

TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT OU COLLUSION PERVERSE ?

Estela V. Welldon, Anne-Lise Hacker

Presses Universitaires de France | « *Revue française de psychanalyse* »

2012/4 Vol. 76 | pages 1051 à 1082

ISSN 0035-2942

ISBN 9782130593935

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2012-4-page-1051.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

*Transfert et contre-transfert ou collusion perverse ?**

Estela V. WELLDON

Je serai toujours reconnaissante à mes aînés d'avoir permis à leurs collègues débutants de traiter avec compétence des situations aussi difficiles. Il m'est toutefois arrivé de me rendre compte qu'ils pouvaient eux aussi se tromper ! Peu après mon arrivée à la clinique Portman, pressée d'avoir autant de patients difficiles que possible, un jeune homme m'a été confié ; séduisant, récemment marié, il présentait une perversion sexuelle apparemment peu courante. Celle-ci, m'avait-il dit, l'amenait à se servir de vêtements de caoutchouc complexes dont il recouvrait entièrement son corps, y compris sa tête et ses membres, afin de créer une isolation sensorielle presque totale ; alors, dans l'incertitude de pouvoir survivre, il atteignait l'orgasme. Si quoi que ce soit se passait mal, il était confronté à la mort. J'ai accepté de relever ce défi thérapeutique, non sans une certaine peur et quelques inquiétudes, mais avec également une grande curiosité d'en savoir plus. Je n'avais que trop conscience de l'insuffisance de mes connaissances sur le sujet. Dans ma quête d'informations, je faisais preuve à la fois d'audace et de prudence modérée. Ainsi, un samedi après-midi où je faisais mes courses pour la semaine à Soho, j'ai décidé d'entrer dans un sex-shop afin d'en savoir plus sur la qualité du caoutchouc que mon patient désirait. À mon grand étonnement, j'ai découvert que cette matière était très différente de celle que j'imaginais et dont on se sert pour les sports sous-marins : ce caoutchouc formait une fine couche, comme une seconde peau, à porter à même le corps. De façon inattendue,

* Ce texte constitue la plus grande partie d'un article d'Estela Weldon (rédigé à partir de l'une de ses conférences), « Dancing with Death » (Danser avec la mort), publié en 2009 dans le *British Journal of Psychotherapy*, vol. 25, pp. 149-182. Il a été traduit de l'anglais par Anne-Lise Hacker.

ce que je venais de découvrir m'a donné immédiatement accès à des significations et à un symbolisme dont je ne m'étais pas rendu compte jusque-là, bien que j'aie eu connaissance des concepts de peau contenant le self et d'identifications narcissiques ou adhésives élaborés par Esther Bick (1968)¹. J'ai en effet compris que mon patient, malgré sa réussite et son bien-être apparents, avait besoin d'une seconde peau non seulement comme protection contre toutes les douleurs possibles, mais aussi pour contenir une détresse et une angoisse prenant des proportions considérables. J'étais ravie de pouvoir mettre ma nouvelle découverte au service d'une meilleure compréhension de la vraie nature de ses problèmes. J'ai toutefois dû faire face à d'autres difficultés, auxquelles je ne m'attendais pas, le vendredi matin où j'ai présenté le cas de mon patient au reste de l'équipe pendant le séminaire clinique. À cette occasion, j'ai parlé du fait que je ne comprenais pas suffisamment bien la situation de mon nouveau patient et ajouté que, dans mon empressement à vouloir en saisir tous les aspects, j'étais allée jusqu'à entrer dans un sex-shop. Loin d'accueillir favorablement ce que je racontais là, mes aînés ont en fait protesté, inquiets à l'idée que je ne sois en collusion et établisse un « partenariat » avec la perversion de mon patient. Je me suis sentie humiliée et incomprise, immédiatement dépassée par les « interprétations » spéculatives de mes collègues plus expérimentés à propos de ma réaction contre-transférentielle où ils me voyaient « séduite » par mon patient. Furieuse, j'ai eu beaucoup de mal à accepter cela.

L'inspiration m'est venue tout à coup de les mettre à leur tour face à un défi. J'accepterais sans hésiter leurs interprétations de mon agir si l'un d'eux connaissait la nature exacte du caoutchouc dont cet homme se servait dans sa perversion. Mais si personne ne savait décrire précisément la qualité de cette matière, il leur faudrait alors réviser leur « jugement » de la situation, mon « détour » à Soho pouvant alors être considéré comme une démarche scientifique, non pas comme un agir. Ma proposition a finalement été acceptée, mais non sans réticence. À mon grand soulagement et contentement, la description donnée fut celle du caoutchouc épais utilisé pour la protection sous-marine. À la suite de mon explication de ce à quoi ressemblait en fait le caoutchouc en question, nous avons pu engager de riches échanges d'idées. De toute manière, je m'en étais sortie de justesse. Voilà pour ce qui concerne le difficile apprentissage des implications du transfert et du contre-transfert dans le travail avec un patient pervers.

1. L'idée de peau contenant le self a été développée par Didier Houzel (1990) dans un chapitre où il décrit sa genèse dans la notion freudienne du moi. Houzel met l'accent sur la structure qui contient, pas seulement sur les contenus de la psyché.

Je n'ai toutefois pu échapper par la suite, au cours du traitement, à un « partenariat » inconscient avec mon patient. Ma réaction transférentielle s'est révélée dans mon rêve (cf. ci-dessous, p. 1064) et m'a amenée à me relier à mes propres souvenirs et, par là même, à mieux comprendre sa psychopathologie particulière. Cela montre clairement que les jeunes inexpérimentés et en formation peuvent plus facilement « apprendre du patient » lorsque nous sommes davantage disposés à examiner des aspects suspects de nos propres motivations qui nous amènent à nous intéresser de près à la perversion, notamment notre voyeurisme et notre fascination pour l'inconnu.

Pseudonormalité et seconde peau

J'ai beaucoup appris de ce patient, en particulier sur la lutte difficile, tragique, que vivent ces personnes, littéralement entre la vie et la mort ; mais aussi sur le ridicule de l'attitude de la société qui porte des jugements dépourvus de compréhension dynamique ou approfondie et remplis des notions de moralité que j'ai évoquées précédemment. Mon patient se sentait littéralement entre la vie et la mort et ne pouvait continuer de mener une vie dite normale que s'il parvenait à se livrer à sa perversion au moins une fois par semaine. Son agir pervers lui permettait donc de sembler « normal ». Jeune marié, il était beau, d'apparence soignée, et réussissait sur le plan professionnel. Depuis le début de son adolescence, période pendant laquelle il s'était découvert cette perversion, il ne s'en était jamais ouvert à qui que ce soit. Il était tombé amoureux et supposait, espérait, souhaitait en avoir fini avec sa « particularité » et n'avait jamais « pris la peine » d'en parler à sa femme. Ce schéma est courant et implique évidemment à la fois de l'aveuglement à son propre égard et de la dissimulation à l'égard des autres tant le déni et le rejet de soi est grand. La dissimulation, bien qu'on l'ignore souvent, est une autre caractéristique constante de la perversion, également appelée faux self, pseudonormalité, personnalité « comme si ».

Maintenant, comment cela a-t-il été découvert ? Eh bien, comme dans les cas d'inceste, il est aussi important de savoir comment les faits ont été révélés que de connaître la situation dans laquelle ils ont commencé (les conditions de la révélation apportant parfois de nombreuses indications sur la dynamique familiale qui peut être responsable de l'inceste en premier lieu). À l'occasion du déménagement du jeune couple après le mariage, le courrier du patient a été transféré à la nouvelle adresse. À sa grande consternation, sa femme a ainsi vu apparaître, entre autres choses, de nombreuses revues et publications

sur l'asphyxie autoérotique. D'après certaines sources, il semblerait que ces revues étaient déjà à l'époque très largement diffusées ; ce phénomène n'est donc pas aussi rare que je l'avais d'abord cru, pensant qu'il s'agissait de l'une des perversions les plus solitaires, qui s'accomplit dans un isolement total. « Danser avec la mort » n'est donc pas simplement le titre à sensation d'un rêve*, mais la réalité de ce qui se passe vraiment. À tel point que la plus grande partie de ce que l'on connaît de l'asphyxie autoérotique provient d'examen *post mortem*, effectués pour la plupart au Canada (Hucker & Blanchard, 1992). De façon assez significative, on trouve sur les cadavres des éléments révélant une association à d'autres perversions – par exemple, des vêtements de bébés, des tenues de travesti, ou encore, comme dans le cas bien connu d'un membre du parlement de Londres, des porte-jarretelles et une orange sortant de la bouche.

Transfert, contre-transfert ou frottés l'un contre l'autre ?

Je reviens à mon patient. Face à l'ultimatum de sa femme qui le menaçait de divorcer s'il ne se soignait pas, il a entrepris une psychothérapie avec une grande appréhension, mais aussi beaucoup de curiosité. Il s'est investi et a commencé à travailler avec ardeur, essayant d'être un patient idéal. Mais en vain. Tout cela se révélait plutôt stérile et il se peut, pour ma part, que j'ai trop cherché à être la thérapeute parfaite, m'efforçant de tout comprendre et très vite. Finalement, quelque chose d'assez étrange a commencé à émerger dans le monde des affects et des sentiments et à se transmettre entre nous sans paroles. Cela émanait avec force de la toute petite pièce où je consultais à l'époque à la clinique (je n'étais alors qu'une petite débutante). C'était presque comme si nous ne faisions plus qu'un ; une sorte de fusion ou d'imbrication se produisait entre nous et cela se traduisait concrètement dans l'atmosphère de la séance².

* Estela Welldon explique au début de son exposé que cette formulation, « danser avec la mort », lui est venue en rêve (N.D.T).

2. En préparant cet exposé pour la conférence, j'ai réexaminé les conceptualisations de Joyce McDougall dans son livre intitulé *Eros aux mille et un visages* (1995 [1996]). Ceux qui connaissent son travail ne seront pas surpris de voir combien je suis influencée par sa pensée et que nous partageons un bon nombre de découvertes et idées similaires. Elle mentionne également la barrière protectrice dont certains de ses patients se servent dans leur vie quotidienne et qui leur permet d'accomplir de nombreuses tâches, entre autres intellectuelles. On pourrait également voir mon contre-transfert à l'égard de mon patient comme un espace étouffant dans lequel nous sommes, lui et moi, totalement en fusion dans ce qu'Anzieu appelle « enveloppe psychique » et au sens où Meltzer parle « des frontières de l'espace intérieur du self et de l'espace intérieur des objets internes ». Cela présuppose, selon Meltzer, « une forme d'introjection narcissique des objets du self, différente d'une vraie identification introjective qui laisse aux

La petite pièce de consultation s'était transformée en une sorte d'utérus qui nous contenait et, à la fin de la séance, j'avais parfois le sentiment que sa vie était vraiment en danger. Un vendredi (ce patient avait été un des rares sélectionnés pour venir en cure trois fois par semaine), j'ai terminé la séance par mon interprétation habituelle de l'angoisse de séparation du week-end dans le sens qu'il supporterait mal de ne pas être avec moi du fait qu'il aimerait que je m'occupe de lui pendant ces deux jours. Sans hésiter, il a répondu : « Bien entendu, j'aimerais cela. Est-ce que j'appelle ma femme pour le lui dire ? » J'en suis restée sans voix. La réponse concrète qu'il m'avait faite m'a permis d'apprendre rapidement à me taire et à mieux me servir de mon contre-transfert³.

