

# ◦ LE COLLECTIONNEUR DE SENSATION ◦

## CLINIQUE DE L'ADDICTION DANS UN CENTRE DE SOIN POUR TOXICOMANES

Yvan REVELLIN

“ Monsieur Revellin, est-ce que je devrais essayer les champignons hallucinogènes ?

- Pourquoi devoir ?

- Parce que je n'ai pas encore essayé ?

- Mais essayer quoi ?

- J'sais pas trop... en fait, je suis comme un collectionneur de timbres ou de papillons, mais spécialisé dans les sensations... »

Tels sont les mots d'un patient qui me permettent d'introduire la problématique de cet article à savoir : la toxicomanie serait une passion pour la sensation. Les hypothèses que je questionne ici sont les suivantes : l'addiction permettrait aux sujets d'obtenir une satisfaction illusoire dans et par la possession de l'objet sensoriel ainsi convoité lui permettant et de se construire une protection et de rassembler un Moi en jachère. L'économie de la dépendance viendrait témoigner d'une carence fondamentale en *proposition* de l'objet<sup>1</sup> — ce que met en scène l'économie du *deal* — et d'une désorganisation de l'étayage hallucinatoire.

Cet écrit s'appuie sur cinq années de pratique clinique auprès de patients suivis dans un Centre de Soins Spécialisés dans les Toxicomanies. Il est pour moi un moyen de parler de la problématique de la dépendance.

### les facettes du prisme addictif

Les objets internes des patients toxicomanes sont peu mobilisables au premier abord. Le vide qui se dégage des premiers entretiens, la banalisation d'une trajectoire de vie "heureuse" empêchent leur émergence. Je suis alors confronté à une absence de nourriture clinique en dehors de l'exhibition de l'objet toxique. Pourtant au gré des allers et retours thérapeutiques, des objets-ombres persécuteurs envahissent les entretiens comme si le sujet livrait une psyché à l'abandon que je suis sommé de restaurer telle une toile ancienne.

L'objet de servitude<sup>3</sup> aliène le sujet qui s'enferme dans un état de dépendance.

Cet état se donne à voir pour les héroïnomanes de manière grisée : petite mine, teint pâle, corps décharné vivant des chauds-froids, impression de mort-vivant. Économiquement la tension interne du sujet est compulsivement structurée par l'agrippement à cet objet. Les toxicomanes apaisant leur tension par la décharge brute font l'économie de la relation à l'objet-autre sujet<sup>4</sup> vécu comme persécuteur. Le thérapeute est alors support de projection qui le maintient dans des vécus contre-transférentiels limites. Ces vécus sont comme des pitons encastrés dans la psyché, points d'accroche permettant de re-vivre le sentiment de perte qui a autrefois dépassé les capacités de mentalisation de l'*infans*. Cette voie taxinomique m'a permis de saisir la dépression existentielle que les sujets évitent par leur abandon dans la drogue.

L'addiction est ainsi pétrie d'angoisses d'abandon qui correspondent à la peur de perdre tout, tout de suite, de se perdre et se dissoudre ; tout manque vient menacer l'existence du sujet. Ces angoisses limites sont connexes d'angoisses psychotiques telles que la chute, le vide et le morcellement. L'angoisse d'abandon témoigne de l'échec du processus de séparation ; reliée par les patients à des menaces d'effondrement (WINNICOTT D.W., 1974). Des vécus de mésestimes, de dépréciations coexistent. Le toxicomane est confronté à un vide esthétique d'image qui témoigne de sa souffrance narcissique identitaire<sup>5</sup>. La réalité historique des patients révèle souvent, mais pas toujours, des souffrances infantiles non pensées par des parents en souffrance de parentalité (rejet, abandon, maltraitements...). Elles tendent à être banalisées, évacuées, voire déniées. Ces rejets ornent les corps des toxicomanes dans une recherche de sensation que ce soit par le *sniff*, les injections, les tatouages ou les scarifications. Cette recherche devient tentative de mise en image par l'impression corporelle de ces vécus.

Ainsi, la narco-dépendance va venir modifier la vie de sensation abolissant tout

éprouvé de déplaisir nécessaire à l'économie psychique. Le produit colmatera les réminiscences sensorielles supposées insatisfaisantes et la douleur existentielle associée en créant une dynamique liant jouissance pharmacologique et exaltation maniaque se passant ainsi de la liaison libidinale en action sur l'objet. Ses tentatives de mises en sens passeront par la culture d'une béatitude<sup>6</sup> incorporée liée à l'objet oral d'addiction.

