

Erotomanía o Síndrome de Clérambault: a propósito de un caso.

Syndrome of Clerambault: on the purpose of a case.

María Herrera Giménez. F.E.A. Psiquiatría. H.G.U. Morales Meseguer.

Carmen Llor Moreno. F.E.A. Psiquiatría. C.S.M. San Andrés.

Resumen:

Objetivos: Presentamos el caso de una erotomanía o síndrome de Clerambault, que evidencia la complejidad en la psicopatología a la que los clínicos nos enfrentamos habitualmente en nuestra práctica clínica en Salud Mental. Nos marcamos como objetivo comprender de manera más profunda la dinámica de este curioso proceso cuya característica clínica principal es que el paciente, generalmente una mujer, desarrolla repentinamente la creencia delirante de que un hombre (con el que ella puede que tenga un escaso contacto o incluso que no lo tenga) está enamorado de ella.

Metodología: A partir de la exposición de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica del delirio erotomaniaco o síndrome de Clerambault.

Resultados: Por definición es una patología muy compleja en la que los pacientes desarrollan una psicosis pasional muy intensa. El paciente desarrolla la convicción delirante de estar en comunicación amorosa con una persona de rango muy superior, que ha sido la primera en enamorarse. Podemos distinguir la erotomanía primaria, pura o síndrome de Clerambault, donde el delirio es la única psicopatología, y la erotomanía secundaria o mixta, donde el concepto de erotomanía parte de una psicosis paranoide más amplia, normalmente esquizofrenia o manía.

Conclusiones: Una precoz identificación, un manejo equilibrado y un abordaje apropiado pueden reducir de forma significativa las diversas complicaciones que puede sufrir el paciente.

Lo más efectivo es el abordaje multidisciplinar. Los componentes esenciales del tratamiento son: ingreso hospitalario (que puede llegar a ser involuntario), medicación antipsicótica a dosis media y psicoterapia de apoyo. El proceso terapéutico es a menudo prolongado y frustrante, con continuos reveses y un progreso lento. La ganancia terapéutica efectiva sólo tiene lugar si se convence al paciente para que permanezca en un tratamiento regular durante el tiempo suficiente. También deben tenerse en cuenta los factores psicosociales.

Palabras clave: erotomanía, psicosis pasional, paranoia, transferencia.

Abstract:

Objectives: We report here a case of erotomania or Clérambault's syndrome, which proves the psychopathological complexity which doctors usually face in our clinical



practice in mental health. Our objective was to understand in a more in-depth way the dynamics of this curious process, whose main clinical characteristic is that the patient, usually a woman, suddenly has the delirious belief that a man (with whom she might have scarce contact or even no contact at all) is in love with her.

Methodology: From a clinical case report, we carry out a review of the literature on erotomania or Clérambault's syndrome.

Results: By definition, it is a very complex disorder in which patients develop a very intense passionate psychosis. The patient develops the delirious conviction of being in a loving interaction with a person of a much higher social status, who was the first to fall in love. We can differentiate between primary or pure erotomania or Clérambault's syndrome, where the delusion is the only psychopathology, and secondary or mixed erotomania, where the concept of erotomania arises from a wider paranoid psychosis, usually schizophrenia or mania.

Conclusions: Early identification, a balanced management and a proper approach can significantly reduce the various complications the patient can have.

The most effective approach is multidisciplinary. The essential components of treatment are: hospitalization (which can be involuntary), a mean dose of antipsychotic medication and support psychotherapy. The therapeutic process is usually long and frustrating, with constant setbacks and slow progress. The effective therapeutic gain occurs only if the patient is convinced to follow regular treatment for long enough. Psychosocial factors must be taken into account as well.

Key words: erotomania, passionate psychosis, paranoia, transference.

