

Zespół Clérambault w aspekcie klinicznym i sądowo-psychiatrycznym: opis przypadku

The Clérambault syndrome in the clinical and psychiatric court opinion perspective: a case study

ANNA KOSSAKOWSKA, WIESŁAWA DUBIEJKO

Z Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Choroszczy

STRESZCZENIE. *Przedstawiono aspekt kliniczny i orzecznicy przypadku zespołu urojeń zakochania Clérambaulta u pacjenta ze schizofrenią paranoidalną.*

SUMMARY. *The Clérambault syndrome of erotomaniac delusions in a patient with paranoid schizophrenia is discussed in terms of its clinical picture and psychiatric court opinion formulation.*

Słowa kluczowe: zespół Clérambault / urojenia zakochania / schizofrenia

Key words: Clérambault's syndrome / erotomaniac delusions / schizophrenia

Zespół Clérambaulta (syn. „erotyzm wyniosły”, erotomania) cechuje występowanie urojeniowych przekonań o miłości ze strony określonej osoby, najczęściej nieosiągalnej, często o wysokim statusie społecznym. Fenomen urojeń zakochania od stuleci był tematem dociekań w psychiatrii. Z XIX i początku XX w. przetrwały opisy Esquirola, Krafft-Ebinga czy Harta („obłęd starej służącej”). Emil Kraepelin umieścił urojenia zakochania (będące przejawem erotomanii) w podgrupie paranoicznych urojeń wielkościowych. W 1921 r. francuski psychiatra Gatian de Clérambault w pracy *Les psychoses passionelles* (dostępnej w wydaniu *Oeuvre psychiatrique* z 1942 r.) przedstawił opis 5 przypadków erotomanii. Dokonał także próby podziału zespołu na: przypadki pierwotne „czyste” – z nagłym początkiem i nie związane z inną psychozą, oraz przypadki wtórne do innych zaburzeń psychicznych, w których rozwój urojeń był powolny. Podkreślał częstsze występowanie zaburzenia u kobiet, przewlekły przebieg

oraz utrwalony charakter urojeń, których obiektem byli mężczyźni o wysokim statusie społecznym.

Przez wiele lat pozycja nozologiczna erotomanii budziła kontrowersje. Jedni uważali zespół za odrębną jednostkę, inni – za formę paranoi bądź szczególny przejaw innych zaburzeń psychicznych. We współczesnych systemach klasyfikacyjnych zespół Clérambault znalazł miejsce dopiero w DSM-III-R, jako podtyp zaburzeń urojeniowych.

Obecnie większość autorów uważa, że zespół Clérambaulta jest zaburzeniem heterogennym [3, 4, 7]. Obok bardzo rzadko występującej postaci pierwotnej – 1 na 4 przypadki [4], częściej występuje w postaci wtórnej – na podłożu schizofrenii – 34%, zaburzeń depresyjnych – 13%, zaburzeń bipolarnych – 9% [3]. Znane są doniesienia kazuistyczne opisujące przypadki erotomanii w padaczce, zależności od alkoholu, upośledzeniu umysłowym czy otępieniu typu Alzheimerera – [2]. W obu postaciach obraz kliniczny jest podobny [4].

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna lat 38, umieszczony w oddziale psychiatrycznym SPZOZ w Choroszczy w ramach środka zabezpieczającego. Wywiad rodzinny bez obciążeń. Rozwój wczesnodziecięcy prawidłowy, poważniej nie chorował. W szkole podstawowej i średniej uczył się dobrze, nie sprawiał kłopotów wychowawczych. Studia na kierunku pedagogicznym Akademii Wychowania Fizycznego ukończył w terminie, osiągał sukcesy w sporcie. Służbę wojskową odbył w całości bez przeszkód. Pierwszą pracę w zawodzie nauczyciela podjął w 25 r.ż. Po 3 latach wyjechał w celach zarobkowych za granicę. Po powrocie wielokrotnie zmieniał miejsce pracy i zamieszkania, od roku bezrobotny. Dotychczas nie był leczony psychiatrycznie.

