

# Een psychotherapeutische benadering bij erotomanie en complexe rouw

F. Janssens, F. Auwerkerken

**Samenvatting** Wij beschrijven een 23-jarige vrouw met een erotomane waanstoornis als symptoom van complexe rouw. De waanstoornis manifesteerde zich na een relatiebreuk en tijdens een periode van complexe rouw na het onverwachte verlies van haar tweelingbroer. Mogelijk functioneerde deze als een bescherming tegen een recidiverende depressieve stoornis. De behandeling bestaat meestal uit het opstarten van psychofarmaca, maar vaak met beperkt resultaat. Daarnaast is een psychotherapeutische behandeling ook van belang omdat een erotomane waan vaak ontstaat vanuit gevoelens van afwijzing, eenzaamheid of waardeloosheid.

Al sinds de oudheid wordt er in teksten en verhalen melding gemaakt van deze zeldzame stoornis. Een casus met erotomanie als mogelijk defensiemechanisme tegen depressie bij complexe rouw is echter nog niet eerder beschreven in de literatuur. We bespreken de erotomane waanstoornis gecontextualiseerd in de biografie van patiënte en de literatuur.

## Gaëtan De Clérambault

Erotomanie wordt reeds sinds de oudheid vermeld in verschillende teksten en verhalen. Sinds De Clérambault dit fenomeen in 1921 uitgebreid beschreef in 'Les psychoses passionnelles', wordt het ook 'het syndroom van De Clérambault' genoemd.<sup>1</sup> Jarenlang volgde hij vrouwen die de hardnekkige waan hadden gekregen dat een man, meestal van een hogere status en onbereikbaar, verliefd was op hen. De Clérambault deelde dit syndroom op in twee vormen: een primaire en een secundaire vorm. Bij de primaire vorm komt de waan plots op en vloeit deze niet voort uit een andere psychiatrische stoornis. Bij de secundaire vorm manifesteert de waan zich geleidelijk en is het een onderdeel van een onderliggende psychische of neurologische aandoening, meestal schizofrenie. Ook in de aanwezigheid van bipolaire stoornis, ziekte van Alzheimer, hiv, cva of een hersentumor is erotomanie beschreven.<sup>2-4</sup> De primaire vorm zou een typisch verloop hebben met een eerste fase van optimisme, hoop en toenadering tot het liefdesobject, gevolgd door een fase van ontgoocheling door afwijzing. Nadien kan er een fase van wrok ontstaan met boosheid en haatgevoelens.<sup>5</sup> Deze fases kunnen zich dan opnieuw en door elkaar afspelen, soms tien jaar aan een stuk.<sup>6</sup>

Het betreft een geïsoleerde waan, waardoor patiënten soms lange tijd blijven functioneren in de maatschappij. Het object van de waanstoornis blijft meestal hetzelfde, waardoor deze vorm ook wel het *fixed type* wordt genoemd.<sup>5</sup> De patiënt zoekt en vindt overal bewijs of bevestiging van de liefde die gericht wordt op hem of haar, soms zelfs tot in het paradoxale toe. Er is vaak een drang om contact te zoeken met het object. Dit gebeurt

door hen te schrijven, te mailen of te bellen. Sommige patiënten kunnen overgaan tot belaging en stalking en komen dan met het gerecht in aanraking.<sup>7,8</sup>

De secundaire vorm kan vergelijkbaar verlopen, maar kan ook voorkomen in korte *psychotic breaks*.<sup>9</sup> Dit zijn kortdurende verergeringen van psychotische symptomen bij patiënten die reeds bekend zijn wegens een chronische psychiatrische of neurologische aandoening (zoals schizofrenie, bipolaire stoornis of ziekte van Alzheimer). Deze vorm wordt ook wel het *recurrent type* genoemd, waarbij de waan tijdelijk kan opklaren en meermaals kan terugkeren. Het object kan bij elke episode een andere persoon zijn.<sup>6</sup>

In de klinische literatuur is er onenigheid over de opsplitsing in een primaire en secundaire vorm. In een onderzoek met 58 patiënten was bij 56 van hen een andere psychiatrische diagnose, meestal paranoïde schizofrenie, aanwezig.<sup>10</sup> In andere studies komt men tot dezelfde vaststelling.<sup>5</sup> Hierdoor menen deze auteurs dat erotomanie altijd een onderdeel is van een andere, al dan niet psychische, aandoening. Er zijn echter ook verschillende studies gepubliceerd waarin men het bestaan van de primaire vorm beschrijft.<sup>5,6,11</sup>

## Prevalentie, etiologie en behandeling

De exacte prevalentie van de erotomane waanstoornis is onbekend.<sup>12</sup> Dit komt onder andere omdat er geen grootchalige studies zijn en er vermoedelijk veel patiënten onopgemerkt blijven gezien het afgekapselde aspect van de waanstoornis.

