

Gepubliceerd in 1995, no. 10">

## **Erotomanie: passie met psychotische complicaties?**

*door Y. de Kok*

*Gepubliceerd in 1995, no. 10*

### *Samenvatting*

**Er bestaat controverse rond de vraag of de erotomane waanstoornis wel als een aparte stoornis moet worden beschouwd. Veel gevallen van erotomane waanstoornis blijken secundair te zijn aan een andere stoornis, met name aan schizofrenie of aan een bipolaire stoornis. Er blijken echter ook vormen van primaire erotomanie te bestaan. Bij nadere beschouwing blijkt bij deze gevallen van primaire erotomanie geen sprake te zijn van een waan, maar van een hechtingsstoornis. Het verschil met een gewone verliefdheid is gradueel. Wel kan een primaire erotomanie psychotische complicaties geven: passie kan iemand psychotisch maken.**

### **Inleiding**

De erotomane waanstoornis is het meest uitvoerig beschreven door Clérambault in het begin van deze eeuw. Een persoon die lijdt aan een erotomane waanstoornis, blijft denken dat een ander zich op erotische wijze tot haar of hem verhoudt, ondanks bewijzen van het tegendeel. In de DSM-III-R wordt de erotomane waanstoornis gezien als een subcategorie van de waanstoornissen, en dus als een aparte categorie naast de schizofrenie en de bipolaire stoornissen. In de DSM-IV is deze indeling gehandhaafd.

Er bestaat echter controverse over de vraag of de erotomane waanstoornis wel als aparte diagnostische categorie moet worden beschouwd, of dat ze altijd een symptoom is van een andere stoornis, meestal schizofrenie of bipolaire stoornis. Anderen stellen zich de vraag of het bij de erotomane waanstoornis wel om een echte waan gaat, of om een hechtingsstoornis, waarbij de persoon in kwestie zich niet meer kan losmaken van het object van haar of zijn liefde. In het laatste geval kan de vraag worden gesteld wat dan het verschil is met de gewone verliefdheid.

In dit artikel wil ik, aan de hand van literatuur en casuïstiek, tot een antwoord komen op deze twee vragen: Bestaat de erotomane waanstoornis als primaire stoornis? Kan de erotomanie het beste worden opgevat als een hechtingsstoornis of als een echte waan?

### **Casus**

Mevrouw A., een vijfenveertigjarige vrouw, wordt door haar man naar ons ziekenhuis gebracht vanwege een aanhoudende, pathologische verliefdheid. Zij is hiervoor al vier keer eerder opgenomen geweest in andere klinieken. Patiënte werd zes jaar geleden plots hevig verliefd op de dirigent van het koor waarin zij zong. Haar psychiatrische voorgeschiedenis was op dat moment blanco. Haar passionele voorgeschiedenis bestond uit enkele stille, puberale verliefdheden op leraren, dan een heftige verliefdheid op haar man, die zij als medestudent leerde kennen en die zij actief veroverde, en vervolgens, tijdens haar huwelijk, enkele erotisch gekleurde

vriendschappen zonder veel emotionele complicaties. Patiënte en haar man hebben, op wens van patiënte, sinds jaren geen seksuele betrekkingen meer en haar man heeft, met haar medeweten, een minnares. Patiënte en haar man gaan als kameraden met elkaar om. Patiëntes man beschrijft haar als een vrolijke, sociale vrouw, die echter de laatste jaren periodes van grote inactiviteit doormaakt. In seksualiteit is patiënte nooit geïnteresseerd geweest. In haar verliefdheid op de dirigent werd zij zich naar eigen zeggen voor het eerst bewust van haar seksuele verlangens. Zij verklaarde de dirigent openlijk haar liefde, zowel op het koor als door de telefoon. Zij liet zich niet weerhouden door het feit dat hij al een vrouw én een minnares had, en ook niet door zijn afwijzende reacties. Integendeel, zij interpreteerde al zijn woorden en gebaren en de teksten die op het koor werden gezongen als een uiting van zijn liefde voor haar. Haar uitingen van verliefdheid namen een dusdanige vorm aan dat zij uiteindelijk uit het koor werd gezet. Sinds zij heeft vernomen dat het koor is opgehouden te bestaan, is zij ervan overtuigd dat dit haar schuld is en dat zij de carrière van de dirigent heeft gebroken. Dit leidde tot psychotisch-depressieve toestandsbeelden met extreme schuldgedachten en suïcideniging, en tot paranoïde toestandsbeelden, waarin zij zich achtervolgd waande door de dirigent, die kwaad zou zijn, omdat zij hem in het koor niet met rust had gelaten. Patiënte moest enkele malen vanwege een crisis worden opgenomen. Tussen de opnames had zij goede periodes, met name tijdens vakanties, maar ook lange periodes van passiviteit, waarin zij hele dagen over de dirigent zat te piekeren. De liefde voor de dirigent is in haar beleving geworden tot een strijd waarin beiden elkaar hebben geprobeerd en nog steeds proberen te vernietigen.

