

# À LA GAUCHE DE FREUD

## PSYCHANALYSE ET CRITIQUE SOCIALE EN EUROPE CENTRALE (1918-1939)

### Chapitre 3 : Soigner. Innovations dans la technique analytique

- A. La technique « active » : l'analyse sur la voie de l'expérimentation (Ferenczi, Freud).**
- B. Malaise dans la sexualité (Reich)**
- C. Un excursus où il est question du corps : psychanalyse et gymnastique (Fenichel)**

#### **A. La technique « active » : l'analyse sur la voie de l'expérimentation**

3.1/ « Une patiente, qui mettait autant d'intelligence que de zèle à suivre les règles de la cure psychanalytique et qui ne manquait pas non plus de compréhension théorique, ne faisait aucun progrès depuis quelque temps, après une certaine amélioration de son hystérie à mettre sans doute au compte du premier transfert.

Comme le travail n'avancait toujours pas, je fis appel à un moyen extrême et je fixai un terme au traitement, espérant fournir ainsi à la patiente un motif de travail suffisant. Mais même ceci n'apporta qu'une aide provisoire ; la patiente retomba rapidement dans son inactivité habituelle qu'elle dissimulait sous l'amour de transfert. Les séances passaient en déclarations et en serments d'amour passionnés de sa part et, de la mienne, en vains efforts pour lui faire comprendre la nature transférentielle de ses sentiments et la ramener aux objets réels mais inconscients de ses affects. Au terme fixé je la congédiai sans qu'elle fût guérie. Quant à elle, elle était très satisfaite de l'amélioration obtenue.

Quelques mois plus tard, elle revint dans un état de découragement complet ; ses troubles avaient récidivé avec l'intensité d'autrefois. Je cédai à sa prière et je repris la cure. Mais peu après, dès qu'elle fut parvenue au degré d'amélioration déjà atteint précédemment, elle recommença l'ancien manège. Cette fois ce furent des circonstances extérieures qui provoquèrent l'interruption de la cure, laquelle resta donc, pour la seconde fois, inachevée.

Une nouvelle aggravation ainsi que la suppression des obstacles en question me la ramenèrent une troisième fois. Là encore, les progrès ne furent pas de très longue durée.

Au cours des fantasmes amoureux qu'elle répétait inlassablement et dont l'objet était toujours le médecin, elle fit à plusieurs reprises, comme en passant, la remarque qu'elle éprouvait des « sensations par en bas », c'est-à-dire des sensations érotiques génitales. C'est alors seulement qu'un regard fortuit sur la manière dont elle tenait les jambes croisées pendant toute la séance. Ceci nous amena – ce n'était pas la première fois – au thème de l'onanisme que les jeunes filles et les femmes pratiquent de préférence en pressant les cuisses l'une contre l'autre. Elle nia de la façon la plus catégorique, comme elle l'avait déjà fait auparavant, avoir jamais eu des pratiques de cet ordre.

Je dois avouer qu'il me fallut longtemps – et c'est significatif de la lenteur avec laquelle une intuition nouvelle déjà opérante émerge de la conscience – pour penser à interdire cette posture à la patiente. Je lui expliquai que c'était une forme larvée de masturbation, qui permettait de décharger subrepticement des motions inconscientes et de ne laisser passer que des fragments inutilisables dans le matériel associatif.

Je ne puis qualifier que de foudroyant l'effet produit par cette mesure. La patiente, à qui ce mode habituel de décharge sur le plan génital demeura interdit, se mit à souffrir pendant les séances d'une agitation physique et psychique presque intolérable ; elle ne pouvait plus rester tranquillement allongée et devait constamment changer de position. Ses fantasmes ressemblaient à des délires fébriles d'où émergèrent finalement des fragments de souvenirs depuis longtemps ensevelis, qui se groupèrent peu à peu autour de certains événement de l'enfance et livrèrent les circonstances traumatiques les plus importantes de la maladie.

L'amélioration qui s'ensuivit marqua certes un progrès décisif mais la patiente – tout en observant pourtant scrupuleusement l'interdit – semblait s'accommoder de cette forme d'abstinence et s'installer confortablement à ce stade de la connaissance. En d'autres termes, elle cessa à nouveau de travailler et se réfugia dans le bastion de l'amour de transfert.

Instruit par les expériences précédentes, j'étais à même de débusquer des cachettes où elle abritait sa satisfaction auto-érotique. Il apparut qu'elle suivait bien la prescription *pendant la séance d'analyse* mais l'enfreignait constamment le reste de la journée. Nous apprîmes qu'elle s'arrangeait pour érotiser la plupart de ses activités de maîtresse de maison et de mère en pressant imperceptiblement, et sans en avoir elle-même aucunement conscience, les jambes l'une contre l'autre. Naturellement, elle se plongeait alors dans des fantasmes inconscients dont elle empêchait ainsi la mise au jour. L'interdiction ayant été étendue à la journée entière, il se produisit une nouvelle amélioration, mais elle aussi passagère.

