



Available online at  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## Editorial

# The contributions of Sandor Ferenczi to the study and treatment of dissociation



## *Contributions de Sandor Ferenczi à l'étude de la dissociation et à sa prise en charge*

### 1. English version

It was the appearance of psychoanalysis that revealed the significance of trauma. It may even be considered one of the key Freudian concepts. Particularly developed in *Studies on Hysteria* (Freud & Breuer, 1985), as we will see, it subsequently went through several modifications. In these Studies, the authors stated that<sup>1</sup> “From a theoretical point of view, [outcomes] demonstrate that the accidental factor plays a much more central role in the pathology of hysteria that had been expected.” Both Freud and Breuer considered the relationship between exposure to traumatic events and the onset of hysteria to be near causal. They even went as far as contemplating the existence of an inaugural trauma, even if it was to be sought in the depths of the subject’s history. Freud clarified his thinking in October 1895, when he wrote: “We never fail to discover [in hysteria] that a repressed memory only later became a trauma” (1985b). In *A Project for a Scientific Psychology* (1895a), he describes the well-known case of Emma Eckstein, whom he analysed and who perfectly illustrates his stance. “Emma is haunted by the idea that she mustn’t enter a shop alone. She attributes this to an event that occurred during her thirteenth year (not long before puberty). Having entered a shop, she saw two salesmen (she only remembers one of them) who were guffawing. Panic-stricken, she rushed outside. From there, the idea that the two men had made fun of her outfit and that one of them had exerted a sexual attraction on her. [...] this impression should have vanished long ago [...]. Thus, the surfaced memory doesn’t explain either the obsession nor the determination of the symptom. The analysis reveals another memory, which, she says, was not present in her mind at the time of the [preceding] scene. At the age of 8, she entered the shop twice to buy some candy and the shopkeeper had laid his hand, through the cloth of her dress, on her genitals. Despite this first incident, she had returned to the shop, then stopped going there. Later, she blamed herself for returning to this shopkeeper, as if she had wanted to elicit a new offence [...]. We see there the example of a memory evoking an affect that the incident itself did not evoke. Meanwhile, the changes brought about by puberty rendered possible a new understanding of remembered facts. This case represents a typical case of hysterical

repression. We never fail to discover that a repressed memory only later became a trauma. The reason for this is to be found in the late occurrence of puberty in comparison with the rest of individuals’ development.”

Freud speaks of *Nachträglich* to explain why that which initially seemed non-problematic becomes traumatic. For this purpose, he distinguishes three periods. The first, when the confrontation occurs, leaving a trace in memory (we would say a memory trace today). The second period is when the subject evolves and his or her psyche develops. It’s during the third period that the symptom will appear, most often following the confrontation with another, more or less traumatic, or sometimes even harmless, event. Freud then calls upon the metaphor of the foreign body to locate the trauma’s function and that of its subsequent memory: “It would be better to say that the psychological trauma, then its memory, act as a foreign body, which, long after its irruption, continues to play an active role” (Freud & Breuer, 1895). The trauma is neither a mishap nor a past event. It is the origin itself of the neurosis. It is when the subject reconsiders the event in the light of his or her own changes and development (intellectual and emotional development, construction of the ego ideal, integration of new moral values) that the event retroactively becomes traumatic. In this manner, during a whole period of life, it was present but inaccessible, as if below the threshold of consciousness. Freud would speak of the splitting of the ego. A splitting between the subject of the traumatic experience (the abused child, for example) and the subject who is aware of the event as it exists today. This reality made conscious, significant, and traumatic is like a foreign object. It is impossible to integrate or to metabolise. It obstructs.

Freud’s perspective changed from 1897, at which point he considered that neurosis occurs autonomously. It then becomes useless to seek the event that is responsible for the situation. Psychoanalysis aims to deconstruct the unconscious process at stake and to liberate the libido so that it may flow freely. And it matters little whether the reported stories are true or false, what counts is how they are treated in terms of unconscious intentionality. What an about-face! It is no longer the traumatic scene that counts, it is the fantasy that becomes core. “All symptoms of anguish thus derive from fantasises” (Freud, 1897).

