

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 167

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Psychiatrie

par

Edouard-Jules LAFORGUE
né le 19/09/1985 à Cholet

Présentée et soutenue publiquement le 07 octobre 2014

L'EROTOMANIE ET SA PRISE EN CHARGE :
Quels enjeux thérapeutiques lorsque l'objet est un médecin ?

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Luc VÉNISSE

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Vous avez su nous transmettre, tout au long de notre cursus d'étudiant en médecine, la richesse de la clinique psychiatrique. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc Vénisse,

Vous me faites l'honneur de diriger ce travail de thèse. Votre disponibilité et votre bienveillance m'ont été précieuses tout au long de l'élaboration de ce travail. Vous nous avez appris, dès le début de l'externat, à nous montrer attentifs au discours des patients. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère considération pour votre savoir.

A Monsieur le Professeur Jean-Bernard Garré,

Vous avez accepté sans hésitation de faire partie de ce jury. Votre présence m'honore. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Vincent Delaunay,

Vous avez accepté sans hésitation de faire partie de ce jury. Mon semestre dans votre unité reste pour moi un précieux souvenir de partage d'expérience clinique et thérapeutique. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

à ma Mère,
d'avoir été et d'être là.

à la mémoire de mon Père,
sans qui rien n'aurait été possible.

à mon Frère et mes Sœurs,
Christophe, Stéphanie, Barbara et spécialement Maud pour la relecture.

à Inès.

Je tiens également à remercier les médecins croisé durant mon internat ayant accepté de partager leurs expériences cliniques et leurs savoirs : Dr Bocher, Dr Djéga-Mariadassou, Pr Amar, Dr Dréno, Dr Gorans, Dr Vandermersch, Dr Bulteau, Dr Robin, Dr Gruat et ceux que j'oublie.

Aux patients, qui dans l'expression de leurs souffrances, acceptent de partager avec nous soignants de leur créativité.

Aux amis, même si pour certains je leur dois de finir ce travail dans la précipitation.

A deux équipes soignantes me tenant à cœur : celle du 1^{er} Est du semestre d'été 2011 et de l'unité Claudel des semestres d'hiver et d'été 2014.

Aux camarades de l'Internat...

... à toutes celles qui m'ont aimé.

*« Nous pensons que la médecine existe comme art de la
vie parce que le vivant humain qualifie lui-même
comme pathologiques, donc comme devant être évités
ou corrigés, certains états ou comportements
appréhendés, relativement à la polarité dynamique de
la vie, sous forme de valeur négative. »*

Georges CANGUILHEM – Le normal et le pathologique

I. INTRODUCTION.....	8
II. CAS CLINIQUES :	10
A. DESIREE	10
1. QUELQUES REPERES BIOGRAPHIQUES	10
2. ANTECEDENTS SOMATIQUES.....	11
3. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	12
4. LA CLINIQUE EROTOMANIAQUE.....	12
5. DEROULEMENT DES SOINS.....	12
B. MADELEINE	16
1. QUELQUES REPERES BIOGRAPHIQUES	16
2. ANTECEDENTS SOMATIQUES.....	17
3. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	17
4. LETTRES DE MADELEINE.....	21
5. LA POURSUITE DES SOINS	26
C. SONIA	28
1. QUELQUES REPERES BIOGRAPHIQUES	28
2. ANTECEDENTS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES :	29
3. PREMIERE RENCONTRE.....	31
4. LETTRES DE SONIA	32
5. DEVOILEMENT ET SUITE DES SOINS	33
III. HISTORIQUE DE L'EROTOMANIE.....	35
A. DES PREMICES DE LA MEDECINE A LA NAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE CLINIQUE.....	35
1. L'EROTOMANIE DANS LES TEXTES ANTIQUES.....	35
2. DES MALADIES D'AMOUR DE FERRAND ET PARDOUX A L'OBSERVATION DE ZIELLER	35
B. L'EROTOMANIE DANS LES TEXTES CLASSIQUES.....	37
1. JEAN-ETIENNE ESQUIROL.....	37
2. LA THEORIE DE LA DEGENERESCENCE.....	39
C. LA PSYCHIATRIE DU DEBUT DU XX^{EME} SIECLE	41
1. PORTEMER ET L'ASSISE MEDICO-LEGALE DE L'EROTOMANIE	41
2. L'EROTOMANIE EN TANT QUE DELIRE D'INTERPRETATION.....	42
3. GAËTAN GATIAN DE CLERAMBAULT.....	44
4. LACAN PSYCHIATRE	51

5.	APRES CLERAMBAULT : DEUX AUTRES ELEVES DE CLAUDE ET SCHACHTER	57
D.	L'APPORT DES THEORIES ANALYTIQUES AU CONCEPT D'EROTOMANIE	60
1.	SIGMUND FREUD	60
2.	DANIEL LAGACHE : LIENS ENTRE EROTOMANIE ET JALOUSIE	63
3.	L'ETUDE PAR MADAME CAVE.....	66
4.	JEAN KESTEMBERG « A PROPOS DE LA RELATION EROTOMANIAQUE »	67
5.	LE DESIR ET LA PERVERSION : PERRIER ET AULAGNIER.	69
6.	JONCKHEERE	73
7.	LACAN PSYCHANALYSTE ET LES LACANIENS.....	74
E.	DE LA DEUXIEME MOITIE DU XX^{EME} SIECLE A AUJOURD'HUI : PLACE ACTUELLE DE L'EROTOMANIE.....	79
1.	L'EROTOMANIE CHEZ LES AUTEURS ANGLO-SAXONS	79
2.	L'EROTOMANIE DANS LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES	85
3.	QUELQUES DONNEES D'EPIDEMIOLOGIE	90
4.	DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS.....	93
5.	EROTOMANIE SECONDAIRE	100
6.	QUELQUES DONNEES DE RECHERCHE FONDAMENTALE	106
F.	DISCUSSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIQUE.....	108
1.	LE CHOC IDEO-AFFECTIF	108
2.	LE POSTULAT FONDAMENTAL.....	109
3.	THEMES DERIVES DU POSTULAT.....	110
4.	L'EVOLUTION PAR PHASES.....	111
5.	LES CARACTERISTIQUES DU DELIRE.....	111
6.	EVOLUTION	113
7.	DIAGNOSTICS ASSOCIES – FORME SECONDAIRE – DIFFERENTIELS	114
8.	AU REGARD DES DONNEES ACTUELLES.....	117
IV.	<u>EROTOMANIE ET TROUBLES THYMIQUES</u>	<u>119</u>
A.	EROTOMANIE ET MANIE / HYPOMANIE	120
B.	EROTOMANIE ET DEPRESSION	122
C.	EROTOMANIE ET TROUBLES BIPOLAIRES	124
1.	REVISION DES PSYCHOSES PASSIONNELLES PAR SIGNER.....	124
2.	NATURE DU LIEN ENTRE EROTOMANIE ET TROUBLES THYMIQUES.....	125
D.	DISCUSSION SUR LA PROBLEMATIQUE DES TROUBLES THYMIQUES	127
V.	<u>PSYCHOPATHOLOGIE DE L'EROTOMANIE</u>	<u>129</u>
A.	LA RELATION EROTOMANIAQUE COMME SOLUTION DELIRANTE	130

1.	LA DEPRESSION ET LE DEUIL D'UN POINT DE VUE ANALYTIQUE	130
2.	LE ROLE FONCTIONNEL DU DELIRE	134
3.	EN SYNTHSE : LA RELATION EROTOMANIAQUE SELON KESTEMBERG	137
B.	LE CHOIX D'OBJET CHEZ L'EROTOMANE.....	139
1.	DEFINITIONS.....	140
2.	EVOLUTION DES DIFFERENTS CONCEPTS D'OBJETS DANS L'EROTOMANIE.....	141
3.	L'OBJET-MEDECIEN ET SA RENCONTRE.....	150
4.	DIFFERENCES MEDECIN PSYCHIATRE / MEDECIN SOMATICIEN	153
5.	EROTOMANIE ET CHOIX D'OBJET HOMOSEXUEL.....	155
C.	DISCUSSION ET HYPOTHESES PSYCHOPATHOLOGIQUES	158
1.	DESIREE.....	158
2.	MADELEINE.....	160
3.	SONIA.....	162
VI.	<u>QUEL TRAITEMENT POUR L'EROTOMANIE ?</u>	<u>165</u>
A.	INTRODUCTION A LA QUESTION THERAPEUTIQUE.....	166
B.	TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUES	168
1.	REFLEXIONS SUR L'USAGE DE LA PHARMACOPTEE DANS LES DELIRES CHRONIQUES	168
2.	GENERALITES	170
3.	TRAITEMENT DES FORMES PRIMAIRES.....	171
4.	TRAITEMENT DES FORMES SECONDAIRES.....	175
C.	TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT	178
1.	TRANSFERT.....	178
2.	CONTRE-TRANSFERT	183
D.	QUELS OUTILS ET QUELLES MODALITES POUR L'ACCOMPAGNEMENT	187
1.	L'HOSPITALISATION.....	187
2.	PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE	188
3.	LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE	190
4.	UN ACCOMPAGNEMENT PLURIEL.....	191
5.	LE PSYCHODRAME ANALYTIQUE	192
6.	LA PLACE DE LA FAMILLE.....	193
7.	LA NECESSITE DU TIERS	193
E.	QUELLE PLACE POUR L'OBJET DANS LA PRISE EN CHARGE ?	195
F.	DISCUSSION THERAPEUTIQUE	196
1.	SUR LES MODALITES DE SOINS ET D'HOPITALISATIONS.....	196
2.	SUR LE PLAN MEDICAMENTEUX.....	196

3.	TRANSFERT, CONTRE-TRANSFERT ET PROPOSITIONS D'ACCOMPAGNEMENT	199
<u>VII.</u>	<u>CONCLUSION.....</u>	<u>206</u>
<u>VIII.</u>	<u>ANNEXES.....</u>	<u>210</u>
<u>IX.</u>	<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	<u>215</u>

I. INTRODUCTION

La genèse de ce travail de thèse s'appuie sur les interrogations apportées par les différentes patientes érotomanes rencontrées lors de mon internat. La première est celle de Sonia¹, patiente dont la dynamique transférentielle fut essentiellement teintée de persécution au cours de ses six mois de prise en charge compliquée, que le développement d'un délire érotomaniaque dont j'étais l'Objet m'interrogea. Au même moment j'apprenais que Madeleine, que j'avais également rencontrée en tant qu'interne le semestre précédent, multipliait lettres et déclarations enflammées au médecin sénior qui partageait alors sa prise en charge avec moi. Puis, lors de ma dernière année d'internat, j'ai rencontré Désirée, qui, au contraire de Sonia et Madeleine, était totalement « naïve » de la psychiatrie lorsqu'elle se mit à délirer sur le gynécologue l'ayant délivré lors d'une hystérectomie d'un fibrome utérin de 3,5 kilogrammes, venant mettre ainsi un terme à ses efforts infructueux de grossesse.

Les questions qui émergèrent furent donc : « Quelle place peut bien occuper le médecin dans ces trois situations très différentes pour devenir choix d'Objet de l'érotomane ? » et « Comment continuer à être soignant – en tant que médecin – sans se retrouver piégé dans cette *folie de l'amour* ? »

Nous avons pris parti pour ce travail de commencer par l'exposé clinique de ces trois patientes et d'en faire la discussion le long de sa trame de développement. La seconde partie est consacrée à l'historique du concept d'érotomanie au fil du temps où nous verrons sa mention dans la médecine dès les temps « hippocratiques », avant de réapparaître avec la naissance de la psychiatrie clinique et d'intéresser les grands maîtres de la psychiatrie française en suscitant de nombreux débats sur ses caractéristiques cliniques et sa place nosologique (forme chaste ou non, forme pure ou

¹ Par mesure de confidentialité les prénoms, âges, dates, lieux et professions ont été modifiés pour les cas présentés dans ce travail.

associée). Par la suite les auteurs analytiques se sont intéressés à la question de l'érotomanie, nous tâcherons de rendre compte des principales idées dégagées par cette littérature. Nous terminerons cette deuxième grande partie historique par les publications de la littérature médicale moderne à l'heure des classifications.

Une fois le repérage clinique posé, nous nous attarderons sur les liens décrits dans la littérature existant entre l'érotomanie et les troubles thymiques. A partir du constat d'une forte prévalence des troubles thymiques dans l'érotomanie, nous consacrerons une partie aux hypothèses psychopathologiques théorisées dans l'érotomanie. A partir des théories sur le rôle fonctionnel du délire et de la place de l'Objet dans cette mécanique, nous envisagerons l'érotomanie comme une défense psychique face à une menace d'effondrement d'ordre dépressif.

Enfin dans la partie thérapeutique nous verrons, après avoir traité la question du traitement médicamenteux, comment accompagner ces patients en fonction de leur demande et des moyens disponibles. Dans ce chapitre, il sera donc question du maniement du cadre institutionnel et de la relation transférentielle mais également de la question contre-transférentielle et donc de l'enjeu suscité par l'Objet-médecin dans la prise en charge de tels patients.

II. CAS CLINIQUES :

A. DESIREE

« Je suis folle amoureuse d'un homme »

Désirée, née en 196x, a été hospitalisée à trois reprises en Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) de juin à novembre 201x pour troubles du comportement s'intégrant dans le cadre d'un délire érotomaniacal évoluant depuis plusieurs mois.

1. QUELQUES REPERES BIOGRAPHIQUES

Originaire de Madagascar, fille unique de l'union d'une institutrice et du directeur de son école, de deux ans son aîné. Père décrit comme « un coureur qui refait souvent sa vie », en effet, est déjà marié lors de sa rencontre avec la mère de Désirée et le lui cache. C'est à la faveur de cette découverte que la mère de Désirée (âgée de trois ans) se sépare du père de celle-ci en ne lui reconnaissant aucun droit parental. Du côté paternel, Désirée évoque une dizaine de demi-frères et sœurs, plus âgées comme plus jeunes qu'elle, d'au moins trois unions différentes. Elle connaît peu sa fratrie de ce côté-là, sait juste que son père est en France depuis quelques années mais n'a pas cherché à reprendre contact avec lui. Sa mère, ancienne sœur catholique, refait sa vie avec un autre homme et donnera naissance à un demi-frère de treize ans plus jeune. Désirée parle aisément d'une jalousie envers celui-ci, qui aurait été plus aimé de sa mère, « moi je n'étais pas voulue, ma mère voulait un garçon ». Le nom de jeune fille de Désirée est une association du nom des deux parents, celui-ci signifie « qui a coûté la vie de sa mère » tout en précisant qu'il s'agit de quelque chose de positif, que « ma mère serait restée une fille-mère sans cela ». L'enfance et l'adolescence se déroulent dans un climat de pauvreté et de grande ferveur religieuse, au rythme « des études, des prières et d'éloignement du péché ». Elle arrive en France à l'âge de 31 ans sur conseil d'un prêtre, initialement dans l'optique d'un séjour temporaire pour apprendre les termes agricoles nécessaires à son activité de traductrice pour la communauté baptiste dont elle fait partie. « L'argent et les hommes m'ont fait rester ici » dit-elle mais en réalité Désirée souhaite quitter Madagascar définitivement et venir en France « pour travailler, être

riche, avoir un mari et fonder une famille ». Elle rencontre Didier en 200x par un couple d'amis alors qu'elle est déjà dans une relation mais, qualifiée de peu sérieuse. Ce couple insiste pour que le rapprochement de Désirée et Didier ait lieu, si elle dit avoir été séduite par « sa douceur, sa timidité et son apparence facile à vivre », l'on peut douter d'un réel sentiment amoureux de la part de Désirée. Assez rapidement la vie du couple est rythmée par les FIV. L'adoption est impossible du fait du statut financièrement précaire du couple suite à quelques déconvenues professionnelles de Didier.

Sur le plan professionnel, Désirée exerce nombre de métiers, de chauffeuse de bus à animatrice radio avant de devenir professeure des écoles. C'est d'ailleurs lorsqu'elle cesse de s'occuper d'une classe, particulièrement investie « enfants par procuration » dit-elle, que les troubles du comportement apparaissent.

2. *ANTECEDENTS SOMATIQUES*

Sur le plan somatique l'histoire de Désirée est essentiellement marquée par des évènements gynéco-obstétricaux. En premier lieu, quatre fausses couches spontanées alors qu'elle vit encore à Madagascar avec son compagnon de l'époque. L'échographie d'alors révèle la présence de fibromes utérins. Elle est déjà avertie de la nécessité à moyen terme d'une intervention chirurgicale mais dit vouloir attendre d'être en France pour bénéficier de soins de meilleure qualité.

En France, elle essaie vainement d'avoir un enfant avec son mari Didier. Elle a recours à la fécondations in vitro (FIV) à quatre reprises, quatre échecs. Les stimulations hormonales préalables aux FIV augmentent la taille des fibromes. Désirée accepte alors une première intervention chirurgicale dans l'optique de réaliser une cinquième et dernière FIV. Cette dernière n'est pas plus concluante et, suite à cela, les fibromes réapparaissent, leurs tailles devenant menaçantes pour le pronostic vital. Le gynécologue la prévient alors de la nécessité d'une hystérectomie totale. Désirée s'y refuse dans un premier temps car cela signifie pour elle « l'impossibilité définitive d'être mère ». Elle supporte durant six ans les douleurs abdominales et dysparéuniques avant d'accepter l'intervention : « ma vie était menacée ». Elle évoquera plusieurs fois le fait que le gynécologue l'a délivrée d'un fibrome « de trois kilos cinq environ ». C'est sur ce

médecin que se porte le choix d'Objet érotomaniac.

3. *ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES*

La première hospitalisation en SDT de Désirée est également son premier contact avec le soin psychiatrique. Il n'y a pas d'antécédent personnel ou familial notable dans ce registre là. Tout juste évoque t'elle une tendance à la persécution et à l'interprétation datant de l'enfance « on m'appelait la bâtarde », « j'avais l'impression que les autres élèves dans le bus me regardait parce que je pensais sentir mauvais » sans que cette tendance ne soit suffisamment manifeste pour constituer un trouble ou une personnalité pré-morbide à l'éclosion du délire.

4. *LA CLINIQUE EROTOMANIAQUE*

Dans son discours, l'Objet vient régulièrement à sa rencontre, elle le « voit ». Il ferait régulièrement le tour de son lotissement à bord de différentes grosses cylindrées en l'incitant à monter à bord. Elle en est amoureuse, dit-elle, depuis le premier regard mais c'est bien lui qui actuellement aime le plus. Désirée passe donc ses soirées et nuits en bas de l'immeuble à guetter les différentes voitures et à regarder instamment celles se garant. Elle le sait marié mais l'un comme l'autre peuvent « aller jusqu'à l'adultère ». Désirée se déclare au médecin par lettre. C'est lors d'une consultation prévue de suivi que le médecin lui fait part de la non-réciprocité des sentiments, « ça le gênait pour sa femme et ses enfants » dit Désirée, et il passe la main à un confrère pour la suite de la prise en charge.

C'est alors que l'Objet érotomaniac change et se porte sur le père de sa voisine : Pierre-Alexandre, alors que le gynécologue se prénomait Pierre-Antoine. Il est à l'origine plus amoureux de Désirée qu'elle de lui. Elle le décrit comme important car parfois accompagné en voiture par de gardes du corps, ne se déplaçant qu'en grosses cylindrées aux vitres teintées pour préserver sa vie privée.

5. *DEROULEMENT DES SOINS*

La première hospitalisation a lieu en juin 201x pour « troubles du comportement ». Il est alors fait mention dans le premier certificat de SDT d'un délire érotomaniacal évoluant depuis plusieurs mois suite à une hystérectomie. Est associée une symptomatologie à type de commentaire des actes de tonalité de persécution. La présentation est négligée, incurieuse. Désirée paraît épuisée psychiquement comme physiquement.

Le discours délirant ainsi que l'histoire de vie sont délivrés sans réticence lors de la première hospitalisation de 3 semaines. Un traitement par RISPERIDONE est mis en route et une ébauche de critique apparaîtra, non pas sur le délire, mais sur les troubles du comportement. Les éléments de persécution et le commentaire des actes régressent rapidement. Il n'est pas constaté d'éléments dissociatifs ni d'élément thymique. Lors de la rencontre avec Didier, il concède son épuisement, son insatisfaction de vie de couple mais ne souhaite pas se séparer, il espère « un retour à la normale » de son épouse malgré des attaques projectives de sa part : Désirée le tient alors pour responsable de l'infertilité du couple, c'est lui qui est stérile.

Seconde hospitalisation à peine un mois après sa 1^{ère} sortie. Manque de se faire renverser par un poids lourd alors que traverse la route sans regarder, absorbée par une voiture garée de l'autre côté pensant y trouver son Objet. Les troubles du comportement ont repris de façon quasi immédiate après la sortie de l'hôpital, avec arrêt concomitant du traitement médicamenteux. Les éléments de persécution ne sont pas retrouvés lors de cette hospitalisation mais Désirée se montre agacée lorsque renvoyée au caractère irréel de cette relation. Le traitement est repris à l'identique, sans efficacité sur le noyau délirant. Une fenêtre thérapeutique est alors réalisée suite à quoi de l'ARIPRAZOLE est prescrit à une posologie quotidienne de 30mg/j. Cette fois-ci Didier se positionne et commence à évoquer le divorce, ce qui laisse Désirée indifférente sur le plan affectif mais comprenant le positionnement de son mari. Un peu plus tard elle dit souhaiter « cohabiter avec Didier », le divorce n'est selon elle pas envisageable... du fait de sa situation financière précaire. A la fin de cette seconde hospitalisation, quelques affects de tonalité dépressive émergent sur un mode de dépréciation narcissique « mon amoureux ne peut pas aimer quelqu'un qui sort de l'hôpital psychiatrique », et au-delà du discours, l'apparition d'une tristesse dans la mimique faciale sera perçue par l'équipe

de soins. Un suivi en psychothérapie par une psychologue du service ainsi qu'un suivi médical lui sont proposés, elle souhaite que ce soit en libéral et refuse de prendre contact depuis le service.

La troisième hospitalisation a lieu deux mois après la sortie de la précédente. Le traitement est pris de façon anarchique, les troubles du comportement réapparaissent. La police intervient deux fois au domicile en 48h pour troubles du comportement : Désirée essaye d'entrer dans des voitures garées, touche les passants croyant reconnaître son Objet, ...

Durant ce temps hospitalier là, elle peut verbaliser la souffrance consécutive à la non réalisation de cette rencontre. Elle évoque « le calvaire de Tantale » devant cet amoureux qu'elle croit deviner, de loin, chez un passant ou dans une voiture mais dont la rencontre n'advient jamais dans la réalité. La tristesse est plus perceptible qu'à la précédente hospitalisation et l'ultimatum posé par Didier « mon seul ami » quant au divorce grève encore plus cette dimension là. Pour la première fois elle évoque son souhait d'une autre vie, d'avoir des enfants, verbalise le métier d'institutrice comme substitut à la maternité... C'est également avec une certaine « honte », dans l'après-coup, qu'elle questionne l'étrangeté d'un comportement imposé par l'Objet « qu'est-ce qu'il me fait faire ? » dans les périodes fécondes et critique celui-ci. Devant la menace d'un effondrement dépressif plus que de la présence d'un épisode dépressif caractérisé, un traitement antidépresseur est initié en plus de l'antipsychotique : ESCITALOPRAM à 10 puis 15mg/j. Devant la répétition des épisodes et la prise discontinue du traitement, un traitement antipsychotique retard lui est proposé, ce qu'elle refuse. Il lui est dit qu'en cas de nouvelle hospitalisation, le choix de refuser ne lui serait peut-être pas laissé. Outre le traitement, le soin ambulatoire comporte une prise en charge en Hôpital de Jour de secteur, ainsi qu'un suivi en consultation au Centre Médico-Psychologique.

C'est à la faveur du changement de semestre des internes que je me retrouve médecin référent de Désirée en ambulatoire. Lorsque je lui demande la raison pour laquelle elle vient en consultation, elle répond : « je suis folle amoureuse d'un homme ». Le discours se modifie, elle me dit avoir bien éprouvé des sentiments amoureux pour le chirurgien, l'avoir poursuivi, mais qu'en le suivant elle s'est éprise d'un autre homme. Le chirurgien,

lui, est « parti à Paris ». Elle rationalise sur un mode interprétatif le fait qu'elle ne voit plus la fille de celui-ci dans le quartier, preuve donc de son départ. Elle relate néanmoins son départ comme récent puisqu'il a continué de venir la voir à l'hôpital, interprétant ainsi le bal des voitures sur le parking, depuis sa fenêtre. Le second homme est plus important, protégé par des gardes du corps, il n'habite pas dans la région mais sa famille oui ; c'est ainsi en venant les voir qu'il s'est arrêté en voiture près de Désirée et qu'il lui a déclaré son amour. Au fur et à mesure, le contenu du délire devient de plus en plus flou et, de surcroît, elle montre de plus en plus de réticence à l'évoquer, parlant une nouvelle fois de honte. Honte de ne pas avoir été « à la hauteur des attentes » du premier Objet et honte d'avoir essayé de rentrer dans les voitures. Elle dit à ce sujet avoir eu comme une phobie l'empêchant de rentrer dans la voiture de l'Objet, un frein psychique la laissant bloquée debout la main sur la poignée malgré son désir d'entrer dans la voiture. « Chez nous (comprendre ici : à Madagascar) celles qui rentrent dans les voitures, c'est les putes » dit-elle spontanément pour expliciter ce sentiment de honte.

Parallèlement à ce suivi, se met en place une prise en charge en Hôpital de Jour (HDJ) que nous détaillerons dans la partie thérapeutique. Dans les mois qui suivent même si l'abrasion du délire n'est pas totale, il n'est pas noté de nouveaux éléments comportementaux symptomatiques. Il y a une reprise de l'intimité et de la sexualité très progressive dans le couple, Désirée s'y refusant un premier temps ne pouvant avoir deux hommes dans son cœur.

B. MADELEINE

Madeleine développe un délire érotomane sur son psychiatre au moment de son changement de secteur de référence (déménagement). Elle est alors en « sortie d'essai d'HO » pour un trouble schizo-affectif sur une personnalité paranoïaque.

1. *QUELQUES REPERES BIOGRAPHIQUES*

Née en 197x à Beyrouth, adoptée à 18 jours par un couple d'assureurs de la région bauloise. Jamais de recherches sur ses origines, « je préfère ne pas savoir ». Un frère du même âge adopté une dizaine de mois plus tard. Très forte complicité entre eux deux, première enfance décrite comme heureuse.

Début de la conflictualité avec ses parents très tôt. D'abord avec la mère « l'adversaire naturel si profondément haï et si profondément aimé ». Evoque un souvenir d'enfance où sa mère coupe au rasoir les cheveux de son frère se débattant. Menace de lui couper l'oreille s'il continue, « le rasoir est impressionnant », « elle est si violente quand elle est en colère ». Entaille sur l'oreille du fait des gesticulations « je suis écœurée et dégoûtée de ma mère et de moi-même », « je fais la promesse que je n'accepterai plus de câlins de ma mère tant qu'elle ne se décidera pas à donner la même chose à mon frère... je tiens ma promesse...je ne suis pas heureuse. »

Education décrite comme stricte, milieu confessionnel catholique. Mise en pension à Saint-Gabriel à 10 ans, selon elle sur conseils d'un instituteur pour éviter « d'étouffer » son frère. Enfermement mal vécu, impression de « second abandon parental ». Expérience homosexuelle dans cet internat exclusivement féminin, évoquée sans réticence. Dit découvrir Dieu et la Bible au même moment « effroyable culpabilité à l'aune de mon ardeur à servir Dieu ». Début de conflictualité avec le père cette fois, parle « d'étanchéité sexuelle non respectée avec lui », « c'est l'été, mon short est court, j'ai de belles cuisses ça se voit, mon père m'admire ».

Bons résultats scolaires, baccalauréat C à 17 ans. Institut de lettres modernes par la suite à Paris. Un an à Londres, puis retour à Paris où elle vit avec son frère. Fréquente platoniquement un garçon en 199x. A cette époque, début des hospitalisations en

hôpitaux et cliniques psychiatriques.

Niveau maîtrise donc, échec au CAPES – pense que ses parents ont demandé à l'éducation nationale de falsifier ses résultats.

Entre les séjours hospitaliers, quelques courts contrats de pigiste mais rapidement des problèmes relationnels avec ses collègues.

Revient à La Baule en 199x, après des examens non obtenus sur Paris. Logement et revenus fournis par les parents, tour à tour décrits comme persécuteurs et surprotecteurs.

2. *ANTECEDENTS SOMATIQUES*

Hypothyroïdie fruste non substituée.

Surpoids.

Pose d'un défibrillateur automatique implantable (DAI), en 200x, suite à un arrêt cardio-respiratoire en rapport avec une fibrillation ventriculaire sur cœur sain. Après multiples plaintes de délivrance de chocs inappropriés (non retrouvées à la clinique et à la lecture de l'appareil) et d'inconfort dans l'intimité (« avec le défibrillateur on ne peut pratiquer que la pipe et la levrette, on a déjà vu plus romantique » dira-t-elle sans gêne lors d'une hospitalisation), Madeleine obtiendra l'explantation de son DAI par une équipe d'un CHU de Bretagne en 201x.

3. *ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES*

Pour Madeleine les difficultés remontent à l'adolescence, à partir de 12 ans. Dépressivité de l'humeur et perte des facultés intellectuelles, sans atteinte des résultats scolaires. Etat d'exaltation thymique et d'expansivité à 18 ans, puis virage dépressif grave avec première tentative de suicide médicamenteuse (199x). Hospitalisation à Bicêtre une première fois puis une seconde fois après abandon de l'ANAFRANIL prescrit (induction d'angoisses, de dissociation et de symptômes de dépersonnalisation-déréalisation). Diagnostic à l'époque « d'état dépressif sévère et atypique sur

dysharmonie évolutive apparue à l'entrée de l'adolescence ». Par la suite différentes hospitalisations sur 5 ans entre 199x et 199x dont nous n'avons que peu de traces et sur lesquelles Madeleine ne souhaite pas s'épancher. Nous savons :

- Que Madeleine réalise plusieurs tentatives de suicide durant cette période.
- Qu'il y eut au moins cinq hospitalisations à l'hôpital Georges Heuyer, la première en 199x suite au second passage à Bicêtre ; la dernière en 199x pour l'aider suite à des difficultés affectives dans ses relations avec « la gente masculine » ; est noté qu'à part une « explosion coléreuse », elle aura réussi « tant bien que mal à contenir une avidité affective et sexuelle très impulsive ».
- Entre temps, a fait un séjour d'un mois et demi à l'UMD Henri Collin suite à un incendie délibérément provoqué dans sa chambre lors d'une hospitalisation post tentative de suicide.
- Périodes de dépressions émaillées d'états maniaques.
- Alternance d'anorexie et de boulimie.
- Diagnostic affiné en trouble schizo-affectif, introduction de neuroleptiques (HALOPERIDOL) et poursuite des antidépresseurs (FLUVOXAMINE).

A son retour à La Baule, elle est rapidement hospitalisée à l'hôpital d'Heinlex (janvier 199x) sous la contrainte des parents pour un épisode délirant de thématique mystique « fiancée de Dieu » associée à une persécution. Egalement un substrat érotomaniac « Damien Puissant est amoureux de moi » (ndr : à la relecture du dossier, il apparaît que Damien Puissant est le nom d'un médecin de Georges Heuyer). La participation affective est manifeste, plusieurs actes de violence – physique contre les soignants, verbal contre les patients – durant son séjour hospitalier.

Résolution du tableau délirant sous traitement adapté, place à une libération de pulsions agressives à l'encontre des parents, spécialement du père « incestueux, rigide, pervers ».

Après cette hospitalisation, suivi pendant 6 mois par un psychiatre orienté thérapies systémiques ; se met à lire René Girard. Puis nouvelle demande de suivi à Heinlex, reçue par une psychiatre femme. Trois consultations : à la première elle dit « 98% des médecins sont incompetents ou stupides » ; lors de la seconde elle évoque sans réticence

des rêves masturbatoires ainsi que des rapports sadomasochistes, demandant comment le médecin peut interpréter cela ; à la troisième demande impérieuse, dans une relation d'emprise, de suivi conséquent où elle fixerait les dates et les horaires à sa convenance, « explosant » devant le recadrage opéré, s'en prend physiquement au médecin ainsi qu'aux agréments de décoration du service.

Hospitalisation de 6 jours en 200x, souhaitait que l'institution hospitalière fasse « médiation » entre elle et ses parents vis-à-vis de ses choix de vie (repandre des études).

Hospitalisation de 6 mois en HO en 200x dans le service du Dr Y. pour violences sur voisinage (sera condamnée à un dédommagement symbolique). Déni du passage à l'acte « ma voisine, une prostituée de son état, elle affabule par jalousie ». A arrêté son traitement psychotrope sur croyances délirantes « les traitements sont empoisonnés ». Syndrome de persécution manifeste avec participation thymique maniforme, nombreux passages à l'acte sur les patients comme le personnel infirmier durant le séjour, nécessité de chambre de soins intensifs à plusieurs reprises. Traitement par DIVALPROATE de SODIUM et RISPERIDONE. Recouvre une capacité à « contenir » les débordements agressifs, reconnaît être « seule contre tous » mais réfute l'activité délirante. Parents rencontrés en l'absence de Madeleine ayant refusé l'entretien : « élève brillante, très intelligente », « très proche de son frère », « difficultés à partir du collège », « mise à distance des membres de son entourage un à un ». Sortie d'essai d'Hospitalisation d'Office (HO).

Puis une hospitalisation par an dans différents contextes : agitation sur angoisse de délivrance de choc par le DAI, épisode dépressif caractérisé, nouveau passage à l'acte sur sa voisine (201x), exaltation thymique maniforme ; c'est à l'occasion de cette hospitalisation dans le service du Dr Y. que je rencontre Madeleine.

Les différentes interactions médicamenteuses entre le traitement du trouble rythmique et le traitement du trouble psychiatrique font l'objet de nombreuses discussions enlevées entre Madeleine et les médecins. Elle établit régulièrement des revues de littératures assez exhaustives sur les effets cardiologiques des antipsychotiques. Productions servant d'appui à des revendications incessantes d'arrêt des

antipsychotiques, Madeleine ne souhaite garder qu'un antidépresseur et un hypnotique si besoin. L'ambivalence vis-à-vis des parents est renouvelée, d'aimants trop aimants à persécuteurs. De même que vis-à-vis du Dr Y., certains jours : « le meilleur psychiatre rencontré, un qui connaît son métier », d'autres : « le Dr Y. est un très bon ami du préfet, je sais qu'ils renouvellent ensemble les certificats d'HO autour d'un barbecue, se réjouissant des vies qu'ils vont gâcher »

Lors du suivi ambulatoire, demandes régulières de levée de la mesure de Soins à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE). En parallèle, démarches pour déménager et donc changer de secteur.

Et c'est alors, tandis que l'état thymique est plutôt satisfaisant, qu'elle adresse des lettres enflammées au Dr Y.

4. LETTRES DE MADELEINE

« Cher Docteur,

Nous sommes le samedi xx octobre et je m'installe à mon bureau pour vous écrire cette lettre.

En effet, j'ai trop à réfléchir sur votre compte sans prendre le risque de sombrer dans un état de dépression intense dont j'ai beaucoup de peine à me défaire.

Mon cœur a envie de s'épancher, et surtout le fil de mes pensées m'a dicté d'atroces malentendus qui nous auraient étreints, par lesquels nous serions passé l'un à côté de l'autre sans nous comprendre, manquant et la cible et le chemin noyés dans les larmes et les regrets. J'ai beaucoup à vous dire et j'aurai l'impression après cela que vous avez plus d'éléments en votre possession pour comprendre sans les juger, certaines de mes attitudes qui, sinon, ont pu vous sembler répréhensibles.

Je vais initier mon cœur à cœur par un aveu intime et violent, et je souhaiterai à l'occasion que vous accordiez le crédit de la sincérité à tous mes dires dans cette lettre, qui voudrai vous approcher de bien plus près que le seul papier sur vos doigts.

Lorsque je vous ai rencontré en 200x, je suis tombé tout de suite amoureux de vous d'une manière à la fois vive et superficielle à l'époque. Ce qui m'a empêché de vous recontacter à ce moment, ce sont les doutes et les rancœurs habituels qui encrassent l'existence au quotidien et dont j'ai tant de mal à me débarrasser parfois. Les doutes sur votre démarche pour me revoir - je n'ai pas eu l'impression que mes sentiments étaient réciproques, pour parler clairement - et les rancœurs quant aux malédictions du système psychiatrique. J'ai eu l'impression fausse d'apercevoir les contours d'une agressivité qui m'a mise en recul vis à vis de votre souhait de me recontacter et je ne peux m'empêcher de penser que je me suis une fois de plus trouvé la proie des pires démons que je cherchai à dompter en voulant éviter de les exciter. Ça ne me fait jamais sourire de voir les pièges que je me tends à moi-même, et ma tristesse peut devenir insondable comme le regret et se transformer en dépression durable, sauf à supplier en faveur d'une issue, comme on attend un acquittement, avec soulagement.

J'ai reçu une lettre signée du Dr α après qu'un gnome épouvantable m'ai été présenté en CSI (ndr : Chambre de Soins Intensifs) comme étant ce même Dr α , et je n'ai pas voulu donner

suite à ce courrier car je n'ai pas eu l'idée de lire entre les lignes un désir de me revoir à travers des protestations sur la nécessité d'instaurer un suivi. J'ai vérifié en me rendant sur place au secrétariat de ce même docteur qu'aucun courrier n'était parti depuis ce même secrétariat et je me suis retrouvée en tête à tête avec mon quotidien et ses urgences, incapable d'envisager une éventuelle réciprocité. Ces doutes là ne m'ont jamais quitté, et continuent de faire leur œuvre en me rongant de l'intérieur. Pour vous donner un aperçu de la manière dont je n'envisageait aucune réciprocité : je me suis trouvée obsédée lors de la première HDT qui n'a pas eu le temps de se mettre en place, par l'impérieuse urgence de me rendre, sans y manquer, à un stage CV de l'ANPE qui se tenait quelques jours (le jeudi suivant) après ma sortie de l'hôpital.

En 200x, j'ai fait une crise cardiaque dont je pourrai vous parler un jour, et je me suis retrouvée dans des circonstances perturbantes avec un défibrillateur d'implanter et ma vie, de ce jour, le xx février 200x, a basculé définitivement. Je ne pouvais plus, et c'était trop difficile de se l'avouer, tenir un homme dans mes bras. Il n'y a pas de mot pour qualifier ce qui constitue un meurtre et un blasphème sur la personne de mon corps. Le docteur β est damné pour l'éternité sans rémission, pour avoir perpétré avec une telle cruauté, un tel plaisir ce meurtre. Je lui souhaite, et je prie conformément au récit du figuier desséché tel que retranscrits dans les Evangiles, pour qu'il puisse céder sa place à d'autres bourreaux et tortionnaires aussi rapidement que possible, en obtenant la faveur d'un décès prématuré de celui-ci, à la manière du docteur γ . Le jour de mon enterrement, le docteur β était vraiment indigne et obscène : il étalait son plaisir, son élation, son exultation, son excitation avec une impudeur qui s'explique par le manque statistique d'opportunité dans ce domaine. Pour le docteur β , implanter un pace-maker à un septuagénaire ventripotent qui n'a plus la force de faire son jardinage depuis longtemps ne revêt pas le même attrait érotique qu'une occasion, belle et rare, de briser sexuellement une jeune femme de 3x ans qui sera achevée par des traitements lourds et pénibles. Insatiable, il m'a imposé par surcroît initialement le serecor de préférence à l'isorythm car le serecor émousse considérablement les sensations et amoindrit d'autant la réactivité et la lucidité avec autant de puissance que peut le faire un psychotrope, ce qui accroît l'impression de vieillissement, de lenteur (l'isorythm par contraste décuple les sensations tout en laissant le corps lourd et pénible, ce qui est paradoxal). Aujourd'hui, je n'ai plus, au moment où j'écris ces lignes, que deux obsessions : me faire retirer mon défibrillateur et la dépression qui me rive sans autre horizon que l'aboutissement de mon premier. Car le Malin est sans sarcasme avec les plaisirs de ce monde, et il est bien mal loti celui qui voudrait ironiser sur de sordide charade.

Lorsque je me suis retrouvée dans cette chambre toute seule, avec mes larmes sans reflux et l'impuissance d'une vie brisée dans la lucidité de la trentaine, j'ai penser à vous tout de suite (notre rencontre était récente et datait de quelques mois) en me disant que désormais ce que je souhaitais de plus cher, c'était de mourir dans vos bras. Au premier degré. Je n'avais plus le temps de me figurer un sens au delà.

Je vous écris cela pour que vous compreniez la tendresse qui m'étreint lorsque je pense à vous, et pourquoi je veux bien entendu continuer de vous voir à titre non professionnel après mon déménagement et changement de secteur car vous êtes, à mes dépends, beaucoup trop loin de moi lorsque vous êtes thérapeute et médecin-psychiatre.

Bientôt, mes sens s'enflammeront librement pour vous et je serai déliée des entraves qui m'empêchent de vous faire jouir autant que j'y aspire. Votre corps est une douleur pour l'instant, il deviendra ma lumière et un éternel baiser. Pour l'instant, entretenir la discussion avec vous me fait perdre le sommeil, mais il viendra un temps où je serai dans vos bras et j'y verrai le ciel bleu. Je vous trouve beau, fort, viril et sensuel car vous préférez le désir et la jouissance au bonheur, et la satisfaction d'un désir sans fin à une relation faussement repue. Le spectacle de vos maîtresses étalées comme des trophées me serre le cœur, mais j'espère en toute modestie vous briser de plaisir, à mon tour dès que possible. Je n'ai aucune inquiétude quant au rêve et à la réalité car je sais que vous tenir dans mes bras sera purement et simplement merveilleux et je n'ai pas de doute sur cela.

Je souhaite abréger cette lettre (vous en recevrez d'autres), car je voudrai que vous en preniez connaissance le plus rapidement possible. Nous aurons tout le temps de nous écrire - à votre tour si vous le souhaitez -, pour nous dire toutes ces choses au bord du cœur qui nous chavireront dès que nos deux existences le permettront.

Je vous envoie cette lettre en l'écrivant à la manière d'un funambule, plongée dans la dépression qui me fait vivre avec le vertige et le tournis toute la journée ; et j'ai froid dans la colonne vertébrale. Rien, depuis toutes ces années, ne semble soulager mon fardeau.

Je vous aime plus que tout au monde et j'aurai l'occasion de vous le redire.

En attendant, je vous prie, cher Docteur, de bien vouloir recevoir l'assurance de mes sentiments

les meilleurs. »

Seconde lettre, un mois plus tard :

« Cher Docteur,

J'ai un corps compliqué et lourd voire douloureux (lorsque la dépression prend le dessus) qui m'empêche de vous aimer comme je le voudrai, comme vous le voudriez. Je m'emploie à le simplifier. Je n'ai jamais cessé de vous aimer mais je n'ai pas toujours été disponible à cause de difficultés insurmontables qui ne méritent pas la colère pourtant, tant elles ont pu être malheureusement prégnantes. J'ai eu l'occasion de vous dire que j'étais une « vraie patiente » et je l'ai dit sans aucune arrière-pensée. Vous semblez redouter ma jalousie : je vous en reparlerai.

Je vais vous raconter d'abord en quelques mots pourquoi je n'ai pas assisté aux entretiens après la brève HDT de trois semaines qui a fait suite à la première hospitalisation d'office. Vous m'avez dit à ce moment là, par lettre, être surpris de ce que je ne venais plus aux entretiens, et je n'ai pas pu à l'époque vous expliquer la tragédie qui déchirait ma vie, me mettant dans l'impossibilité matérielle de vous voir.

(...) Dans les magasins, j'avais l'impression, codes télévisuels oblige, que l'on m'agressait au travers des micros, ce qui est probablement exact et non délirant. Ces voyeurs n'ont sûrement pas perdu une miette de ma descente aux enfers. Chez moi, allongée sur mon lit, j'avais perdu le sommeil, sans les somnifères que je prenais habituellement et je vivais prostrée et recluse, sans traitement cardiaque. Je ne pouvais plus bouger du tout. (...) Lorsqu'une hospitalisation d'office a été diligentée contre moi, j'avais régulièrement des accès de tachycardie qui auraient pu dégénérer et qui ont disparu avec la reprise du traitement cardiaque en milieu hospitalier. En fait, à votre insu, vous m'avez sauvé la vie, même si je continue de récuser le mode d'hospitalisation (d'office) comme je l'ai déjà évoqué avec vous. Les infirmiers psychiatriques qui étaient là à des fins d'hospitalisation forcée ont été d'une rare obscénité avec moi. Dans un réflexe de survie, et tenant à les éloigner de mon côté gauche, là où se trouve mon défibrillateur, j'ai signifié, en déplaçant volontairement le problème, que j'avais un problème au bras gauche, et qu'il ne fallait pas y toucher. Le résultat a été d'une obscénité apocalyptique. La dizaine d'infirmier a défilé un à un pour me serrer, consciencieusement, un

garrot au bras gauche qu'un de ceux là avait pris soin de préparer à l'attention des autres. J'abhorre, jusqu'au désir de meurtre, les infirmiers psychiatriques masculins dont j'ai toujours, sans aucune exception, eu beaucoup à me plaindre. Ensuite, je suis restée quinze jours en CSI, ce qui est beaucoup, période pendant laquelle je ne vous ai pas vu, et cela s'est conclut par une grosse fâcherie de votre part envers moi. Cela n'était vraiment pas méritée - d'ailleurs je n'ai rien entendu à cause d'une surdité psychologique qui m'afflige beaucoup plus régulièrement que je ne le laisse soupçonner. Votre réaction est pour moi nulle et non avenue et je ne vous en veux pas du tout car vous ne pouviez pas savoir par quelles souffrances j'étais passé. Si je n'ai pas compris ce que vous m'avez dit ce jour là, j'ai cependant bien compris que vous m'en vouliez beaucoup de n'être pas venue aux entretiens et d'avoir l'air de vous avoir laissé tomber.

(...)

Je vais clore ainsi le chapitre des souffrances très grandes par lesquelles je suis passée, et je vais vous redire dans cette lettre à quel point je vous aime et je vous suis reconnaissante malgré tout, pour la qualité des soins que j'ai reçu durant mes hospitalisations, grâce à votre rigueur et votre conscience professionnelle.

Je voudrais maintenant vous reparler de la jalousie sexuelle qui me tourmente parfois, et plus que je ne le souhaiterais, lorsque mon esprit est tourné vers vous, c'est-à-dire très souvent. Lors de mes hospitalisations nombreuses, j'ai su pour l'avoir maintes fois observé que vous avez des vies multiples que vous conjuguez au pluriel, car tel est votre bon plaisir. Sachez que je n'ai pas l'intention de vous changer car mon amour pour vous est infiniment plus grand et plus généreux que vos imperfections plurielles. Je vous ai dit dans une précédente lettre que le spectacle de vos maîtresses me serrait le cœur, mais je veux que vous compreniez que la tendresse et le bonheur, si doux, que j'ai à vous côtoyer me ferait oublier jusqu'au pire des cauchemars. Or parfois, je ne vous cacherais pas que vos maîtresses défilent à tour de rôle dans ma tête, comme un manège pour enfant égaré dans une série noire, et m'occupe l'esprit plus que je ne le voudrais. Mais il m'est pourtant impensable d'envisager exercer sur votre existence un quelconque « pouvoir », notion qui m'est encore plus ridicule que souverainement déplaisante.

Lorsque j'observe votre corps à la dérobée dans la mesure où cela m'est permis, j'y surprends

toute la grâce, toute la souplesse, toute la chaleur d'un corps offert malgré lui, comme un doux hydromel qui désaltère mon cœur et mon esprit. Quant je suis avec vous, je rêve que des papillons volettent au dessus de notre lit. J'aime qu'il fasse doux et chaud sur ma peau pour caresser vos mains qui m'effleurent. Je voudrais que le ciel et la terre nous avalent, perdus dans une échappée sans fin de rires et de gazouillis. Je vous aime par dessus tout, et je suis prête à tout vous abandonner, à commencer par mon corps, que je rêve offert dans une oblation que rien ne pourra faire cesser.

Avec vous, plus rien n'est pesant ou difficile. La légèreté d'un tissu de soie fût pourra jamais être aussi rieur qu'une de vos plaisanteries, fines et tendres.

Je souhaite qu'il fasse beau dans ma vie pour vous accueillir dans le moelleux des replis de mon existence intimement mêlée à la votre. Vous en deviendriez le chef et le maître, capable de tout obtenir, de faire céder toutes mes pudeurs, toutes mes réticences. Je rêve d'écarter le voile, replié sur ma vie, qui m'empêche pour l'instant de vous saisir pleinement. Sachez que mon cœur est plein et gorgé pour vous de tous les parfums que votre corps pourra me réclamer. Vous en possédez la clef et le droit plein et entier.

Je vous aime plus que tout au monde.

A une prochaine fois.

Je vous prie de croire, cher Docteur, en l'assurance de mes sentiments les plus sincères. »

5. LA POURSUITE DES SOINS

Dès la première lettre reçue, le Dr Y. essaie en consultation de poser les choses à plat quant à cette déclaration. Madeleine ne souhaite pas s'étendre sur le sujet, répondant d'un laconique « vous savez très bien de quoi il est question ». Les lettres s'accumulant et pour des raisons que nous évoquerons au chapitre sur le contre-transfert, il l'informe donc de son souhait de passer le relai à une consœur du service. Madeleine manifeste alors, dans un discours sthénique, une activité délirante autour des soins cardiologiques.

Les mois suivants de prise en charge dans le service du Dr Y. avec le suivi par une autre psychiatre sont marqués par une habituelle revendication sur les traitements et la contrainte lors des consultations ambulatoires. Cependant l'état psychique reste stable et ne nécessitant pas de réintégration hospitalière. A l'exception d'une résurgence anxieuse la veille de l'expertise psychiatrique demandée par ses soins afin de lever la contrainte – expertise qui mentionne un diagnostic de schizophrénie paranoïde avec risque de passage à l'acte et maintient la contrainte de soin.

Madeleine déménage donc courant 201x et change de secteur psychiatrique. Elle est dorénavant prise en charge par deux psychiatres femmes. L'une, chef de service, dans le cadre du renouvellement de la contrainte et pour répondre aux interrogations (mais il s'agit plus d'un monologue) que suscite la lecture du compte-rendu d'expertise ; l'autre, praticien hospitalier pour le versant psychothérapeutique et le renouvellement d'ordonnance.

Madeleine continue à adresser quelques lettres où elle démontre une certaine aisance dans le langage, soit sur un mode très procédurier demandant les pièces du dossier médical qui viserait à lever la contrainte avec l'aide de son avocate, soit pour réaffirmer son déni de la maladie mais demandant néanmoins un accompagnement thérapeutique. Dans ces dernières, elle parle d'elle en faisant de nombreuses références aux traumatismes de l'enfance et autres notions psychodynamiques n'ignorant sans doute pas que l'approche de cette chef de service se positionne plus d'un côté psychodynamique... de la même façon qu'elle parlait de psychopharmacologie avec le Dr Y. ou de René Girard avec le systémicien.

A ce jour, Madeleine poursuit donc ce double suivi, elle est toujours délirante mais sans nouveau passage à l'acte hétéro-agressif, il n'y a pas eu de nouvelle hospitalisation. N'aborde jamais l'épisode érotomane autour du Dr Y., ne peut dire de lui que tout le préjudice qu'il lui a fait subir en étant à l'origine de la « contrainte ».

C. SONIA

« à ma déraison je n'ai que ce recours »

Sonia a 4x ans et connaît déjà bien l'hôpital psychiatrique lorsqu'elle développe un délire érotomane sur l'interne l'ayant prise en charge.

