

Missonnier, S., (2008). Identifications, projections et identifications projectives dans les liens précoces. La partition prénatale. *Le divan familial*.

**Identifications, projections et identifications  
projectives dans les liens précoces.  
*La partition prénatale***

Identification, projection sont des concepts princeps dans notre caisse à outils de psychanalystes. Ils jouent un rôle névralgique dans nos consultations familiales. Mais plus encore, notre dette de cliniciens périnataux à l'égard de leur fonction de boussole est majeure dans l'exploration pionnière des subtiles interrelations périnatales entre les « devenant parents » et les « naissant humains ».

Pour étudier ces notions océaniques à l'aube de la vie, il est essentiel d'en distinguer *a minima* les successives partitions prénatales et postnatales dans leurs complexes continuité et discontinuité biopsychiques périnatales. Je vais me centrer ici sur la seule partition prénatale des « parents enceints » et du fœtus jusqu'à la naissance. De fait, je considère cette séquence comme actuellement trop souvent masquée par une littérature psychanalytique abondante centrée sur l'*infans* « aérien » et les consultations thérapeutiques parents/bébés. Et, conjuguer mon plaidoyer récurrent (S. Missonnier, 1999, 2003, 2004) en faveur d'une reconnaissance anamnétique du « premier chapitre » prénatal du sujet en termes d'identification et de projection me donne aussi une bonne opportunité pour tenter d'en affiner l'argumentaire théorico-clinique.

Pour déployer mon propos, je vais suivre le plan suivant. D'abord, je vais sommairement définir les deux termes en visant *in fine* la défense et l'usage du concept kleinien d'*identification projective*, à mon sens utilement générique.

J'en aborderai ensuite la « traduction » dans le contexte périnatal en me centrant essentiellement sur le versant de ce que je nomme la nidification parentale – du latin *nidificare* « construire son nid », nicher -. Je ne traiterai donc pas ici, faute de place, l'interaction de ce processus de nidification parentale avec la nidation embryofœtale mais il est essentiel de souligner d'emblée combien *nidification parentale et nidation embryofœtale sont deux processus psychosomatiques mutuels et inextricables pendant la grossesse* (S. Missonnier, 2007).

L'exemple emblématique des angoisses de malformation me permettra de donner une déclinaison spécifiquement prénatale de ce champ conceptuel de l'identification projective parentale.

Il sera alors temps de conclure et de laisser au seuil de la naissance « sa majesté le bébé » abordant sa vie aérienne à l'issue du premier chapitre de sa vie aquatique d'embryon/fœtus dans le nid prénatal parental.

## **1 Identification et projection**

On définit classiquement l'identification comme un « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications » (J. Laplanche et J.B. Pontalis, 1967).

C'est le sens centripète le plus fréquent : le sujet capte à l'extérieur sur un autre et ramène à lui, c'est de l'import. Mais il y a aussi un sens possiblement centrifuge : le sujet identifie sa personne propre à un autre, c'est de l'export. Mais observons, sans attendre en nous fiant à notre expérience quotidienne et clinique, que le plus fréquent, c'est l'import-export simultané : le réciproque.

De *Totem et Tabou* à *Deuil et mélancolie*, Freud décrit une forme primaire de l'identification symbolisée comme une opération corporelle : c'est l'identification préoedipienne orale cannibalique de l'incorporation, forme initiale du lien affectif à l'objet avant les avatars oedipiens où le sujet poursuit sa constitution subjective.

À cette définition première de l'identification, il est important d'ajouter un apport post freudien. En effet, le substantif identification peut être pris dans un sens réfléchi : le verbe s'identifier, acte par lequel un individu devient identique à un autre. C'est le plus fréquent que nous venons d'évoquer, mais il en existe aussi un autre : le sens transitif – le verbe identifier, reconnaître pour identique-. Or, Mélanie Klein a justement bien vu cet aspect en décrivant une forme archaïque d'identification fantasmatisée : les objets qui sont semblables sont considérés comme identiques et cette forme omnipotente de fantasme donne lieu à une *confusion entre soi et objet*.

