



Revista Latinoamericana de Psicopatologia
Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em
Psicopatologia Fundamental
Brasil

Sublime, Laetitia

Des limbes du symbolique à l'acte d'auteurisation ou de la fonction sinthomatique de l'usage des tests
en psychologie clinique

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. VI, núm. 1, marzo, 2003, pp. 130-147

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
São Paulo, Brasil

Disponibile en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018070010>

► Comment citer

► Numéro complet

► Plus d'informations de cet article

► Site Web du journal dans redalyc.org

redalyc.org

Système d'Information Scientifique

Réseau de revues scientifiques de l'Amérique latine, les Caraïbes, l'Espagne et le Portugal

Projet académique sans but lucratif, développé sous l'initiative pour l'accès ouverte

Des limbes du symbolique à l'acte d'auteurisation ou de la fonction sinthomatique de l'usage des tests en psychologie clinique*

Laetitia Sublime

Cet article a pour origine une pratique de psychologue clinicienne auprès de patients séropositifs que j'ai choisi de situer hors d'une sémiologie classique en postulant une "pathologie des limbes du symbolique". Je montrerai comment l'usage des tests ne saurait se déprendre des exigences d'une clinique de la subjectivité en restituant à ces outils – considérés comme autant de "renversements dialectiques" et de scissions du discours – leur place légitime dans une clinique de la parole et du langage. L'offre de supports narratifs prothétiques pourrait encourager l'advenue d'une fonction sinthomatique, acte d'auteurisation par la relance de l'élaboration symbolique autour du trauma, appel au travail de la mémoire et à la reconstruction d'une histoire demeurée jusque là sans destinataire, dans les limbes.

Mots clés: Limbes du symbolique, tests (projectifs, personnalité...), fonction sinthomatique, pratique du psychologue clinicien

* Cet article est issu d'une Thèse de Doctorat de Psychologie (option Psychologie Clinique, mention Psychopathologie, Psychanalyse): "Les limbes du symbolique: confrontation du psychologue clinicien aux nouvelles émergences cliniques de la post-modernité. Immunodéficience Acquise et conduites à risques". Thèse soutenue à l'Université Paul Valéry, Montpellier III (France), le 1 juillet 2002.

La question du sujet ne se réfère nullement à ce qui peut résulter de tel sevrage, abandon, manque vital d'amour ou d'affection, elle concerne son histoire en tant qu'il la méconnaît, et c'est là ce qu'il exprime bien malgré lui à travers toute sa conduite, pour autant qu'il cherche obscurément à la reconnaître. Sa vie est orientée par une problématique qui n'est pas celle de son vécu, mais celle de son destin, à savoir – qu'est-ce que son histoire signifie?

Lacan, 1954-1955, p. 58.

Sur l'affect, Lacan, quand je l'interrogeais, la dépression disait-il, tout comme les maîtres antiques, est une lâcheté morale. Le courage guérit la dépression, et il n'est pas de pilule du courage. Un peu de gnôle, peut-être à la rigueur, comme en 14. Mais le courage moral ne consistait pas selon lui à faire une carrière de chair à canon ni à prendre son mal en patience, faire contre mauvaise fortune bon cœur, se passer du superflu, vivre en accord avec la nature, jouir de l'instant, ne pas prendre ses désirs pour des réalités, changer ses désirs plutôt que l'ordre du monde, toujours programmer l'universel dans sa conduite, et autres principes de philosophie antique et moderne – le courage selon Lacan c'était de ne pas manquer au devoir de déchiffrer l'inconscient dont on est sujet (...) Lis surtout ton inconscient à toi, ce livre tiré à un seul exemplaire dont tu transportes toujours avec toi le texte virtuel et où est écrit le scénario de ta vie, ou du moins son rough draft.

Miller, 2001.

Cet article a pour origine une pratique de psychologue clinicienne dans un service hospitalier de pneumologie accueillant des patients porteurs de cette maladie que la médecine a nommé: "syndrome d'immuno-déficience acquise" et qui désignait encore, il n'y a pas si longtemps de cela, la "chronique d'une mort annoncée". Ces patients, fréquemment décrits comme inaccessibles à la cure analytique, voire même à toute approche psychothérapeutique sous quelque forme que ce soit, étaient aussi définis dans leurs pratiques sexuelles comme à la recherche compulsive du danger de mort, au travers de conduites dites "à risques".

Dans le cadre de ces rencontres, j'ai choisi, en les utilisant, de remettre à la question les outils dont dispose le psychologue clinicien pour l'exercice de sa pratique (entretien clinique, tests projectifs et de personnalité, questionnaires...). En même temps, j'ai tenté de revisiter les différents concepts de la psychologie, de la psychologie clinique, de la

psychopathologie et de la métapsychologie largement enseignés au cours des études universitaires et dont la visée est d'interroger la personnalité, dans ses aspects cognitifs et conatifs, dans ses traits et ses structures sous-jacentes. Je souhaiterais montrer ici comment une telle démarche, malgré l'utilisation de ces outils,¹ ne saurait pour autant se déprendre des exigences d'une clinique de la subjectivité. Il s'agira donc d'effectuer un retour interrogatif voire de possibles ruptures épistémologiques quant à l'utilisation de tels outils en leur restituant leur place légitime dans une clinique de la parole et du langage.

Confrontée, dans ma pratique de psychologue clinicienne, aux nouvelles formes de violence si souvent rencontrées dans les destinées individuelles, je me suis proposée d'interroger, à partir de l'entretien clinique, de l'usage des tests et de la méthode du cas, cette pratique du psychologue clinicien, souvent adjectivée par ce qu'elle n'est pas. Je me suis alors demandée s'il était possible d'élargir le champ de l'investigation clinique du psychologue clinicien en prenant en considération les nouvelles demandes en matière de santé (ce que l'on a tendance à appeler "psychologie de la santé") tout en soutenant une clinique et une éthique du seul outil dont dispose le clinicien: celui de la parole et du langage.

Comment entendre dès lors la validité de ces impératifs quelques fois signifiés au cours des études de psychologie: la rencontre psychologue/patient doit être brève, pas plus de quelques séances, et ceci afin d'éviter l'installation d'une dynamique transférentielle?