1. QUELQUES REPERES BIOGRAPHIQUES

Sonia naît en 196x, seconde d'une fratrie de quatre, père algérien mannequin et boxeur venu en France après la guerre, mère bretonne. Au moment de sa naissance, la mère de Sonia est séparée mais toujours mariée à un autre homme avec qui elle a eu déjà quatre enfants. Elle n'a donc aucun droit parental sur Sonia, son frère et ses sœurs à la naissance de ceux-ci. Droits qu'elle reprendra à sa demande lorsque le père de Sonia sera déchu des siens, après leur séparation. La mère de Sonia se cache de monsieur lors de ses grossesses, elle est donc très rapidement absente de la vie de Sonia puisqu'elle a une sœur plus jeune d'une année. De trois à six ans, elle vit en Algérie avec frère et sœurs dans la famille du père « Mon père n'était pas fin, ma mère avait dû encore partir de la maison, il ne pouvait pas nous élever seul ». Elle ne voit donc pas sa mère trois ans durant, « j'ai eu beaucoup de chagrin de cette séparation, je pleurais énormément, ça faisait du bruit la nuit et réveillait les gens ». Là-bas, elle fut surtout élevée par les femmes de la famille. A son retour, découverte d'une nouvelle petite sœur d'un an. Père au mieux absent, au pire violent physiquement (martinet, crachats, ...). Période évoquée avec difficulté : pas de tendresse, vécu à la limite de la persécution. En 197x, décès du mari de la mère, le père de Sonia demande celle-ci en mariage, ce qu'elle refuse. Madame rompt avec ce foyer là et part vivre chez une des filles de sa première union en Mayenne. Sonia pressent que lui serait conféré le rôle de mère pour ses deux petites sœurs, elle refuse et quitte donc à son tour le domicile pour un foyer, arguant auprès de l'assistante sociale la violence du père. Elle y vivra jusqu'à ses 18 ans. C'est aux 15 ans de Sonia que le père est également déchu des droits parentaux, du fait d'une pathologie alcoolique (dont il décédera six ans plus tard) : son grand frère et une des sœurs sont également placés en foyer. Seule la cadette retourne vivre chez sa mère ayant récupéré, elle, des droits parentaux. Sonia et sa mère, se voyant initialement en cachette lors des 6

mois où elle vécut chez le père, se voient plus régulièrement par la suite. L'ambiance est décrite comme alors plutôt bonne.

A 18 ans et demi elle prend son autonomie avec un appartement, seule. C'est également à ce moment-là qu'elle commence à travailler en tant qu'infirmière dans différentes structures. Emploi qu'elle persévéra jusqu'à un licenciement en 200x pour faute grave avec mise en Affection Longue Durée à ce moment.

La fratrie est assez soutenance lors des premiers temps hospitaliers de Sonia mais assez rapidement les symptômes psychotiques mettront à l'épreuve ces liens avec quelques discontinuités.

Sonia a un fils, Charly, né en 198x, soit un an après sa mise en couple avec son second compagnon qu'elle sait bisexuel « il m'a séduite à une fête ». Sonia explique avoir fait une dépression du post partum dont la symptomatologie s'exprime par une absence de libido. Le père de Charly devient donc violent et ramène multiples hommes à la maison. Du fait de l'ambiance mortifère au domicile, Sonia finit par partir suite à une rencontre avec un autre homme qu'elle a connu sur son lieu de travail « il m'a dragué ». Ne supportant pas Charly, cet autre compagnon devient à son tour violent (strangulation) au bout de 6 mois de relation. Charly vit alors avec son père jusqu'à ses 13 ans puis avec sa mère dans une relation chaotique (rejets mutuels, menaces, violences,...) jusqu'à sa majorité. Charly demande de couper les ponts quelques temps, pour souffler, avant qu'il ne reprenne contact avec sa mère, initialement par voie épistolaire, à la faveur d'une hospitalisation. Les relations demeurent conflictuelles du fait d'une agressivité latente l'un envers l'autre.

2. ANTECEDENTS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES :

Pas d'antécédent notable sur le plan médicochirurgical. Sur le plan gynéco-obstétrical : un fils né en 198x et une IVG en 199x.

Une dépression du post partum ayant au plus fort duré six mois mais avec absence de libido pendant 6 ans.

Première hospitalisation en psychiatrie en 199x pour un épisode dépressif caractérisé réactionnel à un « chagrin d'amour », suite à la rupture avec l'homme ayant tenté de l'étrangler, s'exacerbant un week-end de solitude. Demande sa sortie au bout de 48 heures. Traitement pharmacologique : FLUOXETINE, ALPRAZOLAM, ZOLPIDEM.

Seconde hospitalisation six ans plus tard pour une symptomatologie psychotique évoluant depuis 6 mois avec automatisme mental, hallucinations auditives et délire de persécution. Entre temps est reporté un bref épisode de déréalisation deux ans auparavant. Demande une première fois sa sortie au bout de 48 heures, critiquant les conditions hôtelières et refusant en bloc tout traitement pharmacologique. Revient d'elle-même quelques jours après, les voix devenant insupportables. Introduction d'un traitement par AMISULPRIDE à 400mg/j, le contact s'améliore dès lors, les phénomènes psychotiques s'amendent quelque peu et Sonia exprime le besoin d'évoquer son histoire de vie : dispute avec la mère quelques mois auparavant qui, invitée à deux anniversaires de deux de ses filles ne s'adressant plus la parole, demande à Sonia de choisir auquel elle doit aller ; Sonia de répondre « Non, pour une fois tu assumeras tes faiblesses et tu téléphoneras toi-même, tu choisiras » suite à quoi la mère de Sonia lui jette son café à la figure et lui tire les cheveux. Elles ne se parleront plus pendant deux ans, jusqu'à l'entretien familial où est annoncée la maladie d'Alzheimer de la mère. Evoque également le contenu des voix durant cette hospitalisation : un jeune homme lui fait du chantage à la prostitution et menace de kidnapper son fils qu'elle voit alors un week-end sur deux. L'hospitalisation dure un mois, Sonia sort avec un suivi en centre médico-psychologique (CMP) avec l'interne l'ayant suivie, un suivi rapproché avec le psychologue de l'unité et une prise en charge au Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP). Le traitement par AMISULPRIDE est maintenu, y est adjoint du PRAZEPAM, puis de la PAROXETINE 4 mois après sa sortie d'hospitalisation devant une symptomatologie dépressive dans un contexte d'isolement ressenti alors que la fratrie est assez soutenante à l'époque. Elle est alors suivie pendant deux ans où les symptômes se limitent à un petit automatisme mental fluctuant. Un second interne reprend le suivi, interrompu par Sonia lors du départ de celui-ci. Elle reprend contact avec ce même interne, 4 ans plus tard, une fois celui-ci devenu Praticien Hospitaliser dans ce même service. Elle a entre temps repris son travail d'infirmière en maison de retraite où les

relations sont conflictuelles avec les autres employés et elle s'est séparée de son nouveau compagnon.

Une nouvelle hospitalisation a lieu en 200x suite à une efflorescence hallucinatoire (parle de télépathie). Hospitalisée en hors secteur, le psychiatre référant de cette hospitalisation pose un diagnostic « d'état crépusculaire dans le cadre d'une suggestibilité importante » plus que de psychose et valide une sortie demandée au bout de 7 jours avec une prescription d'ALPRAZOLAM et de MIANSERINE à 30mg/jour. En reprenant à posteriori les faits, cela correspond à la période du décès de sa mère.

Les symptômes psychotiques reprendront rapidement et Sonia refusera tout traitement si ce n'est les benzodiazépines. L'instabilité psychique croît au fur et à mesure des consultations jusqu'à ce qu'elle demande une hospitalisation un jour de rupture amoureuse. Son médecin lui demande de patienter pour programmer son admission, elle quitte le bureau d'entretien en claquant la porte.

3. *PREMIERE RENCONTRE*

Quelques semaines plus tard, c'est à l'occasion d'une astreinte aux urgences médico-psychologiques que je rencontre une première fois Sonia. Elle est amenée par les pompiers pour troubles du comportement au domicile (musique forte, cris sur les voisins, ...). Un premier certificat d'hospitalisation sous contrainte est réalisé par SOS médecin avant l'admission aux urgences. La consigne d'hospitalisation en cas de passage aux urgences est donnée par son psychiatre référent car « inobservance et suivi difficile chez une patiente schizophrène ». A l'entretien, il existe des signes dissociatifs ainsi que des hallucinations rapportées. Elle accepte l'hospitalisation sur le mode libre, se sentant persécutée chez elle. Les éléments récents sont ceux d'une rupture amoureuse d'une relation ayant duré deux ans et dominée par la violence physique envers Sonia. Sa psychiatre référente clairement désignée comme persécutrice et partant sous peu en congé maternité, je la prends en charge. Les débuts de cette hospitalisation sont marqués par la difficulté. Sonia refuse tout traitement dans un premier temps hormis du PRAZEPAM disant avoir tout essayé ... et ne rien tolérer. A la faveur de la mise récente sur le marché de la QUETIAPINE, ce traitement sera introduit à 600 puis 800 mg/j. Les

éléments dissociatifs et hallucinatoires s'amendent avant même la mise en route de l'APA. La difficulté de la prise en charge hospitalière de Sonia réside d'une part dans son refus de participer aux soins non médicamenteux (toute médiation proposée sera qualifiée comme étant du « 3 à 6 ans » ce qui correspond à la période de son séjour en Algérie dans sa biographie) et d'autre part à une position haute, rigide et disqualifiante vis-à-vis du personnel paramédical. Elle refuse le retour à domicile du fait d'un extérieur persécutant tout en mettant en échec les projets de soins. L'introduction d'un tiers dans la relation par le biais du médecin référent de l'unité venant mettre un cadre temporel à l'hospitalisation, un projet d'hôpital de jour et d'hôtel thérapeutique peut être élaboré. Projet une nouvelle fois mis en échec, Sonia est donc faite sortante avec consultations ambulatoires. Le lien thérapeutique tient puisqu'elle vient me voir régulièrement et que, contre toute attente, l'état clinique s'améliore également. Je lui annonce que mon semestre va prendre fin et donc de la nécessité de relais à un autre médecin.

C'est à cette période-là que je reçois une première puis une seconde lettre anonyme mais signées d'un parfum. J'ignore alors qu'elle est en l'auteure

4. LETTRES DE SONIA

« Merci Monsieur Edouard Laforgue

D'exister et de sublimer ma joie de vivre

J'ai longtemps rêvé et encore plus aujourd'hui

Que jamais d'un Amours qui rime avec toujours

Qui m'aimerait et que j'aimerai

A ma déraison je n'ai que ce recours

Car je n'idéalise n'ayez pas de méprise

Mais mon cœur vous a en totale obsession

Et si il restait le seul ?

Je n'attends de vous juste qu'un signe

- signée mon parfum »

Elle se fait hospitaliser dans le service après cette première lettre, peut-être pour évaluer une réaction de ma part (ce qu'elle me confirmera deux ans après). Il n'y a alors pas de symptomatologie particulière et accepte une sortie 48 heures après l'admission.

« Edouard,

Je me permets de nouveau car il s'avère que vous ne pouvez être que mon confident. N'ayez pas peurs, je ne ferai que vous écrire par besoins et fidélité. Aujourd'hui je vis une vie qui ne m'enchant pas plus mais grâce à vous je me démène dans des soucis qui dépassent mon entendement. (...) Il me semble avoir résumé ma fragilité du pourquoi je m'adresse à vous. Pour en revenir à vous, votre démarche texane, votre sensualité renversante sont et resteront gravées dans ma mémoire et je ferai tout pour la garder intacte, d'ailleurs j'ai décidé de me consacrer à vous puisque vous représentez tous mes fantasmes et mes rêves avec un homme. J'espère que vous réaliserez tous les vôtres car c'est la vraie définition du bonheur. Pour ma part je rêve de partager une soirée avec vous. Je me console de vous voir et d'espérer encore et encore... Cela me fait un bien fou de penser à vous et de vous écrire. Dorénavant je ne peux pas concevoir ma vie autrement merci Edouard pour votre beauté qui m'est chère.

Au bas de la page mon parfum du printemps.

PS : j'aimerais que vous me soigniez de tous mes mots et de tous mes maux. »

5. DEVOILEMENT ET SUITE DES SOINS

C'est lors de la dernière consultation en CMP (où pour la première fois en six mois elle se présente maquillée et parfumée), le dernier jour du semestre d'internat que je comprends, de par sa poignée de main, qu'elle est l'auteure des lettres. Sidéré, je ne réagis pas sur le moment. Elle appelle dans la soirée à mon domicile sans décliner son identité civile mais comme « la personne qui vous envoie des lettres », puis se présente également dans la rue de mon domicile quelques jours après. Demande alors si elle peut me suivre et si c'est bien moi qui lui envoie des messages télépathiques. Je réponds par

la négative aux deux questions. Elle insiste en disant qu'elle me suivra même sans mon avis, ce à quoi je renvoie que si elle agit de la sorte, j'en référerais à la police. Elle s'arrête là.

Hospitalisation quelques jours plus tard pour recrudescence hallucinatoire avec aboulie, anhédonie, insomnie et anorexie. Le contenu des hallucinations est alors évocateur d'un syndrome dépressif avec des propos très négatifs de dévalorisation ayant subi le mécanisme de projection en l'attribuant à un autre déréalisé. Au bout de quelques semaines elle pourra verbaliser à son nouveau médecin référent l'intense solitude et tristesse à la suite de ma mise à distance « le docteur Laforgue me parlait dans ma tête, ça remplissait mes journées, maintenant je n'ai plus rien à part des insultes ». Un traitement antidépresseur par MIRTAZAPINE normalisera les conduites instinctuelles mais l'essentiel du travail se fera en hôpital de jour où elle se rendra durant deux ans, durée nécessaire à la sortie de cet état dépressif.

Aujourd'hui Sonia présente une bonne stabilité clinique, a pu mener à bien avec l'étayage de l'HDJ ses démarches pour un déménagement dans un logement salubre, s'inscrire dans un planning d'activités en ambulatoire sans que celles-ci soient réalisées dans un domaine médical.

III. HISTORIQUE DE L'EROTOMANIE

A. DES PREMICES DE LA MEDECINE A LA NAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE CLINIQUE

1. L'EROTOMANIE DANS LES TEXTES ANTIQUES

Comme la mélancolie, la folie d'amour est connue depuis l'antiquité et nommée du terme *erotomania* qui apparaît, pour la première fois, dans les *Œuvres morales* de Plutarque. Dans son traité *Des maladies mentales* (1), Esquirol évoque un écrit apocryphe d'Hippocrate dans lequel le père de la médecine aurait guéri Perdiccas de Macédoine de sa mélancolie d'amour envers Phyla, la concubine de son père, alors que ce mal l'avait plongé dans une fièvre hectique. Plutarque a rapporté l'histoire d'Antiochus Soter, fils du roi Séleucos I^{er}, mourant d'amour pour sa belle-mère Stratonice et dont le diagnostic d'Erasistrate, réalisé par prise du pouls du sujet en présence de l'objet, fut immortalisé par des peintres comme Jacques-Louis David ou encore Ingres. Le même diagnostic fut posé par Galien – qui accusait l'amour d'être la cause des plus grands désordres physiques et moraux – pour l'état de Justine, alors amoureuse de l'histrion Pilade.

2. DES MALADIES D'AMOUR DE FERRAND ET PARDOUX A

L'OBSERVATION DE ZIELLER

L'introduction de l'érotomanie en littérature française, due à Jacques Ferrand, date de 1623. Dans *De la maladie d'amour ou mélancolie érotique* (2), l'auteur esquisse une dichotomie entre deux amours issus de deux Vénus, l'une céleste et l'autre vulgaire, et donnant donc l'amour divin et l'amour vulgaire. Pour Ferrand, cette dichotomie de la passion érotique, « espèce de rêverie procédant d'un désir excessif de jouir de l'objet aimable », se divise également selon les concepts de mélancolie et de manie. Dans la mélancolie érotique « l'humeur est triste, le teint blafard et le sujet craintif » tandis que « témérité, audace effrénée, furie et folie amenant à l'homicide » caractérisent la manie

érotique. Rather évoque (cité par 3), à la suite de Ferrand, Barthelemy Pardoux dont le travail sur les maladies de l'esprit discute des pathologies de l'amour en termes similaires. Il distingue la *furor uterinus* (nymphomanie) de *l'amor insanus* (érotomanie).

Durant les deux siècles suivants se développe le concept d'une maladie de l'amour, présente également dans la sphère religieuse (la passion est un pêché), philosophique (la passion comme emportement) ou juridique (la passion est une faute sujette à récidive).

La première observation médicale d'un cas s'apparentant à une érotomanie est classiquement datée de 1810. Il s'agit d'un cas rapporté par Zieller (cité par 4) : le criminaliste viennois évoque le diagnostic porté par des experts de *mélancolie amoureuse* chez « un fou qui avait trouvé un plaisir tout particulier dans sa personne et s'était imaginé le chéri de toutes les femmes ».

Cette description semble bien éloignée des observations classiques d'érotomanie et mérite plus d'être relevée en position pionnière du fait de l'illusion que le délire dévoile.

Si les premières références à l'érotomanie sont médicales, les siècles qui suivront verront un partage de cette question entre médecins, philosophes, religieux et juristes.

Jusqu'ici l'érotomanie est évoquée telle une maladie de l'amour, pathologie générale causée par un sentiment non réciproque (5).

Ce qui fera ultérieurement la spécificité de la dynamique érotomaniaque c'est bien son ancrage à une personne (objet ou son substitut), caractéristique retrouvée dès les descriptions d'Esquirol.

B. L'ÉROTOMANIE DANS LES TEXTES CLASSIQUES

1. JEAN-ETIENNE ESQUIROL

Le terme érotomanie apparaît pour la première fois dans le traité *Des maladies mentales* d'Esquirol de 1838 (1) pour désigner la « folie érotique ». Esquirol s'inscrit alors dans la filiation de Pinel ayant divisé les maladies mentales en deux groupes :

- Les manies atteignant tous les aspects de l'existence du malade et altérant globalement toutes ses facultés ;
- les folies partielles ou mélancolies n'atteignant qu'un secteur de l'existence du malade.

C'est au sein de ce groupe des folies partielles qu'Esquirol va décrire les monomanies en opposition aux lypémanies (forme ancestrale de dépression). Les monomanies sont caractérisées par « une lésion partielle de l'intelligence, des affections, ou de la volonté » et « un désordre intellectuel sur un seul objet ou une série d'objets circonscrits ».

De ces monomanies, Esquirol isolera l'érotomanie tout en l'ancrant dans le champ médical : « L'érotomanie est du ressort de la médecine, c'est une affection cérébrale chronique, caractérisée par un amour excessif, tantôt pour un objet connu, tantôt pour un objet imaginaire ; dans cette maladie, l'imagination seule est lésée : il y a erreur de l'entendement. C'est une affectation mentale, dans laquelle les idées amoureuses sont fixes et dominantes (...) ». Il distingue l'érotomanie « *folie de l'amour chaste* » où le malade « ne désire, ne songe pas même aux faveurs qu'il pourrait prétendre de l'objet de sa folle tendresse » – et qui est donc une lésion cérébrale – du *satyriatisme* et de la *nymphomanie*, folies charnelles, dont les ressorts s'originent aux organes reproducteurs. Il se sépare ainsi de Pinel qui attribuait aux *névroses génitales* quelles qu'elles soient une origine localisable aux organes génitaux (6).

Ainsi décrite et répertoriée, l'érotomanie quitte le champ de la faute et du pêché pour devenir un exposé clinique. Rappelons également ici que 1838 est l'année où est publiée

la Loi sur les internements délivrant ainsi les malades mentaux, frappés de « démence », du système judiciaire.

Alors que certaines des descriptions d'Esquirol tiennent plus du « chagrin d'amour chaste et fortuné »(7) et auraient du mal à trouver place dans le cadre nosologique de l'érotomanie telle que nous la considérons actuellement, il en existe d'authentiques formes délirantes qui seront reprises dans les travaux de Clérambault.

Citons notamment cet homme de 36 ans, épris d'une actrice de Feydeau, assistant à toutes ses représentations et interprétant le jeu et les attitudes de celle-ci comme des marques d'amour lui étant particulièrement destinées. Déjà apparaît le statut social supérieur de l'Objet mais également le thème de la jalousie et le mécanisme hallucinatoire dans la construction délirante : « il m'avoua que mademoiselle habitait la maison, qu'il l'entendait, mais que par le même système de jalousie, on empêchait qu'elle lui parlât » rapporte Esquirol.

Au-delà de ces deux nouvelles lectures de l'érotomanie que propose Esquirol – la lecture clinique dans son effort sémiologique et la lecture organiciste par l'attribution d'une origine localisable dans le corps – il avance également une lecture thérapeutique. Esquirol propose donc un traitement qui se doit d'être *médical* : bains tièdes, boissons délayantes, ... ; *affectif* : « il faudra placer au chevet du malade une personne de qualité avec l'espoir qu'une nouvelle passion détruise la première » ; ou encore *social* : avec le mariage qu'il considère « comme le seul traitement efficace de la maladie ». Toutefois, sur les huit observations qu'Esquirol fournit dans son article, aucune de ces thérapeutiques ne s'avère efficace et seule une fièvre aiguë fait céder le délire chez un patient. Bien qu'étrangère à la prescription médicale, cette fièvre salvatrice témoigne néanmoins d'une cure possible.

Cette lecture thérapeutique avec sa possibilité de guérison distingue les monomanies « graves » inaccessibles aux traitements de l'époque, des passions réelles ou imaginaires accessibles au traitement médical, à l'affection et au mariage.

2. LA THEORIE DE LA DEGENERESCENCE

Si, pour Esquirol, l'érotomanie trouve une place particulière parmi les monomanies dans le cadre des folies décrites sans référence étiologique propre, Morel, en 1840, cherche à décrire l'érotomanie avec une étiologie qui lui est propre et commune aux passions. Le support de sa théorie est l'hérédité, son fondement la dégénérescence.

En 1861, Trelat (cité en 8) réfute l'activité délirante. Il préfère la notion de *raisonnement faux* et parle de *folie lucide* à propos de l'érotomanie en s'appuyant sur un cas clinique.

La théorie de la dégénérescence approchée par Morel (cité en 9) est particulièrement développée par Ball, Magnan et Sérieux. Chez Ball (10), en 1883, il s'agit de sens génésiques faisant défaut dans les cas de folie de l'amour chaste, tandis que ces sens sont en excès chez les nymphomanes. Pour Magnan, les érotomanes sont des « dégénérés supérieurs (du groupe des cérébraux antérieurs) dont les aberrations sexuelles sont obsédantes, impulsives et potentiellement dangereuses » (8). Il appuie également le concept d'*amour chaste* où le platonisme prévaut, concept repris par Borel (cité en 8) en 1893. Enfin Baillarger (cité en 9) introduit la théorie selon laquelle l'idée délirante fondamentale règle de façon logique l'existence du malade, il parle de *monomanie consciente*.

Leroy soutient son travail de thèse en 1896 où y est alors écrit que « les persécutés amoureux sont des dégénérés qui, infatués d'eux-mêmes, dépourvus de jugement, se croient aimés d'une personne et édifient, sur ces données, un véritable roman » (8).

L'allemand Krafft-Ebing (11) s'intéresse également à l'érotomanie. Il distingue, dans son œuvre, les *paranoïas congénitales* des *paranoïas tardives*, avec au sein de ses dernières les formes *dépressives* et *expansives*. L'érotomanie se range alors dans ces paranoïas tardives de type expansives puisque les malades « ne manquent jamais d'être mégalomanes ». Dans son article sur les paranoïas érotiques, il fait étonnamment mention d'érotomanes comme en étant en majorité des hommes.

Avant 1900, les descriptions cliniques de l'érotomanie s'appuient sur la succession de solides constructions nosologiques intriquées mais reposant sur des idéologies spéculatives.

C'est Esquirol qui, en plus de son travail de classification, lie l'érotomane à son objet et, à partir de cette dynamique-là, envisage un traitement.

Cependant, si le repérage étiologique comme clinique reste incertain, l'orée du XX^{ème} siècle est marquée par un consensus entre aliénistes, moralistes et religieux ; consensus faisant entrer définitivement l'érotomanie dans le champ de l'aliénation mentale, renvoyant donc à un usage de la Loi de 1838 et donc frappée des seaux de l'incurabilité et de la dangerosité.

C. LA PSYCHIATRIE DU DEBUT DU XX^{EME} SIECLE

1. PORTEMER ET L'ASSISE MEDICO-LEGALE DE L'EROTOMANIE

C'est avec la thèse de médecine de Portemer (1902) que la description de l'érotomanie trouve un appui sur des assises médico-légales et cliniques dont les critères resteront fixes dans le temps.

Elève de Garnier, médecin chef de l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police (IPPP) à Paris, dont il reprend sa définition de l'érotomanie : « une forme toute psychique de l'amour morbide, dans laquelle la perversion génésique de nature essentiellement obsédante, pousse irrésistiblement à la recherche de l'objet aimé, suscite des illusions délirantes en rapport avec le roman pathologique, et le dégage de tout appétit charnel » (cité en 9) tout en s'appuyant également sur les théories de Krafft-Ebing et Magnan. Ces malades « volontiers mégalomanes » peuvent en venir à des actes criminels, liés au désespoir ou aux idées de persécution. Le délire n'est mis à jour que par les obstacles et les déconvenues rencontrés lors de la quête amoureuse et c'est à ce moment-là qu'advient la dangerosité dirigée vers soi ou l'autre : suicide ou homicide voire *double suicide*.

Quelques années avant De Clérambault, Portemer décrit une évolution en plusieurs phases se succédant dans le temps :

- La première où l'amour porté est de tonalité obsessionnelle mais vécu avec passivité et invisible aux yeux de l'entourage ;
- l'amoureux sort ensuite de sa passivité, se met en quête de l'objet en l'épiant, le suivant... mais lui qui se dérobe perpétuellement au regard de l'érotomane fait ainsi naître la contrariété puis la persécution ;
- la menace devient ensuite flottante du fait de l'accumulation des obstacles sur la route de l'érotomane, que ceux-ci soient réels ou imaginaires ;

- la révolte et la passion de l'érotomane croissent jusqu'au stade ultime où surviennent les conséquences médico-légales.

Sur l'étiologie, la cause de l'érotomanie est frontale et de fait concerne la sphère de l'idéation. Les idées érotomaniaques, concernant une personne de rang supérieur, sont décrites comme « obsédantes » et « impulsives », elles naissent « d'une anomalie sexuelle par défaut ». Le dégagement de l'appétit charnel amène la notion d'un objet aimé, pouvant être réel « volontiers un prêtre ou un médecin » comme imaginaire (la Vierge Marie, Dieu, etc.) ; ainsi le mysticisme serait une variante de l'érotomanie. Portemer insiste également sur la fréquente association d'autres thèmes aux idées délirantes.

2. L'ÉROTOMANIE EN TANT QUE DELIRE D'INTERPRÉTATION

Nous devons à Sérieux et Capgras la description des délires d'interprétation dans *Les folies raisonnantes* (cité en 8) qui se caractérisent par :

- l'interprétation délirante : « raisonnement faux ayant pour point de départ une sensation réelle, prenant une signification personnelle pour le malade, invinciblement porté à tout rapporter à lui » ;
- l'absence ou la rareté des hallucinations ;
- l'intégrité des facultés intellectuelles.

Ces délires d'interprétation forment avec les délires de revendication la paranoïa. Ainsi le délire érotomaniaque essentiellement évoqué à l'époque pour les amoureuses de prêtres, vient trouver, dans cet ouvrage, une place au sein des délires d'interprétation, aux côtés des délires de grandeur, de persécution, de jalousie, mystique, hypocondriaque ou encore d'autoaccusations. Ces différents thèmes sont liés à la personnalité du sujet et peuvent être associés entre eux tels l'érotomanie et la jalousie.

C'est donc du fait de l'œuvre de Sérieux et Capgras que l'érotomanie vient à être

considérée comme liée à la paranoïa. Cette association est toujours présente aujourd'hui dans les manuels de psychiatrie.

Le travail de Dide (1913) (12) sur les *idéalistes passionnés* sépare les revendiquants dont l'extension du délire est progressive, des idéalistes passionnés dont le délire est marqué par le défaut d'extension, le rôle initial de l'explosion affective et le caractère rémittent de son évolution. La réaction passionnelle est un mécanisme de la paranoïa concernant les amoureux comme les doctrinaires, les anarchistes, les mystiques, les tortionnaires et les naturistes.

Les travaux de Kraepelin (13) en Allemagne font du *dérangement érotique* la dernière forme du délire de grandeur paranoïaque dont la dimension de persécution se fait jour au fil de l'évolution.

Cette forme du délire des grandeurs est caractérisée par :

- Une inclination éprouvée pour une personne qui se distingue par une position sociale élevée réelle ou supposée devenant une certitude pour le malade ;
- Le climat est celui de l'attention générale portée au roman amoureux, de la passion et de la mise à l'épreuve.

Le XX^{ème} siècle voit se préciser plusieurs points marquants de l'érotomanie.

Avec Portemer, c'est l'assise médico-légale où la symptomatologie de cet amour morbide peut ne se déclarer qu'à l'occasion de déconvenues. Le risque terminal de l'érotomanie est le geste auto comme hétéro-agressif survenant au terme d'une évolution en quatre phases. L'objet est non seulement de plus haut rang social mais est également généralement d'une profession particulière (médecin, prêtre, ...).

Les autres auteurs de l'Ecole Française classent l'érotomanie comme une paranoïa de type délire d'interprétation : délire partant d'un raisonnement faux, sans foisonnement hallucinatoire et sans évolution démentielle de la *dementia praecox* ou schizophrénie.

3. GAËTAN GATIAN DE CLÉRAMBAULT

a) Clérambault et l'érotomanie

L'apport de Gaëtan Gatian De Clérambault à la psychiatrie est considérable. Décrit comme le dernier fleuron de la psychiatrie classique, du dernier âge d'or de la sémiologie, Clérambault se situe à une période charnière de la psychiatrie où les bases de la nosologie actuelle, posées par Magnan et Seglas en France et Kraepelin en Allemagne, vont se trouver bouleverser par les théories psychodynamiques de Freud, Jung ou encore Bleuler et également par les théories phénoménologiques (14).

Il est d'usage d'évoquer la querelle entre Clérambault et Gilbert-Ballet à propos de la paternité de la description princeps de la Psychose Hallucinatoire Chronique. Aussi, sur l'érotomanie, nous voyons par l'extrait suivant, tiré du chapitre sur les délires systématisés du *Traité de Pathologie Mentale* de Gilbert-Ballet (1903) (cité en 12) que les positions entre les deux psychiatres sont voisines.

« Le délire systématisé érotique que représente l'Erotomanie considérée dans son développement, et non plus comme un simple trouble de la sphère génitale. Ce délire semble se développer chez les sujets congénitalement tarés, à développement anormal, et qui, de bonne heure, ont présenté des bizarreries morales ou intellectuelles (...). L'objet que ces malades poursuivent est toujours d'un rang social supérieur à celui qu'ils occupent eux-mêmes. C'est par là que le délire s'attache dès l'origine aux délires des grandeurs (...).

Le systématique amoureux cherche tous les moyens de se rapprocher de la personne aimée ; il lui écrit, se poste devant sa maison, il la suit dans la rue, en voyage... et souvent il occasionne des scandales sur la voie publique. Par-là, le délirant érotique se rapproche du persécuteur amoureux. (...) La ressemblance est parfois rendue plus complète par l'apparition d'idées de persécution consécutives aux difficultés qui lui suscite son indiscrete poursuite.

Dans la majorité des cas, les sens n'ont aucune part à cette excitation amoureuse ; il peut y avoir même une frigidité plus ou moins complète : tout se passe dans le domaine de

l'imagination, c'est proprement l'amour platonique éthéré.

Quelquefois, cependant, les malades se livrent à la masturbation ou, même, ils manifestent des désirs sexuels ; mais ces velléités sont ordinairement passagères et sans grande importance comme caractéristique du délire (...) »

Hormis ses célèbres certificats (plus de 13 000), l'œuvre écrite de Clérambault, celle d'une clinique fine, patiente et rigoureuse est une œuvre posthume. En effet, alors qu'il a successivement annoncé la publication d'un ouvrage sur l'automatisme mental puis sur l'érotomanie, le maître de l'Infirmierie Spéciale n'a rien publié de son vivant (12).

De son poste d'observation privilégié à l'IPPP, il s'attache à décrire et à définir les *psychoses passionnelles* des délires érotomaniaques, de revendication et de jalousie. De ces observations sur ces *psychoses passionnelles*, il en tire également un enseignement puisque Clérambault donne des leçons le vendredi après-midi à l'Infirmierie Spéciale des Aliénés sans discontinuer de 1920 à 1934 (12).

Le terme d'érotomanie apparaît pour la première fois sous forme de « préoccupations érotomaniaques » dès 1907 puis « d'érotomanie » en 1912. Son intérêt pour l'érotomanie et les psychoses passionnelles suscite d'ailleurs une pullulation de majuscules dans ses certificats (14). Une première majuscule déviante est repérée en 1913 avec « une Amoureuse de prêtre » puis avec un « Amoureux Platonique Banal ». Par la suite, les majuscules viennent surtout affubler l'Objet (dont la majuscule sera conservée par Henri Ey) plus que le sujet ; dans le couple sujet-objet tout se passe comme si le sujet de l'érotomanie ne peut donc être majuscule sous une rémittence ou une ambiguïté de sa passion – la passion diminue le sujet et majore l'objet.

Pour Clérambault, comme pour de nombreux cliniciens de l'époque, deux catégories d'érotomanes vont spécialement attirer leur attention : il s'agit des amoureuses de prêtres (Janet) et des amoureuses de médecins (Dupouy, Cadet) (12).

b) La description Clinique de l'érotomanie dans sa forme pure

C'est justement une amoureuse de prêtre, Henriette H, qui représente pour Clérambault la forme la plus pure du syndrome érotomaniaque. Ce délire évoluant depuis 37 ans, malgré les tentatives de diversions de la famille (mariage, voyage, ..), est un cas « absolument pur, car on ne peut déceler ni Polymorphisme, ni Interprétativité, ni Hallucinations, ni Démence. L'idéation est extrêmement vive, et les formes les plus délicates du jugement sont conservées. » (15)

Voici son certificat d'internement établi à l'infirmerie spéciale le 17 mai 1923 :

« Henriette H..., 55 ans, couturière.

Érotomanie pure. Délire fixé depuis 35 ans. Rémittences.

Reprise récente des poursuites. Espoir incoercible. Indices favorables dans les refus les plus nets. Explication des refus par sa propre faute ou par des contingences.

Conviction d'avoir été très aimée et d'être désirée encore.

Doutes et accès de désolation.

Réticences au sujet de ses convictions intimes et de ses projets. Expansivité quant à ses sentiments. Parfois affirmation et peut-être illusion d'un renoncement définitif.

Promesses d'abstentionnisme suivies immédiatement de réactions prouvant la persistance de son désir et l'incapacité totale de se réfréner. Demande d'une nouvelle entrevue avec l'Objet, pour certitude.

Objet du Délire : un prêtre. Début à 17 ans.

Absence totale d'extension, de polymorphisme, de troubles sensoriels et de démence.

Scandales répétés, scènes sur la voie publique, propos érotiques au téléphone, retours de province après libérations sous conditions.

Trois internements depuis 1909. — *Signé* : Dr DE CLÉRAMBAULT. »

Le délire érotomaniaque, nous dit Clérambault, naît d'un élément générateur qui est à la fois affectif et idéatif et dont ces composantes affectives sont le Désir (parfois retrouvé Amour), l'Orgueil, l'Espoir. C'est cette triade qui donne matière au postulat initial

marqué par l'orgueil sexuel. Ce postulat est essentiel, il est la vertèbre du délire, « comme la larve batavique » (15) dont il suffit de casser la pointe pour qu'il se brise, « le délire est polarisé à la pointe même de son idée prévalente » (16).

Le postulat fondamental se décline comme suit : « c'est l'Objet qui a commencé et qui aime le plus ou qui aime seul ». De nouveau chez De Clérambault, cet Objet est caractérisé par son rang élevé ou, en tous cas, par une surestimation subjective au travers de laquelle s'exprime l'orgueil érotomaniac. L'objet est également doté de caractéristiques perçues comme évidentes, venant s'associer au postulat :

- l'objet ne peut avoir de bonheur sans le soupirant ;
- l'objet ne peut avoir une valeur complète sans le soupirant ;
- l'objet est libre et son mariage n'est pas valable.

Il existe également des thèmes imaginatifs et interprétatifs venant s'ancrer aux incidents de la poursuite de l'objet :

- la vigilance continuelle de l'objet ;
- la protection continuelle de l'objet ;
- les travaux d'approche de la part de l'objet ;
- les conversations indirectes avec l'objet ;
- les ressources phénoménales dont dispose l'objet ;
- la sympathie presque universelle que suscite le roman en cours ;
- la conduite paradoxale et contradictoire de l'objet, qui est toujours présente.

Ces formules se rencontrent rarement toutes réunies, néanmoins la dernière ne vient jamais à manquer car c'est elle qui accommode les faits entre eux. La diachronie de la symptomatologie érotomaniac est également décrite par De Clérambault avec :

- la phase d'Espoir, où le sujet va à la rencontre de son Objet soit en le poursuivant soit en l'attendant en bas de chez lui ou autres conduites visant à créer une rencontre ;

- la phase de Dépit, où le désir peut laisser sa place à la revendication quant à l'amour de l'Objet ;
- la phase de Rancune, où les idées de persécution sont provoquées par la séparation d'avec l'objet pouvant mener au "drame passionnel" sur le sujet, l'Objet ou ses proches.

Pour Henriette, le choc idéo-affectif, début de la passion, a eu lieu à l'âge de 17 ans « dans la splendeur des saints offices, devant un prêtre jeune, grand et beau » (15). Dès cet instant elle a exprimé être consciente « de son but » en parlant du prêtre. L'élément d'Orgueil est présent par le choix d'un Objet de rang élevé. L'élément Amour lui prévaut nettement puisque la malade accepte toutes les rebuffades et peut critiquer ses comportements à certains moments sans en être persécutée. L'évolution sur 37 ans démontre bien la ténacité de l'élément Espoir.

Le postulat se vérifie dans les lettres d'Henriette (aveux implicite que le prêtre aurait commencé) ainsi que certains thèmes dérivés : bienveillance de l'Objet, recherches par l'Objet, pensée double et conduite paradoxale chez cet Objet.

Dans sa présentation, Clérambault précise que les formules de l'Espoir peuvent être implicites comme explicites et qu'il est parfois nécessaire, notamment dans les phases de Dépit, de provoquer les reviviscences ou d'évoquer certains souvenirs pour les dévoiler.

c) Formes secondaires et diagnostics différentiels

Déjà dans ses descriptions, De Clérambault distingue deux types de forme :

- les formes pures : exclusivement passionnelles, exemptes d'hallucinations. L'évolution est alors sommaire avec une extension éventuelle restant polarisée mais n'aboutissant pas à une forme démentielle. Ce sont ces formes là sur lesquelles s'appuient les travaux de Clérambault pour construire le *dogme* de l'érotomanie. Ces formes, même dans son œuvre, restent rares ;
- les formes mixtes : avec de possibles hallucinations, un mode d'extension

irradiant, un fonctionnement interprétatif ou imaginatif diffus ne se limitant pas à la relation avec l'Objet, qui peut alors changer et être multiple. Existent, également dans ces formes là, une persécution générale et une mégalomanie globale.

Clérambault oppose les délires passionnels des délires d'interprétation par leurs caractéristiques : le début des délires d'interprétation est imprécis tandis que celui des délires passionnels est brutal, marqué par le choc idéo-affectif. Le délire du passionnel met en jeu d'emblée sa volonté. Le passionnel vit dans un état de tension, d'effort ; alors que le délirant interprétatif est dans un état d'expectation. Le délire passionnel ne s'inscrit pas sur le fond d'un caractère paranoïaque à la différence de l'interprétatif. C'est un délire en secteur dont les thèmes sont fixes, restreints, en petit nombre et subordonnés entre eux.

Le Maître du Dépôt concède la possible existence d'une dimension interprétative dans l'érotomanie mais secondaire à l'aspect passionnel, de thématique plus focalisée, limitée. Un autre critère distinctif est l'évolution qui est « immuable » dans l'érotomanie tandis que le délire interprétatif peut être marqué par des périodes de sédation.

Le substratum affectif est présent dans les formes mentales les plus variées, délires maniaques ou mélancoliques. L'hypersthénie, présente chez les érotomanes, proche de l'hypomanie dit-il, est ce qui différencie la passion normale de la passion morbide. « Le mécanisme passionnel de l'érotomanie en explique la présentation si fréquemment hypomaniaque ».

Au-delà des descriptions cliniques, De Clérambault s'est attaché à chercher les mécanismes générateurs de la psychose. S'il a pu être considéré comme un mécaniciste, suite à ses travaux sur l'automatisme mental, il lui serait préjudiciable d'appliquer le même raisonnement pour l'érotomanie. En effet, et il s'agit là d'un des sujets de discorde d'avec ses confrères de l'époque lors des séances à la Société Clinique de Médecine Mentale, il refuse une vision organiciste de l'étiologie de l'érotomanie (14).

Lacan dans les *Ecrits* (14) en dit d'ailleurs « son automatisme mental avec son idéologie mécanistique de métaphore, bien critiquable assurément, nous paraît, dans ses prises

du texte subjectif, plus proche de ce qui peut se construire d'une analyse structurale, qu'aucun effort clinique de la psychiatrie française ».

Il faut également retenir les talents du maître dans l'art de l'interrogatoire pour débusquer les symptomatologies frustes « En interrogeant de tels malades, il ne suffit pas de les questionner, il faut encore les actionner. Il faut en particulier faire jouer l'élément Espoir du Syndrome Erotomaniaque. Faute de cette manœuvre, nombre d'érotomanes restent classés parmi les persécutées-persécutrices (...) » (15).

Clérambault est sûrement un des psychiatres s'étant le plus consacré à l'érotomanie. Au sein des psychoses passionnelles, il en fait une description assez monomorphe d'une forme pure, distincte des délires d'interprétation et dont les thèmes délirants se polarisent sur la relation à l'Objet.

L'érotomanie est marquée par un choc idéo-affectif, brutal dont les composantes affectives sont Désir, Orgueil, Espoir et dont la suite de l'évolution se déroule en trois phases : Espoir, Dépit, Rancune.

Il en dégage le Postulat Fondamental « C'est l'Objet qui a commencé en premier et qui aime le plus ou qui aime seul » duquel découlent les thèmes dérivés comme des caractéristiques venant affubler l'Objet. Ce postulat peut être masqué et il faut persévérer dans l'interrogatoire pour le débusquer.

4. LACAN PSYCHIATRE

a) Une thèse de médecine

C'est en 1932 que Jacques Lacan soutient sa thèse de médecine *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* (17). Après avoir été interne chez Claude à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, chez Clérambault à l'IPPP et être passé à l'Hôpital Henri Rousselle, Lacan propose une thèse où il questionne les hypothétiques liens entre la psychose paranoïaque et la personnalité paranoïaque. Se basant, dit-il, sur plus d'une quarantaine d'observations mais n'en exposant qu'une, « Aimée » (de son vrai nom Marguerite Pantaine (18), mère du psychanalyste Didier Anzieu), Lacan décrit la *paranoïa d'autopunition* déterminée par un arrêt évolutif de la personnalité au stade psychogénétique du Surmoi.

On connaît maintenant l'inimitié entre Clérambault et Claude. Lacan est donc dans une position délicate entre un maître d'internat absent des remerciements, qui l'a publiquement accusé de plagiat un an auparavant lors d'un séminaire des hôpitaux de Paris, mais dont il dira qu'il l'a « toujours admiré et peut-être le mieux suivi au moment où il croyait le plus s'en écarter » et Claude, chez qui il va prendre, par la suite, les fonctions de chef de clinique (9).

Lacan introduit sa thèse par la distinction faite entre deux groupes morbides : les *démences* et les *psychoses*. La méthodologie par la suite est héritée des conceptions allemandes de la paranoïa, évoquant spécialement Kraepelin et la théorie processuelle (19). Cette vision s'oppose alors à la conception « classique » de l'école française : hérédité, déficit organique et déterminisme structural.

b) Anamnèse du cas Aimée

C'est à la représentation de la pièce *Tout va bien* que l'actrice principale Huguette ex-Duflos est agressée d'un coup de couteau par Marguerite Pantaine, employée de la Poste de 38 ans. La comédienne se blesse en détournant le couteau du revers de la main et Madame Pantaine est écrouée à la prison des femmes de Saint-Lazare. Là-bas elle y délire pendant trois semaines avant d'être transférée à Sainte-Anne. L'expertise, établie

par le docteur Truelle motivant le non-lieu et le transfert en hôpital psychiatrique, fait état de l'évolution « d'un délire systématique de persécution avec des tendances mégalomaniaques » mais également déjà de la présence « d'un substratum érotomaniaque » (18).

A Sainte-Anne, Marguerite est confiée à l'interne Lacan qui rédige un certificat de quinzaine dans la veine de Clérambault :

« Psychose paranoïaque. Délire récent ayant abouti à une tentative d'homicide. Thèmes apparemment résolus après l'acte. Etat oniroïde. Interprétations extensives et concentriques, groupées autour d'une idée prévalente : menaces à son fils. Système passionnel ... démarches auprès d'un écrivain. Auprès de sa future victime. Exécution urgente d'écrits. Envoi de ceux-ci à la cour d'Angleterre. Ecrits pamphlétaires et bucoliques... »

Lacan et Aimée se rencontrent de façon quasi-quotidienne pendant un an, ce qui donnera accès à un matériel très riche permettant à Lacan d'illustrer sa *paranoïa d'autoculpabilité*. Les relations entre Marguerite et Lacan ne sont pas simples, en effet celle-ci a pu reprocher à Lacan de l'avoir enfermée dans le rôle d'un objet de savoir psychiatrique lui ayant pris, du moins sur le plan matériel, tous ses écrits et ses photographies sans jamais ne les lui avoir restitués (18).

c) Repères biographiques et antécédents

Marguerite est née d'un milieu agricole du Cantal. Mère manifestement psychotique, « interprétative » avance Lacan (17), épiée par les voisins et persuadée de leur volonté de nuire. Décès d'une fille du couple parental appelée elle aussi Marguerite. Le décès de cette première Marguerite a porté à discussion. En effet, les versions de Lacan et de Didier Anzieu – alors en analyse avec Lacan lorsque sa mère lui apprend qu'elle fut son cas clinique de thèse – divergent. Pour Lacan, « elle (l'aînée) choit aux yeux de sa mère (alors enceinte de la future Marguerite) dans l'ouverture béante d'un fourneau allumé et meurt rapidement de ses blessures » (17) alors qu'Anzieu rapporte dans *Une peau pour les pensées* (cité par 18) que Marguerite fut la plus jeune des trois filles, qu'elle décéda brûlée vive près du feu de cheminée, sous la surveillance d'une de ses aînées et non de

sa mère, et que Marguerite fut donc conçue en remplacement et non déjà attendue lors du drame. Ni le récit de Lacan ni celui d'Anzieu n'est vérité (20), et il faudra attendre le travail imposant (notamment en consultant les données de l'état civil) de Didier Allouch, restitué dans *Marguerite, ou l'aimée de Lacan* (18), pour y voir plus clair :

- Marguerite est bien l'aînée, elle a déjà deux sœurs plus jeunes lorsqu'elle décède (Elise et Maria) ;
- huit mois plus tard, naissance d'un enfant mort-né. La mère était donc bien enceinte lors du drame mais pas de Marguerite qui naîtra dix-neuf mois après cet événement.

Au fil du temps, la mère se montre de plus en plus défaillante sur l'éducation des enfants. C'est donc la seconde aînée, Elise, qui pallie cette incapacité maternelle. Marguerite, décrite comme brillante élève (tranchant avec la notion de « fond de débilité » qui lui sera attribuée ultérieurement), réussit le concours des postes et s'installe chez sa sœur qui vient d'épouser son propre oncle. Elle s'attache de façon passionnelle et littéraire à un poétereau local (Lacan note déjà « la disproportion » dont Marguerite témoigne avec « la portée réelle de l'aventure » ; quelques rencontres en un mois pour trois ans de rêveries) avant de le rejeter pour une collègue de travail, intrigante et raffinée, que Lacan présente comme une « jeune noble en déchéance, maquillant son statut médiocre avec des élégances aussi désuètes que fascinantes ». Marguerite épouse par la suite un autre collègue : René Anzieu, « intéressant et raisonnable ». L'entente entre les deux est fluctuante et c'est dans un état confus et délirant que Marguerite accouche d'une première fille, mort-née d'une circulaire du cordon. Comme sa mère, Marguerite accouchera de nouveau un an après cet enfant mort-né. Egaleme nt comme sa mère, son comportement est de plus en plus psychotique avec bizarreries et idées délirantes, ce qui motivera d'une part la venue d'Elise, stérile et nouvellement veuve, au foyer en lieu et place de femme auprès du mari de Marguerite et de mère auprès de son fils, et d'autre part une première hospitalisation de six mois en maison de santé en placement volontaire. Le certificat d'internement mentionne alors « Fond de débilité mentale, idées délirantes de persécution et de jalousie ».

Lacan mentionne que Marguerite est sortie, « non guérie », sur demande de la famille, et

que dans l'intervalle séparant ses deux hospitalisations, Marguerite est signalée deux fois aux services de polices. Une première fois, elle assiège à plusieurs reprises le bureau d'un journaliste communiste ayant refusé de publier ses productions écrites : articles où elle expose ses griefs contre la romancière Colette. La seconde, cinq mois avant le passage à l'acte sur Huguette ex-Duflos, elle saute à la gorge de l'employée de la maison d'édition qui lui transmet fin de non recevoir pour le manuscrit qu'elle y avait envoyé.

Marguerite s'enfonce de plus en plus dans la solitude et développe un délire de plus en plus complexe ainsi qu'une activité épistolaire et littéraire nourrie. Le pôle de la persécution est représenté par Colette, Sarah Bernhardt et Huguette ex-Duflos, tandis que le pôle érotomaniaque s'organise autour du romancier Pierre Benoit et du Prince de Galles auquel elle dédie deux de ses textes *Le détracteur* et *Sauf votre respect*, tous deux publiés dans la thèse de Lacan.

d) Lacan et l'érotomanie en 1932 :

Ainsi Lacan a le choix entre deux axes psychopathologiques dans sa lecture du cas Aimée : celui de la persécution par la paranoïa, et celui de la détresse affective et de sa quête érotomaniaque (21). Lacan a privilégié la première lecture pour illustrer la « paranoïa d'autopunition » en ne retenant de l'érotomanie d'Aimée qu'une forme secondaire dont il ne fait mention que pour illustrer le bien-fondé de la théorie freudienne dans le registre schreberien.

Toutefois, le pseudonyme « Aimée » choisi pour nommer Marguerite peut également paraître comme une invitation à lire le cas comme une érotomanie. Il est difficile d'imaginer Lacan choisir ce nom au hasard, qui plus est quand la première persécutrice, double inversée de Marguerite, est nommée « C. de la N. » : *c'est de la haine* (18).

Pour Lacan les figures masculines « le Prince de Galles et ses gardes » sont des recours bienveillants, des protecteurs face à la menace qu'encours son enfant, rejoignant ainsi quelques thèmes dérivés évoqués par Clérambault.

C'est en 1975, lors d'une conférence à l'université de Yale, que Lacan dira d'Aimée « qu'elle était érotomane ». Cette prise de conscience tardive explique peut-être les

difficultés relationnelles entre Lacan et sa patiente, entrée à Sainte-Anne non délirante « le délire s'évanouit avec la réalisation des buts de l'acte ».

e) Interprétations par Didier Allouch

Dans l'ouvrage *Marguerite, ou l'aimée de Lacan* (18), Didier Allouch propose une théorisation du cas Aimée. Pour cet auteur, l'assertion qui permet d'apercevoir la folie de Marguerite est la suivante : le meurtre de l'enfant vaut acte d'écriture du rapport sexuel.

