

## AU-DELA DES LIMITES: LE VOYAGE CLINIQUE DE FERENCZI DANS SON JOURNAL.

Etty Cohen (\*)

Il convient de considérer l'analyse comme un processus évolutif qui se déroule sous nos yeux, plutôt que comme le travail d'un architecte qui cherche à réaliser un plan préconçu.  
Ferenczi, 1928, *Psychanalyse IV*, p. 56.

L'argument de Ferenczi (1928) en faveur de l'élasticité dans le processus thérapeutique génère des expériences thérapeutiques qui amènent l'analyste à une capacité accrue d'écoute attentive de son patient, mais qui créent, en même temps, une situation plus risquée pour l'analyste qui exige de lui de tolérer un plus haut degré d'ambiguïté de la part du patient. Les interactions entre Ferenczi et ses patients, telles qu'il les décrit dans son *Journal clinique*, révèlent une lutte intérieure complexe entre spontanéité et discipline analytique (Hoffman, 1998). À la lecture de son *Journal* on est amenés à se demander jusqu'à quel point Ferenczi a dépassé les limites de ce que la communauté analytique "attend" d'une relation thérapeutique.

Les débats principaux décrits dans le *Journal* de Ferenczi concernant les limites dans le dispositif thérapeutique sont relatifs au toucher, aux révélations de l'analyste sur lui-même et à la mutualité au sein de la dyade thérapeutique ; ce sont les sujets sur lesquels je souhaite centrer mon article. Je vais examiner les recherches de Ferenczi dans le contexte de son traitement de quelques patients, Dm., I.S. et B. Ces trois femmes mentionnées dans le *Journal* ont toutes été victimes d'abus sexuels dans leur enfance. Bien que l'analyse mutuelle de Ferenczi avec sa patiente R.N. soulève bien des questions qui concernent notre sujet, ce cas est bien connu de nous tous et a déjà été discuté dans de nombreux articles. Je ne reprendrai donc pas ici le cas de R.N.

Ferenczi et ses patientes ont éprouvé leurs limites mutuelles dans le processus de création conjointe des limites de l'espace thérapeutique. Du point de vue de Ferenczi, ces limites thérapeutiques sont comme une "bande élastique" que le patient tout comme l'analyste tirent et relâchent. Ferenczi a dit que les décisions prises à tout moment par l'analyste au cours de ce processus étaient une affaire de "tact", sur la base de son empathie avec son patient. Il est nécessaire d'être actif, directement exigeant, et à d'autres moments passif/relaxé (silencieux) ; tout dépend de l'évaluation des conditions dont le patient a besoin pour progresser. Au cours de ses réflexions intimes, il a émis l'idée qu'en prenant un rôle plus passif il s'est rendu compte que les patients profitaient parfois de lui et abusaient de sa patience.

Il est arrivé que ses patientes le mettent en difficulté, par exemple dans le fameux incident du baiser. Dm., identifié par Dupont <sup>1</sup> comme étant Clara Thompson, avait été victime d'abus sexuel de la part de son père. Elle se permettait de s'exprimer physiquement davantage, face à la passivité (relaxation) de Ferenczi, jusqu'à l'embrasser de façon répétée sans que celui-ci résistât. Dans une communication personnelle, le Dr Dupont a exprimé l'impression que Dm. ressentait de l'agressivité à l'égard de Ferenczi et de ce fait a parlé de l'incident du baiser publiquement, sachant que cela nuirait probablement à la réputation de celui-ci. Le Dr Dupont a ajouté que Ferenczi l'a laissée l'embrasser malgré son odeur déplaisante. L'incident du baiser soulève bien des questions : Ferenczi, en acceptant ses baisers malgré sa mauvaise odeur, lui a-t-il permis d'exprimer son transfert négatif, sachant qu'elle pouvait nuire à sa réputation ? Ferenczi eu égard à la fragilité de Dm. a-t-il pris consciemment la décision de ne pas la repousser ? Maroda (1999), qui reconnaît le risque inhérent au toucher, croit que refuser une embrassade spontanée d'un patient narcissique peut amener un résultat plus dommageable que de l'accepter. Je suis d'accord avec lui.

