

# Jouer pour de vrai

ONT COLLABORÉ À CET OUVRAGE

Isabelle Blondiaux  
Jean-Marc Dupeu  
Madeleine Jeliaskova-Roussel  
Hager Karray  
Raoul Le Moigne  
Housseem Louiz  
Yves Manela  
Emmanuel de Nonneville  
Laetitia Petit  
Jean-François Rabain  
Françoise Sanchez-Velez  
Jean-François Solal  
Venceslav Vatov  
Marc Vincent  
Michel Weinstadt

*Sous la direction de  
Patrick Delaroche*

# Jouer pour de vrai

Du psychodrame individuel  
à la psychanalyse

Collection « Hypothèses »

 **ères**

Arcanes

Couverture :  
Anne Hébert

Illustration :  
*Le Pagliaccio italien,*  
Maurice Sand, 1600

Version PDF © Éditions érès 2012  
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3096-2  
Première édition © Éditions érès 2011  
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

## Table des matières

LIMINAIRE	
<i>Patrick Delaroche</i> .....	9
INTRODUCTION	
De la psychanalyse impossible à la psychanalyse possible	
<i>Patrick Delaroche</i> .....	17
Première partie	
LE JEU DES COTHÉRAPEUTES	
1. Le jeu des cothérapeutes et le PPI	
<i>Emmanuel de Nonneville</i> .....	35
2. Tu étais bien dans le rôle de l'armoire	
<i>Isabelle Blondiaux</i> .....	47
3. Mouvements contre-transférentiels et hypothèses diagnostiques dans l'orientation du jeu psychodramatique	
<i>Madeleine Jeliazkova-Roussel</i> .....	61
4. Des constructions en pure perte	
<i>Marc Vincent</i> .....	71

5. L'invention du double au psychodrame <i>Michel Weinstadt</i> .....	81
--	----

Deuxième partie  
LA DIRECTION DU JEU

6. La temporalité au psychodrame : simultanéité et succession <i>Yves Manela</i> .....	95
7. Dramatisation au psychodrame : mettre du jeu dans le transfert <i>Raoul Le Moigne</i> .....	103
8. La dramatisation fantasmogène <i>Jean-Marc Dupeu</i> .....	115
9. Le travail de construction et de symbolisation dans le psychodrame psychanalytique <i>Jean-François Rabain</i> .....	131
10. Posture, imposture et vérité dans le jeu psychanalytique <i>Jean-François Solal</i> .....	143

Troisième partie  
LA SYNERGIE ENTRE COTHÉRAPEUTES  
ET DIRECTEUR DE JEU

11. Longtemps j'ai été cothérapeute... <i>Raoul Le Moigne</i> .....	157
12. L'humble assurance d'un moi arbitre <i>Jean-Marc Dupeu</i> .....	169

TABLE DES MATIÈRES

13. Fallait-il en faire un drame ? <i>Françoise Sanchez-Velez</i> .....	179
14. Fini de jouer ou variations sur les jeux psychodramatiques <i>Laetitia Petit</i> .....	193
15. L'interprétation dans le PPI : responsabilité du directeur de jeu et responsabilité des cothérapeutes <i>Hager Karray</i> .....	207

Quatrième partie  
FORMATION AU PSYCHODRAME  
ET DIFFUSION DE LA PSYCHANALYSE

16. L'introduction de la psychanalyse en Bulgarie : l'apport du PPI <i>Venceslav Vatov</i> .....	219
17. Jeu de rôle ou psychodrame à deux <i>Houssem Louiz</i> .....	227

CONCLUSION

Génie et limites du psychodrame psychanalytique individuel <i>Patrick Delaroche</i> .....	237
--	-----