Introducción

En 1942 Clerambault describe un cuadro clínico conocido como psicosis pasional. Consideraba que el cuadro tenía algunas características especiales que describe meticulosamente: el sujeto desarrolla la convicción delirante de estar en comunicación amorosa con otra persona (víctima o amado), esta persona tiene un estatus social e intelectual más elevado que con toda probabilidad es inalcanzable por sí mismo o por su condición. Según el paciente éste sujeto o persona es siempre la primera en enamorarse y mostrar interés por él. El objeto del delirio amoroso suele permanecer invariable. El paciente es capaz de explicar la conducta paradójica de la persona amada (pues según su relato siempre es él quien persigue su amor). El inicio es a menudo brusco siendo el curso de este cuadro clínico crónico. Normalmente hay ausencia de alucinaciones u otros síntomas psicóticos. No evoluciona a esquizofrenia (1).

El sujeto es mayoritariamente una mujer y el objeto de amor suele ser un hombre. Reivindican el objeto amoroso, el paciente vive con pasión

amorosa los trabajos de aproximación por parte del objeto. Esta reivindicación puede llegar a la lucha por la verdad, al enojo, acusación y agresividad en forma de rencor o despecho. Normalmente termina en la fase de rencor con reacciones agresivas, venganzas y hasta un drama pasional. Este mecanismo pasional de la erotomanía explica la presentación tan frecuente hipomaniaca.

La etiología del cuadro no se conoce con claridad, aunque se ha descrito asociado a casos con una clara patología orgánica, tanto su etiología como su psicopatología son la de una psicosis funcional (2).

En el corazón de la psicopatología erotomaniaca subyace a menudo una actitud sexual ambivalente. El nudo ideológico-afectivo del erotómano radica en un afecto insatisfecho y en la necesidad de rebelarse.

Caso clínico

Se trata de una chica de 34 años que acude al centro de salud mental acompañada por sus padres.

Es la menor de dos hermanos, los padres han sido siempre muy sobreprotectores con ella. Como antecedentes familiares a destacar nos consta su madre con cuadros depresivos en tratamiento por el equipo de salud mental y una tía abuela materna diagnosticada de esquizofrenia paranoide.

Realiza estudios hasta segundo de bachiller en casa de sus padres, tiene un rendimiento académico bueno, reconoce que siempre ha tenido muchos complejos de inferioridad física e intelectual en la infancia y adolescencia. Se recuerda siempre sola o con pocos amigos, le ha costado mucho vincularse y se ha sentido siempre algo excluida.

Se licencia en Derecho con buen rendimiento, al terminar inicia unas oposiciones a judicatura abandonando a los diez meses pues "me doy cuenta de que podían conmigo, lloraba mucho..."

Coincide en este momento con una ruptura sentimental, el chico con el que salía desde hace tres años la deja, realmente durante estos tres años apenas tenían contacto. Ella reconoce que lo que la angustia es quedarse sola, no la pérdida de la relación.

Inicia su trayectoria laboral en banca, se encuentra contratada por una entidad bancaria en una oficina de una provincia cercana, es allí donde se da cuenta que el jefe de zona, del que había oído hablar mucho por parte de varios compañeros, pues despertaba mucha admiración entre los mismos ya que era una persona con mucho carisma y muy querido que gozaba de gran reconocimiento, estaba profundamente enamorado de ella y quería iniciar una relación sentimental cuanto antes: iba mucho a la oficina, organizaba eventos y convocaba reuniones con el único objetivo de verla.

La paciente relata que se sentía muy halagada por la situación y la pasión que despertaba en este jefe superior pero al enterarse que estaba casado y pese a este obstáculo por el que ella se niega a tener relación alguna con el mismo pero éste insistía en quedar con ella se enfadó mucho y se negó a verlo. Le enfurece e indigna mucho la situación a la que se ve expuesta por culpa de él, sus compañeros hablaban y cuchicheaban entre ellos y ella se da cuenta de que hablan de ella y del amor que despierta en el jefe. Se llega a

angustiar mucho acudiendo a salud mental donde se inicia tratamiento farmacológico y se recomienda baja laboral.

Con la introducción de aripiprazol 400 mg intramuscular cada 28 días y fluoxetina 20 mg diarios la paciente presenta una mejoría clínica notable, junto al inicio de psicoterapia individual semanal. Pero pese a esta mejoría clínica notable que le permite reiniciar su vida laboral y mantener las funciones que realizaba previamente persiste el recelo y la suspicacia al hablar del delirio con intensa repercusión afectiva y se indigna y enfurece a día de hoy al hablar del sujeto objeto de su delirio.