Ce cas paraissait vérifier le dicton latin « *Naturam expellas furca, tamen ista recurret* » (chassez le naturel, il revient au galop). Je remarquai chez elle au

cours de l'analyse certains « actes symptomatiques », comme s'amuser à presser et à tirailler différentes parties de son corps. Quand je lui interdis toutes les formes d'onanisme larvé, les actes symptomatiques devinrent des équivalents de l'onanisme. J'entends par là des excitations apparemment anodines de parties du corps indifférentes qui remplacent pourtant, qualitativement et quantitativement, l'érogénéité des organes génitaux. Dans ce cas, la libido était si totalement coupée de toute autre possibilité de décharge qu'elle pouvait croître jusqu'à atteindre un véritable *orgasme* au niveau de ces parties du corps qui, de par leur nature, ne sont nullement des zones érogènes prévalentes.

Seule l'impression que fit sur elle cette expérience put amener la patiente à admettre avec moi qu'elle dissipait toute sa sexualité dans ces « mauvaises habitudes » mineures, puis à accepter de renoncer au profit de la cure à ce mode de satisfaction pratiqué depuis l'enfance. Elle s'était chargée là d'une lourde tâche, mais le jeu en valait la chandelle. Sa sexualité, à laquelle toute les voies d'écoulement normale étaient barrées, trouva d'elle-même, sans exiger la moindre indication à cet égard, le chemin de la zone génitale qui lui était normalement assignée et dont elle avait été refoulée à une certaine époque du développement, exilée pour ainsi dire de sa patrie, vers des contrées étrangères. » (S. Ferenczi, « difficultés techniques d'une analyse d'hystérie », 1919, in *Œuvres complètes* III, 17-19).

3.2/ Dans ce cas, j'ai été amené à abandonner le rôle passif que le psychanalyste joue habituellement dans la cure et qui se limite à écouter et à interpréter les associations du patient, et j'ai aidé la patiente à dépasser les points morts du travail analytique en intervenant activement dans ses mécanismes psychiques.

C'est à Freud lui-même que nous devons le prototype de cette « technique active ». Dans l'analyse des hystéries d'angoisse il a recouru – en cas de stagnation analogue – à l'expédient qui consiste à exiger des patients qu'ils affrontent précisément les situations critiques propres à susciter leur angoisse, non pour les « habituer » à ces choses angoissantes, mais pour détacher de leurs chaînes associatives des affects mal ancrés. On espère ainsi que les valences tout d'abord non saturées de ces affects devenus librement flottants attireront en priorité les représentations qui leur sont qualitativement adéquates et historiquement correspondantes. Donc il s'agit ici aussi, comme dans notre cas, d'endiguer les voies inconscientes et habituelles d'écoulement de l'excitation et d'obtenir par contrainte l'investissement préconscient ainsi que la version consciente du refoulé.

Depuis la découverte du transfert et de la « technique active » nous pouvons dire que la psychanalyse dispose, outre l'observation et la déduction logique (interprétation), de la méthode expérimentale. De même que dans l'expérimentation animale il est possible en ligaturant les grands réseaux artériels, d'élever la pression sanguine dans des régions éloignées, nous pouvons et nous

devons dans certain cas barrer les voies inconscientes d'écoulement à l'excitation psychique pour l'obliger, grâce à l' « accroissement de pression » de l'énergie ainsi obtenu, à vaincre la résistance opposée par la censure et à établir un « investissement stable » au moyen des systèmes psychiques supérieurs. » (Ibid., p. 23).

3.3/ « Nous avons énoncé que notre tâche médicale était d'amener le malade névrosé à la connaissance des motions refoulées, inconscientes, existant en lui et, à cette fin, de mettre à découvert les résistances qui se rebellent en lui contre de telles extensions de ce qu'il sait de sa propre personne. Avec la mise à découvert de ces résistances leur surmontement est-il pour autant garanti ? Assurément pas toujours, mais nous espérons atteindre ce but en exploitant le transfert du malade sur la personne du médecin pour que devienne sienne notre conviction que les processus de refoulement survenus dans l'enfance sont inappropriés et qu'une vie selon le principe de plaisir est impraticable. Les rapports dynamiques du nouveau conflit, que nous faisons traverser au malade, l'ayant mis chez lui à la place du conflit morbide antérieur, ont été mis au clair par moi-même. Je ne saurais pour l'heure rien y changer.

