
Erotomanija – de Clerambault sindromas: literatūros apžvalga

V. Danilevičiūtė
A. Mozūraitė
G. Lukšys

Vilniaus universiteto
Medicinos fakulteto
Psichiatrijos klinika

Santrauka. Erotomanija, arba de Clerambault sindromas, yra retas kliesesinis sutrikimas, kuriam būdingas meilės kliesesys. Pacientas tiki, kad kitas asmuo yra jį slapta įsimylėjęs. Paprastai šis sindromas klasifikuojamas į pirminę ir antrinę erotomaniją. Šio susirgimo paplitimas ir etiologija nėra tiksliai žinomi, nors išsivystymui gali būti svarbios įvairios aplinkybės, organiniai, fiziologiniai, farmakologiniai ir psichologiniai faktoriai, kurie tampa lemiamu veiksniu pradėti vystyti šiam susirgimui, esant predispozicijai juo sirgti. Gydamas šį susirgimą, svarbu yra derinti įvairias biopsichosocialines priemones. Nėra patvirtinta jokių šio susirgimo gydymo rekomendacijų. Pirminės erotomanijos atveju svarbiausias gydymo elementas yra medikamentinis gydymas, daugiausia įvairūs antipsichotikų deriniai. Antrinės erotomanijos atveju svarbiausia agresyviai gydyti pirminį susirgimą. Sėkmingam gydymui tinkamą vaistų kombinaciją yra sunku parinkti. Istoriškai tam dažniausiai buvo skiriamas pimozidas, naujesniuose šaltiniuose daug dažniau sėkmingai naudojami risperidonas, haloperidolis, įvairių antipsichotikų prailginto veikimo formos. Itin dažnai pacientų meilės kliesesių taikiniai tampa gydymo įstaigos personalas, ypač gydytojai. Net ir įprastas, nuoširdus rūpinimasis paciento sveikata gali būti interpretuotas kaip nepaneigiami prisipažinimo meile įrodymai.

Raktažodžiai: erotomanija, de Clerambault sindromas, meilės kliesesiai, kliesesinis sutrikimas.

Neurologijos seminarai 2015; 19(66): 264–268

IVADAS

Erotomanija, arba de Clerambault sindromas, – tai sutrikimas, kuriam būdingas meilės (erotinis) kliesesys. Pacientas (subjektas) tiki, kad kitas asmuo (objektas) yra jį slapta įsimylėjęs ir tik subjektui žinomu būdu siunčia žinutes apie savo meilę. Šis sindromas dažniau pasitaiko moterims, kurių objektas paprastai būna vyras, užimantis aukštesnę už pacientę socialinę ir ekonominę padėtį. DSM-V ir TLK-10 klasifikacinėse sistemose erotomanija įvardijama kaip kliesesinis sutrikimas [1, 2].

Erotomanija laikoma retu sutrikimu, bet apie šiam sindromui būdingus simptomus užsiminė jau Hipokratas [3]. 1921 m. šį sindromą pirmasis nuo kitų susirgimų atskyrė, metodiškai aprašė ir iki tol literatūroje minėtus atvejus susistemino žymus prancūzų psichiatras Gaëtan Gatian de Clerambault [4]. Literatūroje galima rasti daugybę šio susirgimo alternatyvių pavadinimų. Pats G. G. de Clerambault šį sutrikimą vadino „*psychose passionnelle*“ [4] (pranc. aistringa psychozė), o erotomanijos terminą pasiūlė S. Freudas. Taip pat vartoti ir šie terminai: kliesesinė meilė [5], fantominio meilužio sindromas [6], „*mélancolique érotique*“

Adresas:

Gediminas Lukšys, Akvilė Mozūraitė
Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, Psichiatrijos klinika
Vasaros g. 5, Vilnius 10309
El. paštas: gedimin.luksys@gmail.com, akvilemozuraite@gmail.com

(pranc. melancholiška erotika), „*amor insanus*“ (lot. beprotiška meilė), erotinė paranoja, senos kambarinės beprotybė, psichozinė erotikos perkėlimo reakcija. Iki tada, kai G. G. de Clerambault paskelbė publikacijas šia tema, sutrikimas dažniausiai buvo aprašomas kartu arba bandomas atskirti nuo nimfomanijos, įvairių psichozinių susirgimų, patologinio pavydo, nemažai atvejų pirmiau būdavo aprašomi teismo ekspertų. Tai susirgimas, kurį gana sunku diagnozuoti, nes pacientai paprastai yra visiškai sąmoningi, daugelį metų savarankiškai gyvenantys bendruomenėje ir į psichiatrų akiratį patenka tik po neatitinkančių socialinių normų veiksmų. Įtarus šį psichikos susirgimą, erotomanija dažnai klaidingai priskiriama kitoms psichikos ligoms [7], pavyzdžiui: šizofrenijai, bipoliniam sutrikimui, depresijai.