This change constituted a major disagreement between Freud and one of his most loyal disciples: Sandor Ferenczi (1873–1933). In 1916, during the First World War, Ferenczi was mobilised. He

<sup>1</sup> Quotations stem from the French versions of cited books and do not exactly match the corresponding published English versions.

became head of the neurology department. This became a fruitful opportunity for experimentations that allowed him to progress in his approach of psychological trauma. [Ferenczi's last article \(1932\)](#), *Confusion of Tongues Between Adults and Children*, shows his disagreement with Freud. Besides the change in his therapeutic stance, whereby he called upon his fellow psychoanalysts to be creative et to act rather than to interpret, Ferenczi showed a special interest in the actual trauma, which should, he believed, become once again the focal point of analytical work. According to him, it is the cause of neurosis. In this sense, he highlighted the psychological consequences of trauma, particularly sexual trauma, as the pathogenic factor. "The psychological shock always occurs without any preparation. It must have been preceded by a feeling of self-assurance (and in the experience of rape victims, that is indeed the case. . .). One has overestimated one's own strength and lived in the crazy illusion that such a thing couldn't happen. Not to me" ([Ferenczi, 1932](#)). The author describes the trauma as a shock, an impact that shatters the personality. "An unexpected shock, unprepared and overwhelming, acts so to speak as an anaesthetic. But how does this happen? Apparently by the interruption of all psychological activity, combined by the installation of a state of passivity, lacking in any kind of resistance. The total paralysis of motility also includes the interruption of perception as well as the interruption of thought. The consequence of such a disconnection of perception is that the personality remains entirely defenceless. It isn't possible to defend oneself against an impression that isn't perceived" ([Ferenczi, 1934](#)). He described the resulting splitting for all sorts of images: the splitting off of a dead part, destroyed by the violence of the shock, that allows for the remainder to live a normal life, but with a piece of the personality that is missing, that remains beyond reach, like a kind of growth inside the personality; furthermore, under the impact of repeated shocks, he spoke of multiple splitting that can extend to the splintering into countless fragments, an atomisation. As if the assaulted personality fragmented itself to save itself and to escape, thereby increasing the surface that can defend against an impact. What remains is a being outside oneself, a deserted body, a wandering psyche struggling with a particular form of splitting defence that he called the "narcissistic self-splitting". "The ego abandons the body partially or completely, generally through the head, and, from the outside or from above, observes the body's subsequent destiny and particularly its suffering" ([Ferenczi, 1932](#)). Of course, this is quite close to the ideas later elaborated by Janet and which currently drive certain modern theories of dissociation. The experts will appreciate this fact!

There is another little-known aspect of Ferenczi's conception of psychological trauma. He considered that trauma is not an exceptional event. According to him, we are all traumatised, victims of contradictory and conflicting influences that we were not able to overcome nor mention. These wounds come from our parents, our families or others.

Another specificity regarding Sandor Ferenczi concerns the meaning or rather the function that he attributed to dreams. [Freud's Interpretation of Dreams \(1900\)](#) posits that dreams' unique function is the transformation of the unpleasant remainders of the day that disturb sleep into the realisation of wishes. Ferenczi had already noted that dreams do not solely pertain to the realisation of wishes or fantasies. Any clear-headed clinician can indeed make that observation! Another specific goal of dreams is the resolution of traumatic experiences, which Ferenczi called the "traumatolytic function" of dreams. A more complete definition of dreams would then be (rather than "dreams are the realisation of wishes"): any dream, even the most unpleasant, is an attempt to bring traumatic events to a resolution and a better psychological command. Dreams would then be natural safety valves that enable us to regulate the adverse effects of trauma on the psyche. It's a true

effort to repair that is involved here. And the reexperiencing process is considered by the author as a healing process. In this manner, the body, and especially the psyche, have the ability to heal on their own. This idea, which was very modern for its time, is currently embodied in many forms of therapy, notably EMDR with the Adaptive Information Processing model.

Distancing himself from Freud enabled Ferenczi to introduce major innovations that are the foundation of all current forms of therapy today. He replaced benevolent neutrality with relaxation, which reveals the somatic symptoms and substituted the "technique's elasticity" for the psychoanalyst's rigid attitude. It is what he called "neocatharsis" through relaxation in self-hypnosis. But he also developed the active technique. According to him, to treat a traumatised patient, one must go back with him or her to the events themselves *with the affects* that accompanied them, and access the regions thus far held outside of consciousness (splitting) or beyond the reach of affects (dissociation).