Le premier persécuteur masculin, Pierre Benoit, a d'abord été objet d'une demande érotomaniaque, avant de laisser sa place à des personnages de plus haut grade (le Prince de Galles), de la même façon que C. de la N. s'est vue substituée sa place de persécutrice par l'actrice Huguette ex-Duflos.

L'«acting-out» de Marguerite, la lectrice sur l'actrice (lectrice qui en ajoute) Huguette ex-Duflos, apparaît comme une tentative dont la visée est de mettre un terme à la jouissance de ce supplément, à ce supplément de jouissance donnant à l'actrice son statut de persécutrice.

Cette agression a lieu alors que Marguerite sait le Prince de Galles de retour en Europe. L'analyse de la production littéraire de Marguerite révèle l'érotomanie comme ce grâce à quoi la mère peut porter l'enfant.

Quelle est la menace qui pèse sur Didier ? Marguerite déclare avoir lu dans un article d'un de ses persécuteurs que l'on tuerait son enfant car sa mère était médisante. Le projet de meurtre est contré par deux thèmes délirants : le thème érotomaniaque avec les puissants protecteurs contrecarrant les persécuteurs et les idées délirantes de grandeur dont la teneur est « la venue du règne des femmes et des enfants ».

Allouch en conclut que l'érotomanie d'Aimée rend possible le couple mère-enfant par l'introduction d'un tiers protecteur.

Dans sa thèse de médecine, Lacan fait du cas Aimée un prototype d'une nouvelle entité clinique : la paranoïa d'autopunition.

De ce cas, lu sous l'angle de la persécution par des figures féminines, se dégagent des éléments érotomaniaques concernant des figures masculines, parfois autrefois persécutrices.

La tentative d'homicide d'Aimée vient faire écho à un sentiment de menace sur son fils. C'est cette même menace qui alimente les idées érotomaniaques où l'Objet est appelé en tant que protecteur de la dyade mère-fils mais venant également introduire un tiers non menaçant dans cette relation duelle.

5. APRES CLERAMBAULT : DEUX AUTRES ELEVES DE CLAUDE ET

SCHACHTER

Au-delà d'une description clinique fine, Clérambault a lutté pour faire reconnaître l'érotomanie comme une entité clinique ayant sa propre individualité et non comme symptôme d'une autre psychose. Cette position – qui a donné lieu à des débats agités dans les différentes sphères psychiatriques de l'époque – ne faisait pas l'unanimité chez les contemporains de Clérambault. C'est le cas de deux autres élèves d'Henri Claude : Jean Fretet et Gaston Ferdière (9).

a) Jean Fretet

En 1937, Fretet publie sa thèse de médecine intitulée *Les causes affectives de l'érotomanie, principalement chez l'homme*. Pour lui, comme pour Claude et Ferdière par la suite, le postulat d'une érotomanie pure est rare. La théorie développée est celle d'une érotomanie comme symptôme venant résoudre une conflictualité survenant chez des malades aux pathologies diverses.

Pour la première fois et ceci en parallèle de la popularisation des concepts analytiques du drame préœdipien, Fretet théorise le choix de l'Objet érotomaniaque comme celui d'un substitut au rôle maternel (8). Est également dit dans son travail de thèse que les érotomanes sont égoïstes et narcissiques, remplis de « cupidité et d'avidité matérielle » ce qui renvoie à la phrase de Freud dans *Pour introduire le narcissisme* « narcissisme et égoïsme ne font qu'un, l'un étant le complément libidinal de l'autre » (22). La notion de narcissisme dans l'érotomanie est appuyée avec cette constatation : « le bilan sexuel de ces objets est souvent pauvre car ils redoutent l'amour objectal ». Toujours en s'appuyant sur Freud et le roman familial, Fretet évoque l'association thématique fréquente entre délire érotomaniaque et délire de filiation.

Selon lui, il existe donc des facteurs psychogénétiques de l'érotomanie qui sont :

- une inclination initiale vers l'état de sujétion et vers la conduite d'assujettissement séducteur, en rapport avec une fixation de manière

autophilique d'aimer ;

- la « résurgence » des blocs idéo-affectifs abolis, l'irruption de complexes refoulés et l'inversion consécutive de la relation libidinale directe « selon le mécanisme élémentaire de la psychologie abyssale : la projection ».

Le refoulement a lieu du fait des raisons libidinales liées à l'objet :

- l'objet est celui d'un attrait sexuel pour un individu auquel toute la sexualité est interdite ;
- l'objet est un substitut de la mère donc incestueux.

Tout se passe comme si le retournement de la pulsion attribuant l'initiative et la responsabilité à l'objet libère la culpabilité d'une proposition directe faite à l'Objet dont l'amour est interdit.

b) Gaston Ferdière

Avant de rester dans les mémoires en étant le psychiatre d'Antonin Artaud à l'asile de Rodez (23), Gaston Ferdière publie sa thèse de médecine axée uniquement sur l'érotomanie. C'est à Ferdière que l'on doit la formule de l'érotomanie en tant qu'*illusion délirante d'être aimé*, « illusion qui ne disparaît pas quand l'erreur est démontrée et que ne légitiment nullement les faits » (8). Cinq ans après la thèse de Lacan, ce travail de thèse s'intéresse exclusivement aux érotomanies associées, notamment avec la patiente Adèle M. qui donne l'exemplaire illustration de ce que les paranoïaques permettent d'étudier de l'érotomanie « présentation hypomaniaque, graphorrhée, réticence, érotisme variable », sans que ce syndrome soit pour autant spécifique.

Ferdière introduit la possible banalité de l'érotomanie « l'illusion délirante d'être aimé est habituelle et nous pensons que pour la reconnaître, le plus grand nombre n'a qu'à faire appel à son expérience personnelle » et précise également la fréquence de survenue élevée chez les « insatisfaites de l'amour » que ce soit sur les plans « physique, affectif ou matériel ».

Rappelant le président Schreber, un chapitre est consacré aux analogies entre le délire érotomane et le délire d'influence mystique. Ferdière donne une définition du mysticisme comme « l'illusion d'être aimé de Dieu ».

c) L'érotomanie chez Schachter

Pour Schachter (24), l'érotomanie se rencontre plus rarement dans les pathologies mentales avérées type schizophrénie ou paranoïa qu'en pratique privée sous des formes mineures ou chez des patients se positionnant plutôt du côté des sensitifs tels qu'a pu les décrire Kretschmer. Sur la base de ses 6 observations cliniques, si une première moitié des patients présente une réelle conviction délirante d'être aimée, Schachter considère que l'autre moitié se range de façon plus judicieuse du côté du terme « conviction-illusion ». Il dresse également un type psychologique des érotomanes : imbus d'eux-mêmes, méfiants, soupçonneux, susceptibles ou bien encore méticuleux.

En s'appuyant sur des tests projectifs, Schachter qualifie ces patients « d'affamés de l'affectivité » plus que de la sexualité en elle-même. La question d'une homosexualité latente n'est pas retrouvée ici. Pour ces patients du privé, le pronostic est bénin, sans évolution démentielle et le traitement reste la psychothérapie permettant, dans les formes non psychotiques, de mettre à disposition de ces patients une aide satisfaisante.

A la suite de Clérambault, divers auteurs ont regardé l'érotomanie comme secondaire ; elle peut même être mineure chez des patients relevant plus de la pratique libérale que de l'hôpital. Cette illusion délirante d'être aimé ne serait pas si rare, spécialement chez ces « insatisfaites de l'amour » que Schachter nomme « affamées de l'affectivité ».

Le développement des théories analytiques amène les auteurs à considérer l'érotomanie comme solution d'une conflictualité et à s'interroger sur ce que l'Objet peut justement tenir comme place dans cette équation.

D. L'APPORT DES THEORIES ANALYTIQUES AU CONCEPT D'EROTOMANIE

1. SIGMUND FREUD

a) Jung et le cas de Sabina Spielrein

Bien que cela ne soit pas nommé ainsi, il est possible de suspecter une érotomanie chez Sabina Spielrein, patiente dont Jung s'occupa (25). Elle fut d'abord diagnostiquée hystérie grave puis schizophrène. Jung, dans une position très inconfortable dans la relation duelle avec cette patiente « elle m'a fait un vilain scandale, uniquement parce que je lui ai refusé le plaisir de concevoir un enfant avec elle... », demanda l'aide de Freud. Bien que les sentiments de Jung à l'encontre de cette patiente « tirée d'une névrose très grave avec un immense dévouement et qui déçu mon amitié et ma confiance de la manière la plus blessante que l'on puisse imaginer » (26) dépassèrent sans doute le cadre thérapeutique, les deux protagonistes ne furent vraisemblablement pas sur la même longueur d'onde quant à la nature exacte du contre-transfert de Jung.

b) Le cas Schreber et les formules de l'amour

C'est avec l'analyse des *Mémoires d'un névropathe* (27) du président Daniel-Paul Schreber en 1911 que Freud théorise l'érotomanie comme mécanisme de défense psychique contre un inconscient désir homosexuel (28).

Le désir homosexuel est considéré comme une étape physiologique du développement de l'individu, venant après une phase d'autoérotisme et avant l'accès à la libido objectale. Pour Freud certaines personnes s'arrêtent « de façon intensément prolongée » à ce stade du développement faisant suite au stade du narcissisme : « L'individu se prend d'abord lui-même, prend son propre corps pour l'objet d'amour. L'étape suivante conduit au choix d'un objet doté d'organes génitaux pareils aux siens propres, c'est-à-dire au choix homosexuel de l'objet, puis, de là, à l'hétérosexualité ». Si un « dépassement » des tendances homosexuelles, en les détournant de leur objectif

sexuel, sert d'étayage aux pulsions sociales, le blocage de la libido à ce stade-là génère le noyau du conflit dans les différentes formes de paranoïa. La formulation inconsciente « je (un homme) l'aime lui (un homme) » est annulée par l'appareil psychique selon trois modalités différentes :

- le délire de persécution : la formule « je l'aime » est dans un premier temps inversée en « je ne l'aime pas, je le hais » puis du fait du mécanisme de projection, attribuée à l'autre en « il me hait » ;
- le délire érotomaniaque : la formule initiale est transformée en « ce n'est pas lui que j'aime, c'est elle » et de nouveau, le mécanisme de projection attribue l'origine de ce sentiment à l'autre, à l'objet « elle m'aime » ;
- le délire de jalousie : ici, la formule est contredite sous la modalité suivante « ce n'est pas moi qui aime l'homme, c'est elle qui l'aime ».

Dans ces trois configurations, la formulation initiale est contredite. Dans le délire de persécution, c'est le verbe qui est contredit ; dans l'érotomanie, il s'agit de l'objet ; dans le délire de jalousie, le sujet.

Ainsi Freud insiste sur l'importance du fantasme homosexuel tout en étudiant la spécificité du mécanisme de la formation des symptômes et du refoulement dans la paranoïa. Pour le refoulement, la libido se retrouve détachée des objets qui lui étaient auparavant liés et donc aimés. La libido ainsi libérée de ses investissements objectaux va se fixer sur le moi – Freud en conclut donc que « les paranoïaques possèdent une fixation au stade du narcissisme. » Le délire est considéré comme un « processus de guérison » s'accomplissant dans la paranoïa par la voie de projection et s'employant à recréer une réalité niée. Nous reviendrons sur les investissements objectaux et la théorie du délire comme tentative de guérison dans un chapitre dédié.

A partir du cas Schreber, Freud théorise la paranoïa comme un arrêt du développement psychogénétique au stade du choix d'objet homosexuel.

Les paranoïas se caractérisent par leur mécanisme de défense vis-à-vis de ces pulsions homosexuelles.

La formule de l'érotomanie consiste en une inversion du sexe de l'objet et une projection de la libido attribuant l'initiative à l'objet.

2. DANIEL LAGACHE : LIENS ENTRE ÉROTOMANIE ET JALOUSIE

Lagache propose une réflexion sur les liens entre érotomanie et jalousie lors d'une session de la Société Française de Psychologie (1958), reprenant ainsi ses travaux de 1936 (29) et de 1938 (30). Cette lecture psychodynamique de l'érotomanie se base sur la formulation d'appartenance mutuelle de la relation amoureuse normale « je l'aime et il/elle m'aime » :

- Dans la jalousie c'est le premier terme qui prime et le second est nié ou mis en doute « je l'aime, mais ce n'est pas moi qu'il/elle aime, c'est un/une autre » ;
- Tandis que dans l'érotomanie, l'accent est porté sur le second terme « ce n'est pas moi qui l'aime, c'est lui/elle qui m'aime ».

Jalousie et érotomanie s'opposent sur d'autres points. L'existence d'un *tiers triangulateur* dans la relation de jalousie, quand bien même celui-ci n'est parfois qu'imaginé, alors que l'érotomanie est une relation duelle entre le sujet et son Objet. La jalousie est conflictuelle avec une réalité insatisfaisante ce qui s'oppose à l'*aconflictualité* dans laquelle se déploie l'irréalité de la relation amoureuse. Cette absence de conflit dans l'érotomanie est garantie par la certitude de l'érotomane et par un espoir persistant, ainsi la satisfaction irréaliste prévaut sur une recherche de réalisation du rêve qui mènerait à une épreuve de réalité.

Pour Lagache, les cas purs de jalousie et d'érotomanie s'excluent mutuellement : si l'érotomane peut croire à la jalousie de l'être aimé ou d'un tiers pour renforcer sa croyance d'être objet d'amour, il ne peut être jaloux de l'objet et d'ailleurs, selon un des thèmes dérivés du postulat, il nie un attachement amoureux à autrui « l'objet est libre, son mariage n'est pas valable » ; inversement, le jaloux ne peut être érotomane car le rival et l'être aimé ne peuvent être en même temps objet érotomane. En revanche, existent des formes à la croisée des formes pures où coexistent les deux délires mais existent surtout des formes où les deux thématiques délirantes se succèdent dans le temps. Lagache conclut ainsi à une « analogie de structure, toutes deux mettant en œuvre la projection paranoïaque » et tendant à une « complète identité de but », ces

deux passions étant « deux façons de vivre une fin unique : être aimé, posséder l'être aimé. ».

Egalement, dans l'étude des relations psychogénétiques entre jalousie et érotomanie, Lagache note que le stade de Dépit, d'ailleurs relevé comme inconstant, n'apparaissant que chez l'érotomane persécuteur, peut être corrélé à l'apparition de la jalousie sans que celle-ci soit délirante ou délire de jalousie.

D'un point de vue psychanalytique pour Lagache, l'érotomanie est une régression libidinale plus forte que la jalousie où les points de fixation de la libido se situeraient à des stades plus précoces. Lagache évoque deux cas de passage de la jalousie à un délire érotomane chez deux patientes où l'impossibilité de réaliser un désir d'infidélité a rendu nécessaire une construction érotomane. Ainsi la recherche active de désir d'infidélité mais surtout d'une érotomanie sous-jacente est nécessaire dans les cas de jalousie pathologique. Il synthétise les choses comme suit : « Le délire érotomane apparaît donc, d'une façon générale, comme un compromis visant à la satisfaction érotique et sexuelle sans que l'amoureux encourt de culpabilité, en augmentant au contraire la considération sociale et morale dont il jouit ». Dans l'infidélité érotomane, il n'y a ni initiative, ni responsabilité, ni culpabilité. Pour Lagache, les érotomanes présentent une fixation à l'oralité très forte expliquant la facilité avec laquelle ils peuvent changer d'Objet. L'Objet est celui dont on reçoit, il n'est ainsi pas spécifié et pas aimé en tant qu'individualité. Cette dimension de forte régression libidinale et l'intense fixation à la mère plaident pour une érotomanie lue comme une problématique de fixation narcissique plutôt qu'une pulsion homosexuelle paranoïaque.

Lagache termine sa communication sur quelques réflexions nosographiques. Il distingue trois types d'érotomane : persécuteur (revendiquant), persécuté ou satisfait. La place nosographique de la jalousie est du côté paranoïaque, tandis que l'érotomanie se situerait sur le versant schizophrénique de la psychose. L'érotomanie se développe donc selon deux pôles : l'un, paranoïaque comprenant les érotomanes persécuteurs et « passionnels » (jaloux et revendicants), et l'autre, schizophrénique avec les érotomanes persécutés et satisfaits avec une dimension autistique forte et une régression autoérotique.

L'érotomanie et la jalousie tiennent d'un même ressort structural mettant en jeu la projection paranoïaque selon Lagache.

Néanmoins, les formes pures de ces troubles s'excluraient mutuellement et s'opposeraient sur les points suivants : l'accent porté au second terme de la formule d'appartenance mutuelle chez l'érotomane ; l'absence de *tiers triangulateur* dans la relation érotomaniaque ; l'*aconflictualité* de cette relation du fait de l'absence d'épreuve de réalité entretenue par la certitude et l'espoir.

Ces différences s'expliquent par une régression libidinale plus forte chez les érotomanes que chez les jaloux. Les points de fixation se situeraient en deçà de ceux de la pulsion homosexuelle du jaloux, à un stade plus proche de l'oralité – expliquant ainsi la facilité à changer d'objet. Ainsi, l'érotomanie commence à s'articuler autour de la question narcissique plus que de l'homosexualité déniée.

3. L'ETUDE PAR MADAME CAVE

En 1949, Mme Cavé pratique l' « *Etude psychanalytique de l'érotomanie* » (9) chez une jeune femme de 25 ans, Sophie, internée à Sainte Anne après avoir fait scandale chez son médecin. L'étude du cas révèle les similitudes perçues par Sophie entre ce médecin et un père qu'elle a, par fidélité à sa mère, investi d'une haine immense. Cette publication pose ici la question d'une conflictualité prenant siège dans l'œdipe et non à un stade plus archaïque se développant en paranoïa. La relation œdipienne, défailante ici, est donc maintenue par la construction délirante. Cette position « de maintien à travers le délire de la relation d'Objet », soutenue trois ans auparavant par Nacht et Racamier (31), apportera matière au travail de Kestemberg en 1961.

A l'inverse de Lagache, Cavé présente un cas où l'érotomanie lui semble venir résoudre une conflictualité œdipienne.

L'Objet ici, un médecin, est choisi en fonction de ses similitudes au père de la patiente.

Se basant sur les travaux de Nacht et Racamier, le délire pour l'auteure vient rendre possible cette relation œdipienne par un substitut du père.

4. JEAN KESTEMBERG « A PROPOS DE LA RELATION ÉROTOMANIAQUE »

L'article de Kestemberg (4), paru dans la Revue Française de Psychanalyse, reprend une communication à la Société Psychanalytique de Paris présentée la même année. L'auteur présente deux cas de patientes traitées en psychodrame analytique : Dorothee, qui présente un délire érotomaniaque de facture classique et Bénédicte qui s'inscrit dans une relation érotomaniaque que Kestemberg définit comme *toxicomanie d'objet*.

Il propose une conception de l'érotomanie comme un panel de modalités relationnelles – se distinguant par les différentes économies psychiques – allant des productions fantasmatiques du sujet « nevrotico-normal » (l'amour de transfert, visant pour le sujet à vérifier l'intérêt que lui porte le thérapeute tout en y mettant une distance pour éviter une relation trop intense avec l'image transférentielle) au délire véritable en passant par une érotisation de la relation transférentielle avec le thérapeute (qui là aussi, par l'impossibilité de réalisation, vise à induire une distance avec une image transférentielle). Cette relation s'appuie sur la théorie suivante de l'érotomanie : « la création d'un objet qui est tantôt celui qu'aime le sujet tantôt celui qui est censé aimé le sujet, le sujet devenant alors objet d'amour illusoire ».

Comme postulé par Lagache, la relation érotomaniaque est marquée par la négation ou l'effacement de l'un ou l'autre des deux termes de la formule de l'appartenance mutuelle « je t'aime et tu m'aimes ». Pour Kestemberg, le processus renvoie à des phénomènes projectifs du stade de développement archaïque marqué par l'investissement libidinal. « La situation se joue entre un Moi qui ne se constitue qu'à partir d'un objet investi et qui s'en différencie malaisément, objet dont l'existence est à tout moment nécessaire pour « comprouver » l'existence du sujet et dont l'absence comme l'éloignement sont ressentis comme un danger de mort imminente, de destruction ». Ainsi le processus érotomaniaque en jeu vient défendre structurellement l'individu contre des angoisses de néantisation.

Si la relation érotomaniaque peut évoquer une situation œdipienne où le choix d'objet est une génitalisation du conflit – relation alors transitoire avec fantasmatisation

consciente – c'est qu'elle s'inscrit préférentiellement dans un cadre névrotique. En revanche, de façon plus grave, le choix d'objet n'est que « pseudo-œdipien » contre le conflit de la triangulation dans les structures plus précaires. Kestemberg rappelle que « quel que soit le sexe de l'objet recherché, c'est toujours de l'objet maternel dont il est question en dernière analyse ». Ainsi l'objet sert à introduire de la distance, par des caractéristiques faussement œdipiennes, avec une mère vécue comme angoissante. Le caractère potentiellement persécuteur de l'objet traduit un sujet en prise dans sa relation érotomaniaque avec un Surmoi projeté archaïque et sadique. Ainsi pour Kestemberg le processus érotomaniaque est donc défensif, combinant une satisfaction libidinale maximale avec une angoisse réduite à minima, et aurait deux finalités :

- l'évitement du conflit et la réassurance narcissique par la possession imaginaire d'un objet imaginaire ou réel mais déréalisé ;
- la lutte contre l'angoisse de néantisation désagrégeante en cas de réassurance narcissique inefficace.

Sur le plan thérapeutique, il s'agit pour Kestemberg de respecter, un temps, le processus érotomaniaque avant d'aborder avec ménagement l'analyse de l'aspect défensif du fonctionnement érotomaniaque. Il met en garde contre l'érotisation possible et sa dérive harcelante du transfert. Ainsi Kestemberg ne recommande pas le cadre duel d'une cure type mais plutôt la thérapeutique groupale notamment au travers du psychodrame analytique.

Avec l'article de Kestemberg, l'érotomanie se décline selon un panel de modalités relationnelles allant de l'érotisation du transfert névrotique à l'érotomanie psychotique telle que décrite par les psychiatres.

Le choix d'objet se décline également selon la structure psychique du sujet : génitalisé dans la névrose et pseudo-œdipien dans les structurations psychotiques.

Le processus défensif érotomaniaque est efficace à plus d'un titre : évitement du conflit, réassurance narcissique, lutte contre l'angoisse de néantisation.

5. *LE DESIR ET LA PERVERSION : PERRIER ET AULAGNIER.*

Le Désir et la perversion (32) est un recueil de cinq textes par cinq analystes français : Piera Aulagnier-Spairani, Jean-Paul Valabrega, Guy Rosolato, François Perrier et Jean Clavreul. Ce sont aux articles de Perrier et d'Aulagnier que nous allons nous intéresser.

a) Perrier : De l'érotomanie (1967)

Le travail de Perrier vient à la suite de celui de Kestemberg, en pleine période de scission du milieu analytique français, Lacan fondant en dissidence de la Société Psychanalytique de Paris (de Kestemberg), l'Ecole Freudienne de Paris.

Pour Perrier, les conclusions de Kestemberg ne rendent pas compte de la spécificité du syndrome érotomaniaque et de ce qui peut prédisposer au choix de la solution érotomaniaque chez des sujets pouvant être schizophrènes, pervers ou paranoïaques. Pour étayer sa réflexion Perrier s'appuie sur trois cas de femmes érotomanes, trois patientes nommées « Félicité », toutes trois épouses de mari non aimés, « érotiquement routiniers et besogneux ». A partir de ces exposés, il pose trois questions :

- Entre une paranoïa en réseau et une passion en secteur, l'enjeu oscillant entre « les forteresses de l'interprétation » et « les commandos de l'espoir » est-il discernable par la théorie freudienne ?
- La forte prévalence féminine de l'érotomanie doit-elle questionner la sexualité féminine comme la solution de la théorie de l'amour en tant que délire ?
- Le syndrome érotomaniaque comme fixation passionnelle offre-t-il un élément de comparaison avec l'amour de transfert dans l'analyse ?

De ses rencontres dans un cadre analytique Perrier dégage deux axes de travail :

1. L'érotomane cherche à perdre l'objet partiel : cette dépossession oblige l'objet aimé à en devenir dépositaire et devient donc condition à l'amour naissant. La phase de Vindication (équivalente de celle de Dépit) correspondant, à la faveur

du temps, de l'évidence ou du travail analytique à la mise à nu du postulat, vient questionner l'objet (de quoi est-il détenteur) sur le mode d'un terrorisme passionnel. Nous y reviendrons dans le chapitre sur l'Objet ;

2. La précarité du statut narcissique de la femme pré-érotomane : Perrier évoque la question d'un narcissisme dans un rapport à une faille dans la structuration à l'image corporelle. La problématique du désir chez la femme s'origine dans ce cas à une problématique dans la structuration du corps « comme premier terrain d'action de la machine signifiante ». Perrier appuie cela par la haine du corps féminin dans son réel. Le réalisme du corps féminin sans l'intermédiaire du fantasme protecteur a pu être touché très tôt chez ces patientes par « un père incestueux » ou « de mauvaises mères asservies, abêties ou fornicatrices ».

Pour Perrier, l'érotomanie se rattache au processus passionnel qui se distingue du processus paranoïaque par le rapport privilégié de la féminité à la solution érotomaniaque. Si la « mâlité » de l'homme est plus apte à la psychose, la « femellité » de la femme tend plus vers la passion. Cette tendance à la passion plus qu'à la psychose témoigne d'une relative immunité de la femme aux conséquences d'un défaut de castration symbolique comme processus de structuration du désir.

Ainsi :

- dans le processus paranoïaque : rien n'est inscrit assez tôt comme signe de l'existence du désir d'autre chose en l'autre, comme permettant l'accès à une triangulation œdipienne ;
- dans le processus passionnel : « le désir d'autre chose en l'autre n'a pas été absent des structurations de l'inconscient, mais cette cause du désir s'est trouvée trahie par ceux-là mêmes qui devaient en être les dépositaires comme auteurs de la scène primitive et protagonistes de l'œdipe. Il n'y a pas inexistence, mais faillite, démission ou séduction obscène. L'exigence altière de la passion maintient le sujet désirant en un destin d'échec mais le maintient comme tel ».

Lors de la discussion animée faisant suite à la présentation de Perrier, voyant que ces

discutants (Rosolato, Vabrega, Aulagnier, Clavreul) rangent tous l'érotomanie du côté de la psychose, Perrier précise son sentiment personnel d'une érotomanie posée sur *une crête entre psychose et déséquilibre passionnel*, « d'un parcours psychotique a minima, sans les effondrements ravageants du moment fécond, sans les restaurations vésaniques de la paranoïdie, sans les systématisations en réseau de la paranoïa ».

b) Piera Aulagnier : « Remarques sur la féminité et ses avatars »

De la même façon que pour Perrier, Aulagnier considère l'érotomanie comme un état passionnel qui implique la question de la féminité. La passion, qui comme l'érotomanie, s'est déclinée dans les champs mystique, philosophique et psychopathologique. Reprenant la formule de Burroughs dans le *Festin Nu* de « l'absolu du besoin », la définition de la passion ne désigne pas un sujet ou un objet donné mais le lien les unissant tous deux. Ainsi « c'est quand cet objet nous paraît devenu, pour un autre, indispensable, l'exigence vitale, *ce qui ne peut manquer*, que nous parlons de passion »

Piera Aulagnier s'appuie dans son travail sur la formule de Perrier « Ce n'est pas elle (ma mère) que j'aime, c'est lui parce qu'il m'aime ». Ainsi, le discours de l'érotomane devient éclairé par cette conjonction, qui renvoie à l'amour et non au désir et questionne donc son narcissisme.

En faisant une analogie entre l'érotomanie et la perversion du fétichiste, il apparaît que tous deux sont dans la négation du manque d'objet comme source du désir : « l'érotomane comme le pervers nie que la cause du désir puisse être le manque d'objet mais là où le pervers situe l'objet comme cause visible colmatant et structurant le lien du manque, l'érotomane projette la certitude de l'amour de l'objet pour combler ce manque ».

Cette assertion repose sur le fait qu'une femme puisse être désirée ne repose sur aucun élément de réalité : « ce que l'homme désire en elle, il est le seul à pouvoir dire si elle le possède ou non. » Ainsi, « l'érotomane est sûre qu'elle a l'objet qui ne manquera jamais au regard de l'homme, ou mieux, au regard du désir » et la clinique de la conviction

délirante se retrouve "tout regard, comme son absence, est interprété comme signe de reconnaissance d'être *la* désirée".

Aulagnier, pour répondre à la question de la structure de l'érotomane, précise que cette négation du manque – supplée par l'incarnation de l'objet perdu – résulte d'un défaut de symbolisation, ce qui signe bien la structure psychotique.

A partir des cas de Félicité, Perrier définit un choix d'Objet de l'érotomane qui n'est pas le fruit du hasard. L'Objet est défini comme "L'homme de Bien en fonction", fonctionnaire de l'altruisme dont la structuration névrotique est également partie prenante du choix d'Objet.

L'Objet devient donc dépositaire de l'objet partiel que l'érotomane cherche à perdre.

L'érotomanie est également pour Perrier un processus passionnel (sur *une crête* entre passion et psychose précise-t-il dans sa discussion) propre à la femme questionnant son rapport à la féminité. Cette thèse est reprise par Aulagnier pour qui l'érotomane nie, comme le fétichiste, le manque comme élément structurant le désir. L'érotomane vient incarner ce qui ne manque pas à l'autre.

6. JONCKHEERE

Jonckheere (33) se base sur 13 cas d'érotomanie, dont il mettra en exergue l'incapacité à accéder à une véritable et prolongée relation hétérosexuelle, pour lier l'érotomanie aux psychoses autistiques, la définissant ainsi entre la paranoïa et la schizophrénie. Il caractérise l'érotomanie par la prévalence d'une idée délirante, l'activité et la sthénicité du délire menant aux actes auto et hétéro-agressifs. Il estime que l'érotomanie dépasse le cadre d'un sous-type de paranoïa et qu'en dernière analyse « tout rêve érotomaniaque aspire à un fantasme, plus ou moins élaboré, d'un bonheur relationnel dépourvu de danger et de culpabilité ».

Pour cet auteur, il existe trois formes d'érotomanie :

- l'une, érotomanie simple, illustrant classiquement le postulat ;
- l'érotomanie inversée où le délire de persécution - la formule "elle m'aime" subit alors une négation secondaire "elle ne m'aime pas, elle me hait" - précède le délire érotomaniaque (ou inversement) ;
- l'érotomanie par procuration, l'objet aime un membre du système familial.

Jonckheere souligne également l'importance d'une absence de référence au témoignage d'un tiers et dégage cinq mécanismes fondamentaux à la genèse de l'érotomanie :

1. Le mécanisme compensatoire : à la solitude, par exemple chez les célibataires âgées.

2. Le mécanisme conjuratoire : rendant possible la réalisation d'une relation hétérosexuelle imaginaire et dépourvue de danger et de culpabilité (phases érotomaniaques chez les schizophrènes).

3. L'érotomanie de revendication, « déclenchée par un préjudice réel » chez des sujets présentant déjà une morbidité psychiatrique.

4. L'érotomanie venant nier une homosexualité latente.

5. L'érotomanie de négation psychotique, protégeant des angoisses de néantisation par un délire assurant un « minimum contre l'insécurité ontologique fondamentale ».

7. *LACAN PSYCHANALYSTE ET LES LACANIENS*

a) Retour sur Aimée, 1942

Dix ans après sa thèse, Lacan développe dans *Propos sur la causalité psychique* (34) une théorie basée sur l'observation que « le mot n'est pas signe, mais nœud de signification », « ces mots singuliers, transfigurés (...) marquent chaque forme du délire, c'est tout cela par quoi l'aliéné par la parole ou par la plume se communique à nous ».

Ainsi, que pouvons-nous lire sous cet angle nouveau dans la production littéraire d'Aimée ? Les persécutrices se manifestent dans un idéal de malveillance en opposition à l'idéal de pureté et de dévouement d'Aimée dans une histoire sexuellement neutralisée (1@8). L'évolution par « moments féconds » du roman délirant a pour objectif de l'encercler de sa lace d'épouse et de mère au profit de sa sœur avec son corollaire de soulagement libérateur.

Il apparaît également que la conclusion d'Aimée en tant que patiente curable, différenciant ainsi avec finesse le délire paranoïaque de la constitution paranoïaque, s'avère *a posteriori* vérifiée. Lacan ira même jusqu'à embaucher Aimée comme employée de maison pour son père vieillissant (20).

b) Le séminaire III : Les psychoses (35)

Dans son préambule, Lacan cite Aimée pour la perspective nouvelle que son cas introduisit dans l'étude de la paranoïa. Ce bref rappel fait ensuite place plus importante à une autre étude de cas, celui du président Schreber. Dans cette étude il y apparaît que Schreber, dont Lacan décrit la relation à Dieu comme « une érotomanie mortifiante » est avant tout atteint d'un trouble du langage.

Lacan s'appuie sur les travaux des linguistes sur le signifiant et le signifié pour établir sa théorie d'un « inconscient structuré comme un langage ». Ce langage qui selon lui a une utilité dépassant la signification des choses puisqu'il fait le sujet. L'articulation entre le signifiant du registre Symbolique et le signifié Imaginaire vient donner du sens aux phénomènes du Réel. Or, nous dit Lacan dans ce séminaire, le sujet psychotique dans sa confrontation avec la réalité se trouve face à un trou : « Dans la psychose au contraire, c'est bel et bien la réalité elle-même qui est d'abord pourvue d'un trou, que viendra ensuite combler le monde fantasmatique. » C'est cette altération de l'articulation signifiant-signifié qui pour Lacan constitue un des ressorts fondamentaux de la psychose.

c) Bolzinger, la forclusion du Nom-du-Père

Dans un article paru dans *l'Evolution psychiatrique*, Bolzinger (19) évoque le cheminement à la croisée de Janet (avec la psychasthénie) et de Kretschmer (pour le caractère sensitif) qu'employât Lacan pour sa thèse ; tandis que le cheminement pris pour la reprise du cas Schreber dans le Séminaire III (1955) se rapproche de Kraepelin.

Pour Lacan, l'érotomanie de Schreber est une érotomanie mortifiante et divine. Il impute à Dieu l'origine de ce qui lui vient « je suis la femme qu'il manque à Dieu ». Il s'agit d'une certitude persécutive que Dieu, auquel d'ailleurs Schreber disait ne pas croire, jouit de lui. Ainsi cette érotomanie n'est pas du registre du désir mais de celui de la jouissance et Schreber se démontre bel et bien paranoïaque puisqu'il identifie « la jouissance dans le lieu de l'Autre ». Le témoignage de Schreber, par son discours délirant, est celui du défaut de castration par forclusion d'un signifiant qui signerait la jouissance : celui du *Nom-du-Père*.

Le *Nom-du-Père* est du registre symbolique, il est ce par quoi l'ordre symbolique tient debout, le garant de la Loi. C'est en ce sens que Lacan théorise ce concept dans le séminaire III. Il s'appuie sur la notion de père symbolique de *Totem et Tabou* de Freud. La *forclusion du Nom-du-Père* est donc « un accident (...) qui donne à la psychose sa condition essentielle avec la structure qui la sépare de la névrose ». Lors de la forclusion à la place de l'Autre, l'ordre symbolique s'écroule, l'insensé y surgit. C'est l'échec de la

métaphore paternelle (36).

Bolzinger conclut, à la relecture du cas d'Aimée avec des données catamnétiques, qu'Aimée possède un discours fondé sur des expansions imaginatives ; son délire possède la structure d'un roman passionnel. Il en va autrement pour le président dont le raisonnement est diffluent, abstrait, avec nombre de figures métonymiques et une absence de capacité de métaphore, comme il est illustré dans sa graphorrhéique autobiographie. Le délire de Schreber n'est pas passionnel mais plutôt caractérisé par les troubles du langage du fait de la forclusion, ce qui n'est pas le cas d'Aimée.

L'auteur s'avance à classer dans le classique groupe des paranoïas le délire d'Aimée comme un délire sans forclusion, soit un délire sans psychose.

d) Maleval, l'hainamoration

Maleval en 1989 (37) rappelle, en reprenant l'introduction de Lacan de la réédition des *Mémoires d'un névropathe*, que l'érotomanie de Schreber est à entendre comme solution de non-symbolisation de la jouissance sous la férule du phallus. Est également évoquée l'érotomanie clérambaldienne d'Aimée envers le Prince de Galles qui, en contre-balancement de la vindication et la haine envers Hugnette ex-Duflos, forment une réduction-condensation spéculaire de ce que Lacan appelait l'hainamoration. Ce néologisme lacanien met en relief le fait que l'amour et la haine sont liés dans une inextricable interaction (38). En articulant l'amour et la haine avec la fascination, cette dimension devient patente.

e) Soler, le Pousse-à-la-femme et l'éroticomanie

« Les manifestations érotomaniaques
sont dans la psychose à la fois si
fréquentes et si polymorphes que la
question de l'unité et la portée du
phénomène se pose »

Dans l'article *Structure et fonction des phénomènes érotomaniaques de la psychose* (21), Colette Soler – en reprenant les éléments de Freud sur la grammaire

homosexuelle du président Schreber, la formule logique du phénomène passionnel pour de Clérambault ainsi que le cheminement de Lacan sur l'*éros du psychosé* – questionne en quoi l'amour érotomaniac est différent de l'amour « normal ». Cette question amène un rappel sur ce que Lacan a défini comme le *Pousse-à-la-femme* et conduit l'auteure à développer le concept d'*érotomanie*.

(1) *Le Pousse à la Femme*

En 1955, Lacan déclare qu'il est impossible de concevoir la folie sans avoir recours à la théorie médiévale de l'amour, à savoir une relation extatique à l'autre. Puis en 1975, à Yale, que la psychose est une faillite de l'amour.

Nous avons vu que pour Freud, le discours érotomaniac est un moyen de rétablir une norme par un semblant d'hétérosexualité. Le phénomène projectif dans lequel s'illustre la phrase « ce qui a été aboli du dedans revient du dehors », et donc la perception que le désir vient de l'extérieur – ce qui fait le trait diagnostique différentiel entre névrose et psychose – est repris par Clérambault dans sa formulation du postulat « c'est l'Objet qui a commencé en premier ». Soler dégage donc de la position érotomaniac deux principes :

- L'Autre est identifié comme le lieu de la jouissance,
- Il n'existe pas de remise en question sur le postulat mais des certitudes.

La jouissance imposée et effractive venant de Dieu n'est pas normée, non tempérée par une mesure ou une loi donc, non soumise à la régulation phallique. Ici, pour Schreber, le travail délirant vient tenter de reconstruire une réalité où cette charge menaçante et sans limite « ces limites ont cessé de s'imposer » (27) pourrait être acceptée par le sujet : « ce n'est pas pour être forclos du pénis, mais pour devoir être le phallus que le patient sera voué à devenir une femme » (34). Ainsi Schreber se doit d'être l'exception, nous dit Soler, « l'Une qui supplée au Nom-du-Père », Lacan écrit « faute de pouvoir être le phallus qu'il manque à la mère, il lui reste la solution d'être la femme qu'il manque aux hommes ». Puisque cette jouissance n'est pas phallique car non marquée du sceau de la castration symbolique, elle est donc féminine et Schreber « n'est pas jouît comme

un homme ». C'est donc là où le délire va pousser Schreber à une place féminine vis-à-vis de cette jouissance reçue de l'extérieure.

(2) *L'érotomanie*

La jouissance imposée vient en réponse à la menace d'éviration que Schreber évoque dans ses mémoires (27). Si l'on suit le discours de Schreber quant à son érotomanie, il n'est nullement question d'amour ou de désir. La jouissance qui, rappelons-le, doit se considérer en épistémologie psychanalytique au-delà de la dimension de la sexualité génitale, prend ici la polarité sexuelle du fait de la tentative par le travail du délire de régulation sous une norme phallique. La position féminine vis-à-vis de cette jouissance est appelée *érotomanie* par Soler ou *manie de jouissance*. Dans cette manie le sujet est aspiré par un idéal divin où la jouissance est en réponse à la parole de l'Autre

Ainsi quand l'érotomanie est une prothèse de la forclusion se jouant dans le registre de l'amour, l'*érotomanie persécutive* est d'avantage un symptôme même de la psychose dans le registre de la jouissance. Pour Soler, amour et jouissance sont deux solutions autogènes de la psychose dont les modalités de déclinaison valident d'une certaine façon la dichotomie entre érotomanie pure et érotomanie associée, mais également rendent raison à Freud où tout est affaire de paranoïa.

Dans cette théorie, la fonction du phénomène érotomaniaque est de renouer au signifiant du sexe une jouissance forclosée du symbolique faisant retour dans le réel.

Lacan, et après lui, ses « exégètes » se sont essayés à une lecture nouvelle des érotomanies du président Schreber et d'Aimée à partir des concepts développés au fil de l'enseignement de Lacan.

Il en ressort que l'érotomanie peut se décliner sous deux aspects différents. L'un où il est plus question d'amour où l'érotomanie est une des deux facettes de l'hainamoration ; et l'autre où le processus érotomaniaque va venir normer une jouissance venue de l'extérieur perçue comme absolue et ravageante.

E. DE LA DEUXIEME MOITIE DU XX^{EME} SIECLE A AUJOURD'HUI : PLACE ACTUELLE DE L'EROTOMANIE

1. L'EROTOMANIE CHEZ LES AUTEURS ANGLO-SAXONS

Force est de constater que jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, la majorité des publications ayant attiré à l'érotomanie ont été faites par des auteurs francophones ou, d'une mesure moindre, germanophones. Nous allons maintenant voir quels sont les débats qui ont animé la littérature médicale anglo-saxonne.

a) Arieti

Silvano Arieti fait apparaître l'érotomanie dans l'*American Handbook of Psychiatry* de 1959, alors qu'il ne considère l'érotomanie que comme symptôme d'une schizophrénie ou d'une paranoïa, donc n'existant pas seule. Négligeant le reste des psychoses passionnelles, il lui accole le nom de *Clerambault's syndrome* (39).

Bien que cette place soit très marginale, comme en fait état le titre sans ambiguïté du chapitre « *Rare, unclassifiable, collective and exotic psychotic syndromes* » de l'ouvrage, le concept d'érotomanie est régulièrement attaqué dans la littérature anglo-saxonne.

b) Lehmann

Lehmann, dans le chapitre « *Troubles psychiatriques rares* » du *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (1967) écrit « qu'il serait judicieux de ne plus perpétuer dans la littérature l'existence de ce syndrome contestable ». Cette proposition s'appuie sur trois arguments :

- l'exclusion des noms propres de la nomenclature médicale ;
- la « nécessité d'en terminer avec les regroupements symptomatiques ne correspondant à aucune entité nosographique clairement établie » ;
- le risque de confusion du *Clerambault's syndrome* anglophone avec le *Syndrome*

d'automatisme mental de Clérambault francophone et avec le *syndrome d'influence ou de possession* (confusion poussée au maximum avec l'adjonction de Kandinsky au *Clerambault's syndrome* pour désigner sans doute un peu tout cela à la fois) (39).

c) Taylor

D'autres auteurs ont insisté sur les formes essentielles d'érotomanie même si encore une fois décrites comme rares. C'est le cas de Taylor (8) qui a défini les critères de pureté suivants :

- la présence d'un délire selon lequel un sujet (le plus souvent une femme) est aimé par un homme ;
- la femme a très peu, ou aucun contact avec l'homme ;
- l'homme n'est en aucun cas accessible parce qu'il occupe une situation sociale très élevée qui serait en péril s'il avouait ses sentiments ;
- l'homme est conçu comme ayant un profond intérêt pour celle-ci ;
- en dépit du délire érotique la femme reste chaste.

Là encore, ces critères de pureté, assez éloignés des énonciations du Postulat (l'initiative de l'objet n'y est pas évoquée), viennent davantage refléter les anciennes descriptions d'Esquirol, notamment en ce qui concerne la chasteté.

d) Hollender et Callahan

Reprenant également ce débat sur les formes pures ou mixtes, Hollender et Callahan (40) (1978) distinguent deux formes, tout en précisant que l'une comme l'autre répondent très mal à la psychothérapie :

- l'érotomanie primaire : de début brutal, d'évolution figée d'un délire chronique à placer du côté de la paranoïa ;

- la forme secondaire: de début progressif, associée à des symptômes schizophréniques.

e) Seeman

Seeman (8) (1978) distingue deux groupes, « les fixes » et « les récurrents ». Le patient type du premier groupe est dépendant, timide, avec un délire chronique fixe dans lequel l'objet est « ordinaire » ; le second est, quant à lui, indépendant, agressif, impulsif avec des délires érotomaniaques récurrents où les objets, se succédant dans le temps, sont plus puissants et ont eu un contact antérieur avec le sujet.

Les patients du premier groupe, à l'insertion pauvre et la vie sexuelle faible, sont souvent schizophrènes, plus sérieusement malades, avec un délire fixe malgré le traitement qui s'avère peu efficace. Le délire apparaît alors comme une défense contre une faible estime de soi, la sexualité et les agressions extérieures.

Dans le second, les patients sont mieux intégrés, possèdent une vie sexuelle plus active, les éléments délirants s'intègrent dans un trouble bipolaire donc plus intenses mais de durées plus courtes et d'évolutions rémittentes. Les délires, défenses contre une homosexualité ou un sentiment de compétitivité, rétrocedent spontanément, sous traitement médicamenteux ou psychothérapie faisant de ce groupe un groupe « moins malade ».

f) Rudden et Gilmore

Cette distinction en deux groupes est également reprise par Rudden et Gilmore (41) qui décrivent une forme primaire d'érotomanie s'opposant à une forme incluse dans une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif. Il s'agit là de femmes hétérosexuelles, bien insérées socialement, dont le délire évolue de façon intermittente.

g) Ellis et Mellsop

En 1985, les néo-zélandais Ellis et Mellsop (42) publient une revue de la littérature dans le *British Journal of Psychiatry* reprenant les cas d'érotomanie publiés entre 1966 et 1983 en langue anglaise. Les auteurs s'astreignent à définir des critères d'érotomanie

primaire à partir de l'œuvre de Clérambault :

- présence d'une conviction délirante d'une communion amoureuse entre un sujet et son objet ;
- le délire est de début brutal et d'évolution chronique ;
- l'objet, de rang social supérieur, est le premier à tomber amoureux et le premier à faire des avances ;
- l'objet reste inchangé et le sujet fournit des interprétations au comportement paradoxal de l'objet ;
- l'absence d'hallucinations.

Au terme des 58 cas étudiés sur 17 ans, il ressort qu'aucun ne satisfait l'intégralité des critères d'érotomanie primaire. De ces cas, donc secondaires, chacun s'intègre dans une schizophrénie paranoïde, une psychose maniaco-dépressive ou encore un trouble cérébral organique. Ainsi, deux ans avant sa réintroduction dans le DSM-III-R, les auteurs concluent à la question « le syndrome de Clérambault : une entité nosographique ? » que ce syndrome a une existence contestable et donc qu'il doit être écarté de la littérature psychiatrique.

h) Signer

Nous verrons plus en détail, dans un chapitre consacré, qu'en 1991, Signer (43) reconsidère les psychoses passionnelles au travers des troubles de l'humeur. L'introduction de l'article mentionne un concept similaire aux paranoïas de Kraepelin et l'auteur regrette la non-parution d'un volume sur l'érotomanie par De Clérambault dont « l'autorité ne repose que sur neuf cas publiés, comportant plusieurs commentaires ». Selon lui, la plupart de ces cas révèlent probablement un trouble de l'humeur qui serait donc princeps. Signer propose une explication à la persistance d'une forme autonome dans la psychiatrie française. Il se base sur l'idée d'une psychiatrie française opérant un retour à la clinique pure de Pinel et Esquirol lors du déclin de la théorie de la dégénérescence, tandis qu'outre-Rhin dominaient les théories de Kraepelin sur la

paranoïa englobant en leurs définitions les psychoses passionnelles. Cette nosologie, indépendante et sans équivalence sur le continent, aurait été renforcée par les défaites nationales et militaires successives contre l'Allemagne...

i) Kennedy

Dans leur étude de 2002 sur 15 patients érotomaniaques, Kennedy et al. (44) accordent un crédit aux critères de pureté définis par Ellis et Mellsop (auxquels ils ajoutent « l'apparition en période de lucidité ») puisque deux patients sur les quinze sont à 100%, cinq à 80 %, sept à 70 % et un à 50%. Ils précisent également que si des hallucinations sont présentes, elles le sont souvent en tant qu'hallucinations tactiles telles qu'évoquées antérieurement par Krafft-Ebing et Kraepelin. Cependant, les auteurs, préférant être prudents en relativisant leurs données par la taille réduite de l'échantillon, ne retrouvent pas d'association entre les groupes « fixes » ou « récurrents » décrits par Seeman et les pathologies qui leur ont été associées.

j) Jordan

Quatre ans plus tard, Jordan publie un article (45) où il reprend l'histoire d'une patiente érotomane, sur laquelle il avait déjà publié en 1980 (46), qui a bénéficié de multiples antipsychotiques et séances d'ECT n'ayant pu que canaliser les différents états d'agitation et comportements dangereux sans atteindre le noyau délirant, intact après 34 ans d'évolution. Il cite également dans ce papier un second cas similaire, et après avoir énuméré les possibles raisons « d'oubli » de l'érotomanie par les psychiatres (forme symptômes, forme rémittente, rareté) plaide pour que ce diagnostic en tant qu'entité propre soit reconnu « car pas si rare que cela » à ceci près « quand on sait le reconnaître ».

k) L'exception culturelle française ?

Force est de constater que si, nombre d'auteurs anglo-saxons ont cherché à faire disparaître l'érotomanie de la littérature psychiatrique, sa légitimité ne fait que peu de doute au sein de la psychiatrie française, même si le débat sur la forme primaire/secondaire, pure/associée continue...

Pourquoi la France s'attache-t-elle tant à ce diagnostic régulièrement attaqué par nos analogues étrangers et pourtant constaté dans de nombreux pays de continents différents (47,48).

Edward Shorter de Toronto a fait parvenir, depuis le Canada, un article intitulé « *l'érotomanie un diagnostic gallicisé* » au journal *Nervure* (49), suite aux numéros consacrés à l'érotomanie. La situation particulière du syndrome de Clérambault en France apporte selon l'auteur « une certaine lumière sur les sources de cet individualisme de la France ». Shorter avance deux raisons, qu'il qualifie lui-même l'une de très particulière et l'autre des plus spéculatives, à cet attachement à « de tels diagnostics périmés » :

- La première est l'héritage de Lacan, qui rejetant l'automatisme mental comme explication de la paranoïa, a tout de même souhaité rendre hommage à « son seul maître » en s'inscrivant dans sa filiation pour ce qui est de l'érotomanie ;
- La seconde, plus sociologique, est celle d'une pathologie devenue exclusivement française au cours du XX^{ème} siècle. Shorter rappelle le manque d'affection chez les érotomanes et relie ceci au mode de garde particulier qu'est *la mise en nourrice* dont la France « se targue » mais nuisant au lien mère-enfant et de fait générateur d'individus démunis émotionnellement et ainsi en proie, à l'âge adulte, à de tels symptômes psychotiques...

Outre-Atlantique se rejoue donc la polémique française des décades antérieures : l'érotomanie est-elle primaire ou secondaire, et, si elle est secondaire, existe-t-il un intérêt à en faire mention ?

L'opinion est divisée sur ce sujet et si certains auteurs arguent pour une disparition de l'érotomanie du fait de son caractère rare et n'évoluant jamais seule, d'autres plaident pour un maintien de ce syndrome en tant qu'entité autonome – lui définissant alors des critères de pureté – qui ne serait pas si rare bien que très peu fréquente.

Certaines raisons historiques comme sociologiques ont été avancées pour expliquer l'intérêt de la psychiatrie française pour une forme pure.