Le travail par lequel nous amenons à la conscience du malade ce qu'il y a en lui d'animique refoulé, nous l'avons appelé psychanalyse. Pourquoi « analyse », ce qui signifie démontage, décomposition, et fait penser à une analogie avec le travail du chimiste sur les substances qu'il trouve dans la nature et ramène dans son laboratoire ? Parce qu'une telle analogie existe effectivement sur un point important. Les symptômes et les manifestations morbides du patient sont, comme toutes ses activités animiques, d'une nature hautement composée. Les éléments de cette composition sont en fin de compte des motifs, des motions pulsionnelles, mais de ces motifs élémentaires le malade ne sait rien ou rien que de très insuffisant. Nous lui enseignons alors comment comprendre la composition de ces formations animiques hautement compliquées, ramenant les symptômes aux motions pulsionnelles qui les motivent, mettant en évidence dans les symptômes ces motifs pulsionnels jusque-là inconnus du malade, tout comme le chimiste extrait la substance fondamentale, l'élément chimique, de ce sel dans lequel il était devenu méconnaissable par sa liaison à d'autres éléments. Et de même nous montrons au malade, à propos de ses manifestations animiques non considérées comme morbides, que leurs motivations ne lui étaient qu'imparfaitement conscientes, qu'en elles ont agi conjointement d'autres motifs pulsionnels qui lui sont restés inconnus. » (S. Freud, « les voies de la thérapie psychanalytique », 1919, Int. Z. Psychoanalyse 5, 2, p. 61-68).

3.4/ Le développement de notre thérapie empruntera donc sans doute d'autres voies, avant tout celles que Ferenczi a récemment caractérisées dans son travail sur les « Difficultés techniques d'une analyse d'hystérie » comme étant l' « activité » de l'analyste.

Mettons-nous rapidement d'accord sur ce qu'il faut comprendre par cette activité. Nous avons cerné notre tâche thérapeutique au moyen de ces deux contenus : rendre conscient le refoulé et mettre à découvert les résistances. Ce faisant, nous ne sommes certes pas peu actifs. Mais devons-nous nous en remettre au malade pour venir tout seul à bout des résistances qu'on lui a fait voir ? Ne pouvons-nous ici lui apporter aucune autre aide que celle qu'il doit à l'impulsion du transfert ? Ne sommes-nous pas au contraire portés à l'aider en le mettant dans la situation psychique qui est précisément la plus favorable à la liquidation souhaitée du conflit ? Sa performance est pourtant dépendante d'un grand nombre de circonstances extérieures formant constellation. Devons-nous alors avoir scrupule à modifier adéquatement cette constellation par notre intervention ? J'estime qu'une telle activité du médecin qui traite par l'analyse est irréprochable et parfaitement justifiée.

Vous remarquerez que s'ouvre ici pour nous un nouveau domaine de la technique analytique dont l'élaboration requerra des efforts approfondis et donnera lieu à des prescriptions tout à fait déterminées. Je ne tenterai pas aujourd'hui de vous introduire à cette technique encore en voie de développement, mais me contenterai de mettre en relief un principe appelé vraisemblablement à régner sur ce domaine. Le voici : la cure analytique doit autant que possible être conduite dans la privation – *l'abstinence*. (*Ibid.*)

3.5/ Pour savoir dans quelle mesure il est possible d'établir ceci, on s'en remettra à une discussion détaillée. Par abstinence il ne faut toutefois pas comprendre la privation de toute satisfaction – cela serait naturellement impraticable, ni non plus ce qu'on comprend par là au sens populaire : l'abstention du commerce sexuel, mais quelque chose d'autre qui a bien davantage à faire avec la dynamique de l'entrée en maladie et du rétablissement.

Vous vous souvenez que c'est une dénégation qui a fait du patient un malade, que ses symptômes lui rendent le service d'être des formations substitutives. Vous pouvez observer pendant la cure que toute amélioration de son état de souffrance ralentit le tempo du rétablissement et diminue la force pulsionnelle qui pousse à la guérison. Nous ne pouvons pourtant pas renoncer à cette force pulsionnelle ; une diminution de celle-ci est dangereuse pour notre visée curative. Quelle conséquence s'impose donc inéluctablement à nous ? Aussi cruel que cela paraisse, il nous faut veiller à ce que la souffrance du malade, à un plus ou moins grand degré d'efficience, ne trouve pas une fin prématurée. Quand cette souffrance a été modérée par la décomposition et la dévalorisation des symptômes, il nous faut l'ériger de nouveau quelque part ailleurs sous forme d'une privation notable, faute de quoi nous courrons le danger de ne jamais atteindre plus que des améliorations modestes et qui ne tiennent pas.

À ce que je vois, le danger menace particulièrement de deux côtés. D'une part le patient, dont l'état de maladie a été ébranlé par l'analyse, s'efforce avec la plus grande application de se créer, en lieu et place de ses symptômes, de

nouvelles satisfactions substitutives auxquelles manque maintenant le caractère de souffrance. Il se sert de la formidable capacité de déplacement de la libido, devenue partiellement libre, pour investir de libido les activités, préférences et habitudes les plus variées, même celles qui ont déjà existé antérieurement, et pour les éléver au rang de satisfactions substitutives. Il ne cesse de trouver de nouvelles déviations de cette sorte, par lesquelles s'échappe l'énergie requise pour le fonctionnement de la cure, et il sait pour un temps les tenir secrètes. On a pour tâche de détecter toutes ces voies écartées et de réclamer chaque fois de lui le renoncement, si anodine que puisse paraître en soi l'activité menant à la satisfaction. Mais celui qui est à moitié guéri peut d'ailleurs emprunter aussi des voies moins anodines, par exemple, s'il est un homme, en cherchant à se lier précipitamment à une femme. Remarquons en passant que mariage malheureux et dépérissement corporel sont les relais les plus courants de la névrose. Ils satisfont en particulier la conscience de culpabilité (besoin de punition) qui fait que beaucoup de malades restent si obstinément attachés à leur névrose. Par un choix conjugal maladroit ils se punissent eux-mêmes ; ils acceptent un long état de maladie organique comme une punition du destin et renoncent alors fréquemment à une continuation de la névrose.

