

Erotomania: Revisão bibliográfica a propósito de um caso clínico

Joana Calejo Jorge¹, Ana Maria Cerqueira²

RESUMO

A Erotomania, também conhecida por Síndrome de Clérambault, consiste na convicção delirante de que se é amado por uma pessoa de estatuto superior com quem não se partilha uma relação de proximidade. Constitui um subtipo da perturbação delirante crónica no DSM-IV-TR, com muito baixa incidência e de predomínio no sexo feminino. Pode apresentar-se de modo independente- forma primária- ou associada a quadros psicóticos como Esquizofrenia e Doença Bipolar- forma secundária. O delírio permanece constante e imutável- forma fixa- ou sofre alterações com a mudança do objecto amoroso- forma recorrente.

Pretende-se, com este trabalho, rever a informação existente na literatura sobre a Erotomania e apresentar um caso clínico ilustrativo da doença. Não tendo sido relatado na literatura nenhum caso de Erotomania primária, forma fixa do delírio, com a totalidade dos critérios de diagnóstico de Ellis & Mellsop para a forma pura da doença, as autoras consideraram pertinente o seu contributo.

PALAVRAS-CHAVE: EROTOMANIA; SÍNDROME DE CLÉRAMBAULT; DELÍRIO

EROTOMANIA: BIBLIOGRAPHIC REVIEW AND CASE REPORT

ABSTRACT

The “Erotomania”, also known as Clérambault Syndrome, consists in the delirious conviction that one is loved by a person from a higher social status, with whom any close relationship is shared.

It is a subtype of chronic delusional disorder in DSM-IV-TR with very low incidence and prevalence in females. It may present independently- primary form- or associated with psychotic symptoms such as schizophrenia and bipolar disorders- secondary form. The delusion remains constant and immutable- fixed from- or alters with the change of the loving object- recurrent form.

With this work we intend to review the existing information in the literature regarding Erotomania and present an illustrative case report of the disease.

Given the fact that it has not been reported in the literature any case of primary Erotomania, fixed form of delirium, covering all Ellis & Mellsop diagnostic criteria for the pure form of the disease, the authors considered its contribution to be pertinent.

KEY-WORDS: EROTOMANIA, DE CLÉRAMBAULT SYNDROME, DELUSION

REVISÃO DA LITERATURA

EVOLUÇÃO HISTÓRICA

As manifestações da doença mental nos relacionamentos interpessoais de carácter amoroso sempre suscitaram interesse na história da humanidade, nomeadamente na Psiquiatria.

Desde os tempos de Hipócrates, Plutarco e Galeno até à actualidade foram usados diferentes termos para descrever essas manifestações. São exemplo: *furor uterinus* (ninfomania), *melancolia erótica* e *amor insanus* (erotomania).¹

Entre os autores dos séculos XVI-XVIII que mais contribuíram para a evolução da definição de Erotomania, salientam-se De Ferrand (1575-1623), Bartholomy Pardoux (1545-1611) e Esquirol (1772-1840).² Este último autor criou o conceito de *monomania erótica* e definiu a Erotomania como um *delírio de amor excessivo*.³

Identificam-se quatro fases distintas na evolução histórica do entendimento da doença.³

Desde a era clássica até finais do século XVII, a Erotomania era vista como uma doença do estado geral causada por um amor não correspondido. Numa segunda fase, a Erotomania caracterizou-se pela prática excessiva de amor físico sendo a *ninfomania* o protótipo da doença. Em 1820, Zeiler definiu a Erotomania como uma *loucura parcial* e marcou a

terceira fase na história da doença- a Erotomania enquanto manifestação de doença mental resultante de um amor não correspondido. Esta visão permaneceu durante cerca de um século, sendo progressivamente desenvolvida e actualizada até à quarta fase da história da Erotomania na qual vigora a actual definição de Erotomania- convicção delirante de que se é amado por outra pessoa.

Destacam-se os autores Emil Kraepelin, em *Maniac-Depressive Insanity and Paranoia*, que considerou a Erotomania um subtipo da paranoia,⁴ Sigmund Freud, que denominou a Erotomania por *amor em excesso*⁵ e Bernard Hart (1921) que aplicou o termo *old maid's insanity* para descrever o quadro erotomaniaco em mulheres idosas e solteiras com marcadas características persecutórias.^{6,7}

