

Dialogue et psychopathologie : de la séance à la scène

«M.

– COMMENT VAS-TU ?

C. – À la maison ça se passe bien.

J'aime pas revenir sur les choses passées.

La fois où j'ai cassé le bras à ma mère.

C'était il y a longtemps, longtemps, longtemps.

Dans la rue tout le monde me regarde de travers.

J'aime pas ça. Ils savent que je suis fort.

J'aime pas qu'on me dise que je suis fort.

Je voudrais être moyen, pas trop tout.

Ma mère m'a dit que j'étais un beau garçon. Je le sais.

J'ai des angoisses. Peur qu'il arrive quelque chose à ma mère.

Je l'aime trop ma mère.

Je frappe plus ma mère, mes sœurs.

Il y aura le centre et ma mère pour me suivre.

Peut-être vous encore.

Il faudra enlever le dossier.

On me prend pour un fou. Le dossier c'est la honte.

Je veux être normal.

Je vais essayer d'avoir une dame dans le centre.

J'aime pas trop les hommes.

J'ai mon idée. Une femme c'est logique.

Ma mère m'a dit : 'on discute mieux de femme à homme que d'homme à homme'.

M. – Que penses-tu de la vie en société ?

C. – De vivre seul.

M. – Non, j'ai dit en société. Tu as compris seul ?

Lisa Ouss-Ryngaert

Pédopsychiatre, psychothérapeute ; Service de neuropédiatrie, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Necker, Paris ;

Consultante à Médecins sans Frontières.

Publications : Christian Lachal, Lisa Ouss-Ryngaert, Marie-Rose Moro : *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire, définitions,*

méthodes, actions, Dunod 2003 ; « L'intersubjectivité comme paradigme de l'intérêt des liens neurosciences-psychanalyse », *Psychiatrie française* n. 1, 2004, p. 37-61 ; Alain Bouvarel, Richard Martin, Pierre H. Tremblay, Lisa Ouss, *Traumatisme psychique de l'enfant en situation de guerre ou de catastrophe*, Montréal, CECOM, 1998 (cassette vidéo VHS, 30 min., coul. (SECAM), sonore).

C. – Moi j'aime bien vivre seul avec une femme, ma mère, une copine.

Ça fait vingt et un ans que je suis à Clichy.

M. – Vingt et un ans ?

C. – Oui, dans le ventre de ma mère.

Ma mère est à Clichy. J'existais dans le ventre de ma mère.

Quand je serai grand je me marierai.

Ou peut-être je serai célibataire.

On verra bien. Des copines c'est tout.

Ma mère est plus vieille.

Elle a l'air jeune mais elle est vieille. Trente-quatre, trente-cinq ans.

Mon tonton a trente et un ans.

Mon grand-père travaillait à la RATP.

On est tous frère et sœur sur terre.

M. – Comment comprends-tu ça ?

C. – Je sais pas, on est tous frère et sœur.

M. – Mais encore ?

C. – Ben, tous ensemble, quoi !

M. – Je crois que tu ne manges pas de porc ?

C. – Non pas de porc. C'est mon idée.

Je suis d'origine gitane.

Mon grand-père est d'origine gitane, pure.

Mon père n'est pas du tout d'origine gitane.

Ici on perd la mémoire.

Je suis tout le temps angoissé.

Je m'inquiète pour des choses.

Je suis très bien avec mes angoisses.

M. –angoissé dis-tu ?

C. – Enfin, angoissé non. Je connais pas ce mot-là.

M. – Quel sens tu lui donnerais ?

C. – Ben tu penses à des choses.

Je pense tout le temps qu'il peut arriver un truc à ma mère. »

(Entretien entre un patient psychotique de seize ans, C., et un médecin psychiatre, M.)

C'est à la lecture de scripts d'entretiens littéralement notés entre un médecin et un patient psychotique que m'est apparue la valeur poétique et dramatique d'un tel dialogue. Travaillant spécifiquement comme pédopsychiatre et thérapeute de patients cérébrolésés présentant des troubles de la communication, je développerai certaines situations ou paradigmes permettant peut-être d'éclairer les liens entre ces troubles, et leurs effets sur le dialogue entre un patient et son thérapeute, parfois pris lui-même dans les effets de telles perturbations. Nous avons choisi, avec Jean-Pierre Ryngaert, de vous livrer les fruits de notre dialogue, plus que ce dernier. Le nécessaire partage des voix me conduira à rester dans mon champ propre. Même si je ne suis pas complètement ignorante du domaine théâtral, je laisserai Jean-Pierre Ryngaert exploiter ce qui peut faire sens dans le dialogue dramatique.