L'activité du médecin, dans toutes les circonstances de ce genre, doit se manifester par une intervention énergique contre les satisfactions substitutives précipitées. Mais il lui sera plus facile de se préserver contre le second danger dont est menacée la force de pulsion de l'analyse, un danger à ne pas sous-estimer. Le malade cherche avant tout la satisfaction substitutive dans la cure elle-même, dans le rapport de transfert au médecin, et il peut même tendre à se dédommager par cette voie de tout le renoncement qui lui a été par ailleurs imposé. Certes, il faut bien qu'on lui accorde quelque chose, plus ou moins selon la nature du cas et la spécificité du malade. Mais il n'est pas bon que cela fasse trop. Celui qui, ayant, par exemple, un cœur débordant le disposant à aider, dispense au malade, en tant qu'analyste, tout ce qu'un homme peut espérer d'un autre, commet la même faute économique que celle dont se rendent coupables nos établissements de soins non analytiques pour nerveux. Ceux-ci ne visent à rien d'autre qu'à rendre au malade l'existence aussi agréable que possible, afin qu'il s'y sente bien et qu'il aime à revenir s'y réfugier pour se soustraire aux difficultés de la vie. Ce faisant, ils renoncent à le rendre plus fort pour la vie et plus performant pour ses véritables tâches. Dans la cure analytique, il faut que soit évitée toute gâterie de ce genre. Le malade, en ce qui concerne son rapport au médecin, doit avoir en reste une profusion de souhaits inaccomplis. Il est approprié de lui *refuser justement les satisfactions qu'il souhaite avec le plus d'intensité et manifeste avec le plus d'insistance.* » (Ibid.)

## B. Malaise dans la sexualité (Reich)

3.6/ « Quand Freud renonça à la thérapeutique cathartique et à l'hypnose, comme auxiliaires de l'analyse, il partait du principe que le malade pouvait confier au médecin à l'état de veille ce qu'il était censé lui dire pendant son sommeil. Pendant quelque temps, Freud essaya de faire comprendre au malade la signification inconsciente de ses symptômes par une interprétation directe des émergences de l'inconscient. Il se rendit bientôt compte que l'efficacité de cette méthode dépendait de la volonté du patient d'accepter de telles interprétations. Souvent, celui-ci opposait une « résistance » - en général inconsciente – à l'interprétation, ce qui amena Freud à modifier sa technique. Il renonça à l'interprétation directe et s'efforça de rendre conscient l'inconscient en éliminant une à une les résistances contre les matériaux refoulés.

Cette modification fondamentale sur le plan théorique et technique marqua dans l'histoire de la thérapie analytique un tournant, à partir duquel la thérapie moderne pu prendre son essor. » (W. Reich, « Le point de vue économique dans la théorie de la thérapie analytique », in : *L'analyse caractérielle*, 1933, tr. fr. Payot, 1992, p. 29.).

3.7/ « Voilà pour l'essentiel ma théorie du rôle du noyau somatique de la névrose (...). Elle assigne à l'analyse un but thérapeutique précis : *le malade ne peut guérir définitivement que s'il est capable d'organiser sa vie sexuelle sur une base génitale qui lui donne satisfaction*. Peu importe si l'analyste est obligé souvent de s'arrêter à mi-chemin, notre compréhension de la dynamique des stases libidinales nous montre que c'est là l'objectif véritable de toute psychanalyse. Il serait dangereux de considérer la satisfaction sexuelle comme un objet thérapeutique moins urgent que la sublimation ; car si la sublimation reste un don, dont certains n'ont pas une perception très précise, la satisfaction sexuelle, bien que limitée par des facteurs sociaux, est dans la plupart des cas parfaitement réalisable. Il va sans dire que le déplacement de l'accent de la sublimation vers la satisfaction sexuelle directe élargit considérablement nos moyens thérapeutiques. Ce déplacement d'accent entraîne par ailleurs une rencontre avec des difficultés sociales qu'il ne faudrait pas sous-estimer. » (W. Reich, Ibid., p. 33).

