

MÁS ALLÁ DE LOS LÍMITES: EL VIAJE CLÍNICO DE FERENCZI EN SU DIARIO.

Etty Cohen (*)

Es conveniente considerar el análisis como un proceso evolutivo que se desarrolla ante nuestros ojos, más que como el trabajo de un arquitecto que busca realizar un plan preconcebido.
Ferenczi, 1928, Psicoanálisis IV, p. 56.

El argumento de Ferenczi (1928) en favor de la elasticidad en el proceso terapéutico genera experiencias que conducen al analista a una capacidad aumentada de escucha atenta hacia su paciente, pero que, al mismo tiempo, crean una situación más arriesgada para el analista, exigiéndole tolerar un grado más alto de ambigüedad por parte del paciente. Las interacciones entre Ferenczi y sus pacientes, tal como las describe en su *Diario clínico*, revelan una lucha interna compleja entre espontaneidad y disciplina analítica (Hoffman, 1998). Al leer su *Diario*, uno se pregunta hasta qué punto Ferenczi superó los límites de lo que la comunidad analítica “espera” de una relación terapéutica.

Los debates principales descritos en el *Diario* de Ferenczi en torno a los límites en el dispositivo terapéutico se relacionan con el contacto físico, las revelaciones del analista sobre sí mismo y la mutualidad dentro de la diada terapéutica; estos son los temas en los que deseo centrar mi artículo. Examinaré las investigaciones de Ferenczi en el contexto de su tratamiento de algunos pacientes: Dm., I.S. y B. Estas tres mujeres mencionadas en el *Diario* fueron víctimas de abuso sexual en su infancia. Aunque el análisis mutuo de Ferenczi con su paciente R.N. plantea muchas cuestiones relacionadas con nuestro tema, este caso es bien conocido por todos y ya ha sido discutido en numerosos artículos. Por ello, no abordaré aquí el caso de R.N.

Ferenczi y sus pacientes probaron sus límites mutuos en el proceso de creación conjunta de las fronteras del espacio terapéutico. Desde la perspectiva de Ferenczi, estos límites terapéuticos son como una “banda elástica” que tanto el paciente como el analista estiran y aflojan. Ferenczi señaló que las decisiones tomadas en cada momento por el analista durante este proceso eran una cuestión de “tacto”, basado en su empatía con el paciente. Era necesario ser activo, directamente exigente, y en otros momentos pasivo/relajado (silencioso); todo dependía de la evaluación de las condiciones necesarias para que el paciente progresara. En sus reflexiones íntimas, Ferenczi expresó que, al adoptar un rol más pasivo, se dio cuenta de que, en ocasiones, los pacientes se aprovechaban de él y abusaban de su paciencia.

Hubo momentos en los que sus pacientes lo pusieron en aprietos, como en el famoso incidente del beso (Dm.), identificada como Clara Thompson por Dupont¹, la que había sido víctima de abuso sexual por parte de su padre. Ella aprovechaba la pasividad (relajación) de Ferenczi para expresarse físicamente de manera más intensa, llegando incluso a besarlo repetidamente sin que él se resistiera. En una comunicación personal, la Dra. Dupont expresó la impresión de que Dm. sentía agresividad hacia Ferenczi y, que por ello, habló públicamente del incidente del beso, sabiendo que probablemente dañaría su reputación. Además, la Dra. Dupont añadió que Ferenczi permitió que lo besara a pesar de su olor desagradable. Este incidente plantea muchas preguntas: ¿Permitió Ferenczi, al aceptar sus besos pese al mal olor, que ella expresara su transferencia negativa, consciente de que esto podía perjudicar su reputación? ¿Tomó Ferenczi la decisión consciente de no rechazarla debido a la fragilidad de Dm.? Maroda (1999), que reconoce el riesgo inherente al contacto, cree que rechazar un abrazo espontáneo de un paciente narcisista puede conducir a un resultado más dañino que aceptarlo. Yo estoy de acuerdo con él.