Following in Ferenczi's footsteps, Maria [Torok \(2002\)](#) encouraged psychoanalysts to become the "psychic" of the patient's "traumatic disasters", to contact the aspects and the effects of trauma that the parents could not or wouldn't listen to. To her, the art of psychoanalysis "... is to know how to invoke, invite, resuscitate and soothe, by any means available to the imagination, the traumatic upheavals." In this regard, Ferenczi's inclination towards improvisation is perfectly illustrated in the following example, which will surely speak to researchers and clinicians who specialise in Janet, as well as to experts in structural dissociation ([Van Der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2010](#)). "A patient [...] after having overcome strong resistance, particularly intense distrust, to reliving events from his early childhood. I already know, from the analytical elucidation of his past, that in the relived scenes, he identifies me with his grandfather. Suddenly, in the middle of his story, he puts his arm around my neck and whispers in my ear, 'Say, grandpa, I'm afraid I'm going to have a little child.' [...] I then had the fortunate idea, it seems, to say nothing at all about the transference or anything like that, but to turn the question around, with the same whispering tone: 'Yes, why do you think that?' As you can see, I let myself be drawn into a game, which one might call the game of questions and answers" ([Ferenczi, 1932](#)). Would we currently call that an enactment or a psychodramatisation of the situation? The scene is evocative of Franz Alexander's expression, a "corrective emotional experience". The psychotherapist's active role is recognised as essential here, with the therapist listening to the patient and even more to what the patient is experiencing in the here and now. So, the listening isn't merely focused on the patient's past, but like Ferenczi with his patient, on what is happening in the here and now of the therapeutic relationship. Later, [Alexander and French \(1959\)](#) described the core elements of change and developed the notion of corrective emotional experiences with the idea that change does not lie in the repetition of transference but in the reexperiencing of a corrective experience, the experience of psychotherapy: "It is not the remembering of the past experience that heals the patient but rather the reexperiencing of a corrective experience: the experience of psychotherapy, for example, which destroys the effect of the past experience or which may be offered by the transference or by a new life experience." Are we in this sense so far removed from Pierre Janet's therapeutic strategy, which consisted of neutralising traumatic recollections under hypnosis, by modifying their content and promoting their integration within the global personality?

The following is an example of how Pierre Janet described the treatment of one of these cases. "During the sleepwalking and thanks to successive transformations during which I had her play the main scenes during this time of her life, I observe that the blindness begins at a certain time in relation to a futile incident. She was forced, despite her screams, to sleep with a child her age,

whose left side of the face was covered with impetigo. . . I bring her back with the child that horrifies her, I make her believe that the child is very kind and doesn't have impetigo, she is only half convinced. After two repetitions of the scene, I win my case and she strokes the imaginary child fearlessly. The sensitivity on the left side returns without difficulty and, when I wake her up, Marie sees clearly with her left eye" (Janet, 1989). Janet (1913) added: "[...] by modifying the memory through several procedures, one observes the disappearance or the modification of the corresponding symptom." Thus, the restorative scenarios play a major role in the healing process because they enable the liquidation of traumatic recollections (Josse, 2016). It is as if this staging "injected thought into the traumatic recollections; they facilitate spontaneous insights and promote the creation of connections between the recalled episode and other, non-traumatising, experienced situations, and even with resources and positive emotions [...] the harmful situations are reinterpreted and narrated. They are integrated into consciousness, enabling to initiate a language of maieutics, through what Janet called the 'act of memory'. Thoughts disengage from events, place them in a temporal perspective with which they cease to be confused" (Josse, 2016).

It would appear, then, that there is some Ferenczi in Janet and some Janet in Ferenczi! In any case, this is an author who, just like Pierre Janet, deserves to be redeemed for his contribution to the field regarding the conceptualisation of psychological trauma and its treatment, built on the premises of what later became the notion of corrective emotional experiences. We should recognise that the contribution in this field is far from negligible!

This third edition of the *European Journal of Trauma and Dissociation* once again offers several original texts. The first contribution by Sara Carletto and Thomas Borsato places the cerebellum at the core of post-traumatic stress disorders' neurology. Their literature review indeed suggests that the amygdala's hyperactivity may be linked not only to a prefrontal deficit but also to the functioning of the cerebellum. This structure, which is often overlooked in the modelling of psychotraumatic disorders, appears to play a highly significant role. The second article, by Morgane Gindt and colleagues, addresses attention biases that have been observed in subjects with PTSD or anxiety. There is growing literature in this field. The interest of this paper resides in the fact that the authors distinguish between two types of attention biases: vigilance and disengagement. Furthermore, it attempts to determine whether these biases concern negative information in general or trauma-related information specifically. Several texts are then dedicated to the treatment of trauma and dissociative disorders. Joanna Smith's article describes the advantages of Lifespan Integration, an approach that is used more and more to treat trauma, anxiety disorders, and dissociative disorders. The current paper's goal is to present its theoretical assumptions and clinical applications, illustrated by a clinical case. Pat Ogden's article presents sensorimotor psychotherapy and its "embedded relational mindfulness" applied to children and adolescents. This integrative approach combines elements of cognitive therapy, the psychodynamic approach, and mindfulness. With great clinical wisdom, this approach revives a "global" vision of the patient, while truly integrating the body and its sensations. Yann Auxemery's paper also addresses integrative psychotherapy, pursuing the great tradition of army psychiatrists' contributions to the study of psychological trauma. The author reviews the medical and psychological care strategies offered to soldiers who have been confronted with a potentially traumatising event. After describing defusing and debriefing techniques, he moves on to the proposed pharmacological and psychotherapeutic treatments (cognitive and behavioural therapies, EMDR, psychodynamic therapy...) and insists on the fact that one cannot cut loose from the syndrome of