Ondanks de eeuwenoude vermeldingen en de vele casusbeschrijvingen van dit ziektebeeld, is de exacte

etiologie nog onbekend. Neurobiologisch onderzoek kan tot op heden geen uitsluitsel geven over de onderliggende neurobiologische pathways, onder andere wegens te kleine studiepopulaties en gebrek aan prospectief onderzoek.<sup>1,12</sup>

In de loop der tijd werden verschillende psychotherapeutische visies over de oorzaak beschreven. Kraepelin beschreef erotomanie als een compensatie voor een teleurstelling in iemands leven, De Clérambault als een gemis van affectie of seksueel genot en Freud als een defensiemechanisme tegen homoseksualiteit.<sup>13,14</sup> Later zag Segal erotomanie als een opvulling van de behoefte aan liefde en bevestiging en definieerde Taylor deze als een copingmechanisme voor eenzaam, geïsoleerd en afhankelijk zijn.<sup>15,16</sup>

Er is maar beperkte evidentie voor de behandeling van een waanstoornis met antipsychotische medicatie.<sup>17</sup> De literatuur beschrijft medicamenteuze therapieën met pimozide of een atypisch antipsychoticum.<sup>12</sup> Een behandeling met clozapine en ECT wordt ook beschreven.<sup>1</sup> Indien de waanstoornis onderdeel is van een onderliggende psychiatrische problematiek, dient deze ook adequaat behandeld te worden. De literatuur geeft aan dat de primaire vorm beter zou reageren op medicatie.<sup>18</sup> De algemene resultaten die met medicatie worden behaald, zijn nogal beperkt en gaan gepaard met veel bijwerkingen.

Naast de medicamenteuze behandeling is een psychotherapeutische aanpak van groot belang, aangezien gevoelens van afwijzing, eenzaamheid of waardeloosheid vaak de voedingsbodem zijn voor het ontstaan van een erotomane waan. Met psychotherapie kan er aan het zelfbeeld en eigenwaarde gewerkt worden alvorens de waan zelf aan te pakken.<sup>19</sup> Ruffalo bevestigde in zijn recente review de meerwaarde van psychotherapie als add-on bij psychotische stoornissen.<sup>20</sup>

Wij beschrijven een casus waarbij we specifiek inzoomen op de levensloop van de patiënte, om zo tot een beter begrip te komen van het ontstaan, het wisselend verloop en de functie van deze waanstoornis.

## CASUSBESCHRIJVING

### Levensloop

Patiënte A, een 23-jarige vrouw van Europese origine, had een twee-eiige tweelingbroer en een jongere broer. Ze kende een vrije opvoeding waarbij zelfstandigheid, inzet en verantwoordelijkheid centraal stonden en schoolresultaten zeer belangrijk waren. Ze had een gelukkige jeugd, hoewel ze weinig warmte van haar ouders voelde. Warmte en geborgenheid vond ze wel bij haar grootouders en haar vrienden. Ze had een normale puberteit, studeerde een wetenschappelijke richting in het secundair onderwijs en ondervond weinig problemen op school. Haar wereld stortte echter op haar 17de levensjaar in na de suicide van haar tweelingbroer. Zij en haar moeder

troffen hem als eersten levenloos aan. Zijn dood kwam onverwacht. Hij had nooit gezegd zich slecht te voelen of suïcidaal te zijn. Hij liet geen afscheidsbrief achter. Patiënte had een goede band met haar broer: hij kwam voor haar op tijdens discussies thuis, hielp haar met schoolwerk en was steeds een luisterend oor. Daarnaast was hij ook introvert en deelde hij weinig van zijn innerlijke wereld met haar.

### Periode van rouw

Na zijn dood voelde ze zich somber, apathisch en was ze haar levensvreugde kwijt. Ze was vaak afwezig op school, behaalde slechte resultaten en ging door het leven op de automatische piloot. Ze misbruikte cannabis om haar negatieve gevoelens te onderdrukken. Ze kwam te weten, via een door haar broer gemaakt stripboek, dat hij biseksueel was en dat hij verliefd was op de jongens waar zij een relatie mee had. Hierdoor ontwikkelde ze een enorm schuldgevoel.