2. L'ÉROTOMANIE DANS LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

a) Le DSM

La première édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM) paraît en 1952 sous l'égide de l'American Psychiatric Association. La première édition – comme la seconde – se veut une collecte d'informations statistiques des hôpitaux états-uniens de l'époque. La psychopathologie y est présente puisqu'en ce début des années cinquante, le courant psychanalytique reste fortement présent outre-Atlantique.

Le DSM-I recense 60 pathologies et fait mention de l'érotomanie dans les diagnostics supplémentaires. La seconde édition, en 1962, n'en fera pas de même et officialise donc une première disparition de l'érotomanie des classifications (39,49).

La première version du DSM-III paraît en 1980. Dirigée par Robert Spitz, cette nouvelle mouture souhaite faire table rase des discussions étiopathogéniques et se consacre à l'observation des symptômes sans s'épancher sur leurs origines. L'ouvrage théoriquement athéorique simplifie grandement la catégorisation des psychoses et occulte l'érotomanie ainsi que nombre de « petits syndromes particuliers » (49).

Le DSM-III marque un tournant dans l'histoire de la psychiatrie puisqu'il s'agit pour la première fois d'une unification des critères diagnostiques. Censée, à l'origine, avoir été réalisée pour harmoniser les cohortes des études, cette lecture du trouble psychique trouve écho avec le développement impressionnant, depuis une trentaine d'années, de la pharmacopée psychiatrique (la première utilisation de la Chlorpromazine par Delay et Deniker date de 1952, après les travaux de Laborit). Cette nouvelle dimension thérapeutique peut également servir de grille de lecture du soin apporté au sujet par la voie de ses symptômes curables, *a fortiori* s'ils sont graduables sur une échelle.

Le délire érotomane réapparaît dans les classifications internationales à partir du DSM-III-R (1987) (50) dans la catégorie du *Trouble Paranoïaque*. La description qui en est faite – d'ailleurs plus proche d'une description classique type Esquirol que d'une description à la Clérambault – réintroduit l'érotomanie comme une entité clinique, suite

aux débats contradictoires entre différents auteurs américains quant à sa validité en tant qu'entité clinique autonome. Le DSM est alors fidèle à l'idéologie américaine en cours, à savoir celle d'une érotomanie comme thème délirant plus qu'une maladie « essentielle ».

Ce *Trouble Délirant* de la catégorie 297-10 a pour caractéristique essentielle la présence d'un délire persistant, non bizarre et non dû à un autre trouble mental comme la schizophrénie (où les idées délirantes seraient « bizarres », néanmoins le DSM précise que cette bizarrerie est difficile à estimer), le trouble schizophréniforme ou un trouble de l'humeur. Il n'est pas non plus déclenché ou pérennisé par un trouble organique ou une substance exogène. C'est au sein des différents thèmes délirants pouvant être multiples, même si généralement un thème prédomine, que nous retrouvons l'érotomanie au côté des thèmes de jalousie, d'hypocondrie, de grandeur et de persécution. La description du thème respecte le Postulat clérambaldien « être aimé par quelqu'un d'autre » sans mention de réciprocité. Le délire est habituellement idéalisé et romantique, consistant plus en une union spirituelle qu'en une attirance sexuelle. Il est fait mention du statut généralement élevé de l'Objet mais qui peut également être inconnu. Sont également cités le risque de harcèlement et autres complications médico-légales, ainsi que l'évolution : « variable »...

C'est, mêlé dans cette catégorie de *Trouble Délirant* recouvrant indistinctement, si ce n'est sur la variation thématique, une partie des psychoses passionnelles de Clérambault mais surtout les délires chroniques non schizophréniques de l'Ecole Française, que Munro mènera des études thérapeutiques de cohortes. L'auteur proposera d'ailleurs de nouveaux critères pour ces Troubles Délirants (51) :

- le trouble délirant est primaire, un trouble stable, impliquant un fort sentiment d'autoréférence ;
- les délires ont une cohérence interne et peuvent persister toute la vie ;
- le trouble tend à avoir un thème prédominant, cependant les délires varient entre patients ;

- il n'y a habituellement pas d'autre perturbation du comportement ;
- les hallucinations ne sont pas majoritaires ;
- les cas tendent à survenir dans un contexte de personnalité anormale.

Le DSM-IV puis le IV-TR ne voient que peu de variation quant à la description du trouble érotomaniac, toujours considéré comme sous-type du Trouble Délirant. Nous livrons donc ici la version du DSM-IV-TR traduite par JD Guelfi (52) :

Tableau 1 - Critères diagnostiques du Trouble délirant selon le DSM-IV-TR (297.11)

A.	Idées délirantes non bizarres (c.a .d. impliquant des situations rencontrées dans la réalité telles que : être poursuivi(e), empoisonné(e), contaminé(e), aimé(e) à distance, ou trompé(e) par le conjoint ou le partenaire, ou être atteint(e) d'une maladie), persistant au moins 1 mois.
B.	N'a jamais répondu au critère A de la schizophrénie.
C.	En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.
D.	En cas de survenue simultanée d'épisodes thymiques et d'idées délirantes, la durée totale des épisodes thymiques a été brève par rapport à la durée des périodes de délire.
E.	La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Tableau 2 - Spécification du type (la désignation des types suivants est fondée sur le thème délirant prédominant)

Type érotomaniac	idées délirantes dont le thème est qu'une personne, habituellement d'un niveau plus élevé, est amoureuse du sujet
Type mégalomaniac	idées délirantes dont le thème est une idée exagérée de sa propre valeur, de son pouvoir, de ses connaissances, de son identité, ou d'une relation exceptionnelle avec une divinité ou une personne célèbre

Type de jalousie	idées délirantes dont le thème est que le partenaire sexuel du sujet lui est infidèle
Type de persécution	idées délirantes dont le thème est que l'on se conduit d'une façon malveillante envers le sujet (ou envers une personne qui lui est proche)
Type somatique	idées délirantes dont le thème est que la personne est atteinte d'une imperfection physique ou d'une affection médicale générale
Type mixte	idées délirantes caractéristiques de plus d'un des types précédents, mais sans prédominance d'aucun thème
Type non spécifié	

Quelques détails sont donnés quant au sous-type érotomaniaque :

« Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central est la conviction d'être aimé par une autre personne. L'idée délirante se rapporte habituellement à un amour romantique et à une union spirituelle idéalisée plutôt qu'à une attirance de type sexuel. La personne qui est l'objet de cette conviction est habituellement d'un niveau social plus élevé que le sujet (p. ex., un personnage célèbre ou un supérieur hiérarchique), mais il peut s'agir d'un sujet que le patient n'a jamais rencontré. Habituellement, le patient s'efforce d'entrer en contact avec l'objet de son délire (par l'intermédiaire d'appels téléphoniques, de lettres, de cadeaux, de visites, voire en l'épiant et en le traquant), bien qu'il puisse, dans certains cas, cacher son délire. La majorité des cas rencontrés en clinique concernent des femmes, la majorité des cas médico-légaux sont des hommes. Certaines personnes souffrant de ce trouble, surtout des hommes, entrent en conflit avec la loi, soit du fait de leurs efforts pour poursuivre l'objet de leur délire, soit en raison de tentatives malencontreuses pour « sauver » ce dernier d'un danger imaginaire.»

Le DSM-5 (53), bien que non encore traduit en français, est similaire aux éditions précédentes pour ce diagnostic.

b) Les équivalences dans la CIM

Pour ce qui est de la Classification Internationale des Maladies (CIM), qui à sa sixième édition de 1949 est la première classification à intégrer les troubles mentaux (49), elle suit assez fidèlement l'histoire de l'érotomanie. En effet, la huitième édition (1967) mentionne l'érotomanie à une place marginale dans la catégorie bigarrée *Déviations sexuelles: Autres* où l'érotomanie côtoie narcissisme, nymphomanie et nécrophilie. Cela avant que la neuvième ne l'occulte complètement de sa section principale (1977) laissant seuls les fétichistes, masochistes et sadiques dans la catégorie *Autres*. L'érotomanie n'y est mentionnée qu'en toute fin de manuel avec les pathologies désuètes mais encore rencontrées, comme *la mélancolie climatérique*. La dernière édition de la CIM, la CIM-10 (54) reprend le concept de *Trouble Délirant* (F22.0) tel que mentionné dans le DSM-IV. La principale différence consiste en une durée, devant être au minimum de 3 mois. L'érotomanie n'y est pas mentionnée explicitement, au contraire de la paranoïa, de l'état paranoïaque, de la paraphrénie (tardive), de la psychose paranoïaque et du délire de relation des sensitifs mais le contenu « variable » des idées délirantes lui laisse la porte ouverte.

La place de l'érotomanie dans les différentes classifications internationales est à l'image des débats ayant eu cours chez les auteurs anglo-saxons durant leurs genèses.

Présente à une place marginale dans les années 1950-1960, elle disparaît dans les années 1970 – début des années 1980 avant de réapparaître dans le DSM-III-R sous la forme de *Trouble Délirant*.

Le *Trouble Délirant* regroupe indistinctement tout trouble délirant chronique non schizophrénique.

3. QUELQUES DONNEES D'EPIDEMIOLOGIE

« *Erotomania is a rare delusional syndrome...* » Cette phrase qui introduit la majeure partie des articles anglo-saxons ayant attiré à l'érotomanie met d'emblée en avant le caractère jugé peu fréquent de ce trouble.

Peu d'études ont été consacrées à l'épidémiologie de l'érotomanie. Néanmoins quelques chiffres trouvés dans la littérature médicale : incidence de 15 cas pour 100 000 personnes avec un sex ratio de 3 femmes pour 1 homme (55). Egalement, Rettersol et Opjordsmoen en 1991 (cité par 44) citent une prévalence de 0.3% patients érotomanes dans une cohorte de 1082 patients hospitalisés. Pour Rudden et al. (41) l'érotomanie représenterait 10 % des troubles délirants, serait plus fréquente chez la femme mais également plus difficile à diagnostiquer par les classifications de l'époque (DSM-III).

Kennedy et al. (44) (2002) ont recruté 15 patients érotomanes sur un an, par annonce passée auprès des psychiatres d'une zone de 400 000 habitants (deux patients n'ont pu être contactés et un a refusé l'entretien). Ils en tirent les données suivantes :

- Sex ratio : 73% (n=11) femmes pour 27 % (n=4) hommes
- Âge moyen : 44.6 +/- 9 ans.
- La durée des troubles allait de trois mois à 18 ans (moyenne 7.5ans +/- 6.3).
- 8 sujets célibataires, 3 séparés, 3 mariés, 1 en veuvage.
- La majorité (n=12) est au chômage ou en pension d'invalidité.
- 40 % (n=6) ont souffert d'absences répétées d'un parent ou de sa perte avant l'adolescence.
- Presque la moitié (n=7) a un antécédent psychiatrique chez un parent du premier degré. Trois ont un parent présentant un trouble délirant persistant et deux ont une possible schizophrénie.
- Six sujets n'ont jamais eu de relation sexuelle, 7 ont eu entre 1 et 3 partenaires et 2 ont plus de 4 partenaires.

C'est en 2002 également que Brüne (56) publie un article sur l'érotomanie dans une

perspective évolutionniste. Il s'astreint à une revue des 246 cas publiés d'érotomanie dans cette optique et en fait ressortir les données épidémiologiques suivantes (lorsqu'elles sont présentes) en fonction du sexe :

Tableau 3 – Quelques caractéristiques épidémiologiques des patients érotomanes en fonction du sexe selon Brüne.

Critères	Femmes	Hommes
Sex ratio	69,1%	30,9%
Âge moyen au début des troubles (en années)	33,5	28
Sujets célibataires	76,4%	94,9%
Statut social prédominant	Moyen à 59%	Bas à 55,1%
Objet unique	82,2%	79%
Âge de l'Objet	Plus âgé à 73,5%	Plus jeune à 66,7%
Statut plus élevé de l'Objet	86,8%	72,3%

Rappelons ici le travail fait par Debrus et Edel (paru dans un dossier de Nervure sur l'érotomanie (12)) où sont repris les 117 certificats de Clérambault contenant le terme *érotomanie* ou l'adjectif *érotomaniaque* et les 37 où le syndrome érotomaniaque y est clairement décliné.

Il en ressort que la majorité, 80%, sont des femmes pour 20 % d'hommes. La distribution des âges se fait entre 20 et 60 ans avec 1 cas de moins de 20 ans et 5 de plus de 60. Les auteurs précisent que ces données sont en accord avec les normes sociales ayant cours à l'époque. Le statut professionnel est mentionné dans 70 % des cas. Chez les femmes, il s'agit d'emplois modestes, dans 53 % des cas, tels qu'employées de maison, employées de couture, ouvrières, ...; 19 % sont déclarées sans profession et 18% ont une activité autre ou plus élevée (commerçantes, enseignantes, « cadres

moyens », professions paramédicales). Les statistiques chez les hommes sont 55 % d'ouvriers, 45 % d'artisans, enseignants, employés et divers.

Si les données relatives au sexe et à l'âge semblent pouvoir se superposer à plus de 80 ans d'écart, il n'en va pas de même pour le statut socio-professionnel. La désinsertion semble beaucoup plus nette à notre époque. Il est permis de voir, derrière cette évolution des statistiques, un possible reflet du traitement des sujets psychotiques dans notre société. Si auparavant les soins prodigués étaient sans doute moindre (car peut-être d'un accès plus difficile), il semble néanmoins que le milieu social et familial « acceptait » ces sujets avec leurs pathologies et continuait de les intégrer en leur sein.

Les données épidémiologiques relatives à l'érotomanie sont rares.

Néanmoins de ces quelques données peut ressortir un profil type du patient érotomane : il s'agit d'une femme de 30 à 40 ans vivant seule, ayant une activité sexuelle pauvre et sans activité professionnelle. L'absence d'un des parents est souvent retrouvée et il y a fréquemment un trouble psychiatrique dans les ascendants. Le trouble dure de quelques mois à plusieurs années.

Ces données actuelles recoupent celles de l'époque de Clérambault sur l'âge et le sexe. La désinsertion socio-professionnelle est plus marquée à notre époque. Cela est-il à interpréter comme un marqueur de l'évolution sociétale vis à vis des maladies mentales ?

4. *DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS*

Avant de passer en détail les différents processus pouvant soutenir une érotomanie secondaire, il est nécessaire de rappeler ce qui n'est justement pas une érotomanie, donc des diagnostics différentiels, qu'ils soient à éliminer ou à évoquer en pratique clinique. En liminaire, et c'est donc par-là que nous commencerons ce chapitre, il convient également de distinguer la passion « normale » de l'érotomanie dans son registre passionnel.

a) Ce qui n'est pas de la psychiatrie

*« Je le vis, je rougis, je pâlis à sa vue
Un trouble s'éleva dans mon âme éperdue
Mes yeux ne voyaient plus, je ne pouvais parler »*

Cet extrait de *Phèdre* de Racine illustre, selon Michel Demangeat (57), les deux motifs que sont la « passion amoureuse » et « l'illusion ».

Nous avons vu l'ancrage historique de l'érotomanie, cette illusion délirante d'être aimé, dans le champ passionnel. Il y eut d'abord Pinel évoquant la passion dans le déterminisme psychopathologique de l'aliénation mentale. Au début du XX^{ème} siècle, Ribot (58) – pour qui la passion est comprise comme une inclinaison qui s'exagère et s'installe à demeure et se fait centre de tout – s'interrogea également si la folie est une passion qui finit ou si la passion est une folie qui se prépare. Puis vint l'autonomisation des psychoses passionnelles par Clérambault et la crête passionnelle de Perrier, intermédiaire entre l'état passionnel névrotique et la psychose passionnelle. Il convient donc de différencier la passion sans délire du délire avec passion (59). Cette distinction se fait, selon P. LÔO (60), non selon le thème du délire mais par sa nature et son mécanisme.

Bien que nous ayons vu l'inconstance du Postulat dans sa forme la plus claire, il convient de ne pas qualifier d'érotomane, tout patient ou patiente pouvant donc éprouver un quelconque sentiment possiblement inadapté envers un Objet particulièrement s'il est médecin, et surtout psychiatre ou psychothérapeute. La déclaration, même la plus

enflammée, n'est érotomaniaque que si elle est sous-tendue par une conviction de réciprocité des sentiments.

Dans son article *L'érotomanie ou la folie de l'amour chaste*, Benjamin Ball conclue par cette phrase : « et quand vous verrez un homme poursuivre depuis longtemps un rêve insensé, par des moyens absurdes, vous pourrez, par la forme même de ces manifestations, déclarer qu'il s'agit d'un érotomane et non d'un simple amoureux » (10).

Rosolato (61) rappelle Clérambault cherchant dans le réflexe occulo-cardiaque le substratum physiologique de l'idéation passionnelle et distingue *l'état passionnel morbide* de *l'affectivité* ainsi que de la *passion simple*. Ce sont l'intensité, la véhémence, la permanence, les passages à l'acte et l'éclosion – en coup de foudre – d'affection ou de colère, suscitant d'emblée le délire dans sa totalité qui permettent de différencier ces deux états.

Pour Demangeat (57), l'érotomanie est l'exemple « le plus caractéristique de l'illusion amoureuse », néanmoins qui est à différencier de l'illusion de la *Grande Passion* comme celle de Phèdre envers Hippolyte. L'auteur cite également Sophie de Mijola pour qui l'illusion est différente – de par sa temporalité introduisant l'espoir – de la certitude actuelle de l'idée délirante.

D'après Lemaire (62), c'est également le délire qui constitue la ligne de partage entre la passion et la psychose passionnelle. Le passionné, lorsque son objet se retire, a la possibilité d'un renoncement et d'un travail de deuil ; chose impossible pour le délirant qui s'obstinera « malgré les évidences » ou recréera une néo réalité toute aussi délirante (comme lorsque Désirée change d'objet) afin de préserver cette relation à l'objet. Nous aborderons cette question du délire et du travail de deuil un peu plus en détails ultérieurement.

Dans son manuel de psychiatrie, Henri Ey (63) détaille les caractères cliniques différenciant les délires passionnels (jalousie et érotomanie) de la passion normale.

- 1) les délires passionnels se produisent sur fond de déséquilibre caractériel ;

- 2) ils s'accompagnent d'un cortège de troubles (...) réalisant des moments féconds qui témoignent d'un bouleversement de la vie psychique ;
- 3) ils sont pathologiques et délirants parce que la passion - même si elle est insérée dans une situation réelle – a une structure essentiellement imaginaire. Soit ses composantes et personnages sont irréels soit la réalité de la situation est débordée ou éclipsée par la projection des phantasmes plus ou moins inconscients² ;
- 4) l'évolution est si typique qu'il est possible d'en prévoir le cours ;
- 5) ces délires procèdent dans leur structure même de la rigidité systématique de la passion qui en constitue l'axe. Ce sont les blocs idéo-affectifs inébranlables, imperméables à l'expérience et rebelles à toute évidence.

L'érotomanie a de tout temps été liée à la passion, donnant ainsi une coloration si particulière à ce délire.

Si l'excessivité dans l'amour est ce qui peut caractériser la passion, c'est bien le phénomène projectif d'attribution du sentiment amoureux à l'autre ainsi que la certitude « conviction inébranlable » délirante qui signent le processus érotomane.

Il faut également relever les caractères de *permanence*, d'*intensité*, de *véhémence*, la *brutalité* survenant sur des terrains *pré-morbides* et développant un *délire* largement *imaginatif d'évolution typique* et *rigide* avec risque de *passage à l'acte* comme marqueurs différentiels.

² Cette remarque évoque la phrase d'un ouvrage destiné à l'interne de psychiatrie à propos du risque de passer, pour le clinicien, à côté d'un délire de jalousie « il ne suffit pas d'être cocu pour n'être point malade : le délire de jalousie naît parfois d'un élément de réalité ! » (64)

b) Ce qui est de la psychiatrie

Dans sa démarche d'isolation de l'érotomanie, Clérambault a initialement distingué les psychoses passionnelles des délires systémiques et des psychoses comportant un automatisme mental ou des hallucinations (65). Les délires passionnels, dits « en secteur » dont les thèmes sont restreints, subordonnés entre eux et fixes doivent être différenciés des délires systématisés où les thèmes sont multiples, ramifiés selon une idéation « rayonnante » envahissant l'intégralité de la personnalité.

Ainsi, pour Clérambault, *la constitution paranoïaque* se devait d'être bien distincte de l'érotomanie, alors que de nombreux auteurs ont cherché à rattacher les deux. Citons le, lui pour qui « Le paranoïaque délire avec son caractère » et plus précisément « le paranoïaque n'a pas un caractère émotif, il est plus froid et surtout méfiant. Son délire circulaire à thèmes nombreux n'a pas de début nettement déterminé dans l'anamnèse (...) La mégalomanie est plus apparente et concerne des domaines divers (...). Il peut basculer dans une poursuite processuelle et manifester un entêtement dans l'argumentation juridique ; il s'adresse au détenteur de l'Objet plus qu'à l'Objet lui-même. La quérulence, elle, au contraire, garde un fond amical d'espoir dans sa vindicte » (15).

Une fois cette distinction réalisée, il eut à cœur de serrer d'encore plus près le faisceau des signes cliniques, écartant par là même les idéalistes passionnés de Dide, le Platonisme mais, également, de discriminer l'érotomanie du délire émotif de Morel, délire dont la promiscuité se fait par la composante partagée d'émotivité frisant l'hypomanie (61).

La question du diagnostic différentiel psychiatrique de l'érotomanie est complexe.

La forme pure décrite par De Clérambault se distingue des autres psychoses comportant hallucinations et/ou automatisme mental. Il distingue également le délire érotomane d'extension « en secteur » du délire paranoïaque survenant sur une constitution paranoïaque et dont les nombreux thèmes envahissent l'intégralité de la vie psychique du sujet.

Nous avons vu premièrement que nombre d'auteurs tendent à intégrer les psychoses passionnelles au sein des psychoses paranoïaques et, également, que les formes pures sont néanmoins assez rares. Ces données amènent donc légitimement la question des érotomanies secondaires que nous verrons un peu plus tard.

c) Le stalking

Nombre des publications anglo-saxonnes actuelles se rapportant à l'érotomanie déclinent l'érotomanie sur le thème en vogue de *stalking* (« traque furtive » (66) en français). Initialement *stalker* est un mot anglais désignant un rôdeur, un traqueur ou encore un « chasseur furtif et silencieux », comme il le fut dépeint dans le film éponyme d'Andreï Tarkovski en 1979. Le phénomène, désignant les conduites harcelantes de certains admirateurs envers leurs stars fétiches, est nommé du verbe *stalking* au milieu des années 1980, suite à quoi le terme de *stalking* s'est étendu au domaine privé.

En France, Bourgeois, Benezech et Normand (67) lui préfèrent le terme de *dioxis*, ce mot grec traduisant très exactement la traque, la persécution, le désir fort, le harcèlement. Sous ce vocable de *dioxis* se regroupent donc tous messages importuns, tentatives de prise de contact, de menaces dans le domaine sexuel ou autre, avec la notion de dangerosité et risque de meurtre...

La judiciarisation de ce phénomène a presque accompagné sa définition et teinte donc de médico-légal la prise en charge de ces *stalkers* s'ils sont également patients

psychiatriques – ce qui ne représente qu'une minorité parmi les *stalkers* (10 % selon (68)).

Pour Mullen et Pathe (69), il existe différents types de *stalkers* : les *rejetés*, les *en recherche d'intimité*, les *incompétents*, les *pleins de ressentiments* et les *prédateurs*. C'est au sein du groupe des *chercheurs d'intimité* que l'on trouverait les érotomanes, qui constitueraient la moitié de ce groupe dans l'étude qui soutient cette catégorisation. Dans ce groupe les individus sont en recherche d'intimité avec quelqu'un d'identifié comme leur véritable amour, et dont la moitié d'entre eux sont convaincus d'une réciprocité.

Un des intérêts de ces publications est, certes dans une optique sécuritaire, de pouvoir déterminer les facteurs de risque d'un passage à l'acte avec conséquences médico-légales. C'est donc orientées sur cet axe là que différentes études ont été menées afin de dresser un profil type du *stalker* « dangereux ».

Ainsi pour Menzies et al. (1995) (70) sur 29 patients, tous masculins, dont deux relèvent d'érotomanie pure, ce qui peut prédire le passage à l'acte sont les sujets relevant d'un *trouble de personnalité sociopathique* ayant éclos avant l'entrée en érotomanie, ayant des *objets multiples* – les érotomanes n'ayant qu'un seul objet passant moins et l'acte et encore moins sur l'objet. A ces critères se rajouteront par la suite le *bas statut social* et la dimension de *jalousie* associée.

Cette jalousie est également citée par Remington et Jeffries (71) qui présentent trois cas pouvant être rattachés aux délires mégalomanes des jaloux. Dans leurs trois cas, était présente une dangerosité potentielle associée à une excitation maniaque. La composante thymique justifia un traitement par électroconvulsivothérapie (ECT). Les résultats furent de deux succès pour un échec, échec dont les auteurs précisent qu'il s'agit du cas s'approchant le plus de la description classique d'érotomanie.

West et Frideman (72) posent, en 2008, la question sur ce qui rend les professionnels de la santé mentale particulièrement à risque d'être objet. Les auteurs citent la statistique selon laquelle 11% des professionnels ont déjà été victimes de *stalking*.

Sur cette catégorie ce sont les psychiatres et les psychologues les plus exposés, ce qui serait à mettre en lien avec le potentiel des patients à mal percevoir les limites du cadre ainsi qu'à assigner un inapproprié degré d'intimité à la relation qu'il entretient avec son ou sa thérapeute. Les cliniciens, disent les auteurs, ne doivent pas minimiser le comportement de leurs patients et leurs actes. Il est nécessaire de repérer ce qui peut être des prodromes comme les demandes d'informations personnelles ou de rencontres en dehors du lieu de travail, de même que les cadeaux ou messages téléphoniques habituels. Ces données doivent être reprises en travail d'équipe ou supervision. Afin de décourager les *stalkers* potentiels, il est conseillé de protéger ses données personnelles (adresse, téléphone, ...). S'il y a une suspicion de *stalking* prévoir une consultation avec un légiste, la police ou un avocat. Il peut être également nécessaire d'alerter sa famille du risque de danger encouru.

Les principaux risques pour l'Objet de l'érotomane sont ce qui se rapporte au harcèlement et au risque de passage à l'acte agressif. Ce sont ces phénomènes que la littérature anglo-saxonne a regroupé sous le terme de *stalking* dont les professionnels de santé mentale sont souvent objets.

Tout érotomane n'est pas *stalker* et tout *stalker* n'est pas érotomane. Une conviction de réciprocité d'être aimé est retrouvée dans un groupe particulier de *stalkers* : les « chercheurs d'intimité ».

L'étude de ce phénomène a permis de dresser un portrait type du *stalker* au potentiel dangereux : homme, préexistence d'un trouble sociopathique, multiplicité des objets, bas niveau social et dimension de jalousie. Ces critères doivent susciter une vigilance accrue chez le clinicien et/ou l'objet afin de mettre en œuvre les moyens nécessaires à sa protection.

5. *EROTOMANIE SECONDAIRE*

Nous l'avons vu, si De Clérambault s'est échiné à dessiner au plus près les contours d'une forme pure, donnant à une forme secondaire la place d'un syndrome associé à d'autres thèmes délirants au sein d'une psychose, il a reconnu lui-même que ces formes pures étaient rares et que l'atypicité était la règle.

Il en va ainsi d'une certaine fidélité, peut-être involontaire, au Maître du Dépôt en réservant à l'érotomanie dans les manuels anglo-saxons, une place ectopique souvent, associée toujours.

Vient alors ensuite la question des pathologies pouvant, au sein de leur déroulement symptomatologiques, décliner l'érotomanie. La littérature s'y étant intéressée fait état de pathologies psychiatriques comme organiques – bien que les critères B et E du Trouble Délirant dans le DSM-IV-TR les excluent de principe.

L'autre question venant après celle de la nosographie est celle de l'intérêt en thérapeutique, et donc pour le patient, de faire de telles distinctions. Les érotomanies « primaires » se prennent-elles en charge différemment des « secondaires » ? Les enjeux thérapeutiques sont-ils les mêmes qu'il s'agisse d'une érotomanie pure clérambaldienne, d'une érotomanie avec substratum organique ou encore d'une Folie Hystérique ?

a) D'une pathologie psychiatrique

La pathologie psychiatrique la plus apte à donner lieu à un syndrome érotomaniaque semble être la schizophrénie, plus particulièrement dans sa forme paranoïde (44,51) – la revue de Brüne (56) évoquée plus haut trouve dans les 246 cas publiés 38,6% évoquant un *Trouble Délirant* et 33,3% une schizophrénie. Rappelons que dans la définition du DSM-IV-TR du *Trouble Délirant*, bien que généralement un thème soit prévalent, plusieurs thèmes peuvent coexister, ainsi une érotomanie peut survenir au sein d'un délire mégalomaniaque ou de persécution, ...

Citons également dans ce registre quelques case-reports de développement concomitant d'érotomanie et de Folie à Deux (73,74) (thèse reprise par Allouch pour expliquer le

délire d'Aimée comme d'une folie à deux partagée avec sa mère), de délire d'illusion des sosies de Capgras (75) ou encore du syndrome du persécuteur déguisé dit de Frégoli (76).

Le trouble bipolaire peut également être associé à l'érotomanie. De nombreux cas décrits comportaient soit des symptômes francs de série maniaque ou dépressive soit un diagnostic de trouble thymique préexistant à l'épisode érotomaniaque. Il existe également des liens étroits entre l'atmosphère « hypomaniaque » qui entoure certaines phases d'Espoir que les classiques ont décrit comme hypersthénique ; mais aussi des liens forts entre épisodes dépressifs graves accompagnés souvent de tentatives de suicide (77) au décours de l'évolution d'une érotomanie – spécialement dans la phase de Dépit. De par ses intérêts cliniques et thérapeutiques, nous consacrerons un chapitre aux liens entre érotomanie et troubles thymiques.

A la croisée de la schizophrénie et du trouble bipolaire, le trouble schizo-affectif (44) est également décrit comme pourvoyeur de syndromes érotomanes.

Bien que l'érotomanie, par son caractère délirant, souvent, et ses ressorts psychopathologiques (projection, déni, ...), est très fortement ancrée du côté de la psychose, certains auteurs font mention de cas survenant chez des patients hystériques, sociopathes ou à la structure plus précaire type borderline (70).

NOTES SUR LA FOLIE HYSTERIQUE

« Fou n'y puis, sain n'y daigne, névrosé je suis. »

Roland BARTHES

Il est connu que des manifestations d'allures psychotiques peuvent survenir chez des sujets de structuration névrotique lorsque les défenses habituelles (le refoulement) ne sont plus en mesure d'assurer l'homéostasie de l'appareil psychique. Ainsi des symptomatologies dissociatives comme délirantes peuvent émailler l'évolution d'une névrose, c'est ce qui s'est appelé tour à tour *psychose hystérique, folie hystérique* ou encore *état crépusculaire...*

Prévalence féminine, question de la rencontre amoureuse et insatisfaction sexuelle semblent être des données communes à l'hystérie et l'érotomanie. Ainsi, est-il possible qu'un de ces « moments » psychotiques pouvant éclore chez une personne hystérique puisse revêtir une tonalité érotomaniaque ?

C'est le cas d'une patiente, rapporté par Corcos, Tordjmann et Jeammet (78), anorexique de 21 ans qui développe une relation érotomaniaque lors d'une hospitalisation contractualisant une séparation temporaire d'avec les parents. Les parents, tous deux haut-fonctionnaires en psychothérapie nous précise-t-on, sont séparés depuis peu. Le père est absent, absorbé par son travail, tandis que la mère est une dépressive masquant cette souffrance par une hyperactivité se reportant sur sa fille dans une relation de copinage. La séparation est ici double puisqu'en plus de la séparation contractualisée avec les parents selon le contrat de poids, il y a aussi une séparation d'avec le médecin qui avait prodigué les soins ambulatoires et prononcé l'admission, celui-ci partant en congé juste après la date d'entrée. Peu de temps après la séparation se développent un syndrome confusionnel puis une symptomatologie de dépersonnalisation avec idées délirantes « mes parents sont morts ». Cette symptomatologie fait ensuite place à une symptomatologie mélancoliforme et hypocondriaque persistantes même lors de l'installation d'une relation érotomaniaque au retour du médecin référent. Ces symptômes psychotiques résisteront un mois durant aux différents traitements médicamenteux par antidépresseurs et antipsychotiques, leur levée ne se produisant, de façon brutale, qu'à l'interruption de la séparation d'avec les parents.

Les auteurs, en citant Kestemberg, rappellent une définition de l'érotomanie comme « manifestation remaniée des caractéristiques de la relation d'objet primitive. Il ne s'agit donc pas d'une relation à une personne réelle mais d'une relation fantasmatique (fantasmatique dans le sens d'une mise en œuvre visant à préserver l'homéostasie de l'appareil psychique) où l'Objet n'existe que pour les besoins du sujet. Ici ce sont bien les angoisses de mort qui ont été ravivées par la séparation d'avec le médecin et des parents. Les défenses anorexiques ont rapidement atteint leur limite et ont donc laissé place à des défenses plus archaïques.

Dans ce cas est pointé la mauvaise différenciation sujet/objet et la relation par étayage

réciroque mère-fille sur un mode « dévorant » qui font de la séparation une situation potentiellement destructrice pour le sujet comme pour l'objet. Ce d'autant plus dans ce cas que la jeune fille est à l'origine de la révélation de la liaison extra-conjugale du père ayant entraîné la séparation parentale et la dépression maternelle. Cette relation érotomaniaque est donc ici structurante par la possession d'un objet imaginaire qui est comme le père. Le sujet n'est plus vide et ne risque pas de détruire sa mère ou d'être détruite par elle lors de la séparation. L'érotomanie permet ici de scotomiser le conflit avec la réalité et de retrouver l'objet perdu sur un mode non menaçant.

De par sa clinique, la relation érotomaniaque chez cette patiente semble s'inscrire sur une structuration type névrose hystérique, certes grave, décompensée plus que sur une psychose.

Ces caractéristiques cliniques orientant vers ce diagnostic sont :

- le début brutal d'une symptomatologie bruyante ;
- la personnalité prémorbide de type hystérique ;
- la relation temporelle de l'épisode aigu à un événement traumatique ;
- le delirium (dans le sens de projections fantasmatiques centrées sur un manque) plus que le délire se manifestant plus par des actes que par des paroles, congruent à l'humeur, sans automatisme mental ni trouble du cours de la pensée ; avec survenue brutale dans des contextes de perte objectale et résolution à la levée de la séparation pour la mélancolie et nette régression à l'injonction soignante pour l'érotomanie ;
- l'absence de structuration en secteur de l'idéation, les thèmes dérivés du postulat sont absents ici ;
- la résistance à la chimiothérapie antidépressive pour la symptomatologie thymique et antipsychotique pour la symptomatologie délirante ;
- l'amnésie totale quant aux idées érotomaniaques après la sortie de l'hôpital.

Ces critères sont globalement ceux que Combe et al. (79) décrivent comme devant aiguiller le clinicien vers un trouble délirant émaillant l'évolution d'une névrose plutôt

que d'une manifestation d'une psychose chronique. Ils ajoutent à la description de ce *délire hystérique* – ou *folie hystérique* – la distraction de la conscience, la structuration du délire comme un délire onirique, une prédilection pour les thèmes mystiques, sexuels et œdipiens. Quand bien même ce trouble passe à la chronicité, il s'en distingue de la schizophrénie par une adaptation conservée au réel, une absence d'évolution vers un caractère autistique et l'absence d'indifférence (toute production revêt un sens).

D'après Maleval (80), les ressorts du délire hystérique ne sont pas les mêmes que ceux à l'œuvre dans un délire survenant sur une structure psychotique. Le contenu du délire n'est pas « ce qui a été aboli du dedans qui revient du dehors » mais plutôt « d'une sensation réprimée à l'intérieur et projetée à l'extérieur ». Ainsi l'hystérique est souvent spectateur de son délire où émerge un contenu inconscient restant symbolisé et ordonné et permettant une mise à distance suffisante de l'évènement traumatique.

Colette Soler, dans l'article que nous avons cité précédemment (21), relève quelques différences entre les érotomanies psychotiques et les sujets en positions hystériques. A propos du Postulat Fondamental où l'autre est avec certitude lieu d'émission de la jouissance : le sujet dans une position hystérique interrogera le sens de ce phénomène, tandis que l'érotomane ne le remettra pas en cause et n'interrogera que les écarts au postulat. Elle reprend ainsi ce que Lacan disait dans le Séminaire XVII – *L'envers de la psychanalyse* (81) : « Alors que l'hystérique, dans le discours dont elle se soutient, assigne le maître à la tâche de produire un savoir sur l'objet qu'elle consent à représenter, dès lors que sa place se trouve assurée par la référence à une jouissance qui s'articule du phallus, c'est-à-dire de la castration de son partenaire, l'érotomane quant à elle, dans sa tentative de mise en discours d'un rapport immédiat à l'Autre absolu, ne trouve qu'à se mettre en position de produire elle même, en tant qu'objet, un savoir sur ce qui est attendu d'elle, dans un échange, qui ne trouve pas à s'articuler du phallus. »

Enfin pour Soler, l'amour (qu'il soit d'ailleurs pathologique ou non) a pour fonction, dans la névrose, de corriger l'absence de rapport sexuel, tandis qu'il vient parer à l'imminence d'un rapport mortifère dans la psychose.

Les enjeux de la distinction entre ces deux formes d'érotomanie permettent d'adapter au

mieux la thérapeutique, évitant ainsi des hospitalisations parfois interminables et répétées assorties d'un traitement médicamenteux sans efficacité.

Au-delà du traitement médical, repérer la structure sous-jacente à l'érotomanie servira au thérapeute à ordonner le transfert et à éviter soit un enfermement psychotique dans une relation duelle, soit la répétition d'un symptôme névrotique.

Les pathologies donnant préférentiellement lieu à une thématique érotomaniaque délirante sont les troubles schizophréniques, les troubles bipolaires avec éléments psychotiques et les troubles schizo-affectifs. Une relation érotomaniaque peut néanmoins s'inscrire sur une structuration hystérique – ou en tous cas non psychotique – de la personnalité et ainsi « mimer » une érotomanie psychotique.

Ces Folies Hystériques sont connues pour mal répondre aux traitements médicamenteux, alors que des injonctions psychothérapiques peuvent lever instantanément la symptomatologie.

Il conviendra donc au clinicien de rechercher les critères pouvant aider à différencier une relation érotomaniaque hystérique d'une érotomanie psychotique, ceci pour l'aider à adapter au mieux la relation transférentielle et le traitement médicamenteux.

b) D'une pathologie organique

Les différents substratum relevés comme pouvant être à l'origine de pathologie érotomaniaque sont divers, certains sont clairement en rapport avec l'encéphale ; d'autres plus génétiques et hormonaux. Ils sont rappelés dans le tableau suivant. Notons que pour l'épilepsie partielle, les flambées érotomaniaques sont accompagnées d'épisodes maniaques ou hypomaniaques (82).

Tableau 4 : Etiologies somatiques associées avec une érotomanie

Etiologies encéphaliques	Etiologies génétiques, hormonales, toxiques
Démence sénile (47)	Syndrome de l'X fragile (47)
Méningiome (47)	Syndrome de Klinefelter (85)
Traumatismes crâniens répétés (47)	Orchidectomie (47)
Epilepsie partielle post-traumatique (82)	Hyperthyroïdie (86)
Hémorragie arachnoïdienne (83,84)	Alcoolisme chronique (69)
Malformation artérioveineuse (47)	
VIH avec atteinte cérébrale (47)	

6. *QUELQUES DONNEES DE RECHERCHE FONDAMENTALE*

Le développement d'une telle symptomatologie sur un substratum organique questionne sur les mécanismes physiopathologiques impliqués.

a) Troubles neuropsychologiques et cognitifs

En 1999, Fuji (70) s'est intéressé spécifiquement à l'érotomanie. L'auteur trouve une corrélation entre érotomanie et troubles neuropsychologiques et neurologiques cognitifs comme le déficit des fonctions associatives d'apprentissage médiées par les systèmes subcorticaux frontaux, le déficit verbal et le déficit d'habileté visuospatiale.

L'association des anomalies des lobes temporaux, les lésions du système limbique associées aux troubles visuospatiaux d'une part et aux facteurs psychodynamiques d'autre part (isolement, personnalité prémorbide, ...) pourrait expliquer une telle symptomatologie.

b) Imagerie cérébrale (47)

Howard et al. ont comparé par IRM le degré d'asymétrie en imagerie cérébrale entre les patients diagnostiqués Trouble Délirant (TD) et les patients schizophrènes

(SZ). Le groupe TD a relevé une asymétrie du lobe temporal plus grande que le groupe SZ, de même ont été constatés de plus grands ventricules latéraux chez ces patients comparés aux SZ. Néanmoins, il convient de nuancer par la petite taille des effectifs (16 patients TD, 31 SZ) et l'indistinction des différents thèmes délirants au sein du groupe TD. (Howard 2 études)

c) Etudes génétiques (47)

Des études génétiques ont été menées pour élucider la question dans les TD. Farmer et al. ont en ce sens étudié la question des TD et SZ par méthode de concordance des sujets jumeaux. Les auteurs trouvent alors que le TD est moins « héritable » que la schizophrénie et doit donc être considéré comme génétiquement à part. Kelly cite plusieurs études ayant cherché une étiologie génétique comme un polymorphisme du gène codant pour le transporteur de la dopamine ou un polymorphisme pour le gène codant pour le récepteur D4 à la dopamine. Ces études n'ont pu mettre en évidence de différence probante permettant de caractériser ces pathologies par la génétique.

Nous verrons, dans la partie thérapeutique, la place des antipsychotiques bloqueurs dopaminergiques dans la prise en charge. Pour certains auteurs qui ont calqué la prescription médicamenteuse du *Trouble Délirant* sur celle de la *schizophrénie*, force est de constater que le taux de réponse et la cinétique d'abrasement du délire par les traitement anti dopaminergiques « purs » sont de qualité nettement moindre dans les *Troubles Délirants* par rapport à la *schizophrénie*. Cet argument thérapeutique, en plus des données génétiques citées, remet en cause, pour certains auteurs, l'hypothèse de la médiation dopaminergique dans les psychoses non schizophréniques.

Il existe quelques rares données, insuffisantes pour en tirer quelque chose de significatif, de recherches fondamentales cherchant à expliquer les mécanismes physiopathologiques du délire érotomaniaque.

Des données de ce type seraient donc intéressantes pour établir des modèles de physiopathologie visant à adapter au mieux les traitements.

F. DISCUSSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIQUE

Des trois cas présentés dans ce travail, celui de Désirée semble être celui qui s'approche le plus d'une érotomanie *pure* ou *primaire* même si sa facilité à changer d'Objet d'élection – bien qu'elle est évoquée par Lagache – note une certaine atypicité. Exempte de pathologie psychiatrique manifeste avant le déclenchement du processus érotomaniaque, Désirée se démarque ainsi de Madeleine et de Sonia, déjà connues de la psychiatrie depuis plus de 10 ans chacune pour des pathologies psychotiques avérées. Le diagnostic pour Madeleine et Sonia se rapproche donc plus d'une érotomanie *associée* ou *secondaire* – voire d'une *relation érotomaniaque* pour reprendre l'expression de Kestemberg.

Bien que les épisodes érotomaniaques de Madeleine et Sonia se développent en des moments de relative quiescence symptomatique de leur pathologie – qui rappelons-le, ont déjà eu des épisodes psychotiques désorganisés polymorphes – c'est à Désirée que correspond le mieux la description de la *folie partielle* de Pinel ou de la *monomanie* d'Esquirol : un désordre intellectuel où les « idées amoureuses, fixes et dominantes » sont « relatives à un seul objet ».

Analysons la clinique de ces trois patientes à la lumière de la description la plus exhaustive de l'érotomanie qui existe, à savoir celle de Clérambault.

1. LE CHOC IDEO-AFFECTIF

Il est *brutal*, tout du moins chez Désirée, tombée amoureuse « au premier regard » et Sonia dont les hallucinations érotomaniaques naissent aussi rapidement qu'elles disparaissent – par l'intervention d'un tiers – lors d'une sortie d'hospitalisation prononcée pendant mes congés. Madeleine déclare également être tombée amoureuse brutalement « je suis tombée tout de suite amoureuse de vous d'une manière à la fois vive et superficielle à l'époque » mais s'écouleront six années avant qu'elle ne se déclare. Ainsi Madeleine, tout comme Sonia, se déclare au moment où l'Objet s'affranchit de son rôle de médecin (changement de secteur pour Madeleine, changement de semestre pour ma

part dans le cas de Sonia).

2. *LE POSTULAT FONDAMENTAL*

Il est clairement énoncé par Désirée, que ce soit pour le premier Objet « Mon mari m'empêche de vivre mon aventure avec Pierre-Antoine » sous-entendant qu'il y a relation alors qu'il n'en est rien en réalité ; comme le second Objet « cet homme est amoureux de moi » « il est plus amoureux de moi que je ne le suis de lui »

Chez Madeleine, c'est la massivité de ses sentiments propres qui saute de prime abord aux yeux. Néanmoins s'il existe dans ses écrits un doute sur la réciprocité de ceux du Dr Y., ce doute semble parfois s'effacer à la faveur d'un travail délirant essentiellement interprétatif retravaillant les éléments de réalité *a posteriori* – rappelant ainsi la paranoïa en ce qu'elle diffère de l'érotomanie selon Clérambault : « Les doutes sur votre démarche pour me revoir – je n'ai pas eu l'impression que mes sentiments étaient réciproques », « je n'ai pas eu l'idée de lire entre les lignes un désir de me revoir », « Si je n'ai pas compris ce que vous m'avez dit ce jour là, j'ai cependant bien compris que vous m'en vouliez beaucoup de n'être pas venue aux entretiens et d'avoir l'air de vous avoir laissé tomber » ; ici le doute disparaît totalement : « Nous aurons tout le temps de nous écrire – à votre tour si vous le souhaitez –, pour nous dire toutes ces choses au bord du cœur qui nous chavireront dès que nos deux existences le permettront » et le seul obstacle à l'union dans le discours de Madeleine est situationnel.

Esquirol déjà notait que ce Postulat pouvait être en quelque sorte caché « ils vouent à l'objet de leur amour un culte pur, souvent secret ». C'est donc bien ce secret caché que De Clérambault cherchait à dévoiler par ses manœuvres d'interrogatoire. La réticence de Madeleine à évoquer ceci en consultation n'a pas permis de dévoiler au grand jour le Postulat Fondamental, néanmoins le Dr Y. précise que plus les lettres arrivaient (qui furent non conservées), plus le doute de Madeleine sur la réciprocité des sentiments s'effaçait au profit d'une certitude quant à la réalisation d'une union amoureuse. C'est donc derrière le masque de cette certitude de communion sentimentale que nous retrouvons le Postulat.

Nulle trace d'une réciprocité dans les lettres de Sonia également. Toute perspective d'union amoureuse restant, dans ses écrits, de l'ordre du rêve. Il faudra attendre la reprise des événements avec un tiers pour y voir clair sur le mécanisme délirant et le Postulat qui se fait jour « Chez moi, j'entendais la voix du docteur Laforgue, il se présentait à moi, disait son nom, puis me racontait sa journée et enfin me disait son sentiment amoureux envers moi ». Relevons également que, dans ses relations aux hommes, Sonia se positionne toujours comme réceptive, et non à l'initiative, d'un mouvement venu de l'Autre « il est venu à moi » « il m'a dragué ».

Nous retrouvons donc ici le phénomène *projectif* de la littérature analytique chez ces trois patientes au travers du Postulat.

3. THEMES DERIVES DU POSTULAT

Les différents thèmes dérivés sont rappelés sous forme de tableaux en **Annexe 1**.

Ceux relatifs à l'Objet sont peu présents, mise à part la *liberté de l'Objet* retrouvée chez Madeleine et Désirée pour le second Objet (devant le refus exprimé du premier). Néanmoins sur ce thème de *non-validité du mariage de l'Objet*, une remarque vient à notre esprit suite à un entretien avec une autre érotomane (l'Objet est un acteur de théâtre connu avec qui elle a réalisé une tournée en tant qu'actrice secondaire) : « Il (l'Objet) est marié et moi aussi, mais j'veux dire... ça ne me dérange pas, au contraire, si les relations extra-conjugales peuvent sauver un couple, je suis plutôt pour ». Ici l'union n'est pas niée dans sa validité. Ceci est peut-être à regarder également du côté des évolutions sociétales avec une certaine libération des mœurs sexuelles et un déclin de la cellule familiale soudée.

Les thèmes relatifs à la poursuite de l'Objet sont presque tous présents chez Désirée dont l'Objet est *vigilant* et *protecteur* puisqu'il est censé venir la chercher avec sa grosse cylindrée à l'hôpital – illustrant par là même ses *ressources phénoménales* ; il y a des *travaux d'approche* et c'est pour cela que Désirée se retrouve en bas de son immeuble toute la nuit puisqu'il est censé la rejoindre suite aux appels qu'elle reçoit de sa part : *conversations indirectes*.

Les *travaux d'approche* sont retrouvés chez Madeleine également « les démarches pour me revoir » et les *conversations indirectes* chez Sonia. Nous retrouvons chez ces deux patientes une *vigilance bienveillante* de la part de l'Objet.

Chez aucune de ces trois patientes nous ne retrouvons l'impression que le roman dégagerait une *sympathie universelle*. L'*explication aux conduites paradoxales*, ne manquant jamais selon De Clérambault, et *contradictoire* est retrouvée chez Désirée « il fait ça parce qu'il est un peu maladroit avec les femmes » et Madeleine mais pas chez Sonia, mais là peut-être par défaut d'investigation.

4. L'EVOLUTION PAR PHASES

L'*Espoir* est présent de façon constante chez nos trois patientes, l'*Orgueil* y est représenté par le choix d'un objet socialement plus élevé, le *Dépit* est également présent chez Désirée et Sonia. Sur les trois phases se succédant évoquées par De Clérambault, toutes ont connu l'*Espoir* ; le *Dépit* quant à lui, perceptible par les dimensions dépressives chez Désirée et Sonia n'est par contre pas retrouvé chez Madeleine, peut-être passée directement, à la faveur de son changement de secteur, à la phase de *Rancune* (croisée par le Dr Y. fortuitement à l'hôpital, Madeleine lui adresse un « Oh vous... » qui tenait plus de la rancœur que de l'agréable surprise). Ceci rejoint les données de Lagache sur l'inconstance de la phase de *Dépit*. Néanmoins, pour Madeleine comme pour les autres, aucun passage à l'acte agressif n'est à déplorer.

5. LES CARACTERISTIQUES DU DELIRE

a) Les mécanismes du délire

Le mécanisme majoritaire est *intuitif*, par déduction faite du Postulat nous dit Clérambault. C'est effectivement ce qui semble à l'œuvre chez Désirée et Madeleine. Bien qu'il existe une note *interprétative* pour elles deux, la déduction du Postulat Fondamental ne s'appuie sur aucun élément de réalité dont le sens aurait été galvaudé par le travail interprétatif. L'interprétation est également ce qui a peut-être renforcé la conviction de Sonia, lorsque peu de temps après sa sortie (moment déclencheur du

délire), une consultation avec moi lui est fixée le jour de la Saint-Valentin – ce qui n’a pas manqué de la faire sourire.