BIBLIOGRAPHIE.....	247
--------------------	-----

INDEX.....	251
------------	-----

*à Simone Daymas*



## Liminaire

*Patrick Delaroche*

Ce livre traite du psychodrame psychanalytique individuel (PPI) à travers des communications aux Journées de Ville-d'Avray<sup>1</sup>, des conférences à la Salpêtrière, ou des articles récents, tous traitant des rapports entre psychodrame et psychanalyse pour autant que le dispositif du PPI *déplie*<sup>2</sup> la situation duelle de l'analyse. Le dispositif, inchangé depuis sa création par Serge Lebovici, comprend un directeur de jeu qui dialogue avec un patient pour établir la scène que celui-ci jouera ensuite avec ses personnages choisis parmi des cothérapeutes jusque-là silencieux. Les cothérapeutes sont tous analystes ou en formation analytique. J'écris ces précisions car certains psychodramatistes prétendent faire un psychodrame individuel... avec un groupe de patients qui deviennent de ce fait les thérapeutes d'un des leurs sur les problèmes duquel va se centrer le groupe. Or, à l'instar de la psychanalyse, le PPI cherche à éliminer tout effet de groupe, toujours dommageable pour le patient même (et surtout ?) quand il est le fait de thérapeutes expérimentés. De plus, tout groupe, s'il se veut analytique, suppose des interprétations *groupales* et non individuelles. Il réclame enfin des indications précises et fort différentes d'une demande psychanalytique.

---

*Pédopsychiatre, psychanalyste.*

1. Dont voici les thèmes récents : 2006 : « Dramatisation » ; 2007 : « L'invention au psychodrame » ; 2008 : « La responsabilité en PPI » ; 2009 : « La mise en scène du fantasme théorique et ses avatars en PPI ».

2. Cf. *infra*, chap. 12, J.-M. Dupeu, « L'humble assurance d'un moi arbitre », p. 169.

Le candidat au PPI, au contraire, présente une demande certaine mais la réponse à celle-ci ne peut se faire dans l'immédiat sur le mode analytique classique, cela en général à cause de l'intensité ou de la structure des défenses, qu'il s'agisse de forclusion, de projection ou de clivage. C'est ce que je rappelle dans l'*Introduction* à ce volume<sup>3</sup>. Le but du psychodrame individuel consiste en effet à aider le sujet à formuler une parole propre, débarrassée des discours parasites, destinée à communiquer. C'est ce qui arrive souvent en fin de parcours (quelle qu'en soit la durée) en psychodrame : dès lors, cette parole nouvelle ne peut plus se dire à la cantonade, face au groupe des thérapeutes, sans honte<sup>4</sup> ; elle requiert le dialogue. Ce moment est parfois difficile à saisir car le sujet nous imagine ne jurer que par le psychodrame. Il se manifeste donc le plus souvent par un manque d'idées de scènes nouvellement apparu, manque d'idées que le directeur de jeu doit questionner.

Ce dépliage de la situation analytique partage le psychanalyste du psychodrame en deux fonctions : celle de directeur de jeu, celle de cothérapeute. C'est pourquoi je les distingue dans la suite du livre. Le *jeu du cothérapeute* résume le rôle de ce dernier. Il est *limité* par son personnage et la scène choisie par le patient. Mais il ne saurait se réduire au scénario imposé s'il veut être psychanalytique et faire passer une interprétation qui aura d'autant plus de force qu'elle est littéralement *anachronique*. Elle est proférée en effet en lieu et place d'une parole qui n'a pu se dire auparavant et a donc fait défaut à la construction du sujet<sup>5</sup>. C'est ce que j'appelle le *jeu interprétant*. Il faut bien entendu que ce cothérapeute utilise pour cela un langage *plausible*, taillé dans la langue du sujet dont il a *entendu* la souffrance inconsciente. Mais ce jeu interprétant lui autorise dans le même temps une grande *liberté* : celle de se moquer du texte *patent* pour répondre au texte *latent*. Comme on le voit, cette gymnastique est éminemment psychanalytique. L'analyste de fauteuil ne manque pas de se livrer lui aussi à ce genre d'exercice et s'il reste le plus souvent muet, c'est que les associations du patient font office de ce jeu

3. « De la psychanalyse impossible à la psychanalyse possible » ; conférence faite en 2006 à la Salpêtrière dans le cadre du séminaire *Formation à la clinique psychanalytique*.