Cette interrogation s'est trouvée relancée à son point le plus vif quand l'occasion m'a été donnée de rencontrer ces patients porteurs du virus du Sida, patients dont l'imminence de la mort ne cessait de faire résonner en moi, peut-être à tort, l'impression d'inutilité voire d'impossibilité qu'entraîne un tel "clivage": comment en effet rester silencieuse, comment tenter de repousser l'installation du transfert dans cette rencontre avec le paroxysme de la précarité?

J'ai, dans ma pratique, fait mienne le préalable de respecter les consignes de passation des tests ainsi que la méthodologie de l'entretien clinique (Anzieu et Chabert (1983), Chiland (1983)...). Cette approche peut sembler, dans un premier temps, orienter une pratique clinique uniquement du côté du statistiquement significatif, du côté des mécanismes de défense et de la sédimentation du Moi dans son rapport aux multiples demandes du sujet. Cependant, s'en tenir à cette seule formulation serait pour moi une erreur.

1. Outils dont on dit souvent qu'ils visent seulement une objectivation et qu'ils constituent cette "clinique armée" que Chiland (1983) oppose à ce qu'elle appelle une "clinique à mains nues". Et pour certains auteurs, le terme de "clinique" ne pourrait s'appliquer qu'à la seconde méthode.

En effet, dans sa 31^{ème} conférence, Freud (1932) comparait la personnalité à un cristal. Le psychologue clinicien dont la pratique institutionnelle, hospitalière ou “privée”, consiste bien souvent en de brèves rencontres, voudrait bien pouvoir également disposer d’un “analogique” de l’appareil optique du joaillier par cet usage des tests qui lui permettrait alors de déceler des “lignes de cassure”, des lignes de “brisure”, et ce, dans la visée de leur valeur prédictive.

Ces tests permettent donc, souvent, de décrire, avec une certaine finesse clinique, ce que sont, pour reprendre l’expression de Bergeret (1985), des personnalités normales et pathologiques. Mais si, comme nous le rappelle Israël (1989), les traits de caractères peuvent être comparés à des “pierres tombales” sous lesquelles “gisent le désir”, comment donc, à l’occasion de ces entretiens et de ces passations de tests, remettre en cinétique ces désirs enfouis et immobiles? L’expression d’Israël m’a semblé particulièrement heureuse² pour interpeller tant le clinicien que le patient sur le rapport du sujet à cette réalité de la mort si souvent rencontrée et interroger l’assujettissement à la compulsion de répétition comme impossible symbolisation du réel traumatique et ce, à partir d’un nouveau nouage de l’imaginaire et du symbolique.

Lacan (1955, p. 349) soulignait d’ailleurs que le psychanalyste ne devait avoir pour “maître absolu” que la mort et ce, pour que “la vie, [...], lui soit amie”. Seule cette position permettrait, toujours dans le cadre du transfert et du contre-transfert,³ d’amener le patient de la “régression imaginaire” par laquelle il retrouve au présent les “origines de son Moi”, à la subjectivation de sa vie et de sa mort comme révélation de son existence d’être parlant.

Faire offre d’écoute au patient, soutenir assidûment cette offre, peut représenter une occasion d’un dépassement de la compulsion de répétition par la construction d’un récit, occasion d’une déconstruction et d’une reconstruction du souvenir. Cela m’a semblé relever de la subversion de la logique de l’objectivation par celle du mouvement même du désir.

Autrement dit, pour le patient comme pour le clinicien, si le savoir issu de l’entretien comme de l’application des tests, semble ne se constituer qu’autour

2. Au sens de l’heuristique entendue comme découverte rencontrée dans le cheminement de la recherche.

3. “Qu’est-ce donc que ce transfert dont Freud dit quelque part que son travail se poursuit invisible derrière les progrès du traitement et dont au reste les effets ‘échappent à la démonstration’? Ne peut-on ici le considérer comme une entité toute relative au contre-transfert défini comme la somme des préjugés, des passions, des embarras, voire de l’insuffisante information de l’analyste à tel moment du procès dialectique? (...) Qu’est-ce donc qu’interpréter le transfert ? Rien d’autre que de remplir par un leurre le vide de ce point mort. Mais ce leurre est utile, car même trompeur il relance le procès” (Lacan, 1951, p. 225).

d'un certain nombre de mécanismes de défense, de traits de caractère, d'éléments de personnalité, révélant leur "photographie" instantanée, il importe aussi qu'à partir de la valeur irréductible de chacun de ces "traits", le clinicien, comme le patient, et toujours dans ce champ du transfert, puisse les remettre à la question dans la logique de la destinée de chacun.

La possible dimension subjectivante d'une telle pratique interroge la manière dont le sujet construit dialectiquement sa réalité psychique et se singularise dans ses échecs ou dans ses réussites. La pratique de l'entretien, mais aussi celle des tests, peuvent en effet être pour le patient, non seulement l'occasion d'un dépassement de la compulsion de répétition mais aussi la possibilité d'un rétablissement de la continuité et de la discontinuité de la chaîne signifiante, c'est-à-dire la possibilité, dans ce mouvement même, d'y trouver sa place, passage de la compulsion de répétition à la remémoration.

Comment donc inscrire une telle pratique dans une approche dialectique, à partir et au delà de ce que le patient demande et encourager la production d'un savoir dans un mi-dire, production non pas de l'exactitude dans son rapport à l'universel mais de la vérité du sujet où vient se dire le mouvement même du désir? L'article de Lacan (1951), "Intervention sur le transfert", m'a semblé en cela un texte majeur. Pour soutenir une telle position et espérer cette subversion de la logique de l'objectivation par la logique du mouvement du désir, un des outils majeurs dont dispose le clinicien est celui que Lacan (Ibid.) nomme le "renversement dialectique". J'ai donc fait l'hypothèse que l'usage de séquences cliniques issues de l'entretien mais aussi celui du test, comme pré-texte, pouvait avoir pour projet d'opérer, dans sa fonction de "leurre" (Ibid.), comme autant de "renversements dialectiques" et de scissions du discours.

Ce savoir "trouvé-crée" pour reprendre une expression de Winnicott (1951), à partir du défilé des demandes du patient, au croisement d'une rencontre entre deux psychés, m'est alors apparu comme pouvant être le produit d'un malentendu. Mais n'est-ce pas là, au cœur même de ce malentendu, ce que, dans la prétendue efficacité de la rencontre clinique, Lacan (1951, p. 225) nomme les "progrès du traitement"?