Apesar dos importantes contributos destes autores, importa referir que foi a partir do psiquiatra francês Gatian de Clérambault (1872-1934) que se desenhou o conceito de Psicose Passional, enquanto quadro de psicose distinto do delírio interpretativo, baseado em processos ideativos precisos (“o *Postulado*”) com “*conceito director único*” e com características comuns entre si: afecto exaltado, predomínio dos sentimentos, poder emocional e paixão mórbida. A Erotomania foi considerada, pelo autor, uma psicose passional, assim como os delírios de reivindicação e de ciúme.⁸ Em 1921, Clérambault descreveu, pela primeira vez, o postulado essencial da doença- convicção delirante

1. Centro Hospitalar do Porto
- Departamento de Psiquiatria
da Infância e Adolescência

2. Hospital de Magalhães Lemos
- Serviço Porto

de união amorosa com outra pessoa de estatuto superior a qual foi a primeira a apaixonar-se e a tentar a aproximação- e delineou as características associadas a esta premissa fundamental (“temas derivados”). Segundo o autor, a Erotomania podia ser um síndrome clínico sobreposto a outro, um síndrome prodrómico ou uma entidade autónoma.⁸ Desde então, a Erotomania ficou conhecida, na literatura francesa, por Síndrome de Clérambault.

Importa distingui-lo do Síndrome Kandinsky-Clembault, muitas vezes confundido com o primeiro, apesar de diferentes e independentes.⁹

A existência do quadro como entidade nosológica autónoma, tal como defendido por Clérambault, foi sempre controversa. Henry Ey, a partir da classificação de Psicose Delirante Crónica, aproximou-se de Clérambault, distinguindo o delírio passional, enquanto psicose delirante crónica bem sistematizada, do qual a Erotomania seria um subtipo.¹⁰

Nas classificações actuais, inicialmente denominada por psicose atípica na DSM-III, surge como subtipo da perturbação delirante crónica ou paranóia na DSM-III-R, aproximando-se da visão Krapeliniana. Actualmente, a condição está inserida na CID-10¹⁰ e no DSM-IV-TR¹¹ entre as Perturbações Delirantes crónicas, neste último, como o subtipo erotomaniaco.

ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICO

A Erotomania é considerada uma condição rara mas desconhece-se a sua incidência exacta. Acredita-se que o seu diagnóstico possa ser subestimado, sendo a doença erroneamente classificada dentro de patologias psicóticas mais abrangentes.^{2,5,12} De acordo com Pearce, a revolução sociocultural da última metade do século e a maior liberdade de expressão fará da Erotomania uma psicose ainda menos frequente no futuro.²

A Erotomania pode manifestar-se em qualquer idade desde a adolescência até à idade avançada¹³ e predomina no sexo feminino, excepto em amostras forenses, em que o sexo masculino é o predominante.¹⁴ Não se associa a nenhuma faixa etária, raça, cultura ou estado sócio-económico específicos, existindo, na literatura, relatos de casos em todos os continentes terrestres.²

A ocorrência intra-familiar é rara e o objecto de amor é geralmente do sexo oposto. Alguns casos de Erotomania entre homens e mulheres homossexuais já foram relatados.^{15,16}

Está descrita a presença de associação familiar da doença, não existindo, contudo, evidência de causa genética.⁷

Apesar da evidência de uma variabilidade intercultural do modo de apresentação, a Erotomania destaca-se por apresentar um quadro clínico transcultural.¹⁷

Parafraseando Enoch e Ball, a Erotomania de Clérambault “trata fundamentalmente de ser amado e não de amar”.¹⁸

Partindo do postulado inicial de Clérambault- “*C'est l'Objet qui a commencé et qui aime le plus ou qui aime seul*”, definem-se os “temas derivados” do síndrome⁵: o objecto não pode ser feliz sem ele, o objecto não pode ter um valor completo sem ele, a convicção de que o objecto está livre pois o seu casamento não é válido, o estabelecimento de uma vigilância ou de uma protecção contínuas do objecto, conversação indirecta com o objecto, ausência de impedimentos de qualquer ordem para o relacionamento, pelo contrário, consentimento universal do romance e o denominado comportamento paradoxal ou contraditório do objecto. Este último, o comportamento paradoxal, é essencial e está sempre presente no quadro. Constitui uma interpretação delirante do doente em relação aos comportamentos de rejeição por parte do objecto, sentindo-os como tentativas para pôr à prova o seu amor, como resultado da abulia do objecto ou da influência de pessoas que o tentam separar deste. Clérambault demonstrou uma evolução sistematizada do delírio ao longo de 3 estados afectivos: estado de esperança, ressentimento e rancor, sendo este último o mais importante e, de facto, o gerador do síndrome. As características do quadro são parcialmente influenciadas por factores individuais. Segundo o autor, quanto maior a componente imaginativa do delírio, mais fraca é a sua componente afectiva.¹⁵

