

## CHAPITRE IV

### STASE SOMATIQUE DE LA LIBIDO ET ETAT D'ANGOISSE<sup>1</sup>

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

En 1895, Freud<sup>2</sup> distingua de la "neurasthénie" classique un ensemble de symptômes, qu'il appela "névrose d'angoisse", en prenant pour argument que cette maladie se différencie de la neurasthénie par une étiologie spécifique. Elle ne proviendrait pas d'abus

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

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

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

Plus tard, Jones<sup>1</sup> et Seif<sup>2</sup> revinrent sur la question des rapports entre névrose d'angoisse et hystérie d'angoisse. Jones arriva à la conclusion que "la cause essentielle de toutes les espèces d'états d'angoisse (réside) dans un manque de satisfaction psychique de la libido; l'angoisse a sa source dans la tendance innée à la peur et ses manifestations excessives sont une

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### b) *Angoisse et système vaso-végétatif.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

dans la conduction sensitive, qui provoquent extrasystoles, tachycardie, asystolie etc., sont accompagnées d'un sentiment d'angoisse plus ou moins marqué. Selon Brissaud<sup>1</sup>, "le sentiment particulier d'un danger pour la vie est inhérent à toutes les sensations qui viennent du cœur". Rothberger écrit : "Le sentiment de l'imminence de la mort (dans l'angine de poitrine) ne doit pas être considéré simplement comme une conséquence de la douleur; c'est une sensation spécifique provoquée par l'état du cœur, sinon on devrait le rencontrer aussi dans les cas où, pour d'autres raisons, de violentes douleurs apparaissent dans des zones périphériques. Même quand, dans l'angine de poitrine, les malades ne localisent pas exactement leurs douleurs, ils ressentent pourtant ce type de douleur tout à fait différemment des douleurs cutanées ou musculaires". Lutembacher a découvert que l'angoisse apparaît déjà dans le cas d'une légère distension du cœur. Braun caractérise ainsi les rapports entre l'angoisse et les phénomènes cardiaques : "Le cœur, qu'il soit sain ou malade, est le siège d'une faculté spécifique (phylogénétique<sup>2</sup>) de ressentir l'angoisse; et même il est permis de dire que l'on ne peut guère, d'une façon générale, penser à son propre cœur, sans y éprouver quelque chose que l'on peut définir comme de l'angoisse. A tous les degrés de l'angoisse, il existe, au niveau du cœur, une sensation déterminée qui croît en même temps que l'angoisse, un sentiment profond et accablant de peur, d'oppression, d'étouffement, une sensation douloureuse qui aux plus hauts degrés de l'angoisse se rattache au sentiment de la mort", que ce soit le sentiment d'une défaillance physique ou de "l'impuissance du moi biologique".

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

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

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

du système neuro-végétatif, lesquels sont causés de leur côté, par des troubles des sécrétions internes<sup>1</sup>. Cette conception a des points de ressemblance importants avec la théorie psychanalytique de la libido qui considère, elle aussi, les troubles des sécrétions internes comme la base somatique des névroses.

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

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

### c) Excitation sexuelle et système nerveux autonome

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

Si on examine les phénomènes vaso-moteurs, dans

1. *Ibid.*

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

l'état d'excitation sexuelle, on trouve en premier lieu des palpitations et une sensation de chaleur dans tout le corps, où le plaisir de l'attente et l'angoisse de l'attente sont étroitement mêlés. Le battement du cœur s'accélère tout autant dans la représentation d'un plaisir sexuel à venir que dans celle d'un danger imminent. Dans l'une comme dans l'autre, le cœur est le siège de la même sensation spécifique. Tout se passe comme si une vive représentation d'une situation, où le système nerveux végétatif joue un rôle important, poussait les nerfs vague et sympathique à remplir une fonction probatoire. L'observation précise de ce processus, qui se déclenche souvent à n'importe quel moment au fil des représentations, montre que l'accélération du pouls est précédée d'une brève dilatation du cœur. Les sensations kinesthésiques<sup>1</sup> spécialement localisées au niveau du cœur, qui accompagnent l'activité sexuelle, se trouvent encore à la base de nombreuses expressions : par exemple, "une affaire de cœur" (pour une affaire d'amour), "on donne son cœur" ou encore une femme a "le cœur large", c'est-à-dire qu'elle est peu farouche etc... A cela s'ajoute le fait que dans les symptômes et les rêves le cœur a très souvent le sens des organes génitaux. Chez une patiente, le battement rythmique du clitoris en érection était associé directement avec les battements du cœur : quand elle était sujette à des fantasmes sexuels, elle pressait ses mains sur son cœur, comme elle les avait pressées sur son clitoris avant que son désir de masturbation ne fût refoulé.

