

La psychanalyse

La découverte de la psychanalyse a radicalement changé l'approche qu'on avait de l'enfant, de son développement, de son corps. L'introduction de la psychanalyse dans la pratique (en France, vers 1950) a transformé l'approche thérapeutique et clinique.

A quel enfant Freud s'intéresse-t-il ? :

A l'enfant reconstruit à partir des cures d'adultes, et donc à l'infantile. Freud n'a jamais eu de contact thérapeutique direct avec des enfants. C'est le père de Hans qui conduit l'analyse et qui est supervisé par Freud.

L'observation du jeu de la bobine est fortuite.

C'est après Freud que l'on trouve des contributions importantes à l'étude psychanalytique de l'enfant ; notamment avec l'école anglaise.

Mélanie Klein et Anna FREUD sont des farouches ennemies, et cela pour des raisons théoriques.

M. KLEIN considère qu'il est possible d'analyser des enfants parce qu'on peut toujours travailler sur ce qui s'est passé avant : il y a déjà quelque chose qui est constitué. On peut donc effectuer une psychanalyse par rapport à des phénomènes plus anciens, puisqu'elle décrit une précocité des processus psychiques (oedipe précoce, surmoi archaïque : la construction de l'appareil psychique est plus précoce que dans la théorie freudienne). Elle effectue donc des analyses d'enfants psychotiques avec comme outil privilégié le jeu. Son apport est précieux, notamment avec les notions de positions schizo-paranoïde et dépressive : à l'origine de la vie psychique prédominent les processus psychotiques, qui restent donc toujours enfouis dans le sujet ; il y a un noyau psychotique dans la personnalité. Certaines écoles analytiques, comme en Argentine sont ainsi plus tournées vers la théorie kleinienne. On observe un prolongement de sa théorie chez des analystes contemporains comme Joyce Mac Dougall. M. Klein est d'abord analysée par K. Abraham ; puis par Frenszl (interrompue par sa mort). Elle va ensuite à Londres où elle poursuit.

A. FREUD : il est impossible d'analyser un enfant parce qu'il est en train de vivre ce dont la cure analytique s'occupe. En plus, l'enfant est très influencé par ses parents, ce qui consiste presque en une sorte de transfert. Il sera donc impossible de créer le moteur de la cure : la névrose de transfert. Elle développe ainsi une psychologie psychanalytique du développement : il vaut mieux valoriser les positions éducatives que les positions strictement analytiques ; consolider le Moi adaptatif de l'enfant.

Question qui est encore loin d'être close. Faut-il s'attaquer au symptôme, ou à ce qui le cause ?

Lieu où il y a un travail qui est fait, et donc un échange d'argent. Pas dans les institutions où il y a peut-être moins de pression de la part des parents. En libéral, il s'agit d'expliquer à l'enfant que quelque chose s'inscrit dans une situation marchande. Mais parfois, tendance des parents à être pressants.

L'enfant est en prise directe avec la relation éducative à ses parents. On voit aussi les parents, mais il faut rester entièrement disponible pour l'enfant. L'institution pénètre un filtre dans le cadre de la thérapie.

Le paiement symbolique : il ne faut pas être systématique, ni insister (l'enfant a toujours une raison). Impossible avec un enfant psychotique. En institution, les parents ne paient pas, il n'y a donc pas vraiment de paiement symbolique possible. Il faut dire merci, établir une relation de symétrie ; pas de dette à l'égard de l'analyste. Installer l'autre dans la dette, c'est instaurer une relation d'emprise : pas de guérison magique. L'enfant ira mieux parce qu'il aura investi pour cela, il aura travaillé. Quand l'enfant paie, c'est qu'il vient pour lui. La systématisation est la mort de la clinique.

Les caractéristiques de l'enfant vu par un psychanalyste :

1)- L'enfant qui naît a déjà une histoire, qui est inscrite pour certains psychanalystes dans le patrimoine génétique (dispositions innées). Les bébés ne sont pas tous identiques à la naissance. Par exemple, certains sont plus tolérants que d'autres à la frustration, ont une capacité variable à se consoler, différentes manières d'organiser sa vigilance... (Cf échelle de Brazelton qui évalue les compétences de l'enfant).