Le mécanisme majoritaire chez Sonia semble néanmoins être *hallucinoire*, de type acoustico-verbal. Pour Désirée, étaient relevées par le psychiatre de garde l’ayant hospitalisée la première fois, des hallucinations visuelles : « voit l’objet de son amour dans des voitures et cherche à y rentrer ». En précisant la symptomatologie avec Désirée : « je voulais le voir, je ne le voyais pas derrière les vitres des voitures, mais je voulais tellement le voir que j’étais sûre qu’il était à l’intérieur ». Il ne s’agit donc pas d’*hallucinations* selon la définition d’Henri Ey « perception sans objet à percevoir » (16) mais plutôt d’une *intuition*. Néanmoins, il existe une vraisemblable part *hallucinoire* chez Désirée d’ordre acoustico-verbal avec un *Automatisme Mental* lorsqu’elle se sent appelée depuis le bas de la rue par son Objet tandis qu’elle est dans sa chambre au 13^{ème} étage de son immeuble. C’est le même phénomène qui la fait fixer les voitures lorsqu’elle entend son Objet : « regarde-moi ».

Henri Ey fait remarquer que si la forme pure est censée être exempte d’hallucinations, comment comprendre les conversations indirectes avec l’Objet dérivées du Postulat ? Cette symptomatologie, déjà repérée par Esquirol dans son premier exposé clinique « c’est son amant qui cause avec elle à l’aide de moyens connus de lui seul », évoque fortement une *dimension hallucinoire*. Pour Ey, le développement du délire érotomaniaque « entraîne forcément illusions, projections et hallucinations » (87) avec un notoire *syndrome d’influence* de l’amoureuse liée à son objet hallucinoire.

b) Thèmes associés

Le délire de Désirée, comme celui de Sonia lors du moment érotomaniaque, restent assez monomorphes *sans autre thème associé*, tout travail délirant interprétatif n’étant que secondaire au phénomène passionnel et d’extension polarisé. Nous rappelons ici encore que la symptomatologie de persécution floride de Sonia s’amende totalement lors du moment érotomaniaque. L’extension délirante est donc *sectorielle* dans ces deux épisodes.

Le changement d’Objet de Désirée, expliqué par une impression que le second Objet était

le premier déguisé, peut évoquer un *Syndrome d'Illusion des Sosies de Capgras* ou un *Syndrome de Frégoli* dans une version érotomaniaque. L'association de ces deux syndromes à l'érotomanie est décrite dans la littérature (75,76).

Il en est autrement pour Madeleine où sont présentes des thématiques *de jalousie* (de façon flagrante), *de persécution* (envers cardiologues et infirmiers psychiatriques), *hypocondriaque* et peut-être *mystique* – le propos restant flou à ce moment. Nous rappelons Lagache ayant décrit les liens entre érotomanie et jalousie – ces deux délires pouvant coexister et possédant la même structure mettant en œuvre la projection paranoïaque. Celle de persécution ne s'inscrit pas dans le cadre d'obstacle à la relation érotomaniaque et est donc « une extension radiante » dans le cadre d'une « persécution diffuse ». Les idées hypocondriaques sont pour Clérambault consécutives au délire, un trait de caractère de l'érotomane pour Fretet et une quête affective narcissique pour Ferdière. Quant à la dimension mystique : Désirée et Madeleine viennent toutes deux de milieu fortement empreint de ferveur catholique qu'elles reprendront à plusieurs reprises sous la forme d'un amour à Dieu. Portemer avait déjà perçu cette similitude entre mysticisme « l'objet aimé pouvant être imaginaire » (9) et érotomanie, association reprise également dans la thèse de Veyseyre « Contribution à l'étude de l'érotomanie : à propos de l'illusion délirante d'être aimée et de la foi mystique » (8).

6. EVOLUTION

A plus d'un an de la première hospitalisation, Désirée n'a certes plus de trouble du comportement lié à ses convictions délirantes, néanmoins ne varie pas sur l'idée que quelqu'un fut amoureux d'elle et lui a fait faire « mille manœuvres » pour concrétiser cette union. Nous retrouvons donc l'idée d'*immuabilité* évoquée par Clérambault. La conviction s'est par contre *effondrée* telle la larme batavique chez Sonia peu de temps après la distance que j'ai opérée ; ceci renforcé par la reprise en hospitalisation par le référent de son unité de soins. Mise à part la Rancœur évoquée plus haut, Madeleine n'a jamais ré-évoqué d'idées érotomaniaques après sa dernière hospitalisation dans le secteur du Dr Y, nous ne savons donc pas vraiment si cette conviction délirante s'est éteinte ou reste active mais inaccessible par un hermétisme soupçonneux dont elle est

coutumière.

7. *DIAGNOSTICS ASSOCIES – FORME SECONDAIRE – DIFFERENTIELS*

Le cas de Désirée n'est pas sans évoquer une des patientes présentées par Freud dans *L'analyse finie, l'analyse infinie* (88). Il s'agit d'une femme tombée amoureuse du gynécologue qui lui ôta l'utérus entier quand fut découvert un myome responsable de saignements profus « à partir de cette opération, la jeune fille redevint malade ». Cette patiente n'était alors pas inconnue de Freud, puisqu'une cure analytique s'était révélée efficace pour une incapacité à marcher consécutive à de violentes douleurs aux jambes « l'état [était] vraisemblablement de nature hystérique, il a défié de nombreux traitements ». Il précise qu'elle a de tout temps été mise à l'écart de la société ; et qu'à la suite du succès de la première cure, la vie ne lui apporta rien de bon : catastrophes dans la famille, perte de biens, disparition de la perspective d'amour et de mariage avec l'âge. La patiente fait cependant « face à tout avec vaillance » jusqu'à l'évènement de corps. Si le premier état s'est avéré accessible à un traitement analytique, il n'en fut pas de même pour le second et la patiente « ne redevint jamais normale jusqu'à la fin de sa vie » continuant à s'adonner « à des fantaisies masochistes sur les modifications effroyables à l'intérieur d'elle-même ».

A partir du séminaire III de Lacan et la formalisation du concept de Forclusion du Nom-Du-Père, se développe l'idée (mais qui cheminait néanmoins chez bien des auteurs auparavant) que toute psychose n'est pas délirante et que tout délire ne survient pas sur une structure psychotique. C'est ainsi que se posa la question d'une *Folie Hystérique* chez Désirée lors de sa seconde hospitalisation devant l'absence de réponse au traitement médicamenteux.

A la différence de Désirée où l'état antérieur à l'évènement de corps se déroule dans une atmosphère d'interprétations et de persécutions a minima, plutôt du registre psychotique donc, Freud présente sa patiente comme affublée d'un mal « hystérique ». Il ajoute plus loin « il est (...) possible que la seconde affection provienne de la même racine que la première ». Ici également, il n'est pas fait mention d'un désir émanant de l'autre dans le récit de Freud mais plus vraisemblablement d'une adresse à l'autre ; les

actes d'automutilation sont là pour « jeter un voile sur le roman d'amour ».

Nous relevons également pour Désirée les arguments suivants à la faveur du diagnostic de psychose qui fut finalement retenu :

- la durée d'évolution > 6 mois avec un début insidieux sur plusieurs mois ;
- L'existence de signes pré-morbides de natures interprétatifs et persécutifs (bien qu'ils ne soient suffisamment pas manifestes pour être considérés comme un trouble à part entière, il n'y a pas d'argument pour une constitution paranoïaque préalable ni ayant cours durant les soins) ;
- Une apparition du délire en pleine conscience ;
- La clinique relativement fidèle aux descriptions classiques de l'érotomanie avec une structuration en secteur ;
- La critique très partielle plus d'un an après ;
- Les relations objectales s'établissant sur un mode d'objet partiel ;
- La dimension projective ;
- L'émergence d'affects dépressifs lors de la régression du délire ;
- L'absence de tiers dans la relation, en effet nous avons vu dans l'observation de Désirée qu'au cours du processus érotomaniaque, le tiers s'efface complètement derrière l'Objet, ainsi le positionnement, un temps menaçant du divorce, de Didier n'a suscité aucune réaction chez Désirée ; tout au plus s'est-elle montrée « compréhensive » de son positionnement sans y associer d'affects.

Pour Madeleine, une *personnalité paranoïaque* est repérée très tôt dans les observations. Le premier diagnostic posé lors de sa première hospitalisation est celle d'une dysharmonie évolutive. Nous savons par la suite qu'elle a connu plusieurs hospitalisations pour tentative de suicide en région Parisienne. Néanmoins, malgré plusieurs tentatives, nous ne pourrions récupérer des informations quant à ces hospitalisations là, ni même les conditions l'ayant menée à un séjour en U.M.D. (un incendie certes, mais provoqué à visée autolytique, de protestation ou sous-tendu par un vécu délirant ?). Elle arrive dans la région avec un diagnostic de *trouble bipolaire* auquel elle tient. Les premières hospitalisations sur Saint-Nazaire sont marquées par des bouffées délirantes florides où nous pouvons déjà apercevoir une note érotomaniaque et

mystique. Seront également constatés, lors des hospitalisations, des éléments thymiques, le plus souvent de type maniaque (logorrhée diffluite, insomnie sans fatigue, ...) avec une certaine dissociation psychique qui régressent de concert avec les manifestations saillantes du délire, toujours de persécution. La persécution et la revendication restent donc présentes avec cette posture rigide, hautaine avec une vision surévaluée d'elle-même en intercritique. Le diagnostic retenu pour Madeleine au fil des hospitalisations est celui d'un *trouble schizo-affectif avec une forte dimension de personnalité paranoïaque*.

Chez Sonia, dont le diagnostic étant le plus souvent ressorti durant ses hospitalisations, est celui d'une *schizophrénie paranoïde*. Une « ambiance paranoïaque » était très prégnante durant l'hospitalisation précédant l'éclosion du délire érotomaniaque, alors même que la dissociation et les phénomènes hallucinatoires étaient respectivement absente et relégués au second plan.

Se discute pour ce diagnostic de schizophrénie l'absence de symptomatologie dissociative et autistique sur le long terme ainsi qu'un premier épisode délirant survenant après 30 ans. Sur la discordance, celle-ci est passée au second plan pour le diagnostic de schizophrénie depuis l'établissement des critères de premier ordre de Kurt Schneider. Nous savons également que la schizophrénie chez les femmes est caractérisée par une apparition plus tardive, une symptomatologie plus paranoïde qu'autistique et également moins marquée par l'évolution « vésanique ».

Nous connaissons la cicatrization possible des schizophrénies en paranoïa, néanmoins au fil du délire érotomaniaque et du soin en hôpital de jour qui s'en est suivi, Sonia a pu quitter cette « posture paranoïaque » en acquérant plus de souplesse dans ses raisonnements, acceptant les soins sans les dénigrer et au-delà d'une demande utilitaire de logement.

Nous rajoutons que pour aucune des patientes nous ne retrouvons un *affaiblissement des facultés intellectuelles* (Serieux et Capgras) ; nous reverrons ultérieurement la question des *troubles thymiques*.

Sur l'origine *cérébro-lesionnelle* de l'érotomanie selon Esquirol, elle n'a pu être affirmée ou infirmée dans ces trois cas, que ce soit par défaut d'investigation ou par défaut des connaissances actuelles en ce domaine. Néanmoins, rien dans l'anamnèse ou la cliniques de ces trois patientes n'a permis de suspecter une origine cérébrale antérieure ou encore une dégénérescence globale. Il en va de même pour une autre *étiologie organique*.

Ainsi les liens entre érotomanie et paranoïa nous paraissent inconstants sur ces trois cas. Cette dimension est absente chez Désirée qui apparaît comme la forme la plus pure du syndrome érotomane, transitoire chez Sonia mais fortement présente chez Madeleine dont la relation érotomane nous semble être, ce dont nous discuterons plus tard, la seconde facette après la persécution d'un transfert paranoïaque : *l'hainamoration* (89).

8. AU REGARD DES DONNEES ACTUELLES

De par son caractère réduit à trois cas, notre échantillon est forcément peu représentatif mais cependant assez fidèle aux données monographiques évoquées. Deux cas surviennent sur des pathologies de type schizophrénique (Sonia) ou schizo-affectif (Madeleine), au début progressif et insidieux ; même si les symptômes schizophréniques constatés habituellement sont plutôt quiescents, en opposition à une forme de début brutale et d'évolution figée (Désirée) (Hollender et Callahan) dont la cotation se situerait du côté du Trouble Dérégulé. Dans les trois cas, les critères de pureté de Taylor (**Annexe 2**) sont remplis à l'exception du critère *d'absence de contact* chez Sonia et Madeleine qui rencontrent régulièrement leur objet, mais dont le rang social et le statut médical empêchent toute réalisation de la rencontre amoureuse.

Selon les critères d'Ellis et Mellsop (**Annexe 3**), Désirée possède un score de pureté de plus de 80 % (question de l'objet inchangé et des hallucinations), ce qui est le score le plus pur de nos cas. Celui de Madeleine comporte des inconnues mais il serait d'au moins 70%. Quant à Sonia, il est à plus de 50 %. Les critères détaillés pour chaque cas sont récapitulés sous forme de tableau en annexe.

Nos trois cas en revanche ne semblent pas coïncider avec les modèles en deux groupes proposés par Seeman ou Rudden et Gilmore.

La *chasteté* est bien présente chez Désirée alors *mariée*, du fait de dyspareunies comme rapporté par Didier son époux, mais également d'une insatisfaction amoureuse comme l'a évoquée Ferdière « ce n'est pas la vie que j'attendais ». Sonia est *célibataire* suite à une *rupture* au moment des faits mais n'a pas « le bilan sexuel pauvre » évoquée par Fretet. Nous n'avons aucune certitude sur ce plan pour Madeleine, néanmoins nous n'avons pas connaissance d'une quelconque relation ou activité sexuelle sur ce temps ; nous notons également qu'aucun tiers n'a été sollicité ou ne s'est manifesté en tant que relation affective durant ses nombreuses hospitalisations.

Les *âges* au moment des troubles vont de 42 à 47 ans chez ces trois femmes, ce qui correspond à la *prévalence nettement féminine* du trouble et à l'âge moyen de la littérature. Nos trois patientes sont également *sans emploi* au moment de l'éclosion du trouble érotomaniaque.

Les carences parentales ont été énoncées chez nos trois patientes. En revanche nous ne retrouvons aucun trouble psychiatrique caractérisé chez des *apparentés*.

Les conduites de harcèlement envers l'Objet, essentiellement épistolaire, de Madeleine et Sonia ont rapidement cessé une fois le cadre reposé, sans intervention judiciaire. Nous ne pouvons donc parler de *stalking* ici. De même aucun passage à l'acte auto comme hétéro agressif – rappelons-le – n'est à déplorer.

IV. EROTOMANIE ET TROUBLES THYMIQUES

*« L'amoureux qui n'oublie pas quelquefois meurt par excès,
fatigue et tension de mémoire. »*

Roland BARTHES – Fragments d'un discours amoureux

Dès les premières descriptions de l'érotomanie nous retrouvons une association avec les troubles thymiques. Ainsi, Hippocrate guérit Perdiccas de sa mélancolie d'amour. Par la suite, c'est la mélancolie érotique qui est déclinée avec son pendant de manie érotique par Jacques Ferrand dans son traité sur les maladies de l'amour.

C'est également une mélancolie érotique qui est diagnostiquée dans le cas rapporté par Zieller. Ce terme de mélancolie est aussi repris par Esquirol dans l'introduction de son article sur la monomanie érotique avant de préciser dans le commentaire de sa seconde observation (celle de l'homme épris de l'actrice de Feydeau) : « L'érotomanie (...) se masque sous des dehors trompeurs, alors elle est plus funeste encore ; les malades (...) sont tristes, mélancoliques, taciturnes, ne mangent pas, maigrissent rapidement (...) ». Esquirol évoque également, dans sa troisième observation (Une demoiselle de Lyon), la manie avec fureur précédant ou compliquant la lypémanie amoureuse ainsi que l'intrication de la manie avec des crises convulsives dans la quatrième observation (un jeune homme de 23 ans) (1).

Pour Clérambault, « le substratum affectif est présent dans les formes mentales les plus variées, délires maniaques ou mélancoliques ». L'hypersthénie présente chez les érotomanes, proche de l'hypomanie dit-il, est ce qui différencie la passion normale de la passion morbide. « Le mécanisme passionnel de l'érotomanie en explique la présentation si fréquemment hypomaniaque » (15).

Ainsi, si les troubles thymiques semblent tant ponctuer l'évolution des érotomanes, c'est qu'ils doivent résoudre ou compliquer quelque chose ayant à voir avec le processus passionnel en cours. C'est pour cette raison que nous avons choisi d'éclaircir les liens entre érotomanie et troubles thymiques, par un abord clinique dans ce chapitre puis psychopathologique dans le suivant.

A. EROTOMANIE ET MANIE / HYPOMANIE

Chez Lagache sont rappelées les analogies entre les psychoses passionnelles et l'état maniaque, seulement à la différence de l'idéation improductive et incohérente – « l'agitation stérile » – de la manie, la passion conserve sa capacité raisonnante, d'anciens auteurs la qualifiant d'ailleurs en cela de « manie raisonnante » (29). La manie est également décrite comme spontanée, occasionnelle, alors que la passion s'attache à une expérience particulière.

La dimension hypomaniaque sera ensuite rappelée par nombre d'auteurs. Citons ici Pierre LÔO dans une communication sur l'érotomanie à la Société Médico-Psychologique (60) : « l'exaltation passionnelle accompagnant le délire alimenté par des interprétations secondaires, voire hypersthénie tendue vers le même but parfois d'allure hypomaniaque » et dans la discussion de cette même communication : « l'érotomane par sa spontanéité, sa prolifération idéative, son exaltation affective évoque bien souvent l'état d'excitation de l'hypomanie ». Dans le chapitre « Diagnostic et traitement des psychoses délirantes chroniques autres que schizophréniques » de *Thérapeutique Médicamenteuse des Troubles Psychiatriques de l'Adulte* de Ginestet et Kapsambelis (90), les auteurs rappellent que les délires passionnels sont caractérisés par l'importance de la charge affective du postulat délirant initial au sujet et ajoutent « cette exaltation thymique détermine une hypersthénie (qu'ils déclinent comme proche de l'hyperthymie maniaque pour l'ensemble des psychoses délirantes chroniques), état moteur des troubles du comportement » lorsqu'ils abordent les conséquences médico-légales.

Une dimension mégalomaniaque est présente au travers de l'orgueil du choix d'Objet de rang élevé, comme mentionné chez Krafft-Ebing (11) et Portemer (8).

Néanmoins, pour Fretet « ni la satisfaction de l'hypomane, ni l'euphorie du dément paralytique (ndr : syphilis tertiaire) ne suffisent à constituer une érotomanie véritable. Les facteurs affectifs de celle-ci sont irréductibles aux hâbleries du maniaque et au défaut d'autocritique du dément » (8). Il positionne donc ces variations thymiques

comme exaltation des tendances constitutionnelles et non comme génératrice du délire.

Si cette hypomanie est donc clairement mentionnée comme ambiante et accompagnant généralement l'hypersthénie des phases d'Espoir comme de Rancune (pouvant faciliter les passages à l'acte) dans les descriptions cliniques classiques ; son envers dépressif, qu'il est permis d'associer à la phase de Dépit, a intéressé les auteurs, plus particulièrement à partir de la période faste de la psychanalyse où l'érotomanie s'est déclinée sous le prisme du narcissisme.

La présentation maniaque et plus fréquemment hypomaniaque avec des éléments de mégalomanie accompagnant les phases d'Espoir et/ou de Rancune ont été relevées par de nombreux auteurs.

Il convient cependant de ne pas les considérer comme génératrices du délire mais comme une forme de l'exaltation passionnelle des tendances constitutionnelles. Dans sa thèse, Lacan rappelle également que l'exaltation maniaque fait partie intégrante de la description des persécuteurs-persécutés de Sérieux et Capgras (17).

B. ÉROTOMANIE ET DÉPRESSION

Dans l'ouvrage cité plus haut, Ginestet et Kapsambelis évoquent également les *réactions dépressives* fréquentes dans les psychoses délirantes chroniques. Celles-ci surviennent préférentiellement lors de la première phase du soin ambulatoire, prenant suite du temps hospitalier, dont l'intensité peut mener au suicide. Les auteurs décrivent la séquence suivante : amorce d'une reprise de l'activité délirante et hallucinatoire – augmentation de la posologie du traitement neuroleptique d'entretien – rétrocession rapide des éléments psychotiques – développement d'une clinique d'ordre dépressif. Le développement de cette séquence questionne les auteurs sur l'intrication entre les problématiques psychologiques et pharmacologiques pouvant être à l'origine de cette clinique dépressive : réaction psychologique à la perte du délire et/ou effet « dépressogène » des neuroleptiques ?

Ce lien entre érotomanie et dépression est étoffé dans la littérature par quelques cas cliniques. Dans sa thèse comprenant 14 patients érotomanes, MF Fayaud (91) note l'incidence fréquente d'épisodes dépressifs sévères et de tentatives de suicide émaillant l'évolution du trouble avec une certaine cooccurrence entre l'intensité du délire et l'intensité du trouble thymique. Iruela et Marcos (92) (1988) présentent une patiente aux antécédents personnels d'épisodes dépressifs fréquents (dont un précoce à 15 ans et un autre en post-partum) dont le dernier fut traité avec succès par IMIPRAMINE et aux antécédents familiaux thymiques chez deux parents. La rechute consécutive à l'interruption du traitement s'accompagna d'un délire érotomaniaque dont la rétrocession se fit de concert avec celle des éléments thymiques par la seule reprise de l'IMIPRAMINE non associée à une chimiothérapie anti-productive. Un cas similaire est décrit par Ghaziudin et Tsai en 1991 (93) où une patiente retardée mental présente un délire érotomaniaque lors d'une rechute dépressive et où l'ajustement simple de la posologie du traitement antidépresseur fera régresser les éléments délirants comme thymiques. C'est lors d'une tentative de suicide qu'une érotomanie primaire est diagnostiquée chez un patient présenté par Kovács et al. (94) ; une symptomatologie mélancolique se développa les semaines suivantes légitimant la prescription d'un traitement antidépresseur. Le délire érotomaniaque disparaît plusieurs semaines après

le retour à l'euthymie sous MIRTAZAPINE.

La dimension dépressive a été reconnue plus tardivement par les auteurs s'intéressant à l'érotomanie. Peut-être cet oubli est-il lié aux possibilités des prises en charge de l'époque ? En effet, si les érotomanes peuvent se montrer « bruyantes » au regard de l'ordre public dans les phases d'espoir et de rancune (et donc nécessitant un internement asilaire), il a sans doute fallu attendre les possibilités thérapeutiques à type d'écoute et d'accompagnement puis, plus tard, pharmacologiques avant de s'intéresser à cette dimension moins visible du trouble.

L'envers dépressif de la présentation hypomaniaque – pouvant aller jusqu'au suicide – est réellement présent dans la littérature.

Bien que les auteurs s'interrogent sur les liens entre l'érotomanie et ses troubles dépressifs, le report d'efficacité des traitements antidépresseurs décrit ouvre une perspective thérapeutique.

C. ÉROTOMANIE ET TROUBLES BIPOLAIRES

1. *REVISION DES PSYCHOSES PASSIONNELLES PAR SIGNER*

Hypomanie, Manie et Dépression, il n'en fallut pas moins à Signer (43) pour s'essayer à une révision des psychoses passionnelles sous l'angle des troubles thymiques et spécialement bipolaires. L'auteur publie donc, en 1991, une revue de 14 cas d'érotomanie dont 5 considérés comme primaires (tous par Clérambault, avec Lamache et Brousseau), 7 secondaires (Clérambault, Mignard, Truelle et Réboul-Lachaux, Cénac) et 2 diagnostiqués primaires puis secondaires (Capgras, Clérambault et Lamache).

Après avoir rappelé que Clérambault présumait lui-même de similitudes entre l'état émotionnel initial et les états retrouvés dans l'hypomanie et les intoxications, l'auteur développe que l'hypomanie est suggérée dans 5 des cas d'érotomanie primaires dont 1 associé à une sévère dépression. Il retrouve également 2 cas d'épisodes récurrents érotiques brefs (forme atténué) et 2 d'hypersexualité. Egalement, une histoire familiale de dépression est retrouvée chez 2 patients. Une persécution dépassant la relation avec l'Objet est clairement citée dans 4 cas.

Dans les cas secondaires, l'hypomanie est retrouvée dans 6 cas dont 1 avec dépression également et 1 autre avec tentative de suicide. 2 cas également cités d'épisodes érotiques récurrents. Aussi, 3 cas où il existe une histoire familiale de troubles psychiatriques et 4 où la persécution s'entend au-delà de la relation à l'Objet. L'auteur rappelle qu'un de ces cas se développe dans un contexte de syndrome frontal.

Les deux groupes semblent donc présenter des éléments thymiques notables notamment d'états d'élation, de grandiosité et d'hypomanie, ainsi qu'une certaine héritabilité. Il est également constaté que l'âge de début est plus tardif que ce qui est habituellement vu dans les schizophrénies.

L'auteur rappelle ensuite la littérature déjà existante sur le sujet, avec notamment des éléments d'érotomanie semblables à ceux de Clérambault déjà constatés dans la

description de la psychose maniaco-dépressive par Kræpelin. L'état d'hyperthymie et d'exaltation menant au Postulat (C'est l'Objet qui a commencé et/ou qui aime le plus) et décrit par Baruk est rappelé, au même titre que la cohorte de Refsum comportant pour moitié une cyclothymie indépendante du *Trouble Délirant* ou encore les hauts scores de dépression chez les patientes de Rudden. Une revue plus récente de la littérature est également rapportée, où, sur 28 cas, un quart ont une composante affective marquée menant à un diagnostic de trouble schizo-affectif et 7% sont diagnostiqués bipolaires.

Signer évoque également comme argument la thérapeutique, où l'érotomanie ne serait pas si incurable comme cela fut évoqué par des auteurs précédents. En effet, des cas de réponse au LITHIUM, à la CARBAMAZEPINE, aux antidépresseurs associés aux neuroleptiques mais également à la sismothérapie vont dans le sens d'un trouble sévère de l'humeur comme origine du symptôme érotomaniaque. L'auteur y voit donc une perspective positive par rapport au sombre pronostic d'un trouble qui ne répondrait ni à la psychothérapie ni à la pharmacothérapie comme le disait Enoch (3).

Sur ce faisceau d'éléments auxquels se rajoutent la présence d'éléments paranoïdes et érotomaniaques chez les patients bipolaires – même en période d'euthymie – l'auteur conclut que la plupart des patients présentés comme érotomanes par Clérambault pourraient probablement être intégrés dans une classe nosologique plus grande de trouble de l'humeur. A titre d'exemple, Henriette H., patiente dont Clérambault fit le prototype de l'érotomanie pure alterne entre les « réveils impérieux de sa grande passion » où « l'idéation y est extrêmement vive (...) avec un érotisme diffus qui peut résulter d'un désir précis dû à un état hypomaniaque, connexe à la passion » et des phases de Dépit où dominant la tristesse de l'humeur et les « accès de désolation ».

2. NATURE DU LIEN ENTRE EROTOMANIE ET TROUBLES THYMIQUES

Au-delà de cette association constatée, reste à savoir quelle est la nature du lien qui unit ces deux états morbides. Ce lien peut donc être celui d'une association non significative et donc fortuite, d'une causalité unidirectionnelle (un trouble génère l'autre) ou bidirectionnelle (un trouble génère l'autre, qui pérennise le premier), celui de deux symptômes d'un même processus pathologique ou encore une cause commune aux

deux dans un contexte de multifactorialité (95).

Nous avons vu que selon nombre d'auteurs français, la tonalité maniaque ou dépressive n'est que secondaire au délire. C'est ce qu'en dit Lacan, qui, dans la discussion du cas Aimée récusé l'idée d'une paranoïa en tant que manifestation d'une psychose maniaco-dépressive : « Nous croyons qu'il faut se garder de confondre la variation cyclothymique avec les états affectifs secondaires aux idées délirantes. Ou pour mieux dire, nous croyons qu'il faut distinguer avec Bleuler, le trouble global de l'humeur, dépressif ou hypersthénique, ou *variation affective holothymique* et les états affectifs liés à certains complexes représentatifs qui représentent une situation vital déterminée, ou *variation affective catathymique* » (17).

A l'inverse, Guirguis (96) dans un article au British Journal of Psychiatry, où il évoque un cas d'érotomanie pure associé à une psychose maniaco dépressive, croit – selon ses termes – qu'un trouble primaire curable peut être trouvé dans de nombreux cas d'érotomanie pure.

La thèse de Bulot (95) plaide dans le même sens pour une approche neuropsychologique où les idées délirantes seraient liées à une perturbation des capacités d'empathie et de lecture des affects d'autrui, capacités modulées par l'humeur. Dans cette optique-là, c'est bien la thymie qui colore les idées délirantes et donc à l'origine des transitions entre différentes phases (notamment la dépression du Dépit).

Nous voyons donc que les troubles thymiques et spécialement bipolaires sont liés de tous temps à l'érotomanie.

Il n'existe cependant pas de consensus sur le sens à donner à cette association : simple statistique, même processus, même origine ou l'un conséquence de l'autre ?

Les différents travaux sur la part thymique de l'érotomanie ont permis d'ouvrir une nouvelle possibilité thérapeutique chez des patients décrits alors comme difficilement traitables.

D. DISCUSSION SUR LA PROBLEMATIQUE DES TROUBLES THYMIQUES

L'hypersthénie proche de l'hypomanie classiquement décrite dans la phase d'Espoir ne fut constatée que chez Désirée, qui en était déjà à un stade d'épuisement quand elle vint, contre son consentement, aux soins.

Nous avons vu la tonalité dépressive du discours de Désirée lorsque le délire perd légèrement en prégnance du fait du traitement médicamenteux et institutionnel. Ces affects ne seront que présumés, Désirée n'exprimant pas de plainte de ce côté-là. Ceci s'explique possiblement par le fait que la dépression ne « fait pas partie de son bagage culturel » et que les idées suicidaires sont interdites par sa religion, posant ainsi quelques repères pour une lecture de son cas sous l'hypothèse d'un deuil impossible (ce que nous développerons dans le chapitre suivant). Un traitement antidépresseur alors ajouté à l'antipsychotique atypique doté de propriétés thymorégulatrices sera efficace sur cette tonalité du discours sans avoir d'influence sur le noyau délirant.

Chez Sonia, l'effondrement dépressif aux caractéristiques psychotiques subséquent à la réinscription dans la réalité fut prolongé (> 6 mois). Nous rappelons ici un antécédent de dépression du post-partum traitée par le soutien psychique du médecin traitant et la première hospitalisation pour « chagrin d'amour » sans atteindre le trouble thymique caractérisé. Ces épisodes-là ne furent nullement grevés d'éléments psychotiques ni précédés d'un syndrome érotomaniaque. L'abord médicamenteux par un antidépresseur ajouté à l'antipsychotique atypique en injectable chez cette patiente aux antécédents de virage hypomaniaque sous antidépresseur ne donna des résultats que mitigés sur la thymie – le délire érotomaniaque ayant chuté avant la mise sous traitement.

Pour Madeleine, refusant le diagnostic de psychose, s'attachant au signifiant « bipolaire de type II » mais aux antécédents de réelles élations de l'humeur, plus maniaques qu'hypomaniaques, comme de déclin thymiques accompagnés de symptômes psychotiques non congruents à l'humeur voire discordants, la période érotomaniaque ne fut émaillée ni de symptômes de série dépressive ni maniaque.

Ainsi, nous voyons que si les variations thymiques sont présentes chez nos trois patientes de façon plus ou moins fruste, il ne nous semble pas légitime ici (avec la

réserve de notre échantillon de trois cas) de considérer le syndrome érotomaniacal comme réductible à une manifestation d'un trouble de l'humeur.

V. PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ÉROTOMANIE

« Nous faisons semblant d'être heureux, c'était un vrai bonheur »

Yann MOIX – Les cimetières sont des champs de fleurs

Nous venons de voir les liens existants entre érotomanie et troubles thymiques dans la littérature médicale. Il nous semble que la littérature analytique peut également aider à tenter de comprendre les liens entre érotomanie, manie mais surtout la dépression avec le travail de deuil qui lui est associé.

Chez Sonia, comme chez Désirée dans une mesure moindre et d'une façon moins élaborée, la chute du délire érotomane est immédiatement suivie d'un épisode dépressif prolongé. Ceci concorde avec la tonalité dépressive retrouvée dans les descriptions classiques de la phase de Dépit. Cette relation de causalité, ou tout du moins de succession temporelle, invite à réfléchir sur ce que le délire venait alors « protéger » ou « empêcher » dans le psychisme de ces patientes pour que son absence fasse le lit d'une dépression parfois sévère.

Dans ce chapitre psychopathologique, nous partirons dans un premier temps des théories analytiques sur la dépression et le deuil puis, avec le concours des théories sur le rôle fonctionnel du délire, nous arriverons à l'hypothèse du délire érotomane comme formation réactionnelle contre une dépression. Ces différents éléments nous permettront, dans une seconde partie, d'approcher ce en quoi l'Objet et particulièrement l'Objet-médecin trouve sa place dans cette équation délirante. Puis nous discuterons de cette place et ses enjeux avec les hypothèses psychopathologiques de nos trois patientes.

A. LA RELATION EROTOMANIAQUE COMME SOLUTION DELIRANTE

1. LA DEPRESSION ET LE DEUIL D'UN POINT DE VUE ANALYTIQUE

Pour les auteurs analytiques qui considèrent la dépression comme un *état pathologique de souffrance psychique consciente et de culpabilité, accompagnée d'une réduction sensible des valeurs personnelles et d'une diminution de l'activité psychomotrice et organique, non attribuable à une déficience réelle* la dépression est métaphorique du deuil.

a) Freud : Deuil et Mélancolie (97)

Dans ce texte célèbre, Freud démarre par légitimer le rapprochement entre le deuil et la mélancolie. Il part des caractéristiques de la mélancolie : « *dépression profonde, suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, perte de la capacité d'aimer, inhibition de la capacité d'aimer et diminution du sentiment d'estime de soi* se manifestant en *auto reproches et auto-injures* » que nous retrouvons toutes dans le travail de deuil, à l'exception de la dernière relative à l'estime de soi. Deuil et mélancolie se rapprochent aussi du fait qu'ils soient tous deux déclenchés par la perte d'un objet aimé ou par une perte d'une nature plus morale « sans doute l'objet n'est pas réellement mort mais il a été perdu en tant qu'objet d'amour ». Freud précise cependant qu'il ne nous viendrait pas à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique nécessitant d'en confier le traitement à un médecin « nous comptons bien qu'il sera surmonté après un certain laps de temps ». Le travail de deuil consiste en un réinvestissement libidinal d'objets d'amour mais celui-ci nécessite au préalable d'accepter l'épreuve de réalité de l'absence de l'objet « qui édicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent ». C'est l'hyper-investissement, non plus de l'objet lui-même, mais des souvenirs liés à l'objet par le Moi qui va permettre le désinvestissement libidinal de l'objet perdu. Cependant chez certains sujets, l'investissement d'amour se fait sur une base narcissique et est tellement puissant que Freud le décrit comme « quasi-oral », « cannibalique » ou encore du ressort de « l'incorporation ». Ainsi, ce travail de deuil est impossible chez le mélancolique car la liaison est si puissante et si constituante de l'intégrité narcissique du sujet qu'il ne peut se résoudre à l'abandonner. L'objet est

maintenu dans la psyché du patient, soit sous forme hallucinatoire (Freud parle de *Psychose Hallucinatoire de Désir*) soit sur un mode mélancolique en l'incorporant en soi « l'ombre de l'objet tombée sur le Moi ».

Émerge donc avec Freud l'idée que si le travail de deuil, où la dimension dépressive est présente, nécessite un retrait préalable des investissements libidinaux de l'objet perdu pour réinvestir de nouveaux objets, ce retrait n'est pas possible chez certaines personnes dont l'assise narcissique reposait en grande partie sur l'incorporation de l'objet.

b) Mélanie Klein : la position dépressive (98)

C'est en s'appuyant essentiellement sur *Deuil et Mélancolie* que Mélanie Klein a théorisé le concept de position dépressive. Cette position, par son travail de maturation psychique, permet le travail d'élaboration pour l'enfant mais également à terme l'introduction du tiers dans la relation. Elle alterne avec la position schizo-paranoïde où l'enfant, à partir des relations d'objet partiel, incorpore *le bon sein* source de plaisirs et projette *le mauvais sein* persécuteur de l'objet primaire (la mère) hors de lui. La position dépressive diffère en cela que la relation objectale n'est plus partielle mais totale, l'enfant ne considère plus l'objet comme clivé, soit bon soit mauvais, mais comme une personne dans sa globalité avec ses aspects positifs comme négatifs. En miroir, l'enfant a accès au sentiment d'ambivalence vis à vis de cet objet et n'est donc plus un sujet clivé incorporant le bon et projetant le mauvais. Ce clivage interne diminuant, l'enfant peut passer de l'incorporation à l'introjection et donc pouvoir intérioriser une imago maternelle. Cette intériorisation symbolique permet à l'enfant de supporter l'absence physique de l'objet.

Le corollaire de cet accès à la position dépressive est un changement dans la nature de l'angoisse ressentie. Aux angoisses psychotiques désorganisantes provoquées par le manque dans la position schizo-paranoïde, se succèdent les angoisses dépressives teintées de la culpabilité d'avoir blessé l'objet primaire dans un mouvement agressif et de ne plus le voir revenir. Deux processus peuvent alors répondre à cette angoisse : la réparation et les défenses maniaques.

Les défenses maniaques, selon Mélanie Klein, sont là pour éviter la souffrance dépressive et la culpabilité de blesser l'Objet en s'érigeant en sauveur tout-puissant, voire en sauveur du sauveur. Ainsi, les moments proches de la manie et de l'hypomanie dans les phases d'Espoir et de Rancune de l'érotomanie semblent se comprendre comme une tentative de maîtrise de l'Objet tout puissant en passant par la négation de la dépendance à celui-ci. Nous retrouvons donc une composante du postulat dans la négation de la dépendance « *c'est lui qui a commencé ou qui aime le plus* » et les thèmes dérivés du postulat par la réparation : « *l'objet ne peut avoir de valeur complète sans son soupirant* », « *il ne peut être heureux sans le soupirant* ».

c) Abraham et Torok : Incorporer et Introjecter (99)

D'après Nicolas Abraham et Maria Torok dans l'article *Deuil ou Mélancolie*, l'incorporation est un fantasme de non-introjection. Pour ces auteurs, l'incorporation est un fantasme dans ce sens qu'il est établi afin de maintenir « le *statu quo* topique », il tend à transformer le monde afin de maintenir une homéostasie psychique. Ce que l'incorporation permet c'est la « guérison magique » d'une perte, en somme c'est « refuser le deuil » et les remaniements douloureux qui en découleraient. En se basant sur l'exemple des incorporations orales au sens propre (coprophagie et autres), les auteurs soutiennent la thèse qu'une lacune narcissique (« *le vide oral originel* ») est par certains sujets niée. Ce phénomène d'incorporation (par une nourriture réelle ou symbolique) qui est anti-métaphorique est l'illustration de la négation « il n'y a pas de vide ». Il en va tout autrement de l'introjection où l'objet venant de l'extérieur peut être assimilé au Moi de façon symbolique, avec l'aide du langage, qui va venir recouvrir cette lacune.

d) Le deuil originaire

Selon Racamier (100), il s'agit du renoncement du Moi à la possession totale de l'objet, donc d'une union fusionnelle et symbiotique, garante d'une intégrité narcissique.

C'est la capacité de désillusion qui permettra à l'enfant de réaliser ce travail de deuil et d'intérioriser l'objet (sous forme de souvenirs par exemple). C'est donc un travail nécessaire pour accéder à une ouverture aux relations objectales et donc au monde. Si ce travail de deuil originel n'a pas lieu, que l'enfant ne peut renoncer à la possession totale de l'objet et faire le deuil de cette relation primaire, c'est tous les deuils ultérieurs qui sont compromis. Il y a donc deux conséquences à ceci :

- les choix d'objet externes seront non intériorisés mais investis sur un mode narcissique visant à retrouver une idéalité perdue dont le deuil n'a pu être réalisé ; l'incorporation prévaudra sur l'introjection ;
- chaque perte d'objet sera vécue comme un arrachement d'une partie de soi, une hémorragie narcissique.

D'après ces théories analytiques, la capacité de déprimer et de réaliser un travail de deuil nécessite beaucoup d'énergie psychique et le retrait des investissements libidinaux de l'objet perdu.

C'est le deuil originel, expérience de renoncement à une relation duelle et fusionnante avec l'objet primaire, qui, par l'intermédiaire de l'introjection d'une imago, va servir de modèle aux deuils ultérieurs du sujet. C'est également l'expérience de séparation qui va permettre l'introduction d'un tiers dans la dyade et l'ouverture au monde par des relations objectales.

Ainsi, si ce deuil originel n'a pas pu être réalisé de façon satisfaisante, les relations d'objets ultérieures se feront sur un mode narcissique visant à restaurer cette unité perdue et chaque perte exposera au risque de sentiment de rupture de continuité de l'individu.

2. LE ROLE FONCTIONNEL DU DELIRE

a) Freud : Le délire comme tentative de guérison

La genèse de cette théorie commence avec la lecture du cas du président Schreber par Freud. Il évoque la sensation de fin du monde que ressent Schreber, sensation qui est une représentation interne « catastrophe intérieure » projetée sur l'extérieur. Cette catastrophe intérieure serait due au retrait des investissements libidinaux vers la réalité extérieure. Freud note que les pensées délirantes du « névropathe » sont ultérieures à cette catastrophe et concourent donc, par une restitution libidinale à l'égard des objets du monde extérieur, à établir une modalité défensive contre la maladie. Le mouvement de persécution de Schreber correspond ainsi à une redistribution pulsionnelle coordonnée par le délire. Freud résume cela ainsi : « Ce que nous tenons pour la production de la maladie, la formation délirante, est en réalité la tentative de guérison, la reconstruction. » (28)

Se dégagent ainsi de cette synthèse trois notions :

- Il existe un vécu catastrophique préalable à la survenue du délire ;
- La formation délirante est sous-tendue par l'idée d'un « travail du délire » dont la projection serait le ressort principal ;
- La construction d'une néo-réalité par le délire est donc une défense contre le péril psychique que représente cette catastrophe.

b) Nacht et Racamier : Le délire comme solution d'un conflit

« Il faut admettre que le délire soit et constitue la solution plus ou moins stable d'une situation de conflits psychiques. »

FALRET

Cette théorie du délire est reprise et détaillée par Nacht et Racamier en 1958 (31). L'exposé s'organise autour du postulat selon lequel le délire est une solution de

conflit psychique. Pour ce qui est de la genèse du délire, l'émergence délirante est, comme chez Freud, précédée d'une angoisse profonde et catastrophique qui menace le sujet d'anéantissement et de mort psychique. Cette angoisse naît d'une collusion entre les événements de la réalité extérieure et leur valeur signifiante pour le sujet (Schreber décompense au moment où il accède au poste de président de la cour d'appel de Dresde) venant réactualiser un conflit ancien. Ce conflit n'ayant pu être métabolisé par les mécanismes de défenses classiques de type névrotique, la psyché du malade s'en réfère aux modalités défensives plus archaïques de déni, de projection et de délire.

A la suite de cela, pour Racamier (100), il y a retrait de l'investissement libidinal et ce sont à la fois les investissements objectaux comme narcissiques qui sont retirés de l'économie psychique. Le moi également privé de ses investissements est dans une position où plane la menace de *mort psychique* correspondant à cette expérience catastrophique. Ainsi, le psychisme du patient va opérer par la projection un réaménagement "acceptable" de la réalité extérieure où la conflictualité passera d'interne à externe au sujet. Racamier en dit même, au delà de sa vertu défensive, que ce réaménagement est même « constituant » du sujet puisqu'il lui permet de vivre par rapport à cette menace de mort psychique.

Ce monde extérieur aménagé permet donc au sujet de rétablir selon une modalité délirante une relation avec son environnement et un lien avec l'objet. Cette réinterprétation du monde permettra au sujet d'avoir réponses aux interrogations antérieurement posées et significations à ce qui a pu en être intolérablement dépourvu. Même une relation de persécution offre une certaine garantie narcissique : « on me veut du mal » démontre bien qu'il y a investissement envers le sujet, et qu'il sait au moins de quoi il en retourne quant à sa personne.

Racamier illustre la nécessité de cette capacité de penser retrouvée par l'assertion « *Mieux vaut délirer que de ne pas penser* »

c) A l'origine : l'agonie primitive

Pour Winnicott (101) l'*agonie primitive* (appelée *terreur sans nom* chez Bion,

situation extrême pour Bettelheim ou encore *angoisse de néantisation* chez Kestemberg) est une expérience déjà éprouvée par le sujet où la détresse extrême, allant au-delà de l'angoisse, qui n'a pu être ni éprouvée ni élaborée par le sujet, et qui représente une véritable mort psychique par rupture de la continuité de l'être. Cette agonie recouvre, pour Winnicott, les angoisses de nature psychotique : morcellement, anéantissement, néantisation, ... Confronté à celle-ci, le sujet se clive pour se soustraire à une subjectivisation intolérable. Ainsi l'auteur théorise l'idée d'une production délirante visant à métaboliser, par la voie symbolique du délire, cette expérience agonistique où le sujet pourra se l'approprier voire même la dominer par des défenses paradoxales.

Pour que la solution délirante soit employée en recours à cette expérience traumatique (qui n'est pas l'exclusivité des sujets délirants), il faut que celle-ci ait une première occurrence à un âge précoce où s'édifient le Soi et le sentiment d'exister. Par sa précocité dans le développement psychique de l'individu, cette première occurrence laisse une faille béante dans la constitution du narcissisme primaire. Ainsi, si cette angoisse venait à revenir, c'est toute la structure narcissique qu'elle viendrait ébranler et menacer de mort justifiant donc l'emploi d'une défense délirante pour rétablir une continuité dans cette constitution du Moi.

Nous retrouvons ici une expérience primitive de détresse extrême ayant laissé des failles dans la constitution narcissique du sujet. Du fait d'un narcissisme défaillant, une nouvelle confrontation à cette expérience pourrait ébranler les assises du sujet et dévitaliser le moi.

Certains éléments de réalité peuvent venir raviver ce conflit ancien que le sujet ne pourra métaboliser par des mécanismes de défenses névrotiques classiques. C'est en perdant ses relations d'objets garantissant son sentiment de continuité que l'individu s'expose à cette angoisse terrible de morcellement, néantisation, anéantissement.

Le délire vient donc ici reconstruire un monde extérieur où ces éléments de réalité menaçants sont niés.

3. EN SYNTHÈSE : LA RELATION ÉROTOMANIAQUE SELON KESTEMBERG

« Le bonheur c'est ce qui fonctionne »

Fritz ZORN, Mars

Freud est le premier dans « *Pour introduire le narcissisme* » (22) à voir dans la passion « un appauvrissement du moi en libido en faveur de l'objet », ce qui pourrait surprendre si l'on considère la relation d'Objet érotomaniaque comme une passion visant à préserver le Moi. Or Freud précise également que le sujet peut se prendre comme objet d'amour lui-même, notamment dans les relations d'objets narcissiques en conquérant son estime de soi à travers l'autre – d'où la dimension orgueilleuse et mégalomane classiquement décrite. Le choix d'objet exclusivement narcissique n'est donc pas sans révéler une organisation libidinale défaillante où le besoin d'être aimé prend une dimension démesurée. Ainsi l'érotomanie peut se lire comme un délire nécessaire pour réaliser l'amalgame de la faille narcissique : il ne s'agit donc pas d'une passion amoureuse mais d'une passion narcissique délirante venant satisfaire les exigences de l'Idéal du Moi.

Nous avons vu avec Kestemberg (4), que si la relation érotomaniaque n'est pas spécifique d'une structure psychique, il en existe néanmoins une constante, à savoir *la lutte contre la dépression*. Cette lutte dévoile donc une relation répondant à une angoisse de perte d'objet qui remettrait en question la cohésion interne et l'intégrité de soi.

Par le rétablissement d'un lien avec l'Objet, la relation érotomaniaque va donc défendre l'intégrité du moi face à cette angoisse de néantisation et ainsi permettre de se substituer à une position dépressive défaillante ne permettant pas au sujet de faire le « deuil de la perte d'objet ». Nous avons vu plus haut le risque dépressif, et suicidaire associé, des états dépressifs survenant à la chute du délire. Ainsi la relation érotomaniaque vient masquer la perte d'objet par maintien d'une permanence, illusoire certes, de l'objet. De par ce qu'elle vient préserver de l'économie psychique – à un prix peu coûteux en terme d'angoisses – et par la forte dimension de satisfaction libidinale, Kestemberg fait de la relation érotomaniaque une défense particulièrement efficace.

Lorsque le travail de deuil est impossible, la perte d'un objet investi sur un mode narcissique viendrait mettre à mal la structure du sujet.

En maintenant, par la voie délirante, cette relation objectale, l'érotomane s'épargne une situation de dépression et se protège donc de l'angoisse de néantisation qui en découlerait.

B. LE CHOIX D'OBJET CHEZ L'ÉROTOMANE

« la passion ne peut être étudiée en dehors de l'objet qui la qualifie »

Jacques LACAN

Nous venons de voir comment se soutenait l'hypothèse de la relation érotomaniacale comme solution délirante à une situation de menace pour le psychisme du sujet. La relation objectale maintenue par la voie de l'érotomanie trouve donc sa place dans une équation psychique où les termes concourent à un produit homéostatique. L'inconnue qu'il nous reste ici à définir est donc l'Objet et, plus particulièrement dans le cadre de ce travail, l'Objet-médecin. Pourquoi lui ? Quelles sont les caractéristiques lui appartenant, à lui ou à son statut, ainsi que les circonstances de la rencontre, qui en font le choix privilégié des érotomanes ?

C'est à ces questions que nous essaierons de répondre dans cette seconde partie psychopathologique. Après un rappel de quelques définitions, nous détaillerons les différents concepts qui ont tenté de définir les spécificités de l'objet. Nous verrons par la suite pourquoi et comment le médecin peut s'inscrire pleinement dans ces définitions. À la lumière de ces éléments, nous pourrions discuter les différentes hypothèses psychopathologiques sur les relations objectales de nos trois patientes.

Ceci nous aidera à cerner, en introduction du chapitre suivant, les enjeux thérapeutiques de la prise en charge d'un sujet érotomane lorsque son objet est un médecin.

1. DEFINITIONS

a) Définition de l'objet selon le *Vocabulaire de la psychanalyse* (102)

« La notion d'objet est envisagée en psychanalyse sous trois aspects principaux :

- i. En tant que corrélatif de la pulsion : il est en ce quoi et par quoi celle-ci cherche à atteindre son but, à savoir un certain type de satisfaction. Il peut s'agir d'une personne ou d'un objet partiel, d'un objet réel ou d'un objet fantasmatique.
- ii. En tant que corrélatif de l'amour (ou de la haine) : la relation en cause est alors celle de la personne totale, ou de l'instance du moi, et d'un objet visé lui-même comme totalité (personne, entité, idéal, etc.) ; l'adjectif correspondant serait « objectal ».
- iii. Dans le sens traditionnel de la philosophie et de la psychologie de la connaissance, en tant que corrélatif du sujet percevant et connaissant : il est ce qui s'offre avec des caractères fixes et permanents, reconnaissables en droit par l'universalité des sujets, indépendamment des désirs et des opinions des individus (l'adjectif correspondant serait « objectif »).

b) Définition de l'objet partiel selon le *Vocabulaire de la psychanalyse* (102)

« Type d'objets visés par les pulsions partielles sans que cela implique qu'une personne, dans son ensemble, soit prise comme objet d'amour. Il s'agit principalement de parties du corps, réelles ou fantasmées (sein, fèces, pénis), et de leurs équivalents symboliques. Même une personne peut s'identifier à ou être identifiée à un objet partiel. »

2. EVOLUTION DES DIFFERENTS CONCEPTS D'OBJETS DANS

L'ÉROTOMANIE

a) L'objet comme substitut maternel

C'est Esquirol en premier qui décrit les enjeux du choix d'objet avec ses particularités liées à l'érotomane. De façon concomitante à sa définition clinique, il a également décrit le rôle de substitut maternel pouvant être joué par le médecin dans le cadre d'une relation thérapeutique, anticipant alors les théories transférentielles de Freud.