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

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

(analogue à celle de l'angoisse dans l'attente) atteint d'abord le système cardiaque par l'innervation végétative mais que, dans la suite du processus, elle se transfère sur le système génital, dans la mesure où il n'y a pas d'inhibition, soulageant ainsi le système cardiaque<sup>1</sup>.

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

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

Cette interprétation s'appuie sur les manifestations phénoménalement perceptibles au niveau du système vaso-végétatif et sensori-moteur avant, pendant et après l'acte. Elle s'accorde pour l'essentiel avec la description de la physiologie de l'orgasme que nous donne Müller<sup>2</sup>. Selon ce dernier, l'excitation se transmet de la musculature lisse de l'appareil génital (cordon spermatique et prostate) à la musculature striée (à savoir les muscles bulbeux et ischio-caverneux, toute la musculature du plancher pelvien) et atteint le reste de la musculature striée, en particulier les extenseurs des jambes (cela a été prouvé par des expériences sur le chien).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ne peut se produire que grâce au refoulement de la perception des sensations génitales; somatiquement, elle ne signifie rien d'autre que l'interruption du passage du système végétatif au système sensori-moteur; ici, un rôle important revient manifestement à la conscience (au système "B - W."<sup>1</sup> de Freud). Selon Freud, la conscience domine l'accès à la motilité. La prise de conscience de l'excitation sexuelle, c'est-à-dire de la partie psychique de la libido, qui s'exprime sous forme de désir sexuel, est une condition préalable indispensable à la sensibilisation des organes sexuels; cela correspond déjà à un passage partiel de l'excitation dans le système sensoriel (sensation de plaisir); et en fait, nous voyons dans les analyses que l'angoisse augmente dès que la perception de l'excitation génitale est refoulée et qu'elle s'apaise quand celle-ci est permise. Si l'on ne parvient pas à la satisfaction orgastique-motrice et qu'en outre l'excitation sexuelle ne soit pas fixée dans des symptômes psycho-névrotiques, il s'ensuit habituellement un nouveau blocage de la sensibilité génitale et l'angoisse réapparaît en même temps que les phénomènes vaso-moteurs. A vrai dire, cette angoisse n'est plus simplement l'angoisse de stase elle reçoit en plus le sens d'une "peur" du moi devant ses besoins sexuels. Pourtant, la sensibilité génitale diminue en fonction de la non-perception (le refoulement) de l'excitation sexuelle et le reflux de la stase de l'excitation dans le système autonome s'accroît; ces processus somatiques sont conditionnés principalement par des inhibitions, par exemple, la peur du coït.

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

*Bewußtsein-Wahrnehmung* : perception-conscience (N.d.T.)

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

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

#### d) Causes psychiques de la névrose actuelle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Au dixième mois de l'analyse, le traitement fut

