

Approche clinique du filicide auprès de femmes incarcérées

Marie-Anouck PITEL-BUTTEZ,

Marie-Lise ROTHBLEZ

Notre pratique clinique en maison d'arrêt nous confronte de façon très régulière à des femmes auteurs d'infanticide, de leur mise sous écrou jusqu'à leur transfert en établissement pour longues peines. En effet, rares sont celles que nous rencontrons qui se verront pénalement irresponsabilisées par l'Article 122-1 du CPP ou qui pourront sortir en liberté provisoire. Le lecteur doit être averti que cela constitue un biais dans les réflexions que nous avançons. Qu'elles soient incarcérées immédiatement après le passage à l'acte, suite à une longue instruction judiciaire ou suite à une hospitalisation, les patientes que nous rencontrons donnent le sentiment que l'acte vient juste de se produire, qu'elles sont encore dans un certain degré de sidération psychique. Elles peuvent apparaître effondrées, anesthésiées (voire catatoniques) ou simplement défensives ; elles dégagent pour la plupart une atmosphère dramatique, sur fond de médiatisation (actuelle ou rappelée par le bouche à oreille), qui les inscrit d'emblée dans la « catégorie » des détenues sous vigilance pénitentiaire. Pour que l'incarcération agisse comme un signifiant du réel, il faut que la mise sous écrou s'accompagne de soin, c'est-à-dire que soit clairement signifiée la possibilité d'une écoute non-directive, ouverte, bienveillante, dans un échange soutenant avec le soignant (psychiatre, psychologue, infirmières, éducatrice). Alors seulement, il est possible de réamorcer la dynamique psychique et de commencer le long processus de mentalisation et de réappropriation de l'acte, qui prendra plus ou moins longtemps et sera plus ou moins possible selon chacune.

Avec ces patientes, nous proposons chaque fois que possible, un premier entretien d'accueil en binôme (infirmier-psychiatre) : ceci nous permet, dès la première rencontre, de croiser les regards sur la problématique singulière de la patiente et de discuter en équipe du dispositif à proposer, en fonction du tableau clinique et de la demande exprimée par la patiente. Souvent, il s'agira dans un premier temps d'entretiens individuels, qui viendront s'étayer sur le travail de réflexion institutionnelle. C'est l'équipe comme groupe-soignants qui sert de support à la construction du soin. Celui-ci est d'abord individuel, comme si l'intime du drame nécessitait une intimité de cadre pour y être accueilli, avant de permettre des prises en charge groupales complémentaires. Ce temps d'accueil ouvre peu à peu des espaces de soins davantage ciblés sur le travail thérapeutique selon les capacités psychiques et mentales des patientes : entretiens psychologiques, groupes thérapeutiques à médiation (Photolangage®, arthérapie, cuisine, relaxation, etc.). Le soin, dans sa dimension institutionnelle, est ainsi intriqué, « maillé », à sa dimension individuelle pour chaque patiente.

Qu'en est-il de la dynamique psychique propre à cette clinique de la destructivité des liens, mais également de la pensée ?

À quelles logiques psychiques l'acte meurtrier obéit-il si insensé soit-il ? Nous repérons de façon schématique et pour des raisons de clarté d'exposé deux « catégories » d'infanticides, celles-ci faisant écho à deux types de problématiques psychopathologiques.

Nous pourrions donc commencer par repérer les **néonaticides**, commis dans les heures ayant suivi l'accouchement. Dans notre expérience, il s'agit de femmes plutôt bien insérées socialement, sans pathologie mentale avérée, ou alors de façon bénigne (ou banalisée), tels une dépression, un alcoolisme, etc. Le tableau clinique est plutôt celui d'un état limite dont la gravité se révélera au fil des rencontres, à travers leur béance narcissique, leur vide identitaire. L'infanticide pourra être isolé ou répétitif : il semble que l'incarcération, la mise au jour judiciaire, les soins, constituent un fort facteur de prévention : peu de récurrence post-carcérale à notre connaissance.