Dans cette lignée, l'identification adhésive d'Esther Bick (1967) reprise par Donald Meltzer (1975) permettra une avancée conséquente en la matière : l'identification dans l'objet nécessite la conquête préalable d'un espace interne

miroir d'une contenance externe. Précédemment chez le nouveau-né l'identification est adhésive (E. Bick, 1967) « quand il acquiert le sens d'une adhésivité, d'un *rétablissement* du sentiment d'être collé à la mère » par l'intermédiaire d'un toucher de sa part. C'est le fantasme de projection à la surface de l'objet qui précède le fantasme de projection dans l'objet. Cette identification adhésive est pour moi essentielle car elle vient commémorer la vie fœtale et le déménagement écologique de la naissance. J'entends, il est vrai, le « rétablissement du sentiment d'être collé à la mère » d'E. Bick *comme l'évocation de la sensorialité fœtale de la contenance utérine*.

La projection maintenant. C'est l'« opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des objets qu'il méconnaît ou refuse en lui » (J. Laplanche et J.B. Pontalis, 1967). Le phobique déplace à l'extérieur le danger pulsionnel interne à l'instar du petit Hans avec les chevaux.

La caricature, c'est le paranoïaque Schreber qui permet à Freud d'envisager la projection comme un mésusage délirant d'un mécanisme normal chez tout un chacun, enclin à trouver en dehors de lui une cause à son déplaisir et à être un brin superstitieux.

Freud évoque aussi la projection de l'analysant sur son psychanalyste mais jamais semble-t-il, il ne définira résolument le transfert comme une projection.

Je souhaiterais à ce sujet attirer l'attention sur un point sensible dans notre contexte : la conception freudienne de la projection souligne l'existence « normale » de ce mécanisme psychique *mais limite cette acception au rejet à l'extérieur ce qu'on refuse de reconnaître en soi-même ou d'être soi-même*. Ce que je souhaite mettre en exergue ici, c'est qu'il ne s'agit jamais de mettre à l'extérieur de soi sur l'autre, des éléments positifs du moins ambivalent *mais bien systématiquement et exclusivement, le « mauvais »*.

C'est notamment ce point qui m'a logiquement conduit à préférer l'usage générique de l'identification projective kleinienne car elle permet une riche déclinaison bionienne (1959) d'identifications normales et pathologiques bien en phase avec l'amplitude du spectre des possibles dans la vie quotidienne et en clinique.

## 2 Identification projective

En 1946, Klein définit l'identification projective de la position schizo-paranoïde comme un fantasme prototype de la relation d'objet agressive. C'est une « attaque anale par l'intrusion par force *de parties du moi* dans un objet afin de s'emparer de ses contenus ou de les contrôler » (R.D. Hinshelwood, 2000). L'originalité radicale de Klein, c'est d'envisager le nouveau-né envieux en mesure de commettre ce forfait fantasmatique.

Elle a appris de son analyste berlinois Abraham (1924) que la projection est dans les états maniaco-dépressif une étape d'un processus *cyclique* de *projections* d'objets à éliminer type fèces, puis, *d'introjections* d'objets, récupératrices. Elle cherche à rendre compatible cette conception à celle du surmoi freudien<sup>1</sup>. L'identification projective lui permet alors d'envisager un type particulier de projection schizoïde qui fragmente le moi par clivage. C'est l'identification projective où il s'agit spécifiquement de projeter une partie clivée du soi.

Rendus à cette définition de la projection précoce, certains commentateurs de Klein proposent même de ne pas distinguer projection et identification projective considérant que toute projection implique *projection d'une partie du moi clivée*. Dans cette optique que je fais mienne, l'identification projective kleinienne enrichit bien l'identification freudienne.