Fidèle en cela à ce que nous apprend Freud (1900) sur le rêve comme "rébus" avec pour noyau la "fantaisie des rêveries diurnes", elles-mêmes "analogon" (le mot est de Freud, Ibid) des rêves nocturnes, j'ai aussi choisi de concevoir le matériel de l'entretien, mais aussi celui du test, comme un "reste diurne": la présentation des planches serait l'occasion, par un retour de l'archaïque (ce que favoriserait les régressions dont parle notamment Anzieu, 1961), d'une "rêverie" qui encouragerait, ne serait-ce que provisoirement, une possible réorganisation de l'ordre symbolique mis à mal par l'irruption du réel traumatique

et ce, par l'avènement d'une parole remémorante là où il n'y avait peut-être qu'absence de mots.

A la fin d'un entretien, Jeanne dira: "Je ne vois plus l'assassin devant mes yeux mais, ces images que vous m'avez montrées, j'en rêve même la nuit", occasion d'un passage de la sidération enkystée dans un réseau défensif à de nouveaux effets de sens.

Les récits issus des passations de tests m'apparaissaient alors comme l'un de ces incidents de la vie quotidienne rapporté par tel ou tel patient, incident à écouter et à analyser comme un récit de rêve dans sa rigueur et dans sa fantaisie.

Lacan (1974) dans sa réponse à Millot nous rappelle que "même dans le réveil absolu, il y a encore une part de rêve qui est justement de rêve de réveil", illustration géniale de cet entrecroisement des deux logiques (celle de l'objectivation et celle de la subjectivation) qui encourage le clinicien à ne pas cesser de s'appliquer à faire rêver ses patients en "soutenant l'offre" d'une remise en mouvement du travail du rêve et donc du désir. D'ailleurs Lacan ajoutera: "On ne se réveille jamais: les désirs entretiennent les rêves".

Mais qu'est-ce donc que ce réveil? Pour Lacan (Ibid.), c'est bien lorsque nous dormons que nous serions le plus "réveillés" à savoir "ouverts à l'égide des rêves". Nous ne saurions donc ici adhérer à cette confusion courante selon laquelle: "être en veille" serait "être réveillé", en témoignent d'ailleurs ces "insomniaques du jour" dont nous parle Pontalis (2000) "accrochés à leur agenda et affolés par ce qu'ils ne sauraient maîtriser". Le réveil est bien plus à entendre du côté de cet instant propice à la rencontre avec le réel et donc au travail du rêve. D'ailleurs, un neurophysiologiste comme Tassin (1999) a essayé de démontrer, dans le champ de recherche qui lui est propre, comment le rêve naît du réveil: "Tout réveil, spontané ou induit, court ou durable, est susceptible de donner naissance à un récit de rêve".

Peut-on alors oser considérer l'image du test (par exemple) "offerte" au sujet dans l'espace de la rencontre, comme l'un de ces "éléments déclenchants" dont parle Tassin, à l'origine d'un "rêve de réveil" (Lacan, 1974) et de l'invention d'un récit singulier?

Dans cet usage du test, je n'avais cependant pas pour projet d'établir une quelconque "caractérologie" de l'ensemble des patients porteurs du virus du Sida en présentant une liste de symptômes, voire en constituant un syndrome (type DSM), ce qui aurait alors comporté le risque d'un enfermement dans une "position intellectualiste" que Freud (1913) lui-même dénonçait.

Je me suis alors autorisée à revenir à Freud (4/5/1913) d'abord, puis à Lacan (1975-1976), en situant le symptôme dans son rapport à la fonction paternelle, donc à l'Œdipe. Je me suis d'abord demandée si pour ces patients, une des possibles fonctions de la maladie n'était pas une manière, néanmoins

tragique, d'être connu et reconnu par le corps médical en étant objet d'attention et de soins répétitifs, voire de trouver "une place" dans l'ordre des générations par le "ci-gît untel" sur la pierre tombale. Était-ce aussi une occasion de justifier l'insupportable de s'être découvert mortel et d'espérer éviter ou vaincre cette réalité en défiant les promesses de la médecine?

L'agitation "folle" de ces patients dont le paradigme pourrait être "les nuits fauves" de Collard (1989), semblait remettre en question cette stabilité du symptôme retrouvé dans les structures classiques. Ces patients ne se plaignaient de rien sauf, parfois, des conséquences tragiques d'une folie frénétique les ayant plongés du côté du réel de la mort alors même qu'ils prétendaient y échapper. Venaient-ils alors témoigner d'une structure ou d'une impossible structure? J'ai donc fait cette hypothèse que le traumatisme originaire de la séparation n'aurait pas été "médié" par ce que Lacan (1960-1961) appelle une "batterie signifiante" à laquelle est référé l'avènement de "l'Einzigiger zug" freudien (1921) qu'il dénomme "trait unaire" (Lacan, 1975). Cette expérience de violence inouïe n'aurait pas permis, faute de médiation symbolique, l'articulation d'une série singulière de traces mnésiques entendues comme traces de l'épreuve de souffrance quand l'objet vient, de toute façon, toujours à manquer et souvent à décevoir. Ne retrouve-t-on pas là encore ces "traits de caractère" définis par Israël (1989) telles des "pierres tombales" sous lesquelles gisent des désirs interdits voire même, pour ce qui concerne nos patients, impossibles?

Les épreuves de séparations et les émotions infantiles n'étaient que traces de cataclysme dispersées "aux quatre vents". Le "manque à être" ne pouvait s'inscrire comme signifiant dans la suite d'une série de traces d'un "bonheur perdu" (qui pourtant n'a jamais existé) et qu'il s'agirait de trouver à nouveau, mais comme signe insupportable d'un non-investissement tendre et corporel, d'un rien mortifère à désavouer et à sans cesse reconvoquer pour espérer y survivre...

Demeurés en errance dans un état de désespérance, déroutés, impuissants à penser ou à être affectés autrement que dans la précarité, ces patients me semblaient à la recherche d'une réponse à ce vide de sens par la multiplication de leurs "agir".

C'est cette désespérance que j'ai choisi de nommer: "Pathologie des limbes du symbolique"... Demeurés sidérés devant les allers et venues de l'Autre maternel où tout n'était que caprice, hasard, arbitraire, signes chaotiques sans organisation signifiante, donc sans effets de sens... Ces patients, venaient-ils mettre en scène ces "zones psychotiques de la personnalité" que Ferenczi (1932) repérait dans la lutte contre des traumatismes inouïs en prenant pour exemple l'automutilation comme appel aux "forces de survie"?