Travailler de ma place sur ce sujet ne relève pas seulement d'une question de rhétorique. Il s'agit bien d'un dialogue avec le patient, même si le thérapeute est parfois peu bavard. Nous verrons comment il s'agit, pour certains patients, de permettre justement qu'un dialogue se remette en place, c'est-à-dire qu'existe la place pour un interlocuteur. Il faut bien préciser que c'est la situation de communication qui est thérapeutique, et non pas le dialogue, qui n'en est que le vecteur.

Il ne s'agit pas de faire de l'analyse appliquée. Nous n'aborderons pas la question de l'écriture théâtrale sous l'angle de son contenu et de ses liens inconscients, ou de ce qu'ils nous disent du psychisme singulier ou universel. Ne soyons pas naïfs : il ne s'agit pas non plus d'être a-théoriques, mais de se situer, simplement, dans le dialogue entre spécialités – ou entre spécialistes ? Notre outil est la trame associative. Des pistes, de notre champ en passant par celui des autres, aboutissent à des explorations, des « interprétations » nouvelles. Il s'agit de proposer des outils de décodage, au sens noble du bricolage, à une situation aux frontières proches, entre déconstruction du dialogue théâtral et déconstruction de la pathologie. Partager une aire commune nécessite une mutuelle décentration. Ceci pose la question, au delà de l'effet de mode qui réunit des spécialistes de champs connexes, de la validité des outils ou concepts qu'Isabelle Stengers¹ nomme « nomades ». Il est inutile de répéter combien notre vocabulaire est marqué de signifiants communs (acte, représentation, scène, interprétation...), parfois faux amis.

Je ne parlerai, à cinq niveaux, que de situations paradigmatiques pour notre propos, mettant en correspondance un type de situation clinique, et le niveau de dialogue concerné. Je laisserai le lecteur, ainsi que Jean-Pierre Ryngaert, tirer les fils parfois évidents, parfois plus ténus entre les deux champs.

Le premier dialogue entre le bébé et son partenaire : un dialogue préverbal

C'est celui de l'*infans*. Dans les années soixante, on découvre les compétences « conversationnelles » des enfants de quelques semaines (Bateson 1975², Stern *et al.* 1975³).

Trevarthen⁴ va développer en 1979 la théorie de l'intersubjectivité innée, à partir de l'étude minutieuse des compétences précoces et du rôle actif du bébé dans l'instauration du lien. Un enfant *in utero* reconnaît la voix de sa mère, à la naissance son odeur puis rapidement son visage. Un enfant prématuré est capable d'interagir avec des patterns proto-conversationnels rythmés synchronisés avec les vocalisations, les expressions faciales ou les mouvements des mains de l'adulte suffisamment attentif et attentionné. Les nouveaux-nés coordonnent le geste et le regard, capacité qui va régresser au deuxième mois. Le sourire à six semaines n'est pas considéré comme réflexe. À deux mois, une réponse émotionnelle ab-

sente ou non contingente de la mère provoque des réactions émotionnelles négatives déjà complexes chez l'enfant. À neuf mois apparaît l'intersubjectivité secondaire ou compréhension coopérative « personne-personne-objet ».

On peut donc bien parler d'un premier dialogue protonarratif, essentiellement tonique, vocal, postural, émotionnel, transmodal (d'un canal sensori-moteur à un autre), préexistant au dialogue verbal. Une équipe de chercheurs a récemment montré que les zones cérébrales de perception du langage étaient activées dès l'âge de trois mois lors de ces interactions⁵.