traumatic repetition by forgetting, but only by a reconstruction of memory combining semantic mechanisms, the use of metaphors, and symbolisation. Janet and Ferenczi could not have expressed it more clearly! Pascale Amara after presenting an overview of the current clinical-practical orientations emerging from EMDR humanitarian experiences around the world, the general factors that must be taken into account in clinical situations of interculturality are described. Then, the adapted adaptations of the 8 phases of the protocol are reviewed by Western EMDR clinicians in an intercultural situation and EMDR clinicians from non-Western cultures. Nathalie Steffens proposes a particularly detailed book review of the recently published "Pratique de la psychothérapie EMDR. Introduction, approfondissements pratiques et psychopathologiques" (The Practice of EMDR psychotherapy. Introduction, delving more deeply into practice and psychopathology) by Tarquinio et al. (2017), published by Dunod. This reference manual brings together the greatest current experts in the field. It is a full-fledged initial and advanced training handbook in EMDR. It offers clear answers based on the foundations, the functioning and the key concepts of this approach. Readers will discover a summary of how and when EMDR is applied, with specific and informative examples of its implementation, illustrating each essential step; several tools and supplementary protocols are described, covering many indications beyond the treatment of trauma. Lastly, Olivier Piedfort invites us to attend the ESTD conference in Bern on November 8th to 11th, 2017. This event will present a unique opportunity to bring together European experts in the fields of justice, the police, prevention and psychotherapy to share their knowledge and experience regarding acts of violence, maltreatment, and negligence against children, and their sequelae well into adulthood. So, I hope to see you all in Bern!

## 2. Version française

C'est avec la naissance de la psychanalyse que le traumatisme a pris toute son importance. On peut même le considérer comme l'un des premiers concepts freudiens. Il fut particulièrement élaboré dans « Études sur l'Hystérie », même si par la suite comme nous allons l'envisager, il a subi de nombreuses évolutions. Leurs auteurs n'écrivaient-ils pas à l'époque « Au point de vue théorique, (les résultats) montrent que le facteur accidentel est, bien au-delà de ce que l'on pensait, déterminant dans la pathologie de l'hystérie » (Freud & Breuer, 1895). Qu'il s'agisse de Freud ou de Breuer, tous deux envisagent alors une quasi relation de cause à effet entre l'exposition à des événements traumatiques et la survenue de l'hystérie. Ces derniers allant même jusqu'à envisager l'existence d'un traumatisme inaugural, même si celui-ci est à rechercher au plus profond de l'histoire du sujet. Freud précisera sa pensée lorsqu'en octobre 1895, il écrit : « Nous ne manquons jamais de découvrir [dans l'hystérie] qu'un souvenir refoulé ne s'est transformé qu'après-coup en traumatisme » (1985b). Dans « Esquisse d'une psychologie scientifique » (1895a) il rapporte le très connu cas d'Emma Eckstein qu'il a analysé et qui illustre parfaitement sa position. « Emma est hantée par l'idée qu'elle ne doit pas entrer seule dans une boutique. Elle en rend responsable un fait remontant à sa treizième année (peu avant la puberté). Ayant pénétré dans une boutique, elle aperçut les deux vendeurs (elle se souvient seulement de l'un d'eux) qui s'esclaffaient. Prise de panique, elle sortit précipitamment. De là, l'idée que les deux hommes s'étaient moqués de sa toilette et que l'un d'eux avait exercé sur elle une attraction sexuelle. [...] cette impression aurait dû depuis longtemps s'effacer [...]. Ainsi, le souvenir resurgi n'explique ni l'obsession ni la détermination du symptôme. L'analyse met en lumière un autre souvenir qui, dit-elle, n'était

nullement présent à son esprit au moment de la scène [précédente]. À l'âge de 8 ans, elle était entrée deux fois dans une boutique pour y acheter des friandises et le marchand avait porté la main, à travers l'étoffe de sa robe, sur ses organes génitaux. Malgré ce premier incident, elle était retournée dans la boutique, puis cessa d'y aller. Par la suite, elle se reprocha d'être revenue chez ce marchand, comme si elle avait voulu provoquer un nouvel attentat [...]. Nous trouvons là l'exemple d'un souvenir suscitant un affect que l'incident lui-même n'avait pas suscité. Entre-temps, les changements provoqués par la puberté ont rendu possible une compréhension nouvelle des faits remémorés [...]. Ce cas nous présente un cas typique de refoulement hystérique. Nous ne manquons jamais de découvrir qu'un souvenir refoulé ne s'est transformé qu'après-coup en traumatisme. La raison de cet état de choses se trouve dans l'époque tardive de la puberté par comparaison avec le reste de l'évolution des individus ».