De Clerambault sindromo klinikinių požymių pasireiškimo spektras yra labai įvairus. Tai gali būti moteris, kuri išstisus keturis dešimtmečius [4] tyliai laukia savo mylimojo, matydama jo slapta siunčiamas žinutes pravažiuojančių mašinų numeriuose. Arba tai gali būti vyras, kuris aktyviai terorizuoja savo objektus nesibaigiančiomis žinutėmis, laiškais, skambučiais, bandymais susitikti ir neretai, nusi-vylęs dėl savo nesėkmių, kaltina bei agresyviai elgiasi su asmenimis, anot paciento, trukdančiais jam su objektu būti laimingiems. Itin dažnai pacientų meilės kliesesių taikiniai tampa gydymo įstaigos personalas [8], ypač gydytojai [9–11]. Net ir įprastas, nuoširdus rūpinimasis paciento sveikata gali būti interpretuotas kaip nepaneigiami prisipažinimo meile įrodymai.

KLASIFIKACIJA

Pats G. G. de Clerambault originaliaame straipsnyje [4] aprašė penkis savo praktikoje matytus erotomanijos atvejus ir citavo šeštąjį. Šioje publikacijoje jis suskirstė sindromą į 2 tipus: gryną/prodrominę ir antrinę/pridėtinę erotomaniją. Grynos erotomanijos atveju meilės kliesediai yra vienintelis klinikinis požymis. Kitų psichikos ligų ir organinės patologijos, galėjusių sukelti sindromą, nėra. Antrinės erotomanijos atveju kliesediai pasireiškia kaip kito psichikos susirgimo sudėtinė dalis arba yra jo ar kito organinio susirgimo pasekmė. 1975 m. Hollander ir Callahan [12] suskirstė erotomaniją į pirminę ir antrinę pagal tai, ar yra, ar ne kitų susirgimų, nepriklausomai nuo klinikinių požymių ypatybių. Toks skirstymas išlieka pagrindiniu visuose vėlesniuose straipsniuose apie erotomaniją. Seeman [5], remdamasis klinikinį bruožų skirtumais, išskyrė 2 grupes: fiksuotą ir sugrižtančią/besikartojančią erotomaniją.

ETIOLOGIJA IR EPIDEMIOLOGIJA

Erotomanijos paplitimas nėra žinomas, manoma, kad tai retas sutrikimas [3]. Žinomi tik bendri kliesedinių sutrikimų epidemiologiniai rodikliai, dažnis yra apie 15:100 000, moterų ir vyrų santykis apie 3:1 [13]. Teigiama, kad moterų ir vyrų santykis tarp sergančių de Clerambault sindromu taip pat panašus, nors tai išlieka diskusijų objektu, pirmiausia dėl labai skirtingų duomenų iš atvejų aprašymų ir tikslų epidemiologinių tyrimų nebuvimo. Anksčiau buvo manyta, kad tai tik moterims būdingas susirgimas. Dabar šio teiginio atsisakyta, naujesniuose literatūros šaltiniuose nemažai dėmesio skiriama vyrams [14–18].

Tyrimų apie šio susirgimo paplitimo skirtumus skirtingose valstybėse, kultūrose ar rasėse nėra daryta. Pirminės erotomanijos sindromas pasitaiko esant labai įvairioms kultūrinėms ir etninėms aplinkybėms, todėl yra tam tikrų simptomų pasireiškimo sutapimų ir skirtumų [19]. Žinoma, kad antrinė erotomanija yra daug dažnesnė už pirminę, pastaroji yra gana retas susirgimas [14].