Gabbard (1995, p. 1124) affirme que les “notes [de Ferenczi] dans son journal à cette époque témoignaient de sa confusion : son propre besoin de se soigner avec le besoin de ses patients”. Gabbard (1996) soutient également que même ce qui se veut un toucher non sexuel est presque inévitablement sexuel quand il a lieu dans un contexte transférentiel. Je ne suis pas d'accord. J'ai expérimenté avec certains patients un toucher qui n'était pas sexuel. Par exemple, une patiente adolescente qui me faisait part de son expérience de viol par le petit ami de sa mère en présence de sa mère et de sa sœur a posé sa tête sur mes genoux tandis que je lui caressais la tête. Lorsque je travaillais dans un service d'hôpital psychiatrique, une patiente hébéphrénique avait l'habitude de m'embrasser sur la joue et de m'êtreindre à la fin de chaque séance. Une patiente enfant me prenait la main quand nous nous rendions de la salle d'attente à mon bureau et, à la fin de la séance, de nouveau dans la salle d'attente. Ces incidents de toucher avaient des significations multiples. Ils pouvaient se situer ou non dans un contexte transférentiel. Je n'ai pas exploré avec ma patiente adolescente notre toucher mutuel. Nous avons partagé un moment douloureux et nous avons toutes deux besoin de ce contact humain. Explorer le sens que cela pouvait avoir à l'époque aurait été ressenti comme du détachement plutôt que comme le contact dont elle avait besoin. La patiente hébéphrénique était incapable d'explorer sa réaction et après la première fois, où je me suis sentie surprise, et après avoir examiné mes sentiments au cours de la supervision, je me suis sentie plus à l'aise et j'ai continué à laisser ma patiente m'embrasser et me serrer dans ses bras à la fin de la séance. Avec la patiente enfant, nous avons réussi à parler du sens qu'avait son geste de me tenir la main. Cette enfant avait subi des privations, elle vivait depuis l'âge de 2 ans Ferenczi le clinicien II avec une famille adoptive. Elle était affamée de toucher humain. Je le lui ai fourni, comme une partie du soutien thérapeutique. Cela dit, il est vrai qu'il s'agissait de patientes féminines. J'admets qu'avec des patients masculins j'aurais peut-être agi différemment.

Des touchers entre patient et thérapeute –une poignée de main, une étreinte, toucher des doigts ou tenir la main– sont sporadiquement mentionnés dans de nombreux comptes rendus psychanalytiques. Où tracer la ligne ? Quand est-ce que cela va au-delà de la limite des relations thérapeutiques, quand est-ce une violation des limites ? Y a-t-il des occasions où c'est approprié, voire nécessaire ? Un contact physique dans le cadre de la dyade psychanalytique peut-il être considéré comme un simple contact humain ?

Le contact physique a de nombreuses significations différentes, il peut être nourrissant, étayant, intrusif, stimulant, coercitif ou menaçant, ou encore culturel. Par exemple, en Europe, il est commun entre gens qui se rencontrent, y compris les patients et leurs thérapeutes, de se serrer la main. C'est moins commun aux États-Unis. Il existe quelques descriptions dans la littérature psychanalytique de toucher physique, et diverses raisons pour l'expliquer. Freud, dans les années 1890, avant de comprendre le transfert, pressait sa main sur le front de ses patients pour les aider à remémorer des souvenirs et des fantasmes refoulés. Kohut (Stozier, 2001) a décrit un incident de l'analyse d'une patiente déprimée à un moment où elle se sentait désespérée et profondément soucieuse. Il a rapproché son siège de cette patiente et lui a tendu deux de ses doigts. Kohut estime que cet incident a été un tournant dans l'analyse. Winnicott (1947) a noté que certains patients ont besoin d'être littéralement tenus lors de certains stades du traitement. Il a tenu les mains de Margaret Little pendant plusieurs heures lorsqu'elle était sur le divan. Balint (1959, p. 127) disait, à propos du toucher: “Je croyais jadis que le besoin d'être près de l'analyste, de le toucher ou de s'accrocher à lui, était l'un des traits les plus caractéristiques de l'amour primaire. Je me rends compte à présent que le besoin de s'accrocher est réactionnel à un traumatisme, une expression de la peur d'être lâché ou abandonné en même temps qu'une défense contre cette peur.”

Balint, tout comme Winnicott, croyait que toucher pouvait être parfois thérapeutique, au cours de périodes de régression profonde, mais ils reconnaissaient qu'il pouvait aussi présenter un agir (*acting out*) de l'analyste.