Bij patiënte is de diagnose erotomane waanstoornis gesteld. Deze diagnose wordt bij ons gehandhaafd. Op As II wordt geen diagnose gesteld. Tijdens patiëntes vorige opnames werd gesproken van een passief- afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, maar deze diagnose is mogelijk gesteld op basis van de depressieve en passieve indruk die zij op dat moment gaf. Bij ons zijn er anamnestic en klinisch geen aanwijzingen om van een persoonlijkheidsstoornis te spreken.

Patiënte wordt behandeld als voor een psychotische depressie en kan na enkele weken uit de kliniek worden ontslagen, met als medicatie 8 mg pimozide en 150 mg amitryptiline. Ook met deze medicatie blijft zij denken aan de dirigent, blijft zij ervan overtuigd dat hij ook verliefd is geweest op haar en blijft zij op zoek naar indirecte tekens van hem, bijvoorbeeld door de concertagenda te volgen. Wel slaagt zij erin haar werk te hervatten, sociale contacten te onderhouden en plezier te hebben aan verschillende activiteiten. De gedachten aan de dirigent raken op de achtergrond, hoewel zij soms plotseling en zonder duidelijke aanleiding weer meer manifest worden.

Na een jaar wordt de pimozide gehalveerd, zonder dat er een verslechtering optreedt in patiëntes toestand. De amitryptiline wordt afgebouwd, maar hierna nemen patiëntes zelfverwijten weer toe, waarop opnieuw moet worden gestart met een antidepressivum. Omdat patiënte sinds het herstel van haar sociale contacten weer autorijdt, wordt een middel dat op de reactiesnelheid een minder nadelige invloed heeft dan amitryptiline wenselijker geacht. Men kiest voor fluoxetine, 20 mg per dag.

**Erotomane waanstoornis in de DSM-III-R en in de DSM-IV**

In de DSM-III-R vormen de waanstoornissen een aparte categorie, naast onder meer de schizofrenie en de stemmingsstoornissen. In de DSM-IV wordt dezelfde indeling gevolgd en gelden dezelfde criteria. De definitie van een waanstoornis is dan:

1. Een niet-bizarre waan, dat wil zeggen een waan die betrekking heeft op een situatie die zou kunnen ontstaan (vergiftigd worden, gevolgd worden, geliefd worden, bedrogen worden) en die ten minste een maand duurt.
2. Visuele en gehoorshallucinaties ontbreken of zijn niet prominent.
3. Afgezien van de waan is het gedrag niet vreemd of bizar. In de DSM- IV is hieraan toegevoegd dat ook het functioneren niet ernstig is aangetast.
4. Als er een depressief of manisch beeld bestaat, is de totale duur van de stemmingsstoornissen kort in verhouding tot de totale duur van de waanstoornis.
5. Er zijn geen criteria van schizofrenie en er is geen organische stoornis. Op grond van de inhoud van de waan worden onderscheiden: de achtervolgingswaan, de jaloezieswaan, de groothedswaan, de hypochondere waan, de erotische betrekkingswaan en de niet-gespecificeerde waan. In de DSM-IV wordt bovendien onderscheiden de gemengde vorm. Onze patiënte voldoet aan de criteria voor de erotomane waanstoornis:

1. Haar waan is niet bizar. Het is duidelijk dat er geen sprake is van een bizarre waan. De vraag is zelfs of patiëntes overtuiging dat de dirigent erotische belangstelling voor haar had, wel als een waan moet worden beschouwd. Patiënte blijft volhouden dat de dirigent in het begin wel degelijk erotische signalen naar haar heeft uitgezonden, en het is heel goed mogelijk dat zij daar gelijk in heeft en dat de dirigent verliefd op haar is geweest of met haar heeft geflirt. Wel pathologisch is het feit dat zij zich niet van hem kan losmaken, nadat hij heeft duidelijk gemaakt dat hij niets met haar wil. Haar redeneringen worden psychotisch op het moment dat zij denkt dat zij zijn carrière heeft gebroken en dat hij haar probeert te breken.