Gabbard (1995, p. 1124) afirma que las “notas [de Ferenczi] en su Diario en esa época evidenciaban su confusión: su propia necesidad de sanar se mezclaba con las necesidades de sus pacientes”. Gabbard (1996) también sostiene que incluso lo que se pretende como un contacto físico no sexual es casi inevitablemente sexual cuando ocurre en un contexto transferencial. No estoy de acuerdo. He experimentado con ciertos pacientes un contacto físico que no era sexual. Por ejemplo, una paciente adolescente que me relató su experiencia de violación por parte del novio de su madre, en presencia de ésta y de su hermana, apoyó su cabeza en mis rodillas mientras yo acariciaba su cabello. En otra ocasión, cuando trabajaba en un servicio de hospital psiquiátrico, una paciente hebefrénica solía besarme en la mejilla y abrazarme al final de cada sesión. Además, una paciente niña me tomaba de la mano mientras íbamos desde la sala de espera hasta mi despacho y, al final de la sesión, de vuelta a la sala de espera. Estos incidentes de contacto físico tenían múltiples significados. Podían darse o no en un contexto transferencial. Con mi paciente adolescente, no exploré el sentido de nuestro contacto mutuo; compartimos un momento doloroso y ambas necesitábamos ese contacto humano. Explorar su significado en ese momento habría sido percibido como un distanciamiento en lugar del contacto que ella necesitaba. La paciente hebefrénica no podía explorar su reacción, y después de la primera vez, en la que me sentí sorprendida, reflexioné sobre mis sentimientos durante la supervisión y me sentí más cómoda dejando que me besara y abrazara al final de las sesiones. Con la paciente niña, logramos hablar sobre el significado de su gesto de tomarme de la mano. Esta niña había sufrido privaciones y vivía desde los 2 años con una familia adoptiva. Estaba hambrienta de contacto humano, y yo se lo proporcioné como parte del apoyo terapéutico. Dicho esto, es cierto que estas eran pacientes femeninas. Reconozco que con pacientes masculinos podría haber actuado de manera diferente.

El contacto físico entre paciente y terapeuta —un apretón de manos, un abrazo, tocarse los dedos o tomarse de la mano— se menciona esporádicamente en numerosos relatos psicoanalíticos. ¿Dónde trazar la línea? ¿Cuándo se supera los límites de la relación terapéutica y se convierte en una violación de esos límites? ¿Existen ocasiones en las que es apropiado o incluso necesario? ¿Puede considerarse un contacto físico en el marco de la diáda psicoanalítica como un simple contacto humano?

El contacto físico tiene múltiples significados: puede ser nutritivo, de apoyo, intrusivo, estimulante, coercitivo, amenazante o incluso cultural. Por ejemplo, en Europa, es común que las personas, incluidos pacientes y terapeutas, se den la mano al encontrarse, algo menos habitual en Estados Unidos. Existen algunas descripciones en la literatura psicoanalítica sobre el contacto físico y diversas razones que lo explican. Freud, en la década de 1890, antes de comprender el concepto de transferencia, presionaba su mano sobre la frente de los pacientes para ayudarlos a recordar recuerdos y fantasías reprimidas. Kohut (Stozier, 2001) describió un incidente en el análisis de una paciente deprimida que se encontraba en un estado de desesperación y profunda preocupación. En ese momento, acercó su silla a la de la paciente y le tendió dos de sus dedos. Kohut consideró que este gesto fue un punto de inflexión en el análisis. Winnicott (1947) observó que algunos pacientes necesitaban ser literalmente sostenidos en ciertas etapas del tratamiento. En un caso, sostuvo las manos de Margaret Little durante varias horas mientras ella estaba en el diván. Balint (1959, p. 127) reflexionó sobre el contacto físico: “Solía creer que la necesidad de estar cerca del analista, tocarlo o aferrarse a él era uno de los rasgos más característicos del amor primario. Ahora me doy cuenta de que la necesidad de aferrarse es una respuesta a un trauma, una expresión del miedo al abandono y, al mismo tiempo, una defensa contra ese miedo”.