Des comptes rendus plus récents des débats autour du toucher physique dans le cadre thérapeutique sont proposés par Stewart (1989), McLaughlin (1995), Maroda (1999) et Toronto (2001). Stewart (1989) a relaté que des collègues qui permettaient à leurs patients de tenir leur main ou leurs doigts avaient ensuite des rêves de frayeur ou d'agression sexuelle. Maroda (1994) a soulevé la difficulté qu'il y a à prédire comment les patients allaient réagir. Maroda, en comparaison avec Stewart, a relaté qu'à la suite de contact physique, plutôt

que de se sentir violés, ses patients réagissaient avec des rêves “d’avoir finalement trouvé un lieu de sécurité et qu’ils ont été capables d’établir un nouveau niveau de confiance qui leur était jusqu’alors inconnu” (p. 151).

McLaughlin (1995) a parlé du cas d’une patiente qui laissait entendre que son père l’avait agressée sexuellement. Après avoir révélé cela ainsi que les sentiments de trouble qui s’y rattachaient, elle a fortement cogné sa tête le mur en présence de McLaughlin. Celui-ci, tentant de l’empêcher de se faire mal, s’est mis à lui parler. Elle a arrêté, mais ne disait rien. Quand, durant la séance suivante, elle a de nouveau cogné sa tête contre le mur sans lui répondre, McLaughlin s’est levé de son siège pour mettre sa main entre le front de la patiente et le mur. Au bout de quelques années d’analyse, la patiente a confié à McLaughlin que de sentir qu’elle touchait sa main avait été extraordinairement rassurant pour elle. Cette fois, la main qui essayait de la manipuler était une main qui la protégeait. Suivant l’argument de McLaughlin, Toronto (2001) croit que là où les méthodes verbales ont échoué et où l’expression symbolique est bloquée ou inaccessible, un contact physique mineur (par exemple une étreinte ou une poignée de mains) fournit un canal de communication et peut débloquer des impasses.

Mais aucun de ces auteurs contemporains ne se réfère aux expériences de Ferenczi qui s’est montré franc et honnête en décrivant des contacts physiques avec ses patients dans son *Journal clinique*. Peut-être les analystes contemporains évitent-ils Ferenczi parce que ses exemples sont extrêmes et, à moins de lire attentivement ses raisons pour toucher ses patients ou se laisser toucher par eux, ils peuvent conclure que son comportement était simplement imprudent. Du moins pensait-il être attentionné et non impulsif. Se laisser embrasser par Dm. l’a libérée de son expérience traumatique passée avec son père où elle avait le rôle inverse : rester passive pendant que son père abusait d’elle sexuellement.

Il y eut un autre exemple dramatique de limites thérapeutiques élastiques avec sa patiente S.I. Celle-ci, une patiente psychotique, s’était infligée une blessure presque fatale durant une séance. Ferenczi, angoissé, saisit S.I. et l’a posée sur le lit “essayant avec tendresse, mais aussi avec énergie, de la ranimer” (p. 188). Nous ne savons pas si Ferenczi était allé voir S.I. chez elle ou si elle était venue à son cabinet. Nous ne savons vraiment pas non plus comment S.I. a tenté de se blesser ni comment Ferenczi l’a ranimée (en pratiquant un bouche-à-bouche ou en appuyant sur sa poitrine). Ferenczi a rendu compte des affects accompagnant sa réaction à S.I. : “La dépense émotionnelle manifestée au cours de cette activité semble lui avoir redonné le sentiment de sa propre valeur, reflétée dans ma compassion et mon désir passionné de l’aider” (p. 188). Ferenczi ajoute qu’elle commença à accorder plus d’attention à son apparence physique.

Ferenczi était conscient du fait que son étreinte pouvait être considérée par la patiente comme quelque chose de romantique et de sexuel. Aussi a-t-il analysé avec S.I. ses réactions à elle à son égard et son sincère souci pour elle. Malheureusement il n’y a pas d’autres détails concernant leurs échanges. Ferenczi a décrit la poursuite de l’amélioration de l’état de S.I. après cette interaction : la réduction de ses hallucinations terrifiantes lui a permis de mieux s’adapter aux exigences de la réalité dans le monde extérieur. Plus tard il indique que S.I. est devenue capable d’aborder ses traumatismes infantiles dans un esprit de pardon au lieu de désespoir, rage et désir de vengeance.

