. L'analyse de ces cas montre qu'il s'agit d'un refoulement névrotique des pulsions génitales. En fait, ces femmes ont inconsciemment peur de l'acte sexuel, ou ont éprouvées de graves déceptions auprès des hommes, et souhaitent un enfant de manière parthénogénétique (H. Deutsch). Quant à la femme frigide qui a beaucoup d'enfants, à l'origine elle ne les a pas voulus, du moins pas primordialement. Les enfants une fois mis au monde ont alors, et alors seulement, par le travail auquel ils contraignent, remplacé la satisfaction sexuelle en absorbant des énergies libidinales. L'analyse fait très rapidement apparaître la révolte contre les obligations maternelles et contre l'abnégation à laquelle il a fallu se résigner¹.

Dans les mariages relativement bons, le désir d'avoir un enfant ne se fait jour qu'après une certaine saturation des exigences génitales.

On proclame volontiers que seule l'arrivée d'un enfant peut consolider un mariage. Cela ne se vérifie que sous certaines conditions préalables. Une des plus importantes, c'est l'harmonie psycho-génitale des parents. Si elle ne s'établit pas, les enfants deviennent au contraire une nouvelle source de malaise et créent une contrainte pesante dont seuls les privilégiés peuvent se libérer. S'il y a plusieurs enfants, tout l'amour qui n'est pas rassasié dans le mariage va s'épancher sur eux. Les parents vont selon le sexe des enfants décider de leur préférence, et chaque conjoint va favoriser ses préférés au détriment de ceux de l'autre. Cela ne peut qu'avoir des conséquences fâcheuses pour le développement des enfants, qui sont alors la proie de graves conflits soit entre eux soit avec leurs parents. Maintes "personnalités multiples" que Freud attribue à des identifications opposées incompatibles entre elles, sont le fruit de tels mariages.

1. Dans *Deux femmes*, Balzac a dépeint avec une incomparable clarté ce conflit maternel.

c) La *généralité*
s'engourdit-elle dans le mariage monogamique?

La morale sexuelle dominante impose dans le mariage des relations sexuelles monogamiques. Ce n'est pas notre propos de décider si elle a en cela tort ou raison. Car les principes moraux ne se laissent pas démontrer et, reposant sur des valeurs éthiques, ils sont inaccessibles à la science, qui ne peut que décrire et expliquer. Celle-ci peut simplement, soit prendre comme objet de recherche les préceptes eux-mêmes ou les motivations de ceux qui s'en réclament, soit examiner les résultats auxquels conduit l'observation ou la non-observation des règles morales. La morale a d'ailleurs pris des aspects différents selon les époques et, même parmi les contemporains, elle conduit généralement à des préceptes opposés défendus tour à tour avec autant de passion et de conviction par des partisans irréconciliables. Mais, en dépit de fréquents reproches d'immoralité, la science, lorsqu'elle aborde la sexualité, prend presque toujours bien soin de sa moralité, ce qui ne favorise en rien l'objectivité de ses résultats.

Il nous faudra répéter avec insistance ces évidences, tant que des sexologues sérieux et influents, comme par exemple Fürbringer, iront dans leur indignation jusqu'à écrire dans des publications scientifiques des tirades de ce genre : "Si sans raisons particulières (obésité, grossesse, douleurs dans le bas-ventre), on se met fréquemment à choisir des positions anormales (coït où l'homme est sur le dos, coït sur le côté, *cum uxore inversa*, position debout, assise, sur les genoux et les coudes), le médecin ne doit pas céder à la tentation de les considérer globalement comme de mauvaises manières (!) inoffensives et passagères. Derrière elles, se cachent trop souvent les élucubrations d'une imagination cynique (!?) et d'une concupiscence

raffinée"¹. De là à faire prescrire par la loi une position normale pour le coït, il n'y a qu'un pas.

Laissons donc de côté la morale et examinons plutôt les faits.

Des années de monogamie engendrent un engourdissement de l'attirance sexuelle; il est rare que celui-ci n'aboutisse qu'à une morne résignation; le plus souvent, il conduit plutôt à de graves conflits conjugaux. Ce problème, pivot de la sexualité conjugale, a de tout temps fait l'objet de plaisanteries plus ou moins obscènes, tout comme il a également préoccupé de grands esprits comme Balzac ou Strindberg. Mais seule la science est à même d'élucider ces questions.

Chacun des conjoints se met à découvrir dans l'autre des défauts, qu'il n'avait jusqu'alors ni vus ni remarqués. Que leurs personnalités aient changé ou non, les époux ne se comprennent plus. Il est extrêmement rare qu'ils connaissent les véritables raisons de leur mésentente. Ils voient plutôt dans l'engourdissement sexuel une *conséquence* de leur désaccord. En réalité, c'est tout le contraire qui se produit : la diminution de l'attirance sexuelle souligne des traits de caractère qui s'étaient estompés dans la période de l'harmonie génitale.

Prenons le cas le plus favorable : les conjoints sont à peu près sains tant physiquement que psychologiquement, les contraintes économiques ne les ont pas trop atteints, et le mari a su faire reculer la séparation de l'amour conditionnée par l'économie et la société. Il n'en reste pas moins que la défloration constitue

1. Cité par Marcuse dans son *Handwörterbuch der Sexualwissenschaft* (op. cit., p. 372). Quant à ceux qui, en ces matières, voient et disent la vérité, ils doivent s'attendre à des réactions. La rédaction de la *Münchener Medizinische Wochenschrift* (novembre 1926) nous en fournit un bon exemple en croyant devoir ajouter à un compte-rendu élogieux du courageux livre de Van der Velde *Die vollkommene Ehe* (Le mariage accompli - Konegen-Verlag, 1926, Ref. Nassau) le commentaire suivant : "Il aurait, à notre avis, mieux valu limiter l'accès de ce livre aux milieux médicaux. Aux mains des profanes, il risque d'avoir des effets nuisibles. Certaines "variantes" décrites et conseillées dans ce livre n'ont pas à entrer dans les foyers allemands" (!). Nous regrettons de ne pouvoir revenir ici sur le livre de Van der Velde paru après la remise de notre manuscrit.

pour la femme vierge un choc (une nouvelle castration)¹ qu'elle ne peut surmonter que dans des conditions très favorables. Si elle ne perd pas rapidement sa frigidité, elle nourrira de la haine contre son mari. Jusqu'ici, une réserve compréhensible mais injustifiable du point de vue médical, ainsi que la crainte de tomber dans la pornographie, ont empêché que l'on aborde la psychologie de la nuit de noces. Pourtant, comme l'ont affirmé des écrivains sérieux et comme le prouve la psychanalyse des personnes mariées, le bonheur ou le malheur ultérieur du couple se ramène en fin de compte à l'expérience de la première union sexuelle. Que l'on désigne sous le nom de "lune de miel" les premières semaines du mariage, montre bien que ceux qui ont forgé cette expression et ceux qui aiment à l'utiliser ont connu l'engourdissement sexuel et veulent ainsi rehausser les apparences des premières expériences conjugales, qui ne semblent si belles qu'en comparaison de l'apathie ultérieure. En réalité, les premiers temps produisent surtout un choc et, soit ils sont vécus dans la déception consciente, soit ils sont refoulés et éloignés de la conscience par des illusions de courte durée. En effet, c'est avec angoisse que la femme affronte cette nouvelle expérience qui était tabou depuis l'enfance. Et là où domine la peur, il n'y a pas place pour le plaisir. Quant à l'homme, qui jusque-là a généralement dû séparer ses aspirations amoureuses, il se trouve lui aussi confronté à une situation nouvelle et il lui faut beaucoup de tact et de sensibilité pour y adapter sa sensualité et ne pas commettre d'imprudences. Aucune harmonie amoureuse ne peut sortir de tout cela. Ce qui, pour beaucoup d'hommes, fait l'attrait apparent des premiers temps du mariage, c'est la nouveauté de l'expérience : pour la première fois de leur vie, ils "possèdent" une femme de leur propre classe, ce qui leur avait été jusque-là interdit.

Quant aux femmes de milieux socialement et économiquement moins favorisés, elles ne peuvent également que réagir avec angoisse si elles arrivent vierges au

1. Cf. à ce sujet Freud, "Le tabou de la virginité", dans *La vie sexuelle*, op. cit.

mariage. L'homme de leur classe n'a peut-être pas pâti de la séparation des tendances amoureuses, mais généralement il ne dispose pas du niveau de raffinement sensuel susceptible d'éviter le choc de la défloration.