Tanto Balint como Winnicott creían que el contacto físico podía ser terapéutico en periodos de regresión profunda, aunque reconocían que también podía representar una actuación (*acting out*) por parte del analista.

Relatos más recientes sobre los debates en torno al contacto físico en el marco terapéutico han sido presentados por Stewart (1989), McLaughlin (1995), Maroda (1999) y Toronto (2001). Stewart (1989) informó que colegas que permitían a sus pacientes tomarles de la mano o tocar sus dedos luego experimentaban sueños de temor o agresión sexual. Por otro lado, Maroda (1994) destacó la dificultad de predecir cómo reaccionarían los pacientes. Sin embargo, a diferencia de Stewart, Maroda relató que tras el contacto físico, en lugar de sentirse violados, sus pacientes reaccionaban con sueños en los que “finalmente

habían encontrado un lugar seguro y eran capaces de establecer un nuevo nivel de confianza que hasta entonces desconocían” (p. 151).

McLaughlin (1995) abordó el caso de una paciente que insinuaba que su padre la había agredido sexualmente. Después de revelar esto junto con los sentimientos perturbadores asociados, la paciente golpeó fuertemente su cabeza contra la pared en presencia de McLaughlin. Este, intentando evitar que se lastimara, le habló. La paciente se detuvo, pero permaneció en silencio. En una sesión posterior, cuando volvió a golpear su cabeza contra la pared, McLaughlin se levantó de su silla y colocó su mano entre la frente de la paciente y la pared. Años después, la paciente confesó que sentir la mano de McLaughlin había sido extraordinariamente reconfortante para ella. Esa vez, la mano que intentaba detenerla era una mano protectora, no manipuladora como la de su padre. Siguiendo este argumento, Toronto (2001) sostiene que, cuando los métodos verbales fallan y la expresión simbólica está bloqueada o inaccesible, un contacto físico menor (como un abrazo o un apretón de manos) puede servir como un canal de comunicación y desbloquear impasses terapéuticos.

Sin embargo, ninguno de estos autores contemporáneos se refiere a las experiencias de Ferenczi, quien fue franco y honesto al describir sus contactos físicos con pacientes en su *Diario clínico*. Quizás los analistas contemporáneos evitan a Ferenczi porque sus ejemplos son extremos y, a menos que se lean cuidadosamente las razones por las que tocaba a sus pacientes o permitía que lo tocaran, se podría concluir que su comportamiento era simplemente imprudente. Sin embargo, Ferenczi consideraba que actuaba con atención y no de manera impulsiva. Por ejemplo, permitir que Dm. lo besara la liberó de su experiencia traumática con su padre, en la que ella desempeñaba el papel opuesto: permanecer pasiva mientras era abusada sexualmente.

Hubo otro ejemplo dramático de límites terapéuticos elásticos con su paciente S.I. Esta paciente, una persona psicótica, se infligió una herida casi mortal durante una sesión. Ferenczi, angustiado, tomó a S.I. y la colocó en la cama, “tratando con ternura, pero también con energía, de reanimarla” (p. 188). No sabemos si Ferenczi fue a ver a S.I. a su casa o si ella estaba en su consultorio. Tampoco sabemos exactamente cómo intentó lastimarse S.I. ni cómo la reanimó Ferenczi (si practicando respiración boca a boca o presionando su pecho). Ferenczi describió los afectos que acompañaron su reacción hacia S.I.: “La manifestación emocional expresada durante esta actividad parece haberle devuelto a ella el sentido de su propio valor, reflejado en mi compasión y mi deseo apasionado de ayudarla” (p. 188). Ferenczi añadió que S.I. comenzó a prestar más atención a su apariencia física.

Ferenczi era consciente de que su abrazo podía ser interpretado por la paciente como algo romántico o sexual. Por ello, analizó con S.I. sus reacciones hacia él y su sincera preocupación por ella. Lamentablemente, no hay más detalles sobre sus intercambios. Ferenczi describió la mejora continua en el estado de S.I. tras esta interacción: la reducción de sus aterradoras alucinaciones le permitió adaptarse mejor a las exigencias de la realidad del mundo exterior. Más adelante, indicó que S.I. fue capaz de abordar sus traumas infantiles con un espíritu de perdón en lugar de desesperación, ira y deseos de venganza.