4. Affect lié à l'introjection de l'idéal du moi.

5. C'est en ce sens que le psychodrame offre une « mise en espace du temps [qui] permet une simultanéité dans la temporalité » ; cf. *infra*, chap. 6, Y. Manela, « La temporalité au psychodrame : simultanéité et succession », p. 95.

avec la pensée dont est bien incapable notre patient de psychodrame. Il se contente, si je puis dire, d'analyser son contre-transfert pour permettre au patient d'aller aussi loin que possible. Le cothérapeute, lui, joue avec son *contre-transfert*<sup>6</sup> ou même avec son *transfert*, si vous préférez. Sa seule exigence éthique consiste à en entendre les répercussions dans le discours de son patient-acteur et à en infléchir d'autant l'incidence. On conçoit que le psychodrame soit formateur pour les jeunes analystes qui vivent à juste titre comme un danger le fait de *jouer* leur contre-transfert ou de jouer *malgré* ce dernier<sup>7</sup>. Cela dit, jouer au psychodrame apporte à tout analyste, jeune ou chevronné, la satisfaction incomparable d'entendre son préconscient entrer en résonance avec les processus primaires du patient, ce qui lui fait parfois entrevoir des perspectives insoupçonnées, perspectives dont sera témoin l'analyste du psychodramatiste quand celui-ci est encore sur un divan. Cette fonction de cothérapeute enfin ne saurait être distinguée, aux règles du jeu près, de celle du psychanalyste : l'éthique en est la même en effet<sup>8</sup>. C'est même cette éthique, si on peut dire, qui inhibe aussi bien l'analyste débutant dans ses interprétations que le cothérapeute inexpérimenté. Ce dernier en effet doit avant tout – je l'ai dit – tenir compte des réactions du patient, de son discours mais aussi des interférences avec ses collègues et de l'intention du directeur de jeu quand il envoie un tiers infléchir la scène.

*Le rôle du directeur de jeu* est lui aussi analytique puisque c'est son écoute qui lui fera choisir la scène ou la partie de scène que lui propose le patient. Ce dialogue préliminaire plus ou moins long permet aux cothérapeutes silencieux d'imaginer leur implication éventuelle si le patient les choisit. Les caractéristiques de ce choix donnent déjà des indications nombreuses sur les dispositions du patient et en particulier sur ses résistances : peu importe pour les cothérapeutes puisqu'il s'agit de les *contourner* par le jeu. Dès le jeu commencé, le directeur de jeu se retire et écoute. Si le

6. Cf. *infra*, chap. 7, R. Le Moigne, « Dramatisation au psychodrame : mettre du jeu dans le transfert », p. 103.

7. Cf. *infra*, chap. 3, M. Jeliakova-Roussel, « Mouvements contre-transférentiels et hypothèses diagnostiques dans l'orientation du jeu psychodramatique », p. 61.

8. Comme l'indique R. Le Moigne, se référant à J. Sédat (*Le Carnet PSY*, avril 2008) : « Le cothérapeute [...] va jouer celui duquel le patient souhaite être entendu » (cf. *infra*, champ. 11, « Longtemps j'ai été cothérapeute... », p. 157).

jeu avec le patient est *interprétant* (cf. *supra*), la scène se suffit à elle-même : en général, les personnages-cothérapeutes s'adaptant au discours que l'un d'entre eux, plus expérimenté ou plus inspiré, a engagé avec notre personnage-patient. Mais il arrive souvent que la scène s'enlise dans la banalité, le directeur pourrait alors l'arrêter, mais il peut aussi soit *doubler* le patient, soit faire intervenir un *tiers*. Ce doublage du patient par le directeur est contesté par certains<sup>9</sup>. J'y vois pour ma part un des moyens de montrer au patient qu'il a été entendu et qu'il peut dire lui-même ce qu'on lui suggère. Cette « suggestion » se fait *a minima* et ne sert que de *starter* ; elle ne consiste en aucun cas à parler à la place du patient. Celui-ci, quand le double intervient au bon moment, reprend alors les paroles du directeur comme s'il les avait lui-même prononcées. Placé *derrière* le patient (et non à côté), le directeur est ainsi le double ou, si on préfère, le représentant du sujet, place que peut d'ailleurs tenir l'analyste dans son fauteuil. Dès que le « doublage » a opéré, le directeur se retire, laissant la scène se dérouler de façon plus intéressante. Ce double peut aussi être joué par un cothérapeute envoyé par le directeur de jeu. Mais le directeur peut également envoyer le personnage *manquant* de la scène. L'absence de ce personnage est souvent tellement criante que son envoi par le directeur et sa verbalisation par les acteurs surviennent exactement au même moment !