Tal como já referido, Clérambault considerou que a Erotomania podia ser uma entidade autónoma ou uma condição associada a outra doença mental.⁸ Neste sentido, Clérambault descreveu duas formas da psicose: a forma pura ou primária e a forma secundária. Na forma primária, o delírio erotomaniaco é a única manifestação psicótica, não existem alucinações e o início é abrupto. A doença é bem definida e com evolução crónica. A forma secundária está associada a outras psicoses, geralmente a Esquizofrenia Paranóide, sendo frequentes as ideias de grandeza, misticismo e persecutórias. O início é gradual, a doença é difusa e mal definida. Existe a possibilidade de substituição do objecto de amor.⁵

Seeman identificou duas formas distintas da psicose- a forma fixa e a forma recorrente. Na forma fixa, o objecto do amor é um indivíduo anónimo com quem o doente nunca teve nenhum contacto. O delírio permanece imutável e tem um curso crónico. São doentes dependentes dos pais, sem vida sexual activa, submissos e sem auto-estima; são frequentemente diagnosticados como esquizofrénicos. Na forma re-

corrente, o objecto do amor é um indivíduo poderoso e reconhecido, sendo frequente a existência de um contacto fortuito prévio. Após as investidas amorosas sem sucesso, o doente aceita a impossibilidade do seu amor e repete outro ciclo com outro objecto. São doentes mais independentes, com uma vida sexual mais activa mas insatisfeita, mais impulsivos, ambiciosos e com melhor auto-estima. Está, geralmente, associada à doença bipolar e perturbações da personalidade.¹⁹

Embora tradicionalmente tidas como ausentes na forma primária da Erotomania, as alucinações tácteis de ser-se tocado pelo objecto do delírio amoroso foram descritas por Krafft-Ebing e, posteriormente, denominadas por Kraepelin de *dreamy hallucinations*.^{7,20}

O quadro clínico da Erotomania pode persistir silencioso durante anos¹⁷ sendo detectado apenas quando o doente apresenta comportamento violento ou de perseguição do objecto do seu delírio que culmina num processo criminal. A Erotomania tem sido cada vez mais relatada e estudada pela ciência forense, enquanto forma de perseguição obsessiva. Na sua investigação forense, Meloy (1989) identificou a denominada *Erotomania borderline*^{16,21} que difere da Erotomania pela ausência do delírio- o doente é capaz de reconhecer que não é correspondido mas apresenta uma perturbação grave dos afectos que resulta na perseguição potencialmente violenta do outro. Esta condição assemelha-se à *obsessão simples*, uma das formas de perseguição obsessiva de Zona et al. (1993).^{21,22} Meloy (1999) descreveu, ainda, a existência do fenómeno de triangulação na perseguição patológica- transferência da energia inicialmente dirigida ao objecto amoroso para uma terceira pessoa que o doente considera um obstáculo ao seu amor.¹⁶

Foram identificados como preditores do risco de violência associada à Erotomania: o sexo masculino, baixo nível socio-económico e a presença de ciúme. Outros autores como Menzies et al. acrescentaram os seguintes factores: existência de múltiplos objectos de amor e comportamento anti-social prévio à doença.¹⁴

Encontram-se, na literatura, referências a casos de comportamentos predatórios dirigidos a profissionais de saúde e professores. Alguns autores defendem que estes grupos profissionais apresentam maior risco de serem envolvidos nos delírios de Erotomania.¹⁶

Estão descritas as combinações do Síndrome de Clérambault com o de Capgras^{2,12,13,16,23} o de Folie à deux^{2,12,23} e de Fregoli.¹⁶

O conceito de Erotomania foi, desde sempre, alvo de tentativas de conceptualização e incluído em diferentes diagnósticos e não existem, de facto, guidelines específicas de diagnóstico.²⁴

Taylor et al. (1983) apresentaram os seguintes critérios de diagnóstico: convicção delirante de que o indi-

víduo, geralmente uma mulher, é amada por um homem; contacto mínimo ou inexistente com o objecto do seu amor; este é inatingível; os comportamentos do homem são interpretados como protectores ou persecutórios e, apesar do delírio erótico, a mulher permanece casta.⁵

Para os autores Ellis & Mellsop (1985), o diagnóstico de Erotomania pura constitui-se por: convicção delirante de comunicação amorosa; o objecto do amor delirante é de estatuto superior; foi o primeiro a apaixonar-se; foi o primeiro a tentar aproximar-se e permanece fixo; curso crónico da doença; início súbito, isto é, num período inferior a 7 dias; o doente racionaliza o comportamento paradoxal do seu objecto do amor e ausência de alucinações.²⁵

Reverendo a literatura até então, os autores constataram que nenhum dos casos clínicos relatados satisfazia a totalidade dos seus critérios.