Discusión

Realmente lo que hizo Clerambault en 1942 fue reavivar el interés por un concepto psiquiátrico que tenía larga tradición en la medicina desde la antigüedad, ya encontramos descripciones de este cuadro en Hipócrates, Galeno y Plutarco, aunque el primero en utilizar el término fue Jacques Ferrand en 1640 (3).

En los últimos años se han descrito un número cada vez mayor de casos en asociación con otros síndromes poco frecuentes.

Actualmente podríamos clasificar la erotomanía en dos clases:

1. Forma pura o primaria, síndrome de Clerambault: en ella el delirio es la única psicopatología, no hay indicios de otros síntomas que puedan hacer pensar al clínico que los pacientes están psicóticos.
2. Erotomanía mixta o secundaria: el concepto de erotomanía está integrado como parte de una psicosis paranoide más amplia. Puede existir en el curso de una esquizofrenia o un episodio de manía.

En las clasificaciones actuales se incluye dentro de los trastornos delirantes.

El sujeto es normalmente una mujer, los casos de hombres en las muestras clínicas se describen como excepcionales, sin embargo en las muestras forenses (las que han tenido demandas o denuncias) si encontramos un predominio masculino.

Con los cambios culturales y la mayor liberación de costumbres sexuales se han publicado casos en los que el proceso erotomaniaco era en homo-sexuales o bisexuales (4).

Normalmente las personas afectadas son solteras, viven solas o con padres mayores, tienen escasas relaciones sociales y están empleadas en trabajos modestos.

Es un delirio pasional mórbido de estructura sistematizada y subordinada al postulado fundamental: “el otro me ama”. Es el objeto quien ha comenzado por declararle su amor. El sistema delirante se elabora sobre la base de intuiciones, falsas demostraciones, ilusiones e interpretaciones delirantes. Reivindican con pasión el vínculo amoroso invisible para otros. Esta reivindicación puede llegar a la lucha por la verdad, al enojo, acusación y agresividad en la fase de rencor o despecho. De las conductas de aproximación inicial se puede pasar a las conductas de agresividad (5).

Debemos ser prudentes y no diagnosticar erotomanía en ideas amorosas sobrevaloradas pro-

pias de trastornos de personalidad narcisista e histriónico.

En términos etiológicos se comporta como una psicosis funcional.

Los componentes esenciales del tratamiento son (6):

1. Ingreso hospitalario, siendo en ocasiones necesaria la modalidad involuntaria.
2. Medicación antipsicótica.
3. Psicoterapia de apoyo.

Al pimozide se le ha atribuido una acción específica antierotomaniaca. Los fármacos se deben pautar en dosis media en combinación con asistencia psicoterapéutica.

El proceso terapéutico es a menudo prolongado y frustrante, con continuos reveses y un progreso lento.

En tratamiento prolongado debe existir precaución que el interés erotomaniaco del paciente no se desplace hacia el terapeuta.

Contacto

María Herrera Giménez • mariapsiqui@hotmail.com • 968 360 900
Avenida Marqués de los Vélez s/n • 30008 Murcia

Carmen Llor Moreno • 968 281 568 • Calle Escultor Sánchez Lozano s/n • 30005 Murcia

Bibliografía

1. Mullen PE, Pathe M. The pathological extensions of love. *British Journal of Psychiatry*, 165 (1994), pp. 614-23.
2. Seeman MV. Delusional loving. *Arch Gen Psychiatry*, 35 (1978), pp1265-67.
3. Uncommon Psychiatric síndromes. Bristol: John Wright, 1979.
4. Dunlop JL. Does erotomanía exist between women? *British Journal Psychiatry*, 153 (1998), pp. 830-3.
5. Rudden M, Sweeney J, Frances A. Diagnosis and clinical course of erotomaniac and other delusional patients. *American Journal Psychiatry*, 147 (1990), pp 625-8.
6. Kennedy N, McDonough M, Kelly B, Berrios GE. Erotomania revisited: clinical course and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (2002), pp 1-6.

• Recibido: 15/10/2017.

• Aceptado: 28/11/2017.