Freud parle de *Nachträglich*, pour expliquer pourquoi ce qui semblait non problématique initialement devient traumatique. Il distingue à cet égard trois temps. Le premier où se produit la confrontation, laissant ainsi une trace en mémoire (trace mnésique dirions-nous aujourd'hui). Le second temps reste celui de l'évolution du sujet, et du développement de son système psychique. C'est dans un troisième temps, que le symptôme va apparaître, le plus souvent suite à la confrontation à un autre événement plus ou moins traumatique et parfois même anodin. Freud convoque alors la métaphore du corps étranger pour situer la fonction du traumatisme et de son souvenir ultérieur « Mieux vaut dire que le traumatisme psychique, et par suite, son souvenir agissent à la manière d'un corps étranger qui, longtemps encore après son irruption, continue à jouer un rôle actif » (Freud et Breuer, 1895). Le traumatisme n'est ni un accident de parcours, ni un événement passé. Il est à l'origine même de la névrose. C'est lorsque l'événement est revisité par le sujet à la lumière des changements et des évolutions qui sont les siens (évolution intellectuelle et affective, développement de l'idéal du moi, intégration de nouvelles valeurs morales) que l'événement devient rétroactivement traumatique. Ainsi, durant toute une période de vie, il était bien présent, mais inaccessible, comme en deçà du seuil de la conscience. Freud parlera de clivage du moi. Un clivage entre le sujet de l'expérience traumatique (l'enfant abusé par exemple) et le sujet conscient de l'événement tel qu'il existe aujourd'hui. Ce réel devenu conscient, marquant et traumatique est comme un corps étranger. Il n'est pas possible de l'intégrer, ni de le métaboliser. Il fait obstruction.

Le point de vue de Freud changera à partir de 1897, date à partir de laquelle il considérera que la névrose survient de façon autonome. Il devient alors inutile de chercher un événement responsable de la situation. Il s'agit pour la psychanalyse de déconstruire le processus inconscient en jeu et de libérer la libido pour qu'elle puisse s'écouler librement. Et peu importe si les histoires rapportées sont vraies ou fausses, ce qui compte c'est le traitement qui en est fait, en termes d'intentionnalité inconsciente. Quel revirement ! Ce n'est plus la scène traumatique qui compte, c'est le fantasme qui devient central. « Tous les symptômes d'angoisse dérivent ainsi de fantasmes » (Freud, 1897).

Ce changement, constitua un point de divergence majeur entre Freud et l'un de ses plus fidèles disciples : Sandor Ferenczi (1873–1933). En 1916, lors de la première guerre mondiale, Ferenczi fut mobilisé. Il devint alors chef du service en neurologie. Ce fut pour lui un terrain d'expérimentation propice qui le fit évoluer dans son approche du psychotraumatisme. Le dernier article de Ferenczi (1932) « Confusion des langues entre adultes et enfants » témoigne de la divergence avec Freud. Outre le changement de posture psychothérapeutique par lequel il exhorte ses confrères psychanalystes à être inventifs et à agir au lieu d'interpréter, Ferenczi va manifester un intérêt tout particulier pour le traumatisme réel qui

doit, selon lui, redevenir le point central du travail analytique. Il est selon lui à l'origine de la névrose. Il met à cet égard en exergue, les conséquences psychologiques des traumatismes, en particulier sexuels comme facteur pathogène « La commotion psychique survient toujours sans préparation. Elle a dû être précédée par le sentiment d'être sûr de soi (et dans le vécu des victimes de viol, il est bien question de cela...). On aura surestimé sa propre force et vécu dans la folle illusion qu'une telle chose ne pouvait pas arriver. Pas à moi ». (Ferenczi, 1932). L'auteur décrit le trauma comme un choc, une commotion, qui fait éclater la personnalité. « Un choc inattendu, non préparé et écrasant, agit pour ainsi dire comme un anesthésique. Mais comment cela se produit-il ? Apparemment par l'arrêt de toute espèce d'activité psychique, joint à l'instauration d'un état de passivité dépourvu de toute résistance. La paralysie totale de la motilité inclut aussi l'arrêt de la perception, en même temps que l'arrêt de la pensée. La conséquence de cette déconnexion de la perception est que la personnalité reste sans aucune protection. Contre une impression qui n'est pas perçue, il n'est pas possible de se défendre ». (Ferenczi, 1934). Il décrit le clivage qui en résulte par toutes sortes d'images : clivage d'une partie morte, tuée par la violence du choc, qui permet au reste de vivre une vie normale, mais avec un morceau de la personnalité qui manque, qui reste hors d'atteinte, comme une sorte de kyste à l'intérieur de la personnalité ; ou encore, sous l'effet de chocs répétés, il parle de clivages multiples, qui peuvent aller jusqu'au morcellement en fragments innombrables, l'atomisation. Comme si la personnalité agressée se fragmentait pour se sauver dans tous les sens, augmentant ainsi la surface à opposer au choc. Il en restera un être hors de soi, un corps déserté, un psychisme en errance aux prises avec une forme particulière de défense par clivage, qu'il dénomme l'« auto-clivage narcissique ». « Le moi abandonne entièrement ou partiellement le corps, la plupart du temps à travers la tête, et observe de l'extérieur ou de haut le destin ultérieur du corps en particulier ses souffrances » (Ferenczi, 1932). On est bien entendu très proche ici des conceptions reprises par Janet plus tard et qui alimentent aujourd'hui certaines théories modernes de la dissociation. Les spécialistes apprécieront !