La boîte de Houdini, le déclencheur d'une excitation sexuelle

Quelques séances plus tard, mon patient m'a rapporté avoir fait une très étrange expérience qui l'avait beaucoup embarrassé. Le soir précédent, alors qu'il regardait la télévision au salon avec sa femme, il avait été pris soudain, de façon inattendue, d'un désir irrésistible de lui faire l'amour tout de suite et par terre. Cela lui avait semblé tout à fait bizarre, car la télévision ne montrait rien de romantique ou même érotique, ne serait-ce que vaguement. Ce qui passait à ce moment-là était en fait un documentaire sur Houdini*. L'artiste escapologiste apparaissait dans une boîte, montant et descendant des rapides au Canada ; ce qui avait produit chez mon patient un intense désir sexuel qu'il n'avait pu contrôler du tout. J'ai immédiatement associé cela aux circonstances de sa naissance et lui ai suggéré ceci : « Il me semble que l'écran de la

objets internes leur part de mystère, d'inconnu et d'inexploré ». Dans son article intitulé « Deux représentations oniriques du moi-peau », Tobie Nathan présente un phénomène transférentiel-contre-transférentiel proche de la situation que j'ai vécue. Il dit que dans le transfert : « [...] ces patients expriment clairement leur attente fusionnelle qui se manifeste également par une manipulation de la personnalité inconsciente de l'analyste. Ils semblent entourer l'espace des séances d'une même "peau", recouvrir patient et analyste sous une même enveloppe. Cette caractéristique les conduit souvent au fantasme de deux jumeaux, dans le ventre maternel, entourés d'une même membrane amniotique » (Nathan, 2000, p. 261).

3. J'avais en fait le sentiment qu'il n'était pas en sécurité sans moi et il se peut qu'il ait répondu inconsciemment à cela à partir du fantasme que je m'occuperais de lui. Il a ressenti mon interprétation comme une proposition d'aide, non pas comme un commentaire symbolique. Maintenant, je dirais plutôt : « J'ai l'impression que vous ne vous sentez pas en sécurité », et lui laisserais ensuite la possibilité de faire un commentaire.

* Harry Houdini est le pseudonyme qu'Ehrich Weiss, américain d'origine hongroise, mort en 1926, avait adopté en hommage au célèbre illusionniste français, Jean-Eugène Robert-Houdin. Il est connu pour avoir inventé toutes sortes de pièges dont il se libérait. Un livre d'Adam Philipps s'intitule *La Boîte de Houdini. L'art de s'échapper* (2005) (N.D.T).

télévision a représenté quelque chose de très important, en fait fondamental ou essentiel pour votre propre survie, remontant même peut-être aussi loin qu'à votre naissance. » Il a alors brusquement tourné sa tête sur le divan et dit : « Je sais que cela a été très difficile, je ne sais pas très bien comment mais je vais demander à ma mère. »

Il a ainsi interrogé sa mère qui lui a parlé des problèmes graves qui s'étaient posés lors de l'accouchement. Les médecins avaient établi avant la naissance de l'enfant qu'il se présentait par le siège et tenté dans un premier temps des manipulations externes afin de modifier sa position, mais sans résultat. À sa naissance, trois mois avant terme, il ne pesait qu'un kilo et demi ; considéré entre la vie et la mort, il avait été immédiatement placé dans une couveuse, sa survie étant très incertaine car il commençait à perdre du poids bien qu'on l'ait nourri artificiellement. Seulement au terme d'une période de six mois, on avait estimé son état suffisamment bon pour le sortir de la couveuse et le faire nourrir par sa mère. Il avait ainsi connu une situation de grande fragilité dont il était de toute évidence intellectuellement inconscient. Il était émotionnellement très fragile et n'avait recours qu'à des scénarios bizarres qu'il ne concevait pas lui-même consciemment. Parmi les principaux éléments de ceux-ci, il y avait initialement l'incertitude et le manque de sûreté de l'utérus qui offrait un lieu précaire, mauvais, puis le fait d'être violemment expulsé sans le moindre endroit où pouvoir rester. Seule une boîte rigide, la couveuse, pouvait procurer le sentiment de survivre.

La couveuse était peut-être en partie responsable d'une illusion de toute-puissance, mais le prix payé pour sa survie était représenté par un suicide inconscient et des fantasmes meurtriers où il se trouvait expulsé (détruit), ou bien dont il sortait, toujours vivant mais pris au piège d'une position schizo-paranoïde à partir de laquelle il développait un faux sentiment d'autonomie. Avec le rejet de l'intimité et la fausse protection qu'elle comportait, sa perversion recréait chaque fois ce faux sentiment. Il était resté si longtemps prisonnier d'un comportement compulsif, répétitif, qu'il vivait comme étranger et, en même temps, comme étrangeté familier et rassurant. Il n'y avait sans doute là rien d'égosyntonique.

Comme dans la plupart des perversions, son moi fragile devait persuader son surmoi de se livrer à cette curieuse activité, vécue comme la seule stratégie possible pour survivre. Marucco (2007) pensait-il à cela quand il a parlé d'embryon pulsionnel, correspondant à des souvenirs archaïques d'un trauma quasi primal et au besoin de répétition lié à la pulsion de mort ? Si c'est le cas, on peut alors mieux comprendre pourquoi mon patient a décidé d'arrêter sa thérapie quand sa femme s'est trouvée enceinte ; il lui fallait éviter à tout prix sa terreur que quelque chose proche d'une mort

imminente se produise de nouveau. Ce n'est que maintenant, trente-cinq ans plus tard, que je prends conscience de cette possibilité ! Dans la pratique clinique, Marucco voit ces stades archaïques de la vie, le besoin de répéter et les souvenirs s'exprimant dans une répétition monotone, invariable qui est également ré-pétition (demande d'aide) de quelque chose qui n'est pas seulement enfoui, mais en fait enseveli. Il me semble maintenant que mon patient répétait quelque chose d'un temps archaïque où il n'y avait ni langage ni souvenirs conscients ou préconscients. Les efforts pour comprendre finissent par payer – même si la compréhension ne vient que des décennies plus tard. Je comprends maintenant ce que Marucco entend quand il dit : « Quant à la répétition pure, [...] elle s'exprime dans un temps arrêté qui, dans la succession des actes, constitue une réitération permanente d'un présent atemporel », et, en tant que tel, l'acte est la « voie royale pour l'expression du non-représentable (2007, [2007, p. 865]). Bien entendu, mon patient ne pouvait se représenter les conditions de sa naissance ; mais la boîte de Houdini re-présentait en fait pour lui son besoin de s'emparer de la vie, de l'attraper, et sa « ré-surrection » avant même que sa propre vie n'ait commencé comme telle.

LA MORALITÉ EXISTE-T-ELLE DANS LES PERVERSIONS ?

Qu'est-ce que tout cela peut bien avoir à faire avec la moralité ? La réponse est rien, absolument rien. Ce qui se passe est tellement archaïque, primaire, que même si, superficiellement, la perversion semblait très autodestructrice – car elle était bien entendu étroitement liée à la pulsion de mort –, elle assurait également la survie de mon patient. Gardons à l'esprit que les jugements parfois portés non seulement ne servent à rien, mais sont aussi l'expression d'une paresse intellectuelle. Nous avons le devoir, quand nous travaillons avec des patients comme ceux-ci, non seulement de faire preuve de beaucoup plus de curiosité et d'ouverture, mais aussi de voir comme un privilège d'accueillir des fantasmes aussi primaires qui vont nous permettre de développer nos connaissances sur la dynamique de l'esprit déviant. Le professeur Paul Verhaeghe (2004), dont l'ouvrage *On Being Normal and Other Disorders* est devenu une sorte d'alternative au DSM-IV, affirme avec éloquence : « La perversion est sans aucun doute l'une des catégories cliniques les plus difficiles, aussi bien en ce qui concerne son étude que sur le plan du traitement » (p. 398). Il avertit que pour être capable d'étudier la

perversion en tant que telle, il faut surmonter au moins trois difficultés dont la première consiste en une réaction moralisatrice toujours présente. Il rappelle que nous parlons parfois avec générosité de nos patients comme d'un « bon névrosé », et probablement aussi d'un « bon psychotique », mais que l'idée d'un « bon pervers » présente une contradiction dans les termes (*Ibid.*). Simona Argentieri, quant à elle, fait observer :

« Le pervers n'a jamais été quelqu'un qui s'accorde un plaisir particulier ou en plus, mais une personne malade qui, avec beaucoup de difficulté et de nombreuses restrictions rigides, essaie d'arriver (souvent au détriment d'autres individus) au minimum de plaisir compatible avec sa pathologie ; ce qu'il fait est moins important que ce qu'il ne fait pas. Une impulsion compulsive le force périodiquement à décharger à travers un agir sexuel sa tension interne, vécue comme une insupportable menace d'implosion. Il n'y a jamais de vraie satisfaction mais seulement une décharge sensorielle superficielle qui ne construit rien à l'intérieur car il n'y a pas de vraie relation à un autre » (Argentieri, 2007).

La défense maniaque

Pour moi, la perversion n'est ni le négatif de la psychose, ni une défense contre celle-ci, ni elle-même une psychose (des points de vue que défendent également Glover, les partisans de Klein et Etchegoyen). C'est une défense maniaque contre le trou noir de la dépression redouté, qui dissimule des idéations suicidaires inconscientes ou le risque d'un suicide effectif. Comme toujours, Winnicott apporte bien des éclaircissements dans tous les domaines de l'exploration psychique comportant des situations paradoxales. Dans « La défense maniaque », il affirme : « Les mots-clés sont ici : mort et vivant » (Winnicott, 1935, p. 134 [1958, p. 25]). On peut donc dire que le caractère essentiel de la perversion est qu'elle assure une *survie maniaque sexualisée* ; il ne s'agit pas ici de déni de la castration, mais du déni de la destruction qui anéantit. L'agir pervers est toujours autodestructeur en cela que les patients prennent des risques graves dans lesquels ils vivent également – ou dont ils tirent – un sentiment intense d'excitation qui sert à renforcer le fait qu'ils sont toujours en vie. Ogden (1996) appelle cela « flirter avec le danger ». Je préfère parler de danser avec la mort car dans la danse, comme dans les perversions – et contrairement au flirt –, le corps est toujours engagé. La mort survient parfois : faut-il alors considérer cela comme un accident ou plutôt une réponse à un désir bien dissimulé de mourir afin d'éviter une conscience trop extrêmement douloureuse d'une précédente expérience proche de la mort ? On peut relier cela à la notion développée par Winnicott (1974) d'une peur de l'effondrement comme l'événement redouté, un événement qui s'est déjà produit mais n'a pas encore été vécu : « [...] Mais il n'est pas possible de se rappeler quelque chose qui n'est pas encore arrivé, et cette chose du

passé ne s'est pas encore produite parce que le patient n'était pas là pour que cela lui arrive » (1974, p. 105 [1975, p. 40]).