Mais ce sont les identifications projectives normales et pathologiques que je souhaiterai finalement détailler. Bion (1959, 1962) a distingué les deux formes de fantasmes qui ont des effets différents sur l'objet et le moi. Pour lui, la variable distinctive, c'est *le degré de violence dans l'exécution du mécanisme*.

Dans ce cadre, l'identification projective pathologique de Bion va reprendre les caractéristiques de l'identification projective kleinienne dite « excessive ». Il va souligner l'omnipotence de sa grande *violence fusionnelle* visant l'éradication absolue de toute séparation, envie et besoin : l'identification projective pathologique est dédiée à l'évacuation *en force au prix de la confusion soi/autrui*.

De son côté, l'identification projective normale vise à *introduire dans l'objet un état psychique dans le but d'entrer en communication avec lui à propos de cet état, ce qui présuppose une défusion préalable*.

---

<sup>1</sup> Qui est dans son œuvre le seul objet interne explicitement comme tel.

Il est essentiel de bien comprendre que, d'une part, c'est à partir de la clinique de la cure que cette distinction s'est imposée à Bion (1959) et, que d'autre part, il s'est à cette occasion appuyé sur l'héritage d'Abraham chez Klein qui insistait sur l'alternance cyclique projection/introjection.

Bion va y substituer des cycles d'identifications projectives et d'identifications introjectives. Voici le *verbatim* émouvant de cette découverte en séance si essentielle : « *le patient avait le sentiment que je refusais de laisser entrer des parties de sa personnalité qu'il désirait voir séjourner en moi. (...) Lorsque le patient s'efforçait de se débarrasser de craintes de mort, qu'il ressentait comme trop intenses pour être contenues par sa personnalité, il détachait par clivage ses sentiments de peur et les mettait en moi, avec l'idée, semble-t-il, que, s'il leur était permis d'y séjourner un certain temps, ils seraient modifiés par ma psyché de manière à pouvoir être réintrojectés en toute sécurité. (...) La situation analytique fit naître dans mon esprit le sentiment que j'étais témoin d'une scène extrêmement précoce. (...) Ce patient avait eu affaire à une mère qui ne pouvait pas tolérer l'expérience de sentiments de cet ordre et qui réagissait en leur refusant l'entrée ou au contraire en devenant la proie de l'angoisse consécutive à l'introjection des sentiments du nourrisson. (...) Le mécanisme de l'identification projective constitue ainsi le lien qui unit le patient et l'analyste, lien qui, lui-même, est la réédition de l'édition originale entre le petit enfant et le sein maternel.* »

Les éléments ultérieurs de la célèbre théorie de l'activité de la pensée de Bion (1962) sont là bien en germes. La rêverie maternelle et, métaphoriquement, celle de l'analyste, synonyme de fonction  $\alpha$  (alpha) détoxifiantes permettant aux éléments  $\beta$  (bêta) du bébé et de l'analysant d'être assimilés dans son moi par introjection sont là en ligne d'horizon de cette identification projective normale que Bion qualifiera dans ce texte de « réaliste ». Ainsi, l'identification réaliste, c'est chez le bébé la première forme de communication à condition que la mère soit suffisamment adéquate : « *En tant qu'activité réaliste, elle prend la forme d'un comportement raisonnablement calculé pour éveiller chez la mère des sentiments dont l'enfant désire se débarrasser. Si l'enfant a le sentiment qu'il est en train de mourir, cela peut éveiller chez la mère la peur de le voir mourir. Une mère équilibrée peut accepter cette peur et y répondre de manière thérapeutique : c'est à dire de manière à donner au petit enfant le sentiment que sa personnalité effrayée lui revient, mais*

*sous une forme désormais tolérable : les peurs peuvent être prises en charge par la personnalité du petit enfant. Si la mère ne peut tolérer ces projections, le petit enfant en est réduit à continuer l'identification projective avec une force et une fréquence plus grandes. (...) La réintrojection s'effectue avec une force et une fréquence comparables. »*

### **3 Identification adhésive et projective/introjective en périnatalité**

À partir de ce socle des fantasmes de l'identification adhésive puis de l'alternance de l'identification projective et introjective, nous disposons d'une bonne boussole pour envisager le « devenir parent » et le « naître humain » prénatal. Comme prévu, je vais me concentrer ici sur le seul versant du devenir parent (la nidification) sans pour autant scotomiser *sa constante mutualité avec le devenir humain (la nidation foetale)* (Missonnier, 2007).