La fonction miroir de l'interlocuteur, s'appuyant sur la capacité innée d'imitation, semble être déterminante dans cette capacité. Il existe des neurones appelés neurones miroirs⁶, activés chez le partenaire dans la même zone cérébrale motrice que celle de l'exécutant d'un geste, ceci indépendamment des canaux visuels : l'interlocuteur se représente ainsi l'action de celui qui la produit par activation directe de la zone cérébrale motrice correspondante chez lui. Il semble que ce type de neurones soit aussi impliqué dans des fonctions plus complexes telles que l'empathie⁷. Nous pouvons imaginer comment l'acte d'énonciation peut ainsi avoir de probables résonances directes chez celui qui est récepteur de l'énonciation, indépendamment de sa compréhension cognitive.

C'est donc par la qualité, la richesse, la contingence, le léger décalage transmodal et créatif que le dialogue protonarratif va se transformer en un dialogue verbal. Notre capacité future à initier, entretenir, enrichir un dialogue dépendra de manière étroite de cette qualité première d'échange.

Dialoguer, c'est pouvoir s'ajuster aux canaux de transmission de l'autre. Le « parler bébé », ou « mamananais » (« motherize »), qui exaspère tant les témoins extérieurs à la scène du dialogue entre une mère et son bébé, n'est que l'accordage intuitif de la mère aux modalités expressives de son enfant.

Serge Lebovici, après Varela⁸, a développé le concept d'« enaction »⁹ : agir corporellement dans le dialogue interactif avec l'enfant, se laisser emplir par la tonalité émotionnelle, notamment ce que D. Stern¹⁰ a appelé les « affects de vitalité », qui traduisent plus une dynamique émotionnelle qu'un contenu.

C'est donc sur la base de cette première forme de communication que vont se mettre en place les déterminants du développement de l'enfant : lien de communication, lien langagier, opérations cognitives complexes. Ainsi les théories cognitives, la théorie structurale du langage, la théorie de l'esprit (capacité d'attribuer une intention à autrui) renvoient à des opérations complexes, à une « métapensée », non applicables à des tout-petits. Elles ne rendent pas compte de la capacité du nourrisson à comprendre et à répondre à des narrations complexes sous une forme primaire, inarticulée.

Le dialogue dans la situation de la séance

Il peut paraître étrange de parler de dialogue dans la situation analytique, car le plus souvent, c'est l'analysant qui parle et l'analyste qui se tait, ponctuée de « hm hm » ou d'interprétations. Nous ferons appel, comme le propose D. Widlöcher¹¹, au référent de la pragmatique du discours, qui semble proposer des modèles de compréhension pertinents : « La communication, c'est faire des choses en échangeant des mondes ». Le discours du sujet n'est pas un rapport sur ce qu'il perçoit à l'intérieur de lui-même, mais l'expression langagière de l'acte de pensée lui-même. On croit travailler sur des énoncés, on travaille sur des actes d'énonciation. La psychanalyse traite l'événement mental comme un acte. Cela peut sembler de prime abord antagoniste avec la règle princeps : dire ce qui passe par la tête, et ne rien faire.

La théorie pragmatique donne un rôle important aux processus inférentiels : c'est la mise en contexte d'un énoncé qui rend possible l'effet de sens. Or, se pose à l'analyste une question technique : pour que l'interprétation puisse se faire, il faut que les deux interlocuteurs partagent une même théorie de l'esprit, c'est-à-dire aient la capacité de rendre compte de leurs états mentaux indépendamment de la réalité à laquelle ils se réfèrent. La communication porte non pas sur ce qui est signifié, mais sur l'acte de représentation.

D. Widlöcher distingue trois formes de communication entre le patient et l'analyste :

- *informative*, qui concerne la construction d'un savoir mutuel, d'un environnement cognitif commun ;
- *inter-active* : c'est la réponse de l'analyste dans une interaction présente ;
- *d'insight* : communication de représentations qui obéissent à des lois d'association, en processus primaire (inconscient). C'est dans cette partie inférentielle que se construit ce qu'il nomme le *système de copensée*, ou théorie de l'interprétation comme fusion partielle de deux cours de pensée, où l'analyste peut anticiper l'association interrompue par l'arrêt de la pensée. Les silences font partie inhérente de ce dialogue.

Structuration du contenu du discours et dialogue

Nous évoquerons la question du traumatisme, ainsi que le discours des patients schizophrènes.