Pirminės erotomanijos etiologija nėra aiški, tačiau yra daug versijų, kurios grindžiamos teorija ir pavienių atvejų aprašymais. Pirmoji iš teorijų prieštarauja idėjai, kad tai gali būti atskiras susirgimas. Ji teigia, kad erotomanija yra šizofrenijos forma ar jos specifinis pasireiškimas ir kliesedius sukelia neuromediatorių pusiausvyros sutrikimas [10]. Antroji – genetinė teorija. Manoma, kad erotomanijos išsivystymui svarbi genetinė predispozicija. Tarp paciento giminaičių paprastai būna sergančių įvairiais psichikos susirgimais, dažniausiai: šizofrenija, bipoliniu sutrikimu, patologiniu pavydu [20–23]. Taip pat yra įvairių psichodinaminės etiologijos versijų [20]. Erotomanijos išsivystymui gali būti svarbios įvairios aplinkybės, organiniai, fiziologiniai, farmakologiniai ir psichologiniai faktoriai, kurie tampa lemiamu veiksmu vystyti šiam susirgimui [10, 14, 19, 20, 24, 25]. Visgi, prieš susirgimą būdingi asmenybės bruožai ir psichodinaminiai faktoriai išlieka es-

miniais elementais, lemiančiais kliesedžių turinį ir pobūdį [23].

Antrinė erotomanija dažniausiai pasireiškia šizofrenijos [8, 13, 15], bipolinio sutrikimo [21], depresijos fone [16]. Taip pat literatūroje aprašoma gausybė kitų priežasčių, kurios, manoma, buvo erotomanijos pasireiškimo ar išsivystymo priežastimi: galvos smegenų pažeidimai dėl traumų, navikų ar kraujotakos sutrikimų [14, 23], subarachnoidinė hemoragija dėl aneurizmos plyšimo [9], demencijos [22, 26, 27], sisteminė raudonoji vilkligė [28], lyties tapatumo sutrikimas [17], epilepsija, ŽIV, encefalitas. Aprašyti du atvejai, kai erotomanijos simptomus sukėlė vartoti vaistai: venlafaksinas, kuris buvo skirtas depresijos epizodui gydyti [10], ir pegiliuotas interferonas su ribavirinu, skirti hepatitui C gydyti [11]. Brune [29] duomenimis, apie 5 % erotomanijos atvejų kyla dėl organinių priežasčių.

KLINIKA

Pagrindinis simptomas yra meilės (kitaip dar erotinis ar erotomanijos) kliesedys apie tai, kad kitas asmuo yra įsimylėjęs pacientą. Anot G. G. de Clerambault [4], grynai erotomanijai būdingas kliesedys prasideda staiga [24], nepaisant kliesedio pacientai yra visiškai sąmoningi, o antrinės erotomanijos kliesediui būdingesnė palaipsnė pradžia, kliesediai mažiau intensyvūs, yra kitų psichikos susirgimų simptomų. Taylor ir kt. [30] išskyrė pagrindinius erotomanijai būdingus klinikos komponentus: kliesedio atsiradimas, pacientė (dažniausiai moteris) teigia, kad yra mylima vyro; moteris su objektu turėjo menką arba jokio kontakto; objektas, tam tikra prasme, yra neprieinamas, nes jis jau vedęs arba neturi jokio asmeninio susidomėjimo subjektu; anot pacientės, vyras ja rūpinasi, saugo arba seka ją; nepaisant erotinių kliesedžių, moteris išlieka skaisti.

Kliesedys gali tęstis nuo keleto savaičių [17] iki daugelio metų [4, 7, 25]. Pasireiškimas varijuoja nuo nuolatinio objekto persekiojimo su fizinės prievartos panaudojimo pavojumi [8] iki paprastų kliesedinių būklių, kurios, nors ir tęsiasi daugelį metų, nesukelia elgesio pokyčių [10, 11], galinčių atkreipti objekto ar teisėtvarcos institucijų dėmesį. Objektas dažniausiai yra iš aukštesnės socialinės ir ekonominės klasės. Jais neretai tampa asmenys, buvę susižavėjimo objektais vaikystėje, ar garsūs pramogų ir visuomenės veikėjai. Beveik visais atvejais objektai nieko nežino apie subjektus. Pacientams būdingos paradoksinės interpretacijos – atstūmimas ar aiškaus atsako iš objekto trūkumas yra laikomas paties subjekto meilės išbandymu [15]. Objekto išvykimas iš paciento aplinkos ar net mirtis nėra faktorius, galintis nutraukti meilės kliesedius, tokius faktus pacientai aktyviai neigia [7]. Anksčiau buvo teigiama, kad haliucinacijų turi nebūti, ir tai buvo svarbi sąlyga, diagnozuojant erotomaniją [4, 31]. Laikui bėgant, atsirado pakankamai duomenų, leidžiančių diagnozuoti erotomaniją, jei haliucinacijos yra taktilinės [19, 20]. Tačiau jos turi būti akivaizdžiai susijusios su erotomanijos kliesedio turiniu, pavyzdžiui, pacientė nurodo, kad jos tariamasis meilu-