Ils semblaient en effet vouer leur vie à relever un défi imaginaire en multipliant la course aux épreuves ordaliques que Freud (1911, p. 322), lui-même,

nommait: “épreuves de paternité”. Privés de l’outillage symbolique de la métaphore paternelle, et plus particulièrement dans son rapport à ce que Lacan (1975-1976) appelle le “père du nom” à savoir ce père auteur de la nomination qui aurait rendu possible la transmission symbolique, pour ces patients, ce “père du nom” aurait brillé par son absence.

Après la passation du T.A.T, Jacques revient sur la planche 7GF et se souvient de son enfance et de sa mère qui l’avait “jeté au plafond” sans un sourire. Selon lui, elle ne l’aurait jamais aimé: autant de traces du rejet maternel dont Jacques tente de faire lecture. Était-ce là sa première chute? Il me dit en souriant: “Non...la première fois que je suis tombé, c’était des bras de mon père. Il m’a lâché avant même que je naisse pour me répéter plus tard: t’as rien qui t’appartiens, même pas ton corps”. Jacques arrive un jour à la consultation en faisant un lapsus à propos de mon patronyme, et demande à rencontrer “Mlle Espérance”. Comment entendre cette espérance? Était-ce l’espoir d’une nouvelle relance du processus de remémoration ou l’espoir vain que l’Autre finisse par se décider à lui répondre? Entre espoir et déception, telle est bien l’oscillation même du mouvement du désir...

Ce questionnement autour des symptômes et de la structure n’avait pas non plus pour projet de prétendre seulement à un débat théorique, bien plus, il représentait aussi pour moi l’occasion d’interroger une praxis. En effet si pour Lacan (1975-1976) le sujet peut se passer du symptôme, ce n’est qu’à la condition de ne pas être privé de son usage ce qu’il appelle alors “le sinthome”, nécessité pour le sujet d’inventer ce qui pourra faire tenir la structure. Considérant alors le postulat selon lequel on ne saurait séparer le temps du diagnostic du temps thérapeutique, comment peut-on concevoir une pratique qui serait en mesure de pallier (ne serait-ce que provisoirement) ce que Lacan (Ibid.) appelait: une “forclusion de fait”? Comment encourager l’advenue d’une fonction sinthomatique du côté de l’art et de l’artifice dont l’illustration pourrait être l’écriture joycienne? Et pour le dire autrement, peut-on concevoir une pratique différente de l’usage des entretiens et des tests située, elle aussi, du côté de l’art et de l’artifice, qui permettrait la relance de l’élaboration symbolique autour du trauma par l’appel au travail de la mémoire et la réécriture d’une histoire?

Ces patients ne me semblaient donc pas pouvoir historiser leur vécu avec pour seul support celui des entretiens dits “classiques” ou de la seule consigne des associations libres. Je me suis alors souvenue de ce que soutenait Freud (1924, p. 293) en référence à ce qu’il appelait la “réaction thérapeutique négative” où l’affinité avec la souffrance, au-delà d’un certain seuil, rendait le travail thérapeutique vain. Le discours qu’ils étaient alors amenés à tenir à propos des différentes propositions de passations de tests et ce, dans leur succession, m’a semblé être l’occasion, par leur fonction de “renversement dialectique”, d’une

remise en cinétique du désir. Et pour Lacan (1953) tout désir est bien, dans son fondement, “désir de reconnaissance” et cela, même si le sujet retombe du côté de la pesanteur des demandes d’amour. Une telle pratique semblait pouvoir venir relayer, ne serait-ce que provisoirement, une passion antérieurement déçue, un vécu infantile traumatique par ses effets déstructurants et désorganisant.

C’est d’ailleurs après la passation du test de Rorschach qu’Annie peut dire comment ses premiers cris n’ont rencontré que le silence en se remémorant la manière dont sa mère avait fait insonoriser une pièce pour ne pas entendre ses pleurs.

Pour soutenir l’intérêt du récit à partir de l’outil du test, je rejoindrais ici la position de Hochmann lors du Forum Diderot (12 décembre 2000) sur le rapport entre les troubles de l’affectivité et de la cognition et la narration dans le processus thérapeutique. Hochmann souligne que nous sommes aujourd’hui amenés à rencontrer des patients (Etats-Limites? Pathologies narcissiques?) qui ne peuvent se raconter ni même se reconnaître dans leur récit. Il ajoute, reprenant l’expression de Ricoeur, que leur “identité narrative” serait si fragile que l’on ne pourrait d’emblée envisager sa déconstruction. Par conséquent, les seules approches psychothérapeutiques possibles consisteraient à leur raconter des histoires et à leur proposer des modèles narratifs. Avec ces patients particulièrement, l’intérêt de la pratique des tests vient s’inscrire dans la continuité de ce que nous propose Hochmann: être en mesure de leur offrir des supports narratifs prothétiques qui fonctionneraient tels ces “menus objets” dont parle Lacan (juillet 1958, p. 617) pour qu’ils puissent espérer se reconstruire et “s’auteuriser”. Je dirais que cette pratique vient s’inscrire dans ce temps nécessaire à la reconstruction avant d’envisager toute déconstruction sans pour autant consister à imposer voire à infliger au patient de significations “prêtes-à-porter”.

Un des patients que je rencontrais alors et dont la mère venait de décéder me demanda si je n’avais pas, “aujourd’hui”, des images à lui proposer, je dirais à lui prêter pour qu’il puisse commencer ce travail de reconstruction.