2. Hallucinaties ontbreken.

3. Patiëntes erotische waan staat in schril contrast met haar verdere functioneren. Op sommige momenten is zij zelfs in staat haar eigen waan kritisch te bezien en zegt zij dat het waarschijnlijk is dat de dirigent haar al lang is vergeten. Deze redenering is echter niet in staat om de psychotische redeneringen over de dirigent tegen te gaan.

4. Er treedt een depressie op in het beloop van patiëntes erotomanie. Patiënte reageert met depressieve gevoelens op het besef dat zij is afgewezen. Haar verliefdheidswaan komt echter niet voort vanuit een depressie. Wanneer de depressie, die in het beloop van haar erotomanie optreedt, adequaat is behandeld, blijft de psychotische betrokkenheid op de dirigent bestaan.

5. Er is geen schizofrenie en er is geen organische stoornis. Er is geen misbruik van alcohol, drugs of medicamenten.

#### **Erotomanie volgens Clérambault**

Het beloop van de erotomanie is uitvoerig beschreven door Clérambault, in de jaren twintig van deze eeuw. Clérambault stelt dat erotomanie voortvloeit uit een passie en dus bij iedereen kan optreden. Het is volgens hem wel zo dat bij een gezonde mens een sterke passie nodig is om een erotische betrekkingswaan uit te lokken en dat bij een psychisch ziek individu een veel minder sterke passie als etiologische factor voldoet. De erotische betrekkingswaan ontstaat volgens hem plotseling, met een 'coup de foudre'. Hij onderscheidt in het verdere beloop drie fasen:

1. de fase van de hoop;
2. de fase van de teleurstelling;
3. de fase van de rancune, waarin eventueel geweld kan optreden.

In de fase van de teleurstelling en van de rancune blijft een impliciete hoop bestaan. Clérambault is van mening dat er bij de anamnese van erotomane patiënten niet enkel vragen moeten worden gesteld, maar dat de patiënten moeten worden uitgelokt, geprovoceerd, om de aanwezigheid van de hoop op te sporen. Hij schuwt het niet in een gesprek met een patiënte aan te bieden te onderhandelen met het object van haar liefde, om haar zo te bewegen over haar hoop en verwachtingen te spreken.

De patiënte die bij ons werd opgenomen, bevindt zich volgens de indeling van Clérambault deels in de fase van de teleurstelling, deels in de fase van de rancune. Zij voelt zich afgewezen door de dirigent en voelt zich hierom depressief. Dit zou het begin van een verwerking van haar verliefdheid kunnen zijn. Zij slaagt er echter niet in zich emotioneel los te maken van de dirigent. Zij blijft in gedachten bezig met een strijd met hem. In haar beleving is het afwisselend zo dat hij haar heeft gebroken of dat zij hem heeft gebroken, doordat het koor zou zijn opgehouden vanwege haar. Zij heeft fantasieën waarin zij hem zou afwijzen als hij nog ooit contact met haar zou zoeken. Deze fantasieën passen bij de fase van de rancune. Niettegenstaande haar verlatingsdepressie en haar wraakfantasieën is hoop nog ruim aanwezig. Bij navraag blijkt zij soms uren weg te dromen over de dirigent.

Bestaat erotomanie?

Over de vraag of het juist is om erotomanie als aparte, nosologische eenheid te beschouwen, bestaat controverse. Segal (1989) verdedigt de DSM-III-R-opvatting waarin erotomanie als aparte categorie wordt beschouwd. Hij vergelijkt deze indeling met de indeling van Kraepelin. Kraepelin onderscheidde de schizofrenie, de bipolaire stoornissen en de paranoia, waarbij de paranoia werd onderverdeeld in paranoïde waan, jaloersheidswaan en groothedswaan, en waarbij de groothedswaan weer werd onderverdeeld in: uitvinderswaan, koninklijke waan, profetenwaan en erotomanie. Ook in de DSM-III-R worden de waanstoornissen als aparte categorie beschouwd. Het verschil met de indeling van Kraepelin is dat in de DSM-III-R de erotomanie één van de waanstoornissen is, naast de groothedswaan, en geen subcategorie van de groothedswaan.

In de DSM-III werden wel, zoals in de DSM-III-R, de waanstoornissen apart onderscheiden, maar de erotomanie werd daarin nog niet als subtype onderscheiden. In de DSM-IV wordt de erotomane waanstoornis op dezelfde manier ingedeeld als in de DSM-III-R.