Gillet et al. adicionaram o critério de diagnóstico de que a convicção delirante ocorre sem obnubilação da consciência (in *clear consciousness*). A partir do estudo de 11 doentes aos quais foram aplicados os critérios de Ellis & Mellsop, os autores evidenciaram a raridade do síndrome já que nenhum doente apresentou um score de Erotomania pura superior a 80%. Os autores sugeriram que o diagnóstico de Erotomania pode ser feito apenas com base na presença de uma convicção delirante de comunicação amorosa (um dos critérios de Ellis & Mellsop), após a exclusão de outras perturbações psiquiátricas ou orgânicas.²⁵

Finalmente, a DSM-III-R incluiu a Erotomania dentro dos critérios diagnósticos estandardizados de perturbação delirante crónica. Apesar da existência destes critérios, os critérios de Ellis & Mellsop continuam a suscitar interesse na actualidade. Numa revisão de 15 casos de Erotomania, Kennedy et al verificaram que estes critérios mantêm-se válidos na avaliação dos doentes com Erotomania.¹⁷

ETIOLOGIA

Tal como defendido por De Clérambault, a Erotomania pode ser secundária a psicoses primárias, sobretudo a Esquizofrenia e doença bipolar, ou a estados orgânicos agudos ou crónicos. Existem relatos de casos de Erotomania resultantes de depressão major mas também de infecção pelo HIV, traumatismo cranioencefálico, atraso mental, gravidez e alterações endocrinológicas (doença de Cushing e uso de contraceptivos orais), uso de anfetaminas e abuso de álcool.²⁶ Outros casos de demência de Alzheimer²⁷, convulsões e hemorragia subaracnóidea⁶ também foram associados a quadros de Erotomania.

Ellis & Mellsop (1985) aplicaram a sua definição operacional de Erotomania e constataram que a Erotomania na sua forma pura é demasiado rara aproximando-se da opinião de Lehman (1980) que a negava como síndrome independente. Concluíram que a maioria dos casos de Erotomania diziam respeito a formas secundárias a outras patologias psiquiátricas, sendo a Esquizofrenia a mais frequente.²⁵

Aliás, Hollender & Callahan (1975) já tinham sugerido que a Erotomania primária era um subtipo de paranóia e a Erotomania secundária um subtipo da Esquizofrenia Paranóide.¹²

Apesar de geralmente associada à Esquizofrenia e doença bipolar, encontra-se, na literatura, referência à depressão como a causa mais frequente da Erotomania secundária (Ghaziuddin 1991).¹⁶

Neste sentido, os autores Signer & Cummings (1987) defenderam que uma perturbação do humor está invariavelmente presente na Erotomania. Tal posição está de acordo com a constatação de Signer da presença de indicadores de perturbação afectiva com predomínio de estados hipomaniacos nos casos descritos por Clérambault.¹⁵

Atendendo à Erotomania pura ou primária, tal como Clérambault defendia, encontra-se uma multiplicidade de explicações etiopatogénicas.

Tradicionalmente, a Erotomania foi explicada com base em factores psicodinâmicos, como a homossexualidade, heterossexualidade e narcisismo. Freud encarava a Erotomania como uma manifestação de um centro de conflito da paranóia resultante de processos de negação, deslocamento e projecção.⁵ Seeman, relativamente à forma recorrente da doença descrita por si, aproximou-se da interpretação freudiana que implica a defesa contra desejos homossexuais e a tentativa de conferir poder e sucesso à própria imagem corporal. Já na forma fixa da psicose, defendeu que o doente procurava uma defesa contra impulsos heterossexuais agressivos pois, inconscientemente, sabia da inatingibilidade de uma relação sexual.¹⁹ Outros autores implicaram, também, o processo de afastamento de impulsos homossexuais nas causas da Erotomania. São exemplos Enoch et al. que defenderam a procura de uma figura paterna erotizada segura, estável e inatingível associada à necessidade de o doente afastar de si os impulsos homossexuais.²

Estando a Erotomania tipicamente associada a doentes pouco atraentes fisicamente e sexualmente inexperientes, Segal considerou a existência de uma tentativa de diminuição da inferioridade por compensações psicológicas, projectando construções delirantes narcísicas em pessoas mais valorizadas socialmente.¹

Similarmente, atendendo à vida solitária e carente de afectos dos doentes, Kraepelin e Clérambault en-

cararam a Erotomania como um mecanismo compensatório de frustrações (Kraepelin) ou uma resposta ao orgulho sexual (Clérambault).¹

Hollender & Callahan também enfatizaram o papel de uma procura narcísica de alento para um ego, segundo os autores, deficitário devido a experiências vivenciais traumáticas.