A la suite, les différents auteurs s'étant intéressés au sujet ont sans peine reconnu la singularité de la place de l'Objet, mais analyses faites, pour en éviter les potentiels risques. Garnier, et surtout Portemer son élève qui reconnu « *la valeur providentielle* » (cité dans 9) de l'objet, se sont intéressés aux conséquences médico-légales de l'érotomanie. L'attention est alors centrée sur la dangerosité potentielle de la course érotomaniaque vis-à-vis de L'Objet et la nécessité de préserver le médecin du risque personnel ou social que la quête affective de l'érotomane lui fait courir. Cette dangerosité présumée de l'érotomane est à nouveau illustrée par Clérambault, mais d'une vision sans doute peu représentative du fait de son poste à l'IPPP. Néanmoins, Clérambault n'oubliera pas également de faire de l'Objet une figure quasi conceptuelle à partir des dires du patient.

La thèse de l'Objet comme substitut maternel est aussi soutenue par Fretet : « *l'érotomanie apporte à l'adulte le même objet secourable et maternel qu'une rêverie familière apportait jadis à l'enfant* », il en appuie également la dimension providentielle de la relation érotomaniaque ainsi que la sécurité pécuniaire apportée par l'Objet. Il y a une prédestination aux poursuites de l'érotomane chez tout homme exerçant une « *manière de sacerdoce* » en révélant une propension à jouer un rôle de substitut maternel et bienveillant satisfaisant l'état de dépendance infantile (77)

Dans son article sur la relation érotomaniaque, Kestemberg (4) rappelle que « quelque soit le sexe de l'objet recherché, c'est toujours de l'objet maternel dont il est question en

dernière analyse », il en conclut donc que « les malades ne se trompent pas en choisissant les prêtres, les médecins, les enseignants ou autres personnages qui représentent fantasmatiquement la mère toute puissante pour l'enfant démuni. »

b) L'objet comme valorisateur narcissique

« Nous n'aimons jamais vraiment quelqu'un. Nous aimons uniquement l'idée que nous nous faisons de ce quelqu'un. Ce que nous aimons, c'est un concept forgé par nous - et en fin de compte, c'est nous-mêmes. Cela est vrai à tous les degrés de l'amour. »

Fernando PESSOA – Le livre de l'intranquillité

Nous rappelons que Freud a pointé la propension chez certains sujets à conquérir l'estime de soi au travers des autres (22). Ainsi, quand l'assise narcissique est défaillante, choisir un objet de haut statut social permet en miroir de répondre au besoin de valorisation narcissique par la possession de cet objet.

Parallèlement, le haut statut social de l'objet est aussi constaté par Kræplin qui classe l'érotomanie dans les Délires de grandeur (8). C'est cet attrait narcissique pour un objet de haut rang qui fera considérer les érotomanes comme « *volontiers mégalomanes* » par Krafft-Ebing (11), « *imbus d'eux-mêmes* » selon Schachter (24) ou encore qui donnera matière à l'Orgueil de Clérambault (15).

En illustration de cela les tableaux suivants (issus du travail de Debrus et Edel déjà évoqué au chapitre épidémiologie (12)) relevant les statuts des Objets dans les certificats de Clérambault montrent que pour environ 2/3 des femmes, l'Objet est de rang social supérieur, tandis que c'est le cas chez moins d'1/3 des hommes.

Tableaux 5 et 6 : Objets des érotomanes selon les certificats de Clérambault

Objets des femmes érotomanes

Sans renseignements	10,5 %
Objet prestigieux ou célèbre	16,9 %
Objet de même condition	15,3 %
Professions médicales	14,5 %
Patrons, chefs	10,5 %
Militaires, policiers	8,9 %
Prêtres	7,2 %
Homme d'Etat	6,5 %
Maris, amants	6,5 %
Commerçants	1,6 %
Pluralité d'Objets	1,6 %

Objets des hommes érotomanes

Sans renseignements	10 %
Objet de même condition	30 %
Objet prestigieux ou célèbre	26,7 %
Epouses, fiancées	16,7 %
Autres	10 %
Pluralité d'Objets	6,6 %

Rappelons ici que pour Freud, si l'amour d'Objet est plutôt masculin, l'amour narcissique est quant à lui féminin, ce qui pourrait expliquer la prédominance féminine de l'érotomanie. Cette thèse qui peut sembler une dichotomie simple pourrait aussi expliquer les données épidémiologiques sur le statut de l'Objet en fonction du sexe du sujet. Car, si la relation narcissique est le propre de la femme et vient donc valoriser le Moi par un objet extérieur de haut statut, nous voyons ici également que la relation d'objet d'amour de l'homme ne nécessite pas tant ce recours à la valeur sociale de l'Objet.

Dans sa thèse, nous avons vu que Lacan, étrangement, ne considère pas la formulation du postulat comme trait de structure décisif du sujet. En revanche, il insiste sur le trait d'éminence de l'Objet et affirme quelques temps plus tard dans *l'évolution psychiatrique* (1935) « la passion ne peut être étudiée en dehors de l'objet qui la qualifie » (cité par 21). Pour Aimée, les objets d'érotomanie comme le Prince de Galles prennent fonction de par leur caractère inatteignable de non-réalisation du rapport sexuel.

Il serait intéressant également de questionner la possible évolution des status d'Objets

du fait de l'évolution de la société. A titre d'exemple, si les prêtres représentaient plus de 7% des choix d'Objet à l'époque de Clérambault, en est-il toujours de même aujourd'hui ? A l'heure où le poids de la religion chrétienne est sans doute moindre du fait des différentes mutations sociétales – le prêtre occupe t-il toujours la même place dans la vie des citoyens et, de fait, a t'il les mêmes dispositions à être Objet ?

c) Kestemberg : l'objet préœdipien et la Toxicomanie d'objet

A la mesure de la multiplicité des configurations de l'érotomanie, Kestemberg (4), en nous donnant l'exemple de deux patientes, montre que les choix d'Objet sont également multiples.

(1) *Dorothée et L'Objet préœdipien*

Pour Kestemberg, l'Objet peut ne pas être œdipien mais identification pseudo-œdipienne dont le caractère inatteignable garantit la non réalisation (rejoignant donc ici Lacan), non pas d'une liaison incestueuse avec le père, mais d'une relation trop étroite et ravageuse avec la mère. Dans le cas de Dorothée, érotomane psychotique, l'auteur rappelle Freud en révélant un objet d'amour homosexuel à savoir sa mère, mais dont l'apparence paternelle « n'est là que pour assurer le maximum de distance entre les pulsions des sujets et l'objet ».

(2) *Bénédicte et la toxicomanie d'objet*

Bénédicte, quant à elle borderline, présente une toxicomanie d'objet érotomaniacale, à savoir donc une relation érotomaniacale non délirante. Elle poursuit son objet le docteur X, personnage à la fois frustrant et réparateur, dans une quête qui reste à tout moment vécue et consciente, sans être sous l'influence de l'autre. Au fil de la cure les affects dépressifs se font plus jour « J'ai besoin de X... pour ne pas être détruite ». L'Objet de Bénédicte est inatteignable, décevant mais constamment présent (à la différence d'une projection psychotique qui serait non divisée³ et déconnectée de la

³ Non division à entendre ici au sens lacanien comme ne souffrant d'aucun défaut, ni d'aucune limite à ses possibilités

réalité, ce qui aboutirait par la solution délirante à une plénitude), permettant ainsi un véritable travail de deuil qui, à la différence des mélancoliques, a son objet conservé à l'extérieur du Soi. Dans sa toxicomanie d'Objet, Bénédicte est dans une quête effrénée d'apercevoir son Objet, comme pour vérifier son intégrité. « Dans le cas de Bénédicte, en s'accrochant au Dr. X... elle a essayé de combler un vide, pensant de cette façon s'échapper à la dépression qui est, à notre avis, le pivot de la structuration de Bénédicte ». Tout se passe comme si l'intériorisation de l'objet n'avait pu avoir lieu et rendant donc les tentatives de travail de deuil par le Moi pathologiques. « Bénédicte réalise là un véritable travail de deuil, mais contrairement aux mélancoliques, l'objet reste en dehors d'elle, elle tente constamment de l'intérioriser, n'y parvient pas (...) ». Il s'agit d'un travail de *repersonnalisation* face à la dépersonnalisation que Racamier nomme même *repersonnation*.

C'est également dans cette optique d'un choix préœdipien que se positionne Jovelet. Pour lui, le choix d'objet d'amour diffère chez le patient psychotique, en particulier érotomane, de celui du patient névrosé qui s'établit en rapport à une identification à l'objet œdipien ou son contraire. « L'hainamoration passionnée » de ces patients, chez qui l'accès au registre symbolique fait défaut par manque de signifiant de la fonction paternelle, autorise des choix d'objets non interdits par la conflictualité œdipienne. Ainsi l'Objet peut être doté de toutes les vertus puisqu'il est perçu comme non barré par la division, non assujetti à la castration symbolique. Cette perception d'un autre imaginé comme « absolu » fait donc le lit de transferts massifs d'une durabilité exceptionnelle. Ce sont donc la mégalomanie du moi idéal avec la projection et l'idéalisation qui sont en jeu dans le choix de « cet homme de Bien ».

Au fur et à mesure de l'évolution du concept de l'érotomanie, l'objet trouve une place de plus en plus importante dans cette description.

Il est d'abord un substitut maternel, recours providentiel et bienveillant, avant de devenir celui à protéger lors de la période légaliste de l'histoire de l'érotomanie. Avec les théories analytiques se profile l'idée d'un objet venant satisfaire un narcissisme précaire expliquant ainsi le statut social élevé.

Cela peut être par ce même statut qu'il est inatteignable. Ce faisant il est là, présent, mais jamais trop proche et ne subissant pas l'épreuve de réalité. Il peut ainsi en tant que représentation préœdipienne, comme l'a théorisé Kestemberg, assurer une certaine satisfaction libidinale tout en évitant le risque d'une relation trop dévorante ou l'intimité d'un rapport mortifère.

d) L'objet chez Perrier

Le choix de l'Objet par l'Erotomane n'est, selon toute vraisemblance, pas fruit du hasard. Perrier (32) pousse même la réflexion jusqu'à qualifier l'Objet, ou en tout cas sa structure psychique, comme « élément inducteur et spécifiable » d'une relation « d'intersubjectivité dévoyée » - selon la formule de Léo (60).

A la suite du travail de Kestemberg sur la tentative de fonction structurante face à une angoisse de néantisation que peut illustrer le postulat, Perrier questionne ce pourquoi les médecins, au même titre que les prêtres, hauts fonctionnaires et autres *hommes de bien oblatifs* payent un si lourd tribut aux amours des érotomanes. Pour répondre à cela, il rappelle l'émergence chez ces sujets d'une figure œdipienne ambiguë, composite prégénital du père et de la mère à la fois, ainsi que les caractéristiques anamnestiques souvent retrouvées : « obscénités, perversités ou débilites parentales avec un père équivoque et souvent trop réellement caresseur et une mère incarnant une horreur de la féminité d'avec laquelle le conflit est abyssal ».

(1) L'homme de Bien

Partant de l'étude des trois femmes érotomanes trentenaires et mariées – Félicité (1), (2) et (3), Perrier dresse le portrait de « l'homme à aimer » qu'il définit comme « homme de Bien en fonction ». Ainsi chez Félicité (1), il s'agit d'un médecin l'ayant guérie d'une dépression en maniant les neuroleptiques à bon escient, prescrivant ainsi sommeil et anxiolyse tout en étant là au réveil. Ce médecin illustre l'affirmation du Postulat selon laquelle « c'est l'objet qui a commencé ». Ainsi, en ne s'intéressant sans doute pas aux raisons de la dépression de Félicité (1) mais en lui prodiguant soins efficaces, le médecin a illustré le développement de Perrier selon lequel « l'homme de Bien en fonction (qu'il fonctionne pour la santé du corps, le salut des âmes, la réalité de la libido, ou l'ordre de la cité) comme celui qui se veut, et d'abord à l'aveuglette, partie prenante dans la question forcément opaque de quelqu'un d'autre ». En bon médecin, ce fonctionnaire de l'altruisme, parfois obsessionnel, cherche par ce bien prodigué aux autres à éviter sa propre angoisse de castration, c'est-à-dire son désir.

(2) La structure de l'objet comme inductrice de l'érotomanie

Ainsi de part et d'autre de cette rencontre autour de l'axe de l'offre et de la demande, le sujet peut faire l'hypothèse suivante « *puisque'il m'en a donné plus que ce que je lui en demandais et que cela a éveillé mon insatisfaction, j'ai le droit de lui en vouloir; de ce fait j'ai des droits sur lui - au moins celui de ne plus jamais le laisser en paix* ». Ainsi pour Perrier, l'induction de la relation érotomaniaque est attribuable de façon spécifique à la structure névrotique de l'Objet. Cependant, Perrier souligne justement que de ces rencontres, où la trame de l'offre et de la demande est similaire, n'éclot pas forcément une érotomanie.

(3) L'érotomane cherche à perdre l'objet partiel

Dans cette relation l'érotomane chercherait à perdre l'objet partiel. C'est donc cette demande de dépossession qui est adressée à l'Objet comme nécessaire à cet amour à l'état naissant. De fait, l'Objet va devenir dépositaire de cet objet partiel perdu que Perrier ne considère ni comme un phallus ou équivalent phallique, ni comme un objet oral ou anal. Par un rapprochement avec Lacan, l'auteur assimile cet objet perdu au

concept de « trait unaire », reprise du « Einziger Zug » freudien (« trait unique ») comme support de la différence.

Par cette dépossession de tout avoir « pour l'amour », se créer une tentative par l'érotomane d'une symbolisation d'elle-même comme définitivement manquante d'un objet n'ayant pu être internalisé. « L'Objet est celui qui ne demande rien » dit Perrier. Ainsi, si l'Objet ne demande pas cet objet partiel chez l'érotomane, c'est donc qu'il l'a lui-même. L'Objet vient alors donner non érotiquement ce qu'il ne demande pas pour lui libidinalement. Ce don fait par l'Objet soulage la femme de ce qui l'empêchait alors d'accéder à une complétude dans sa représentation de la féminité, et notamment sur le plan du corps bien souvent marqué par la frigidité.

Pour Perrier donc, l'Objet est castré de tout désir érotique et ne vient donc pas questionner la femme en tant que telle. C'est par cette perception-là d'absence de demande sur un terrain trop glissant en l'état que l'érotomane promeut l'Objet au rang d'homme de Bien.

Néanmoins cette configuration est mise à mal dans les phases de Dépit (que Perrier nomme *Vindication*) où l'érotomane, sur le mode d'un terrorisme passionnel, vient questionner l'Objet : de quoi est-il détenteur ? « Donc ce rien, lui, l'objet, doit l'avoir. S'il ne l'a pas, elle n'est plus rien. C'est alors la phase de Dépit, exprimant davantage que l'angoisse de néantisation, l'insupportable d'une vie qui n'étant plus transfigurée par le postulat serait à ré endosser comme les guenilles de la réalité après le conte de fées ».

Dans son article Perrier dresse un portrait type de l'homme à aimer par les érotomanes qu'il nomme *homme de Bien*. L'homme de Bien peut tout aussi bien représenter un prêtre, un homme politique ou encore le médecin tant qu'il se positionne en tant que fonctionnaire de l'altruisme.

Dans sa névrose, le médecin va chercher par ses soins à tout prix le bien de l'autre, au-delà même de la demande initiale du sujet. La structuration névrotique de l'Objet est, pour Perrier, l'élément inducteur de l'érotomanie.

Dans cette relation, l'érotomane va chercher à se débarrasser d'un objet partiel – obstacle à la complétude féminine – celui que l'Objet ne demande pas et s'il ne le demande pas c'est donc qu'il l'a.

e) Demoulin : la recherche de l'objet a^4

Demoulin (cité par 9), quant à lui, opère un retour à Lacan en positionnant l'érotomanie comme une présentation masculine et non hyper-féminine de la psychiatrie classique. Tout se passe comme si l'érotomane cherchait chez autrui l'objet a^4 par une inversion qui lui serait insupportable car ainsi « positif » en lieu et place de

⁴ Définition de l'objet a : Concept de Jacques Lacan théorisé à partir des notions d'objet pulsionnel de Freud (objet de la pulsion qui ne vise qu'une partie de l'autre, par exemple le sein maternel) et d'objet transitionnel chez Winnicott (surface d'entre deux, espace de transition entre Moi et l'autre). Reprenant l'idée d'Agalma évoquée dans le banquet de Platon où Alcibiade fait l'éloge de Socrate, non pour sa beauté extérieure, mais pour les « agalmata » cachés en son intérieur et invisible des yeux. Lacan définit ainsi l'objet a comme l'objet énigmatique du désir qu'on ne perçoit pas dans une image, mais qui la rend pourtant désirable. Etant caché l'objet a est un *manque à être*, ce qui manque à une satisfaction pleine mais qui ne peut être symbolisé (confère cliniquement ces patients de pratique courante en prise avec une souffrance dépressive ou des comportements autodestructeurs inexplicables disant « pourtant tout avoir » ou « ne manquer de rien »). Si le désir est rapport à l'autre, la jouissance est, elle, rapport à l'objet ; l'objet a en est le diastasis séparant les deux (36,38).

sa castration. Ainsi, en reprenant les théories freudiennes tout en les poursuivant, cet auteur envisage que le changement de sexe concerne à la fois le sujet (une femme aime en tant qu'homme) mais également l'Objet (un homme est aimé en tant que femme). La conclusion de Demoulin est que l'érotomane est un « pur désirant » oscillant entre le troubadour de l'Amour Courtois et « le viol sadien ».

3. L'OBJET-MEDECIN ET SA RENCONTRE

*« L'amour surgit devant nous comme surgit de terre l'assassin
au coin d'une ruelle obscure et nous frappa tous deux d'un
coup. Ainsi frappe la foudre, ainsi frappe le poignard ! »*
Mikhaïl BOULGAKOV - Le Maître et Marguerite

Au travers de ces différents concepts d'objet nous retenons donc plusieurs éléments pour qualifier ce en quoi le médecin peut être cible privilégiée du choix d'Objet de l'érotomane :

- par sa représentation d'une figure maternelle providentielle ;
- par sa vertu de valorisation narcissique du fait de son haut statut ;
- tout en assurant, par son côté inatteignable, la non-réalisation d'un rapport mortifère et/ou semi-incestueux avec une figure œdipienne ou préœdipienne ;
- en étant ce *fonctionnaire de l'altruisme* qui ne viendra pas demander l'objet partiel que l'érotomane cherche à perdre.

Nous voyons donc que d'emblée, par son désir soignant, le médecin remplit le postulat et ses dérivées :

- « *C'est l'objet qui a commencé* » nous l'avons vu avec Perrier (32) plus haut ;
- « *la vigilance* » et « *la protection* » de l'objet s'illustrent également dans la bienveillance médicale ;
- « *les travaux d'approche* » sont également présents, nous l'avons vu chez Madeleine, nous verrons plus bas ce que Kapsambelis (103) en dit ;

- de la même façon, le médecin attentionné et désireux de bien faire se donnera à la tâche de restaurer la santé⁵ de son patient. Son « *bonheur* » et sa « *valeur complète* » dépendent donc du soupirant-patient.

L'érotomane et le médecin se rencontrent de deux façons. Soit le médecin s'est vu attribué l'élection d'objet par l'érotomane en devenir et est donc le premier témoin pouvant considérer ce qui se passe, soit il intervient en tant que thérapeute d'une érotomanie déjà bien amorcée, mais prenant également le risque de prendre la suite de l'Objet initial dans le délire du sujet. D'une manière identique au patient de constitution paranoïaque dont le portrait orgueilleux, méfiant et psychorigide fut brossé par Génil-Perrin (qui envisageait d'ailleurs l'érotomanie comme une forme atypique où les tendances paranoïaques ont une polarité sexuelle), l'érotomane devient ainsi un certain type de patient où la prudence voire la réticence du thérapeute sonnent comme prolégomènes à sa rencontre.

Dalle précise que cette rencontre est souvent fulgurante (9), à considérer comme une illumination même si bien souvent reconstruite comme telle *a posteriori*. Cette rencontre est également à envisager avec les modalités qu'une prise en charge empathique peut entraîner. Si cette fulgurance ne se produit pas nécessairement *au premier regard* c'est qu'elle doit être au préalable considérée par le sujet comme conséquence d'une réponse inconsciente de l'Objet à sa demande.

L'érotomane n'attend pas de s'être manifesté en tant que tel pour l'être, c'est donc que cette relation se nourrit des éléments constitutifs de l'Objet. L'Objet qui par exemple, lorsqu'il est médecin, contribue à se présenter à l'érotomane comme Objet-type par une certaine autosatisfaction dans l'exercice de son art, surtout s'il le fait sur un modèle paternaliste « prenez le traitement que je vous prescris pour votre dépression, ça vous guérira ». L'érotomane devient alors aveugle des pièces de chute de ce Discours du

⁵ Santé dont nous rappelons la définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (104) : « La **santé** est un état de complet bien-être physique, mental et social (...) »

Maître⁶, le sujet se contente de venir admirer une « Statue Magnifiée sans faille ». Tant que l'Objet ne questionne pas son propre fonctionnement, ce stade de la relation perdure par alimentations réciproques tout en s'amplifiant (105).

Lors du passage à l'érotomanie « manifeste », l'évolution de cette relation, selon la chronologie bien connue maintenant, s'appuie sur des lignes de forces de personnalités cristallisées avec un sujet cantonné à sa description clinique dogmatique et contraint à harceler l'Objet s'échappant d'exaspération ou d'effolement. Ainsi selon Dalle (106), faute de médiation appropriée, cette relation s'établit à l'image d'un miroir grossissant ; propice aux fautes des professionnels dépassés. Ces fautes conjuguées à une souffrance sous forme d'un appel ne trouvant pas réponse peut mener à la dangerosité.

Pour Jovelet (107), cette rencontre n'en est pas véritablement une, en ce sens qu'il ne s'agit pas d'une appréhension de l'autre dans sa totalité comme « le coup de foudre » qui, lui, actionne le fantasme et le désir inconscient. La « cristallisation » du moment déclencheur d'une érotomanie se fait par la relation d'objets partiels : la voix, le regard, un corps... L'autre n'est pas appréhendé comme un objet total avec ses éventuels défauts ou incapacités mais comme une somme d'informations partielles, souvent issues d'un média sensoriel (l'ouïe, la vue,...) que l'intuition délirante coordonnera entre elles.

⁶ Le Discours du Maître est un des quatre mathèmes de discours lacanien. Lacan distingue quatre opérateurs : \$ (le sujet divisé donc incomplet), S1 (le Signifiant-Maître, celui dont la parole ordonne et unifie), S2 (le savoir), et l'objet *a*. La modalité du discours qui caractérise le sujet est fonction des places qu'occupent ces opérateurs : vérité, agent, autre, produit. Dans ce discours la vérité du sujet divisé va mettre le Signifiant-Maître en position d'agent demandant à l'autre un savoir dont le produit sera l'objet *a*. Il s'agit classiquement du discours ayant cours à l'armée ou dans l'église, mais également celui de la consultation médicale où le sujet divisé devient patient "malade" demandant à l'autre-médecin de produire un savoir médical (36,38).

Nous retiendrons ici que la rencontre entre un sujet érotomane et son Objet est possiblement fulgurante, nourrie des éléments structuraux de l'Objet et sur une modalité d'objet partiel.

Le processus érotomane peut continuer à être alimenté par le médecin investi en tant qu'Objet tant que celui-ci ne se questionne pas sur son fonctionnement propre et ne fait pas appel à une médiation tierce.

Tout ceci pose bien évidemment la question de l'attitude à avoir pour le médecin prenant en charge une érotomanie afin de ne pas glisser à son tour en position d'Objet.

4. DIFFERENCES MEDECIN PSYCHIATRE / MEDECIN SOMATICIEN

La place du psychiatre est-elle différente de celle du médecin somaticien quant au « risque » d'être Objet d'érotomane ? A notre connaissance, il n'existe pas de données statistiques permettant d'objectiver cette différence.

Néanmoins rappelons la statistique de (108) selon laquelle 11% des professionnels de santé mentale auraient été victimes de *stalking* et le fait que, selon West et Fridemann (72), les psychiatres font partie des professions les plus à risque sur les arguments suivants (relatifs aux patients) :

- propension des patients à mal percevoir les limites du cadre ;
- assignation d'un degré inapproprié d'intimité à la relation qu'il entretient avec son ou sa thérapeute.

Dans un article intitulé « *la position érotomane* », Kaspembelis (103) définit cette position comme étape logique du processus thérapeutique des sujets psychotiques. Il rappelle que la demande de soin n'émane pas toujours du sujet psychotique. Néanmoins, il peut prendre le traitement prescrit, se rendre aux consultations et à l'hôpital de jour sans sourciller. Alors qu'il ne la reconnaît pas, il perçoit néanmoins une demande de soin qui, de par l'identification projective, vient de l'extérieur et est attribué au thérapeute.

Cette non-reconnaissance personnelle de la demande de soin à deux origines : la première étant bien évidemment qu'elle n'émane pas du patient même mais d'un tiers (famille, médecin traitant, justice, ...) ; la seconde est plus propre au sujet psychotique où les mécanismes de clivage et de déni vont faire que la demande de soin émanant d'une part de soi (constatant l'inadéquation à la réalité) sera plus ou moins occultée par la part pathologique. Du fait de cette non-reconnaissance du soin, le patient peut donc légitimement se sentir attendu voire désiré par un autre (son médecin) qui dit lui vouloir du (son) bien. Il se trouve donc là dans la description du postulat érotomane puisque lui, qui n'a rien demandé, reçoit l'attention et le désir de quelqu'un d'autre.

Cette position, Kapsambelis la souligne particulièrement pour les schizophrènes : « les soigner c'est assumer l'entreprise de s'imposer à eux comme objet d'investissement, à l'encontre du processus de désobjectalisation en œuvre dans leur vie psychique (...) » et rajoute « avec quel autre type de patients le psychanalyste se sent-il autorisé à téléphoner en cas d'absence répétée, à insister pour la reprise du travail commun, à mettre tout le poids de sa personne dans la sauvegarde du processus engagé ? ».

Bien qu'elle soit le plus souvent vécue sur une modalité de persécution, l'hospitalisation sous la contrainte peut également renforcer ce mécanisme. Nous en reparlerons dans la partie thérapeutique.

Le médecin somaticien, quant à lui, peut également se retrouver en position d'élection en tant qu'objet. Il y a dans un premier temps le rapport au corps, corps dont nous savons la représentation particulière chez les patients psychotiques avec la potentielle difficulté à intégrer la différenciation soi/ non-soi. Sa méconnaissance des processus pathologiques ayant cours dans l'érotomanie peut également le mettre dans une position délicate. Le film Anna M. de Michel Spinoza (109) illustre ceci avec une certaine acuité. Après avoir opéré Anna d'une fracture fémorale, le médecin orthopédiste est le secours bienveillant lors de ses premiers pas « appuyez-vous sur moi, n'ayez pas peur ». Une seconde phrase annonçant la nécessité d'un suivi médical entérine la conviction délirante « Bien sûr qu'il faut que l'on se revoie ».

Bien qu'il n'y ait que peu de données sur le sujet, il semble que les psychiatres soient plus à même de devenir Objet que les somaticiens.

Ceci tient en partie aux caractéristiques propres de certains patients dont ils sont amenés à s'occuper mais également à la modalité des soins qu'ils prodiguent.

Les somaticiens sont néanmoins également en position à risque du fait du rapport au corps, d'une bienveillance « maladroite » qui viendrait nourrir une pathologie qu'ils connaissent peu.

5. *EROTOMANIE ET CHOIX D'OBJET HOMOSEXUEL*

La féminisation de la profession médicale⁷ entraîne-t-elle une recrudescence des femmes-Objet ? Caroli (112), en questionnant la sexuation du thérapeute analyste face à l'érotomane, évoque un statut des femmes thérapeutes beaucoup plus « à l'abri » dont les cas ne sont que des érotomanies homosexuelles et qui seraient donc possiblement pur objet transférentiel, à la manière des transferts névrotiques.

Bien que marginaux, ils existent quelques cas d'érotomanie où le choix d'Objet est homosexuel, la thèse de Fretet sur l'érotomanie homosexuelle masculine l'illustrant bien. C'est à M.J. Guedj (113), se basant sur deux érotomanes femmes ayant pour objet deux femmes médecins, dans un dossier de *Nervure* en 1988, que nous devons les réflexions suivantes.

Le premier cas est celui d'une femme de 20 ans faisant la demande de changer de sexe après déception d'un amour homosexuel platonique. La jeune femme « pourtant si sympathique » précise le médecin généraliste (qui à la suite de sa demande préférera

⁷ Au 1^{er} janvier 2014, le taux de médecins femmes est de 42,6 % (48,5 % pour les psychiatres) (110) contre 30% en 1990 (111), les projections envisagent une inversion du *sex ratio* pour 2022.

l'envoyer chez le psychiatre que le chirurgien), décrit un désir de changer de sexe depuis ses 7 ans, l'âge où elle a compris qu'elle souhaitait tout faire comme et avec son père. La mère, quant à elle, est décrite comme mutilante, sourde à ses demandes et dans l'incapacité de fixer des interdits. Après un premier essai de psychothérapie avec un homme ayant duré trois mois, Elizabeth vient à MJ. Guedj et formule « Ce n'est pas parce que vous êtes le meilleur médecin que je viens vous voir mais parce que je vous aime ». Guedj souligne bien l'absence de prime abord du postulat selon lequel « c'est l'objet qui a commencé et lui qui aime le plus » avec absence de la projection classique de la formule « je l'aime » avec imputabilité à l'autre des sentiments. Néanmoins, la question de la réalisation amoureuse, le rapprochement éventuel et la réponse de l'Objet sont presque vécus à la lumière d'une certitude absolue et sans aucune interrogation ou parcelle de doute. De même que le flot incessant de cadeaux émaillé de demandes insistantes à l'objet comme de menaces suicidaires montrent bien que cette relation déborde du cadre de la simple passion. Pour Guedj, par la demande de changement de sexe et l'avalanche de cadeaux (qu'elle n'a fait qu'au père étant plus jeune) il s'agit ici d'une identification à l'objet partiel maternel (renvoyant à Kestemberg) dont elle cherche à se séparer par la demande de mutilation du changement de sexe. Cette demande est celle de la perte de l'objet partiel en tant que point d'ancrage dans la sexualité féminine.

Le second cas est celui d'une femme de 50 ans, homosexuelle avérée, qui se déclara à la femme médecin l'ayant soignée d'un érysipèle lors d'un séjour à l'hôpital général. Ici également, le postulat n'est pas franc, et ce n'est qu'après un long travail psychothérapique qu'Irène reconnut n'avoir pas donné suite à des avances supposées... qui donc devaient émaner de l'Objet. L'histoire familiale montre une prédisposition, du fait de fixation sur les personnages féminins, à une homosexualité et également une relation compliquée à la sœur cadette « préférée de la mère » avec qui elle reprendra contact une fois son érotomanie traitée. Ainsi Guedj questionne l'érotomanie d'Irène comme la possibilité, après une longue abstinence sur le plan sexuel jusqu'à la rencontre avec l'Objet, d'une relation d'objet non délétère avec les figures féminines (sœur, thérapeute).

Ces deux cas, outre le caractère d'amour absolu, montrent la possibilité dans un registre thérapeutique d'une identification directe à une femme thérapeute et rappelle donc l'importance de l'Objet comme substitut maternel participant réellement à la cure.

C. DISCUSSION ET HYPOTHESES PSYCHOPATHOLOGIQUES

1. *DESIRÉE*

a) La rencontre avec l'homme de Bien

Le déclenchement du délire érotomane de Désirée se fait alors qu'elle vient d'être opérée d'une hystérectomie. Après une hémorragie nécessitant une reprise chirurgicale, Désirée est une nouvelle fois dans un état de santé où sa vie est menacée. C'est ainsi au moment où elle s'éloigne de la figure maternelle qu'elle y demande recours par la présence bienveillante de quelqu'un. Alors qu'il n'y a eu aucune demande en ce sens de la part de Désirée, le chirurgien va au-delà de simples soins post-opératoires et est à son chevet, lui prend la main, vient la visiter et prend régulièrement de ses nouvelles. C'est donc sur la base de ce réconfort, dépassant ce que Désirée était en droit d'attendre, de cet autre qui se montre bienveillant, véritable homme de Bien, fonctionnaire de l'altruisme, que le délire initial se développe. L'Objet est également valorisateur narcissique puisqu'en phase de Dépit, Désirée regrette de « ne pas avoir été à la hauteur de ses attentes »

b) Une rencontre fulgurante sur un mode d'objet partiel

Pour Désirée il s'agit de l'objet regard « je l'ai aimé au premier coup d'œil », et non d'une rencontre d'une personne dans son intégralité. Parlant du chirurgien, Désirée ne peut en citer que les caractéristiques physiques « il est grand et beau ». C'est au cours de sa poursuite de l'Objet qu'elle rencontre le « père de la voisine ». Ils se ressemblent de telle façon que sur un mode délirant, elle pensa une première fois que c'était le chirurgien « s'étant déguisé en un sosie » *sic*. Une fois le refus du chirurgien notifié, l'objet de l'érotomanie se déplacera vers le père de la voisine, lui ressemblant donc, au prénom composé à moitié similaire, évoqué toujours selon le mode de l'objet partiel mais en des termes bien autres « il est voûté ». C'est également selon cette modalité partielle que Désirée décrit, en l'évoquant lors de sa psychothérapie, la rencontre avec un précédent petit ami, opticien – lui à l'inverse de Didier le mari, comme des maris des trois Félicité de Perrier – investi d'un réel sentiment amoureux.

c) La perte de l'objet partiel

Cet homme de Bien, c'est également celui qui en ôtant un utérus avec un fibrome de poids équivoque (3,5 kilogrammes) vient clore la question de la maternité. Si Désirée a pu paraître très attachée au fait d'avoir un enfant (parlant bien de son métier comme moyen d'avoir des enfants de substitution) – ce qui pourrait passer pour un statut de mère en tant qu'Idéal narcissique – elle a pu en dire que ce désir était en réalité celui de son mari Didier et de son précédent compagnon. L'ablation de l'utérus, avec toute la connotation symbolique qui peut lui être associée, fait écho à ce que Perrier définissait dans cette perte de l'objet partiel « Tout se passe comme si devait manquer chez l'érotomane *ce qui* dans le corps, comme petite chose séparable ou pas, comme objet virtuel, réel, perdu ou invisible, peut être lieu de symbolisation de l'objet partiel, comme support de la signifiante du désir » (32).

Le roman familial de Désirée rejoint en quelques points celui évoqué par Kestemberg et Perrier. Le père, interdit par la mère de reconnaître sa fille, se retrouve exclu d'une triangulation œdipienne. Exclusion validée par son départ quand Désirée a trois ans, ainsi que par les disgrâces perpétuelles à son encontre dans le discours maternel sur le mode de la figure métonymique « tous les mêmes ». Il est décrit comme « coureur » et s'il n'a pas été investi comme père, nous voyons que sa perception par Désirée est celle d'un homme dont on connaît uniquement la sexualité avec diverses femmes et enfants issus de ces unions, bien loin d'incarner une imago stable d'une figure paternelle. Désirée grandit avec l'injonction projective de sa mère « tu es une bâtarde, tu es condamnée à être une fille-mère », qu'elle reprendra à sa façon plus tard « je suis une fille du péché – hors mariage – donc je ne peux pas être fidèle en mariage ». Du fait de l'absence de père reconnu, elle ne peut se marier avec un malgache n'ayant pas de dote à offrir. Elle se tourne donc vers « les hommes blancs » jusqu'à l'opticien, polonais, qui, du fait d'une maladie héréditaire, ne peut avoir d'enfant. Seulement cette histoire fait scandale dans son village et Désirée fuit en intégrant un groupe religieux.

Dans la question de l'amour où se mêlent, chez elle, de façon complexe, la maternité et la féminité, la religion trouve également place de solution. Dieu, comme le chirurgien, dans leurs amours chastes (Désirée n'a plus de relations sexuelles à partir de la consultation

préopératoire) viennent mettre à l'écart la question sexuelle dans cette « horreur de la féminité ».

En somme, quelle opération autre que l'hystérectomie pouvait mieux raviver « la haine du corps féminin dans son réel » (32) ? Les failles du narcissisme primaire de Désirée (« ma mère voulait un garçon ») sont alors mises à nu par cette éviction du symbole de la féminité mais également de la maternité. Dans ce moment de désorganisation corporelle où, de surcroît, l'angoisse de mort est alimentée par la précarité de son état physique, le chirurgien ne formule pas une demande de « séduction obscène » à Désirée mais est en position de vouloir quelque chose de différent, quelque chose de bienveillant.

2. *MADELEINE*

a) La dimension homosexuelle et le rapport au corps

Selon la formule de Freud, l'érotomanie est une défense contre une homosexualité où le sexe de l'objet est inversé et où la pulsion change de direction par le mécanisme de projection, attribuant à l'objet l'initiative du sentiment amoureux (28).

Sur la dimension d'une homosexualité, nous retrouvons une première expérience homosexuelle chez Madeleine, au sein d'un internat catholique, vécue sans culpabilité et par la suite des relations très clastiques avec les hommes, jamais prolongées. D'autres éléments peuvent aller dans le sens de cette hypothèse dans les lettres de Madeleine : la persécution des médecins et infirmiers psychiatriques évoquée : « j'abhorre, jusqu'au désir de meurtre, les infirmiers psychiatriques masculins », l'évocation du corps féminin lors de l'hospitalisation en cardiologie : « l'attrait érotique (...) de briser sexuellement une jeune femme de 37 ans » en opposition à l'image du corps masculin du « septuagénaire ventripotent qui n'a plus la force de faire son jardin » et toujours la formule freudienne du délire de jalousie avec « le spectacle de vos maîtresses étalées comme des trophées ».

Nous mettons également en parallèle la façon dont elle évoque son corps et la question de la sexualité. Nous retenons l'avidité envers la gente masculine dont elle fait preuve durant ses premières hospitalisations. Nous relevons également la façon dont l'étreinte

charnelle est aujourd'hui compliquée pour elle du fait de son rapport à son propre corps « (en parlant du défibrillateur) je ne pouvais plus tenir un homme dans mes bras », « Le serecor (prononcé une fois serocor : *serre au corps* ?) émousse considérablement les sensations », « j'ai un corps lourd et compliqué », ... Se pose ici également la question d'une possible projection (défibrillateur, médicaments) d'une féminité mal investie.

Nous ne retrouvons par contre pas chez Désirée et Sonia d'arguments pouvant soutenir cette thèse d'une homosexualité latente.

b) La question de la substitution maternelle et de la figure préœdipenne

Dans la perspective de son déménagement, Madeleine, de par sa dépendance financière aux parents, se retrouve contrainte à renouer des relations avec ce couple père/mère peu différencié. La configuration du couple parental, selon Kestemberg, est clairement retrouvée chez Madeleine. La mère est angoissante dans sa violence (confère l'épisode du rasoir avec le frère, qui n'est pas sans rappeler dans son évocation un attribut phallique) avec un conflit abyssal « l'adversaire naturellement haï » et un père, dénié en tant que tel, qui est évoqué soit sur un alignement des positions maternelles soit sur ce mode « caresseur » perceptible dans une relation intrusive avec un non-respect de son « étanchéité sexuelle » telle qu'elle la nomme.

Ainsi, dans ce moment particulier, la relation érotomaniaque viendrait assurer une satisfaction libidinale nécessaire et maintiendrait un lien avec l'objet maternel tout en le mettant suffisamment à distance pour ne pas le percevoir comme persécuteur. Dans la réalité d'ailleurs, les relations avec les parents et notamment avec la mère se sont trouvés plutôt pacifiées sur ce temps. Madeleine évoque ainsi le cas Dorothée de Kestemberg, de par sa relation d'enfant démunie à une mère toute-puissante.

c) La jalousie et le tiers

Comme l'a énoncé Lagache, ces trois érotomanies semblent se dérouler dans une atmosphère de complète aconflictualité. L'érotomanie se joue de façon duelle sans tiers amenant de la défusion ou du conflit, à l'exception du cas de Madeleine où un tiers est

imaginé dans une dimension de jalousie. Pour Madeleine, l'absence de tiers dans la relation thérapeutique (le Dr Y. était à la fois thérapeute, chef de service et via la contrainte, dépositaire de la loi) fut sans doute propice à un transfert massif sur le versant érotomaniaque. De la même façon que Désirée où l'Objet vient clôturer la question maternité, pénétrer le corps et le débarrasser d'un objet partiel, l'Objet chez Madeleine a pu être perçu comme tout-puissant et dépourvu de symbolique castrée.

3. *SONIA*

a) Un transfert à deux facettes : l'hainamoration

De la même façon que Madeleine, le transfert de Sonia était d'un registre essentiellement de persécution avant qu'il ne vire érotomaniaque. Si l'érotomanie sur sa composante hallucinatoire démarre au moment où un tiers prononce sa sortie durant mes congés, sa déclaration – à l'instar de Madeleine avec son changement de secteur – se fait lorsque se profile la perspective d'un changement de ma part, à savoir mon changement de semestre et que donc je ne sois plus son médecin. Elle me le confirmera deux ans après « je savais bien que ce n'était pas possible tant que vous étiez mon médecin ».

b) Le deuil impossible de l'objet primaire

Pour construire cette hypothèse de deuil impossible de l'Objet primaire, nous sommes partis de la réaction dépressive subséquente à la chute du délire. La séquence de soins durant cette période dépressive a marqué un tournant dans la prise en charge de Sonia, à savoir l'inscription possible dans un soin continu et, à long terme, une diminution très manifeste de la symptomatologie acoustico-verbale (hallucinations qu'elle évalue maintenant comme présentes une heure par semaine après plus de cinq années de présence continue). Durant cet épisode dépressif, les soignants l'ayant connue sur les deux périodes notent bien « le changement de contact » qui s'est opéré chez Sonia : plus souple, dans une position moins haute, prête à s'engager de son côté dans le soin. A partir de ces éléments s'est donc frayée l'idée que la chute du délire avait ravivé la perte de quelque chose mais dont le deuil n'avait pas été possible jusqu'ici.

Nous avons vu que lorsque Sonia est nourrisson, sa mère s'absente pour cacher sa grossesse à son père. Elle est absente une seconde fois de 3 à 6 ans – sans donner de nouvelles – lorsque Sonia est en Algérie. L'introjection de l'objet primaire peut sembler ici défailante. Puisque cet objet n'est pas introjecté, il n'est pas possible d'en faire le deuil et Sonia ne peut être seule. Ainsi Sonia va tout le temps rechercher la compagnie « je n'ai jamais vécu seule » au travers des relations avec les hommes qui pour beaucoup ont la violence en commun avec son père « je sors avec des hommes plus jeunes ... des boulets, j'ai l'impression de sortir avec mon père ! ». Les relations objectales faites sur un mode narcissique plus que d'un amour véritable donnent lieu à des hospitalisations lorsqu'elles s'interrompent (conjoint, annonce de la maladie de la mère, décès de la mère). Nous retrouvons ici deux caractéristiques décrites par Kestemberg de l'érotomanie : le choix d'objet pseudo-œdipien et la relation érotomaniaque comme manifestation remaniée des caractéristiques de la relation d'objet primitive (4).

En 1958, Winnicott consacre un article sur « la capacité à être seul » (114), capacité dont il précise qu'il s'agit d'un critère de maturation affective. Pour accéder à cette capacité, le nourrisson et le petit enfant doivent passer par de multiples expériences. L'une de celles-ci est celle d'être seul en présence de quelqu'un d'autre, généralement la mère. Il n'interroge donc pas, comme Freud, les conséquences de la séparation, mais l'aptitude à être seul psychiquement tout en ne l'étant pas physiquement. Winnicott décrit également la *relation au moi* comme le « type de relation qui existe entre deux personnes dont l'une, en tous cas, est seule (...) pourtant la présence de chacune importe à l'autre ».

Ce type de *relation au moi*, faute de pouvoir supporter une solitude sans présence physique de l'autre nous apparaît pertinent chez Sonia. Ainsi lorsqu'elle se retrouve donc seule chez elle, en plein hiver, dans un appartement ouvert aux quatre vents, l'hallucination de sa voix perçue comme bienveillante peut paraître l'équivalent d'un objet maternel réconfortant qui serait situé à l'extérieur de soi-même. Au moment où les conditions matérielles sont insuffisantes pour qu'elle puisse se constituer un cocon protecteur, ce bain de langage va fournir une enveloppe protectrice face aux angoisses psychotiques.

Différents éléments concourent à cette hypothèse :

- L'apparition des toutes premières hallucinations, à la suite d'une dispute avec la mère, surgit ainsi la culpabilité d'avoir blessé l'objet maternel et de ne plus le voir revenir ;
- Une prépondérance des hallucinations lorsqu'elle est seule chez elle à ne rien faire, celles-ci pouvant aisément disparaître lorsque Sonia s'occupe, avec nette majoration lors des ruptures ;
- La peur suscitée lorsqu'elle ou quelqu'un d'autre est convoqué à la place de sa mère : départ du domicile du père quand elle sent que cette place va lui être attribuée, haine envers une belle-mère « je ne voulais pas que quelqu'un remplace ma mère », réaction sthénique lorsqu'on l'appelle madame « je ne suis pas mariée avec mon père ! » ;
- Difficulté dans la relation avec les thérapeutes et exigence marquée vis-à-vis de l'institution.

Cette perte d'objet primaire a donc été niée par le processus hallucinatoire en le faisant exister en dépit de la réalité (évoquant peut-être ici la *Psychose Hallucinatoire de Désir* que Freud mentionne dans *Complément métapsychologique à la théorie du rêve* et *Deuil et Mélancolie* (97)). Lorsque, par la suite, les éléments de réalité sont renvoyés, survient la phase dépressive, où les hallucinations sont toujours présentes mais d'une tonalité mélancolique.

VI. Quel traitement pour l'érotomanie ?

A ce stade de ce travail nous avons vu les configurations et les ressorts du phénomène érotomaniaque ainsi que les particularités propres à l'Objet-médecin pouvant engendrer comme pérenniser cette relation.

Ainsi se dressent devant nous les enjeux lorsque l'Objet de l'érotomane est un médecin : comment poursuivre le soin de ces patients sans rejouer un scénario déjà bien rôdé et sans risquer un virage dépressif brusque aux potentialités graves ? Comment, en tant que médecin, poser les limites qui s'imposent sans susciter le rejet et compromettre l'accès aux soins ? Comment accompagner ces patients à la souffrance authentique mais à la demande de soin souvent peu évidente ?

Reprenant une bonne partie des données aperçues dans cet exposé, Dalle en fait un plaidoyer pour considérer l'érotomane « *prisonnier d'une sorte de piège spéculaire où sa petite enfance l'a prise et enfermée* » comme première victime de cette passion avant l'Objet, et d'en entendre le discours d'une manière psychothérapique qui ne soit ni refus, ni semblant, ni même entreprise dogmatique.

A. INTRODUCTION A LA QUESTION THERAPEUTIQUE

Clérambault pour « débusquer » les érotomanes savait faire usage de techniques d'interrogatoire qui paraîtraient aujourd'hui bien contraires à l'éthique de la relation médecin-malade. Ainsi il actionnait l'Espoir, même quand celui-ci était censé être tari, pour faire émerger le postulat et ses dérivés. Clérambault promettait alors rencontre arrangée, transmission d'un message ou même mariage dans un climat de complicité tacite incitant l'érotomane à se dévoiler pleinement comme telle.

Mais, après œuvre du Maître, qu'advient t'il de l'érotomane ? Pour Clérambault (ainsi que ses contemporains qui s'appuyaient sur les assises médico-légales de la thèse de Portemer) la réponse est simple : une fois l'érotomanie certifiée, c'est l'enfermement dogmatique au nom de l'ordre public (9).

Quels soins apporter aux érotomanes une fois la phase d'Espoir passée, comment prévenir ou accompagner la dépressivité de la phase de Dépit ou se prémunir du passage à l'acte de la phase de Rancune ? Et, sans doute plus globalement, quelle prise en charge pour les patients psychotiques dans la société ?

De concert avec sa description de l'érotomanie, nous l'avons vu, Esquirol (1) ne se montre pas avare en conseils thérapeutiques pour le traitement de ces malades : naturopathie, vigueur, soins médicaux, voyages de longue durée, traitement social par le mariage, ... Il semble que tous les moyens employables sont à saisir, qu'il faille tabler sur toutes les cibles thérapeutiques. Esquirol s'inscrit donc en précurseur de l'approche bio-psycho-sociale très en vogue actuellement en thérapeutique psychiatrique.

Aux alentours du milieu du XX^{ème} siècle se produisent plusieurs évolutions permettant d'offrir aux psychotiques un autre avenir que celui de l'enfermement asilaire *ad vitam*. Il s'agit, dans un premier temps, de l'apport des théories analytiques dans le traitement des sujets psychotiques, notamment chez Mélanie Klein et les auteurs s'inscrivant dans une filiation Kleinienne et donc qualifiés de post-Kleiniens (115). Puis Lacan, dans son séminaire sur les psychoses (35) et également quelques années plus tard s'intéressera également au traitement possible des psychoses dans *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose* (34). Par la suite vient également la politique de

sectorisation, visant à redonner une vie hors-les-murs aux malades et à favoriser le soin ambulatoire par rapport à une vision hospitalo-centrée.

Une autre avancée majeure dans le domaine du soin apporté aux malades psychiatriques fut l'avènement de la psychopharmacologie. Au moment de la naissance des psychotropes, comme le rappelle Kapsambelis dans son ouvrage *Les médicaments du narcissisme : métapsychologie des psychotropes* (116), la psychiatrie avait alors multiples traditions : clinique, psychologique, psychanalytique, phénoménologique, neuropsychologique voire thérapeutique. La psychopharmacologie était alors appelée à créer cet espace de synthèse sinon d'articulation entre ces différentes théories.

B. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUES

1. REFLEXIONS SUR L'USAGE DE LA PHARMACOPÉE DANS LES DELIRES CHRONIQUES

Que peuvent attendre le thérapeute comme le patient érotomane ou plus généralement délirant de ces traitements médicamenteux ? Un effet anti-délirant ? La réputation de ténacité (90) des idées délirantes dans l'érotomanie existait avant la pharmacopée psychiatrique, qui elle-même n'en modifia pas l'évolution de façon révolutionnaire. De plus, Kapsambelis (116) l'évoque dans son ouvrage : l'idée délirante telle que la perçoit le clinicien se situe en bout de chaîne des différents processus psychiques du sujet. Ainsi, il semble peu probable qu'un antipsychotique n'agisse qu'au bout de cette chaîne pour empêcher la survenue de l'idée délirante. Dans le chapitre « Diagnostic et traitement des psychoses délirantes chroniques autres que schizophréniques » de *Thérapeutique Médicamenteuse des Troubles Psychiatriques de l'Adulte* de Ginestet et Kapsambelis (90), les auteurs semblent voir dans l'efficacité des neuroleptiques une action indirecte passant par l'indifférence psycho-affective décrite par Delay et Deniker (également appelée *thymolepsie*).

Une courte vignette clinique d'une malade délirante évoque, à notre sens, ce en quoi les antipsychotiques peuvent amener à un changement chez ces malades. Mademoiselle P. est une paraprène de 29 ans, hospitalisée en moyenne une fois par an pour décompensation délirante, généralement à la faveur d'une interruption de traitement.