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

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

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

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

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

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

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

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

*L'angoisse de castration et le refus caractériel*

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

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

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

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

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

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

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

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

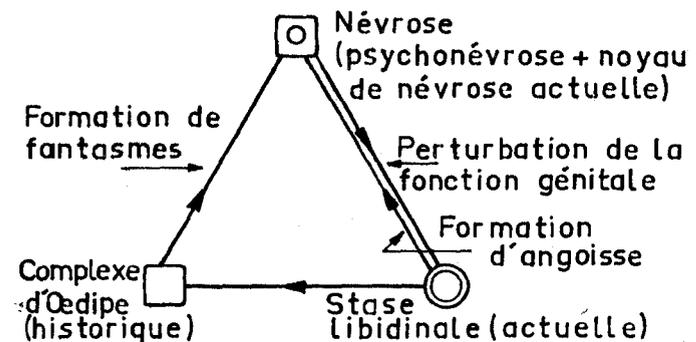


Figure 10

La figure 10 illustre les relations typiques :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

un besoin presque irrésistible de se masturber et, au cours de la nuit suivante, elle rêva qu'elle accomplissait avec son père, mort depuis huit ans, un coït à tergo<sup>1</sup>. Dans ses rapports sexuels avec son mari, jamais elle n'avait éprouvé, disait-elle, des sensations de plaisir aussi intenses que dans ce rêve. A partir de ce moment, la crainte hypochondriaque s'accentua et revêtit la forme de l'angoisse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

plus "fantomatique". Un autre rêve racontait ceci:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### f) Peur et état d'angoisse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ou la crainte de la mort. L'angoisse de la naissance ne saurait être qu'un cas particulier de mobilisation de libido narcissique d'organe<sup>1</sup> dans le système vaso-végétatif; elle serait donc, elle aussi, une angoisse actuelle. Mais, quant à voir dans l'angoisse de la naissance une angoisse réelle, comme le fait Rank, voilà une conception à laquelle tout s'oppose.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

commandements etc.);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CHAPITRE V

### LA LIBIDO GENITALE DANS LES PSYCHONEVROSES

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1) Symptôme de conversion et impuissance hystérique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En ce qui concerne la zone anale, les symptômes classiques de la peur de la genitalité sont la constipation hystérique (très souvent à la suite d'un fantasme de grossesse) et, plus rarement, la diarrhée. J'ai déjà parlé ailleurs<sup>1</sup> en détail de ce qui distingue ces contenus psychiques de ceux des symptômes intestinaux de la neurasthénie chronique.

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

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

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

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

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

Dans le domaine de la musculature, on connaît des symptômes de conversion : le tic psychogène, qui est un équivalent de l'onanisme (Stekel, Ferenczi, Reich, Deutsch, Kovács), l'astésie et l'abésie<sup>1</sup>, sur lesquelles on sait encore fort peu de choses, et l'"arc de cercle" qui est une représentation du coït lui-même.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'impuissance hystérique peut aussi prendre les formes suivantes :

## 2. Chez les hommes :

- a) *Impuissance érective éventuelle ou partielle* : Avant l'acte, l'érection disparaît ou ne se produit pas. L'aptitude à l'érection spontanée n'est pas habituellement perturbée dans la masturbation ou à l'occasion des fantasmes.
- b) *Forme bénigne d'éjaculation précoce (éjaculation précoce du stade génital)* : L'érection étant bonne ou incomplète, l'éjaculation intervient, par peur, immédiatement avant ou très tôt après la pénétration.

## 3. Chez les femmes :

- a) *Insensibilité vaginale totale ou partielle.*  
 b) *Tout cas d'impuissance orgastique totale.*