### Marion ou le requiem pour un rêve<sup>7</sup>

Marion est venue au centre, il y a plusieurs années, pour une demande de traitement Méthadone. C'est une femme pétillante vêtue comme une enfant qui virevolte dans le service projetant son excitation sur les murs de notre salle d'attente.

Pour des motifs de discrétion, je ne peux développer précisément la psychogenèse de Marion. Je dirais que sa psyché est organisée par un pôle maternel fou, tantôt excitant et déprimant, et par l'absence de figure paternelle stable qui impacte la rencontre. Le complexe fraternel est chez elle dominé par la violence et la recherche de collage du fait d'angoisses d'abandon importantes. Marion me décrit une enfance déchirée, avec tout un temps de vie chez sa grand-mère, prostituée, alcoolique et violente. Les scènes alcoolisées et hyper érotisées qu'elle amène en séance sont comme des coups de tonnerre...

Marion aura beaucoup de mal à tolérer le rythme thérapeutique d'une séance tous les quinze jours. L'apprivoisement thérapeutique passera par un jeu de présence-absence, la sollicitant quand elle ne vient pas, passant outre la colère suscitée par ces remarques : « alors, vous vouliez me voir ? Qu'est ce que vous vouliez me dire ? ». Par cet intermédiaire, il me semblait qu'elle renversait la situation thérapeutique afin de se protéger de l'espace de parole naissant en elle et de la figure libidinale persécutrice du thérapeute (le client nourricier de la mère prostituée ?). Ce manège<sup>8</sup> cessera quand Marion me

demandera suite à une séance où elle m'a fait attendre : « vous êtes pas fâché ?... Si ! ».

Je reçois Marion les premiers temps avec sa fille. Il est impossible de l'en détacher. Elles sont envahissantes, s'excitant mutuellement, me faisant perdre mes capacités d'attention. Je fais office de tiers médiatisant cette relation incestueuse dans un collage perpétuel venant annuler la différence. Celle-ci doit être ramenée violemment par la claque, la fessée, le rejet et les cris lorsque sa fille l'intruse. Je suis mis à la place du témoin venant reconnaître cette violence fondamentale qui envahit l'espace thérapeutique.

Lors d'une séance Marion me parle de la violence de sa mère sur sa fille. Elle l'aurait forcé à ramasser un objet en la tenant par le bras. Marion prend brusquement le bras de sa fille qui dessine sur ma table basse me faisant vivre de la terreur, terreur qui apparaît sur le visage sidéré de sa fille. Elle me lance : « comme ça vous voyez ! » et elle se met à pleurer. Je mets en mots la colère non-dites entre la fille et sa mère qui empêche d'être en relation sans violence. (De quelle mère et de quelle fille s'agit-il ?) Marion cherche par le transfert en dépôt à placer en moi les parts les plus archaïques de sa psyché, parts qui menacent sa contenance. Le *handling* maternel semble avoir fixé en son enveloppe primitive des zones de contacts excitants telle cette prise subite (jaillissante, sidérante) qui est "injectée" dans la séance et qui se révèle comme la pure expression du ça meurtrier (« comme ça, vous voyez »). Je reçois cette mise en acte comme une figuration formelle des premières sensations corporelles de Marion, sensations dépourvues de liens avec les perceptions externes<sup>9</sup>, ou du moins coupées d'un lien trop excitant avec l'objet de satisfaction.

Marion a commencé à se droguer dès l'adolescence. Elle va sortir, faire la fête, rechercher dans la défonce un plaisir extatique, immédiat. Elle s'enfuit dans une recherche de sensations qui l'anesthésie de la rencontre avec l'autre et d'avec elle-même. Marion se cabre pourtant, elle résiste et commet des actes de violence qui sont comme des tentatives de recherche à l'extérieur d'une limite interne construite en pointillé. La prison viendra la contenir un temps. La relation avec un homme tantôt idéalisé, tantôt détesté va l'occuper de nombreuses années. Cet homme lui donnera une fille... celle qui est là en séance et qui dessine sur ma table basse, me sollicitant souvent pour apposer ma patte sur la feuille.