Il s’agit donc bien de trouver l’artifice, la prothèse, qui fera en sorte d’éviter l’effondrement pour envisager une possible déconstruction/reconstruction. Winnicott (1951) ne nous rappelle-t-il pas qu’avant de déconstruire, il faut d’abord apprendre à nos patients à jouer? C’est en ce sens qu’il nous faut aussi nous déprendre de toute tentation de maîtrise en nous situant toujours avec nos patients du côté de ce que Winnicott (1971) appelle le “playing”, déprise du “game” qui rejoindrait peut-être ce que Del Volgo (1997, p. 203) nomme “l’éthique du renoncement” comme ouverture aux voies de la régression. J’ajouterais qu’avec ces patients, la fonction du clinicien serait peut-être “analogue” à celle de l’archéologue qui, dans ses fouilles, ne sachant pas à l’avance ce qu’il va trouver, est donc capable de se laisser surprendre. Freud (1937, p. 271) soutenait d’ailleurs que l’analyste travaille dans de meilleures conditions que l’archéologue qui, lui,

a affaire à des objets dont les parties importantes ont été détruites ou perdues par la violence mécanique du feu ou du pillage. C'est ce qui l'amènera à penser que la construction est bien le travail préliminaire essentiel puis à conclure que "la vérité d'une construction a le même effet du point de vue thérapeutique qu'un souvenir retrouvé". C'est bien dans ce jeu de construction, dans ce "playing", que je situerais ma pratique clinique avec ces patients.

Les tests projectifs, partie prenante de l'entretien clinique, auraient donc cette vocation, par le retour à l'archaïque et la relance du "Che vuoi?" (Lacan, septembre 1960), par ce jeu de construction et de reconstruction, d'encourager le risque de l'énonciation, passage de la compulsion de répétition à la survenue d'un effet de suppléance.

C'est pourquoi, je pense que l'on peut considérer l'outil du test non seulement comme un "analogon" du "renversement dialectique" mais encore comme une proposition métaphorique: il interloque le sujet, bouscule la série de ses énoncés (déconstruction provisoire d'une trop "belle" cohérence narcissique) et le pousse à se prononcer par un acte d'énonciation (reconstruction provisoire).

Une telle pratique ne saurait donc proposer de significations "prêtes-à-porter", d'oniromancies: bien plus, elle encourage l'advenu d'un art singulier, acte d'auteurisation.

Le travail qui est alors proposé au moment de la présentation des planches par exemple, conduit le patient à cette nécessité d'avoir à se prononcer. Il doit alors "choisir" parmi l'ensemble des signifiants à sa disposition, signifiants faisant partie de son histoire singulière, dans "cette extrême dépendance du sujet humain à une poignée de syllabes ou de sonorités qui déterminent son destin" (Gori, 1996). A l'enquête au Rorschach mais aussi à l'épreuve des choix, le sujet élit une réponse et, à partir ou au-delà de celles communes à quelques uns (cf. les réponses banales), invente et se prononce sur ce qui le signifie dans sa singularité.

Dans ce travail d'invention, je dirai que cet outil que représente le test viendrait particulièrement reconvoquer, dans la régression, ce moment du miroir où l'enfant attend un signe c'est-à-dire un sourire, un regard ou encore un élément sonore, donné par l'A/autre (lui-même sujet de la Loi) qui vient, en le nommant, authentifier son image: passage du signe au signifiant par la grâce de la rencontre avec une "batterie signifiante". Cela n'est possible que dans cette "attention soutenue" conjointe à la non réponse à la demande qu'induit le "renversement dialectique": là est l'implication même du clinicien à partir de laquelle le patient peut, dans son interrogation sur l'émoi de l'A/autre, venir se situer lui-même à une place de sujet dans une nécessaire conjonction dialectique (même provisoire) de l'identification imaginaire à l'émoi et de l'identification signifiante.

C'est cette articulation du signe au signifiant qui relance le désir de parler autour de la trouvaille impossible, d'y renoncer et d'entreprendre des constructions, des déconstructions et des reconstructions des objets de la retrouvaille.

De même qu'à ce moment du miroir l'A/autre n'est pas hors la vue de l'infans, le psychologue clinicien, dans l'exercice de sa fonction, n'est pas hors la vue du patient. Dans cette situation transférentielle, l'outil du test permet de dépasser le statut du signe dont Lacan nous rappelle qu'il représente quelque chose pour quelqu'un, pour engager le sujet sur la voie d'un possible passage au signifiant (dont la fonction est alors de "représenter le sujet pour un autre signifiant").

Ainsi, entre identification régressive (signifiante) et identification à l'émoi (fantasmatique), le test projectif proposé par le clinicien, au delà d'être un simple "analogon" de l'appareil optique du joaillier, vient, par cette reconvocation de l'archaïque, dans le champ de la parole et du langage, remettre en cinétique et la question de l'Einziger zug en tant que signifiant et celle de l'interrogation quant à l'émoi de l'A/autre.

Une telle pratique aurait donc pour projet de revenir à la genèse même de la constitution de la trace mnésique et d'encourager l'adresse d'un discours autour d'une série d'images, signes énigmatiques en panne d'effets de sens à partir desquels, pourtant, il faut appeler le sujet à la souvenance. C'est en ce sens qu'elle peut aussi représenter l'occasion pour le patient de revenir, à son insu, à ce temps de la pré-histoire, de réarticuler ces traces de sidération originaire en une série de traces mnésiques et de passer de la compulsion de répétition à la perspective d'une raison de se souvenir et de se réapproprier son histoire.

Je dirai, en référence à Dolto (1987, p. 50) évoquant la fonction du dessin dans le champ du transfert, que l'usage du test "fait concrètement exister l'image inconsciente du corps". Elle ajoute (p. 49): "un dessin c'est plus que l'équivalent d'un rêve, c'est en soi même un rêve ou un fantasme devenu vivant", et ce au sens où il entre en symbolisation. Et c'est bien parce que ce dessin est adressé, dans le transfert, au psychologue, que l'enfant s' "auteurise".

L'archaïque se trouve donc remobilisé dans ce passage du visuel au sonore, du visible au lisible, dans un pousse à l'acte d'énonciation, dans l'advenu d'un récit inédit et "auteurisant".

L'usage du test, véritable "pousse à l'inventivité", pourrait donc venir fonctionner comme "quatrième rond", prothèse-orthèse à l'invention du sinthome à défaut d'une métaphore paternelle structurante, acte d'auteurisation dans l'expérience du deuil porté par la parole même que Pontalis (1988) appelle la "mélancolisation du langage". L'art et l'artifice de cette pratique participeraient de ce qui pousse le sujet à se faire un nom, à sortir de l'anonymat dans la suspension (même provisoire) du recours à l'agir. Freud (1914) reconnaissait

déjà cette dimension de l'artifice en proposant de concevoir le transfert comme une "névrose artificielle".