žis ją naktį aplanko, liečia, glosto, bučiuoja. Taip pat galima diagnozuoti erotomaniją, esant laikinoms klausos haliucinacijoms, kai jos nėra trečiojo asmens arba komentuojamosios [2]. Beveik visi pacientai turi šeiminingą anamnezę [20].

Teigiama, kad polinkis persekioti ir smurtinis seksualinis pavydas dažniau pasitaiko vyrams, sergantiems erotomanija [32]. Smurtas būdingesnis tiems vyrams, kurie iki susirgimo elgėsi asocialiai, smurtavo (kriminalinė istorija) ir tai nebuvo susiję su erotomanija ir kliesdesiais [18]. Agresija daug dažniau būna nukreipta ne į objektą, bet į jo draugus, kompanionus ir gimines, kurie, anot pacientės (-o), trukdo jų meilei ir būti kartu [7].

Dauguma studijų ir atvejų aprašymai pabrėžia, kad erotomanija sergantys pacientai dažniausiai būna vieniši, atsispyrę, priklausomi nuo aplinkinių, su maža seksualine patirtimi, taip pat dažnai žemesnio socialinio ir ekonominio lygmens, neretai nepatrauklios fizinės išvaizdos, jiems būdinga šeimininga psichikos sutrikimų anamnezė [7, 12, 19, 20, 24, 25].

DIAGNOSTIKA

Diagnostika remiasi tipiška klinika. Ypač svarbu yra atidžiai ištirti pacientą, nes šis susirgimas dažnai nugula po kitais geriau žinomų susirgimų kodais. Šiek tiek daugiau aiškumo, diagnozuojant erotomaniją, suteikia DSM-V ir TLK-10 diagnostiniai kriterijai [1, 2]. Tačiau jie yra skirti visų kliesdesinių sutrikimų diagnostikai bendrai, ne tik erotomanijos tipui.

DSM-V kliesdesinių sutrikimų diagnostikos kriterijai [1]:

1. Vieno (arba daugiau) kliesdesio atsiradimas, trūkantis 1 mėnesį arba ilgiau.
2. Niekada nebuvo diagnozuota šizofrenija.

Pastaba: Jei atsiranda haliucinacijos, jos nėra ryškios ir yra susijusios su kliesdesiu.

3. Nepaisant kliesdesio pasireiškimo ar jo sukeltų pasekmių, veikla yra tik nedaug sutrikusi, nėra aki-vaizdžių elgesio pokyčių.
4. Jei buvo pasireiškę manijos ar didžiosios depresijos epizodų, tai jie turi būti silpnai susiję su kliesdesio pasireiškimo epizodo trukme.
5. Sutrikimas, nesusijęs su cheminių medžiagų vartojimu, negali būti geriau paaiškinamas kitu psichikos susirgimu, pavyzdžiui: kūno dismorfiniu sutrikimu, obsesiniu kompulsiniu sutrikimu ir kt.

Diagnozuojant kliesdesinį sutrikimą, reikia nurodyti kliesdesio tipą: erotomanijos, grandiozinis, pavydo, persekiojimo, somatinis, mišrus, nespecifinis.

TLK-10 kliesdesinių sutrikimų diagnostikos kriterijai [2]:

1. Kliesdesio (-ių) atsiradimas, kuris nėra priskirtas prie šizofrenijai būdingų kliesdesių. Dažniausiai tai būna persekiojimo, grandioziniai, hipochondriniai, pavydo arba erotiniai kliesdesiai.
2. Kliesdesys (-iai) trunka mažiausiai tris mėnesius.