Eclairer les conjoints sur les difficultés de l'harmonie physique et psychique devrait être le premier souci des Centres de conseil aux couples. L'examen de la santé corporelle ne constitue qu'une partie de leur tâche. Le simple fait d'expliquer que l'harmonie génitale ne peut s'instaurer qu'après la mise en accord des deux rythmes sexuels, pourrait éviter de graves déceptions. Le mari devrait savoir qu'au début sa femme se trouve le plus souvent frigide et qu'elle perdra d'elle-même cette frigidité, si elle est demeurée fondamentalement saine, et si, de son côté, il ne fait pas preuve de maladresse. Quant aux femmes névrosées, il n'y a probablement qu'une psychanalyse qui pourrait les aider à surmonter ces difficultés. Depuis qu'il existe des Dispensaires Psychanalytiques pour économiquement faibles, même les plus deshérités peuvent bénéficier des conseils et des soins des spécialistes de l'analyse. On n'a pas le droit de sous-estimer les aspirations sexuelles des prolétaires. Lors de leurs analyses, les femmes d'ouvriers névrosées relatent très souvent qu'elles se sont entendu reprocher leur frigidité. Mais ces difficultés primordiales dont souffrent aussi les couples de prolétaires ne sont connues ni du médecin de quartier, qui, aveuglément, ne croit qu'aux méthodes somatiques, ni du conseiller aux couples, qui, sur les questions psychologiques, a peu d'idées ou beaucoup de préjugés.¹

1. Un seul exemple suffira ici : dans le numéro 47 de la *Deutsche Medizinische Hochenschrift*, Schwalbe fait un rapport sur les Centres de conseils aux couples du district de Penslau Berg à Berlin (dans "Conseils de santé avant le mariage"). Il est dit dans le rapport original que les points suivants sont examinés et notés : taille, poids, capacité thoracique, état général, urine, menstruation, matelas de graisse, musculature, muqueuses, ossature, organes des sens, yeux, oreilles, poumons, cœur, tension artérielle, pression sanguine, organes sexuels, et que l'on prête une attention toute particulière aux hernies inguinales, aux testicules remontés et aux malformations. Et Schwalbe ajoute : "Ce n'est que dans des cas appropriés que l'on relèvera cet état complet du malade." A qui veut-on faire croire que les idées ont tant changé et que les questions de psycho-sexualité (puissance, capacité et conflit sexuels) sont tenues pour si évidentes qu'elles ne sont pas explicitement soulevées ? Au lecteur ? Il apprendra quelques lignes plus loin à propos des Centres de conseils

Revenons au thème central de ce sous-chapitre. Même si, une fois toutes ces difficultés surmontées, l'harmonie sexuelle finit par s'instaurer, de nouveaux dangers menacent encore. La satisfaction s'obtient alors facilement et il n'est plus nécessaire de conquérir l'objet; ces deux faits conduisent à une trop grande fréquence des rapports, ce qui est doublement préjudiciable. Il ne se produit plus de grandes tensions libidinales; tout d'abord, les moindres stases sont éliminées. Ferenczi a été, à ma connaissance, le premier à traiter de façon scientifique les dangers de cette "accoutumance sexuelle" dans le mariage¹. De plus, le coït est réalisé comme un devoir et des sensations de dégoût apparaissent. Dans l'acte sexuel s'exerce aussi en partie le plaisir agressif de la conquête. Beaucoup d'hommes qui, avant le mariage, ne pensaient qu'à conquérir un grand nombre de femmes, voient leur désir pour leur épouse disparaître dès qu'il n'y a plus à la conquérir. Ce phénomène extrême se retrouve à un degré variable dans tous les mariages, il prend ses racines dans ce qui caractérise le développement sexuel de l'enfant. Le sexuel y a toujours été défendu et cette association va subsister dans l'inconscient. Le défendu dont le noyau est le sexuel, a été particulièrement désiré. Ainsi le défendu acquiert un sens sexuel caché même dans des domaines non-sexuels, comme par exemple le vol dans la cleptomanie. Et chez de nombreux hommes, la valeur sexuelle du défendu se renforce de façon si pathologique qu'ils ne peuvent désirer le non-défendu. Plus l'homme voulait "conquérir" et "posséder" avant

sexuels et conjugaux de la Ligue pour la Protection des Mères et pour la Réforme Sexuelle "que dans ces centres, les conseils aux couples ne sont pas compris comme un problème spécifique, mais qu'au contraire on en vient à partir de là à donner des avis sur tous les problèmes sexuels (les italiques sont de moi), et cela ne se limite malheureusement pas aux méthodes contraceptives, mais va, semble-t-il, jusqu'aux méthodes abortives". Eh bien, comme nous le disions, le mariage n'est donc pas, d'après cette conception, une union sexuelle car, sinon, "on n'en viendrait pas" du mariage à la sexualité. C'est tout-à-fait dans le même esprit que fonctionne le Centre de conseils aux couples de Francfort (Prof. Raake) : "Une fois le mariage conclu, plus de conseils. Conseils aux couples et limitation des naissances n'ont rien en commun". C'est du moins le point de vue du conseiller! Lui non plus n'a rien en commun avec le fait que les conseils ne prennent leur plein sens qu'après le mariage!

Tout cela se passe évidemment de critique.

1. *Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten* (Psychoanalyse des habitudes sexuelles), Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1925.

le mariage, plus vite il deviendra indifférent une fois marié. La *part narcissique et sadique de la genitalité reste insatisfaite dans le mariage monogamique*.

Il faut enfin tenir compte du poids des relations sexuelles entre la mère et le fils dans la petite enfance. Si selon Rank, le désir pour la mère inaccessible conserve son intensité primitive, ou bien on ne pourra jamais persévérer dans un amour (donjuanisme), ou bien il faudra pour aimer que la femme appartienne à un tiers et soit conquise dans l'interdiction (Freud). Pour ces hommes, l'épouse dont la possession est devenue légitime cesse donc de s'identifier à la mère tant convoitée. Seule une résolution psychanalytique de la fixation incestueuse peut alors remédier à cette situation.

On a discuté à perte de vue de l'essence polygamique ou monogamique de l'être humain. Selon ses opinions philosophiques, chacun prend parti pour l'une ou pour l'autre. Les plus lucides voient d'un côté comme de l'autre autant d'arguments moraux et laissent la question sans réponse. La psychanalyse de l'évolution sexuelle montre que les tendances à la monogamie et à la polygamie coexistent et sont également ancrées dans le développement de l'enfant. La tendance à la monogamie dérive du désir *exclusif* de l'enfant soit pour sa mère soit pour son père. Tout aussi générale, l'interdiction de l'inceste fonde la tendance à la polygamie. Celui qui ne peut pas réussir un transfert authentique va, soit chercher l'objet défendu sans jamais le trouver, soit sans cesse fuir devant lui.

Jusqu'à quel point l'homme peut-il, dans le mariage, maîtriser ses tendances à la polygamie? Cela dépend des questions suivantes : dans quelle mesure a-t-il pu se libérer des conditions amoureuses de la structure œdipienne? Et jusqu'à quel point a-t-il réussi à retrouver sa mère dans son épouse? Il en va de même, *mutatis mutandis*¹, pour la femme. Il est également vrai pour les deux sexes que les désirs de polygamie apparaissent d'autant moins que les époux

1. Après avoir changé ce qu'il faut changer (N.d.T.)

ont mieux appris à connaître et à satisfaire leurs aspirations sensuelles respectives, et que chacun considère avec plus de compréhension les penchants polygamiques de l'autre.