Agnès a 34 ans et vit toujours chez ses parents dont elle est la fille unique. Elle est auxiliaire de vie à domicile. Il y a deux ans, elle apprend simultanément qu'elle est enceinte de 5 mois et qu'elle doit subir une interruption médicale de grossesse. Elle n'en parle à personne et ressort de l'hôpital le lendemain refusant un arrêt de travail. Quelques mois plus tard, elle est à nouveau enceinte et ne se fait pas suivre. Agnès sait qu'elle est enceinte et fréquente le père de son futur enfant depuis quelque temps. Elle vient de rompre avec un homme dont elle décrit être sous l'emprise. Cet homme la harcèle, la suit. Il est menaçant. Agnès ne portera pas plainte. Elle vit dans un climat de menace interne perpétuelle. Elle se dit irritable. Elle travaille beaucoup, remplace ses collègues absentes lorsqu'on le lui demande. Elle ne met aucune limite. Lorsqu'elle est au domicile d'une personne âgée, elle ressent des maux de ventre. Elle termine son travail et part s'isoler pour accoucher dans son véhicule. Elle décrit une intense sensation de solitude et de mort.

Les situations semblent bien différentes dans les cas d'**infanticides** impliquant des enfants plus grands, de 8 mois à 18 ans dans notre expérience. Parmi les patientes rencontrées, il s'agit alors majoritairement d'un acte isolé, dans un contexte de tableau clinique psychotique franc avec la présence d'un délire voire d'hallucinations, ou plus masqué (cas de psychoses blanches).

Élodie a 38 ans. Isolée, cette jeune femme a étouffé son fils de 11 ans après lui avoir fait boire une grenadine contenant des somnifères. Elle avait développé insidieusement un délire persécutoire à bas bruit dans lequel elle était convaincue de ne jamais parvenir à récupérer la garde de son fils. L'infanticide s'est inscrit dans un mouvement mélancoliforme de suicide à deux, où la mort lui semblait la seule issue possible, tant la séparation lui était impensable. Ce délire est resté très silencieux, à peine nous en a-t-elle dévoilé un pan. Elle nous a, le plus souvent, affichée une image de douleur emmurée. Notre vécu d'impuissance, d'inaccessibilité, voire parfois de désespoir à son contact, nous laisse seulement entrevoir son propre fonctionnement, à la façon d'un transfert par dépôt (VACHERET C., 2004).

Que l'enfant ait quelques heures, quelques mois, ou quelques années, comment comprendre de tels actes qui viennent dénier la loi fondamentale de l'interdit du meurtre ?

Dans les cas de néonaticides, le déni qui s'opère porte davantage sur la réalité psychique de la grossesse que sur sa réalité corporelle. Daniel ZAGURY (2013) montre que ce processus défensif porte sur une pluralité d'objets et non un seul (déni de la conception, de la métamorphose du corps, d'altérité, etc). Nous pensons que le clivage interne et la toute-puissance de ces auteurs barrent la porte d'accès à leur désir. Il ne peut se développer en elle pas plus que le fantasme d'un enfant imaginaire. Nombreuses sont celles qui témoignent du fait de savoir de façon rationnelle qu'elles étaient enceintes et attendaient un réveil de ce qui ne serait qu'un mauvais rêve. L'accouchement ne réinscrit pas ces mères dans le réel, il vient au contraire effracter cet état oniroïde, de façon traumatique : soudaineté de l'évènement, plongée dans un trou noir, vécu d'extrême solitude confinant au marasme, à la frontière de la vie et de la mort, puis reprise des activités de façon automatique, recouvrement de ce qui s'est passé jusqu'à effacer toutes traces visibles, jusque dans la psyché de l'entourage. Le récit de Sophie MARINOPOULOS (2008) décrit avec finesse ces éprouvés bruts. Les accouchements passent bien souvent inaperçus de tous. Les processus primaires sont à l'œuvre et contaminent, de fait, l'inconscient familial. La découverte des corps des victimes pourra souvent se faire de façon imprévue par des personnes extérieures au cercle familial. Lors de l'accouchement, ce qui sort du corps ne rencontre pas la représentation psychique du bébé, encore moins du sexuel par lequel il s'origine ; le nourrisson n'est pas regardé, reconnu comme tel et mis au monde comme sujet. Certaines patientes s'interrogent après plusieurs mois sur le sexe, le nom éventuellement donné au bébé, le devenir de sa sépulture. Cela nous semble parler de cet état d'indifférence que décrit Dominique CUPA (2012), un « au-delà de la haine » : « Ce mouvement qui est au service de la mégalomanie narcissique marque une distance absolue avec l'autre par l'indifférence, l'autre n'étant plus de la même espèce, déraciné de son humanité par un sujet qui ce faisant a perdu son humanité. »