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

## 2) *L'impuissance dans la névrose obsessionnelle*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

pris comme une arme. C'est ce que mettent en évidence aussi bien des symptômes isolés que rêves et fantasmes. Ces malades choisissent de préférence des armes à feu ou des armes pointues pour symboliser les parties génitales et on retrouve toujours dans leurs rêveries sexuelles diurnes l'idée d'une violence active faite à la femme qui résiste. Les implusions sadiques sont, soit dirigées contre la femme elle-même (la mère), soit simplement héritées de l'homme (le père). Si la régression obsessionnelle s'accompagne d'un abandon plus marqué de la femme au profit de l'homme, l'impulsion phallique-sadique prend en outre le sens d'une agression homosexuelle<sup>1</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tandis que l'homme de caractère obsessionnel (contrairement à l'homme hystérique) est resté actif en tant qu'homme, et que le caractère hystérique féminin a conservé une attitude de femme, la femme de caractère obsessionnel s'avère être principalement agressive-masculine<sup>1</sup>. L'explication nous en est fournie par l'analyse de la forme obsessionnelle de la frigidité, laquelle est d'autant plus poussée que le caractère obsessionnel est plus prononcé. Le désir de posséder un pénis, non seulement s'exprime par des singularités sexuelles et des fantasmes tels qu'on en rencontre dans le caractère hystérique, mais encore il exerce sur le caractère une influence qui va dans le sens d'une masculinisation du moi : la malade ne se contente pas du désir d'être un homme, elle en arrive aussi, sans se forcer, à se comporter comme un homme et à réaliser des idéaux de virilité. L'identification au père ne s'est pas arrêtée à l'idéal du moi mais a empiété sur le moi, ce qui a nécessairement conduit à un étiolement de l'identification à la mère. Le refus de l'homme a pour corollaire l'accent très fortement mis sur le penchant homosexuel vécu en tant qu'homme. (Dans l'hystérie, les déceptions éprouvées auprès du sexe masculin conditionnent plutôt une inclination passive-infantile pour les femmes.)

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

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

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

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

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

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

### 3) L'asthénie génitale dans la neurasthénie chronique hypocondriaque

J'ai consacré à la neurasthénie chronique hypocondriaque une brève étude<sup>1</sup>, dans laquelle j'ai tenté de distinguer de la névrose obsessionnelle un groupe de maladies qui, tout en présentant la même fixation pré-génitale, s'en différencient fondamentalement néanmoins par la nature, les symptômes et la forme qu'y revêt la perturbation de la puissance. Dans ce travail, j'avais surtout traité des différences morphologiques et psychogénétiques qui les opposaient à la névrose obsessionnelle et à l'hystérie; je vais maintenant parler en détail du mode spécifique de trouble de la puissance qu'elles présentent et que j'ai désigné du nom d'"asthénie génitale". On ne la rencontre jamais dans la névrose obsessionnelle ni dans l'hystérie, c'est un symptôme typique de la neurasthénie chronique hypocondriaque. Les récits de cas que je donne ci-après sont destinés en même temps à éclairer les données théoriques avancées dans l'article cité plus haut.

1. *Op. cit.*

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

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

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

dre enfance aussi loin qu'il s'en souviennent : il ne pouvait y remédier qu'en recourant à des laxatifs bien particuliers ou en s'asseyant sur un pot rempli d'eau bouillante. Les résultats de l'examen organique furent négatifs, mis à part des varicocèles<sup>1</sup> au testicule gauche.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

son idéal du moi, il lui aurait fallu avoir une libido génitale vigoureuse; or celle-ci, nous l'avons vu, ne s'était pas épanouie. Par suite, les identifications positives au père n'eurent lieu que dans le surmoi<sup>1</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

Le mérite d'avoir éclairci la nature de l'éjaculation précoce revient à Abraham<sup>1</sup>. Tout d'abord, ce terme ne signifiait qu'un simple fait : l'émission prématurée de sperme que l'on rencontre dans certaines névroses. Mais Abraham démontra qu'en ce qui concerne le mode d'émission du sperme, l'éjaculation précoce est une miction. Ces malades se sont habitués au plaisir passif de laisser-couler et pour eux, éjaculer, c'est à proprement parler uriner. Abraham souligne ensuite les points caractéristiques suivants :

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

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

3) La surface du gland est insuffisamment excitable.

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

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

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

En ce qui concerne la genèse, Abraham fait

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Versuch einer Genitaltheorie.

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

Mais outre ces déterminations psychiques, il ne faut pas négliger l'état d'excitation permanent des organes, particulièrement de l'urètre et du périnée. Dire que l'organe est médiocre a en soi peu de sens. Cette médiocrité a-t-elle toujours été présente? Selon l'avis des urologues, l'hyperexcitabilité de l'appareil génital et l'éjaculation précoce sont conditionnées par l'hyperémie<sup>1</sup> chronique des parties génitales et par l'hypertrophie de la prostate. Il faudrait néanmoins examiner si le mode spécial de satisfaction sexuelle

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

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

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

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

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

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

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