Vivre dans deux mondes différents en même temps

Les cliniciens ont différents points de vue sur les éléments courants de « normalité » auxquels le pervers recourt pour empêcher que l'on découvre son monde secret le plus sombre ; (quand cela se produit finalement, il en éprouve un fort sentiment de honte, mais aussi, en même temps, du soulagement). Par exemple, Verhaeghe (2004) affirme que la dissociation est la même chose que le clivage – le résultat de la division entre les parts bonnes et les mauvaises – et ajoute que dans ces cas, le déni et la dissociation créent deux mondes différents, chacun ayant son fonctionnement propre. Svetlana Bonner (2006, p. 1550) observe que ces personnes habitent simultanément dans deux mondes parallèles : l'un plus visible et acceptable, l'autre secret, qui dissimule leurs plus grandes peurs à leur propre égard.

Dans un article qui fait réfléchir, Ofra Eshel (2005) explore *Les Bacchantes*, la tragédie d'Euripide, en particulier ce qui arrive au roi Panthée et à sa mère, Agavé. Panthée, déguisé en femme, se rend à une célébration que préside Agavé. Sa mère ne le reconnaît pas, le met en morceaux et le dévore. Elle reconnaît ensuite son fils et sombre dans le chagrin et la folie. Pour Eshel : « La perversion grave n'est plus ancrée dans un monde œdipien, mais plutôt dans celui de Panthée, qui a ses origines dans le travestissement et le voyeurisme, continue avec l'exhibitionnisme, et va jusqu'à la violence sadomasochiste et le meurtre cannibale » (2005, p. 1080).

Alors qu'Eshel se concentre sur les aspects pervers de Penthée, je m'intéresse surtout à Agavé, à ce qu'elle fait en tant que mère. Les cliniciens connaissant bien les femmes qui ont blessé et fait du mal à leurs enfants de diverses façons sont régulièrement témoins de leur immense chagrin, de leur souffrance émotionnelle et de leur désespoir à la suite de ces actes qu'elles vivent maintenant comme si quelqu'un d'autre les avait commis. Ces mots, « si seulement je pouvais revenir en arrière », rappellent constamment leur souffrance, leur honte et leurs remords.

Eshel voit la perversion comme une organisation de défense – à travers le clivage, l'externalisation et la sexualisation compulsive – contre une situation vécue dans la petite enfance, violente, dévastatrice, insupportable, paralysante. Elle emprunte à la biologie les termes de *solution autonome* pour expliquer un processus de clivage dissociatif massif qui crée deux parties déconnectées, étrangères l'une à l'autre, comme moyen d'assurer une survie psychique. Une

part continue de fonctionner dans le monde, survivant par inertie et affaiblie sur le plan émotionnel. L'autre – le self qu'elle compare à Panthée – est livrée pour être dévorée et attirée de façon suicidaire par tout ce qui évoque les ténèbres de la violence et du sadisme tant au sein de la psyché que dans les relations du self à l'autre.

Encapsulation

Le terme d'encapsulation me semble plus précis que ceux de clivage ou de dissociation car la personne sait ce qui est caché. Elle a extrêmement peur que l'on découvre cette prison en elle, mais cet autoemprisonnement est également associé à un autoaveuglement délibéré. J'avance ici l'idée que « le bras droit » sait ce que « le bras gauche est en train de faire », tout en restant ouverte aux arguments pour et contre celle-ci. En d'autres termes, j'entends par là que la signification symbolique de l'acte est inconsciente et inatteignable, mais que le pervers est douloureusement conscient de ce qu'il fait. Il se sent pris au piège, incapable d'échapper à son « destin », et s'efforce de tromper aussi bien lui-même que les autres sur sa « normalité » supposée. Il joue avec la mort en se mettant compulsivement dans des situations où la transgression de la loi sera sévèrement jugée et punie. Ayant inconsciemment défini la peine, il se convainc lui-même qu'il contrôle la situation et n'est plus une victime passive d'abus. Mais cette « sécurité » bien construite est elle aussi une illusion du fait qu'elle ne s'appuie sur rien de solide ; ce n'est qu'un échafaudage d'une utilité temporaire qui, soudain et sans prévenir, va s'effondrer, livrant l'individu à la dérision, l'humiliation et la moquerie. Ceci est dû à un surmoi tyrannique.

De la célébrité à la honte

Nous entendons tous parler de personnages « célèbres » soudain emportés par leur « destin », exposés au scandale public et à l'indignation générale. Je parle d'un passage « de la célébrité à la honte » pour désigner ce phénomène fréquent que nous découvrons en général en lisant les journaux (j'ajouterais qu'il est essentiel de lire les journaux afin de comprendre jusqu'où cela peut aller). D'une certaine façon, l'indignation de la société est une réaction au sentiment d'avoir été berné par quelqu'un qui semblait « tellement normal » par rapport au monstre auquel on s'attend. Personne ne savait rien, pas même ses relations les plus proches ou les plus chères. C'est beaucoup plus un processus d'encapsulation que de clivage qui amène à cette pseudonormalité ou à la

situation d'individus « normopathiques » dont parle Joyce McDougall (1995, p. 160 [1996, p. 201]).

Pourquoi le choc est-il si profond ? Parce que ces individus sont souvent bien connus pour leurs opinions très conservatrices et moralisatrices, en grande partie nettement discriminatoires et préjudiciables pour les autres, en général les personnes appartenant aux groupes minoritaires et les plus vulnérables aux abus. Ces idées qu'ils revendiquent émanent du fait que ce dont ils ont vraiment peur réside en eux-mêmes et les mécanismes d'identification projective à l'œuvre chez eux sont alors exposés aux yeux de tous. Pensons au sénateur américain Larry Craig, à ses valeurs familiales et ses positions sévèrement homophobes (Lewis, 2007)⁴, ou au gouverneur Eliot Spitzer qui luttait contre les réseaux de prostitution (Bone, 2008)⁵. Ce ne sont là que les plus récents monstres/victimes que les médias ont révélés au public, mais de nombreux autres ont été découverts ou le seront. C'était en fait une part d'eux-mêmes parfaitement détestée que ces hommes s'employaient à attaquer avec tant d'énergie à l'extérieur d'eux. Du fait de cette détestation, il fallait vomir cette part, la rejeter sur les autres. Un vernis d'hypocrisie recouvrait leur sentiment à peine contenu de dégoût d'eux-mêmes. Auparavant dans une position où ils accusaient les autres, jouissant pour cela d'un pouvoir presque féodal, ils se trouvent maintenant tout en bas de l'échelle sociale, objets de châtiment et de dérision. Ou bien ils sombreront dans une dépression profonde ou bien ils essaieront en vain de dissimuler les faits et, se sentant piégés, ils continueront de les nier.

Condamner au lieu de comprendre

Les membres de la famille, en général dans une totale et bienheureuse ignorance de la situation de leurs proches (en même temps si loin d'eux !), réagissent aussi par de l'indignation et un intense sentiment de trahison. En un rien de temps, ils se trouvent également, malgré eux, exposés au public et

4. Larry Craig, sénateur républicain de l'Idaho a été pris en train d'« avoir une attitude ambiguë à l'égard d'un charmant garçon » dans les toilettes de l'aéroport international de Minneapolis-St.-Paul en 2007. Le sénateur Craig critiquait avec véhémence le mouvement gay et pensait que le style de vie des homosexuels représentait une menace pour les valeurs familiales (Lewis, 2007).

5. Eliot Spitzer, gouverneur de New York et ancien procureur général de l'État de New York, a démissionné en 2008 du fait de son implication en tant que client dans un réseau international de prostitution. Les documents du tribunal faisaient allusion à des pratiques sexuelles à risque. Cette révélation est intervenue à la suite d'une enquête du FBI visant à démanteler le réseau. Quatre ans plus tôt, Eliot Spitzer exprimait son dégoût en annonçant l'arrestation de 16 personnes accusées de diriger un réseau de prostitution à Staten Island (Bone, 2008).

à l'humiliation. Il leur reste alors à choisir entre rester auprès de l'individu, maintenant une victime, ou le quitter et partir ; mais quoi qu'il fasse, il a tort. Il n'y a pas de droits. Les rôles sont totalement inversés, aussi bien pour les membres de la famille que pour l'auteur des actes/victime. Même quand celui-ci prend les décisions les plus extrêmes – par exemple celle de se suicider, comme cela s'est souvent produit –, cela ne mène jamais qu'à encore plus de jugements. On considère que les membres de la famille ont été indifférents à ce qui se passait vraiment dans l'esprit de ces individus – auxquels, en fait, on refuse généralement le droit d'en avoir un. Le public décide que ce sont des « monstres ». Ils le sont devenus pour nous car nous avons le sentiment qu'ils nous ont tellement trompés ; ils nous ont privés à la fois de nos idoles, adorées ou haïes, et de nos idéaux, ou bien seulement de nos préjugés. L'auteur des actes vit quant à lui un cycle où le même scénario ne cesse de se répéter : la tentative d'éviter de tomber dans le trou noir de la dépression se révélant vaine, il faut de nouveau répéter les actes. Pour la société, il se produit également un processus intense de déshumanisation. Selon Bonner, cela devient une compulsion de se protéger soi-même de la terreur en imaginant des façons de réduire toute expérience à un scénario et de faire obstruction à la possibilité de penser, mais aussi à celle d'un véritable engagement avec d'autres : « Chacun peut être perçu comme non identifié et objectivé comme n'importe qui d'autre » (2006, p. 1560 [2007]).

LE TRAITEMENT

Comme je l'ai appris sous la supervision de mon autre mentor à la clinique Portman, Adam Limentani, la réaction thérapeutique négative fait partie du traitement, de même que l'envie qui va avec. Avec lui, j'ai acquis une compréhension approfondie de la réaction thérapeutique négative, notamment des aspects positifs qu'elle comporte (Limentani, 1989). C'est aussi lui qui, avec mes patients, a attiré mon attention sur des éléments permettant de comprendre le rôle de la mère dans les perversions. Il a non seulement développé les idées de Rosenfeld (1987) sur l'envie et le trouble narcissique chez la mère qui rejette la part infantile de son self, mais aussi introduit celle de l'identification à une mère qui ne permet aucune indépendance, expliquant cela par des réactions négatives provoquées de façon iatrogène.