L'arrêt de la scène est aussi d'essence analytique. On peut appeler cela *scansion*, peu importe, car elle pointe un effet de l'inconscient, et cela quelle que soit l'école à laquelle se rattache le directeur de jeu. Ces effets sont bien entendu variables : lapsus, sortie de jeu, changement de rôle, passage à l'acte, fou rire, sanglot... Le dialogue qui s'ensuit entre le patient et le directeur n'est qu'une manière de vérifier que le patient a « entendu » ce qui a déclenché cet effet. La meilleure vérification, comme le dit Freud dans « Constructions dans l'analyse<sup>10</sup> », est donc *indirecte*. Elle apparaît (ou non) dans la nouvelle scène qu'on lui propose ou dans la séance suivante. Si le patient n'a *pas d'idée*<sup>11</sup> à cette nouvelle séance, il faut donc lui rappeler la précédente et éventuelle-

9. Cf. *infra* l'introduction à la première partie, p. 33.

10. S. Freud, « Constructions dans l'analyse » (1937), dans *Résultats, idées, problèmes* II, Paris, PUF, 1985.

11. Un des trois motifs d'absence d'idée de scène, les deux autres étant un blocage transférentiel (qu'on peut jouer) ou l'envie d'arrêter le psychodrame pour passer à une relation duelle.

ment la lui faire rejouer. La fonction du directeur, on le voit, est essentielle et pourrait s'apparenter à une sorte de « toute-puissance » imaginaire, malheureusement limitée par la pathologie du patient ! Cette « mégalomanie » s'observe en particulier quand le patient est invité à jouer le rôle du directeur de jeu ! Car le « transfert » sous toutes ses formes peut faire l'objet du jeu, en particulier en l'absence d'idée, quand le cothérapeute prend la place du patient et celui-ci celle du directeur, mais aussi pour tous ces enfants et adolescents dont la psychothérapie parallèle piétine : la verbalisation du transfert peut entraîner des « déblocages » spectaculaires. Comme on le voit, le psychodrame permet littéralement de « mettre du jeu dans le transfert <sup>12</sup> ». Ce « jeu <sup>13</sup> » évoque celui d'un imaginaire clairement articulé avec le symbolique, alors qu'au contraire, tout *blocage*, toute inhibition, tout délire même renvoie à un imaginaire figé, enclavé, ou encore coupé de toute attache symbolique. Il est donc tentant de renvoyer les rôles respectifs des cothérapeutes et du directeur de jeu, les uns à la plasticité de l'imaginaire, l'autre à la rigueur du symbolique, et de les réunir sous l'égide du fantasme dont le psychodrame permet la production <sup>14</sup>. Cette dichotomie existe pourtant dans les faits : j'en prendrai pour preuve un exemple. Il m'est arrivé comme cothérapeute de faire (dans le jeu bien sûr) une interprétation que j'ai pensée pertinente par les réactions du patient. Or cette interprétation n'a pas été entendue par le directeur qui a donc laissé continuer le jeu et s'est fait le complice du refoulement. La discussion après la scène n'a du coup rien laissé apparaître de ce qui avait été un « moment fort » qu'il fallait pointer.

La dernière partie de ce livre est donc consacrée à la *synergie entre cothérapeutes et directeur*. Cette synergie nécessite une entente, j'allais dire une complicité, car cette entente se situe à un niveau profond : celui de la faculté d'écoute de l'inconscient. Elle n'a donc que peu de chose à voir avec le niveau de formation, à condition bien entendu que l'analyste débutant laisse provisoirement de côté des défenses névrotiques qui se manifestent habituellement par de multiples précautions contre

---

12. Cf. *infra*, chap. 7, R. Le Moigne, « Dramatisation au psychodrame : mettre du jeu dans le transfert », p. 103.

13. « Jeu » renvoie ici au mot anglais *playing*, par opposition à *game*.