2)- l'enfant naît prématuré. Il y a un décalage entre le développement de ses différentes capacités sensorielles, dysharmonies. Immaturité du système nerveux qui est un constat physiologique. Freud parle de détresse originelle, hilflosigkeit, de l'impuissance fondamentale du nourrisson qui entraîne une dépendance absolue à l'environnement qui peut être vécue par certains comme confortable, et par d'autres comme insupportable.

3)- l'enfant est l'héritier de l'histoire fantasmatique et imaginaire de ses parents. l'enfant est celui qui va représenter deux lignées, il assure la continuité des générations.

"l'enfant imaginaire" dont parle M. SOULE. C'est l'enfant dans la tête. Tout au long du développement libidinal de l'enfant (fille ou garçon), se développe à l'intérieur de lui, un enfant imaginaire. Celui-ci est façonné par les différentes étapes du développement libidinal. C'est un enfant idéal, parfait, qui a toutes les qualités. Composante narcissique, qui vise à préserver le sujet. L'adolescent étend alors le moment opportun pour mettre à exécution son désir d'enfant. Car l'enfant imaginaire est présent ; c'est un objet interne précieux, il ne s'agit pas de le gaspiller. C'est l'enfant qu'on aimerait avoir, la nostalgie de celui qu'on a été, qu'on aurait aimé être. C'est la rencontre du désir de deux personnes. Dans l'enfant imaginaire, il y a aussi la place pour un tiers, la construction de sa place. Celui qui va faire de moi un père ou une mère. Il faut pouvoir concevoir cet enfant imaginaire comme la rencontre de deux lignées. Au moment de la naissance de l'enfant réel s'opère une confrontation avec l'enfant imaginaire. Le Baby blues est un état dépressif qui dure quelques jours ; il s'agit de faire le deuil de l'enfant imaginaire pour que l'enfant réel l'emporte. L'enfant imaginaire est aussi associé à la mère imaginaire : dans le deuil de l'enfant imaginaire, il y a aussi le deuil de la mère parfaite. Lors du handicap se met en place une lutte féroce entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire. Les parents peuvent se défendre de la réalité et entretenir toujours cette relation à l'enfant imaginaire : deni et clivage. Il faut doser afin que l'enfant imaginaire protège un peu l'enfant réel. Si il y a seulement l'enfant réel dans sa dure réalité, alors il y a une possibilité de désinvestissement : il faut effectuer un travail d'investissement de l'enfant dans ce qu'il est lui. Comment les interrelations au sein de la fratrie peuvent influencer la construction de l'enfant imaginaire ?

Clinique de l'infertilité d'origine psychogène : question de la relation de la femme à se propre mère, comment elle se la représente. Toute puissance, qui contient tous

les enfants dans son ventre ? De plus, comment est l'enfant imaginaire ? Cf les multi-récidivistes à l'IVG : Préserver à tous prix l'enfant imaginaire.

Distinction entre désir d'enfant et désir de grossesse. Il y a une composante narcissique et objectale dans la grossesse. Le désir d'enfant met en jeu une composante objectale, la capacité du sujet à imaginer et aimer un enfant pour lui-même en tant que personne, auteur de ses propres désirs. Quelque chose de narcissique serait au contraire : je désire être enceinte, avoir un enfant qui m'aime, avec lequel je vais grandir. Difficulté à imaginer l'enfant avec une trajectoire qui lui soit propre.

Dolto parle de "l'enfant du coeur et de l'enfant du ventre".

Certains paramètres peuvent plus ou moins faciliter la rencontre (santé, sexe, place dans la fratrie...). Lors de prise en charge médicale, l'enfant semble plus être l'enfant du corps médical que celui de sa mère. Les mères en prévision d'accouchement prématuré peuvent accoucher dans une unité spéciale avec néonatalogie et soins intensifs. C'est un transfert in utéro. La mère doit faire face à sa culpabilité et à des mouvements pulsionnels contradictoires (l'enfant est si petit, voire persécuteur : il les a privé du dernier trimestre de grossesse). Quand l'enfant peut respirer tout seul, réguler sa température : il est alors transféré en catégorie 2 (soins plus légers). On trouve ici des unités kangourous qui visent à remplacer l'incubateur par la maman afin de faciliter le contact. On sort dès que possible le bébé ; la mère est hospitalisée avec lui, le prend en peau à peau, avec une ceinture. Rien ne doit empêcher la mère de le garder 24h/24, comme si la gestation se poursuivait ex-utéro. Le bébé est ainsi maintenu au chaud, retrouve le contact corporel avec sa mère. Ces bébés développent plus vite les réflexes de succion et de fuissement, ils cherchent plus activement le contact avec le sein maternel, développent également un meilleur tonus parce qu'ils sont moins passifs, ont une courbe de poids plus régulière et harmonieuse = ces bébés s'éveillent plus vite. La mère se voit ainsi accorder une place plus importante dans les soins de son bébé, ce qui permet d'évacuer plus vite la culpabilité. Ces unités ont été créées au Pérou, comme moyen naturel pour pallier les difficultés de santé publique. Mais elles participent surtout à la qualité de l'attachement. Les soignants ont ici un rôle très différent : être présent sans être intrusifs. La condition est que la mère le supporte bien, ait du temps et de la patience. Le but est de faciliter une sortie plus précoce.