Les tendances à la polygamie s'éveillent invariablement chaque fois que des exigences libidinales importantes ne sont pas satisfaites. Par ailleurs, laissant de côté pour l'instant l'engourdissement de la génitalité satisfaite dans la monogamie, nous pouvons remarquer que les motivations de la polygamie diffèrent nettement chez l'homme et chez la femme. En effet, beaucoup de femmes ont des désirs polygamiques parce qu'elles veulent s'évader du complexe d'infériorité féminin en se faisant admirer et séduire par nombre d'hommes. Cet arrière-plan narcissique peut se fonder aussi dans tous les cas sur le fait qu'étant petite, la femme a été repoussée par son père. Le *type objectal de la polygamie* (recherche de l'objet amoureux inaccessible) peut, à la suite de violentes formations réactionnelles, se transformer en un type narcissique. Que les femmes appartiennent plus fréquemment à ce type que les hommes peut se ramener à la base anatomique du sentiment d'infériorité féminin, à savoir l'absence de pénis. Habituellement, à côté du type objectal, les tendances vindicatives jouent aussi un rôle considérable : la volonté de dominer l'objet sexuel constitue une autre motivation de la polygamie. En général, la femme génitalement satisfaite ne se trouve que très rarement polygame, tandis que les femmes qui ont une insensibilité vaginale et un fort érotisme clitoridien font preuve d'instabilité.

Toute tendance non sublimable qui reste insatisfaite dans le commerce sexuel conjugal a pour conséquence l'asthénie génitale et un certain détachement à l'égard du conjoint; cette remarque est principalement valable pour la tendance à l'homosexualité. Il ne s'agit pas ici de la force névrotique de l'homosexualité, mais de la composante homosexuelle physiologique dans la bisexualité. Quand dans le mariage les tendances à la polygamie deviennent contraignantes, on peut présumer, sur la base des expériences analytiques, que les ten-

dances homosexuelles n'ont pas pu trouver leur place. On s'en persuadera aisément par les faits : les hommes désirent alors, non pas une autre femme monogame, mais des femmes polygames ou homosexuelles; ils recherchent le type de filles de mauvaises moeurs qui est décrit par Weininger. Chez les femmes, cela apparaît occasionnellement sous la forme encore plus nette d'une fixation aux femmes homosexuelles.

Si l'on s'en tient longtemps à la forme "normale" des rapports, si toute forme de changement est tabou ou bien si les pulsions partielles ne trouvent pas de satisfaction dans les préliminaires, la tendance génitale s'engourdit très rapidement. Plus exactement, elle entre en conflit avec les besoins insatisfaits. Ces cas montrent toujours des inhibitions névrotiques et un refoulement des tendances prégénitales et de l'homosexualité. Sous un certain régime, variable selon les individus, de grande liberté dans le mode de rapports, cette rivalité fatale est évitée et maintes causes d'engourdissement sont rendues inoffensives.

On voit par l'analyse des femmes frigides que le fantasme ou le goût d'occuper dans l'acte une position supérieure correspond au désir d'être un homme. De même, les hommes qui ont une structure féminine plus marquée forment le fantasme d'être sous la femme. En cas de névrose, ils repousseront néanmoins ces désirs comme déplacés et efféminés. Cet état de choses donne lieu, sous certaines conditions, à des conséquences pathologiques, mais il se rencontre pourtant normalement chez les hommes les plus virils et les femmes les plus féminines. L'intervention des positions (*coitus inversus*) réussit très bien à satisfaire, au moins en partie, de tels désirs et à les rendre par suite sans danger. L'homosexualité active de l'homme se satisfait au mieux par le *coït a tergo*. Chez la femme, il sert à satisfaire de très anciens désirs correspondant soit à une conception anale de l'acte, soit au souvenir d'avoir dans l'enfance vu faire des animaux.

Nombre d'hommes qui, étant enfants, ont trouvé du plaisir à jouer avec leurs organes génitaux, ont besoin avant l'acte qu'on leur touche le sexe. Maintes

femmes dont l'orgasme est retardé ne peuvent atteindre la satisfaction qu'après avoir été excitées manuellement¹.

Pour tenir compte des faits, on ne doit pas perdre de vue que l'ensemble de l'organisation pré-génitale, plus ou moins forte selon les individus, ne cesse d'accompagner le primat de la génitalité (Freud). Si les pulsions pré-génitales ne sont pas satisfaites, elles engendrent en s'interposant des perturbations et tendent à leur satisfaction exclusive dans le sens de la perversion. Pour cette raison, une pulsion orale plus fortement marquée devra être satisfaite sous forme d'une fellation ou d'un cunnilingue.

L'acte sexuel lui-même est apte à contenter les diverses tendances psycho-sexuelles. Il faut néanmoins que la sexualité impérieuse de l'enfant ait été peu influencée par les refoulements et qu'elle puisse se mêler au courant présent de la vie sexuelle, du moins la partie qui n'a pas été transformée en traits de caractère ou en sublimations. L'attitude de l'homme et de la femme avant et après un acte satisfaisant témoigne du fait que tous les désirs ont été accomplis avec succès.

Avant l'acte, l'homme a un comportement à la fois tendre et phallique-agressif; la femme attend en général passivement l'agression génitale. Au cours de l'acte, son comportement change, elle devient à son tour active jusqu'à ce que son orgasme coïncide avec celui de l'homme. Ce dernier n'arrive pas à la pleine satisfaction si la femme souffre de frigidité ou d'insensibilité. Même ceux qui fréquentent des prostituées exigent que leur partenaire les "accompagne", au moins apparemment. Il s'agit là, sans aucun doute, d'une participation intensive à l'orgasme du partenaire, d'une identification complète qui s'ajoute à l'expérience personnelle. Cette identification est propre à contenter les tendances féminines de l'homme et masculines de la femme.

1. Quant à l'opinion de Kehrler selon laquelle la friction manuelle serait dangereuse, nous ne pouvons pas la partager. C'est leur angoisse devant la masturbation qui rend ce genre de femmes malades; elles le deviendraient de toute façon.

Après un acte satisfaisant, le comportement s'inverse habituellement. La femme donne libre cours à sa tendresse maternelle et l'homme redevient enfant. De par sa conscience de pouvoir enfanter, la femme aura tendance à voir en l'homme un enfant, et à venir ainsi au devant de son attitude infantine. Elle a un comportement infantin et passif avant, maternel et actif après, tandis que l'homme réagit de façon paternelle et agressive avant, infantine et passive après.

Même alors, les difficultés déjà citées et les motivations de l'engourdissement dans les relations monogamiques ne peuvent pas, à vrai dire, être éliminées; mais le principe peut en être évité, dans la mesure où les conjoints préféreront ne pas payer d'une névrose ou de son équivalent (un mariage malheureux) la poursuite de leurs règles morales. Cela dit, il y a une autre raison inévitable à l'engourdissement: la libido est tout aussi sujette à se détacher qu'à se fixer, tout aussi labile que visqueuse (Freud). Sans aucun autre facteur, la satisfaction en elle-même comporte l'engourdissement. On ne peut que le retarder en variant le mode de satisfaction, on ne peut pas le supprimer. Mais cet engourdissement-là, donnée physiologique, n'a rien à voir avec celui qui provient de refoulements névrotiques. En effet, il est ressenti bien moins péniblement car il ne repose pas sur la répression des revendications instinctuelles mais sur leur *rassasiement*. Et plus il intervient tard, plus il coïncide avec la baisse de capacité sexuelle somatique; les dangers de stase libidinale disparaissent. Pour pratiquer même dans le mariage une abstinence temporaire et volontaire, il faut vraiment avoir une grande conscience des dangers liés à une trop grande fréquence des rapports sexuels. Ferenczi a indiqué ce fait avec force (*loc. cit.*). L'intimité corporelle que comporte l'union conjugale (la chambre à coucher commune etc.) rend difficile la mise en pratique de cette nécessaire abstinence. Mais faute de la suivre, les époux, même ceux qui ont atteint une large harmonie sexuelle, se trouvent un jour confrontés avec effroi à la réalité de la baisse de leur libido. Se sentant coupables, ils

tenteront de la voiler ou de la compenser par des excès de tendresse. Par la suite, apparaîtront des tendances à la polygamie qui les laisseront désarmés. Elles les surprendront d'autant plus que l'attachement au conjoint était intense, et pourront ensuite amener à des fantasmes ou à des actes compulsifs de polygamie. En vertu de la tradition qui condamne l'infidélité conjugale comme immorale, fautive et criminelle, naissent de profonds sentiments de culpabilité. Si l'on cache comme un secret criminel la tendance à l'adultère, ou bien elle est refoulée, ou bien on joue à son conjoint la comédie opposée; c'est alors que les personnes de stricte moralité sont menacées de névrose. Quant aux moins scrupuleux, ils commettent l'adultère et le dissimulent. Il y en a bien peu pour avoir le courage de s'en ouvrir à leur conjoint; même si cette franchise n'efface pas toujours la difficulté, elle a par elle-même une action libératrice. Une "infidélité" passagère peut parfois même être nécessaire pour un bon mariage. Cela ne concerne, il est vrai, que les exceptions favorables et suppose une claire conscience des dangers menaçant alors la stabilité du couple. En tout cas, on peut à bon droit révoquer en doute l'avantage d'une fidélité reposant non sur la satisfaction mais sur la contrainte et le refoulement. Et il est absolument certain qu'une telle fidélité porte atteinte à la santé mentale.