#### **3.1 Le devenir parent.**

Le concept psychologique de parentalité se réfère à l'ensemble des comportements, des affects et des représentations conscientes, préconscientes et inconscientes du sujet en relation avec son ou ses enfants, que ceux-ci soient nés, en cours de gestation ou non encore conçus (définition inspirée de S. Stoleru et M. Morales-Huet, 1989).

Ce processus mental individuel du "devenir parent" correspond donc à une longue évolution en pelure d'oignon traversant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Il est indissociable de son enracinement singulier générationnel, de son environnement social, groupal, culturel spécifique et de son histoire adaptative biologique unique.

Selon cette conception, la périnatalité de la grossesse biologiquement advenue constitue *seulement* une séquence du processus de parentalité, mais, ô combien générique : elle vient mettre à jour l'interrogation sur les origines (les conflits de séparation), sur la différence des sexes, les avatars de la genèse du soi et de la relation d'objet. En termes freudiens, on dirait : la périnatalité psychique est une phase d'activation et de révision des fantasmes originaires (vie intra-utérine, scène originaire, castration, séduction, Freud, 1916-1917).

C'est sous la thématique de la *transmission générationnelle* que l'on retrouve désormais tout ou parties de ces éléments.

Dans cette optique, la dynamique explicite du générationnel met l'accent sur la transmission implicite entre les générations d'un héritage constitué d'éléments de l'inconscient. Selon le contenu de ce que S. Lebovici a nommé le "mandat transgénérationnel" (1994 ; 1998) et, selon ce que le sujet en fait, cet héritage sera un cadeau profitable ou un piège dangereux.

Les interactions fantasmatiques (L. Kreisler et B. Cramer, 1981 ; S. Lebovici, 1994) entre les générations sont le creuset développemental de cette transmission générationnelle. Cette généalogie générationnelle ouvre une succession de représentations qui interrogent la filiation et en condensent la créativité structurante et, éventuellement, la conflictualité latente et la vulnérabilité identificatoire. *La prénatalité psychique représente la version explicite transitoire des éléments habituellement refoulés de la parentalité.*

À ce sujet, D. Houzel (1997) a proposé, en se référant aux travaux d'E. Granjon, une distinction utile qui vient lever une ambiguïté trop souvent parasite dans les échanges entre cliniciens. Il préconise de parler de transmission *intergénérationnelle* quand elle est synonyme d'apport "d'éléments assimilables, élaborables utiles et même indispensables au développement psychique" et de transmission *transgénérationnelle*, quand elle véhicule "des éléments inassimilables (non-dits, cryptes, fantômes etc.) constituant autant d'enclaves intra-psychiques source de souffrance, de perturbations et de répétitions, tant qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une élaboration et d'une prise de conscience".