Dans le prolongement de ces réflexions, nous sommes amenés à nous interroger sur le phénomène qu'est la congélation de la petite victime. Selon notre distance et notre regard, il n'y a pas une seule façon de considérer

ce phénomène complexe. Au fil des siècles, la toute-puissance de l'être humain ne change pas. La science ne fait que lui ouvrir d'autres voies de passage telles que la généralisation à tous les ménages de l'électricité et des équipements frigorifiques, ainsi que le phénomène d'urbanisation. Sur le plan clinique qui nous concerne, le processus reste le même : garder l'objet pour toujours en soi, figer le temps, se débarrasser du corps ET ne pas s'en séparer... le paradis perdu de l'oralité et son angoisse de destructivité anale trouve alors un semblant de compromis à travers le congélateur : blanc comme leur psychose et lisse comme leur *faux-self*. À l'image de leur psychisme où tout est compartimenté... ça, moi, surmoi... étanches et atrophiés. Dans ce système, les affects ne peuvent être liés. Cet appareil ménager qui soumet au froid et dévitalise sans tuer, n'est autre que la figure de l'objet primaire, cet autre ni moi ni non-moi... une force dure et froide. Impossible rencontre avec la souplesse et la chaleur d'un objet à utiliser que l'on détruit-trouve. Pas d'illusion winnicottienne possible, seulement la quête perpétuelle d'un paradis perdu, celui du ventre de leur mère, un utérus où tout y est. L'idéal est là béant, pauvre d'imaginaire moteur de projets et de rêveries, mais riche d'images de normalisation auxquelles coller. Ces femmes n'ont pas rencontré de figure d'attachement suffisamment sécurisante.

« Le meurtre de l'enfant serait ainsi une tentative de suture de la symbiose originelle créée-trouvée sous l'exercice d'un narcissisme mortifère exécutant sur fond de déni l'échec de la rencontre avec l'objet et l'histoire d'une subjectivité mortellement blessée. » RAVIT, M. et PITEL-BUTTEZ, M-A. (2013)

Dans les cas d'infanticides impliquant des victimes plus âgées, la situation se décline de façon plus complexe : l'enfant reste l'objet d'un investissement narcissique et n'est pas considéré comme un sujet individualisé. Il est ainsi la surface privilégiée de projections maternelles, donnant le sentiment qu'en tuant l'enfant, elles ont tué une partie d'elles. L'acte se noue dans un contexte articulant leur « être au monde », au sein d'enjeux psychiques mêlant « secret, séparation et quête de conformité à un Idéal » comme nous l'explique Odile VERSCHOOT (2007). Se condensent, sur un seul et même acte, différents niveaux de lecture et de compréhension, qui évoquent ce par quoi ces femmes sont traversées, la mélancolie notamment. Très souvent, elles souffrent d'un vécu d'abandon, de débordement avec leur enfant, lequel se généralise souvent au conjoint : « je lui ai demandé de m'emmener à l'hôpital, de rester avec moi ; il m'a dit : "c'est dans ta tête", et il est parti en fermant la porte » répétait Nadia, qui a tué son fils de 18 mois. Camille raconte ce moment précédant le passage à l'acte : « Jean a téléphoné pour dire qu'il quittait sa cure de désintoxication avant la fin. J'ai alors compris qu'on ne serait jamais une famille idéale ». Ces homicides, par leur survenue autour d'événements clés du développement de l'enfant, et/ou de la vie conjugale, nous permettent de considérer un profond vécu de perte du sujet, comme facteur précipitant son crime filicide. Mais ce qui pourrait constituer un deuil échoue sur les rives de la régression narcissique propre à la mélancolie où perte de l'objet rime avec perte du moi.

L'accès à l'ambivalence amour/haine est barré et le meurtre ne fait que l'enterrer dans le tombeau de leur clivage : tuer pour garder à jamais en soi l'objet perdu. Et comme le précise FREUD (1914), les auto-reproches que s'infligent le mélancolique ne sont que les reproches adressés à l'objet d'amour. La révolte qui en constitue l'essence est enfermée dans un noyau psychotique lui-même verrouillé par un *faux-self* de haut conformisme social. C'est ce qui explique que ces crimes sont très difficilement prévisibles. Ce qui ne peut être vu par l'autre, l'entourage, mais aussi les professionnels, se fait l'écho de la haine destructrice irréprésentable chez celui qui est habité par elle. Aussi, dans la moitié des cas rencontrés, la haine déversée sur la petite victime se retournera contre soi à travers une tentative de suicide tout aussi impressionnante dans sa destructivité (défenestration, arme blanche, etc.) :