Sommige auteurs stellen dat het geen zin heeft de erotomanie als aparte nosologische eenheid te beschouwen. Ellis en Mellsop (1985) bekeken van 53 literatuurcasussen uit de periode 1967-1985 en van 5 eigen casussen of de diagnose erotomanie correct was gesteld of dat er een andere, onderliggende stoornis aanwezig was (schizofrenie, bipolaire stoornis). Zij vonden slechts 2 of 3 casussen waarbij de diagnose mogelijk correct gesteld was, en waarbij voldoende gegevens ontbraken om de diagnose met zekerheid te bevestigen. De andere casussen van erotomanie waren secundair aan schizofrenie of aan bipolaire stoornissen. Ellis en Mellsop stellen dat het zinloos is erotomanie als apart syndroom te beschouwen. Segal (1989) vernoemt het onderzoek van Ellis en Mellsop (1985) niet in zijn artikel.

Retterstl en Opjordsmoen (1991) deden een onderzoek naar het lange-termijnbeloop van erotomane stoornissen bij psychiatrische patiënten die werden opgenomen tussen 1946-1948 en tussen 1958 en 1961. Totaal werden er in deze periode 1.802 mensen opgenomen, van wie 6 (0,3%) aan erotomanie leden. Retterstl en Opjordsmoen stellen op grond van dit onderzoek dat erotomanie zeldzaam is. Er moet wel worden opgemerkt dat patiënten met een bipolaire stoornis van de studie werden uitgesloten, en dat juist bij mensen met bipolaire stoornissen nogal eens erotomane wanen voorkomen. Van de zes casussen van erotomanie betrof het in twee gevallen een primaire erotomanie. Eén van deze was de casus van een vrouw die, net als onze patiënte, verliefd werd op de dirigent van haar koor.

Verschillende casuïstische mededelingen sluiten aan bij de visie van Ellis en Mellsop, die inhoudt dat het zinloos is om erotomanie als apart syndroom te beschouwen, en doen melding van een geval van erotomanie dat secundair is aan een andere stoornis. Naast schizofrenie en bipolaire stoornissen worden dan genoemd de unipolaire depressie (Marcos en Iruela 1988), psycho-organische stoornissen (El Gaddal 1989), een bevalling (Murray e.a. 1990). Bij bipolaire stoornissen kan zowel in de manische als in de depressieve als in de euthyme fase een erotomanie ontstaan (Marcos en Iruela 1988; Signer en Swinson 1987).

Ook Clérambault beschrijft het bestaan van secundaire erotomanie. Hij beschrijft deze vorm als trager verlopend dan de primaire vorm en meer berustend op een idee dan op een gevoel. Bij de primaire vorm van erotomanie is er een ontmoeting met een ander, waarna de verliefdheid met een 'coup de foudre' toeslaat. Daarna pas beginnen de interpretaties dat die ander verliefd is. De secundaire vorm van erotomanie begint niet met een 'coup de foudre', maar met interpretaties dat een ander verliefd is. Die ander is dan vaak een niet bereikbaar persoon, met wie nooit contact is geweest.

Ellis en Mellsop hebben Clérambaults patiënten niet in hun studie betrokken. Segal, die de primaire erotomanie als een aparte categorie wil beschouwen, citeert de casus van Léa-Anna B., een patiënte van Clérambault die, onder andere uit de bewegingen van de gordijnen van Buckingham Palace, afleidde dat de Engelse koning George V erotische belangstelling voor haar had. Clérambaults beschrijving maakt het echter erg aannemelijk dat Léa-Anna B. geen primaire erotomanie had, maar dat zij leed aan schizofrenie.

Een gevalsbeschrijving van Clérambault waarbij de diagnose primaire erotomanie wel terecht lijkt te zijn gesteld, is die van Henriëtte H. Henriëtte H. was een naaister die op haar twintigste verliefd werd op een pastoor en die, ondanks haar huwelijk en verscheidene buitenechtelijke affaires, emotioneel gebonden bleef aan de pastoor en contact met hem bleef zoeken.