Sur la toile de fond de cette transmission générationnelle, la notion de "*transparence psychique*" que M. Bydlowski (1991) a proposé pour décrire le fonctionnement spécifique de la femme enceinte est ici axiale. Ce processus mental spécifique se caractérise par une grande perméabilité aux représentations inconscientes, d'une certaine levée du refoulement coutumier. Le filtre de l'instance du préconscient est moins sélectif et les traces des projections, des identifications et des identifications projectives enfouies affluent avec une censure psychique moindre : d'une part la névrose infantile fait retour (et sa révision adolescente) *mais, c'est ma lecture de la transparence psychique, ce sont d'abord et surtout, des reviviscences bien plus anciennes encore qui sont commémorées pour le meilleur et pour le pire* : les conflits archaïques, préœdipiens aériens postnataux et aquatiques prénataux sont réactivés sous des formes non directement symbolisables. Bion parle de « traces protomentales » et « d'idéogrammes », Meltzer de « protoémotion » (1985), Aulagnier de

« pictogramme » (1975), Anzieu de « signifiant formel » (1987), Laplanche de signifiants énigmatiques (1987), Gibello de « représentations de transformation » (1984), Bergeret de « souvenirs non souvenirs » (2004)...

Au moment de la grossesse, les devenant parents *contenant* font face à la réactivation de leurs propres vécus d'ex-embryon foetus *contenu*.

*Dans ce contexte, l'intérêt d'avoir recours à la conceptualisation de l'identification adhésive puis projective/introjective dans ce processus de parentalité prénatale, c'est qu'elle offre une catégorie transversale permettant de regrouper et d'envisager cliniquement la diversité des fantasmes parentaux des plus archaïques aux plus secondarisés dans une traduction symbolique.*

Ainsi, il est raisonnable d'affirmer que les fantasmes identificatoires des parents se situent tout au long de la grossesse entre les polarités de l'identification projective pathologique et de l'identification projective normale.

Mais plus précisément, concernant la femme enceinte, le fond de ma pensée est que *toute devenant mère est peu ou prou confrontée pendant la période prénatale à ses propres identifications projectives « pathologiques » telle que Bion les a définies.*

Comme on l'a vu, il a caractérisé *l'identification projective pathologique* par rapport à l'identification projective normale, par sa *fusion* avec l'objet ouvrant sur un contrôle omnipotent. *Or, de par leur état de grossesse, toutes les mères sont trivialement en fusion soi/objet.* Et, ici, la caractéristique majeure de cette fusion est de ne pas relever de la sphère sémantique de la métaphore !

Dans ce contexte singulier, mon hypothèse est par conséquent que tout le travail progressif de la grossesse psychique va correspondre justement à l'assimilation puis au dépassement de cette *contenance fusionnelle initiale* (« identification projective pathologique » de Bion) au profit d'une *contenance défusionnante* ouvrant, dans le meilleur des cas, sur une authentique esquisse objectale (« identification projective normale »). Devenir mère signifie alors, en particulier pour la primipare, affronter et apprivoiser l'extrémisme transparent de ses « identifications projectives massives » qui se caractérise par (R.D. Hinshelwood, 2000) :

- la violence de la haine destructive du plus précieux (non à l'extérieur mais en soi) ;
- l'omnipotence du contrôle avec l'objet (via la fusion) ;
- la part du moi qui est perdu ;
- la destruction de la prise de conscience.

C'est bien dans cet esprit que j'ai pour ma part parlé de *fonctionnement psychique maternel placentaire* (S. Missonnier, 2003) pour bien mettre en exergue sa finalité fonctionnelle de gestation psychique de la contenance et de l'interaction avec l'enfant à venir au prix d'une renégociation du narcissisme primaire maternel dont le fœtus est, au départ, une incarnation. Du degré de maturation objectale de ce socle narcissique inaugural, dépendra, notamment, l'empathie objectale maternelle en post-natal. J'ai tenté récemment (S. Missonnier, 2007) de décrire cette géométrie variable en prénatal avec la notion de « relation d'objet virtuelle ». Le choix du terme *virtuel* est justifié par sa capacité à faire entendre ce dynamisme *évolutif* du processus, la géométrie variable de la trajectoire évolutive de l'équilibre narcissico-objectal.

