

# L'échec : névrose ou symptôme ?

La mission du psychanalyste n'est pas de remédier à l'échec ou à la « névrose d'échec ». Dans la cure, c'est l'analysant qui reconfigurera « l'échec » avec des perspectives nouvelles.

L'expression « névrose d'échec » sonne bien à l'oreille et suscite peu de résistances quant à l'éventuelle pertinence de sa réalité clinique. Nous avons tous, en effet, une expérience de l'échec, de la crainte de l'échec, et chacun a appris que cette éventualité pouvait être attisée par une intention sournoise, en soi-même, qui accentue ponctuellement ou répétitivement notre maladresse dans l'usage de certains savoirs ou compétences dont, pourtant, nous disposons.

Si la crainte de l'échec paraît « normale » dans certaines circonstances, c'est sa répétitivité insistante qui justifierait la désignation de « *névrose d'échec* » comme l'a proposé René Laforgue (1), un des premiers médecins psychanalystes français (2).

Cette désignation est-elle pertinente pour autant ? La crainte permanente de l'échec ne suffit pas. Il faudrait y adjoindre une configuration d'autres symptômes pour en faire une maladie dans le champ de la psychopathologie qui, avant la naissance des multiples examens dont les spécialistes disposent aujourd'hui, se signalait quand « le silence des organes » était perturbé, ou quand les manifestations outrancières de certains symptômes psychiques les démarquaient de normes supposées qui,

dans le temps, ont progressivement été remises en cause, et sur lesquelles nous reviendrons, en distinguant le statut du savoir dans différentes disciplines.

## STATUT DU SAVOIR

En médecine, comme en toute science, le savoir s'instaure et se développe au moyen de nominations successives (parfois d'écritures) que d'autres peuvent entendre et partager, à partir de réflexions théoriques (parfois confondues avec des spéculations théologiques), de calculs, d'observations appliquées à la nature et à la clinique... Ainsi, à partir de symptômes regroupés, ont été formulés des syndromes et des maladies. Freud a respecté ce courant (3) : c'est à partir de cas, qu'il a élaboré – prenant en compte symptômes physiques et fragments d'histoires racontées – comment il entendait et différenciait les hystériques des obsessionnels, des phobiques et spécifiait la paranoïa. Et c'est, sans doute dans cette lignée que René Laforgue a voulu concevoir son étiologie de la « névrose d'échec ». Est-il, pour autant, parvenu à la formuler comme une entité clinique spécifique ? Il convient de rester sur la réserve et considérer la relation aux échecs, tout répétitifs qu'ils soient, comme un symptôme et non une névrose.

La confrontation répétitive à des échecs nouveaux s'inscrit dans au moins deux registres : celui de la plainte – qui trouve sa voie dans la jubilation de son exercice – et celui du symptôme qui peut faire l'objet d'une demande d'analyse ! Dans cette dernière éventualité, il

convient de lui conférer la plus grande « dignité », car en médecine et dans la psychanalyse, le symptôme tient des places spécifiques.

Dans la vie quotidienne, notons que lorsque l'attention se fixe sur le symptôme, il le renforce ! Prenons comme exemple une personne qui bégaie ou rougit lors de situations émotionnellement investies : le lui faire remarquer en accentue les manifestations.

Aujourd'hui, nombre d'études, en particulier celles de Georges Canguilem (4), ont questionné la pertinence des distinctions entre le normal et le pathologique. Ainsi, au terme de névrose, qui relevait de la psychopathologie, s'est progressivement substitué celui de structure psychique à laquelle nul n'échappe dans sa façon de poser un regard sur le monde et de le décrire... même lorsqu'il est envisagé que ce soit en toute objectivité (5). Ce regard est porté par des modalités de rapports au manque et à l'objet du désir – objet innommable et pourtant différent selon les structures psychiques de chacun. Et c'est sous l'égide de ces rapports que se trament les relations amicales, amoureuses, sociales et professionnelles dans de permanentes demandes de reconnaissance.

L'objet privilégié de la médecine n'est pas le malade mais la maladie (6), et un médecin est d'autant plus valorisé s'il parvient à repérer, nommer et configurer avec intelligence des signes bien définis qui, dans cette spécialité, ont valeur de symptômes. Ce sont ces symptômes qui lui permettent d'établir son diagnostic.

---

## Jean SZPIRKO

Psychanalyste, membre de la Société de psychanalyse freudienne (SPF).

Pendant longtemps, il était mal venu d'envisager de réduire ou de faire disparaître les symptômes sans lesquels le médecin n'aurait pu exercer son art. Il aura fallu beaucoup d'efforts pour que, aujourd'hui, une maladie ayant été identifiée, les médecins acceptent d'en atténuer certains symptômes, la douleur en particulier. Dans la psychanalyse, le « symptôme » n'a de valeur que parce qu'il est l'expression, le vecteur d'une demande qui, toujours, est à élucider au cas par cas. En effet, des