Lors d'une autre séance, la fille de Marion

dessine un bonhomme puis le rature. Marion est terrassée, son visage se tord de douleur. « Vous trouvez pas que c'est violent ça ? ». Je pointe calmement le fait que c'est son dessin (à sa fille). Puis la petite prend son petit lapin et le maltraite pendant que Marion commente l'agressivité du désir de sa fille. J'interprète alors le fait que la violence infligée aux objets serait comme une violence infligée aux personnes dans le regard de maman. Marion peut ainsi associer sur sa violence et retrouver des sensations liées à la figure grand-maternelle. En fin de séance, j'offre au "lapin qui a mal" un mouchoir...



Pas à pas l'espace thérapeutique va prendre consistance. Il est au départ un objet bizarre qui ne doit pas être ni trop loin (angoisse d'abandon), ni trop proche (angoisse de persécution). La sensation transféro-contretransférentielle de tourbillon va s'estomper. Je parlerai alors d'un espace en CMP pour sa fille.

Enfin, lors d'une séance mutative, Marion me dit : « j'ai rencontré mon assistante sociale enfin, comment on dit, c'est un homme (Marion est hors d'elle) il veut plaire ma fille ! Je vous le dis s'il la touche, je le tue et je me tire en Italie!... Les hommes ils sont tous comme ça, c'est des monstres... ils veulent toutes les femmes ». Ce à quoi je réponds « de quels hommes vous parlez ? Des hommes d'ici ou des hommes de votre inconscient ? ». Marion associera

sur son incapacité à tolérer l'odeur de l'homme, sa présence, son regard, son écoute... sur l'odeur de ces hommes excités qui se rendaient chez elles et qu'elle observait tapie dans un coin de la pièce.

La violence fondamentale de Marion est liée à l'idée du rapt d'enfant qui viendrait l'amputer d'une partie d'elle-même. Cet assistant-social homme représente sa difficulté à s'étayer sur une figure maternelle aimante non-persécutrice. Marion par associations me convie à toucher le corps d'une mère monstrueuse, puante, excitante, qui inscrit un lien insécure. Elle nous force à voir des scènes érotisées qu'il me faut transformer. Mes interprétations limitent la curiosité infantile (du côté de l'Oedipe empêché) et reconnaissent la surexcitation que Marion a connue autrefois (qu'elle revivait en ma présence en séance) et qui la menace d'effondrement. Marion arrive aujourd'hui à dompter le climat excitant qui répétait le bain sensoriel de sa prime enfance et la mettait en danger identitaire. Les défonces adolescentes, la recherche anesthésiante de sensation sont comme un mauvais souvenir...

#### Le collectionneur de sensations

À lire cet extrait clinique, transformé pour l'occasion afin de préserver l'anonymat de ma patiente, cela est surprenant de voir comment d'une recherche agonistique de sensation Marion (comme d'autres patients) parvient à reprendre les rênes de son économie psychique. À quoi correspond ce processus de transformation ? Je vais à présent développer différentes pistes théorico-cliniques afin d'essayer d'éclairer les hypothèses que je proposais en introduction.

Concernant l'hypothèse d'un défaut de satisfaction gommé par l'illusion de plénitude venant rassembler le moi du sujet, l'héroïne comble un vide<sup>10</sup>, un gouffre dans lequel le toxicomane tombe en refusant de lâcher un objet autostimulant qui : « met du jus dans la voiture en panne sèche ». Dans le transfert un objet rejetant<sup>11</sup> apparaît, un objet qui a autrefois "pompe" toute l'énergie du sujet le forçant à trouver au-dehors une énergie vitale injectable en tout point. Ceci peut être mis en lien avec l'exploration tâtonnante du corps du toxicomane cherchant soigneusement une veine qui devient la voie d'entrée et la source de la jouissance injectable – le pulsionnel s'en trouve renversé. La source n'est pas le chemin par lequel la décharge aura lieu, mais la porte d'entrée