Camille a 34 ans lorsqu'elle tente de tuer ses trois enfants. Ses deux filles aînées parviennent à s'échapper, mais elle tue son fils de deux ans avant de se défenestrer à son tour devant son conjoint. Camille était soignée pour une dépression, avait commis trois tentatives de suicide dans les années qui précèdent ce qu'elle nomme « l'accident ». Après des années de suivi pour tenter de comprendre avec elle ce qui s'était passé en elle cette nuit-là, il semble que le passage à l'acte s'inscrive dans un moment d'effondrement mélancolique, se déroulant dans un climat d'allure oniroïde. L'élément déclencheur est la confrontation avec son incapacité à réaliser un idéal de vie : « il fallait que tout le monde parte, puisqu'on ne pouvait plus être ensemble »

Nous pensons que la femme auteur d'un infanticide a d'abord elle-même subi un processus de meurtre psychique lui ôtant toute construction possible d'une subjectivité propre : elle n'a pas pu s'étayer sur l'appareil à penser maternel. Elles ont déjà été mortes, anéanties, là où leur environnement a empiété sur leur continuité d'être. Elles donnent le sentiment qu'elles n'ont pas pu psychiquement sortir du ventre maternel. Ainsi, une patiente répète : « ma mère ne m'a jamais mise au monde ».

La plupart n'ont pas de souvenirs de leur enfance ou très peu, bons comme traumatiques. Il n'est pas rare que des pans entiers soient littéralement reclus laissant peu de place à une réappropriation de leur histoire. Leur accompagnement se focalise essentiellement sur leurs enjeux relationnels rejoignant inlassablement la présence d'un objet insatisfaisant, insuffisamment bon. Tantôt idéalisés, tantôt incapables, nous sommes pris dans les rets d'un transfert narcissique qui nous met au défi d'une naissance de leur subjectivité. Ce défi repose plus sur notre désir que le leur, car pour elles exister fait peur autant qu'envie. Il suppose comme l'étymologie le rappelle, sortir de... autrement dit se séparer de l'objet primaire. Leur crime est avant tout un cri d'existence à défaut de pouvoir chanter, raconter leur histoire. Une portée, des notes : la rencontre clinique doit proposer la mélodie... Mais les processus de déliaison auxquels nous devons faire face ne sont pas propices aux accordages. C'est pourquoi l'équipe est primordiale : mettre en signe, mettre en sens déjà pour nous, partager nos vécus transféro-contre transférentiels, diluer la pulsion de mort dans la vie de l'équipe, celle qui porte la créativité

et donc le désir : « Et si on lui proposait l'enveloppement chauffant à Madame C. ? » ou bien encore « Le groupe n'est pas encore possible pour elle, mais si on lui proposait la médiation socio-esthétique avec une ou deux d'entre nous ? »...

« Nous avons le désir de vous rencontrer »,
« Nous avons des désirs de vie et de liberté (psychique) pour vous... »

La rencontre clinique est l'occasion d'expérimenter une relation de désir sans abus, un « plaisir licite » dirait Piéra AULAGNIER. Les abus sexuels ne sont pas rares dans leur histoire ainsi que celles de nombreuses détenues. Ils ne sont que le symptôme d'une famille où les liens sont ligaturés, les places indifférenciées, les sexes déniés. L'incestuel et l'abus narcissique constituent les deux faces d'une lame qui transperce perpétuellement le psychisme et empêche son développement. L'immaturité psychoaffective de nos patientes n'en fait pas des capricieuses, ou des collectionneuses de peluches. Elle signe leur impossibilité de communiquer un vécu interne, leur soumission à leur besoin de fusion et d'indifférenciation. C'est là le terreau des somatisations en tout genre : de la « simple » posture figée à la maladie grave en passant par les dysfonctionnements corporels, le corps parle. À nous d'y être sensibles et de nous articuler avec l'équipe somatique (unité de consultations et de soins ambulatoires des Hôpitaux généraux). Là encore, parler entre nous, faire du lien, à contre-courant du flot clivant de nos patientes...