Cette "fonction sinthomatique" de l'usage des tests et de la position du clinicien, me semble aussi devoir être référée à ce que Lacan (1951, p. 226) désigne comme étant la visée de l'analyse à savoir: "l'orthodramatisation de la subjectivité du patient". Le psychologue clinicien peut donc aussi exercer cette fonction prothétique et orthétique et ce, dans la mesure où sa pratique se réfère à ce "non-agir positif" dont parle Lacan (Ibid.) en vue de cette "orthodramatisation".

Mais il nous faut un certain courage pour nous tenir dans l'assiduité à opérer des "renversements dialectiques", tout en suspendant sans cesse notre savoir. L'usage des tests doit pouvoir s'inscrire dans cet évitement de la tentation d'occuper la position de maîtrise du pédagogue: comme nous, le sujet est amené, de planche en planche, à suspendre ses certitudes, à interroger les mirages de la séduction de sa parole. Ces "brèves rencontres" augmentent en effet le risque, du côté du clinicien, de se prendre pour le "sujet sachant" et ce, d'autant plus que le patient est tenté de nous acculer à lui dire l'exactitude. Il faut aussi, dans ce travail, un certain courage de la part du patient, "courage de rêver" disait Moreno (cité par G. et P. Lemoine, 1972), courage d'inventer ajouterai-je. Bachelard (1960, p. 55) soulignait l'importance des images surgissant de la poésie, occasion de raviver des "rêveries abolies, des souvenirs oubliés": "ces images à peine reçues, voilà que nous imaginons que nous aurions pu les rêver". Il ajoute: "Avec une image qui n'est pas à nous, avec une image bien singulière parfois, nous sommes amenés à rêver en profondeur. Le poète a touché juste. Son émoi nous émeut, son enthousiasme nous soulève" (Bachelard, *ibid.*, p. 108). Bachelard insiste sur ces images qui ont besoin d'être parlées (images issues de la poésie) pour conduire à la rêverie. Nous pouvons dire que les images des tests projectifs ont l'avantage de laisser au sujet le soin d'inventer un récit original et singulier, source dans bien des cas du surgissement de signifiants jusqu'alors insus. Ce faisant, elles lui laisseraient, peut-être parfois, le soin du "moment de conclure" (Lacan, 1945), moment provisoire, toujours à renouveler cependant.

Il nous semble donc que ce travail du récit, travail du "rêver" (Pontalis, 1990), à partir de l'usage des tests, art de l'artifice, ouverture à la parole par la parole, vise aussi, comme cette conception du trait graphique en peinture, non pas à une "greffe" du sens (Pin-Hung, cité par Cheng, 1979) éternelle et immuable, mais bien plus au passage à un nouvel effet de sens, occasion d'un repositionnement (ne serait-ce que provisoire) du sujet dans la dynamique même du jeu du Fort/Da (Freud, 1920), passage de l'aliénation dans la jouissance de la Chose à la mobilité de la chaîne signifiante.

Le clinicien pourrait donc espérer offrir une chance, dans l'expérience transférentielle, à l'invention d'un dire autour de moments de vérité demeurés

jusque-là sans destinataire. Là serait la fonction orthétique et prothétique qui ferait, peut-être, de cette pratique un moment de ce que Lacan (1955) appelle une “variante de la cure type”.

Il nous appartient donc d’amener le patient à s’approcher de ce que Pontalis (1988) appelle: “la mélancolisation du langage”, choisissant cette formule à partir de ce que Van Gogh exprimait dans une de ses lettres où il parlait de “mélancolie active”: “Une mélancolie active, se serait la capacité de transformer cette perte, sans la nier, en création” (Pontalis, Juillet-Août 2000). C’est aussi cela que vise notre pratique: passage des limbes à la “clairière”, “lieu aussi inattendu que lumineux”, relance du processus du deuil, mouvement de ce que Freud (1916) appelle: “la passagèreté”, offre d’une suspension de l’”agir” mortifère et d’une constitution du sujet dans et par le discours.

Ceci serait donc particulièrement valable pour ces patients qui ne relèvent ni d’une pathologie névrotique, ni d’une position psychotique, ni d’une mélancolie, mais qui sont enfermés dans ce que Lacan (1975), distinguant deux étages dans la fonction paternelle (Le Nom-du-Père et le père du nom), appelle une “forclusion de fait” (Lacan, 1975-76), carence du “père du nom” dans sa fonction de nomination. Le psychologue clinicien doit donc s’appliquer à provoquer un art singulier chez ces patients, advenue d’une fonction sinthomatique par ses effets de suppléance.

Rappelons ici que Lacan, à propos de Joyce, n’a jamais utilisé le terme de “forclusion du Nom-du-Père”. Il choisit de ne parler ni de psychose, ni de perversion. A la différence du mélancolique qui s’emploie à n’être personne, à être sans nom, jusqu’à n’être plus rien, Joyce se veut un nom par la publication de ses écrits. Selon Lacan (Ibid.), Joyce est bien “dingue” mais comme il dit, d’une “dinguerie” qui concerne le rapport au corps propre. Et ces patients des limbes du symbolique que j’ai rencontrés semblaient être “dingues” avec leur corps. Lacan (Ibid.) avance alors que “la psychologie n’est pas autre chose que cette image confuse que nous avons de notre corps”. C’est bien cette “image confuse” dans son lien dirons-nous au signifiant et particulièrement à l’Einziger zug, qu’il importe de questionner et de tenter de faire advenir.

Collard a aussi beaucoup écrit et il n’était pas sans culture, pourtant il n’a pas réussi là où Joyce a pu être sauvé et il a continué ses “agir” destructeurs. Collard (1987, p. 288) nous parle de ce à quoi il n’est pas parvenu, faute d’avoir eu une histoire: “toute histoire parle de la mort, mais il ne suffit pas de la mort pour faire une histoire. Je pensais que la mort de Dean ferait un livre à succès. Ou que la mienne pourrait faire un bon livre. Mais il faut une histoire n’est-ce pas?”. C’est peut-être cela qui différencie Collard de Joyce: une histoire dans laquelle s’inscrire, une histoire à inventer, à créer et à raconter, dans un rapport au corps propre. Collard disait aussi: “Il pense que les coordonnées du point

d'intersection entre Sylvain et ce virus dont il mourra peut-être sont contenues dans une équation simple: l'enfance lisse de marbre blanc, l'absence de conflits, la pudeur pathologique des mots et des gestes, l'incapacité d'exprimer de la tendresse, n'avoir jamais prononcé le mot: papa". Il ajoutera plus tard: "je suis fait de morceaux éparpillés de moi-même et remis ensemble" (Collard, 1989).