d'une décharge dans le corps, d'une intrusion qui envahit toutes les zones<sup>12</sup>. Alors sous emprise narcissique<sup>13</sup> le toxicomane lie l'excitation corporelle (comme source de l'état de tension) à l'objet d'addiction. Il trouve un leurre incorporable qui lui permet de lutter contre des vécus (et des désirs) infantiles. Comme je le décrivais précédemment pour Marion, ces vécus forment des zones d'excitation fixées à l'enveloppe primitive du moi. Ce sont selon moi ces territoires anciens (qui n'ont pas rencontré un objet suffisamment métabolisant pour les transformer ? ou qui ont rencontré un objet trop excitant ?) en feu, que le toxicomane tente en vain d'éteindre. Il parvient à l'apaisement dans et par une confusion des zones bouche-corps (bouche-peau dans le cas du *shoot*, bouche-nez dans le cas du *sniff*...). L'avidité orale et la béatitude qui s'exprime alors ne sont pas sans rappeler l'expérience de satisfaction<sup>14</sup>. Par ses processus "d'autosensibilité" (TUSTIN F. 1987) il rétablit ainsi un équilibre somato-psychique (derrière lequel je retrouve des fantasmes d'agglomération et de fusion décrits par RACAMIER P.C. en 1995) qui malgré les troubles somatiques engendrés par la drogue s'impose dans une répétition à l'identique (M. de M'UZAN 1965). Cet identique sensuel peut-il se rapprocher du sentiment de Nirvana développé par FREUD (1920) ?

Concernant l'hypothèse de la carence en proposition de l'objet ce collectionneur de sensation peut, au-delà de la haine du transfert (BOKANOWSKY T. 2004) faire l'expérience d'un échange autre, moins opératoire, plus souple. Il faudra alors dépasser le : « Qu'est-ce que vous avez à me proposer ? » (Comme le disait Marion) afin d'écouter ce qui fait défaut dans la proposition de l'objet. La proposition thérapeutique sera pour moi de démêler avec le sujet ce qui relève de la réalité de la défaillance de l'objet en terme de présentation de la réalité, de capacité de rêverie, et de ce qui relève de sa propre subjectivité parcourue par des désirs hérités de son fonctionnement sexuel infantile.

L'objet thérapeutique serait alors de faire naître chez le patient un intérêt pour son fonctionnement psychique. Lorsque le transfert se rend présent, l'objectif sera de souffler dessus comme si l'on allumait un feu ; je proposerais bien l'expression de « raviver le transfert » comme s'il pouvait à tout moment s'éteindre ; cet "abandon de transfert" conduit à des réactions thérapeutiques négatives, seul recours, par l'acte autodestructeur<sup>15</sup>, pour éviter la poussée des angoisses de perte de limites<sup>16</sup>. Le besoin thérapeutique à la limite de l'acting sera de la contenir et de la transformer par le désir partagé de mise

en sens des deux courants du fonctionnement psychique : tendre et érotique. Concernant le "défaut" d'étayage hallucinatoire. La non-différenciation du dedans et du dehors, de la réalité et de l'imaginaire et le détournement de la fonction du rêve me font envisager une difficulté pour les sujets de compter sur une capacité de rêverie opérante. J'observe dans ma clinique des sujets qui répétitivement se donnent du rêve détournant ainsi la fonction hallucinatoire<sup>17</sup>. Ainsi, la prise surexcitante vient déborder la réalité interne/externe, offrant une constance précaire à la stase libidinale non inhibée. Tout se passe comme si une irrésistible tentation, expression de désirs inconscients, contraignait le sujet à succomber aux jouissances partielles orientées par des fantasmes de toute-puissance, incestueux et meurtrier. Cette fantasmagorie ne se laisse pas facilement approcher : elle est noyée dans et par un magma sensoriel, une solution psychosomatique (une double peau ?) qui protège le sujet de l'indispensable affrontement à ses désirs. Je pense là à l'orientation du travail de recristallisation en objets libidinaux qu'offre la proposition thérapeutique telle que je l'envisage. Pour aller plus loin dans ma pensée, cette clinique de l'addiction nous invite à trouver l'instant traumatique dans l'histoire du sujet, la défaillance de l'objet, une *neurotica* potentiellement traumatogène (qui n'est pas sans jouer un rôle évident dans l'organisation addictive). Il apparaît bien souvent que les histoires de vie sont moins embrouillées qu'il n'y paraît de manière manifeste... alors, en référence au tourbillon de Marion, la tête tourne moins !

Après avoir décrit les différentes facettes de la psychopathologie addictive, je me suis penché avec Marion sur cette clinique de l'excitation sensorielle. J'ai tenté ainsi d'explicitier les motifs qui motivent le drogué appelé pour l'occasion "collectionneur de sensation".