3. Neužtenka įrodymų šizofrenijai diagnozuoti.
4. Nėra nuolatinių haliucinacijų (bet gali būti laikinos arba atsitiktinės klausos haliucinacijos, kurios nėra trečio asmens arba komentuojamosios).
5. Depresijos simptomai (ar depresijos epizodas) gali pasitaikyti protarpiais, su sąlyga, kad kliesdesiai pasireiškia tuo metu, kai nėra nuotaikos sutrikimų.
6. Neturi būti jokių pirminių ar antrinių smegenų ligų arba psichozinių sutrikimų dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo.

Diagnozuojant kliesdesinį sutrikimą, reikia nurodyti kliesdesio tipą: persekiojimo, pavydo, grandioziniai, hipochondriniai (somatiniai), erotomanijos, bylinėjimosi; save komentuojantys.

Kiti autoriai taip pat yra sudarę savo diagnostinius kriterijus. Ellis ir Mellsop [31] sukūrė diagnostikos kriterijus, kurie gali būti naudingi [20] erotomanijai diagnozuoti.

1. Kliesdesinis įsitikinimas apie meilės ryšius.
2. Objektas yra iš aukštesnės socialinės klasės.
3. Objektas pirmas įsimyli.
4. Objektas pirmasis pradeda siųsti žinią apie savo meilę.
5. Staigi pradžia (per mažiau kaip 7 d.).
6. Pagrindinis objektas fiksuotas.
7. Paradoksinės veiklos racionalizacija (pvz., atstūmimą ar aiškaus atsako iš objekto trūkumą subjektas interpretuoja, kaip jo paties meilės išbandymus).
8. Lėtinė eiga.
9. Nėra haliucinacijų.
10. Kliesdesių pradžia esant sąmoningai būsenai.

GYDYMAS

Kliesdesinis sutrikimas yra gana retas, todėl gydymo rekomendacijos yra paremtos ne kruopščiai susistemintų tyrimų duomenimis, bet klinikiniais stebėjimais. Svarbu išskirti du teiginius: pirmas – erotomanija sergančių pacientų gydymas turi atitikti biopsichosocialinę paradigmą [19], antras – gydant antrine erotomanija sergančius pacientus, svarbu agresyviai gydyti pirminį psichiatrinį susirgimą [20]. Anot daugelio autorių, šis susirgimas pasižymi gana prastu atsaku į gydymą [7, 14, 20, 25]. Nors didžioji dalis pacientų visiškai nereaguoja į gydymą, tačiau daliai pacientų kliesdesys gali visiškai pradingti [20].

Medikamentinis gydymas

Medikamentinis gydymas išlieka esminiu komponentu. Kaip jau minėta, antrinei erotomanijai gydyti svarbiausia pirminio susirgimo kontrolė, o, parenkant gydymą, pirmine erotomanija sergančiam asmeniui situacija yra visiškai kitokia. Dažniausiai naudojami antipsichotikai, įvairios jų formos ir kombinacijos, deriniai su kitais vaistais (antidepressantais, normotimikais). Klinikinė patirtis rodo, kad atsakas į antipsichotikus, gydant šį sutrikimą, yra menkas.

Nors pagrindinis kliesesys dažnai išlieka nepakitęs, bet vaistai sumažina nerimą ir sujaudinimą [7, 25]. Iki kol būdavo parenkama vaistų kombinacija sėkmingam gydymui, pacientai paprastai būdavo išbandę begalę įvairių antipsichotikų ir jų kombinacijų įvairiomis dozėmis. Galima paminėti keletą sėkmingų medikamentinio gydymo atvejų. Istoriskai daugiausia naudotas pimozidas [19, 20, 24, 33]. Vėliau sėkmingai pradėtas naudoti risperidonas [20, 24, 34, 35], klozapinas [19], haloperidolis [20, 35], haloperidolio prailginto veikimo formos [20], trifluoperazino prailginto veikimo formos [20]. Gydant antrinę erotomaniją su bipoliniu sutrikimu, kliesesiai išryškėdavo tik manijos būsenoje ir visiškai pranykdavo ją nuslopinus [20]. Gydant antrinę erotomaniją su frontotemporaline demencija, buvo gautas geras gydymo efektas skyrus olanzapiną [22], taip pat antrinę erotomaniją su gausiais organiniais smegenų pažeidimais sėkmingai gydyta tioridazinu [14]. Erotomanija ir Fregoli sindromas su bipolinio sutrikimo anamneze pasidavė gydymui risperidono ir ličio deriniu [21].

