

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 Psychoanalyse<sup>1</sup>.*

*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.<sup>1</sup> 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



impulsifs<sup>1</sup>. 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'élan 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 élan, 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 sexuels<sup>1</sup> 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 sexuel<sup>2</sup>, 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 édiflée 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 cercle"<sup>1</sup>, 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)<sup>1</sup>.

*Résultats obtenus par la simple anamnèse.*<sup>2</sup>

#### *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 érythrophobes<sup>1</sup>, 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 satyriasis<sup>1</sup> 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 génitalité.

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 *généralité*, 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 loin<sup>1</sup>.

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.

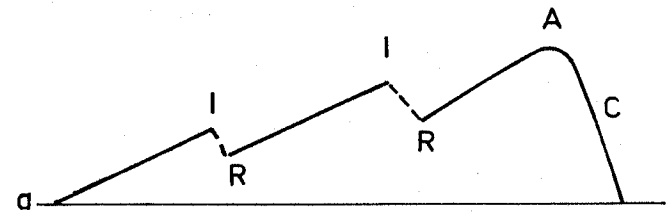


Figure 1

#### 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.

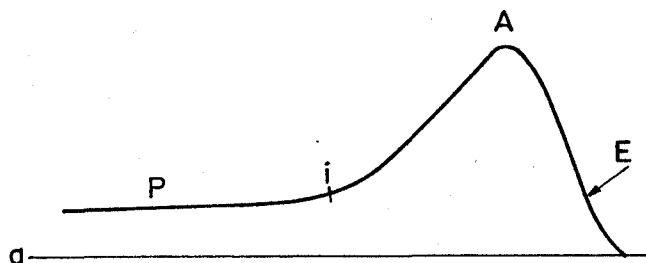


Figure 2

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.

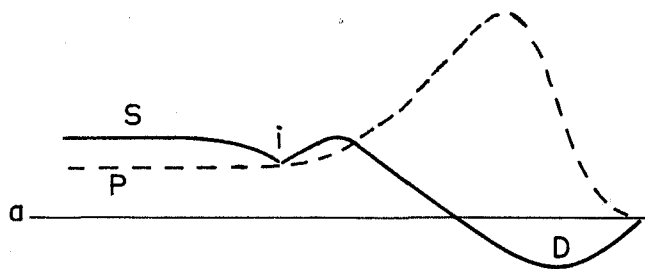


Figure 3

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 femora<sup>1</sup> ou ad nates<sup>2</sup> 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.)

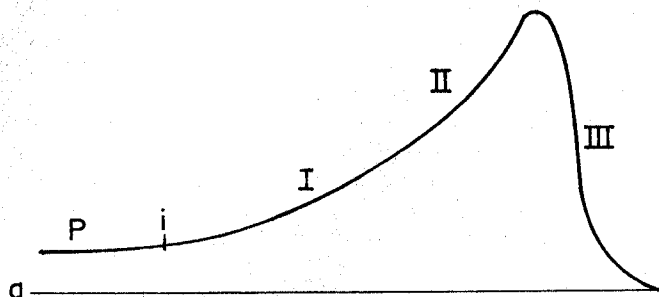


Figure 4

## 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 hyperémique<sup>1</sup> 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 orgasmique 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.

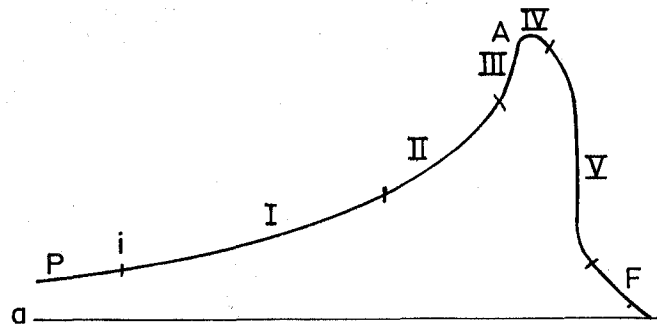


Figure 5

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

P *Préliminaires*. i *Introumission*. 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'introumission. 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 plaisir 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 orgasmiquement 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 orgasmiquement 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 volontaire 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 1 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"<sup>1</sup> 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.<sup>1</sup>