Je reviens maintenant à mon patient. À la suite de ses révélations, il s'est senti abattu, seul, mais aussi très soulagé et capable de participer à sa

thérapie en y mettant plus de vie. Nous avons pu reconstruire quelques-unes de ses expériences précoces, qui, lors des séances précédentes, nous avaient laissés plutôt perplexes. Ce nouvel *insight* a servi à comprendre comment tout était bloqué. Ayant de nombreux autres sujets à traiter ici, je ne développerai pas ce point et me limiterai à ajouter qu'il s'est considérablement libéré de ses actes non souhaités. J'ai eu le sentiment que le travail allait alors commencer car, comme le dit Bion, cela aurait pu lui permettre de s'engager dans un processus de transformation profonde. Il a ensuite été capable de penser des sensations et émotions jusque-là impensables et de les contenir au moyen de l'activité de la pensée ; au lieu de simplement les évacuer en acte, ou que celles-ci ne deviennent, de façon détournée, des maladies somatiques. Mais le patient a décidé que c'était assez. Sa principale priorité était de devenir père et il a décidé d'arrêter le traitement. Nous pourrions supposer que les séances lui ont procuré quelque chose de nouveau qui le nourrissait et qu'elles l'ont libéré non seulement de pratiques compulsives, mais aussi de la menace de sa femme qui l'avait « condamné » à se soigner. Bien entendu, je lui ai dit ma déception et lui ai proposé des interprétations portant sur la répétition de sa naissance prématurée : il s'en allait vivant, mais seulement tout juste. Il faut toutefois respecter le droit du patient de mettre fin au traitement. Je considère de plus comme essentiel d'évaluer le risque de suicide qui, d'après notre expérience clinique, est beaucoup plus susceptible de se produire qu'un effondrement psychotique. Mon patient pouvait rester attaché à sa perception de moi comme le persécutant afin d'éviter à tout moment la possibilité de développer une position dépressive pouvant entraîner des pensées suicidaires. Son arrêt prématuré du traitement suggérait également d'autres possibilités. Il avait peut-être besoin de s'échapper afin de me garder comme bon objet et éviter ainsi que je ne risque de devenir une deuxième peau fétichisée. Ou bien, peut-être ressentait-il le besoin de me protéger de son désir de m'envelopper et de m'étouffer (Anna Motz, communication personnelle, 2008).

Ce que je raconte là d'un patient que j'ai eu en psychothérapie il y a longtemps, quand j'étais encore inexpérimentée mais très désireuse d'apprendre, ouvrira peut-être, comme je l'espère, la voie à de nouveaux éléments pour une compréhension psychodynamique de la perversion. Bien que j'écrive sur lui pour la première fois, je n'ai cessé de penser à lui de temps à autre, en particulier lorsque j'entends des commentaires ridicules ou trompeurs sur des individus qui sont la « proie » des médias ou des tribunaux, quand il est si facile de porter des jugements malveillants ou sans rien connaître sur la question. Lui-même et son traitement me viennent également à l'esprit lorsque j'enseigne à mes étudiants.

Mon rêve dans le contre-transfert

Afin d'expliquer comment j'ai fait le lien entre Houdini et la naissance de ce patient, je voudrais apporter l'indication importante que je dois cet *insight* à la psychanalyse que j'ai faite très tôt. Je faisais un rêve récurrent et très anxiogène.

Dans ce rêve, je suis allongée dans un hamac suspendu, ayant un sentiment intense d'espace et de profondeur en dessous, et je ne peux me mouvoir agréablement et avec douceur. Le hamac se met à bouger de plus en plus rapidement et je perds le contrôle de ce qui se passe. Je regarde en dessous et, à ma grande consternation et frayeur, je vois que l'espace se réduit de plus en plus ; j'ai vraiment peur car je vois des surfaces aiguës, coupantes, juste en dessous de moi. Le hamac rétrécit, disparaît, et je tombe finalement dans un précipice (une situation qui n'est pas sans rappeler le plongeur mexicain d'Acapulco qui gagne sa vie en la risquant chaque fois qu'il plonge du haut d'une falaise dans un petit trou d'eau ; ce qui demande de s'entraîner beaucoup, de savoir s'y prendre, du courage et d'être dans la nécessité de survivre). Je me réveille paniquée, trempée de sueur froide, soulagée d'être en vie.

Quand j'ai rapporté ce rêve à mon analyste lors d'une séance, je l'ai entendue suggérer, calme et confiante, qu'il s'agissait peut-être d'un rêve de naissance représentant un accouchement très rapide et que cela pourrait expliquer mes angoisses de séparation. Ma mère était décédée mais j'ai interrogé la sage-femme, une amie de la famille, pour lui demander si elle se souvenait de ma naissance. Elle a répondu immédiatement et sans la moindre hésitation : « Comment pourrais-je l'oublier, tu es sortie comme un bouchon de champagne, incroyablement vite et avec une vitalité inouïe, je n'avais jamais vu cela. » Je « savais » donc tout cela depuis toujours sans vraiment le savoir. Je me souviens avoir parlé de cette expérience à R. D. Laing, un jour que j'étais venue écouter une conférence qu'il donnait à l'université royale des psychiatres de Londres : il avait traité de la régression psychique au stade du blastocœle, au tout début de la vie fœtale, juste après la fécondation de l'ovule. Une fois encore, je suis reconnaissante au professeur Etchegoyen, mon premier psychanalyste, de m'avoir amenée à des *insights* aussi importants.

PERVERSION ET PERVERSION FÉMININE

Certains d'entre vous connaissent peut-être l'objet de ma présentation d'aujourd'hui, c'est-à-dire, mes idées sur la perversion féminine et le passage

d'une priorité donnée au pénis et à l'angoisse de castration dans l'étiologie de la perversion, à l'accent mis sur le fonctionnement reproductif aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Welldon, 1988). Je me suis également intéressée aux traits du corps féminin et à ses représentations mentales uniques, en particulier en ce qui concerne la maternité et les bébés. J'ai pris conscience que dans la conceptualisation freudienne de la résolution des complexes œdipiens chez les filles, dans le fantasme d'avoir le bébé de papa, l'équation entre pénis et bébés était établie pour la première fois. De là, j'ai commencé à écouter – et à me souvenir d'avoir écouté sans vraiment entendre – des femmes parler de leurs difficultés à élever leurs enfants. Elles évoquaient parfois, avec quelques hésitations, l'escalade qu'elles vivaient en réaction aux exigences de leurs bébés, allant de l'irritation jusqu'à des fantasmes meurtriers extrêmes. Je me souviens comment les autres étouffaient ce que ces mères étaient en train de dire, même en thérapie de groupe (où j'ai commencé à découvrir cette situation).

Personne ne voulait jamais entendre ou faciliter ces déclarations cathartiques. D'où une difficulté encore plus grande à supporter des sentiments qui, de ce fait même, risquaient encore plus d'être mis en acte. Une grande partie de cela avait à voir avec la glorification de la maternité et la résistance totale à une reconnaissance du fait que les grossesses résultent parfois de projets de vengeance conscients ou inconscients, où les femmes se sentent pour une fois avoir le pouvoir et entièrement contrôler la situation ! Bien entendu, leur sentiment de pouvoir et de contrôle s'inversait du tout au tout dès qu'elles se rendaient compte qu'elles n'avaient ni les compétences ni les ressources émotionnelles intérieures pour faire face aux situations créées par les exigences croissantes de bébés capables d'exprimer avec une telle intensité ce dont ils ont désespérément besoin – pas précisément ce qu'une jeune femme qui se sent non désirée ou non désirable attend, alors qu'elle a plutôt besoin d'un bébé comme de « quelqu'un qui va l'aimer ». Est-ce si bouleversant que lorsqu'elle regarde l'autre (le bébé) comme le self dans le besoin, désespéré, qu'elle ne veut/peut reconnaître comme son propre self, elle se sent meurtrière et veut tuer cette part d'elle-même qui a été précédemment niée ? La part niée a été remplacée par le besoin d'avoir quelqu'un qui pourrait s'occuper d'elle. Là est le fond du problème. Elle est ce bébé dans le besoin, désespéré, dont on n'a jamais vraiment pris soin, auquel on n'a jamais fait bien attention, sans parler de l'amour qu'il n'a pas reçu. Il est donc essentiel de comprendre que le processus du maternage défaillant s'étend sur trois générations.

Nos patients de sexe masculin

Bien entendu, aussi bien moi-même que d'autres avons toujours entendu nos patients parler de leurs expériences précoces marquées par une carence affective. Parfois, celles-ci sont niées – « Quand j'étais enfant, tout était magnifique » –, mais elles émergent nettement dans le transfert. À travers les processus de l'élaboration et d'une compréhension approfondie, des répétitions qui, à l'époque, semblaient dépourvues de sens logique apparaissent plus tard de toute évidence comme des souvenirs-écrans d'événements plus traumatiques, anciens et cachés. Ceux-ci remontent à des temps reculés du début de la vie et sont à l'origine d'une psychopathologie très grave.

En ce qui concerne le patient dont j'ai parlé ici, je n'avais jusque-là jamais pensé pour lui à un maternage défaillant ou pervers. Mais pourquoi pas ? Je me pose maintenant la question. Les choses ne se passent pas comme si on choisissait d'être ou de devenir une mère « perverse ». Si je crois vraiment n'avoir aucun préjugé à cet égard et penser aux conséquences du fait que des générations précédentes de femmes ont été exposées à des processus de maternage défaillant, alors pourquoi mon refus de voir mon patient comme le fœtus non désiré qui a dû être expulsé de l'utérus maternel bien avant qu'il ne soit normalement prêt pour l'accouchement et puisse venir au monde comme il l'aurait fallu ? J'en suis venue à penser qu'il ne pouvait faire confiance à rien d'autre qu'à une boîte rigide pour le contenir lui et ses besoins. Après tout, c'était une sorte de boîte qui l'avait amené à vivre. Comme je l'ai dit précédemment, sa décision d'arrêter la thérapie quand sa femme a été enceinte est devenue plus claire. Nous devrions peut-être commencer à penser en termes de conception, non pas de naissance. Il se peut que, dans son économie psychique, il se sente plus proche du moment où il a été conçu. Cette observation s'appuie sur des recherches que je mène actuellement. Je cherche à savoir dans quelle mesure, tant dans les perversions masculines que féminines, le corps de la mère est l'objet de l'attaque et de l'envie meurtrière. Ces attaques se produisent habituellement de manières symboliques, mais c'est parfois aussi le corps réel qui est concrètement attaqué. Cela se trouve particulièrement mis en évidence et vécu de la façon la plus sadique dans l'attaque contre le corps de la femme enceinte. Une universitaire britannique, Amber Jacobs, a récemment étudié le désir de matricide dans un ouvrage riche et instructif ; *On Matricide* (Jacobs, 2008) constitue d'une certaine façon le complément des idées formulées vingt ans plus tôt dans *Mother, Madonna, Whore* (Welldon, 1988) et des théories dominantes à l'époque, le résultat du déni d'une conceptualisation de la perversion féminine, d'autant plus fort si celle-ci était associée à la version idéalisée de la maternité.