L'exploration de la narrativité est une voie de recherche actuelle en psychopathologie, dans la lignée de la théorie de l'attachement. Cette théorie biologique souligne qu'il existe des formes de lien d'attachement entre le bébé et son partenaire, universelles et stables au cours du développement, que l'on peut classer en catégories « sécuritaire » et « insécuritaire », cette dernière partagée entre évitant, ambivalent et désorganisé. Il est

possible d'étudier, chez un adulte, la qualité de l'attachement à sa propre mère, en étudiant la structure de la narration concernant son passé. Un attachement insécurisé désorganisé, dû généralement à la survenue d'un traumatisme dans l'histoire du sujet, se repère dans les anomalies de structuration du discours, telles que des pauses, intrusions, digressions, répétitions, manque d'informativité, plus que dans le contenu.

Pour comprendre cela, il nous faut connaître les théories concernant la mémoire. Elles sont multiples et complexes.

On distingue mémoire à court terme et mémoire à long terme. Dans cette dernière catégorie, on oppose mémoire *déclarative* (accessible à la conscience) – elle-même séparée entre mémoire *épisode* (informations liées à des effets de contexte, comme les souvenirs d'événements spécifiques de la vie de la personne) et mémoire *sémantique* (connaissance générale du monde, représentations généralisées formées à partir de l'ensemble des expériences) –, et mémoire *procédurale* : impliquée dans les activités perceptivo-motrices ou cognitives, dont le contenu est difficilement accessible à la conscience.

Il existe un autre couple d'opposition, entre mémoire *explicite*, qui implique des stratégies intentionnelles d'informations, et *implicite*, qui n'implique pas l'accès conscient à des informations.

La désorganisation de la narration se comprend dans l'antagonisme entre mémoire *épisode* et mémoire *sémantique*. Il y a soit retour d'éléments précis traumatiques (*épisode*) dans certaines circonstances, soit évitement systématique de ces éléments, soit antagonisme entre une généralisation positive (*sémantique*) et des souvenirs négatifs (*épisode*). Cette incohérence provoque une désorganisation du dialogue, où l'interlocuteur, à son insu, se trouve aspiré par le traumatisme, caractérisé par la déliaison, la répétition sous forme discursive ou symptomatique (cauchemars, hypervigilance) de l'événement traumatique.

La théorie psychanalytique s'attache à la dimension intrasubjective de ce phénomène. La rencontre indicible, sans signifiant pour la nommer, du traumatisme qui confronte à la mort, non représentable parce que jamais présentée, provoquerait ce discours désorganisé, un « trou » dans la chaîne signifiante.

Il existe une autre forme de pathologie désorganisant le contenu du discours, qui est hermétique, flou, rempli de néologismes, aux acceptions inhabituelles, marqué de pauses et de barrages : c'est la dissociation schizophrénique, qui retentit sur la qualité du dialogue :

Patient schizophrène de vingt-huit ans : « J'arrive mal à épeler ce que je conçois. Il y a un diphthongue d'entendement, c'est la même chose dans mon cerveau dans les cas semblables. Je suis déjà tombé dans les pommes pour ça. Je parle mal ce que je comprends. À l'origine c'est complètement le trauma crânien ».

« C'est pas la composante, c'est la composée, c'est l'état de fait, c'est pas ce qui l'entoure, c'est pas le fait d'être à table, c'est... l'idée que j'en ai. »

Effets de la pathologie sur la structure du dialogue

Nous reprendrons à nouveau la trame pragmatique, qui nous permet d'aborder la forme spécifique du trouble communicationnel associé à une pathologie. Les pathologies les plus étudiées dans les dysfonctionnements dialogiques sont l'autisme et la psychose. Lacan l'avait noté, les psychoses sont des maladies du système de communication par signes, avant d'être des atteintes des personnes.

Les schizophrènes ont des difficultés à composer contextuellement leurs intentions internes et les relations qu'elles entretiennent avec les intentions d'autrui¹². On note des déchirures du tissu conversationnel, ou *débrayages conversationnels*, relevant d'un trouble de la planification caractérisé par une dissociation entre les intentions et leur réalisation dans le cours de l'action. Ces patients auraient tendance à réagir aux sollicitations de l'environnement sans les articuler à leurs intentions préalables, comme s'ils les avaient oubliées dans le cours de leur réalisation.