Un autre sujet de controverse, bien qu’à un degré moindre, est constitué par les révélations verbales de l’analyste le concernant, plutôt que le contact physique. Il y a différentes écoles de pensée concernant les révélations contretransférentielles. La classique neutralité du psychanalyste a été fortement mise en question au cours des vingt dernières années. Les analystes contemporains ont tendance à révéler leurs sentiments aux patients traumatisés, dans le but de reconnaître les perceptions qu’a le patient de la réalité.

Comme à son habitude, Ferenczi a étendu les limites de ses révélations. B. était une patiente psychotique qui avait été violée. Les hallucinations sexuelles de B. ont ouvert la voie à quelques rêves sexuels. Dans l’un d’eux, elle a rêvé d’un homme robuste avec un petit pénis. Ferenczi a compris ce rêve comme un rêve transférentiel, et a “pu satisfaire sa curiosité” concernant son angoisse et sa honte concernant son complexe de petit pénis. B. a noté que Ferenczi ayant reconnu sa faiblesse, elle n’aurait plus aucun désir de le blesser en faisant des commentaires à ce sujet, comme elle le faisait auparavant. Au lieu de se centrer sur la faiblesse de Ferenczi, elle était plus disposée à s’occuper de ses propres problèmes. Ferenczi écrit que cette révélation a conduit B. à prendre conscience que c’était non pas le désir sexuel insatisfait qui avait provoqué ses douleurs abdominales, ni le retrait d’amour vécu dans l’enfance, mais le viol qui s’était

produit dans l'enfance. Ferenczi a compris ses douleurs abdominales comme une façon de revivre la douleur au cours du viol. B. en est venue à fantasmer le pénis violent comme un "pénis d'éléphant". Elle est restée pleine d'ambivalence. En conséquence, elle s'est gardée de toute relation sexuelle avec des hommes, convaincue qu'elle ne pourrait pas prendre plaisir au sexe. Elle a développé des relations lesbiennes comme une manière de narguer les hommes. B. avait une vie sexuelle intérieure riche, mais vers le monde extérieur elle se prétendait puritaine et modeste comme ses parents l'attendaient de sa part. Le fait que Ferenczi ait été capable de parler de son complexe de petit pénis a libéré B. de ses attitudes puritaines. L'intervention de Ferenczi l'a aidée à considérer son "petit pénis [...] comme instrument d'amour possible" (p. 230), probablement du fait qu'elle a ressenti Ferenczi comme une figure parentale attentive envers elle.

La révélation faite par Ferenczi était-elle soigneusement pensée ou une mise en acte ? Valait-il réagir émotionnellement ? Valait-il mieux réagir immédiatement et spontanément, comme il l'a probablement fait, et n'analyser que plus tard (Ehrenberg, 1992) ? Selon le compte rendu de Ferenczi, il se produit un changement significatif chez B. La réaction de Ferenczi a révélé le vécu dissocié de son viol. C'était là le risque pris par lui qui aurait pu conduire à un désastre. La révélation de soi de Ferenczi aurait pu fermer l'espace potentiel entre eux (Aron 1996). De plus, savons-nous ce qu'en ont été les effets à long terme ? ce que ressentait B. à propos du complexe pénien de Ferenczi ? Était-elle désolée pour lui et essayait-elle, pour cette raison, en compensation, d'être sincère avec lui ? Sa révélation a-t-elle concrétisé quelque chose qui aurait dû rester dans le domaine symbolique ? Ferenczi s'est-il révélé à B. parce qu'ils avaient noué une alliance thérapeutique solide (Levenson, 1996) ? B. avait-elle un besoin désespéré de ressentir Ferenczi comme un confident, mais un confident humain, afin d'être capable de maintenir l'espoir d'être aidée dans son désespoir mortel ?