Le psychologue clinicien, par l'art et l'artifice de sa pratique, pourrait donc donner une chance, dans l'expérience transférentielle, à une histoire située dans un rapport au "corps propre" de s'inventer et de s'écrire, pousse à l'invention d'une histoire demeurée jusque là sans destinataire, dans les limbes. Le choix métaphorique de cette référence des "limbes" s'est imposé à moi lorsque je me suis demandée quel concept métapsychologique pouvait, de façon opératoire, rendre compte de ces rencontres cliniques. Freud (1937) lui-même rappelle que lorsqu'on interroge le "chaudron" de la "sorcière métapsychologique" sans succès, il nous faut alors revenir à la poésie, donc à la métaphore.

Il m'a donc semblé que la fonction du psychologue clinicien avec ces patients que j'ai choisis de baptiser: patients des limbes du symbolique, serait de soutenir le sujet dans l'invention, dans la création d'un art, d'un savoir-faire inédit, en les encourageant à créer, à inventer, à s'historiser. Il s'agissait donc pour moi de soutenir cet "enfant des limbes" devenu adulte, dans sa tentative de faire, pièce par pièce, suppléance à ce défaut dans la structure dont parle Lacan (1975-76).

Je dirai que le psychologue clinicien peut ainsi offrir au patient un lieu de création qui le pousse à inventer une œuvre, à inventer une solution qui fasse "lien social". Notre fonction est donc bien d'aider le sujet à créer un cadre où se délimite une place qui serait sienne comme sujet historisé.

Par les entretiens dits préliminaires, par la passation des tests, une chance peut lui être offerte de venir s'affirmer, dans et par sa création, comme un être d'exception, de livrer, dans l'expérience transférentielle, un message singulier non encore advenu, dans la vérité d'un discours inédit et à nul autre pareil. C'est en ce sens que le "sinthome", suppléance à la carence de la fonction paternelle dans son rapport au "père du nom", peut aussi advenir par l'invention d'une parole singulière adressée à partir d'un test et dans l'expérience du transfert: je dirai assumption d'une écriture croisant enfin un destinataire pour advenir en vérité. Là serait la fonction orthétique et prothétique de cette pratique, pousse à l'advenu d'un art par l'artifice.

Mais il s'agit aussi d'amener le patient à se déprendre à un moment de sa production, tel l'artiste devant, à un moment donné, lâcher son œuvre, lâcher son produit, fût-ce l'œuvre de sa parole: frustration ou castration? Lacan (1953, p. 249) nous rappelle que la frustration est inhérente au discours même du sujet: "le sujet ne s'y engage-t-il pas dans une dépossession toujours plus grande de

cet être de lui-même, dont, à force de peintures sincères qui n'en laissent pas moins incohérente l'idée, de rectifications qui n'atteignent pas à dégager son essence, d'états et de défenses qui n'empêchent pas de vaciller sa statue, d'étreintes narcissiques qui se font souffle à l'animer, il finit par reconnaître que cet être n'a jamais été que son œuvre dans l'imaginaire et que cette œuvre déçoit en lui toute certitude. Car, dans ce travail qu'il fait de la reconstruire *pour un autre*, il retrouve l'aliénation fondamentale qui la lui a fait construire *comme une autre*, et qui l'a toujours destinée à lui être dérobée *par un autre*".

C'est cette acceptation, quand elle a lieu, par ce travail sur "l'aliénation" et dans l'expérience du transfert, qui peut être considérée comme un "progrès" pour le Moi au sens où l'entend Lacan (1951) à propos de la cure de Dora.

En guise de conclusion, je rappellerais qu'il ne s'agit pas ici de faire l'éloge d'un systématisme de l'usage des tests. Il est vrai qu'un praticien chevronné peut aussi s'en passer. Au-delà de cet usage, ou non usage, systématique qui refléterait, peut-être, la rigidité d'un système défensif, j'ai donc fait le pari que le clinicien pouvait espérer se déprendre du risque d'une certaine sédimentation des enseignements qui lui ont été dispensés, pour passer d'une pratique symptomatique à cet usage du symptôme que Lacan (1975-76) a nommé: "le sinthome".

144

Sans avoir eu, me semble-t-il, la prétention d'assimiler la fonction du psychologue clinicien à celle de l'analyste, il m'a semblé que l'usage des tests, tout comme celui des séquences de l'entretien, pouvait aussi venir s'inscrire dans la dynamique des "renversements dialectiques", dans une clinique sous transfert, et permettre au clinicien de ne pas se déprendre d'une spontanéité créatrice tout en se gardant de la tentation impulsive d'une interprétation sauvage, qui, même si elle s'avère juste, peut avoir, comme nous le rappelle Lacan (1975b) des effets dévastateurs. Mais nous comprenons aussi combien, dans notre fonction, et particulièrement avec ces patients des limbes, nous ne saurions demeurer dans un silence de mort et nous passer d'intervenir. Sédal (2000) à propos de la traduction classique d'Anne Bermet de "l'attention flottante", propose de traduire plus justement ce concept freudien par "attention en suspens" ou encore "attention en balance" tout en "dressant l'oreille". Et il est certain qu'il faut au clinicien un certain courage, une certaine audace, non sans lien avec cette "fonction de la hâte" et cette urgence du "moment de conclure" de son identité (Lacan, 1945), sans pour autant exclure la prudence devant toute entreprise hâtive. C'est le souci de tenir cette position, en évitant autant que faire se peut la tentation de maîtrise, qui m'a permis, à ce moment d'une pratique en devenir et d'un cheminement personnel, d'exercer cette fonction de "passeur" entre audace et prudence.