On reconnaît habituellement en psychanalyse qu'un symbolisme particulier est également présent dans des effractions où des individus pénètrent dans des maisons dont ils ne connaissent pas les habitants sans en tirer quoi que ce soit sur le plan financier. Dans ce type d'incidents, ce sont souvent quelques jeunes qui entrent dans une maison par effraction. Une fois à l'intérieur, ils se livrent à toutes sortes d'actes, tels que prendre de la nourriture dans le réfrigérateur, mettre les pièces dans un grand désordre, uriner et déféquer. Ils laissent la maison sens dessus dessous mais n'emportent rien, au grand étonnement des propriétaires quand ils constatent que rien ne manque ; en d'autres termes, les jeunes ne tirent aucun profit financier de leurs actes puisqu'ils ne volent rien. Les propriétaires se sentent très humiliés et en colère ; quant à la police, elle reste tout à fait déconcertée, perplexe, et exprime elle aussi sa colère.

La scène primitive par excellence

Ce sont des actes sadiques contre le corps de la mère que représente symboliquement la maison dans laquelle les individus sont entrés. Le corps de la femme enceinte représente plus que la somme de ses parties : il est l'incarnation du souhait satisfait, le désir sexuel de l'Autre et l'accomplissement de cette union que le nouvel être représente. Le corps de la femme enceinte est une combinaison unique de la puissance de l'union sexuelle, tellement enviée, et de la vitalité et vigueur du nouvel être (quand on laisse de côté à la fois la traditionnelle envie du pénis et son équivalent, l'envie de l'utérus, que l'on oublie aisément et ne reconnaît pas facilement). Il y a là une prise de conscience explosive que les organes mâle et femelle sont unis dans l'acte sexuel et qu'un nouveau cycle de maturation émotionnelle et physique existe potentiellement quand les partenaires se rendent compte qu'ils vont devenir des parents. Mais nous savons bien aussi que la grossesse déclenche la violence et que les femmes enceintes sont beaucoup plus susceptibles de subir des sévices physiques de la part de leur partenaire masculin, mais aussi d'étrangers (Aston, 2004 ; Bacchus, 2004 ; Foy *et al.*, 2000 ; Mezey, 1997 ; Royal College of Midwives, 1999 ; Stark & Flitcraft, 1996 ; Taft, 2002).

C'est la scène primitive par excellence et elle met des individus vulnérables, immatures, dans une situation tout à fait étrange. Même les hommes responsables de la grossesse peuvent éprouver des émotions puissantes et opposées. Consciemment, l'idée qu'ils ont eu le pouvoir de féconder leur partenaire les remplit de fierté et d'enthousiasme. Mais, comme d'habitude, les choses ne se présentent pas aussi simplement dans leur esprit inconscient ; d'où une opération paradoxale qui est à l'œuvre. Certains hommes

reviennent à la position de l'enfant humilié et exclu. James Gilligan (1996, 1990, 2009) a fait remarquer qu'avant tout acte violent, il y a toujours le sentiment subjectif d'être humilié. Le problème est que nous ne savons pas ce qui constitue, pour chaque homme, une exposition au sentiment de l'humiliation quand des traumatismes précoces se trouvent pleinement réactivés, tant leur puissance était grande quand, dans leur enfance, ces individus se sentaient impuissants et sans défense. Il en va de même pour les femmes après que leurs partenaires les aient quittées : blessées émotionnellement, parfois aussi physiquement, elles ressentent un sentiment intense d'humiliation et peuvent facilement le mettre en acte contre leurs enfants impuissants. Le cycle de la violence et des mauvais traitements se trouve ainsi à jamais reproduit.

Je voudrai maintenant proposer ma définition de la perversion qui mène au concept de perversion féminine ; je traiterai ensuite des implications thérapeutiques, en particulier de la thérapie de groupe.

LE MOUVEMENT CIRCULAIRE INTERNE DE LA PERVERSION

Dans la perversion, l'angoisse sexuelle apparaît comme le résultat d'un conflit entre le ça et le surmoi, où le ça tracas le moi avec un fantasme bizarre. Le ça fait pression sur le moi afin de le corrompre en partie, ou temporairement, avec ses besoins croissants (cf. Figure 1). Le moi, soutenu par le surmoi, lutte contre l'agir du fantasme, car cela semble incompatible avec le sens de l'intégrité du moi. L'angoisse grandit donc et une action immédiate est exigée. Finalement, sous la pression croissante du ça, le moi est corrompu et cède à l'exigence d'un agir. L'action est devenue temporairement égosyntonique et permet ainsi à la perversion d'avoir lieu. Le but – celui d'une décharge de l'angoisse sexuelle hostile – est essentiel. Cette hostilité se rattache à la vengeance d'un trauma précoce lié à une humiliation en rapport avec le genre de l'individu et/ou à une peur terrible de ne rien maîtriser face à la perte imaginée de la personne la plus importante (l'objet primaire). Le sentiment de bien-être ainsi obtenu n'est toutefois que de courte durée, immédiatement remplacé par la culpabilité, le dégoût de soi, la honte et la dépression. L'agir est de nouveau vécu comme égodystonique, et le mouvement circulaire recommence une fois de plus. C'est pourquoi la perversion n'est égosyntonique que de façon transitoire. Elle est compulsivement repoussée, mais aussi compulsivement répétée. De nouveau, le besoin de

répéter l'action est profondément lié à l'instinct de mort. Mais quelque chose est préservé et gardé en vie, et cela fait également partie de la fonction de la perversion. C'est ce paradoxe qui rend les perversions tellement irrésistibles pour les patients.

Afin d'évaluer précisément s'il est opportun d'entreprendre un traitement psychothérapeutique avec ce type de patients, nous devons modifier les termes et les concepts utilisés pour l'évaluation des patients névrosés. Comme la figure 1 le montre, le fait que l'acte criminel est commis avec maladresse facilite l'évaluation de la pathologie de la personne, l'acte étant devenu de toute évidence égodystonique. Comme tel, l'acte criminel est devenu l'équivalent du symptôme névrotique. Ce qui se rattache à la notion freudienne du crime en tant qu'expression plutôt que cause de la culpabilité.

LE MOUVEMENT CIRCULAIRE INTÉRIEUR DE LA PERVERSION

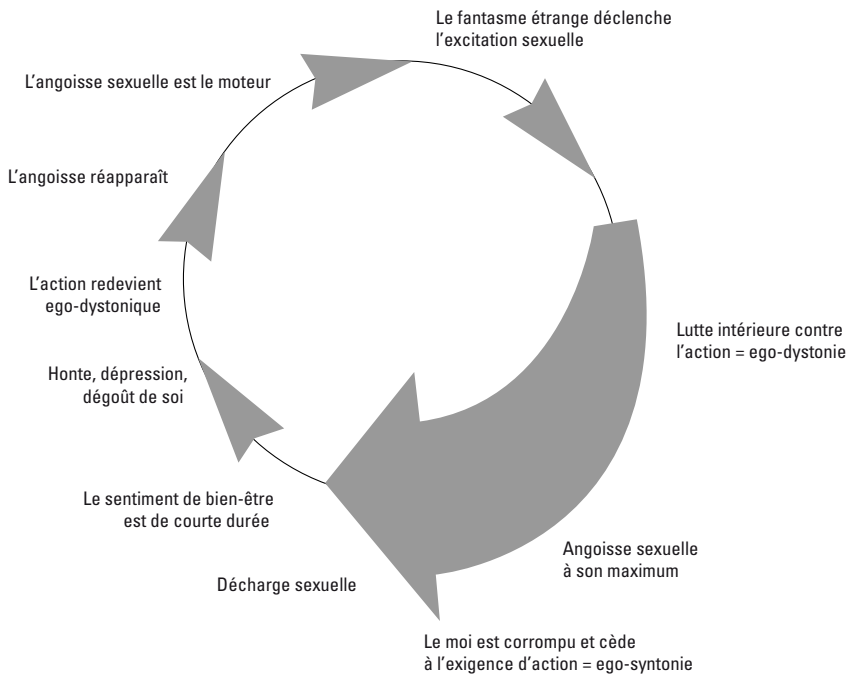


Fig. 1 : Le mouvement circulaire intérieur de la perversion.

L'agresseur peut également exprimer des peurs d'une peine d'emprisonnement. Cela peut à la fois indiquer sa motivation à engager un traitement et que c'est le moment de commencer. Il est maintenant prêt à admettre sa psychopathologie et montre parfois un début de capacité d'*insight*. De ce point de vue thérapeutique, il n'est pas regrettable qu'un patient doive être poursuivi en justice ; on peut en revanche regretter qu'il doive parfois exécuter une peine alors qu'il est justement prêt pour le traitement. Cela peut aussi lui valoir pour la première fois un casier judiciaire pendant qu'il est en thérapie ou sur la liste d'attente. De façon paradoxale, cela résulte parfois de la réussite même de notre traitement. Nous pourrions ainsi dire que, d'une certaine façon, la psychothérapie contribue à faire grimper le taux de la criminalité officielle enregistrée dans les statistiques !

On constate souvent dans les perversions que l'individu a conscience que quelque chose « s'empare de lui » et qu'il essaie de lutter contre ses actes pervers, habituellement en vain, et finit par céder à la pression d'agir. Il se sent ensuite accablé de honte, de dégoût de soi, et très déprimé. Il est pris dans un cycle répétitif dans lequel il ne peut s'empêcher d'agir afin de se sentir soulagé d'une angoisse sexuelle intense qui, une fois momentanément apaisée, exige de nouveau l'exécution du même acte bizarre et « illogique ». À côté du cycle répétitif de la honte, du dégoût de soi et de la dépression, il y a un désir inconscient d'humilier ou de blesser une autre personne. Dans le sadomasochisme, ce cycle de sentiments est particulièrement dénié.

LA CONCEPTUALISATION DE LA PERVERSION FÉMININE : LE CORPS COMME BOURREAU

L'expérience acquise à la clinique Portman a montré que des femmes dansent elles aussi avec la mort, que la perversion féminine existe, mais qu'il y a une différence importante entre les perversions sexuelles des hommes et celles des femmes. Tant chez les hommes que chez les femmes, les organes et les fonctions de la reproduction sont utilisés dans la perversion ; les hommes se servent de leur pénis pour accomplir leurs activités perverses, les femmes de leur corps entier, les organes sexuels-reproducteurs féminins étant plus étendus – d'où une psychopathologie différente qui résulte des caractéristiques inhérentes au corps féminin, notamment la capacité d'enfanter. Comme nous le savons, Rascovsky et Rascovsky notaient dès 1968 que l'on pouvait voir le peu d'intérêt accordé à ce domaine dans la littérature psychanalytique comme « un aspect de la résistance universelle à reconnaître les pulsions infanticides

de la *mère*, sans doute la réalité la plus effroyable et troublante à laquelle nous soyons confrontés » (Rascovsky & Rascovsky, 1968).