Raskin & Sullivan sugeriram que a psicose constitui uma função adaptativa, protectora da depressão e solidão do doente após uma perda significativa, conferindo segurança e controlo face à perda ou ameaças de perdas sucessivas.²⁸

Por sua vez, outros autores colocaram a hipótese de a Erotomania resultar de um amor-próprio negado por um doente com personalidade narcísica e projectado noutra pessoa.^{2,15} Esta posição não foi consensualmente aceite, acreditando-se ser pouco provável um indivíduo narcísico negar o amor a si mesmo. Aliás, Jordan² acrescenta que o amor-próprio está muito poucas vezes implicado nos casos descritos na literatura.

Referências na literatura apontam para a existência de um processo de luto patológico no desenvolvimento do delírio.²³

Tal como referido por Berry (1980),²⁹ os doentes apresentavam uma relação insatisfatória e carente de confiança com as suas mães. À luz da visão Eriksoniana, a Erotomania pode ser vista como um produto de um relacionamento mãe-filho insuficiente ou adulterado de que resultam dificuldades em relacionamentos íntimos, nomeadamente da vida conjugal.

Apercebendo-se das limitações das teorias existentes para explicar as diferenças de género entre os doentes, Brune aborda a Erotomania numa perspectiva evolucionista, encarando-a como uma variante patológica de estratégias sexuais que conferem maior garantia de fidelidade sexual e segurança. A Mulher, pelo seu maior investimento parental (gestação e lactação, em oposição à inseminação do homem) limitado temporalmente ao seu período fértil, tende a procurar uma relação duradoira e segura com um parceiro mais velho e de estatuto superior, como garantia de maximização da sua maternidade. Por sua vez, o Homem, numa tentativa de aproximação da maternidade, procura parceiras férteis e sexualmente atraentes.³⁰

As teorias evolucionistas explicam, ainda, o predomínio do sexo masculino nas amostras forenses de doente com Erotomania a partir da hipótese de que a incerteza da paternidade que assombra o homem possa fazer emergir sentimentos de insegurança e ciúme.¹⁴

Numa abordagem multifactorial, Doust e Christie (*in The Pathology of Love*, 1978) consideram que factores ambientais, psicológicos, farmacológicos e fisiológicos podem despoletar o delírio em pessoas predispostas.²³

Recentemente, foi proposto que a aprendizagem através dos media influencia o desenvolvimento do delírio - o denominado *Cynderella syndrome*.⁵

Finalmente, estudos neurofisiológicos sugeriram que a Erotomania parece estar associada a défices visuoespaciais e a défices na flexibilidade cognitiva. Os défices de funcionamento visuoespaciais ou lesões no sistema límbico, sobretudo dos lobos temporais, em associação ao isolamento afectivo e experiências amorosas ambivalentes, podem causar as interpretações delirantes da Erotomania por percepção e interpretação anormais da realidade. Para a sua manutenção pode contribuir a rigidez cognitiva resultante de funcionamento deficiente do sistema frontal-subcortical.³¹

Anderson et al. salientaram o papel da disfunção cerebral, em especial do hemisfério direito, no desenvolvimento da Erotomania.⁶

Numa base neurobioquímica, a Erotomania pode resultar de um desequilíbrio entre a dopamina e serotonina, assemelhando-se à Esquizofrenia.⁵ Recentemente, um estudo descreveu a associação entre o início do delírio de Erotomania e o uso de doses elevadas do antidepressivo venlafaxina através da activação do sistema dopaminérgico no sistema mesolímbico (Adamou, Hale 2003).⁵

TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

O tratamento da Erotomania assenta numa abordagem multidisciplinar.

No que diz respeito ao tratamento farmacológico, os medicamentos anti-psicóticos são os mais frequentemente usados.

De um modo geral, apresentam uma resposta terapêutica modesta através da redução da intensidade do delírio e das ideias de referência que o acompanham.^{1,12} São úteis no controlo do comportamento permitindo um funcionamento adequado na comunidade.⁵

Estudos evidenciaram o tratamento bem sucedido da psicose com risperidona, antipsicótico atípico que, em doses inferiores a 6mg/dia, apresenta menos efeitos laterais do que os antipsicóticos tradicionalmente usados nas perturbações delirantes persistentes.^{7,32} A risperidona constitui, actualmente, o medicamento de primeira linha no tratamento da patologia.³³ Existem alguns relatos de boa resposta terapêutica ao pimozide,^{7,16,17,20,32} potente antipsicótico mas com importantes efeitos laterais e aprovado apenas para tratamento de Síndrome de la Tourette.