Il existe un autre aspect peu connu de la conception du psychotraumatisme chez Ferenczi. Pour ce dernier en effet, le traumatisme n'est pas un événement exceptionnel. Selon lui, nous sommes tous des traumatisés, des victimes d'influences contraires et conflictuelles que nous n'avons pu surmonter et dont nous n'avons pas pu parler. Ces blessures proviennent de nos parents, de notre famille ou d'autres.

Une autre spécificité de Sandor Ferenczi concerne le sens ou plutôt la fonction qu'il donne au rêve. « L'Interprétation des rêves » de Freud (1900) pose comme unique fonction du rêve, la transformation en accomplissement de désir des restes diurnes déplaisants qui perturbent le sommeil. Ferenczi avait déjà remarqué que les rêves ne relevaient pas d'un simple accomplissement de désir ou de fantasmes. Ce que chaque clinicien un peu lucide peut d'ailleurs observer ! Il y a en effet aussi dans le rêve une finalité spécifique qui est la résolution du traumatisme vécu. Ce que Ferenczi appela la fonction « traumatolytique » du rêve. Ainsi, une définition plus complète de la fonction du rêve serait alors (au lieu de : « le rêve est un accomplissement de désir ») : tout rêve, même le plus déplaisant, est une tentative d'amener des événements traumatiques à une résolution et à une maîtrise psychique meilleure. Les rêves seraient alors de véritables soupapes naturelles, qui nous permettraient de réguler les effets nocifs du trauma sur le psychisme. C'est un véritable travail de réparation dont il est question ici. Et le processus de reviviscence est d'ailleurs envisagé par l'auteur comme un processus de guérison. Ainsi, le corps et notamment le psychisme disposeraient d'une capacité à se réparer seul. Cette idée, moderne pour l'époque est actuellement reprise comme support à de nombreuses formes



de psychothérapie, notamment en EMDR avec le modèle du Traitement adaptatif de l'information.

Le détachement d'avec Freud a permis à Ferenczi de faire des innovations capitales qui sont à la base de tous les développements de la psychothérapie aujourd'hui. À la neutralité bienveillante, il oppose la relaxation qui fait apparaître les symptômes corporels et il remplace l'attitude rigide du psychanalyste par la souplesse qu'il nomme « élasticité de la technique ». C'est ce qu'il appelle la « néocatharsis » par la relaxation en auto-hypnose. Mais il développa également la technique active. La thérapie d'un patient traumatisé nécessite selon lui de pouvoir remonter avec lui vers les événements eux-mêmes *avec les affects* qui les ont accompagnés, et d'accéder ainsi aux zones tenues jusqu'ici à l'écart de la conscience (clivage) ou hors de portée des affects (dissociation).

C'est d'ailleurs à la suite de Ferenczi que Maria Torok (2002) incite les psychanalystes à devenir le « médium des catastrophes traumatiques » du patient, à entrer en contact avec les aspects et les effets du trauma que les parents n'ont pas voulu ou pas pu écouter. Selon elle l'art du psychanalyste « ... est de savoir appeler, convoquer, ressusciter et apaiser, par tous les moyens que l'imagination lui fournit, les bouleversements traumatiques ». À cet égard, l'inclination de Ferenczi à l'improvisation, s'illustre parfaitement dans l'exemple suivant qui ne devrait laisser insensible ni les chercheurs ou cliniciens spécialistes de Janet, ni les spécialistes de la dissociation structurelle (Van Der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2010). « Un patient [...] après avoir surmonté de fortes résistances, notamment une méfiance intense, à faire revivre des événements de sa prime enfance. Je sais déjà, grâce à l'élucidation analytique de son passé, que dans les scènes revécues il m'identifie à son grand-père. Tout à coup, en plein milieu de son récit, il me passe le bras autour du cou et me chuchote à l'oreille : "Dis, grand-père, je crains que je vais avoir un petit enfant." [...] J'ai alors eu l'idée heureuse, me semble-t-il, de ne rien dire tout d'abord du transfert ou d'une chose de ce genre, mais de lui retourner la question, sur le même ton de chuchotement : "Oui, pourquoi donc penses-tu cela ?" Comme vous voyez, je me suis laissé entraîner là dans un jeu qu'on pourrait appeler jeu de questions et réponses » (Ferenczi, 1932). Appellerions-nous cela aujourd'hui un « enactment » (mise en actes) ou une « psychodramatisation » de la situation ? La scène évoque la formulation de Franz Alexander d'« expérience émotionnelle correctrice ». Un point essentiel est accordé ici au rôle actif du psychothérapeute, à son écoute, mais surtout à ce qu'il vit avec le patient dans l'ici et maintenant. Ainsi, l'écoute n'est plus seulement focalisée sur le passé du patient, mais comme le fait Ferenczi avec son patient, sur ce qui se passe dans l'« ici et maintenant » de la relation thérapeutique. Plus tard c'est là que Alexander et French (1959) vont situer l'essentiel du changement et développer la notion d'expérience émotionnelle correctrice avec l'idée que le changement ne réside pas dans la répétition du transfert mais dans la reviviscence d'une expérience correctrice, l'expérience de la psychothérapie : « Ce n'est pas la remémoration de l'expérience ancienne qui guérit le patient, mais plutôt la reviviscence d'une expérience correctrice : l'expérience de la psychothérapie par exemple qui détruit l'effet de l'expérience ancienne ou peut être fournie par la relation de transfert ou par une nouvelle expérience de vie ». À cet égard sommes-nous si éloignés de la stratégie thérapeutique de Pierre Janet qui consistait à neutraliser les réminiscences traumatiques sous hypnose en modifiant leur contenu et en favorisant leur intégration au sein de la personnalité globale ?