3.8/ *L'application de la règle d'abstinence* : « Si l'objectif dynamique et économique de l'analyse est l'établissement d'un transfert génital, on peut se demander en quoi consiste et à quoi peut bien servir la règle d'abstinence. Est-ce à dire que le malade doit renoncer à toute satisfaction sexuelle, ou, le cas échéant, à laquelle ? Beaucoup d'analystes considèrent que la règle d'abstinence interdit pendant l'analyse tout acte sexuel, à l'exception peut-être des rapports sexuels entre gens mariés. Sinon, raisonnent-ils, la stase indispensable de la libido et sa concentration dans le transfert ne se produiront pas. Il ne faudrait pas oublier cependant que les interdictions ne favorisent nullement l'établissement d'un

transfert positif mais l'entraînent au contraire. Nous ne pensons pas que l'interdiction du coït puisse aboutir au but recherché.

On peut même se demander si une telle mesure ne va pas à l'encontre des principes généraux de la thérapie analytique. L'interdiction n'aggraverait-elle pas *ipso facto* la situation pathogène de la névrose, ne provoquerait-elle pas un sentiment de frustration génitale au lieu de l'éliminer ? Lorsqu'on a affaire à des femmes sexuellement inhibées ou à des hommes souffrant d'impuissance érectile, une telle interdiction est une grave erreur. L'idée que nous nous faisons de notre tâche thérapeutique nous amène à la conviction que la frustration génitale ne saurait être conseillée que par des circonstances tout à fait exceptionnelles. C'est justement la diversion et la régression de la libido de la situation génitale à une autre, qui sont à la base de la névrose ; la tâche du médecin consiste donc essentiellement à la détacher de son « ancrage » pathologique et à la diriger de nouveau sur la zone génitale. On s'efforcera donc, en règle générale, d'éliminer par une interprétation appropriée les activités prégénitales, tout en laissant libre cours aux tendances génitales.

Ce serait, d'autre part, tout aussi aberrant d'interdire l'autosatisfaction à des malades qui s'en étaient abstenus jusque-là et qui sont sur le point de surmonter leur phobie de masturbation. Tout au contraire, il n'y a pas la moindre raison de s'opposer à la masturbation génitale. L'analyste ne se penchera sur ce problème que si la masturbation ou l'acte génital prennent la forme de résistances. En règle générale, on les élimine – comme n'importe quelle résistance – par l'interprétation. Dans quelques cas particuliers, si le malade se masturbe trop fréquemment, l'interdiction peut être bénéfique. Mais le malade moyen, surtout s'il s'agit d'une femme, ne devrait jamais être astreint, pendant la cure, à la frustration génitale. L'analyste n'oubliera jamais que le recours, de la part du malade, à la masturbation génitale est le premier indice certain d'un réinvestissement du stade génital.

Dans beaucoup de cas, la stase libidinale apparaît comme une entrave majeure de l'analyse. Lorsque la concentration de la libido dans les zones génitales a fait des progrès suffisants, l'intense excitation sexuelle qui en résulte troublera la bonne marche de l'analyse. Lorsque tout le contenu des fantasmes est épousés, on assiste à une phase de désirs sexuels aigus sans mise au jour d'autres matériaux inconscients. Dans ce cas, le soulagement momentané produit par la masturbation ou des rapports sexuels fait l'effet d'une libération et l'analyse reprend normalement. Nous voyons que la « règle d'abstinence » doit être appliquée avec beaucoup de souplesse, qu'il faut en tout circonstance la subordonner au principe de la concentration de la libido dans la zone génitale. Autrement dit : toute mesure technique favorisant cette concentration est salutaire, toute mesure la contrariant est néfaste. » (« Le maniement du transfert », Ibid., p. 131-132).

3.9/ « L'expérience prouve que *les malades incapables de passer par une phase de transfert sensuel d'ordre génital n'arrivent pas à réaliser la primauté du domaine génital* ; dans la perspective de l'économie libidinale, le processus thérapeutique s'en trouve sensiblement contrarié. Dans cas, l'analyse n'a pas vraiment réussi à libérer les désirs sensuels génitaux de tout refoulement ; ou bien elle n'a pas éliminé complètement le sentiment de culpabilité qui empêche la réunion des désirs amoureux et sensuels. Les manifestations suivantes indiquent que l'analyse a pleinement réussi dans ces domaines :

1/ *Masturbation génitale en l'absence de tout sentiment de culpabilité*, accompagnée de fantasmes transférentiels et de sensations de plaisir. Si l'analyste est du même sexe que le malade : masturbation accompagnée de fantasmes ayant pour objet incestueux la personne du médecin.

2/ *Fantasmes incestueux et l'absence de tout sentiment de culpabilité* (on les observe parfois). Le renoncement est facile si le désir est *parfaitement conscient*.

3/ *Excitation génitale pendant l'analyse*, prouvant que l'angoisse de castration a été surmontée.