Les autistes¹³ ne disposeraient pas d'une théorie de l'esprit, c'est-à-dire de la possibilité de déterminer leur propre état mental et celui d'autrui, faculté qui suppose la capacité de formuler des « représentations de second ordre », c'est-à-dire d'identifier des croyances à propos de croyances.

De Gelder¹⁴ critique cette position, et montre que les autistes possèdent bien une théorie de l'esprit, mais qu'ils sont incapables d'attribuer des *états intentionnels dans les interactions naturelles*. Ils auraient un déficit dans la compréhension empathique et non théorique d'autrui. L'incapacité à inférer les intentions d'autrui fait qu'ils échouent à faire des inférences pour désambiguïser le sens des énoncés, cela les rend incapables d'adapter leurs propos aux attentes et au savoir de leur interlocuteur.

Les patients traumatisés crâniens¹⁵ montrent des difficultés dans la conversation, même si elles sont moindres que dans la narration. Ceci est expliqué par le dysfonctionnement du lobe frontal, ou « cerveau de l'action », qui joue le rôle de filtre, de régulateur entre l'extérieur et l'intérieur de l'organisme, intègre des informations issues de différentes modalités, sous-tend les « processus exécutifs » nécessaires au développement de tâches complexes, en assurant la planification de l'action, la sélection et le contrôle ; il régit la mémoire de travail, traite et intègre les émotions, et enfin gère la motivation.

La conversation avec ces patients est marquée par des changements de thème inadéquats, la diminution de la cohésion textuelle. Les débrayages conversationnels sont fréquents, ainsi que les pauses induites tant par des troubles attentionnels que par les troubles mnésiques. Ils perdent le fil de la conversation, répètent ce qu'ils viennent de dire. Ces patients ont un discours diffluent, digressif, un accrochage à des détails au détriment de l'informativité. Ils ont perdu le sens de l'implicite (à la

question : « comment avez-vous dormi », ils répondent : « en pyjama », ainsi que le second degré (et donc le sens de l'humour). La place de l'interlocuteur est très importante, qui anime le dialogue, co-construit l'interaction.

Ils ne se rendent pas toujours compte de leurs troubles. Ils oublient parfois qui vous êtes, pourquoi ils sont là, ce qu'ils ont dit à la séance précédente. L'enjeu d'un travail thérapeutique avec eux est de créer une situation communicationnelle, dialogique, partageable, prémisses d'une reprise du goût et de la capacité à penser, dans un univers familier où souvent plus personne ne dialogue avec eux. Ceci nécessite de la part de l'interlocuteur un ajustement permanent aux dysfonctionnements conversationnels.

Patient cérébrolésé (P), médecin (D). Entretien à visée diagnostique.

« D. – Pour dormir, comment ça se passe ? vous dormez de bonne heure ?

P. – Pour moi, sept heures suffisent, huit heures nourrissent, neuf heures pourrissent.

D. – Vous avez toujours fait beaucoup de jeux de mots comme ça ?

P. – Continuellement.

D. – Depuis que vous étiez petit ou bien alors depuis l'accident ?

P. – Depuis que j'ai eu la chance d'avoir la cognition du langage, depuis que je parle, c'est très ancien.

D. – Est-ce que vous avez une sensation de tête vide par moments ?

P. – À part la psychoautarcie que j'ai et que je ne sens pas continuellement, je n'ai nullement cette impression.

D. – Au contraire, vous avez l'impression d'idées qui trottent tout le temps ?

P. – À part l'idée mégalomaniaque et délirante d'avoir la possibilité d'accéder dans un lieu très renfermé, il n'est pas tellement d'autre idée à part cette mégalomaniaque.

D. – J'ai du mal à m'en faire moi, une représentation de ça. Comme si vous dites que vous étiez dans un lieu fermé ? Qu'est-ce que ça veut dire ?

P. – Un lieu qui n'est fréquenté que par des gens qui voient comme c'est dur et d'ouverture plus que hors du commun ; pour y accéder, je ne sais pas quelle voie emprunter.