La psychanalyse propose un triple point de vue : la métapsychologie.

Topique = vise à modéliser les différentes instances psychique. Freud propose deux topiques. Le Moi a aussi une partie inconsciente : Moi-plaisir et Moi-réalité.

Dynamique = lié à la notion de conflit intra-psychique. Il peut exister une combinaison de forces plus ou moins antagonistes, entre par exemple des pulsions ou des instances psychiques. C'est une description qualitative des forces en présence.

économique = met l'accent sur l'aspect quantitatif des forces en présence, mais aussi sur la manière dont l'énergie circule (libre, fixation).

Pulsion :

Concept limite entre le somatique et le psychique. Elle n'est pas l'instinct (CAD, un comportement fixé par l'hérédité et caractéristique de l'espèce). La pulsion est une poussée énergétique qui fait tendre l'organisme vers un but.

On lui reconnaît une source, en général un état d'excitation à l'intérieur du corps (ne concerne pas les stimuli externes). La source étant endogène, le sujet ne peut s'y soustraire.

Son but est la satisfaction, c'est à dire l'apaisement, la disparition de la tension.

La poussée est un mouvement qui va mobiliser l'organisme dans la recherche de l'instrument susceptible d'apporter la satisfaction. Caractère moteur de la pulsion, exigence de travail.

L'objet est ce par quoi se satisfait la pulsion. C'est l'élément le plus variable, le plus subjectif ; celui qui va dépendre de l'histoire individuelle, de la biographie. Une pulsion peut se déplacer d'un objet à un autre, par relation métaphoro-métonymique ; un même objet peut satisfaire plusieurs pulsions, comme le sein maternel. (Freud : "trouver l'objet n'est que le retrouver" ; toute situation de satisfaction pulsionnelle n'est en fait que dérivé de cette première situation. Quand l'enfant trouve l'objet, il EST). Il y a donc une certaine souplesse des individus pour trouver l'objet de la satisfaction pulsionnelle ; mais parfois cette souplesse n'est plus : c'est une fixation, quand le lien entre une pulsion et un objet est particulièrement étroit. La logique pulsionnelle a alors perdue de sa souplesse. Un exemple d'aliénation du choix d'objet sont les conduites addictives : il n'y a plus de possibilité de choix d'objet. Le sujet peut témoigner d'une fixation à un mode archaïque de rapport à l'objet, et éventuellement d'une régression à ce stade.

Ces pulsions vont suivre un trajet qui correspond à des zones corporelles bien précises. La libido existe dès le début de la vie.

* stades prégénitaux : on parle de pulsions partielles. Une zone corporelle est susceptible d'engendrer du plaisir. Cette sexualité prégénital s'étaye sur une fonction physiologique ; chaque stade correspond à une relation particulière à l'objet.

* stades génitaux : au moment du complexe d'oedipe, les zones génitales vont imposer leur primat. Avant cela, l'activité est dite "auto-érotique".

Les stades :

Notion d'un conflit intra-psychique d'un type particulier, qui correspond à un niveau de maturation pulsionnelle, concerne une zone érogène particulière et un type de relation d'objet.

La succession des stades peut être ralentie, ou gênée par une fixation. Les problématiques de deux stades différents peuvent se superposer, coexister. On peut parler d'un développement en dents de scie, qui est différent de celui de Piaget.

C'est la castration qui va faire passer l'enfant d'un stade à l'autre : imposer à la pulsion un chemin qui ne lui est pas lié, abandonner un plaisir actuel dont on est sûr pour un plaisir futur qu'on nous laisse imaginer.