Nemedikamentinis gydymas

Psichosocialinės intervencijos, atliekamos multidisciplininės komandos, yra svarbios šiems pacientams dėl keleto priežasčių. Pirmiausia dėl to, kad tai dažniausiai yra vieniši, atsiskykę, izoliuoti asmenys. Jei kliesesiai nėra intensyvūs, šie ligoniai dažniausiai yra gana savarankiški ir gebantys gyventi bendruomenėje. Svarbu užmegzti ryšį su pacientų šeimomis, nes tai labai palengvina koordinuoti priežiūrą ir gerina terapines išėitis [19]. Kalbant konkrečiai apie psichoterapiją, dažniausiai yra aprašomas kognityvinės elgesio ir psichodinaminės terapijos taikymas. Aprašytas vienas atvejis, kai erotomanijos kliesesiai ėmė silpnėti vos po 1 savaitės psichoterapinio gydymo be vaistų [17].

Gydytojas turi kurti pasitikėjimu pagrįstus ryšius su pacientu, kad po to galėtų švelniai prieštarauti paciento įsitikinimams, parodydamas, kaip jie kenkia paciento gyvenimui. Pacientas turi būti užtikrintas daktaro ir paciento bendravimo konfidencialumu. Taktiškumas ir įgūdžiai yra būtini, norint įtikinti pacientą pradėti gydytis, taip pat gydytojas negali nei smerkti, nei nekreipti dėmesio į kliesesinius įsitikinimus. Grupinė terapija nerekomenduotina, nes šie pacientai yra įtarūs ir linkę neteisingai interpretuoti situacijas, kurios gali kilti gydymo eigoje [35].

Kartais erotomanija sergantiems pacientams gydyti taikoma elektroimpulsinė terapija, ypač tada, kai išnaudotos gydymo vaistais alternatyvos. Aprašytas vienas tokių atvejų: 28 metų pacientei, sergančiai pirmine erotomanija, taikytas 12 šokų (3 kartus per savaitę) elektroimpulsinės terapijos kursas, kliesesys sumažėjo pirmą kartą per daugiau nei 7 metus sirgimo. Deja, kliesesiai vėl suintensyvėjo praėjus 2–3 savaitėms po kurso pabaigos [7, 25]. Elektroimpulsinė terapija taip pat sėkmingai naudota gydyti pacientus, sergančius antrine erotomanija su paranoidine šizofrenija [36] ir šizoafektiniu sutrikimu [37].

DISKUSIJA

Išlieka daug neaiškumų, susijusių su de Clerambault sindromo etiologija, paplitimu, klinika, diagnostika, gydymu ir prognoze.

Daugelis autorių, analizuodami šio susirgimo kliniką, užsimena, kad gali egzistuoti du, gana ryškius skirtumus turintys, erotomanijos klinikiniai variantai. Šios diskusijos daugiausia remiasi Seeman [5] išskirtomis fiksuotos ir sugrįžtančios/besikartojančios erotomanijos grupėmis:

1. Fiksuota: tai dažniausiai sunkiau sergančios pacientės, kurioms būdinga prasta socialinė integracija. Jos nenuspėjamos, drovios, su maža heteroseksualine patirtimi, jaučiasi prastesnėmis nei kiti, jų objektai iš to paties socialinio sluoksnio ir nėra gerai visuomenei žinomi žmonės. Kliesesiai yra pastovūs, gali tęstis visą gyvenimą, neatsižvelgiant į nuolatinę konfrontaciją su realybe. Seeman teigė, kad ši forma gali būti asocijuota su šizofrenija. Ši erotomanijos forma aiškinama kaip gynyba nuo menkos savivertės, seksualumo, išorinės agresijos.

2. Sugrįžtanti/besikartojanti: tai dažnai lengviau sergančios pacientės. Jų kliesesiai trumpalaikiai, bet ryškūs ir intensyvūs, sugrįžtantys, pakartotinai iššaukiami asmenų, kurie panašūs į objektus. Objektai paprastai yra žinomi visuomenės veikėjai. Pacientės yra santykinai fiziškai sveikesnės, seksualiai aktyvesnės, agresyvios, impulsyvios. Paprastai jos kas keletą mėnesių keičia objektus. Autorius sieja šią grupę su bipoliniu susirgimu. Ši erotomanijos forma paaiškinama kaip gynyba prieš abejones dėl homoseksualumo, ir manoma, kad tai yra būdas įrodyti savo galią ir sėkmę.