14. Cf. *infra*, chap. 13, F. Sanchez-Velez, « Fallait-il en faire un drame ? », p. 179.

la *technique* du psychodrame. C'est dire que chacun est sous le regard de l'autre, le directeur, qui laisse apparaître son fonctionnement professionnel, comme les cothérapeutes qui, idéalement, peuvent sublimer leur problématique et permettre au patient d'aller « au bout » de son fantasme. Le « fonctionnement » du directeur en tout cas doit entraîner l'adhésion des cothérapeutes : il doit les convaincre et ils doivent lui répondre. L'analogie avec la direction d'orchestre s'impose : ils doivent jouer la partition écrite par le patient, l'un en montrant son intelligence du texte, les autres en comprenant les intentions du chef. Or cette lecture est unique et souveraine. Bien entendu, il pourrait y en avoir des dizaines d'autres, mais il faut en passer par celle-ci si on veut produire l'œuvre. C'est d'ailleurs ce qui se passe en analyse où le patient ne parle qu'à son analyste et, à travers lui, à quantité d'autres personnages. C'est pourquoi il n'y a qu'un seul directeur de jeu. Certes, on pourrait imaginer une synthèse des écoutes et aboutir à une interprétation qui se voudrait objective ; ce serait le meilleur moyen de stériliser le processus ! C'est pourquoi, aussi, une direction de jeu « tournante » me paraît néfaste, hors le cas suivant : celle où l'analyste se fait momentanément remplacer en cas d'absence, ce qui reste une exception, mais une exception intéressant le transfert imaginaire sur le directeur de jeu. Toute métaphore a ses limites et certains patients sont incapables d'écrire leur partition : il s'agit alors, comme Bartok recueillant les chants tziganes de la campagne hongroise, de l'aider à écrire, voire d'écrire à sa place sa petite mélodie. C'est là que le fantasme théorique est d'un grand secours : il va former le canevas sur lequel vont broder les cothérapeutes. Sans ce canevas, les cothérapeutes auraient bien du mal à mettre en œuvre leur propre fantasme théorique et ce dernier doit faire écho à celui du directeur, écho qu'entérine ou non le patient<sup>15</sup>. Pour donner un exemple, disons que face à un enfant psychotique au langage désarticulé, le directeur peut être amené à mettre en place un cadre cœdipien dans lequel les cothérapeutes pourront jouer des pulsions prégénitales. Ce cadre, socialement reconnu, va rassurer le patient qui pourra adhérer alors à un jeu pulsionnel. De la même façon, si je puis dire, les cothérapeutes se reposent sur le directeur qui, lui, s'appuie sur un jeu

---

15. Cf. *infra*, chap. 4, M. Vincent, « Des constructions en pure perte », où ce canevas apparaît en négatif, p. 71.

pulsionnel. Il est donc plus difficile à ces derniers de repérer une sortie de jeu, et si le directeur la laisse passer lui aussi, cela peut entraîner une petite catastrophe<sup>16</sup>, rarement une rupture.

Comme on le voit, le psychodrame individuel nécessite un langage commun entre psychanalystes. Il contraint même les uns et les autres à parler la même langue : celle de la clinique. C'est sans doute pour cela que les rencontres de Ville-d'Avray ont toujours réuni autour du PPI des analystes de toutes les écoles. C'est pour cette raison également que l'implantation du PPI dans un pays peut y permettre *l'introduction de la psychanalyse*, à condition bien entendu que des formations analytiques y soient possibles parallèlement<sup>17</sup>. Les stagiaires au PPI peuvent en effet constater *de visu* l'existence d'une clinique psychanalytique, sa traduction théorique et l'efficacité thérapeutique de l'interprétation, bref tout ce qu'ils vivent ou vivront dans l'intimité divan-fauteuil.

---

16. Cf. *infra*, chap. 15, H. Karray, « L'interprétation dans le PPI : responsabilité du directeur de jeu et responsabilité des cothérapeutes » p. 207.

17. Cf. *infra*, chap. 16, Venceslav Vatou, « L'introduction de la psychanalyse en Bulgarie : l'apport du PPI », p. 219 ; chap. 17, Houssem Louiz, « Jeu de rôle ou psychodrame à deux », p. 227.





## Introduction

### De la psychanalyse impossible à la psychanalyse possible

*Patrick Delaroche*

Expliquer le psychodrame individuel pourra paraître une entreprise inutile. Le psychodrame en effet n'est-il pas par définition une expérience pratique et sa théorie déjà entièrement confondue avec la psychanalyse ? Ou alors on pourra concéder à la rigueur qu'il est une *technique* qui, comme telle, diffère tant soit peu de la technique analytique faite avant tout de silence, d'interventions rares, d'interprétations volontairement équivoques. Insistons donc sur la technique puisque celle-ci nous offre matière à originalité tout en étant partie prenante de la théorie. Or, depuis les travaux incontournables de Freud d'abord, de Fénichel ensuite, et de Glover enfin (travaux qu'il faut étudier à fond avant de s'installer comme analyste), on a l'impression que la technique n'intéresse plus personne, ce qui entraîne d'ailleurs des dérives de plus en plus inquiétantes dans la pratique, dérives largement associées à l'insuffisance des analyses dites de formation.