Finalement, pour en revenir à la précieuse déclinaison des identifications projectives chez Bion, on pourrait dire que bon nombre des troubles de la maternalité prénatale correspondent dans cette perspective à *une fixation paralysante dans le registre des identifications projectives « pathologiques » interdisant tout au long de la grossesse leur dialectisation progressive au profit d'identifications projectives « normales »*. La réviviscence générationnelle et l'actualisation d'identifications projectives « massives » serait donc une des caractéristiques essentielles de la psyché de toute (re)devenant mère en prénatal. Par contre, la nature de leur dynamisme processuel au cours de la grossesse donnerait un infléchissement singulier qui mériterait d'être considéré comme un marqueur psycho(patho)logique pertinent du processus de maternalité.

Quant à la mère « adéquate sans plus » (traduction de Joyce McDougall préférée à la traditionnelle « suffisamment bonne »), le qualificatif de « pathologique » de cette identification projective initiale se rangerait alors dans la même catégorie paradoxale de la « maladie normale » de la préoccupation maternelle primaire de la fin de grossesse et *post partum* chez Winnicott (1969). Le fonctionnement psychique périnatal parental trouve dans cette paradoxalité la force de sa créativité et le vertige de sa vulnérabilité.

### **3.2 Un exemple typique d'identifications projectives prénatales : les angoisses de malformation**

"Peut-il être handicapé ? Est-il trisomique ?... ". En regard de notre expérience, cette question à l'égard de l'enfant potentiel est fréquente chez les parents, en particulier confrontés au diagnostic anténatal.

Pour une future mère, pour un futur père, l'émergence consciente et *a fortiori* la verbalisation de cette anticipation imaginaire d'une possible anomalie dépendront, d'un côté, de la nature et du contenu de leur transparence psychique et, de l'autre, de l'accueil que réserveront ses divers interlocuteurs à ces éléments porteurs d'inquiétante étrangeté.

Ces angoisses de malformation seront quelquefois omniprésentes et dévastatrices ou à l'inverse, furtives et discrètes mais de toute façon majoritairement présentes, même si pas souvent partagées.

*En l'absence d'anomalie fœtale décelable et révélée, ces productions psychiques* sont-elles la marque d'une détresse face à un processus de maternité en lui-même aversif et catalyseur ou, au contraire, d'une *anticipation créatrice* (S. Missonnier, 2003) qui protège de la surprise de l'effroi traumatique ?

Comprises entre les polarités de l'angoisse signal psychologique et l'angoisse automatique psychopathologique (Freud, 1926), ces identifications projectives sont des témoins privilégiés de la nature structurale et de la maturité objectale de l'anticipation maternelle au cœur du « devenir mère » anténatal.

Habitées par une angoisse signal, les craintes de malformation ne sont pas invasives. Elles renvoient toutefois à une transparence psychique rééditant, d'une part, toute la culpabilité oedipienne de fantasmes incestueux et, d'autre part, des fantasmes plus archaïques de pouvoir omnipotent de vie ou de mort sur l'embryon/fœtus fusionné c'est-à-dire non distinct de soi.

Ici, caractéristique majeure, l'angoisse est un vecteur dynamique favorable au dépassement de l'identification projective massive (pathologique) initiale en début de grossesse au profit d'une identification projective *ambivalente* « normale » synonyme de communication adéquate sans plus avec l'autre, l'enfant virtuel en devenir. En ce sens, l'angoisse signal s'affirme comme le témoin d'une anticipation prénatale organisatrice d'identifications projectives postnatales empathiques. Elle est aussi, simultanément, une évocation préventive souple de faits réels probables au nom du principe de réalité : une anomalie fœtale, une complication obstétricale, la naissance d'un enfant porteur

d'un handicap... des possibles, qu'aucun professionnel raisonnable ne peut prétendre exclure à partir de ses explorations anténatales.

De son côté, une angoisse de malformation assimilée à une angoisse automatique correspondrait à *la réactualisation de points de fixations traumatiques* sources d'identifications projectives pathologiques figées traduisant un conflit générationnel de parentalité alarmant. Une dysharmonie comportementale, émotionnelle et fantasmatique foeto-maternelle en serait la fréquente trace.