Wat imponeert is echter niet zozeer een waan alswel haar persisterende verlangen en de persisterende emotionele gebondenheid aan het object van haar liefde. Dit is ook het geval bij onze patiënte. Uit haar verliefdheid vloeien wel psychotische redeneringen voort: de gedachte dat de dirigent zich wil wreken en haar wil breken, en de gedachte dat zij zijn carrière heeft gebroken. Toestanden van psychotische opwindning waarin zij zich achtervolgd voelt door de dirigent, duren kort en zijn gemakkelijk medicamenteus te doorbreken. Meestal ziet zij in dat de dirigent waarschijnlijk niet veel meer aan haar denkt. Toch blijft zij dan tobben over het feit dat hij haar heeft uitgedaagd en verder niks met haar wilde, en over haar gevoel dat zij zich voor de ogen van het hele koor te schande heeft gemaakt. Het is natuurlijk de vraag of zij het echt meent als zij zegt dat de dirigent haar vergeten zal zijn of dat zij sociaal wenselijke uitlatingen doet. Het feit dat zij weet te verwoorden dat zij voor de dirigent niet belangrijk is en nooit erg belangrijk is geweest en dat zij hier verdriet om kan voelen, geeft in elk geval aan dat de realiteitstoetsing niet ernstig is gestoord. Ook zoekt zij geen contact met de dirigent.

Als het contact zoeken van een erotomane patiënt met het object van liefde vermindert, hoeft dat geen gunstig teken te zijn. Meloy (1989) stelt dat bij erotomane patiënten, als zij naar een meer psychotisch en autistisch niveau van functioneren regrediëren, het contact zoeken met het object van hun liefde afneemt. Bij onze patiënte is tijdelijk wel sprake geweest van een dergelijke regressie, waarin zij zich koesterde in fantasieën en waarin het contact met de buitenwereld afnam. Echter, ook wanneer zij meer op de buitenwereld betrokken raakt: haar werk hervat, nieuwe contacten aangaat en deelneemt aan een koorweek (met een andere dirigent), zoekt zij niet opnieuw contact met de dirigent.

Gaat het bij de primaire erotomanie wel om een waan?

Seeman (1978) onderscheidde een gefixeerde vorm van erotomanie en een recurrerende vorm. De gefixeerde vorm betreft een liefde voor een nauwelijks gekend persoon, zoals de koning van Engeland, voor wie de gevoelens blijvend zijn. Dit berust bijna altijd op schizofrenie. Volgens Seeman wordt er bij de gefixeerde vorm van erotomanie geen contact gezocht met de geliefde, maar het is de vraag of dit zo is. Léa-Anna B. reisde wel naar Engeland. Een schizofrene patiënte die bij ons was opgenomen, had door Frankrijk rondgedoeld in de hoop de vrouw op wie zij verliefd was en van wie zij overtuigd was dat die ook van haar hield, terug te vinden. Het zou kunnen zijn dat het bij schizofrene patiënten niet altijd opvalt dat zij contact proberen te zoeken met het object van hun liefde, omdat zij een minder adequate manier van contact zoeken hebben.

De tweede vorm van erotomanie die Seeman onderscheidt, is de recurrerende vorm van verliefdheid. Hier gaat het om een verliefdheid op iemand met wie wel enig contact bestaat, vaak een dokter of een leraar. Er wordt geprobeerd om meer contact te krijgen, maar na enige maanden wordt de afwijzing wel geaccepteerd en wordt een nieuw object van liefde gezocht. Deze vorm komt volgens Seeman vooral voor bij bipolaire stoornissen en bij mensen met een borderline-persoonlijkhedsstoornis. De erotomanie van onze patiënte is van het tweede type, ook al voldoet zij niet aan alle criteria. Zij raakt niet los van de dirigent om haar verlangen op iemand anders te richten: haar erotomane verliefdheid is eenmalig. Zij heeft geen bipolaire stoornis en geen borderline- persoonlijkheidsstoornis.

Evenals Seeman verdeelt ook Meloy (1989) de erotomanie in twee types. Hij onderscheidt de 'delusional erotomania' en de 'borderline erotomania'. Bij de 'delusional erotomania' is de persoon ervan overtuigd dat het object van liefde ook van haar of hem houdt. Er is een echte waan. Bij de 'borderline erotomania' gelooft de verliefde persoon niet zozeer dat de ander ook van haar of hem houdt, maar zij of hij kan zich toch niet van die ander losmaken. Er is sprake van een hechtingsstoornis.

Bij Clérambaults patiënte Henriëtte H. en bij onze patiënte kan volgens de DSM-III-R en volgens de DSM-IV de diagnose erotomanie worden gesteld. Volgens de indeling van Meloy kan bij beiden de diagnose 'borderline erotomania' worden gesteld.