Otro tema de controversia, aunque en menor grado, está relacionado con las revelaciones verbales del analista sobre sí mismo, en lugar del contacto físico. Existen diferentes escuelas de pensamiento sobre las revelaciones contratransferenciales. La clásica neutralidad del psicoanalista ha sido cuestionada significativamente en las últimas dos décadas. Los analistas contemporáneos tienden a revelar sus sentimientos a los pacientes traumatizados con el objetivo de reconocer las percepciones que el paciente tiene de la realidad.

Como era habitual en él, Ferenczi amplió los límites de sus revelaciones. B., una paciente psicótica que había sido violada, tenía alucinaciones sexuales que dieron lugar a algunos sueños de contenido sexual. En uno de ellos, soñó con un hombre robusto con un pene pequeño. Ferenczi interpretó este sueño como transferencial y “satisfizo su curiosidad” respecto a su angustia y vergüenza por su complejo de pene pequeño. B. señaló que, tras reconocer Ferenczi su debilidad, ya no sentía deseos de herirlo haciendo comentarios al respecto, como solía hacerlo anteriormente. En lugar de centrarse en la debilidad de Ferenczi, comenzó a ocuparse más de sus propios problemas. Ferenczi escribió que esta revelación ayudó a B. a darse cuenta de que sus dolores abdominales no eran provocados por un deseo sexual insatisfecho ni por el retiro del amor sufrido en su infancia, sino por el trauma de la violación que había padecido. Interpretó esos dolores como una forma de revivir el dolor físico del abuso. B. fantaseó el pene violento como un “pene de elefante”,

permaneciendo ambivalente. Como resultado, evitaba las relaciones sexuales con hombres, convencida de que no podría disfrutar del sexo, y desarrolló relaciones lésbicas como una forma de desafiar a los hombres. Aunque B. tenía una vida sexual interna rica, hacia el exterior se mostraba puritana y modesta, como sus padres esperaban de ella. El hecho de que Ferenczi hablara abiertamente sobre su complejo de pene pequeño liberó a B. de sus actitudes puritanas. Según Ferenczi, esta intervención le ayudó a considerar su “pequeño pene [...] como un instrumento de amor posible” (p. 230), probablemente porque sintió a Ferenczi como una figura parental atenta.

¿Fue esta revelación cuidadosamente planificada o un acting out? ¿Reaccionó Ferenczi emocionalmente? ¿Era mejor responder de forma inmediata y espontánea, como probablemente hizo, y analizar las implicaciones más tarde (Ehrenberg, 1992)? Según el relato de Ferenczi, se produjo un cambio significativo en B. Su intervención reveló el contenido disociado del trauma del abuso sexual. Sin embargo, esto también conllevaba un riesgo significativo, ya que podría haber resultado desastroso. La autorrevelación de Ferenczi pudo haber cerrado el espacio potencial entre ambos (Aron, 1996). Además, desconocemos los efectos a largo plazo. ¿Cómo se sintió B. respecto al complejo de Ferenczi? ¿Sintió lástima por él e intentó, como compensación, ser sincera con él? ¿Transformó la revelación algo que debió permanecer en el ámbito simbólico? ¿Se reveló Ferenczi porque ya habían establecido una sólida alianza terapéutica (Levenson, 1996)? ¿O B. tenía una necesidad desesperada de percibir a Ferenczi como un confidente humano, para mantener la esperanza de ser ayudada en su desesperación mortal?