Le stade oral :

En terme de source pulsionnel : c'est le carrefour aéro-digestif, les organes de la phonation, et donc le langage. C'est tout ce qui concerne (cf ANZIEU) la sensorialité : la peau, le toucher, les organes des sens.

L'objet est le sein maternel ou son substitut. Mais la notion même d'objet est discutable, car il n'y a pas encore de distinction sujet / objet. La mère étant perçue comme un objet partiel, le bébé établit des relations avec des morceaux d'objets. Cette relation se dirige dans deux directions : auto-érotique, et anaclitique (le sujet existe lorsqu'il a l'objet, être et avoir sont confondus).

La relation à l'objet est ambivalente (cf M. KLEIN).

K. ABRAHAM divise le stade oral en deux sous-stades :

* de 0 à 6 mois : pré-ambivalent. la succion et l'incorporation sont prévalentes.

* De 6 à 12 mois : c'est le stade sadique-oral où dominant les pulsions cannibaliques (tout ce qui va concerner l'activité de morsure, de mordillement). L'incorporation devient destructrice, il y a donc une certaine agressivité orale.

Le sevrage intervient comme mettant un terme à cette période de proximité plus ou moins grande entre la mère et l'enfant. Il introduit une séparation des

corps sur le plan métaphorique. Il est aussi quelque chose qui se joue à trois. Il introduit aussi la frustration, l'absence de l'objet : "l'objet naît dans la haine" (FREUD). L'enfant construit l'objet, et lui-même en tant que sujet parce que l'objet vient à lui manquer : "toute pensée vient d'une frustration".

Certains investissements de nature orale perdurent dans le registre adulte. Ils ne sont pas toujours pathologiques, sauf s'ils dénotent d'une fixation orale qui peut être pathologique. Comme par exemple dans certains investissements professionnels qui font de la voix et de la respiration un investissement sublimé.

Un enfant qui a des troubles du langage, hors du champ neurologique, amène le clinicien à faire une investigation de tout ce qui concerne la période orale.

Le stade anal :

Paroxysme entre 18 et 24 mois.

Concerne toute la zone de la muqueuse anorectale et plus largement toute la zone intestinale d'excrétion. Cela ne veut pas dire que ces zones n'étaient pas investies avant, mais ici, l'investissement se conflictualise.

L'objet est la mère qui est devenue une personne entière, mais l'enfant va avoir tendance à la manipuler comme il manipule les matières fécales. Période très conflictuelle entre l'enfant et l'adulte.

Le but pulsionnel est lié au plaisir d'expulser et au plaisir de retenir. Plaisir d'emprise : l'enfant manipule, utilise son entourage (refus de faire ce qu'on lui demande, ou accepte en échange d'autre chose) ; période de toute puissance. L'enfant exerce son plaisir de contrôler, de maîtriser ("non"). C'est une période de construction chez l'enfant de toute une série de couples antagonistes, d'une pensée binaire (gentil/ méchant...)

L'enfant consolide les limites entre le monde interne et le monde externe, le soi et le non-soi. L'enfant peut alors garder à l'intérieur de lui des choses qui ne concernent pas les autres (ses matières fécales, des secrets qu'il n'a pas envie de partager ou de donner. Il faut que la mère abandonne la proximité avec l'enfant et une certaine forme de contrôle sur l'enfant. Par rapport à la vie psychique : droit qu'on se reconnaît ou pas de garder quelque chose pour soi.

Configuration relationnelle où l'on prend un plaisir sadique à avoir l'autre à sa merci. Construction du groupe activité/ passivité. Tendance chez chacun à la féminité ; la femme a une tendance passive parce qu'elle est le creux qui reçoit ; alors que l'homme a une tendance active. Ces deux tendances coexistent chez

chacune de nous : forme de bisexualité psychique (cf FREUD). Logique complexe de donner et de recevoir, il faut laisser chacune de ces tendances avoir une forme d'expression. Au niveau de l'inconscient, la différence des sexes n'existe pas, la bisexualité psychique est ainsi inconsciente. Il s'agit d'avoir un sexe anatomique, mais aussi de l'habiter psychiquement ; c'est la rencontre avec l'autre qui nous confirme dans notre identité sexuée.

Le stade phallique :

Préparatoire de la question oedipienne.

Période où l'enfant, en terme de plaisir pulsionnel, trouve son plaisir au niveau d'un érotisme urétral (registre du plaisir à uriner).