Être sujet, exister : le vœu est louable, mais ce chemin est fragile, car se reconnaître comme sujet passe par la reconnaissance de l'autre et de sa différence. Au-delà de la honte, c'est ouvrir l'accès à une culpabilité insoutenable et ainsi réveiller leur culpabilité primaire d'être la toute-mauvaise fille de leur mère... si archaïque soit-elle. La porte de la mélancolie et du suicide est toujours une issue possible. En tant que soignants, nous prenons ce risque, nous l'entendons, nous acceptons non sans douleur que cela nous échappe. Cette solution-là existe en elles, leur crime le prouve, mais il y en a d'autres, moins sombres, moins radicales. Nous leur soulignons souvent qu'elles gardent la maîtrise, leur liberté et nous leur montrons qu'il existe d'autres chemins possibles où nous les accompagnerons.

La particularité de notre pratique tient au fait que, comme nos patientes, nous devons faire avec la réalité judiciaire. Car si le soin ne contraint à rien, la Justice, elle, oblige à se souvenir, à parler de son histoire. C'est un petit peu comme si on ne pouvait plus faire comme si de rien n'était (comme dans la famille). La société par l'action du Ministère public et de la Justice s'intéresse à ce qu'elles ont vécu. La vie de nos patientes est étalée lors de leur procès, cela dans ses aspects les plus intimes. C'est une réalité que nous avons en tête lorsque nous sommes amenés à accompagner nos patientes durant les deux à trois premières années de leur détention provisoire précédant leur jugement. Le soin, tirailé par la rythmicité judiciaire, offre l'occasion de se réapproprier son histoire, différenciée du roman familial.

« C'est comme si ma bibliothèque s'était renversée et que je devais tout ranger maintenant, un à un, chaque livre de ma vie » nous raconte Bénédicte, auteure d'un néonaticide. Identifier ce qui appartient au passé, au présent et se libérer du poids de la répétition inconsciente. Identifier ce qui appartient à soi et ce qui appartient à l'autre, ce qui est normal de ce qui ne l'est pas, etc. Voilà le chemin thérapeutique.

Depuis leur garde à vue jusqu'aux Assises, la loi entre avec fracas dans leur vie et celle de leur famille. Elle marque de façon irréversible un avant et un après, ceci venant satisfaire plusieurs desseins : sur le plan de la réalité externe, la levée d'un lourd secret (« j'ai tué mon enfant ») et la recherche d'un châtement, qui n'est que l'écho de leur réalité psychique inter-dite où le fantasme inconscient de culpabilité est omniprésent. Coupable d'être l'égale de sa mère, coupable d'une destruction de l'objet primaire, coupable de ne pas être le parfait serviteur d'un idéal... Leur toute-puissance à détruire l'objet se fait l'écho de leur toute-impuissance à le trouver. Des retrouvailles qui pourraient être source de satisfaction pulsionnelle. Le plaisir d'une relation de désir est absent, seul compte la réponse à un besoin de fusion où bien souvent elles se laissent absorber par l'autre, dans des positions masochiques.

Le lecteur percevra ainsi tout l'enjeu du soin et l'ampleur de la tâche. Face à un système défensif aussi fragile qu'opérant, il s'agira de co-construire avec la patiente et entre les membres de l'équipe le cadre d'une psychothérapie d'attention plus que d'interprétation. Se voir régulièrement, ne pas oublier, faire trace, proposer des mots, inviter à mettre en forme son vécu, partager des moments émotionnels... pour que le soin offre l'opportunité d'une rencontre sémaphorisante (ROUSSILLON R., 2008, p.30). Soyons humbles, il faudra des années pour qu'elle devienne métaphorisante. Il nous faut accepter qu'elle ne le soit peut-être jamais, mais le déni sur ce genre de pronostic a des vertus : l'immaîtrisable et donc l'espoir d'une possible naissance.

La clinique auprès de ces femmes vient interroger sans cesse nos propres repères identificatoires : comme femme, mère, fille, humain, tout autant que comme professionnel du soin. Dans leurs difficultés à se laisser éprouver, elles semblent s'étayer sur nos propres ressentis et les mots que nous leur proposons. Parfois, ces représentations ne nous viennent pas, ou ne suffisent pas. Nous ressentons parfois le risque d'une dévitalisation lente et progressive de notre psychisme au fil des entretiens individuels, souvent envahis par la pulsion de mort. Nous sommes traversés par des contre-attitudes particulières : le vécu de non-sens, le recours à l'intellectualisation, le sentiment d'être décevante, jamais suffisamment bonne, l'envahissement par la tristesse et l'impuissance, etc. Nous ne pouvons que souligner, à cet égard, l'intérêt de l'équipe et de la pluridisciplinarité : il faut être plusieurs, plusieurs voix et plusieurs regards, pour élaborer une pensée commune de leur souffrance. Il s'agit d'un travail de réanimation psychique par le portage, en appui sur nos désirs de vie pour la patiente. Directement dans le soin clinique, ou plus à distance comme référence groupale, l'équipe nous inscrit dans une filiation générationnelle soignante, qui nous sert de maillage « pensant ». Du *handling* au *holding*, le soin aurait comme objectif (idéal) de permettre à ces patientes de