Il va sans dire que l'activation de la génitalité qui conditionne la résolution définitive du caractère névrosé et son remplacement par le caractère génital ne peut jamais être obtenue par la suggestion mais exclusivement par l'analyse : c'est-à-dire par l'utilisation du transfert en vue de la concentration de la libido dans le domaine génital. »

### C. Un excursus où il est question du corps : psychanalyse et gymnastique (Fenichel)

3.10/ Le mode d'action le plus général est celui qui vient d'embrée naturellement à l'esprit de tout psychanalyste à qui l'on dirait qu'un homme s'occupe de son corps, avec assiduité, et sans finalité immédiate : chacun reconnaîtra que cet homme se conduit de façon *autoérotique* et comprendra qu'une satisfaction *autoérotique* immédiatement obtenue peut avoir des conséquences psychiques les plus diverses. Cette connaissance est certes banale, mais elle n'en est pas moins pertinente et elle vaut pour la gymnastique gindlierienne aussi bien que pour toute autre pratique physique. Elle peut certes être rapidement laissée de côté, étant donné sa banalité, mais on ne saurait en aucun cas la sous-estimer dans la pratique.

SADGER nous a familiarisé avec « l'érotique musculaire » et nous a montré comment le plaisir associé à la bagarre, au jeu, au sport, etc. était de nature sexuelle. Il est manifeste que la musculature est particulièrement propre à remplir, à côté de la « fonction du Moi », des « fonctions de plaisir » : d'ailleurs tout orgasme est à l'origine un phénomène relatif à la musculature squelettique. C'est cette dernière qui est prioritairement sollicitée, sans finalité immédiate assignable, dans la pratique de la gymnastique. La signification de l'érotique musculaire

devient particulièrement explicite lorsqu'elle a l'occasion de jouer un rôle déterminant dans l'économie libidinale d'ensemble d'un individu. Je me souviens par exemple d'un cas relaté par Clara HAPPEL : chez le sujet concerné, l'onanisme génital avait été remplacé par une sorte de jeu musculaire voluptueux dont la signification onaniste ne faisait elle-même aucun doute. Sous une forme névrotique, le jeu musculaire involontaire à l'œuvre dans le tic fonctionne lui-même comme un équivalent de l'onanisme (...). Entre l'onanisme et le jeu musculaire voluptueux, il existe tous les degrés possibles – en particulier chez le sexe féminin qui est moins génitalo-centré et de ce fait prédestiné à un onanisme extra-génital. Nous savons qu'un tel onanisme musculaire larvé peut conduire au cours du traitement psychanalytique aux résistances les plus déplaisantes. Nous devons supposer une telle accentuation de l'érotique musculaire dans l'économie libidinale générale des gymnastes les plus passionnés (...)

Une patiente souffrant d'une répression sexuelle extrême, qui à l'âge de 23 ans ne savait tout simplement pas comment les enfants venaient au monde, plus encore, ne pouvait pas même se représenter quelles motivations pouvaient conduire les humains à entretenir des relations sexuelles, qui en outre révélait par bien des symptômes et des représentations que cette répression était la conséquence d'un sentiment de culpabilité éprouvé à l'égard d'un onanisme infantile lui-même totalement réprimé, était une gymnaste passionnée. Tout son intérêt conscient s'adressait exclusivement à la gymnastique. L'exercice physique constituait, à côté de ses symptômes d'angoisse hystérique, son unique satisfaction sexuelle.

Un autre patient, qui n'était pas un gymnaste mais un sportif, un athlète, permet de mesurer de façon plus précise encore le lien entre sa passion et l'onanisme. Son sentiment de culpabilité à l'égard de l'onanisme était tel que durant sa puberté il avait produit une singulière inhibition : il se trouvait dans les moments d'excitation sexuelle les plus intenses, le pénis en érection à la main, sans qu'il fût en mesure de savoir ce qu'il pourrait bien en faire. L'exercice physique – devenir une personnalité idéale, une personne forte, *mens sana in corpore sano* – constituait pour lui le seul remède à l'onanisme – la maladie, la castration. Un jour pourtant son sentiment de culpabilité se retourna contre l'exercice physique lui-même. Il lui apparut qu'il ne devait plus s'exercer, qu'il ne devait plus être « sain » ; et lorsqu'il s'adonnait malgré tout au sport, il éprouvait les sensations physiques les plus pénibles ; le sport lui fut bientôt aussi interdit que l'onanisme. Alors, sous l'influence d'une sexualisation névrotique typique de ses défenses sexuelles, s'il avait cédé à sa passion, il se trouvait contraint de se « punir » en se masturbant – « ah tu veux être sain ? eh bien maintenant tu vas toucher le fond ! ».

Un troisième patient ne pouvait combattre sa peur de l'onanisme qu'en recourant à un curieux cérémoniel : des spasmes névrotiques parcouraient ses jambes. Qu'ici encore la défense à l'égard des pulsions fût en même temps une répétition cachée de l'acte pulsionnel interdit, est démontré par le destin de ce jeu musculaire : ce mouvement compulsif fut remplacé par des battements de jambes puis occasionnellement par un nouvel acte masturbatoire.

Dans ces cas, la gymnastique, l'exercice physique, le jeu musculaire jouent vis à vis de l'onanisme le même rôle que, dans le cas relaté par Anna FREUD (1922), les « belles histoires » qu'une patiente se racontait avant de s'endormir jouaient vis à vis des fantasmes masturbatoires qui les alimentaient : ils constituaient un *ersatz* déformé et sublimé, répondant à un sentiment de culpabilité (Fenichel, « Recherches psychanalytiques sur le mode d'action de la gymnastique », 1935, inédit).