Voici par exemple comment Pierre Janet rend compte de la prise en charge d'un de ces cas. « Pendant le somnambulisme et grâce à des transformations successives pendant lesquelles je lui fais jouer les scènes principales de sa vie à cette époque, je constate que la cécité commence à un certain moment à propos d'un incident

futile. On l'avait forcée, malgré ses cris, à coucher avec un enfant de son âge qui avait de la gourme sur tout le côté gauche de la face. ... Je la ramène avec l'enfant dont elle a horreur, je lui fais croire que l'enfant est très gentil et n'a pas la gourme, elle n'est qu'à demi convaincue. Après deux répétitions de la scène, j'obtiens gain de cause et elle caresse sans crainte l'enfant imaginaire. La sensibilité du côté gauche réapparaît sans difficulté et, quand je la réveille, Marie voit clair de l'œil gauche » (Janet, 1989). Et Janet (1913) de rajouter « [...] en modifiant le souvenir par divers procédés on constate la disparition ou la modification du symptôme correspondant ». Ainsi, les scénarii réparateurs jouent-ils un rôle majeur dans le processus de guérison car ils permettent de liquider les réminiscences traumatiques (Josse, 2016). Tout se passe comme si ces mises en scènes « Injectent de la pensée sur les réminiscences traumatiques ; ils favorisent les prises de consciences spontanées et promeuvent la création de connexions entre l'épisode remémoré et d'autres situations vécues non traumatisantes, voire avec des ressources et des émotions positives [...] les situations délétères sont réinterprétées et narrativisées. Elles s'intègrent dans la conscience, permettant d'inaugurer un langage maïeutique par ce que Janet nomme l'"acte de mémoire". Les pensées se dégagent des événements, les situent dans une perspective temporelle avec laquelle ils cessent de se confondre » (Josse, 2016).

Il y aurait donc du Ferenczi chez Janet et du Janet chez Ferenczi ! Quoiqu'il en soit, voilà un auteur qui mérite tout comme Pierre Janet d'être réhabilité quant à sa contribution dans le champ de la conceptualisation du psychotraumatisme et de sa prise en charge avec l'utilisation des prémisses de ce que sera plus tard la notion d'expérience émotionnelle correctrice. Admettons que la contribution dans ce domaine n'est pas négligeable !

Cette troisième livraison de l'*European Journal of Trauma and Dissociation* nous propose cette fois encore plusieurs textes originaux. La première contribution de Sara Carletto et Thomas Borsato mettra le cervelet au centre de la neurologie des troubles de stress post-traumatiques. Sa revue de la littérature semble indiquer en effet, que l'hyperactivité de l'amygdale peut être certes en lien avec un déficit préfrontale, mais aussi avec le fonctionnement du cervelet. Cette structure souvent oubliée dans la modélisation du trouble psychotraumatique apparaît d'une importance considérable. Le deuxième article de Morgane Gindt et ses collaborateurs s'intéressent aux biais d'attention mis en évidence chez les sujets présentant un ESPT ou de l'anxiété. Cette littérature se développe de plus en plus dans le domaine. L'intérêt de ce texte réside notamment dans le fait que les auteurs font la distinction entre deux biais d'attention que sont la vigilance et le désengagement. D'autre part, il tente de clarifier si ces biais concernent les informations négatives en général ou les informations en lien avec le traumatisme. Plusieurs textes ensuite sont consacrés à la prise en charge des troubles psychotraumatiques et dissociatifs. Le texte de Joanna Smith présentera tout l'intérêt de l'intégration du cycle de la vie (*lifespan integration*) qui se trouve être de plus en plus utilisé comme approche psychothérapeutique du trauma, des troubles anxieux et des troubles dissociatifs. L'objectif du présent article est d'exposer les présupposés théoriques et les applications cliniques, en les illustrant à l'aide d'un cas clinique. L'article de Pat Ogden sera l'occasion de présenter la psychothérapie sensorimotrice et sa pleine conscience relationnelle incorporée (*embedded relational mindfulness*) (appliquée aux enfants et aux adolescents). Cette approche intégrative combine les apports de la thérapie cognitive, de l'approche psychodynamique et de la pleine conscience. D'une grande intelligence clinique cette approche renoue avec une vision « globale » du patient tout en intégrant réellement la dimension du corps et des sensations corporelles. De psychothérapie intégrative il en est également question avec la contribution de