(re)naître à elles-mêmes. Il nous est même arrivé parfois de les prendre en charge autour d'une autre grossesse. Il s'agit d'ouvrir la voie à un futur, à nouveau possible... pensable cette fois-ci. De même, le soin ne se limite pas à notre rencontre, il doit être toujours ouvert sur l'autre, l'ailleurs, où il se poursuivra, en d'autres temps et lieux, en dehors de nous...

L'infanticide est un acte complexe à comprendre. Il vient signer l'impossibilité d'une filiation sensée réinscrire le sujet dans la différence des générations. La mort de leur progéniture constitue « le compromis » le moins douloureux face à l'abandon que les enjeux de séparation sont venus réveiller : naissance, sevrage, mise en crèche, scolarisation, divorce, deuil, etc. Invisible, indicible, irréprésentable : les pulsions de déliaisons sont à l'œuvre dans leur vie psychique depuis longtemps, ancrées au plus profond des racines transgénérationnelles.

« L'accident », « la catastrophe »... au-delà des mots utilisés par nos patientes pour décrire leurs naufrages criminels, l'acte parle de l'histoire d'un effondrement perpétuellement craint. Il leur faudra des années pour faire confiance à ce filet soignant et se laisser aller à traverser à nouveau cet effondrement « déjà éprouvé » (WINNICOTT D.W.). Une crainte qui prend la forme d'une crainte de la mort ou d'une quête du vide chez nos patientes.

Enfants noyés, étouffés, étranglés... ces homicides constituent le langage de l'histoire d'une ligature avec l'objet tué, figure de l'objet primaire anciennement détruit... jamais trouvé ni créé. Le crime fillicide est une rencontre qui échoue ceci dans sa double acceptation : là où elle signe l'échec d'une rencontre entre la mère et son enfant, elle marque un passage par l'acte (Claude BALIER) qui échoue quelque part : Cela peut être nulle part, noyé par la psychose et la mélancolie, ou bien encore dans une impasse, amarré à la dépression, la somatisation. Dans tous les cas, la Loi parle, le soin propose la parole, pour qu'une voix puisse peu à peu sortir de son tombeau. Que cette réalité fasse réalité en elle, cela reste leur liberté...

PITEL-BUTTEZ Marie-Anouck, psychiatre
ROTHBLEZ Marie-Lise, psychologue clinicienne
Service Médico-Psychologique Régional
CH Le Vinatier, Maison d'arrêt CORBAS

Bibliographie

- CUPA, D. (2012) « L'indifférence : l'"au-delà" de la haine », in Revue française de psychanalyse, vol 76, n°4, Paris, PUF, pp.1021-1035.
FREUD S. (1914) Métapsychologie, Paris, Gallimard, 1968.
MARINOPOULOS, S. (2008) La vie ordinaire d'une mère meurtrière, Paris, Fayard.
RAVIT, M. et PITEL-BUTTEZ, M-A. (2013) « L'infanticide ou l'écho du désêtre », in Cliniques méditerranéennes, n°87, Toulouse, Erès.
ROUSSILLON R. (2008) Le transitionnel, le sexuel, la réflexivité, Paris, Dunod.
VACHERET C. (2004) « La diffraction du transfert et la chaîne associative groupale dans un groupe Photolangage© », in Bulletin de psychologie, tome LVII, 472, « L'Art-thérapie », pp.382-390.
VERSCHOOT, O. (2007) Ils ont tués leurs enfants : approche psychologique de l'infanticide, Paris, Imago.
WINNICOTT, D. W. (1975) La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques, Paris, Editions Payot, 1989.
ZAGURY, D. (2013) « Le déni de grossesse est-il un déni ? », in Cliniques méditerranéennes, n°87, Toulouse, Erès.