Les psychopathologies les plus fréquentes chez les femmes sont les syndromes d'automutilation associés à des troubles biologiques/hormonaux affectant le fonctionnement de la reproduction : par exemple, l'anorexie nerveuse, la boulimie et des formes d'automutilation, dans lesquelles l'absence ou la présence des règles peuvent servir d'indicateurs de la gravité de l'état de la personne ; ou encore les sévices auto-infligés, certaines formes de prostitution et les sévices sexuels et physiques infligés à des enfants, notamment l'inceste avec des enfants des deux sexes (cf. figures 2 et 3). Dans une étude riche, exhaustive, sur les fantasmes d'être battue et sadomasochistes chez les femmes (Person et Klar, 1994), Ethel Person a forgé deux expressions – celle de « corps muet » (qui dénote l'absence de désir sexuel) et celle de « corps comme ennemi » (qui renvoie aux symptômes hypocondriaques). En ce qui concerne les situations spécifiques de mes patientes dans leur rapport à leur corps et à leurs bébés, l'expression de « corps comme bourreau » me semblerait appropriée pour désigner les désirs compulsifs inconscients que ces femmes vivent envers leurs corps dont elles font un instrument de torture efficace en s'attaquant à elles-mêmes et à leurs bébés. Les victimes peuvent vivre une dépendance au trauma qui entraîne l'autodestructivité. Notons qu'il y a là également différents degrés de dissociation, les plus graves correspondant au syndrome de Munchausen par procuration. Parfois, c'est le partenaire qui se trouve inconsciemment désigné comme le bourreau.

Ici encore, la danse avec la mort est très présente chez ces femmes, dirigée contre elles-mêmes ou contre leurs enfants, parfois les deux. Anna Motz (2008) décrit de façon très vivante comment les actes d'automutilation constituent une défense contre l'intimité, attachant une femme à son propre corps à l'exclusion de tout autre. Elle établit un lien chez les femmes « cutters » entre le fait de couper la peau et la création d'une barrière entre le thérapeute et le patient : « Les femmes situent leur sentiment d'identité dans leur corps, qui peut être un instrument puissant d'autoexpression. Chez de nombreuses femmes, les expériences douloureuses sont littéralement inscrites sur leur corps » (Motz, 2008, p. 250).

La principale différence entre l'acte pervers chez l'homme et la femme, c'est l'objet. Chez les hommes, l'acte est dirigé vers un objet partiel extérieur, alors que chez les femmes, il est dirigé contre elles-mêmes, ou bien contre leurs corps, ou bien contre des objets qu'elles voient comme leurs propres créations, c'est-à-dire leurs bébés. Dans les deux cas, les corps et les bébés sont traités en tant qu'objets partiels déshumanisés ; certaines mères se servent des bébés comme des objets transitionnels avec des caractéristiques fétichistes (Welldon, 1988).

Je prendrais maintenant l'exemple d'une patiente adressée pour une évaluation psychiatrique du fait de son comportement violent à l'égard de son deuxième enfant.

Sa première grossesse avait été une surprise pour elle, mais elle avait ressenti le besoin d'aller jusqu'au bout car de cette façon, pensait-elle, elle s'assurait contre la hantise d'être seule. L'enfant pouvait devenir totalement dépendant d'elle et être entièrement sous son contrôle. À la naissance du premier enfant, elle s'est sentie submergée par des sentiments de répulsion et de révolte contre le bébé. Dans un premier temps, prête à lui donner des coups de pieds, elle a décidé après réflexion, et afin de surmonter ces horribles sentiments, de fixer dans son esprit l'idée que le bébé faisait partie d'elle. Bien que cela lui ait fait horreur, elle se surprenait à trouver des pensées et des actes contre son bébé sexuellement excitants ; finalement, le bébé était devenu pour elle source de satisfaction sexuelle. Certains jours, elle décidait que son bras droit était son bébé, d'autres fois il était l'une de ses jambes. De cette façon, elle parvenait à maîtriser ses impulsions à frapper violemment cet enfant. Par la suite, incapable de faire la même chose avec son deuxième bébé, elle affirmait : « Il n'y a plus rien dans mon corps pour un deuxième, tout a été épuisé par le premier. »

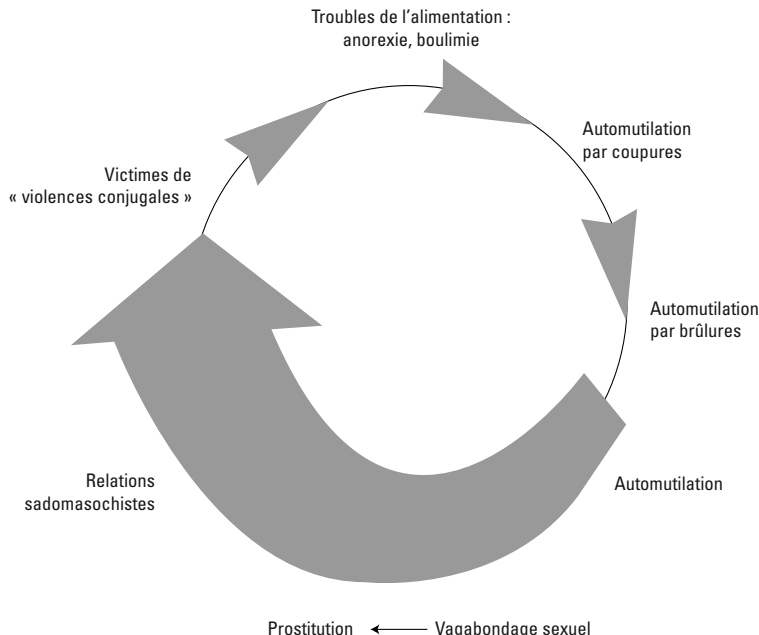


Fig. 2 : La perversion chez la femme : contre son propre corps.

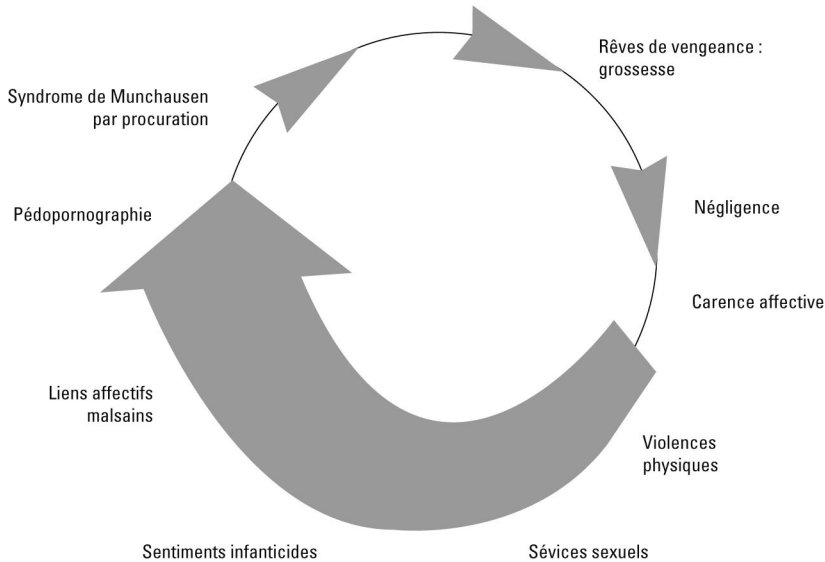


Fig. 3 : La perversion chez la femme : contre son propre corps-bébé.

Une forte déshumanisation et la réduction de l'objet à un objet-partiel, qui constituent des traits de la perversion, étaient ici à l'œuvre. Mais il y avait également chez cette mère la préoccupation qui devient de l'inquiétude et le souhait intense de comprendre afin de mettre fin aux actes destructeurs.

Le processus du maternage

Les auteurs d'études psychanalytiques à partir de Margaret Mahler (1963, 1979) évoquent le processus du maternage comme cause du développement ultérieur de perversions. La plupart s'accordent à penser que la relation mère-enfant est essentielle pour comprendre la genèse de la perversion mais personne ne reconnaît qu'il existe également une perversion de la maternité elle-même. De plus, les auteurs disent peu de choses sur la pathologie *réelle* de ces mères et on ne sait pas très bien s'ils considèrent la mère « cruelle », « sadique » comme un fantasme de leurs patients ou s'il s'agit là d'une évaluation précise de ces femmes. Le principal problème réside peut-être dans la théorie freudienne qui voit la perversion comme le produit de l'angoisse œdipienne. Paul Verhaeghe dit à ce propos, soutenant sa propre théorie en termes lacaniens : « C'est faux ; l'angoisse a trait au surmoi maternel. Il s'agit

là du Premier Autre qui contrôlait tout et le scénario pervers vise explicitement à renverser la situation » (2004, p. 411). De nouveau, quand il parle de l'importance du trouble du stress posttraumatique dans la psycho-éthologie de la perversion, il affirme : « Le pervers se méfie fondamentalement de l'Autre, et donc de tout autre. Le fait d'avoir été maltraité par quelqu'un qui aurait dû être protecteur amène plus tard la victime à se méfier de tout le monde » (Verhaeghe, 2004). Des expressions artistiques de tours ou stratagèmes auxquels nous sommes confrontés quotidiennement, et que nous avons toujours tant de mal à accepter, révèlent avec finesse en quoi peut consister la situation terrible d'avoir été trahi par la personne censée prendre de soin de nous et être responsable de notre bien-être. J'ai été frappée émotionnellement par la profondeur de ce que Juan Munoz montre dans la récente rétrospective de ses œuvres à la Tate Modern de Londres, où il nous met très subtilement en contact avec la violence, le désastre et notre rencontre avec l'Autre en nous-mêmes. Une des œuvres, si trompeusement simple que les visiteurs de l'exposition n'y prêtent en général aucune attention, montre peut-être avec la plus grande subtilité cette situation de contrainte entre sécurité et danger. Celle-ci se compose d'une main courante qui présente une particularité. Le catalogue en dit ceci :

« La présence de la figure humaine se trouve fortement évoquée : la rampe est là pour que la main la saisisse ; elle est là pour assurer la sécurité de quelqu'un qui monte un escalier ou emprunte un couloir peu commodes et le guider. Mais c'est précisément ce sentiment de sécurité que Munoz veut ébranler. *First Banister* (Première rampe, 1987) comprend un couteau à cran d'arrêt ouvert, caché derrière la rampe, prêt à couper la main de quiconque la saisit pour s'appuyer » (Tate Modern, 2008).

C'est exactement ce qui se passe pour le petit enfant qui fait entièrement confiance à sa mère, se repose sur elle face aux situations diverses que la vie lui présente. S'il rencontre le contraire d'une relation de confiance, c'est alors sa survie qui est en jeu car sa mère, à travers sa propre fragilité, le met face à une situation où sa vie est en danger.