A electroconvulsivoterapia parece apresentar eficácia quando combinada com outras modalidades terapêuticas.^{1,5,16,26}

Relativamente às terapias psicológicas, vários autores defendem que a psicoterapia individual não é eficaz neste tipo de doentes.^{1,2,5} Terapias de suporte, tais como intervenções familiares, sociais e ambientais, parecem apresentar maior benefício.^{5,17}

Alguns doentes necessitam de ser temporariamente separados dos seus objectos de amor quer por hospitalização quer por cumprimento de pena em estabelecimento prisional. Existem evidências de que a separação do objecto do delírio amoroso pode constituir o único meio terapêutico eficaz.¹

Tradicionalmente, a Erotomania primária é geralmente descrita como uma condição crónica e refractária ao tratamento.^{5,25,26}

Kraepelin, Clérambault e a maioria dos autores da actualidade descreveram um carácter persistente do delírio.

Na literatura, estão registados casos de longa duração, destacando-se um descrito por Clérambault com 37 anos de evolução. Encontram-se alguns relatos de casos de Erotomania primária com um bom prognóstico.⁷

Salientam-se os autores Raskin e Sullivan, Enoch *et al.* e Seeman que identificaram um grupo de doentes com um alto funcionamento e um curso mais benigno, semelhante às perturbações afectivas.²⁴

De facto, a maioria dos casos de Erotomania secundários à Doença Afectiva Bipolar apresenta padrão clínico recorrente com manifestação dos sintomas na fase maníaca e remissão destes com o tratamento adequado. Já quando associados a diagnósticos como Esquizofrenia ou Perturbação Esquizoaffectiva, o prognóstico é mau.²⁰

De um modo geral, a Erotomania primária parece apresentar melhor resposta ao tratamento com neurolepticos do que as outras perturbações psicóticas²⁰ e a literatura demonstra que a Erotomania não se associa de modo absoluto a um prognóstico sombrio.

CASO CLÍNICO

A. sexo feminino, 51 anos de idade, raça caucasiana, grande religiosidade, casada e com 2 filhos.

Senhora de aspecto muito frágil, emagrecida, com poucos dentes, roupas limpas mas de pouca qualidade e desactualizadas.

Com o património adquirido após o casamento alcançou uma vida desafogada e reconhecimento social. Ao invés, na sua vida íntima, sentia profunda infelicidade com um marido abusador e violento que, ao fim de alguns anos, delapidou todo o património deixando todos na miséria.

Dada a precariedade económica em que a família se encontrava, A. foi procurar emprego, pela primeira

vez, aos 44 anos de idade, em fábricas têxteis.

Teve vários empregos precários e de pouca duração e a sua integração foi difícil, sentia-se despeitada e mal recebida pelas colegas.

Porque necessitava de garantir a sua sobrevivência e a da sua família submeteu-se a ir trabalhar para uma empresa maior onde os insultos e a maledicência eram constantes.

À hora do intervalo, de vez em quando, um dos patrões, Sr. X, passava pelas empregadas, numa vistoria recatada. Não lhes dirigia palavra e apenas baixava a cabeça como se de uma discreta vénia se tratasse. A. sentia-se cumprimentada apesar de nunca lhe ter dirigido palavra ou retribuído o cumprimento. As piadas brejeiras entre as mulheres trabalhadoras sobre este Sr. X proliferavam e A. tinha medo que pensassem que poderia ser mais uma das muitas amantes de que este homem tinha abastada fama.

Cerca de 1 mês depois, recebeu uma carta das Finanças, na qual lhe era dado um prazo de 15 dias para abandonar a casa de família, devido à execução de dívidas. Naquela altura, A. sentiu-se a mulher mais infeliz e sem o apoio do marido.

Um dia, recebeu um telefonema em casa. Ninguém falou do outro lado da linha, mas A. teve a certeza de que era o Sr. X. Não duvidou que era ele e estranhou: *“então um homem com tanto dinheiro, interessado numa costureirinha?”*.

Já convencida de que o Sr. X estava apaixonado por si, envolveu-se num conflito com uma colega. Por este motivo, a doente teve de responder a um processo disciplinar da Administração.