W 1996 r. orzekany sądowo-psychiatrycznie w trybie jednorazowego badania ambulatoryjnego w związku z podejrzeniem o przestępstwo z art. 166 kk, czyli groźby karalne. Z akt prokuratury rejonowej wynikało, że od października 1994 r. do października 1996 r. wielokrotnie zakłócał porządek w jednym z banków. Od pracowników i dyrektora żądał podania personaliów i adresu przypadkowej klientki, którą tam spotkał. Kilkakrotnie był usuwany z banku oraz okolicznych ulic, zatrzymywany przez policję do wyjaśnienia. W sierpniu 1996 r. zaczął nachodzić dyrektora banku w jego mieszkaniu, wypowiadał groźby pod adresem jego i rodziny. Dzwonił z pogróżkami, że go „załatwi”, jeśli nie uzyska żądanych danych o klientce. Zasięgnięcie opinii biegłych psychiatrów było podyktowane nietypowym zachowaniem podejrzanego. Biegli w opinii ambulatoryjnej stwierdzili u opiniowanego „zaburzenia treści myślenia o charakterze urojeń ksobnych, prześladowczych i wielkościowych, sztywność afektu, skłonność do reakcji dysforycznych oraz linię życiową wskazującą na niedostosowanie społeczne”. Celem ustalenia dokładnej diagnozy wnioskowano o poddanie podejrzanego obserwacji w warunkach oddziału psychiatrycznego.

W trakcie obserwacji ustalono, że pierwsze symptomy choroby wystąpiły w 1988 r. podczas pobytu opiniowanego za granicą. Był przekonany, że jest śledzony, obserwowany, filmowany, odbierał sygnały od przypadkowych przechodniów, odczuwał wpływ fal magnetycznych na swój organizm. Po powrocie do kraju nadal czuł się śledzony, obserwowany i sterowany falami magnetycznymi (uważał, że w Warszawie jest studio telewizyjne z przełącznikiem pól magnetycznych). Częste zmiany miejsca pracy i zamieszkania w kolejnych latach były podyktowane unikaniem wrogiego otoczenia i niekorzystnego wpływu fal. W tym okresie wyraźnie odizolował się od otoczenia i rodziny. Był kawalerem, nie nawiązywał kontaktów z kobietami.

Jesienią 1994 r. w banku spotkał dziewczynę, której zachowanie odczytał jako „znak”, że jest nim zainteresowana. Przez następne 2 lata ogarnięty był myślą o odszukaniu nieznaną, będąc przekonanym, że jest w nim zakochana i zostanie jego żoną. Jeździł po dyskotekach, restauracjach, spacerował po wszystkich osiedlach, podejmował też wielokrotne próby zdobycia o niej informacji w banku wśród pracowników oraz dyrektora. Bezowocne poszukiwania tłumaczył celową ingerencją wrogiego otoczenia, stąd groźby kierowane w stosunku do dyrektora banku i jego rodziny.

W 1996 r. w trakcie oglądania programu telewizyjnego prowadzonego przez znaną prezenterkę nagle zrozumiał, że to właśnie ona jest poszukiwaną dziewczyną. Z gestów i spojrzenia odczytał „przychyłość” i zainteresowanie. Rozmowa telefoniczna z prezenterką utwierdziła go w przekonaniu, że jest w nim zakochana, co odczytał „między wierszami”. Wyrażaną otwarcie niechęć z jej strony tłumaczył z jednej strony jako „próbę” jego wytrwałości, zaś z drugiej jako jedyne możliwe zachowanie w sytuacji zagrożenia. Planował osobiste spotkanie, czemu przeszkodziło umieszczenie na obserwacji sądowo-psychiatrycznej w grudniu 1996 r.

W trakcie obserwacji chory był nieufny, podejrzliwy. W wypowiedziach stwierdzano

cechy rozkojarzenia myślenia, paralogie, neologizmy. Dominowały zaburzenia treści myślenia pod postacią urojeń zakochania, ale również odnoszących, prześladowczych, oddziaływania oraz dyskretne zaburzenia spostrzegania (omamy czucia ustrojowego). Stwierdzano też wyraźny rozpad osobowości. W badaniu somatycznym, neurologicznym i badaniach dodatkowych nie było odchyżeń od stanu prawidłowego. W badaniach psychologicznych (Wechsler, MMPI, test Rorschacha) stwierdzono intelekt powyżej przeciętnej oraz zaburzenia psychotyczne typu schizofrenicznego. Biegli w opinii stwierdzili u opiniowanego schizofrenię paranoidalną z bogatą symptomatyką urojeniową warunkującą zniesieniem poczytalności w rozumieniu art. 25 § 1 kk oraz orzekli istnienie ze strony opiniowanego poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego.