Een beschouwing over de gewone verliefdheid

De meeste studies over erotomanie geven geen definitie van verliefdheid. Viederman (geciteerd door Chessick 1992) stelt zelfs expliciet dat verliefdheid zo'n unieke ervaring is, dat er geen definitie van is te geven. Dorothy Tennov (1979, geciteerd door Fisher 1993) beschrijft verliefdheid als een proces dat begint met een flits, waarin iemand anders plotseling een speciale betekenis krijgt (te vergelijken met de 'coup de foudre' van Clérambault). Daarna ontstaan opdringende gedachten aan de geliefde persoon, in het begin soms maar gedurende 5% van de tijd, later oplopend tot 85 à 100%. Er volgt een proces dat zij uitkristalliseren noemt en waarin

onbelangrijke details worden vergroot, en er ontstaan dagdromen. Deze worden gekenmerkt door hoop en onzekerheid. Elk gevoel van afwijzing brengt de verliefde persoon ertoe om net zo lang te piekeren tot voor deze afwijzing een bevredigende verklaring is gevonden. Afwijzingen maken uiteindelijk de verliefdheid groter. Tennov schat de gemiddelde duur van een verliefdheid op twee jaar.

Volgens Chessick, Person en Viederman (allen geciteerd door Chessick 1992) ontstaat verliefdheid vooral in een depressieve periode of na een narcistische krenking. Dat verliefdheid ook kan ontstaan vanuit een gevoel van welbevinden of geluk, wordt door geen enkele auteur genoemd.

Ook het ontstaan van erotomanie wordt in verband gebracht met de noodzaak een verlies te verwerken of een oedipaal probleem op te lossen. Evans e.a. (1982) stellen dat bij meer dan 25% van de gerapporteerde patiëntencasussen van erotomanie een belangrijk objectverlies een rol speelt: verlies van een ouder (recent of in de jeugd), abortus, scheiding. Het objectverlies wordt ontkend en er wordt geprobeerd het verloren object te herwinnen. Ook het beëindigen van een therapie, in combinatie met een echtscheiding, is genoemd als verliesfactor (Raskin en Sullivan, geciteerd door Evans e.a. 1982). Narcistische krenkingen kunnen een rol spelen (Hollender en Calahan, geciteerd door Evans e.a. 1982). Fenichel (1945, geciteerd door Evans e.a. 1982) stelt dat bij psychotici het dreigend objectverlies kan leiden tot een fanatieke zoektocht naar een liefdesobject, met als gevolg erotomanie.

Waarin verschilt de erotomanie van de 'gewone' verliefdheid?

Volgens Verhulst (geciteerd door Chessick 1992) en Tennov (1979) maken afwijzing, onzekerheid, externe moeilijkheden en fysieke gescheidenheid een verliefdheid groter. Betekent dit dat een onbeantwoorde liefde zo tot een erotomanie kan uitgroeien? Clérambault beweert dat een hevige passie bij iedereen een erotomanie kan uitlokken. Meloy heeft het in de titel van zijn artikel over borderline-erotomanie over 'unrequited love', onbeantwoorde liefde. Is er wel een verschil tussen erotomanie en onbeantwoorde liefde? Gaat het eigenlijk wel om twee verschillende fenomenen? Of is de 'borderline-erotomanie' een vorm van onbeantwoorde liefde?

Wat was er gebeurd met onze patiënte als de dirigent haar verliefdheid direct of na lang aanhouden van haar kant had beantwoord? Het is niet pathologisch dat zij verliefd wordt op iemand die haar liefde niet blijkt te beantwoorden, en het is ook niet pathologisch dat zij de afwijzing van de dirigent niet direct accepteert, maar de intensiteit en de duur van haar gevoelens zijn, gezien zijn afwijzende reacties, zo extreem dat er wel sprake is van pathologie. De mate van discrepantie tussen het hechtingsgedrag van het liefdesobject en de intensiteit van de emotionele gehechtheid van de erotomane persoon aan het liefdesobject bepalen de ernst van de stoornis van de erotomanie (Meloy 1989). Borderline-erotomanie verschilt dus in kwantitatief, gradueel opzicht van onbeantwoorde liefde, waarbij de exacte grens tussen beide niet is aan te geven.

Volgens Meloy is bij mensen met erotomanie vaak sprake van een borderline-persoonlijkeheidsorganisatie volgens Kernberg of, volgens DSM-III-R-criteria, van een narcistische, histrionische, antisociale, borderline- of paranoïde persoonlijkheidsstoornis. Soms leidt erotomanie tot geweld, met name bij mannen met erotomanie. Het liefdesobject wordt geïdealiseerd, en bij frustratie wordt geprobeerd het te vernietigen. Intense liefde en intense haat bestaan tegelijkertijd, maar worden gesplitst ervaren. Antisociale trekken vormen een risicofactor voor geweld, maar ernstige psychopaten zullen volgens Meloy nooit erotomane stoornissen ontwikkelen, omdat zij zich niet hechten en er in relaties met anderen enkel naar

streven de ander te devalueren en hun zelfgevoel te vergroten.