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, Kehrer<sup>1</sup> 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 impuissant*<sup>2</sup> 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 ailleurs<sup>1</sup>. 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 névrose<sup>1</sup>. D'abord (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 "impuissance orgastique" nous entendons l'inaptitude 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 nymphomaniacque* : 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 psychologiquement 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-

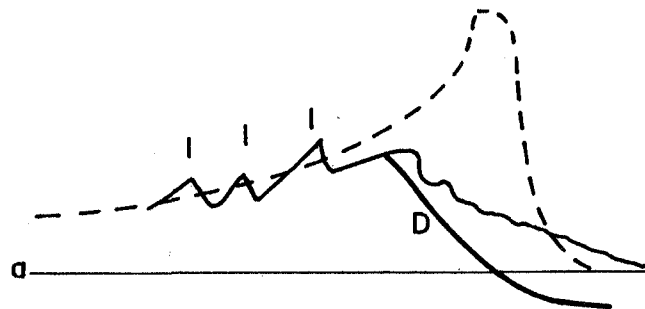


Figure 6

COURBE DU "COIT ONANISTE" CONTRADICTOIRE

--- Courbe de l'orgasme normal  
I Inhibition. D Déplaisir..

plication des pollutions"<sup>1</sup>. 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."<sup>2</sup>

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)*<sup>1</sup>. 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'énurésie<sup>2</sup> ou la spermatorrhée<sup>3</sup>. 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

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.)

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 un simple anamnèse, 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'abattement 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*

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 déconcerter : 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 hypomaniaque<sup>1</sup>, 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 (catamnèse<sup>2</sup> 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.

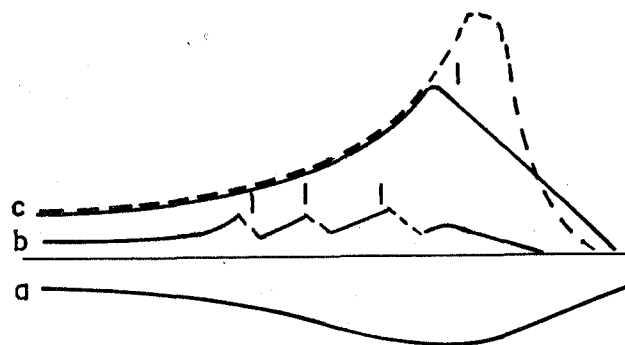


Figure 7

### 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 inversé<sup>1</sup>, au moment où celui-ci atteignait l'orgasme, si bien qu'il s'évanouit. En analyse, elle avoua qu'elle avait souvenu 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 maladroitement 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 pré-génitaux: 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"<sup>1</sup> (c'est-à-dire: faire l'amour). La cage représente son lit à claire. "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 je n'ose pas

1. Le mot Vogel 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'inocuité 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"<sup>1</sup>), 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 vide<sup>1</sup> 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) est vide (éjaculation), le garçon (son membre) est entouré de bouillie blanchâtre (le sperme, allusion au chancre syphilitique).

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 Ferenczi<sup>1</sup>: 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'autonomie<sup>2</sup>. 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"<sup>3</sup>. 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, on se masturbant 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 genitalité), 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'écartier 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

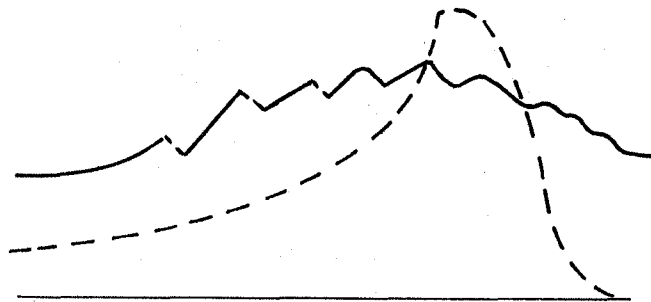


Figure 8

#### 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'innommie, 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 téter 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 rêver", 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 contenir 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-

lution 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

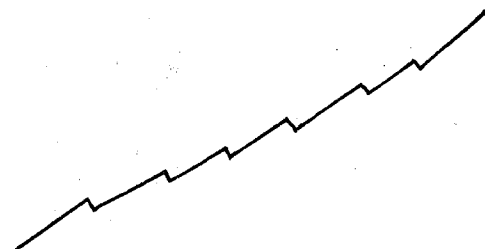


Figure 9

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 n'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'imago 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, ne 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.