En lisant l'article de Ferenczi sur les "mots obscènes" (1910), j'ai pensé qu'il avait réagi fondamentalement d'une façon émotionnelle avec sa patiente B. Dans cet article, écrit vingt ans plus tôt, Ferenczi soulevait la question de savoir s'il était approprié pour les analystes d'utiliser des mots obscènes avec leurs patients ou s'ils devaient n'utiliser qu'un langage scientifique. Ferenczi a défini les désignations obscènes comme "organes, fonctions et matières sexuels et excrémentiels" (Psychanalyse I, p. 126). Ainsi, du point de vue de Ferenczi à cette époque, le mot pénis était considéré comme un "mot obscène". Pour répondre à la question de l'utilisation de mots obscènes au cours du traitement, Ferenczi a plaidé en disant que d'entendre des mots obscènes dans un dispositif thérapeutique produisait chez le patient la même agitation que celle produite dans l'enfance en surprenant accidentellement une conversation entre les parents laissant échapper des expressions d'ordre sexuel. Il a ajouté que d'utiliser des mots obscènes en thérapie peut provoquer de la résistance. Croyant que d'utiliser des mots obscènes par les analystes en thérapie avait un effet destructeur sur le traitement, je me demande pourquoi Ferenczi non seulement a mentionné le mot "pénis", mais a fait part à B. de son propre complexe de petit "pénis". Comme Ferenczi a écrit dans son article de 1910 que le "complexe de petit pénis" était un problème répandu chez les névrosés, et loin d'être rare chez les sujets sains (p. 133), il pouvait croire que ce n'était pas une grande affaire que de révéler cela à sa patiente. Cependant, je crois que Ferenczi est allé trop loin dans ses révélations à ses patients et que celle-ci, faite à B., peut être considérée comme une mise en acte.

Ferenczi a également décrit comment B., qui se plaignait de maux de tête et d'autres symptômes somatiques, s'est une fois mise au lit en demandant à Ferenczi de lui rendre visite. Elle se sentait comme une enfant blessée qui avait besoin des soins de ses parents. Ferenczi est allé la voir chez elle. Elle s'attendait raisonnablement à une certaine gentillesse et humanité de la part de Ferenczi. À la place, il lui a posé "des questions analytiques bêtes et ennuyeuses" et s'en alla à la fin de la séance comme d'habitude, la laissant seule" (p. 102). Ferenczi a interprété son comportement avec B. comme une répétition du "meurtre perpétré autrefois sur B.". Cependant avec la différence qu'il était capable d'admettre sa faute de n'avoir su procurer des soins maternels, de la bonté et du sacrifice de soi. Après que B. a exprimé sa colère et sa déception causées par Ferenczi comme par les autres figures abusives de sa vie, Ferenczi a admis son insuffisance. Il lui a expliqué : "[...] je reconnus que nous, les hommes, en fait même les meilleurs médecins d'entre nous, sommes maladroits dans les soins à donner aux enfants et aux malades ; depuis l'enfance, les hommes sont éduqués par leur entourage et par les autres garçons à ne pas montrer de sentimentalité, celle-ci étant affaire de femme et d'enfant" (p. 103).

L'intense colère de B. à son égard et l'atmosphère hostile qu'elle a créée ont fait surgir un souvenir traumatique de l'enfance de Ferenczi lorsque sa mère avait déclaré : "Tu es mon meurtrier" (p. 103). Ferenczi supposait que c'était là le fondement de la haine qu'il éprouvait parfois à l'égard des femmes. Ferenczi croyait que son vécu traumatique avec sa mère l'avait conduit au désir compulsif d'aider tous ceux qui souffrent, en particulier les femmes, et d'éviter les situations où il aurait à se montrer agressif.

Cela nous amène finalement à l'expérience d'analyse mutuelle de Ferenczi, qui peut être vue comme une autre sorte de toucher. Si beaucoup de choses ont été écrites à propos de R.N., Ferenczi a aussi pratiqué l'analyse mutuelle avec B. Il croyait qu'en entreprenant avec elle une analyse mutuelle elle aurait une chance d'apprendre de lui ce qu'était l'association libre et, en même temps, il apprendrait ce que serait un comportement analytique correct selon B. B. avait l'habitude de vociférer et de crier sur lui durant les séances. Ferenczi le clinicien II Ferenczi lui a demandé de lui montrer de la tendresse et de la gentillesse, lui demandant de lui caresser la tête car "je souhaitais être récompensé de tous mes efforts par de l'affection, de la tendresse, des étreintes et des baisers" (p. 233). Il chercha à créer de la tendresse mutuelle entre eux. Par ces demandes actives de le caresser et de l'embrasser, Ferenczi espérait atteindre son être intérieur tendre, sa "capacité féminine d'empathie". Ferenczi a communiqué à B. qu'il avait conscience de ses propres besoins infantiles de tendresse de la part des femmes. B. acquiesça aux demandes de Ferenczi sans honte aucune. Cette interaction a conduit à l'analyse de l'origine de son absence de honte et de moralité.