Onze patiënte heeft intense haatgevoelens jegens de dirigent. Zij reageert echter niet met geweld. Haar haatgevoelens worden geprojecteerd, waarbij zij leiden tot een paranoïde reactie, en geïntrojecteerd, waarbij zij leiden tot depressieve gevoelens. Volgens Meloy kan erotomanie, evenals een 'gewone' verliefdheid, een belangrijke narcistische bevrediging geven. Een bron van narcistische bevrediging bij de erotomanie is de masochistische onderwerping aan een onbereikbaar liefdesobject en de trots dat men de grootste afwijzing kan verdragen en desalniettemin in staat blijkt om, net als Sisyphus, een onbereikbaar doel na te streven. Ook kunnen narcistische strevingen zich uiten in de aspiratie om een alliantie te vormen met een geïdealiseerd liefdesobject, waarbij het ideale zelf en het liefdesobject samenvallen. Dit gebeurt ook bij 'gewone' verliefdheid.

### Medicatie

Munro (1985) gelooft in de specifieke werking van pimozide bij de behandeling van erotomanie. Hij gaat ervan uit dat er een primaire erotomanie bestaat, die fenomenologisch sterk lijkt op de monosymptomatische hypochondere psychose en de paranoïde jaloezie. Monosymptomatische waanstoornissen zouden volgens hem het best met pimozide kunnen worden behandeld. De twee casussen die hij beschrijft, betreffen echter beide mensen met overmatig alcoholgebruik, van wie één bovendien al eens een alcoholhallucinose had doorgemaakt. Het zijn dus strict gezien geen primaire erotomane waanstoornissen volgens DSM-III-R of DSM-IV. Beiden reageren wel goed op pimozide, in combinatie met amitriptyline of fluoxetine. Dat pimozide effectief is (in combinatie met amitriptyline) blijkt ook uit de behandeling van onze patiënte. Er zijn echter onvoldoende aanwijzingen dat pimozide superieur zou zijn aan een ander antipsychoticum.

Meloy (1989) stelt dat er nog zo weinig bekend is over de medicamenteuze aanpak van erotomanie, dat de psychiater zich niet moet laten ontmoedigen om verschillende medicaties te proberen. Wanneer patiënten met erotomanie in behandeling zijn, vaak onder druk van vrienden of het gerecht, leren zij echter snel dat het sociaal wenselijk is hun erotomane gevoelens te ontkennen. Het effect van een behandeling laat zich hierdoor moeilijk evalueren.

### Besluit

In de DSM-III-R en de DSM-IV wordt de erotomane waanstoornis als aparte stoornis beschouwd. Er bestaat echter controverse over de vraag of dit wel juist is. De meeste literatuur over erotomanie ondersteunt de opvatting dat de erotomane waanstoornis als aparte nosologische entiteit niet bestaat, maar altijd secundair is aan een andere psychiatrische stoornis, met name aan schizofrenie of aan een bipolaire stoornis. Door andere auteurs wordt de opvatting verdedigd dat primaire erotomanie wel bestaat.

Onze casus toont aan dat erotomanie kan voorkomen zonder dat er sprake is van een onderliggende stoornis. De primaire erotomanie van onze patiënte blijkt echter geen waan te zijn, maar een hechtingsstoornis, die kan worden beschreven als een 'borderline erotomania' volgens Meloy of als een recurrerende vorm van erotomanie volgens Seeman.

Overtuigende gevallen van een primaire erotomane waan zijn niet beschreven. Een erotomane waan ('delusional erotomania' volgens Meloy of gefixeerde vorm van erotomanie volgens Seeman) is waarschijnlijk altijd secundair aan een andere stoornis (meestal schizofrenie of bipolaire stoornis). De beschreven gevallen van erotomanie waarbij geen onderliggende stoornis aanwezig is, moeten niet worden opgevat als een waan, maar als een hechtingsstoornis.