References

- ANZIEU, D. et CHABERT, C. *Les méthodes projectives*. Paris: P.U.F, 1992.
- BACHELARD, G. *La poétique de la rêverie*. Paris: P.U.F, 1960.
- BERGERET, J. *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod, 1985.
- CHENG. L'espace pictural chinois. In: *Vide et plein*. Paris: Seuil, 1979.
- COLLARD, C. *Condamné amour*. Paris: Flammarion, 1987.
- _____. *Les nuits fauves*. Paris: Flammarion, 1989.
- DEL VOLGO, M. J. *L'instant de dire*. Ramonville: Erès, 1997.
- DOLTO, F. et NASIO J. D. *L'enfant du miroir*. Paris: Payot, 1992.
- FREUD, S. *L'interprétation des rêves*. Paris: P.U.F, 1900.
- _____. L'homme aux rats. In: *Cinq psychanalyses*. Paris: P.U.F, 1909.
- _____. Le président Schreber. In: *Cinq psychanalyses*. Paris: P.U.F, 1911.
- _____. Le début du traitement. In: *La technique psychanalytique*. Paris: P.U.F, 1913.
- _____. Lettre du 4/5/1913. In: *Correspondance. Sigmund Freud – Sandor Ferenczi. 1908-1914*. Paris: Calmann-Lévy, 1992.
- _____. Remémoration, répétition et élaboration. In: *La technique psychanalytique, (1904-1918)*. Paris: P.U.F, 1914.
- _____. Le transfert. In: *Introduction à la Psychanalyse*. Paris: Payot, 1916-1917.
- _____. L'identification. In: *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot, 1921.
- _____. Le problème économique du masochisme. In: *Névrose, psychose et perversion*. Paris: P.U.F, 1924.
- _____. *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris: Gallimard, Folio, 1932.
- _____. Constructions dans l'analyse. In: *Résultats, idées, problèmes II*. Paris: P.U.F, 1937.
- GORI, R. *La preuve par la parole*. Paris: P.U.F, 1996.
- ISRAEL, L. *Boiter n'est pas pêcher*. Paris: Denoël, 1989.
- LACAN, J. Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée. In: *Ecrits*. Paris: Seuil, 1945.
- _____. Intervention sur le transfert. In: *Ecrits*. Paris: Seuil, 1951.
- _____. Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. In: *Ecrits*. Paris: Seuil, 1953.
- _____. La direction de la cure. In: *Ecrits*. Paris: Seuil, 1958.
- _____. Variantes de la cure type. In: *Ecrits*. Paris: Seuil, 1955.
- _____. Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien. In: *Ecrits*. Paris: Seuil, sept. 1960.
- _____. *Le Séminaire. Livre VIII. Le transfert*. Paris: Seuil, 1960-1961.
- _____. *Le Séminaire. Livre XX. Encore*. Paris: Seuil, 1972-1973.
- _____. Improvisation: désir de mort, rêve et réveil, *L'Âne*: Paris, n. 3, 1981.
- _____. *Conférence à Genève sur le symptôme*. 4 octobre 1975. Inédit.

- _____. *Conférences et Entretiens*. 1975b, Inédit.
- _____. *Le Séminaire. Livre XXIII. Le Sinthome*. 1975-1976. Inédit.
- LEMOINE, G. et LEMOINE, P. *Le psychodrame*. Paris: R Laffont, 1972.
- MILLER. Seconde lettre. *Lettre claire comme le jour pour les 20 ans de la mort de Lacan*. Paris: Atelier de psychanalyse appliquée, 2001.
- PONTALIS, J. B. *L'enfant des limbes*. Paris: Gallimard, Folio, 1988.
- _____. *Fenêtres*. Paris: Gallimard, 2000.
- SÉDAT, J. *Freud*. Paris: Armand Colin, 2000.
- SUBLIME, L. *Les limbes du symbolique: confrontation du psychologue clinicien aux nouvelles émergences cliniques de la post-modernité. Immunodéficience acquise et conduites à risques*. 2002. 270 p. Thèse (Doctorat de Psychologie option Psychologie Clinique). Université Paul Valéry, Montpellier III, France.
- TASSIN, J. P. Le rêve naît du réveil. *Le Journal des Psychologues*. Cent ans de rêves en psychanalyse, n. 173, décembre-janvier 1999-2000.
- WINNICOTT, D. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1951.
- _____. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard, 1971.

Resumos

A origem deste artigo é a prática em uma psicologia clínica ao pé de doentes soropositivos que escolhi situar fora de uma semiologia clássica postulando uma "patologia dos limbos do simbólico". Vou mostrar como o uso dos testes não pode se desligar das exigências de uma clínica da subjectividade devolvendo a estes meios de ação, considerados como outros tantos "derribamentos dialécticos" e escanções do discurso, o seu lugar legítimo numa clínica da palavra e da linguagem. A proposição de suportes narrativos protéticos, poderia fomentar a criação duma função sintomática, ato de "auterização" pelo lançamento de novo da elaboração simbólica em volta do trauma, chamada ao trabalho da memória e à reconstrução duma história que ficara até ali sem destinatário, nos limbos.

Palavras-chave: Limbos do simbólico, texto (projectivos, personalidade...), função sintomática, prática do psicólogo clínico

Este artículo se origina en una práctica de psicóloga clínica con pacientes con serosidad positiva que elegí situar fuera de una semiología tradicional postulando una "patología del limbo de lo simbólico". Demostraré cómo el uso de los tests no puede desligarse de las exigencias de una clínica de la subjetividad, devolviendo a estos medios de acción, considerados como tantos otros "derrumbes dialécticos" y escansiones del discurso, su lugar legítimo en una clínica de la palabra y del lenguaje.

La propuesta de soportes narrativos protéticos, podría favorecer el advenimiento de una función “sinthomatique”, acto de “auterisation” por la reactivación de la elaboración simbólica en torno al trauma, llamamiento al trabajo de la memoria y a de la reconstrucción de una historia que se había quedado hasta entonces sin destinatario, en el limbo.

Palabras clave: Limbo de lo simbólico, tests (proyectivos, personalidad...), función “sinthomatique”, práctica del psicólogo clínico

This article is based on the practice of a clinical psychologist working with HIV patients, which I decided to place outside classical semiology, postulating a “pathology of the limbos of the symbolic.” I show how the use of tests cannot be separated from the demands of a clinic of subjectivity, giving such tests – considered “dialectic inversions” and scansions of discourse – their legitimate place in a clinic of speech and language. The proposal of prosthetic narrative supports could encourage the occurrence of a symptomatic function, an act of “auterization” by the revival of symbolic working out of the trauma, appeal to memory work, and the reconstruction of a story that had hitherto remained without an addressee, in limbos.

Key words: Limbo of the symbolic, tests (projective, personality...), symptomatic