Al leer el artículo de Ferenczi sobre las “palabras obscenas” (1910), pensé que había reaccionado de manera fundamentalmente emocional con su paciente B. En ese artículo, escrito veinte años antes, Ferenczi planteaba la cuestión de si era apropiado que los analistas utilizaran palabras obscenas con sus pacientes o si debían limitarse a un lenguaje científico. Ferenczi definió las designaciones obscenas como “órganos, funciones y materias sexuales y excrementicias” (‘Psicoanálisis I’, p. 126). Desde este punto de vista, el término “pene” podría haber sido considerado por Ferenczi como una “palabra obscena”². Para responder a la cuestión del uso de palabras obscenas durante el tratamiento, Ferenczi argumentó que escuchar palabras obscenas en un contexto terapéutico producía en el paciente la misma agitación que experimentaba en la infancia al sorprender accidentalmente una conversación entre sus padres en la que se utilizaban expresiones de índole sexual. Añadió que el uso de palabras obscenas en terapia podía generar resistencia. A pesar de creer que el uso de palabras obscenas por parte de los analistas en terapia tenía un efecto destructivo sobre el tratamiento, me pregunto por qué Ferenczi no solo mencionó la palabra “pene”, sino que también compartió con B. su propio complejo de “pene pequeño”. Como Ferenczi escribió en su artículo de 1910 que el “complejo de pene pequeño” era un problema extendido entre los neuróticos y que no era raro en personas sanas (p. 133), pudo haber pensado que revelar este detalle a su paciente no era algo significativo. Sin embargo, considero que Ferenczi fue demasiado lejos en sus revelaciones a sus pacientes y que esta, en particular, puede interpretarse como un acting out.

Ferenczi también relató cómo B., que se quejaba de dolores de cabeza y otros síntomas somáticos, se acostó en la cama una vez y pidió que Ferenczi la visitara. Ella se sentía como una niña herida que necesitaba los cuidados de sus padres. Ferenczi acudió a verla, pero en lugar de ofrecerle la amabilidad y humanidad que ella esperaba, le planteó “preguntas analíticas tontas y aburridas” y se fue al final de la sesión, como de costumbre, dejándola sola (p. 102). Ferenczi interpretó su comportamiento como una repetición del “asesinato que una vez se perpetró sobre B.” No obstante, con la diferencia de que fue capaz de admitir su error al no haber proporcionado cuidado maternal, bondad y sacrificio personal. Después de que B. expresara su ira y decepción, tanto hacia Ferenczi como hacia otras figuras abusivas de su vida, él reconoció su insuficiencia y le explicó: “Admití que nosotros, los hombres, incluso los mejores médicos entre nosotros, somos torpes en el cuidado de los niños y los enfermos; desde la infancia, los hombres son educados por su entorno y por otros niños para no mostrar sentimentalidad, pues esta se considera asunto de mujeres y niños” (p. 103).

La intensa ira de B. hacia Ferenczi y la atmósfera hostil que ella creó evocaron un recuerdo traumático de su infancia, cuando su madre le dijo: “Eres mi asesino” (p. 103). Ferenczi supuso que este recuerdo era la base del odio que a veces sentía hacia las mujeres. Creía que su experiencia traumática con su madre

lo había llevado a desarrollar un deseo compulsivo de ayudar a todos los que sufrían, especialmente a las mujeres, y a evitar situaciones en las que tuviera que mostrarse agresivo.

Esto nos lleva a la experiencia de análisis mutuo de Ferenczi, que puede considerarse como otra forma de contacto. Aunque mucho se ha escrito sobre su trabajo con R.N., Ferenczi también practicó el análisis mutuo con B. Creía que, al emprender un análisis mutuo con ella, B. tendría la oportunidad de aprender de él lo que era la asociación libre y, al mismo tiempo, él aprendería qué comportamientos consideraba B. propios de un analista. Durante las sesiones, B. solía gritarle y vociferar contra él. Ferenczi le pidió que le mostrara ternura y amabilidad, pidiéndole que le acariciara la cabeza porque “deseaba ser recompensado por todos mis esfuerzos con afecto, ternura, abrazos y besos” (p. 233). Intentaba crear una relación de ternura mutua entre ellos. A través de estas peticiones activas de caricias y besos, Ferenczi esperaba alcanzar su núcleo interno tierno, su “capacidad femenina de empatía”. Le comunicó a B. que era consciente de sus propias necesidades infantiles de ternura por parte de las mujeres. B. accedió a las solicitudes de Ferenczi sin sentir vergüenza. Esta interacción condujo al análisis del origen de su falta de vergüenza y moralidad.