Lors de ses décompensations elle livre sans réticence le contenu de son délire où elle est la réincarnation d'une divinité stellaire de 10 000 ans d'âge coutumière des voyages intersidéraux et des secrets de l'univers. Lors des premiers échanges, durant l'une de ses hospitalisations, elle nous confie être abasourdie de notre ignorance vis-à-vis de cela, le contact sera même rapidement hostile du fait que, pour les soignants, ses révélations ne tombent pas sous le sens et nécessitera donc un séjour en chambre de soins intensifs. Un traitement par antipsychotique de seconde génération est rapidement repris et correctement observé. Deux semaines après, le contenu du discours est identique mais

M^{lle} P. reconnaît que nous puissions être ignorants de ce qu'elle souhaite témoigner au monde. Une semaine après, elle reconnaîtra avoir des « croyances personnelles » sur la réincarnation et l'astrologie, lui appartenant, et préfère évoquer son quotidien en entretien plutôt que cela. Ses idées finiront par être abandonnées au bout de quelques semaines. Conjugué avec les aspects thérapeutiques de contenance d'une petite unité fermée de secteur ainsi que l'instauration d'une relation d'alliance avec les soignants, il semble que Le médicament ici a d'abord permis d'acquérir un peu de souplesse dans ses schémas de pensée avant de reconnaître l'altérité dans sa différence, vraisemblablement par la restauration également d'une unité de soi. Il semble pour ce cas que la disparition des idées délirantes et leur critique sont secondaires à la restauration de capacités permises par le traitement, qu'il soit médicamenteux ou institutionnel.

De plus nous avons vu précédemment les différents effets, parfois à visée de protection de l'appareil psychique, que peut avoir l'activité délirante et, également, combien il peut être délétère pour un malade, notamment sur le plan thymique, de subir la chute de son délire et la perte de l'objet de ce délire. Sans tomber dans les travers quasi dogmatiques de certaines théories analytiques, dans quelle mesure doit-on respecter le travail du délire et ne pas chercher sa réduction à tout prix (y compris au prix de lourds effets secondaires qui, au mieux feront arrêter le traitement dès la sortie d'hospitalisation, au pire altéreront grandement la qualité de vie) ?

Une autre cible du traitement médicamenteux serait de limiter les troubles du comportement et risques de passage à l'acte, d'abraser ce que sont les dimensions saillantes de l'érotomanie. Mais, il semble que d'une part, « sédater » ces risques ne serait pas apporter grand-chose par rapport à l'époque de l'enfermement et d'autre part, il s'agirait d'une vision bien réductrice des potentialités des psychotropes que de ne considérer l'efficacité d'un traitement psychotrope uniquement sur les dimensions médico-légales d'un trouble.

Que permettent donc les psychotropes ? Kapsambelis s'appuie sur les théories analytiques pour penser les effets thérapeutiques des psychotropes dans les psychoses. Il reprend le concept d'hémorragie narcissique, dans le sens d'une déperdition brutale des investissements de soi menant à la désintégration de l'unité physique et psychique

ayant lieu dans les psychoses aiguës ou les acutisations « poussées fécondes » des psychoses chroniques. Sa démarche passe par la perception des effets secondaires somatiques des traitements avec l'évolution presque hypocondriaque pouvant s'en suivre. Si la thématique hypocondriaque est souvent présente dans les premiers instants de la psychose (Magnan la considérait comme une période d'incubation des psychoses chroniques), c'est parce qu'elle peut constituer une dernière étape avant la désintégration totale de l'unité *soma-psyché*. Ainsi, par la lourdeur des articulations, la lenteur d'exécution, la constipation, ... le malade va pouvoir réinvestir un corps initialement morcelé puis, par cette hypocondrie, réunifié et ainsi remettre en fonction son activité pulsionnelle et donc son narcissisme. Les neuroleptiques ont donc, pour Kapsambelis, une fonction de restauration du narcissisme en ce sens qu'ils rééquilibrent la balance entre investissements objectaux (persécutant ou érotomaniaques) et investissements narcissiques à la faveur de ces derniers.

2. GENERALITES

Dans le chapitre sur l'érotomanie du livre d'Enoch et Trethowan (3), le paragraphe sur le traitement y fait moins d'une dizaine de lignes. Il y est dit que celui-ci est très compliqué, à la mesure du caractère « très chronique » du trouble. Il y a une place pour la chimiothérapie, au même titre que l'hospitalisation qui a pour finalité de protéger l'Objet comme ses proches ; le noyau délirant restant lui immuable.

L'article de Segal de 1989 (55) se conclut lui aussi sur « l'épineux problème » du traitement. Les neuroleptiques sont la règle même si leurs effets sont généralement modestes, laissant le noyau délirant intact. Il tempère néanmoins en leur conférant parfois une efficacité dans la réduction de l'intensité des idées délirantes et des idées références les accompagnant. Le traitement médicamenteux, en dépit de ce pronostic sombre, doit rester la règle pour Segal étant donné qu'il « n'y a pas de preuve que la psychothérapie individuelle aide ces patients ».

Certains auteurs ont plaidé pour une curabilité de l'érotomanie... à condition qu'elle soit secondaire, symptomatique et son traitement est donc non spécifique, réductible à celui de l'affection sur laquelle elle se développe. Si l'érotomanie est primaire, elle se

rapprocherait alors, les théories analytiques aidant, d'une structuration paranoïaque dont elle serait la facette passionnelle. Pour Munro (51), le caractère intraitable de l'érotomanie pure, de la même façon que les autres sous-types de troubles délirants, est amené à changer néanmoins avec le développement des neuroleptiques comme en font état quelques case-reports. Cependant, à l'heure où ont proliféré les études de cohortes, l'érotomanie ici encore échappe puisque la majorité des données sur son traitement pharmacologique sont issues de rapports de cas. Les études, incluant un nombre suffisant de patient pour que le résultat soit considéré comme significatif, sont très rares comparées aux autres troubles psychiatriques comme les troubles schizophréniques ou les troubles thymiques.

La synthèse de Kelly dans *CNS drugs* (47) (**Annexe 4**) sur la question de l'érotomanie rappelle que le traitement diffère des formes primaires aux secondaires.

3. TRAITEMENT DES FORMES PRIMAIRES

Lorsque l'érotomanie est pure, primaire, isolée ou encore essentielle pourrait-on dire, sa question thérapeutique devient plus ardue. La littérature psychiatrique foisonne de reports de cas où l'épisode érotomaniaque évolue depuis 10, 20, 30 ans voire plus⁸ où une multitude de traitements furent entrepris, et ce sans remise en cause du postulat fondamental.

Les différents auteurs s'étant intéressés à la problématique du traitement médicamenteux de l'érotomanie s'accordent pour reconnaître une littérature très pauvre, faite quasi exclusivement de case-reports. Nous verrons que la plus importante cohorte regroupe des patients étiquetés *Trouble Délirant* indistinctement du sous-type de celui-ci (51). C'est en se calquant sur les traitements des autres sous-types de *Trouble Délirant* ayant fait leurs preuves que les neuroleptiques et antipsychotiques atypiques ont été essayés dans le traitement de l'érotomanie.

⁸ L'ouvrage de Dalle (9) (1988) s'ouvre sur l'histoire d'une patiente érotomane depuis 1936 et ayant donc passé la quasi-intégralité de son existence depuis cette date à Sainte-Anne.

a) Neuroleptiques classiques

Pour Silva et al. (117) (1998), les neuroleptiques classiques sont reconnus comme inefficaces. Ginestet et Kapsambelis évoquent l'intérêt des phénothiazines sédatives (CYAMEMAZINE, LEVOMEPRMAZINE, ...) pour endiguer les réactions sthéniques et véhémentes dans les périodes fécondes.

b) Antipsychotiques atypiques

Les antipsychotiques atypiques du fait de leurs actions combinées sur les cibles dopaminergiques et sérotoninergiques, ainsi que de leur tolérance neurologique meilleure (47) deviennent naturellement des traitements possibles de l'érotomanie.

Là également des reports de cas témoignent de leur efficacité. Dans la cohorte de Kennedy et al. en 2002 (44), sur les 3 cas d'érotomanie primaire, un s'est résolu sous RISPERIDONE prescrite pendant une courte durée, un s'est stabilisé sous TRIFLUOPERAZINE retard et un dernier s'est stabilisé sans rémission avec des antipsychotiques retard.

Myers et Ruiz (118) rapportent un cas d'une adolescente de 17 ans où les conduites d'harcèlement de l'objet ont conduit à son incarcération. Le traitement entrepris fut de 10 mg d'ARIPRAZOLE associés à une thérapie cognitive et une thérapie familiale. Après 5 mois de traitement, le score de conviction délirante utilisé par les auteurs est diminué au maximum et l'adolescente a pu être libérée sans harceler de nouveau son objet... même s'il existe « des traces continues d'idées délirantes » selon les auteurs.

En revanche Vrieze et Pieters (119) rapportent un cas d'érotomanie et de harcèlement persistant chez une patiente traitée par 600mg d'AMISULPRIDE.

Le caractère résistant et chronique du trouble associé à l'hypersthénie avec son potentiel de dangerosité et aux problématiques d'observance bien connues en psychiatrie peuvent être des arguments pour la mise en place d'un traitement retard (90) et également pour la mise en place d'un éventuel monitoring biologique du traitement (70).

Ginestet et Kapsambelis rappellent l'intérêt de viser une monothérapie aux doses les plus faibles efficaces au long cours, bien que là aussi, en cas de périodes fécondes, il convient d'augmenter transitoirement la posologie.

Néanmoins, leurs prescriptions doivent se faire avec prudence, notamment chez les populations âgées et/ou démentes du fait des effets secondaires vasculaires, tensionnels et mnésiques. Ainsi Kelly recommande plutôt pour ces populations l'usage de traitements non antipsychotiques.

c) Un cas à part : le PIMOZIDE

L'analyse la plus importante sur la l'efficacité d'un traitement en termes de patients inclus est celle de Munro (51). Il s'agit de 209 patients présentant un Trouble Délirant dont les cas furent publiés entre 1965 et 1985. L'étude compare donc les résultats d'un traitement (rétablissement, rétablissement partiel, pas d'amélioration) par PIMOZIDE chez 143 de ces 209 patients (68,4 %) par rapport à un autre traitement antipsychotique dans l'autre bras de l'étude. Dans le groupe PIMOZIDE le rétablissement fut observé pour 68,5% et le rétablissement partiel pour 22,4%, alors que dans le groupe des autres antipsychotiques le rétablissement est à 22,6% et le rétablissement partiel à 45,3%. La réponse thérapeutique sous PIMOZIDE est donc significativement supérieure par rapport aux autres antipsychotiques. Toujours selon Munro, il n'y a pas de preuve pour une différence de réponse au PIMOZIDE entre les différents sous-types de Troubles Délirants et l'auteur a également publié 2 cas d'érotomanie répondant au PIMOZIDE (120).

Utilisé initialement comme traitement du syndrome de Gilles de la Tourette ou de la myasthénie, le PIMOZIDE est considéré comme un des bloqueurs dopaminergiques les plus « purs » de l'arsenal médicamenteux psychiatrique. Ce blocage se fait essentiellement en post-synaptique et peu en pré-synaptique, ce qui expliquerait sa relative inefficacité dans les psychoses schizophréniques dans leurs phases processuelles. Le blocage noradrénergique est faible de par une faible affinité pour les récepteurs alpha. Il existe également une faible liaison aux récepteurs opiacés expliquant quelques réactions euphorisantes chez quelques patients.

Les posologies utilisées varient de 2 à 16 mg/jour et peuvent être administrées en une prise journalière. Aux faibles doses utilisées, les effets extrapyramidaux sont généralement peu présents, de même que la sédation et l'hypotension orthostatique. Néanmoins, du fait des actions antagonistes sur les canaux calciques, il y a un risque non négligeable d'augmentation de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme (jusqu'à 10% des patients sous PIMOZIDE). Cette donnée incite donc à la prudence et à la réalisation d'un électrocardiogramme avant l'initiation d'un traitement par PIMOZIDE.

De ces données, l'auteur conclut que le PIMOZIDE doit être un traitement de première ligne de ces pathologies, à utiliser préférentiellement à faible dose et dont il semble légitime de stopper la prescription en cas de dépression subséquente. Cependant, cette efficacité n'a pas été retrouvée dans tous les cas (117).

d) Electroconvulsivothérapie

L'ECT est également citée dans la prise en charge de l'érotomanie. Cette technique est utilisée généralement en cas d'échecs successifs des différentes prescriptions médicamenteuses. Les résultats décrits sont variables (55) : de modéré (51) à efficace (46) dans les érotomanies primaires – un peu plus solide dans les formes secondaires à un trouble thymique (71,121).

e) Antidépresseurs

Les antidépresseurs type CLOMIPRAMINE ou encore les Inhibiteurs de Recapture Sélectifs de la Sérotonine (47) ont également démontré une certaine efficacité dans des troubles délirants particulièrement de type somatique et peuvent donc entrer, même sans épisode thymique caractérisé, comme traitement possible de l'érotomanie. Wada (47,95) recommande l'usage de la CLOMIPRAMINE dans les cas de résistance au PIMOZIDE et postule pour l'idée d'une dysrégulation sérotoninergique dans les Troubles Délirants.

Pour Ginestet et Kapsambelis, l'association d'antipsychotiques et d'antidépresseurs à faibles doses est courante du fait que les psychoses délirantes systématisées sont améliorées par les antidépresseurs et du fait des épisodes dépressifs accompagnant le

décours de l'hypersthénie délirante. Les auteurs recommandent les molécules ayant peu d'effet d'excitation psychique. Parmi celles encore utilisées aujourd'hui citons l'AMITRIPTYLINE de 50 à 150 mg/j ou la MIANSERINE de 30 à 90 mg/j. Il est précisé que si cette co-prescription n'a pas été validée par d'études contrôlées, elle l'est néanmoins par l'expérience des rechutes dépressives ou délirantes en fonction de l'arrêt de l'un ou l'autre des traitements.

f) Anxiolytiques

La prescription d'anxiolytiques type benzodiazépines (ALPRAZOLAM, BROMAZEPAM, DIAZEPAM, ...) ou antihistaminiques (HYDROXYZINE) est possible dans plusieurs cadres (90) :

- potentialiser l'efficacité sur les plans de l'excitation et de l'anxiété des antipsychotiques ;
- diminuer les effets secondaires à type de syndrome extrapyramidaux ou akathiques des antipsychotiques ;
- lors d'un premier contact ambulatoire chez un patient réticent à la prise d'antipsychotique, la prescription doit alors être transitoire et le cas ne doit pas présenter de dangerosité ;
- le développement d'une clinique névrotique pouvant ponctuer l'évolution d'un trouble délirant chronique.

4. *TRAITEMENT DES FORMES SECONDAIRES*

Pour les formes secondaires, psychiatriques ou somatiques, il convient de traiter le trouble sous-jacent à l'éclosion érotomaniaque (47).

a) Formes secondaires organiques :

Le traitement doit être adapté au trouble organique sous-jacent. Nous mentionnons ici le cas de délire érotomaniaque de Farnham (122) dans le cadre d'une épilepsie partielle traitée par LAMOTRIGINE où la disparition du délire alla de pair avec la réduction à l'électroencéphalogramme des crises (alors que l'HALOPERIDOL les

augmentait). Ou encore le cas de Suarez-Richards et Fournes (84) survenant sur une malformation de type anévrisme sacculaire de l'artère communicante frontale avec hémorragie subarachnoïdienne associée dont la symptomatologie s'est réduite (mais *sans resitutio ad integrum*) également avec son traitement embolisateur.

Lorsque le traitement spécifique du trouble n'est pas possible, les antipsychotiques de seconde génération peuvent également être efficaces comme le montre le cas de Maha et Goetz (1998) avec la RISPERIDONE chez un patient ayant développé un délire dans le cadre d'un VIH cité par (47).

b) Formes secondaires psychiatriques

Nous avons évoqué les cas d'érotomanie ponctuant un épisode dépressif ou d'un trouble bipolaire se résolvant par la reprise ou l'ajustement de la posologie d'un traitement antidépresseur ou thymorégulateur : MIRTAZAPINE (94), l'IMIPRAMINE (92), et la CLOMIPRAMINE que Kelly cite du fait de son efficacité dans les troubles délirants de type hypocondriaque (Wada cité par (47)), CARBAMAZEPINE, le Valproate de Sodium et le LITHIUM (Remington et Book cité par (43))

Cet ajustement du traitement psychotrope est également préconisé pour les épisodes érotomaniaques secondaires à une schizophrénie ou à un trouble schizo-affectif,(123) par antipsychotique de seconde génération comme la RISPERIDONE (Garcia-Fernandez et al. (2002) cité par (123,124) ou l'OLANZAPINE (Alao et al., (2000) cité par (123)) ou encore l'ECT (123).

Néanmoins, pour les 12 cas d'érotomanie secondaire de Kennedy (44), 4 des 9 patients schizophrènes ou schizo-affectifs n'ont montré aucune amélioration des symptômes érotomaniaques (parfois pendant plus de 20 ans) malgré l'adaptation de leurs traitements ; 3 autres ont vu leurs symptômes diminuer en intensité avec l'usage HALDOL DECANOAS* à haute dose, de faibles doses d'HALOPERIDOL ou de faibles doses de SULPIRIDE ; et un autre s'est parfaitement amélioré sur ce plan après la mise sous FLUPHENAZINE retard, ce après 9 ans d'échec thérapeutique.

En ce sens, comme le rappelle la figure de Kelly (47), il convient, avant d'initier un

traitement, de dépister une quelconque pathologie mentale ou somatique sous-jacente qui ferait le lit de l'épisode érotomaniaque en cours.

Bien que rares, il existe quelques données sur le traitement médicamenteux de l'érotomanie. Les lignes de force qui se dégagent de la littérature, surtout constituée de case-reports, semblent révéler un pronostic thérapeutique fonction du trouble sous-jacent.

En cas de processus sous-tendu par une organicité, il convient de traiter ce trouble. Si le traitement de ce trouble n'est pas réalisable ou non efficace, les antipsychotiques de seconde génération doivent être envisagés.

Si l'érotomanie survient sur un trouble bipolaire ou une dépression, les idées érotomaniaques peuvent totalement s'amender avec l'ajustement du traitement thymorégulateur ou antidépresseur ; en cas de schizophrénie, les résultats sont moins probants avec des rémissions partielles mais néanmoins présentes : il y aurait intérêt ici de prime abord à penser à un antipsychotique de seconde génération antiproductif ayant une activité thymorégulatrice, ce qui en plus d'être plus efficace sur les idées délirantes, pourrait diminuer également le risque agressif.

Les cas « historiques » d'érotomanie pure semblent être les moins accessibles au traitement médicamenteux. Néanmoins si un traitement antipsychotique se doit d'être essayé, il convient d'en choisir un ayant une activité thymique (sérotoninergique) avec une tolérance optimale mais également de rechercher des affects dépressifs et, en cas d'échec thérapeutique à songer à un traitement antidépresseur ou thymorégulateur. Le cas du PIMOZIDE est évoqué dans la littérature comme traitement pouvant s'avérer efficace là où d'autres antipsychotiques ne le seraient pas.

C. TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT

1. *TRANSFERT*

a) Définition du Transfert selon le *Vocabulaire de la psychanalyse* (102)

« Désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototype infantile vécue avec un sentiment d'actualité marquée. (...) »

Les auteurs précisent que la difficulté de donner une définition précise du transfert tient en son concept qui a pu être élargi jusqu'à l'ensemble des phénomènes qui constitue la relation du patient au psychanalyste. Les cas cliniques présentés dans cet exposé ou rapportés de la littérature n'ont que peu été traités par la méthode de la cure analytique classique. Ainsi, nous entendrons les notions de transfert et contre-transfert comme l'ensemble des phénomènes prenant place dans la relation du sujet au thérapeute, qu'il soit analyste et/ou médecin.

b) Le transfert chez le sujet psychotique

Les méthodes de travail psychiques « s'attaquent à la conflictualité même et à l'ambivalence, en partant du conflit originaire qui dans les psychoses oppose de façon presque insoluble l'aspiration par l'objet aux pulsions du moi » (125).

Bien que la notion de transfert dépasse le cadre d'une thérapie analytique, il est impossible d'y faire référence sans évoquer l'épistémologie psychanalytique – *a fortiori* pour la question du transfert psychotique.

Dès 1904, Freud affirme que les sujets psychotiques sont inaptes à la psychanalyse (*De la psychanalyse*), notion reprise quatre ans plus tard par son élève Karl Abraham considérant le sujet psychotique « inapte au transfert » (126). Néanmoins, il est permis de penser plus qu'une contre-indication formelle, il s'agit plutôt d'une invitation à la

prudence dans l'usage de sa méthode avec les psychotiques. En effet, Freud nuance aussitôt sa position en précisant que la méthode psychanalytique ne peut se pratiquer chez les psychotiques « telle qu'on la pratique jusqu'ici » et d'être en attente d'une méthode plus adaptée. Puis, dans ses correspondances, qu'il n'est guère à l'aise avec la distance qui existe avec les sujets psychotiques – chose sans doute rendue plus aisée grâce à la pharmacopée – pour en 1925 dire que « le transfert n'est pas si totalement absent ». Cependant la littérature analytique ne fournira rien en matière de travail du transfert des sujets psychotiques jusqu'à la mort du père fondateur.

C'est donc à partir de 1939 que trois courants vont s'intéresser à cette question. Ces trois courants, Kapsambelis (115) les distingue en fonction de leur figure de proue.

- Le courant *Federn* : visant à renforcer un transfert positif, sans interprétation – visant à pallier la faiblesse constitutive du moi ;
- Le courant *Klein* : s'articulant avec le mécanisme d'identification projective et où le transfert négatif se doit de faire l'objet d'interprétations, ce qui nécessite – outre un certain aplomb – une excellente connaissance des ressorts de la psychose ;
- Le courant *Sechehaye* : où le processus psychotique s'origine dans une carence d'amour maternelle que le thérapeute doit réparer par méthode de réparation symbolique.

En France, Lacan s'intéresse à la question des psychoses à plusieurs moments. Dans sa thèse, il évoque la méthode analytique qui n'a pu être pratiquée à sa patiente Aimée. Puis dans le séminaire III (35) et *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose* (34), il revient sur le cas Schreber, duquel Freud disait déjà que l'objet persécutant, en parlant de son médecin Fleschsig, est un objet autrefois aimé. Lors de l'introduction à l'édition en langue française des *Mémoires...* (27), Lacan dit que le *psychosé*, à l'instar de Schreber, place le clinicien en position d'objet d'une « *érotomanie mortifiante* » – expression qu'il choisit en lieu et place de « *la psychose de transfert*⁹ » de

⁹ « Il s'agit d'une distorsion de la réalité et de la relation patient-thérapeute, qui à ce titre doit être évité » (Federn)

Federn (126), Erotomanie mortifiante puisque Fleschsig est « un meurtrier d'âme » dans le délire de Schreber, mais également en relation avec « *l'érotomanie divine* » qu'il entretient avec Dieu. L'amour de Dieu est imposé par l'extérieur, et selon Lacan, il n'y a rien dans le texte de Schreber qui pourrait donner l'idée qu'il y a rapport de deux êtres. Ainsi cette érotomanie serait une abolition du sujet par un autre non divisé : « un amour mort ».

Jean Oury met en évidence les notions de « transfert dissocié » et de « transfert multiréférentiel » (107). Il indique ainsi comment la personne psychotique, ayant construit avec le monde un rapport Objectal singulier, ne peut « transférer » sur un seul psychanalyste comme cela se passe dans la cure-type du névrosé.

c) Le transfert érotomaniaque

(1) Kestemberg

C'est un transfert dont le maniement est difficile rappelle Kestemberg (4). C'est pour cette raison pour laquelle il existait, à cette époque, peu de publications concernant l'érotomanie dans la littérature analytique. Pour Dorothee, authentiquement psychotique, le transfert maternel se fait sur l'équipe soignante avec une certaine avidité, de la même façon dont elle prenait le MAXITON. Cette période correspond également à une recrudescence des symptômes érotomaniaques étant donné que la demande de plus en plus d'attentions vis-à-vis de l'équipe se retrouvait frustrée. Une autre phase de transfert s'est développée par la suite où Dorothee démontrait son besoin d'un « surmoi maternel punitif » révélant une certaine culpabilité de Dorothee vis-à-vis d'elle-même (culpabilité qui renvoyait à sa naissance : fruit d'une liaison entre son père et la sœur de sa conjointe de l'époque, dont il divorça – sous pression morale – pour épouser la mère de Dorothee). Sur l'amour de transfert, Kestemberg évoque les actes manqués des patients servant à vérifier un certain désir du thérapeute envers eux – tout comme les rêves de poursuite par l'analyste au début d'une cure. Si, et Kestemberg le précise immédiatement après, la relation érotomaniaque au décours d'un transfert peut être une défense vis-à-vis d'une relation qui serait perçue comme trop intense, il n'en reste pas moins important d'analyser cette vertu défensive de réassurance narcissique pour reprendre un cours souhaitable de la cure par

réintroduction des imagos transférentielles. Rappelant la pseudo-œdipification particulière chez les érotomanes, Kestemberg conclut qu'un des buts de la relation thérapeutique est d'amener, une fois l'angoisse primitive apaisée, à une position transférentielle authentiquement œdipienne.

(2) *Perrier*

Perrier (32) reprend également cette notion d'imagos composites père-mère prégénitaux et préœdipiens et dont il dit que cela « s'opposera tôt ou tard à l'effigie de l'être aimé comme aimant ». Il questionne également la position – presque sadienne – « flageant de sa quérulence » dans laquelle Félicité place le thérapeute au décours de sa cure. Cette position adoptée, pour Perrier, vise à questionner l'Autre sur son propre désir et donc renvoie à la question contre-transférentielle du thérapeute.

(3) *Haynal*

En 1971, Haynal (9,91) publie dans les Annales Médico-Psychologiques un article qui vise à conseiller le médecin généraliste dans la gestion du transfert avec les patients érotomanes. Ceci se fait au travers d'une stratégie comprenant « courage et compréhension », permettant ainsi le bon « maniement » des patients érotomanes qu'il convient de traiter « comme des hystériques » – c'est à dire en validant les sentiments positifs mais en cadrant « avec tact et courage » toute demande considérée comme irréaliste et/ou inacceptable.

Il propose également une hypothèse portant sur une guérison possible par « expérience restauratrice » découlant de l'instauration du transfert sans l'explicitier, mais également avec l'aide d'une prescription adéquate. Ici le thérapeute vient servir de support à la reprojection d'un objet intérieur via le transfert. Dans un contexte de bienveillance sympathique, le thérapeute verbalise l'irrationalité du délire. Ainsi, tout en renforçant les capacités du Moi afin d'affronter l'épreuve de réalité, le médecin permet au patient de se délester du noyau psychotique du Moi.

(4) *Silvestre*

Michel Silvestre, cité par Sakellariou (126), définit le transfert érotomaniaque

comme « *un stratagème par lequel le sujet s'offre à la jouissance de l'Autre par le biais de l'amour* », version exaltée et plus maniable du transfert psychotique où l'amour vient soutenir la demande. Ici le transfert devient pour le patient le lieu du questionnement du sexuel. Face aux tentatives du patient de placer l'analyste (mais il en va de même pour tout thérapeute : médecin ou autre) à la place de cet Autre lieu d'émission de la jouissance, il faut s'y opposer. S'opposer en produisant de la signification au refus, à partir de cela le sujet va pouvoir se subjectiviser.

(5) *Kapsambelis : la position érotomaniaque*

Nous avons vu avec Kapsambelis (103) cette position particulière survenant dans la relation thérapeutique des patients psychotiques mais surtout schizophrènes où la combinaison de la position du patient et du thérapeute amène légitimement quelque chose s'approchant du postulat fondamental. Ce transfert créé amène des bénéfices thérapeutiques comme la baisse de l'activité délirante, ou du moins son désinvestissement par le sujet. L'objet du délire se fait donc substituer dans ce deuxième champ qu'est la relation thérapeutique. Cette position érotomaniaque vient donc en alternative à la position dépressive de Mélanie Klein en tant que moi séparé de l'autre et amorçant le travail de deuil. Il s'agit donc d'une position dépressive sans la dépression dit Kapsambelis, une manière d'intégrer une différenciation Moi-Objet tout en faisant l'économie du travail de deuil.

Le transfert érotomaniaque apparaît comme une variante du transfert psychotique en ceci que l'autre est identifié comme lieu d'émission de la libido. Il peut avoir plusieurs fonctions : suppléer une figure maternelle, une imago pré-œdipienne, baisse de l'activité délirante.

Lorsque s'instaure un tel transfert, et que se rejoue une situation déjà connue, le médecin peut s'en servir dans une démarche thérapeutique.

Il ne s'agit pas d'aller contre ce transfert mais de pointer les éléments de réalité et d'accompagner le patient dans son travail psychique : accès à une transferentialité œdipienne, travail de deuil, resubjectivisation.

2. CONTRE-TRANSFERT

« Le sujet amoureux s'angoisse de ce que l'objet aimé répond parcimonieusement, ou ne répond pas, aux paroles qu'il lui adresse. »

Roland BARTHES - Fragments d'un discours amoureux

a) Définition du Contre-Transfert selon le *Vocabulaire de la psychanalyse* (102)

« Ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci. »

Dans le *Vocabulaire de Psychanalyse* est mentionné que ce concept a été peu abordé par Freud, néanmoins qu'il y voyait le résultat de « l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin » tout en soulignant la limite dans le soin que peuvent représenter « ses propres complexes et résistances internes ». Par la suite, la définition du contre-transfert s'est élargie chez certains auteurs à toute partie de la personnalité du thérapeute engagée dans la cure. Du point de vue technique, la prise en compte du contre-transfert amène trois types de réaction :

- réduire les manifestations contre-transférentielles le plus possible ;
- utiliser de manière contrôlée les manifestations contre-transférentielles dans le travail analytique ;
- s'appuyer dans le processus de l'interprétation même sur ses émotions qui peuvent être alors assimilées aux manifestations contre-transférentielles.

Selon Winnicott, c'est lorsque le thérapeute quitte sa position de neutralité pour agir avec ses émotions que surgit le mouvement contre-transfertiel.

Cette question soulève le désir du thérapeute, désir soignant sans doute questionné par le patient lui-même. Patient pour qui le désir de soin n'est pas nécessairement évident

comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent et souvent issu d'une instance tierce (famille, justice, voire fraction du moi du patient pouvant faire demande de soin dans un moment où la lucidité retrouvée fait constat de la situation de détresse) et donc soumis à des mouvements auxquels le thérapeute devra faire face.

Dans son œuvre, Mélanie Klein n'évoque jamais le terme de contre-transfert. Néanmoins, elle décrit le mécanisme d'identification projective par lequel le patient se débarrasse des parties non souhaitées de son psychisme dans le psychisme de l'autre. Par la prise de conscience de ceci, le thérapeute peut avoir accès aux émotions de base non élaborables par le patient. Ce concept permet donc d'étendre la thérapie analytique au-delà du simple cadre névrotique et d'ouvrir des perspectives tant du côté des problématiques narcissiques graves que du côté des thérapies groupales (127).

Au-delà donc de l'analyse transférentielle de la relation érotomaniaque, il est intéressant pour le thérapeute, qu'il soit Objet ou acteur du soin, de s'intéresser à son contre-transfert.

Intéressant que ce soit au titre d'une compréhension des ressorts de la relation thérapeutique, de se prémunir de ce qui pourrait donner lieu à une érotomanie ou pour aider à l'aménagement d'un cadre thérapeutique qui puisse être profitable au patient. Bien évidemment, les cas évoqués dans ce travail de thèse comme ceux de la littérature que nous allons évoquer rappellent l'inquiétude et la peur que peuvent susciter les érotomanes chez les médecins s'en occupant. Ainsi l'analyse du contre-transfert permet d'ordonner une relation thérapeutique qui ne soit ni dans une cécité quant aux « risques » (mais ils sont surtout pour le patient lui-même) d'une telle relation ni dans une attitude de rejet du patient, qui, pourra tout autant donner matière à la machine d'interprétations paradoxales de l'érotomane.

Dans le cas de Sabina Spielrein, il convient de rappeler que Jung était novice dans la pratique de la technique psychanalytique lorsqu'il la prit en cure. Cet « immense dévouement » de sa part dont un témoin est la gratuité des séances n'est probablement pas étranger à la massivité du transfert de Sabina Spielrein (59).

b) Covello, Dalle et Gougoulis : la négation et le rejet

Pour Covello, Dalle et Gougoulis (128), un fait constamment présent dans ces contre-attitudes non maîtrisées est la négation par l'Objet de sa participation au processus érotomane. Les auteurs en citent des exemples flagrants : un écrivain niant avoir répondu aux manuscrits d'une dame, un psychiatre niant avoir suivi une patiente en hospitalisation devenue érotomane à son rencontre – attribuant la prise en charge d'alors à un interne, un psychanalyste faisant blinder les fenêtres de son domicile devant un transfert massif d'une patiente alors qu'aucune velléité agressive n'avait été verbalisée...

Ce sont donc l'escalade des dénégations et du rejet, jusqu'à la crainte d'une escalade meurtrière chez l'objet aimé, le souci d'être importuné, se transformant en crainte – certitude de dangerosité chez le thérapeute qui en interagissant avec la persécution d'amour de l'érotomane l'entretient.

c) L'expérience personnelle de Caroli : déstatuer l'homme de Bien

C'est dans un article de Nervure où il axe sa réflexion, à partir des problématiques soulevées dans la thérapie des patientes érotomanes dont l'intrusivité et les passages à l'acte destituent le médecin de sa place lorsqu'il est pris pour Objet, que Caroli fait part de son expérience personnelle (112). Témoignage précieux s'il en est car il nous semble être le seul dans la littérature où un psychiatre rend aussi bien compte de la situation qu'il a traversée (9). Il distingue donc dans ses réactions aux multiples déclarations, cadeaux et même irruption à son domicile d'une érotomane quatre temps.

Le premier est celui de l'incertitude diagnostique quand le postulat n'est pas encore franc. Puis une fois celui-ci authentifié au détours d'une phrase anodine, l'auto-accusation : « quelle erreur fut commise ? Où se situe la faute ? ». En second lieu viennent la sidération et l'isolement où, malgré l'aide demandée aux collègues – ceux-ci amusés – Caroli se sent figé et prisonnier d'une situation dont il essaie tant bien que mal de s'extraire « sans consommer définitivement la rupture » face à une patiente authentiquement souffrante... donc à risque suicidaire. Le troisième temps, nommé

l'érotomanie du psychiatre ou la culpabilité liée à la faute, est pour Caroli celui d'une prise de position : ancrer les choses dans la réalité avec main courante sans dépôt de plainte, accepter que dans son fonctionnement quelque chose a pu susciter l'érotomanie, réadresser vers un confrère, informer la famille, accepter des entretiens d'écoute mais uniquement en présence de la famille. Seulement la patiente échappe aux soins, ne donne plus de nouvelles, et surgit alors la culpabilité liée à un potentiel suicide. Le quatrième temps, celui des derniers feux, marque après de multiples échecs auprès de confrères, l'inscription de la patiente dans une prise en charge groupale auquel Caroli accepte de participer en tant qu'Objet. Dans le même temps, il écrit une lettre visant à "déstaturer l'homme de Bien, l'humaniser" à la patiente où il concède son impuissance dans cette situation mais tout en maintenant le lien relationnel.

Pour Caroli, l'enjeu est donc de prévenir ces situations en évitant leurs éclosions par une réponse qui ne serait pas une réponse en miroir à la demande avide et passionnée du patient. Il ne faut donc pas pour le thérapeute présenter « son bien » qui viendrait assourdir une patiente ne venant qu'admirer la « statue magnifiée ».

Les réactions contre-transférentielles dans les cas d'érotomanie peuvent souvent se manifester sous forme de déni ou de rejet de la part du thérapeute.

Or, ces réactions peuvent autant susciter l'interprétation de l'érotomane sur un mode d'explication des conduites paradoxales, que de reproduire une situation d'exclusion pour le sujet.

Pour Caroli, il s'agit d'éviter cette position en restant disponible pour l'écoute d'une souffrance authentique mais en ancrant les choses de réalité et sans adopter une position d'homme de Bien.

D. QUELS OUTILS ET QUELLES MODALITES POUR

L'ACCOMPAGNEMENT

Dans « Bien que mon amour soit fou », Dalle rappelle qu'au foisonnement de publications débattant de la pureté du syndrome ou de ses ressorts psychopathologiques s'est succédé une rareté de publications sur les modalités d'accompagnement thérapeutique (9).

1. *L'HOSPITALISATION*

Il s'agit d'un temps à part entière de la prise en charge. Bien souvent même, c'est avec une hospitalisation que démarre le soin. Ce premier contact cristallise donc bien des enjeux. Selon Ginestet et Kapsambelis (90), l'éloignement de l'Objet a un effet bénéfique incontestable.

SOUS QUELLE MODALITE ?

Bien évidemment, le mode est libre est préférable car permettant de travailler les objectifs que l'érotomane aura pris le soin d'amener par lui-même. Néanmoins, il convient de ne pas négliger la part de déni psychotique des troubles et parfois, dans les périodes fécondes, le risque auto ou hétéro-agressif, ou simplement les mises en danger qui légitiment une hospitalisation sous la contrainte.

Il se peut même que cette contrainte ne soit pas dépourvue d'intérêt. La demande du tiers, ou du représentant de l'état, va inscrire des éléments de réalité objective dans le processus de soin. Le report de ces éléments sur une instance tierce va donc permettre – non pas de convaincre le patient qu'il délire (64) – mais d'aller explorer les réels éléments de souffrance masqués par l'érotomanie et de voir quels aménagements dans le quotidien sont possibles.

Parfois un rappel à la réalité constant est nécessaire et la mesure de contrainte doit être maintenue même en dehors des soins ambulatoires. L'injonction de soin peut être envisagée en cas de harcèlement sexuel (129). Là encore il s'agit de renvoyer à la loi,

aux éléments de réalité mais également, par la référence judiciaire à introduire du tiers dans la relation thérapeutique.

2. *PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE*

A partir de trois cas cliniques « trois situations typiques », Naudet et Cristiani (105) proposent quelques réflexions sur la prise en charge possible en institution des malades ayant développé une relation érotomaniaque.

Ces trois situations sont :

- une érotomanie confirmée par un passage à l'acte et un comportement intrusif nécessitant une hospitalisation sous contrainte, que la patiente ne cessera de contester par la voie légale, tout en entretenant un rapport de persécution avec l'équipe soignante ;
- une fixation érotomaniaque sur une infirmière ayant valeur d'aménagement lors d'une entrée dans la schizophrénie, l'enjeu étant de poursuivre le soin dans des conditions convenables sans risquer la rupture ;
- l'émergence d'une relation érotomaniaque au décours d'accompagnements thérapeutiques sans visée psychothérapique chez une patiente psychotique entrant en maison de retraite.

Après un bref rappel des textes historiques de l'érotomanie, les auteurs rappellent les difficultés thérapeutiques liées à la réputation de ces patientes « dont la dangerosité et l'intrusivité suscitent un rejet a priori » et de faire cet état des lieux peu encourageant : « aux effets dévastateurs du Maître de l'Infirmier se surajoutent les réserves des Maîtres de l'Institut, qui pointent l'incapacité de ces patients à établir un transfert, tandis que les chimistes déplorent l'absence d'effets thérapeutiques réels des psychotropes ».

La prise en charge institutionnelle est rendue difficile selon eux, du fait de la rare

demande de soin, même lors des mouvements dépressifs ou hypocondriaques.

Du fait de la sthénicité et la quérulence, le premier outil est le cadre thérapeutique. Il doit être le plus clair possible, et il faut s'exercer à mentionner toutes ses modalités en s'y restreignant afin de couper court aux possibles interprétations.

Deuxièmement, il est nécessaire de faire un rappel à la loi en tant que référence, en précisant que les soignants, qui l'appliquent, comme les soignés, y sont astreints, ce afin de s'exclure de la toute-puissance.

Il existe un contrat s'appuyant sur une double obligation : obligation déontologique de l'équipe de soigner et obligation légale de se soigner, ce qui permet de maintenir un objectif thérapeutique hors de l'arbitraire.

Nous l'avons vu, le médecin chef d'un service peut occuper une place particulière. Naudet et Cristiani conseillent donc « de mesurer l'impact de la toute-puissance qui lui est prêtée et se borner soigneusement à n'être et agir que pour soulager un sujet en situation de souffrance » sous peine de se voir enfermer « dans le piège narcissique » de l'érotomane, sans possibilité de recours à un tiers « garant hiérarchique et symbolique de l'équipe » puisqu'il est censé l'incarner.

De façon générale, le médecin n'intervient que sur la situation de souffrance « se refusant à porter une appréciation sur les faits » laissant ce soin aux experts mandatés par l'autorité judiciaire. Pour les auteurs, il en va de même pour les paranoïaques que pour les érotomanes où la judiciarisation s'avère plus opérante que la médicalisation. C'est donc l'évitement de la confusion des rôles et des genres qui permettra l'accompagnement du patient par les soignants dans une relation de « réalité subjective ».

Dalle rappelle dans l'article « espaces psychanalytiques dans le traitement de l'érotomanie » (106) que l'espace institutionnel est intéressant sur le plan psychothérapique en ceci qu'il représente la « figure combinée » des parents selon Mélanie Klein. De par les multiples projections transférentielles possibles (cadre, médecins, infirmier(e)s, autres patients, ...), une analyse des mouvements pulsionnels va

être possible. C'est dans ce cadre que va s'élaborer la défusion préalable à l'acceptation du tiers soignant.

L'HOPITAL DE JOUR

L'Hôpital De Jour, par sa fonction contenant, et, en même temps, du fait de son ouverture au monde extérieur, va représenter pour le malade un véritable espace transitionnel selon l'expression de Winnicott (130). Cet espace à mi-chemin entre la réalité extérieure et la réalité intérieure du patient va permettre au patient de travailler les aménagements possibles quant à sa souffrance en fonction des éléments de son quotidien.

L'hospitalisation, parfois sous contrainte, peut s'avérer nécessaire à un moment de la prise en charge de ces patients.

De par les modalités du cadre thérapeutique ainsi que des structures et le rappel des éléments de réalité extérieure, un espace thérapeutique va pouvoir s'aménager où le patient pourra amorcer le travail psychique sur sa souffrance.

Du fait de la pluralité des cibles transférentielles présentes dans l'institution, le patient psychotique va donc pouvoir transférer à la manière des objets partiels sur les différents acteurs de la prise en charge.

3. LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE

La circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales a permis le développement des secteurs de psychiatrie et des hôpitaux de jour. Un des intérêts est de poursuivre les soins « hors les murs », d'assurer une prise en charge alors

que l'hospitalisation temps plein n'est plus nécessaire.

Ainsi, la consultation en Centre Médico-Psychologique devient un espace investi comme thérapeutique et décentralisé du lieu d'hospitalisation dont les malades gardent, parfois, un mauvais souvenir.

4. *UN ACCOMPAGNEMENT PLURIEL*

Dans le travail de thèse de Fayaud cité par Dalle (9), il est préconisé l'intérêt de l'association de plusieurs thérapeutes tout en mettant en garde sur la pratique de psychothérapies duelles du fait du risque mortifère que ces pratiques génèrent.

L'EXPERIENCE GROUPE DE DALLE

Benoît Dalle dans l'ouvrage *Bien que mon amour soit fou* relate une expérience sur 15 ans ayant accueilli une dizaine de femmes pour un « cadre d'accompagnement pluriel » visant à « l'adéquation d'un inter-relationnel possible dans ce travail de médiation affective » (9,106). Ce groupe thérapeutique mené Pavillon Ferrus à Sainte-Anne dont le cadre est assez restreint, de quatre à six personnes des deux sexes, constitue un « creuset affectif offert au multi-transfert ». L'accueil proposé est une alternative à la première rencontre de l'érotomane avec le soin, souvent réalisée dans l'adversité d'une hospitalisation contrainte même si nécessaire. Les outils forgés pour ce cadre de soins sont pensés à partir des concepts psychanalytiques et de l'expérience des soignants en terme de prise en charge institutionnelle et permettent donc un accompagnement de l'érotomane n'éluant pas les difficultés techniques corollaires à son statut comme l'enfermement, la régression, les blocages affectifs ou encore l'opposition aux soins, ...

La question de l'intégration de l'Objet est également posée : l'auteur précise de l'intégrer tant que possible dans la réalité sinon dans les fantasmes du groupe afin d'opérer le travail de désillusion possible et nécessaire, à condition que l'érotomane se sente « écoutée ».

Cet espace est donc une représentation dans transferts régressifs ou délirants s'opérant dans le milieu d'origine de la patiente. Le groupe doit alors accepter cette transferentialité parfois fusionnelle et conflictuelle avant de provoquer son dépassement par « le jeu des métaphores, de l'interprétation et – pourquoi pas – du ludique ».

5. *LE PSYCHODRAME ANALYTIQUE*

Le psychodrame est une invention du médecin viennois d'origine roumaine JL Moreno (127). Se déroulant initialement sur une scène en présence de spectateurs, le psychodrame avait pour objectif, par les jeux d'improvisation, de produire une « catharsis » des émotions sur la scène de ce simili théâtre, rappelant ainsi la vision Aristotélicienne de la Tragédie. L'évolution des rôles et les renversements de situation au cours du jeu étaient utilisés afin de susciter changements et prises de conscience chez les patients.

Ce concept a été repris en France par des analystes tels Lebovici, Diatkine, Anzieu et donc Kestemberg (4). Ce procédé associé aux théories analytique permet donc, par la liaison entre les mots, le corps et le jeu, l'accès à la vie fantasmatique et aux sensations ainsi qu'un support aux processus d'identifications.

Dans le cas de Dorothée, le psychodrame « extrêmement riche et qui a évolué de façon fort satisfaisante » pour Kestemberg a permis l'acquisition d'un insight concernant les relations primitives avec sa mère, acquisition permettant « le dépouillement peu à peu de ses positions érotomaniaques ». Il apparaît à Dorothée qu'elle cherche à posséder des hommes imaginaires pour se sentir entière lui permettant de se sentir à l'égal d'une mère « dévorante ».

Pour Bénédicte il y eut un premier temps de psychodrame groupal où l'Objet fut convié mais l'attitude tyrannique de la patiente, n'acceptant que de jouer des scènes de reproches au Dr. X son Objet, amena à l'exclusion de l'Objet du groupe et un premier passage en psychodrame individuel avant une reprise ultérieure, une fois la situation

apaisée. Dans un second temps Bénédicte accepta de jouer le rôle de son père mettant en évidence un père défaillant, absent pour ses enfants (regrettant que Bénédicte ne soit pas un garçon), dépendant de la mère accaparée et dont le seul souvenir est une nuit passée aux côtés de celui-ci sur son lit de mort. Ainsi il apparut que Bénédicte dans sa toxicomanie d'Objet n'était pas dans une identification paternelle mais « une identification à l'agresseur », à sa mère qualifiée, encore une fois, de dévorante s'appropriant un objet devenu mauvais car faible et donc cible de reproches.

6. *LA PLACE DE LA FAMILLE*

Là également, peu de données sur la place que peut occuper la famille dans la prise en charge. Cependant, lorsque la famille peut être impliquée dans la prise en charge, elle constitue un autre lieu propice aux investissements multiples et aux relations transférentielles (9,106).

7. *LA NECESSITE DU TIERS*

Le tiers dans la relation transférentielle est abordé par Deumié dans un article de la Société Médico-Psychologique (cité par 9,113) où le patient prête un savoir à son thérapeute (renvoyant au Sujet Supposé Savoir de Lacan) tendant à le placer du côté d'une figure paternelle. Cette position peut entraîner une majoration passionnelle avec possible passage à l'acte. En évoquant une patiente schizophrène, dont l'impasse thérapeutique avait conduit à une hospitalisation de neuf ans, ayant développé un délire érotomaniaque sur le psychiatre animant son groupe soignant, Deumié insiste sur la mise en place d'un « tiers substitutif ». Cette institution du tiers va dans le sens de dépasser l'étape érotomaniaque de la relation thérapeutique, voire l'éventuelle absence du thérapeute ciblé pour être plus efficiente.

La question du Tiers qui apparaît en filigrane des prises en charge institutionnelles comme groupales montre l'importance de celui-ci dans le traitement de l'érotomanie. Importance à la mesure de son effacement au plus fort des processus érotomaniaques (9). Kestemberg (4) y fait mention dans son article en rappelant au préalable l'échec de la triangulation œdipienne ayant cours dans la relation érotomaniaque dans ses formes les plus archaïques (pseudo relation amoureuse avec un Objet-père visant à se

défendre de la relation fille-mère). C'est dans cette démarche là qu'il a proposé son psychodrame analytique mêlant ainsi psychothérapie institutionnelle et groupale. Le travail de Perrier (32) en questionnant le rôle de l'homme de Bien invite donc le thérapeute à ne pas se laisser enfermer dans une « relation à tiers manquant ». « Toujours créer le tiers » écrit-il en 1988.

Différentes possibilités d'accompagnement sont possibles pour les érotomanes. L'hospitalisation est souvent une première étape à ce soin. Bien que vécue avec difficulté, le travail de psychothérapie institutionnelle par la projection transférentielle multiple amorce l'ébauche de défusion de la relation duelle avec l'Objet.

Les relais extrahospitaliers, notamment par des prises en charge groupales, vont permettre de créer un espace transitionnel, un lieu de soin où le travail va être d'aménager la réalité psychique du sujet à la réalité extérieure objective.

De toutes ces modalités d'accompagnement et d'écoute à la souffrance, une constante est récurrente : celle du tiers. Toute prise en charge doit donc s'efforcer de créer le tiers quel qu'il soit pour sortir du piège de la relation duelle narcissique.

E. QUELLE PLACE POUR L'OBJET DANS LA PRISE EN CHARGE ?

La littérature, peu abondante sur le sujet, ne donne pas de consensus. Nous avons vu dans un premier temps que Jung, face au transfert massif de Sabina Spielrein a sollicité le tiers, en l'occurrence Freud, qui lui conseilla dans un premier temps de « *maîtriser son contre-transfert* » avant de prendre la mesure du processus à l'œuvre (25). Le docteur X. évoqué par Kestemberg (4) a été dans un premier temps inclus dans la prise en charge groupale de Bénédicte puis exclu car sa présence ne générerait qu'une répétition de scènes déjà vécues. Caroli (112) s'est impliqué pleinement dans la prise en charge de sa patiente, devenant « l'érotomane de son érotomane », acceptant de participer à sa prise en charge groupale et de réaliser des temps d'écoute – mais accompagné de tiers. Pour Dalle (9,106), sa présence dans la prise en charge ne devrait pas manquer, tout du moins doit-il être évoqué dans la psychothérapie.

Les auteurs anglo-saxons ont une position plus médico-légale. Pour Leong et Silva (108), il est nécessaire d'encourager une consultation psychiatrique ou d'en référer au psychiatre si le patient en a déjà un. Cependant, pas de précision sur la situation où le psychiatre est justement l'Objet en question... Si malgré cette incitation à une évaluation psychiatrique la situation n'évolue pas, les auteurs conseillent des « mesures plus drastiques » : recours à une mesure d'éloignement par la voie judiciaire. Ces mêmes conseils sont donnés par West et Friedman (72), en plus de protéger ses données personnelles (adresse, téléphone) et d'en informer son propre entourage sur « la menace et le péril ».

Faut-il donc passer la main lorsque l'on est médecin et Objet d'érotomane ? Aucun auteur ne s'est prononcé aussi explicitement sur cette question. En revanche, nombreux sont ceux qui ont plaidé pour les vertus thérapeutiques d'un éloignement (3,47,55,64,90, ...).

En synthèse, si l'éloignement de l'Objet est presque unanimement prôné dans les périodes fécondes de l'érotomanie, l'Objet – ou tout du moins son évocation – ne doit pas manquer dans la prise en charge de l'érotomane.