Or, il faut le dire d'emblée, ce sont les *insuffisances de la technique analytique*, chez des patients pour lesquels l'analyse est *théoriquement* possible, qui font apparaître chez le praticien la nécessité du psychodrame individuel ou de son succédané, le jeu de rôles. Permettre d'accéder au discours analytique, y conduire progressivement le patient, l'amener à renoncer à se livrer au groupe : telles sont les possibilités uniques mais aussi les limites du psychodrame. Il ne faudrait cependant pas prendre ces possibilités pour de la facilité et renoncer trop vite à la position d'analyste. J'y reviendrai. Je précise que j'entends par « discours analytique » une manière d'intégration de la seule technique demandée au patient :

celle de l'*association* dite *libre*. Il s'agit, pour tenter de le décrire, d'un discours capable de *s'entendre lui-même sans s'écouter*. Il caractérise les qualités de ce que Freud a appelé le préconscient grâce auquel les mots oubliés peuvent revenir à la surface sans qu'on les en empêche ni ne les cherche. Ce type de discours, fréquent chez le névrosé ordinaire, est totalement impossible chez celui qui est envahi par ses symptômes, ce qui est éminemment paradoxal quand on se rappelle que la psychanalyse est née précisément à partir du symptôme muet qu'est la conversion hystérique. Seulement voilà, Freud questionnait avant de laisser parler, il questionnait comme le ferait un détective à la recherche du coupable, il ne négligeait pas la localisation de la douleur qu'il érigeait à la dignité du *désir*, comme le dit le Lacan des débuts<sup>1</sup>. Et, d'une certaine façon, au psychodrame nous ne faisons pas autre chose que questionner, le jeu intervenant ensuite pour permettre au sujet de faire lui-même le lien entre ce qu'il dit et ce qu'il fait (en jouant). Car comme le disait très justement René Diatkine, le patient invité à dépasser les obstacles qu'il rencontre dans la réalité s'aperçoit, grâce au jeu, que c'est lui-même qui met les limites dont il se plaint. Au fond, le jeu nous évite toutes les explications sur les causes « de ceci ou de cela » que donnait Freud à ses patients et qu'il a appelées plus tard *constructions*, tout en en déplorant les limites<sup>2</sup>. Déjà, c'est une patiente célèbre, Emmy von N., qui lui avait demandé de cesser de la harceler de questions et de la laisser parler. « J'y consentis », écrit Freud<sup>3</sup>, inventant la psychanalyse. Le jeu est donc pour nous un prélude à l'analyse, un prélude aux jeux de langage du divan, un banc d'essai pour l'association libre.

## Les indications du psychodrame psychanalytique individuel

Les indications du PPI découlent de ce que je viens de dire. C'est pourquoi, au lieu d'une fastidieuse liste exhaustive dans laquelle brilleraient l'anorexie mentale, les TOC<sup>4</sup> en tout genre et la maladie de

1. « [Dans la conversion] le désir est identique à la manifestation somatique. » Il y a une « profonde coalescence du désir avec le symptôme ». J. Lacan, Le Séminaire, Livre V (1957-1958), *Les formations de l'inconscient*, Paris, Le Seuil, 1998, p. 336-337.

2. Plus exactement, le jeu des cothérapeutes est une construction, ou plutôt la mise en acte de ce que j'appelle un *fantasme théorique*.