De erotomanie zou dan ook niet, zoals in de DSM-III-R en de DSM-IV, als subcategorie van de waanstoornissen moeten worden geclassificeerd. Hechtingsstoornissen, waarbij de erotomanie het best zou kunnen worden ingedeeld, worden in de DSM-III-R en in de DSM-IV echter niet onderscheiden. De meest aangewezen categorie binnen de DSM-IV om de erotomanie bij onder te brengen, zijn misschien de 'seksuele stoornissen niet anders omschreven'. Er kunnen in het beloop van een recurrerende of borderline-erotomanie psychotische redeneringen voorkomen. Dit komt overeen met wat Clérambault zei over de primaire erotomanie: een passie kan iemand psychotisch maken. Clérambault nuanceert zijn gedachte door te stellen dat voor een gezonde persoon een hevige passie noodzakelijk is om een erotomanie te veroorzaken, maar dat voor een ziek persoon een geringe passie volstaat. Dit sluit aan bij de opvatting van Meloy, dat een borderline-erotomanie, dus een pathologische passie, vooral voorkomt bij mensen met onderliggende (borderline-)persoonlijkheidsstoornis. Het bestaan van een (ernstige) persoonlijkheidsstoornis lijkt echter geen vereiste te zijn. Dat ook mensen bij wie geen sprake is van ernstige, manifeste persoonlijkheidsproblematiek, een borderline-erotomanie kunnen ontwikkelen, blijkt uit de casus die in dit artikel wordt beschreven. Het is aannemelijk dat de verkeerde passie op het verkeerde moment een daarvoor gevoelig persoon kan terugbrengen tot een primitief, psychotisch niveau van functioneren.

#### Literatuur

Chessick, R.D. (1992), *On falling in love and creativity. Journal of The American Academy of Psychoanalysis*

, 20 (3), 347-373.

Clérambault, G.G. de (1993), *L'érotomanie. Les empêcheurs de penser en rond. Spadem.*

Dunlop, J.L. (1988), Does Erotomania exist between women? *British Journal of Psychiatry*, 153, 830-833.

El Gaddal, Y.Y. (1989), De Clérambault's syndrome (erotomania) in organic delusional syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 154, 714-716.

Ellis, P., en G. Mellsop (1985), De Clérambault's Syndrome - A Nosological Entity? *British Journal of Psychiatry*, 146, 90-95.

Evans, D.L., L.L. Jeckel en N.E. Slott (1982), Erotomania. A variant of pathological Mourning. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 46 (6), 507-520.

Fisher, H.E. (1993), *Over de liefde. De evolutie van monogamie, overspel en echtscheiding.* Contact, Amsterdam/Antwerpen.

Guirguis, W.R. (1981), Pure Erotomania in Manic-Depressive Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 138, 139-140.

Marcos, M.A., en L.M. Iruela (1988), De Clérambault's syndrome in Unipolar Depression. *British Journal of Psychiatry*, 153, 417.

Meloy, J.R. (1989), Unrequited Loved and the Wish to Kill. Diagnosis and Treatment of Borderline Erotomania. *The Menninger Foundation*, 477-492.

Munro, A., J.V. O'Brien en D. Oss (1985), Two Cases of 'Pure' or 'Primary' Erotomania succesfully Treated with Pimozide. *Canadian Journal of Psychiatry*, 130, 619-622.

Murray, D., P. Harwood e.a. (1990), Erotomania in relation to childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 156, 896-898.

Retterstl, N., en S. Opjordsmoen (1991), Erotomania-Erotic Self-Reference Psychosis in Old Maids. A Long-Term Follow-Up. *Psychopathology*, 24, 388-397.

Segal, J.H. (1989), Erotomania revisited: from Kraepelin to DSM-III-R. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1261-1266.

Signer, S.F., en R.P. Swinson (1987), Two cases of erotomania in bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 151, 853-855.

**Summary: Erotomania: passion with psychotic complications?**

**It is controversial whether the delusional disorder, erotomaniac type, can be considered as a primary disorder. Most cases diagnosed as primary erotomaniac delusional disorder are in fact secondary to another disorder, mostly schizophrenia or bipolar disorder. Yet, true cases of primary delusional disorder are described. A close look at these cases reveals that instead of a delusion in strict sense the erotomaniac disorder is a disorder of attachment. The difference with falling in love is merely gradual. Yet, there can be psychotic complications. A passion can drive a person mad.**

**De auteur was tijdens het schrijven van dit artikel als arts-assistent verbonden aan het AZ Stuiveberg te Antwerpen en is momenteel als arts-assistent werkzaam in de RIAGG Rotterdam Zuid. Correspondentieadres: Statielei 71, bus 5, B-2640 Mortsel (België).**

**Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 12-4-1995.**