Durante o interrogatório do processo disciplinar, cruzou-se duas vezes com o Sr. X. Na primeira vez, este ignorou a doente, apesar de A. o olhar fixamente. Despeitada, A. vingou-se acusando-o de ter todas as trabalhadoras como amantes. Na segunda vez, o Sr. X olhou-a nos olhos pausadamente. Para A., este olhar era diferente. A doente pensou: *“será que ele gosta de mim?”* A dúvida rapidamente se transformou numa certeza. *“Ele gosta mesmo de mim e quer casar comigo”*. E, admirava-se: *“como é que um homem daqueles, tão rico, quer casar com uma costureirinha!”*

A. é despedida mas a ligação entre os dois não termina.

Para A., o Sr. X. colocara escutas em todas as divisões da sua casa com o objectivo de a controlar e de a orientar para o seu futuro. Sentia-se apaziguada e mantinha conversas com ele através das escutas. Apesar de nunca o ter ouvido, sabia exactamente o que ele queria e desejava para os dois, inclusivé chegou a anunciar à família vezes sem conta que o Sr. X queria casar consigo e age em conformidade separando camas em casa.

A família da doente exigiu-lhe provas do que dizia e A. foi falar pela primeira vez com o Sr. X. Este, de forma indiferente e não permitindo que a doente falasse abertamente sobre o tema rematou de um modo simpático que já sabia do que estava a falar o que a doente interpretou como uma confirmação de que ele iria tomar todas as providências para se casar consigo.

A vida em casa tornara-se insustentável e A. abandonou a casa. Decidiu ir para a casa da filha sempre com a expectativa de o Sr. X a ir buscar, a qual mantém desde 2002.

DISCUSSÃO

Partindo da revisão da literatura, as autoras crêem que o caso clínico de A. se assume como um caso de Erotomania primária, segundo Clérambault, e na forma fixa de Seeman. À semelhança do proposto por Seeman, a doente apresenta características físicas pouco atraentes e ausência de uma vida sexual satisfatória, desenvolvendo o delírio de que é amada sempre pelo mesmo homem. A sua baixa auto-estima suscita-lhe, inicialmente, dúvidas, mas rapidamente se convence de que fora escolhida pelo patrão e nunca teve dúvidas de que este a amava.

A. vê o seu mundo desmoronar-se. Assiste à delapidação do seu património, vive a deterioração do seu casamento, a sua imagem vai-se desgastando e, finalmente, inicia-se num ambiente hostil onde as agressões constantes a magoam profundamente. Sozinha, insegura e fisicamente degradada, a doente encontra no seu mundo delirante uma protecção e controlo face à ameaça de outras perdas (Raskin & Sullivan), um mecanismo compensatório das sucessivas frustrações (Kraepelin) ou mesmo do seu orgulho sexual (Clérambault) e do sentimento de inferioridade iminentemente instalado (Segal).

Especulando acerca da fase de Clérambault em que se encontra a doente, parece estar-se perante a fase inicial do síndrome- fase de esperança- dados os sentimentos de alegria, satisfação e protecção que a doente manifesta em relação à união amorosa delirante. Daí a sua atitude predominantemente passiva e expectante em relação ao seu amor. Poder-se-á começar a delinear algum sentimento de ressentimento em relação a comportamentos que a doente não consegue entender.

Atendendo aos critérios de diagnóstico de Ellis & Mellsop para a forma pura da Erotomania, constata-se que o caso clínico apresentado os perfaz na sua totalidade, não tendo as autoras encontrado nenhum outro relato na literatura. A doente mantém a convicção delirante de uma comunicação amorosa

com o seu padrão, alguém socialmente superior, que se apaixonou por si e foi o primeiro a tentar uma aproximação- primeiro através de um telefonema e, posteriormente, de um sistema de escutas. Esta convicção delirante permanece fixa e crónica ao longo do tempo e iniciou-se subitamente, em menos de 7 dias, tal como definido por Ellis & Mellsoy, assim que a doente foi trabalhar para a fábrica. Não foi evidenciada actividade alucinatória. Finalmente, o compor-

tamento paradoxal, essencial para Clérambault, tão evidente quando a doente procura pela primeira vez o Sr. X. e interpreta delirantemente a sua resposta evasiva como uma confirmação de que este iria tomar todas as providências para se casar consigo.

A partir do aprofundamento da complexidade desta patologia rara e da ilustração de um caso clínico único na literatura, as autoras acreditam ter contribuído para o melhor entendimento da Erotomania.