C'est la période de la découverte de la différence anatomique des sexes. Au départ, pour l'enfant, il n'y a qu'un seul sexe : c'est celui qui se voit. Le petit garçon en tire alors une certaine jubilation, qui peut donner lieu à une certaine tendance à l'exhibitionnisme. La petite fille se rend compte que malgré tous ses efforts, elle ne pourra jamais faire pipi debout. Il existe une curiosité sexuelle infantile consécutive à la découverte de la différence des sexes : l'enfant va construire toutes sortes de scénarios fantasmatiques pour expliquer l'existence des enfants : théories infantiles de la fécondation. Il élabore également des scénarios qui concernent la scène primitive, et réalise qu'il y a des échanges dont il est exclu. Alors que le pénis désigne l'organe mâle dans la réalité anatomique, le phallus représente tous les fantasmes que l'enfant va nourrir autour du fait de posséder cet organe, toutes les fonctions symboliques qu'il va lui attacher (puissance, complétude...). Registre narcissique : il s'agit d'avoir ou de ne pas avoir un organe auquel l'enfant prête une fonction symbolique.

Possibilité d'un déni de la différence des sexes. Le garçon peut nier la castration en niant le sexe féminin ; la fille peut nier la castration en revendiquant le phallus.

Le stade phallique instaure la primauté du phallus.

L'angoisse de castration va faire entrer différemment le garçon et la fille dans l'oedipe. Chez le garçon, elle se manifeste par la peur de perdre ce qu'il a ; et chez la fille par l'obligation d'accepter qu'elle ne l'a pas. le déni ne peut pas fonctionner longtemps : c'est un fait physiologique.

La fille : c'est la question du complexe de castration qui détermine l'entrée dans l'oedipe. Elle a à l'égard de sa mère des sentiments contrastés. Elle va lui en

vouloir de ne pas lui avoir donné ce phallus qui lui manque, ou de lui avoir pris. Mais en même temps, elle s'identifie à la mère pour faire comme elle, c'est à dire obtenir l'attention du père. La spécificité est donc ici que la fille va changer d'objet d'amour, tout en restant attaché à son premier objet d'amour, CAD la mère. Dans un premier temps, le père est un rival qui gêne. C'est la mère qui guide la fille dans le trajet vers le père. la fille gardera un sentiment ambivalent à l'égard de la mère, en raison de sa double nature. Elle cherche à obtenir du père ce que la mère ne lui a pas donné, et abandonne ses revendications pour s'installer dans une relation où elle va essayer d'attirer l'attention du père.

Le garçon : menace de sa castration la fait renoncer au désir érotisé à l'égard de la mère. Il ne change pas d'objet d'amour ; c'est la nature de l'investissement qui change, étant dorénavant teinté d'érotisme. Le petit garçon est contrecarré dans ses désirs par la présence du père. Quand la mère n'est pas là, elle est ailleurs, c'est à dire avec le père qui lui donne ce qui lui manque. Le père est le rival qu'il jalouse, plus le modèle qu'il idéalise du fait de sa signification symbolique.

Au décours du complexe d'oedipe, dans une perspective freudienne, se met en place le surmoi, instance de censure dans sa forme définitive. Il va relayer la croyance en l'omnipotence parentale.

Aussi idéal du Moi dont la construction se fait en même temps que le surmoi. Il représente un modèle suprême auquel chaque sujet cherche à se conformer. Faillir devant l'idéal du moi fait éprouver la honte.

LE DEVELOPPEMENT DE LA PERSONNALITE DITE "NORMALE".

Comment je devient un sujet ?

Les théories partielles n'envisagent qu'un seul aspect de l'évolution. Théories parfois en opposition ; difficulté de tout articuler. En psychanalyse = affectivité et relation objectale.

Certains nombres de repères sur lesquels tout le monde s'accordent:

- **Néoténie** (hilfe losigkeit) : situation de **prématurition** de l'être humain, entraîne une **dépendance considérable** à l'environnement humain et relationnel.
- **découverte de l'autre précède la découverte de soi**. Place aliénante et irréductible de l'autre en soi. L'autre va être le point de départ de ce que je vais être, c'est par l'autre que je vais apprendre que j'existe.
- **La cession au statut de sujet** peut se décrire comme une série de mouvements, de séparation et d'individuation (1er moment : la naissance).
- **Ces séparations ne peuvent se faire que par le biais de l'identification**. Caractère paradoxal de l'évolution.

La naissance.

Traumatisme physiologique (et psychologique selon O.Rank).