D. – Vous n'y arrivez pas ? Vous n'y arrivez pas vous-même ? et vous le souhaitez ?

P. – Je le souhaiterais, je le mets au conditionnel.

D. – Qu'est-ce qui vous motive le plus, plus profondément ?

P. – La pérennisation de ce délire mégalomaniaque.

D. – Attendez, qui vous inquiète, ou qui vous motive ?

P. – Qui me pousse à continuer.

D. – Parce que vous voudriez que ce soit permanent ?

P. – Oui.

D. – Mais vous dites que c'est un délire mégalomaniaque ?

P. – Voilà, c'est compensé par mes pensées de penser d'avoir d'autres pensées, c'est une récompense un peu mégalomaniaque.

D. – Mais vous voudriez être dans la... vous n'êtes pas mégalomaniaque permanent ?

P. – Je suis dans une psychoautarcie dans laquelle je me plais beaucoup.

D. – ... Quand même, vous ne trouvez pas ça normal !

P. – J'essaie de la rejeter mais malheureusement elle est un peu plus forte que moi.

D. – ... Mais en même temps vous avez un jugement de valeur dessus, vous dites que ce n'est pas bien, c'est ça que j'ai du mal à comprendre.

P. – C'est du délire, un petit peu déroutant.

D. – Qu'est-ce que vous faites pour que ça change ? Vous ne faites rien, au contraire vous voudriez que ça s'amplifie ? Mais je comprends pas, là !

P. – C'est totalement délirant.

D. – Pardon ?

P. – Totalement délirant.

D. – Ça veut dire quoi, délirant ?

P. – Il sort des us et coutumes habituels. »

La temporalité

C'est une dimension clé du travail thérapeutique. Elle nécessiterait un colloque à elle seule. Les conceptions linéaires du temps ainsi que celles du développement piagétien par « paliers » successifs n'ont plus cours. Green¹⁶ propose une conception arborescente du temps, soulignant la fécondité de la position freudienne concernant la marche du temps dans l'analyse, avec « ses effets de réverbération rétroactive et d'anticipation annonciatrice témoignant d'une irradiation des signifiants hétérogènes ». Cette vision est au service de l'hétérochronie fondamentale de notions aussi différentes que l'amnésie infantile due au refoulement ; l'après-coup (qui évoque la manière dont des expériences, des impressions, des traces mnésiques sont remaniées ultérieurement en fonction d'expériences nouvelles, de l'accès à un autre degré de développement) ; la compulsion de répétition ; l'intemporalité de l'inconscient (qui signifie que l'inconscient ne subit pas l'usure, à laquelle sont soumises toutes choses ; cela signifie en fait l'intemporalité d'Éros)...

« Il y a hétérogénéité diachronique de l'appareil psychique, du fait de la différence de structure entre les instances et de la façon dont les divers modes de temporalité y inscrivent leurs effets. Le temps n'est plus seulement en pièces, ses parties sont en tension les unes avec les autres. Entre les divers aspects qui le composent : le temps de la biologie marqué par l'évolution, le temps de la culture marqué par l'histoire des civilisations, de leur parcours incertain et hasardeux, il y a moins synergie que difficultés d'harmonisation entre les composantes, et même antagonisme. On pourrait dire aussi qu'il y a opposition entre le temps du sujet et le temps de l'Autre, subsumant sous ce terme les deux extériorités au Moi : celle du plus profond dedans – celui du psychisme plongeant jusque dans le corps et le soma –, celle du plus lointain dehors : celui du monde et de la culture où interviennent les relations des hommes entre eux, œuvrant à la découverte de l'altérité proprement dite ».

Entre le temps du sujet et le temps de l'autre une voie doit être trouvée, celle d'un temps de rencontre des deux. C'est là que se place la catégorie fondamentale du temps de la transitionnalité, espace où l'élément rythmique est primordial ; du temps thérapeutique, rythmé par les séances, scandé par les interprétations, qui rompt un temps suspendu, ou fait repère dans un temps éclaté, entre saillance et prégnance, pour citer René Thom¹⁷. C'est la mise en phase, plus que la synchronisation – ce qui

supposerait l'existence d'un même temps pour tous, une homogénéisation stérile – entre les différents partenaires, leur temps propre, et la conjoncture, qui permet cet espace.