A la vue de ces difficultés, on ne s'étonnera plus de l'abondance des drames conjugaux, qu'ils s'expriment sous forme de crimes passionnels, d'amertume et de morne résignation ou de névroses. De cette misère, même la régulation économique la plus vaste des rapports sociaux ne peut atténuer qu'une partie, celle qui provient des conditions extérieures. Les besoins individuels ne se laissent modifier que jusqu'à un certain point, et ni la punition de l'adultère, ni le bannissement social ne peuvent les rayer de la terre. Quant à l'aide médicale, le pire des obstacles à sa réussite sera de mélanger au jugement des faits des valorisations subjectives ou morales, qu'elles soient anarchistes ou réactionnaires. Entant que médecin, on tiendra compte

au mieux de la lutte entre les revendications instinctuelles et les exigences sociales par un comportement absolument tolérant qui suive la thérapie de Freud et laisse la décision au malade après lui avoir fourni la connaissance de ses désirs et la capacité de prendre une décision. Il s'ensuit, pour un patient insatisfait dans son mariage, que l'on doit aussi peu le détourner de l'adultère ou de la séparation que les lui conseiller.

Ici se branche d'autre part une question de la plus grande portée sociale: la psychologie de la "lutte des sexes". Le mépris fréquent et brutal de l'homme pour la femme; le mouvement féministe qui, justifiant la critique de Grete Meisel-Hess, s'efforce d'identifier les femmes aux hommes, au lieu de développer par la sublimation les aptitudes propres à leur sexe; la féminisation croissante des hommes; le conflit conjugal, tel que l'a inoubliablement mis en scène Strindberg, et qui se retrouve presque inmanquablement dans les amours des célibataires; et l'ensemble des attitudes qui ne se confondent pas avec l'amour mais qui aujourd'hui l'accompagnent, comme par exemple, la malveillance, l'envie, la brutalité, le dédain, le goût de la domination et le manque d'égards; tous ces faits devraient trouver leur place dans ce sous-chapitre, car ce ne sont pas tant des causes que des conséquences de l'impuissance orgastique de l'homme contemporain, de l'homme civilisé. Mais, en raison de l'étendue de sa signification sociale, ce sujet mérite une recherche particulière.

d) Le sens des réalités en amour et dans la vie sociale

La fonction de l'orgasme influence aussi de façon décisive les fonctions différenciées de l'activité sociale et culturelle des individus. "Même lorsqu'on est confronté non à des manifestations morbides, mais à des formations caractérielles, on reconnaît sans peine que la limitation sexuelle va de pair avec la

timidité et la méticulosité, tandis que l'intrépidité et la hardiesse s'accompagnent d'un libre exercice des besoins sexuels" (Freud)¹. La comparaison des capacités sociales et sexuelles des malades et des bien-portants révèle des relations systématiques entre les fonctions primitives et les fonctions plus hautes; et pour juger de la thérapeutique à effectuer, on ne peut méconnaître de telles correspondances.

Les pulsions prégénitales sont par nature auto-érotiques, c'est-à-dire asociales; l'instinct de destruction et son rejeton érotique, le sadisme, sont anti-sociaux. Inséré de force dans la communauté sociale, l'individu doit renoncer à ses propres buts instinctuels et appliquer les énergies correspondantes (par amour pour l'objet aimé ou sous la contrainte de l'éducation) à des objectifs importants pour la société et la civilisation. Ce processus a été dénommé "*sublimation*" par Freud. La sublimation présuppose en premier lieu que les forces instinctuelles à transformer ne succombent pas au refoulement qui empêche non seulement la satisfaction mais aussi toute transformation de l'instinct. En ce sens, les règles morales d'où proviennent les refoulements et les activités d'adaptation socio-culturelles qui permettent d'éviter ces refoulements, sont en contradiction. Le refoulement peut parfois mener à des activités sociales qui ressemblent à des sublimations. Cependant, celles-ci sont faciles à distinguer des vraies sublimations par leur caractère réactionnel outré et par l'impression de rigidité qui s'en dégage. Une autre différence plus importante est que *le véritable sens des réalités dans la vie sociale s'harmonise bien avec le sens des réalités en amour*. En effet, comme nous allons le montrer, le sens des réalités dans la vie sociale présuppose le sens des réalités en amour, alors que le faux réalisme réactionnel de type compulsif ne peut aller de pair avec le sens des réalités en amour.

Par suite des conditions de vie psychologiques, physiologiques, sociales et biologiques, la génitalité

est la seule de toutes les pulsions à pouvoir remplir la fonction du sens des réalités en amour. Nous devons à Ferenczi l'expression de "*sens des réalités en amour*". La légitimité de cette notion est facile à établir à tous points de vue. *Du point de vue psychologique*, l'homme impuissant se sent diminué et se trouve plus ou moins incapable d'activité, même dans les domaines non sexuels. *Du point de vue physiologique*, la satisfaction génitale garantit le soulagement orgasmique des tensions libidinales somatiques et constitue par là l'une des conditions du maintien de l'équilibre mental. *Du point de vue social*, la génitalité (au sens de notre définition) requiert un partenaire et fonde donc au moins la communauté de deux personnes; en outre, c'est la seule tendance que la société approuve dans une certaine mesure et dont elle tolère la satisfaction; ce qui n'aurait pas d'importance si, de ce fait, le "pervers" ne se sentait maudit. *Du point de vue biologique*, parmi tous les instincts, seule la génitalité sert par surcroît à la conservation de l'espèce. *L'homme sain c'est-à-dire capable d'amour et d'activité, applique sa génitalité essentiellement à des buts sexuels, tandis que son instinct de destruction et ses pulsions prégénitales se tournent vers des buts sociaux et culturels*. Chez le malade, c'est l'inverse qui se produit : *ses activités sociales sont sexualisées, et son instinct de destruction et ses pulsions prégénitales dominent sa vie amoureuse*.

L'analyse montre que des *troubles du travail* se produisent dans deux circonstances. Dans le premier cas, le malade, préoccupé par des fantasmes sexuels, n'est pas apte à se concentrer sur son travail, ou bien des fantasmes sadiques-obsessionnels le distraient de tout autre sujet. Dans le second cas, comme par exemple la crampe du violoniste ou de l'écrivain, l'activité ne peut se réaliser, ayant reçu la valeur d'un comportement sexuel prohibé (Jokl). L'"appoint libidinal" (Jung) à l'activité sociale n'est plus librement disponible. Comparons cela au mode de comportement de l'homme sexuellement comblé : après un acte sexuel

¹ Introduction à la psychanalyse (traduit par nos soins).

satisfaisant s'établissent le goût du travail et une activité sociale accrue, tandis que pour un certain temps l'intérêt pour la sensualité disparaît ou est diminué. Cet état de choses s'explique par le déplacement des énergies dans l'orgasme : la libido s'est répandue dans tout le corps après l'acmé, ce qui induit une fraîcheur corporelle et un sentiment du moi plus marqué¹. Le contraire en est la fatigue et l'incapacité des neurasthéniques.

On peut donc dire que *les énergies libidinales modifiées dans l'orgasme ont à chaque fois réanimé les sublimations*. Ces dernières trouvent leur source propre dans les tendances durablement désexualisées et dans les pulsions destructrices détournées de leurs buts primitifs. Le refoulement de l'excédent d'énergie libidinale ne fait alors que re-sexualiser les tendances primitivement libidinales, ainsi que réorienter l'agressivité vers ses buts primitifs. En ce qui concerne la notion de sublimation, il faudrait donc y distinguer schématiquement les trois facteurs pulsionnels suivants :

- 1) *L'agressivité destructrice durablement détournée de l'anéantissement de l'objet* (sentiments communautaires, intérêt pour diverses activités importantes du point de vue social, moralité et activité sociales).
- 2) *Les tendances pré-génitales durablement détournées des buts auto-érotiques* (certaines formes d'activités sociales, intérêt culturel, science, art, goût de l'argent, ambition, etc.).
- 3) *L'intérêt génital non sublimé*. Il maintient constamment des relations objectales tendres, et va tantôt pousser à la décharge orgastique, tantôt, après le déplacement de l'énergie dans l'orgasme, s'allier aux tendances sublimées.