L'insatisfaction à l'égard du corps féminin

Il est vraisemblable que des jeunes femmes ayant connu des carences affectives précoces et n'ayant pas appris à s'affirmer pendant leur adolescence seront de plus en plus insatisfaites d'elles-mêmes et de leurs corps. Cela se manifeste souvent au moment de l'adolescence par des troubles de l'alimentation tels que l'anorexie et la boulimie, par le vagabondage sexuel, la toxicomanie, l'automutilation par coupures ou brûlures. Autant de précurseurs de

violences à l'égard d'autres personnes, qui constituent le profil psychologique de la femme qui inflige des mauvais traitements. L'ambivalence à l'égard du corps féminin, mais aussi de la mère, réside au cœur du cycle de la maltraitance. En vieillissant, ces jeunes femmes rencontrent parfois des difficultés intérieures considérables à établir des relations saines, satisfaisantes et émotionnellement matures. Au lieu de cela, il leur arrive de s'engager dans des relations avec des hommes ou des femmes où l'on voit émerger un schéma sadomasochiste. Il leur est très difficile de se sortir de ce type de relation car la danse avec la mort opère irrésistiblement.

Quand elles parviennent à mettre fin à la relation, c'est chaque fois pour en commencer une autre qui acquiert très rapidement les mêmes caractéristiques que la précédente. Les choses se passent ainsi car le partenaire brutal représente une part d'elles-mêmes, celui-ci devenant l'incarnation de leur haine d'elles-mêmes. Elles n'ont parfois plus besoin d'attaquer leur propre corps de différentes façons car ce rôle a été inconsciemment attribué au partenaire. Les rapports hétérosexuels présentant des traits sadiques deviennent alors la règle. Ces femmes sont en apparence soumises, dociles et passives, mais la vengeance habite en fait leurs rêves, aussi bien diurnes que nocturnes, et leurs fantasmes. Elles font des rêves de grossesse qui présentent différentes connotations psychiques : par exemple, cet état devient l'expression d'une vengeance contre l'homme très destructeur et méprisant. Ou bien, si elles se retrouvent seules, se sentant isolées et déprimées, elles veulent parfois un bébé qui leur tient compagnie et leur donne une affection inconditionnelle. Elles ne se rendent pas du tout compte que, livrées à elles-mêmes, elles peuvent facilement se laisser aller à maltraiter leur bébé car elles sont incapables, ni psychologiquement ni autrement, de donner tout ce qu'une « mère suffisamment bonne » devrait donner. En général, ce type de motivations n'est pas pris en compte par ceux qui voient la maternité comme un signe de développement sain et mature.

LES IMPLICATIONS DU TRAITEMENT

On ne peut facilement expliquer le besoin compulsif qu'ont des individus de répéter des mauvais traitements contre eux-mêmes et d'autres, mais il se trouve habituellement lié à l'évitement du deuil, à une insuffisance du fonctionnement symbolique et à une culpabilité persécutrice. Ceux qui mettent en œuvre les méthodes psychanalytiques pensent que la psychothérapie psychanalytique est

le seul moyen d'obtenir un changement intérieur durable car elle seule permet d'arriver à une compréhension psychologique du comportement auto-infligé. Nous savons également que la dynamique du sadomasochisme fait presque nécessairement d'une alliance thérapeutique une contradiction dans les termes : afin qu'il accède à une compréhension approfondie, la psychothérapie dynamique exige du patient un autoexamen émotionnel douloureux ; ce qui va précisément à l'encontre des pratiques bien connues des sadomasochistes dans l'agir, beaucoup moins menaçantes pour eux car profondément ancrées. Les psychanalystes courent également le risque que la douleur émotionnelle de la thérapie soit altérée en gratification masochiste.

Il y a quelques années, j'ai reçu la demande spontanée d'une jeune femme qui exprimait un besoin urgent d'engager une thérapie. Elle me disait : « Je vous écris dans le désespoir. J'ai besoin d'aide. J'ai 26 ans et mes six enfants sont actuellement placés ; j'en attends un qui va naître dans les semaines à venir et il semble que je vais aussi le perdre. Je tiens absolument à retrouver mes enfants mais je reconnais que je suis dans cette situation parce que j'ai été victime de mauvais traitements dans mon enfance. L'une de mes filles a été agressée sexuellement par l'un de mes agresseurs. Des souvenirs me reviennent maintenant, je fais des cauchemars et je suis dans une dépression terrible. Je ne supporte pas que mon partenaire me touche. Post-scriptum : J'ai été agressée sexuellement par cinq personnes différentes de l'âge de 2 ans à 12 ans, puis violée à 17 ans. Ma mère me maltraitait aussi physiquement à ce moment-là. »

Cette lettre était celle d'une femme accusée d'avoir incité à des agressions sexuelles. Elle avait confié sa fille à la garde de son beau-père qui se trouvait être l'un de ses agresseurs lorsqu'elle était elle-même enfant. Il y avait là non seulement une forte identification inconsciente à sa fille, mais aussi un sentiment de dégoût de soi que ses relations sadomasochistes et la brutalité à l'égard de son propre corps venaient étayer. Ceci constitue une autre catégorie dans laquelle la violence est en même temps active et inconsciente. Autrement dit, elle était tout à fait inconsciente de participer à un cycle où elle perpétuait son propre trauma en mettant son enfant dans une situation identique à celle qu'elle avait connue ; le trauma originel – la violence sexuelle à son égard et l'entremêlement complexe de sentiments qui en avait résulté – avait été enfoui et n'avait émergé à la conscience que lorsqu'elle s'était rendu compte de sa propre violence à l'égard de sa fille.

Cette jeune femme a été intégrée à un groupe thérapeutique et c'est dans ce cadre, soutenue par d'autres ayant vécu des situations similaires, qu'elle a pu réfléchir à sa propre violence. Il n'y avait là aucun risque que les autres la jugent. Au contraire, elle a vécu comme éclairante et très utile la confrontation

constante au sentiment de sa propre responsabilité, à la nécessité de la traiter et de l'« intégrer ». Et, à son tour, sa capacité à se transformer intérieurement de façon continue a aidé les autres à se rassurer sur leur propre capacité à donner des choses positives. Beaucoup de cohésion, de liens avec les autres et de réciprocité ont émergé dans le cadre du groupe. La patiente l'a quitté sept ans plus tard, ayant récupéré la garde intégrale de six de ses enfants et accepté en la comprenant son incapacité à s'occuper de sa fille aînée. Celle-ci avait ainsi pu exprimer sa colère et sa méfiance à sa mère qui, de son côté, avait respecté la décision de sa fille de ne pas vivre avec elle (la fille avait également engagé une psychothérapie à la clinique).

La psychothérapie analytique de groupe offre des avantages particuliers de traitement pour les victimes et les auteurs de violence sexuelle ; en effet, le secret et l'isolement font place à la révélation dans l'atmosphère contrôlée du groupe. Les participants font face à la souffrance et à la violence passée et prennent conscience de leur besoin de vengeance – qui alimente leur capacité à commettre des violences à leur tour. Il reste à regretter, tandis que l'on encourage le traitement des victimes et que tout le monde se préoccupe à juste titre de leur bien-être, qu'il n'en aille pas de même pour les agresseurs que l'on voit comme les produits de « forces du mal ». Il est de toute évidence difficile de traiter ces patients qui reproduisent certainement leur danse avec la mort dans le transfert. Combien de fois ai-je ressenti comme un chantage à mon égard l'acceptation facile d'une interprétation, ou au contraire son refus véhément, contenant une menace voilée envers ma propre survie.

L'ASSOCIATION INTERNATIONALE
POUR LA PSYCHOTHÉRAPIE LÉGALE ET LA « DÉCENNIE D'OR »

Nous savions qu'il nous fallait partager ces strates de prise de conscience, difficilement acquises au fil d'années d'expérience, non seulement entre nos diverses professions, mais aussi au sein de la communauté internationale des analystes, médecins, art-thérapeutes, psychologues, directeurs de prison, avocats et de nombreux autres qui sont en contact à travers leur travail, et bien évidemment au sein de la société en général. C'est pourquoi nous avons fondé en 1991 l'Association internationale pour la psychothérapie judiciaire (IAFP) qui, depuis lors, se réunit chaque année. L'IAFP a été créée comme un développement du Symposium européen lancé en 1981 à la clinique Portman, avec des collègues continentaux.

Il est important de reconnaître les dangers auxquels les thérapeutes sont exposés dans leur travail avec ce groupe de patients, exclus des relations avec les autres, isolés, mis à l'écart de la société. Du fait que nous avons choisi de travailler avec ces « pervers » et « criminels », nous, en tant que professionnels, sommes parfois regardés avec une suspicion qui reflète la situation de nos patients. L'IAFP œuvre à créer une unité à travers le partage d'informations, mais aussi les échanges sur les dilemmes et difficultés que nous rencontrons face à eux. Nos réunions sont l'occasion de former mais aussi de nous former à des méthodes de traitement théoriquement fondées et reconnues à un niveau international. De plus, le programme d'études de la psychothérapie légale, créé à la clinique Portman en 1990, offrait une formation à toutes les professions engagées auprès de patients relevant de la médecine légale. Tous les étudiants du programme d'études devaient apprendre à respecter les autres dans leurs domaines respectifs. Cela permettait de mettre en œuvre et de faciliter un processus d'interaction et de travail en commun, recommandé par le Rapport d'enquête de Cleveland sur la maltraitance d'enfants (Rapport d'enquête de Cleveland, 1988).

Avant de remercier mes ex-étudiants et stagiaires, que j'ai beaucoup appréciés, je voudrais exprimer ma grande reconnaissance à ceux qui ne sont plus là physiquement – en particulier Tim Scannell, James McKeith et Murray Cox –, dont les conceptualisations et les idées restent très vivantes dans l'esprit de notre travail. Ils y ont consacré leur temps, et leurs idées originales resteront présentes dans l'esprit de ce que l'IAFP s'efforce de développer.

Je suis très fière de ce que j'appelle la « Décennie d'or » – à peu près de 1990 à 2000 – qui a formé des cliniciens qualifiés, capables de diffuser et de développer la psychothérapie légale dans l'ensemble du Royaume-Uni et ailleurs. Ils sont maintenant responsables de l'expansion continue de l'IAFP en tant que forum annuel de discussion sur les questions théoriques et cliniques, très respecté dans d'autres pays. Durant les dix dernières années, deux maisons d'édition prestigieuses, Karnac et Jessica Kingsley, ont créé des collections de psychothérapie légale sous la direction de deux de mes ex-étudiants, maintenant des professionnels à part entière. Des auteurs reconnus écrivent de plus en plus d'ouvrages sur le sujet de la psychothérapie légale.