Pacjent został internowany w szpitalu psychiatrycznym w maju 1997 r. Przez okres 5 miesięcy – oddzielających zakończenie obserwacji sądowo-psychiatrycznej od umieszczenia na internacji – jego działania były podporządkowane próbom nawiązania kontaktu z prezenterką telewizyjną. Początkowo wielokrotnie do niej dzwonił. Następnie wyjeżdżał do miejscowości gdzie pracowała, dostał się do gmachu telewizji w 2 dużych miastach, wypytywał o nią współpracowników, poznał jej rozkład zajęć. Zdobył adres jej prywatnego mieszkania, spędzał pod jej domem wiele godzin, wysyłał jej kwiaty, dotarł osobiście do jej matki z drobnymi prezentami. Kiedy żadne próby nawiązania kontaktu nie przyniosły rezultatu, zaczął wysyłać jej listy z żądaniem spotkania. Brak odpowiedzi traktował jako działania nieokreślonych wrogich sił. Podejrzewał, że listy są przechwytywane i dlatego za każdym razem zmieniał miejsce ich wysyłki. Wszelkie dowody świadczące o niechęci prezenterki interpretował w sposób opaczny i urojeniowy. Na doniesienia prasowe o planowanym zamążpójściu obiektu urojeń zareagował napięciem, szukał in-

formacji o narzeczonym. Planował dalsze próby dotarcia do prezenterki w przekonaniu, że czeka ich wspólna przyszłość. Zamierzał zwrócić się o pomoc do znanych polityków, w związku z czym planował wyjazd na debaty sejmowe. Był bezkrytyczny, bez poczucia choroby psychicznej.

W trakcie internacji, w obrazie klinicznym choroby, poza typowymi negatywnymi objawami schizofrenii, dominowały zaburzenia treści myślenia o charakterze urojeń zakochania, ksobnych i oddziaływania. Próby leczenia neuroleptykami (chlorpromazyna, perazyna, flufenazyna) w dawkach standardowych nie przyniosły znaczącego efektu. Urojenia zakochania miały wyraźnie charakter utrwalony, niepodatny na leczenie, choć inne produkcje psychotyczne uległy w trakcie farmakoterapii „wygaszeniu”.

W trakcie kuracji flufenazyną (8 mg/die) wystąpiły nasilone objawy niepożądane w postaci zespołu pozapiramidowego. Z uwagi na brak skuteczności leczenia neuroleptykami klasycznymi oraz objawy niepożądane zastosowano risperydon w dawce 4 mg/die. W trakcie 2-miesięcznej kuracji obserwowano stopniowe wycofywanie się pacjenta z wypowiedzianych urojeń zakochania oraz spadek zainteresowania obiektem urojeń. Aktualnie w stanie psychicznym pacjenta dominują negatywne objawy schizofrenii, nie ujawnia objawów produktywnych, uzyskał pewien krytycyzm, widzi potrzebę dalszego leczenia ambulatoryjnego. W związku z powyższym wystąpiono z wnioskiem o uchylene internacji uznając, że poważne niebezpieczeństwo ze strony opiniowanego minęło.

KOMENTARZ

Zdecydowaliśmy się opisać powyższy przypadek z uwagi na stosunkowo rzadkie przedstawianie zespołu Clérambault w piśmiennictwie, jak i orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. W dotychczasowej literaturze proponowano różne kryteria wyróżniające

pierwotną postać zespołu Clérambault od wtórnej. W 1985 roku Ellis i Mellsop [3] opracowali następujące kryteria postaci pierwotnej:

1. urojeniowe przekonanie o miłości ze strony obiektu, którym jest osoba znana, sławna bądź o wysokim statusie społecznym, najczęściej pozostająca poza zasięgiem pacjenta,
2. przekonanie, że obiekt pierwszy zakochuje się w pacjencie, o czym wnioskuje z urojeniowej interpretacji zdarzeń czy zachowania obiektu,
3. obiekt urojeń zakochania pozostaje niezmienny (choć zmiana obiektu nie wyklucza rozpoznania),
4. początek zaburzeń jest nagły, przebieg przewlekły,
5. w obrazie klinicznym nie stwierdza się halucynacji ani zaburzeń świadomości.

Na podstawie przeglądu 58 przypadków opisanych w piśmiennictwie w latach 1966–1983, Ellis i Mellsop stwierdzili, że pierwotna postać erotomanii występuje bardzo rzadko (2 przypadki) a jej pozycja nozologiczna pozostaje wątpliwa [3]. Badania Gilletta i wsp. [4] potwierdzają te spostrzeżenia, przy czym autorzy sugerują, że erotomania – choć tak rzadko występuje w postaci pierwotnej – często zajmuje pozycję dominującą (pierwszorzędowną) w psychopatologii innych zaburzeń psychicznych. Mullen i wsp. [5] podkreślają wyraźne różnice między erotomanią wtórną a pierwotną, przy czym pozycja tej ostatniej wydaje się im nie kwestionowana. Charakteryzując erotomanię pierwotną zwracają uwagę na:

- dominujące w obrazie klinicznym urojenia zakochania stanowiące podstawowy i główny element zaburzenia,
- początek raczej stopniowy z krystalizacją urojeń zakochania wokół obiektu,

- rozwój zaburzeń związany często z sytuacją życiową chorego (brak związków społecznych, nieśmiałość, własna nieatrakcyjność, sytuacje straty).