À la fin du *Journal clinique*, Ferenczi soulève la question de savoir si tout cas doit être mutuel et jusqu'à quel point. Ferenczi se débattait avec la question de savoir jusqu'où peut ou doit aller "l'analyse mutuelle". Il a également noté les complications inhérentes au fait de poursuivre une analyse mutuelle avec un petit nombre de patients, les autres sachant qu'ils n'ont pas été choisis. Il pensait qu'il y avait deux conditions majeures pour entreprendre une analyse mutuelle : 1) si le patient en a besoin ; ou 2) si le patient en est capable dans la situation donnée. Ferenczi a signalé qu'il aurait préféré entreprendre une analyse mutuelle avec sa patiente S.I. qui, tout comme R.N., avait vécu des traumatismes terribles, mais à sa différence, était capable de gentillesse. Ferenczi a choisi R.N., qui lui rappelait sa mère. Ces deux femmes étaient égoïstes et lui faisaient peur. Il a fait part de ces sentiments à R.N. et pensait qu'il en a résulté une transformation de sa dureté en douceur amicale. Ferenczi conclut : "Ne devrait-on pas, après tout, avoir le courage de s'exposer au danger du transfert analytique et gagner à la fin ?"

Ferenczi pensait que les patients avaient besoin de l'analyser, de lui faire prendre conscience de ses fautes, de façon à pouvoir être plus libre et moins affecté par leur agressivité, afin de conduire le travail du trauma présent vers le trauma passé. "[...] alors ces larmes du médecin et du patient se mêlent en une solidarité sublimée qui ne trouve peut-être son analogie que dans la relation mère-enfant. Et c'est cela, l'agent curatif qui relie durablement, cimente en quelque sorte, les fragments intellectuellement collectés" (p. 117).

Ferenczi était conscient des limitations de cette technique. Répondant à Gabbard (1995), Berman (1997) pense que l'analyse mutuelle est plutôt une expérience ratée qu'une violation de limites. Il plaide pour la valeur de l'expérimentation psychanalytique pour réévaluer notre conception des limites. Je partage ce point de vue.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- ARON, L. 1996. *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ, The Analytic Press.
- ARON, A. 1998. "Yours, thirsty for honesty, Ferenczi: Some background to Sándor Ferenczi's pursuit of mutuality", *American Journal of Psychoanalysis*, 58, p. 5-20.
- ARON, L.; HARRIS, H. 1993. "Sándor Ferenczi: Discovery and rediscovery", dans *The Legacy of Sándor Ferenczi*, Hillsdale, NJ, The Analytic Press, p. 1-36.
- BERMAN, E. 1996. "The Ferenczi renaissance", *Psychoanalytic Dialogues*, 6, p. 391-401.
- BERMAN, E. 1997. "Mutual analysis: Boundary violation or failed experiment?", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, p. 569-571.
- BRABANT, E.; FALZEDER, E.; GIAMPIERI-DEUTSCH, P. (Eds.), *Correspondance Sigmund Freud – Sándor Ferenczi*, vol. I, 1908-1914, Paris, Calmann-Lévy.
- DAVIES, J.M. 1997. "Dissociation, Therapeutic Enactment, and Transference-Countertransference Processes:

- A Discussion of Papers on Childhood Sexual Abuse”, *Gender and Psychoanalysis*, 2, p. 241-257.
- DUPONT, J. (Ed.). 1982. Ferenczi S. and Groddeck G., *Correspondance 1921-1933*, Paris, Payot.
- FALZEDER, E.; BRABANT, E.; GIAMPIERI-DEUTSCH, P. (Eds.), *Correspondance Sigmund Freud – Sándor Ferenczi*, vol. II, 1914-1919, Paris, Calmann-Lévy.
- FERENCZI, S. 1913. “Un petit homme-coq”, dans *Psychanalyse II*, Paris, Payot, p. 72.
- FERENCZI, S. 1919. “On the technique of psychoanalysis”, dans J. Richman et J. Suttie, trans. (sous la direction de), *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*, London, Karnac Books, 1994, p. 177-189.
- FERENCZI, S. 1929. “L’enfant mal accueilli et sa pulsion de mort”, dans *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, p. 76-81.
- FERENCZI, S. 1931. “Notes and fragments”, dans *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, p. 266-316.
- FERENCZI, S. 1933. “Confusion de langue entre l’enfant et les adultes”, dans *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, p. 125-138.
- FERENCZI, S. 1994. *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*, M. Balint (Ed.), trans. E. Mosbacher, London, Karnac Books.
- FERENCZI, S.; RANK, O. *Perspectives de la psychanalyse*, Paris, Payot.
- FERENCZI, S. 1994. *First Contributions to Psycho-Analysis*. M. Balint (Ed.), trans. E. Mosbacher, London, Karnac Books.
- FERENCZI, S. *Journal clinique*, Ed. Judith Dupont, Paris, Payot.
- FERENCZI, S. “Thalassa: Une théorie de la génitalité”, dans *Psychanalyse III*.
- HAYNAL, A. *La technique en question*.
- HOFFMAN, I.Z. 1998. *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical Constructivist View*, Hillsdale, NJ, The Analytic Press.
- MITCHELL, S. 1993. *Hope and Dread in Psychoanalysis*, New York, Basic Books.
- ROAZEN, P. 1998. “Elma Laurvick, Ferenczi’s stepdaughter”, *American Journal of Psychoanalysis*, 58, p. 271-286.
- SPENCE, D.P. 1982. *Narrative Truth and Historical Truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*, New York, W.W. Norton & Company.
- STANTON, M. 1991. *Sándor Ferenczi: Reconsidering Active Intervention*, Northvale, NJ, Jason Aronson.
- STERN, D.B. 1997. *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis*, Hillsdale, NJ, The Analytic Press.

(\*) Etyy Cohen, PhD, est analyste formatrice et superviseure à l’Institut Américain de Psychanalyse du Centre Psychanalytique Karen Horney, et membre de la faculté de l’Institut William Alanson White. Elle est rédactrice associée de l’*American Journal of Psychoanalysis* et auteure du livre *Playing Hard at Life: A Relational Approach to Treating Multiply Traumatized Adolescents*, pour lequel elle a reçu le Prix de Reconnaissance de l’Auteur du PCMH en 2003. Les publications de la Dre Cohen couvrent des thèmes liés à la théorie et aux techniques thérapeutiques de Sándor Ferenczi, ainsi qu’aux aspects de la dissociation, de l’enactment, de l’auto-révélation, de la fin de traitement, de la culture, du VIH/SIDA, de la violence, du traumatisme, du terrorisme et de la guerre. Parmi ses articles figurent: “Going Beyond Certain Limits Together: How Ferenczi’s Notion of Elasticity Informs Group Treatment of Traumatized Patients” (2009), “The ‘Method of Game’: Sándor Ferenczi and His Patient DM./Clara Thompson” (2011) et “Contemporary Application of Ferenczi: Co-Constructing Past Traumatic Experiences Through Dream Analysis” (2014), entre autres. Actuellement, la Dre Cohen exerce en pratique privée à New York.

**Publié le:** Le Coq’Heron, V. 3 N° 178, pp 77-84, 2004.

<https://shs.cairn.info/revue-le-coq-heron-2004-3-page-77?lang=fr>

<https://doi.org/10.3917/cohe.178.0077>

(Traduit de l’anglais par Judith Dupont)

*Volver a Artículos sobre Ferenczi*  
*Volver a Newsletter 28-ALSF*

## **Notas al final**

1 .- En fait, cette identification ainsi que les informations sur Dm. qui suivent proviennent de Balint, mais figurent dans l'introduction au Journal Clinique, d'où l'erreur de l'auteur. (N. d. T)

2 .- Cette citation ne permet pas de savoir clairement si Ferenczi définit le mot pénis comme «obscène». Il pourrait faire la différence entre le terme scientifique – pénis – et une définition plus vulgaire. Etant donné le climat culturel, cependant, il avait probablement le sentiment que « pénis » centralisait toutes les significations qu'il voulait suggérer.