Yann Auxemery qui continue avec la grande tradition des apports des psychiatres militaires à l'étude du psychotraumatisme. Dans ce travail l'auteur reprend les stratégies de soins médicopsychologiques proposées aux soldats confrontés à un événement potentiellement psychotraumatique. Après le *defusing* et le *débriefing*, il évoque les traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques de fond proposés (thérapies cognitives et comportementales, EMDR, psychodynamiques...) et il insiste sur le fait que s'émanciper du syndrome de répétition traumatique n'est pas possible par un « oubli » de l'événement mais par une reconstruction mnésique alliant des mécanismes de sémantisation, de métaphorisation et de symbolisation. Janet et Ferenczi n'auraient pas dit mieux ! Pascale Amara après avoir fait un état des lieux des orientations clinico-pratiques actuelles qui se dégagent des expériences EMDR humanitaires de par le monde, les facteurs généraux indispensables à prendre en compte en situation clinique d'interculturalité sont exposés. Puis sont passées en revue les adaptations retenues des 8 phases du protocole par des cliniciens EMDR occidentaux en situation d'interculturalité et des cliniciens EMDR de culture non-occidentale. Nathalie Steffens, nous proposera une note de lecture particulièrement détaillée d'un ouvrage récent paru aux éditions Dunod de Tarquinio et al. (2017) intitulé « Pratique de la psychothérapie EMDR. Introduction, approfondissements pratiques et psychopathologiques ». Manuel de référence, cet ouvrage réunit les plus grands spécialistes actuels du domaine. Il est un véritable guide d'apprentissage et de perfectionnement de l'EMDR. Il apporte des réponses claires sur les fondements, le fonctionnement et les concepts centraux de cette approche. Le lecteur y trouvera un récapitulatif de l'application de l'EMDR et de ses conditions d'usage, des exemples précis et didactiques sur les étapes essentielles de sa mise en œuvre ainsi qu'une présentation de nombreux outils et protocoles complémentaires, qui vont d'ailleurs bien au-delà de la seule prise en charge du psychotraumatisme. Pour finir, Olivier Piedfort nous invitera à participer à la conférence de l'ESTD de Berne qui se déroulera du 8 au

11 novembre 2017. Cette manifestation sera une occasion unique de réunir des spécialistes européens des différents domaines que sont la justice, la police, la prévention et la psychothérapie pour échanger sur les violences et négligences faites aux enfants et de leurs conséquences en termes de séquelles à l'âge adulte. Donc tous à Berne...

### Disclosure of interest

The author has not supplied his declaration of competing interest.

### References

- Alexander, F., & French, T. (1959). *Psychothérapie analytique [Psychoanalytic therapy]*. Paris: PUF.
- Ferenczi, S. (1932). *Confusion des langues entre les adultes et l'enfant [Confusion of tongues between adults and children]*. Paris: Payot.
- Ferenczi, S. (1934). *Le traumatisme [Trauma]*. Paris: Petite bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1897). *Les Lettres à Wilhelm Fliess [Letters to Wilhelm Fliess]*. Paris: PUF (1887–1904).
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung. L'interprétation des rêves [The Interpretation of dreams]*. Paris: PUF.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie [Studies on Hysteria]*. Paris: PUF.
- Josse, E. (2016). Les scénarii réparateurs des mnésies traumatiques par hypnose et EMDR [The restorative scenarios of traumatic mnésias through hypnosis and EMDR]. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. Paris: Dunod.
- Torok, M. (2002). *Une vie avec la psychanalyse [A life with psycho-analysis]*. Paris: Aubier.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2010). *Le soi hanté. Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique [The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization]*. Bruxelles: De Boeck.

Cyril Tarquinio

EJTD Editor-in-chief

Université de Lorraine, EPSAM/APEMAC EA 4360, Centre Pierre-Janet,  
UFR SHS, Île-du-Saulcy, 57000 Metz, France

E-mail address: [cyril.tarquinio@univ-lorraine.fr](mailto:cyril.tarquinio@univ-lorraine.fr)