Bien sûr, cette opposition dualiste doit être dégagée de toute tentation sémiologique aboutissant à un clivage artificiel et simpliste. Ce repérage correspond en clinique à deux polarités dont le rapport dialectique est constant. Cette complémentarité est capitale car d'une part, elle correspond au passage névralgique souligné ici des identifications projectives « pathologiques » aux « normales », et, d'autre part, car c'est souvent dans une réanimation de la relation d'étayage de l'angoisse signal sur l'angoisse automatique que repose la promesse d'un projet préventif<sup>2</sup>.

Une dernière précision, cliniquement essentielle : la mise en perspective de ces angoisses de malformation avec la question de l'annonce d'une anomalie foetale ou d'un handicap à la naissance offre à mon sens une riche potentialité clinique que cette autre hypothèse tente d'exprimer : *l'intensité et la métabolisation du choc de la révélation aux parents d'une anomalie réelle, de la plus légère à la plus lourde, dépendront, en partie, de la nature et du devenir de leurs identifications projectives anténatales dont les craintes de malformation sont un des témoins privilégiés*. Aussi, se demander si les parents disposent pendant la période de la grossesse d'un lieu propice à l'accueil et à l'élaboration préventive de cette angoisse, en particulier sous sa forme automatique, paraît primordial. La responsabilité de tous les soignants du prénatal -consultants, animateurs de préparations à la naissance...- est évidente en ce domaine.

### **En guise de conclusion**

L'exploration des identifications projectives parentales se révèle être un support très riche pour appréhender la complexe alchimie du processus de parentalité prénatale.

---

<sup>2</sup> On lira un récit clinique à ce sujet dans Missonnier (2003), chapitre « Voir dedans ».

B. Cramer et F. Palacio-Espasa (1993) ont décrit une "néoformation" en *post-partum* caractérisée, selon eux, par le "danger" d'une "effusion projective typique du *post-partum*" (B. Cramer, 1994) synonyme d'un "ébranlement considérable de l'organisation psychique des parents (...)" (Cramer, 1994). Ils ont observé fréquemment des situations pathologiques où l'enfant est le réceptacle d'identifications projectives pathologiques (Cramer et Palacio-Espasa, 1993) qui musellent sa subjectivation émergente. Le nourrisson reste, au-delà d'une période nécessaire, avec son statut initial "d'extension psychique parentale" : face à l'empiètement parental, il ne peut conquérir l'espace propre de son individuation que son "soi émergent" (Stern, 1989), dès la naissance, aspire à entreprendre.

*La clinique prénatale suggère que cette effusion identificatoire « normale » et « pathologique » n'est pas une néoformation du post-partum.* Le cadre des consultations thérapeutiques prénatales met justement en scène, en amont, le premier acte de cette irruption psychique chez les acteurs en présence.