De andere leden van het gezin verwerkten dit allen op hun eigen manier: vader ging een buitenechtelijke relatie aan en moeder gleed af richting depressie. Er ontstond bij de ouders een angst dat patiënte of haar jongere broer ook suicide zou plegen.

### Opkomen van de waanstoornis

Zes maanden na het overlijden startte patiënte met psychotherapie, met positief effect. Ze herstelde het contact met haar vrienden, studeerde af aan het secundair onderwijs en startte aan de hogeschool. Ze ging op zichzelf wonen in de stad van haar studie, maar daar voelde ze zich al snel eenzaam en verdrietig. Ze begon opnieuw cannabis te misbruiken en kreeg zelfmoordgedachten. Ze kon het verlies van haar broer niet verwerken en ging weer bij haar ouders wonen. Ze begon een nieuwe opleiding en herpakte zich. Ze leerde een jongeman kennen op wie ze op slag verliefd werd. De liefde werd enkele weken later beantwoord. Ze verloor zichzelf in de relatie: ze voelde zich onzeker, nam een onderdanige positie aan en verwaarloosde haar vrienden. Hij toonde weinig liefde en affectie, maar toch idealiseerde ze hem. Vier maanden later verbrak hij de relatie, waarna de erotomane waan zich manifesteerde. Patiënte was ervan overtuigd dat de relatiebreuk slechts 6 maanden zou duren en dat ze nadien de relatie zouden hervatten. Tijdens deze zes maanden werd patiënte ook paranoïde: ze had het gevoel dat ze in het oog werd gehouden door camera's en zag overal linken, verbonden aan haar ex-vriend. Ze was ervan overtuigd dat ze de lotto zou winnen om dan met hem te trouwen.

### Ziekenhuisopnames

Patiënte werd vrijwillig opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Ze kreeg 10 mg olanzapine, waarna de betrekkingsswanen verdwenen. De erotomanie bleef echter bestaan. Na vier maanden beëindigde ze de opname. Eenmaal thuis floreerde de erotomane waan

zoals voordien. Ze maakte continu mentale constructies rond haar ex-vriend, waar ze enorm van genoot. Wegens de achteruitgang van haar functioneren en het persisteren van de waan werd patiënte opnieuw opgenomen en werd ze behandeld met paliperidon.

Ondertussen had haar ex-vriend een nieuwe relatie. Mede hierdoor trok ze haar eigen waan meer en meer in twijfel. Toen ze de nieuwe vriendin tegenkwam, klaarde de waan op en werd ze depressief. Ze voelde zich schuldig en verantwoordelijk voor de relatiebreuk. Ze kreeg suïcidale gedachten, de realiteit was onleefbaar geworden.

Enkele maanden later kreeg patiënte opnieuw erotomane waangedachten na het horen van zijn naam. Ze was er, opnieuw, rotsvast van overtuigd dat hij haar ten huwelijk zou vragen op een bepaalde datum. Toen deze datum verstreek en haar ex-vriend niet kwam opdagen, verplaatste ze de datum naar haar verjaardag, de dag van hun eerste ontmoeting, oudjaar of de dag dat hij de relatie verbrak. Dit patroon zette zich maanden voort totdat ze gedwongen werd opgenomen nadat ze bij zijn huis stond en de politie erbij werd gehaald.

Tijdens de gedwongen opname kreeg ze verschillende soorten medicatie: antipsychotica (clozapine, aripiprazol), een antidepressivum (sertraline) en een stemmingsstabilisator (valproïnezuur). Deze behandelingen gaven slechts beperkte resultaten: er kwam opnieuw meer ambivalentie en de waan nam in kracht af, waarna ze opnieuw afgleed richting een depressieve stemming. Echter, niet veel later, nam de waan weer in kracht toe en klaarde de depressieve stemming op.

Haar gedwongen opname werd verlengd en patiënte werd overgebracht naar een psychotherapeutische afdeling. Aripiprazol werd gestopt en de dosis clozapine werd verhoogd, zonder resultaat. Patiënte gaf aan nog steeds evenveel aan haar ex-vriend te denken, maar hier niets meer bij te voelen. Dit ervoer ze als zeer onaangenaam. Clozapine werd gestopt en pimozide werd opgestart, wederom met beperkt resultaat. Ook tijdens deze opname kwam er enige ambivalentie. Ze gaf zelf aan angstig te zijn om de realiteit toe te laten en weer depressief te decompenseren.