L'importance de l'appoint libidinal pour la stabilité d'une sublimation peut être appréciée à sa

¹. Selon l'opinion exprimée par Ferenczi dans un colloque sur ce sujet, l'excitation après l'assouissement de l'amour objectal sexuel, refluant de l'appareil génital au corps, se changerait en libido narcissique et renforcerait ainsi médiatement le corps, se changerait en libido narcissique et renforcerait ainsi médiatement le narcissisme psychique.

juste valeur, en observant systématiquement que la capacité sociale se restreint d'autant plus que l'abstinence se prolonge et s'étend. L'appoint libidinal fait-il défaut, alors la sublimation s'en trouve affaiblie, car, par suite de la stase et de la régression de la libido, même d'autres pulsions, qui étaient sublimées, sont en quelque sorte séduites à leur tour par le mauvais exemple et refusent l'action sociale qui essentiellement leur est imposée. *Sublimation et satisfaction sexuelle ne sont pas opposées*; mais sublimation et activité sexuelle *insatisfaisante* sont bel et bien contradictoires.

Mais la satisfaction de la génitalité peut-elle mettre en danger la sublimation? Le plaisir sexuel satisfaisant est-il en état d'absorber durablement tout intérêt? A ces questions, nous pouvons d'ores et déjà répondre non, en nous fondant sur le fait que les hommes génitalement satisfaits sont plus que les autres capables d'activité prolongée. La libido génitale est susceptible d'être temporairement assouvie — les excitations pré-génitales, elles, ne peuvent qu'augmenter la tension, jamais la résoudre — et, une fois assouvie, peut alors s'allier aux sublimations; ce fait exclut que les sublimations soient menacées par la satisfaction génitale. Là où l'on peut observer, par suite d'intérêts sexuels excessifs comme dans la nymphomanie, la satyriasis, la neurasthénie ou l'onanisme de la puberté etc., des perturbations de la capacité sociale, c'est qu'il existe un trouble de la fonction de l'orgasme qui ne laisse pas de repos à l'aspiration sexuelle.

Pour les hommes qui, dans les grands centres de civilisation, déterminent la morale sexuelle générale, opposer sensualité physique et culture de l'esprit est une idée d'une indiscutable évidence. Mais l'observateur scientifique doit établir si cette opposition existe réellement ou si son fondement est purement irrationnel. Pour ce faire, on établira facilement que seuls quelques individus particulièrement doués réussissent à fuir le corporel — tout juste toléré — dans une spiritualité qui ne joue alors qu'un rôle de compensation. La masse des gens qui tente d'en faire autant sans les ressources intellectuelles nécessaires, est condamnée à la fameuse

"neurasthénie de l'homme des grandes villes". Leur sensualité est vécue dans la peur et donc à peine tolérée, fragmentée et donc insatisfaite; elle se venge en formant des mécanismes de défense qui contraignent aussi à une résignation dans le domaine intellectuel. En conséquence, leur force spirituelle et intellectuelle n'est pas libre, elle est crispée, elle n'a pas de base solide mais s'appuie sur une crainte constante de la vie instinctive, et elle est pleine de peurs sexuelles. Quant aux quelques individus doués, ne décuplèrent-ils pas les résultats réels de leur développement intellectuel et de leur activité sociale s'ils pouvaient non seulement tolérer leur sensualité mais l'affirmer? Etre "capable d'activité dans la vie sociale" est un concept relatif; pour preuve, des individus qui en sont capables auront, après une analyse réussie de leurs perturbations sexuelles, une activité de sublimation bien meilleure qu'auparavant, et cela justement parce qu'ils n'érigeront plus de barrière idéologique entre leur sensualité et leurs aspirations culturelles. Précisément chez les natures géniales de la trempe d'un Goethe se manifeste la force de l'esprit quand il y a sublimation et non compensation, quand, intérieurement fort, on ne doit pas craindre de s'abandonner aussi au rythme premier de la vie sensuelle. C'est justement cette absence de crainte qui permet, après la perte de conscience momentanée de l'orgasme, de se replonger dans l'activité de l'effort intellectuel et spirituel, qui domine la sexualité et est dominée par elle. Donc, dans leur intérêt même, tous ceux qui prêchent l'ascétisme au nom d'idéologies culturelles ou religieuses, et n'atteignent par là que des résultats opposés, feraient mieux de collaborer au développement de la *sexualité sensuelle et physique*; c'est-à-dire plus généralement, d'abandonner la "dépréciation de la vie amoureuse" (Freud), et de remplacer le slogan "*Civilisation ou Sensualité*" par celui de "*Civilisation dans la Sensualité*". Quand la civilisation sera une sublimation et non plus une grande névrose collective, tout le reste devrait venir de soi.

Un problème subsiste : qu'est devenue la libido génitale de celui qui vit dans l'abstinence et qui pourtant a apparemment l'air de vivre en bonne santé psychique? Certes, la disponibilité libidinale et la fréquence du besoin de résoudre les tensions varient considérablement selon les individus. Mais puisque l'appareil sexuel somatique n'a pas cessé de fonctionner — sinon les symptômes d'eunuchoidie ne manqueraient pas d'apparaître —, des tensions libidinales doivent bien exister. Et quelle autre issue peut trouver cette libido organique si elle n'est pas satisfaite par l'orgasme, ni à l'origine de symptômes névrotiques? Sur cette question importante, on ne pourrait se prononcer qu'en se fondant sur l'analyse d'hommes qui *restent* sains, tout en vivant dans l'abstinence sans en souffrir. Mais il ne serait pas absolument faux d'affirmer d'ores et déjà que quiconque vit dans une abstinence sexuelle prolongée, sans être affligé d'une infirmité physique, n'agit pas selon sa volonté consciente mais plutôt sous l'emprise d'inhibitions ou de fixations. Car, on l'imagine sans peine, pour entraver une fonction biologique de l'importance de la sexualité, il faut au minimum un refoulement. En se retranchant derrière un "hypo-fonctionnement" de l'appareil sexuel somatique, on ne fait que se payer de mots; en effet, généralement, les eunuques châtrés après la puberté conservent bel et bien leur libido psychique, de même qu'après le retour d'âge la libido peut se maintenir quelque temps. A supposer même qu'un travail intensif et de vraies sublimations puissent éliminer les stases, notre connaissance de l'énergétique des pulsions nous interdit d'accepter sans preuves qu'une telle attitude puisse être durable et dépasser un certain niveau. Nous préférons, en tout cas, laisser en suspens une telle question qui n'a d'importance que théorique.

On a beau laisser à l'individualité psychique le plus large champ de variations, il n'en reste pas moins que, de même qu'il existe une physiologie du corps

normal, bien que deux hommes ne soient jamais bâtis de la même façon, de même qu'on peut établir pour le nombre des os et leur disposition, pour la forme et l'état du système nerveux, la stratification de la peau etc., une *structure fondamentale* conforme en dépit des différences individuelles, de même dans le domaine mental, il existe une structure fondamentale conforme, qui s'exprime dans une certaine disposition des pulsions. Cela n'exclut en aucun cas la différenciation mentale. Le rapport entre cette structure fondamentale et les variations individuelles ressemble à la relation entre la structure que nous appelons "arbre" ("chêne", "hêtre" etc.) et les distinctions dans la grandeur et la disposition des branches de deux arbres (des chênes, des hêtres etc.). Voilà qui réduit à néant le reproche de "schématisme", selon lequel la recherche du général n'aurait pas droit de cité dans le domaine mental. Et ce que nous appelons *pathologique*, ce n'est pas la déviation qui affecte la structure existant normalement, mais uniquement le *bouleversement de cette structure fondamentale elle-même*.