REFERÊNCIAS

1. Segal JH. Erotomania revisited: From Kraepelin to DSM-III-R. *Am J Psychiatry* 1989;146:1261-6.
2. Jordan HW, Howe G. De Clerambault Syndrome (Erotomania): a review and case presentation. *J Natl Med Assoc* 1980;72(10):979-85.
3. Berrios GE, Kennedy N. Erotomania: a conceptual history. *Hist Psychiatry* 2002;13:381-400.
4. Sampaio TM, Andrade AG, Baltieri DA. Síndrome de Clérambault: desafio diagnóstico e terapêutico. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2007;29(2):212-8.
5. Jordan HW, Lockert EW. Erotomania revisited: thirty- four years later. *J Natl Med Assoc* 2006;98(5):787- 93.
6. Anderson CA, Camp J, Filley CM. Erotomania after Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: Case Report and Literature Review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998;10:330-7.
7. Kelly BD, Kennedy N, Shanley D. Delusion and desire: erotomania revisited. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:74-6.
8. Clérambault GG. Les délires passionnels. Érotomanie, Revendication, Jalousie. *Présentation de malade. Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale* 1921:61-71.
9. Lerner V, Kapsan A, Witzum E. The Misidentification of Clérambault's and Kandinsky-Clérambault's Syndromes. *Can J Psychiatry* 2001;46:441-3.
10. Organization W-WH. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* 2007.
11. ASSOCIATION AP. *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Fourth edition, Text Revision. ed. Lisboa* 2002.
12. Hollender MH, Callahan AS. Erotomania or De Clerambault Syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:1574-6.
13. Mcguire B, Wraith A. Legal and psychological aspects of stalking: a review. *Journal of Forensic Psychiatry* 2000;11(2):316-27.
14. Brune M. Erotomaniac Stalking in Evolutionary Perspective. *Behav Sci Law* 2003;21:83-8.
15. Signer S. "Les Psychoses Passionnelles" Reconsidered: A review of de Clérambault's cases and Syndrome with respect to Mood disorders. *J Psychiatry Neurosci* 1991;16(2):81-90.
16. Doksat MK, Aydin S, Savrun M. Favorable Response to Low Dose of Quetiapine in a Woman with Cannabis Abuse and Erotomania. *Bull Clin Psychopharmacol* 2002;12:89-91.
17. Kelly BD. Erotomania, Epidemiology and Management. *CNS Drugs* 2005;19(8):657-69.
18. Gramary A. A Síndrome de Clérambault revisitada. *Revista Saúde Mental* 2008;X(2):53-7.
19. Seeman MV. Delusional Loving. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:1265-7.
20. Kennedy N, McDonough M, Kelly B. Erotomania revisited: Clinical course and treatment. *Compr Psychiatry* 2002;43(1):1-6.
21. Mccann JT. Subtypes of stalking (obsessional following) in adolescents. *J Adoles* 1998;21:667-75.
22. Meloy JR. Stalking (Obsessional Following): A review of some preliminary studies. *Aggression and Violent Behavior* 1996;1(2):147-62.
23. Evans DL, Jeckel LL, Slott NE. Erotomania: A Variant of Pathological Mourning. *Bull Menninger Clinic* 1982;46(6):507-20.
24. Rudden M, Sweeney J, Frances A. Diagnosis and Clinical Course of erotomaniac and other Delusional Patients. *Am J Psychiatry* 1989;147:1261-6.
25. Gillet T, Eminson SR, Hassanyeh F. Primary and secondary erotomania: clinical characteristics and follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:65-9.
26. Arrojo M, et al. Response to Electroconvulsive Therapy in a case of Erotomania. *Acta Esp Psiquiátrica* 2003;31(6):361-3.
27. Drevets WC, Rubin EH. Erotomania and senile dementia of Alzheimer type. *Br J Psychiatry* 1987;151:400-2.
28. Raskin DE, Sullivan KE. Erotomania. *Am J Psychiatry* 1974;131:1033-5.
29. Berry J, Haden P. Psychose passionnelle in successive generations. *Br J Psychiatry* 1980;137:574-5.
30. Brune M. De Clérambault syndrome (erotomania) in an evolutionary perspective. *Evolution and Human Behaviour* 2001;22:409-15.
31. Fujii DEM, Ahmed I, Takeshita J. Neuropsychologic implications in erotomania: Two case studies. *Neuropsychiatry, Neuropsychol Behav Neurol* 1999;12(2):110-6.
32. Koic E, Dordevic V, Filakovic P. Erotomania treated with risperidone. *Acta Clinic Croat* 2007;46(3):251-4.

Correspondência:

Joana Calejo Jorge
Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência
– Centro Hospitalar do Porto
Rua Prof. Álvaro Rodrigues, 4149-003 Porto

Email:

joanajg@gmail.com