Tijdens therapie werd patiënte geconfronteerd met de verschillende opnames en de steeds groter wordende achterstand ten opzichte van haar leeftijdsgenoten. Wanneer er, zoals hiervoor beschreven, kortdurend ambivalentie ontstond rond de waan, kon ze hier kritisch op terugkijken en wou ze werken aan een toekomst die voornamelijk gericht was op het uitbouwen van haar persoonlijk leven. Wanneer de waan actiever werd, zag ze de afgelopen jaren als een soort voorspel voor de absolute liefde. Hoe langer dit werd uitgesteld, hoe groter het genot zou zijn. Ze kwam tot het inzicht dat haar leven zonder de waan niet comfortabel zou zijn.

De gedwongen opname werd niet verlengd en patiënte verkoos zich ambulante in haar woonplaats te laten behandelen. De erotomane waan bleef aanwezig.

## BESPREKING

Voor onze *narrative search* zochten we in de database van PubMed met de zoektermen 'Erotomania', 'De Clérambault syndrome' en 'romantic delusions' naar relevante artikelen. Verder zochten we naar aanvullende artikelen in de referentielijsten van de gevonden literatuur.

### Diagnose

Deze casus toont veel van de typische kenmerken zoals door De Clérambault beschreven.<sup>1</sup> Zo is patiënte er hardnekkig van overtuigd dat haar ex-vriend wederkerig verliefd is op haar. In al zijn afwijzingen ziet zij de bevestiging van zijn liefde. Het typische verloop met hoop, ontgoocheling en de herhaling van dit patroon wordt ook in deze casus beschreven. Het object van de waan is echter niet iemand van hoge status of aanzien, maar haar ex-partner.

### Rouw als oorzaak?

In de literatuur wordt beschreven dat extreme stress of het verwerken van een verlies kan leiden tot het zich ontwikkelen van een erotomane waanstoornis.<sup>9</sup> De waan kan ook opkomen wanneer iemand zich verlaten of afgewezen voelt. Zo wordt er in de serie casussen van Raskin en Sullivan beschreven hoe het waansysteem opkwam wanneer therapeutische begeleidingen gestopt werden, als een mechanisme om eenzaamheid of verdriet tegen te gaan.<sup>21</sup>

Vanuit psychoanalytisch standpunt kan de erotomanie begrepen worden als een psychotische reactie op de narcistische krenking na verlaten of afgewezen worden. De mogelijkheid van een psychotische reactie kan dan ook toenemen door het convergeren van stresserende factoren zoals we die zagen in onze casus:

Na het overlijden van haar broer en de veranderde dynamiek binnen haar gezin lijkt patiënte af te stevenen op een ernstige depressie. De waan beschermt haar hiertegen en geeft haar net hoop, kracht en vreugde. Wanneer er ambivalentie ontstaat rond de waan, komen de depressieve klachten snel weer op. Het lijkt alsof haar psychisch apparaat door de waan in een homeostase blijft en deze nodig heeft om zichzelf staande te houden. Zo zou het subject van de erotomane waanstoornis een symbolische orde trachten te installeren zodat het zich kan verhouden tot de buitenwereld.<sup>22</sup>

Dit sluit aan bij Hollender, die de erotomane waan beschrijft als een defect ego, gevormd door levenservaringen met als resultaat het gevoel te hebben onbemind te zijn.<sup>23</sup> Het door trauma geschade *zelf* doet dan een herstellpoging van narcistische aard.

### Primaire of secundaire erotomanie?

Onze casus is moeilijk te classificeren onder de primaire of secundaire vorm. Bij de opkomst van de erotomane waan krijgt patiënte last van andere psychotische waanideeën. Deze verdwijnen snel bij medicamenteuze

behandeling en komen niet meer terug. Schizofrenie is hierdoor echter niet uitgesloten. Ook de hypothese van een bipolaire stoornis was differentiaaldiagnostisch mogelijk gezien de steeds wisselende stemming gedurende langere periodes. Echte (hypo)mane episodes werden echter niet geobserveerd en kwamen ook niet naar voren in de heteroanamnese. Er was evenmin een familiale belasting. Cannabisgebruik was afwezig tijdens het ontstaan van de waan en had geen invloed op het verloop. Na het overlijden van haar broer zijn er twee ernstige depressieve episodes, maar toen patiënte de waan kreeg, was haar stemming euthym.