Il est temps pour nous, professionnels périnataux, de mesurer les limites de notre conception d'une vision *ex nihilo* de l'enfant en postnatal jouant un rôle d'amorce d'une contenance psychique, "aveugle" en prénatal. Cette intégration du premier chapitre prénatal de la biographie vraie du sujet devrait permettre de relever au moins deux défis. D'abord, envisager la complexité clinique et éthique du devenir parent prénatal à l'ère post moderne du diagnostic anténatal ; ensuite, appréhender la nidation psychosomatique embryofœtale comme étant *indissociable* de la nidification biopsychique parentale abordée ici. De nombreux travaux de psychosomatique sur le développement fœtal puis du bébé plaident fortement en faveur de cette interaction complexe à l'instar de nos travaux sur le reflux gastro-oesophagien précocissime (S. Missonnier, N. Boige, 1999). Au fond, pour résumer le propos, on pourrait dire que c'est « l'identité conceptionnelle » (B. Bayle, 2005) de l'enfant à naître qui mérite pleinement d'être envisagée dans une intrication constante avec la partition parentale des identifications projectives prénatales dont j'ai tenté ici de souligner la force *virtuelle* de destruction et de vie dans le nid du sujet humain.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abraham K. (1924), Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux In *Œuvres complètes II 1915,1925*, Paris Payot, 1966.
- Anzieu D. (1987), Les signifiants formels et le moi-peau In D . Anzieu (sous la dir.) *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 1987.
- Aulagnier P. (1975), *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris, PUF.
- Bayle B. (2005), *L'enfant à naître*, Toulouse, Érès.
- Bergeret J., Houser M., (2004), *Le fœtus dans notre inconscient*, Paris, Dunod.
- Bick E. (1967), L'expérience de la peau dans les relations précoces. In *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Ed. du Hublot 1998.
- Bion W. R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, PUF.
- Bion W. (1959), Attaques contre la liaison, in *Réflexions faites*, Paris PUF, 1992.
- Bydlowski M., (1991), La transparence psychique de la grossesse in *Etudes Freudiennes*, N°32, 135-142.
- Cramer B., Palacio-Espasa F. (1993), *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF.
- Cramer B., (1994), Le fonctionnement psychique dans le post-partum et son rôle dans "l'épinglage d'identité" in *Devenir*, Vol 6, 2, 15-21.
- Freud S. (1916-1917), *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1951.
- Freud, S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1981.
- Gibello B., (1984), *L'enfant à l'intelligence troublée*, Paris, Éditions du Centurion.
- Houzel D., (1997), Les dimensions de la parentalité in *Journal de Psychanalyse de l'enfant*, 21, Paris, Le Centurion.
- Hinshelwood R.D. (2000), *Dictionnaire de la pensée kleinienne*, Paris PUF.
- Kreisler L., Cramer B., (1981), Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson in *Psychiatrie de l'enfant*, 24, 1, 223-263.
- Laplanche J., (1987), *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF.
- Lebovici S., (1994), Les interactions fantasmatiques in *Revue de Medecine Psychosomatique*, 37/38, 39-50.
- Meltzer D. (1975), *Le développement kleinien de la psychanalyse*. Paris, Bayard, 1994.
- Meltzer D., Sabatini Scolmati A. (1985), La maladie psychotique dans la petite enfance. *Lieux de l'enfance*, 3, 93-110.
- Missonnier, S., Boige, N. (1999). Je reflue donc je suis, Vers une approche psychosomatique du reflux gastro-œsophagien du nourrisson in *Devenir*, vol.11, n°3, 51-84.
- Missonnier, S. (2003), *La consultation thérapeutique périnatale*. Toulouse, Érès.
- Missonnier, S., Golse, B., Soulé, M. (2004), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*, Paris, PUF.
- Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie. Nidification parentale. Nidation fœtale. *La psychiatrie de l'enfant*, L, 1, 61-80.
- Soulé, M., Gourand, L., Missonnier, S., Soubieux, M.J. (1999), Ecoute voir... L'échographie de la grossesse, les enjeux de la relation, Toulouse, Érès.
- Stern D.N., (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF.
- Stoleru, S. (1989), La parentification et ses troubles in Lebovici, S. ; Weil-Harpen, F. *Psychopathologie du bébé*, PUF, p.113-130.
- Stoleru, S., Morales-Huet, M. (1989), Processus de recherche et processus psychothérapique in *L'évaluation des interactions précoces*, Paris, Eshel.
- Winnicott D.W., (1969), La préoccupation maternelle primaire in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989.

**Sylvain MISSONNIER**

Professeur de psychopathologie clinique de la périnatalité et de la première enfance à l'Institut de Psychologie-Paris V. Directeur de recherches LPCP. Psychanalyste (Institut de Psychanalyse (SPP).

8 Avenue JB Clément 92100 Boulogne

[www.rap5.org](http://www.rap5.org)