3.11/ Si l'interdit d'une décharge spontanée, ce second acte de la « thérapie active », relève d'un travail analytique s'appliquant au matériau auparavant refoulé mais libéré en premier lieu par la relaxation, la gymnastique, elle, se donne pour tâche de réaliser *vraiment* ce premier acte – ce que la simple recommandation : « détendez-vous ! » ne parviendrait pas à produire d'elle-même. On peut néanmoins s'attendre à ce que, dans le cas de refoulements profondément enracinés, dont l'amour de transfert ou des satisfactions autoérotique ne parviendraient pas à lever les résistances, la gymnastique seule ne parvienne pas plus à dépasser le *dystonus* que des discours et des primes de plaisir ne parviendraient par exemple à vaincre une agoraphobie. On peut effectivement comparer un tel traitement par la suggestion à la gymnastique. Le Moi est en quelque sorte soudoyé, par des primes de plaisir, afin qu'il abandonne une portion de son contre-investissement, accorde la décharge à une portion du refoulé ou lève une portion de sa répression pulsionnelle. Mais la gymnastique semble par la suite avoir bien plus de ressemblance avec la *catharsis* qu'avec la suggestion : la suggestion ne porte pas sur la « guérison », on ne suggère pas par exemple : « tu peux produire tous tes mouvements de façon appropriée ». Mais l'on suggère, par un travail progressif et unitaire sur tel ou tel muscle, qu'il est possible d'éviter le *dystonus*, de dépasser les résistances, de travailler contre le facteur de refoulement. Que les résistances puissent être systématiquement levées (et le contenu refoulé systématiquement donné à la conscience), que tous les refoulements disparaissent et que l'effort énergétique qu'ils représentent soit à nouveau mis à la disposition du Moi, tout cela, il est tout aussi impossible à la gymnastique qu'à la suggestion ou à la catharsis de le garantir. Toutefois, nous allons prendre connaissance d'un autre moment essentiel du travail que la gymnastique peut produire sur le *dystonus*, qui relève plutôt du mode de la « suggestion », et nous révèle une efficace plus profonde (*Ibid.*).

**3.12/** Pour celui qui est fixé au stade anal, l'incitation à la relaxation produite par la gymnastique signifie une invitation au dépassement de la peur de l'incontinence et à l'abandon du plaisir de rétention. Si cela coïncide avec l'abandon des dépenses liées au refoulement, si bien que la rétention anale et le contre-investissement semblent condensées – une condensation que nous observons quotidiennement au cours de la cure, lorsque les patients retiennent brutalement leurs idées comme on retient ses selles, et sont constipés tout le temps de leurs résistances – nous pouvons voir là un reliquat d'introjection orale, qui constituait le premier degré du refoulement : la représentation déplaisante est dévorée et à présent, maintenue à l'intérieur de l'organisme comme l'excrément. La joie narcissique que certains gymnastes éprouvent à la domination de leur corps est à bien des égards la poursuite du plaisir infantile ressenti à la domination de ses sphincters. Et il est pour le psychanalyste du plus grand intérêt d'entendre ce conseil qu'une étudiante de Gindler non familiarisée avec le monde analytique donna à un homme constamment en retard, qui ne parvenait pas à venir à bout de son rapport au temps, à l'argent et à son goût pour l'ordre : selon elle, il devrait commencer par des exercices de relaxation de ses sphincters.

FERENCZI également s'est efforcé d'obtenir que la pression du refoulement fût levée par une prise organique sur l'innervation des sphincters ; mais il a recommandé pour ce faire non pas la relaxation mais une *augmentation* passagère des tensions musculaires. Qu'en est-il de cette contradiction ? Les gens avec une crampe sphinctérienne déplacée (*hypertonus* d'origine anale) ne s'autorisent pas seulement une satisfaction des pulsions, mais se soumettent primairement à une répression des pulsions. Si la relaxation leur plaît, ce n'est pas simplement parce qu'ils surmontent par là un plaisir autoérotique, mais c'est également parce qu'une portion de plaisir autoérotique plus profond est libérée. Dans la relaxation, une érotisation trop importante de la fonction du Moi est surmontée, mais une tolérance plus grande à la pulsion est rendue possible, et l'effort lié au refoulement est suspendu ; nous ne sous-estimons pas ce dernier point quand nous pensons au fait que la crampe sphinctérienne est *en même temps* une réponse régressive à l'angoisse de castration qui réprime les pulsions. FERENCZI lui-même a reconnu, dans de telles extériorisations de la pré-génitalité, des formations substitutives pour l'angoisse de castration. Aussi, lorsque FERENCZI recommande non pas la relaxation, mais la tension, nous pensons qu'il fait deux choses : il veut d'abord enseigner une certaine tolérance à l'égard des pulsions, - il s'adresse dans sa prescription à des hommes qui cherchent trop tôt la décharge car ils s'interdisent le plaisir auto-érotique de la rétention ; - et à quel point cette mesure fonctionnait, le démontre le fait qu'elle produisait d'abord une angoisse (hypocondrie), qui ne pouvait être surmontée qu'avec insistance : il semblerait, dit FERENCZI explicitement, que « le courage d'affronter l'érotisme prégénital soit essentiel ». En lien à cela, l'exercice de tension fonctionnait chez ses patients de façon tout à fait analogue à celui de la relaxation : ces patients ne s'autorisaient qu'avec de grandes résistances le plaisir autoérotique de l'excrétion, car cette dernière