F. DISCUSSION THERAPEUTIQUE

1. *SUR LES MODALITES DE SOINS ET D'HOPITALISATIONS*

Le rapport aux soins psychiatriques pour l'épisode érotomaniaque de nos trois patientes se décline sous trois modalités différentes. Pour Désirée, arrivée aux soins par cet épisode érotomaniaque, les trois hospitalisations se firent sous la contrainte (HDT), levée à chaque sortie d'hospitalisations. Du fait des attaques du cadre lors de la prise en charge ambulatoire après la troisième hospitalisation, c'est la menace d'une nouvelle contrainte (traitement injectable, programme de soins, ...) qui a permis d'enclencher quelque chose dont elle reconnut les bénéfices *a posteriori* « je ne pensais pas que ça me servirait autant ». La contrainte de Madeleine, présente avant l'épisode, s'est poursuivie après. Il ne fut jamais possible de reparler de ça avec elle, rien n'a pas pu être travaillé. Pour Sonia, il semble que l'hospitalisation, comme la prise en charge ambulatoire, sur un mode libre a permis la réalisation du processus de deuil de l'objet primaire dont l'épisode érotomaniaque répétait l'impossibilité psychique de le faire jusque lors, malgré nombre d'hospitalisations et de suivis.

2. *SUR LE PLAN MEDICAMENTEUX*

Les trois patientes ont reçu une médication par antipsychotiques atypiques et un traitement à visée thymique (antidépresseur pour Désirée et Sonia, anticonvulsivant pour Madeleine) à doses efficaces.

Pour Désirée, nous l'avons vu, un premier traitement par RISPERIDONE a atténué les manifestations comportementales sans atteinte du noyau délirant... tant qu'il était pris. Une seconde séquence par un antipsychotique plus thymorégulateur par ARIPIRAZOLE à haute dose (30mg/jour) a également limité les troubles du comportement mais a vraisemblablement aussi attaqué la conviction délirante puisque des affects dépressifs sont apparus par la suite. Affects qui ont entraîné la mise sous Inhibiteur Spécifique de la Recapture de la Sérotonine (ESCITALOPRAM) afin d'endiguer une réaction dépressive trop profonde. Ce traitement a été maintenu sur une période de neuf mois après retour à l'euthymie. Il est aujourd'hui arrêté sans résurgence dépressive.

La question de la bonne observance lors du retour à domicile du traitement s'est posée après la troisième hospitalisation (rappelons que lors de cette hospitalisation, Désirée s'est vue notifiée la mise sous traitement retard si elle revenait une quatrième fois). Néanmoins deux indices nous ont laissés à penser que le traitement était correctement observé : premièrement la non-résurgence de troubles comportementaux et deuxièmement le développement d'effets secondaires au fil du temps.

Désirée a en effet développé au fil de son suivi ambulatoire, nombre d'effets secondaires de l'ARIPRAZOLE, en évoquant un nouveau à presque chaque consultation mensuelle. Il est cependant intéressant de noter que ces plaintes (toutes objectivées) sur la constipation, la rigidité et la lourdeur des articulations, la xérose buccale et la prise de poids n'ont pas été l'occasion de demande d'arrêt de traitement. Il y eut ainsi plus d'espaces pour parler du corps dans ces temps de consultations au profit d'une activité délirante toujours active mais moins envahissante dans l'espace psychique de Désirée. Ainsi, comme le note Kapsambelis (116), tout se passe comme si les pulsions se réorganisaient sur le corps propre avec recouvrement d'une harmonie soma-psyché, désinvestissant par là le discours délirant. Arrivée incurie et épuisée à l'hôpital, elle se mit à demander plus de conseils pour s'occuper d'elle-même, de traitement correcteur pour se sentir mieux dans son corps, de conseils d'hygiène de vie, notamment pour limiter la prise de poids.

Les hallucinations érotomaniaques de Sonia se sont développées à une période où elle était hospitalisée, sous 800mg/jour de QUETIAPINE, dont l'observance, du moins du temps hospitalier, était bonne. Lors de sa ré-hospitalisation, elle fut mise sous RISPERIDONE afin d'envisager un traitement retard. Néanmoins, Sonia le précisera bien deux après l'épisode, les voix de tonalité érotomaniaque cessèrent suite à l'entretien où furent rappelés les éléments de réalité extérieure. Les voix changèrent donc de registre pour redevenir comme précédemment injurieuses. Cette tonalité du discours hallucinatoire associée à un syndrome dépressif franc avec tristesse, pleurs, ralentissement psychomoteur, aboulie, anhédonie, troubles du sommeil et idées suicidaires conduisit à une prescription de MIRTAZAPINE jusqu'à 45mg/j. L'antidépresseur, comme pour Désirée, endigua les symptômes dépressifs mais avec persistance de symptômes résiduels. La prise en charge en hôpital de jour (sur plus d'un

an) permet l'amendement de ces signes et la réalisation d'un travail psychothérapeutique. Aujourd'hui Sonia bénéficie d'injection mensuelle de PALLIPERIDONE et de MIRTAZAPINE à une posologie de 15mg/j (un arrêt progressif fut tenté mais une résurgence de symptômes anxieux à l'arrêt total légitima une reprise).

Madeleine était déjà sous traitement retard par RISPERIDONE en injectable et VALPROATE de Sodium lors de l'éclosion du trouble érotomaniaque. L'antipsychotique dosé à 50mg tous les 15 jours fut même baissé à 37.5mg lors du changement de thérapeute entraînant une décompensation avec troubles du sommeil, angoisses et majoration des idées de persécution. Les idées érotomaniaques, pour accessibles qu'elles furent, demeurèrent inchangées que ce soit lors de la diminution du traitement ou l'instauration sur le temps hospitalier de l'HALOPERIDOL en injection retard. Néanmoins, quelques mois après son changement de secteur, Madeleine a pu, avec réticence certes, demander à repasser sur un traitement par ARIPRAZOLE per os pris du fait des incidences cardiaques de l'HALOPERIDOL.

Au total : Les traitements pharmacologiques révèlent plusieurs aspects chez ces trois patientes. Elles ont toutes bénéficié d'antipsychotiques dont les résultats – variables – ont permis des opportunités différentes. Il est difficile d'estimer leur efficacité sur les idées délirantes présentées, avec la réserve ici que peu de traitements ont été essayés pour chacun de ces épisodes (maximum d'un switch d'antipsychotique par patiente) et que les traitements présentés par certains auteurs comme de « résistance » (mais sans en donner une définition précise) : PIMOZIDE, CLOMIPRAMINE, ECT n'ont pas été essayés. Que ce soit de limiter les troubles comportementaux, comme de maintenir une stabilité clinique ou encore d'ouvrir une fenêtre dans l'espace psychique (par le réinvestissement narcissique via les effets « indésirables ») pour le travail psychothérapique, il semble que dans aucun de ces trois cas leur prescription pu être considérée comme dispensable. En témoigne le fait que deux sur trois furent mise sous traitement injectable et une « menacée » de. Les traitements agissants sur l'humeur sont également présents dans nos trois cas, pour endiguer la réaction dépressive de l'équivalent de « Dépit » consécutive à la chute du Délire chez Désirée et Sonia ; déjà présente sous forme de stabilisateur pour la composante affective de Madeleine.

Nous posons la question d'une possible modification de la marche séquentielle de l'érotomanie par les thérapeutiques actuelles : si la description de l'évolution typique par phases se succédant chronologiquement date de Portemer puis de Clérambault, les possibilités de traitement (médicamenteux et/ou psychothérapeutique) ont-ils pu modifier cette sémiologie ? Cette interrogation naît de l'absence de phase de *Rancune* chez deux patientes ayant eu un accompagnement intensif lors de leur phase de *Dépit*, accompagnement dont elles n'auraient pas pu bénéficier au début du siècle précédent. Ainsi, peut-être la pharmacopée psychiatrique, par l'action intrinsèque des traitements ou les perspectives en terme de travail psychique qu'ouvrent la prescription médicamenteuse, modifie t-elle la clinique classique et le développement en trois phases de l'érotomanie en permettant un traitement avant l'avènement de la phase de *Rancune* ?

3. *TRANSFERT, CONTRE-TRANSFERT ET PROPOSITIONS*

D'ACCOMPAGNEMENT

Le virement pour Madeleine et Sonia de leur transfert d'une modalité de persécution vers une modalité érotomaniaque illustre bien la double face de l'« hainamoration » de Lacan. Pour l'une comme pour l'autre ce transfert est « massif » comme nous dit Perrier et la déclaration intervient au moment où se dessine la perspective d'un Objet quittant son rôle de médecin référent.

a) Désirée

Lorsque je reçus la prise en charge de Désirée, mes collègues m'ont mis en garde : « tu sais que tu peux devenir l'objet ». L'enjeu ici était donc d'assurer une certaine continuité dans la prise en charge, de la réanimer psychiquement de son équivalent dépressif, et dans le maniement de la relation thérapeutique de ne pas se mettre dans une position qui donnerait lieu à un autre glissement de l'Objet.

Désirée n'a jamais souhaité nous donner le nom de son chirurgien pour que nous puissions prendre contact avec lui. Nous ne saurons pas comment lui a géré son contre-transfert dans cette situation, ni pourquoi il s'était montré si bienveillant (s'agissait-il

d'un traitement de faveur ?) envers Désirée après son opération.

Durant le suivi, les premiers contacts furent marqués par la contestation des soins et de la légitimité de l'hôpital de jour. Je la renvoyais alors aux éléments de réalité extérieure et que chaque rupture de soins fut suivie d'une ré-hospitalisation. Le lien fut régulièrement attaqué avec absences répétées et demandes uniquement tournées vers la réalité intérieure « revoir Pierre-Alexandre » jusqu'à la perspective, qui ne se fit finalement pas, de remettre la contrainte en place.

Le transfert initial sur l'HDJ était dévalorisant « les patients sont des gamins » « les activités sont infantiles » avant d'évoluer suite au recadrage. Désirée s'intégra par la suite au groupe et prend même une position maternante envers les autres patients – ce qu'ils ont validé à leur tour. Elle intégra même l'idée de l'HDJ comme espace transitionnel puisque parlant librement de sa pathologie en réunion soignant-soignés, elle amena également des éléments de réalité extérieure se servant de l'étayage disponible pour ses soucis administratifs et autres...

Des demandes de sa part se formulèrent également : trouver une écoute à sa souffrance en revenant sur son histoire de vie avec la psychologue, bilan avec l'ergothérapeute mettant en évidence quelques difficultés à être dans « l'ici et le maintenant », travailler de l'aisance dans la parole avec les ateliers d'expression, ...

Après quelques mois de prise en charge, elle put verbaliser que l'éloignement d'avec l'Objet grâce aux activités diurnes lui a été bénéfique.

A l'heure actuelle, Désirée renouvelle d'elle-même ses contrats mensuels d'HDJ y cherchant un étayage dans ses recherches d'emploi. Le couple tient, initialement dans un équilibre précaire, au gré des insatisfactions de Désirée « ce n'est pas l'amour fou » et des alcoolisations de Didier « je bois pour oublier ce que tu m'as fait quand tu étais folle ». Cette dialectique de couple, voyant l'état psychique du conjoint se dégrader alors que celui de Désirée s'améliore, invite à une possible lecture de cette érotomanie de façon systémique.

b) Madeleine

Dans le cadre de ce travail, j'ai rencontré le Dr Y. pour échanger sur la prise en charge de Madeleine. L'entretien s'est déroulé en suivant un axe inspiré du mémoire de M. WEIL *"érotomanes et médecins, la place de l'Objet"* (cité par 9) et en questionnant le ressenti, la conduite, la mise en cause et la réaction au harcèlement.

Après un premier temps de surprise, l'atmosphère ressentie par le Dr Y. fut dominée par l'inquiétude. Inquiétude à plusieurs titres. Premièrement de par les « antécédents » de Madeleine, notamment le caractère inébranlable des convictions paranoïaques qu'elle a pu présenter par le passé et de par l'absence de manœuvre thérapeutique semblant possible dessus, par exemple d'une réinscription dans la réalité, puisqu'elle coupait court à toute tentative du Dr Y. d'aborder le sujet en consultation « vous savez ce dont il s'agit ». Il y avait également chez Madeleine un côté « sans limite » et quelques passages à l'acte hétéro-agressifs avec au moins une condamnation à son actif. Une certaine appréhension croissait au fur et à mesure que les lettres arrivent. Pour sceller cette dimension d'inquiétude, un entourage familial qui ne peut être qualifié de ressources et d'appui thérapeutique puisqu'adoptant une position haute, faisant état d'un certain pouvoir financier et d'une capacité qu'ils auraient à pouvoir faire pression sur la carrière professionnelle du Dr Y.

Bien que se montrant tout un temps réticente à donner sa future adresse, il y avait perspective d'un changement de secteur à moyen terme laissant apercevoir une « fenêtre » dans l'enfermement de cette relation.

Après avoir tenté de manager le cadre thérapeutique tout en prenant la distance nécessaire et essayé de ne rien laisser transparaître de quelque chose pouvant donner lieu à une interprétation, le Dr Y. décida de passer la main à une consœur le temps que Madeleine resterait sur le secteur. Quant au sexe du thérapeute, il s'avérait qu'il était le seul homme médecin de ce service alors. Etant donné l'impression par le Dr Y. d'un choix d'objet peu clairement défini, le sexe du thérapeute n'était pas censé protéger d'un glissement d'Objet. Le relais fut expliqué comme une mise à distance nécessaire du fait du délire érotomane et de l'absence de remise en question de sa part. Réaction froide de Madeleine « j'en prends note » et arrêt des lettres. Une hospitalisation dans

le service du Dr Y. (dont il est le chef) quelques mois après le changement de thérapeute où le sujet resta également inabordable. S'il devait y avoir de nouvelles hospitalisations avant le relais sectoriel, la demande avait été faite pour qu'elles se fassent sur un autre service que celui du Dr Y. Il fut décidé de poursuivre la contrainte en SDRE afin de maintenir une « vigilance ».

Sur une remise en cause personnelle *a posteriori*, la réponse est clairement oui. Madeleine malgré sa situation "difficile" n'a cependant pas bénéficié de traitement particulier, au contraire même d'une certaine prudence avec une certaine distance physique et dans le langage verbal. La question d'une attitude ayant pu donner lieu à une interprétation s'est néanmoins rapidement posée au Dr Y. Etait-ce une attitude plus « bienveillante » ou moins « cadrante » à une période où Madeleine allait cliniquement mieux ?

Face à l'inquiétude croissante que générait la succession de lettres, le Dr Y. a choisi de parler de la situation assez vite, ce qui a permis le relais de thérapeute et de « ne pas être seul » dans cette situation.

c) Sonia :

Pour ma part, dans le cas de Sonia, plusieurs données entrent en jeu. Comme évoqué précédemment ma position d'objet primaire dans le transfert, ce d'autant plus qu'un projet d'hôpital de nuit pouvait s'envisager afin, entre autres, de garantir un relatif confort matériel – à condition d'une inscription dans le soin de sa part et que je valide ceci par la suite. Egalement, le fait de me confier le cas de Sonia, après multiples échecs de maintien de suivi dans le temps, a vraisemblablement suscité une motivation « orgueilleuse » de ma part : réussir là où d'autres ont échoué ; et donc de fait a engendré une motivation singulière et un investissement sans doute de nature différente de celui donné aux autres patients suivis à la même période. Ce désir de thérapeute envers un sujet psychotique qui ne formule alors qu'une demande sociale a sans doute contribué à renforcer un positionnement érotomaniaque comme nous l'avons vu avec l'article de Kapsambelis (103). Cette dynamique a même été possiblement alimentée par des transactions maladroites de ma part « Je modifierai le

traitement si vous vous engagez dans votre soin ambulatoire ».

Lorsque je reçois la première lettre anonyme de Sonia, l'idée d'une patiente érotomane ne m'effleure que légèrement. Bien que le ton de ce poème en « rimes » soit assez particulier, l'idée d'une patiente rencontrée n'est pas pour moi si évidente que cela. De plus il s'agit d'une déclaration de l'auteure, sans mention d'une réciprocité affirmée des sentiments, il n'y a donc pas flagrante conviction délirante d'être aimée. Bien qu'a posteriori les paroles « mon cœur vous a en totale obsession » et « je n'attends de vous juste qu'un signe » auraient dû susciter ma vigilance quant au côté massif et interprétant du phénomène, j'en suis à ce stade plus étonné qu'autre chose. Devant une absence d'un postulat franc, je suis dans une position semblable à celle partagée par Caroli (112) au tout début de son expérience évoquée plus haut.

La seconde lettre arrive quinze jours après. Le ton y est plus familier, m'interpellant par mon prénom, faisant référence à des éléments de vie précis de sa part (supposant donc que je les connaisse), mais également plus charnels « vous représentez tous mes fantasmes » « votre sensualité renversante » avec des attentes de ma part « partager une soirée avec vous », alors que de mon côté je ne perçois pas d'indices pouvant m'aiguiller sur l'auteure des lettres. Néanmoins la référence à la santé, l'impression d'un rapprochement alors qu'il ne se passe rien de mon côté ainsi que le caractère plus décousu du propos orientent les probabilités vers une patiente, peut-être délirante donc. Il n'y a pas de peur à ce moment-là mais une certaine inquiétude, et quelques questions : « si c'est une patiente, avais-je manqué quelque chose ? Avais-je été aveugle d'un transfert qui m'échappait ? ».

La part d'inquiétude grandit et je décide de montrer les lettres au médecin référent de l'unité dans laquelle je suis. J'en attends alors essentiellement une lecture d'une clinique plus poussée afin de confirmer l'hypothèse d'une patiente, voire de déceler une érotomanie derrière les mots. Pas de confirmation, néanmoins une inquiétude partagée et le conseil de me mettre sur liste rouge... ce que je ne ferais pas, pensant (à tort) ne pas être sur les pages blanches. *Statu quo* pendant un mois, je me dis que l'auteure des lettres s'est peut-être lassée.

C'est donc, lors de mon dernier jour dans le service et donc de la dernière consultation en CMP avec Sonia, que je comprends qu'elle est l'auteure des lettres par le parfum avec lequel elle les signait. La consultation se déroule normalement et je ne réagis pas. En moi, c'est la surprise, d'une part du fait des antécédents forts de persécution et d'autre part de n'avoir rien remarqué durant l'hospitalisation et les consultations. La perspective du changement de thérapeute m'incite alors à croire qu'en ne montrant aucun signe, les convictions se tariront d'elles-mêmes et que Sonia passera à autre chose. Je me défaussais ainsi de mettre en péril un lien thérapeutique, présent mais fragile, qu'il convenait de poursuivre avec le changement d'interne et de me mettre dans une situation embarrassante par la même occasion. La dernière poignée de main sera lieu d'un geste affectueux de sa part et c'est ici la sidération qui m'empêche de réagir, de recadrer les choses.

J'ai attendu une semaine (pensant une nouvelle fois que la situation pouvait se tarir) jusqu'à une visite de Sonia en bas de chez moi pour en faire part aux collègues. Entre temps, les questions « qu'est-ce qui a donné lieu à ça ? » « Depuis combien de temps ? » « Est-ce que cela va s'arrêter de soi-même ? », ainsi que la colère (contre moi-même) d'avoir laissé courir un processus qui gagnait, à mes dépends, en ampleur. L'angoisse également après sa rencontre au bas de chez moi « s'en prendrait-elle à moi, à mon amie ? » et l'atmosphère de paranoïa flottante lors des sorties en ville, chaque fois que le téléphone sonne...

A ce stade-là, la crainte latente que cette situation ne se régularise pas d'elle-même se précise. Le fait que cela se poursuive alors que je ne suis plus censé avoir de liens thérapeutiques avec elle et qu'elle se manifeste physiquement à moi l'incite à ne pas rester seul avec ça. Après lui avoir signifié dans la rue, en essayant de contenir la colère, que je n'étais pas en communication avec elle de façon indirecte ni dans un projet de relation amoureuse et que si elle continuait de me suivre je porterais plainte, j'en fais référence au sénior de l'unité qui a repris son suivi ainsi qu'aux urgences médico-psychologiques. Je me saisis également d'un séminaire de supervision pour reprendre la situation, un collègue plus expérimenté partage une expérience similaire : la même séquence de doute et puis d'hésitation à agir.

J'apprends qu'elle est hospitalisée peu de temps après. Je suis appelé un soir de garde pour une patiente ayant un œdème de la main dans mon ancien service. Je demande au téléphone le nom de la patiente, l'évitement : « appelez plutôt l'interne de somatique ».

Les éléments de réalité sont précisés par le senior avec l'effondrement délirant et la symptomatologie dépressive qui s'en suivit. Assez vite j'en suis informé par son nouveau médecin référent. L'hospitalisation et la chute du délire survenant peu de temps après avoir mis du tiers en interpellant les collègues ont été rassurantes pour ma part.

L'accompagnement en Hôpital de Jour au travers des médiations thérapeutiques et d'un soutien renarcissant avec la psychologue a permis à Sonia de travailler la *capacité à être seul*, pour reprendre Winnicott (114). Cette acquisition lui a conféré un sentiment de sécurité interne et a vu de concert la régression nette de la symptomatologie hallucinatoire dont le contenu n'est plus injurieux mais « des bouts de mots qui ne veulent rien dire ». A partir de cela, l'ouverture aux autres a été possible sans que cela se fasse sur un mode narcissique avec crainte de la rupture. Cette ouverture s'est faite d'abord avec les autres patients de l'Hôpital de Jour avant de reprendre les liens que la psychose avait mis à mal avec les amis d'antan et la fratrie.

A l'instar de Désirée, Sonia a souhaité d'elle-même poursuivre l'HDJ dans une optique d'accompagnement à la réinsertion professionnelle.

Deux après cet épisode, j'ai pu de nouveau rencontrer Sonia dans le cadre de ce travail de thèse. Elle s'est montrée intéressée par cette démarche, tenant dans un premier temps à s'excuser « pour le dérangement occasionné » et désireuse de mettre du sens, de comprendre ce qui s'était passé pour elle à ce moment-là qu'elle qualifie « d'état second ».

VII. CONCLUSION

De l'évolution du concept d'érotomanie – passant de la maladie d'un amour non partagé des auteurs classiques, à la monomanie d'Esquirol, puis au postulat fondamental de Clérambault – nous retenons l'idée d'une pluralité d'expressions cliniques dont le pivot organisateur est cette *conviction délirante d'être aimé*. Après les vifs débats qui ont animé les auteurs francophones et par la suite anglo-saxons, l'érotomanie en tant qu'entité nosologique trouve encore sa place dans les classifications actuelles, que ce soit sous sa forme pure ou associée.

Après avoir été traitée par les sphères médicales, philosophiques, religieuses et judiciaires, l'érotomanie s'ancre définitivement dans la médecine psychiatrique avec Esquirol. Parallèlement à ce positionnement, son destin se noue également avec la Loi : la Loi de 1838 relatifs aux aliénés mais également le code pénal du fait des potentialités médico-légales que peuvent présenter les érotomanes.

Avec Clérambault s'amorce une période charnière de la psychiatrie française où les mécanismes délirants prennent le pas, dans la nosographie, sur les classiques descriptions par thèmes. L'héritage de l'effort sémiologique de Clérambault de serrer au plus près la description d'une forme pure, prototypique, est celui d'une psychose passionnelle, s'organisant autour d'un postulat fondamental « c'est l'objet qui aime en premier et / ou qui aime le plus » avec ses thèmes dérivés et d'une évolution par phases : Espoir, Dépit puis Rancune.

C'est en partie en travaillant sur ce postulat clérambaldien que les auteurs analytiques ont quitté les formules de l'amour homosexuel de Freud pour aboutir à la question d'un narcissisme défaillant. Le mécanisme projectif attribuant le sentiment amoureux à l'autre démontre, qu'indépendamment de la structure psychique sur laquelle elle survient, l'érotomanie est du registre psychotique.

L'érotomanie existe-t-elle dans sa forme pure comme s'est échiné à le démontrer Clérambault ou est-elle toujours secondaire d'une pathologie psychiatrique voire

organique ? Il nous semble, de par les cas de la littérature comme des cas présentés ici, qu'il existe des formes primaires comme secondaires, ces dernières semblant néanmoins bien plus fréquentes. De ces formes pures, nous avons cependant l'impression qu'elles n'adviennent pas *ex nihilo* mais représentent une défense psychique survenant dans un moment particulier de la vie psychique des sujets.

Une autre constante retrouvée est celle de la prévalence des troubles thymiques : hypersthénie proche de l'hypomanie dans les phases d'Espoir et de Rancune, épisode dépressif avec parfois tentative de suicide dans la phase de Dépit, troubles bipolaires significativement associés à l'érotomanie.

A ces constantes décrites avec une certaine fixité au fil du temps, que ce soit dans les descriptions canoniques (le président Schreber chez Freud, l'Aimée de Lacan ou les deux patientes de Kestemberg) ou les cas plus atypiques, s'associent des variations sur les thèmes dérivés du postulat et sur l'évolution chronologique. S'agit-il d'invariants neurobiologiques d'une pathologie de l'amour auxquels s'ajoutent des composantes sémiologiques mouvantes et façonnées par les facteurs sociétaux (comme l'ont décrit Ehrenberg pour la dépression (131) ou Castel pour les Troubles Obsessionnels Compulsifs (132,133)) ? Les rares recherches actuelles peinent à clarifier cette question. De fait, il est permis de penser qu'il faille prendre en compte tous ces facteurs, qu'ils soient biologiques, psychologiques et sociaux, pour comprendre et accompagner les érotomanes.

Quelle place vient occuper le médecin lorsqu'il est Objet dans cette équation délirante ? Il faut ici faire un détour par la psychopathologie analytique pour pouvoir en cerner les enjeux. Partant de l'hypothèse du deuil impossible de l'objet primaire et d'une structuration narcissique défailante, nous reprenons le concept de délire comme mécanisme de défense fonctionnel visant à préserver les relations objectales. Pour Kestemberg, la relation érotomaniaque, par les liens avec l'Objet, vient ainsi maintenir une relation objectale illusoire permettant de faire l'économie d'un travail de deuil dont l'échec mènerait aux angoisses psychotiques type néantisation, désintégration, morcellement, etc.

Dans la pluralité des configurations symptomatiques de l'érotomanie, le médecin correspond bien souvent aux caractères attendus de l'Objet. Il peut incarner l'image d'une mère providentielle bienveillante et protectrice (l'objet primaire), comme un Objet pseudo-œdipien dont le caractère inatteignable garantit la non-réalisation d'un rapport mortifère tout en assurant un minimum de satisfaction libidinale, ou encore un Objet à conquérir dont le haut statut social restaure en miroir le narcissisme du sujet.

Qu'est-ce qui dans la rencontre entre une érotomane en devenir et un médecin induit ce type de relation délirante ? Pour Perrier, cette induction est à chercher du côté du médecin et de sa structuration psychique. Il dresse le portrait de *l'homme de Bien en fonction* – fonctionnaire de l'altruisme – dont la névrose permet, dans la relation, au sujet de se débarrasser de l'objet partiel.

Ainsi, comment accompagner Désirée dont l'érotomanie a permis de clôturer la question de la maternité, Madeleine qui a pu de fait renouer des relations avec sa mère, ou encore Sonia qui a trouvé dans l'érotomanie un cocon protecteur à un moment de risque d'angoisses psychotiques ? De quelles façons prendre en charge la souffrance véritable sous-jacente à ces manifestations sans se retrouver enfermé par son désir soignant dans le piège narcissique de l'érotomanie ou risquer la rupture thérapeutique ?

Le traitement médicamenteux s'inscrit ici en préalable au travail psychothérapique : prothèse psychique évitant un effondrement notoire, restaurateur du narcissisme, médiateur entre le médecin et le patient ou encore modérateur des excès de la passion. Des différentes prises en charges proposées, une constante revient en filigrane : le tiers. Ce tiers – qui peut être la famille, la Loi, le chef de service, l'institution ou toute autre personne – autorise la défusion de la relation duelle. La triangulation va permettre la création d'un espace transitionnel où se côtoient les éléments de réalité intérieure amenés par l'érotomane et les éléments de réalité extérieure renvoyés par les soignants. L'Objet-médecin, souvent pris au dépourvu dans ces cas-là, n'est ainsi pas seul face à une relation dont la massivité transférentielle peut légitimement inquiéter et dont les manifestations contre-transférentielles (cécité quant aux risques ou rejet et déni par excès) peuvent être difficiles à gérer. Il convient ainsi de proposer des espaces de soins permettant d'écouter la souffrance et l'analyse des transferts reproduits sur différentes

cibles, sans que celles-ci se sentent prisonnières de la relation duelle. Dans cette optique, les prises charge groupales, où l'Objet est possiblement convié et nécessairement évoqué, sont des outils thérapeutiques pertinents.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Tableau du taux de concordance des critères d'Ellis et Mellsop pour nos cas

Postulat et thèmes dérivés de Clérambault	Désirée	Madeleine	Sonia
C'est l'objet qui a commencé et qui aime le plus ou qui aime seul	+	+	+
L'objet ne peut avoir de bonheur sans le soupirant	?	?	?
L'objet est libre et son mariage n'est pas valide	+	+	-
L'objet ne peut avoir une valeur complète sans le soupirant	?	?	?
La vigilance continuelle de l'objet	+	+	+
La protection continuelle de l'objet	+	?	-
Les travaux d'approche de la part de l'objet	+	+	-
Les conversations indirectes avec l'objet	+	-	+
Les ressources phénoménales dont dispose l'objet	+	+	-
La sympathie presque universelle que suscite le roman en cours,	-	-	-
la conduite paradoxale et contradictoire de l'objet,	+	+	?

Annexe 2 : Tableau du taux de concordance des critères de Taylor pour nos cas

Critères de Taylor	Désirée	Madeleine	Sonia
La présence d'un délire selon lequel un sujet (le plus souvent une femme) est aimé par un homme	+	+	+
La femme a très peu, ou aucun contact avec l'homme	+	-	-
L'homme n'est en aucun cas accessible parce qu'il occupe une situation sociale très élevée qui serait en péril s'il avouait ses sentiments	+	+	+
L'homme est conçu comme ayant un profond intérêt pour celle-ci	+	+	+
En dépit du délire érotique la femme reste chaste	+	+	+

Annexe 3 : Tableau du Taux de concordance des critères d'Ellis et Mellsop pour nos cas

Critères d'Ellis et Mellsop	Désirée	Madeleine	Sonia
Présence d'une conviction délirante d'une communion amoureuse entre un sujet et son objet	+	+	+
L'objet est de rang social supérieur	+	+	+
L'objet est le premier à tomber amoureux	+	?	+
L'objet est le premier à faire des avances	+	+	-
Le délire est de début brutal	+	?	+
L'objet reste inchangé	-	+	+
Le sujet fourni des interprétations au comportement paradoxal de l'objet	+	+	-
Evolution chronique	+	?	-
Absence d'hallucinations	-	+	-

Annexe 4 : Synthèse de la prise en charge de l'érotomanie selon Kelly.

Dans son article paru en 2005 Kelly propose un tableau synthèse de la prise en charge de l'érotomanie qu'il définit comme un « guide conceptuel » plutôt que des recommandations de traitement ou encore des guidelines. L'auteur précise également que le traitement doit toujours être personnalisé en fonction des besoins individuels du patient, et donc sujet à variations.

Etape 1 : évaluation

L'évaluation complète peut compter plusieurs activités, comprenant :

- Histoire psychiatrique, médicale et sociale complète ;
- Examen de l'état mental ;
- Examen physique ;
- Collecte d'informations auprès de tiers ;
- Examens complémentaires physiques ;
- Investigations psychologiques ou sociales.

Etape 2 : diagnostic différentiel

La formulation d'un diagnostic différentiel est une phase majeure dans l'évaluation et les étapes suivantes sont concernées :

- La formulation d'un diagnostic différentiel dans une réflexion d'équipe pluridisciplinaire ;
- Le diagnostic différentiel peut évoluer en fonction de nouvelles informations relevées ;
- Il peut y avoir plus d'un facteur contribuant à la présentation observée ;
- Le management des risques est une phase majeure des étapes d'évaluation, de traitement et de suivi ;
- La formulation d'un diagnostic différentiel peut résulter d'un travail de diagnostic agréé par le patient, évalué comme approprié.

Etape 3 : traitement

De façon générale, le traitement doit correspondre au paradigme de la psychiatrie bio-psycho-sociale :

- Les facteurs biologiques, comme les médicaments psychotropes ;
- Les facteurs psychologiques, comme une psychothérapie de soutien ou cognitivo-comportementale ;

- Les facteurs sociaux comme les centres d'accueil de jour ;
- Prise en charge des risques.

Etape 4 : suivi

Les multiples dimensions du suivi doivent être considérées suivant un épisode de référence érotomaniaque

- Le suivi psychiatrique est essentiel, avec monitoring de l'adhésion au traitement et de l'évolution de l'état mental ;
- Le suivi psycho-social est également important, visant à garantir à l'effort thérapeutique et à l'aide sociale un maintien dans le temps ;
- La psychiatrie de liaison comme la médecine générale peuvent jouer un rôle clé dans la coordination du soin du patient et dans l'optimisation de son devenir thérapeutique ;
- La prise en charge continue des risques implique un travail de liaison avec les services de psychiatrie légale ou de police. Dans certains cas, comme l'érotomanie avec harcèlement et/ou violence, cela peut également inclure la mise en place d'une attention particulière de ceux-ci à ces risques, en accord avec les recommandations dans ce domaine.

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. Esquirol J-E. Des maladies mentales [Internet]. 1838 [cité 9 sept 2014]. Disponible sur:
http://books.google.com/books/about/Des_maladies_mentales.html?hl=fr&id=ZthEAAAACAAJ
2. Ferrand J. De la maladie d'amour ou mélancolie érotique. Classiques Garnier; 2010. 458 p.
3. Enoch MD, Trethowan SWH, Barker JC. Some Uncommon Psychiatric Syndromes. John Wright; 1967. 120 p.
4. Kestemberg J. A propos de la relation érotomaniaque. Rev Fr Psychanal. 1962;vol. 26(5):pp. 533- 89 (57 pages).
5. Berrios GE, Kennedy N. Erotomania: a conceptual history. Hist Psychiatry. déc 2002;13(52 Pt 4):381- 400.
6. Chaperon S. Les fondements du savoir psychiatrique sur la sexualité déviante au XIXe siècle. Rech En Psychanal. 1 mai 2010;10(2):276- 85.
7. Postel J, Quétel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod; 2012. 666 p.
8. Veyseyre A. Contribution a l'étude de l'érotomanie : a propos de l'illusion délirante d'être aimé et de la foi mystique Nantes; 1990
9. Dalle B, Edel Y, Fernandez A. « Bien que mon amour soit fou »: Érotomanies, du regard à une écoute. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance; 1998. 384 p.
10. Ball B. LA FOLIE ÉROTIQUE. Editions L'Harmattan; 2001. 163 p.
11. Krafft-Ebing R von. Traité clinique de psychiatrie / par le Dr R. von Krafft-Ebing,... ; traduit sur la 5e édition allemande, par le Dr Émile Laurent [Internet]. A. Maloine (Paris); 1897. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76630f>
12. Debrus I, Edel Y. Clérambault et l'érotomanie historique. Nervure. mai 1988;4:34- 40.
13. Haustgen T, Sinzelle J. Emil Kraepelin (1856–1926) – III. Les grandes entités cliniques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2010;168(10):792- 5.
14. Moron P. Clérambault, maître de Lacan. Dépt. Communication, Synthélabo; 1993. 164 p.
15. Clérambault GG de. Oeuvres psychiatriques. Frénésie; 1987. 858 p.

16. Ey H. Traité des hallucinations. Masson; 1973. 858 p.
17. Lacan J. De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Seuil; 1980. 363 p.
18. Allouch J. Marguerite ou l'Aimée de Lacan. E.P.E.L.; 1994. 683 p.
19. Bolzinger A. Catamnèse et discussion du cas Aimée. Un délire sans psychose. *Evol Psychiatr (Paris)*. 1988;53(2):299- 317.
20. Jadin J-M. Trois délires chroniques. Erès; 2011. 128 p.
21. Soler C. L'inconscient à ciel ouvert de la psychose. Presses Univ. du Mirail; 2008. 266 p.
22. Freud S. Pour introduire le narcissisme. Payot; 2013. 77 p.
23. Venet E. Ferdière, psychiatre d'Antonin Artaud. Verdier; 2006. 42 p.
24. Schachter. Erotomanie ou conviction délirante d'être aimé. Contribution à la psychopathologie de la vie amoureuse. *Ann Médico-Psychol*. 1977;1(5):729- 47.
25. Lugrin Y. Sabina Spielrein et la transmission de la psychanalyse. *Coq-Héron*. 10 juill 2009;197(2):93- 93.
26. Bulat-Manenti G. Sur le fil du rasoir. L'érotomanie dans les détours du transfert. *Clin Lacanienne*. 1 juin 2013;23(1):79- 90.
27. Schreber DP. Mémoires d'un névropathe. Éditions du Seuil; 1975. 388 p.
28. Freud S. Cinq psychanalyses. Presses Universitaires de France - PUF; 2010. 666 p.
29. LAGACHE D. Passions et psychoses passionnelles (1936) [Internet]. 1977. pp. 135-154 p. Disponible sur: http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=84481
30. LAGACHE D. Erotomanie et jalousie (1938) [Internet]. 1977. pp. 173-204 p. Disponible sur: http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=84483
31. Nacht S, Racamier P-C. La théorie psychanalytique du délire. Presses Universitaires de France; 1958. 116 p.
32. Le désir et la perversion. Editions du Seuil; 1981. 205 p.
33. Jonckheere. L'érotomanie et la relation avec autrui dans les psychoses.. A propos de 13 cas. *Acta Psychiatr Belg*. 1971;11(5):344- 82.
34. Lacan J. Écrits. Editions du Seuil; 1971. 244 p.
35. Lacan J. Le Séminaire, Livre 3, Les Psychoses. W.W. Norton; 1997. 358 p.

36. Castanet H. Comprendre Lacan. Max Milo; 2013. 87 p.
37. Maleval J-C. Le champ passionnel de la psychose. *Evol Psychiatr (Paris)*. 1989;vol. 54, n° 1:pp. 115- 35.
38. Jodeau-Belle L, Ottavi L. Les fondamentaux de la psychanalyse lacanienne: repères épistémologiques, conceptuels et cliniques. Presses universitaires de Rennes; 2010. 412 p.
39. Massé G, Buisson G. Les aventures du Clérambault's syndrome en Anglophonie. *Nervure*. mai 1988;4:51- 3.
40. Hollender MH, Callahan AS 3rd. Erotomania or de Clérambault syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. déc 1975;32(12):1574- 6.
41. Rudden M, Sweeney J, Frances A. Diagnosis and clinical course of erotomaniac and other delusional patients. *Am J Psychiatry*. mai 1990;147(5):625- 8.
42. Ellis P, Mellsop G. De Clérambault's syndrome--a nosological entity? *Br J Psychiatry J Ment Sci*. janv 1985;146:90- 3.
43. Signer SF. « Les psychoses passionnelles » reconsidered: a review of de Clérambault's cases and syndrome with respect to mood disorders. *J Psychiatry Neurosci JPN*. juill 1991;16(2):81- 90.
44. Kennedy N, McDonough M, Kelly B, Berrios GE. Erotomania revisited: clinical course and treatment. *Compr Psychiatry*. févr 2002;43(1):1- 6.
45. Jordan HW, Lockert EW, Johnson-Warren M, Cabell C, Cooke T, Greer W, et al. Erotomania revisited: thirty-four years later. *J Natl Med Assoc*. mai 2006;98(5):787- 93.
46. Jordan HW, Howe G. De Clerambault Syndrome (Erotomania): A Review and Case Presentation. *J Natl Med Assoc*. oct 1980;72(10):979- 85.
47. Kelly BD. Erotomania : epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2005;19(8):657- 69.
48. Koizumi A. Un cas japonais d'une amoureuse de prêtre. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mars 2006;164(2):129- 33.
49. Shorter E. L'érotomanie (ou syndrome de Clérambault): un diagnostic gallicisé ? *Nervure*. avr 1989;II(3):41- 5.
50. Association AP, Guelfi J-D. DSM-III-R, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson; 1989. 624 p.
51. Munro A. Delusional Disorder: Paranoia and Related Illnesses. Cambridge University Press; 1999. 277 p.
52. Association Américaine de Psychiatrie. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et

statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2004. 1146 p.

53. American Psychiatric Association. DSM-5. 2013.
54. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, dixième révision: CIM-10/ICD-10 : chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. OMS; 1993. 332 p.
55. Segal JH. Erotomania revisited: from Kraepelin to DSM-III-R. *Am J Psychiatry*. oct 1989;146(10):1261- 6.
56. Brüne M. De Clérambault's syndrome (erotomania) in an evolutionary perspective. *Evol Hum Behav*. nov 2001;22(6):409- 15.
57. Demangeat M. Grandes illusions de la passion amoureuse. *Imagin Inconc*. 1 mars 2006;17(1):27- 38.
58. Lorient, Piegot, Housser. Conceptions actuelles, réflexions à propos de l'éclosion érotomaniaque au cours d'une relation thérapeutique. *Nervure*. nov 2001;VIII(Dijon):15- 20.
59. Jovelet G. De l'érotomanie à l'hérotomanie. *Inf Psychiatr*. 2010;vol. 86, n° 8:pp. 703- 8.
60. LÔO P. A propos du délire érotomaniaque de Clérambault. *Ann Méd-Psychol*. déc 1983;141(10):1091- 7.
61. Rosolato G. « Clérambault et les délires passionnels », suivi d'une observation de Clérambault. *Nouv Rev Psychanal*. 1980;n° 21:pp. 199- 224.
62. Lemaire J-G. Aux confins de la passion et de la psychose. *Dialogue*. 1987;96(20).
63. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson; 2011. 2267 p.
64. Olié J-P, Gallarda T, Duaux E. Le livre de l'interne - Psychiatrie (2e ed.). Lavoisier; 2012. 499 p.
65. Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Presses Universitaires de France - PUF; 2012. 1143 p.
66. Fouilhoux N, Kahvedjian A, Petitjean F. Érotomanie et harcèlement. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2004;162(7):574- 6.
67. Bourgeois ML, Bénézech M. La dioxis (stalking), le harcèlement du troisième type. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mai 2002;160(4):316- 21.
68. Miller L. Stalking: Patterns, motives, and intervention strategies. *Aggress Violent Behav*. nov 2012;17(6):495- 506.
69. Mullen PE, Pathé M. Stalking and the pathologies of love. *Aust N Z J Psychiatry*.

- sept 1994;28(3):469- 77.
70. Humbert T. L'érotomanie chez l'homme: à propos d'un cas. *Nervure*. nov 2002;15(8):3- 10.
 71. Remington GJ, Jeffries JJ. Erotomanic delusions and electroconvulsive therapy: a case series. *J Clin Psychiatry*. juill 1994;55(7):306- 8.
 72. West SG, Friedman SH. These Boots are Made for Stalking: Characteristics of Female Stalkers. *Psychiatry Edgmont Pa Townsh*. août 2008;5(8):37- 42.
 73. Pearce A. De Clérambault's syndrome associated with folie à deux. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. juill 1972;121(560):116- 7.
 74. Petrikis P, Andreou C, Garyfallos G, Karavatos A. Incubus syndrome and folie à deux: a case report. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. oct 2003;18(6):322.
 75. Stip E, Lecomte T, Bruno J. Capgras syndrome and erotomanic type delusional disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. avr 1996;30(2):299.
 76. Wright S, Young AW, Hellawell DJ. Frégoli delusion and erotomania. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. mars 1993;56(3):322- 3.
 77. Fayaud D. Relation passionnelle, relation amoureuse. *Nervure*. juin 1988;(5):35- 7.
 78. Corcos M, Tordjmann S, Jeammet P. Anorexie mentale et relation érotomaniaque. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1994;42(3):110- 7.
 79. S. Combe PK. Approche théorique et conceptuelle du délire hystérique. *Ann Medico-Psychol - ANN MEDICO-PSYCHOL*. 2004;162(7):525- 32.
 80. Maleval J-C. Folies hystériques et psychoses dissociatives. Payot; 2007. 315 p.
 81. Lacan J. Le séminaire de Jacques Lacan: L'envers de la psychanalyse. Seuil; 1973. book p.
 82. Signer SF, Swinson RP. Two cases of erotomania (de Clérambault's syndrome) in bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 1987;151:853- 5.
 83. Anderson CA, Camp J, Filley CM. Erotomania after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: case report and literature review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1998;10(3):330- 7.
 84. Suárez-Richards M, Fournes O. Erotomania preceding an aneurysmal subarachnoid hemorrhage: is there an association? *J Affect Disord*. août 2002;70(3):333- 6.
 85. Morali A, Bénézech M. Syndrome de Klinefelter, érotomanie délirante et harcèlement sexuel: l'influence du traitement hormonal. À propos d'une observation originale. *AMEPSY Ann Médico-Psychol*. 2010;168(6):448- 53.

86. Kua EH, Yeo PP. Hyperthyroidism and de Clérambault's syndrome in a young woman. *Br Med J Clin Res Ed.* 31 oct 1987;295(6606):1097- 8.
87. Ey H, Belzeaux P. Leçons du mercredi sur les délires chroniques et les psychoses paranoïaques: Tapuscrits révisés en 1961, 1967, 1968. CREHEY (Centre de recherche et d'édition Henri Ey); 2010. 400 p.
88. Freud S. L'analyse finie et l'analyse infinie. Quadrige. Presses Universitaires de France; 2012.
89. Plon M. « Je t'aime... moi non plus ». *Psychanalyse.* 1 oct 2011;22(3):99- 99.
90. Ginestet D, Kapsambelis V. Thérapeutique médicamenteuse des troubles psychiatriques de l'adulte. Médecine Sciences Publications; 1996. 402 p.
91. Dalle B. Quelques notes sur la dynamique transférentielle dans le champ érotomaniaque. *Nervure.* juin 1988;5.
92. Iruela LM, Marcos MA. De Clérambault's syndrome in unipolar depression. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* sept 1988;153:417- 8.
93. Ghaziuddin M, Tsai L. Depression-dependent erotomanic delusions in a mentally handicapped woman. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* janv 1991;158:127- 9.
94. Kovács A, Vörös V, Fekete S. Suicide attempt and melancholic depression in a male with erotomania: case report. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res.* 2005;9(4):369- 72.
95. Bulot V. La dimension thymique dans l'érotomanie: approche clinique et théorique [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2006.
96. Guirguis WR. Pure erotomania in manic-depressive psychosis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 1981;138:139- 40.
97. Freud S. Métapsychologie. Gallimard; 1986. 185 p.
98. Klein M. Deuil et dépression. Payot et Rivages; 2004. 164 p.
99. Abraham N, Torok M. L'écorce et le noyau. Flammarion; 2009. 480 p.
100. Racamier P-C. Délire d'adulte, délire d'enfant : hier et aujourd'hui. *Neuropsychiatr L'enfance.* 1989;37(2-3):89.
101. Winnicott DW. La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Gallimard; 2000. 373 p.
102. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Presses universitaires de France; 2007. 523 p.
103. Kapsambelis V. La position érotomaniaque. *Rev Fr Psychanal.* 1 juill 2011;Vol. 75(3):783- 96.

104. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>.
105. Naudet J, Cristiani D. Réflexions sur la prise en charge institutionnelle de l'érotomanie. *Nervure*. mai 1988;4:48- 51.
106. Dalle B. Espaces psychanalytiques dans le traitement de l'érotomanie. *Nervure*. 1994;VII(7):109- 11.
107. Jovelet G. Psychose et amour. *Inf Psychiatr*. 1 oct 2010;86(8):677- 84.
108. Leong GB, Silva JA. The physician as erotomaniac object. *West J Med*. janv 1992;156(1):77- 8.
109. Spinoso M, Anna M. [S.l.]: Diaphana éd. vidéo; 2003.
110. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102.
111. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2012,10840.html>.
112. Caroli F. Objet d'érotomane ou la folle passion. *Nervure*. 4(Mai 1988):43- 7.
113. Guedj M-J. L'érotomanie homosexuelle féminine. *Nervure*. juin 1988;5.
114. Winnicott DW. La capacité d'être seul. Payot; 2012. 108 p.
115. Chaperot C, Couture J. Travail psychanalytique, transfert et maniement du transfert dans la cure des personnes diagnostiquées « psychose » ou « schizophrénie ». *L'Évolution Psychiatr*. janv 2007;72(1):25- 42.
116. Kapsambelis V. Les médicaments du narcissisme: métapsychologie des neuroleptiques. Synthélabo; 1994. 178 p.
117. Silva H, Jerez S, Ramirez A, Renteria P, Aravena nelly, Salazar D, et al. Effects of pimozide on the psychopathology of delusional disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. févr 1998;22(2):331- 40.
118. Myers WC, Ruiz R. Aripiprazole and psychotherapy for delusional disorder, erotomaniac type. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 2004;43(9):1069- 70.
119. Vrieze E, Pieters G. [De Clérambault syndrome. A case report and a review of the literature on the difference between primary and secondary erotomania]. *Tijdschr Voor Psychiatr*. 2007;49(11):845- 9.
120. Munro A, O'Brien JV, Ross D. Two cases of « pure » or « primary » erotomania successfully treated with pimozide. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. déc 1985;30(8):619- 22.
121. Calil LC, Terra JR. The De Clérambault's syndrome: a bibliographic revision. *Rev Bras Psiquiatr*. juin 2005;27(2):152- 6.

122. Farnham FR, Ritchie CW, James DV, Kennedy HG. Pathology of love. *Lancet*. 6 sept 1997;350(9079):710.
123. Arrojo M, Esteves M, Ferreira P, Palha AP. [Response to electroconvulsive therapy in a case of erotomania]. *Actas Esp Psiquiatr*. déc 2003;31(6):361- 3.
124. Mannion L, Carney P. Homosexual erotomania responding to risperidone. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 1996;11(7):378.
125. Racamier P-C. Les schizophrènes. Payot & Rivages; 2001. 242 p.
126. Sakellariou D. Le transfert érotomaniaque. *Psychanalyse*. 18 mai 2006;6(2):5- 25.
127. Deneux A, Poudat F-X, Servillat T, Venisse J-L. Les psychothérapies : approche plurielle. Elsevier Masson; 2011. 576 p.
128. Covello A, DALLE B, GOUGOULIS N. A propos de l'érotomanie. *Histoire de lettre d'amour perdu. Evol Psychiatr (Paris)*. 1987;vol. 52, n° 2:pp. 453- 70.
129. Guide de l'injonction de soins [Internet]. Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf
130. Winnicott DW. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. *Pédiatrie À Psychanal*. 1965;109- 25.
131. Ehrenberg A. La fatigue d'être soi: dépression et société. Odile Jacob; 2008. 324 p.
132. Castel P-H. Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés. Ithaque; 2011. book p.
133. Castel P-H. La Fin des coupables suivi de Le Cas Paramord: Volume 2, Obsessions et contrainte intérieure de la psychanalyse aux neurosciences. Ithaque; 2012. 560 p.

NOM : LAFORGUE

PRENOM : Edouard-Jules

Titre de Thèse :

**L'EROTOMANIE ET SA PRISE EN CHARGE :
Quels enjeux thérapeutiques lorsque l'objet est un médecin ?**

RESUME (10 lignes)

Le concept d'érotomanie s'est façonné autour de controverses. Dans une partie historique, nous en suivons l'évolution de la monomanie d'Esquirol au postulat fondamental de Clérambault, fait suite un aperçu des théories analytiques à travers des cas cliniques de Freud, Lacan, Kestemberg et Perrier, puis un regard sur la place de l'érotomanie dans la psychiatrie moderne. A partir de trois cas de patientes dont l'objet est un médecin, nous discutons la clinique, les liens avec les troubles thymiques et les hypothèses psychopathologiques. Dans la pluralité des relations érotomaniaques l'objet-médecin est investi comme « homme de bien » évitant, par le délire, un effondrement dépressif. Enfin sont abordés les enjeux thérapeutiques de cette relation, que ce soit en terme de médicaments, transfert et contre-transfert, prise en charge groupale ou institutionnelle et met en exergue la nécessité du tiers.

MOTS-CLES

Erotomanie ; Psychose ; Délire ; Paranoïa ; Objet ; Transfert ; Contre-Transfert ; Médecin ; Prise en charge groupale ; Tiers