émerger. Le symptôme tient alors la place d'un texte en jachère d'expressions susceptibles d'être verbalisées. C'est dans l'écoute des énigmes sises dans l'usage de mots chargés de sous-entendus jusque-là inaudibles pour l'analysant, et dans l'attention portée à ses façons de les agencer, que se situe l'acte analytique. Évoquons un cas. À sa première séance, un homme m'annonça une souffrance : ses éjaculations précoces qu'il considérait comme des échecs permanents. Il crai-

le psychanalyste n'exprime pas de jugements et ne pratique pas de recommandations. Il concentre paradoxalement son attention flottante sur les associations d'idées de son analysant, qui passent par des mots et se déploient dans l'imprévu. Une difficulté majeure, tout au long d'une analyse, et en particulier à son début (difficulté parfois indépassable si ce temps se prolonge...), tient aux résistances de l'analysant, mais aussi, surtout, à celles du psychanalyste. Pour le

“ Si en médecine, le symptôme est objectivable (...), dans la psychanalyse, ce n'est pas en tant que signe que le symptôme prend sa valeur, mais dans la façon dont l'analysant va en parler. »

symptômes désignés par les mêmes termes ne recouvrent pas les mêmes « choses ». Ils revêtent des enjeux différents, spécifiques à chaque sujet. Et, parfois, certains symptômes handicapants sont également porteurs de bénéfices, en particulier quand ils sont supposés mobiliser l'attention ou la compassion d'interlocuteurs privilégiés, vivants ou même disparus, dont le souvenir est ainsi convoqué, célébré au présent. Ainsi pour spécifier une « névrose » ou une « structure psychique », il est nécessaire d'établir avec pertinence la configuration de divers symptômes noués entre eux ; la répétition d'un symptôme ne suffit pas même si elle est soutenue par la tentative d'en établir une étiologie.

Notons par ailleurs que certains symptômes d'échecs ne se manifestent qu'exceptionnellement, même s'ils font l'objet de craintes permanentes, comme s'ils tenaient la fonction de l'objet phobique qui, en suscitant l'effroi, sert aussi d'avertisseur permettant d'anticiper la survenue possible d'une horreur encore plus grande, dont il faut se préserver (7).

### LA VALEUR DU SYMPTÔME

En d'autres termes, si en médecine le symptôme est objectivable et interpelle la recherche d'autres signes appartenant à une nosographie inscrite dans le savoir du praticien, dans la psychanalyse, en revanche, ce n'est pas en tant que signe qu'il prend sa valeur, mais dans les façons dont l'analysant va en parler. Le détenteur du savoir n'est alors pas le psychanalyste mais l'analysant devenu receleur d'un savoir, encore insu, qu'il s'agit de faire

gnait que la femme qu'il aimait finisse par en être exaspérée, alors que, jusque-là, elle semblait manifester une « tolérance » exemplaire à ce sujet. Dès cette première rencontre, il amorça l'éloge de cette femme « *exceptionnelle* ». Longtemps, il consacra la presque totalité de la durée de ses séances à en célébrer les mérites, jusqu'à consentir progressivement à réviser son histoire : certains événements de son enfance, puis ses relations sociales, professionnelles actuelles... Pendant plusieurs années, le symptôme de sa demande initiale semblait oublié : il n'en parlait jamais. Lorsqu'il l'évoqua brièvement, comme une manifestation anecdotique d'un passé lointain dont il était heureusement « *guéri* », je ne pus m'empêcher de lui demander : « *Depuis quand ?* » Et il me répondit : « *Depuis la deuxième ou troisième séance, mais je ne vous l'avais pas dit ! Je craignais que vous n'interrompiez mon analyse...* » J'ai pensé alors au livre autobiographique de Marie Cardinale, *Les mots pour le dire* (8) où, lors de sa demande, relatant ses pré-occupations permanentes concernant des saignements intempestifs, elle entendit l'analyste lui répondre que ça ne l'intéressait pas ! Elle avait néanmoins poursuivi son analyse pendant plusieurs années alors que le symptôme avait disparu... lors de sa première séance.

### NI JUGEMENT NI RECOMMANDATION...

Face au symptôme, contrairement aux médecins, prêtres, conseillers ou amis..., qui font, selon leur métier, art ou inspiration,

premier, il s'agit de dépasser le fantasme de maîtrise qui empêche d'associer, et pour le second, de dépasser ce fantasme de maîtrise, dont il est traversé, et qui consiste à croire que sa mission est de remédier aux symptômes. à l'échec ou à une « névrose d'échec », et non, exclusivement, d'être l'adresse d'une demande que l'analysant aura peu à peu à élucider dans sa cure qui, dans l'après-coup, reconfigurera « l'échec », ou d'autres symptômes, avec des perspectives nouvelles.

1- René Laforge, *Psychopathologie de l'échec*, Petite bibliothèque Payot, N° 130, 1969.

2- Élisabeth Roudinesco, *Histoire de la psychanalyse en France*, La photothèque, Livre de poche, 2009.

3- Sigmund Freud, *Cinq psychanalyses*, PUF, collection quadriga, 2014.

4- Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, PUF, 1999

5- *Les structures psychiques peuvent aussi être distinguées à partir de modalités narratives qui reflètent diverses « conceptions du monde »*. Le style de chacun s'adressant à différentes figures de l'Autre, permet de comprendre pourquoi il n'existe pas de structure pure. Cf. Jean Szpírko, *L'Ombre des mots*, livre V, éditions Campagne première, 2008.

6- Jean Clavreul, *L'Ordre médical*, Seuil, 1978.

7- Jacques Lacan, *Séminaire sur l'angoisse*, livre X, 1962-1963, ed. Seuil, 2004.

8- Marie Cardinale, *Les Mots pour le dire*, Grasset, 1976.