Hacia el final de su *Diario clínico*, Ferenczi planteó la cuestión de si todo caso debía ser mutuo y en qué medida. Reflexionaba sobre hasta dónde puede o debe llegar el “análisis mutuo”. También señaló las complicaciones inherentes a practicar un análisis mutuo con un pequeño número de pacientes, mientras que otros se quedaban sabiendo que no habían sido elegidos. Ferenczi identificó dos condiciones principales para emprender un análisis mutuo: 1) si el paciente lo necesita, o 2) si el paciente es capaz de participar en la situación dada. Ferenczi expresó que hubiera preferido realizar un análisis mutuo con su paciente S.I., quien, al igual que R.N., había sufrido traumas terribles, pero, a diferencia de esta última, era capaz de mostrar amabilidad. Sin embargo, eligió a R.N., quien le recordaba a su madre. Ambas mujeres eran egoístas y le generaban miedo. Ferenczi compartió estos sentimientos con R.N. y pensó que esto transformó su dureza en una suavidad amistosa. Ferenczi concluyó: “¿No deberíamos, después de todo, tener el valor de exponernos al peligro de la transferencia analítica y ganar al final?”.

Ferenczi creía que los pacientes necesitaban analizarlo, hacerle consciente de sus errores, para así poder ser más libres y menos afectados por su agresividad, con el fin de dirigir el trabajo del trauma presente hacia el trauma pasado. “[...] entonces, esas lágrimas del médico y del paciente se mezclan en una solidaridad sublimada que quizá solo encuentre su analogía en la relación madre-hijo. Y esto es el agente curativo que une de manera duradera, que cimenta, en cierto modo, los fragmentos recopilados intelectualmente” (p. 117).

Ferenczi era consciente de las limitaciones de esta técnica. En respuesta a Gabbard (1995), Berman (1997) considera que el análisis mutuo es más bien una experiencia fallida que una violación de límites. Defiende el valor de la experimentación psicoanalítica para reevaluar nuestra concepción de los límites. Comparto este punto de vista.

BIBLIOGRAFÍA

- 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.

(*) Etty Cohen, PhD, es analista de formación y supervisión en el Instituto Americano de Psicoanálisis del Centro Psicoanalítico Karen Horney, además de ser miembro de la facultad del Instituto William Alanson White. Es editora asociada del *American Journal of Psychoanalysis* y autora del libro *Playing Hard at Life: A Relational Approach to Treating Multiply Traumatized Adolescents*, por el cual recibió el Premio de Reconocimiento del Autor del PCMH en 2003. Las publicaciones de la Dra. Cohen abarcan temas relacionados con la teoría y las técnicas terapéuticas de Sándor Ferenczi, así como aspectos de disociación, enactment, auto-revelación, finalización de tratamiento, cultura, VIH/SIDA, violencia, trauma, terrorismo y guerra. Entre sus artículos destacan: “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) y “Contemporary Application of Ferenczi: Co-Constructing Past Traumatic Experiences Through Dream Analysis” (2014), entre otros. Actualmente, la Dra. Cohen ejerce en práctica privada en la ciudad de Nueva York.

Publicado en: *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>

Nota: De una traducción del inglés al francés por Judith Dupont.

Volver a Artículos sobre Ferenczi

Volver a Newsletter 28-ALSF

Notas al final

1.- De hecho, esta identificación, así como la información sobre Dm. que sigue, proviene de Balint, pero figura en la introducción al Diario Clínico, de ahí el error del autor. (N. de T.)

2.- Esta cita no permite saber con claridad si Ferenczi definía la palabra “pene” como “obscena”. Podría haber distinguido entre el término científico —“pene”— y una definición más vulgar. Sin embargo, dado el clima cultural, probablemente tenía la sensación de que “pene” centralizaba todos los significados que quería sugerir.