La psychanalyse vise à réordonner les pulsions selon la structure fondamentale. En cela, elle se trouve en accord avec la volonté consciente du malade sur la base du principe de réalité. Elle ne juge pas les attitudes du malade selon les principes du bien et du mal, mais se contente de déterminer laquelle de ses attitudes correspond à son aptitude à la réalité et lesquelles la perturbent. Par la clarification psychanalytique et la reviviscence des anciens conflits, les pulsions retrouvent automatiquement, sans notre intervention, un nouvel ordre et font réapparaître la structure latente orientée vers la réalité, structure qui n'était d'ailleurs qu'ensevelie. L'analyse est donc, comme Freud l'a naguère établi¹, en même temps une synthèse; à ceci près que la psychanalyse, dont toute persuasion et toute institution d'idéal sont exclues, se conforme bien plus à la nature du patient que toute

1. "Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique", dans *De la technique psychanalytique*, Paris, 1953.

éducation non analytique ("psychagogie").

Il y a donc, sans aucun doute, un *but de la thérapeutique psychanalytique*, qui peut être atteint sans moyens éducatifs : *l'instauration de l'aptitude à l'amour et au travail*; ou, pour être encore plus clair : *l'instauration de l'aptitude à la satisfaction sexuelle*.

Après tant d'années d'exercice de la pratique psychanalytique, on n'a jamais vu, si grande que soit la levée des refoulements, que les patients perdent toute mesure ni que l'accentuation de leur impulsivité soit durable. Cela prouve que la méthode freudienne, pourvu qu'elle soit exercée avec savoir-faire, est capable de contrôler le "matériel explosif" qu'elle manipule; et cela montre aussi que l'Eros individuel cautionne l'adaptation sociale. Après la cure psychanalytique, le patient réussit par la conscience à dominer aussi ses instincts. Mais ce contrôle n'est plus paralysé par la névrose : il a pris un sens pleinement conscient.

Se donner pour but d'instaurer la puissance orgastique ne signifie pas, il est facile de le montrer, que l'on outre passe pour autant ses attributions médicales. Il faut s'attendre à cette objection, que je voudrais devancer. Instaurer l'aptitude au travail est tenu pour un but qui va de soi. Mais j'ai pu me rendre compte que l'établissement d'une *complète* aptitude à l'amour est considéré comme bien moins évident par nombre d'analystes. L'origine de cette partialité réside dans une hésitation concevable à entrer en conflit avec la morale sexuelle dominante.

À la différence de toutes les autres méthodes de psychothérapie, la psychanalyse estime nécessaire de ne pas empiéter sur le libre choix du patient. Dans l'immense majorité des cas, le problème que cela soulève se trouve de but en blanc résolu car, soit le malade vient trouver le médecin explicitement par suite de perturbations génitales, soit il prend très tôt conscience de son impuissance et souhaite lui-même s'en libérer. La minorité résiduelle se compose de ceux qui compensent leur impuissance ou qui repoussent la sexualité par

suite de particularités caractérielles plus profondes. Mais sans aucune exception, même un patient qui repousse la sexualité finira tôt ou tard au cours de l'analyse par se heurter à ses aspirations génitales. Si l'analyse a été menée dans les règles de l'art, il reconnaîtra ses désirs et verra lui-même quelle importance tient le refoulement de la fonction génitale dans sa névrose. Dans tous les cas, il faut arriver à parler des pratiques onanistes, des fantasmes et du mode de comportement pendant l'acte sexuel, tout aussi à fond que des détails d'un cérémonial obsessionnel. En reculant devant l'explication (au moment opportun) des circonstances de l'acte sexuel, en la tenant pour une question oiseuse ou un abus de pouvoir, on ne manifeste que ses propres refoulements et on risque par là de négliger les données les plus importantes pour la résolution du conflit névrotique et la levée de la stase libidinale.

On ne peut dissimuler plus longtemps que la sublimation, comme issue à la névrose, n'a pas pour la plupart de nos malades la signification qu'on lui attribue en général. L'abréaction n'est qu'une solution momentanée et restreinte du conflit. De plus, elle n'est à considérer comme un facteur de guérison que pour un petit nombre d'hystéries traumatiques. Et même porter à la conscience le conflit inconscient ne constitue qu'une condition nécessaire à sa résolution : une simple décision intellectuelle, aussi complète soit-elle, ne suffit pas pour réaliser la *réorganisation définitive des pulsions*, c'est-à-dire pour l'*élimination de la base réactionnelle caractérielle, sur laquelle se fonde la névrose*. Une partie de cette base réactionnelle, peut-être la plus importante (parce que la plus actuelle), est constituée par la névrose actuelle.

Ajoutons à tout cela un autre fait d'expérience corroboré par les statistiques des catamnèses. Les patients qui parviennent à une vie sexuelle ordonnée pendant ou peu après le traitement font preuve, dans l'amélioration de leur état, d'une bien plus grande stabilité que ceux qui n'ont pas pu perdre complètement leur stase libidinale, soit parce que les conflits génitaux n'ont pas encore été résolus, soit par suite

de difficultés extérieures (milieu, âge, infirmité physique etc.)¹. Les cas de rechute dans les névroses de symptômes et de caractère se rencontrent chez les patients dont l'impuissance n'a pas été guérie ou qui vivent dans l'abstinence, le plus souvent pour des raisons névrotiques non résolues.

Quoique pour l'essentiel le problème de la base réactionnelle de la névrose soit encore en suspens, on peut déjà tenir pour certain que la stase somatique de la libido et la disposition à l'angoisse enforment les pièces maîtresses. Supprimer la peur de la satisfaction sexuelle constitue sans conteste un outil indispensable pour atteindre le but du traitement. Et comme l'angoisse devant les dangers supposés de la satisfaction provoque la stase de la libido, qui elle-même a déclenché l'angoisse de stase et les symptômes, le processus de guérison, pour ce qui est de la thérapie causale, doit, indépendamment des formes individuelles de la névrose, suivre un cours inverse. En d'autres termes, *éliminer la peur de la satisfaction libère du refoulement les pulsions* qui sont en partie sublimées et en partie agents de la satisfaction. La levée des refoulements et l'apparition des sublimations au cours du traitement met fin à la première partie de la cure : le malade est soulagé de son poids.

Aucune analyse, une multitude d'observations le montre, ne peut être considérée comme réussie tant que l'on n'a pas libéré l'angoisse liée aux symptômes, ce qui s'annonce par l'apparition d'états d'angoisse passagers. Même le sentiment de culpabilité doit, lui aussi, se retransformer en angoisse. C'est alors seulement que l'on peut entreprendre un travail psychanalytique sur les *sources de l'angoisse*. Comme telles, surgissent au premier plan le *narcissisme du moi*, dérivant de l'angoisse de castration et la *libido endiguée*, qui provoque l'angoisse de stase. L'agressivité et la nostalgie du sein maternel (l'angoisse de la

1. Voir mon étude "Ueber Genitalität vom Standpunkt der psychoanalytischen Prognose und Therapie", op. cit.

naissance) qui, comme nous l'avons montré, dépendent de l'intensité de la stase libidinale et de l'angoisse de castration, ne peuvent donc, comme source de l'angoisse, jouer qu'un rôle secondaire. Cela se marque bien dans la réaction thérapeutique : celle-ci varie selon l'élimination de telle ou telle source d'angoisse.

Ainsi, après la réussite de la cure, la nostalgie du sein maternel et l'agressivité sont tantôt abandonnées, tantôt soumises à d'autres tendances ou bien "sublimées". Par contre, la génitalité n'abandonne que son objet incestueux mais conserve bien son but sexuel. Pourquoi la suppression de l'angoisse a-t-elle pour effet dans le premier cas un *éloignement* vis-à-vis de l'objet de la pulsion, dans le second cas un *rapprochement*? Il est d'usage de présumer dans ce résultat un succès de la thérapie, sans pour autant éclaircir comment le même processus thérapeutique (l'élimination de l'angoisse) produit des conséquences opposées. Certes, cela ne va pas de soi. Mais l'expérience nous apporte les éléments suivants :

1) Tant que l'on n'examinera pas l'angoisse de castration, toutes les séances d'analyse du monde ne feront pas disparaître la nostalgie du sein maternel et l'agressivité (*cas réfractaires*), ou bien, si on a pu libérer une partie de la libido, celle-ci, après une faible incursion vers les attitudes génitales, finira par refluer vers d'anciennes fixations (*cas de rechute*).