Visgi, yra autorių, teigiančių, kad toks skirstymas nėra pagrįstas [20].

Elektroimpulsinės terapijos nauda, gydant erotomaniją, nėra ištirta. Literatūroje minimas tik vienas atvejis [7, 25], kai ji naudota gydyti vaistams atsparią pirminę erotomaniją. Taip pat aprašyta keletas atvejų, kai šis gydymo metodas buvo skirtas gydyti antrinę erotomaniją [36, 37]. Pirminės erotomanijos atveju, elektroimpulsinė terapija kliesesius susilpnino 2–3 savaitėms, antrinės erotomanijos atvejais atsakas į gydymą buvo geresnis. Galbūt verta apsvarstyti galimybę dažniau taikyti šio gydymo metodą, derinti jį su kitais gydymo metodais. Žinoma, tam reikia tolimesnių studijų ir tyrimų, kuriuos sunku atlikti dėl gana reto ligos paplitimo.

Labai trūksta apibendrintų rekomendacijų diagnozuojant ir gydant šį susirgimą. Šiuo metu DSM-5 [1] ir TLK-10 [2] pateikia tik bendras visiems kliesesiniams sutrikimams diagnostikos ir gydymo gaires.

Literatūra

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC, 2013; 90–2.
2. World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10 edition. Geneva, 1992; F22.0 p.
3. Enoch MD, Trethowan WH. Uncommon psychiatric syndromes. Oxford, Boston: Butterworth-Heinemann, 1991.