We zouden deze waan kunnen zien als een symptoom van complexe rouw, die als het ware functioneert als een pleister op de gapende wonde die het verlies van haar broer en de daarop wisselende gezinsdynamieken heeft veroorzaakt. Haar erotomane wanen vormen namelijk geen probleem op zich, maar fungeren als poging meester te blijven over iets veel bedreigenders. De waan verlost haar namelijk van haar depressieve en eenzame bestaan en vult haar verbrokkelend ego op. Deze heeft een stuttende functie voor een fundamentele leegte. Indien men de erotomane waan als symptoom van complexe rouw beschouwt, zou men kunnen spreken van de secundaire vorm. Echter, het plots ontstaan en het vaste liefdesobject zijn eerder kenmerken van de primaire vorm. Dit toont de complexiteit van de aandoening en de moeilijkheid om deze te categoriseren, wat ook bevestigd wordt in de studie van Vrieze en Pieters.<sup>5</sup>

## CONCLUSIE

Deze casus is moeilijk te classificeren, wat in ons vakgebied ook wel een meer algemeen probleem is: elke casus is uniek en niet te reduceren tot een bepaalde categorie. In de hier beschreven problematiek blijft het moeilijk te besluiten of het om een primaire dan wel een secundaire vorm van erotomanie gaat. Hoewel nauwelijks in de literatuur beschreven, is er in deze casus een opvallende aanwezigheid van een verlies met enorme impact (de suïcide van de tweelingbroer van de patiënte). Verder moeten we besluiten dat medicamen-

teuze behandeling weinig resultaat heeft opgeleverd. Psychotherapeutische behandeling met aandacht voor de psychotische context kan wellicht op langere termijn een verschil maken voor de prognose.<sup>19</sup>

## Take-home message

Bij een erotomane waanstoornis bieden medicamenteuze therapieën vaak slechts beperkte verlichting. Hierom is het van belang dat de behandelend psychiater niet alleen vanuit neurobiologisch perspectief, maar ook vanuit een bredere psychotherapeutische visie de casus kan benaderen. Aangezien gevoelens van afwijzing, eenzaamheid, verlies of waardeloosheid vaak de voedingsbodem zijn van het ontstaan van een erotomane waan, lijkt het belangrijk om via psychotherapie aan het zelfbeeld en de eigenwaarde te werken alvorens de waan op zich aan te pakken.

## LITERATUUR

- 1 Michielsen P. Erotomanie of het syndroom van de Clérambault: geschiedenis, diagnose en behandeling. Tijdschr Geneeskd 2004; 60: 941-8.
- 2 Drevets W, Rubin E. Erotomania and senile dementia of Alzheimer type. Br J Psychiatry 1987; 151: 400-2.
- 3 Boast N, Coid W. Homosexual erotomania and HIV infection. Br J Psychiatry 1994; 164: 842-6.
- 4 Anderson C, Camp J, Filey C. Erotomania after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1998; 10: 330-7.
- 5 Vrieze E, Pieters G. Het syndroom van De Clérambault. Een gevalbeschrijving en literatuuronderzoek naar het onderscheid tussen primaire en secundaire erotomanie. Tijdschr Psychiatr 2007; 49: 845-9.
- 6 Jordan HW, Lockert EW, Johnson-Warren M, e.a. Erotomania revisited: thirty-four years later. J Natl Med Assoc 2006; 98: 787-93.
- 7 Goldstein RE. More forensic romances: De Clérambault's syndrome in men. Bull Am Acad Psychiatry Law 1987; 15: 267-74.
- 8 Leong GB. De Clérambault syndrome (erotomania) in the criminal justice system: Another look at this recurring problem. J Forensic Sci 1994; 39: 378-85.
- 9 Ghosh T, Chowdhary M. De Clerambault syndrome: current perspective. In IntechOpen eBooks 2021. www.intechopen.com/chapters/72361.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

## AUTEURS

**Frederic Janssens**, arts in opleiding tot volwassenenpsychiater, PAAZ Heilig Hart ziekenhuis, Lier.

**Filip Auwerkerken**, psychiater, PAAZ Heilig Hart ziekenhuis, Lier.

### Correspondentie

Dr. Frederic Janssens (frederic.janssens@heilighartlier.be).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-10-2024.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(1):46-49