2) On voit des cas où les symptômes se dissipent définitivement avant même la fin de l'analyse. L'analyse s'est alors attaquée *d'abord* aux fixations génitales et a réussi à les rompre totalement, avant que des fixations plus profondes ne viennent compliquer la situation de transfert. La libido génitale libérée de l'angoisse de castration a automatiquement pu rendre inefficaces d'autres désirs¹, tandis que la résolution orgasmique de la stase libidinale éliminait pratiquement toute possibilité de régression.

3) Quand le primat de la génitalité n'est arrivé dans l'enfance qu'à une formation incomplète, le poids du "retour au sein maternel", ou bien la tendance à la satisfaction prégénitale, l'emporte malgré l'analyse de l'ensemble des sources de l'angoisse.

Ainsi l'amour objectal génital, quand il est satisfait, est le plus puissant ennemi à la fois de l'instinct de destruction, du masochisme prégénital, de la nostalgie du sein maternel et du surmoi de punition. Sa satisfaction élimine la stase de la libido et jügule par là l'instinct de destruction. Cette supériorité de l'Eros, "gardien de la vie", sur l'instinct de destruction est la justification objective de nos efforts thérapeutiques.

Mais dans cette perspective, la thérapie analytique achoppe sur des difficultés extérieures insurmontables. Dans les meilleurs cas, elles ne font qu'installer à la place des névroses un malheur réel; au pire, elles provoquent des rechutes auxquelles on ne peut rien car les conditions extérieures ne se laissent pas transformer. Prenons l'exemple d'une femme qui, poussée par ses tendances masculines, a choisi pour époux un homme féminin, atteint peut-être d'une légère éjaculation précoce, pour pouvoir le dominer et le tourmenter. Si le succès de l'analyse a transformé sa masculinité en féminité et aboli l'érotisme clitoridien au profit d'une disposition vaginale, cette femme guérie par l'analyse ne se trouve plus en accord avec un époux qui ne lui convient plus désormais, car conformément à sa nouvelle structure, elle souhaiterait un mari fort qui la dirige et la domine en tout. Autrement dit, l'aptitude à l'orgasme est libérée et n'attend plus qu'une stimulation de la part de son mari; mais celui-ci ne possède pas soit la compréhension érotique soit la puissance sexuelle nécessaire. Et il se peut qu'un mariage décidé pour des raisons névrotiques et dans de très mauvaises conditions, devienne ensuite indissoluble par suite des circonstances matérielles. C'est pourquoi les célibataires et les couples sans enfant bénéficient d'un meilleur pronostic.

A ces difficultés extérieures, il est bien peu

1. Les guérisons durables obtenues, dit-on parfois, par une psychothérapie palliative, s'appuient sans doute sur une victoire facile contre les refoulements génitaux. On peut ainsi expliquer, par exemple, la guérison spontanée des hystéries après un mariage.

d'issues certaines. Quelques patients particulièrement doués, essaient de trouver leur salut dans n'importe quel travail; leur équilibre reste néanmoins instable et ils ne sont jamais complètement à la hauteur des exigences du monde extérieur. La résignation sexuelle cache toujours en son sein le danger de la rechute; car l'abstinence complète est déjà inconcevable pour un homme originellement sain, donc a fortiori pour celui qui a souffert d'une névrose et justement de troubles de la libido. La satisfaction onaniste peut prévenir la rechute, mais si elle constitue pendant longtemps le seul mode de satisfaction, elle cache elle aussi le danger de rechute, parce qu'elle s'accompagne de fantasmes et d'une satisfaction psychique incomplète, même si elle est totalement dépourvue d'angoisse et de sentiment de culpabilité. Reste l'adultère. Ici s'arrête l'influence de l'analyse; la décision appartient à l'idéal du moi du patient, qui après avoir, durant l'analyse, fait siens des éléments nouveaux favorables aux instincts, se trouve par suite en état de choisir entre le devoir de fidélité dicté par la morale dominante et le droit non-immoral à la satisfaction sexuelle.

Somme toute, il nous faut avouer que les résultats d'importance pratique sont minces en comparaison de la misère sexuelle et socio-économique de notre temps. Vu que la satisfaction sexuelle et la sublimation, seules issues valables à la névrose et à ses équivalents, dépendent aussi du milieu socio-économique, la marge de manœuvre du travail thérapeutique se trouve de prime abord considérablement restreinte. Rendre le malade capable de supporter les conflits sans rechute constitue pour la thérapeutique psychanalytique la deuxième partie de sa tâche ainsi que son but idéal; mais éliminer par l'analyse les refoulements génitaux et libérer les pulsions qui doivent être sublimées ne fait qu'ouvrir la voie à l'instauration d'une telle aptitude. Dans la plupart des cas, on peut attendre d'un traitement psychanalytique bien mené une meilleure résistance aux déceptions de la vie. Quant au reste du travail d'immunisation, c'est à la satisfaction sexuelle réelle et au milieu de le mener à bien; et ces facteurs, un homme

débarrassé de ses désirs infantiles et de ses élans masochistes peut, en principe, les déterminer consciemment.

Tandis que nous traitons de la fonction de l'orgasme et de ses rapports avec les névroses, nous n'ignorons pas qu'une grave question se posait par ailleurs : "Admettons! La névrose a pour noyau un processus somatique; la source d'énergie du symptôme et du caractère névrotiques réside dans un déroulement pathologique de l'excitation physique (la stase libidinale). Et le traitement psychanalytique des névroses repose en fin de compte sur la modification, voire l'élimination de leur fondement somatique. Admettons tout cela! Ne vaudrait-il pas mieux alors tenter de guérir directement par des méthodes somatiques ce qui provient essentiellement du somatique, plutôt que d'entamer le processus de la psychanalyse, qui est long et compliqué (parce qu'il va au fond des choses)? N'aurait-on pas finalement raison de reprocher à la psychanalyse d'être incomplète et ne devrait-on pas se fier uniquement à des actions somatiques, du genre de l'organothérapie¹."

A cette question, nous répondrons par une autre encore plus nette : "Le médecin de famille a-t-il raison ou tort quand il ordonne à la mère d'une jeune hystérique de la marier d'urgence? Le neurologue fait-il bien de conseiller les rapports sexuels à un homme abstinent et névrosé?" En principe, oui. La stase de la libido est en effet la source d'énergie de la maladie, et seule son élimination peut donc provoquer une guérison radicale. Mais dans les faits, les deux médecins auront donné de mauvais conseils. Car la jeune fille en question

1. Thérapeutique qui supplée à l'insuffisance des glandes et des organes humains en utilisant des extraits de ces mêmes organes. L'hormonothérapie emploie aujourd'hui selon le même principe des hormones synthétiques (N.D.T.)

restera très probablement hystérique et sexuellement timide et pourra même en outre précipiter mari et enfants dans la névrose. Quant au jeune homme, il se révélera sûrement impuissant, sinon il en serait lui-même arrivé depuis longtemps à la même conclusion que le neurologue. Les conseils que les deux jeunes gens ont reçus auraient bien pu les guérir *si* tous deux avaient été psychiquement sains et capables de donner libre cours au déroulement normal de leur excitation sexuelle. La psychanalyse, par contre, en conduisant certaines pulsions sexuelles à la sublimation, en rendant possible par la transformation de l'agressivité l'adaptation sociale et en éliminant les inhibitions sexuelles inutiles, permet un processus spontané et organique qui agit quantitativement et qualitativement de l'intérieur, et qui est aussi une "organothérapie" : la satisfaction sexuelle qui supprime la stase de la libido. Certes, la perturbation de la fonction génitale maintient la névrose tandis que la libido endiguée dans la stase ne cesse d'alimenter le processus névrotique (*cause actuelle*), mais cette perturbation elle-même est bel et bien apparue en empruntant tout d'abord une voie purement psychique (*cause historique*).