4. Gaëtan Gatian de Clérambault. Érotomanie Pure. Érotomanie Associée (Présentation de malade). Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale, 1921; 230.
5. Seeman MV. Delusional loving. Arch Gen Psychiatry 1978; 35(10): 1265–7.
6. Seeman MV. The search for Cupid or the phantom-lover syndrome. Can Psychiatr Assoc J 1971; 16(2): 183–4.
7. 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 2006; 98(5): 787–93.
8. Yussuf AD, Ajiboye PO, Sulyman D. De Clerambault's syndrome in a paranoid schizophrenia: a case report. Trop J Health Sci 2008; 15(2): 56–60.
9. Anderson CA, Camp J, Filley CM. Erotomania after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1998; 10(3): 330–7.
10. Adamou M, Hale AS. Erotomania induced by venlafaxine: a case study. Acta Psychiatr Scand 2003; 107(4): 314–7.
11. García-Toro M, Vilella A, Gili M, Salva J, Roca M. Hepatitis C treatment and erotomania. Gen Hosp Psychiatry 2012; 34(1): 103.e7–10.
12. Hollender MH, Callahan AS, III. Erotomania or de Clérambault syndrome. Arch Gen Psychiatry 1975; 32(12): 1574–6.
13. Copeland JRM, Dewey ME, Scott A, Gilmore C, Larkin BA, Cleave N, et al. Schizophrenia and delusional disorder in older age: community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome. Schizophr Bull 1998; 24(1): 153–61.
14. John S, Ovsiew F. Erotomania in a brain-damaged male. J Intellect Disabil Res 1996; 40(3): 279–83.
15. Litman F. A case of de Clérambault syndrome in a male stalker with paranoid schizophrenia. Can J Psychiatry 2004; 49(7): 498–8.
16. Kovács A, Vörös V, Fekete S. Suicide attempt and melancholic depression in a male with erotomania: case report. Arch Suicide Res 2005; 9(4): 369–72.
17. Ritchie B. Erotomania in an adolescent male with concomitant gender identity issues. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 18(3): 247–8.
18. Menzies RP, Fedoroff JP, Green CM, Isaacson K. Prediction of dangerous behaviour in male erotomania. Br J Psychiatry J Ment Sci 1995; 166(4): 529–36.
19. Kelly DBD. Erotomania. CNS Drugs 2012; 19(8): 657–69.
20. Kennedy N, McDonough M, Kelly B, Berrios GE. Erotomania revisited: Clinical course and treatment. Compr Psychiatry 2002; 43(1): 1–6.
21. Granstein J, Strimbu K, Francois D, Kahn DA. An unusual case of erotomania and delusional misidentification syndrome. J Psychiatr Pract 2015; 21(4): 306–12.
22. Olojugba C, de Silva R, Kartsounis LD, Royan L, Carter J. De Clerambault's syndrome (erotomania) as a presenting feature of fronto-temporal dementia and motor neurone disease (FTD-MND). Behav Neurol 2007; 18(3): 193–5.
23. Das A, Mathur S, Orrell M. Erotomania secondary to cerebrovascular accident in frontotemporal impairment. Ir J Psychol Med 2005; 22(03): 113–4.
24. Kelly BD, Kennedy N, Shanley D. Delusion and desire: erotomania revisited. Acta Psychiatr Scand 2000; 102(1): 74–6.
25. Jordan HW, Howe G. De Clerambault syndrome (erotomania): a review and case presentation. J Natl Med Assoc 1980; 72(10): 979–85.
26. Cipriani G, Logi C, Di Fiorino A. A romantic delusion: de Clerambault's syndrome in dementia. Geriatr Gerontol Int 2012; 12(3): 383–7.
27. Brüne M, Schröder SG. Erotomania variants in dementia. J Geriatr Psychiatry Neurol 2003; 16(4): 232–4.
28. Wright MT. Neuropsychiatric illness in systemic lupus erythematosus: insights from a patient with erotomania and Geschwind's syndrome. Am J Psychiatry 2010; 167(5): 502–7.
29. Brüne M. Erotomanic stalking in evolutionary perspective. Behav Sci Law 2003; 21(1): 83–8.
30. Taylor P, Mahendra B, Gunn J. Erotomania in males. Psychol Med 1983; 13(03): 645.
31. Ellis P, Mellsop G. De Clerambault's syndrome – a nosological entity? Br J Psychiatry 1985; 146(1): 90–3.
32. Harmon RB, Rosner R, Owens H. Obsessional harassment and erotomania in a criminal court population. J Forensic Sci 1995; 40(2): 188–96.
33. Mcguire BE, Akuffo E, Choon GL. Somatic sexual hallucinations and erotomanic delusions in a mentally handicapped woman. J Intellect Disabil Res 2008; 38(1): 79–83.
34. Koić E, Đorđević V, Filaković P, Vondraček S, Nad S. Erotomania treated with risperidone. 2007 [cited 2015 Aug 23]. Available from: core.ac.uk/display/14391483
35. Black DW, Andreasen NC. Introductory textbook of psychiatry. Washington, London: American Psychiatry Publishing, 2014; 130–1.
36. Arrojo M, Esteves M, Ferreira P, Palha AP. Response to electroconvulsive therapy in a case of erotomania. Actas Esp Psiquiatr 2003; 31(6): 361–3.
37. Remington GJ, Jeffries JJ. Erotomanic delusions and electroconvulsive therapy: a case series. J Clin Psychiatry 1994; 55(7): 306–8.

V. Danilevičiūtė, A. Mozūraitė, G. Lukšys

EROTOMANIA – DE CLERAMBAULT'S SYNDROME: LITERATURE REVIEW

Summary

Erotomania or de Clerambault's syndrome is a rare delusional disorder characterized by delusions of love. The affected person believes that other person is secretly in love with him. Usually this syndrome is classified into primary and secondary erotomania. Little is known about the prevalence and aetiology of the syndrome. One might suggest that various circumstances, organic, physiological, pharmacological, and psychological factors might trigger disorder in the person who is susceptible. Coordination of biopsychosocial means is important for the treatment of this syndrome. There are no recognised guidelines for treating erotomania. In the case of primary erotomania, pharmacotherapy is the most important element of treatment, mostly various combinations of antipsychotics are used. Aggressive treatment of the primary disorder is the key element in the case of secondary erotomania. It is difficult to prescribe the right combination of drugs for a successful treatment. Historically, pimozide was prescribed usually. Nowadays, risperidone, haloperidol, and various depot antipsychotics are successfully used. Healthcare personnel, especially doctors, often become targets of love delusions. Even ordinary sincere care of patients can be interpreted as undeniable evidence of love.

Keywords: Erotomania, de Clerambault's syndrome, love delusions, delusional disorder.

Gauta:
2015 09 21

Priimta spaudai:
2015 10 06