3. J. Breuer et S. Freud, *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1971, p. 48.

4. TOC : troubles obsessionnels compulsifs.

Gilles de la Tourette en particulier, en passant par l'inhibition majeure et le passage à l'acte psychopathique, je préfère parler ici des impasses de la technique analytique. Or, ces impasses, à mon avis, non seulement sont inhérentes au cadre analytique lui-même où c'est le sujet qui doit présenter une *demande* (ce dont sont massivement incapables la plupart de ceux que nous voyons pour un psychodrame qui, à la rigueur, véhiculent celle des parents), mais surtout échappent à l'analyste, même si celui-ci sort d'un rôle purement d'écoute et questionne. Bien entendu, je ne parle pas ici du sujet qui aurait « du mal à s'exprimer », comme on dit, ou qui souffre, le dit ou le montre, d'une impossibilité de parole : ceux-là sont bien entendu candidats au divan. Non, ceux dont je parle ont des impossibilités de parler vraiment. Ces impossibilités sont « momentanément réelles » puisque à la fois inexpugnables et cependant résolubles par la technique du psychodrame. J'en distinguerai trois grands groupes caractérisés par l'état de certaines *représentations* assez fondamentales pour définir symptômes et structures. Je préfère le terme de représentation à celui de signifiant. Non pas que le terme de signifiant ne convienne pas, mais il a été tellement galvaudé qu'il ne représente plus – c'est le cas de le dire – que des représentations de mot détachées des représentations de chose (pour revenir – comme toujours – à la première topique). Bref, ces représentations peuvent être, dans ces impasses discursives où sont les malades qui viennent nous voir, soit *forcluses*, soit *projetées* ou encore *clivées*.

### *Les représentations forcluses*

Elles sont, bien entendu, caractéristiques de la psychose. Comme l'indique Freud, elles semblent au malade venir de l'extérieur et ne peuvent apparaître au sujet comme sa production propre que par des rationalisations déductives, rares mais possibles. Qu'il s'agisse d'états schizophréniques ou de délires paranoïaques constitués, ces représentations hallucinées ont des statuts très différents que nous n'allons pas détailler. Rappelons simplement deux faits cliniques. Le premier, c'est la difficulté, voire l'impossibilité, même avec une grande expérience, de dialoguer avec un tel sujet pour qui le psychiatre, comme l'analyste, est vécu au mieux comme un étranger, au pire comme un persécuteur. Le second, c'est que le délire est une tentative de guérison qui exclut tout tiers et comble le narcissisme défaillant du sujet : il aime son délire

comme lui-même, dit Freud. Ceci explique donc cela : la résistance farouche que nous oppose le malade est une tentative désespérée pour se défendre d'une dépersonnalisation destructurante. C'est bien pourquoi les paranoïaques refusent le psychodrame, sauf exception, avec dédain, comme quelque chose de vraiment ridicule. Mais c'est dire dans le même temps qu'ils perçoivent que le psychodrame, en installant par exemple le persécuteur dans la pièce, risquerait de leur faire perdre leurs défenses. C'est dire aussi que des sujets jeunes, pas encore installés dans un délire construit, peuvent accepter le jeu et bénéficier du psychodrame.

### *Les représentations projetées*

Elles offrent une indication de choix. Je ne parle pas de la projection banale qui s'interprète par le discours, mais de projections irréductibles qui fonctionnent comme des forclusions. En voici quelques exemples. *Les enfants adoptés* qui ne savent rien (ou à qui on n'a rien dit) de leur origine restent *fixés* à des *images* d'abandon, images figées, non dicibles et non articulables avec un sentiment de colère ou de tristesse. Cet *imaginaire bloqué* se présente comme un roc inanalysable à tout thérapeute. Et quand celui-ci le sollicite, le sujet lui oppose un refus. Cela lui fait dire plus tard au consultant : « Mon thérapeute me parlait sans arrêt de ma mère naturelle ; cela m'énervait. » Eh bien, si on amène ce genre de patient fréquent – est-ce un hasard ? – en psychodrame à jouer l'abandon, puis l'adoption, cela a des effets considérables de levée du blocage. Ce qui est remarquable, c'est le peu d'importance de la scène en elle-même : celle-ci peut être complètement « fausse », non réaliste, plaquée et artificielle, cela n'empêche pas le sujet de mettre ses mots à lui sur un passé jusque-là enkysté. Bien entendu, ce déblocage a un effet sur les symptômes.

Cet exemple montre l'intérêt pour les enfants adoptés à jouer l'*irreprésentable*. Cet irreprésentable est en fait une *projection* massive et inconsciente qui prend les masques de la réalité. Dès lors, jouer cette réalité, même avec les erreurs grossières, la propulse sur la *scène du fantasme* qui est aussi celle du *préconscient*. Voilà donc une vertu du psychodrame : transformer un imaginaire pur, c'est-à-dire non verbalisable et non symbolisé en fantasme, c'est-à-dire en image cadrée par des représentations verbales et articulées par et avec le symbolique. On verra plus loin l'intérêt pour les cothérapeutes de jouer « jusqu'au bout » leur fantasme