J'espère que le lecteur trouvera dans mes propos un éclairage sur l'économie psychique à l'œuvre dans la vie du sujet souffrant de dépendance ; cette économie si bien chantée par la jeune chanteuse Amy WINEHOUSE : le voyage érotisé vers l'éprouvé du manque...

Yvan REVELLIN  
Psychologue clinicien

Notes :

1. Complétant la notion d'*object presenting* de Winnicott : la présentation témoigne aussi d'une motivation à proposer un sens à la découverte des objets objectifs-subjectifs.
2. Cette exigence de proposition thérapeutique me semble être l'expression transféro-contre-transférentielle (sur le cadre et sur le thérapeute)

d'une absence de contenance et de présence paniquante de l'objet formidablement illustrée par les mots d'une patiente : « souvenez-vous au début... je n'avais pas de protection, j'avais peur de tout... et l'héroïne prenait possession de tout mon corps ».

3. Étymologiquement addiction vient de l'anglais "addiction" qui désigne la servitude du vassal vis-à-vis du suzerain dans le cas où celui-ci ne peut s'acquitter d'une dette.

4. Selon la formule employée par André CAREL lors d'une conférence du groupe lyonnais de psychanalyse.

5. cf. les travaux de René ROUSSILLON notamment « L'économie de l'acte », in Paradoxe et situations limites de la psychanalyse, PUF, Paris, 1991.

6. Je citerais un patient pour étayer mon propos : « cette aspiration par la bouche de l'héroïne m'apaise... je trouve un goût de pur plaisir... je ne sais pas comment vous expliquer... que du plaisir... et partir, fuir dans cet état... peut-être quelque chose qui aurait le goût du caramel... et une sensation de chaleur qui parcourt tout mon corps »

7. En référence au film de Darren ARONOFSKY « Requiem for a dream ».

8. En lien avec les jeux de cache-cache, formes du trouvé-caché et aux jeux de manège qui font tourner la tête...

9. DANON-BOILEAU L., « De l'éprouvé interne au langage - comment les éprouvés internes deviennent-ils communicables ? », Colloque Didier ANZIEU, 27/01/2007, Paris.

10. Ma clinique montre que ce vide est plein d'objets bizarres, de figures fantomatiques, d'identification "vampiriques" (Cf. PÉREL WILGOWICZ) qui menacent de mort la psyché – s'injecter, se tuer pour s'en nourrir, avaler ce fluide vital qu'est l'héroïne afin d'« être à la fois le vampire et le vampiriser, entre non-être et non né » écrit PÉREL WILGOWICZ dans : « Vampyr, dix ans après... tre ou ne pas naître ? » - in Propositions théoriques du site de la Société Psychanalytique de Paris (2007).

11. Sur l'identification à un objet malade et les processus d'incorporation Cf. ROSENFELD H., « La toxicomanie », in Les états psychotiques, PUF, Paris, 1960.

12. Marion : « je la sens (l'héroïne) monter en moi depuis mon bras, la seringue est là et le produit est en moi, il monte, il n'y a plus de limite, tout est alors possible, je peux tout...tout faire...je suis Moi ».

13. DUPARC F., « Cure psychanalytique de l'addiction », in Conférence d'introduction à la psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent du 17/03/2005.

14. Une autre patiente me disait : « quand j'ai arrêté l'héroïne j'ai pris de l'alcool, puis la bouffe est venue remplacer l'alcool ». Je lui dis : « tout ça à avoir avec la bouche, le nourrissage ». Elle poursuit : « j'ai besoin de me remplir constamment, de tout, de rien, c'est impossible sans... ». Et moi de poursuivre en lien avec le début de séance où elle me rapportait ses dérivés sentimentales : « vous remplir la bouche de quoi, de nourriture, d'affection... ». Gênée elle me dit : « ah mes sucettes, mon pouce, à 31 ans je suce toujours mon pouce, c'est la honte non ? C'est toute une histoire, M. REVELLIN, moi et les sucettes... ».

15. Guy LAVALLÉE fait état dans son cas Eugénie de ce processus autodestructeur sous-tendu par la désintrication de l'hallucinatoire négatif-positif. « La psychanalyse à l'épreuve des états autodestructeurs », in Revue française de