Supposons même qu'il existe vraiment des produits qui accroissent la libido. En les administrant à un névrosé sans désirs sexuels conscients, on ne diminuerait en rien pour autant ses inhibitions psychiques, qui éloignent l'excitation du domaine génital. Bien au contraire, on ne ferait à coup sûr qu'augmenter son angoisse névrotique ou provoquer de nouveaux symptômes. Et s'il existait un médicament qui diminue la libido, il aurait naturellement pour effet d'atténuer aussi l'angoisse. Cela pourrait sans doute réduire la base réactionnelle de la névrose, mais jamais l'éliminer. Et même la superstructure mentale associée au sentiment d'impuissance ne ferait tout au plus que changer de façade. La faculté de sublimation resterait tout aussi faible qu'auparavant, car en fait il s'agirait non pas d'une modification qualitative, comme dans le cas d'une psychanalyse, mais simplement d'une baisse quantitative de l'énergie psychique. Un Etat attaché à guérir les

inadaptés au travail ne saurait que s'opposer à une thérapie de ce genre. En conclusion, aucune organothérapie, aussi élaborée soit-elle, ne pourrait se passer de la psychanalyse. Car l'organothérapie ne peut jamais qu'ajouter ou retrancher, tandis que la psychanalyse agit sur la *répartition* des énergies dans le système psychique et, par une modification du moi, met le psychisme à même d'admettre cette nouvelle répartition qualitative des énergies et de supporter des modifications quantitatives.

Mais à l'heure actuelle, tout cela reste encore utopique. Malheureusement, les essais sur le chimisme sexuel tantôt relèvent de la fiction, tantôt restent dans l'impasse des préjugés d'origine affective : la voie que la psychanalyse indique à la physiologie des névroses est obstruée par un tabou. Reste l'espoir d'éliminer radicalement les préjugés sociaux qui frappent la sexualité. Avec l'organothérapie et avec la diffusion dans le peuple d'une information sexuelle fondée non pas sur la morale mais sur la science (ce qui ne manquerait pas d'avoir des répercussions sur l'éducation et sur la science), la psychanalyse individuelle pourrait avoir deux puissants alliés au berceau. Mais il n'est pas pensable que nous puissions jouir dans un avenir prévisible de ces facilités dans notre difficile travail.

GLOSSAIRE

ABREACTION

Décharge émotionnelle par laquelle un individu se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique. Cette décharge permet ainsi à l'affect de ne pas devenir ou rester pathogène.

AFFECT

Terme désignant toute sorte d'état affectif, pénible ou agréable, vague ou qualifié, qu'il se présente sous la forme d'une décharge massive ou comme tonalité générale. Selon Freud, toute pulsion s'exprime dans deux registres, celui de l'affect et celui de la représentation (images, souvenirs, pensées). L'affect est l'aspect qualitatif de la libido, qui, elle, est une quantité d'énergie psychique.

ANGOISSE

Il faut distinguer l'angoisse ou la peur *réelle*, ou plus précisément devant un danger réel (*Realangst*) et l'angoisse *névrotique*, qui est toujours d'origine interne.

En ce qui concerne l'angoisse névrotique, deux théories s'opposent au sein de la psychanalyse. Selon la première formulation de Freud, il y avait lieu de distinguer l'angoisse *résultant* d'une excitation inhibée (conversion de la libido en angoisse) et l'angoisse comme *cause* du refoulement sexuel. Cette distinction prit fin, en 1926, avec *Inhibition, symptôme et angoisse*. Dès lors, il n'y avait plus pour Freud que l'angoisse comme "signal du moi", l'angoisse comme *cause*.

Or, à la même époque, les travaux de Reich le conduisaient, au contraire, à privilégier l'angoisse comme *résultat* de la stase sexuelle. D'ailleurs, il avait modifié la première conception de Freud : l'angoisse n'était plus pour lui une simple conversion de la libido, mais, plus précisément, l'équivalent au niveau du système vaso-végétatif, de la même excitation qui provoque le plaisir dans l'appareil génital. Telle est l'angoisse que Reich appelle angoisse actuelle ou, mieux, angoisse de stase (cf. Chapitre IV).

En explicitant cette origine de l'angoisse, à la fin du Chapitre VII, Reich joue sur le double sens du mot allemand "*Angst*", qui signifie à la fois peur et angoisse : l'angoisse est le résultat d'une peur; l'angoisse morale (*Gewissensangst*) c'est, dit Reich, la peur de la moralité, l'angoisse de castration (*Kastrationsangst*) la peur d'être châtré, etc.

ECONOMIE SEXUELLE

Chez Freud, le point de vue économique renvoie à l'hypothèse selon laquelle les processus psychiques consistent en la circulation et la répartition d'une énergie pulsionnelle quantifiable.

Chez Reich, le terme "économie sexuelle" se réfère au mode de régulation de l'énergie sexuelle de l'individu. L'économie sexuelle désigne la façon dont un individu agence sa libido. Les facteurs qui déterminent ce mode de régulation sont de nature psychologique, sociologique et biologique. Plus tard (1932), Reich insistera sur le lien entre l'économie sexuelle individuelle et l'économie sexuelle établie par la société, c'est-à-dire "la manière dont la société règle, encourage ou réfrène la satisfaction du besoin sexuel" et désignera également sous le nom d'"économie sexuelle" la discipline qui étudie ce lien. A partir de 1939, l'économie sexuelle prit chez Reich un sens nettement biologique, fondé sur la prétendue mise en évidence expérimentale de l'orgone.

FORMATION REACTIONNELLE

Attitude psychologique de sens opposé à un désir refoulé et constitué en réaction contre celui-ci (par exemple, la pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes). Freud a mis en évidence ce mécanisme psychique d'abord à propos de la névrose obsessionnelle; mais il se trouve présent dans toutes les névroses et tous les caractères névrotiques (hystérique, impulsif, etc.).

La base réactionnelle est la formation ou l'ensemble des formations réactionnelles (dont il faut souligner l'origine infantile) qui conditionne l'évolution ultérieure de la névrose ou du caractère.

IDEAL DU MOI

Concept freudien qui désigne l'instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéation du moi) et des identifications aux parents et aux idéaux collectifs. Une fois constitué, l'idéal du moi devient un modèle auquel le sujet cherche à se conformer. L'idéal du moi serait donc une instance situé entre le moi et le surmoi.

INVESTISSEMENT

Concept économique : fait qu'une certaine énergie psychique se trouve attachée à une représentation ou à un groupe de représentations, une partie du corps, un objet etc. Par exemple, chez les caractères hystériques, la bouche est investie de libidogénitale. Dans la sublimation, la libido pré-génitale est investie dans des activités sociales.

Le contre-investissement consiste en un investissement de défense du moi, de nature à bloquer l'accès à la conscience et au système moteur de représentations et de désirs inconscients. C'est l'aspect économique d'une formation réactionnelle ou substitutive.

NEVROSE ACTUELLE

Type de névroses (névrose d'angoisse, neurasthénie, hypocondrie) que Freud distingue des *Psychonévroses*, parce que :

1. leur origine n'est pas à chercher dans les conflits infantiles mais dans le présent,
2. leur étiologie est somatique et non pas psychique,
3. leurs symptômes n'expriment pas symboliquement des conflits psychiques mais résultent directement de l'absence (névrose d'angoisse) ou de l'inadéquation (neurasthénie) de la satisfaction sexuelle.

L'étude de ces névroses ainsi que celle du "noyau actuel" de la névrose, négligée par Freud et abandonnée par ses successeurs, est reprise ici de façon critique par W. Reich. Pour Reich, toute névrose présente une double origine : psychogène-infantile et actuelle (Voir Chapitre IV d).

OBJET

Elément extérieur vers lequel se dirige la pulsion, l'amour ou la haine. L'adjectif correspondant est : *objectal*. On parle notamment de la libido objectale de l'enfant, par opposition à sa libido narcissique. Chez l'enfant (et ultérieurement chez l'adolescent), *le choix d'objet* c'est le fait d'élire une personne ou un type de personnes comme objet d'amour.

D'autre part, on utilise parfois aussi en psychanalyse le mot objet dans son sens philosophique traditionnel (opposition objet-sujet). Dans ce cas, l'adjectif correspondant est : objectif.

STASE LIBIDINALE

(ou stase de la libido). Processus économique supposé par Freud comme pouvant être à l'origine de l'entrée dans la névrose : la libido, ne parvenant plus à s'exprimer vers l'extérieur, reflue sur des formations internes au psychisme. L'énergie est ainsi endiguée, bloquée, accumulée et trouvera son utilisation dans la constitution de symptômes. La notion de stase libidinale a son origine dans la théorie des névroses actuelles exposée dans les premiers écrits de Freud. C'est précisément dans la mesure où il continue cette première partie de l'œuvre freudienne que W. Reich reprend cette notion pour son propre compte.