signifiait pour eux la castration. En second lieu, FERENCZI veut produire un peu de frustration, empêcher la libido de s'écouler par ses canaux habituels, afin qu'elle s'oriente vers le transfert : une attention qui échappe à la gymnastique. Le point de vue de FERENCZI, selon lequel l'augmentation du tonus peut lever le matériau refoulé, n'est donc qu'en contradiction apparente avec nos réflexions : plus encore, l'augmentation de tension ne sert chez FERENCZI qu'en ce que, devenue insupportablement forte, elle finit par être libérée. La libération du matériau, l'effondrement de la pression du refoulement va toujours de pair avec une baisse du *tonus* et cette levée du refoulement – « l'analyse par en bas » selon FERENCZI – est toujours plus volontiers obtenue par une relaxation de l'*hypertonus* spontanément présent, que par des exercices de tension systématique avec retenue des selles pendant plusieurs jours (Ibid.).

**3.13/** Nous supposons donc que tout conflit de défense s'accompagne d'une répression de la libido corporelle (qui du reste ne doit pas être limitée à la musculature), si bien que cette dernière se trouve bloquée, en stase, dans le muscle « dystonique ». HOLLOS (1923, p. 319) a lui-même fait une tentative analogue, bien que distincte, en supposant que les modifications de la libido d'organe seraient produites de la même façon dans les pathonévroses que dans les psychonévroses, par refoulement.

La « détente » obtenue par la gymnastique libère donc cette libido d'organe, lève l'investissement libidinal inapproprié et le remplace par un investissement libre et approprié. Elle permet une libération « économique », libération qui constitue vraisemblablement une part importante de l'efficacité psychique profonde de la gymnastique (Ibid.)

**3.14/** S'il est vrai que la gymnastique agit comme un traitement cathartique, qu'elle peut comme lui parvenir à lever la pression du refoulement, on pourrait se poser cette question, tout à fait étrangère à la pratique pure de la gymnastique : ne pourrait-on en faire usage en psychothérapie, ne faudrait-il pas engager une psychanalyse *après* la libération obtenue par le travail gymnastique ?

On sait que FERENCZI a proposé quelque chose d'analogique dans certains cas, et nous reviendrons sur d'autres cas où cette hypothèse est apparue comme plausible et même souhaitable. Mais un usage *simultané* de la gymnastique et de la psychanalyse par un même thérapeute, comme madame von PROSCH s'y est essayé, nous paraît absolument contre indiqué pour plusieurs raisons : ce sont du reste les mêmes raisons qui vont à l'encontre de l'intrication de la psychanalyse et de l'hypnose. En premier lieu, il n'est pas admissible d'interrompre la psychanalyse en cas de fortes résistances, pour traiter ces résistances avec d'autre méthodes : le conflit doit être conclu sur le terrain où il a été engagé. En second lieu – et c'est l'essentiel – on modifierait grossièrement, par un appel à l'expérience réelle du patient, la relation de transfert nécessaire à l'analyse, qui est pourtant parfaitement transparente pour l'analyste et ne devrait en aucun cas

être troublée par une quelconque satisfaction réelle. Des exercices de respiration engagés avec l'analyste donnent lieu, tout autant qu'une hypnose conduite par lui, à une satisfaction sexuelle réelle du patient. Ils supposent une fixation dont la suppression ne saurait être réalisée avec succès par la personne qui en est la cause, si bien que le patient « guéri » par la gymnastique serait tout autant lié par sa « fascination » vis à vis de l'exercice gymnastique que le patient « guéri » par l'hypnose le serait par sa fascination de l'hypnose. Nous entendons par là que la gymnastique, tout autant que l'hypnose, peuvent offrir des situations grandement favorables aux satisfactions infantiles. En rejetant les psychothérapies combinées, on ne doit pas néanmoins oublier que le travail de la musculature, l'exercice de « respiration » visent réellement les refoulements et peuvent réellement étendre le domaine du Moi. Néanmoins, nous restons sceptiques quand nous entendons dire qu'on atteindrait facilement avec de telles méthodes le « trauma de la naissance » tel que perçu par RANK, ou que des exercices de la fonction respiratoire ou musculaire parviendraient à éliminer les dernières traces d'un « trauma du complexe d'Œdipe » ou d'une manie de propreté.