Etat de syncrétisme (ou adualisme) initial : pas de perception de l'extérieur et d'un soi, de conscience d'un soi et d'un hors-soi. Chaos. Le nourrisson a pourtant quelques repères non visuels ; ce sont des repères auditifs et olfactif. L'enfant reconnaît dès la naissance la voix de sa mère, distingue sa langue maternelle (environ 10 jours). L'olfaction est la 1ère perception de quelque chose qui n'est pas soi ; dès trois jours, le bébé reconnaît les odeurs de sa mère. La rupture du repère plonge l'enfant dans le désarroi (anorexie ou insomnie). L'enfant doit séduire sa mère et inversement.

S.Lebovici : "toute mère a quatre enfants dans sa tête" :

- l'enfant imaginaire = représentation inconsciente.
- l'enfant imaginé (précs, cs) = dès le début de la grossesse, il représente le projet.
- l'enfant mythique = il s'inscrit dans le transgénérationnel (prénom grand-père).
- l'enfant narcissique = le plus beau du monde.

Mais, il y a aussi l'enfant réel.

La mère a deux fonctions vis à vis de son nouveau-né :

- le système parexitateur = le nouveau-né ne sait pas gérer la moindre excitation, la mère gère donc ses tensions.
- la fonction érotisante = la mère, par ses soins, va développer la pulsion de vie et érogénéiser le corps afin que le bébé prenne goût et plaisir à la vie.

Le conte.

Il va mettre en image les angoisses de l'enfant. Il est aussi un encouragement à progresser par le fait qu'il se termine bien. (contrairement à la chèvre de Mr Seguin= interdiction de l'autonomie.) Exemple d'un conte moderne : E.T = l'angoisse d'abandon qui illustre la situation nouvelle du divorce.

Les repères perceptifs.

Cf R.Spitz : de la naissance à la parole PUF 1970. Il introduit la notion d'organisateur psychique. (en biologie = cellule qui transforme son environnement en fonction de ses caractères propres.) Il y a ainsi des changements avec la découverte du monde extérieur.

1- Au 3ème mois, l'enfant souri systématiquement à tout visage humain vu de face, mais pas au profil. Il reconnaît donc une forme globale (gestalt), mais il n'y a pas de rapport direct avec l'être humain.

2- Entre 6 et 8ème mois, c'est "l'angoisse du 8ème mois" = réaction de peur en face d'un visage étranger (pleure, détourne la tête). La réaction est maximale en l'absence de la mère. Il différencie donc précisément les visages.

3- Entre 12 et 15ème mois, acquisition du mot "non". Spitz en fait le 1er mot significatif que l'enfant est capable d'utiliser. Mais discutable= particularité phonétique. C'est un acte d'indépendance, un besoin d'affirmer son autonomie. Différenciation entre lui et les désirs de la mère ; début de la vie sociale.

Ajouts à R.Spitz :

4- Stade du miroir (H.Wallon puis J.Lacan). Réaction particulière de l'enfant face au miroir. Au départ, pas de reconnaissance de soi-même ; puis, à partir de la 2ème année, l'enfant se "fend la gueule". Il y a reconnaissance corporelle. Image, pas réalité. Représentation de nous-mêmes et du monde. C'est le point de départ de "l'image du corps propre" ou "schéma corporel" = image dynamique, intériorisé du corps en mouvement. On peut percevoir cette image à travers le dessin du bonhomme, manière dont l'enfant se voit.

5-Apparition du pronom personnel "je" entre 2 et 3 ans. L'enfant a conscience de lui-même comme un sujet. C'est la marque qu'il a pris conscience qu'il est un être différent, individualisé ; on ne peut plus le confondre avec l'autre. Mais il y a toujours un lien de relative confusion avec l'autre = séparation, individuation. (sinon psychotique : se voit dans le regard de l'autre.)

Question de son origine.

D'où viennent les bébés ? La métaphore agricole est particulièrement perturbante. L'enfant peut comprendre qu'il a été dans le ventre, mais il ne sait pas comment il y est arrivé. Il va inventer des théories sexuelles pour rendre compte de son existence, et de l'existence de la sexualité.

- Théories orales : la mère a mangé quelque chose ; on fait des bébés en s'embrassant sur la bouche. Ses théories sont plus logiques que toutes celles données par les parents.

- Théories anales : par où sort le bébé= comme le caca.

Différenciation sexuelle.