Conclusion

Dans le dialogue thérapeutique, on peut penser¹⁸ que ce qui produit le processus de changement n'est pas du registre de l'explicite, du déclaratif, mais bien de ce qui change, malgré nous, inconsciemment, dans le lien que nous avons à l'autre, par une nouvelle forme d'expérience relationnelle où s'explorent, se construisent les espaces de sens au travers de l'acte de langage. Il s'agit de co-créeer un espace de jeu possible, pour reprendre le terme de Winnicott, une aire de transitionnalité, intermédiaire entre le dedans et le dehors, à laquelle il fait appartenir l'expérience culturelle¹⁹. C'est dans cette co-création que s'installe la part mutative du *setting* thérapeutique, surtout lorsqu'il s'adresse à ceux dont la communication est défaillante. Le texte théâtral relève peut-être de cette transitionnalité. Je n'ai pas tout à fait oublié le troisième interlocuteur, le spectateur ou le lecteur, qui partage certains implicites entre mon champ et le vôtre.

(1) Isabelle Stengers, *D'une science à l'autre. Des concepts nomades*, Paris, Seuil, 1987.

(2) M.C. Bateson, « Mother-infant exchanges : the epigenesis of conversational interaction », in D. Aaronson, R.W. Rieber (Eds.), *Developmental Psycholinguistics and Communication Disorders*, New York, Academy of Sciences, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 263, 1975, p. 101-113.

(3) D.N. Stern, J. Jaffe, B. Beebe, S.L. Bennett, « Vocalization in unison and alternation : two modes of communication within the mother-infant dyad », *Annals of the New York Academy of Science*, vol. 263, *op. cit.*, p. 89-100.

(4) C. Trevarthen, « Communication and cooperation in early infancy. A description of

primary intersubjectivity », in M. Bullock (Ed.), *Before speech : the beginning of human communication*, Londres, Cambridge University Press, 1979,

p. 321-347. C. Trevarthen, A.J. Aitken, « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique », *Devenir* T. 4, vol. 15, 2003, p. 309-428.

(5) G. Dehaene-Lambertz, S. Dehaene, L. Hertz-Pannier, « Functional neuroimaging of speech perception in infants », *Science*, T. 6, vol. 298 (5600), 2002, p. 2013-2015.

(6) G. Rizzolatti, L. Fogassi, V. Gallese, « Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action », *Nature reviews / Neuroscience* n. 2, 2001, p. 661-670.

(7) A.N. Meltzoff, J. Decety, « What imitation

tells us about social cognition : a rapprochement between developmental psychology and cognitive neuroscience », *Philosophical Transactions*, The Royal Society (Londres) n. 358, 2003, p. 491-500.

(8) F.J. Varela, *Invitation aux sciences cognitives*, Paris, Seuil, [1989] 1996.

(9) S. Lebovici, « Glossaire : 'Enaction' », in *L'Arbre de vie. Éléments de la psychopathologie du bébé*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 1998.

(10) D.N. Stern, *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, 1989.

(11) D. Widlöcher, *Les Nouvelles cartes de la psychanalyse*, Paris, O. Jacob, 1996.

(12) A. Trognon, « L'approche pragmatique en psychopathologie cognitive », in *L'Approche pragmatique en psychopathologie cognitive*, *Psychologie Française* n. 37-3/4, 1992, p. 192-202.

(13) V. Collet, « Micro-analyse interlocutoire des

personnes atteintes d'autisme », in A. Trognon, *L'Approche pragmatique en psychopathologie cognitive*, *op. cit.*, p. 245-253.

(14) *Idem*.

(15) C. Peter-Favre, « Discours et conversation chez les traumatisés crânio-cérébraux », in *Pragmatique et psychologie*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2002, p. 281-304.

(16) A. Green, *Le Temps éclaté*, Paris, Minuit, 2000.

(17) René Thom, « Saillance et prégnance », in *L'Inconscient et la science*, Paris, Dunod, 1991.

(18) E.Z. Tronick, « Interventions that effect change in psychotherapy : a model based on infant research », *Infant Mental Health Journal*, vol. 19, 3, 1998, p. 277-354.

(19) D.W. Winnicott, « La localisation de l'expérience culturelle », in *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975.