Raskin i wsp. [6] sugerują, że urojenia zakochania są wyrazem mechanizmu adaptacji – kontrolowanie i „prześladowanie” obiektu urojeń wypełnia życiową próżnię.

W rozwoju zespołu Clérambault można wyróżnić 3 fazy [1]:

1. faza optymizmu, w której chory uważa, że uczucie miłości jest odwzajemnione,
2. faza pesymizmu, w której pojawia się wrogie nastawienie, fałszywe oskarżenia i niechęć do obiektu urojeń,
3. faza nienawiści, w której dochodzi do wrogich działań bezpośrednio w stosunku do obiektu urojeń, jak i osób z otoczenia w postaci: anonimów, pogroźek, śledzenia obiektu i aktów przemocy – do zabójstwa włącznie.

Wśród pacjentów orzekanych sądowo-psychiatrycznie, szczególnie mężczyzn (choć stanowią oni jedynie 20–30% wszystkich przypadków erotomanii), grupa pacjentów z erotomanią wcale nie jest zjawiskiem rzadkim. Raczej zbyt rzadko rozpoznaje się tego typu zaburzenia w związku z dokonanymi aktami przemocy [5, 8].

Opisany przypadek nie nastęrcza trudności diagnostycznych. Dotyczy pacjenta ze schizofrenią paranoidalną, u którego na podłożu choroby podstawowej doszło do rozwoju erotomanii ze zmianą obiektu urojeń zakochania. Biorąc pod uwagę powyższe rozpoznanie, jak i związek popełnionego czynu z chorobą – orzeczenie o niepoczytalności nie budzi wątpliwości. Dyskusyjna wydaje się natomiast kwestia orzekania o istnieniu poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego w tym i podobnych przypadkach. Znając charakterystyczny fa-

zowy przebieg zespołu [1] oraz jego dynamikę z eskalacją działań agresywnych wobec obiektu urojeń i otoczenia, orzekanie poważnego niebezpieczeństwa dla porządku prawnego w końcowej fazie zespołu (fazie nienawiści) nie budzi wątpliwości. Sprawą otwartą wydaje się być ocena istnienia niebezpieczeństwa w początkowej fazie rozwoju zespołu, gdy – jak w opisanym przypadku (faza optymizmu) – w chwili naruszenia prawa faktyczne niebezpieczeństwo ze strony podejrzanego nie było poważne. Ocena stopnia ryzyka działań agresywnych wobec obiektu urojeń wydaje się niezwykle trudna i może budzić kontrowersje.

Zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym niesie nie tylko możliwość leczenia farmakologicznego, ale również jest wymuszoną separacją od obiektu urojeń, która w ocenie niektórych autorów [8] bywa co najmniej tak samo efektywna w eliminowaniu systemu urojeniowego, jak leczenie farmakologiczne.

PIŚMIENNICTWO

1. Blejchier W.: Eponimiczkieskije tierminy w psichiatrii, psichotierapii i miedicinskoj psichologii. Słowar. Wiszcza Szkoła, Kijew 1984, 153.
2. Drevets W.C., Rubin E.H.: Erotomania and senile dementia of Alzheimer type. Br. J. Psychiatry 1987, 151, 400–401.
3. Ellis P., Mellsop G.: De Clerambault's syndrome – a nosological entity? Br. J. Psychiatry 1985, 146, 90–95.
4. Gillet T., Eminson S.R., Hassanyeh F.: Primary and secondary erotomania: clinical characteristics and follow-up. Acta Psychiatr. Scand. 1990, 82, 65–69.
5. Mullen P.E., Pathe M.: The pathological extensions of love. Br. J. Psychiatry 1994, 165, 614–623.
6. Raskin D.E., Sullivan K.E.: Erotomania. Am. J. Psychiatry 1974, 131, 1033–1035.
7. Rudden M., Sweeney J., Frances A.: Diagnosis and clinical course of erotomaniac and other delusional patients. Am. J. Psychiatry 1990, 147, 625–628.
8. Segal J.H.: Erotomania revised: from Kraepelin to DSM-III-R. Am. J. Psychiatry 1989, 146, 1261–1266.

*Adres: Dr Anna Kossakowska, Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej,
ul. Sienkiewicza 31, 16-070 Choroszcz*