En ce qui concerne le développement de nos idées sur la maternité comme perversion féminine, fondées sur notre pratique à la clinique Portman, nous observons que notre écoute de ces femmes a également évolué. Nous sommes maintenant plus informés, mais aussi plus attentifs et ouverts aux appels que des femmes lancent pour qu'on les aide à remplir leur devoir de mère. Un

nombre grandissant de livres et d'articles ont été écrits (Adshead et Brooke, 2001 ; Aiyegbusi, 2002, 2004 ; Motz, 2008) sur la psychopathologie féminine grave et l'aide que l'on apporte aujourd'hui se révèle plus appropriée. Il nous reste beaucoup à accomplir, mais les changements sont en cours ; nous les observons non seulement chez les professionnels de la santé mentale, mais aussi d'un point de vue légal où des évolutions très importantes se produisent. La pratique de la psychothérapie analytique de groupe s'étend considérablement à la clinique Portman et je suis particulièrement reconnaissante à mes collègues responsables de l'équipe des praticiens de croire en ce type particulier de traitement pour des patients que nous avons considérés dans un premier temps comme tout à fait inadaptés à la thérapie de groupe du fait de leur comportement à la fois asocial et antisocial.

Je voudrais également exprimer ma reconnaissance à trois personnes en particulier. Tout d'abord à mon amie Helena Kennedy avec qui j'entretiens un dialogue suivi sur des questions psychanalytiques et juridiques, et dont la contribution est pour moi unique et essentielle. En identifiant et définissant plus précisément les problèmes des femmes, elle a œuvré en faveur d'une justice meilleure et plus satisfaisante pour elles (Kennedy, 1991). Avec mon amie Juliet Mitchell, j'ai fait d'extraordinaires voyages dans tout le pays où nous avons travaillé à remettre en cause d'anciens stéréotypes, notamment en employant des titres aussi provocateurs que « Hommes hystériques – femmes perverses ». Enfin, à partir de la mythologie sur la « mère sorcière », ou belle-mère, qui est l'équivalent du syndrome de la mère/madone/putain, mon amie Marina Warner s'est appuyée sur les découvertes cliniques dans le domaine et a développé sa réflexion dans une direction différente dès 1989 (Warner, 1989).

Le chemin a été long, parfois difficile mais très stimulant et gratifiant. Mon aventure à la clinique Portman a commencé en 1971 ; j'étais alors veuve, j'avais un petit garçon d'un an, et le directeur de la clinique Tavistock à l'époque, Robert Gosling, m'a conseillé de poser ma candidature à un poste à la clinique d'à côté – je m'y sentirais tout à fait à ma place, pensait-il. J'ai été embauchée et j'y suis en effet restée le plus longtemps que j'ai pu – c'est-à-dire trente ans – et ne l'ai quittée qu'au moment de prendre ma retraite. Maintenant, après toutes ces années, mes collègues et ex-étudiants me voient comme la grand-mère d'une jeune fille vive et dynamique face à laquelle je me sens parfois vieille, mais qui parfois aussi me rajeunit. En tout cas, comme on peut le voir, je pense toujours beaucoup à mon expérience professionnelle à la clinique Portman et je m'efforce d'élaborer des modèles théoriques à partir de celle-ci. Le travail créatif continue donc.

(Traduit de l'anglais par Anne-Lise Hacker)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adshead G., Brooke D. (2001), Munchausen's Syndrome by Proxy: Current Issues in Assessment, *Treatment and Research*, London, Imperial College Press.
- Aiyegbusi A. (2002), Nursing Interventions and Future Directions with Women in Secure Services, in A. M. Kettles, P. Woods and M. Collins (eds.), *Therapeutic Interventions in Forensic Nursing*, pp. 136-50, London, Kingsley.
- Aiyegbusi A. (2004), Thinking under Fire: the Challenge for Forensic Mental Health Nurses Working with Women in Secure Care, in N. Jeffcote and T. Watson (eds.), *Women's Secure Services*, London, Kingsley.
- Anzieu D. (éd.) (1987 [2000]), *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.
- Argentieri S. (2007), Erotic Playthings or Little Perverse Polymaths? Présentation au III^e Cowap (Comité sur les femmes et la psychanalyse – Association psychanalytique internationale), Conférence européenne sur l'inceste et la pédophilie, Lisbonne, 26-28 janvier ; également publiée : *Pedofilia : giocattoli erotici o piccoli perversi polimorfi?* *Psicoanalisi* 11(1), Gennaio-Giugno, Roma, Editore Franco Angeli, 2007.
- Aston G. (2004), The Silence of Domestic Violence in Pregnancy during Women's Encounters with Healthcare Professionals, *Midwives* 7(4), April.
- Bacchus L. (2004), Domestic Violence and Health, *Midwives* 7(4), April.
- Bick E. (1968), The Experience of the Skin in Early Object-Relations, *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.
- Bion W.R. (1961), Experiences in Groups and Other Papers, New York, NY, Basic Books; tr. fr. : *Recherches sur les petits groupes*, Paris, Puf, 1987.
- Bone J. (2008), US Stunned as Anti-Crime Governor Eliot Spitzer Is Linked to Prostitutes. Times Online, 11 mars. À consulter sur : http://www.timesonline.co.uk/tol/news/world/us_and_americas/article3539407.ece/
- Bonner S. (2006), A Servant's Bargain: Perversion as Survival, *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 1549-1567 ; tr. fr. : Un marchandage de serviteur. La perversion comme survie, *Année psychanalytique internationale*, Paris, In Press.
- Cleveland Inquiry Report (1988), Report of the Inquiry into Child Abuse in Cleveland 1987, Presented to the Secretary of State for Social Services by the Right Honourable Lord Justice Butler-Sloss, July 1988, London, HMSO, Cm 412.
- Eshel O. (2005), Pentheus rather than Oedipus: on Perversion, Survival and Analytic Presencing, *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 1071-1097.
- Etchegoyen R. H. (1991), Reversible Perspective, *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*, rev. edn, London, Karnac, pp. 772-778.
- Foy R. et al. (2000), *Antenatal Detection of Domestic Violence*, Lancet, vol. 355, p. 1915.
- Gilligan J. (1996), *Violence: Reflections on a National Epidemic*, London, Kingsley.
- Gilligan J. (1999), *Violence: Reflections on Our Deadliest Epidemic*, London, Kingsley.
- Gilligan J. (2009), Sex, Gender and Violence: Estela Welldon's Contribution to our Understanding of the Psychopathology of Violence, *British Journal of Psychotherapy*, 25(2).

- Hopper E. (1986), The Problem of Context in Group-Analytic Psychotherapy, in M. Pines (ed.), *Bion and Group Psychotherapy*, London, Routledge & Kegan Paul, pp. 350-353.
- Hopper E. (1991), Encapsulation as a Defense against the Fear of Annihilation, *International Journal of Psychoanalysis*, 72.
- Houzel D. (2005), L'enveloppe psychique : concepts et propriétés, in D. Anzieu, *Les Enveloppes psychiques*, 2000, Paris, Dunod.
- Hucker S. J., Blanchard R. (1992), Death Scene Characteristics in 118 Fatal Cases of Autoerotic Asphyxia Compared with Suicidal Asphyxia, *Behavioral Sciences and the Law*, 10, 509-523.
- Jacobs A. (2008), *On Matricide*, New York, Columbia University Press.
- Kennedy H. (1991), *Eve Was Framed*, London, Chatto & Windus.
- Lewis M. (2007), GOP Senator Larry Craig's « Wide Stance », *Huffington Post*, 27. August. L'article peut être consulté en suivant ce lien : http://www.huffingtonpost.com/martin-lewis/gop-senatorlarry-craigs_b_62084.html/.
- Limentani A. (1989), Between Freud and Klein, *The Psychoanalytic Quest for Knowledge and Truth*, London, Free Association Books.
- Mahler M. (1963), Thoughts about Development and Individuation, *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 307-324.
- Mahler M. (1979), *The Selected Papers of Margaret S. Mahler*, 2 vols., New York, Aronson.
- Marucco N. (2007), Between Memory and Destiny: Repetition, *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 309-28; tr. fr. : Entre le souvenir et le destin : la répétition, *RFP*, t. LXXI, n° 3, Paris, Puf, 2007 (traduit de l'espagnol par Anne-Lise Hacker).
- McDougall J. (1995), *The Many Faces of Eros: a Psychoanalytic Exploration of Sexuality*, London, Free Association Books ; tr. fr. : *Éros aux mille et un visages : la sexualité humaine en quête de solutions* (1996), Paris, Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient ».
- Menninger K. (1967), The Injustice of Justice: who Is to Blame? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 31(6), 325-333, November.
- Mezey G. (1997), Domestic Violence in Pregnancy, in S. Bewley, J. Friend et G. Mezey (eds.), *Violence against Women*, London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Motz A. (2008), *The Psychology of Female Violence: Crimes against the Body*, London, Routledge.
- Nathan T. (1987), Deux représentations oniriques du moi-peau, in D. Anzieu, *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 2000.
- Ogden T. H. (1996), The Perverse Subject of Analysis, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 1121-1146.
- Person E., Klar H. (1994), Establishing Trauma: the Difficulty Distinguishing between Memories and Fantasies, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 1055-1081.

- Rascovsky A., Rascovsky M. (1968), On the Genesis of Acting out and Psychopathic Behaviour in Sophocles' Oedipus, *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 390-395.
- Rosenfeld H. (1987), *Impasse and Interpretation*, London, Tavistock.
- Royal College of Midwives (1999), Domestic Abuse in Pregnancy, Position Paper 19 a, London, Royal College of Midwives.
- Stark E., Flitcraft A. (1996), *Women at Risk*, London, Sage.
- Taft A. (2002), *Violence against Women in Pregnancy and after Childbirth: Current Knowledge and Issues in Healthcare Responses*, Australian Domestic and Family Violence Clearing House Issues, Paper 6.
- Tate Modern (2008), *Juan Munoz: a Retrospective*, 24 January-27 April 2008. Exhibition Guide. À consulter sur : <http://www.tate.org.uk/modern/exhibitions/juanmunoz/rooms/room4.shtml/>.
- Verhaeghe P. (2004), *On Being Normal and Other Disorders: a Manual for Clinical Psychodiagnostics*, New York, Other Press.
- Warner M. (1989), *Into the Dangerous World: some Thoughts on Childhood and its Costs*, London, Chatto Counterblasts, n° 5.
- Welldon E. (1988), *Mother, Madonna, Whore: the Idealization and Denigration of Motherhood*, London, Free Association Books.
- Winnicott D.W. (1935), The Manic Defence, in *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*, London, Hogarth, 1975 ; tr. fr. : La défense maniaque, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1989), Paris, Payot, pp. 19-36. (Exposé fait à la Société britannique de psychanalyse le 4 décembre 1935.)
- Winnicott D.W. (1965) Crime, Law and Corrections, *Winnicott, C. et al. (eds.)*,
- Winnicott D.W. (1974), Fear of Breakdown, *International Review of Psychoanalysis* 1, 103-7 ; tr. fr. : La crainte de l'effondrement, *Nouvelle revue de psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1975, n° 11.